第１日目　11月19日(木)

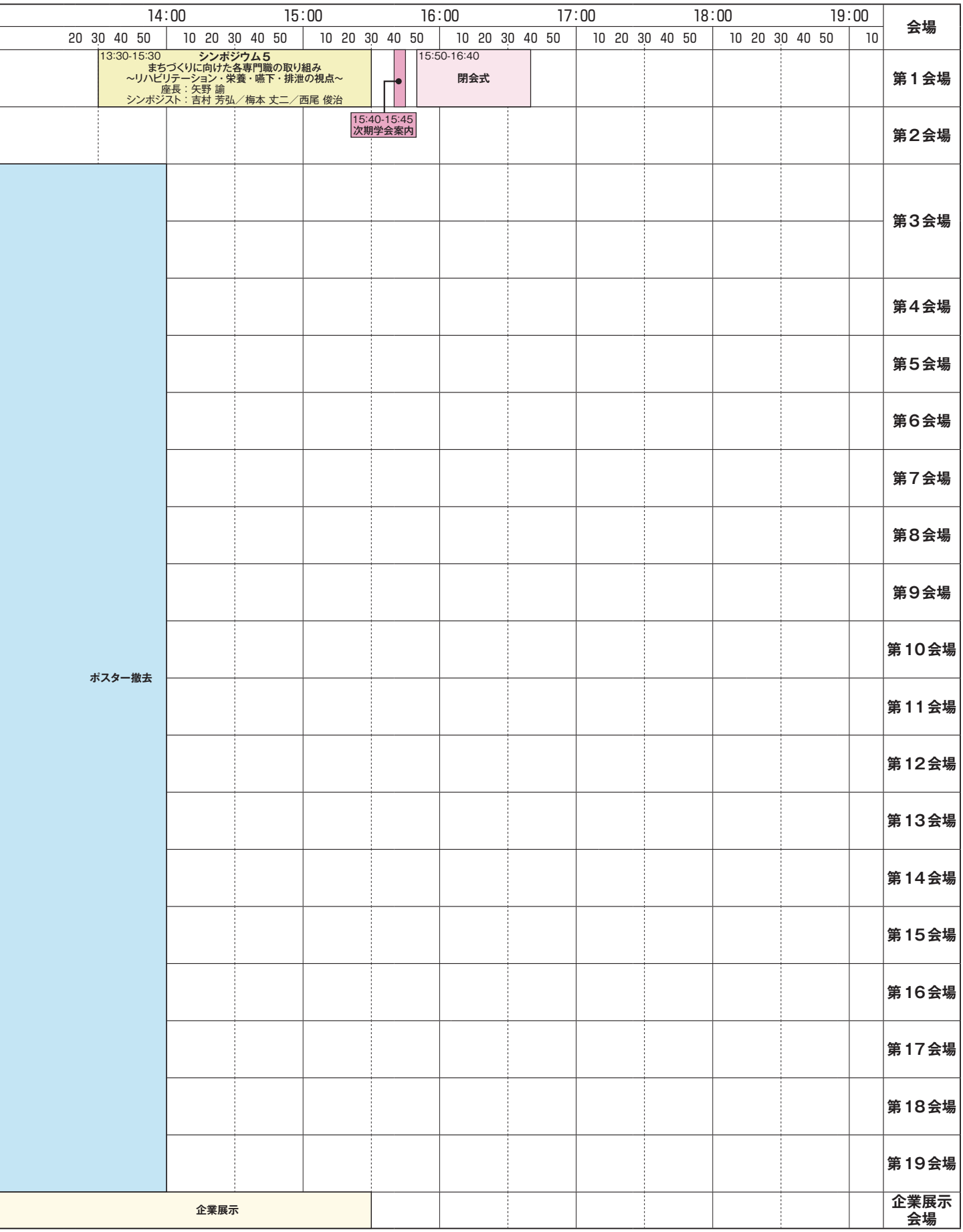
会場	階	部屋名	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第１会場	3F	メインホール		9:00-9:50 開会式	10:00-12:00 シンポジウム１ 今後の医療と介護の行方 ～R8診療報酬改定とR9介護報酬改定を見据えて～ 座長：池端 幸彦 シンポジスト：江澤 和彦／西嶋 康浩／堀 裕行		12:20-13:10 ランチョンセミナー１ 座長：橋本 康子 演者：若林 秀隆 株式会社大塚製薬工場
第２会場	2F	203＋204				リハ栄養口腔連携と静脈栄養の重要性	12:20-13:10 ランチョンセミナー２ 演者：山口 聡 株式会社ワイズマン
第３会場		201＋202		9:00-12:30 ポスター貼付			診療報酬改定・新たな地域医療構想から読み解く
第４会場	3F	ロビー					
第５会場	4F	402					
第６会場		403					
第７会場		404					
第８会場		405					
第９会場		406					
第10会場		407					
第11会場		409					
第12会場		410					
第13会場		411					
第14会場		412					
第15会場		413					
第16会場		414					
第17会場	5F	502					
第18会場		503					
第19会場		ロビー					
企業展示会場	2F	201+202	8:30-18:40 企業展示				

14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	会場
13:20-14:20 特別講演 Well-beingとまちづくり 座長：中尾 一久 講師：鈴木 寛	14:30-16:30 シンポジウム２ 医療DXとまちづくり 座長：田中 滋 シンポジスト：神野 正博／松田 晋哉／富家 隆樹		16:40-18:40 シンポジウム３ 健康経営とまちづくり 座長：尾形 裕也 シンポジスト：津野 陽子／髙田 昌実／織田 正道			第１会場
13:20-15:20 日本介護医療院協会セミナー 介護医療院への期待と課題 座長：田中 圭一 講師：鈴木 龍太／小山 秀夫	15:30-17:30 第１４回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム 医療機関と在宅（施設）との橋渡し～メディカルケアマネジャーの役割を考える～ 座長：安藤 正夫 シンポジスト：武久 洋三／今村 綾子／山本 亮／梶原 喜美子					第２会場
13:20-14:30 一般演題１ 看護① 座長：中西 恵美 評価者：吉村 愛子	14:30-15:40 一般演題２ 看護② 座長：安本 友子 評価者：山田 晴之	15:40-16:50 一般演題３ 看護③ 座長：山崎 郁子 評価者：大谷 祐之	16:50-18:00 一般演題４ 看護④ 座長：津留崎 孝義 評価者：安達 麻美			第３会場
13:20-14:40 一般演題５ 身体拘束廃止① 座長：岡 純子 評価者：山根 真彦	14:40-16:00 一般演題６ 身体拘束廃止② 座長：大塚 昌紀 評価者：髙倉 美里	16:00-17:10 一般演題７ 身体拘束廃止③ 座長：井口 朋子 評価者：塚本 晃平	17:10-18:20 一般演題８ 身体拘束廃止④ 座長：中村 由紀江 評価者：小林 奈緒子			
13:20-14:40 一般演題９ 認知症① 座長：長野 綾 評価者：長瀬 正徳	14:40-16:00 一般演題10 認知症② 座長：小林 奈緒子 評価者：前田 夏江					第４会場
13:20-14:30 一般演題11 回復期リハ① 座長：小川 佳代子 評価者：田中 譲	14:30-15:40 一般演題12 回復期リハ② 座長：廣谷 和香 評価者：小林 達也	15:40-16:40 一般演題13 回復期リハ③ 座長：石川 明美 評価者：山口 知子	16:40-17:40 一般演題14 回復期リハ④ 座長：西野 鏡雄 評価者：池田 吉成			第５会場
13:20-14:30 一般演題15 回復期リハ⑤ 座長：村越 大輝 評価者：中村 智代子	14:30-15:40 一般演題16 回復期リハ⑥ 座長：鈴木 愛 評価者：ゴータマンズ 由佳理	15:40-16:40 一般演題17 作業療法① 座長：石森 卓矢 評価者：河原 和美	16:40-17:40 一般演題18 作業療法② 座長：吉田 良子 評価者：藤田 徹			第６会場
13:20-14:20 一般演題19 作業療法③ 座長：南部 浩志 評価者：北岡 円	14:20-15:20 一般演題20 作業療法④ 座長：沼田 一成 評価者：中村 由紀江	15:20-16:20 一般演題21 作業療法⑤ 座長：森 祥子 評価者：南部 浩志	16:20-17:20 一般演題22 言語聴覚療法 座長：中村 智代子 評価者：石橋 尚基			第７会場
13:20-14:30 一般演題23 理学療法① 座長：長谷川 奨斗 評価者：北野 登美子	14:30-15:40 一般演題24 理学療法② 座長：清宮 大翔 評価者：板垣 昌史	15:40-16:50 一般演題25 理学療法③ 座長：石井 翔悟 評価者：中島 由美	16:50-18:00 一般演題26 理学療法④ 座長：後藤 浩水 評価者：梅原 靖孝			第８会場
13:20-14:30 一般演題27 理学療法⑤ 座長：池村 健 評価者：岡 弘江	14:30-15:40 一般演題28 理学療法⑥ 座長：尾山 直樹 評価者：宮薗 頌太朗	15:40-16:40 一般演題29 代替療法① 座長：百戸 直子 評価者：名古 将太郎	16:40-17:50 一般演題30 代替療法② 座長：菅原 さとみ 評価者：柚田 真知子			第９会場
13:20-14:30 一般演題31 外来・通所リハ① 座長：増田 知子 評価者：石川 明美	14:30-15:40 一般演題32 外来・通所リハ② 座長：貴志 千秋 評価者：嶋﨑 眞治	15:40-16:50 一般演題33 外来・通所リハ③&排泄リハ 座長：草野 謙二 評価者：原口 友子				第10会場
13:20-14:40 一般演題34 地域連携① 座長：大谷 祐之 評価者：山本 史子	14:40-15:50 一般演題35 地域連携② 座長：堀野 純子 評価者：加藤 奈津	15:50-17:00 一般演題36 地域連携③ 座長：岡 弘江 評価者：田島 紘己				第11会場
13:20-14:20 一般演題37 慢性期医療① 座長：中村 大輔 評価者：樋沢 まみ	14:20-15:20 一般演題38 慢性期医療② 座長：大戸 将司 評価者：西野 鏡雄	15:20-16:30 一般演題39 栄養管理① 座長：國見 友恵 評価者：髙階 遥香	16:30-17:40 一般演題40 栄養管理② 座長：堤 亮介 評価者：中村 吉孝	17:40-18:40 一般演題41 栄養管理③ 座長：木村 康子 評価者：大塚 隆大		第12会場
13:20-14:20 一般演題42 栄養管理④ 座長：山口 知子 評価者：山崎 郁子	14:20-15:30 一般演題43 栄養管理⑤ 座長：大嶋 晶子 評価者：松原 直矢	15:30-16:40 一般演題44 業務改善① 座長：須藤 夏樹 評価者：田中 修	16:40-17:40 一般演題45 業務改善② 座長：北岡 円 評価者：杉 雄介	17:40-18:40 一般演題46 業務改善③ 座長：木原 真一 評価者：中西 恵美		第13会場
13:20-14:30 一般演題47 業務改善④ 座長：塚本 晃平 評価者：堤 亮介	14:30-15:40 一般演題48 業務改善⑤ 座長：藤田 徹 評価者：瀬戸 景子	15:40-16:50 一般演題49 医療安全・事故対策① 座長：松本 美穂 評価者：山崎 ひとみ	16:50-17:50 一般演題50 医療安全・事故対策② 座長：坂本 浩嗣 評価者：原田 真澄			第14会場
13:20-14:20 一般演題51 患者・家族とのかかわり① 座長：根生 一治 評価者：須藤 夏樹	14:20-15:20 一般演題52 患者・家族とのかかわり② 座長：木村 尚人 評価者：藤田 慎一朗	15:20-16:20 一般演題53 患者・家族とのかかわり③ 座長：大畑 修三 評価者：大畑 雅宏	16:20-17:30 一般演題54 患者・家族とのかかわり④ 座長：近内 光代 評価者：川渕 一世			第15会場
13:20-14:30 一般演題55 排泄ケア① 座長：石本 恭太 評価者：須賀 晴彦	14:30-15:40 一般演題56 排泄ケア② 座長：髙木 緑 評価者：諸江 伸龍	15:40-16:50 一般演題57 排泄ケア③ 座長：山根 真彦 評価者：竹尾 悠介	16:50-17:40 一般演題58 医療ソーシャルワーク① 座長：菊池 和友 評価者：山口 誠一	17:40-18:30 一般演題59 医療ソーシャルワーク② 座長：大畑 雅宏 評価者：倉富 暁子		第16会場
13:20-14:20 一般演題60 口腔ケア① 座長：佐野 裕美子 評価者：國見 友恵	14:20-15:20 一般演題61 口腔ケア② 座長：阪口 英夫 評価者：中山 剛志	15:20-16:40 一般演題62 地域包括ケア 座長：小堀 由紀恵 評価者：中村 大輔	16:40-17:20 一般演題63 感染症 座長：北野 登美子 評価者：木村 尚人			第17会場
13:20-14:10 一般演題64 看護師特定行為① 座長：半村 亜由美 評価者：小堀 由紀恵	14:10-15:00 一般演題65 看護師特定行為② 座長：河原 真由美 評価者：松岡 由香莉	15:00-16:20 一般演題66 薬剤 座長：秋山 幸子 評価者：木原 真一				第18会場
13:20-14:30 一般演題67 ターミナルケア① 座長：鈴木 雄 評価者：河野 佳苗	14:30-15:40 一般演題68 ターミナルケア② 座長：佐伯 真一 評価者：白川 卓					第19会場
企業展示						企業展示会場

：第１４回慢性期リハビリテーション学会

第2日目　11月20日(金)

会場	階	部屋名	9:00〜10:00	10:00〜11:00	11:00〜12:00	12:00〜13:00
第1会場	3F	メインホール	9:00-11:00 シンポジウム4 慢性期医療（かかりつけ医）とまちづくり 座長：橋本 康子 シンポジスト：鈴木 邦彦／田中 志子／藤井 将志		11:10-12:10 特別座談会 医療界のレジェンドとマドンナ これからどうなる〜日本の医療の行方〜 座長：中尾 一久 登壇者：横倉 義武／武久 洋三／橋本 康子	12:30-13:20 ランチョンセミナー3 座長：橋本 康子 演者：中村 祐 大塚製薬株式会社
第2会場	2F	203+204	9:00-10:00 シンポジウム6 ホワイト500を目指した健康経営 座長：岡田 邦夫 シンポジスト：保土田 純／塚田 裕樹	10:10-12:10 地域病病連携推進機構シンポジウム 地域連携と高齢者救急〜急性期病院の責務は?〜 座長：上西 紀夫／小山 信彌　基調講演：林 修一郎 シンポジスト：有賀 徹／高橋 泰／中尾 浩一		12:30-13:20 ランチョンセミナー4 座長：櫻田 和隆 演者：重富 雄哉 ファシリテーター：逆瀬川 光人
第3会場	2F	201+202	9:00-9:50 一般演題69 在宅医療① 座長：山崎 ひとみ 評価者：岡 純子 9:50-10:30 一般演題70 在宅医療② 座長：平田 知寛 評価者：大畑 修三 9:00-10:10 一般演題71 IoT・ロボット 座長：山本 史子 評価者：沼田 一成		ガイドラインから実臨床までBPSDの標準的治療を考える クラウドネイティブとAIで、地域の医療を残す〜726床の理事長が描く持続可能な慢性期医療〜 株式会社ヘンリー	12:30-14:00
第4会場	3F	ロビー	9:00-10:00 一般演題72 褥瘡・スキンケア① 座長：吉村 愛子 評価者：池村 健	10:00-11:00 一般演題73 褥瘡・スキンケア② 座長：中尾 健太郎 評価者：半村 亜由美	11:00-11:50 一般演題74 褥瘡・スキンケア③ 座長：前田 夏江 評価者：尾山 直樹	
第5会場	4F	402	9:00-10:00 一般演題75 リハビリテーション① 座長：嶋﨑 眞治 評価者：根生 一治	10:00-11:10 一般演題76 リハビリテーション② 座長：瀬戸 景子 評価者：鈴木 愛		
第6会場	4F	403	9:00-10:00 一般演題77 リハビリテーション③ 座長：諸江 伸龍 評価者：近内 光代	10:00-11:00 一般演題78 リハビリテーション④ 座長：藤田 慎一朗 評価者：河原 真由美		
第7会場	4F	404	9:00-10:00 一般演題79 訪問（在宅）リハ① 座長：杉 雄介 評価者：長野 綾	10:00-10:50 一般演題80 訪問（在宅）リハ② 座長：山田 晴之 評価者：増田 知子		
第8会場	4F	405	9:00-10:00 一般演題81 摂食・嚥下リハ① 座長：原口 友子 評価者：百戸 直子	10:00-10:50 一般演題82 摂食・嚥下リハ② 座長：中山 剛志 評価者：堀野 純子		
第9会場	4F	406	9:00-10:00 一般演題83 摂食・嚥下リハ③ 座長：名古 将太郎 評価者：阪口 英夫	10:00-11:00 一般演題84 摂食・嚥下リハ④ 座長：白川 卓 評価者：菅原 さとみ		
第10会場	4F	407				ポスター撤去
第11会場	4F	409	9:00-10:00 一般演題85 チーム医療① 座長：松原 直矢 評価者：清宮 大翔	10:00-11:00 一般演題86 チーム医療② 座長：田中 譲 評価者：村越 大輝	11:00-12:00 一般演題87 チーム医療③ 座長：川渕 一世 評価者：大塚 昌紀	
第12会場	4F	410	9:00-10:00 一般演題88 チーム医療④ 座長：須賀 晴彦 評価者：小川 佳代子	10:00-11:00 一般演題89 チーム医療⑤ 座長：山口 誠一 評価者：坂本 浩嗣	11:00-12:00 一般演題90 チーム医療⑥ 座長：柚田 真知子 評価者：石本 恭太	
第13会場	4F	411	9:00-10:10 一般演題91 チーム医療⑦ 座長：小林 達也 評価者：湯瀬 敦	10:10-11:10 一般演題92 チーム医療⑧ 座長：松岡 由香莉 評価者：森 祥子	11:10-12:00 一般演題93 臨床検査 座長：倉富 暁子 評価者：鈴木 雄	
第14会場	4F	412	9:00-10:00 一般演題94 介護医療院① 座長：ゴーダマンズ 由佳理 評価者：井口 朋子	10:00-11:00 一般演題95 介護医療院② 座長：加藤 奈津 評価者：石井 翔悟	11:00-12:00 一般演題96 介護医療院③ 座長：髙倉 美里 評価者：後藤 浩水	
第15会場	4F	413	9:00-10:00 一般演題97 介護① 座長：長瀬 正徳 評価者：高木 緑	10:00-11:00 一般演題98 介護② 座長：安達 麻美 評価者：安本 友子	11:00-12:00 一般演題99 介護③&介護施設① 座長：大塚 隆大 評価者：津留崎 孝義	
第16会場	4F	414	9:00-10:00 一般演題100 介護施設② 座長：河原 和美 評価者：秋山 幸子	10:00-11:00 一般演題101 介護施設③ 座長：河野 佳苗 評価者：長谷川 奨斗		
第17会場	5F	502	9:00-10:00 一般演題102 スタッフ育成① 座長：樋沢 まみ 評価者：佐伯 真一	10:00-11:00 一般演題103 スタッフ育成② 座長：竹尾 悠介 評価者：貴志 千秋	11:00-12:00 一般演題104 スタッフ育成③ 座長：原田 真澄 評価者：廣谷 和香	
第18会場	5F	503	9:00-10:00 一般演題105 経営管理全般① 座長：田島 紘己 評価者：佐野 裕美子	10:00-11:00 一般演題106 経営管理全般② 座長：中村 吉孝 評価者：草野 謙二	11:00-11:50 一般演題107 経営管理全般③ 座長：田中 修 評価者：吉田 良子	
第19会場	5F	ロビー				
企業展示会場	2F	201+202	8:30-15:30 企業展示			


14:00
15:00
16:00
17:00
18:00
19:00
20 30 40 50
10 20 30 40 50
10 20 30 40 50
10 20 30 40 50
10 20 30 40 50
10 20 30 40 50
10
会場
13:30-15:30
シンポジウム５
まちづくりに向けた各専門職の取り組み
～リハビリテーション・栄養・嚥下・排泄の視点～
座長：矢野 諭
シンポジスト：吉村 芳弘／梅本 丈二／西尾 俊治
15:40-15:45
次期学会案内
15:50-16:40
閉会式
第１会場
第２会場
第３会場
第４会場
第５会場
第６会場
第７会場
第８会場
第９会場
第10会場
第11会場
第12会場
第13会場
第14会場
第15会場
第16会場
第17会場
第18会場
第19会場
ポスター撤去
企業展示
企業展示会場
：第14回慢性期リハビリテーション学会

Access Map

車・バス・地下鉄利用 By Car, Bus or Subway



by cars 車利用

都市高速 URBAN EXPRESSWAY

- 福岡市の西側（唐津方面）から from the west of Fukuoka City(Karatsu area) → A 東浜ランプ Higashi-hama Ramp → 5分 5 minutes.
- 福岡市の南側（太宰府方面）から from the south of Fukuoka City(Dazaifu area) → B 築港ランプ Chikko Ramp → 3分 3 minutes.
- 福岡市の東側（北九州方面）から from the east of Fukuoka City(Kitakyusyu area) → B 築港ランプ Chikko Ramp → 3分 3 minutes.

タクシー Taxi

- 福岡空港から約15分 15 minutes. from Fukuoka Airport
- 博多駅から約10分 10 minutes. from Hakata Station
- 天神から約6分 6 minutes. from Tenjin

→ 福岡国際会議場 Fukuoka International Congress Center

by bus & subway 地下鉄・バス利用

福岡空港 Fukuoka International Airport

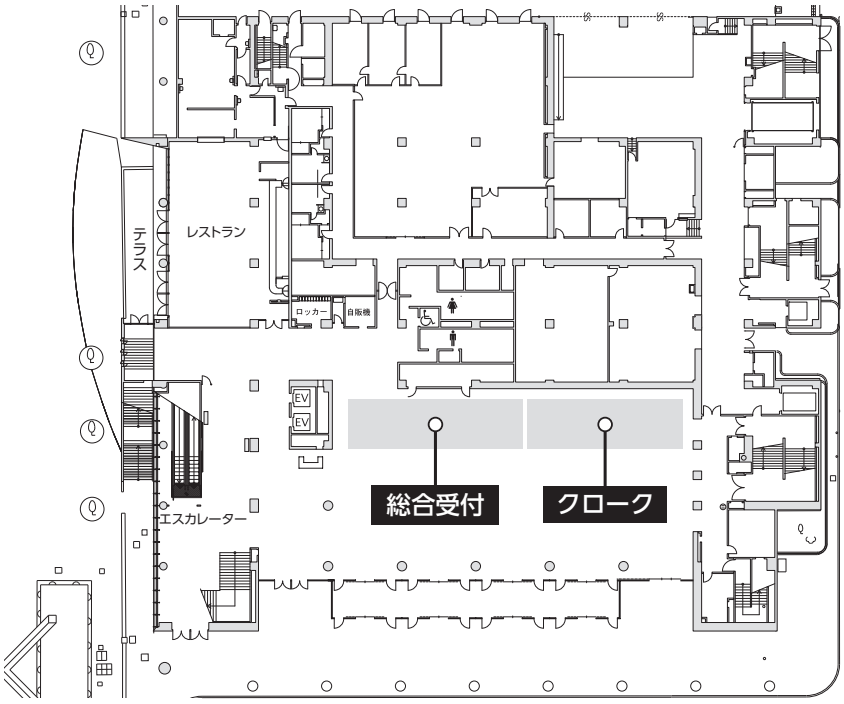
- 地下鉄5分 5 minutes. by subway → B 博多駅（博多口）博多駅西日本シティ銀行前 Fのりば 88番・99番 JR Hakata Station Hakata-exit The Nishi-Nippon City Bank-mae Bus Stop F No.88 /No.99（＊博多駅周辺MAP参照）
  - バス約11分 11 minutes. by bus → 99番 No.99 → C【博多ふ頭行】国際センター サンパレス前下車【to Hakata Pier.】Get off at Kokusai Center-Sun Palace-mae（＊ 周辺情報参照）→ 徒歩すぐ A short walk → 福岡国際会議場
  - 88番 No.88 → C【中央ふ頭行】国際会議場 サンパレス前下車【to Chuou Pier.】Get off at Kokusai kaigijyo-Sun Palace-mae → 福岡国際会議場

地下鉄・福岡空港駅 Fukuoka Airport Subway Station

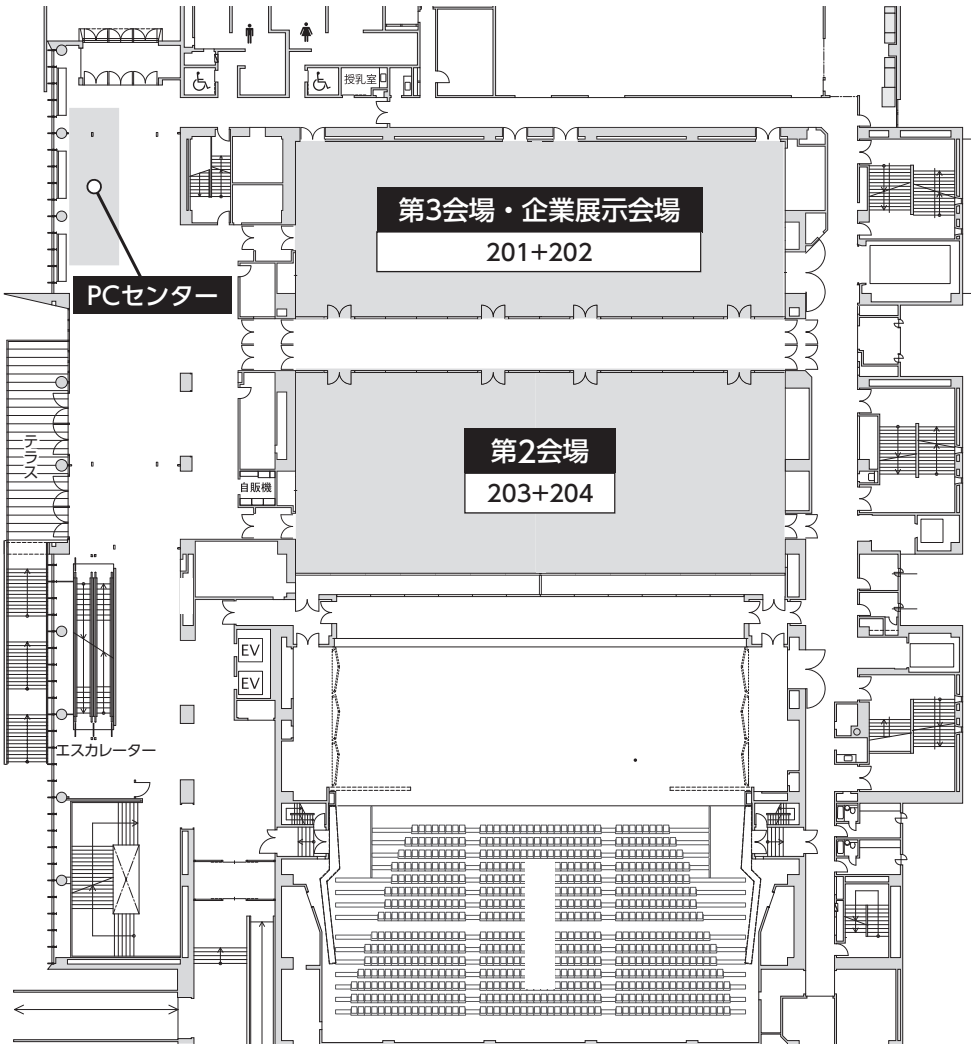
- 地下鉄15分 15 minutes. by subway → B 天神 ソラリアステージ前 2Aのりば 80番 Tenjin Solaria Stage-mae Bus Stop 2A No.80（＊天神駅周辺MAP参照）
  - 80番 No.80 → C【中央ふ頭行】国際会議場 サンパレス前下車【to Chuou Pier.】Get off at Kokusai kaigijyo-Sun Palace-mae → 福岡国際会議場
  - バス約9分 9 minutes. by bus

会場のご案内

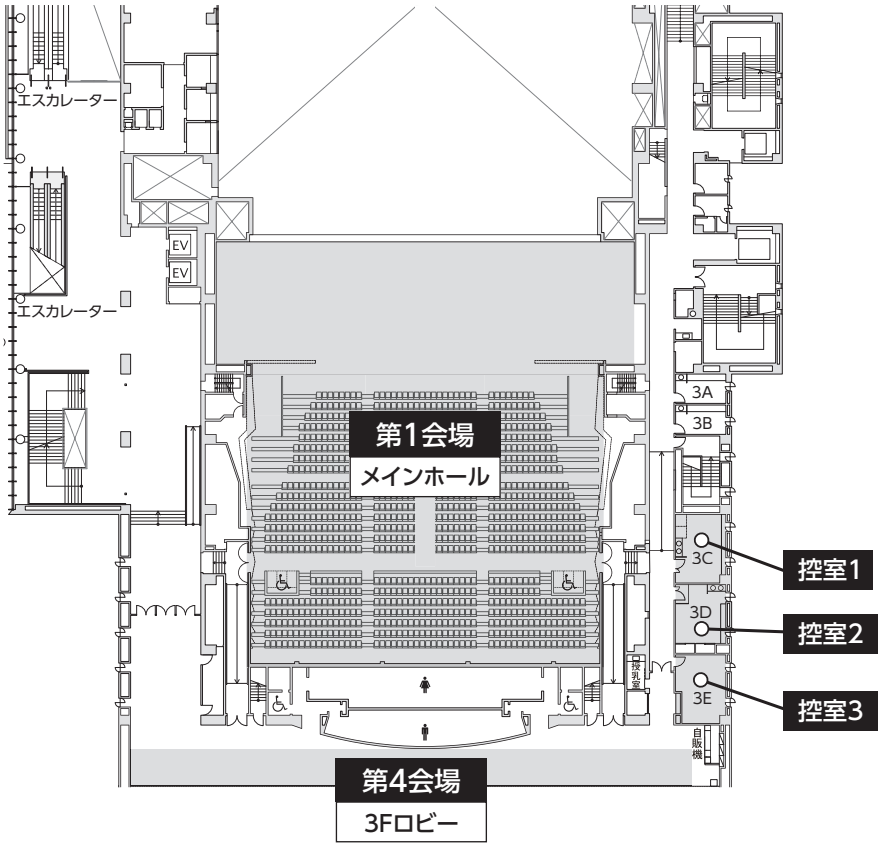
1F


テラス
レストラン
ロッカー
自販機
EV
EV
総合受付
クローク
エスカレーター

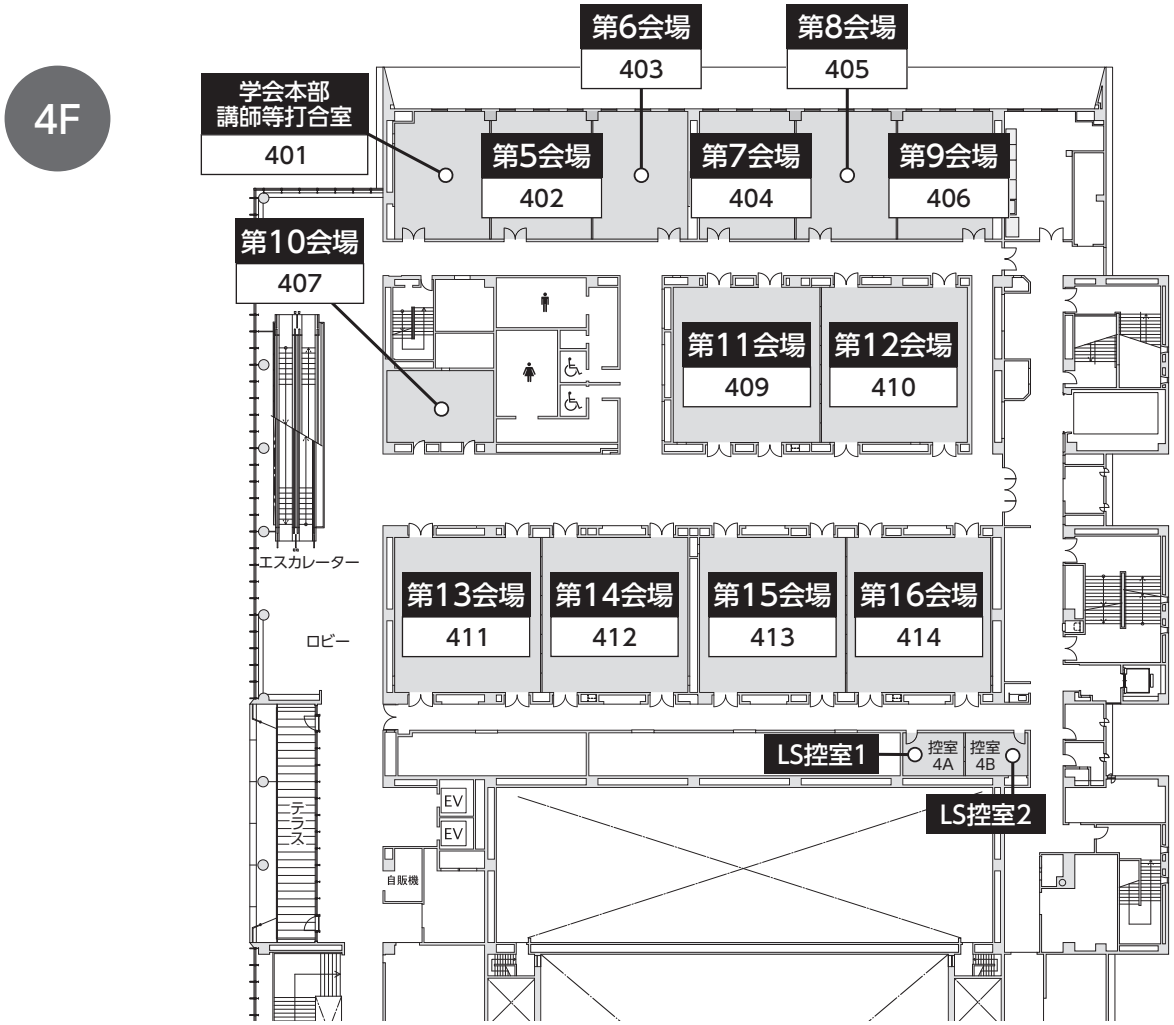
2F


授乳室
第3会場・企業展示会場
201+202
PCセンター
テラス
第2会場
203+204
自販機
EV
EV
エスカレーター

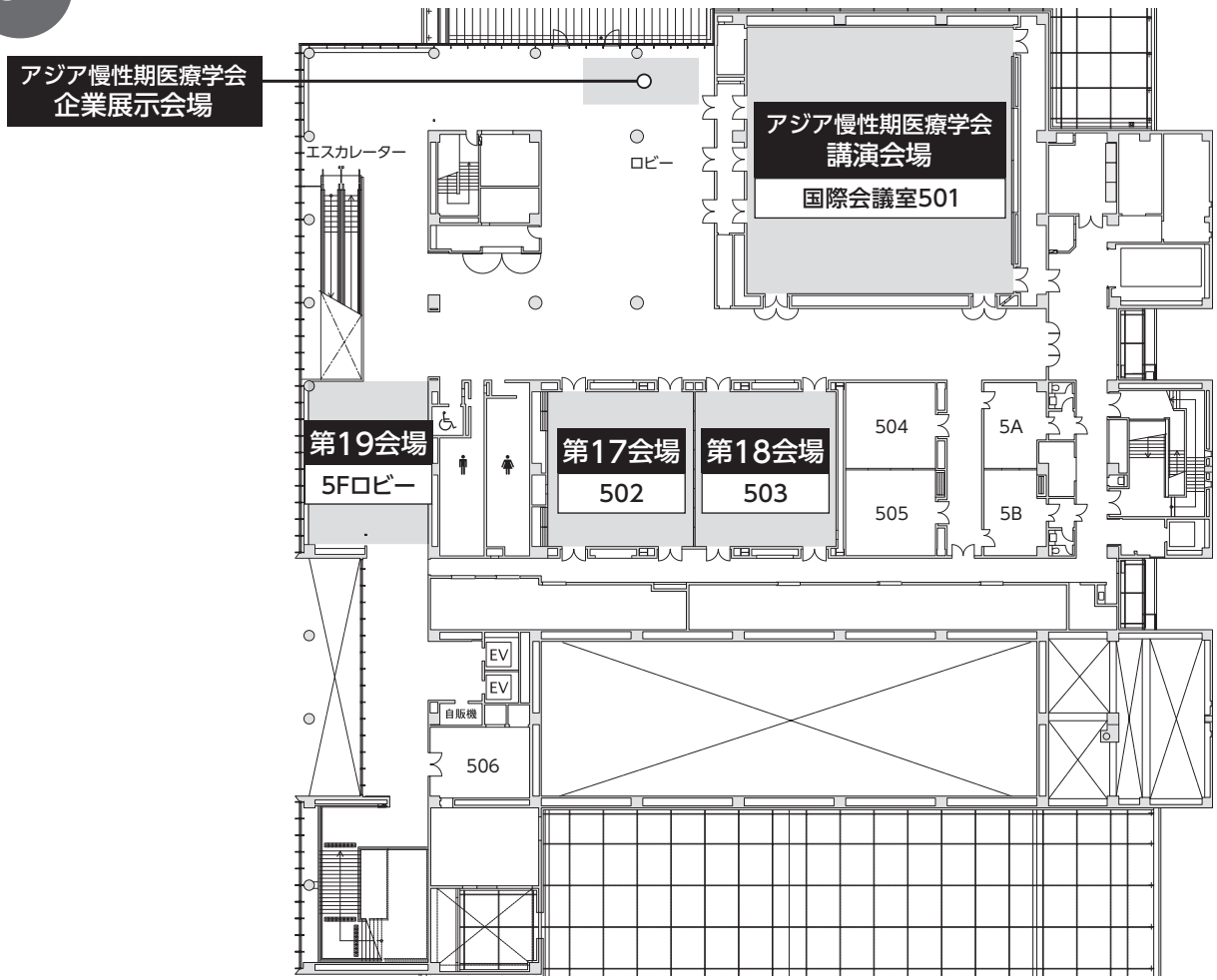
3F


エスカレーター
EV
EV
エスカレーター
3A
3B
第1会場
メインホール
3C
控室1
3D
控室2
3E
控室3
授乳室
自販機
第4会場
3Fロビー

4F


第6会場
403
第8会場
405
学会本部
講師等打合室
401
第5会場
402
第7会場
404
第9会場
406
第10会場
407
第11会場
409
第12会場
410
エスカレーター
ロビー
第13会場
411
第14会場
412
第15会場
413
第16会場
414
LS控室1
控室
4A
控室
4B
LS控室2
EV
EV
テラス
自販機

5F


アジア慢性期医療学会
企業展示会場
エスカレーター
ロビー
アジア慢性期医療学会
講演会場
国際会議室501
第19会場
5Fロビー
第17会場
502
第18会場
503
504
505
5A
5B
EV
EV
自販機
506

11月19日（木）

シンポジウム 1

11月19日（木）10:00～12:00
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

今後の医療と介護の行方
～R8 診療報酬改定と R9 介護報酬改定を見据えて～

座　長：池端幸彦（日本慢性期医療協会　副会長）

S1-1　**今後の医療と介護の行方～R8 診療報酬と R9 介護報酬を見据えて～**
―医療と介護の健全な持続へ向けて―
江澤和彦（日本医師会　常任理事）

S1-2　**持続可能な医療提供体制の構築に向けて**
西嶋康浩（厚生労働省　保険局医療課　課長）

S1-3　**今後の医療と介護の行方～令和 9 年度介護報酬改定を見据えて～**
堀　裕行（厚生労働省　老健局老人保健課　課長）

特別講演

11月19日（木）13:20～14:20
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

Well-being とまちづくり

座　長：中尾一久（第 34 回日本慢性期医療学会　学会長）

SL　**Well-being とまちづくり**
鈴木　寛（ウェルビーイング学会　副代表理事）

シンポジウム 2

11月19日（木）14:30～16:30
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

医療 DX とまちづくり

座　長：田中　滋（埼玉県立大学　理事長）

S2-1　**医療 DX とまちづくり―「病院」から「健院」への転換が地域の未来を創る―**
神野正博（恵寿総合病院　理事長）

S2-2　**医療 DX とまちづくり**
松田晋哉（福岡国際医療福祉大学　学長・教授）

S2-3　**富家病院の DX の取り組み**
富家隆樹（富家病院　理事長）

シンポジウム 3

11月19日（木）16:40～18:40
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

健康経営とまちづくり

座　長：尾形裕也（九州大学　名誉教授）

S3-1　**医療機関における健康経営―健康と生産性の関連**
津野陽子（埼玉県立大学　健康開発学科　健康情報学専攻/大学院研究科　准教授）

S3-2　**健康経営からはじまる地域共生社会（まちづくり）の実現**
～玉昌会グループの挑戦と慢性期医療の果たす役割～
髙田昌実（玉昌会グループ　代表）

S3-3　**健康経営から始まる、持続可能なまちづくり―職員・組織・地域を元気にする好循環―**
織田正道（織田病院　理事長）

日本介護医療院協会セミナー

11月19日（木）13:20～15:20
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

介護医療院への期待と課題

座　長：田中圭一（日本介護医療院協会　副会長）

LCS-1　**日本介護医療院協会 2026 年度調査結果報告**
鈴木龍太（日本介護医療院協会　会長）

LCS-2　**介護医療院への期待と課題**
小山秀夫（社会医療研究所　所長）

第 14 回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム

11月19日（木）15:30～17:30
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

医療機関と在宅（施設）との橋渡し
～メディカルケアマネジャーの役割を考える～

座　長：安藤正夫（日本慢性期医療協会　常任理事）

CRS-1　**医療と介護をつなぐ橋渡し役となれ―メディカルケアマネジャーの役割―**
武久洋三（日本慢性期医療協会　名誉会長）

CRS-2　**住み慣れた地域へつなぐ退院支援～ヨコクラ病院が実践する切れ目のない地域連携～**
今村綾子（ヨコクラ病院　地域連携室　室長・看護師）

CRS-3　**住み慣れた我が家・地域で、新しい生活を創る**
―病院での回復を地域生活につなぐ理学療法士からの視点―
山本　亮（千里リハビリテーション病院　セラピー部　室長・PT）

CRS-4　**医療と在宅の架け橋となるメディカルケアマネジャーの役割**
梶原喜美子（地域包括ケアステーション高良台　ケアマネジャー）

11月20日（金）

シンポジウム 4

11月20日（金）9:00～11:00
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

慢性期医療（かかりつけ医）とまちづくり

座　長：橋本康子（日本慢性期医療協会　会長）

S4-1　**地域密着型中小病院はまちづくりの主役へ**
―かかりつけ医機能では診療所を支援し地域を面で支える中心に―
鈴木邦彦（志村大宮病院　理事長）

S4-2　**人を「患者」に閉じ込めないまちづくり**
―最期まで“このまちの人”でいられる慢性期医療―
田中志子（内田病院　理事長）

S4-3　**慢性期病院が地域にひらくもの―谷田病院におけるまちづくりの歩みと新たな展開―**
藤井将志（谷田病院　事務部長）

特別座談会

11月20日（金）11:10～12:10
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

医療界のレジェンドとマドンナ
これからどうなる
～日本の医療の行方～

座　長：中尾一久（第 34 回日本慢性期医療学会　学会長）

SRD-1　横倉義武（日本医師会　名誉会長）

SRD-2　武久洋三（日本慢性期医療協会　名誉会長）

SRD-3　橋本康子（日本慢性期医療協会　会長）

シンポジウム５

11月20日（金）13:30～15:30
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

まちづくりに向けた各専門職の取り組み
～リハビリテーション・栄養・嚥下・排泄の視点～

座　長：矢野　諭（日本慢性期医療協会　副会長）

S5-1　**栄養から、暮らし続けられるまちをつくる**
―「食べる・動く・帰る」をつなぐリハビリテーション栄養―
吉村芳弘（熊本リハビリテーション病院　サルコペニア・低栄養センター長）

S5-2　**神経変性疾患の長期的食支援―住み慣れた地域で食べ続けるために―**
梅本丈二（福岡大学　摂食嚥下センター　センター長）

S5-3　**排尿トラブルの予防・改善は健康寿命を伸ばす**
西尾俊治（南高井病院　院長）

シンポジウム６

11月20日（金）9:00～10:00
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

ホワイト 500 を目指した健康経営

座　長：岡田邦夫（特定非営利活動法人　健康経営研究会　理事長）

S6-1　**ホワイト 500 を目指した健康経営の推進：社員主体の健康づくりと社外への価値提供**
保土田純（大塚製薬株式会社　ニュートラシューティカルズ事業グループ
ソーシャルヘルス・リレーション部　次長）

S6-2　**医療のプロだからこそ陥る落とし穴と、現場から変える健康経営**
～ホワイト 500 連続取得の裏にある実務担当者の葛藤と医療機関の強み～
塚田裕樹（原土井病院　法人本部）

地域病病連携推進機構シンポジウム

11月20日（金）10:10～12:10
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

地域連携と高齢者救急～急性期病院の責務は？～

座　長：上西紀夫（地域病病連携推進機構　理事長）
　　小山信彌（日本私立医科大学協会　参与）

RDS-SL　**高齢者救急を支える急性期病院の役割～医療・生活・尊厳をつなぐ～**
　　林修一郎（内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官
　　前　厚生労働省保険局医療課長）

RDS-1　**地域連携と高齢者救急～病院救急車の運用実態から急性期病院の責務などを論考する～**
　　有賀　徹（戸田中央メディカルケアグループ　理事長補佐・最高顧問）

RDS-2　**2040 年の高齢者救急と地域医療の再設計**
　　―急性期病院・慢性期病院・在宅医療の新たな役割分担―
　　高橋　泰（国際医療福祉大学大学院　医療経営管理分野　教授）

RDS-3　**地域の実情を掬い上げ、「治し支える医療」へ**
　　中尾浩一（済生会熊本病院　院長）

11月19日（木）

ランチョンセミナー 1

11月19日（木）12:20～13:10
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

リハ栄養口腔連携と静脈栄養の重要性

座　長：橋本康子（日本慢性期医療協会　会長）

LS1　若林秀隆（東京女子医科大学病院　リハビリテーション科　教授）

共催：株式会社大塚製薬工場

ランチョンセミナー 2

11月19日（木）12:20～13:10
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

診療報酬改定・新たな地域医療構想から読み解く病院経営に必要な備えと対応策

LS2　山口　聡（HC ナレッジ合同会社　代表社員）

共催：株式会社ワイズマン

11月20日（金）

ランチョンセミナー３

11月20日（金）12:30～13:20
第1会場（福岡国際会議場 3F メインホール）

ガイドラインから実臨床まで BPSD の標準的治療を考える
～承認後 2 年でレキサルティはどのように位置づけられたか～

座　長：橋本康子（医療法人社団和風会　理事長/社会福祉法人徳樹会　理事長/
社会福祉法人福寿会　理事長/医学博士）

LS3　中村　祐（香川大学医学部　精神神経医学講座　教授）

共催：大塚製薬株式会社

ランチョンセミナー４

11月20日（金）12:30～13:20
第2会場（福岡国際会議場 2F 203+204）

クラウドネイティブと AI で、地域の医療を残す
～726 床の理事長が描く持続可能な慢性期医療～

座　長：纓田和隆（株式会社ヘンリー　執行役員/病院共創本部長）

LS4-1　演者　重冨雄哉（医療法人　光輝会　理事長）

LS4-2　ファシリテーター　逆瀬川光人（株式会社ヘンリー　代表取締役　CEO）

共催：株式会社ヘンリー

一般演題　11月19日（木）

第3会場（福岡国際会議場 2F 201+202）

1　11月19日（木）　13:20～14:30　看護①

【座　長】中西恵美　橋本病院　医療安全管理部　副主任　看護師
【評価者】吉村愛子　イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
1-1	清川　明美	看護師	栃木県	宇都宮中央病院	死後のシャワー浴に対する看護職員の捉え方と関連要因の調査
1-2	大場　有紀子	看護師	静岡県	静岡徳洲会病院	胃瘻造設患者に対する術前訪問の導入
1-3	土江　瞳	看護師	島根県	出雲市立総合医療センター	長期療養患者に対する経管栄養１日２回注入導入の効果―患者負担軽減と身体的拘束最小化の検討―
1-4	岩本　真耶	看護師	北海道	花川病院	人生最終段階において家族との対話を通じ、生き方を再考するに至った一時例
1-5	鬼塚　杏奈	看護師	鹿児島県	国分中央病院	一般輸液における血管外漏出予防を目的としたフローチャート活用の効果
1-6	村上　由美	看護師	山口県	光市立大和総合病院	終末期高齢患者における経口摂取中止に至るプロセスの検討―診療録の質的帰納的分析―
1-7	武井　美幸	看護師	群馬県	内田病院	看護スタッフ主導の日中離床促進プログラムが患者の離床時間および食事量に与える影響

2　11月19日（木）　14:30～15:40　看護②

【座　長】安本友子　豊中平成病院　看護部　関西エリア部長　看護師
【評価者】山田晴之　桜ヶ丘病院　訪問看護ステーション　主任　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
2-1	髙塚　恵介	看護師	静岡県	掛川東病院	回復期リハビリテーション病棟における退院支援カンファレンスへの患者意向の反映
2-2	田中　千夏	介護福祉士	岡山県	柴田病院	急変時看取りマニュアル整備によるスタッフの心理反応～ストレス緩和及びマニュアル化の有効性～
2-3	岡本　珠里奈	看護助手	静岡県	静岡徳洲会病院	浴槽入浴を実現するための環境整備～安全で快適な入浴環境づくりへの取り組み～
2-4	中村　かおり	看護師	北海道	札幌西円山病院	患者中心ケアを部署文化として育む管理実践～師長による患者中心ケアの言語化と主任との協働を通して～
2-5	安積　明日香	看護師	大阪府	坂本病院	療養型病院での腹臥位ケア導入・定着にむけての取り組み
2-6	溝口　理恋	看護師	三重県	花の丘病院	嚥下障害を有する患者の看護と KT バランスチャートを活用した考察
2-7	山本　陽介	看護師	大阪府	堺平成病院	慢性期病院における RRS 導入に向けた現状と課題

3　11月19日（木）　15:40～16:50　看護③

【座　長】山崎郁子　南昌病院　総看護師長　看護師
【評価者】大谷祐之　富家病院　地域総合診療　専門研修指導医　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
3-1	田中　千春	看護師	北海道	定山渓病院	慢性期病院における医療的ケア児受け入れ前後の看護職の意識変化
3-2	村井　祐介	看護師	群馬県	駒井病院	統合失調症・認知症患者の転倒予防に向けた取り組み
3-3	寺岡　咲葵	看護師	東京都	竹川病院	患者が持つ回復能力を最大限に発揮できるよう生活環境を整えることを意識した看護介入
3-4	榊原　彩美	看護師	佐賀県	順天堂病院	療養病床での肺炎予防に対するパーカッションラップの効果～肺炎を繰り返していた 1 症例の検討～
3-5	樋口　留里子	看護師	福岡県	久英会クリニック	関連施設職員の節目健診結果からみた健康課題と健康支援の方向性
3-6	山口　将大	看護師	東京都	ねりま健育会病院	攻めのリハビリを基盤とした、パーキンソン病を合併した脳梗塞患者の在宅退院に向けた看護介入
3-7	村岡　あかね	看護師	島根県	加藤病院	新築移転を契機とした看護提供体制の再構築～退院支援の質向上への取り組み～

4　11月19日（木）　16:50～18:00　看護④

【座　長】津留崎孝義　新古賀リハビリテーション病院みらい　副看護部長　看護師
【評価者】安達麻美　　杉病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
4-1	神田　直孝	看護師	埼玉県	イムス埼玉越谷病院（新越谷病院）	看護補助者の役割再定義と組織改革（中間報告）　指示系統を「上下関係」から「役割分担」へ管理者の意識変容
4-2	武田　恵利香	看護師	福岡県	原病院	脱水を繰り返す患者の水分の促しについて
4-3	島谷　美揮	看護師	東京都	竹川病院	KOMI チャートシステムにおける「持てる力」を生かした家族支援～家に帰りたい思いに寄り添う～
4-4	田中　景子	看護師	愛媛県	松山リハビリテーション病院	音声入力式角度調整ベッド導入が頚髄損傷患者の自己効力感および生活行動に与えた影響
4-5	酒井　鮎美	看護師	福岡県	杉病院	地域包括ケア病棟の看護記録の現状～看護の見える化と連携できる記録の課題～
4-6	佐藤　史華	看護師	東京都	永生病院	自宅退院が困難と思われた患者家族への退院支援～患者への医療的ケアの指導の事例を通して～
4-7	入山　朋恵	看護師	東京都	永生病院	回復期リハビリ病棟看護師の退院支援への取り組みと課題～退院後訪問・退院後電話確認を通して～

5　11月19日（木）　13:20～14:40　身体拘束廃止①

【座　長】岡純子　　高良台コミュニティホスピタル　看護部　マネジャー　看護師
【評価者】山根真彦　島の病院おおたに　看護部　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
5-1	田村　未弥	看護師	富山県	西能みなみ病院	身体拘束の最小化を目的としたケアマフ導入の実践と効果
5-2	中津　めい	看護師	和歌山県	宇都宮病院	眠り SCAN®の利用が転倒・転落予防および業務負担に与える影響―早期検知機能に着目した検討―
5-3	長田　尚久	理学療法士	富山県	北陸中央病院	離床 CATCH 導入と多職種連携による身体拘束率低減への取り組み
5-4	長濱　百合	看護師	福岡県	有吉病院	身体拘束ゼロに向けた取り組み～センサーマットの使用目的の明確化と多職種連携による事例検討～
5-5	土井　勝也	看護師	大分県	和田病院	急性期病棟における身体拘束の最小化に取り組んだ看護実践～抑制しない看護を目指して
5-6	大竹　正隆	看護師	新潟県	三条東病院介護医療院	経管栄養チューブの自己抜去を繰り返す患者様への看護ケアの振り返り
5-7	加藤　彩	看護師	愛知県	総合青山病院	ケアミックス病院における身体拘束最小化チーム導入が身体拘束率および転倒転落関連指標に及ぼす影響
5-8	小池　怜	事務職	栃木県	日光野口病院	身体的拘束最小化を病院全体で推進する組織的取り組み―理念を基盤とした組織横断的推進体制の再構築―

6　11月19日（木）　14:40～16:00　身体拘束廃止②

【座　長】大塚昌紀　高良台コミュニティホスピタル　院長　医師
【評価者】髙倉美里　博愛介護医療院　師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
6-1	鈴木　聡美	看護師	愛知県	総合青山病院	療養病棟における身体拘束最小化チーム活動の効果―身体拘束率低減と維持に向けた取り組みの検討―
6-2	水上　美幸	看護師	富山県	光ヶ丘病院	身体拘束最小化は患者の生命予後に影響するのか～死亡退院患者の在院日数からの検討～
6-3	櫻井　沙織	看護師	長野県	上條記念病院	身体拘束解除に向けた取り組み―経鼻栄養チューブ自己抜去予防に対する自作ラトル型把持用具活用の試み―
6-4	足達　眞愛花	看護師	北海道	苫小牧東病院	胃瘻造設術後患者の身体拘束最小化への取り組み
6-5	田村　亜希子	作業療法士	富山県	流杉病院	代替方法を導入し身体拘束ゼロを目指した中期的取り組み～患者の安全性とコストカットを意識して～
6-6	前田　怜子	看護師	兵庫県	北摂中央病院	身体拘束低減を目指した認知症マフ活用とその効果～患者の変化とスタッフ認識より検討～
6-7	赤岩　美香	看護師	神奈川県	JCHO 湯河原病院	身体拘束に頼らない看護の実現に向けて―臨床倫理検討シートを用いたカンファレンスの実践と要因分析―
6-8	松野　真征	看護師	福岡県	田主丸中央病院	本人の意思を引きだすための療養病棟における身体拘束解除の取り組み

7　11月19日（木）　16:00～17:10　身体拘束廃止③

【座　長】井口朋子　富家病院　看護部長　看護師
【評価者】塚本晃平　定山渓病院　渉外課　課長　事務職

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
7-1	境　治紀	介護福祉士	富山県	西能みなみ病院	やさしく守るケアへ～身体拘束を減らす予防衣の導入と実践～
7-2	塩田　美佐代	看護師	静岡県	きせがわ病院	身体的拘束ゼロ実現に向けた組織学習の促進～職員の価値観変容と組織文化の醸成～
7-3	鈴木　勇輝	作業療法士	愛知県	小林記念病院	身体拘束低減に向けた行動制限廃止説明同意書の効果～身体拘束とインシデント・アクシデント率の比較～
7-4	木村　むつみ	准看護師	静岡県	掛川北病院	症マフを活用した「抑える看護」から患者らしさを「引き出す看護」へ
7-5	髙橋　郁子	看護師	山梨県	恵信リハビリテーション病院	身体的拘束最小化チームの取り組みによるスタッフの意識変容～取り組み前後のアンケート調査の比較～
7-6	鈴木　佳貴	看護師	茨城県	志村大宮病院	地域包括医療病棟における身体拘束患者の特徴と解除要因の検討
7-7	小坂　尚志	理学療法士	茨城県	牛尾病院介護医療院	介護医療院における身体拘束低減に向けた「認知症マフ」導入の効果と職員の意識変容に関する検討

8　11月19日（木）　17:10～18:20　身体拘束廃止④

【座　長】中村由紀江　有吉病院　看護師
【評価者】小林奈緒子　牟田病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
8-1	佐藤　亜由美	看護師	富山県	野村病院	慢性期病院における身体拘束最小化チームの一員としての診療看護師の取り組み
8-2	平田　絵美	看護師	福岡県	神代病院	当院における身体拘束最小化に向けた取り組みおよび今後の課題
8-3	梶原　晴佳	看護師	鹿児島県	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	身体拘束最小化に対する当院の取り組みと成果
8-4	諫山　和幸	看護師	佐賀県	今村病院	身体拘束評価フローシートを用いた身体拘束最小化への取り組み～転倒・転落リスク評価の標準化を目指して～
8-5	荒牧　花菜	看護師	高知県	朝倉病院・介護医療院朝倉	A 施設における身体拘束廃止の取組に対する職員の意識調査を行って
8-6	古矢　貴宏	看護師	神奈川県	北小田原病院	心理的安全性を軸にした精神科認知症治療病棟の身体拘束削減の取り組み
8-7	平田　夏芽	看護師	愛媛県	松山リハビリテーション病院	身体拘束フローチャートを活用した身体拘束最小化への取り組み

第4会場（福岡国際会議場 3F ロビー）

9　11月19日（木）　13:20～14:40　認知症①

【座　長】長野綾　　橋本病院　認知症治療病棟　主任　看護師

【評価者】長瀬正徳　陵北病院　副院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
9-1	金子　亮太	理学療法士	静岡県	新富士病院	高齢患者における認知機能変化と ADL の関連の検討
9-2	森谷　祐介	医師	北海道	愛全病院	認知症患者の精神症状に対し抗精神病薬を使用せず改善が得られた症例の検討
9-3	平田　知寛	看護師	福岡県	有吉病院	在宅介護が困難となった認知症患者に対するかかわり～チェックシートを用いた多職種連携ケアを振り返る～
9-4	籾井　かなこ	介護福祉士	福岡県	有吉病院	ユマニチュード技法による入所者・職員の変化と効果
9-5	石森　卓矢	作業療法士	群馬県	美原記念病院	認知症初期集中支援チームが地域に果たす役割～10 年間の活動実績と事例からの検討～
9-6	中澤　祐介	介護福祉士	山梨県	城東病院	当院での認知症ケアについての取り組み～認知症まるごとキャッチ研修を実施して～
9-7	土屋　淳	看護師	千葉県	小林病院	重度認知障害患者の大声・不穏に対する先回りケア～PCC に基づく先制的アプローチ～
9-8	田村　実有	看護師	兵庫県	本山リハビリテーション病院	ユマニチュード普及に向けての取り組みとその効果

10　11月19日（木）　14:40～16:00　認知症②

【座　長】小林奈緒子　牟田病院　看護部長　看護師
【評価者】前田夏江　　西崎病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
10-1	髙橋　郁子	看護師	山梨県	恵信リハビリテーション病院	当グループ病院、施設における認知症ケアに対する意識と困難感に関する現状調査
10-2	吉澤　舞	介護福祉士	神奈川県	元気会横浜病院	意思疎通が困難なアルツハイマー型認知症患者へのユマニチュードケア　5 つのステップを用いた信頼関係の構築
10-3	山岡　祐樹	作業療法士	香川県	橋本病院	当院認知症治療病棟における各ユニットの作業療法介入と今後の課題
10-4	戸川　達成	看護師	広島県	ナカムラ病院	自分の部屋が分からなくなる患者へのアプローチ
10-5	栗橋　空良	看護師	北海道	花川病院	睡眠日誌の積極的活用による認知症ケアに対する看護師の認識と行動の変容―質的記述的分析を用いて―
10-6	齋藤　寿美子	看護師	千葉県	初富保健病院	介護医療院における認知症ケアチーム活動に対する BPSD＋Q 導入効果と認知症看護認定看護師の役割
10-7	大野　まゆみ	作業療法士	埼玉県	埼玉みさと総合リハビリテーション病院	回復期病院における認知症カフェの取り組み～参加者のニーズにあわせて～
10-8	永井　庸介	看護師	大阪府	枚方総合発達医療センター	重症心身障害児施設における認知症看護認定看護師の役割

第5会場（福岡国際会議場 4F 402）

11　11月19日（木）　13:20～14:30　回復期リハ①

【座　長】小川佳代子　富家病院　リハビリテーション室　室長　理学療法士
【評価者】田中譲　　みなみ野病院　院長　医師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
11-1	江島　亮	理学療法士	兵庫県	平成病院	回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折術後患者への FLS 導入効果―栄養状態別層別解析―
11-2	高瀬　葉月	作業療法士	東京都	イムス明理会東京町田病院	入棟時認知 FIM17 点以下の運動器・廃用症例における ADL 改善の実態―回復期病棟受け入れ判断の検討―
11-3	木戸　紗希子	作業療法士	北海道	花川病院	回復期リハビリテーション病棟退院後の脳血管・運動器疾患患者における IADL の経時的変化に関する予備的調査
11-4	今田　ななみ	看護師	兵庫県	西宮回生病院	当病棟における離床の認識調査～目的のある離床を目指して～
11-5	小野　瑞菜	理学療法士	群馬県	内田病院	回復期リハビリテーション病棟退院後､介護保険サービス非利用者における在宅生活の実態と課題について
11-6	坂口　俊太郎	理学療法士	山口県	山口平成病院	回復期病棟における入院中転倒患者の入棟時特徴の検討
11-7	橋本　涼加	理学療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	回復期リハビリテーション病棟における退院時 ADL 自立度予測に影響する因子～運動器疾患に着目して～

12　11月19日（木）　14:30～15:40　回復期リハ②

【座　長】廣谷和香　千里リハビリテーション病院　セラピー部　コーチ　理学療法士
【評価者】小林達也　島の病院おおたに　副院長　医師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
12-1	山田　佳奈	管理栄養士	静岡県	湖山リハビリテーション病院	回復期 A 病棟入院患者における炎症の有無と栄養摂取量及び機能回復の関連
12-2	池田　吉成	事務職	大阪府	千里リハビリテーション病院	脳血管疾患患者における運動 FIM 予測精度と誤差構造―入院時 FIM 階層別・13 項目別分析―
12-3	内田　尚吾	理学療法士	山口県	光風園病院	当院回復期リハビリテーション病棟における心疾患を既往に持つ事の影響とその傾向について
12-4	松本　優貴	作業療法士	東京都	ねりま健育会病院	遷延性意識障害を伴う慢性期重症くも膜下出血患者への包括的支援の一例
12-5	井上　勇弥	理学療法士	群馬県	内田病院	トイレ・移動動作の自立可否を決める入院時体組成データの検討
12-6	三尾谷　礼	理学療法士	千葉県	薬園台リハビリテーション病院	選挙参加や携帯契約等社会交流場面を想定した院外練習を実施し自宅退院を叶えた高次脳機能障害症例
12-7	東條　留奈	作業療法士	香川県	橋本病院	危険予知トレーニングを用いてリスク管理の定着を目指した症例

13　11月19日（木）　15:40～16:40　回復期リハ③

【座　長】石川明美　千里リハビリテーション病院　診療副部長　医師
【評価者】山口知子　札幌西円山病院　在宅ケアセンター　担当課長　管理栄養士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
13-1	中山　清子	理学療法士	兵庫県	神戸平成病院	当院回復期リハビリテーション病棟における脳血管・運動器疾患患者の FIM 改善と自宅退院の検討
13-2	笹田　朱音	理学療法士	大阪府	淀川平成病院	病棟自主トレーニング提供が総 FIM 利得に与える影響：認知機能調整後の重回帰分析による検証
13-3	廣瀬　颯	理学療法士	徳島県	博愛記念病院	腰部脊柱管狭窄症の術後に脊髄硬膜外動静脈瘻により対麻痺が生じた一症例
13-4	越智　美優	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	若年重度脳卒中患者に対する家族参加型リハビリテーションが歩行能力および ADL に与えた影響
13-5	井川　瑠莉	理学療法士	千葉県	薬園台リハビリテーション病院	体力試験を乗り越えタワーマンション管理人への現職復帰に至った人工股関節全置換術後患者の一例
13-6	内藤　翼	作業療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した患者における在院日数と FIM 各項目との関連

14　11月19日（木）　16:40～17:40　回復期リハ④

【座　長】西野鏡雄　千里リハビリテーション病院　医師
【評価者】池田吉成　千里リハビリテーション病院　法人統括本部長　事務職

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
14-1	新開　彩花	看護師	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	回復期リハビリテーション病棟における FIT プログラムにおける ADL の改善効果
14-2	井上　博貴	理学療法士	千葉県	薬園台リハビリテーション病院	末梢神経障害を呈した若年症例に対する、回復期理学療法士としての段階的な就労移行支援の経験
14-3	田中　奈々	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	入院中に覚醒低下しゴール設定に苦慮した一症例
14-4	永田　遼河	理学療法士	千葉県	薬園台リハビリテーション病院	重度のパーキンソン患者における長下肢装具を使った立位、歩行再建について
14-5	小林　永子	作業療法士	兵庫県	東浦平成病院	回復期リハビリテーション病棟における離床コーディネーターを中心とした離床支援
14-6	平林　克得	理学療法士	大分県	和田病院	多職種協働による退院支援の強化が自宅退院率および在院日数に及ぼした影響

第6会場（福岡国際会議場 4F 403）

15　11月19日（木）　13:20～14:30　回復期リハ⑤

【座　長】村越大輝　　富家千葉病院　リハビリテーション室　室長　理学療法士
【評価者】中村智代子　平成扇病院　リハビリテーション部　係長　言語聴覚士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
15-1	栗田　和明	看護師	茨城県	志村大宮病院	看護師による病棟内自主トレーニングの効果と有効性の検討
15-2	松田　壮広	作業療法士	岐阜県	愛生病院	「活動の乖離」と退院後転倒との関連性を検討した一症例
15-3	井上　裕之介	作業療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	回復期リハビリテーション病棟における FIT プログラム導入が、実績指数に与える影響
15-4	森　優香	看護師	福岡県	新古賀リハビリテーション病院みらい	更衣を生活行動へつなげる病棟全体で取り組んだ更衣訓練の効果
15-5	植田　裕子	理学療法士	大阪府	淀川平成病院	当院回復期リハビリテーション病棟における自主トレーニング不提供理由の構造：テキストマイニング分析
15-6	櫻井　志帆	社会福祉士	埼玉県	埼玉みさと総合リハビリテーション病院	身寄りなし患者の入院受け入れにおける多職種協働～意思決定支援が行えるチームを目指して～
15-7	下出　絢菜	作業療法士	東京都	イムス明理会東京町田病院	両側側頭葉梗塞に伴う情動抑制障害とリハビリ介入により自宅退院に至った症例

16　11月19日（木）　14:30～15:40　回復期リハ⑥

【座　長】鈴木愛　　千里リハビリテーション病院　看護課長　看護師
【評価者】ゴーダマンズ由佳理　介護医療院　湖東病院　師長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
16-1	佐藤　舞彩	理学療法士	宮城県	石巻健育会病院	離床意欲が低下している患者に対し目標やプログラムの可視化チェックリスト導入により活動量が向上するか
16-2	岩佐　拓郎	理学療法士	北海道	愛全病院	回復期リハビリテーション病棟の後期高齢者の予後予測における位相角の有用性
16-3	野本　大智	看護師	東京都	ねりま健育会病院	認知症高齢患者の心因性頻尿に対する多職種介入と攻めのリハビリ看護の有効性
16-4	郡山　一茂	理学療法士	福岡県	福岡輝栄会病院	回復期リハビリテーション病棟におけるボツリヌスカンファレンス導入の取り組み
16-5	林　悠太	言語聴覚士	東京都	イムス明理会東京町田病院	回復期リハ病棟の高齢摂食嚥下障害例における食形態および実用的コミュニケーション機能の変化
16-6	武田　義大	作業療法士	千葉県	富家千葉病院	回復期リハビリテーション病棟におけるトイレ動作の自立度と認知機能の関連
16-7	森　祐也	理学療法士	大阪府	堺平成病院	サルコペニア特化型カンファレンスの導入がリハビリスタッフの意識と行動に与える影響

17　11月19日（木）　15:40～16:40　作業療法①

【座　長】石森卓矢　美原記念病院　リハビリテーション部　副部長　作業療法士
【評価者】河原和美　吉田記念病院　介護医療院　師長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
17-1	西内　紗也菜	作業療法士	静岡県	介護老人保健施設　三方原ベテルホーム	意味のある作業を通した役割の再獲得が QOL 向上につながった事例～介護老人保健施設における OT の役割～
17-2	谷川　澄華	作業療法士	大阪府	平成記念病院	回復期病棟における服薬管理自立に関する要因の検討～MMSE 下位項目、作業療法課題の影響に着目して～
17-3	溝下　正展	作業療法士	鹿児島県	出水郡医師会立第二病院	段階的離床と意思表出支援により外出に至り、意欲向上に繋がった一例
17-4	立石　淳一郎	作業療法士	福岡県	上曽根病院	AI 音声会話介入が認知症高齢者に与える影響～入院関連機能低下（HAD）の予防・改善を目指して～
17-5	梅田　久嗣	作業療法士	宮城県	西仙台病院	慢性疼痛により活動性が低下した症例に対し、行動変容を期待した介入―疼痛関連認知・情動へのアプローチ―
17-6	松田　吏生	作業療法士	東京都	平成扇病院	COVID-19 感染後の廃用症候群により ADL 全介助となった認知症高齢者に対する作業療法介入

18　11月19日（木）　16:40～17:40　作業療法②

【座　長】吉田良子　新栄会病院　リハビリテーション課　リーダー　作業療法士
【評価者】藤田徹　　札幌西円山病院　経営管理部　課長　事務職

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
18-1	内藤　晴香	作業療法士	神奈川県	鶴巻温泉病院	重度運動麻痺を呈する回復遅延型ギラン・バレー症候群一症例の食事動作再獲得を目指した長期的作業療法実践
18-2	辻　裕成	作業療法士	香川県	橋本病院	全失語を呈した脳卒中患者に対して色彩変化による環境調整が ADL 向上に繋がった一例
18-3	山本　望丘	作業療法士	島根県	安来第一病院	施設入所待機で長期入院となる，認知機能低下，抑うつ状態が予測される患者の QOL 変化
18-4	北嶋　有紗	作業療法士	山口県	光風園病院	COPM の活用により麻痺側上肢を使用した活動が実現した一例―価値観に基づく目標設定が生活場面に与えた変化―
18-5	西山　可那	作業療法士	岡山県	済生会吉備病院	重度上肢麻痺症例に対し早期の予後予測と実車評価により改造車受容に至った自動車運転支援の一事例
18-6	椎原　大稀	作業療法士	奈良県	奈良東病院	疼痛関連評価の改善を認めず ADL が改善した大腿骨頸部骨折術後症例

第7会場（福岡国際会議場 4F 404）

19　11月19日（木）　13:20～14:20　作業療法③

【座　長】南部浩志　定山渓病院　リハビリテーション部　部長代理　作業療法士
【評価者】北岡円　　美原記念病院　事務部長　事務職

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
19-1	太田　愛乃	作業療法士	岡山県	済生会吉備病院	重度左被殻出血による低覚醒・全介助状態からトイレ動作軽介助へと改善を認めた段階的作業療法
19-2	木村　早希	作業療法士	埼玉県	埼玉みさと総合リハビリテーション病院	自己への気付きを促す関わりが麻痺側上肢使用拡大に繋がった一例
19-3	磯村　翔大	作業療法士	岐阜県	愛生病院	悲観的な発言を認めた症例に対する運動療法により身体機能の変化に伴う心理的変化
19-4	石田　柊花	作業療法士	兵庫県	西宮回生病院	長期経過パーキンソン病患者の小字症状に対し認識に焦点を当てた介入―作業遂行 6 因子分析ツールを用いて―
19-5	石塚　和佳奈	作業療法士	香川県	橋本病院	テニス競技への復帰を目指す頚髄損傷患者に対する課題指向型アプローチの実践
19-6	五味　友莉香	作業療法士	東京都	南多摩病院	パニック症の既往がある重症心不全患者に ADL 改善のため支持的精神療法を用いた一例

20　11月19日（木）　14:20～15:20　作業療法④

【座　長】沼田一成　　奈良東病院　リハビリテーション科　統括科長　作業療法士
【評価者】中村由紀江　有吉病院　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
20-1	藤原　寧々	作業療法士	香川県	橋本病院	調理を通して意欲の向上が認められた皮質盲患者の治療経験
20-2	石関　千乃	作業療法士	埼玉県	埼玉セントラル病院	作業を通して､他者との関わりという価値を再獲得した事例について
20-3	大塚　由菜	作業療法士	埼玉県	埼玉セントラル病院	趣味活動が重度認知症患者の精神的安定とBPSD 改善を認めた一例
20-4	大坪　美紗都	作業療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	回復期脳卒中片麻痺患者へのBMI 訓練が上肢機能と運動イメージに及ぼす影響
20-5	内原　成美	作業療法士	埼玉県	埼玉セントラル病院	「がんばらなんね」～認知症患者に対し方言と家族参加型介入により活動性向上が認められた症例～
20-6	池之谷　真結香	作業療法士	石川県	千木病院	認知行動療法により訓練参加意欲の向上を認めた抑うつ患者の一例

21　11月19日（木）　15:20～16:20　作業療法⑤

【座　長】森祥子　　豊中平成病院　リハビリテーション部　部長　作業療法士
【評価者】南部浩志　定山渓病院　リハビリテーション部　部長代理　作業療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
21-1	浅井　麗	作業療法士	東京都	みなみ野病院	原因不明単麻痺を呈した重度パーキンソン病患者の医療療養病棟における作業療法―左上肢再使用と活動参加―
21-2	内山　利英	作業療法士	東京都	大内病院	実践報告　精神科デイケアにおける若年層が取り組みやすい未実施の創作活動の導入～レジンをやってよかった～
21-3	土井　彩加	作業療法士	広島県	井野口病院	ストーマを造設したがん患者に対しQOL 評価を用いて介入し､病前の役割や趣味・交流を再獲得した事例
21-4	土橋　一希	作業療法士	東京都	みなみ野病院	医療療養病棟において生活歴に基づく作業活動が主体的行動と生活行為の拡大に繋がった一例
21-5	管　和真	作業療法士	東京都	平成扇病院	治療目標の設定に難渋した対象者に対しCOPM を用いて合意目標に至った症例
21-6	藤田　絢女	作業療法士	東京都	明理会東京大和病院	本人の意思決定を起点とした退院支援

22　11月19日（木）　16:20～17:20　言語聴覚療法

【座　長】中村智代子　平成扇病院　リハビリテーション部　係長　言語聴覚士
【評価者】石橋尚基　　新八千代病院　リハビリテーション科　科長　言語聴覚士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
22-1	坂本　英世	言語聴覚士	東京都	まちだ丘の上病院	脳卒中発症 4 年後からの介入で改善が認められた 90 代失語症例―慢性期超高齢者の改善要因に関する一考察―
22-2	中野　有里恵	言語聴覚士	兵庫県	協立記念病院	発声制限下の四肢麻痺患者に対する意思伝達支援としての iPad の活用―リハビリ意欲向上に着目して―
22-3	菅　涼	言語聴覚士	東京都	緑成会整育園	口腔ケア時に拒否反応を呈した視覚障害を伴う重症心身障害者へのコミュニケーション的介入
22-4	岩尾　尚美	言語聴覚士	兵庫県	協立記念病院	脳幹出血により重度嚥下障害，コミュニケーション障害を呈した一例～20 年にわたる長期的な関り～
22-5	橘　彩乃	言語聴覚士	大阪府	千里リハビリテーション病院	原職復帰を希望した若年失語症の一症例に対する回復期リハ病院での ST の取り組みと課題について
22-6	小田　彩	言語聴覚士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	病態変化に応じたコミュニケーション支援を行った回復遅延型重症ギラン・バレー症候群患者の 1 例

第8会場（福岡国際会議場 4F 405）

23　11月19日（木）　13:20～14:30　理学療法①

【座　長】長谷川奨斗　世田谷記念病院　リハビリテーション部　エリア部長　理学療法士
【評価者】北野登美子　高良台コミュニティホスピタル　看護部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
23-1	渡邊　有耶	理学療法士	神奈川県	平成横浜病院	緩和ケア患者に対し，家族を含めた地域包括医療病棟での理学療法士の役割
23-2	渡部　佑実	理学療法士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	筋緊張の改善により車椅子離床の再獲得に繋がった症例―ポジショニングを用いた持続的伸張による改善―
23-3	小松崎　朱里	理学療法士	神奈川県	平成横浜病院	地域包括医療病棟における経口摂取困難な低栄養患者に対する運動負荷量設定：症例検討
23-4	杉浦　涼葉	理学療法士	神奈川県	平成横浜病院	認知行動療法により恐怖心を伴うバランス低下の改善が示唆された一症例
23-5	山﨑　博喜	理学療法士	福岡県	原病院	地域在住高齢者に対する踏みトレが下肢荷重能力と歩行・立ち上がり能力に及ぼす影響
23-6	親泊　康隆	理学療法士	沖縄県	牧港中央病院	人工呼吸器患者に対してのリハビリテーション～他職種と連携し ADL 向上した症例～
23-7	井岸　烈	理学療法士	東京都	多摩川病院	HAL と BWST を併用した歩行訓練により歩行能力が改善した脳卒中片麻痺患者の一症例

24　11月19日（木）　14:30〜15:40　理学療法②

【座　長】清宮大翔　平成扇病院　リハビリテーション部　部長代理　理学療法士
【評価者】板垣昌史　定山渓病院　理学療法科　副主任　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
24-1	黒岩　敬之	理学療法士	佐賀県	順天堂病院	脊柱変形のあるパーキンソン病患者に対しLSVT を実施し腰痛増悪をきたした症例
24-2	冨野　靖人	理学療法士	京都府	介護老人保健施設深草京しみず	認知症を有する利用者に対し入所・通所間で同一理学療法士が継続介入した一症例
24-3	長田　泰馬	理学療法士	山梨県	城東病院	食べる力推進室における理学療法士の役割〜「食べる力」を引き出すための本質とは〜
24-4	篠原　良介	理学療法士	千葉県	総泉病院	慢性期患者の痙縮に対するボツリヌス療法と経皮的電気刺激の併用効果〜慢性期頭部外傷患者の一症例〜
24-5	金澤　昇汰	理学療法士	茨城県	志村大宮病院	移乗動作に重度介助を要す右脳梗塞症例に対し、立位から着座までを能動的に引き出す理学療法
24-6	吉川　樹	理学療法士	徳島県	徳島平成病院	非認知症患者と軽度認知症または MCI 患者に対する Pysibo Gait の即時効果の比較医
24-7	辻　あかり	理学療法士	大阪府	泉佐野優人会病院	脳卒中関連サルコペニアを呈した症例に対し、歩行手段を調整することで歩行動作獲得に至った一症例

25　11月19日（木）　15:40～16:50　理学療法③

【座　長】石井翔悟　平成扇病院　リハビリテーション部　主任　理学療法士
【評価者】中島由美　橋本病院　リハビリテーション部　部長　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
25-1	坂本　美羽	理学療法士	東京都	緑成会整育園	呼吸機能へのアプローチにより声量向上を認めた脳性麻痺長期入所者の一症例
25-2	森元　香帆	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	歩行への自己効力感低下に対してトークン・エコノミー法が有効であった脳卒中後片麻痺患者の一例
25-3	鹿志村　和央	理学療法士	東京都	緑成会病院	体重免荷装置を用いた反応的姿勢制御訓練によりバランス機能改善を認めた脊髄小脳変性症の一症例
25-4	南澤　拓美	理学療法士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	短縮版歩行自立評価表 Independent Ambulation Scale-Short（IAS-S）の職種間信頼性の検討
25-5	内藤　正喜	理学療法士	神奈川県	鶴巻温泉病院	進行期 ALS・SMA 患者への LIC TRAINER 介入による呼吸機能の即時変化と病院介入の意義
25-6	糸賀　秀基	理学療法士	山口県	光風園病院	右放線冠梗塞と左小脳出血併発例の歩行再建～訓練内容、反復回数、進行過程に着目して～
25-7	橋本　夏実	理学療法士	熊本県	西日本病院	パーキンソン病患者における感覚フィードバックトレッドミルによる聴覚・視覚刺激の歩行関連機能改善変化量

26　11月19日（木）　16:50～18:00　理学療法④

【座　長】後藤浩水　新古賀リハビリテーション病院みらい　介護医療院　主任　理学療法士
【評価者】梅原靖孝　定山渓病院　リハビリテーション部　科長代理　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
26-1	横山　潮苑	理学療法士	千葉県	薬園台リハビリテーション病院	延髄内側症候群における教師あり学習を基盤とした理学療法の検討
26-2	大馬　夏海	理学療法士	神奈川県	鶴巻温泉病院	慢性期外傷性くも膜下出血後の意識障害患者における立位練習後の意識状態の変化―CRS-Rによる経時的評価―
26-3	清水　皓貴	理学療法士	愛媛県	松山リハビリテーション病院	歩行動画を用いた歩行観察教育が理学療法士の歩行観察能力に与える影響
26-4	浅間　優月	理学療法士	大阪府	泉佐野優人会病院	COVID-19 後の廃用症候群を呈した慢性期脳卒中後患者に対する歩行獲得を目指した段階的難易度設定の介入経過
26-5	寶川　和樹	理学療法士	兵庫県	東浦平成病院	心不全治療後の後期高齢者に対する運動習慣への介入事例～主観的な疲労感と vital signs の乖離に着目して～
26-6	近下　翔馬	理学療法士	香川県	橋本病院	遊脚期の足部クリアランス改善と立脚終期の推進力改善に着目し、歩行能力改善を認めた脳梗塞症例
26-7	栗原　沙季	理学療法士	東京都	世田谷記念病院	連鎖的内部疾患による長期臥床後、姿勢定位の改善により基本動作の介助量軽減を図った脳梗塞の一症例

第9会場（福岡国際会議場 4F 406）

27　11月19日（木）　13:20～14:30　理学療法⑤

【座　長】池村健　博愛記念病院　リハビリテーション部　統括部長　理学療法士

【評価者】岡弘江　高良台コミュニティホスピタル　地域支援部　部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
27-1	藤原　鈴香	理学療法士	埼玉県	埼玉セントラル病院	発症から 25 年経過した多系統萎縮症患者の病棟生活を含めた介入によって移乗動作の介助量軽減を認めた症例
27-2	佐野　友希恵	理学療法士	東京都	青梅三慶病院	長期臥床患者に対するシャボンラッピングの有用性～足部からの快刺激が全身の筋緊張緩和をもたらした一例～
27-3	坂下　一輝	理学療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	ウェルウォークを用いた歩行練習と歩行自立度が在宅復帰に及ぼす影響
27-4	松下　慧祐	理学療法士	鳥取県	養和病院介護医療院	右坐骨結節痛により離床が制限された脳梗塞後左片麻痺利用者に対するシーティング介入の一症例
27-5	川西　章文	理学療法士	東京都	世田谷記念病院	歩行の踵接地時に生じる右膝蓋骨内側部痛に対して股関節の影響を検討した一例
27-6	中川　慎也	理学療法士	千葉県	新八千代病院	慢性期脳卒中患者の下肢痙縮に対するボツリヌス療法後の包括的リハビリテーション医療の有効性―症例報告―
27-7	榊原　郁人	理学療法士	千葉県	印西総合病院	医療療養病棟で重度脊髄損傷患者の希望に寄り添い、疼痛軽減やセルフケアの獲得を目指した症例：症例報告

28　11月19日（木）　14:30～15:40　理学療法⑥

【座　長】尾山直樹　　橋本病院　回復期リハビリテーション病棟　主任　理学療法士
【評価者】宮薗頌太朗　芳珠記念病院　リハビリテーション室　副主任　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
28-1	伊藤　颯希	理学療法士	東京都	多摩川病院	外傷性くも膜下出血後の予測的姿勢制御障害に対する介入により歩行・上肢運動が改善した一症例
28-2	演題取り下げ				
28-3	小林　佑奈	理学療法士	埼玉県	富家病院	肺炎患者の体位の違いが Biphasic Cuirass Ventilation の排痰および換気パラメータに与える影響について
28-4	岩井　友理佳	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	視神経脊髄炎に伴う有痛性強直性痙攣を有する症例への理学療法戦略
28-5	石塚　春友	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	パーキンソン病を有する大腿骨転子部骨折症例に対する理学療法介入の一例
28-6	三谷　達也	理学療法士	大阪府	豊中平成病院	医療療養病棟におけるギラン・バレー症候群に対する長期的リハビリテーションの一例：症例報告
28-7	古川　絵里	臨床工学技士	静岡県	東名裾野病院	慢性期医療における透析療法　I-HDF を導入して

29　11月19日（木）　15:40～16:40　代替療法①

【座　長】百戸直子　　大久野病院　看護部長　看護師
【評価者】名古将太郎　千里リハビリテーション病院　セラピー部　コーチ　言語聴覚士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
29-1	北田　知也	看護師	大阪府	優人会病院	回復期リハビリテーション病棟看護師の患者の余暇活動に対する認識調査
29-2	那須　貴之	公認心理師、音楽療法士	大阪府	坂本病院	療養病棟入院患者における VR（仮想現実）技術を用いた動画視聴が QOL および気分状態に及ぼす影響
29-3	吉田　文裕	理学療法士	東京都	介護老人福祉施設ケアホーム板橋	猫との触れ合いが特別養護老人ホーム利用者の抑うつ傾向に影響を与えた症例
29-4	西岡　風子	看護師	三重県	長島中央病院	南北病棟合唱部『きらり』始動～輝く笑顔のために～
29-5	水谷　浩二	理学療法士	愛知県	鵜飼病院	療養病棟における集団を活用したリハビリテーション―参加機会の再獲得に対する取り組み―
29-6	藤本　弘毅	理学療法士	和歌山県	宇都宮病院	入院患者の ADL 及び QOL 向上に向けた取り組み―集団リハビリテーションの実践―

30　11月19日（木）　16:40～17:50　代替療法②

【座　長】菅原さとみ　吉田記念病院　看護部長　看護師
【評価者】柚田真知子　新栄会病院　リハビリテーション課　課長　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
30-1	小林　彩夏	管理栄養士	兵庫県	介護老人保健施設ウエルハウス西宮	通所リハビリテーションにおける料理レクリエーションの取り組み
30-2	中安　優奈	作業療法士	兵庫県	協和マリナホスピタル	地域包括ケア・障害者病棟における QOL 改善に向けた取り組み
30-3	初村　和彦	介護職	福岡県	高良台シニアマンション	サービス付き高齢者向け住宅における「貯筋運動」導入の検証
30-4	萩原　隆一	事務職	埼玉県	メディカルホーム苗間	Chief Recreation Officer として取り組んだナラティブの実践～人生の思い出づくりと居場所づくりを目指して～
30-5	杉山　潤一	理学療法士	静岡県	ライフケアガーデン熱川	ご当地メニューを味わうこと～ささやかな夢を実現すること～幸せ気分を実現する 2 つの試み
30-6	大滝　亮輔	介護福祉士	静岡県	介護老人保健施設　もくれん	レクリエーション計画書の標準化～情報共有の手段として～
30-7	神山　拓哉	健康運動指導士	北海道	札幌西円山病院	介護予防への『入り口』を広げる―音楽療法と運動療法の共同支援による参加意欲の喚起―

第10会場（福岡国際会議場 4F 407）

31　11月19日（木）　13:20～14:30　外来・通所リハ①

【座　長】増田知子　千里リハビリテーション病院　セラピー部　部長　理学療法士
【評価者】石川明美　千里リハビリテーション病院　診療副部長　医師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
31-1	武藤　風夏	言語聴覚士	広島県	井野口病院	Attention process training に基づく注意機能訓練により、病前活動再開に至った一例
31-2	赤堀　文洋	理学療法士	山梨県	恵信甲府ケアセンター	通所リハビリテーションにおける利用者に選ばれる施設づくりの検討
31-3	西山　佳介	理学療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	通所リハビリテーションの介護度別に見た最適利用回数の検討
31-4	宮地　拓馬	理学療法士	広島県	小畠病院	リズム刺激併用下でのリカンベント・ステップ運動がパーキンソン病症状を呈する高齢者の歩行に及ぼす影響
31-5	山根　咲季	理学療法士	島根県	安来第一病院	独居の高齢心不全患者の再入院予防における外来心臓リハビリテーションと多職種連携の有用性
31-6	濱　雄祐	言語聴覚士	北海道	聖ヶ丘病院	地域高齢者および通所リハビリテーション利用者における食思不振とオーラルフレイルの関係性
31-7	鈴木　智子	言語聴覚士	千葉県	新八千代病院	進行性失語症一症例の変容するコミュニケーションに対する外来リハビリの役割

32　11月19日（木）　14:30～15:40　外来・通所リハ②

【座　長】貴志千秋　桜ヶ丘病院　リハビリテーション科　科長　理学療法士
【評価者】嶋﨑眞治　永生病院　リハビリテーション科　科長　理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
32-1	中島　龍司	作業療法士	福岡県	介護老人保健施設　高良台	もう一度もう一度野菜を作ってみたい！～作業活動を通して～
32-2	天野　颯太	理学療法士	広島県	島の病院おおたに	評価は誰のためのものか～TUG フィードバックシートを用いた利用者への評価還元の試み～
32-3	鈴木　梨紗	作業療法士	千葉県	小林病院	通所リハビリテーション利用者における認知機能の経年変化
32-4	碇本　亘	理学療法士	東京都	城西病院リハビリテーション科	高稼働化デイサービスにおける利用者ニーズの質的変容と理学療法士の役割
32-5	下薗　力登	理学療法士	鹿児島県	湯田内科病院	リハビリ拒否が強く廃用性の ADL 低下を呈した症例に対する意欲向上へのアプローチ
32-6	須藤　裕子	作業療法士	東京都	介護サービススマイル永生	通所リハビリテーションにおける園芸活動の取り組み―役割形成と社会参加支援―
32-7	山本　雄資	理学療法士	和歌山県	名手病院	高齢者主体のデイケアにおける若年性脳卒中患者への就労支援～評価に基づく徹底した機能訓練と家族指導～

33　11月19日（木）　15:40～16:50　外来・通所リハ③＆排泄リハ

【座　長】草野謙二　原病院　リハビリテーション部　係長　理学療法士
【評価者】原口友子　加治木温泉病院　総合リハビリテーションセンター　技士長　言語聴覚士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
33-1	村松　道也	理学療法士	静岡県	西山ナーシング通所リハビリテーション	「一人で歩きたい」を支えた共有意思決定―職員の葛藤可視化と 4 者合意形成の実践―
33-2	藤木　孝昭	理学療法士	大阪府	堺平成病院	通所リハビリテーションにおける 5 分間運動の取り組み～介護士と協力したセルフマネジメント支援のために～
33-3	堀越　歩	臨床心理士	宮城県	西仙台病院	通所リハビリテーション利用者の認知機能と抑うつの関係
33-4	細川　雄平	作業療法士	兵庫県	平成リハビリテーション専門学校	平成医療福祉グループにおける排泄リハビリテーションチームの活動と臨床的有用性について
33-5	津江　尚幸	理学療法士	山口県	山口平成病院	排泄自立の鍵となる因子の探索：入院時おむつ使用者に着目した分析
33-6	沼間　知佳	理学療法士	兵庫県	尼崎医療生協病院	トイレ排便回数は在宅復帰に関連する生活指標となり得るか―排泄を起点とした在宅復帰支援の構想―
33-7	西田　龍一	作業療法士	兵庫県	西宮回生病院	CBA 重症群を呈した高齢者への排泄アプローチ―残存機能に合わせた環境設定と多職種連携の関わり―

第11会場（福岡国際会議場 4F 409）

34　11月19日（木）　13:20～14:40　地域連携①

【座　長】大谷祐之　富家病院　地域総合診療　専門研修指導医　医師

【評価者】山本史子　芳珠記念病院　歯科口腔外科　医長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
34-1	小野　瑞葵	社会福祉士	鹿児島県	加治木温泉病院	在宅療養支援に資するレスパイト入院の検討
34-2	佐藤　芳彦	理学療法士	千葉県	初富保健病院	認知症予防教室での EQ5D の有効性について
34-3	青山　善一	介護支援専門員	島根県	鹿島病院	居宅介護支援事業所における個別避難計画の実効性検証
34-4	富樫　映吏子	看護師	滋賀県	淡海ふれあい病院	「困っていない」と語る認知機能低下を有する独居高齢透析患者への意思決定―多職種連携の一例―
34-5	木戸田　晶子	社会福祉士	茨城県	みんなの内科外科クリニック	顔の見える関係から地域を支える多職種チームの構築へ―当院における 1 年間の医療介護連携活動の成果報告
34-6	吉川　貴士	高専・教授	愛媛県	新居浜工業高等専門学校	工業高専と在宅支援チームが連携した在宅四肢障がい児の入浴支援機器開発事例
34-7	山下　祥太	理学療法士	兵庫県	ケアホーム南淡路	電動アシスト自転車の定着困難事例に対する地域参加支援～通所リハによるいきいき百歳体操への橋渡し～
34-8	横田　俊輔	理学療法士	北海道	聖ヶ丘病院	地域連携によるノーリフティング普及と常設展示の試み

35　11月19日（木）　14:40～15:50　地域連携②

【座　長】堀野純子　大久野病院　看護部　科長　看護師
【評価者】加藤奈津　介護医療院　湖東病院　訪問看護ステーション　所長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
35-1	伊草　亮輔	事務職	東京都	安田病院	病・病連携の取り組みにチャレンジ！～2025年問題・B3 シナリオを見据えて～
35-2	野川　佳乃	社会福祉士	富山県	いま泉病院	病床利用率向上に向けた地域連携室の取り組み
35-3	井出　大	理学療法士	東京都	医療法人社団永生会	東京都南多摩保健医療圏地域リハビリテーション支援センターの令和７年度研修事業に関する活動報告
35-4	大森　しほる	社会福祉士	福岡県	新古賀リハビリテーション病院みらい	バイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づく就労世代脳梗塞患者への MSW 支援
35-5	梅原　靖孝	理学療法士	北海道	定山渓病院	効果的な渉外活動の分析と今後の展望～渉外活動のあり方を考える～
35-6	菊池　和友	社会福祉士	岩手県	南昌病院	社会福祉士による法人町民公開講座の取り組みと地域住民への健康教育・法人認知度向上の効果
35-7	中西　笑子	介護支援専門員	北海道	札幌西円山病院	介護予防支援事業所指定に至る体制構築の実践―予防専従ケアマネ配置と段階的組織変革―

36　11月19日（木）　15:50～17:00　地域連携③

【座　長】岡弘江　　高良台コミュニティホスピタル　地域支援部　部長　看護師
【評価者】田島紘己　キラメキテラスヘルスケアホスピタル　副理事長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
36-1	井手　歩美	理学療法士	神奈川県	鶴巻温泉病院	レスパイト入院を利用するパーキンソン病患者介護者における介護負担感の関連要因の検討
36-2	吉田　知世	社会福祉士	大分県	和田病院	家族の協力が得られない患者様に対する退院支援上の課題～病院内外でできること、できないこと～
36-3	渡辺　ひなの	社会福祉士	大分県	和田病院	高齢夫婦世帯における急変時の独居リスクと退院支援の取り組み～自己管理能力不十分な妻への支援を通して～
36-4	淺野　一信	管理栄養士	岐阜県	近石病院	嚥下食って何？嚥下食実食体験会を実施して～嚥下食が果たす社会課題解決のための取り組み～
36-5	守澤　留美	看護師	山梨県	城東病院	生活の場である施設だからこそ求められる看護の判断～外来看護師の同行訪問を通した施設看護師との協働～
36-6	原　和行	社会福祉士	佐賀県	祐愛会高島病院	多職種協働による病床マネジメント強化が病床稼働率向上につながった取り組み
36-7	湯浅　直樹	事務職	東京都	永生病院	地域課題共有型研究会へ発展した多職種連携の実践

第12会場（福岡国際会議場 4F 410）

37　11月19日（木）　13:20～14:20　慢性期医療①

【座　長】中村大輔　まちだ丘の上病院　院長　医師
【評価者】樋沢まみ　永生病院　師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
37-1	長南　雅志	医師	宮城県	西仙台病院	慢性期患者における栄養管理方法と予後の関連―生存解析および多変量解析による検討―
37-2	寺島　正晃	作業療法士	大阪府	坂本病院	医療療養型病棟におけるコミュニケーション支援の取り組みと QOL 維持に関連した一考察
37-3	丹野　尚	医師	宮城県	松島病院	自己注射困難な高齢 2 型糖尿病に対するインスリンイコデクの効果
37-4	荒尾　雅文	理学療法士	東京都	みなみ野病院	入院時 FIM からみた医療療養病棟患者の在院死亡リスク―高リスク患者の臨床的特徴―
37-5	富村　有貴	臨床工学技士	佐賀県	順天堂病院	長期人工呼吸器使用患者のカフ圧と胸部 X 線での気管拡張の現状
37-6	松本　美穂	臨床工学技士	埼玉県	富家病院	高齢透析導入患者の生命予後向上を目指して～個別因子に着目して～

38　11月19日（木）　14:20～15:20　慢性期医療②

【座　長】大戸将司　大寿会病院　理事長　医師
【評価者】西野鏡雄　千里リハビリテーション病院　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
38-1	佐伯　拓磨	理学療法士	北海道	洞爺温泉病院	慢性期脳卒中患者に対するボツリヌス療法が介護負担に与える影響
38-2	佐藤　一也	医師	福岡県	久英会クリニック	「施設特化型診療所」における高齢者施設医療の現状と役割～施設に特化した診療所の 15 年の歩み～
38-3	阿部　祐也	臨床心理士	宮城県	西仙台病院	慢性期入院患者への新しい認知機能評価バッテリーの提案 2―精神疾患・神経難病の患者を対象とした検討―
38-4	大森　快	理学療法士	千葉県	富家千葉病院	脊髄損傷患者に対する体外式人工呼吸器の使用経験～呼吸機能向上に関するケースシリーズ研究～
38-5	河本　勝之	医師	滋賀県	淡海ふれあい病院	慢性期医療における高齢者摂食嚥下障害の可視化を目指した新規摂食嚥下機能スコアの検討
38-6	立川　毅	看護師	東京都	永生病院	ケアミックス病院における一次救急の受け入れ体制構築と現状から見えた今後の課題

39　11月19日（木）　15:20～16:30　栄養管理①

【座　長】國見友恵　鶴巻温泉病院　診療技術部　栄養科　科長　管理栄養士
【評価者】髙階遥香　有吉病院　管理栄養士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
39-1	岡本　紀美	管理栄養士	高知県	高知城東病院	多職種連携による患者の嗜好や食環境に配慮した取り組み
39-2	徳嵩　美祐	管理栄養士	長野県	轟病院	アルギニン・コラーゲンペプチド・亜鉛配合栄養補助食品による褥瘡改善効果の検討
39-3	木村　康子	管理栄養士	福岡県	有吉病院	最後の一口まで自分らしく生きるために～当院での嚥下調整食の取り組み～
39-4	新木　理恵	管理栄養士	東京都	平成扇病院	食事形態の変化と食事摂取率の関係―回復期リハビリテーション病棟における検討―
39-5	村田　汐梨	栄養士	広島県	ナカムラ病院	ひとりひとりに寄り添った栄養管理を目指して～経口摂取に取り組んだ 1 例～
39-6	宮川　日夏子	管理栄養士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	摂食障害がある患者への栄養アプローチ～一人ひとりに合わせた栄養教育と栄養管理の重要性～
39-7	神谷　龍一	管理栄養士	大阪府	泉佐野優人会病院	療養病棟における GLIM 基準を用いた栄養評価と栄養補給経路との関連

40　11月19日（木）　16:30～17:40　栄養管理②

【座　長】堤亮介　　平成横浜病院　栄養部　本部長　管理栄養士
【評価者】中村吉孝　福岡輝栄会病院　理事長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
40-1	能條　優花	管理栄養士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	経腸栄養移行の試みと課題
40-2	永田　裕子	看護師	長崎県	道ノ尾病院	経管栄養患者における粘度可変型流動食の使用による臨床症状と栄養状態への影響
40-3	萩　晃帆	管理栄養士	兵庫県	平成病院	嚥下食（ハーフ食）における磁器製小型食器導入の実践報告：器の工夫が摂取量および患者主観評価に与える影響
40-4	田中　月都	管理栄養士	福岡県	新古賀リハビリテーション病院みらい	退院後訪問栄養食事指導料導入に向けた体制構築と実践―透析通院患者 1 症例を経験して―
40-5	猪股　祐香	管理栄養士	北海道	札幌西円山病院　介護医療院	介護医療院における経管栄養 2 回投与法導入の実践―業務効率および安全性の検討―
40-6	渡邊　允耶	管理栄養士	山口県	山口平成病院	経管栄養患者における体重維持に必要な活動係数の検討
40-7	大嶋　晶子	管理栄養士	千葉県	新八千代病院	加水ゼロ式調理法を活用したコード 2-2 の食事改善への取り組み

41　11月19日（木）　17:40～18:40　栄養管理③

【座　長】木村康子　有吉病院　栄養科　主任　管理栄養士
【評価者】大塚隆大　介護老人保健施設高良台　看介部　部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
41-1	中山　宏美	管理栄養士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	地域包括ケア病棟における病院食満足度と入退院時の指標変化との関連性について
41-2	木戸口　祥大	理学療法士	徳島県	中洲八木病院	摂食チーム会議を行い肺炎後に食事摂取量が改善し退院となった一症例
41-3	髙橋　加奈	看護師	神奈川県	AOI 国際病院	当院における経腸栄養 2 回投与法導入の背景と実践プロセス
41-4	松瀬　花佳	管理栄養士	福岡県	福岡輝栄会病院	経管栄養に伴う難治性下痢へのペクチン含有粘度可変型消化態流動食の有用性―排便とケア環境改善の 2 症例―
41-5	黒崎　禎巳	管理栄養士	山梨県	城東病院	食べる力推進室を立ち上げて―生活を起点とした包括的栄養改善を目指す―
41-6	新城　翔子	管理栄養士	沖縄県	牧港中央病院	当院の肥満症例に対する薬物療法の導入状況と栄養介入について

第13会場（福岡国際会議場 4F 411）

42　11月19日（木）　13:20～14:20　栄養管理④

【座　長】山口知子　札幌西円山病院　在宅ケアセンター　担当課長　管理栄養士
【評価者】山崎郁子　南昌病院　総看護師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
42-1	梅野　桐子	看護師	福岡県	メディカルケア南ヶ丘	安診ネットを活用した低栄養予防への取り組み
42-2	稲毛　藍	管理栄養士	埼玉県	富家病院	入院中の透析患者に対する GLIM 基準による栄養評価と予後との関連
42-3	三谷　侑奈	管理栄養士	奈良県	秋津鴻池病院	回復期リハ病棟における栄養状態と ADL の関連―GLIM 基準を用いた検討―
42-4	佐藤　直也	看護師	神奈川県	AOI 国際病院	慢性期病棟における経腸栄養 2 回投与導入の効果―看護要員の業務負担と看護ケアへの影響―
42-5	古賀　標志	管理栄養士	熊本県	介護医療院ゆうきの里	栄養マネジメント強化加算導入後の栄養状態の変化
42-6	松原　美鈴	看護師	兵庫県	西宮回生病院	回復期リハビリテーション病棟における椎体骨折患者の栄養状態が身体機能および ADL に及ぼす影響

43　11月19日（木）　14:20～15:30　栄養管理⑤

【座　長】大嶋晶子　新八千代病院　栄養管理科　科長　管理栄養士
【評価者】松原直矢　島の病院おおたに　総合診療科　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
43-1	黒松　利恵	管理栄養士	福岡県	シーサイド病院	最期まで口から食べるための多職種ミールラウンドの取り組み
43-2	中丸　真理	管理栄養士	東京都	イムス明理会東京町田病院	将来性のある病院給食体制への転向
43-3	浅野　珠美	管理栄養士	岐阜県	愛生病院	住宅型有料老人ホームにおける病院給食配送体制構築の取り組みとその評価
43-4	金山　紫乃	管理栄養士	福岡県	若久サテライトビレッジ	介護施設における完調品活用下での栄養強化の取り組み―食事形態別にみた体重変化と低栄養のリスク検討―
43-5	髙橋　愛子	管理栄養士	福岡県	水戸病院	地域包括ケア病棟の管理栄養士の病棟配置が多職種連携と栄養管理に与える影響
43-6	柴　晃洋	管理栄養士	神奈川県	鶴巻温泉病院	慢性期多機能型病院における栄養補助食品の使用状況と残食の実態調査
43-7	埴田　悠羽	理学療法士	東京都	緑成会病院	慢性的な低栄養と人工股関節置換術後に歩行能力低下を呈した高齢女性に対するリハ栄養介入の一症例

44　11月19日（木）　15:30～16:40　業務改善①

【座　長】須藤夏樹　内田病院　統括事務部長　事務職
【評価者】田中修　　加藤病院　法人本部　専務理事　事務職

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
44-1	穂坂　邦大	医師	埼玉県	川越リハビリテーション病院	紙による業務の削減を目指して　回復期病院におけるノーコードアプリの導入
44-2	星　昌美	看護師	北海道	聖ヶ丘病院	安全で働きやすい職場づくりを目指して　モデル事業参加によるノーリフティングの取り組み
44-3	佐藤　仁美	看護師	北海道	聖ヶ丘病院	「持ち上げない」から「支えあう」ケアへ―スライディングシートを活用したノーリフティングの推進―
44-4	渋谷　充	放射線技師	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	薬剤処方確認工程の DX 化による業務負担軽減と医療安全向上
44-5	桑田　昌実	看護師	兵庫県	西宮回生病院	A 病院外来の 5S 活動に対するスタッフの認識調査
44-6	森川　敬介	作業療法士	広島県	メリィ訪問看護ステーション　八千代	訪問看護におけるリハビリ指示管理の標準化と効率化―業務プロセス再構築の試み―
44-7	町田　裕美	看護師	東京都	城西病院	ルーチン化した Ba フラッシュを見直したことによる成果

45　11月19日（木）　16:40～17:40　業務改善②

【座　長】北岡円　美原記念病院　事務部長　事務職
【評価者】杉雄介　杉病院　院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
45-1	池川　彩	看護師	福島県	いわき湯本病院	慢性期病院における DX・ICT 活用による業務効率化とケアの質向上への取り組み
45-2	飯野　美里	介護福祉士	福岡県	小倉第一病院	病院職員におけるかりゆしウェア着用の実態と意識調査
45-3	中村　翔太	介護福祉士	山口県	光風園病院	病棟アシスタント導入後の業務構造の変化と職員の意識の変化
45-4	曽我　雄司	事務職	神奈川県	湘南慶育病院	医療 DX 化による業務改善：スマートフォン導入からその後の展開まで
45-5	菅　拓人	理学療法士	山口県	光風園病院	実稼働時間に基づく管理職へのデータフィードバックがリハビリテーション部門の生産性に与える影響
45-6	小仲　雅代	看護師	兵庫県	協和マリナホスピタル	院内 3 役の迅速な意思決定によるハラスメント対策―可視化した情報共有の取り組み―

46　11月19日（木）　17:40～18:40　業務改善③

【座　長】木原真一　志田病院　法人本部　本部長　事務職
【評価者】中西恵美　橋本病院　医療安全管理部　副主任　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
46-1	岩本　新一	事務職	鹿児島県	加治木温泉病院	現場課題の解決を目指した継続的業務改善の実践～小さな改善を積み重ねる業務標準化への挑戦～
46-2	松本　仁美	理学療法士	徳島県	江藤病院	当院リハビリテーション部における部署別業務環境と職場満足度の実態調査
46-3	福井　裕子	看護師	大分県	和田病院	ライフリズムナビ+Dr 導入による業務効率化と患者安全性向上の効果
46-4	安本　友子	看護師	大阪府	豊中平成病院	災害時の病院避難に備えるための J-HELP コースの参加者アンケート結果の解析
46-5	山下　彰代	看護師	大阪府	堺平成病院	臨床現場における外来看護師の怒りが生じる場面と自己の怒りのタイプおよび対処法の実態調査
46-6	望月　建吾	理学療法士	千葉県	富家リハビリセンター花見川	介護サービス間の連携不十分事例について～担当者会議の重要性～

第14会場（福岡国際会議場 4F 412）

47　11月19日（木）　13:20～14:30　業務改善④

【座　長】塚本晃平　定山渓病院　渉外課　課長　事務職
【評価者】堤亮介　　平成横浜病院　栄養部　本部長　管理栄養士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
47-1	石倉　弘美	事務職	島根県	鹿島病院	アンケートを活用した待合ロビーの環境改善と業務効率化の実践
47-2	小谷野　千恵子	管理栄養士	秋田県	外旭川病院	完調品導入による給食品質の標準化と持続可能な給食運営への取り組み
47-3	角田　隆行	事務職	富山県	西能みなみ病院	療養病棟における HR ジョイントを活用した看護師記録業務効率化と看護の質向上
47-4	木佐貫　美加	看護師	福岡県	北九州古賀病院	口頭申し送り時間の削減方法を検討し看護業務への効率化を図る～電子カルテによるツール活用方法を見直す～
47-5	宮城島　真希	看護師	静岡県	静岡徳洲会病院	療養病棟における夜勤業務の再構築による時間外業務削減への取り組み
47-6	藤本　聖子	介護福祉士	兵庫県	北摂中央病院	病棟スタッフとの協働による腰痛予防対策についての研究
47-7	鈴木　美代子	看護師	山梨県	介護付き有料老人ホーム恵信ヴィレッタ甲府	眠りスキャン導入に対する介護職員の業務負担の認識

48　11月19日（木）　14:30～15:40　業務改善⑤

【座　長】藤田徹　　札幌西円山病院　経営管理部　課長　事務職
【評価者】瀬戸景子　南多摩病院　リハビリテーション科　係長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
48-1	西別府　愛	看護師	鹿児島県	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	アイソカル　パワーゲルの導入による注入食 3 回から 2 回投与への移行と業務負担軽減効果
48-2	小濱　聡	理学療法士	山口県	宇部リハビリテーション病院	AI を用いて現場職員が自作した院内ヒヤリハット報告アプリ導入の試み―入力時間と使用感の比較
48-3	下平　隆太郎	理学療法士	佐賀県	有料老人ホーム爽風館	心理的公平性マネジメントによる潜在労働力の活用と人材定着　現場の暗黙知のシステム化への試み
48-4	原　峰子	看護師	福岡県	訪問看護ステーションゆのそ	訪問看護記録の標準化と既存システム活用による記録時間短縮の効果～ムダ・ムラに着目した取り組み～
48-5	元木　貴絵	看護師	徳島県	中洲八木病院	院内手順の可視化で目指す安心の手術看護
48-6	髙橋　史織	社会福祉士	北海道	札幌西円山病院	入院判定会議の廃止と「即断即決」体制の構築～FAX 電子化を契機とした入院調整業務改善～
48-7	松平　章吾	管理栄養士	兵庫県	中谷病院	病棟業務負担軽減を目的とした流動食配膳の個別化と運用改善～栄養科主導のシステム構築と業務改善の試み～

49　11月19日（木）　15:40～16:50　医療安全・事故対策①

【座　長】松本美穂　　富家病院　透析室　室長　臨床工学技士
【評価者】山崎ひとみ　島の病院おおたに　師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
49-1	後藤　奨	理学療法士	愛知県	並木病院	医療安全レポートの効率化アップに向けた取り組み
49-2	篠浦　毅一郎	臨床検査技師	奈良県	奈良厚生会病院	当院における医療機器の安全管理―医療機器安全管理責任者の業務を、再確認から見直して―
49-3	村田　美奈	作業療法士	鹿児島県	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	当院地域一般・地域包括ケア病棟における患者の状態把握向上に向けた取り組み～POCカードを導入して～
49-4	木村　紗彩	看護師	福岡県	京都病院	インシデントレポートの報告件数を増やすための取り組み
49-5	佐々　昂典	作業療法士	北海道	聖ヶ丘病院	ノーリフティングの取り組みによる職場環境の整備と腰痛有症率の変化について
49-6	宮嵜　由佳	放射線技師	福岡県	篠栗病院	経鼻経管栄養チューブ確認における腹部単純X線撮影の有用性と誤挿入および胃内未到達時の対応
49-7	鬼塚　亮汰	理学療法士	北海道	苫小牧東病院	当院リハビリテーション部における RCA 分析を用いた医療安全研修の実践

50　11月19日（木）　16:50～17:50　医療安全・事故対策②

【座　長】坂本浩嗣　志田病院　法人本部　副本部長　診療放射線技師
【評価者】原田真澄　シーサイド病院　歯科部長　歯科医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
50-1	竹之下　なな	看護師	鹿児島県	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	患者のベッドサイド環境調整とセンサー類早期解除への取り組みを目指した症例
50-2	森田　規矩也	介護福祉士	福岡県	若久サテライトビレッジ	事故分析精度の向上と事故件数の低減～3つの視点を用いた「なぜなぜ分析」の導入効果～
50-3	山田　太一	作業療法士	愛媛県	介護老人保健施設アイリス	介護事業所と医療機関の連携による急変時対応力向上への取り組み
50-4	榎本　奈緒子	看護師	静岡県	介護老人保健施設　プルメリア	転倒転落再発防止に向けた取り組み＜101歳女性利用者の繰り返される転倒に着目して＞
50-5	石山　由佳	介護福祉士	大阪府	多根第二病院	スタッフ全員が迷わない火災初期対応～物品チェック表とアクションカードを活用した仕組みづくりの再整備～
50-6	大石　杏衣	臨床工学技士	福岡県	Kiwi	慢性期医療機関における外部臨床工学技士による定期訪問型医療機器管理支援の一例

第15会場（福岡国際会議場 4F 413）

51　11月19日（木）　13:20～14:20　患者・家族とのかかわり①

【座　長】根生一治　富家病院　臨床心理室　室長　公認心理師
【評価者】須藤夏樹　内田病院　統括事務部長　事務職

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
51-1	渕脇　直也	理学療法士	鹿児島県	出水郡医師会立第二病院	予後が限られた多臓器機能障害患者に対する在宅復帰支援における意思決定支援の一考察
51-2	平子　真由美	看護師	福島県	いわき湯本病院	「外来看護師の役割と患者・家族支援についての検討」～セルフケア困難患者３事例の看護過程展開を通して～
51-3	鈴木　智美	看護師	福島県	いわき湯本病院	病棟における「幸せホルモン」を意識した家族食事会の取り組みとその効果
51-4	柏原　由美子	看護師	神奈川県	湘陽かしわ台病院	患者家族の理解を得られるために病状説明の見える化～レーダーチャートグラフを用いた取り組み～
51-5	戸田　奈々美	理学療法士	東京都	緑成会病院	介護役割を見据えた退院支援の実践報告
51-6	阿部　優美	看護師	北海道	札幌西円山病院	意思表出が困難な患者に対する意思決定支援における看護師の役割

52　11月19日（木）　14:20～15:20　患者・家族とのかかわり②

【座　長】木村尚人　　南昌病院　病院長　医師
【評価者】藤田慎一朗　倉敷スイートホスピタル　リハビリテーションセンター　センター長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
52-1	永谷　晃章	看護師	静岡県	静岡徳洲会病院	怒りを示す患者との会話における看護師の困難感とその要因
52-2	大島　恵美子	事務職	福岡県	介護老人保健施設高良台	デジタル時代における「人との信頼関係と温かさの維持」～事務職の取り組みと課題～
52-3	早野　香奈枝	看護師	兵庫県	めいわリハビリテーション病院	気管切開を有する脊髄損傷患者のコミュニケーション支援―QOL 向上を目指した看護実践―
52-4	滝本　あかり	作業療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	段階的な外出・外泊練習における主介護者の実介助経験と在宅生活理解に関する検討
52-5	髙橋　幸大	介護福祉士	茨城県	志村大宮病院	入浴介助への家族参加が患者および家族に与える効果
52-6	福元　千扇	理学療法士	広島県	島の病院おおたに	医療・介護依存度が高い患者の在宅退院における問題と課題　在宅退院が困難であった症例報告

53　11月19日（木）　15:20～16:20　患者・家族とのかかわり③

【座　長】大畑修三　加藤病院　病院長　医師
【評価者】大畑雅宏　札幌西円山病院　医療福祉相談課　課長　社会福祉士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
53-1	藤田　知美	理学療法士	群馬県	美原記念病院	医師の患者満足度向上への取り組み～患者の具体的意見を医師へフィードバックする仕組みの構築～
53-2	松延　美佑	理学療法士	福岡県	新古賀リハビリテーション病院みらい	当院療養病棟入院患者の 1 年生存率からみた「次の春」を見据えた支援の意義
53-3	大須賀　くる実	管理栄養士	東京都	大内病院	食事摂取量不良患者に対する食に関わる外出同伴介入が食欲・食事摂取量・精神症状に与える影響：実践報告
53-4	加藤　彩芳	介護支援専門員	北海道	札幌西円山病院	ケアマネジャーの臨床倫理的判断に関する探索的量的研究
53-5	永田　茜	看護師	愛知県	刈谷豊田東病院	陰部痛を抱える患者に対する全人的ケア
53-6	佐藤　希巳江	介護支援専門員	埼玉県	富家病院	サービス付き高齢者向け住宅入居に際してのご本人、ご家族の緊急時対応の意思確認と ACP の共有について

54　11月19日（木）　16:20～17:30　患者・家族とのかかわり④

【座　長】近内光代　福島寿光会病院　看護部長　看護師
【評価者】川渕一世　定山渓病院　訪問看護　師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
54-1	遠藤　康博	作業療法士	東京都	鶴川リハビリテーション病院	療養病棟での患者への声かけアップの取り組み―日本地図を用いた情報共有シートの効果―
54-2	栗田　浩次	理学療法士	富山県	サンバリー高岡病院	在宅介護を続けるのにはそれなりの理由（わけ）がある～4 つの転機～
54-3	山本　恵	臨床心理士	埼玉県	富家病院	慢性期医療における家族の心理的支援の特徴
54-4	川上　真央	看護師	静岡県	熱川温泉病院	認知症終末期患者の主観的リアリティに寄り添う ACP―患者の思いを置き去りにしなかった一事例―
54-5	生方　瑛二	看護師	埼玉県	大宮共立病院	脳梗塞による失語症患者のニーズを捉えた関わりから自立支援に繋げられた事例
54-6	志田　ゆかり	介護福祉士	佐賀県	志田病院	低栄養状態利用者に対する取り組み～継続的な食事・水分管理を実施する事により心身機能回復した症例～
54-7	松浦　美香	看護師	佐賀県	志田病院	脊髄性筋萎縮症患者に対する自宅退院支援～地域包括ケア病棟における看護師の役割～

第16会場（福岡国際会議場 4F 414）

55 11月19日（木） 13:20～14:30 排泄ケア①

【座 長】石本恭太 小林記念病院 入院医療部 主査 理学療法士
【評価者】須賀晴彦 富家千葉病院 院長 医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
55-1	沖田 聡嗣	看護師	滋賀県	琵琶湖養育院病院	療養型病棟における潜在的高残尿の早期発見とケア介入―排尿ケアチームの役割と実態からの検討―
55-2	稲葉 大介	介護福祉士	静岡県	介護医療院新富士ケアセンター	便秘体操と発酵食品の摂取による便秘改善への取り組み
55-3	後藤 尚恵	看護師	岐阜県	近石病院	おむつ装着状況の相互確認が排泄ケアの質向上に与えた効果
55-4	本橋 充恵	看護師	東京都	セントラル病院本院	温罨法・腹部マッサージ・離床による排便コントロールの実際
55-5	出口 誠也	介護福祉士	福岡県	若久シニアビレッジ	排泄ケアの適正化―おむつ使用基準の見直しと職員教育による効果―
55-6	石田 知也	看護師	東京都	平成扇病院	A 病院療養病棟看護・介護職におけるおむつ着用患者に対する IAD 予防ケアの認識と実践の実態
55-7	中川 果澄	看護師	滋賀県	ひかり病院	認知症を有する高齢患者の排尿自立支援に向けた取り組み～成功症例から排尿自立支援チーム活動を振り返る～

56 11月19日（木） 14:30～15:40 排泄ケア②

【座 長】高木緑 霞ヶ関南病院 看護部長 看護師
【評価者】諸江伸龍 セントラル病院 リハビリテーション科 係長 理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
56-1	松田 潤子	看護師	滋賀県	ひかり病院	当院排尿自立支援チーム活動実績の報告
56-2	河面 雅俊	理学療法士	滋賀県	ひかり病院	排尿自立支援チーム対象患者の膀胱留置カテーテル抜去後のスコア変化と尿路感染症発生関連因子の検証
56-3	四牟田 千恵	介護福祉士	福岡県	若久サテライトビレッジ	高機能パッド導入による排泄ケアの質の向上と業務効率化
56-4	秋光 留美	介護福祉士	福岡県	水城病院 介護医療院	Simple is the Best～おむつ交換の基本に戻って見えたもの～
56-5	シティ ヌルエリサ	介護職	福岡県	新栄会病院	H 様の排泄支援を通して学んだ意思決定支援～本人の希望と安全確保の両立を目指して～
56-6	宮田 有沙	看護師	東京都	牧田リハビリテーション病院	療養病棟において患者の排便状況と看護師の排便管理意識に対し、腹部マッサージ導入がもたらす影響
56-7	浜野 順子	看護師	広島県	島の病院おおたに	陰部洗浄から陰部清拭への変更による業務効率化の効果と課題

57　11月19日（木）　15:40～16:50　排泄ケア③

【座　長】山根真彦　島の病院おおたに　看護部　看護師
【評価者】竹尾悠介　特別養護老人ホームひまわり・安城　在宅介護部　部長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
57-1	谷川　かおり	看護師	富山県	流杉病院	介護職員への行動変容を促す膀胱留置カテーテル管理教育の効果と課題
57-2	與那嶺　留美子	看護師	沖縄県	嶺井第二病院まちなと	長期臥床患者の下痢の改善に介入した事例研究
57-3	小笹　恵里子	看護師	千葉県	初富保健病院	King's Stool Chart を用いた排便アセスメントの可視化と個別性に応じた排便管理への取り組み
57-4	和田　浩治	医師	大分県	和田病院	当院における排尿自立指導の現状と今後の課題
57-5	河野　好紀	介護福祉士	愛媛県	松山リハビリテーション病院	その陰部洗浄、もっときれいに、もっと楽に!!～泡洗浄剤を活用した排泄ケア改善の実践報告～
57-6	外山　由美	看護補助者	大阪府	多根第二病院	オムツ交換の困りごとの軽減に向けたオムツフィッター活動
57-7	角田　幸恵	管理栄養士	神奈川県	介護老人福祉施設　ケアホーム三浦	特別養護老人ホームにおけるサンファイバーおよび MCT オイル添加が排便状況に与える影響

58　11月19日（木）　16:50～17:40　医療ソーシャルワーク①

【座　長】菊池和友　南昌病院　主任医療相談員　社会福祉士
【評価者】山口誠一　牟田病院　リハビリテーション部　部長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
58-1	和田　美由紀	社会福祉士	広島県	小畠病院	多重課題がある患者のニーズに応える退院支援～地域資源を組み合わせ、新たな住まいへ退院できた一例～
58-2	當麻　輝彬	社会福祉士	東京都	セントラル病院	相談員が入院判定を行う「Central Presto」の効果～5 日が 5 分に！？ 選ばれる慢性期病院とは～
58-3	新垣　貴子	社会福祉士	沖縄県	嶺井第二病院まちなと	交通外傷で遷延性意識障害の患者様の、慢性期からリハビリにつなぐ橋渡し～家族に寄り添う退院支援～
58-4	国武　律子	社会福祉士	福岡県	水戸病院	ACP「私のつむぎノート」を活用した頼れる身寄りがいない高齢者への包括的支援
58-5	稲嶺　孝	社会福祉士	沖縄県	宜野湾記念病院	退院翌日に永眠した終末期がん患者および家族の意思決定支援と自宅退院支援の検討

59　11月19日（木）　17:40～18:30　医療ソーシャルワーク②

【座　長】大畑雅宏　札幌西円山病院　医療福祉相談課　課長　社会福祉士
【評価者】倉富暁子　新古賀リハビリテーション病院みらい　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
59-1	井ノ上　雄大	社会福祉士	奈良県	秋津鴻池病院	患者・家族の二面性を持つ夫婦の地域移行マネジメント～夫婦で生きる、夫婦で決める～
59-2	堀　尚子	社会福祉士	静岡県	静岡徳洲会病院	外科手術を拒否した大腸がん患者に対するソーシャルワーク支援～知的障害のある家族への支援を通じて～
59-3	桑原　真希	社会福祉士	富山県	西能みなみ病院	地域と協働した患者家族支援の一例～認知機能低下のある患者配偶者支援を通して～
59-4	髙橋　透也	社会福祉士	北海道	札幌西円山病院	転院先病院の SNS を活用した退院支援の試み―家族の心理的受け入れを支える情報提供として―
59-5	鵜嶌　杏菜	社会福祉士	北海道	札幌西円山病院	身寄りのない患者支援における MSW の役割と支援体制の課題―当院 MSW アンケートと事例分析からの検討―

第17会場（福岡国際会議場 5F 502）

60　11月19日（木）　13:20～14:20　口腔ケア①

【座　長】佐野裕美子　霞ヶ関南病院　リハビリテーション部　副主任　言語聴覚士
【評価者】國見友恵　鶴巻温泉病院　診療技術部　栄養科　科長　管理栄養士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
60-1	三井　恵	看護師	東京都	ベトレヘムの園病院	レモンの香りと視覚的刺激による唾液の分泌と口臭の変化
60-2	渡邉　雄	歯科医師	福岡県	久英会クリニック	特別養護老人ホーム入所高齢者における口腔乾燥関連因子の検討
60-3	大見　あずみ	看護師	神奈川県	横浜鶴見リハビリテーション病院	療養病棟における口腔ケアの実施状況と標準化に向けた課題
60-4	清田　美穂	歯科衛生士	福岡県	シーサイド病院	介護医療院における口腔ケアの現状と意義
60-5	冨來　博子	歯科衛生士	広島県	ナカムラ病院	認知症治療病棟における 8020 表彰を通じた歯科の役割への再考
60-6	常住　純子	介護福祉士	福岡県	水城病院　介護医療院	専門職の助言を活かした口腔ケア～手技の統一及び効果～

61　11月19日（木）　14:20～15:20　口腔ケア②

【座　長】阪口英夫　陵北病院　副院長　歯科医師
【評価者】中山剛志　大久野病院　言語聴覚療法科　科長　言語聴覚士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
61-1	渕上　絵美子	歯科衛生士	福岡県	若久シニアビレッジ	看取り期における口腔衛生管理の実践～開口困難等による口腔内環境悪化に対する多職種・家族連携の有効性～
61-2	荒木　美優	看護師	鹿児島県	卓翔会記念病院	口腔ケアの改善を目指した歯科衛生士との連携
61-3	西木　稔子	歯科衛生士	福岡県	介護老人保健施設高良台	介護老人保健施設入所者におけるムセと口腔機能の関連
61-4	演題取下				
61-5	三浦　みなと	看護師	福岡県	杉病院	医療療養病棟における口腔ケアの標準化と個別化の両立
61-6	柴田　幸治	看護師	福岡県	津屋崎中央病院	誤嚥性肺炎“ゼロ”に向けた取り組み

62　11月19日（木）　15:20～16:40　地域包括ケア

【座　長】小堀由紀恵　芳珠記念病院　看護局　次長　看護師
【評価者】中村大輔　　まちだ丘の上病院　院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
62-1	足立　直美	看護師	徳島県	保岡クリニック論田病院	新たな地域医療構想を踏まえた当院の現状分析と今後の方向性
62-2	土屋　力也	社会福祉士	宮城県	石巻市中央地域包括支援センター	『幸せホルモン』 運動や食事を意識し、閉じこもりを予防しよう。歩行と幸せホルモンの関係性を検証
62-3	植松　大喜	理学療法士	愛知県	高浜豊田病院	地域包括ケア病棟における連続臥床時間に着目した離床行動パターンの類型化
62-4	伊沢　知史	准看護師	長野県	上條記念病院	地域包括ケア病棟における独自退院支援チームの構築と現状
62-5	永井　洋一	社会福祉士	茨城県	龍ケ崎市西部地域包括支援センター　牛尾病院	地域包括支援センター相談にみる地域特性の比較分析～龍ケ崎市における 3 類型地区の検討～
62-6	芦沢　麗奈	看護師	静岡県	西伊豆健育会病院	寝る前に、心も体も温めよう～複数ケアの組み合わせで睡眠効率を向上したい～
62-7	本宮　慎也	作業療法士	岩手県	南昌病院	当院における運動器疾患患者の回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病床の比較検討
62-8	羽場　公佑	理学療法士	岡山県	倉敷スイートホスピタル	在宅復帰の鍵となる DASC-8 項目は何か～地域包括ケア病棟における検討～

63　11月19日（木）　16:40～17:20　感染症

【座　長】北野登美子　高良台コミュニティホスピタル　看護部長　看護師
【評価者】木村尚人　　南昌病院　病院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
63-1	東根　綾子	臨床検査技師	徳島県	博愛記念病院	敗血症をきたした Pseudomonas fulva 感染症の一例
63-2	保田　穂乃香	看護師	福岡県	原病院	手指消毒剤を携帯することで効果及び手指消毒剤に対する意識の変化について
63-3	上野　真史	看護師	埼玉県	新越谷病院	手指衛生だけで良い？耐性菌新規発生率からみえた慢性期における感染対策への取り組み（中間報告）
63-4	寺尾　直子	看護師	愛媛県	松山リハビリテーション病院	動線上に仕掛けられたナッジが導く「迷わない！」「自動で動ける!!」感染初動対応

第18会場（福岡国際会議場 5F 503）

64　11月19日（木）　13:20～14:10　看護師特定行為①

【座　長】半村亜由美　富家千葉病院　看護部長　看護師
【評価者】小堀由紀恵　芳珠記念病院　看護局　次長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
64-1	山下　剛司	看護師	大阪府	泉佐野優人会病院	特定看護師における PICC 実践能力均等化を目指した体制構築の取り組み
64-2	北田　あおい	看護師	大阪府	大寿会病院	慢性期病院における教育的介入による特定看護師の役割認知向上と育成の課題
64-3	井口　朋子	看護師	埼玉県	富家病院	特定看護師の活動を富家病院、富家千葉病院で比較して～症例だけがすべてじゃない～
64-4	小田　譲嗣	看護師	広島県	島の病院おおたに	声を取り戻すケア：長期人工呼吸器管理患者への日中離脱と段階的発話支援の一例
64-5	山本　純	看護師	静岡県	西山病院	特定看護師による薬物療法マネジメントと個の価値観を尊重したケアのアプローチ

65　11月19日（木）　14:10～15:00　看護師特定行為②

【座　長】河原真由美　平成扇病院　看護部長　看護師
【評価者】松岡由香莉　光風園病院　看護主任　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
65-1	塚田　晃裕	看護師	群馬県	美原記念病院	特定行為看護師による終末期患者への意思決定・在宅療養支援～早期 PICC 挿入し在宅看取りがなされた 1 事例～
65-2	高木　友博	看護師	北海道	定山渓病院	当院における特定看護師の活動を通じて見えた今後の課題と展望
65-3	櫻井　寿子	看護師	埼玉県	大宮共立病院	回復期リハビリ病棟での陰圧閉鎖療法による特定行為実践の変化
65-4	山田　勇太	看護師	佐賀県	山元記念病院	喀痰吸引タスクシェア推進に向けたリハビリテーションスタッフ研修後実践状況と課題
65-5	下忠　美輪	看護師	鹿児島県	加治木温泉病院	褥瘡治癒に向け特定看護師の活動

66　11月19日（木）　15:00～16:20　薬剤

【座　長】秋山幸子　鶴巻温泉病院　診療技術部　薬剤科　係長　薬剤師
【評価者】木原真一　志田病院　法人本部　本部長　事務職

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
66-1	伊勢田　渚	薬剤師	福岡県	水戸病院	高齢者の服薬自己管理に対する薬剤師介入の効果―生活に寄り添う服薬支援の可能性―
66-2	清水　利保	薬剤師	富山県	西能みなみ病院	当院入院患者におけるポリファーマシー実態の調査
66-3	角谷　康惠	看護師	福岡県	上曽根病院	塩酸ミノサイクリンによる色素沈着症の 2 例
66-4	山﨑　初音	薬剤師	埼玉県	大宮共立病院	ブレクスピプラゾール服用中に悪性症候群を経験した 2 症例
66-5	小杉　正生	薬剤師	鹿児島県	加治木温泉病院	病院薬剤師が介入した II 型介護医療院におけるポリファーマシー対策および服薬簡素化の取り組み
66-6	湯瀬　敦	薬剤師	和歌山県	桜ヶ丘病院	持参薬切り替えにおける代行処方プロコトルの有用性に関する検討
66-7	大田　亜由美	薬剤師	群馬県	美原記念病院	回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟での薬剤師主導のポリファーマシー対策と地域への情報提供
66-8	田中　彩貴	看護師	香川県	橋本病院	回復期リハビリテーション病棟における内服自己管理マニュアル見直しの効果と課題

第19会場（福岡国際会議場 5F ロビー）

67　11月19日（木）　13:20～14:30　ターミナルケア①

【座　長】鈴木雄　　光風園病院　診療科長　医師
【評価者】河野佳苗　有吉病院　介護医療院　療養棟師長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
67-1	吉野　咲絵	看護師	大阪府	緑水会病院	「人生の最終段階における医療」に対するスタッフの意識変化～より良い看取り期ケアをめざして～
67-2	木村　大輔	看護師	宮城県	石巻健育会病院	ACP から学んだ終末期看護～家族と共につないだ患者の想い～
67-3	細田　佳代	看護師	島根県	安来第一病院	地域包括ケア病棟での緩和ケア～余暇活動を通してその人らしさを支える～
67-4	山田　玲子	看護師	兵庫県	介護医療院　トワイエ尼崎	介護医療院における看取りケアの取り組み～開設 2 年を迎えて、その成果と課題～
67-5	荒木　美穂	作業療法士	石川県	芳珠記念病院	終末期がん患者への作業療法～大切な作業に介入し本人・家族の充実度に繋がった事例～
67-6	山田　里織	看護師	福岡県	原病院	終末期患者に看護が与える影響について～苛立ちや攻撃的な態度を示す認知症患者の 1 症例～
67-7	近藤　菜々美	看護師	群馬県	美原記念病院	障害者病棟における意思決定支援の継続性を支える要因―ACP 実施状況と疾患特性に着目した後方視的分析―

68　11月19日（木）　14:30～15:40　ターミナルケア②

【座　長】佐伯真一　光風園病院　病棟科長　看護師
【評価者】白川卓　　橋本病院　リハビリテーション部　副部長　言語聴覚士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
68-1	北原　知世	看護師	静岡県	駿河西病院　介護医療院	痙攣発作を繰り返した患者とその家族の治療選択に関する検討～患者・家族の意思決定を支える看護～
68-2	上原　美奈	理学療法士	香川県	永生病院　介護医療院	今日一日をどう楽しむか～ターミナル患者と向き合って～
68-3	北山　龍之介	介護福祉士	東京都	介護医療院セントラル大田	老健から介護医療院転換後のお看取り対応について―最期まで本人と家族に寄り添うために―
68-4	小野田　綾子	介護福祉士	岡山県	玉島病院介護医療院	介護医療院から在宅での看取りへ､思いをつないだ支援～最後に帰りたかった場所へ～
68-5	長倉　彩香	介護福祉士	鹿児島県	吉田記念病院介護医療院	人生最期を迎える利用者とその家族へのアプローチ
68-6	末永　幸子	看護師	長崎県	介護医療院　恵愛荘	介護医療院における死亡退所者の実態からみた看取り支援の課題
68-7	竹嶋　唯	看護師	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	地域包括ケア病棟における「看取りケアプランシート」の作成と運用の取り組み

一般演題　11月20日（金）

第3会場（福岡国際会議場 2F 201+202）

69　11月20日（金）　9:00～9:50　在宅医療①

【座　長】山崎ひとみ　島の病院おおたに　師長　看護師
【評価者】岡純子　高良台コミュニティホスピタル　看護部　マネジャー　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
69-1	舟橋　一代	看護師	東京都	鶴川記念病院	2040 年を見据えた在宅医療機関の選択要因に関する研究～ケアマネージャー連携と ACP 推進の視点から～
69-2	北田　大地	看護師	兵庫県	西宮回生病院	術後の患者における退院後の日常生活の実態
69-3	川原　翔太	放射線技師	鹿児島県	加治木温泉病院	RPA・電子カルテ機能を活用した在宅チーム運営の効率化
69-4	宮嵜　美樹	看護師	長野県	轟病院　轟訪問看護ステーション	血管性認知症で引きこもりを呈した利用者に対する多職種連携～笑顔の出現と QOL 改善に至った一症例～
69-5	川渕　一世	看護師	北海道	定山渓病院訪問看護ステーションエール	地域の他職種連携についての認識調査

70　11月20日（金）　9:50～10:30　在宅医療②

【座　長】平田知寛　有吉病院　地域包括ケア病棟　病棟師長　看護師
【評価者】大畑修三　加藤病院　病院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
70-1	前田　俊輔	事務職	福岡県	筑紫南ヶ丘病院	離島施設における安診ネットを用いた遠隔診療支援モデルの構築
70-2	大久保　琢矢	看護師	茨城県	フロイデひたちなか訪問看護ステーション	終末期前立腺癌利用者の療養目標の変化を支えた多職種連携の実践
70-3	志越　美香	看護師	東京都	介護医療院セントラル大田	在宅での看取りを希望されたご家族への支援を行った 1 事例～喀痰吸引指導を通して～
70-4	照沼　秀也	医師	茨城県	いばらき診療所ひたち	在宅医療における緊急往診時の疾患分類と治療指針

71　11月20日（金）　9:00～10:10　IoT・ロボット

【座　長】山本史子　芳珠記念病院　歯科口腔外科　医長　医師

【評価者】沼田一成　奈良東病院　リハビリテーション科　統括科長　作業療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
71-1	國田　歩美	看護師	福岡県	筑紫南ヶ丘病院	地域包括ケア病棟での MEWS の活用～早期医療介入にむけて～
71-2	菊池　美咲	看護師	宮城県	石巻健育会病院	慢性期病院看護部における DX 導入の効果と今後の課題
71-3	伊藤　直城	理学療法士	大阪府	千里リハビリテーション病院	生成 AI を用いた vibe-coding による回復期リハビリーションの単位自動振り分けアプリ開発
71-4	川口　美由紀	介護福祉士	東京都	ケアセンターけやき	スタンディングリフトによるトイレ排泄支援がもたらした多面的な QOL 改善の一例
71-5	宮薗　頌太朗	理学療法士	石川県	芳珠記念病院	HAL®腰タイプ介護・自立支援用を導入したパーキンソン病患者の一例
71-6	仁保　宏二郎	医師	福岡県	筑紫南ヶ丘病院	個人基準域を考慮した Modified Early Warning Score（MEWS）による医療療養病床患者の状態変化の検知
71-7	小野　美雪	看護師	滋賀県	淡海ふれあい病院	DX 導入による残業時間削減要因の検討―地域包括ケア病棟と医療療養病棟の比較―

第4会場（福岡国際会議場 3F ロビー）

72　11月20日（金）　9:00～10:00　褥瘡・スキンケア①

【座　長】吉村愛子　イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　師長　看護師

【評価者】池村健　　博愛記念病院　リハビリテーション部　統括部長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
72-1	鈴木　達也	理学療法士	神奈川県	平成横浜病院	地域包括医療病棟の褥瘡予防に向けた体圧測定を用いたポジショニング介入対象者の選定基準の検討：実践報告
72-2	菅村　美和	看護師	大阪府	緑水会病院	経鼻胃管チューブ挿入患者の皮膚障害を軽減するテープの固定方法の検討
72-3	中山　奈津美	介護福祉士	山口県	光風園病院	重度拘縮を伴う患者の褥瘡改善のためのポジショニングの再現化～再現性の高いケアの重要性～
72-4	松形　良祐	看護師	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	長期臥床患者に対する足裏角質ぱっくの導入効果に関する研究
72-5	上村　優司	介護福祉士	熊本県	新生翠病院	スモールチェンジを活用したノーリフティングケアの実践～体位変換の負担軽減と褥瘡予防の取り組み～
72-6	板垣　昌史	理学療法士	北海道	定山渓病院	褥瘡ハイリスクラウンドによる院内褥瘡発生状況の変化について

73　11月20日（金）　10:00～11:00　褥瘡・スキンケア②

【座　長】中尾健太郎　イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　病院長　医師
【評価者】半村亜由美　富家千葉病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
73-1	長野　光	理学療法士	熊本県	西日本病院	当院の神経難病患者における褥瘡発生に関連する日常生活動作等の因子の検討
73-2	平永　夏姫	理学療法士	富山県	流杉病院	褥瘡新規発生ゼロ作戦～早期発見・早期対応がカギ～
73-3	谷口　悠加	理学療法士	富山県	流杉病院	褥瘡患者へのポジショニングの有効性～体圧測定器を用いた再検討～
73-4	濵﨑　解	看護師	富山県	島田病院	皮膚密着部の皮膚炎に対する吸湿粉末製剤の有用性
73-5	井坂　拓磨	介護福祉士	茨城県	地域密着型介護老人福祉施設　大宮フロイデドルフ	現場で防ぐ！！高齢者の肌トラブル問題と予防策～私の施設でのスキンケア～
73-6	志賀　皇江	介護福祉士	千葉県	総泉病院	介護士が取り組む、褥瘡へのアプローチ

74　11月20日（金）　11:00～11:50　褥瘡・スキンケア③

【座　長】前田夏江　西崎病院　看護部長　看護師
【評価者】尾山直樹　橋本病院　回復期リハビリテーション病棟　主任　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
74-1	谷畑　有香	看護師	香川県	橋本病院	経鼻経管栄養患者の栄養状態に着目した褥瘡治癒過程への看護介入
74-2	大川　瑞江	看護師	静岡県	きせがわ病院	多発褥瘡患者への多職種連携と継続看護の有効性～地域包括ケア病棟での皮膚・排泄ケア認定看護師の役割～
74-3	野田　楓姫	看護師	鹿児島県	吉田記念病院	褥瘡ケアの標準化に向けた取り組み～洗浄方法と体位変換に焦点を当てて～
74-4	駿河　健人	理学療法士	奈良県	秋津鴻池病院	食事摂取量の低下を伴う難治性潰瘍に対する多職種協働での治療～症例報告～
74-5	富阪　充希	作業療法士	奈良県	奈良東病院	褥瘡ケアチーム管理下で電気刺激療法を併用による改善を認めた難治性褥瘡の一症例

第5会場（福岡国際会議場 4F 402）

75　11月20日（金）　9:00～10:00　リハビリテーション①

【座　長】嶋﨑眞治　永生病院　リハビリテーション科　科長　理学療法士
【評価者】根生一治　富家病院　臨床心理室　室長　公認心理師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
75-1	髙木　武蔵	理学療法士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	全介助患者用評価表 STAP の得点およびその改善の有無が生命予後に及ぼす影響の検討
75-2	山田　隆司	理学療法士	大阪府	リハビリデイ河北	サービス活動 C における参加レベルの目標設定と卒業率との関係～ICF 分類を用いた後方視的分析～
75-3	中里　眸	言語聴覚士	東京都	永生病院	重度頚髄損傷患者の社会参加に向けた多職種連携によるコミュニケーション手段の確立
75-4	山元　浩二	理学療法士	鹿児島県	吉田記念病院	離床へのアプローチ､多職種共同における業務の効率化について
75-5	戸枝　亮	作業療法士	埼玉県	イムス三芳総合病院	終末期がん患者のがん性疼痛に対する離床を含む、運動療法の効果について
75-6	松延　美佑	理学療法士	福岡県	新古賀リハビリテーション病院みらい	療養病棟入院中の維持透析患者に対する午後透析導入がリハビリ介入機会と身体機能改善につながった一例

76　11月20日（金）　10:00～11:10　リハビリテーション②

【座　長】瀬戸景子　南多摩病院　リハビリテーション科　係長　理学療法士
【評価者】鈴木愛　　千里リハビリテーション病院　看護課長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
76-1	杉浦　知希	理学療法士	静岡県	介護医療院　湖東病院	アセスメントシートを活用したリハ・栄養・口腔一体的取り組みにより ADL および栄養状態の改善した症例
76-2	松尾　薫	理学療法士	兵庫県	介護老人保健施設ウエルハウス西宮	病院と連携した地域貢献活動について
76-3	齋藤　翔	理学療法士	東京都	緑成会病院	海外でのリハビリテーション教育における国際生活機能分類導入の効果と臨床思考の変化
76-4	板谷　茜	理学療法士	北海道	愛全病院	運動負荷量計算式を用いた自重トレーニングの有効性についての予備的研究
76-5	瀬戸　慎太郎	理学療法士	福岡県	筑紫南ヶ丘病院	当院における“おうちへ帰ろうハウス”での取り組みについて～アンケートを通してみえてきた課題～
76-6	木村　尚人	医師	岩手県	南昌病院	回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の機能分担による効率的病棟運用の検討
76-7	古賀　祥吾	理学療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	高齢入院患者に対する 4 週間の WAKEUP EMS 介入が筋量維持に与える影響

第6会場（福岡国際会議場 4F 403）

77　11月20日（金）　9:00～10:00　リハビリテーション③

【座　長】諸江伸龍　セントラル病院　リハビリテーション科　係長　理学療法士
【評価者】近内光代　福島寿光会病院　看護部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
77-1	亀田　さゆみ	理学療法士	北海道	札幌西円山病院介護医療院にしまるポッケ	電動スタンディングリフトの使用が姿勢改善に繋がった事例―理学療法士の視点から―
77-2	山田　康子	理学療法士	北海道	愛全病院	集団的個別アプローチによる運動療法の効果～他者との一体感と安全性の両立～
77-3	佐藤　海斗	理学療法士	埼玉県	富家病院	療養病棟に入院する透析患者に対する足浴介入がバランス能力に及ぼす即時的影響
77-4	瀬口　渉	理学療法士	福岡県	さくら病院	当院障害者施設等一般病棟における簡易リフト導入の効果
77-5	田中　里歩	作業療法士	山口県	防府リハビリテーション病院	人生の最終段階を迎える患者に対するセラピストのかかわり～FIM 認知項目の理解・表出に着目して～
77-6	三浦　弘祐	理学療法士	熊本県	西日本病院	大腿骨近位部骨折患者における術前身体組成と退院時歩行形態との関連

78　11月20日（金）　10:00～11:00　リハビリテーション④

【座　長】藤田慎一朗　倉敷スイートホスピタル　リハビリテーションセンター　センター長　理学療法士
【評価者】河原真由美　平成扇病院　看護部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
78-1	石動　恭平	理学療法士	埼玉県	埼玉県地域リハビリテーション・ケア　サポートセンター霞ヶ関南病院	自立支援に資する専門職・市民への普及啓発―地域包括ケア自立支援事業の取組―
78-2	黒岩　美樹	理学療法士	大阪府	わかくさ竜間リハビリテーション病院	療養病棟の入院時運動 FIM20 点以下の重度 ADL 低下患者における離床が転帰先に及ぼす影響
78-3	小林　啓太	理学療法士	埼玉県	富家病院	療養病棟に入院する維持透析患者の筋量・栄養状態の変化やリハビリテーションとの関連
78-4	豊田　平介	理学療法士	東京都	医療法人社団永生会	総合事業における短期集中予防サービスのフレイル指標を用いた介護予防効果の検討
78-5	田中　秀和	作業療法士	神奈川県	北小田原病院	慢性期精神科病院リハビリテーション科におけるエンゲージメントの傾向と対策（第 2 報）
78-6	佐野　廉	理学療法士	静岡県	東名裾野病院	離床時間向上に向けた多職種の協力について

第7会場（福岡国際会議場 4F 404）

79 11月20日（金） 9:00～10:00 訪問（在宅）リハ①

【座 長】杉雄介 杉病院 院長 医師
【評価者】長野綾 橋本病院 認知症治療病棟 主任 看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
79-1	中村 裕樹	理学療法士	鹿児島県	八反丸リハビリテーション病院	回復期リハ病棟退院後におけるソフトランディングシートを用いての訪問リハの取り組みについて
79-2	尾﨑 恵介	理学療法士	大阪府	岸和田平成病院	当院の訪問リハビリテーション利用に向けた取り組み
79-3	田代 大貴	理学療法士	千葉県	初富保健病院	在宅高齢者の訪問リハビリテーションで身体組成はどう変わるか?―家庭用体組成計を用いた検討―
79-4	野本 正仁	理学療法士	群馬県	美原記念病院	訪問リハにより社会的役割の再獲得に至った脳卒中の 1 例―SWOT 分析を用いたストレングスアプローチの実践―
79-5	松本 徹也	理学療法士	東京都	緑成会病院	地域包括ケアにおける療法士の役割分析―地域包括支援センターからの訪問指導依頼内容のテキストマイニング―
79-6	牛島 史誉	理学療法士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	訪問リハビリテーション利用者における ADL 動作と家族介護者の介護負担感との関連性

80 11月20日（金） 10:00～10:50 訪問（在宅）リハ②

【座 長】山田晴之 桜ヶ丘病院 訪問看護ステーション 主任 看護師
【評価者】増田知子 千里リハビリテーション病院 セラピー部 部長 理学療法士

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
80-1	高坂 千恵	理学療法士	福島県	いわき湯本病院	訪問リハビリ利用者における入院予測因子の検討
80-2	福田 賢二	作業療法士	福岡県	訪問看護ステーションゆのそ	月 1 回の低頻度運動介入が慢性期高齢者の身体機能維持に及ぼす影響～2 年間の継続観察による実践報告～
80-3	髙橋 祐輝	理学療法士	埼玉県	埼玉みさと総合リハビリテーション病院	回復期病院併設事業所における訪問リハビリテーション開始日数短縮に向けた連携強化の取り組み
80-4	谷出 優香	理学療法士	東京都	緑成会病院	訪問リハビリテーションにおける半側空間無視を呈す症例の Hybrid Assistive Limb®腰タイプ使用後の経過報告
80-5	演題取下				

第8会場（福岡国際会議場 4F 405）

81　11月20日（金）　9:00～10:00　摂食・嚥下リハ①

【座　長】原口友子　加治木温泉病院　総合リハビリテーションセンター　技士長　言語聴覚士
【評価者】百戸直子　大久野病院　看護部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
81-1	小田　海	言語聴覚士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	運動器疾患患者における退院時嚥下障害の臨床的特徴―回復期リハビリテーション病棟176 例の検討―
81-2	中園　幸希	言語聴覚士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	運動器疾患患者における退院時嚥下障害の入院時リスク因子―回復期リハビリテーション病棟 176 例の検討―
81-3	三野　英孝	言語聴覚士	大阪府	千里山病院	入院時経口摂取困難例に対する ST 介入の効果と予後関連因子の検討
81-4	加藤　広夢	言語聴覚士	栃木県	那須赤十字病院	誤嚥性肺炎の経口移行と入院期間に対する要因の検討
81-5	小林　恵実子	介護福祉士	埼玉県	大宮共立病院	経鼻経管栄養から経口摂取移行への事例の振り返り～多職種協働に焦点をあてて～
81-6	白波瀬　元道	言語聴覚士	東京都	医療法人社団永生会	医療療養病棟入院患者の摂食嚥下機能の維持・改善に影響を与える因子

82　11月20日（金）　10:00～10:50　摂食・嚥下リハ②

【座　長】中山剛志　大久野病院　言語聴覚療法科　科長　言語聴覚士
【評価者】堀野純子　大久野病院　看護部　科長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
82-1	林　知子	言語聴覚士	兵庫県	協和マリナホスピタル	頬膨らませ検査は簡易嚥下スクリーニング検査として活用できるか
82-2	中西　順哉	言語聴覚士	兵庫県	南淡路病院	食思低下を呈する認知症患者への写真入りメニュー提示における視覚的フィードバック効果の検証
82-3	清水　鈴佳	歯科衛生士	岐阜県	近石病院	病棟専従歯科衛生士の介入により経口摂取再開可能となった進行性核上性麻痺の一症例
82-4	石橋　尚基	言語聴覚士	千葉県	新八千代病院	慢性期摂食嚥下障害に対するリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に実施する食支援入院の報告
82-5	野口　圭一	看護師	群馬県	美原記念病院	早期経口摂取へのアプローチの有用性～自院急性期からの転床患者と他院からの直接入院患者との比較検討～

第9会場（福岡国際会議場 4F 406）

83　11月20日（金）　9:00～10:00　摂食・嚥下リハ③

【座　長】名古将太郎　千里リハビリテーション病院　セラピー部　コーチ　言語聴覚士
【評価者】阪口英夫　　陵北病院　副院長　歯科医師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
83-1	森本　耕平	言語聴覚士	埼玉県	新越谷病院	VF 定量評価に基づく段階的介入が奏功したワレンベルグ症候群による重度 UES 開大障害の一例
83-2	中谷　布美子	看護師	群馬県	美原記念病院	回復期リハ病棟における摂食機能療法の有用性～傾向スコアマッチングを用いた摂食レベル利得の比較検討～
83-3	藤丸　剛平	言語聴覚士	福岡県	若久シニアビレッジ	サービス付き高齢者向け住宅入居者に関する実態調査～嚥下に関する評価や取り組みの必要性～
83-4	皆川　朋也	言語聴覚士	愛媛県	南高井病院	経口移行への取り組みと摂食嚥下チームの活動
83-5	吉野　桃代	言語聴覚士	北海道	定山渓病院	当院における VF 検査の実態調査～ST による予後予測と FILS 推移の分析～
83-6	川村　和史	言語聴覚士	埼玉県	大宮共立病院	疾患・年代・食形態別における舌筋力値の比較検討～たんたんめーたーの有用性と今後の課題～

84　11月20日（金）　10:00～11:00　摂食・嚥下リハ④

【座　長】白川卓　　橋本病院　リハビリテーション部　副部長　言語聴覚士
【評価者】菅原さとみ　吉田記念病院　看護部長　看護師

〈第14回慢性期リハビリテーション学会〉

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
84-1	江口　美保	歯科衛生士	長崎県	恵寿病院	中心静脈栄養（IVH）患者の完全経口摂取移行への取り組み―完全経口摂取移行達成者と非達成者の比較―
84-2	井上　暖大	言語聴覚士	徳島県	博愛記念病院	長期臥床に伴う廃用症候群後の嚥下障害を呈した一例について
84-3	大木　さおり	言語聴覚士	東京都	大久野病院	氷菓を用いた重度嚥下障害患者に対する摂食訓練の試み
84-4	岩佐　珠美	言語聴覚士	福岡県	介護老人保健施設高良台	介護老人保健施設における経口移行加算の取り組み～タックマンモデルを参考にした多職種連携支援～
84-5	二村　真理子	看護師	富山県	いま泉病院	摂食機能療法推進のための取り組み～介入件数増加と訓練効果を目指して～
84-6	小林　剛	言語聴覚士	神奈川県	元気会横浜病院	慢性期嚥下障害患者における完全経口移行の時間分布と関連因子～継続介入の可能性を示した 200 日追跡研究

第11会場（福岡国際会議場 4F 409）

85　11月20日（金）　9:00～10:00　チーム医療①

【座　長】松原直矢　島の病院おおたに　総合診療科　医師
【評価者】清宮大翔　平成扇病院　リハビリテーション部　部長代理　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
85-1	吉川　仁	放射線技師	奈良県	南和病院	院内勉強会における医療画像の情報共有～多職種の相談例まで～
85-2	多山　沙織	管理栄養士	熊本県	悠紀会病院	経鼻経管栄養と経口摂取併用患者の自宅退院に向けた取り組み
85-3	浅野　杏奈	事務職	千葉県	初富保健病院	地域医療連携システムを利用した医用画像の提供
85-4	松田　眞名巳	介護福祉士	大阪府	緑水会病院	シャボンラッピングを用いてスタッフの意識・行動の変容
85-5	國生　真希	看護師	北海道	札幌西円山病院	高等支援学校との連携による看護補助者体験実習の導入と初期評価～人材パイプライン形成の可能性～
85-6	多田　雅史	理学療法士	大阪府	坂本病院	当院における長時間離床促進への取り組み 多職種連携による離床環境の再構築とその定着状況

86　11月20日（金）　10:00～11:00　チーム医療②

【座　長】田中譲　　みなみ野病院　院長　医師
【評価者】村越大輝　富家千葉病院　リハビリテーション室　室長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
86-1	堀　百合子	看護師	広島県	メリィホスピタル	ポストアキュート・回復期機能をもつ病院における患者サポート体制～多職種チームによる支援の推進～
86-2	篠崎　美恵子	歯科衛生士	福岡県	北九州古賀病院	過去の病棟摂食嚥下ラウンド結果から次年度のラウンド内容を立案する
86-3	青木　佳子	作業療法士	東京都	多摩丘陵病院	当院の骨粗鬆症リエゾンサービス（OLS）チームの取り組み
86-4	小杉　淳子	看護師	静岡県	静岡徳洲会病院	手術室看護師による麻酔科術前診察立ち合いの実践―麻酔科医師との連携強化による周術期安全管理の向上―
86-5	板井　一馬	介護福祉士	群馬県	美原記念病院	回復期リハ病棟における介護福祉士の専門性発揮に向けた取り組み～介入の標準化とカンファレンス参画～
86-6	新村　有紀子	事務職	千葉県	初富保健病院	医局秘書による医療従事者の資格取得支援

87　11月20日（金）　11:00～12:00　チーム医療③

【座　長】川渕一世　定山渓病院　訪問看護　師長　看護師

【評価者】大塚昌紀　高良台コミュニティホスピタル　院長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
87-1	高木　雅史	介護福祉士	山梨県	城東病院	離床から生活へ～慢性期における「楽しい離床」の取り組み～
87-2	下原　文子	看護師	福岡県	さくら病院	多職種協働による排痰ケアの確立～カフアシスト導入による肺炎予防への取り組み～
87-3	東　弘太	看護師	埼玉県	富家病院	慢性期病院における経口摂取再開率向上に向けた取り組み～富家病院、富家千葉病院で比較して～
87-4	大里　拓也	看護師	沖縄県	北中城若松病院	自分らしく過ごすために～みんなで支えるチーム支援～
87-5	永田　真那	看護師	静岡県	伊佐見訪問看護ステーション	認知症を伴う独居がん患者の在宅継続にむけた支援～介護サービスの活用と緊急時受け入れ態勢の構築～
87-6	演題取下				

第12会場（福岡国際会議場 4F 410）

88　11月20日（金）　9:00～10:00　チーム医療④

【座　長】須賀晴彦　　富家千葉病院　院長　医師

【評価者】小川佳代子　富家病院　リハビリテーション室　室長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
88-1	阿久津　伸江	介護福祉士	千葉県	総泉病院	高齢者の爪トラブルへの関わり～フットケアチームの活動～
88-2	清水　海翔	作業療法士	長野県	轟病院	院内デイケアの効果と今後の課題
88-3	宇田川　楓	理学療法士	島根県	介護医療院　昌寿苑	ポジショニングにおける多職種間の認識の違い
88-4	中川　佳奈	管理栄養士	富山県	西能みなみ病院	在宅の摂食嚥下障害患者とその家族への調理指導と食事支援のため、栄養・リハビリ・介護とで連携した事例
88-5	脇坂　恵美	臨床工学技士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	人工呼吸器装着患者の退院支援における多職種カンファレンスへの臨床工学技士参画の有用性
88-6	首藤　智一	作業療法士	岐阜県	近石病院	多職種連携を促進するリハビリ診療記録のあり方の検討―当院回復期病棟でのニーズ調査と課題の抽出―

89　11月20日（金）　10:00～11:00　チーム医療⑤

【座　長】山口誠一　牟田病院　リハビリテーション部　部長　理学療法士
【評価者】坂本浩嗣　志田病院　法人本部　副本部長　診療放射線技師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
89-1	告　由加里	看護師	茨城県	協和南病院	長期療養患者の退院支援～多職種連携の効果と今後の課題～
89-2	大石　美賀子	介護福祉士	静岡県	静岡徳洲会病院　介護医療院ゆうかりの木陰	個人に合わせた食事環境の構築～安全に食事を楽しむために～
89-3	井野　純子	介護福祉士	秋田県	外旭川病院	療養病棟における介入拒否の軽減に向けた取り組み～成功事例の振り返りを通して～
89-4	石垣　秀記	臨床工学技士	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	当院における人工呼吸器装着患者の気管切開による人工呼吸管理について
89-5	碇　愛	看護師	福岡県	みらい介護医療院	移乗サポートロボット Hug を用いたトイレ誘導が身体機能および排泄状況に及ぼす影響
89-6	鈴木　由似	看護師	北海道	発寒リハビリテーション病院	セル看護提供方式の導入が看護師間の協力体制における課題

90　11月20日（金）　11:00～12:00　チーム医療⑥

【座　長】柚田真知子　新栄会病院　リハビリテーション課　課長　理学療法士
【評価者】石本恭太　　小林記念病院　入院医療部　主査　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
90-1	和田　宏幸	放射線技師	山口県	光風園病院	当院における診療放射線技師によるタスクシフトの試み～患者搬送業務を通じた多職種連携と業務効率の効果～
90-2	淡路　晶也	理学療法士	広島県	島の病院おおたに	情報共有機会の増加に向けた取り組みについて
90-3	荒井　利章	臨床検査技師	神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	チームで繋ぐ急変時対応～リハビリテーション病院における多職種連携 BLS 研修の試み～
90-4	徳永　智史	作業療法士	茨城県	牛尾病院	心理的安全性と職業性ストレス指標および仕事継続意思との関連―法人内部署比較による検討―
90-5	嶋田　浩希	理学療法士	和歌山県	桜ヶ丘病院	チェックリストを活用した多職種介入による技能実習生の移乗介助能力習得支援
90-6	田畑　皇太郎	理学療法士	鹿児島県	国分中央病院	閉じ込め症候群患者における意思伝達支援ツールの開発：眼球運動を用いた連携の質的向上

第13会場（福岡国際会議場 4F 411）

91　11月20日（金）　9:00～10:10　チーム医療⑦

【座　長】小林達也　島の病院おおたに　副院長　医師
【評価者】湯瀬敦　　桜ヶ丘病院　薬局　課長　薬剤師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
91-1	田之上　恵子	看護師	北海道	札幌西円山病院	病棟主導によるミールラウンド体制の構築～食支援力の向上と多職種 OJT の促進～
91-2	新村　雅	事務職	鹿児島県	加治木温泉病院	多職種連携による退院サマリー作成率 100%に向けた取り組み
91-3	大石　達也	理学療法士	静岡県	熱川温泉病院	COVID-19 感染後廃用症候群患者に対する在宅酸素療法導入を見据えた多種職連携
91-4	神永　晃輝	社会福祉士	茨城県	フロイデ総合在宅サポートセンター大宮	意思決定を尊重した多職種連携による独居老人への支援～その人らしい暮らしを目指して～
91-5	三浦　秀展	理学療法士	兵庫県	南淡路病院	精神療養病棟におけるリハビリテーションスタッフ増員に伴う多職種連携体制の再構築と運用の現状
91-6	土屋　諒夏	理学療法士	東京都	緑成会整育園	重度脳性麻痺者の大腿骨骨折後に対し、多職種連携による介助方法の統一とポジショニング介入を行った一例
91-7	井村　利幸	看護師	愛媛県	HITO 病院	回復期リハビリテーション病棟における多職種協働セルケアシステム®導入の効果

92　11月20日（金）　10:10～11:10　チーム医療⑧

【座　長】松岡由香莉　光風園病院　看護主任　看護師
【評価者】森祥子　　豊中平成病院　リハビリテーション部　部長　作業療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
92-1	蛭田　祐子	看護師	埼玉県	城南中央病院	難治性褥瘡に対して行った多職種連携と古田メソッドでのアプローチ
92-2	越智　麻美	看護師	大阪府	緑水会病院	看護師とケアスタッフ間のコミュニケーションに対するサンクスカードの効果
92-3	三木　英稔	理学療法士	愛媛県	松山西病院	介護スタッフとリハビリスタッフのコミュニケーション―移乗・ポジショニング相談練習会から得られたもの―
92-4	奥谷　翔太	理学療法士	香川県	永生病院	患者の転帰と機能・栄養の関連分析～令和 1 年から 6 年間の動向調査より～
92-5	重　亜希子	事務職	福岡県	水戸病院	地域包括診療料（かかりつけ医）を中心とした外来 ACP の推進
92-6	坂村　菜緒	理学療法士	広島県	島の病院おおたに	退院支援を見据えた多職種協働の仕組みづくり～カンファレンス以外の目標共有機会を活用して～

93　11月20日（金）　11:10～12:00　臨床検査

【座　長】倉富暁子　新古賀リハビリテーション病院みらい　医師
【評価者】鈴木雄　　光風園病院　診療科長　医師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
93-1	五十嵐　創	放射線技師	北海道	愛全病院	画像解析の視点から考える　一般撮影・ポータブル
93-2	坂田　有紀	放射線技師	千葉県	初富保健病院	在宅 XP 検査の増加に伴う対象患者と検査目的の傾向と推移の調査報告
93-3	山下　ほのか	放射線技師	福岡県	篠栗病院	人工股関節周囲 MRI の画質改善に関する検討
93-4	藤沢　あすか	臨床検査技師	埼玉県	富家病院	生存日数に関連する因子の検討～血清アルブミン値と InBody S10 による位相角に注目して～
93-5	相部　奈都美	臨床検査技師	佐賀県	志田病院	健診受診者の便潜血検査に関する調査

第14会場（福岡国際会議場 4F 412）

94　11月20日（金）　9:00～10:00　介護医療院①

【座　長】ゴーダマンズ由佳理　介護医療院　湖東病院　師長　看護師
【評価者】井口朋子　　富家病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
94-1	山之上　弘樹	医師	静岡県	介護医療院ゆうかりの木陰	院内併設介護医療院が医療療養病棟に与える影響について
94-2	小野　春菜	看護師	宮城県	介護医療院松島みどりの家	介護医療院における介護福祉士の特定行為取得後の不安軽減への取り組みと課題
94-3	田岡　弓子	言語聴覚士	奈良県	奈良厚生会病院	「もう一度家族と食卓が囲みたい」絶飲食から外食実現まで 6 年間の軌跡
94-4	長谷川　諒	作業療法士	新潟県	三条東病院	手指の機能と整容・衛生面の改善を目指した介入と病棟とのチーム連携について
94-5	橋本　理絵	管理栄養士	東京都	永生病院	認知症を有する高齢者における経口摂取再開の一例―介護医療院での多職種連携を通して―
94-6	高階　遥香	管理栄養士	福岡県	有吉病院	介護医療院における管理栄養士の役割～食事ラウンドと多職種連携による関わり～

95　11月20日（金）　10:00～11:00　介護医療院②

【座　長】加藤奈津　介護医療院　湖東病院　訪問看護ステーション　所長　看護師
【評価者】石井翔悟　平成扇病院　リハビリテーション部　主任　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
95-1	谷口　未弥子	看護師	広島県	介護医療院ひいろ	高齢者の脱水予防に対するとろみ自動調理サーバー活用の有効性
95-2	米沢　百合	介護福祉士	福岡県	有吉病院	ユニットリーダーの指導による整容改善効果―身だしなみを整えることから始まった入所者の日常の変化―
95-3	井上　志朗	介護支援専門員	福岡県	水戸病院介護医療院	そのひとらしく過ごすために～離床活動の取り組み～
95-4	石田　享央	介護支援専門員	愛知県	介護医療院名南ふれあい病院	介護医療院における退所支援の実践～失語症・高次脳機能障害を有する利用者の居住系施設への退所事例～
95-5	大下　拓人	作業療法士	香川県	永生病院介護医療院	介護医療院ショートステイが広げる支援の多様性～在宅生活の課題解決に向けて～
95-6	田野　良実	理学療法士	千葉県	総泉病院	参加者主体の集団音楽活動が高齢者の自己効力感に与える影響～「Happiness #& ♭」の取り組みを通して～

96　11月20日（金）　11:00～12:00　介護医療院③

【座　長】髙倉美里　博愛介護医療院　師長　看護師
【評価者】後藤浩水　新古賀リハビリテーション病院みらい　介護医療院　主任　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
96-1	向崎　弥生	看護師	岡山県	柴田病院　介護医療院	その人らしさに着目した看護介入による行動変容と ADL 改善
96-2	山藤　剛史	作業療法士	滋賀県	草津介護医療院	離床活動、外出支援を通じて孫の結婚式へ～2025 年度の活動報告～
96-3	山上　康太	介護福祉士	広島県	介護医療院ひいろ	日常生活自立度 C の入所者にファーラー位を導入した際にもたらされる効果
96-4	田宮　浩司	言語聴覚士	愛知県	介護医療院　名南ふれあい病院	介護医療院における外出時の食支援～意識調査に基づく支援ツールの作成～
96-5	大住　真敬	医師	徳島県	碩心館病院	介護医療院における心不全療養指導士の功績
96-6	石川　朝子	作業療法士	北海道	札幌西円山病院介護医療院	介護医療院における認知症短期集中リハビリは生活機能向上に寄与するのか

第15会場（福岡国際会議場 4F 413）

97　11月20日（金）　9:00～10:00　介護①

【座　長】長瀬正徳　陵北病院　副院長　医師
【評価者】高木緑　　霞ヶ関南病院　看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
97-1	橋本　武顕	理学療法士	福岡県	シーサイド病院	劣化したスライディングシートの使用が介助負担に与える影響　静止摩擦係数と介助者アンケートによる検証
97-2	畑生　順子	介護福祉士	福岡県	北九州古賀病院	臥床患者の拘縮・褥瘡予防としたポジショニングについての検討
97-3	町井　保乃葉	介護福祉士	埼玉県	介護老人保健施設　瑞穂の里	アロマディフューザーによる環境改善
97-4	吉田　雄基	介護職	三重県	長島中央病院	職員の身体的軽減に向けた取り組み～介助方法の見直しと福祉用具の活用による腰痛軽減を目指して～
97-5	安田　真子	介護福祉士	福岡県	小倉第一病院	介護福祉士が病院を選び､働き続けるために必要な要因―「採用の質向上プロジェクトチーム」の活動評価―
97-6	山田　多希子	介護福祉士	福岡県	介護老人保健施設　高良台	全介助からの再起―自己効力感を高めるスモールステップの積み重ねと効果―

98　11月20日（金）　10:00～11:00　介護②

【座　長】安達麻美　杉病院　看護部長　看護師
【評価者】安本友子　豊中平成病院　看護部　関西エリア部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
98-1	漆畑　智貴	介護福祉士	静岡県	静岡徳洲会病院	入浴ダイヤグラム導入による入浴業務改革―回復期リハビリテーション病棟介護職員の意識の変化―
98-2	蛭田　桜	介護福祉士	神奈川県	横浜病院	ユマニチュードの｢見る｣｢話す｣｢触れる｣技術を用いて介護抵抗のある患者様のケアに取り組んだ一例
98-3	浅井　香奈	介護福祉士	静岡県	掛川東病院	介助グローブ導入による体位変換時の身体的負担軽減
98-4	渡辺　広美	介護福祉士	兵庫県	いなみ野病院介護医療院	入所者中心のケアプラン作成を目指して～｢人型シート｣を用いた情報共有と課題分析の充実に向けた試み～
98-5	常森　誠	介護福祉士	愛知県	並木病院	現代シニアのくっつく肌を守れ！～皮膚密着部位におけるスキントラブル予防ケアの実践～
98-6	畝　正義	介護福祉士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	リハビリテーション病院における介護士と看護師の連携・協働における課題

99　11月20日（金）　11:00～12:00　介護③＆介護施設①

【座　長】大塚隆大　　介護老人保健施設高良台　看介部　部長　看護師

【評価者】津留崎孝義　新古賀リハビリテーション病院みらい　副看護部長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
99-1	橋本　明子	介護福祉士	東京都	大久野病院介護医療院	ハンドロールを活用した手指の屈曲拘縮改善に向けた取り組み
99-2	古賀　彩実	介護福祉士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	介護計画におけるアセスメントの重要性と課題
99-3	田尾　遥香	介護福祉士	滋賀県	草津介護医療院	抱え上げない介護の導入～介助者視点～
99-4	小松　憲一	施設管理者	大分県	住宅型有料老人ホーム和楽苑	接遇評価基準の標準化への取り組み（第 3 回報告）～行動指標化による自己・他者評価の乖離解消～
99-5	高瀬　由香里	介護福祉士	福岡県	軽費老人ホームゆのそ苑	軽費老人ホームにおける介護予防運動教室の効果検証
99-6	中村　可奈美	管理栄養士	福岡県	軽費老人ホームゆのそ苑	軽費老人ホームにおける入居者の変遷

第16会場（福岡国際会議場 4F 414）

100　11月20日（金）　9:00～10:00　介護施設②

【座　長】河原和美　吉田記念病院　介護医療院　師長　看護師

【評価者】秋山幸子　鶴巻温泉病院　診療技術部　薬剤科　係長　薬剤師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
100-1	吉田　礼杏	理学療法士	東京都	ケアホーム足立	施設入所高齢者における糖尿病の有無と生活機能の関連
100-2	川原　翼	介護福祉士	福岡県	若久短期入所生活介護	眠りスキャン活用による睡眠の質向上への取り組み　15 時以降の活動提供と覚醒リズムが夜間睡眠に与える影響
100-3	東　侑希	介護福祉士	福岡県	介護老人保健施設　高良台	青竹踏みによる頻尿改善効果
100-4	大谷　彩	支援相談員	埼玉県	介護老人保健施設　瑞穂の里	ドッグセラピー導入について～アンケート結果からみる今後の課題～
100-5	平山　祐司	介護福祉士	福岡県	若久シニアビレッジ	眠り SCAN を活用した睡眠薬減量・中止への取り組み
100-6	山﨑　規彦	看護師	大分県	介護老人保健施設　和光園	超強化型老健における在宅復帰支援でのご夫婦の看取りケア

101　11月20日（金）　10:00～11:00　介護施設③

【座　長】河野佳苗　　有吉病院　介護医療院　療養棟師長　看護師

【評価者】長谷川奨斗　世田谷記念病院　リハビリテーション部　エリア部長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
101-1	市川　扶美子	言語聴覚士	三重県	ヴィラ四日市	食事応援依頼表と食事ミーティングを活用した多職種連携
101-2	中島　由美	理学療法士	香川県	橋本病院	介護老人福祉施設での短期集中個別リハビリテーションが及ぼす影響～動作能力への効果について～
101-3	中野　美咲	介護福祉士	福岡県	若久シニアビレッジ	語りから始まるナラティブケア～利用者の価値観を活かした個別支援の実践～
101-4	馬場　珠美	理学療法士	福岡県	メディカルケア南ヶ丘	介護付き有料老人ホームにおける生活リハビリ導入による ADL 維持向上への取り組み
101-5	石川　和範	介護福祉士	茨城県	御前山フロイデガルテン	慢性期におけるユニットケアの模索
101-6	荒木　駿太	相談員	長崎県	介護医療院　恵愛荘	併設病院との連携強化により短期入所生活介護利用者の体調悪化時対応及び在宅復帰期間短縮につながった検討

第17会場（福岡国際会議場 5F 502）

102　11月20日（金）　9:00～10:00　スタッフ育成①

【座　長】樋沢まみ　永生病院　師長　看護師

【評価者】佐伯真一　光風園病院　病棟科長　看護師

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
102-1	斉藤　真奈美	介護福祉士	北海道	聖ヶ丘病院	外国人介護職員育成への取り組み
102-2	西村　卓也	理学療法士	大阪府	泉佐野優人会病院／岸和田平成病院	グループ内 2 病院におけるリハビリテーション提供量と質的成果の比較検討
102-3	林　千恵	看護師	山口県	宇部リハビリテーション病院	15 分 AI アニメ動画による摂食嚥下教育の実践―楽しみながら学べる院内研修を目指して―
102-4	本村　洸人	言語聴覚士	鹿児島県	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	オンデマンド配信と少人数制を組み合わせた院内勉強会の有用性の検討
102-5	前田　和子	看護師	山口県	宇部リハビリテーション病院	回復期リハビリテーション病棟における看護観の共有を目的とした段階的教育プログラムの実践
102-6	上野　繕広	作業療法士	東京都	永生病院	地域包括ケアシステムに関する継続教育の取り組み―当院作業療法士の認識変化を通して―

103　11月20日（金）　10:00～11:00　スタッフ育成②

【座　長】竹尾悠介　特別養護老人ホームひまわり・安城　在宅介護部　部長　理学療法士
【評価者】貴志千秋　桜ヶ丘病院　リハビリテーション科　科長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
103-1	中本　智恵	看護師	広島県	介護医療院ひいろ	プリセプターの新人看護師指導における困難感と受けたい支援
103-2	角田　優実	看護師	山梨県	恵信甲府病院	患者さん・職員間の接遇改善～選ばれる病院を目指して～
103-3	鈴村　美江子	看護師	静岡県	静岡徳洲会病院　介護医療院　ゆうかりの木陰	病院看護師を対象とした介護医療院留学プログラムからみえた施設看護師の教育的役割
103-4	藤井　みゆき	看護師	鹿児島県	加治木温泉病院	看護職と介護職がともにつくる「看多機のチーム力」～組織コミットメントを高めるために～
103-5	南山　莉緒	理学療法士	北海道	定山渓病院	呼吸コンサルテーションチームのラウンド活動とその効果～スタッフ教育・患者変化の視点から効果検証する～
103-6	平野　裕人	理学療法士	鹿児島県	国分中央病院	医療 DX における生成 AI と多職種の集合知を統合した接遇教育標準化モデルの作成

104　11月20日（金）　11:00～12:00　スタッフ育成③

【座　長】原田真澄　シーサイド病院　歯科部長　歯科医師
【評価者】廣谷和香　千里リハビリテーション病院　セラピー部　コーチ　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
104-1	新山　彩	看護師	愛媛県	道後温泉病院	地域包括ケア病棟における円滑な退院支援に向けた実態調査
104-2	山根　勝	看護師	島根県	安来第一病院	医療療養病棟の新人看護師が患者とのコミュニケーションで感じている困難さの実態
104-3	大西　慶治	事務職	愛媛県	特別養護老人ホーム豊寿園	高齢者施設における介護の質を高めるための組織化と活動の効果―ケアの質改善に向けた取り組み―
104-4	井上　忠和	介護福祉士	福岡県	看護小規模多機能型居宅介護ゆのそピア	異業種から入職した介護士に対する心身負担軽減への関わり～ユマニチュード「触れる」の実践を通して～
104-5	徳原　和明	理学療法士	山口県	周南リハビリテーション病院	キャリア支援の一環として登録理学療法士の取得率向上を目指した取り組みと今後の展望
104-6	村山　一朗	作業療法士	兵庫県	東浦平成病院	新人向け多職種連携教育における指導スタイルの比較と現場実践の課題

第18会場（福岡国際会議場 5F 503）

105　11月20日（金）　9:00～10:00　経営管理全般①

【座　長】田島紘己　　キラメキテラスヘルスケアホスピタル　副理事長　医師
【評価者】佐野裕美子　霞ヶ関南病院　リハビリテーション部　副主任　言語聴覚士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
105-1	三浦　陵人	事務職	東京都	鶴川リハビリテーション病院	選ばれる病院になる為のアップデート～開院10 年目の変化と挑戦～
105-2	牛島　綾子	管理栄養士	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	グループ内施設における給食運営実態調査と経営改善にむけた取り組み
105-3	堤　賢太郎	作業療法士	福岡県	金隈病院	医療療養におけるリハビリテーション体制再編：運営プロセス・患者アウトカム・経営指標に着目した効果検証
105-4	早田　佳子	保健師	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	職員に寄り添う健康経営を目指して
105-5	井本　早紀	事務職	富山県	清幸会	災害時の初動対応整備と BCP 意識向上を目指した取り組み
105-6	中西　祥子	看護師	静岡県	西山病院グループ	人材を組織の資産へ！コンピテンシー評価制度と歩調を合わせた階層別内部研修の軌跡

106　11月20日（金）　10:00～11:00　経営管理全般②

【座　長】中村吉孝　福岡輝栄会病院　理事長　医師
【評価者】草野謙二　原病院　リハビリテーション部　係長　理学療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
106-1	権田　翔子	看護師	福岡県	原病院	慢性期病棟における災害時避難対応～アンケートからみる認識把握と認識を～
106-2	徳嶋　慎太郎	理学療法士	兵庫県	神戸平成病院	リハビリテーション職員における職場推奨度とウェルビーイングの関連
106-3	今村　香織	事務職	鹿児島県	加治木温泉病院	地域需要分析に基づく 2040 年を見据えた病院機能再編構想の検討
106-4	江川　栄輔	事務職	和歌山県	宇都宮病院	令和の病院建替え事情～建設費高騰時代を乗り越えた 80 床慢性期病院の実践～
106-5	太田　朱音	管理栄養士	島根県	安来第一病院	食材のコスト削減への取り組みによる経営改善への貢献を考える
106-6	今村　祐太	事務職	福岡県	高良台コミュニティホスピタル	二要素認証システム導入における認証方式の選択について

107　11月20日（金）　11:00～11:50　経営管理全般③

【座　長】田中修　　加藤病院　法人本部　専務理事　事務職
【評価者】吉田良子　新栄会病院　リハビリテーション課　リーダー　作業療法士

演題番号	氏名	職種	都道府県	所属機関名	演題名
107-1	大森　紀夫	看護師	鳥取県	養和病院介護医療院	法人戦略に基づく持続可能な介護医療院経営～質と経営を両立する組織マネジメントの実践～
107-2	和田　純治	医師	大分県	和田病院	地域医療構想による病院変革の検討（医療療養病床から回復期病床への一部病床機能転換の検討）
107-3	岡野　大介	社会福祉士	山口県	光風園病院	法人全体で取り組んだ病床稼働率向上への実践報告
107-4	沖田　聡嗣	看護師	滋賀県	琵琶湖養育院病院	地域医療構想を見据えた高医療依存度慢性期ケアモデルの検討　長期人工呼吸器患者を支える急性期後方支援機能
107-5	川口　雄生	事務職	山口県	光風園病院	当法人はなぜ選ばれたのか―採用者の声から考える採用活動の振り返り―

シンポジウム 1

今後の医療と介護の行方
～R8 診療報酬改定と R9 介護報酬改定を見据えて～

◆日　　時：11月19日（木）10:00 ～ 12:00

◆座　　長：池端　幸彦　　日本慢性期医療協会　副会長

◆シンポジスト：江澤　和彦　　日本医師会　常任理事
西嶋　康浩　　厚生労働省　保険局医療課　課長
堀　裕行　　厚生労働省　老健局老人保健課　課長

シンポジウム 1　略歴

座長

池端　幸彦（いけばた　ゆきひこ）

日本慢性期医療協会　副会長

略歴

【経歴】

1980年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
1981年	浜松赤十字病院　外科
1982年	国立霞ヶ浦病院　外科
1983年	慶應義塾大学病院　一般消化器外科助手
1986年	池端病院　副院長
1989年	池端病院　院長（～現在）
1997年	医療法人池慶会　理事長（～現在）
2008年	社会福祉法人雛岳園（すうがくえん）[愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長（～現在）

【現在の主な役職】
日本医師会 副会長
福井県医師会 会長
日本病院団体協議会代表者会議 副議長
日本慢性期医療協会 副会長
地域包括ケア推進病棟協会 副会長
日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
日本専門医機構 監事
厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員
福井大学医学部 臨床教授

【主な資格】
日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日医認定スポーツ医
日医認定産業医、認知症サポート医、介護支援専門員

シンポジスト

江澤　和彦（えざわ　かずひこ）

日本医師会　常任理事

略歴

【現職】
医療法人 博愛会・医療法人 和香会・社会福祉法人 優和会 理事長
【法人施設】

〔医療法人 博愛会〕(所在地：山口県宇部市)
宇部記念病院、宇部記念病院 介護医療院
介護老人保健施設 寿光園、グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び、
西部第 2 高齢者総合相談センター(宇部市西部第 2 地域包括支援センター)、寿光園指定居宅介護支援事業所、
地域コミュニティスペース ふぁみらんど＜介護老人保健施設 ぺあれんと・生活支援ハウス ふれんど・
グループホーム らくや・さるびあ訪問看護ステーション・さるびあヘルパーステーション・
さるびあ在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所＞
〔医療法人 和香会〕(所在地：岡山県倉敷市)
倉敷スイートタウン＜倉敷スイートホスピタル・倉敷スイートレジデンス（サービス付き高齢者向け住宅)・
倉敷スイート訪問看護ステーション・倉敷スイート訪問介護ステーション・
倉敷スイートホームサポートステーション（定期巡回・随時対応型訪問介護看護)・
倉敷スイートホームサポートステーション羽島（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）＞、
倉敷廣済クリニック、和香会訪問看護ステーション、和香会ヘルパーステーション、
和香会ホームサポートステーション（定期巡回・随時対応型訪問介護看護)、
介護老人保健施設 和光園、和光園在宅介護支援センター、
地域交流村 ふくだの里＜グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び・デイサービス 香り＞、
倉敷市福田高齢者支援センター（地域包括支援センター）
〔社会福祉法人 優和会〕(所在地：山口県宇部市)
ケアハウス らいぶりー

【最終学歴】
日本医科大学卒業/岡山大学大学院医学研究科卒業（医学博士取得）

【資格】
労働衛生コンサルタント（保健衛生)、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

【賞罰】
厚生労働大臣表彰（2012 年)、藍綬褒章（2024 年）

【現役職】
・日本医師会 常任理事　　・日本慢性期医療協会 常任理事　　・日本介護医療院協会 副会長
・慢性期リハビリテーション協会 副会長　　・日本医療法人協会 常務理事　　・日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
・全国老人保健施設協会 理事　　・全国デイ・ケア協会 理事
・厚生労働省 中央社会保険医療協議会 委員
・厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会 委員
・厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
・厚生労働省 社会保障審議会 障害者部会 委員　　他

【著書】
＊認知症診療の進め方―その基本と実践―（共著 永井書店）2010 年発行
＊高齢者ケア実践事例集 2010 年 10 月『尊厳の保障を目指して―ユニットケアによる個を尊重したケアの実現―』(第一法規)
＊シリーズ介護施設　安心・安全ハンドブック 5『苦情対応と危機管理体制』(株式会社ぎょうせい）2011 年発行
＊高齢者のための薬の使い方―ストップとスタート―（共著 ぱーそん書房）2013 年発行
＊感染制御標準ガイド（共著 じほう）2014 年発行
＊jmedmook 67『医師にとっての「地域包括ケア」疑問・トラブル解決 Q＆A』(共著 日本医事新報社) 2020 年発行
＊Geriatric Medicine（老年医学)『特集「認知症施策―最近の動向―」』(共著 株式会社ライフ・サイエンス) 2020 年発行

＊かかりつけ医のための認知症マニュアル（第2版)（共著 社会保険研究所）2020年発行
＊週刊医学のあゆみ『特集「超高齢社会を支える医学・医療の提案」』（共著　医歯薬出版株式会社）2021年発行
＊日本医師会雑誌『特集「地域医療構想と地域包括ケア―2025と2040」』（共著 日本医師会）2025年発行
他

【略歴】

医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むと共に、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わっている。平成8年現職就任以降、地域づくりを目指して、多数の医療介護施設を開設し、複数の病院、診療所、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、訪問・通所事業所等を運営し、特に、設計・建築、外装・内装デザイン、補助具開発も手掛ける。「社会貢献」を信条とし、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆を行い、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

西嶋　康浩（にしじま　やすひろ）

厚生労働省　保険局医療課　課長

略歴

2002年3月、山口大学医学部卒業。厚生労働省に入省後、救急医療体制の整備、へき地医療対策、難病対策、介護報酬改定などを担当。2020年8月に岡山県保健福祉部長、2022年7月に健康局難病対策課移植医療対策推進室長、2023年5月に健康局がん・疾病対策課長、2024年7月に医政局医事課長、2025年7月に医政局地域医療計画課長を歴任。2026年8月より保険局医療課長。

堀　裕行（ほり　ひろゆき）

厚生労働省老健局老人保健課長

略歴

筑波大学医学専門学群卒業

環境省環境保健部、厚生労働省保険局医療課、医政局総務課、老健局老人保健課、岐阜県健康福祉部長、感染症対策部予防接種課長等を経て、令和6年8月より現職

S1-1

今後の医療と介護の行方
～R8診療報酬とR9介護報酬を見据えて～
―医療と介護の健全な持続へ向けて―

日本医師会　常任理事
江澤　和彦

R8 診療報酬改定は、病院の 7 割・診療所の 4 割が赤字という過去にない異常事態の中での改定であり、コロナ特例の廃止と同時に賃上げとインフレ基調の波が押し寄せ、医療機関は存続の危機にあった。
本体改定率は、＋3.09％ と 30 年ぶりの 3％ 台であり、社会保険料負担を引き下げ、いかに国民の可処分所得を増やすかという論調の強まる中では最大限の財源確保であった。＋3.09％ のうち、2.99％ は賃上げ・物価対応分であり、名目賃金上昇率や消費者物価指数上昇率を参考に配分され、物件費率・委託費率が高く経営の厳しい急性期医療機関ほど増額改定となった。すなわち、賃上げ・物価対応の道筋が敷かれた改定とも言えるものであった。
急性期医療においては、看護配置 7：1 の是非を問う「7 対 1 論争」に終止符を打つべく急性期病院 A・B 一般入院基本料が創設された。新たな地域医療構想の急性期拠点機能を担う医療機関には、災害医療・新興感染症対応・医師派遣等の政策医療・研修医教育等の役割が期待されており、必ずしも急性期病院＝急性期拠点機能ではなく、地域医療構想調整会議での有意義な話し合いが求められる。
今後、急性期医療と包括期医療の役割分担と連携がますます重要となる中で、地域包括医療病棟について、内科系疾患や急性期病棟を有しない場合をより評価するとともに、急性期から包括期よりに半歩シフトした。地域包括ケア病棟では、包括期機能をより評価する仕組みも導入された。次回改定では、急性期病院 A・B 以外の急性期病棟、高齢者救急における救急搬送の在り方の議論が見込まれ、本来の医療機関機能がより発揮される仕組みとすべきであろう。
慢性期医療については、大きな見直しはなかったが、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組の推進も期待される。その他、休日リハビリテーション、身体的拘束や嚥下調整食に関する画期的な改定もなされ動向が注目される。
R9 介護報酬改定は、介護事業所全体の 4 割から 5 割が赤字であり、倒産の連鎖が続く中で改定議論が行われている。特に、老健施設では廃業が急増し、近年施設数が減少傾向にあり、危機感が高まっている。
R8 診療報酬改定と同様に、賃上げ・物価対応は別枠で毎年対応すべきであるが、介護は医療と異なり、物件費率は低く対応する実額は少ない。裏を返すと、人件費率が多くを占める介護事業において、例えば、施設稼働率が 9 割でも赤字となる報酬設定に根本要因がある。次回改定においては、各サービスの基本報酬の増額は待ったなしの状況である。さらには、物価変動の著しい現況において、3 年間据え置きの報酬で事業所の経営が存続できるのか、診療報酬と同様に 2 年ごとの改定とすべきかどうかの岐路に立っている。医療と介護の健全な持続において、足元は重要局面の連続であり、国民にとって不可欠なインフラを守るべくしっかりと協議してまいりたい。

S1-2

持続可能な医療提供体制の構築に向けて

厚生労働省保険局医療課　課長
西嶋　康浩

令和８年度診療報酬改定は、物価・賃金の上昇や人口減少に加え、医療従事者の確保が課題となるなど、医療提供体制を取り巻く環境が大きく変化する中で実施された。これまで診療報酬は、医療技術の適切な評価と医療提供体制の確保を主な役割としてきたが、近年では医療従事者の処遇改善や働き方改革への対応、さらには持続可能な医療提供体制の構築を支える政策手段としての役割が一層強まっている。
本改定では、物価・賃金の継続的な上昇を背景として、これらにどう対応し、医療機関が経営を継続できる基盤をどう確保するかという課題が、診療報酬制度における新たな論点となった。また、地域医療構想や医師偏在対策との連携を意識した評価の充実が図られ、単に個々の医療行為や病棟ごとの運営を評価するだけでなく、地域における役割分担や機能分化、医療資源の効率的な活用等地域全体での視点が一層明確となった。
さらに、医療機関において、生産性向上や業務改革、デジタル技術の活用、多職種協働など、限られた医療資源の中で質の高い医療を提供し続けるためのマネジメントがこれまで以上に求められるものとなった。
本講演では、令和８年度診療報酬改定の背景と主要な考え方、地域医療構想との関係について概説し、将来に向けた医療提供体制の持続可能性を支えるための課題や展望を考察する。

S1-3

今後の医療と介護の行方
～令和9年度介護報酬改定を見据えて～

厚生労働省老健局老人保健課長
堀　裕行

2000 年の介護保険制度の導入以降、人口の高齢化に伴い、要介護認定を受け、介護保険サービスを利用される方の数は一貫して増加してきた。団塊の世代が全て 75 歳以上となる中、今後 2040 年に向け、医療・介護の双方のニーズが高くなる 85 歳以上高齢者のさらなる増加が見込まれる一方、生産年齢人口は急減することが見込まれる。加えて、現時点で既に人口が減少に転じている中山間地等の自治体と、今後も高齢者数が急増する大都市部の自治体では、2040 年に向け、介護ニーズの変化やそのピークに大きな地域差が生じることが想定される。
また、近年物価・賃金が上昇する中、令和 8 年度は定例の報酬改定年ではないものの、介護分野の職員の他職種と遜色のない処遇の改善や、食費の基準費用額の見直しのため、令和 9 年度介護報酬改定を待たずに、期中の報酬改定が行われた。
令和 9 年度介護報酬改定に向けては、介護分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保を図る必要があるとの認識のもと、介護サービス事業者の経営状況等について把握した上で、物価や賃金の上昇等を適切に反映するための対応を検討している。
本講演では、上記のような介護保険制度をめぐる背景について概説するとともに、介護保険制度における制度改正や介護報酬改定に向けた検討状況について紹介を行う。

特別講演

Well-being とまちづくり

◆日　　時：11月19日（木）13:20 ～ 14:20

◆座　　長：中尾　一久　　第 34 回日本慢性期医療学会　学会長

◆講　　師：鈴木　寛　　ウェルビーイング学会　副代表理事

特別講演　略歴

座長

中尾　一久（なかお　かずひさ）

第 34 回日本慢性期医療学会　学会長

略歴

主な職歴：

1989年 4月	英国ロンドン大学セントジョージメディカルスクール病院
1991年 4月	久留米大学医学部　第三内科（現心臓血管内科）
1992年 4月	国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、 公立八女総合病院　循環器内科を経て
1999年10月	療養型高良台病院開設（理事長・院長）
2006年 8月	高良台リハビリテーション病院に名称変更（理事長・院長）
2019年 4月	高良台リハビリテーション病院（理事長）(院長退任)
2026年 6月	高良台コミュニティホスピタルに名称変更（理事長） 現在に至る

学歴：久留米大学医学部卒業（1985 年）
最終学歴：九州大学医学部大学院卒業（1989 年）

役職：医療法人社団久英会　理事長
社会福祉法人久英会　理事長

日本慢性期医療協会　副会長
福岡県慢性期医療協会　副会長
全日本病院協会　常任理事
全日本病院協会福岡　会長
福岡県私設病院協会　会長
日本医療法人協会　福岡県支部　理事
日本在宅療養支援病院連絡協議会　理事
日本地域医療学会　理事

資格：日本内科学会　総合内科専門医
日本循環器学会　専門医
日本抗加齢学会　専門医
日本リハビリテーション医学会　認定臨床医
日本プライマリーケア連合学会　認定医・指導医
日本臨床栄養協会　サプリメントアドバイザー

講師

鈴木　寛（すずき　かん）

ウェルビーイング学会　副代表理事

略歴

1986 年東京大学法学部卒、通商産業省入省、慶應義塾大学 SFC 助教授を経て、2001 年参議院議員に当選。12 年間の参議院議員在任中、文部科学副大臣を二期。超党派医療危機打開国会議員連盟幹事長も務める。福島県立大野病院事件無罪実現に尽力、医師不足問題への対応、国の医療予算 13% 増、再生医療推進法制定、内閣官房医療イノベーション推進室、AMED、東北メディカルメガバンクなどの立ち上げに尽力。2014 年、 東大公共政策大学院教授兼慶應義塾大学教授（日本初の国立・私立クロスアポイントメント）に就任。大阪大学招聘教授も務め、医療イノベーション政策の研究・教育を行う傍ら、LINKJ、inochi 未来プロジェクト理事。ウェルビーイング学会副代表理事。

SL

Well-beingとまちづくり

ウェルビーイング学会　副代表理事
鈴木　寛

2009年、フランスのサルコジ大統領は、GDPを超える豊かさの指標を検討する「Beyond GDP委員会」を設置した。その後、この考え方はOECDに引き継がれ、「Better Life Index」として公表されるなど、GDPだけでは捉えられない人々の幸福や生活の質を重視し、社会経済政策を構想・評価しようとする動きが世界的に広がった。
日本でも2020年頃から、政府の「骨太の方針」にウェルビーイングの概念が取り入れられ、岸田元総理も所信表明演説でその重要性に言及した。現在では、各省庁が政策立案や評価においてウェルビーイングへの配慮を進めている。内閣府は毎年、幸福度に関する「ウェルビーイング・ダッシュボード」を公表し、デジタル庁は「地域ウェルビーイング指標」を活用した地域づくりや住民対話を推進している。
演者が副代表理事を務めるウェルビーイング学会では、四半期ごとにGDW（Gross Domestic Wellbeing）調査を実施している。この調査では、東京、神奈川と並んで沖縄がウェルビーイングの高い人の割合が多い県として位置づけられ、また宮崎や沖縄ではウェルビーイングが低い人の割合が少ないことも明らかとなった。これらの県は一人当たりGDPでは上位ではないが、GDPだけでは見えない地域の豊かさや幸福が存在することを示している。さらに、全国学力・学習状況調査では、小学6年生・中学3年生ともに和歌山県の幸福度が最も高いという結果も報告されている。
ウェルビーイングは、経済資本だけでなく、社会関係資本、自然資本、人的資本と深く関係し、人生の自由度、社会的支援、健康、家計不安などと相関するとされる。
この視点は、とりわけ慢性病患者とその家族にとって重要である。慢性病患者は病気を抱えながら長期間生活するため、治療の成果だけでなく、「その人らしく暮らせているか」が重要となる。通院しやすい交通環境、必要な時に相談できる人間関係、就労や就学との両立支援、経済的な安心、地域活動への参加機会などは、患者のウェルビーイングを大きく左右する。患者の幸福は医療だけで実現できるものではなく、福祉、教育、雇用、住環境、地域コミュニティなど多様な要素によって支えられている。
したがって、慢性病患者とその家族を中心に据えたまちづくりは、ウェルビーイングな地域社会を実現するための重要な視点である。病気や障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らし、地域とのつながりの中で自分らしく生きられる社会こそが、ウェルビーイングなまちづくりの目指す姿である。慢性病患者が暮らしやすい地域は、すべての住民にとっても暮らしやすい地域であり、その視点は今後の地域政策に大きな示唆を与えている。

シンポジウム 2

医療 DX とまちづくり

◆日　　時：11月19日（木）14:30 ～ 16:30

◆座　　長：田中　滋　　埼玉県立大学　理事長

◆シンポジスト：神野　正博　　恵寿総合病院　理事長
松田　晋哉　　福岡国際医療福祉大学　学長・教授
富家　隆樹　　富家病院　理事長

シンポジウム 2　略歴

座長

田中　滋（たなか　しげる）

埼玉県立大学　理事長

略歴

【現職】：公立大学法人埼玉県立大学 理事長（2018 年 4 月～）、慶應義塾大学 名誉教授（2014 年 4 月～）
【専門】：地域包括ケアシステム論、医療・高齢者ケア政策、医療・介護経営、医療経済学
【経歴】：1977 年慶應義塾大学ビジネススクール助手、1981 年同大学大学院経営管理研究科助教授、1993 年同研究科教授
【現在務める学会役員】：日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、日本ケアマネジメント学会理事
【現在務める主な公職】：医療介護総合確保促進会議座長、協会けんぽ運営委員長

シンポジスト

神野　正博（かんの　まさひろ）

社会医療法人財団董仙会（とうせんかい）恵寿総合病院　理事長
CEO of Keiju Healthcare System

略歴

1980年	日本医科大学卒
1986年	金沢大学大学院医学専攻科卒（医学博士）。金沢大学第 2 外科助手を経て、
1992年	恵寿総合病院外科科長
1993年	同病院長（2008 年退任）
1995年	特定医療法人財団董仙会（2008 年 11 月より社会医療法人財団に改称、2026 年創立 92 周年）理事長
2011年	社会福祉法人徳充会理事長併任

専門は消化器外科。全日本病院協会会長、NPO 法人 VHJ 機構理事長、日本社会医療法人協議会副会長、日本医療機能評価機構評議員、石川県病院協会副会長、七尾商工会議所副会頭ほか。
現在、厚生労働省において社会保障審議会医療部会委員、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会委員、地域における医療従事者の安定的な養成・確保に関する検討会委員を務める。

松田　晋哉（まつだ　しんや）

福岡国際医療福祉大学　学長・教授

略歴

1985年	産業医科大学医学部卒業
1992年	フランス国立公衆衛生学校卒業

1993年	京都大学博士号（医学）取得
1993年4月	産業医科大学医学部公衆衛生学講師
1995年3月	産業医科大学医学部公衆衛生学助教授
1999年3月	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
2025年4月	福岡国際医療福祉大学ヘルスサービスリサーチセンター所長 福岡国際医療福祉大学　看護学部　教授
2026年4月	福岡国際医療福祉大学　学長

専門領域：保健医療システム論
【実績】
2018 年　第 70 回保健文化賞受賞
【執筆・学会発表】
主要著書
1. 松田晋哉：基礎から読み解く DPC 第 3 版（2011），医学書院.
2. 松田晋哉：医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル（2013），勁草書房.
3. 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか　超高齢社会日本への示唆（2017），勁草書房.
4. 松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020），医学書院.
5. 松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来（2021），勁草書房.
6. 松田晋哉：ネットワーク化が医療危機を救う：検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較（2022），勁草書房.
7. 松田晋哉：公衆衛生政策学の考え方　DPC、地域包括ケアシステムを中心に（2025），勁草書房.

富家　隆樹（ふけ　たかき）

医療法人社団富家会　富家病院　理事長・院長

略歴

1991年	帝京大学医学部　卒業
1998年	医療法人社団ふけ会　理事長就任
1999年	医療法人社団富家会富家病院院長就任
2004年	医療法人社団富家会　理事長就任
2006年	社会福祉法人樹会　理事長就任

役職：日本慢性期医療協会　常任理事・事務局長
埼玉県慢性期医療協会　会長
全国デイ・ケア協会　副会長
地域包括ケア推進病棟協会　理事
日本病院 DX 推進協会　理事
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授

S2-1

医療DXとまちづくり
―「病院」から「健院」への転換が地域の未来を創る―

社会医療法人財団董仙会　恵寿総合病院　理事長
神野　正博

2040 年に向け、生産年齢人口は急速に減少し、高齢者はさらに高齢化する。「支える人は減り、支えられる人は増える」という社会では、病院単独で地域医療を支える時代は終わりを迎える。医療 DX も、単なる電子カルテや AI 導入ではなく、地域全体を支える仕組みそのものを再設計する「まちづくり DX」へと進化しなければならない。

私はこれまで、「“病”院をぶっ壊せ」と提唱してきた。それは病院を否定するという意味ではない。病気を治療する「病院」から、医療・介護・福祉・予防・生活支援を一体的にマネジメントし、人々の健康な暮らしを支える「健院」への転換を意味している。

健院が目指すのは、患者、とりわけ高齢者や慢性疾患を抱える人々が、病院、診療所、介護施設、自宅、地域コミュニティの間を移動しても支援が途切れることなく、必要なサービスが循環し続ける地域エコシステムである。重要なのは施設を中心に考えるのではなく、一人ひとりの人生や生活を中心に据え、その人に必要な医療・介護・福祉・生活支援が、切れ目なくつながり続ける仕組みを構築することである。

その実現には、自助・共助・公助・互助に加え、企業やスタートアップなど民間セクターが担う「商助」の視点が欠かせない。移動、買い物、見守り、住宅、金融、通信など、多様なサービスが医療・介護と連携することで、新たな地域包括ケアの価値が生まれる。

これらを有機的につなぐ基盤が DX であり、 その中心となるのが PHR（Personal Health Record）である。PHR を本人主体の情報基盤として医療・介護・福祉・生活情報を安全に連携させ、AI、データ、遠隔医療、ロボティクスを活用することで、限られた人的資源でも質の高い医療アクセスを維持する AI・データ駆動型ヘルスケアシステムが実現する。

DX の目的は病院を賢くすることではない。人を中心に、地域の健康を支えるエコシステムを創ることである。本講演では、「病院 DX」の先にある「まちづくり DX」、そして「病院」から「健院」への進化がもたらす持続可能な地域医療の未来像を提案したい。

S2-2

医療DXとまちづくり

福岡国際医療福祉大学　学長・教授
松田　晋哉

高齢化の進行は、医療介護生活の複合ニーズを持った高齢者を増加させる。他方で、少子化の進行は、増大する高齢者ケアを担う人材の不足をもたらす。このような状況に対応するためには、効率的なサービス提供体制の再構築が不可欠となる。しかも、これまでの日本における医療サービスや介護サービス提供の歴史を踏まえると、提供されるサービスが「安かろう、悪かろう」では社会は受け入れないだろう。質の担保も求められるのである。質を担保するために必要な前提条件は、サービスの質の可視化である。人生の最終段階におけるサービスの質評価手法は、治療を前提として急性期医療のものとは異なるものになる。この慢性期における質保証のための体系づくりの仕組みがLIFEであったはずだが、現場の評判はすこぶる悪い。しかし、この枠組みを質評価のために確立することが、今後介護サービスが適切な経済的評価を受けるためには不可欠であると演者は考えている。現場の関係者が納得できるような評価指標とそのフィードバックの方法が開発されなければならない。今後、データが蓄積されることで種々の分析が可能になる。特に生成AIの活用は、種々の興味ある分析結果やそれによる仮説を与えてくれるだろう。
この中で、演者が特に関心を持っているのが、居住環境や生活様式、ソーシャルキャピタルなどと、人生の最終段階におけるケアの効率性やその生活の質への効果に関する分析である。演者らはかつて、ソーシャルキャピタルの状況が、要介護高齢者の死亡確率に有意な影響を与えていることを、地域のコホートデータを用いて明らかにしている。地域で人口減少と高齢化が進んでいく中で、このソーシャルキャピタルをいかに維持・向上させていくかが今後の課題となる。この難しい問題に対する答えの一つが医療DXだろう。佐賀県鹿島市にある織田病院は、医療DXを活用して、質の高い在宅医療を実現している。病院という24時間稼働している組織がハブとなって、在宅患者をICTを用いてモニタリングする体制を作ることで、高齢者は安心して在宅で療養生活を送ることができる。ICTを使って、高齢者の在宅をその病院のバーチャルな病室にしていくような仕組み作りが、これからのまちづくりでは求められるのではないだろうか。そうであるならば、こうした仕組みづくりについては、診療報酬や介護報酬のみで対応するのではなく、地方自治体の基本構想にしっかりと位置付けたうえで、街づくりの一環としてファイナンスされるべきだろう。その際、そのような医療施設、介護施設については、設置主体が公民であるか否かにかかわらず、その機能の公益性に着目して評価することが必要である。このような視点からのまちづくりが進むことを期待したい。

S2-3

富家病院のDXの取り組み

富家病院　理事長
富家　隆樹

富家病院の DX は、デジタル化そのものを目的とするものではない。私たちが目指しているのは、患者体験（Patient Experience）の向上である。
その実現のため、富家グループでは約 280 台の iPhone を導入し、医師、看護管理者、所属長、各病棟の担当者などが日常的に活用している。ものわすれ外来患者への服薬・受診リマインダー、入院患者家族との LINE による情報共有、職員間のグループチャット、オンライン会議などを活用し、院内だけでなく患者・家族・地域をつなぐコミュニケーション基盤を構築している。情報共有の迅速化は業務効率化だけでなく、患者や家族に安心感を提供し、医療と介護の連携強化にもつながっている。

また、Apple Watch を活用したバイタルサインや睡眠、転倒、心房細動等の見守りや、臭気センサーを利用して排泄を検知する「Help Pad」を導入し、これもまさに患者体験の向上であり、患者の安全性向上と尊厳あるケアの両立を目指している。これらの技術は、患者の状態変化を早期に把握するとともに、必要な時に必要なケアを提供することを可能にし、慢性期病院における新たなケアの質の向上に寄与している。

さらに医療 DX は、生成 AI の普及により新たなステージへ進んでいる。これまでの AI は文書作成や要約など単独業務の支援が中心であったが、現在は、現場の課題に応じたアプリケーションを短期間かつ低コストで開発できる環境も整い始めており、医療 DX は「AI を利用する時代」から「AI が医療を支える時代」へと進化している。

本講演では、このような考え方を基盤として進めてきた富家病院の医療 DX を紹介し、スマートフォンを活用したコミュニケーション改革、ウェアラブルデバイスによる患者見守り、生成 AI の活用など、慢性期病院における具体的な取り組みと今後の可能性について報告する。

富家病院の DX は、患者体験を向上させることに尽きる。業務効率化は二の次としている。私たちは「High Tech for High Touch」を目指し、患者中心の医療 DX を推進し、患者を支える医療・介護の実現を目指していく。

シンポジウム 3

健康経営とまちづくり

◆日　　時：11月19日（木）16:40 ～ 18:40

◆座　　長：尾形　裕也　　九州大学　名誉教授

◆シンポジスト：津野　陽子　　埼玉県立大学　健康開発学科　健康情報学専攻/
大学院研究科　准教授
髙田　昌実　　玉昌会グループ　代表
織田　正道　　織田病院　理事長

シンポジウム３　略歴

座長

尾形　裕也（おがた　ひろや）

九州大学　名誉教授

略歴

1978年	厚生省入省
1978年～81年	厚生省年金局年金課
1981年～83年	OECD 事務局（在パリ）出向
1983年～85年	厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐
1985年～86年	厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐
1986年～88年	厚生省保険局国民健康保険課課長補佐
1988年～89年	厚生省健康政策局指導課課長補佐
1989年～92年	在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書記官
1992年～93年	厚生省大臣官房国際課課長補佐
1993年～95年	千葉市環境衛生局長
1995年～96年	厚生省健康政策局看護職員確保対策官
1996年～98年	国家公務員共済組合連合会病院部長
1998年～2001年	国立社会保障・人口問題研究所　社会保障応用分析研究部長
2001年～2013年	九州大学大学院医学研究院教授
2013年～2017年	東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授
2013年～	九州大学名誉教授

兵庫県神戸市生まれ
東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業

【主要著書】
尾形裕也（2000）『21 世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画・吉村賞
尾形裕也、田村やよひ編著（2002）『看護経済学』法研
山崎泰彦、尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
黒川清、尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務（上）（下）』日経メディカル開発
田近栄治、尾形裕也編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房
尾形裕也（2010）『病院経営戦略論』日本医療企画
尾形裕也（2017）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る　第２版』MAS ブレーン
尾形裕也（2018）『日本の医療政策と地域医療システム』日本医療企画
尾形裕也（2021）『看護管理者のための医療経営学：第３版』日本看護協会出版会
尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち　医療政策の動向と課題』日本看護協会出版会
尾形裕也（2023）『志なき医療者は去れ！ 岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版　日本看護協会出版会

シンポジスト

津野　陽子（つの　ようこ）

埼玉県立大学健康開発学科　健康情報学専攻　准教授

略歴

専門分野は、健康経営、データヘルス、産業保健。
聖路加看護大学卒業。
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修了。博士（保健学）。

株式会社三菱総合研究所研究員、東邦大学看護学部地域看護学研究室助教を経て、2013 年より東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニットにて健康経営研究を開始。その後、東北大学大学院公衆衛生看護学分野講師、2020 年度より現職。この間一貫して健康経営研究に従事。
愛知県・宮城県の国民健康保険団体連合会事業支援・評価委員。

髙田　昌実（たかた　まさちか）

玉昌会グループ　代表

略歴

1984 年、聖マリアンナ医科大学卒業後、鹿児島大学医学部第二内科に入局。国立指宿病院、国立志布志病院などでの勤務を経て、1989 年に玉昌会高田病院へ入職し、1998 年に医療法人玉昌会理事長に就任。
玉昌会グループでは、「健康・医療・福祉・生活」を包括する総合的なビジョンを掲げ、鹿児島市および姶良市を中心に、地域のまちづくりに取り組んでいる。ウェルネスを上位概念として、医療・介護サービスに加え、子育て支援、健診・予防、未病対策、健康増進などの事業を幅広く展開している。
また、「職員の健康維持こそが経営の根幹である」との考えのもと、10 年以上にわたり、職員とその家族の心身の健康づくりを経営戦略の一環として推進するとともに、地域企業への健康経営の普及・支援にも取り組んでいる。さらに、回復期から慢性期、在宅までの医療機能を担う医療法人玉昌会、高度急性期・急性期医療を担う公益社団法人昭和会と九州大学および埼玉県立大学による健康経営に関する共同研究を行っており、健康を基盤として、地域住民が安心して暮らし続けられる地域共生社会の実現を目指している。

織田　正道（おだ　まさみち）

社会医療法人祐愛会織田病院　理事長

略歴

1978年3月	日本大学医学部卒業
1978年6月	久留米大学医学部耳鼻咽喉科
1980年2月	久留米大学医学部麻酔科
1982年4月	佐賀医科大学耳鼻咽喉科
1990年4月～2004年5月	医療法人祐愛会織田病院　院長
1998年4月～	医療法人祐愛会織田病院　理事長就任

1982 年　日本麻酔科学会　麻酔標榜医

1986 年　久留米大学にて学位取得

公職）
公益社団法人　全日本病院協会　副会長（2015 年 6 月～2025 年 6 月）
公益社団法人　全日本病院協会　総会議長（2025 年 6 月～現在）
一般社団法人　鹿島藤津地区医師会　会長（2006 年～2012 年）
一般社団法人 佐賀県医師会　監事（2014 年～現在）
佐賀県病院協会　会長（2024 年～現在）

他の審査会等兼職状況）
厚生労働省：第 8 次医療計画等に関する検討会（構成員）
（2021 年 6 月 18 日～2023 年 3 月 20 日）
厚生労働省：地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（構成員）
（2021 年 7 月 29 日～2024 年 7 月 10 日）
厚生労働省：外来機能報告等に関するワーキンググループ（構成員）
（2021 年 7 月 7 日～2022 年 3 月 31 日）
厚生労働省：低炭素社会実行計画フォローアップ会議（構成員）厚生労働省：国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（構成員）
（2018 年 3 月 28 日～2024 年 7 月 26 日）
厚生労働省：かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（構成員）
（2023 年 11 月 15 日～2024 年 7 月 19 日）

S3-1

医療機関における健康経営―健康と生産性の関連

埼玉県立大学　健康開発学科　健康情報学専攻/大学院研究科　准教授
津野　陽子

職員の医療・健康の問題を経営課題と捉え、経営戦略に位置付ける健康経営が推進されている。健康経営とは、健康と生産性の両方を同時にマネジメントする考え方である。健康経営優良法人においても医療法人、社会福祉法人等の認定数は増えており、企業同様、医療機関においても健康経営への関心は高まっている。

本講演では、医療機関との共同研究による、健康と生産性との関連の結果を提示する。健康と生産性をマネジメントするためには、現状把握として健康課題の可視化をする必要がある。共同研究では、勤務情報、定期健康診断・問診、ストレスチェック、職員アンケートにより、13 項目の健康リスク、プレゼンティーイズム、アブセンティーイズム、健康文化の研究データを作成し、分析した。健康関連コストの内訳で最大の割合を占めたのは、プレゼンティーイズムによる損失であった。健康リスク数に基づく健康リスク評価では、低リスク群に対し、高リスク群はプレゼンティーイズムが 10% 低く、アブセンティーイズムは 1.8 日多かった。健康リスクごとでは、睡眠休養リスク、生活・仕事満足度リスク、高ストレスがプレゼンティーイズムと関連しており、リスク該当者では非該当者と比較してプレゼンティーイズムが低くなっていた。3 年間の経年変化を見ると、健康リスクが悪化した者が約 4 割いる一方、約 6 割が維持・改善していた。健康リスクの改善により、プレゼンティーイズムも有意に改善することが示された。1 年間の変化でも同様の結果となり、健康リスク、特に心理的健康リスクの変化によって、1 年間という短い期間でもプレゼンティーイズムの有意な変化があることが示された。

医療職は、責任感や代替要員の確保の難しさから、体調が悪くても出勤することがある。医療従事者やケアワーカーなど専門性の高い仕事や責任の大きな仕事に就いている人は、病気であっても休むことを選択せず出勤する可能性が高く、プレゼンティーイズム損失が大きいことが指摘されている。また、医療職の精神不調は、一般的なエラーや投薬ミス、ヒヤリハット、患者の安全、患者満足度と関連している強いエビデンスがある。医療職の生産性の損失は、仕事のパフォーマンスに影響し、患者の安全と医療の質の低下につながる可能性があることが指摘されており、 医療機関において健康経営に取り組む意義は大きい。

病院経営を取り巻く環境は大きく変化している。医師の働き方改革への対応、タスク・シフト/シェアの推進、地域医療構想への対応、医療需要の複雑化、人材確保の困難化など、病院には医療の質を維持しながら、 限られた人材で持続可能な医療提供体制をつくることが求められている。 病院における健康経営は、職員の健康を守る取り組みであると同時に、地域医療を継続的に支える経営基盤を強化する取り組みといえる。

S3-2

健康経営からはじまる地域共生社会(まちづくり)の実現 ～玉昌会グループの挑戦と慢性期医療の果たす役割～

医療法人　玉昌会　理事長
髙田　昌実

2040 年代の日本を見据えると、高齢者人口の増加と生産年齢人口の減少が同時に進み、医療・介護需要の増大に対して、それを支える人材と地域機能の不足が一層深刻になる。
鹿児島県では人口減少が今後は更に加速し、「誰が高齢者の医療・介護と日常生活を支え、地域社会を維持するのか」という課題は、医療と介護の政策にとどまらず、まちづくりの中核の課題となる。
玉昌会は、「いつまでも健やかに…私たちの願いです」の理念のもと、人材を資本と捉え、職員の心身の健康、働きがい、組織活力の向上を目指す健康経営を推進し、8 年連続で健康経営優良法人「ホワイト 500」等の認定を受けてきた。現在は、その成果を法人内にとどめず、健診機能を担うトータルウェルネスセンターを活用し、 地域企業の従事者や介護施設等の入所者等の健康管理を支援する地域展開を進めている。多世代が健康を維持しながら適材適所で働き続けられる環境づくりは、2040 年代の地域を支える人材基盤を守り、疾病予防、医療・介護サービスの質向上、社会保障費の適正化につながる。
更に当法人は、鹿児島市の「キラメキテラス計画」や姶良市の「JOY タウン構想」を通じ、医療・介護・福祉・保育・商業・宿泊・移動・買い物等の生活支援を結び、地域住民、自治組織、民間企業、ボランティア等が協働する「生活支援共創プラットフォーム」の構築を進めている。
人口が減少しても、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、生活に必要な機能を集約し、人とサービスをつなぐ持続可能な地域生活圏を形成することが、2045 年に向けた街づくりの中核の構想である。医療機関を単独の「点」ではなく、地域全体を支える「面」として機能させ、ヒトがヒトを支える「ヒューマンライフライン」の実現を目指している。
今後の慢性期医療には、「病気を治す」ことに加え、「病気も治し、社会と生活を支える総合医療」への転換が求められる。
当法人が提唱する「入退院学」の視点から、入院前、入院中、退院後を一連の生活イベントとして捉え、急性期医療から包括期・慢性期医療、在宅・施設、地域生活へと切れ目なくつなぐことが重要である。新たな地域医療構想のガイドラインを踏まえ、慢性期医療機関は在宅復帰を支える出口戦略を担うだけでなく、2040 年以降の慢性期医療機関の姿をバックキャストでイメージし、健康経営を起点として地域に飛び出し、2040 年代のまち機能を支える総合司令塔として、地域住民の暮らし、働く場、支え合いの仕組みの社会基盤となる必要がある。本シンポジウムでは、玉昌会グループの実践をもとに、人口減少下でも持続できる地域共生社会の実現に向けた慢性期医療の役割を報告する。

S3-3

健康経営から始まる、持続可能なまちづくり
―職員・組織・地域を元気にする好循環―

社会医療法人　祐愛会織田病院　理事長
織田　正道

85 歳以上人口の急増と、生産年齢人口の減少が進むなか、地域の医療・介護を持続させるためには、限られた人材が健康で、誇りと意欲を持って働き続けられる環境づくりが欠かせない。健康経営とは、単なる健診や福利厚生の充実ではなく、職員の健康を重要な経営資源として捉え、組織の活力と持続可能性を高める経営戦略である。

医療・介護の現場では、夜勤や不規則な勤務、身体的・精神的負担、子育てや介護との両立など、多くの課題を抱えている。職員が疲弊すれば、離職が増え、医療・介護サービスの質や安全性にも影響する。逆に、安心して働ける職場では、職員の意欲と定着率が高まり、組織内の連携が深まり、患者・利用者へのサービスも向上する。健康経営は「職員のための取り組み」であると同時に、「地域の医療を守る取り組み」でもある。

当法人では、人材育成制度、外国人材の受け入れ、子育て支援、多職種協働、夜勤負担の軽減などに取り組んできた。さらに、眠り SCAN を活用した夜間業務の改善、RPA による定型業務の自動化、生成 AI を活用した記録・文書作成の効率化など、テクノロジーを「人を減らすため」ではなく、「人にしかできない仕事へ時間を振り向けるため」に活用している。こうした取り組みは、職員の身体的・心理的負担を軽減し、働きがいを高めることにつながっている。

しかし、健康経営の対象は一つの組織の中だけにとどまらない。職員も患者も、地域で暮らす生活者である。病院、介護施設、行政、企業、学校、スポーツ団体、地域住民がつながり、疾病予防、健康づくり、就労支援、子育て支援、介護予防、在宅医療を一体的に進めることが、これからのまちづくりには求められる。

本講演では、健康経営を起点として、職員が元気になる、組織が元気になる、そして地域全体が元気になるという好循環を、具体的な実践例とともに紹介する。医療機関が地域の「病気を治す場所」から、人と人をつなぎ、健康と暮らしを支える「まちづくりの拠点」へ進化する可能性について、皆様とともに考えたい。

日本介護医療院協会セミナー

介護医療院への期待と課題

◆日　　時：11月19日（木）13:20 ～ 15:20

◆座　　長：田中　圭一　　日本介護医療院協会　副会長

◆講　　師：鈴木　龍太　　日本介護医療院協会　会長
　　小山　秀夫　　社会医療研究所　所長

日本介護医療院協会セミナー　略歴

座長

田中　圭一（たなか　けいいち）

医療法人笠松会　有吉病院　理事長

略歴

■学歴・職歴
1994 年 3 月　聖マリアンナ医科大学医学部　卒業
1994 年　九州大学第二内科入局。以後、嘉麻赤十字病院、九大病院、門司掖済会病院、新日鉄八幡記念病院、北九州市立若松病院、小竹町立病院にて内科医として勤務。
2011 年 4 月　有吉病院理事長就任。
2021 年 1 月　有吉病院院長就任。
■資格等　医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化管学会胃腸科専門医、日本内科学会認定医、日本医師会認定産業医
■役職等
日本介護医療院協会　副会長
日本慢性期医療協会理事
福岡県慢性期医療協会会長
福岡県私設病院協会理事

講師

鈴木　龍太（すずき　りゅうた）

日本介護医療院協会　会長

略歴

学歴・職歴

1977年 3月	東京医科歯科大学（現東京科学大学）医学部卒業
1977年 4月	東京医科歯科大学（現東京科学大学）脳神経外科　研修医　入局
1980年 1月	米国　National Institutes of Health（NIH）NINCDS Visiting fellow
1995年 4月	昭和医科大学藤が丘病院脳神経外科　助教授（准教授）
2009年 9月	医療法人社団　三喜会　鶴巻温泉病院　院長
2015年 6月	医療法人社団　三喜会　理事長兼務
2025年10月-2026年3月	医療法人社団　三喜会　横浜新緑総合病院　院長
2026年 4月—	現職

現職（2026 年 4 月－）
日本介護医療院協会　会長
医療法人社団　三喜会　理事長
医療法人社団　三喜会　鶴巻温泉病院　名誉院長

医療法人社団　三喜会　横浜新緑総合病院　顧問

学会・資格・賞罰

学位	医学博士　東京医科歯科大学（現東京科学大学） 第 09 号（1984 年 10 月 17 日）
1983 年　7 月―2023 年 3 月	社団法人日本脳神経外科学会　専門医
2007 年　3 月	日本リハビリテーション学会　専門医　指導医
2011 年　6 月	日本慢性期医療協会　理事
2014 年　6 月	神奈川県慢性期医療協会　会長
2018 年　6 月	日本慢性期医療協会　常任理事
2018 年　8 月	日本介護医療院協会　会長
2019 年　6 月	神奈川県病院協会　常任理事
2023 年 11 月	神奈川県保健衛生表彰
2026 年　6 月 26 日	一財　生涯学習開発財団　認定コーチ（コーチエイアカデミー）
2026 年　7 月 23 日	一財　生涯学習開発財団　認定プロフェッショナルコーチ（コーチエイアカデミー）

最近の著書　論文

著書　やって良かった介護医療院　日本医学出版　2022
　　看護師特定行為研修テキスト　共通科目編　中央法規　2023
　　看護師特定行為研修テキスト　区分別科目編　中央法規　2023
　　はじめてのオムツ　日本医学出版　2025

エッセイ　日本で始まった Endothelin と Vasospasm の研究が 30 年以上を経て患者を救う薬になりました。脳卒中　46：396-397，2024　J-STAGE 早期公開　2024.2.9

小山　秀夫（こやま　ひでお）

社会医療研究所所長　兵庫県立大学名誉教授
兵庫県立大学・藤田医科大学・朝日大学・佐久大学客員教授

略歴

上智大学大学院博士後期課程を経て 1980 年厚生省病院管理研究所医療管理部研究員採用、1992 年国立医療・病院管理研究所　医療経済研究部長、2002 年厚生労働省試験研究機関再編に伴い、国立保健医療科学院経営科学部長、2006 年静岡県立大学経営情報学部教授、同学部長等を経て 2010 年兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授、2021 年同大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授（兵庫県立大学名誉教授）。2022 年佐久大学人間福祉学部特任教授など歴任。

2020 年 1 月より社会医療研究所所長として月刊『社会医療ニュース』を発行。特定非営利法人日本介護経営学会副会長・（一社）日本病院 DX 推進協会理事・（一財）竹田健康財団竹田綜合病院理事・（一社）日本医療・病院管理学会監事・（社）日本臨床看護マネジメント学会の事務局長等を引き受けています。

LCS-1

日本介護医療院協会2026年度調査結果報告

日本介護医療院協会　会長
鈴木　龍太

介護医療院は 2018 年の創設以来、開設が進み、2024 年には 5 万床を超えた。2024 年 4 月には主な移行元病棟であった介護療養病床と医療療養病床経過措置が廃止され、総量規制の枠内となった。現在では新たな介護医療院は医療療養病床からの移行、従来型老健からの転換と全くの新設しかなくなり、開設は一つの区切りを迎えている。一方最近では少数ではあるが、介護医療院を閉鎖する施設も見られる。日本介護医療院協会では 2019 年から毎年介護医療院調査を実施しており、今年もその結果を報告する。調査結果から、介護医療院が医療が必要な重度要介護者の最期の砦となっていることが明らかになっている。今回は閉鎖した介護医療院の理由も報告する。

LCS-2

介護医療院への期待と課題

社会医療研究所所長　兵庫県立大学名誉教授
小山　秀夫

介護医療院制度は、急速な高齢化が進む我が国において、医療と介護の双方を継続的に提供しうる基盤として極めて重要な役割を担っている制度である。長期療養を必要とする高齢者が増加する中で、生活施設としての機能と医療提供体制を併せ持つ介護医療院は、地域包括ケアシステムの中核として期待されている。しかし、その運営には多面的な課題が存在している。

第１に、介護保険施設としての構造的課題である。介護医療院は介護保険施設の一類型であるがゆえに、特養、老健等の介護保険施設との利用料の競合が避けられず、利用者・家族の選択行動に影響を受けやすい。また、全国的な介護職員不足は深刻であり、医療的ケアを要する入所者を支える人材確保は一層困難である。さらに、地域内人口の減少や大都市部への人口集中といった地域構造の変化は、介護医療院の立地・運営に直接的な影響を及ぼしている。

第２に、経営面の課題である。利用率の低下は経営基盤を揺るがす要因であり、特に重症者・重篤者の増加に伴い、対応の複雑化と職員負担の増大が顕著である。また、要介護度変更申請の審査期間が長期化することで、入所者の状態悪化に見合った介護報酬が適時に算定されず、コストと報酬の乖離が生じ、経営の不安定化を招いている。加えて、医薬品費等の増加は、医療的ケアを必要とする入所者が多い介護医療院にとって大きな財政的負担となっている。

第３に、地域の高齢者向け住宅市場との競合である。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、民間事業者による多様な居住系サービスが拡大する中で、介護医療院はマーケティング上の競争にさらされている。情報格差の存在や一部紹介業者による不透明な誘導や利益相反的行為は、利用者の選択に偏りを生じさせ、介護医療院の適正な評価を妨げる要因となっている。

第４に、介護報酬改定に関する課題である。介護医療院の特性を踏まえた評価体系の整備、医療的ケアの必要性を反映した報酬の適正化、人材確保に資する処遇改善の強化など、制度の持続可能性を確保するための改定が求められている。

本講演では、以上の諸課題を整理し、報酬改定への政策提言、地域連携の強化、情報発信の改善などを通じて、介護医療院が地域に不可欠な存在として機能し続けるための方向性を提示するものである。

第 14 回慢性期リハビリテーション学会 シンポジウム

医療機関と在宅（施設）との橋渡し ～メディカルケアマネジャーの役割を考える～

◆日　　時：11月19日（木）15:30 ～ 17:30

◆座　　長：安藤　正夫　　日本慢性期医療協会　常任理事

◆シンポジスト：武久　洋三　　日本慢性期医療協会　名誉会長
今村　綾子　　ヨコクラ病院　地域連携室　室長・看護師
山本　亮　　千里リハビリテーション病院　セラピー部　室長・PT
梶原　喜美子　　地域包括ケアステーション高良台　ケアマネジャー

第 14 回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム　略歴

座長

安藤　正夫（あんどう　まさお）

医療法人金上仁友会　金上病院　理事長・院長

略歴

1986年3月	弘前大学医学部卒業
1986年6月	東北厚生年金病院（現東北医科薬科大学病院）初期研修
1988年4月	仙台市医療センター仙台オープン病院　消化器内科
1996年7月	JR 仙台病院　消化器内視鏡センター
2002年9月	医療法人金上仁友会金上病院　副院長
2007年8月	医療法人金上仁友会金上病院　理事長　院長

日本慢性期医療協会常任理事
東北地方慢性期医療協会会長
日本医療法人協会宮城県支部長
日本消化器がん検診学会代議員
日本大腸検査学会評議員

シンポジスト

武久　洋三（たけひさ　ようぞう）

平成医療福祉グループ　会長

略歴

最終学歴：徳島大学大学院医学研究科（医学博士）

職歴・業績等：
1966 年 3 月岐阜県立医科大学卒業。大阪大学医学部付属病院インターン修了。徳島大学大学院医学研究科卒、徳島大学第三内科を経て、現在、社会福祉法人平成記念会理事長、平成リハビリテーション専門学校校長等を務める。病院(一般・医療療養・回復期リハ・地域包括ケア)・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・ケアハウスなどを経営。

専門分野：内科・リハビリテーション科・老年医学・臨床検査

団体役職等：
一般社団法人日本慢性期医療協会名誉会長、厚生労働省医療介護総合確保促進会議構成員、独立行政法人国立長寿医療研究センター認知症医療介護推進会議委員、地域包括ケア推進病棟協会顧問、日本介護支援専門員協会相談役、徳島県慢性期医療協会顧問、徳島県老人保健施設協議会副会長、NPO 法人徳島県介護支援専門員協会最高顧問

著書：
「よいケアマネジャーを選ぼう」「介護認定調査　正しい受け方・行い方」「介護保険・施設への緊急提言」「在宅療養のすすめ」「高齢者用基本治療マニュアル 64」「よい慢性期病院を選ぼう」「あなたのリハビリは間違っていませんか」(いずれも株式会社メディス)「こうすれば日本の医療費を半減できる」(中央公論新社)「どうするどうなる介護医療院」(日本医学出版)「令和時代の医療・介護を考える」(中央公論事業出版)「高齢者が急性期病院に殺されないために知っておくこと」(幻冬舎メディアコンサルティング)「地域ごちゃまぜ病院をつくろう」(中央公論美術出版)

資格等：
日本内科学会認定内科医、日本リハビリテーション医学会認定臨床医、臨床研修指導医、THP 産業医、介護支援専門員、介護支援専門員指導員、ケアマネジメントリーダー、日本臨床検査医学会臨床検査管理医、日本糖尿病協会糖尿病認定医、認知症サポート医

2026 年 3 月現在

今村　綾子（いまむら　あやこ）

社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院　地域連携室

略歴

2002 年　大牟田医師会看護専門学校卒業。ヨコクラ病院に入職し、急性期病棟および地域包括ケア病棟で勤務。
2015 年　住友生命保険相互会社にて営業・育成主任とし人材育成業務に従事。
現在、地域連携室長として退院支援と地域連携の推進に携わる。

山本　亮（やまもと　りょう）

医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院　セラピー部　室長
理学療法士

略歴

1997年 3月	国立呉病院附属リハビリテーション学院　理学療法学科　卒業
1997年 4月	総合病院　益田赤十字病院（島根県）機能回復訓練課　入職
2004年 4月	医療法人社団和風会　橋本病院　回復期リハビリテーション病棟　入職
2006年 4月	医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院　開設準備
兼務	医療法人社団和風会　通所リハビリテーションセンターはしもと　勤務
兼務	訪問看護ステーション　ぷらっと　勤務
2007年10月	医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院　開院
2018年 3月	医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院 訪問リハビリ室　開設・室長
2026年 2月	医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院 セラピー部

＜資格＞

1997年 4月	理学療法士　取得
2014年 6月	介護支援専門員　取得

以上

梶原　喜美子（かじはら　きみこ）

地域包括ケアステーション高良台　ケアマネジャー

略歴

1995年	平岡介護福祉専門学校卒業
2003年	介護支援専門員資格取得
2011年	主任介護支援専門員取得
2020年	社会福祉士資格取得
2025年	メディカルケアマネジャー研修　修了

2004年	医療法人社団　久英会入職
2014年	医療法人社団　久英会　高良台ケアプランサービス　管理者
2025年	地域包括ケアステーション高良台　高良台ケアプランサービス

（委員）

2020年4月～ 2024年3月	久留米市介護支援専門員部会委員
2025年～	久留米市介護認定審査会

CRS-1

医療と介護をつなぐ橋渡し役となれ
―メディカルケアマネジャーの役割―

日本慢性期医療協会　名誉会長
武久　洋三

高齢者は、医療と介護の間を行ったり来たりしている。病気になれば病院へ入り、治療が終われば自宅や介護施設へ戻る。状態が悪くなれば再び病院へ行く。医療と介護は制度上は別々であるが、高齢者本人の生活にそのような境目があるわけではない。私は以前から、医療と介護の場をもっと密接なものにしなければならないと考えてきた。医療とは病気の人を治療して治すことであり、介護は病気などによって障害された人の生きていく過程の生活を支えることである。どちらか一方だけでは、これからの高齢者を支えることはできない。

ケアマネジャーについても同じである。居宅で関わっていたケアマネジャーが、利用者の入院や施設入所を境に担当から外れ、施設に入れば施設のケアマネジャーが担当する。もちろん施設ケアマネジャーは、施設生活を支える重要な役割を担っている。しかし、それまで本人の病気や生活、家族の事情、本人の希望を知っていたケアマネジャーとの関係まで途切れてよいのだろうか。私は以前から、主治医ならぬ「主治ケアマネジャー」が必要ではないかと考えてきた。一人の要介護者に一人のケアマネジャーがつき、居宅にいても、入院しても、施設に入っても継続して関わり、病院の地域連携部や施設ケアマネジャーなどと連携する。そうした仕組みがあってよいのではないか。

ただ、その役割を担うには、介護サービスの知識だけでは十分ではない。病状や治療内容、服薬、栄養、認知機能などを理解し、医師や看護師と話ができなければ、医療と介護をつなぐことはできない。患者が入院した時には病院へ足を運び、在宅での様子や本人・家族の希望を伝え、治療や退院後の見通しを確認する必要がある。

私は、患者が医療と介護の間を行ったり来たりするたびにコーディネーターが変わるより、医療と介護をひっくるめて一人の患者をフォローする形が理想的ではないかと考えている。そのために、現在のケアマネジャーが一定の医学的知識を身につけた「医療介護支援専門員（メディカルケアマネジャー）」という仕組みが必要ではないだろうか。

かかりつけ医はもちろん重要である。しかし、一人の医師に何もかもを押しつけることはできない。医師が病気を診て、ケアマネジャーがその人の生活を知り、必要な医療と介護をつなぐ。良質なケアマネジャーがいなければ、日本の地域包括ケアシステムは成り立たない。

CRS-2

住み慣れた地域へつなぐ退院支援
～ヨコクラ病院が実践する切れ目のない地域連携～

社会医療法人弘恵会　ヨコクラ病院　地域連携室
今村　綾子

福岡県みやま市にあるヨコクラ病院は 199 床を有する救急告示病院であり、急性期、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を備えたケアミックス病院である。当院には、退院後も医療や介護を必要としながら住み慣れた地域での生活を希望する患者も多く、「退院できる患者」ではなく、「地域で安心して暮らし続けられる患者」を支える視点が求められ、病院と地域が一体となった支援体制が重要となっている。

みやま市では人口減少と高齢化が進み、高齢化率は 40.15% に達している。居宅介護支援事業所は 11 か所あるものの、そのうち 8 事業所はケアマネジャー 1～2 名で運営する小規模事業所であり、人材不足や高齢化により業務負担の増加が課題となっている。このような地域課題を踏まえ、入院が決定した時点や、入院早期より担当ケアマネジャーや施設職員と情報共有を行い、患者・家族の生活背景や利用サービスを把握したうえで、多職種カンファレンスを実施し、個々の患者に応じた退院支援につなげている。また、レスパイト入院や外来相談など地域からの相談にも対応し、患者の状態変化に応じた支援体制を構築している。病院が地域の窓口として積極的に係る事でケアマネジャーの負担軽減と円滑な退院支援の両立を目指している。

当院の特徴は、在宅支援センター内に連携室、居宅介護支援事業所、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回サービスを併設していることである。各部門が日常的に情報共有し、多職種が一体となって支援することで、退院前から在宅療養まで継続した支援が可能となっている。また、居宅介護支援事業所 5 名のうち 4 名が看護師資格を有し訪問看護経験者であることから、医療依存度の高い患者にも医学的視点を踏まえた支援を行いやすい体制となっている。

さらに、退院後の生活に必要な情報をまとめた「多職種連携要約シート」を独自に作成し、退院前カンファレンスや施設との情報共有に活用している。加えて、診療報酬改定を契機に近隣施設との協定締結を進め、定期的なオンライン会議やミニセミナーを開催している。ICT を活用した空床情報や利用者情報の共有により、早期受診や入院調整、重症化予防につながるよう取り組んでいる。

ケアマネジャー不足が進む地域では、今後、ICT を活用した効率的な情報共有、多職種による役割分担、病院を中心とした地域ネットワークの強化が重要であると考える。そこで、当院が情報共有や調整機能を担うことで、ケアマネジャーの情報収集や連絡調整に要する負担の軽減にもつながり、本来のマネジメント業務に注力できる環境づくりを目指す。さらに、地域の相談拠点として医療・介護・福祉を結ぶコーディネート機能を強化し、持続可能な地域包括ケアシステムの構築の充実に取り組んでいく。

CRS-3

住み慣れた我が家・地域で、新しい生活を創る
―病院での回復を地域生活につなぐ理学療法士からの視点―

医療法人社団和風会　千里リハビリテーション病院　セラピー部　理学療法士
山本　亮

近年、我が国では地域包括ケアシステムの推進や医療・介護制度改革が進み、リハビリテーションにおいても「病院でどれだけ機能を改善したか」だけではなく、「退院後の生活をいかに支え、その人らしい暮らしの継続につなげられるか」が重視されるようになっている。特に回復期リハビリテーション病棟では、退院時の能力向上のみならず、地域生活への円滑な移行や生活機能の維持・向上が求められている。
一方で、病院と在宅（施設）では生活環境や支援体制、評価の視点が大きく異なる。入院中には自立していた動作であっても、退院後の生活環境の変化や活動量の低下、生活リズムの変化などを契機に、転倒や疼痛、閉じこもり、活動性低下などの生活課題が生じることは少なくない。「退院できる」と「生活できる」は必ずしも同義ではなく、病棟で獲得した能力と在宅で求められる生活機能との間には少なからぬギャップが存在する。
また、近年は高次脳機能障害に対する退院支援の重要性も改めて注目されている。高次脳機能障害は退院後の生活場面で課題が表面化しやすく、本人や家族、支援者が対応に苦慮することも少なくない。その特性を適切に評価し、生活場面に即した支援につなげることが重要となる。
これらの課題は単なる身体機能の問題ではなく、生活環境や活動、参加、本人・家族の価値観などが複雑に影響し合う生活期特有の課題でもある。理学療法士をはじめとするリハビリテーション専門職には、身体機能への介入だけでなく、生活場面における課題を評価・分析し、その要因を明らかにした上で生活場面を踏まえた活動支援や、環境調整、支援方法の提案などを行う役割が求められる。また、その過程では医療機関で得られた情報を地域へつなぎ、 地域で得られた情報を医療機関へ還元する視点も重要である。
本シンポジウムでは、退院後に生じる生活課題やそこにリハビリ専門職者が介入することの意義について、実際の症例を交えながら紹介する。また、病棟と在宅の間に存在するギャップを埋め、退院後の生活を見据えた支援を実現するためには、多職種が共通の生活目標を共有することが重要である。その中でメディカルケアマネージャーには、医療と介護の情報をつなぐだけでなく、地域生活の継続を見据えて支援をコーディネートする役割が期待される。理学療法士の視点から、「住み慣れた我が家・地域で、新しい生活を創る」ために必要な生活支援の在り方について考察したい。

CRS-4

医療と在宅の架け橋となる メディカルケアマネジャーの役割

地域包括ケアステーション高良台　高良台ケアプランサービス　管理者
梶原　喜美子

高齢者を取り巻く環境は、介護保険法施行時と比較し、家族・社会背景共に大きく変化している。
また、医療法改正に伴う入院期間の短縮による早期退院が求められるようになり、治療を終えた状態で退院する時代から、在宅で治療を継続しながら生活する時代へと状況が変化している。
高齢者に多い疾患に心不全、肺炎、尿路感染症、低栄養等の慢性疾患等が挙げられるが、在宅支援に携わる中で、多重疾患や多剤服用による内服管理が十分にできていない、病状管理ができていない、病気に対する予防の視点や適切な医療体制が十分でないケースが多い状況に直面する。
ケアマネジャーの多くは基礎資格が福祉系職種であり、現場ではより高度な「医学的視点」が強く求められる一方で、医療に繋ぐ、連携を図ることを苦手と感じるケアマネジャーも少なくない。
メディカルケアマネジャー養成講座は、日本慢性期医療協会が創設し、日本介護支援専門員協会と連携し、実施している研修である。
今回、法人からの全面的な支援により、この研修を受講する機会を得た。
メディカルケアマネジャーは、訪問診療や訪問看護の医療職を中心とした多職種が生活の場で病院と同等の良質な医療・ケアを提供できるよう連携の架け橋となり、医療と暮らしを点から線で繋ぐ役目を担う事を学んだ。
日ごろ担当しているメディカルケアマネジャーが適切なタイミングで変化を読み取り、医療に繋ぐ事が在宅で長く過ごしていただく為に重要である。
一方で、高齢化が一段と進む中、在宅生活を希望する高齢者を支えるケアマネジャーは減少傾向にあり、平均年齢も 54.3 歳と高年齢化が進んでいる。
当法人は、3 つの小規模居宅介護支援事業所を令和 7 年 12 月に統合し、更に同事務所内に訪問看護ステーションを併設、病院に隣接した場所に「地域包括ケアステーション高良台」を開設した。このことにより、医療と介護の一体的提供を目指し、入退院前後のスムーズな連携や情報交換・課題を共有しやすい環境が整備された。
在宅で暮らす高齢者に対し、かかりつけ医や訪問看護師等と協働し、予防的な介入ができるよう、病気の早期発見、必要時の入院の提案、退院時の連携を図りながら利用者が在宅で希望する暮らしの実現を目指している。
また、法人内での情報連携ツールとして「電子カルテ」「医療・介護連携シート」を医療とスムーズに繋がる為の ICT ツールとして積極的に活用している。
在宅では、病院の病室とは異なり、生活の音や匂いを感じながら家族と共に暮らし、最期までその人らしく生きることができる。
当法人の体制や試みはまだまだ始まったばかりの取り組みではあるが、多職種が連携し、本人が希望する在宅での看取り等の症例を通して、メディカルケアマネジャーの役割について考える。

シンポジウム 4

慢性期医療（かかりつけ医）とまちづくり

◆日　　時：11月20日（金）9:00 ～ 11:00

◆座　　長：橋本　康子　　日本慢性期医療協会　会長

◆シンポジスト：鈴木　邦彦　　志村大宮病院　理事長
田中　志子　　内田病院　理事長
藤井　将志　　谷田病院　事務部長

シンポジウム 4　略歴

座長

橋本　康子（はしもと　やすこ）

医療法人社団和風会　理事長
社会福祉法人徳樹会　理事長
社会福祉法人福寿会　理事長
医学博士

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員
大阪府慢性期医療協会 理事

シンポジスト

鈴木　邦彦（すずき　くにひこ）

志村大宮病院　理事長

略歴

1980 年秋田大学医学部卒業。1996 年志村大宮病院院長、1998 年医療法人博仁会理事長に就任し現在に至

る。2009年10月～2015年10月まで中央社会保険医療協議会委員、2010年4月～2018年6月まで日本医師会常任理事、2014年7月～2018年6月まで社会保障審議会介護給付費分科会委員、2020年6月～2024年6月まで茨城県医師会会長を務めた。2009年4月～日本医療法人協会副会長、2019年12月～日本地域包括ケア学会事務局長、2022年3月～日本在宅療養支援病院連絡協議会会長。

田中　志子（たなか　ゆきこ）

医学博士
医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院　センター長
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
群馬大学医学部臨床教授

略歴

1991年	帝京大学卒業
2004年	介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007年	社会福祉法人久仁会 理事長
2009年	群馬大学大学院修了
2010年	医療法人大誠会 副理事長
2011年	同 理事長
2023年	同 理事長・内田病院 院長

【主な資格】
日本内科学会総合内科専門医
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

藤井　将志（ふじい　まさし）

医療法人谷田会　谷田病院　事務部長

略歴

早稲田大学政治経済学部を2006年に卒業。医療経営コンサルティング会社である（株）アイテック、（株）MMオフィスを経て、2012年から沖縄県立中部病院・経営アドバイザーとして（NPO法人病院経営支援機構所属）経営支援を行う。2015年から医療法人谷田会・谷田病院（熊本県甲佐町）の事務部長に着任。その他、事業継承した複数の医療法人の理事、ひとまちづくり法人パレットの理事、2020年から病院経営支援事業である医療環境総研（株）を立ち上げる。医療経営人材の集うオンラインサロン病院事務の知恵袋を運営。2025年からは日経ヘルスケアの巻頭コラムを連載。これまで経営改善に関わった医療機関・介護施設は60施設程度。大学講師は、熊本保健科学大学、熊本学園大学、横浜市立大学、千葉大学、福岡国際医療福祉大学で務める。

S4-1

地域密着型中小病院はまちづくりの主役へ ―かかりつけ医機能では診療所を支援し地域を面で支える中心に―

医療法人博仁会　志村大宮病院　理事長・院長
鈴木　邦彦

わが国の高齢化のピークである2040年に向けた新たな医療提供体制改革が始まろうとしている。2013年から2025年まで行われた社会保障・税一体改革の二本柱は、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現であったが、次の改革ではさらにかかりつけ医機能の充実・強化を加えた三位一体の取り組みが求められている。

筆者は、病院には高度化、集約化が求められる高度急性期大病院と健院化、分散化が求められる地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の二つの軸が必要であり、後者には在宅療養支援病院(以下、在支病)がふさわしいと考えている。

かかりつけ医機能については、2025年度からかかりつけ医機能報告制度が開始され、2026年1月から3月にかけて最初の報告が行われた。今後都道府県が確認後公表され、7月頃から不足する機能等について市町村等の協議の場で具体的方策を検討することになっている。

ちなみに在支病は、かかりつけ医機能においてわが国に多いソロプラクティス診療所を支援し地域を面で支える中心となる存在である。

高齢化が進むと85歳以上は医療と介護の複合ニーズを持つ虚弱な高齢者が増加するので、かかりつけ医機能においても遠方ではなく身近な圏域で基本的な医療と介護が完結することが求められるようになる。筆者は現在人口2万人位からの市町村単位「基本医療介護提供圏域（仮称）」を提案している。それには地域包括ケアシステムの日常生活圏域、在宅医療圏、および「かかりつけ医機能医療圏(仮称)」が含まれる。そこには固定した合議体を設置して、顔の見える関係でかかりつけ医機能を含む地域の様々な課題を協議することになるが、それは地域包括ケアシステムのまちづくりにもつながると考えている。そうした「基本医療介護提供圏域（仮称）」にふさわしい病院は、診療圏の規模から考えても在支病である。

筆者は20世紀は「病院の時代」であったが21世紀は「地域の時代」であり、現在はその転換期にあると考えている。在支病はその「地域の時代」においても必要不可欠な存在とならなければならない。そのためには地域のニーズに合わせて医療だけでなく介護、福祉、介護予防、保健、生活支援から、終活支援、居住支援、子育て支援、健康増進、さらにまちづくりまで対応できるよう、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院から地域包括ケアを支える地域密着多機能病院、治し支える病院から「包括期病院」、そして「健院」すなわち地域共生多機能多職種協働拠点に向けて取り組むことが求められると考えている。包括期は急性期とこれまでの回復期を合わせた機能であることから、高齢者救急の半分を担う包括期病院は立派な急性期病院でもあり、文字通りケアミックス病院である。高度急性期と急性期に特化することが求められる急性期病院A，Bとの違いを明確にする必要がある。

S4-2

人を「患者」に閉じ込めないまちづくり
―最期まで“このまちの人”でいられる慢性期医療―

医療法人大誠会
田中　志子

慢性期医療は、病気を長く診る医療ではなく、人の人生を長く知っている医療である。本発表では、「人を『患者』に閉じ込めないまちづくり」を主題に、どのような状態になっても最期まで“このまちの人”でいられる地域文化のあり方を考える。従来のまちづくりは、ともすると「認知症の人」「障害のある人」を患者・利用者・支援対象者として固定化し、サービスを不足なく与えることを目的としてきた。しかし、病気や障害の診断、あるいは働けなくなることによって、その人から地域の一員としてのアイデンティティが奪われるなら、それは共生ではなく分断と依存を生む構造である。大誠会が目指すのは、施設をどれだけ整備したかではなく、「何のためにまちをつくるのか」を問い直す、役割回復型のまちづくりである。
その起点は、大勢のニーズ調査ではなく、障害のある子どもの家族から寄せられた「将来、この子が働ける場所がほしい」という一人の切実な声であった。その声に応えるかたちで、温泉、レストラン、ジム、障害者就労、グループホーム、放課後等デイサービス等が混ざり合う空間「ソナタリュー」が生まれた。重要なのは施設のスペックではなく、その声の熱量を地域に吹き込み、支援される側だった人に、働く、教える、迎える、見守るといった役割を返すことである。「ごちゃまぜ」とは、多様な人を同じ場所に集めることではない。真の共生とは、サービスを与える関係から脱却し、役割が循環する関係をつくることである。
したがって、まちづくりの指標も、単なる利用者数では測れない。自分で選べる場面が増えたか、誰かに必要とされる役割ができたか、顔と名前で呼び合う関係が増えたか、最期まで地域の一員でいられたか。こうした問いこそが、人の尊厳とつながりの質を測る新たな指標となる。一方で、善いことを始めても、すぐに理解や収益がついてくるわけではない。ソナタリューは 2020 年 11 月、コロナ禍に開業し、認知不足、経営的苦境、現場との衝突を経験した。身体拘束ゼロの実践においても、理念だけでは人は縛りを解けない。現場の反発や葛藤を越え、不安を取り除く声掛け、点滴位置の工夫など、具体的な技術として積み重ねてきた実践があってこそ、尊厳を守る文化は形になる。
さらに、まちづくりは看取りまで伸びていく。元気に暮らし、安心して弱り、安心して死ねるだけでなく、亡くなった後も忘れられないこと。家族と職員が亡くなった人を記憶し続ける病院は、単なる治療の場を超え、地域の記憶装置になり得る。地域で共生を唱えながら、病院の中で人を縛っていてよいのか。人権を守る文化は、まず病院の中から始まらなければならない。本発表では、慢性期医療の定義を「病気を長く診る医療」から「その人の歩んできた人生を受け止め、地域の記憶として支える医療」へ更新し、最期まで“このまちの人”でいられる文化を提案する。

S4-3

慢性期病院が地域にひらくもの
―谷田病院におけるまちづくりの歩みと新たな展開―

谷田病院　事務部長
藤井　将志

人口減少と高齢化が進む地域では、医療機関が診療や介護を提供するだけでは、住民の生活の質を十分に支えることはできない。谷田病院は熊本県甲佐町において、患者・利用者が暮らす地域そのものの質を高めることを、医療の延長線上にある役割と捉えてきた。

2018 年には甲佐町、商工会、金融機関、まちづくり法人等と連携協定を締結し、その後、まちの保健室、健康講座、認知症カフェ、子ども食堂、学習支援、農園、スポーツ、古民家再生、宿泊、飲食、観光、不登校支援など、医療・介護の枠を越えた活動を地域の多様な主体と進めてきた。これらは病院が単独で事業を拡大する取り組みではなく、病院が持つ人材、場所、信用、ネットワークを地域にひらき、既存の地域資源をつなぎ直す実践である。

近年は、その取り組みをさらに日常の暮らしに近づけている。コミュニティセンター「やっコミ」では、住民の体操や文化活動のために場所を開放し、「やっコミ出前館」では病院職員が公民館等に出向いて健康や生活に関する学びを届けている。就労継続支援 B 型 Yatsuda Work Lab では、病院、農園、飲食店、宿泊施設、キャンプ場等にある多様な仕事を、本人が選べる地域の役割へと再構成している。さらに、高齢者、障がい児、住民が自然に交わる cho-juu park の整備や、病院・福祉施設等の車両と空き時間を地域交通に活用する「ごちゃまぜ交通」の実装準備も進めている。

本講演では、谷田病院のまちづくりの歩みと最新の展開を紹介し、慢性期病院が地域課題を抱え込むのではなく、「場・役割・移動」を地域にひらくことで、社会的処方を可能にするコミュニティホスピタルとなり得ることを考察する。

特別座談会

医療界のレジェンドとマドンナ
これからどうなる
～日本の医療の行方～

◆日　　時：11月20日（金）11:10 ～ 12:10

◆座　　長：中尾　一久　　第 34 回日本慢性期医療学会　学会長

◆登　壇　者：横倉　義武　　日本医師会　名誉会長
武久　洋三　　日本慢性期医療協会　名誉会長
橋本　康子　　日本慢性期医療協会　会長

特別座談会　略歴

座長

中尾　一久（なかお　かずひさ）

第 34 回日本慢性期医療学会　学会長

略歴

主な職歴：

1989年 4月	英国ロンドン大学セントジョージメディカルスクール病院
1991年 4月	久留米大学医学部　第三内科（現心臓血管内科）
1992年 4月	国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、 公立八女総合病院　循環器内科を経て
1999年10月	療養型高良台病院開設（理事長・院長）
2006年 8月	高良台リハビリテーション病院に名称変更（理事長・院長）
2019年 4月	高良台リハビリテーション病院（理事長）(院長退任)
2026年 6月	高良台コミュニティホスピタルに名称変更（理事長） 現在に至る

学歴：久留米大学医学部卒業（1985 年）
最終学歴：九州大学医学部大学院卒業（1989 年）

役職：医療法人社団久英会　理事長
社会福祉法人久英会　理事長

日本慢性期医療協会　副会長
福岡県慢性期医療協会　副会長
全日本病院協会　常任理事
全日本病院協会福岡　会長
福岡県私設病院協会　会長
日本医療法人協会　福岡県支部　理事
日本在宅療養支援病院連絡協議会　理事
日本地域医療学会　理事

資格：日本内科学会　総合内科専門医
日本循環器学会　専門医
日本抗加齢学会　専門医
日本リハビリテーション医学会　認定臨床医
日本プライマリーケア連合学会　認定医・指導医
日本臨床栄養協会　サプリメントアドバイザー

登壇者

横倉　義武（よこくら　よしたけ）

日本医師会　名誉会長

略歴

主な経歴

1969年 4月	久留米大学医学部第２外科助手
1977年10月	西ドイツ ミュンスター大学教育病院 デトモルト病院外科
1980年 1月	久留米大学医学部講師
1990年 4月	医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長
1990年 4月	福岡県医師会理事
1997年 4月	医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長兼理事長
2006年 5月	福岡県医師会会長
2010年 4月	日本医師会副会長
2012年 4月	日本医師会会長
2012年 9月	日本学校保健会会長
2017年10月	世界医師会会長
2020年 8月	日本医師会名誉会長

学歴等　1969 年 3 月　　久留米大学医学部卒業
　　1977 年 4 月　　医学博士号　取得

武久　洋三（たけひさ　ようぞう）

日本慢性期医療協会　名誉会長
平成医療福祉グループ　会長

略歴

最終学歴：徳島大学大学院医学研究科（医学博士）

職歴・業績等：
1966 年 3 月岐阜県立医科大学卒業。大阪大学医学部付属病院インターン修了。徳島大学大学院医学研究科卒、徳島大学第三内科を経て、現在、社会福祉法人平成記念会理事長、平成リハビリテーション専門学校校長等を務める。病院（一般・医療療養・回復期リハ・地域包括ケア）・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・ケアハウスなどを経営。

専門分野：内科・リハビリテーション科・老年医学・臨床検査

団体役職等：
一般社団法人日本慢性期医療協会名誉会長、厚生労働省医療介護総合確保促進会議構成員、独立行政法人国立長寿医療研究センター認知症医療介護推進会議委員、地域包括ケア推進病棟協会顧問、日本介護支援専門員協会相談役、徳島県慢性期医療協会顧問、徳島県老人保健施設協議会副会長、NPO 法人徳島県介護

支援専門員協会最高顧問

著書：
「よいケアマネジャーを選ぼう」「介護認定調査　正しい受け方・行い方」「介護保険・施設への緊急提言」「在宅療養のすすめ」「高齢者用基本治療マニュアル 64」「よい慢性期病院を選ぼう」「あなたのリハビリは間違っていませんか」(いずれも株式会社メディス)「こうすれば日本の医療費を半減できる」(中央公論新社) どうするどうなる介護医療院（日本医学出版)、令和時代の医療・介護を考える（中央公論事業出版)、高齢者が急性期病院に殺されないために知っておくこと（幻冬舎メディアコンサルディング)、地域ごちゃまぜ病院をつくろう（中央公論美術出版）

資格等：
日本内科学会認定内科医、日本リハビリテーション医学会認定臨床医、臨床研修指導医、THP 産業医、介護支援専門員、介護支援専門員指導員、ケアマネジメントリーダー、日本臨床検査医学会臨床検査管理医、日本糖尿病協会糖尿病認定医、認知症サポート医

2026 年 3 月現在

橋本　康子（はしもと　やすこ）

医療法人社団和風会　理事長
社会福祉法人徳樹会　理事長
社会福祉法人福寿会　理事長
医学博士

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員
大阪府慢性期医療協会 理事

シンポジウム 5

まちづくりに向けた各専門職の取り組み
～リハビリテーション・栄養・嚥下・排泄の視点～

◆日　　時：11月20日（金）13:30 ～ 15:30

◆座　　長：矢野　諭　　日本慢性期医療協会　副会長

◆シンポジスト：吉村　芳弘　　熊本リハビリテーション病院
サルコペニア・低栄養センター長
梅本　丈二　　福岡大学　摂食嚥下センター　センター長
西尾　俊治　　南高井病院　院長

シンポジウム５　略歴

座長

矢野　諭（やの　さとし）

日本慢性期医療協会　副会長

略歴

1983年 3月	北海道大学医学部卒業　第２外科入局 腫瘍外科学、呼吸器外科学の診療・研究に従事
1989年 4月	北海道社会事業協会小樽病院　外科医長
1993年 3月	医学博士号取得
1996年 4月	NTT 東日本札幌病院　外科医長・救急部医長（兼任）
2006年 4月	南小樽病院副院長
2009年 4月	医療法人社団青優会　南小樽病院　病院長
2013年10月	医療法人社団大和会　多摩川病院　理事長
2016年 4月	医療法人社団大和会　平成扇病院　理事長
2024年 4月	医療法人社団大和会　平成扇病院　院長

役職

●一般社団法人 日本慢性期医療協会副会長（2018 年～）
　同「看護師特定行為研修委員会」委員長（2016 年～）
　同「診療の質向上委員会」委員長（2024 年～）
●一般社団法人 日本地域医療学会副理事長（2022 年～）
　同「学術委員会」委員長
●看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会　監事（2024 年～）
●東京大学大学院医学系研究科（健康科学・看護学専攻）非常勤講師（2016 年～）
●兵庫県立大学大学院社会科学研究科　客員教授（2024 年～）

外部委員

■日本病院団体協議会「実務者会議」委員
■日本医療機能評価機構　医療の質向上のための体制事業
　「QI 標準化・普及部会」委員
■日本病院薬剤師会「専門薬剤師認定制度委員会」特別委員

シンポジスト

吉村　芳弘（よしむら　よしひろ）

熊本リハビリテーション病院
サルコペニア・低栄養センター長

略歴

2001 年熊本大学医学部卒業。東京女子医科大学心臓血管外科、熊本大学医学部外科を経て、2013 年より熊

本リハビリテーション病院に勤務。栄養管理部長、リハビリテーション科副部長、サルコペニア・低栄養研究センター長を歴任し、2026 年 4 月より同院副院長、サルコペニア・栄養支援センター長。新潟医療福祉大学臨床教授、東京女子医科大学非常勤講師、日本リハビリテーション栄養学会理事長、日本サルコペニア・フレイル学会理事。日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、医学博士。専門はリハビリテーション医学、臨床栄養、サルコペニアおよび老年医学。回復期リハビリテーションを主な臨床・研究フィールドとして、低栄養、サルコペニア、摂食嚥下障害、ポリファーマシーと生活機能・予後に関する臨床研究を推進している。査読付き英語論文は 200 編超。

梅本　丈二（うめもと　じょうじ）

福岡大学病院摂食嚥下センター　准教授

略歴

【学歴・職歴】

1997年3月	九州大学歯学部歯学科　卒業
1997年4月	九州大学歯学部歯科補綴学第二講座　入局
1999年4月	福岡大学医学部歯科口腔外科学講座　助手
2007年4月	福岡大学医学部歯科口腔外科学講座　講師
2019年1月	福岡大学病院摂食嚥下センター　センター長
2019年4月	福岡大学病院歯科口腔外科　准教授（兼務）
2026年4月	福岡大学病院摂食嚥下センター　准教授

【資格】
博士（歯学）
日本睡眠学会認定歯科医師
日本老年歯科医学会専門医・指導医
日本老年歯科医学会摂食機能療法専門歯科医
日本有病者歯科医療学会専門医・指導医
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

【学会活動】
日本老年歯科医学会代議員
日本摂食嚥下リハビリテーション学会評議員
日本神経摂食嚥下・栄養学会理事
日本睡眠学会評議員
福岡摂食嚥下サポート研究会世話人
広域有明摂食嚥下リハビリテーションと栄養研究会世話人
福岡北九州睡眠医療研究会世話人
七隈睡眠研究会世話人

西尾　俊治（にしお　しゅんじ）

南高井病院　院長

略歴

1979年 3月	愛媛大学医学部卒業

1983年 3月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　助手
1988年 9月～ 1989年 8月	イギリス国マンチェスター大学留学（尿路結石発生メカニズムの研究）
1989年 4月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　講師
1998年10月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　助教授
2002年 4月	愛媛大学医学部附属病院低侵襲手術センター　副センター長併任
2004年 2月	南松山病院　院長
2006年 4月	済生会今治病院　副院長
2011年 4月	南高井病院　院長 現在にいたる。

1986 年　医学博士取得　日本泌尿器科学会会員
2014 年～　愛媛県慢性期医療協会　会長
2016 年～　日本慢性期医療協会　総合診療医認定講座委員会　委員長
排尿自立支援研修会　責任者
2018 年～　日本慢性期医療協会　常任理事

S5-1

栄養から、暮らし続けられるまちをつくる
―「食べる・動く・帰る」をつなぐリハビリテーション栄養―

熊本リハビリテーション病院　サルコペニア・低栄養センター長
吉村　芳弘

健康経営の先にあるまちづくりを考えるとき、栄養は単に食事を提供する業務ではない。人が動き、帰り、地域で役割をもち続けるための治療基盤である。まちづくりの最終アウトカムは、医療・介護サービスの量ではなく、病気や障害があっても望む生活を選べる住民のウェルビーイング（well-being）である。

高齢者では、急性疾患を契機に安静、絶食、低栄養、嚥下障害が連鎖し、短期間で医原性サルコペニアと生活機能低下を生じる。さらに退院後、栄養、運動、口腔・嚥下、社会参加の支援が分断されれば、再入院や要介護化につながる悪循環は断てない。したがって低栄養は、疾患の結果として見守る状態ではなく、機能回復と生活再建のために早期から介入すべき治療標的である。

演者らは、サルコペニア、低栄養、嚥下障害と機能回復との関連を臨床研究で検証し、その知見を標準診療へ変換してきた。入院早期から筋量・筋力、栄養状態、摂食嚥下機能、活動量を一体的に評価し、適切な運動負荷、目標量を明確にしたエネルギー・たんぱく質投与、口腔管理、嚥下評価に基づく早期経口摂取を同時並行で進める。職種別の介入を並べるのではなく、本人の「退院後にしたい生活」を共通目標とし、ゴールシート、再評価時点、共通評価指標を共有することで、「リハビリテーション・栄養・口腔」の三位一体を再現可能なチーム医療へ実装している。

次の課題は、病院の標準手順を地域の共通言語に変えることである。退院時に体重、筋力、食事量・食形態、活動量、生活目標を地域へ確実に引き継ぎ、医療、介護、歯科、行政、住民組織が切れ目なく支える。慢性期医療は、弱った人を受け止めるだけでなく、地域のサルコペニア連鎖を断つハブとなり得る。「食べる・動く・帰る」をつなぐことが、ウェルビーイングを生むまちづくりなのである。

S5-2

神経変性疾患の長期的食支援
―住み慣れた地域で食べ続けるために―

福岡大学病院摂食嚥下センター
梅本　丈二

神経変性疾患患者では、病状の進行に伴い摂食嚥下障害、低栄養、体重減少が出現し、食支援が長期にわたり必要となる。パーキンソン病、パーキンソン症候群、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などでは、誤嚥性肺炎や窒息、脱水、低栄養が生活機能や生命予後に大きな影響を及ぼすため、疾患特性を理解したうえで継続的な支援を行うことが重要である。

神経変性疾患における食支援は、嚥下障害への対応のみでは不十分である。摂食嚥下機能の評価に加え、栄養状態、体重変化、口腔機能、認知機能、自律神経症状、服薬状況などを総合的に把握し、患者ごとの病態や生活環境に応じた支援が求められる。特にパーキンソン病関連疾患では、体重減少やサルコペニア、オーラルフレイルを合併することが多く、十分なエネルギー・たんぱく質補給や適切な食形態調整が重要となる。また、窒息や食事性低血圧など、嚥下機能評価のみでは捉えられない食事場面のリスクにも配慮する必要がある。

ALS では病初期からの栄養管理が生命予後に影響することが知られており、体重減少を最小限に抑えながら、嚥下機能評価と栄養管理を継続して実施することが重要である。さらに、経口摂取の継続が困難となった患者に対しては、胃瘻導入や終末期の栄養管理について検討する必要があり、患者本人の価値観や人生観を尊重した意思決定支援が求められる。

神経変性疾患は数年から数十年にわたり進行するため、急性期病院のみで食支援を完結することは困難である。住み慣れた地域で療養生活を継続するためには、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師・歯科衛生士、リハビリテーション職種、介護職、ケアマネジャー、訪問診療医など多職種による連携が不可欠である。

本講演では、神経変性疾患患者に対する長期的な食支援の実際について、嚥下評価、栄養管理、窒息予防、胃瘻を含めた意思決定支援の取り組みを紹介する。また、「住み慣れた地域で最期まで食べることを支える」という視点から、摂食嚥下領域が地域共生社会の実現に果たす役割について考察する。

S5-3

排尿トラブルの予防・改善は健康寿命を伸ばす

南高井病院
西尾　俊治

排尿トラブルでの悩みの1番は頻尿（特に夜間頻尿）であり、2番目は尿失禁である。高齢になるほどその程度は増し、認知症ではさらに悪化する。夜間頻尿の回数が多いと健康寿命が短くなることが知られている。でも、ちょっとした工夫で改善する。あきらめるのは早い！　夜間頻尿と尿失禁の原因と対策を紹介する。

わが国の40歳以上の男女約4500万人が夜1回以上の夜間頻尿の症状をきたし、年齢とともに回数が増加する。70歳代では3回以上が30%、80歳代では50% に達する。要介護1〜3の方の平均夜間排尿回数は3.3回（当院での調査）。頻尿に困っている高齢者が多いことが分かる。さらに、入院患者の70% は要介護状態、60% は認知症であり（令和2年度　厚労省報告）、認知症の進行とともに頻尿・尿失禁の程度が悪化する。入院中の患者に対する排尿ケアに苦労されている医療従事者が多いと推測できる。入院本来の目的である医療・リハビリに専念できなくなり、場合によっては排尿ケアができないために不要な尿道カテーテルを留置することになっているのではないだろうか？

講演では夜間頻尿の原因と対策、また、第2の排尿トラブルである尿失禁への適切な排尿ケアについても解説する。夜間頻尿の原因は大きく3つに分類される。1つ目は夜間多尿（夜間の水分過剰摂取、心不全、睡眠時無呼吸症候群などが原因）で全体の50〜60% に該当する。2つ目は過活動膀胱、小さな膀胱、膀胱脱・骨盤底筋力の低下などの膀胱・尿道自体の問題。3つ目は夜間の不眠である。高齢者の尿失禁の原因の多くは過活動膀胱であることが多く、排尿日誌と残尿測定により膀胱の病的形態や原因がある程度分かってくる。原因が分かると治すことが可能である。入院してきた時よりも良い排尿状態で退院できるように排尿ケアチームを立ち上げることも必要である。

予防と対策：夜間頻尿の大きな原因は生活習慣病である。特に動脈硬化により膀胱が硬く小さくなる。若い時からの改善が必要。セルフケアも重要である。過活動膀胱、膀胱脱・骨盤底筋力の低下、認知症による頻尿・尿失禁は適切な骨盤底筋体操で改善する。高齢者ではデイサービスの利用により夜間頻尿が改善し（当院データー）、青竹踏みにより膀胱が大きくなることにより頻尿が改善し、便秘も治る。排尿トラブルがあると健康寿命が短くなり、要介護状態になりやすくなることをウロフレイルという。排尿トラブルを日頃から予防・改善し、健康寿命が伸びるように地域ぐるみで取り組むことを期待する。

シンポジウム 6

ホワイト 500 を目指した健康経営

◆日　　時：11月20日（金）9:00 ～ 10:00

◆座　　長：岡田　邦夫　　特定非営利活動法人　健康経営研究会　理事長

◆シンポジスト：保土田　純　　大塚製薬株式会社　ニュートラシューティカルズ事業グループ　ソーシャルヘルス・リレーション部　次長
塚田　裕樹　　原土井病院　法人本部

シンポジウム 6　略歴

座長

岡田　邦夫（おかだ　くにお）

特定非営利活動法人健康経営研究会理事長，岡田産業医事務所代表

略歴

1977年	大阪市立大学（現大阪公立大学）医学部卒業
1982年	大阪市立大学大学院医学研究科修了
同年	大阪ガス株式会社本社産業医 関西学院大学社会学部非常勤講師、大阪経済大学人間科学部客員教授 同志社大学スポーツ科学部非常勤講師、大阪市立大学医学部臨床教授 日本栄養大学大学院客員教授、大阪経済大学教育学部教授　　等　歴任

その他
厚生労働省「職場のメンタルヘルス対策検討会」委員（2010 年度）
文部科学省「教職員のメンタルヘルス対策検討会議」委員（2011 年度）
経済産業省「平成 27 年度健康寿命延伸産業創出推進事業健康経営に貢献するオフィス環境の調査事業」委員会委員長（2015 年度）
スポーツ庁「スポーツエールカンパニー認定委員会」委員（2017 年より現在）
人事院「国家公務員の健康管理検討に当たっての民間実態調査」協力有識者（2023 年度）
等　就任

主な公職など
経済産業省「健康経営推進検討会」委員
健康長寿産業連合会理事
大阪府医師会「健康スポーツ医学委員会」委員長
大阪商工会議所「メンタルヘルスマネジメント検定委員会」副委員長
公益財団法人大阪ガスグループ福祉財団理事　　他

主な著書
「判例から学ぶ従業員の健康管理と訴訟対策ハンドブック」（共著）（法研）
「健康経営推進ガイドブック」（経団連出版）
「なぜ「健康経営」で会社が変わるのか」（共著）（法研）
「安全配慮義務 - 判例とその意義」（産業医学振興財団）　　他

シンポジスト

保土田　純（ほとだ　じゅん）

大塚製薬株式会社 NC 事業グループ　ソーシャルヘルス・リレーション部 次長

略歴

主な経歴

東京支店世田谷出張所	1991.4
首都圏広域オペレーター部	1999.4
本社営業部	2003.10
名古屋支店岐阜出張所　所長	2006.11
名古屋支店　長野出張所　所長	2013.2
東京支店販売促進課　課長	2016.11
本社　販売促進部　　課長	2017.11
本社　ソーシャルヘルス・リレーション部	2018.11
現職	2026.11

塚田　裕樹（つかだ　ゆうき）

社会医療法人原土井病院　法人本部

略歴

2009 年早稲田大学卒業後、同年内資系製薬会社に入社。医薬情報担当者（MR）として、基幹病院、クリニック等を幅広く担当。離島エリアも担当し、離島・へき地診療の現状にも深く学びを得る。その後、臨床試験に関わる複数の企業でヘルスケアについて多角的な経験を重ね、2021 年より社会医療法人原土井病院へ入職。入職後は法人本部において病院管理・経営に関連する幅広い業務を進める中で、健康経営についても担当する。2022 年には健康経営アドバイザー資格を取得。また、2025 年度からは福岡市立島しょ診療所の 2 拠点、「能古診療所・玄界診療所」の指定管理を受託し、管理運営を通じて島民の健康寄与も図っている。

S6-1

ホワイト500を目指した健康経営の推進：社員主体の健康づくりと社外への価値提供

大塚製薬株式会社　ニュートラシューティカルズ事業グループ
ソーシャルヘルス・リレーション部　次長
保土田　純

大塚製薬は、「世界の人々の健康に貢献する革新的な製品を創造する」という企業理念のもと、健康経営を人事戦略の一つとして位置づけ、社員の健康維持・増進と働きがいのある職場づくりを推進している。本発表では、ホワイト 500 を目指した当社の健康経営の実践、社員主体の健康づくりを促す仕組み、ならびに社外への価値提供について報告する。

当社では、2024 年までの会社主導型の活動から、2025 年以降は社員の自立を支援する活動へと方針を移行した。具体的には、健診結果管理システムを活用し、社員が自身の健康状態を把握したうえで、疾病リスク予測を参考に年間の生活習慣改善目標を設定する仕組みを導入している。2025 年には 97% の社員が健康目標を設定し、健康課題の「自分ごと化」が進んだ。加えて、健診データや各種調査結果をもとに組織課題を把握し、健康経営活動の見直しと改善を継続している。

また、トップアスリートのコンディショニング知見を働く人のライフパフォーマンス向上へ応用し、セルフコンディショニングの考え方を職場全体に浸透させる取り組みも進めている。さらに、NPO 法人健康経営研究会と連携し、従業員の健康を支える人材育成として「コンディショニングサポーター養成講座」を開始した。これらの取り組みは、個人の行動変容と組織の活力向上を両立させるものである。

当社は健康経営優良法人「ホワイト 500」を 10 年連続、スポーツエールカンパニーを 9 年連続で取得しており、継続的な活動が第三者評価にもつながっている。加えて、自社実践で培った知見を「健康経営つながるサポート ONLINE PRO」や無料オウンドメディア「健康社長」などの社外向けサービスとして展開している。社員主体の健康経営は、企業内の健康づくりにとどまらず、医療機関、企業、地域社会における Well-being 向上へ波及する可能性を有する取り組みである。

S6-2

医療のプロだからこそ陥る落とし穴と、現場から変える健康経営 ～ホワイト500連続取得の裏にある実務担当者の葛藤と医療機関の強み～

原土井病院　法人本部
塚田　裕樹

はじめに、社会医療法人原土井病院は、「健康経営優良法人（ホワイト 500）」に連続認定されるなど、対外的には順風満帆な取り組みを行っているように映るかもしれない。しかし現実には、多忙な現場職員との狭間に立ち、試行錯誤を繰り返してきた実務担当者達の泥臭い苦労があった。本講演では、経営トップの成功美談ではなく、現場で健康経営を推進する担当者の視点から、推進過程で直面したリアルな壁と、それを乗り越えるための工夫について伝える。

（現場担当者として直面した「リアルな苦労と壁」）病院で働く職員は、「患者の健康を守る」プロである。その反面、夜勤や不規則なシフトワーク、日々緊迫する医療現場のストレスなどから、自らの健康管理は二の次になりがちであった。生活習慣病リスクを抱えながらも「忙しくてそれどころではない」という声が多く、初期の頃は「健康経営」という言葉自体が冷ややかに受け止められることも少なくなかった。担当者として最も苦心したのは、制度の形作りに留まらない「職員一人ひとりの意識変容・行動変容」である。単に「運動しよう」「食事に気をつけよう」と呼びかけるだけでは動かない。スマートフォンアプリを活用したウォーキングイベントを導入した際も、スマートフォンの操作に不慣れな職員や乗り気でない部署へ細かくフォローし、声かけや設定サポートを行うなど、地道な草の根運動が必要不可欠であった。

（医療機関としての「強み」を活かしたアプローチ）そうした現場の抵抗感を和らげ、参加のハードルを下げる鍵となったのが、「医療機関だからこそ持つ専門性と資源の活用」である。医療機関には医師、看護師、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等といった健康のプロが多数在籍している。この強みを活かし、専門職がテーマ別に短時間で学べる情報を院内で発信したほか、院内での「イベント食」の提供、子宮頸がん予防をはじめとする女性の健康支援セミナー、歯周病リスク検査・講習会など、医療機関ならではの実践的な施策を展開した。

また、当院が注力する地域貢献活動と職員の健康増進を連動させることで、「医療人としての知識や関心が、自らの健康と地域社会の双方に役立つ」という納得感を醸成していった。

「できることから少しずつ（スモールチェンジ）」を合言葉に粘り強く働きかけた結果、二次健診受診率や喫煙率も着実に低下するなど、数値としての成果も表れている。

健康経営の推進に必要なのは、形通りの制度や豪華な施策ではなく、現場の苦労に寄り添い、職員の「共感」を少しずつ集めていく根気強いプロセスである。本講演が、日々現場で悩んでいる推進担当者にとって、次の一歩を踏み出すきっかけとなれば幸いである。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域連携と高齢者救急～急性期病院の責務は？～

◆日　　時：11月20日（金）10:10 ～ 12:10

◆座　　長：上西　紀夫　　地域病病連携推進機構　理事長
　　小山　信彌　　日本私立医科大学協会　参与

◆基 調 講 演：林　修一郎　　内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官
（前　厚生労働省保険局医療課長）

◆シンポジスト：有賀　徹　　戸田中央メディカルケアグループ　理事長補佐・最高顧問
　　高橋　泰　　国際医療福祉大学大学院　医療福祉経営専攻　医療経営管理分野　教授
　　中尾　浩一　　済生会熊本病院　院長

地域病病連携推進機構シンポジウム　略歴

座長

上西　紀夫（かみにし　みちお）

東京大学　名誉教授
一般財団法人多摩緑成会　総長
地域病病連携推進機構　理事長

略歴

1974年	東京大学医学部卒
1997年	東京大学大学院消化管外科学 教授
2008年	公立昭和病院　院長
2009年	日本消化器内視鏡学会 理事長（～2013 年）
2013年	日本長期急性期病床（LTAC）研究会 会長（～2021 年）
2014年	公益財団法人内視鏡医学研究振興財団 理事長（～2018 年）
2018年	全国自治体病院協議会東京支部 支部長（～2023 年）
2021年	地域病病連携推進機構 理事長
2023年	一般財団法人多摩緑成会 総長 現在に至る

専門：
消化器外科学
消化器腫瘍学

学会：
日本消化器外科学会　名誉会長
日本消化器内視鏡学会　名誉理事長
日本消化器病学会　名誉会員
日本消化管学会　名誉会員
日本腹部救急医学会　名誉会員
日本胃癌学会　名誉会員
日本食道学会　名誉会員
日本外科代謝栄養学会　名誉会員

小山　信彌（こやま　のぶや）

私立医科大学協会　参与
東邦大学　名誉教授
関西医科大学　客員教授
獨協医科大学　特任教授

略歴

1972年	東邦大学医学部卒業 東邦大学医学部第一外科入局、心臓血管外科を目指す
1995年	心臓血管外科学講座教授、1997 年副院長、2000 年より病院長となる。
2013年	東邦大学医学部医療政策・渉外特任部門　教授となる
2021年	東邦大学退職
2021年	私立医科大学協会参与となる

外部委員等
文科省　学校法人運営調査委員会委員
厚生労働省　医薬品流通改善懇談会委員
厚生労働省　令和 6 年度 GE ロードマップ検証検討事業検討委員会委員
日本病院団体協議会代表者会議　委員
日本医師会　疑義解釈委員会・保険適用検討委員会委員
全国医学部長病院長会議　医師の働き方改革検討委員会委員

基調講演

林　修一郎（はやし　しゅういちろう）

内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官（前　厚生労働省保険局医療課長）

略歴

1998年	東京大学医学部卒業
2000年	厚生省　入省（2001 年から　厚生労働省） ※この間、介護保険、疾病/難病対策、感染症対策、精神保健福祉、がん対策など諸分野を担当
2014年	厚生労働省保険局医療課　課長補佐
2016年	奈良県医療政策部長
2019年	厚生労働省健康局健康課予防接種室長
2021年	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長
2023年	厚生労働省医政局医事課長
2024年	厚生労働省保険局医療課長
2026年	内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官

シンポジスト

有賀　徹（あるが　とおる）

戸田中央メディカルケアグループ　理事長補佐・最高顧問

略歴

【学　歴】

1976年3月	東京大学医学部医学科卒業

【職　歴】

1976年6月	東京大学医学部脳神経外科学講座入局
1980年8月	東京大学医学部附属病院救急部
1984年4月	公立昭和病院脳神経外科主任医長，平成 2（1990）年 4 月同救急部長
1994年4月	昭和大学医学部教授，昭和大学病院救急医学科診療科長
1997年4月	昭和大学医学部救急医学講座主任，同 9 月 昭和大学病院救命救急センター長
2000年4月	昭和大学病院副院長
2011年4月	昭和大学病院長・学校法人昭和大学理事
2016年4月	独立行政法人労働者健康安全機構理事長，昭和大学名誉教授，昭和大学医師会顧問
2024年4月	独立行政法人労働者健康安全機構 顧問 一般社団法人 TMG（戸田中央メディカルグループ）本部 最高顧問・理事長補佐
2024年9月	株式会社 ONODERA USER RUN 社外監査役

【役　歴】	（現在に至る役職について主なもの）
2006年9月	卒後臨床研修評価機構理事・評価委員会委員長
2015年5月	日本病院会災害医療対策委員会委員長
2017年2月	日本救急医学会名誉会員
2017年4月	日本医療機能評価機構評価委員会委員長
2020年6月	東京都循環器病対策推進協議会医療連携部会長
2020年7月	全国医学部病院長会議 患者安全推進委員会アドバイザー
2023年7月	脳死判定における補助検査に関する作業班アドバイザー
2024年4月	総務省消防庁救急業務のあり方に関する検討会委員

高橋　泰（たかはし　たい）

国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授

略歴

1986年	金沢大学医学部卒、
1986－88年	東大病院研修医、
1988－92年	東京大学医学系大学院（医学博士）、
1992年	米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、

1994－95年	ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、
1997年より	国際医療福祉大学教授、
2004－2008年	医療経営管理学科長、
2009年より	大学院教授、
2016年－2018年	医療福祉学部長（大田原）、
2018年－2020年	心理・医療マネジメント学部長（赤坂）、
2020年より	現職。

2016年9月より2020年9月まで　内閣未来投資会議・構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長として医療介護のICT化や介護の科学化推進を提言してきた。2024年3月より厚生労働省　新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員

学位
医学博士（医療情報）

専門分野
医療経営、Dx、医療制度、働き方改革、高齢者ケア

中尾　浩一（なかお　こういち）

社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院　院長

略歴

【学歴】

1985年	熊本大学医学部専門課程 卒業
1992年	熊本大学大学院 医学研究科 卒業（医学博士）

【職歴】

1985－86年	熊本大学医学部附属病院循環器内科 研修医
1986年	熊本市立熊本市民病院内科 研修医
1986－87年	宮崎県立延岡病院内科 研修医
1987－88年	労働福祉事業団熊本労災病院循環器科 医員
1992－94年	国立循環器病センター心臓血管内科 厚生技官（医療職）
1994－95年	熊本大学保健管理センター 文部教官（教育職）助手
1995－97年	米国コロラド大学ボルダー校 分子細胞発生生物学部門 リサーチフェロー
1997－99年	社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 循環器内科 医員
2007－15年	同 心臓血管センター循環器内科 部長
2012－17年	同 副院長
2017年4月	同 院長
	現在に至る

【学会　役職等】日本循環器学会　（FJCS会員）
日本心臓病学会　（FJCC会員）
日本冠疾患学会　（FJCA会員）

日本心血管インターベンション治療学会　（インターベンション名誉専門医）
日本集中治療医学会
日本クリニカルパス学会　（理事）
医療の質・安全学会
日本医療・病院管理学会
地域病病連携推進機構　（理事）
熊本大学医学部医学科臨床教授（循環器内科学）
臨床研究適正評価教育機構（J-Clear）（評議員）
日本病院会　（理事）
日本病院会熊本県支部　（副支部長）

【専門分野】　心血管インターベンション 循環器集中治療

RDS-SL

高齢者救急を支える急性期病院の役割
～医療・生活・尊厳をつなぐ～

内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官（前　厚生労働省保険局医療課長）
林　修一郎

わが国では 85 歳以上人口の増加が続いている。高齢者の救急搬送件数は、高齢化そのものを上回る勢いで増加しており、高齢者救急を地域全体でどのように支えるかは、今後の医療提供体制を考える上で重要な課題となっている。

高齢者救急の体制には、肺炎、心不全、骨折、尿路感染症など、高齢者に多い疾患に対する急性期医療が求められるのは言うまでもない。その上で、入院を契機とした身体・認知機能の低下を防ぎ、早期からリハビリテーションや栄養管理に取り組むとともに、食事、排泄、移動などの生活機能を維持・回復し、円滑な在宅復帰や施設復帰につなげることが必要である。さらに、本人の価値観を踏まえた意思決定支援、身体的拘束の最小化など、人としての尊厳を守る取り組みも重要な要素となる。

厚生労働省は、2040 年を見据えた新たな地域医療構想において、高齢者救急を受け入れ、治療と早期の在宅復帰支援を担う病院機能を重要な機能として位置づけている。また、医療と生活支援を一体的に提供する病棟機能を「包括期」として整理している。令和 8 年度診療報酬改定においても、「重症度、医療・看護必要度」の見直し、急性期病院 A・急性期病院 B の施設基準、地域包括医療病棟、包括期充実体制加算などを通じて、救急患者を受け入れ、その後の生活を見据えた医療を提供する機能が多面的に評価されている。

今後、すべての急性期病院が高度・専門的な「急性期拠点」を目指すわけではない。地域の救急需要を幅広く受け止め、必要な急性期医療を提供しながら、患者の生活機能を回復させ、地域の医療・介護へ確実につなぐことも、急性期病院の重要な責務である。また、救急搬送に応需するだけでなく、増悪した高齢者を円滑に受け入れるための、日頃からの施設や在宅患者との関係構築も重要である。本シンポジウムでは、こうした政策の潮流を紹介するとともに、「急性期拠点」以外の急性期病院が地域において果たすべき役割と、その実現に必要な機能について、会場の皆様と議論を深めたい。

RDS-1

地域連携と高齢者救急 ～病院救急車の運用実態から 急性期病院の責務などを論考する～

戸田中央メディカルケアグループ　理事長補佐・最高顧問
有賀　徹

我が国における高齢化のピークは 2040 年（同率 40% 以上）と推定されている。超高齢化とともに，在宅，介護施設等の高齢患者が増加し，容態急変時の搬送手段として消防機関の救急車（消防救急）の要請が大きく増加し，特に大都市圏での逼迫は既に周知である。病院救急車は患者搬送車両として、公安委員会から緊急走行の許可を得ることができる。厚生労働省「平成 30 年度救急医療提供体制現況調べ」によれば，全国的に 992 施設が救急用自動車型の病院救急車 1088 台を，そして 177 施設が乗用車型 190 台を保有していた。令和元年開催の「第 14 回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」では，転院搬送等における消防救急車以外の病院救急車等の搬送資源の活用を推進することの検討もなされた。そこで，日本病院会に組織された救急・災害医療対策委員会では，病院救急車の保有状況や，運用方法，係る職員の教育体制，事故発生時の対応等の運行体制，共同運行の協定内容，積載資器材の内容など、多岐にわたるアンケート調査を試みた。調査期間は 2025 年 11 月 6 日～2026 年 1 月 16 日であり，696 施設から回答（回答率 26.8%）を得た。前述の「平成 30 年度救急医療提供体制現況調べ」以後，保有状況を 8 年ぶりに確認するとともに全国的に初めて運行体制に関する項目を盛り込むなど広範囲にわたる調査となった。アンケート結果では 340 施設が救急用自動車型の，そして 46 施設が乗用車型の病院救急車を保有し，42 施設はそれら両方を保有していた。いずれのタイプについても 9 割以上は緊急走行可能な、正に“救急車”であった。つまり、搬送対象は基本的に緊急性や重症度の高い患者であろうことから，100 床未満の施設による保有は 11.5% に留まるが，病床数の増加とともに保有率は上昇し，500 床以上では 83.9% であった。ドクターヘリと同様に，患者の病院到着を待たずに現場で医療を開始する目的で地域の消防本部と連携している病院救急車もあったが，介護福祉施設と病院の往復に病院救急車が少なからず利用されていた。総務省消防庁による消防救急車による年間搬送件数は，2014 年，2019 年，2024 年において各々約 540 万人，598 万人，677 万人と激増しており，それは後期高齢者，特に 85 歳以上の占める割合の著しい増加であった。すなわち，それは 2014 年，2019 年，2024 年において各々 16.9%，21.0%，24.8% と，もはや消防救急車による搬送の 4 人に 1 人は 85 歳以上である。年齢階層別にみた要介護認定率によれば，85 歳以上は 57.7% であり，さらに今や、高齢者の独居や老々介護が社会的な課題となっている。病院救急車で搬送する 63.3%（上り搬送）～ 82.9%（下り搬送）は 75 歳以上の高齢者であった。これらを勘案すれば病院救急車について介護や福祉に関連した多大な意義を認識すべきであろう。斯くして病院救急車は地域の消防本部や諸施設と日常的に連携する意義の大きいことが分かる。急性期病院は地域を俯瞰し多層的な連携・構築に尽力する責務がある。

RDS-2

2040年の高齢者救急と地域医療の再設計
―急性期病院・慢性期病院・在宅医療の新たな役割分担―

国際医療福祉大学大学院　医療福祉経営専攻　医療経営管理分野　教授
高橋　泰

2040 年の地域医療を考える上で最も重要な前提は、高齢者人口の増加ではなく、医療・介護を支える人材が大幅に減少することである。今後の医療提供体制は、現在の延長線上では考えられない。限られた医療人材を、変化する医療需要にどのように再配置するかが最大の課題となる。

新たな地域医療構想では、急性期機能の整理が進められ、急性期病院 A・B という新たな区分が導入された。この制度は病院機能を可視化し、地域における役割分担を進める上で大きな意義を持つ。一方、制度開始時点では急性期病院 A が 626 病院、急性期病院 B が 245 病院となり、特に都市部では急性期機能を担う病院が数多く存在する結果となった。

本講演では、急性期病院 A・B の地域分布、大学病院を含めた医師配置、地域別の医療資源の偏在について分析し、大都市、地方都市、過疎地域を比較しながら、現在の医療人材配置が 2040 年の医療需要と整合しているかを検討する。病院数だけでなく、医師数や医療人材の配置を客観的データに基づいて示し、今後の地域医療の方向性を考察する。

2040 年には、高齢者本人や家族の価値観はさらに多様化し、「最期まで病院で治療を受ける」ことを当然と考える時代ではなくなる。都市部では在宅医療や高齢者住宅等で最期を迎える人が増加し、長期間にわたり医療依存度の高い状態で入院生活を送る高齢者は相対的に減少すると考えられる。高齢者救急の課題は、救急搬送件数の増加だけではなく、人生の最終段階をどこで、どのように過ごすかという地域全体の課題へと変化していく。

このような変化の中で、急性期病院の責務は守備範囲を広げることではない。高度急性期医療を必要とする患者へ医療資源を集中させる一方、急性期機能を集約することによって生み出される医療人材を、在宅医療、訪問看護、地域包括ケア、高齢者施設など地域生活を支える分野へ再配置していくことが求められる。

一方、慢性期病院にも大きな役割の転換が求められる。2040 年に必要とされる慢性期病棟は、単に長期間医療を提供する病棟ではない。生活の場の延長として、本人の価値観や意思を尊重しながら、医療、介護、リハビリテーション、緩和ケアを一体的に提供し、安心して人生の最終段階を過ごせる環境を整えることが期待される。慢性期病棟の使命は縮小するのではなく、「治療中心の病棟」から「生活と尊厳を支える地域医療の拠点」へ進化すると考える。

高齢者救急は急性期病院だけの問題ではない。急性期病院、慢性期病院、在宅医療がそれぞれの役割を明確にし、限られた医療人材を地域全体で最適に活用することによって初めて持続可能な地域医療が実現する。本講演では、地域別の医療資源配置を示す客観的データを基に、2040 年を見据えた地域医療の新たな姿と、その中で急性期病院および慢性期病院が担うべき役割について提言する。

RDS-3

地域の実情を掬い上げ、「治し支える医療」へ

社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院
中尾　浩一

2040 年に向けた新たな地域医療構想では、病床の機能分化・連携にとどまらず、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保までを含め、地域の医療提供体制全体を再構築することが求められている。その目標は、すべての患者が適切な医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、再び日常生活へ戻ることのできる体制を構築することである。「治す医療」と「治し支える医療」の役割を明確にし、地域完結型の医療・介護提供体制を築くことが、これからの病院に求められている。

当院はこれまで救急・高度急性期医療を中心に、地域の最後の砦としての役割を担ってきた。この役割は今後も変わるものではない。一方で、高齢者救急の増加や複合的な医療・介護ニーズの拡大を考えれば、病変を治療するだけでなく、患者がどのような暮らしに戻るのかまでを見据える必要がある。当院が掲げる「不安に応える医療」とは、高度な専門医療を提供するのみならず、患者や家族、地域の医療・介護関係者が抱える不安を受け止め、地域全体で支える仕組みを構築することである。

その基盤となるのが、当院が日常診療の中で培ってきた「生活を診る力」である。当院には 18 名の医療ソーシャルワーカー（MSW）が在籍するが、疾病や治療だけでなく、家族構成、住環境、介護、就労、経済状況などを踏まえた支援を行っている。また、地域でのケアを学んだ C ナースを各病棟に配置し、入院中から退院後の生活を見据えた看護を実践している。さらに、認知症ケア、心不全地域連携、ACP に関する学習活動などを通じて、多職種が患者の価値観や生活背景を共有し、退院後も切れ目なく支える力を高めている。

こうした取り組みは、個々の患者支援にとどまるものではない。患者や家族の言葉になりにくい困難、地域の医療機関や介護施設が抱える課題を丁寧に掬い上げ、地域の実情を可視化する営みでもある。地域医療構想を実効性のあるものにするためには、医療需要や診療実績などのデータだけでなく、現場でしか把握できない生活上の課題や不安を重ね合わせて考えることが重要である。当院が目指すのは、患者を一方向に送り出す連携ではなく、急性期、回復期、在宅、介護を循環的につなぎ、地域全体で支え続ける連携である。すなわち、「地域を点ではなく面で支える」医療連携の実現である。

令和 8 年熊本地震対応においても、医療需要への対応と同時に、生活支援ニーズを把握できたことは、平時から生活を見据えてきた組織文化の表れである。地域の実情を知り、その声を診療と連携の仕組みに反映すること。それこそが、「治す医療」と「治し支える医療」をつなぎ、2040 年に向けた地域医療構想の中で急性期病院が果たすべき役割であろう。

ランチョンセミナー 1

リハ栄養口腔連携と静脈栄養の重要性

◆日　　時：11月19日（木）12:20 ～ 13:10

◆座　　長：橋本　康子　　日本慢性期医療協会　会長

◆演　　者：若林　秀隆　　東京女子医科大学病院　リハビリテーション科　教授

共催：株式会社大塚製薬工場

座長

橋本　康子（はしもと　やすこ）
医療法人社団和風会　理事長
社会福祉法人徳樹会　理事長
社会福祉法人福寿会　理事長
医学博士

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事

在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員
大阪府慢性期医療協会 理事

演者

若林　秀隆（わかばやし　ひでたか）
東京女子医科大学病院　リハビリテーション科　教授

略歴

＜学歴＞

平成 7年	横浜市立大学医学部卒業
平成28年	東京慈恵会医科大学大学院医学研究科臨床疫学研究部修了

＜職歴＞

平成 7年5月～	日本赤十字社医療センター内科研修医
平成 9年5月～	横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
平成10年6月～	横浜市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科
平成12年4月～	横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科
平成15年4月～	済生会横浜市南部病院リハビリテーション科
平成20年4月～	横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科
令和 2年6月～	東京女子医科大学病院リハビリテーション科教授
令和 3年5月	東京女子医科大学大学院医学研究科リハビリテーション科学分野基幹分野長

＜資格・役職＞
Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders：Board member, Associate Editor of the Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle
日本栄養治療学会：理事、代議員、指導医、AWARD 選考委員会委員長、栄養治療リハビリテーション WG 長、学術集会プログラム委員
日本サルコペニア・フレイル学会：理事、広報委員会委員長、編集委員、サルコペニア・フレイル指導士
日本カヘキシア・サルコペニア学会：副代表理事
日本リハビリテーション病院・施設協会：常務理事、医科歯科連携推進委員会委員長
日本臨床栄養学会：理事、評議員、あり方委員
日本リハビリテーション栄養学会：特別会員、代議員、リハ栄養指導士
日本リハビリテーション医学会：代議員、指導医・専門医・認定医、男女共同参画委員

LS1

リハ栄養口腔連携と静脈栄養の重要性

東京女子医科大学病院リハビリテーション科
若林　秀隆

以前はリハ単独で、生活機能の改善や維持に取り組んでいた。しかし、入院関連機能低下の一因に、栄養障害や口腔問題が存在することが明らかとなり、生活機能の改善にはリハだけでなく口腔管理や栄養管理が重要というエビデンスが蓄積された。リハ栄養口腔連携体制加算を算定している病院では、入院中のADL 低下率が低いことや、誤嚥性肺炎で入院初日に禁食だった患者の経口摂取割合が高いことが明らかになった。これらを受けて、2026 年の診療報酬改定では、地域包括医療病棟だけでなく、地域包括ケア病棟でもリハ栄養口腔連携加算の算定が可能となった。
東京女子医科大学病院では、2026 年 1 月より消化器内科を主とした混合病棟でリハ栄養口腔連携体制加算の算定を開始した。2025 年 5 月からリハ栄養口腔連携に関するワーキンググループで月 1 回会議を行い、どの病棟で算定するかと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士の増員の必要性を検討してきた。算定要件にはないが、週 1 回リハ栄養口腔に関わる多職種チームでの回診を行っている。
誤嚥性肺炎患者で禁食の場合、エネルギー摂取量が極めて少ないことが日本の研究で明らかとなっている。しかし、誤嚥性肺炎の高齢患者で急性期のエネルギー摂取量が少ないと嚥下機能がより低下し、カットオフ値は 15.3 kcal/kg/day である。そのため、禁食時には禁忌でない限り、脂肪乳剤とアミノ酸製剤を嚥下機能維持のためにも使用すべきである。

ランチョンセミナー 2

診療報酬改定・新たな地域医療構想から読み解く病院経営に必要な備えと対応策

◆日　　時：11月19日（木）12:20 ～ 13:10

◆演　　者：山口　聡　　HC ナレッジ合同会社　代表社員

共催：株式会社ワイズマン

演者

山口　聡（やまぐち　さとし）

HC ナレッジ合同会社　代表社員

略歴

1997 年 3 月に福岡大学法学部経営法学科を卒業後、出版社の勤務を経て、2008 年 7 月より医業経営コンサルティング会社へ。医業経営コンサルティング会社では医療政策情報の収集・分析業務の他、医療機関をはじめ、医療関連団体や医療周辺企業での医療政策や病院経営に関する講演・研修を行う。2021 年 10 月、HC ナレッジ合同会社を創業。

LS2

診療報酬改定・新たな地域医療構想から読み解く病院経営に必要な備えと対応策

HC ナレッジ合同会社　代表社員
山口　聡

令和 8 年度診療報酬改定は、医療機関の役割分担と連携、地域医療格差の是正を促す内容だったといえる。そして、その内容は 2040 年に向けた新たな地域医療構想の作成に向けた環境整備だったともいえるものだった。地域における医療機関の役割を明確化するとともに、多職種連携の視点、薬局・介護事業者・障害福祉サービス事業者との連携体制の構築がこれから急ピッチで進められていくこととなるだろう。

そうした医療提供体制の在り方が再構築されていく中、健康保険法等の改正が成立し、骨太の方針 2026 が策定されている。新たな地域医療構想を推進していくことが明記されているその一方で、現役世代の保険料率軽減を意識した給付と負担の見直しの他、長期処方・リフィル処方の推進、地域フォーミュラリの全国展開といった医療費適正化策も盛り込まれたところだ。

令和 8 年度診療報酬改定の影響について確認しながら、新たな地域医療構想や骨太の方針 2026 が示す考えられる今後の展開を押さえ、病院経営の観点で今から備えておきたい対応策などを提示したい。

ランチョンセミナー 3

ガイドラインから実臨床まで BPSD の標準的治療を考える ～承認後 2 年でレキサルティはどのように位置づけられたか～

◆日　　時：11月20日（金）12:30 ～ 13:20

◆座　　長：橋本　康子　　医療法人社団和風会　理事長/社会福祉法人徳樹会　理事長/社会福祉法人福寿会　理事長/医学博士

◆演　　者：中村　祐　　香川大学医学部　精神神経医学講座　教授

共催：大塚製薬株式会社

座長

橋本　康子（はしもと　やすこ）

医療法人社団和風会　理事長
社会福祉法人徳樹会　理事長
社会福祉法人福寿会　理事長
医学博士

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員

日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員
大阪府慢性期医療協会 理事

演者

中村　祐（なかむら　ゆう）

香川大学医学部　精神神経医学講座　教授

略歴

1986年	大阪大学医学部　卒業
2001年　2005年	スウェーデンカロリンスカ研究所　老年医学講座　客員教授 香川大学医学部　精神神経医学講座　教授
2011年	香川県認知症疾患医療センター長　併任
2022年	香川大学医学部・臨床心理学科・教授　兼任

所属学会・委員等
日本認知症ケア学会（理事）
日本老年精神医学会（理事）
「認知症の人と家族の会」香川県支部世話人（代議員）　ほか

LS3

ガイドラインから実臨床までBPSDの標準的治療を考える ～承認後2年でレキサルティはどのように位置づけられたか～

香川大学医学部　精神神経医学講座　教授
中村　祐

認知症に伴う行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）は、患者本人の生活機能やQOLを低下させるのみならず、介護負担の増大や施設入所の早期化にもつながる重要な課題である。BPSDに対しては非薬物的介入が基本とされる一方、患者本人や周囲の安全確保が必要な場合には薬物療法が重要な役割を担う。

米国ではBPSDに対して非定型抗精神病薬が適応外使用されてきたが、2005年のFDAによる安全性警告を契機に、その有効性と安全性が改めて注目された。我が国ではJ-CATIA研究が実施され、抗精神病薬投与による明確な死亡リスク増加は認められなかったものの、投与初期の慎重な観察および適正使用の重要性が示された。

その後、日本人アルツハイマー型認知症患者のアジテーションを対象としたブレクスピプラゾールの臨床試験が実施され、2024年には「アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動または攻撃的言動」の適応が追加された。さらに、「かかりつけ医・認知症サポート医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第3版）」では、最新のエビデンスとエキスパートコンセンサスに基づき、ブレクスピプラゾールを含む向精神薬の位置づけや使用アルゴリズムが整理されている。また『認知症疾患診療ガイドライン2026』では、BPSDに対する薬物療法について、原因疾患や症状特性を踏まえた適応判断、リスク・ベネフィット評価、および多職種連携のもとでの適正使用の重要性が示されている。

本講演では、アジテーションの定義と病態生理、高齢者薬物療法の留意点を概説するとともに、J-CATIA研究およびブレクスピプラゾールの臨床試験成績を踏まえ、最新ガイドラインに基づくBPSD薬物療法の適正使用と実践的活用について解説する。

ランチョンセミナー 4

クラウドネイティブと AI で、地域の医療を残す ～726 床の理事長が描く持続可能な慢性期医療～

◆日　　時：11月20日（金）12:30 ～ 13:20

◆座　　長：纓田　和隆　　株式会社ヘンリー　執行役員/病院共創本部長

◆演　　者：重冨　雄哉　　医療法人　光輝会　理事長

◆ファシリテーター：逆瀬川　光人　　株式会社ヘンリー　代表取締役　CEO

共催：株式会社ヘンリー

座長

纓田　和隆（おだ　かずたか）

株式会社ヘンリー　執行役員/病院共創本部長

略歴

株式会社ニューズピックス（現：株式会社ユーザベース）にて広告事業・コンサルティング事業の立ち上げを牽引後、新規事業開発部門の本部長を歴任。2024 年 3 月、株式会社ヘンリーに入社。市場開発室長および導入部長を兼務し、病院向けコミュニティイベントの立ち上げや導入組織の体系化を推進。2025 年 11 月より営業本部長に就任し、2026 年 7 月より執行役員/病院共創本部長。

演者

重冨　雄哉（しげとみ　ゆうや）

医療法人　光輝会　理事長

略歴

1981 年 9 月 25 日生。2006 年愛知医科大学卒業。浜松医科大学附属病院で臨床初期研修を修了後、社会医療法人石州会六日市病院（島根県）に勤務し、総合診療医として救急医療、訪問診療、在宅看取り、病院運営、医学生・研修医教育に従事した。2019 年より医療法人光輝会理事長、2023 年より医療法人香流会紘仁病院理事長（兼任）。山口県では病棟診療、外来診療、健診、訪問診療、施設嘱託医を担い、認知症サポート医として行政広報誌への寄稿や山口大学医学部非常勤講師として地域医療・医療政策の教育にも携わる。愛知県では精神科病院の経営と精神科医療、身体合併症対応、老人ホームへの訪問診療に取り組む。日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、総合診療特任指導医。愛知県精神病院協会理事、島根大学臨床研修医指導医講習会講師、山口 PTLS 主催など、地域医療と医学教育の発展に尽力している。

ファシリテーター

逆瀬川　光人（さかせがわ　あきと）

株式会社ヘンリー　代表取締役　CEO

略歴

楽天で楽天 PointClub の PM など、10 個以上のサービス・アプリの立ち上げと BizDev を経験。その後、上場前後のウォンテッドリーでは新規事業室長を経て、ヘンリーを創業。
クリニックの事務長や慶應義塾大学病院眼科学・研究員を歴任し、未経験から医療現場や臨床を学ぶ。現在は、中小病院の皆さまと地域医療の理想を実現するために、会社全体の経営に従事。

LS4-1

クラウドネイティブとAIで、地域の医療を残す ～726床の理事長が描く持続可能な慢性期医療～

医療法人　光輝会　理事長
重冨　雄哉

「この地域の医療は、一度なくなったらもう始められない」―医療法人光輝会の挑戦は、この危機感から始まった。光輝会が位置する山口県柳井医療圏では、今後十数年で生産年齢人口が約 4 割減少すると予測され、急性期や介護の担い手も不足している。生まれた土地への恩返しを原点に、光輝会は最大 1,200 床から、介護医療院と医療療養病床を中心とする 726 床の体制へと再編を重ね、持続可能な医療のかたちを模索してきた。

限られた人員で医療を残すために選んだのが、クラウドネイティブ型電子カルテである。システム専任者のいない体制でオンプレミスを抱える経営リスクから脱し、光輝病院は紙カルテから AI/クラウドネイティブ型電子カルテ・レセコンシステム「Henry」へ移行した。稼働直後から、現場には確かな変化が生まれている。スターリンク（衛星通信）で離島の診療所と病院をひとつのカルテでつなぎ、電子カルテの中で AI を活用する。在宅でのレセプト業務など、働き方の選択肢も広がりつつある。

本講演では、経営者同士の対話を通じて、変わり続けることを選んだ先駆者の実践と、国の医療 DX 政策の方向と現場のニーズが一致していた事実をひもとく。さらに、DX の実践が制度にもたらす可能性にも触れつつ、この基盤の上で描く持続可能な慢性期医療を語る。同じ課題を抱える全国の病院にとって、一歩を踏み出すきっかけとなれば幸いである。

1-1　看護①

死後のシャワー浴に対する看護職員の捉え方と関連要因の調査

栃木県・宇都宮中央病院

きよかわ　あけみ
○清川　明美（看護師）、山中　由貴

【はじめに】

A 病院 B 病棟は急性期病院から転院し長期療養を必要とする患者の看護の役割を担っている。療型療養病棟である。B 病棟の死亡退院率は令和 83.7%（令和 6 年度）と高く、エンゼルケアに携わる機会が多い病棟である。終末期ケアの関わりの 1 つに入浴ケアがある。入浴ケアは身体的負担が大きいため入浴ケアが出来ないまま退院する患者が多く占めている。B 病棟では死後のシャワー浴を可能な限り行なっている。先行研究は主に家族の心理的効果や文化的文脈・ケアの意義などに焦点が当てられており、介護保険施設や緩和ケア病棟等での報告されている。そのため慢性期・医療型療養病棟においての死後のシャワー浴の看護職員の捉え方が十分に明らかにされていない。そこで看護職員のシャワー浴の捉え方と関連要因を明らかにすることを目的として本研究に取り組んだ。

【研究目的】
A 病院 B 病棟看護職員の死後のシャワー浴に対する捉え方と関連要因を明らかにする。
【研究方法】
B 病棟看護職員を対象として無記名自記入質問紙調査を実施した。FATCOD Form B-J の項目を得点化。得点を中央値で 2 群に分類し、高得点群と低得点群に分類し比較した。
【結果】
基本属性と FATCOD Form B-J 高群・低群との関連を X^2 検定で検討した結果、有意差はなかった。FATCOD Form B-J 下位尺度 I（死にゆく患者への前向きさ）及び下位尺度 II（患者・家族を中心とするケアの認識）とシャワー浴経験の有無との関連をマン・ホイットニー U 検定で検討した結果、有意差が認められなかった。一方、死後のシャワー浴の重要性の有無と FATCOD Form B-J の下位尺度との関連では有意差が認められた。（$P=0.017$）（$P<0.05$）
【考察】
シャワー浴の経験の有無に関わらず 58.6% が死後のシャワー浴を「重要」と捉えていた。FATCOD Form B-J 得点の高群と低群の比較から FATCOD Form B-J 得点に有意差は認められなかったが、死後のシャワー浴の重要の有無では有意差（$P=0.012$）が認められた。B 病棟は在院日数が長く、ケアを通して多くの時間を患者や家族とすごしている。そして、終末期ケアに対する思いを傾聴し患者やその家族と共有できる環境があると考える。そのため FATCOD Form B-J 下位尺度 I「死にゆく患者への前向きさ」や FATCOD Form B-J 下位尺度 II「患者・家族中心とするケアの認識」でシャワー浴経験の有無に関連は認められなかった。一方、シャワー浴の重要の有無との関連には有意差が認められた。それは「その人らしい姿で送りたい」、「最後の時間を大切にするケア」が重要であり、基本属性やシャワー浴の経験有無よりも、終末期ケアに対する個人の価値観や態度と関連していると考える。死後のシャワー浴は実施体制や時間的制約など課題も多く、看護職員で捉え方に差がみられる。今後は療養病棟における終末期ケアの在り方や死後のシャワー浴に対する価値観を看護職員間で共有しながら継続した対話や検討を重ねていく必要があると考える。
【結論】
1、看護職員は死後のシャワー浴を重要なケアと捉えていた。
2、シャワー浴の重要性に関して FATCOD Form B-J 下位尺度 I「死にゆ　く患者への前向きな態度」や下位尺度 II「患者・家族中心とするケアの認識」の関連が示唆された

1-2　看護①

胃瘻造設患者に対する術前訪問の導入

静岡県・静岡徳洲会病院

○大場（おおば）　有紀子（ゆきこ）（看護師）

【背景】当院では 2024 年に 32 件の胃瘻造設術が実施されたが、これまで術前訪問は行われていなかった。そのため、病棟からの申し送り時に必要書類や情報の不備がみられ、確認や検査開始までに時間を要する事例があった。

【目的】胃瘻造設術の術前訪問を導入し、患者情報および必要書類の事前確認を行うことで、安全かつ円滑な周手術期管理ができる。

【方法】術前訪問運用マニュアルおよびチェックリストを作成した。術前訪問では、全身状態や既往歴、内服薬、必要書類の確認を行うとともに、患者・家族への説明や不安の傾聴を行った。また、病診連携室および外来と協力し、患者情報を共有し、体制整備を行った。

【結果】術前訪問を実施することで、術前に患者情報や必要書類の確認が可能となり、入室時の対応が円滑となった。また、患者・家族と術前から関わる機会が増え、術前に不安を受けとめ、対応しやすくなった。さらに、運用マニュアルおよびチェックリストを活用することで、看護師間で統一した術前訪問を実施できるようになった。術前訪問導入後は、書類不備に関するインシデントは 0 件となった。

【考察】術前訪問を導入したことで、患者情報や必要書類が整い、安全な周手術期管理につながったと考える。また、患者・家族と術前から同じ職員が関わることにより、不安の軽減や安心感につながった。看護師にとっても、より患者の把握がしやすくなり、病棟看護師との情報共有がしやすくなった。

【課題と展望】入院中に胃瘻造設が決定した患者では、家族同席下での術前訪問が困難な場合もあり、意思疎通が難しい症例などへの支援体制の構築が今後の課題である。

【結論】胃瘻造設術前訪問の導入は、患者情報や必要書類の事前確認につながり、安全かつ円滑な周手術期管理に有用であった。また、患者・家族と術前から関わることで、不安軽減や安心感の向上に寄与した。今後も多職種連携を強化し、家族支援を含めた術前訪問体制を整備していく必要がある。

1-3　看護①

長期療養患者に対する経管栄養1日2回注入導入の効果―患者負担軽減と身体的拘束最小化の検討―

島根県・出雲市立総合医療センター

○土江（つちえ）　瞳（ひとみ）（看護師）、佐藤　秀一、永瀬　里佳、角　順子、錦織　五十鈴

【目的】当院は療養病棟を有する、199床のケアミックス型病院である。療養病棟では経管栄養患者の平均在院期間が4年と長く、多くの患者が長期療養生活を送っている。従来は栄養状態の維持を目的として濃厚流動食を用いた1日3回注入を実施していたが、注入間隔が短く、患者は注入や体位保持の影響を受けていた。長期療養患者のQOL向上を目指し、高濃度PHGG（グアーガム分解物）含有流動食を用いた1日2回注入を導入し、その有用性を検討した。

【方法】療養病棟に入院する経管栄養患者を対象とした。対象者は19名（胃瘻11名、経鼻胃管8名）で、平均年齢79歳、平均在院期間4年であった。導入にあたっては内科医が全身状態および医学的安全性を評価し、適応を判断した。令和7年1月より6名で試験導入を開始し、同年2月には対象者を19名へ拡大した。従来の1日3回注入（6時30分、11時30分、17時）から高濃度PHGG含有流動食による1日2回注入（7時30分、16時30分）へ変更し、水分先行投与を併用した。導入後、看護師16名を対象にアンケート調査を実施し、患者への影響や運用面について評価した。また、身体状況および安全性について経過観察を行った。

【結果】導入前には、スタッフや家族から従来の投与方法からの切り替えに不安の声が聞かれた。しかし導入後、体調悪化や栄養管理上の問題は認めず、意思表示が可能な患者1名からは、「空腹感はない」との発言も得られた。看護師アンケートでは、患者への影響について「良い」が5名、「変化なし」が11名、「悪化した」は0名であった。発熱、嘔吐、下痢などの有害事象の増加は認めなかった。また、1日2回注入への変更により注入間隔が延長され、同一体位保持時間の短縮が可能となった。

さらに、従来は日勤開始直後に実施していた経鼻胃管交換を、昼間の注入が不要となったことで午後に実施できるようになった。経鼻胃管患者1例では、自己抜去リスクを考慮しミトンを装着していたが、拘束時間の段階的短縮を経て最終的に身体拘束解除に至った。解除後に自己抜去を1回認めたが、身体拘束の再開には至らなかった。

【考察】1日2回注入は安全性を維持しながら注入間隔を延長でき、患者の身体的負担軽減や安楽の向上につながった可能性がある。また、同一体位保持時間の短縮は患者の苦痛軽減につながる可能性があり、褥瘡予防の観点からも有用であると考えられた。

さらに、経鼻胃管交換時間の変更により、経鼻胃管交換後のレントゲン確認を医師へ依頼しやすくなった。これにより、看護師の患者による自己抜去に対する不安軽減につながり、身体的拘束最小化を実践しやすい環境整備に寄与した可能性がある。また、自己抜去を認めた症例においても身体拘束の再開には至らなかったことから、安全に身体的拘束最小化を進められる可能性が示唆された。

導入に際しては「食事は1日3回が当然である」という固定概念に基づく意見もみられたが、十分な説明と日頃からの信頼関係により理解を得ることができた。長期療養患者における栄養管理方法の変更には、患者・家族への説明と合意形成が重要であると考えられる。また、多職種による安全性評価と連携は、本取り組みを円滑に進めるうえで重要な要因であったと考える。

【結論】1日2回注入は、安全性を確保しながら患者負担を軽減し、身体的拘束最小化にも寄与する可能性が示された。長期療養患者のQOL向上および身体的拘束最小化に資する栄養管理方法の一つとして有用性が示唆された。

1-4　看護①

人生最終段階において家族との対話を通じ、生き方を再考するに至った一時例

北海道・花川病院

○岩本（いわもと）　真耶（まや）（看護師）、高間　聖恵

【はじめに】

99歳と超高齢者である患者が、脳血管障害に罹患し、嚥下機能低下を有した。回復期病棟に転院後、経口摂取再開へ向け訓練を実施したが、嚥下機能の改善は認めず、お楽しみ程度の摂食＋鼻腔からの経管栄養を併用していた。ACPの視点で本人・ご家族と対話を重ね、看護師を中心とした多職種チームで意思決定を支援した結果、本人が今後の生き方について自己決定に至った事例を報告する。

【事例紹介】

患者：A氏、99歳、女性

入院期間：令和x年11月～4月

家族構成：夫（100歳代）、長女、長女孫の4人暮らし。市内に次女がいる。

病名：小脳梗塞、延髄梗塞

背景：家族の関係性は良好で発症前はADL自立。

発症後より小脳性運動失調、嚥下障害、構音障害認め、経鼻胃管留置、ADL全介助な状態であった。認知面、理解力は良好。元々、胃瘻を含む延命的医療に否定的な意向があった。

趣味：新聞、雑誌を読むこと。ご家族間で月1回の絵手紙を作成し送ること。

【経過】

入院時から全身筋力、嚥下機能低下著しく、VF実施し完全側臥位にてST訓練開始。疲労が強く食事量に変動あり、食間中も随時吸引が必要な状態であった。次第にA氏から「食べ物を飲み込むのが辛い」と表出されるようになる。食事継続は厳しいと判断し、今後の療養方針として、経鼻胃管継続、胃瘻造設、補液中心の療養、そして可能な範囲で食べられるものを口にすることをA氏、家族へ提示した。A氏は、「もうこの歳になって何もしたくない。ゆっくり死んでいきたい」と話された。長女からは、「母は元々、胃瘻は嫌だと言っていた。家族としては意思疎通できるし、何もせず見守ることには後悔が残る」と。双方の思いを、別々に聞き取った。その後A氏と関わる中で、これまでの人生のことを話してくれた。「充分生きた。やり残した事はなく、このままゆっくり自然に任せて構わない。ただ家族が良くしてくれるから、この気持ちを言い出しにくい」と話される。そこで看護師が橋渡し役となり、A氏の想いを伝えたが、家族はA氏の意思は受け入れがたい様子であった。時間をかけてA氏とご家族が対話できる場を設け、再度A氏に情報提供をした上で想いを確認する。A氏「今は元気に家族と会話できることが嬉しい。家族はたくさん支えてくれる。やっぱり100歳を目指して頑張りたいと感じた。胃瘻を造ろうと思う」と自己決定し、胃瘻造設へ踏み出すことができた。胃瘻造設後に後悔は残っていないか確認したが「後悔はありません」と笑顔でお話しされた。

【結果】

A氏は当初「自然に任せたい」と話していたが、家族との対話や医療従事者からの継続的な支援を通じて「100歳を目指して頑張りたい」と気持ちが変化した。最終的に胃瘻造設を選択し、造設後も「後悔はない」と発言された。家族も本人の意思決定を受け入れることができた。

【考察】

本人の意思は固定されたものではなく、大切な人との対話において変化し得る。ACPは事前に意思決定すること自体ではなく、本人・家族・医療者が繰り返し対話を重ねるプロセスである。本症例では、当初は延命的医療を望まない意向を示していたが、家族との対話を通じて、生きることへの意欲や、家族とのつながりを大切にしたいという思いが明確となり、胃瘻造設という選択に至った。意思決定支援では、その時々の価値観や思いの変化を捉えながらその過程を支援することの重要性が示唆された。

1-5　看護①

一般輸液における血管外漏出予防を目的としたフローチャート活用の効果

鹿児島県・国分中央病院

○鬼塚（おにつか）　杏奈（あんな）（看護師）、浜田　菜奈

〈はじめに〉

一般輸液における血管外漏出は、患者に疼痛や精神的苦痛を与えるだけでなく薬剤の種類によっては皮膚潰瘍や組織壊死などの重大な合併症を引き起こし、治癒の遅延やQOLの低下を招く恐れがある。そのため血管外漏出の早期発見、及び発生時の初期対応は重要になっていないことが課題となっている。そこで看護師に血管外漏出の知識、技術発見時の初期対応等アンケート調査を行い、現状を踏まえ、看護師が迅速かつ一貫した初期対応ができるフローチャートを作成しその結果をここにまとめた。

〈方法〉

病院看護師20名を対象に血管外漏出発見時の対応方法等や困っていることなど事前を実施。その結果をもとに現場で活用しやすい血管外漏出発見時のフローチャートを作成し、スタッフへ周知・活用を促した。また、血管外漏出発生時には患部の経時的変化の観察を行いやすいように写真記録を行った。その後フローチャート使用後のアンケートを実施し、スタッフの対応に対する意識変化についても比較を行った。

〈結果〉

事前アンケートでは血管外漏出発見時の初期対応で特に発見時に5～10mlシリンジで薬品を吸引する事、クーリングを行う事への理解が看護師間でばらつきがみられた。フローチャート導入後はフローチャートを使用して初期対応を行う事ができた、対応方法の振り返りができ今後も使用していきたいという声が多くあがった。また、血管外漏出発見時に写真に収めることで症状の経過を発見した看護師以外も理解でき看護記録に症状の経過を記録することで、客観的に把握する事が可能となり経過観察の質の向上に繋がった。

〈考察〉

フローチャートの導入により、血管外漏出時の対応手順が明確化され、スタッフ間での対応の統一化が図られたことが対応力向上に繋がったと考えられる。一方で、発見時に対応方法をすぐに確認できない時にはシリンジの使用を忘れるなどがみられ、対応時の方法に個人差が出ることが分かった。今後はフローチャートの掲示方法の工夫、看護記録に症状の観察を記入し経過観察を行っていく必要がある。また、写真記録の活用は視覚的に経過を把握出来る為、症状の評価の客観性を高め、より適切な観察・判断になると考えられる。

〈結論〉

本研究では血管外漏出対応フローチャートを導入した結果、対応の標準化が進み、初期対応の遅れが減少した。これにより重症化リスクの低減が示唆され、また本ツールは新人や中途採用者の教育支援としても有用であり、継続的な活用が望まれる。今後の全病棟への周知徹底が期待される。

1-6　看護①

終末期高齢患者における経口摂取中止に至るプロセスの検討―診療録の質的帰納的分析―

山口県・光市立大和総合病院

○村上（むらかみ）　由美（ゆみ）（看護師）

【背景】

高齢化の進展に伴い、終末期高齢患者への食支援は慢性期医療における重要な課題となっている。終末期の食支援では、本人の希望を尊重しながら安全性との均衡を図ることや、多職種による包括的評価、意思決定支援の重要性が示されている。しかし、経口摂取継続が困難となった後、何を契機として継続可否が検討され、どのような支援や評価を経て経口摂取中止に至るのか、そのプロセスや判断過程については十分に明らかにされていない。

【目的】

終末期高齢患者において経口摂取中止に至るプロセスを明らかにする。

【方法】

療養病棟である A 病棟において、診療録から経口摂取中止に至った経過を追跡できる 65 歳以上の患者 10 名を対象とした後方視的診療録調査を実施した。診療録から経口摂取の継続及び中止に関連する記述を抽出し、質的帰納的分析を行った。また、症例ごとに経時的経過を整理し、経口摂取継続方針の見直しや中止判断につながる状態変化・出来事を転換点として抽出した。さらに、転換点前後の経過を症例横断的に比較し、経口摂取中止に至る共通プロセスを分析した。

【結果】

対象は平均年齢 87.2 歳、男性 3 名、女性 7 名であった。経口摂取中止に至る転換点の特徴として、【嚥下機能低下】4 例、【全身状態悪化】3 例、【気道防御機能低下】2 例、【誤嚥リスク増大】1 例が抽出された。経口摂取中止に至る共通プロセスについては、転換点以前から食事形態調整や食事介助、輸液併用、吸引などの支援が行われていた。転換点出現後も直ちに経口摂取中止とはならず、専門的評価や本人の意向の確認を行いながら継続可否が検討されていた。その後、肺炎精査や輸液管理、頻回吸引などの全身管理が行われ、経口摂取中止に至っていた。また、嚥下機能低下後も継続可否が検討されていた症例や、本人の食思が認められていても、安全確保や全身管理を優先し経口摂取中止に至った症例がみられた。

【考察及び結論】

本研究では、経口摂取中止の判断は嚥下機能のみを根拠として行われるものではなく、全身状態や本人の意向、安全性などを含めた包括的評価のもとで行われていた可能性が示唆された。また、終末期においても可能な限り経口摂取継続を模索する支援が行われていた一方、安全確保や全身管理を優先すべき状況では、経口摂取中止が選択されていた。以上より、食べることが本人にとって利益となるのか、あるいは負担や不利益となるのかという視点が、経口摂取継続の可否を判断する際の重要な判断基盤であったと考えられた。

1-7　看護①

看護スタッフ主導の日中離床促進プログラムが患者の離床時間および食事量に与える影響

1 群馬県・内田病院、2 H&Mサービス

○武井（たけい）　美幸（みゆき）（看護師）[1]、角田　知暁[1]、小此木　直人[1]、藤井　直美[1]、吉田　大樹[1]、井上　宏貴[1,2]、
田中　志子[1]

【目的】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）において、看護スタッフが主導する日中離床促進プログラムが患者の日中離床時間および食事摂取量に与える効果を検証する。Takahashi らは高齢者において離床時間が 6 時間以上の群では経口摂取機能（FOIS）が有意に高いことを示しており、十分な離床時間の確保が経口摂取の維持・改善に寄与する可能性を報告している。しかし回リハ病棟において組織的な日中離床支援の効果を検証した研究は十分でなく、本研究を通じてそのエビデンスを構築することは廃用症候群の予防および摂食・栄養状態の改善に向けた実践の充実に資すると考える。

【方法】

対象は当院回リハ病棟（50 床）の入院患者のうち離床許可が出ている者とした。本研究は同一患者を追跡する縦断研究ではなく、プログラム導入前の病棟在院患者（2026 年 1 月 20 日時点：47 名）とプログラム実施後の在院患者（2026 年 5 月 7 日時点：42 名）をそれぞれ独立した集団として比較する横断研究である。介入期間は 2026 年 2 月～4 月の 3 か月間とし、午前（9：00～11：30）および午後（14：00～16：30）の時間帯を中心に、看護スタッフが主体となってデイルームおよびステーション前での見守りと活動提供を組織的に実施した。評価指標は日中離床時間（分）、食事摂取割合（主食・副食の朝昼夕各 0～10 割）、食形態、基本属性として FIM 運動小計・合計、年齢とした。FIM は評価日に最も近い測定値を使用し、統計解析には Mann-Whitney U 検定および 対応のない t 検定（正規性を Shapiro-Wilk 検定で確認）を用い、有意水準は 5% とした。

【結果】

介入前後で年齢（1 月：86.3 ± 6.8 歳、5 月：85.0 ± 8.7 歳、p = 0.47）および FIM 運動小計（45.6 ± 21.1　vs.　49.6 ± 22.6、p = 0.45）に有意差はなく、両群の患者背景は概ね同等であった。

日中離床時間は介入前（1 月）の平均 4.5 時間から、介入後（5 月）には平均 6.4 ± 2.6 時間（中央値 6.8 時間）へと延長し、42 名中 26 名（61.9%）が 6 時間以上の離床を達成した。

食事摂取割合は、主食・副食の朝夕 6 項目をみると介入前後で全体平均 7.5 ± 3.0 割から 8.1 ± 2.6 割へと改善傾向を認めたが、有意差が確認されたのは副食（夕）のみであった（p = 0.033）。食形態については、常食の割合が 10.6%（5/47 名）から 19.0%（8/42 名）へと増加し、ミキサー食は 6.4% から 2.4% へと減少した。

【結論】

看護スタッフ主導の日中離床促進プログラムの実施後、離床時間は平均 4.5 時間から 6.4 時間へ延長し、62% の患者が 6 時間以上の離床を達成するとともに、食形態の改善傾向が確認された。本プログラムは回リハ病棟における廃用症候群の予防と摂食機能の維持に寄与する可能性があり、組織的な離床を推進する根拠となり得る。なお本研究は、プログラム導入前後の病棟在院患者を独立した集団として比較した横断研究であり、患者構成の違いが結果に影響した可能性は否定できない。同一患者による縦断的評価は今後の課題であるが、本知見は回リハ病棟における組織的離床プログラムの有用性を示す基礎的エビデンスとなる可能性が示唆された。

2-1　看護②

回復期リハビリテーション病棟における退院支援カンファレンスへの患者意向の反映

静岡県・掛川東病院

○髙塚（たかつか）　惠介（けいすけ）（看護師）

I. 目的

回復期リハビリテーション病棟の退院支援カンファレンスでは、多職種が協働して退院後の方針を検討するが、患者本人の意思が反映されず、家族や医療者の意向が優先される場面が多い。特に認知症患者は意思決定能力が不十分と見なされやすい。しかし、厚生労働省（2025)『認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版)』では、症状にかかわらず本人には意思があることを前提に支援し、残存能力を引き出す重要性を強調している. 本研究の目的は、看護師がカンファレンス前に患者の意向を意図的に確認し、多職種へ共有する仕組みを導入することで、患者意向の反映状況と看護師の役割認識の変化を明らかにすることである。

II. 方法

A 病棟における前後比較型の介入研究であり、2025 年 5 月 1 日から 7 月 31 日に退院支援カンファレンスを実施した患者 87 名と担当看護師 10 名を対象とした。看護師はカンファレンス前日までに患者本人へ、①退院後の希望場所、②退院後にできるようになりたいこと、③退院後の生活の不安、④医療者への伝達事項の 4 項目を聞き取り、カンファレンスシートに記録・提示し、当日口頭で共有とした。意向確認は、月 1 回の IC（インフォームド・コンセント）に合わせ定期的に実施した。

対象者へ研究目的を説明し同意を得たうえで匿名化データを使用し、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

対象患者 87 名は平均年齢 81.7 歳（中央値 83)、男性 32 名（36.8%)、女性 55 名（63.2%)。主疾患は整形外科疾患 53 例(60.9%)、脳血管疾患 29 例(33.3%)、廃用症候群 5 例(5.7%)。カンファレンス 161 件中、意向確認 81 件(50.3%)、提示 70 件（43.5%)。退院前カンファレンス 52 件を除いた 109 件では意向確認 78 件（71.6%)、提示 68 件（62.4%)。MMSE23 点以下の患者に関する 40 件では 24 件（60.0%）で意向確認が可能であった。退院希望は自宅 79 例（90.8%）であったが、実際の退院先は自宅 50 例（57.5%)、施設 35 例（40.2%）で、整合率は 65.5% であった。

看護師アンケートでは、介入後に意向確認・共有・記録反映の実施率が向上し、自由記述から「患者と家族の意向の相違によるジレンマ」「意向確認による関係深化」「認知症患者への対応と限界」「役割認識」「継続・定着のための課題と工夫」の 5 テーマが抽出された。

IV. 考察

本研究では、看護師による意向確認の導入は、退院支援プロセスにおける患者意向の反映を促進し、患者中心の支援に寄与したといえる。MMSE23 点以下の患者でも 6 割で意向確認ができたことは、認知機能低下があっても支援次第で意思表出が可能であることを示した。一方で、希望と実際の退院先の乖離は，患者や家族が生活能力や介護負担を再評価し、現実的な選択を行った結果とも考えられ、単なる不一致ではなく合意形成の過程として捉える必要がある。また、看護師が「患者の声を多職種に翻訳する」「代弁者として発言する」役割を担っていたことは、退院支援におけるコーディネーターとしての専門性を示唆した。

V. 結論

看護師による患者意向の事前確認と提示は、退院支援カンファレンスの患者中心性を高める実践的手段として有効であり、認知症患者を含む多様な対象への適用可能性が示された。今後は、聞き取り方法の標準化と教育体制の整備を進め、看護師が「患者とチームをつなぐコーディネーター」としての専門性をさらに発展させることが期待される。

2-2　看護②

急変時看取りマニュアル整備によるスタッフの心理反応～ストレス緩和及びマニュアル化の有効性～

岡山県・柴田病院

○田中（たなか）　千夏（ちなつ）（介護福祉士）、小野　智子、おの　ともこ

＜はじめに＞

当院は高齢者に特化した介護医療型療養施設であり、急変時や看取りの場面に直面する機会が多い。そのため、病棟スタッフには迅速かつ適切な対応が求められているが、経験年数や個人の判断に依存しやすく、対応のばらつきや精神的負担が課題となってくる。そこで、急変時から看取りに至るまでの対応を円滑に行うことを目的として病棟スタッフへのアンケート調査を実施。その結果を基にチェックシートを作成し、活用前後のアンケート結果を比較しその有効性について検討した。

＜研究期間＞

2025年6月～12月

＜研究方法＞

・急変時及び看取り対応に関するアンケート調査

・課題の抽出と対策検討・チェックシートの作成と実施

10月チェックシートを使用した勉強会。

11月全館にチェックシート配布し実施依頼

・実施後アンケート調査

＜倫理的配慮＞

知り得た情報は、今回の調査目的以外には使用せず、責任をもって処理することを書面にて同意を得た。

＜結果＞

勤続3年未満の職員は、当院での急変時及び看取りマニュアルの存在を知らないという意見が多く、3年以上の勤務年数の職員は存在を知っていても十分に活用できていなかった。

急変時から看取りまでのマニュアルをコンパクト化し、チェックシートタイプのサンプル（以後チェックシートとする）を作成。

実際に使用した職員から、肯定的な意見が得られ、チェックシートは必要であり、ストレス緩和に繋がったという回答を得た。

＜考察＞急変時及び看取りにおける対応の標準化を目的としてチェックシートを作成・導入した。その結果、6週間という短い時間では十分な定着・活用には至らなかったものの、アンケート調査によりスタッフが抱えるストレスを可視化できた点は大きな意義があった。

急変時から看取りに至る過程では、判断の迷いや役割分担の不確定さ、精神的負担など多様なストレスが生じていることが明らかとなった。チェックシートはこれらのストレスを根本的に解消するものではないが、対応手順を整理し落ち着いて業務を遂行するための1つの手段として有効であった。しかし、チェックシートの活用状況には個人差があり、短期間では十分な定着が得られなかったことが課題としてあげられる。今後は、チェックシートの見直しや継続的な周知、振り返りの機会を設けることで、より実践的で定着した活用に繋げていく必要がある。

＜おわりに＞

6週間という短期間では十分な活用・定着には至らなかったが、業務を整理し落ち着いてできたという意見が得られ一定の有効性が示唆された。しかし、急変時及び看取りに伴うストレスは多様であり、チェックシートのみでは根本的なストレス緩和には限界があることも明らかとなった。今後は、チェックシートの継続的な活用に加え、定期的な振り返りやスタッフ間での情報共有・精神的サポート体制など多面的な支援が必要であると考える。今回の研究を通して病棟スタッフが誰でも同じ対応を行える環境づくりと、安心して急変・看取りに関われる体制構築の重要性が示唆され、今後も、現場の声を反映しながら、より実践的で継続可能な取り組みへとつなげていきたい。

＜参考文献＞

丹下幸子：患者の急変場面における看護師の感情第1．2

2-3　看護②

浴槽入浴を実現するための環境整備～安全で快適な入浴環境づくりへの取り組み～

静岡県・静岡徳洲会病院

○岡本（おかもと）　珠里奈（じゅりな）（看護助手）

目的

入浴は患者にとって清潔保持だけではなく、リラックスや入院生活の質（QOL）向上につながる重要な日常生活動作である。しかし、ADL が低下した患者や整形外科術後の患者は、浴槽の出入りが困難なためシャワーで対応することも少なくない。当病棟は外科、整形外科患者が入院している。とくに整形外科患者は術式によって浴槽の出入りが困難で、転倒リスクが高い患者が多い。そのため入浴環境を整備し、安全かつ快適な入浴の実現を目的とした。

方法

浴室環境の見直しとして、浴室出入口の階段をスロープへ変更した。また、患者の身体機能に応じて浴室の出入りを支援できるよう、リハビリテーションスタッフへ相談し、浴槽手すり、足台、浴槽内と洗い場に滑り止めマットの福祉用具を設置した。さらに、病棟スタッフ対象にリハビリテーションスタッフによる勉強会を開催し、福祉用具の適切な使用方法や注意点、整形外科術後の患者の身体機能の特徴、脱臼や転倒リスクについて学んだ。

結果

入浴環境を整えたことにより、これまで浴槽の入浴が困難であった患者が安全に浴槽への出入りができるようになった。また浴槽入口の階段をスロープにしたことで、患者および介護者双方の負担が軽減した。浴槽入浴が可能となったことでシャワー浴を拒否していた患者が積極的に入浴するようになり、患者満足度向上および入浴機会の拡大につながった。

考察

今回スロープの設置や福祉用具の活用は、介助者が設置した福祉用具の使用方法や注意点を理解したことで、安心して入浴介助を実施出来るようになった。またリハビリスタッフとの協同によって、患者の状態に応じた介助方法を学ぶ機会となり安全な入浴環境づくりに寄与した。入浴支援は患者ごとに、身体機能や介助量が異なるため、個性別を重視して福祉用具の選択や環境を調整する必要がある。多職種で情報共有をしながら患者の状態に合わせた介助方法を検討することでより安全な入浴につながると考える。今後も患者が安心して入浴できる環境づくりを継続し、多職種と連携しながら患者一人ひとりに適した入浴支援を行っていきたい。

結論

入浴環境の整備と福祉用具の導入、多職種連携による支援を行うことで安全で快適な浴槽入浴の実現につながった。

2-4　看護②

患者中心ケアを部署文化として育む管理実践～師長による患者中心ケアの言語化と主任との協働を通して～

北海道・札幌西円山病院

○中村（なかむら）　かおり（看護師）

【はじめに】慢性期の障害者一般病棟では認知機能の低下や意思表出が困難な患者が多く、医療者や家族の都合が優先され患者の意思が尊重されにくい現状がある。本取り組みでは、師長による患者中心ケアの言語化と主任との協働により、スタッフの主体性向上および部署文化の形成へとつながったため報告する。

【目的】「患者の意思を尊重した患者中心ケア」を部署の文化とすることを目的とした。

【取り組み】

1）師長による患者中心ケアの言語化

患者が主語となってケアや支援全般を検討できる、また患者を生活者として全人的に捉えるために、患者を主語にして話し合うことや患者を置き去りにしないことの必然性を伝えた。そして患者の言葉や反応などをスタッフと共有した。

2）日常業務における師長からスタッフへの問いかけの実践と対話

カンファレンスや日常業務において、「患者さんはどう思っているか？」と患者の意思や言葉を積極的に確認し、ケアや支援全般において患者の意思や思いが反映されているかを確認した。そして、判断基準として常に患者の視点に立ち返ることをスタッフと共有した。

3）プロセスへのフィードバック

スタッフが実践したケアにおいて、結果だけを評価するのではなく患者に寄り添って実践したプロセスを評価し、直接スタッフへフィードバックし実践した行動の意味づけを行った。

4）主任との役割分担

主任には患者中心ケアを具体化し実践に落とし込む役割があることを共有し、対話を繰り返しながら進捗状況を確認した。

【結果】

1）スタッフの変化

スタッフから「患者さんはどうしたいのだろう」等主語が患者である発言が増え、スタッフが主体的に患者の意思を確認するようになった。また、迷ったら患者の意思を尊重することに立ち戻るや自分の看護観と合っていて仕事が楽しいという声、やりがいを語るスタッフの声が聞かれるようになった。

2）ケアの変化

患者の思いを叶えるためにスタッフが何をするのかを多職種で話し合うことが増え、患者のできる能力を活かす環境調整やサービスを導入した自宅退院、終末期の自宅退院・外出泊など、患者を置き去りにしないケアにつながった。

3）組織の変化

スタッフの主体性が向上し患者中心のケアを部署全体で実践するようになったことで、スタッフが看護のやりがいや楽しさを実感しスタッフの定着や残業時間の減少につながった。そして、スタッフは部署が大事にしていることは患者中心ケアだと言語化できるようになった。

【考察】稲田は組織文化を「人工物」「価値・規範」「基本的仮定」の3層構造で捉えている。本取り組みでは、師長が患者中心ケアという価値を発信し続けたことで、スタッフから患者を主語にした発言が聞かれるようになった。スタッフの発言は組織文化における人工物の変化と捉えることができる。さらにその背景には患者中心ケアの価値が共有されたことがあると考えられる。そして患者の思いを自然に考えながらケアを実践する姿勢は、「患者はケアの対象ではなく主体である」という基本的仮定が形成されつつある状態を示している可能性がある。したがって師長による目指すケアの言語化と主任との協働による一貫した働きかけは、患者中心ケアを部署内の共有された価値観へと発展させ、組織文化の形成に寄与したと考えられる。

【結論】慢性期の障害者一般病棟における患者中心ケアの推進には、師長による目指すケアの言語化と主任との協働による一貫したマネジメントが、ケアの文化形成および組織成果の双方に寄与する重要な要素であることが示唆された。

【倫理的配慮】発表にあたり個人が特定されないように配慮し、施設の承認を得た。

2-5　看護②

療養型病院での腹臥位ケア導入・定着にむけての取り組み

大阪府・坂本病院

○安積（あづみ）　明日香（あすか）（看護師）、山田　夏美、大木　玲奈、黒澤　絵里香、大脇　賢司、雜喉谷　ひとみ、
坂本　勇二郎

【背景】慢性期・療養型病院では寝たきり・嚥下障害患者が多く、痰の貯留による肺炎悪化や呼吸状態の低下が大きな課題である。腹臥位ケア（体位ドレナージ）は薬や医療機器に頼らず、重力を利用して気管支の痰を移動・排出させる有効な手段であるが、当院では過去にルーチン化されていたものの現在は十分に機能していなかった。そこで多職種によるプロジェクトチームを発足し、腹臥位ケアの病院全体への定着を目指した取り組みを開始した。

【目的】意識調査の結果を基盤として、療養型病院における腹臥位ケアの安全かつ継続的な導入・定着に向けた多職種連携による取り組みの計画・実施プロセスを報告する。

【方法】2026 年 2 月、看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（計 151 名）を対象に Google フォームによる意識調査を実施した。調査は実施経験・知識・自信・チーム連携・業務内実施の可否等 10 項目（5 段階評価）および自由記述で構成した。調査結果をプロジェクトチームで分析し、課題を整理した上で、①腹臥位ケアマニュアルの作成、②適応判断フローチャートの作成、③実施チェックシートの整備、④多職種合同研修（座学・実技）の企画・実施、という 4 つの取り組みを立案・推進した。

【結果】意識調査の結果、実施経験「なし」が 42%、適応・禁忌の知識や拘縮患者への対応に「自信がない」スタッフが多数を占めた一方、「困ったとき相談できる」（平均 4.6 点/5 点）はきわめて高く、チームへの信頼という強みが確認された。自由記述では「人員不足」「マニュアルがない」「実施時間を決めてほしい」という声が集中した。これらの課題を優先順位に従って整理し、まずマニュアル・フローチャート・チェックシートの整備を最優先課題として位置付け、プロジェクトチームによる草案作成に着手した。並行して多職種合同研修の日程調整と内容設計を開始した。研修は座学（適応・禁忌・中止基準・観察ポイント）と実技（ポジショニング・拘縮患者への対応）を組み合わせた構成とし、スタッフが安全に「できる」という実感を持てることを重視して設計している。

【考察】意識調査により「意欲はあるが土台が整っていない」という構造的課題が可視化されたことで、取り組みの優先順位と方向性を明確化できた。チームへの信頼の高さは、多職種連携による推進の強みとして活かせる。マニュアル等の整備は「誰が実施しても安全に再現できる」基準を全スタッフに提供するものであり、個人の経験やスキルに依存しない体制づくりに直結する。また研修は知識提供にとどまらず実技体験を含めることで、自信のなさという障壁を低減することを意図している。

【結語】療養型病院における腹臥位ケアの定着には、意識調査による現状把握を起点として、マニュアル・フローチャート・チェックシートの整備と多職種合同研修を組み合わせた段階的な取り組みが有効と考える。今後は研修後の意識・行動変容を評価し、タイムスケジュールへの組み込みによるルーティン化を目指す。

2-6　看護②

嚥下障害を有する患者の看護とKTバランスチャートを活用した考察

三重県・花の丘病院

○溝口（みぞぐち）　理恋（りこ）（看護師）

嚥下障害を有する患者の看護とKTバランスチャートを活用した考察

医療法人松徳会　花の丘病院　看護師　溝口理恋

佐々木崇　亀井裕子　篠木裕美子　清水康裕

【はじめに】

今回、誤嚥性肺炎を繰り返す患者に関わり、経管栄養から経口摂取移行への支援や離床時間拡大を目指す看護実践を行った。その振り返りと考察を行い今後の看護について課題を検討する。

【対象紹介】

70歳代女性、診断：第5頸髄損傷・誤嚥性肺炎、既往歴：洞不全症候群、慢性心不全、アルツハイマー型認知症、入院期間：令和7年5月～9月、社会的背景：病前ADL自立、自宅で生活、現病歴：病前は経口摂取、前院から誤嚥性肺炎を繰り返し経管栄養となる。

・入院までの経過

自宅裏庭の崖から転落し救急搬送。脊髄損傷の診断にて急性期病院へ入院。入院中、誤嚥性肺炎を2度発症。その後施設へ入所。当院訪問リハ実施に際して期待値あり当院回復期リハ病棟へ入院。

・入院時～入院1ヵ月の患者

入院2日目から経口摂取開始するも食思なく拒否が続いていたため輸液も並行して行っている状態。活動意欲もなく耐久性低下にて食事中の姿勢保持が困難。嚥下造影検査にて嚥下調整食2-1（ペースト食）開始するが水分トロミ付きでムセあり見守りが必要な状態。自己にて口腔ケアを行うも口腔内残渣と誤嚥リスクあり。

【方法】

入院時～退院時の患者について、KTバランスチャート（以下、KTBC）を用いて評価を行った。

・看護実践について

①食欲低下に対し本人の嗜好の確認、食事環境を自室から食堂へ変更し他患者との共食を行い刺激による食欲増進を図る。②口腔内残渣、舌苔に関しては口腔ケアの介助を行い唾液分泌の促進や誤嚥性肺炎予防に努める。③食事中の姿勢保持困難に対しリハ科と共有を行い姿勢やセッティング方法の写真を掲示し介助方法の統一を図る。④活動性低下に対しリハビリ終了後も車椅子乗車し、机上課題を促す。

【結果】

KTBCの評価推移（入院1ヶ月時→入院2~3ヶ月時→退院時）は以下の通り。

食べる意欲（1→4→2）、全身状態（4→5→5）、呼吸状態（3→4→4）、口腔状態（4→4→4）、認知機能（1→4→3）、咀嚼・送り込み（2→4→4）、嚥下（2→4→4）、姿勢・耐久性（1→4→4）、食事動作（1→4→2）、活動（1→4→4）、摂食状況レベル（2→4→4）、食物形態（1→4→4）、栄養（2→4→3）。

・入院2~3ヶ月の患者

食事に対し前向きな発言あり。時間を要するも自己にて全量摂取可能な日が増加。ポジショニングにより姿勢保持可能。リハビリ以外の離床時間が増加。食事形態は嚥下調整食3(やわらか食、きざみ）へアップしている。

・入院3か月～退院時の患者

食事中の集中力が低下し、促し・介助が必要。内服の拒否や嘔気の症状あり。平均食事量は2~3割。離床時間は確保可能も机上課題には取り組まず。車椅子乗車中に入眠している時間が増加し生活リズムが崩れている状態。

【考察】

食事中の覚醒度、疲労度、摂取状況、口腔内の評価を継続的に実施したこと、リハスタッフと連携し食事環境やポジショニングの統一を行ったことが肺炎予防に繋がったと考えられる。またリハ以外の離床機会を増やしたことで活動範囲の拡大やADL向上に繋がったと示唆される。一方で入院期間を通して体重の減少や食欲低下がみられた背景として、電解質異常による倦怠感や低栄養による筋力低下が影響していた可能性がある。患者の状態変化後の介入は不足しているため多職種で情報共有を行いながら時々に応じた支援方法を検討していく必要がある。

【まとめ】

患者の食支援に関する知識と技術、経験を重ね看護師としての視点を持って多職種で連携しながら患者に寄り添った看護を行えるようにしていきたい。

2-7　看護②

慢性期病院における RRS 導入に向けた現状と課題

大阪府・堺平成病院

○山本（やまもと）　陽介（ようすけ）（看護師）、安井　育子

【目的】
医療安全の質向上において、患者の急変を未然に防ぐ院内迅速対応システム（以下、RRS）の有用性は広く認められ、急性期医療機関を中心に導入が進んでいる。しかし、看護師の配置基準が低く、監視設備や医療リソースが限られる慢性期病院では導入に向けた構造的障壁が多い。本研究の目的は、A 病院の看護師を対象とした意識・実態調査を通じて、急変察知の鍵となる呼吸数測定や NEWS（National Early Warning Score）スコア活用の阻害因子を可視化し、費用対効果を踏まえた戦略的導入手法と教育体制の在り方を検討することである。
【方法】
2025 年、A 病院に勤務する看護師 177 名を対象に、無記名自記式アンケート調査を実施した。調査項目は、急変察知に関する認識、NEWS スコアの認知度・理解度、呼吸数測定の実態と将来的な実施可能性・阻害因子、心理的負担と教育ニーズの 4 点である。回収された 133 名の回答（有効回収率 75.1%）に対し、選択肢質問は量的分析を行い、自由記載設問は質的に分析した。
【結果】
1）急変を未然に察知できる方が良いとの回答は 96.2%（n=128）と高かったが、NEWS スコアの認知度は 6.0%（n=8）に留まった。2）日常の呼吸数測定頻度は「毎回測定している」が 19.5%（n=26）と低値であった。今後の導入を見据えた毎回実施の可否では、74.4%（n=99）が「可能」と答えた一方、25.6%（n=34）が「難しい」と回答した。3）測定困難の理由として、自由記載から、夜勤時の過密なワークロード（1 人約 30 名を受け持つ時間的制約）、状態安定患者への優先度低下、秒針付き時計等の測定環境の不備の 3 カテゴリーが抽出された。4）看護師の 79.7%（n=106）が日常の急変対応に強い心理的不安を感じており、69.1%（n=92）が BLS を、72.1%（n=96）が ACLS/ICLS などの実践的な救命処置訓練の開催を希望していた。
【考察】
将来的な呼吸数測定に 74.4% が前向きであることは看護師の高い倫理観を示すが、現状の測定率の低さや 4 分の 1 の看護師が困難を訴える背景には、慢性期特有の構造的リソース不足（臨床的ジレンマ）がある。現場への義務付けはバーンアウトを招く危険があるため、組織的な解決策の提示が不可欠であると考える。具体的には、経営層のトップダウンによる IT デバイス（非接触型離床センサー等）の段階的導入が有効である。これは過酷なワークロードを緩和して離職防止コストを削減するとともに、重大な医療事故や社会的信用失墜のリスクを回避する強力な保険となり、中長期的には高い費用対効果をもたらすことが期待できると考える。また、現場の不安解消にはソフトウェア面の整備が必須である。NEWS スコアを共通言語とした緊急度判定と報告のシミュレーションを救命訓練に組み込むことで、科学的根拠に基づいた早期介入と医師への迅速な報告を可能にする組織文化が育まれると考える。
【結論】
慢性期病院における RRS の定着は、看護師の努力に依存するのではなく、IT 活用による「戦略的環境整備」と、シミュレーションによる「実践的教育体制」を組織の両輪として計画的に整備することにかかっている。可視化された課題を前向きな投資機会と捉え、経営層と臨床現場が一体となった安全管理体制の構築が求められる。

3-1　看護③

慢性期病院における医療的ケア児受け入れ前後の看護職の意識変化

北海道・定山渓病院

○田中（たなか）　千春（ちはる）（看護師）、本間　香織、阿久津　祐子、弓削　清美

【緒言】
近年医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児が増加している。医療的ケア児は主に在宅で支援されることが多いが、地域における受け入れ体制は十分とは言えず、病院がその役割を担っている現状がある。今回、慢性期病院の病棟で医療的ケア児を受け入れるにあたり、スタッフから不安や戸惑いの声が多く聞かれ、拒否的な反応がみられた。しかし、受け入れから 2 年経過した現在は積極的に医療的ケア児に関わる姿勢が見られるようになった。
【目的】
慢性期病院で医療的ケア児を受け入れた看護職の意識変化を、インタビューを通して明らかにする。
【方法】
インタビューの対象者は、A 病院 B 病棟に勤務し、医療的ケア児を受け入れた時点で看護経験 1 年以上の看護師・准看護師 11 名とした。内容は受け入れ初期と現在の受け止めについて、半構造的インタビューを実施した。対象者には個人が特定できないよう匿名で行うことを口頭で説明し、許可を得て録音した。録音されたものは逐語録を作成し、分析は KJ 法に基づきカテゴリ化した。本研究は A 病院の研究倫理審査の承認を得ている（承認番号 202513 号）。
【結果】
対象者の属性は、平均年齢 55.2 歳、A 病院勤務平均年数 15.6 年、B 病棟勤務平均年数 5.1 年であった。逐語録の分析から医療的ケア児の受け入れ前後の感情を抽出した。
受け入れ前は、【単純に不安】【小児の未経験から来る不安】【成人との相違】【手技や知識への不安】【急変時の対応の不安】【呼吸器自体に不慣れで不安】の 6 個のカテゴリが抽出された。
受け入れ後は、【呼吸器に対する不安の減少】【慢性期病院の役割認識との相違】【小児への愛着】【医療的ケア児のケアに対する負担】【夜勤での急変時の対応に不安】【個別性に基づく対応の理解】【小児看護の学習意欲増加】の 7 個のカテゴリが抽出された。
【考察】
受け入れ前は、不安が多く拒否的な態度が目立った。慣れていないケア、失敗の恐れや自信の無さから医療的ケア児の受け入れに消極的になっていた。それは、小児看護に関しての知識や経験が不足していることからくるものと思われる。また、今まではレスパイトで小児を受け入れたことはあったが、本事例では呼吸器管理を必要とし、長期的な支援を要する医療的ケア児を受け入れることから、継続的な不安が更に拒否感を強めた可能性も考えられる。
しかし、受け入れ後は、はじめは戸惑いがありながらもしだいに呼吸器などの機器に慣れ、症状の変化に対応しながら、個々の小児の特性を把握した。その経験の積み重ねが不安の軽減につながったと考えられる。また、実際にケアをすることで疑問や足りない知識を補うために、自ら学習する積極的な姿勢もみられた。このように実践を通じた特性の把握や、自ら学習した経験の積み重ねが、前向きな意識変化をもたらした要因であると考える。一方で、医療処置の多い医療的ケア児の対応と他患者のケアを並行して行うことへの負担感は、慢性期病院の役割認識との相違と捉えられている。また、急変は予測が困難であり、夜勤帯は人員が限られることから、急変時対応への不安が残ったと考えられる。
【結論】
慢性期病院における医療的ケア児の受け入れは、看護職に一時的な拒否感や不安をもたらすものの、実際のケア経験の蓄積と主体的な学習プロセスを経て、肯定的に意識変容していた。
一方で他患者との並行ケアや夜勤帯での急変時対応への不安は残っていた。

3-2　看護③

統合失調症・認知症患者の転倒予防に向けた取り組み

群馬県・駒井病院

○村井（むらい）　祐介（ゆうすけ）（看護師）、成田　恵子、久保田　珠江

背景・目的

2026年度の診療報酬改定にて「身体的拘束最小化」への対応が、200床未満の病院にとって重要な実務課題となりました。現場の安全確保と患者の尊厳の両立が大きな課題になります。やむを得ない場合以外は行わないという考え方や、必要な時に、必要最小限に、そして解除に向けて常に見直すという仕組みを病院全体で理解していかないといけないことになります。看護の現場において、患者の転倒・転落事故は注意すべきリスクのひとつです。本研究ではレビー小体型認知症と統合失調症に伴う易怒・徘徊・暴力・拒否・幻覚・不穏症状を有する患者に対し転倒・転落予防を実施した内容についての報告を行います。

患者紹介

・90代男性

・現病歴　レビー小体型認知症　統合失調症　維持透析中 2025.7.14-11.27 に当院入院し自宅近くの施設へ退院している

・転倒転落アセスメントスコアー　20/42点　危険度Ⅲ・入院期間 2025.12.16-2025.12.17　2025.12.29-現在に至る

経過

施設退院後に拒薬や通院拒否、送迎車での不穏行動があり施設での対応が困難であったため当院へ再度入院となりました。

再入院後、せん妄状態により興奮、威嚇、暴力、徘徊、拒食、拒薬などを認め、透析も拒否し、併設の老健認知症専門棟へと退院となりました。

幻視に怯えているせん妄状態であり易怒性も認め薬剤調整実施。翌日より透析拒否なく実施。その後覚醒不良により再度薬剤調整を実施しますが時に短い会話は可能ですが、ベッド上全介助状態であり、経口困難であるため再度当病棟へと入院となりました。

当院再入院6日後に意識改善し自己での起き上がり動作や食思あり食事が再開となるまでの改善が認められました。

方法

・マットレスを床に置いての使用

・ナースコールの配置

・日中の離床

結果と考察

透析を行っていない曜日には車椅子に離床して食堂で過ごしたり、自室で車椅子に乗りながらテレビをみて過ごすように介入していることにより夜間入眠していることが増えました。「認知症者にとって環境の影響はおおきく、ケア提供にあたっては認知症者にとって安全で快適な環境を調整する事が必要である」[1]とあります。

認知症患者が適切に刺激を受け取れるように物理的環境（明るさ、音、匂い）や社会的環境（医療従事者、他患者の生活音）を整え覚醒を促している時間を作ることにより、夜間の睡眠へと繋がったのではないかと考えられる。「認知症患者さんの問題を解決するためには、行動・心理症状の裏側にあるセルフケア能力の低下に気づき、寄り添う援助を行うことが必要」[2]とあります。

患者は透析による掻痒感や、排泄により夜間の中途覚醒を起こしていたことが他スタッフの記録から読み取れたため、入眠前に軟膏の塗布を行いました。

また、トイレ時はナースコールで呼ぶことを伝えておくことでベッドから這って廊下に出てくることや、足を下して起き上がろうとする動作が見られなくなりました。

まとめ

認知症を有している患者さんは、一度正常に発達した認知機能を有しており、私たちと変わらず普通の生活を送っていた人たちであることを理解し、他の患者さんと区別しないで関わっていくことで患者の尊厳を守っていくことに繋がります。

不穏とひとまとめにせず、BPSDがいかにして生じているのかを考え、出現しないように先回りして補っていけることで、患者さんは穏やかな入院生活を送っていけるのではないだろうか。

参考文献

1）丸山　優　認知症ケアガイドブック　公益社団法人日本看護協会

株式会社　照林社

2）伊藤　雄一郎　悩める患者対応、相談のります　エキスパートナース 2024.9

ウエルテック株式会社　p60-73

3-3　看護③

患者が持つ回復能力を最大限に発揮できるよう生活環境を整えることを意識した看護介入

東京都・竹川病院

○寺岡（てらおか）　咲葵（さき）（看護師）

【はじめに】

脳梗塞による高次脳機能障害と麻痺のある患者に対してKOMIケア理論を用いてアセスメントを行った。患者の持つ回復能力を最大限に活かした生活環境を整える看護介入の実践とその成果について報告する。

【対象】

左放射線冠梗塞を発症し右上下肢不全麻痺、構音障害、嚥下障害、高次脳機能障害がありリハビリテーション目的で入院してきた50代男性。入院時は右上下肢MMT2、ADLはリクライニング車椅子移乗2名介助。3食経管栄養。排泄は尿意・便意曖昧なため終日オムツ内失禁。本人は「口からごはんが食べられるようになりたい。」「トイレに行けるようになりたい。」「自分で動けるようになりたい。」という希望あり。

【介入】

KOMIレーダーチャートを使用し患者の状態を整理した。チャート上、起居移乗・咀嚼嚥下が特に低く、＃1機能障害に関連した日常生活行動の制限＃2咽頭通過・食道への送り込み障害がある状態を看護計画として立案し介入を行った。排泄に関してはリハビリで起居～トイレ動作を練習し左手すりがあれば1名介助で排泄可能となった。離床のタイミングでトイレ誘導を実施。最終的に尿意に合わせて本人がナースコールを使用しトイレ排泄が可能となった。食事に関しては言語聴覚士による直接訓練と嚥下造影検査で嚥下機能の評価を実施。頸部角度が60度の設定でタオルと滑り止めを使用しセッティングを行うことで自己摂取可能となった。退院時のKOMIチャートを作成し入院時と比較すると認識面及び生活行動面の双方で改善が認められた。

【考察】

日々のトイレ誘導により、トイレ排泄やナースコールを押すという行動を繰り返せるよう環境を整えることで排泄に関する成功体験を積み重ねることができ、排泄動作の自立度向上に繋がったと考えられる。食事に関しては患者の食べやすさを尊重した環境調整は、摂食意欲と摂取量の向上に寄与するとされており、姿勢や食器のセッティングの工夫、食形態の調整が自己での経口摂取の定着に繋がったと考える。患者の機能障害に直接介入するだけでなく生活環境を調整し患者の回復が起こりやすい環境を整えることが回復期看護に置いて重要であると学んだ。

3-4　看護③

療養病床での肺炎予防に対するパーカッションラップの効果～肺炎を繰り返していた1症例の検討～

佐賀県・順天堂病院

○榊原（さかきばら）　彩美（あやみ）（看護師）、橋口　有紀、高野　正弘、溝上　健次

【目的】療養病床に入院する患者は加齢による身体機能の低下、脳血管疾患等による嚥下障害や喀痰排出機能低下により肺炎を発症することが多く、特に肺炎を反復する症例に対する対応が重要な問題となっている。機械的咳嗽補助装置（MI-E）は気道に貯留する異物を除去し、無気肺を改善することで誤嚥性肺炎や気道感染症の発症と重症化を強力に予防する効果があるとされる。当院では、昨年よりコンフォートカフ II®を使用した呼吸リハビリテーションを試みている。今回、MI-E を導入したが、同期困難で拒否のある患者にパーカッションラップ＋パーカッサーモードのみで3か月間実施したところ肺炎発症の抑制を認めたためその効果について検討を行った。

【症例】対象は 2022 年 11 月に脳幹出血を発症した 56 歳男性である。重度四肢麻痺、嚥下障害を認め気管切開術施行。2024 年 7 月 12 日にリハビリ及び呼吸管理のために当院へ転院。意思疎通は可能であり自発呼吸を認めるが咳嗽力の低下、喀痰量も多く日常的に気管内吸引処置が頻回な状態でアモレ SUI®を使用したカフ上部の低定量持続吸引も併用している。転院前より経鼻経管栄養管理でチューブ刺激による喀痰量増加も認めた。胃瘻造設後、半消化態栄養剤から半固形栄養への変更を行うなど肺炎予防に努めていたが肺炎を繰り返している状態であった。

【方法】通常の看護ケアとして歯科衛生士を主体とした口腔ケア、体位変換、吸引管理を継続しながら臨床工学技士、リハビリセラピストと共にコンフォートカフ II®のパーカッションラップ＋パーカッサーモードでの胸郭振動療法を導入した。介入期間の3か月間において喀痰状況、発熱の有無、肺炎発症の有無について経過観察を行った。

【結果】患者は、入院から導入までの1年3か月間で 19 回の肺炎による抗菌薬使用の医学的治療を要していた。2025 年 11 月 3 日よりパーカッションラップ＋パーカッサーモードでの胸郭振動療法を開始後、MI-E の導入を試みるも同期困難で患者の拒否が強くみられたため上記モードのみでの介入を 2026 年 1 月 30 日までの約3か月間実施した。介入期間中、蜂窩織炎による発熱のみで呼吸器感染による発熱、肺炎発症による医療的介入は認めなかった。

【考察】脳血管障害における長期臥床は呼吸器合併症をきたすリスクを高め、 さらに嚥下障害による痰の誤嚥は、肺炎発症の要因となる。本症例では、MI-E 導入が困難なため、パーカッションラップ＋パーカッサーモードのみを導入した。胸郭振動療法は末梢気道に貯留した痰の移動を補助し、排痰効率を高めることが期待されている。繰り返していた発熱や肺炎が介入期間中は認められなかったことより気道分泌物の排痰管理に有用で患者の QOL 向上につながると考える。MI-E の導入は、診療報酬及びランニングコスト面での課題がある。1 回の肺炎治療にかかる費用が平均 4.2 万円と言われ、療養病床では包括請求のため費用負担が大きい。MI-E 導入で反復性肺炎件数減少することは経費削減効果が期待できる。パーカッションラップ＋パーカッサーモードは、機器操作が簡単であり、患者負担が比較的少なく看護師が行う排痰ケアとして高く期待できるものと考える。

【結語】咳嗽力低下、喀痰量が多く肺炎を繰り返していた患者にパーカッサーラップ＋パーカッサーモードでの胸郭振動療法を導入し、1事例での検証だが肺炎発症を抑制する効果が得られた。また、当該療法は、患者負担が少なく療法導入への理解も得られやすい利点も確認された。今後、MI - E 導入に理解が得られない患者で体位ドレナージによる排痰ケアを必要とされる患者の適応範囲を確実にするためさらなる検証を積み重ねていきたい。

3-5　看護③

関連施設職員の節目健診結果からみた健康課題と健康支援の方向性

福岡県・久英会クリニック

○樋口（ひぐち）　留里子（るりこ）（看護師）、真鍋　由美子、佐藤　一也

【はじめに】医療・介護の現場において、職員の生活習慣病の発症及び重症化予防は重要な課題であり、特に多忙な業務や不規則な生活習慣から健康管理が後回しになりやすい。そこで今回、過去 5 年間の関連施設職員の節目健診結果を分析し、生活習慣病リスクの現状と今後の健康支援の方向性について検討した。

【目的】職員節目健診結果を年代別に分析し、健康課題の特徴を明らかにすると共に、今後の保健指導及び看護支援に繋げることを目的とした。

【対象と方法】2020 年から 2024 年の 5 年間に、節目健診を受診した職員 113 名（男性 33 名、女性 80 名）を対象とした。方法は節目健診 42 項目を 35 歳・40 歳・45 歳・50 歳・55 歳・60 歳以上の 6 つの年代別グループに分類し比較検討した。数値表示の項目は平均 ± 標準偏差を算出し、正常値以外の割合を有所見率（%）として比較した。尚、正常値の基準はドッグ判定と同様とし、癌検診・上部消化管内視鏡結果は除外した。倫理的配慮として、対象者には健診データの研究利用について事前に承諾を得ている。

【結果】総合判定比較では、D2（要精密検査・要治療）の割合は 35 歳で 25.0% から年代と共に上昇し、50 歳で 41.4%、60 歳以上では 57.1% に達した。C（要経過観察）以上の割合は全年代で 80% を超え、全体では 9 割以上が何らかのフォローアップを必要としていた。年代別の各検査項目を見ると、BMI の異常は 40 歳 54.5% で最も高く、腹囲では男性において 50 歳 62.5%、55 歳 75.0% と中高年層で極めて高値であった。脂質代謝では、50 歳以降で有所見率が急増し、60 歳以上で総コレステロール 85.7%、LDL コレステロール 78.6% が異常値を示した。更に、付加健診項目である腹部エコーの総有所見率は 61.1% で、その内脂肪肝が 16% と最多であった。また、1 人当たりの全所見数の比較では、総合判定 B：平均 2.7 ± 1.5 個、C：6.1 ± 3.3 個、D2：8.6 ± 3.7 個と判定の悪化に伴い有意に所見数が増加していた（Mann-Whitney U 検定：p=0.0011、p=0.0004）。

【考察】今回の検討により、30 代後半から 40 代前半の比較的若い世代において既に BMI の異常が顕著化し始め、50 代以降では脂質異常や脂肪肝が増加していたことから、生活習慣病リスクは比較的若年期から顕在化し、加齢とともに複雑化していくものと思われる。特に、要経過観察のレベルである総合判定 C の段階で、平均 6.1 個もの異常所見を同時に有しており、健康課題が複合的に存在していることが明らかとなった。これらは将来的な慢性疾患の多疾患併存（マルチモビディティ）につながる可能性があり、健診結果を活用した早期介入の重要性が示唆された。看護師は、単に健診結果の数値を伝えるだけではなく、総合判定 C や D2 の背景にある健康リスクを可視化し伝える必要がある。 また、40 代の肥満傾向の職員には、働き盛り特有の就労環境やストレス、食生活の乱れ等を傾聴し、多忙な日常でも実践可能な行動変容を促す初期介入が必要と思われる。50 代以降の脂質異常・脂肪肝を有する職員に対しては、動脈硬化や将来的な慢性期疾患（脳心血管病変など）への移行リスクを見据え、個々の生活背景に基づいた生活習慣改善支援の継続的な関わりが不可欠であると思われる。

【まとめ】節目健診受診者の多くに複数の健康課題が認められ、将来的な慢性疾患の重複化につながる可能性が示唆された。看護師は、年代別の健康課題や複数の健康リスクに着目し、職員自身が健康状態の理解ができるよう支援することが重要である。更に、生活習慣病の重度化予防と将来的な慢性疾患への移行を見据えた継続的な保健指導アプローチを展開していく必要がある。

3-6　看護③

攻めのリハビリを基盤とした、パーキンソン病を合併した脳梗塞患者の在宅退院に向けた看護介入

東京都・ねりま健育会病院

○山口（やまぐち）　将大（まさひろ）（看護師）

【目的】

パーキンソン病と認知機能低下を生じた脳梗塞患者に対し、攻めのリハビリテーション医療（以下、攻めのリハ医療）を基盤に在宅退院に向けた看護介入を行った結果、自宅退院を実現したためその経過を振り返る。

【症例患者】

A氏　男性　80代　左脳梗塞　JCS-0　MMSE25点　BBS15点（午前）/24点（午後）

既往歴：パーキンソン病、アルツハイマー型認知症

障害：歩行障害、ADL障害、認知症、構音障害　意思疎通は可能であるが構音障害で聞き取りにくさあり　パーキンソン病により立ち上がりやステップ動作に軽介助が必要午前中は起立性低血圧があり、ドプスを内服　排尿は失禁ベース。失禁後も気付かない場面あり　妻と同居。妻は認知症があり介護力がない状態。本人は自宅退院希望あり

【方法】

攻めのリハ医療を基盤に、食事や離床対応のため食堂の誘導、時間でのトイレ誘導を実施し失禁減少を図り、同時にパッド交換自立に向けてゴミ箱やパッドを設置。夜間尿失禁への対応として、夜間のパッド選定、臥床時の自己パッド交換や下衣更衣の指導をOTと連携し実施。さらに、下衣更衣方法を紙面で本人と共有。PTにより関節可動域訓練、筋力強化訓練、起立着座訓練、歩行訓練を中心に実施し、余暇時間での棟内歩行練習のトレーニングをPTと連携し計画。起立性低血圧への対応として、離床・臥床プランの導入、起床時の自己血圧測定、血圧記録、主治医と連携し昇圧剤の内服を朝食前に調整。構音障害に対してSTでの発声練習 余暇時間で巻き笛等での発声練習を実施。内服自己管理獲得に向けて、内服薬を1日分から管理開始し、管理が問題ないことを確認。その後に1週間管理へ移行し薬袋切り離しの介入を行うなど、段階的な内服自己管理指導を実施。退院支援として、家屋評価を行い自宅での具体的な動きを確認し、MSWと連携しサービスや福祉用具の調整を実施。

【結果】

攻めのリハ看護を基盤に介入を行うことで、整容・更衣・移乗・トイレ内動作自立となった。歩行は屋内手すり伝い歩き自立となり、BBSも26/32点（午前・午後）に向上した。また、内服調整を行った事で起立性低血圧症状が軽減し離床の安定に繋がった。内服自己管理も実現し、エラーなく内服することが可能となった。

自宅退院にむけて最大の課題であった排泄面は、夜間尿失禁は残存したが、多くはパッド内排泄で行え、自身でパッド交換や下衣更衣を行えるようになった。構音障害も声量が改善し日常会話は聞き返しなく疎通が可能レベルまで回復した。退院時も「奥さんのラーメンが食べたい」と笑顔で話されていた。

上記の経過をたどり、妻と二人暮らしの自宅退院が実現した。

【考察】

A氏は、運動障害、低血圧症状、構音障害、尿失禁、介護力不足など自宅退院にむけて複数の課題を有していた。

当院が掲げる「攻めのリハ医療」によって、食事や余暇時間の離床、食堂への誘導や歩行介入など家での生活を想定して過ごすことで、身体機能の向上や生活のリズムを整えることができ、スタッフや他患者との交流をきっかけに精神面の安定やA氏の意思を継続的に把握することができるきっかけになった。

【結論】

攻めのリハ医療を基盤とした、多職種チーム医療によって、退院にむけて日々の入院生活の中で自宅を想定し生活リズムの構築、活動を促すことにより、A氏の意欲向上や精神面の安定に繋がった。

また、A氏の意思を尊重した関わりをチームで統一して行うことによって、リハビリ維持に関与し自宅退院に至るまでの軸になったと考える。

3-7　看護③

新築移転を契機とした看護提供体制の再構築～退院支援の質向上への取り組み～

島根県・加藤病院

○村岡（むらおか）　あかね（看護師）、三浦　真美、田中　弓子、大畑　修三、加藤　節司

【目的】
近年、患者の高齢化や在院日数の短縮化に伴い、入院早期から患者・家族の意向を踏まえた退院支援の重要性が高まっている。当病棟では、病棟の構造や勤務体制の影響から、患者情報の共有不足や業務負担の偏在がみられた。それにより、受け持ち患者を入院から退院まで継続して把握することが困難であり、入院早期からの退院支援の介入が十分に行えておらず、個別性を踏まえた退院支援の実践に課題があった。そこで、新築移転に伴い、病棟がワンフロア化したことを契機に固定チームナーシングの再構築に取り組んだ。今回の目的は、看護提供体制の再構築により、患者把握および個別性のある退院支援の実践につなげることである。
【方法】
①スタッフとの意見交換や協議の場を設け、看護提供体制変更の必要性や目的を共有した。②病棟を 2 チームに編成し、各チームにリーダーを配置した。③受け持ち患者を入院から退院まで、受け持ち看護師あるいはチームで共有できる体制を整備した。④退院支援計画をワークシートで可視化し、受け持ち看護師以外も患者情報や支援内容を共有できる仕組みを構築した。⑤スタッフとの定期的な面談や振り返りを実施し、体制の定着を図った。
【結果】
移転後を見据えて、スタッフとともに現状分析から課題を抽出し、組織で再度固定チームナーシングの導入を決定した。移転後も人員配置に変更はないが、各チームにリーダーを配置したことで、患者の情報や業務状況など、スタッフ間の情報共有が円滑になり、指示や判断が迅速に行えるようになった。ワンフロア化になり、スタッフの動線が改善したことも好影響をもたらしている。固定チームナーシングを導入したことで、看護師は勤務時に受け持ち患者を担当することができるようになった。また、受け持ち看護師の不在時にも退院支援計画をワークシートで可視化したことで、患者・家族の意向や生活背景、退院後の療養環境、必要な支援内容など、情報をチーム全体で把握できるようになり、個別性を踏まえた退院支援を切れ目なく行うことができようになった。日々の振り返りやスタッフとの面談も行いながら、業務改善を繰り返し体制の定着を図った。個別性を踏まえた退院支援実践件数は、固定チームナーシング導入前の月 8～10 件から、月 13～15 件に増加し、在宅復帰率は導入前の 76% から再構築後は 83.3% と 7.3 ポイント上昇した。スタッフからは、「患者の経過が把握しやすくなった」「退院支援の方向性を共有しやすくなった」「受け持ち患者に責任を持って関われるようになった」といった意見が聞かれた。
【考察】
退院支援では、患者・家族の価値観や生活背景を把握しながら支援を進めることが重要であり、そのためには継続的な関わりが不可欠である。今回の取り組みにより、受け持ち看護師が患者と関わる継続性が確保され、患者把握につながった。退院支援計画の可視化とチーム内の共有により、受け持ち看護師個人に依存しない支援体制が構築され、チーム全体で患者を支える意識が高まり、個別性のある退院支援の実践につながったと考える。さらに、チームで受け持ち患者を継続して担当できる環境が整ったことで、チーム内の連携も強化された。看護提供体制の再構築は、業務改善のみならず、患者把握の向上と個別性のある退院支援の実践につながった。
【結論】
今回の取り組みにより、受け持ち患者を継続的に把握しながら退院支援を行うことが可能となり、チーム全体で退院支援に取り組むことができた。今後も、定期的な振り返りや事例共有を行い、患者・家族の生活を見据えたより質の高い退院支援を実践していきたい。

4-1　看護④

看護補助者の役割再定義と組織改革（中間報告）　指示系統を「上下関係」から「役割分担」へ管理者の意識変容

埼玉県・イムス埼玉越谷病院（新越谷病院）

○神田（かんだ）　直孝（なおたか）（看護師）

【目的】

近年の深刻な看護人材不足において、看護補助者はチーム医療の維持・発展に不可欠なピースである。しかし、臨床現場では依然として「指示を出す看護師が上、受ける補助者が下」という無意識の階層意識（上下関係）が存在し、これが補助者の能力発揮の阻害や離職の一因となっている。発表者は看護補助者として2年間従事した後に看護師資格を取得し、現在は看護部長を務める中で、この構造的課題を痛感してきた。本研究の目的は、各病棟の看護管理者に対する介入研修と意識調査を通じ、指示系統の本質を「上下関係」ではなく「役割分担」へと再定義し、相互リスペクトに基づく職場風土の醸成とリテンション向上への一助とすることである。

【方法】

A病院（慢性期病院188床）の各病棟における看護管理者（看護師長）を対象として介入をした。看護補助者の専門性（生活援助の重要性）の再確認、エンゲージメント向上、および階層意識の打破を目的とした管理職研修を実施した。その後、看護管理者に対し「看護補助者の専門性への理解」「指示系統に対する認識」「職場環境づくりの重要性」に関する意識調査（無記名自記式アンケート）を行い、その変容を客観的に比較・分析した。

【結果】

介入前の調査では、「指示を出す側・受ける側」という関係性を無意識に上下関係と捉える偏った認識や、補助者の生活援助業務を過小評価する傾向が明確に示された。しかし、介入後のアンケート結果では大幅な意識の変化が見られた。「補助者の専門性を深く理解している」との回答は35%から85%へ上昇し、「指示系統は上下関係ではなく役割分担である」との認識は28%から90%へと劇的に改善した。さらに、「補助者の能力を発揮させる環境づくりが管理者の最優先責任である」との実感も45%から93%へと高まり、客観的データとして管理者の意識変容が実証された。

【考察】

人材不足が加速する中で、看護補助者の潜在能力を最大限に引き出すためには、現場の管理者が「指示＝上下関係」という誤解を完全に払拭しなければならない。医師と看護師の関係と同様に、看護師と看護補助者もまた、業務上の指示・命令を伴うものの、それは組織を円滑に機能させるための対等な「役割分担」に過ぎない。管理者がこの本質を理解し、現場において看護補助者へのリスペクトを体現することが、心理的安全性を高める鍵となる。互いの専門性と存在意義を認め合う風土が作られて初めて、情報の透明性が向上し、組織への帰属意識（ロイヤリティ）の醸成と離職防止（リテンション向上）が実現するものと考えられた。

【結論】

看護補助者への指示系統は単なる『役割分担』であり、『上下関係』ではない。現場の管理者が看護補助者の能力と専門性を正しく理解し、心からのリスペクトを持って協働する環境を整えることが、これからの持続可能な強い看護組織を構築する基盤である。この結果をもとに院内組織改革を継続していきたい。

4-2　看護④

脱水を繰り返す患者の水分の促しについて

福岡県・原病院

○武田（たけだ）　恵利香（えりか）（看護師）

【目的】高齢者は加齢に伴う口渇中枢機能の低下により口渇感が生じにくくなり、水分の補給が障害されやすくなる、認知障害や認知症のある高齢者では口渇感、その他症状を訴えられない等様々な要因で脱水をきたしやすい。
今回、水分摂取に拒否があり脱水傾向になりその都度3日ほど点滴を行っている患者に水分量を決めて水分を促すと水分摂取量が増え脱水が改善していくのか研究していく。
【患者紹介】
A氏　80代女性　主疾患：仙骨褥瘡　身長149cm　体重44.5kg
2023年10月より上記疾患で入院。入院時食事全粥（280g　201kcal）キザミ食を介助で摂取していた。食事への拒否にて食事量の低下があり、付属でペプタメンスタンダードやファインケアを摂取していた。元々コップ1杯（約150ml）提供していたが、飲めずに水分摂取量にムラがあった。現在は朝　ペプタメンスタンダード1本　sara1本・昼　リーナレンMP1本・アイソカル100　1本・夕　sara1本・ファインケア1本を摂取している。2025年1月頃より採血上、脱水がある場合点滴500ml1本を3日間程度繰り返していた。
【方法】
期間　2/7～3/7　1か月間
捕食に加え1日300mlを目標にし、水分を摂取できるように各食前に100mlずつ提供するようにした。家族が持参した、ポカリスエットを2/12～3/7使用。本人が進んで飲んでくれる、ポカリスエットを使用した。どれだけ水分を飲んだか夜勤帯で確認しカルテに記入するようにした。
【結果】
2/7～2/11まで300ml病棟で用意したお茶で飲水を促した。病棟で用意したお茶は「もう、いらない」と拒否があり、ほとんど飲めなかった。2/12～3/7ご家族が持参したポカリスエットを使用し、冷やしたほうが飲みやすく、おいしいと発言があり、進んで飲んでくれるようになった。しかし、2/13採血上脱水で2/16まで点滴500ml　1本/日開始した。内服の際に促すと100ml飲んでもらえた。食事摂取量は水分を促す前と変化はなくムラがあるが、5～10割摂取出来ている。脱水の改善はなく、横ばい傾向。本人も拒否をせずに用意した300mlをポカリスエットなら、摂取できている。
【考察】
A氏の必要水分摂取量は1150mlとなっており、 現在食事からの水分摂取量は283.6ml＋300mlとなっており、水分が足りない現状である。A氏は認知症もあり口渇感や症状を訴えにくいため、本人の好みや1回量、タイミングを考慮する必要がある。本研究では水分摂取はできたが、脱水の改善はみられなかった。今後も水分摂取量や尿量、採血データの観察を行い、医師と連携し必要時に点滴も実施していく必要がある考える。

4-3　看護④

KOMIチャートシステムにおける「持てる力」を生かした家族支援～家に帰りたい思いに寄り添う～

東京都・竹川病院

○島谷（しまや）　美揮（みき）（看護師）

【はじめに】

KOMIチャートシステム（現代社第一版2013）とは、“ナイチンゲール看護思想”と“KOMIケア理論”とを合体させたうえで、その理論に基づいて実践を展開できるように開発されたケア実施記録のためのツールである。KOMIチャートシステムを活用して課題や持てる力を可視化し、脳血管疾患で重度の麻痺を抱えた患者の退院支援を実施したため報告する。

【症例紹介】

A氏　70歳　女性。

自宅で階段下に倒れているところを夫が発見し、左視床出血にて緊急入院。発症から約1ヶ月後、右上下肢麻痺が残る形で当院入院した。

【治療（ケア）計画】

KOMIチャートシステムから「家族の家に連れて帰りたいという強い思いと協力体制が整っている」強みを見出すことができた。多職種カンファレンスで施設退院が望ましいとされていたが、家族が自宅を強く希望していたことと持てる力を生かして、自宅退院を目指したリハビリと家族指導を行っていくこととした。

【経過】

終日オムツ内に失禁から日中トイレ誘導・夜間オムツ失禁に改善した。移乗も3人介助から1人介助へ、食形態も改善し、体重減量にも成功した。家族の介助指導として、トイレ誘導とおむつ交換を実施し、手技を習得できた。また、入院中からケアマネージャーにこまめな情報共有をし、退院後の生活環境を整えた。

【結果】

A氏の大幅な身体機能の改善が見られ、退院までに家族にトイレ誘導とおむつ交換の手技を指導し不安なく退院することができた。退院後は家族共に笑顔で過ごされており、生活も問題なく送れているとのこと。また、ケアマネに入院中の情報共有した為、退院支援に不足なかったと返事もいただいた。

【考察】

KOMIチャートシステムを活用し、患者の課題と持てる力を可視化することで、家族の退院への意欲や介護力に合わせた介入ができたと考える。また、ケアマネージャーにこまめな情報共有を行うことで、スムーズな退院支援が行えたと考えた。

4-4　看護④

音声入力式角度調整ベッド導入が頚髄損傷患者の自己効力感および生活行動に与えた影響

愛媛県・松山リハビリテーション病院

○田中（たなか）　景子（けいこ）（看護師）、横田　始、宮西　花枝

【目的】頚髄損傷により四肢麻痺を呈し、日常的に姿勢調整介助を要する患者に対して音声入力式角度調整ベッド（以下、本機器）を導入し、頚髄損傷患者の自己効力感及び生活行動に与えた影響を明らかにする。
【方法】1）対象者：第 7 頸椎脱臼骨折・頚髄損傷 50 代男性・褥瘡なし・入院時 FIM：40 点（運動：13 点、認知：27 点）HDS-R30 点
2）研究デザイン：事例研究
3）導入方法：多職種（OT/PT/ST）と連携し導入。本機器の角度調整は 5 度ずつとする。時間帯は 9 時～17 時半のから本機器を導入し、安全性を確認した上で 24 時間導入とする。1 日 2 回皮膚トラブルの有無を観察する
4）データ収集方法：ベッド上での自主動作回数（姿勢調整の介助要求回数の変化）、リハビリ以外での離床時間の変化、褥瘡・外傷・転落などトラブル有無、患者にインタビュー形式の満足度
【結果】本機器導入前は姿勢調整介助要求が 30 回/日程度であったが導入後は 4～5 回/日へ減少した。
離床時間では導入前、45 分程度が導入後は 150 分へ拡大した。離床中には意欲的にカラオケ参加や他患者との交流が増えた。導入中は褥瘡発生や外傷・転落などのトラブルなく経過した。
導入後の患者インタビューでは、「自分の声でベッドの調整が出来るようになり助かる。スタッフを待つ時間や気がねがなくなりストレスがない。夜間痛みで目が覚めても我慢せずその場で調整して熟眠出来る。退院後もこれがあれば家族に頼らなくていい」との声が聞かれた。
【考察】回復期病棟では、残存機能を活かした日常生活動作の自立支援が重要である。患者は入院当初、介助要求しスタッフを待つもどかしさや、自身で行う事が出来ないという苛立ちから心理的ストレスを抱えている状況であった。しかし、本機器を導入後より、患者自身が必要なタイミングで姿勢調整を行えることで、「スタッフを待つ時間や気兼ねがなくなった」「我慢せずその場で調整できる」といった発言が聞かれ、心理的ストレスの軽減に繋がり、療養生活を穏やかに過ごすことができるようになった。また、自らの声と意思により環境をコントロールすることができたことで達成感が得られ、この小さな成功体験の反復が自己効力感の向上につながったと考えられる。自己効力感の向上に伴い、姿勢調整の介助要求回数が 1 日 30 回程度から 4～5 回へ減少し、離床時間も 45 分から 150 分へと大幅に延長した。さらに、カラオケの参加など活動範囲の拡大や他者との交流機会の増加が見られた。
「自分で出来る」という自信が主体的な行動を促し、生活行動の拡大につながったと考える。
本機器の導入に至っては、PT・OT・ST との連携が必要であり、呼吸状態や発声機能の評価、安全面の確認、段階的な操作練習を行った。このような多職種連携により、患者の身体機能やリスクを共有しながら導入を進めたことが安全な機器使用と成功体験の獲得につながり、自己効力感の向上を支える重要な要因でもあったと考えられる。
【結論】本機器の導入により、自らベッド上での環境をコントロールできる機会が増え、成功体験を積み重ねたことで、自己効力感の向上に繋がった。また、自己効力感の向上は主体的な行動を促進し、自立支援を通じて、QOL の向上に寄与した可能性が示された。

4-5　看護④

地域包括ケア病棟の看護記録の現状～看護の見える化と連携できる記録の課題～

福岡県・杉病院

○酒井（さかい）　鮎美（あゆみ）（看護師）、安達　麻美、杉　雄介

【目的】
当院の看護記録は、看護計画に係わる記録形式はSOAP、それ以外はフォーカスチャーティング（以下FC）で、記録の監査は各病棟に委ねられている。2026年適時調査を受ける際、看護記録を確認したところ看護師により内容や書き方に差があった。当院の看護師は中途採用者が多く、前職での記録方法や看護観に相違があり、基準やマニュアルはあるものの活用されていなかった。記録の質やバラツキは、看護の一貫性に欠け、連携の遅延や支援の質の低下につながる可能性がある。そこで、看護の見える化と連携できる記録になるよう、現状の課題を明らかにし改善策について検討した。
【方法】
①看護記録の実態調査（無作為に選んだ入院患者6名の記録を監査）
調査項目は、基礎情報、看護計画、経過記録、退院支援・サマリー
退院調整のプロセス、自立支援・ADL、意思決定支援
②地域包括ケア病棟看護師17名（役職者を除く）を対象に看護記録に関するアンケート調査
【結果】
地域包括ケア病棟の看護師は中途採用者16名、看護師経験の平均は19年、当院での経験年数の平均は5年。前職の記録形式は、SOAP14名FC1名経時記録1名未回答1名。FC記録形式を理解しているかは、はい12名いいえ4名未回答1名。記録の実態調査は、経過表の観察項目に偏っており、患者の状態変化や看護記録の意図が読み取れる経過記録は少なく看護の一貫性の担保はできていなかった。退院支援の記録として、多職種連携のカンファレンス記録は書かれていたが、それに関する看護記録は少なく連携できる記録とは言えなかった。アンケート調査では、経過記録で意識していることとして「医療者同士の情報交換」を14名があげていたが、実際の記録は、患者の状態変化・不穏・夜間の状態の記録が多く、IC・説明に関する記録2名、退院支援に関する記録3名と支援に関する記録は少なかった。
【考察】
現状では、看護記録を書くタイミングや内容のバラツキ、記載内容の不足等看護の一貫性や連携の記録ができているとは言えない。要因として①看護師の90％以上が中途採用者で、前職からの影響、記録に対する視点の違い、記録の目的や意義に対する意識の差②FCを理解している看護師が多いにも関わらず、患者の変化が見える、他者へ伝わる記録となっていない事③記録の教育体制がOJT任せで体系化されていない④経過記録が少なく、患者情報は口伝え文化の傾向がある、があがった。対策として①記録の標準化及び看護師1人ひとりの記録への理解と意識の向上②教育体制の構築③見える化された記録文化へ転換④連携できる記録を意識したテンプレートの作成⑤病棟全体で記録の質を振り返る仕組み作りが必要と考えた。
今後は、記録委員会を設置し組織として記録の見える化、連携できる記録になるよう取り組んでいく。小規模病院の強みである職員間の距離の近さと改善の迅速さを活かし、この取り組みを進めていきたい。記録の一貫性と連携可能な記録を整備することで、必要な情報の把握、適切な介入が行え、地域包括ケア病棟の役割である切れ目のない支援の実現に繋がると考えている。

4-6　看護④

自宅退院が困難と思われた患者家族への退院支援～患者への医療的ケアの指導の事例を通して～

東京都・永生病院

○佐藤（さとう）　史華（あやか）（看護師）、甘　佳楽

【はじめに】

病院機能の見直しや在宅医療の推進等により在院日数の短縮が進んでいるが、退院後の療養環境が整わないまま退院すると、再入院や生活不安が増大し患者・家族に大きな負担を強いる。こうした課題を解決するため、看護師を中心とした退院支援体制の構築が各地で進められている。[1]本研究では、医療処置があり在宅で家族が援助するのは困難と思われた事例を通し、退院支援を受けた家族の調査と支援を担う看護師の意識調査行い考察することを目的とする。

【方法】

⑴ 退院支援を行ったA氏の夫　60歳代　　指導期間：2025年6月12日～6月23日

退院後に電話でインタビューを行い、退院指導が有効か調査した。

⑵ 病棟看護師

A氏の夫に指導した看護師5名、退院指導を担当しなかった看護師16名を対象にアンケート調査し有効な退院指導の実際と改善点について調査した。

【倫理的配慮】

研究参加者に研究目的・方法・参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、及び、個人情報の保護について文書と口頭で説明を行い、書面で同意を得た。なお当院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。

【退院支援の実際】

A氏60歳代女性　主病名：虫垂癌術後、腹膜播腫、イレウス。嚥下機能低下を認め胃瘻を造設。帯下があり膣剤を挿入。リハビリ継続と自宅退院調整のため入院。

介護者は60歳代の夫。定年退職後で妻の在宅介護に意欲的であり、胃瘻の管理方法、経管栄養や内服薬の注入、膣剤の使用方法を指導した。A氏の夫に当日受け持ち看護師が指導を行い看護師間で情報共有した。膣錠を使用していたが手技獲得ができず、訪問看護宛てに退院サマリーに記述し申し送りした。

【結果】

1. 退院後夫に電話でインタビューを行い、退院指導の理解度を問うと、「胃瘻管理や栄養の投与は初めてだったが、分りやすく教えてもらえた。膣錠の挿入は難しかった。」また「指導のおかげで不安なく行えている。」「分らないことは訪問看護に相談している」と聞き取りした。

2. 看護師のアンケート調査では、退院支援は大切な役割と考えているかの問いに、指導した看護師と指導を担当しなかった看護師も「とてもそう思う・そう思う」が100%。自信をもって取り組めているかの問いに、1～3年の経験が浅い看護師は「どちらともいえない」が20%。退院支援を学べる機会や研修が少ないかの問いに、「とてもそう思う、そう思う」が80%。自由記述には「介護保険の理解や退院後のサービスを知る機会が欲しい」や「統一された退院指導パンフレット作成」と意見があった。

【考察】

1. A氏夫のインタビューを通し、膣錠の使用が困難であり夫が実施できるか早期に判断が必要であった。しかし退院指導のとおりに胃瘻管理を実践しており有効な退院支援を行えたと考える。

2. 看護師のアンケート調査は、退院支援は重要だが経験年数が浅い看護師ほど指導に自信が持てていないことが分かった。これは臨床での経験が長い看護師ほど公私における豊富な人生経験は、生活者としての経験から得た知識を看護実践に活かす過程でのヒントとなり、患者の多様なニーズに対応できる基盤となっている[2]のではないかと考察する。今後は退院支援を学ぶ機会を充実し2，自信を持って指導が行える環境を整えていく必要があると考える。

【引用・参考文献】

1）湯浅香代・三宅茉里奈・森本美智子：退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程．日本看護研究学雑誌，第42号，pp911～919，2019

2）山本多恵子・小川典子・酒井太一他：退院支援教育が病棟看護師の退院支援におよぼす影響．順天堂大学保健看護学部順天堂保健看護研究，第9巻，pp1～13，2021

4-7　看護④

回復期リハビリ病棟看護師の退院支援への取り組みと課題～退院後訪問・退院後電話確認を通して～

東京都・永生病院

○入山（いりやま）　朋恵（ともえ）（看護師）

【目的】

回復期リハビリテーション病棟に入院している患者は自宅または自宅に準ずる環境へ退院する事が多く、患者や家族に対し、必要に応じた退院支援を行っている。しかし退院後その支援が活かされているのか把握できておらず、先行文献によれば退院支援への知識・認識・関心不足は看護職者が取り組む課題の一つとして挙げられている。そのため、実際に自宅または施設に退院した患者に対し退院後訪問・電話確認を行い、聞き取り調査を行う事で現在実施している退院支援を振り返り、課題や改善点を明確化にし、より良い退院支援につなげる事を目的とする。

【方法】

1. 自宅に退院した患者および家族5名、施設に退院した患者2名、計7名を対象に、作成したインタビューガイドを用いて退院後訪問・電話確認を実施した。内容は、退院支援に対する評価や現在困っている事など6項目とした。
2. 聞き取り調査後、病棟看護師でカンファレンスを開催し情報共有を行い、実施している退院支援の課題や改善点を内容分析から明確化した。

【結果】

施設へ退院した2名からは不満や意見は得られなかった。

自宅へ退院した5名からは困った点として「退院後、困った際にどこに連絡をすればよいのか分からない。」「入院時にパット交換を教わったが、実際に失禁し交換する際トイレに長時間こもるため羞恥心からデイサービスに行かなくなった。入院中に失禁時の対応についてもっと練習しておきたかった。」「家屋調査中、本人が玄関の所に待機し本人が直接部屋の中の様子を確かめられず、安全スペース確保のため家具を処分した事が納得できていない。」などの意見があった。また、良かった点としては「入院中に渡された家族指導書が役に立った。」「患者の体勢を整える際にもらった写真が役立っている。」などの意見が得られた。

【考察】

施設へ入所した患者では介護スタッフが駐在しているため、患者からは特に不満はなかった。しかし、自宅退院した患者では、自宅介護中に困った時の相談先が分からず問題を抱えてしまう事がある。入院期間中に退院後に利用できるサービスや相談所などを説明し資料を渡す事が必要であると考える。さらに、指導時に技術の獲得はできても慣れない手技に戸惑い、外出に対する意欲の低下がみられる場合があるため、手技の獲得だけで終わらせるのではなく、慣れるまでの練習時間を確保する事も必要である。自宅退院後、サービスや自宅改修に対して不満が現れる場合もあり、患者および家族が納得できるまで話し合いをする事が理想である。しかし限られた時間での調査や介護保険の適応範囲内では全てを対応しきれない事が課題として挙げられ、今後さらに検討をしていく必要がある。

【結論】

自宅または施設に退院した患者及び家族に対し退院後訪問・電話確認を行うことで、退院支援・指導を振り返り課題や改善点が明確化した。施設退院の患者では課題や改善点はみられなかった。一方自宅退院の患者は退院後に利用できるサービスの情報提供や、手技の獲得に加え生活に慣れるまでの時間を考慮する事も必要である。限られた時間や制度では、希望に全て対応しきれない事があるが、入院早期から退院支援を行い、退院後に納得したサービスが受けられるよう検討する事が、退院支援の質向上につながる事が明らかになった。

5-1　身体拘束廃止①

身体拘束の最小化を目的としたケアマフ導入の実践と効果

富山県・西能みなみ病院

○田村（たむら）　未弥（みや）（看護師）、石割　亜希、伊勢　雄大、田中　操、熊谷　由香、川幡　典子、金山　洋子、
西嶌　美知春

【はじめに】

当院は慢性期疾患の療養を目的とした患者が入院しており、認知症患者は約 8 割、CV カテーテルによる高カロリー輸液を行う患者は約 4 割を占める。そのため、ルートトラブルの予防を目的としたミトン装着等の身体拘束を行うことがあった。2024 年度の診療報酬改定を受け、身体拘束を最小化する取り組みを行ったが、同年度の当院の身体拘束率は 17.04% であり、全国平均の 11.8% を上回っていた。これを受け、2025 年度は身体拘束率 10% 以下を目標に掲げ、認知症ケアにおける看護の見直しを行った。その取り組みとして、触れることで安心感が得られ、認知症ケアに有効とされる筒状のニット小物「ケアマフ」を代替物に導入し、身体拘束の最小化に一定の効果が得られたため報告する。

【方法】

研究期間：2025 年 8 月～2026 年 5 月

研究対象：CV カテーテルに関心を示し、ルートに触れる動作が見られる認知症患者 8 名のうち、1 ヵ月以上使用することができた 6 名

研究方法：対象患者に 1 ヵ月間ケアマフを使用してもらい、使用前後の BPSD25Q を評価

1 カ月後病棟スタッフ 24 名を対象にアンケート調査（看護職 12 名、介護職 12 名）

【結果】

いずれの患者も BPSD25Q のスコアが低下し、BPSD の軽減が認められた。また、ケアマフ導入後、ルートに触れた報告はなかった。

アンケート調査においては「ケアマフで手指を動かす様子がみられた」「表情が穏やかになり落ち着いた様子が見られた」「援助時の抵抗動作が減った」と半数以上のスタッフが回答し、BPSD の軽減を実感していたことがわかった。また、「ルートトラブルの予防に効果があるか」という質問に対しては、23 名が「あると思う」と回答した。「今後もケアマフを活用していきたいか」という質問に対しては、全員が「していきたい」という前向きな回答であった。一方で「衛生管理が難しい」「ケアマフに関心を示さない時もあった」という課題の把握につながった。

【考察】

BPSD25Q のスコアが低下したことから、ケアマフは患者の精神的安定に寄与したと考える。また、ルートに触れた報告がなくなったことから、ケアマフがルートからの注意を逸らす役割を果たした可能性がある。また、スタッフにおいては、身体拘束を行わずにルートトラブルを予防できた成功体験が、今後も活用していきたいという前向きな受け入れにつながっていた。

【結語】

ケアマフ導入は、認知症患者の安心感や落ち着きがうまれ、BPSD の軽減およびルートトラブルの予防に有効であった。穏やかに過ごす患者の変化が、スタッフのモチベーションを高めることとなり、身体拘束の最小化に向けた環境調整や意識改革が病棟全体に定着してきている。

5-2　身体拘束廃止①

眠りSCAN®の利用が転倒・転落予防および業務負担に与える影響―早期検知機能に着目した検討―

和歌山県・宇都宮病院

○中津（なかつ）　めい（看護師）、岡本　佳央理

【目的】

当院では転倒・転落予防のためセンサーマットを使用していたが、患者が転倒してから発見されることが多く、より早期に患者の変化を捉えることが課題であった。2025年12月に導入した眠りSCAN®は、マットレス下に設置し体動・脈拍・呼吸数を検知できる。本研究は、眠りSCAN®の使用が転倒・転落予防および看護・介護業務に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

包括ケア病棟および療養病棟に勤務する看護師・ケアワーカー計60名を対象にアンケート調査を実施した。回答者は57名（回収率95.0%）であった。アンケートでは安全管理および業務負担に関する認識をリッカート尺度および自由記述を用いて調査した。また、眠りSCAN®導入前後の転倒・転落インシデント件数を比較した。本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施し、アンケートは無記名で実施した。

【結果】

転倒・転落件数は導入前後で大きな変化は認めなかった。一方、「患者の動きや変化に早く気づける」と回答した者は包括ケア病棟72.4%、療養病棟85.7% であった。また、「転倒・転落リスクを予測しやすくなった」は包括ケア病棟72.4%、療養病棟67.9%、「転倒・転落を未然に防げた経験がある」は包括ケア病棟44.8%、療養病棟35.7% であった。「業務を円滑に進めるうえで有用」と回答した者は包括ケア病棟55.2%、療養病棟53.6% であった。自由記述では、体動や起き上がりを早期に把握できたことや、ルート類の自己抜去予防に有効であったとの意見がみられた。

【考察】

眠りSCAN®は体動を検知できる特性から、当院で従来使用しているセンサーマットと比較して患者の変化をより早期に把握でき、転倒リスクの予測や迅速な介入につながったと考える。特に、患者のもとへ訪室・介入する適切なタイミングを可視化できることは大きな利点であった。加えて、患者の体動や離床状況などの状態変化を客観的に把握できることで見守りに対する不安が軽減し、訪室判断の支援や業務負担軽減にもつながっていた。さらに、患者に身体的負担や行動制限を与えずに安全管理を行える点も有用であった。一方で、ナースコールとの非連動や体動による不要なアラームへの対応など、運用面での課題も認められた。

【結論】

眠りSCAN®は転倒・転落予防における早期検知ツールとして有用であり、訪室・介入のタイミングの判断支援や看護・介護業務の負担軽減に寄与していた。運用上の課題はあるものの、患者負担の少ない見守り機器として有効であり、今後も機器特性を理解した適切な活用が必要である。

5-3　身体拘束廃止①

離床 CATCH 導入と多職種連携による身体拘束率低減への取り組み

富山県・北陸中央病院

○長田（ながた）　尚久（たかひさ）（理学療法士）

【目的】

身体拘束は倫理的・身体的リスクが高いものの、患者の転倒リスク（自由）と拘束（安全）の相反する関係性というジレンマが存在する。その中で近年は身体拘束に対する「最小化」が推奨されている。当院では高齢患者を中心とした入院診療を行っており、転倒転落リスクや認知機能低下に伴い身体拘束が行われる場面が少なくなかった。そこで当院では 2024 年 6 月から身体的拘束最小化のための対策を検討することを目的として、「身体的拘束最小化チーム」を設置しラウンドを開始。2024 年 8 月より赤外線センサーから離床予兆を把握可能なベッド内蔵型離床センサー「離床 CATCH」へ機器変更を行った。さらに病棟で実施しているベッドサイドカンファレンスへリハビリテーションスタッフが参加する体制とした。本研究の目的は、離床 CATCH 導入および多職種連携強化が身体拘束率に与える影響を検討することである。

【方法】

対象は当院全病棟（急性期病棟、地域包括ケア病棟、医療型療養病棟）に入院した患者とした。当院は病床数約 163 床（人間ドックを除く）の地域病院であり、高齢患者が多数を占めている。2021 年 4 月から 2026 年 3 月までの月別身体拘束率を後ろ向きに調査した。2024 年 7 月までを離床 CATCH および多職種連携強化導入前群（40 ヶ月）、2024 年 8 月以降を導入後群（20 ヶ月）とし、各月の身体拘束率を比較した。統計解析には対応のない t 検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

導入前 40 ヶ月間の平均身体拘束率は 11.7% であったのに対し、導入後 20 ヶ月間では 8.2% であった。導入後は身体拘束率の有意な低下を認めた（$p<0.001$）。月別推移においても、導入後より身体拘束率は継続的に低下傾向を示した。

【考察】

離床 CATCH 導入により、患者の立ち上がりや離床動作の早期把握が可能となり、転倒リスクへの迅速な対応につながった可能性が考えられる。また、身体的拘束最小化チームによりラウンドを通して身体的拘束実施状況の把握や拘束解除に向けての検討が促進されたことに加え、ベッドサイドカンファレンスへリハビリテーションスタッフが参加することで、多職種による情報共有や代替手段の検討が進んだことも身体拘束率低減に寄与した可能性がある。

【結論】

離床 CATCH 導入および身体的最小化チームによるラウンド、及びベッドサイドカンファレンスへのリハビリテーションスタッフ参加は、身体拘束率低下に有効であった可能性が示唆された。身体的拘束最小化に向けては、機器導入のみならず、多職種連携による継続的な評価と介入が重要であると考えられた。

5-4　身体拘束廃止①

身体拘束ゼロに向けた取り組み～センサーマットの使用目的の明確化と多職種連携による事例検討～

福岡県・有吉病院

○長濱（ながはま）　百合（ゆり）（看護師）、田中　圭一、藤森　和子

【目的】2024 年の医療法改定により、身体拘束を最小化するための体制整備が義務化された。当院は地域密着型の 146 床の病院であり、医療療養病棟を中心に高齢者ケアを担っている。センサーマットは身体拘束の 11 項目には該当しないが、使用方法によっては抑制となり得る。本取り組みでは、センサーマット使用目的の明確化とアセスメント力の向上を目的とした。

【方法】対象は A 氏、78 歳男性、要介護 1。アルツハイマー型認知症および肺癌の既往があり、令和 6 年 2 月に長期療養目的で入院された。記憶障害と小刻み歩行による転倒リスクが高く、ベッドサイドにセンサーマットを設置していたが、端座位の時にも作動し「なんか用か！見張られてるんか！」と不穏になる場面が頻回にみられた。多職種連携で居室内を安全に歩行できる環境づくりを目標に設定し、①歩行動作の詳細なアセスメント、②「1、2」の声かけによる歩行介入、③センサーマットチェック表による作動時間帯と本人の訴えの分析、④個別の ADL に即した居室環境の整備を実施した。

【結果】「1、2」の声かけにより足取りがスムーズになり、歩行が安定した。センサーマットを一部の時間帯で解除することが可能となり、本人の精神的な安定につながった。また居室環境を個別に整備したことで、5 か月間転倒アクシデントの発生はなく経過している。

【考察】センサーマットは安全管理に有用である一方、使用目的が曖昧な場合は抑制となり得る。本事例では、対象患者の ADL 状況を観察し、多職種でカンファレンスを行い、アセスメントを共有し、本人の言動を手がかりにケアを個別化したことが、安全確保と本人の尊厳の両立につながったと考える。

【結論】身体拘束をしないことがゴールではない。生活の継続性の尊重、自己決定権の尊重、残存能力の活用という医療・介護の 3 原則に基づき、ケアの質を高めて個人の尊厳を守ることこそが真のゴールである。今後も多職種連携のもと、個別性を重視したケアを継続していきたい。

5-5　身体拘束廃止①

急性期病棟における身体拘束の最小化に取り組んだ看護実践～抑制しない看護を目指して

大分県・和田病院

○土井（どい）　勝也（かつや）（看護師）

【目的】2024年の診療報酬改定では、精神科病棟以外のすべての病棟を対象に、「身体拘束の最小化に向けた取り組み」が強化された。
病院組織全体でどのような身体拘束最小化実現に対する取り組みを行い、それが組織・思者にどのような影響を及ぼしたか明らかにすることである。
【方法】分析方法 量的研究
【結果】
1）身体拘束最小化するための組織体制見直した。
新たなリーダーの選出。リーダーを中心に、身体拘束ゼロ化・最小化に向けてのビジョンを決意表明、新しい運営方法を打ち出す。
2）身体拘束回診の運営方法・記録を新しくする。
既存の回診では、週1回、医師・看護師・リハビリ・SWと回診を実施していたが、楽剤師・管理栄養士を追加。
記録は回診時に看護師が行っていたが、回診終了後に、各職種が専門分野の知識用いて記録へ変更。
3）委員会職員以外の職員への身体拘束最小化への意欲・意識向上への取り組み
既存の身体拘束回診では身体拘束委員会の職員が回診・記録を行っていたが、新たに委員会職員以外の日勤職員に参加・記録へ変更
4）身体拘束最小化に向けての環境整備
新たにリハビリを中心とした、週2回の院内デイを開始。ホールに集まり1～2時間程度活動。その間は拘束を解除し、リハビリ職員が対応。
5）実績
2024年4月～2025年3月 総拘束患者41名 平均年齢83歳 認知症患者29名
退院・転棟までに解除21名（51%）
2025年4月～2026年月
総拘束患者33名 平均年齢85歳 認知症患者24名（72%）
1週間以内拘束解除者15名（45%）
2週間以内3名（9%）
3週間以内1名（3%）
4週間以内2名（6%）
退院・転棟までに解除12名（36%）内部分解除者3名
【考察】本研究では、全ての身体拘束廃止とまでは行かなかったが、拘束期間の短縮・最小化に成功した看護の実践を明らかに出来た。成功した要因として看護管理とリーダーシップが挙げられる。看護管理とは、最適な看護の提供を目指し、計画・立案・組織化・調軽・統制・改革を行う活動およびその過程である。計画では、リーダーを中心に、身体拘束ゼロ化・最小化に向けてのビジョンを決意表明した事により、ビジョンや理念・方針が明確になった。組織化では、計画を実現するために身体拘束回診の運営方法・記録の一新・身体拘束最小化の検討に効果的な医師への関与を行い、身体拘束最小化へ向けた組織体制を再構築出来た。統制では、身体拘束回診の運営方法の一新により、多職種を巻き込んで回診出来るように常に多職種とコミュニケーション図った。多職種も身体拘束に興味を持ち、専門分野からの意見が反映されるようになり、身体拘束最小化・期間短縮に繋がった。改革では、多職種による新たな取り組みの導入。薬剤師は医師と相談し薬剤調整検討。管理栄養士は医師と相談し絶食から食事再開検討。空腹感や点滴が中止となり不穏改善。SWは入院前の自宅や施設での生活状況を情報収集。入院前の生活状況を限りなく実現する。リハビリは院内デイ実施。昼夜逆転改善・参加中の看護師の負担軽減。
【結論】委員会職員以外の職員への身体拘束最小化への意欲・意識向上への取り組みでは、身体拘束員会メンバー以外の看護職員も回診に参加する事で、職具一人一人が身体拘束に興味を持つきっかけとなった。その結果、身体拘束を検討する事例に直面しても直ぐに拘束をするのではなく、必要最低限の拘束から始めるように意識改革が出来た。これら一連のマネジメントプロセスを経て、身体拘束を廃止・最小化を目指した組織として常に良い状態をつくり、保つためのサイクルを恒常的に展開することが、急性期病棟における身体拘束を最小化するための看護管理として重要であると考える。

5-6　身体拘束廃止①

経管栄養チューブの自己抜去を繰り返す患者様への看護ケアの振り返り

1 新潟県・三条東病院介護医療院、2 三条東病院

○大竹（おおたけ）　正隆（まさたか）（看護師）[1]、阿部　千香子[2]、細井　美幸[2]、金井　姫美[1]、小村　寿美[1]、間島　みどり[1]、
小名　英利[2]

【はじめに】

当院は医療療養病棟 60 床、介護医療院 180 床有しており、在宅からの入院以外にも、近隣病院からの転院を積極的に受け入れている。令和 7 年度、ミトンなどの抑制を必要とした患者様は、全体で 24 名だった。入院時より病棟毎に委員を中心に多職種を交えた身体拘束カンファレンスを開き、解除に向けて取り組んでいる。

今回、在宅より摂食障害で入院して来られた患者様で、「少しでも長生きしてほしい」と強く望む家族の意向とは逆に、「何もしないでほしい」と患者様は訴え、点滴や経管栄養チューブの自己抜去を何度も繰り返されていた患者様がいた。本人の意向や尊厳・家族の思いを踏まえ、多職種を交えたカンファレンスを重ねながら、ミトンを完全に解除し経鼻経管栄養注入を見守りで対応するに至った事例を通し、多職種と連携しながら行った看護師のかかわりについて、患者家族の意向に沿ったケアができていたのか振り返り要因を分析する。

【目的】

看護師の関わり方を振り返り、抑制解除に至った要因を考察し、今後のケアに活用する。

【方法】

事例検討

・事例紹介

90 歳代　女性　脳血管性認知症・脳梗塞　麻痺なし　手の動き活発　経管栄養　要介護 5

R6.7 月頃より摂食障害あり入院。食事や点滴の拒否があり、経管栄養を開始するも、点滴や経管栄養チューブの自己抜去を繰り返し、栄養中の抜去もみられた為、両手ミトンの使用を開始。経管栄養チューブのサイズや栄養回数の変更に加え、ゼリーの経口摂取を開始。更に栄養内容を見直し、午後にリクライニング車椅子に乗車し、ナースステーションにて経管栄養チューブを挿入・栄養注入、終了後、チューブを抜去する方法をとった結果、ほぼ自己抜去せずに実施することができた。

【結果】

連日の経管栄養チューブの挿入・抜去に対し、説明を繰り返すことで一定の理解は得られ、拒否されることは少なくなった。チューブが挿入されている苦痛が本人にはある為、注入時には看護師 1 名が必ず本人の隣で話しかけながら見守り、チューブの自己抜去を予防することへ繋がった。

【考察】

必要な栄養量を摂取するにあたり、本人の苦痛と感じる時間を最小限にし、ケアの間は頻回な声かけや説明を繰り返すことで、不安の軽減が図れ、職員との信頼関係の構築に繋がった。更に、慣れた場所で行うことで、安心できる環境作りは拘束解除において重要である。見守りのみで実施できた背景には、身体的・精神的・環境的要因への継続的な介入が不可欠であると考える。

今後も、個別性を踏まえながら対策を検討し実施していきたい。

5-7　身体拘束廃止①

ケアミックス病院における身体拘束最小化チーム導入が身体拘束率および転倒転落関連指標に及ぼす影響

愛知県・総合青山病院

○加藤（かとう）　彩（あや）（看護師）、鈴木　聡美、岩瀬　沙織、鶴見　昌樹、大和　俊信

【目的】A 病院は急性期、回復期、療養病棟を有する 193 床のケアミックス病院である。令和 6 年 4 月に身体拘束最小化チームを設置し、身体拘束の適正化と最小化に取り組んできた。本研究は、チーム導入前後における身体拘束率の推移を明らかにし、分析し、その効果を検証することを目的とした。

【方法】令和 5 年度から令和 7 年度までの 3 年間を対象とし、急性期・回復期・療養病棟における入院患者数、身体拘束患者数、および転倒転落件数を後方視的に調査した。各病棟において身体拘束率、転倒転落率、転倒転落事故発生率および転倒転落損傷発生率を算出し、年度ごとの推移を比較した。転倒転落率は病院全体では総件数および総患者数から算出し、病棟別に層別解析を行った。身体拘束率の経年的変化には Cochran–Armitage 傾向検定を用い、転倒転落関連指標の比較には χ^2 検定を用いた。有意水準は 5% とした。

【結果】病院全体の入院患者数は令和 5 年度 59,501 人、令和 6 年度 61,949 人、令和 7 年度 61,580 人であった。身体拘束患者数は 9,612 人、7,740 人、5,828 人であり、身体拘束率は 16.2%、12.5%、9.5% と経年的に低下した。Cochran–Armitage 傾向検定の結果、有意な減少傾向を認めた（$p<0.001$）。急性期病棟では身体拘束率が 10.2%、9.8%、5.6% と低下し、有意な減少傾向を認めた（$p<0.001$）。回復期病棟では 6.7%、7.7%、5.8% と推移し、有意な傾向は認めなかった（$p>0.05$）。療養病棟では 31.5%、20.5%、18.4% と大幅に低下し、有意な減少傾向を認めた（$p<0.001$）。転倒転落率は病院全体で 2.5%、2.8%、2.7% であり、著明な増加は認めなかった（$p>0.05$）。急性期病棟では 0.28%、0.27%、0.27% と横ばいで推移した。回復期病棟では 0.34%、0.52%、0.34% と一時的な上昇を認めたが、その後改善した。療養病棟では 0.13%、0.13%、0.09% と低下傾向を示した。いずれの病棟においても転倒転落率の有意な増加は認められなかった（$p>0.05$）。転倒転落事故発生率は 0.12%、0.15%、0.19% であり、転倒転落損傷発生率は 0.09%、0.05%、0.12% であった。いずれも年度間で有意差は認められなかった（$p>0.05$）。

【考察】身体拘束率の低下には、身体拘束最小化チームによる介入が寄与したと考えられる。特に療養病棟では 31.5% から 18.4% へ大きく低下しており、定期的な評価や拘束解除に向けたカンファレンスが有効に機能した可能性がある。また、身体拘束率低下後も転倒転落関連指標の悪化は認められず、身体拘束に依存しない安全管理が可能であることが示唆された。一方、回復期病棟では明確な減少傾向を認めず、活動性の高い患者に対する転倒予防と身体拘束最小化の両立が今後の課題である。

【結論】身体拘束最小化チーム導入により、病院全体および急性期・療養病棟において身体拘束率の有意な減少が認められた。転倒転落関連指標の悪化は認められず、身体拘束最小化と患者安全の両立は可能であることが示唆された。

5-8　身体拘束廃止①

身体的拘束最小化を病院全体で推進する組織的取り組み―理念を基盤とした組織横断的推進体制の再構築―

栃木県・日光野口病院

こいけ　さとし
○小池　怜（事務職）、金山　和弘、沼尾　かおり、熊谷　安夫、目黒　浩昭、戸松　佳子

【目的】当院では「患者の尊厳を最後の一瞬まで守る」を理念とし、患者の尊厳を重視した医療・ケアを目指している。しかし、慢性期病院では高齢患者や認知症患者が多く、安全確保を優先し身体的拘束を選択せざるを得ない場面も少なくなかった。令和 6 年度診療報酬改定を契機に身体拘束廃止委員会を中心とした活動を開始し、認知症ケア加算対象患者の身体的拘束率は 46.6% から 11.6% まで改善したものの、その後は 21.4～29.9% で推移し、委員会活動のみでは病院全体への定着や継続的改善に課題が認められた。さらに令和 8 年度診療報酬改定では、身体的拘束実施割合によるアウトカム評価、基準未達時の入院基本料減算及び身体的拘束最小化推進体制加算が導入され、身体的拘束最小化は倫理面だけでなく経営面からも重要課題となった。そこで理念に立ち返り、身体拘束廃止委員会中心の活動から病院全体で推進する組織的取り組みへ発展させるための推進体制を再構築した。本取り組みの初期成果を報告する。

【方法】令和 7 年 12 月より令和 8 年度診療報酬改定内容を分析し、身体的拘束実施割合、入院基本料への影響及び身体的拘束最小化推進体制加算について整理した。また、文献及び先進施設を参考に改善策を検討した。総合企画室及び事務部門は制度分析、可視化及び部門間調整を担い、経営改革委員会で病院方針を整理した。管理指標を認知症ケア加算対象患者から病院全体及び病棟別身体的拘束率へ見直し、月次推移及び直近 3 か月平均を継続的に可視化し、重点支援病棟も把握できる管理体制を整備した。さらに令和 8 年度事業計画（MVV）へ位置付け、院長による身体的拘束最小化宣言を発信した。令和 8 年 3 月から総合企画室が身体拘束廃止委員会へ参画し、4 月からは委員会終了後に毎月多職種ラウンドを開始した。「身体的拘束を解除する」のではなく、「身体的拘束を解除できる環境を整える」ことを目的として身体的拘束継続理由を再評価し、代替手段、環境整備及び見守り体制を多職種で検討した。改善内容は身体拘束廃止委員会及び経営改革委員会で共有し、全部門へ展開した。

【結果】病院全体及び病棟別身体的拘束率を管理指標としたことで、改善状況や重点支援病棟を客観的に把握できるようになった。病院全体の身体的拘束率（直近 3 か月平均）は 21.6% から 10.7% へ改善し、療養病棟では 18.8% から 9.1% まで低下した。一方、病棟間で改善速度には差が認められた。多職種ラウンドでは代替手段や環境整備を検討し、その内容を全部門で共有することで継続的な改善活動につながった。また、委員会外からも困難症例や身体的拘束解除に関する相談が寄せられるようになり、病院全体で検討する機会が増加した。

【考察】令和 6 年度診療報酬改定では委員会活動では一定の成果を認めたものの、病院全体への浸透には限界があった。そこで令和 8 年度診療報酬改定を契機として、理念を基盤に病院全体及び病棟別身体的拘束率の可視化、経営改革委員会と身体拘束廃止委員会の連携、多職種ラウンドによる現場実践を組み合わせた。その結果、身体的拘束率の改善と委員会外からの相談や改善提案がみられるようになり、身体的拘束最小化が病院全体の課題として浸透し始め、組織文化の変化を示唆する結果が得られた。

【結論】理念を基盤として、病院全体の身体的拘束率の可視化、経営改革委員会と身体拘束廃止委員会の連携及び多職種ラウンドを組み合わせた組織横断的推進体制を再構築したことで、身体的拘束率は改善傾向を示し、病院全体で身体的拘束最小化を継続的に推進する基盤が形成されつつある。現在も改善活動を継続しており、その成果は学会当日に報告する。

6-1　身体拘束廃止②

療養病棟における身体拘束最小化チーム活動の効果―身体拘束率低減と維持に向けた取り組みの検討―

愛知県・総合青山病院

○鈴木（すずき）　聡美（さとみ）（看護師）、加藤　彩、岩瀬　沙織、鶴見　昌樹、大和　俊信

【目的】A 病院は急性期、回復期、療養病棟を有する 193 床のケアミックス病院である。令和 6 年 4 月に身体拘束最小化チームを設置し、身体拘束の適正化と最小化に取り組んできた。本研究は、身体拘束率が高かった療養病棟を中心に、身体拘束最小化チーム導入前後の身体拘束率、転倒転落率および自己抜去発生率の推移を分析し、身体拘束率の低減と維持に寄与した要因を検討することを目的とした。

【方法】令和 5 年度から令和 7 年度までの 3 年間を対象とした後方視的調査を実施した。調査項目は入院患者数、身体拘束患者数、転倒転落件数および自己抜去件数とした。病院全体および病棟別に身体拘束率、転倒転落率および自己抜去発生率を算出した。転倒転落率は病院全体では総件数および総患者数から算出し、病棟別に層別解析を行った。身体拘束率の経年的変化には Cochran-Armitage 傾向検定を用い、転倒転落率および自己抜去発生率の比較には χ^2 検定を用いた。有意水準は 5% とした。

【結果】病院全体の身体拘束率は 16.2%、12.5%、9.5% と経年的に低下し、有意な減少傾向を認めた（$p<0.001$）。療養病棟では 31.5%、20.5%、18.4% と大幅に低下し、有意な減少傾向を認めた（$p<0.001$）。令和 6 年の初回ラウンドにおいて療養病棟の慢性的な身体拘束が課題として抽出された。これを受け身体拘束実施患者に対し医師を含めた治療方針の再検討を行い、必要性や解除可能性を評価した結果、身体拘束患者数の減少を認めた。またカンファレンスにおいてミトンと抑制着などの重複拘束を回避し、必要最小限の拘束へ見直した。さらに部分解除の推進および患者の個別性に応じたルート類の固定方法を見直した。

転倒転落率は病院全体で 2.5%、2.8%、2.7% であり、有意な増加は認めなかった。療養病棟では 0.13%、0.13%、0.09% と推移し増加は認めなかった。自己抜去発生率は病院全体で 0.016%、0.019%、0.017% で推移し、療養病棟においても 6 件、5 件、4 件と増加は認めなかった。

【考察】療養病棟では身体拘束率が 31.5% から 18.4% へ低下し、短期間で大幅な改善が得られた。また、転倒・転落率および自己抜去発生率の増加は認められず、安全性を維持しながら身体拘束の最小化が達成された。療養病棟における身体拘束率の低減と維持には、医師を含めた治療方針の見直しを基盤として、重複拘束の回避、部分解除の推進、患者の個別性に応じたルート固定方法の工夫など、継続的な介入が寄与したと考えられた。

病院全体における身体拘束率の低減と維持には、多職種・多部門が連携した組織的な取り組みが重要な要因であったと考えられる。具体的には、各部署に身体拘束最小化チーム委員を配置し、現場での身体拘束の必要性の評価や代替手段の検討を継続的に実施した。また、看護主任会による身体拘束記録の監査やラウンド、リスクマネジメント委員会による療養環境ラウンドを通じて、身体拘束を見直す仕組みを組織的に構築した。さらに、認知症リンクナースによる BPSD に関するスタッフ教育や個別の患者対応の支援が実践され、身体拘束に頼らないケアの推進につながったと考えられた。

【結論】身体拘束最小化チームの導入により、療養病棟を中心に身体拘束率は有意に低下した。これは単独の介入効果ではなく、従来からの組織的基盤の上に最小化チームの働きかけが重なり、実践が強化された結果と考えられた。一方で転倒転落率および自己抜去発生率の増加は認められず、安全性を維持したまま身体拘束の最小化が可能であった。

6-2　身体拘束廃止②

身体拘束最小化は患者の生命予後に影響するのか～死亡退院患者の在院日数からの検討～

富山県・光ヶ丘病院

○水上（みずかみ）　美幸（みゆき）（看護師）、林　浩靖

【目的】厚生労働省は「身体的拘束ゼロへの手引き」[1] において、身体拘束は原則として行うべきではないと示している。当院の医療療養病棟でも 2021 年度より身体拘束最小化に取り組み、身体拘束を経験する患者の割合は減少している。一方で、身体拘束を行わないことによる転倒や医療機器抜去等が生命予後へ与える影響を懸念する声もある。精神科において身体拘束が早期退院阻害要因となることは報告されているが[2]、身体拘束の有無と在院日数との関連性を検討した報告はみられなかった。そこで本研究では、死亡退院患者の在院日数及びインシデント発生状況を調査し、身体拘束最小化の生命予後への影響について検証した。

【倫理的配慮】本研究は診療録及び院内データを用いた後方視的調査であり、個人情報保護に配慮し、データは匿名化して集計・分析を行った。研究結果の公表に際しても個人が特定されないよう十分配慮した。なお、本研究は当院倫理審査委員会に申請中である。

【方法】2022 年～2025 年の間に療養病棟を死亡退院した患者 224 名（男性 99 名、女性 125 名）に対して以下の各項目について調査した。

①身体拘束の経験の有無別による死亡退院患者の在院日数

②年度別の身体拘束経験患者割合（身体拘束率）と死亡退院患者の在院日数との相関

③身体拘束未実施患者における生命予後へ影響を及ぼす可能性のあるインシデント発生状況

④年度別の身体拘束経験患者（A）と身体拘束未経験者（B）おのおのの在院日数、及び（A）/（B）の比率

【結果】①身体拘束経験のある患者の平均在院日数は 236.5 日、身体拘束経験のない患者の平均在院日数は 468.9 日であり、在院日数に約 2 倍の差を有意に認めた。医療区分や日常生活自立度は両方に差はなかった。②身体拘束率は年々低下しており、2022 年度 27.8%、2025 年度 9.8% であった。身体拘束率と在院日数の相関では、データ数が少ないため統計的に有意な結果は得られなかった。③該当期間のインシデントレポートからはインシデントレベル 3b 以上の事例はなかった④在院日数は、（A）は 2022 年度 325.8 日、2025 年度 104 日と年々減少していた。（B）は一定の傾向は見られなかった。（A）/（B）の比率は 2022 年度 0.8 から 2025 年度 0.27 と年々減少した。

【考察】当院においては取り組みにより身体拘束経験患者を減少させたがインシデントレベル 3b 以上の生命予後を悪化させるイベントの発生がなかったことから、身体拘束を実施しないことによる生命予後への悪影響は小さいと考えられる。また身体拘束実施率が年々確実に低下し、同時に身体拘束経験者と身体拘束未経験者の在院日数の比率も年々低下していることから、身体拘束の対象がより身体リスクの大きい患者に限定され、三原則に基づいた適切な運用が進んでいると思われる。身体拘束最小化の取り組みにおいて療養病床のおける死亡退院時在院日数及びインシデントの発生について調査することは、身体拘束最小化の生命予後への影響及び身体拘束対象患者の適切な選択について検証する一指標として有用であると考えられる。

【結論】身体拘束最小化に取り組むことは、患者の生命予後への影響は良好であると示唆される。

【参考文献】

1）厚生労働省「身体的拘束ゼロへの手引き」. 6 月 17 日確認

2）神川繁利、竹澤翔、江端知美、北村立.「単科公立精神科病院入院中の高齢精神疾患患者における退院阻害要因の検討」. 老年精神医学雑誌 36. 2025；36：249-256

6-3　身体拘束廃止②

身体拘束解除に向けた取り組み―経鼻栄養チューブ自己抜去予防に対する自作ラトル型把持用具活用の試み―

長野県・上條記念病院

○櫻井（さくらい）　沙織（さおり）（看護師）、赤羽　あゆ実、保科　美鈴、野澤　六朗、植田　健治

【目的】
ラトルとは、手で握ることができ、触覚や音などの感覚刺激を与える把持用具である。
今回我々は、介護医療院における身体拘束の廃止を目的に、経鼻栄養チューブ自己抜去予防に対して使用していたミトンの代替手段としてラトル型把持用具（以下ラトル）を自作し、その有用性について検討した。
【対象と方法】
2025年11月から2026年3月までの間に介護医療院（58床）に入所中で、経鼻栄養チューブを自己抜去する可能性があり、抜去予防目的でミトンを使用していた7名を対象とした。
身体拘束解除に向けた取り組みとして、入所者の手指機能や拘縮状態に応じたラトルを導入した。なお入所者の手指拘縮の状態に応じて適切な形状のラトルを選択した。
【結果】
ラトル導入により、対象者7名中6名でミトンの解除が可能となった。
皮膚トラブルや不快動作の軽減がみられ、対象期間中に経鼻栄養チューブの自己抜去は認めなかった。1例は手指の動きが活発であり、ラトル導入の翌日に経鼻栄養チューブを自己抜去したためミトン解除を断念した。
〈事例1〉
ミトン使用時は手掌に発汗による発疹を認めていた。また掻痒感のため、ミトンを装着したまま寝衣ポケットに手を擦り付ける掻爬動作がみられた。ラトルへ変更後は発疹が消失し、掻爬動作も減少した。経鼻栄養チューブの自己抜去は認めなかった。
〈事例2〉
当初導入したラトルは投げてしまい継続把持が困難であったため、ラトルの形状を変更して対応したことで継続把持が可能となり、経鼻栄養チューブへ手を伸ばす動作の軽減が認められた。
【考察】
ミトンは自己抜去予防に有効である一方、発汗や皮膚トラブル、不快感を生じる可能性がある。今回、入所者の手指拘縮や把持状態に応じたラトルを選択することで、手指活動を維持しながら経鼻栄養チューブへの注意を逸らすことが可能となり、身体拘束解除につながった可能性が示唆された。
【結論】
個々の身体機能に合わせた代替手段を検討することは、入所者の快適性や尊厳を保ちながら安全性を確保するうえで重要である。入所者の手指機能に応じたラトルの活用は、経鼻栄養チューブ自己抜去予防に対する身体拘束の代替手段として有用で、身体拘束解除に寄与すると思われた。

6-4　身体拘束廃止②

胃瘻造設術後患者の身体拘束最小化への取り組み

北海道・苫小牧東病院

○足達（あだち）　眞愛花（まいか）（看護師）、本多　諒介、村上　香織

【はじめに】
当院一般病棟では、胃瘻造設当日に胃瘻自己抜去のインシデントが発生したことから、胃瘻造設術後から抜糸まで身体拘束を実施するのがルーチンとなっていた。しかし、身体拘束最小化委員として身体拘束を最小化にする取り組みを行う上でなぜ、胃瘻造設術後の身体拘束がルーチンなのか疑問を感じた。胃瘻自己抜去予防が最優先され、アセスメントや患者の状況に応じた代替案の検討が十分行われていないことが問題ではないかと考えた。身体拘束は患者の尊厳を損ない、身体的・精神的苦痛を増大させるため最小化が求められている。胃瘻自己抜去予防を目的として継続的に行われていた身体拘束を再検討し、身体拘束最小化につなげた取り組みを報告する。
【研究目的】
胃瘻造設術後患者に対する身体拘束最小化に向けた取り組みの実際を報告し、身体拘束最小化に繋がったのかを明らかにする。
【方法】
病棟の身体拘束最小化委員（以下委員）から現状について委員会に報告し、院内の協力を得た。病棟に対し胃瘻造設術後の身体拘束最小化について取り組むことを伝え、病棟内で身体拘束最小化、せん妄、BPSD ケアについての研修や e-ラーニングを行った。委員が中心となり術後のケアを検討し、多職種によるカンファレンスでケアを再度検討した。患者が他病棟の場合は患者の元を実際に訪室し、病棟スタッフから事前に情報を得た。調査対象は 200X 年～200X＋3 年度の胃瘻造設術後患者と 200X 年＋4 年度の胃瘻造設術後患者を対象に身体拘束期間を調査した。身体拘束は安全帯による上肢拘束および、ミトン使用を対象とした。データは個人が特定されないように匿名化と研究以外には使用しないよう管理し、病院の規定に基づき倫理委員会の承認を得た。
【結果】
身体拘束最小化を目的に取り組んだ結果、取組前と比較し身体拘束日数 14.9 日から 6.8 日へ減少した。胃瘻造設術後の自己抜去した事例はなかった。研修や多職種カンファレンス、委員会メンバーによる術前訪問を行った結果、身体拘束に変わる代替案を検討し実施できるようになった。また、カンファレンスで胃瘻造設術後患者の身体拘束最小化に向けた取り組みに対して前向きな発言が聞かれるようになった。
【考察】
身体拘束期間が減少した要因として、多職種カンファレンスや術前訪問を実施し患者の状態を多角的に評価し個別性に応じたケアを行ったことが身体拘束減少に繋がったと考える。身体拘束や術後疼痛はせん妄や BPSD を助長することが考えられ、自己抜去の原因となる。助長する要因について何度も研修を行ったこと、そして成功体験を重ねたことで病棟スタッフより胃瘻造設術後患者に対する代替案を検討できるようになった。また、病棟全体で予防的なケアを考え、取り組むことで身体拘束日数の減少に繋がった。
【結論】
多職種によるカンファレンスや身体拘束に替わる代替案の取り組みは身体拘束日数を減少でき胃瘻の自己抜去の予防に繋がった。今後も身体拘束最小化に向けた統一した評価基準の作成や継続的な学習会、多職種連携の強化が必要である。

6-5　身体拘束廃止②

代替方法を導入し身体拘束ゼロを目指した中期的取り組み～患者の安全性とコストカットを意識して～

富山県・流杉病院

○田村（たむら）　亜希子（あきこ）（作業療法士）、荒井　かおり、高松　治美、清水　麻己子、増田　陵子、福嶌　直子、塚田　信子、秋山　唯

【はじめに】

2023 年より当院では身体拘束ゼロを目指す積極的な取り組みを始めた. 2026 年度の診療報酬改定において身体拘束最小化の取り組みの更なる推進として実施割合や具体的取り組みについて明記されたが，高齢社会に伴う認知症患者と重症患者の増加により職員の見守りだけでは難しく代替方法の導入が急務である. 今回, 患者個々に合わせた代替品を作製し, 身体拘束に伴うコストの削減, さらにチューブ類の自己抜去など含め患者の安全性を考慮した取り組みを行ったので報告する.

【対象】

対象は，医療病棟入院患者 66 例（男性 30 例，女性 36 例）で平均年齢 82 歳.（52 歳～98 歳），経過観察期間は 2023 年 4 月 1 日～2026 年 4 月 30 日である.

【方法】

環境設定, ポジショニングおよび積極的な離床を行い, 過剰な身体拘束を解除した. 続いて代替方法の検討を行い，CVC（Central Venous Catheter）にはタオルやさらしを用いたネックサポート，経鼻胃管にはマイクロファイバー素材の指カバーを作製した. そして, 多職種がわかるよう居室内にアセスメント表の掲示による意識付けを行った. 代替品導入後も観察を続けリスクを考慮し患者個々に適合するよう調整を行い, それらに伴うコストと安全性について評価した.

【結果】

身体拘束数は，常時ミトンは 21 例から 1 例となりそのうち代替品の使用者は 5 例であった．コスト面では，3 年間で 2,183,074 円削減した. 特に, 身体拘束物品ミトンなどの購入が不要になったこと, 握り棒に使用するガーゼを変更したことにより大幅な削減ができた. 安全性では, 自己抜去件数は徐々に減っており 2024 年度と 2025 年度との比較では 6 件減少し，トラブルなどなく患者の安全性は保たれていた.

【結語】

職員の身体拘束三原則の理解, 意識を高め観察を頻回に行った結果, 患者がいつチューブ類に触れる可能性があるか分析でき過剰な身体拘束は減少した. また, 代替品導入には素材やコストを含め多職種で検討し, 継続可能でより安全なものを提供することが可能となった. 今後も職員の意識やアセスメント力を高め, 身体拘束を必要としない技術を身につける必要があり，患者が安全かつ快適に過ごせるよう身体拘束ゼロへの持続可能な取り組みを継続していきたい.

6-6　身体拘束廃止②

身体拘束低減を目指した認知症マフ活用とその効果～患者の変化とスタッフ認識より検討～

兵庫県・北摂中央病院

○前田（まえだ）　怜子（れいこ）（看護師）、橋口　由美

【はじめに】

長期療養型病院では、認知症高齢者の経鼻経管栄養チューブ（以下 NG チューブ）の自己抜去やおむつ外しなどを予防するため、やむを得ず身体拘束を行うことがある。当病棟では、身体拘束廃止に向けての拘束低減が課題となっている。そこで認知症患者の心身の緊張を和らげ安心感を与えると言われる認知症マフ（以下マフ）に着目し、身体拘束低減の代替手段として導入した。

マフが身体拘束低減の代替手段となるか、また患者の行動や心理面にどのような変化をもたらしたか、介入の有効性と課題を明らかにしたので報告する。

【方法】

マフ使用期間：令和 6 年 12 月 11 日～令和 7 年 3 月 7 日

対象：患者 3 名（ミトン型手袋 A 氏 B 氏・上下一体型つなぎ服 C 氏）、スタッフ 30 名

方法：①マフのデザイン検討と作成

②マフ導入後にスタッフへ自由記述式アンケートの実施

③記述内容を「患者の変化」「スタッフの認識・介入」「マフ活用のよくなかった点」に分類

④分析に修正版グラウンテッド・セオリー・アプローチ（M―GTA）を活用

【結果】

B 氏は NG チューブの自己抜去が続き、継続困難となり介入を終了した。

しかし 3 名の共通点して、声かけする機会が増え、発語や表情に変化がみられ、コミュニケーション反応の活性化と言語反応の促進が認められた。

またアンケートの結果、スタッフはマフの使用を肯定的に捉える傾向があったが、今後のマフ活用の積極的な活用の意向は 37% に留まり、今後の課題が明らかとなる。

【考察】

A 氏は大声や独語に対して薬剤調整があり、NG チューブの自己抜去は減少していたため、マフによる拘束低減効果の評価は難しい。しかしマフの受容がみられる患者は、速やかな拘束解除の為に、マフの活用は利点となる。またマフは皮膚保護の観点から身体的ケアの一助となり、安全性確保にも貢献できたと考える。

B 氏ではマフの興味や受容が得られず、NG チューブを抜去する行動に対し、スタッフの声掛けや関わりが与える影響を振り返り、チームケアの必要性について理解を深める機会となった。

C 氏ではスタッフが身体的苦痛や精神的不安を理解し、マフをお守りとして活用した事が、患者への共感的理解に繋がり、さらにマフの感覚刺激を用いた関わりが情緒の安定に寄与したと考えられる。

【終わりに】

・マフの受容が拘束低減において重要な要因となる。

・コミュニケーション反応の活性化がみられ、心理的、情緒的な支援ツールとして有効で、患者との関係性構築に繋がる。

・不快や根本的課題の対応が伴わなければ、拘束低減の効果は限定的である。

・身体拘束の代替手段を検討する過程は、スタッフの身体拘束廃止に向けての意識変容に繋がる。

6-7　身体拘束廃止②

身体拘束に頼らない看護の実現に向けて―臨床倫理検討シートを用いたカンファレンスの実践と要因分析―

神奈川県・JCHO湯河原病院

○赤岩（あかいわ）　美香（みか）（看護師）、松本　弥優、山代　裕子

【目的】
急性期病院では、転倒・転落や医療機器の自己抜去予防を目的として身体拘束が行われる場面があるが、患者の尊厳や生活の質（QOL）の観点から倫理的課題が指摘されている。本研究は、身体拘束解除に至った要因を明らかにし、臨床倫理検討シートを用いた意思決定支援の有効性について検討することを目的とした。
【方法】
気管カニューレの自己抜去リスクによりミトンを装着していた患者を対象とした。患者の医学的側面、生活背景、心理的側面、家族の意向などを多角的に整理し、拘束の必要性および解除の可能性について検討した。カンファレンスでの検討内容をもとにミトンの段階的解除を実施し、その後の患者の状態変化（意思疎通、不穏の有無、睡眠状況、ADL など）を観察・評価した。身体拘束解除に至った要因を明らかにするために、臨床倫理検討シートを用いて多職種カンファレンスを実施した。
【結果】
臨床倫理カンファレンスを通して、患者の意向や生活背景を多面的に把握することができ、ミトンの段階的解除に至った。装着中は意思疎通が困難で不穏が持続していたが、解除後はタッチペンを用いたスマートフォン操作が可能となり、意思疎通が改善した。さらに日常的行動が可能となり穏やかな時間が増加し、睡眠状況の改善や拘束症状の軽減が認められた。ADL の低下は認めず、自発的行動の増加がみられた。また、多職種で情報共有を行い医師が拘束解除に関する責任を明確化したことで、看護師の心理的負担が軽減し、実践につながった。
【考察】
本事例では、身体拘束が患者の意思疎通や QOL に影響を及ぼしていた可能性が示唆された。臨床倫理検討シートを用いたカンファレンスにより、患者の価値観や意向に基づいた再検討が行われ、「抑制ありき」の先入観の見直しにつながった。また、多職種による情報共有と医師による責任の明確化が、看護師の心理的ハードルを低下させ、段階的な解除の実践を可能にしたと考えられる。身体拘束解除の要因として、①患者の意向の可視化、②多職種による情報共有、③医師による責任の明確化、④看護師の先入観の見直しが示唆された。
【結論】
臨床倫理検討シートを活用した多職種カンファレンスは、患者の意向を尊重した意思決定を支援し、身体拘束解除に寄与する可能性が示された。身体拘束解除に向けては、患者理解と多職種連携の強化が重要である。

6-8　身体拘束廃止②

本人の意思を引きだすための療養病棟における身体拘束解除の取り組み

福岡県・田主丸中央病院

○松野（まつの）　真征（しんせい）（看護師）、福嶺　初美、羽野　宏美、大熊　俊洋、田中　海斗、藤村　周平、上村　清香、鬼塚　一郎

【はじめに】認知症高齢者の入院では、治療の長期化に伴い、看護師は患者の探索行動を安全管理上の問題と判断しがちである。その結果、視点が「リスク回避」に偏り、身体拘束が常態化するため患者の QOL の低下をまねく。今回、237 日間に及ぶ長期ミトン抑制が続いていた事例に対し、DST（認知症ケアサポートチーム）の助言を機に、本人の意思を引きだす介入を継続した結果、身体拘束解除に至った過程を報告する。

【事例紹介】A 氏（70 歳代、女性）。認知症高齢者日常生活自立度 IV。左肺形成不全にて在宅酸素、大動脈解離（全弓部置換術）、慢性心不全、肺高血圧症、気管切開術後。入院翌日より、人工呼吸器の自己抜去予防のため両手ミトン抑制が開始された。呼吸器離脱困難を繰り返し、急性期病棟で 107 日間、慢性期病棟で 130 日間、計 237 日間の身体拘束が継続された。慢性期病棟転棟から 2 ヶ月が経過し病態は安定したが、看護師間では自己抜去や転落への不安が強く、4 点柵に柵カバーを用いるなど視界を制限し、チューブ類を意識させない「防ぐ看護」によるリスク回避が優先されていた。

【介入の契機と看護師の意識変容】DST による身体拘束廃止ラウンドにて、「スタッフはチューブを隠そうとしているが、現状が分からないから触るのではないか。むしろ手鏡等で自分の状況を正しく理解してもらう働きかけが必要」「A 氏は、これまでも病気を乗り越えてきた強みがある」との助言を受けた。これを機に、看護チームは安全管理のための「抑制」から、「本人の理解と意思を引きだすための介入」へと看護の方向性を転換した。

【経過と A 氏の変化】X 月より手鏡やタブレットを用いた介入を開始。タブレットを用いて管の必要性を視覚的に説明すると、A 氏が納得して管から手を離す様子が見られ始めた。手鏡を用いだした当初は理解が乏しい場面もあったが、X＋1 月 5 日には鏡で自分の顔のほくろを確認し、8 日には散髪後のヘアスタイルをまじまじと見つめるなど、自己認識の回復が確認された。これに伴い、X＋1 月 11 日より一時的抑制から終日抑制解除を試行。タブレットでの音楽鑑賞中に手拍子や笑顔が見られ、16 日には自ら機器を操作し、操作不能時にはナースコールで訴えるなど、明確な本人の意思が出現した。18 日には鏡を見て気切部の紐の位置を自ら調整し、X＋2 月には鏡を見ながら服の襟元を整えるなど、自身の身だしなみに気を配る「主体性」が回復した。最終的には、夜間にナースコールで動画視聴を希望されるほど生活意欲が向上し、身体拘束の完全解除に至った。

【考察】当初、看護師は A 氏を「治療や処置が必要な患者」として捉え、意思を持つ個人としての関わりが不足していた。手鏡やタブレットを用いた視覚的介入は、単なる自己抜去予防の手段ではなく、A 氏が自分自身を取り戻し、看護師が A 氏の「こだわり」や「好み」を知る重要なコミュニケーションツールとなった。慢性期看護において身体拘束解除に取り組む際は、治療経過を共有した上で、患者を「生活者」として捉え直し、潜在的な認知機能を再評価する視点が不可欠である。患者を「意思を持つ主体」として尊重する関わりこそが、安全管理の壁を越え、真の QOL 向上に繋がる。また、患者の能力を低く見積もらない看護チームの関わりを継続し、日々の看護を丁寧に実践することが重要だと考える。

7-1　身体拘束廃止③

やさしく守るケアへ～身体拘束を減らす予防衣の導入と実践～

1 富山県・西能みなみ病院　看護部、2 西能みなみ病院

○境（さかい）　治紀（はるき）（介護福祉士）[1]、波川　満喜[1]、金山　洋子[1]、西嶌　美知春[2]

【はじめに】

身体拘束は、転倒防止や治療継続のために、やむを得ず実施されている。その一方で患者に多大な精神的・身体的ストレスを与える行為と言える。身体拘束を経験した患者は、「動けない恐怖」「屈辱感」のような強い心理的苦痛を感じるケースが多く、身体拘束を解除した後も不安や不信感が継続する場合がある。診療報酬改定により、原則すべての病棟で「身体拘束の最小化」が義務化され、基準を満たせない場合は入院料の減算対象となった。当院では、CV ポートの自己抜去予防として、ミトンを装着した身体拘束をやむを得ず実施していたが、拘束に対してジレンマを感じているスタッフも多く大きな課題となっていた。そこで、環境調整や見守り体制の強化、非拘束的ケアなどの代替手段を常に検討することが求められる。

【目的】

身体拘束最小化のため、介護職としてできる拘束ケア・支援方法の見直し、代替手段を検討した。

【方法】

身体拘束の代替手段として、抑制予防衣「ハイネックシャツ」の作成を検討し、他院の使用品も参考にしながら入院セット運営会社の協力のもと製作した。

【特徴】

①ボタン位置を一般的な前開きではなく側面開閉タイプとし、容易に外せない作りとした。また、鎖骨下からのルート確保のため、ボタン位置の空間を広めた。

②着脱時の混乱を避けるため、頸部から前腕の上部、前腕から脇下、脇下から側腹部のボタン配色をそれぞれ異なる色で配置した。

③襟部分は、容易に手が刺入部に入り辛いハイネックタイプとした。

④患者によって異なる CV ポート刺入部の向きを考慮し、前・後ろどちらでも対応できる作りとした。

⑤シャツの上からの抜去予防として、前胸上部にクッション類を装着できる内ポケットを配置した。

【結果】

ハイネックシャツ完成後、身体拘束カンファレンスにて抜去リスクの少ない患者から段階的に着用を開始し、同時にミトンによる身体拘束を中止した。その結果、身体拘束率は導入前後の 1 年で 33.3% から 16.4% まで減少させることができた。その一方で、CV ポートの抜去件数が 15 件から 34 件と増加となった。

【考察】

非拘束ケアの手段としての対象患者の選定や、ただハイネックシャツを着用し拘束をなくすのではなく、着用後の環境調整、患者一人一人に合わせた見守り体制の継続が不可欠であると考える。今回、身体拘束最小化を目指し、代替手段としてハイネックシャツを製作・実践することでスタッフの倫理的感受性の向上や、チームによる拘束解除への共通認識に繋がった。引き続き、ハイネックシャツの材質や形状を再検討しながら、患者やその家族、主治医の理解・協力を得ながら多職種で連携した活動を続けていきたい。

7-2　身体拘束廃止③

身体的拘束ゼロ実現に向けた組織学習の促進～職員の価値観変容と組織文化の醸成～

静岡県・きせがわ病院

○塩田（しおた）　美佐代（みさよ）（看護師）

【目的】
身体的拘束の最小化・廃止が求められているが、療養病棟では転倒・転落や医療機器の自己抜去に対する不安から、「安全のためにはやむを得ない」という考え方が根強く存在していた。そのため、身体的拘束ゼロの実現には、知識や技術の習得だけでなく、職員の価値観や組織文化の変革が必要である。A 病院では、身体的拘束ゼロを目標に多職種による学習と対話を重ね、3 年間で身体的拘束ゼロを達成した。本報告では、身体的拘束ゼロ実現に向けた組織学習の過程を分析し、職員の価値観および組織文化の変容と、それを支えたトップマネジャーの役割を明らかにすることを目的とした。
【方法】
フーバーの組織学習理論（知識獲得、情報共有、情報解釈、組織記憶）を分析枠組みとした。
取り組みは、「知識獲得「として、身体的拘束の弊害や代替ケアに関する研修、倫理教育、先進事例の共有を実施した。「情報共有」として、多職種による身体的拘束カンファレンスを定期開催し、成功事例や課題を共有した。「情報解釈」として、身体的拘束の事例を振り返り、「なぜその行動が起きたのか」「患者は何を望んでいたのか」という患者視点で対話を重ねた。「組織記憶」として、身体的拘束アセスメントの仕組みを整え、身体的拘束実施率を見える化した。
また、トップマネジャーは「患者のために実践したケアの責任は自身が負う」と明言し、身体的拘束解除への挑戦を支援した。転倒やチューブ抜去が発生した際も結果のみを評価せず、患者の思いを考える視点を示した。さらに、小さな成功体験を承認するとともに他部署とも共有した。
【結果】
身体的拘束実施率は A 病棟 12.5% から 6 か月後には 0% となり、現在まで継続している。B 病棟では、15% から 3 年後に 0%。
職員の発言は、「転倒させてはいけない」「チューブ類を抜去されたら困る」といったリスク回避中心のものから、「なぜ立ち上がろうとしているのか」「なぜチューブを抜去する行動が起きるのか」と患者の行動の意味を考えるものへ変化した。また、問題発生時には身体的拘束の必要性を検討するのではなく、多職種で原因分析と代替ケアを検討することが定着した。さらに、「失敗しないこと」を重視する風土から、「患者の尊厳を守るために挑戦すること」を評価する風土へ変化し、身体的拘束を前提としないケアが組織の共通認識となった。
【考察】
身体的拘束ゼロの実現には、知識や技術の習得だけではなく、組織学習を通じた価値観の変容が重要であった。
フーバーの組織学習の過程から、研修による知識獲得、多職種カンファレンスによる情報共有、事例検討を通じた情報解釈が繰り返され、さらに身体的拘束実施率の見える化や成功事例の共有によって学習内容が組織記憶として蓄積された。この学習の循環により、身体的拘束を前提としないケアが組織全体に浸透したと考える。また、トップマネジャーが職員の挑戦を支援し、失敗を責めない姿勢を示したことは心理的安全性を高め、組織学習を促進する基盤となった。その結果、患者理解を重視する価値観が組織文化として形成され、身体的拘束ゼロの実現と継続に繋がったと考える。
【結論】
職員の価値観は「安全のための管理」から「尊厳を尊重した患者理解」へと変容し、その学びが組織文化として定着したことが、身体的拘束ゼロの実現と継続につながった。身体的拘束ゼロの実現には、トップマネジャーによる組織学習の促進と心理的安全性の醸成が重要であった。

7-3　身体拘束廃止③

身体拘束低減に向けた行動制限廃止説明同意書の効果～身体拘束とインシデント・アクシデント率の比較～

愛知県・小林記念病院

○鈴木（すずき）　勇輝（ゆうき）（作業療法士）、石本　恭太、河井　崇子、小田　高司

I　目的

2024 年度の診療報酬改定により、身体拘束最小化の体制整備が義務化された。医療現場では、認知症患者の増加に伴い、安全確保を理由とした、同意書の取得や身体拘束実施が依然としてみられる。安易な身体拘束は患者の尊厳を損ない、ADL、QOL の低下につながる可能性がある。当院ではこれらの課題解決に対し「身体拘束を行わない」という方針を明確化し、入院時に患者、家族への説明と同意取得を行う行動制限廃止説明同意書を導入した。本研究では、この取り組みの導入前後での身体拘束やインシデント・アクシデントの報告件数に与える影響を明らかにすることである。

II　方法

対象は A 期（2021 年 4 月～2022 年 3 月）と B 期（2022 年 4 月～2023 年 3 月）に当院へ入院した全患者である。当院は回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、慢性期リハビリ病棟を有しており、全病棟のデータを解析対象とした。

診療録より延べ抑制患者日数、延べ入院患者日数、身体拘束患者数、入院患者総数、インシデント、アクシデント発生件数を後方視的に調査した。

B 期より全患者、家族に対し身体拘束廃止の方針を説明し、同意を得る取り組みを開始した。身体拘束はミトン、四点柵、車いす固定帯などを対象とした。

効果判定の指標として、身体拘束率、身体拘束発生率、インシデント・アクシデント発生率を算出し、A 期と B 期で比較した。身体拘束率および身体拘束発生率の比較には χ 二乗検定を用い、インシデント・アクシデント発生率の比較にはポアソン検定を用いた。有意水準は 5% 未満とした。

III　結果

A 期の身体拘束率は 6.9%、身体拘束発生率は 6.4% であった。一方、B 期の身体拘束率は 2.6%、身体拘束発生率は 3.0% であり、A 期と比較して B 期ではいずれも有意に低下した（$p<0.001$）。インシデント・アクシデント発生率は A 期 0.66%、B 期 0.63% であり、身体拘束率低下後も有意な増加は認めなかった。

IV　考察

身体拘束廃止の方針説明と行動制限廃止説明同意書の導入により、安易に身体拘束へ依存しない意識が職員間で共有され、組織文化として浸透し、身体拘束率および身体拘束発生率の低下に寄与したと考えている。また、身体拘束率の低下に伴いインシデント・アクシデントの増加が懸念されたが、両期間で発生率に有意差は認められなかった。このことから、本取り組みは安全性を大きく損なうことなく、身体拘束の低減に寄与した可能性が示唆された。さらに、「身体拘束を行わない」方針の明確化は患者の尊厳を守るだけでなく、職員の心理的負担軽減やケアの質向上にもつながる可能性がある。

7-4　身体拘束廃止③

症マフを活用した「抑える看護」から患者らしさを「引き出す看護」へ

静岡県・掛川北病院

○木村（きむら）　むつみ（准看護師）、杉山　唯

【目的】

身体拘束は、患者の身体的・精神的負担が大きく、尊厳やQOLの低下を招く要因となるため、可能な限り回避し、早期解除が求められている。自施設においても、認知症患者のチューブ自己抜去予防として身体拘束（以下ミトン）を必要とする場面が増加している。しかし、ミトンを使用することに対しては、病棟職員から患者の行動を制限することへの葛藤や、「安全」と「尊厳」の両立に難しさを感じる声が聞かれていた。そこで今回、ミトンの代替として認知症マフを導入し、その有効性を検証するとともに、患者の変化および病棟職員の身体拘束に対する認識や関わりの変化を明らかにすることを目的とし、取り組みを行った。

【方法】

1. 実践期間：令和7年9月8日～令和7年10月8日

2. 対象：ミトン装着を必要としたA氏88歳、女性、有機リン中毒後、認知症高齢者の日常生活自立度：IIIb　障害高齢者の日常生活自立度：C2　呼びかけに対し単語で返答、両上肢は軽度可動

経鼻経管栄養：自己抜去歴14回

看護師14名　ケアワーカー13名

3. 方法

① ミトン装着が必要な時間帯にマフを導入

② 使用時の患者の反応を観察・記録

③ 病棟職員へアンケート

4. 倫理的配慮：研究の目的と方法を本人、家族説明し同意を得たうえで、個人情報保護に配慮した。

【結果】

ミトンを外したことで、A氏は手指活動の増加がみられ、自発的にマフへ触れる様子が確認された。また、表情の安定や笑顔の増加など落ち着きがみられ、不穏行動の軽減につながった。さらに、「かわいいね」などの発言や、マフのぬいぐるみを家族に見立てて語りかける様子がみられ、コミュニケーションの活性化が認められた。また、職員は患者の表情や反応を捉えながら声掛けや傾聴を行い、安心感やコミュニケーションを引き出す関わりがみられた。マフ使用中チューブの自己抜去行為は4回であった。アンケートでは導入前のミトン使用に対して「安全確保のため必要」と考える一方、「患者へのストレスが大きい」「代替手段があれば避けたい」といった意見があり、「時々・常に葛藤を感じる」との回答が24名89%であった。導入後は、「ミトン使用への葛藤が軽減した」との回答が18名69%であった。また、「マフの使用に対して役に立った」との回答が23名85%であり、有効を実感していた。さらに、「安心感につながった」「関わりが増えた」などの肯定的意見が挙げられた。

【考察】

認知症マフの使用により手指活動が促され、患者の興味や注意をマフへ向けることで、不穏行動の軽減や落ち着きにつながったと考えられる。また、「かわいいね」などの発言や、ぬいぐるみへ語りかける様子が見られたことから、安心感や感情表出を引き出す関わりにもつながったと考える。一方で自己抜去を完全に防ぐことはできず、また単一症例での検証であることから、結果の一般化には限界がある。しかしこの結果は、「完全に抑制する」ことを目的にとする従来の発想ではなく、「患者の力を引き出しながら安全に支える」という看護の重要性を示した。また、ミトン使用に対する葛藤を抱えていた職員にとっても、患者の反応を捉えながら関わる視点へ変化する契機になったと考える。

【結論】

認知症マフは、A氏にとって身体拘束の代替として不穏行動や自己抜去行為の軽減に有効である可能性が示された。また、患者の安心感やコミュニケーションを引き出すことで、その人らしさを支える看護につながった。さらに、本取り組みは、病棟職員の「抑える看護」から「引き出す看護」への視点の変化を促し患者との関わりを見直す契機となった。

7-5　身体拘束廃止③

身体的拘束最小化チームの取り組みによるスタッフの意識変容～取り組み前後のアンケート調査の比較～

山梨県・恵信リハビリテーション病院

○髙橋（たかはし）　郁子（いくこ）（看護師）、小林　清香

【目的】当院では身体的拘束の最小化を目指し、多職種で構成する身体的拘束最小化チームを発足し、1年間にわたり組織的な取り組みを行った。本報告の目的は、取り組み前後にスタッフへの意識調査を実施し、身体的拘束に関する知識・意識・行動の変容を明らかにすることである。

【方法】対象は当院に勤務する看護師・看護補助者46名。取り組み内容は、①身体的拘束最小化チームの発足（看護師・医師・リハビリ・薬剤師）、②身体的拘束マニュアルおよび身体的拘束開始時フローチャートの整備、③定期的な身体的拘束実施患者へのラウンド、カンファレンスの実施④スタッフを対象とした勉強会の開催、の4点である。

評価は、取り組み開始前（2025年11～12月）および1年後（2026年6月）に、独自作成の無記名アンケート（全12項目）を実施し、前後を比較した。なお本調査は各時点の在籍スタッフを対象とした横断調査であり、取り組み前 n=31（回収率67.3%）、取り組み後 n=32（回収率69.5%）である。倫理的配慮として、匿名性、データの研究目的以外への不使用、不利益を被らない旨を明記し、当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】取り組み前後の比較において、「拘束判断を多職種で相談している」と回答したスタッフは32.3%から50.0%へ増加した。「不必要な拘束をしていると感じる」割合は45.2%から59.4%へ上昇し、「身体的拘束最小化チームの存在を知っている」割合は80.6%から93.8%へ向上した。

一方、「三要件を概ね理解以上」(67.7%→59.4%)、「患者・家族ともに説明している」(74.2%→78.1%)、「代替案を検討している」(83.9%→84.4%)、「拘束の弊害を理解している」(100.0%→96.9%）はいずれも高い水準を維持した。また、チームの活動内容を「知っている」と回答したスタッフは取り組み後に62.5%であった（取り組み前は未設問）。

【考察】多職種での拘束判断が約18ポイント上昇したことは、定期ラウンドやカンファレンスの実施によりスタッフが多職種と協議しながら判断する文化が醸成されつつあることを示唆する。また、不必要な拘束をしていると感じるスタッフの増加は、勉強会や代替案検討の習慣化が意識変容につながった結果と考える。三要件の理解や代替案検討など取り組み前から高水準であった項目が維持されたことも、取り組みの継続効果として評価できる。

課題として、チームの存在認知は93.8%まで向上したものの、活動内容の認知は62.5%にとどまっており、チームの具体的な活動をスタッフへさらに周知していく必要がある。

【結論】身体的拘束最小化チームによる多職種連携の1年間の取り組みにより、多職種での拘束判断割合の上昇やチーム認知率の向上など、スタッフの意識変容が確認された。今後はチームの活動周知の強化と取り組みの継続・定着を図り、さらなる身体的拘束の最小化を推進していく。

7-6　身体拘束廃止③

地域包括医療病棟における身体拘束患者の特徴と解除要因の検討

茨城県・志村大宮病院

すずき　よしたか
○鈴木　佳貴（看護師）

【目的】
地域包括医療病棟では、高齢患者の転倒転落予防や治療継続を目的として身体拘束が実施されることがある。一方で、身体拘束は患者の尊厳や活動性低下への影響が指摘されており、身体拘束最小化への取り組みが求められている。本研究は、地域包括医療病棟における身体拘束患者の特徴を明らかにするとともに、身体拘束解除に関連する要因を検討し、身体拘束最小化に向けた課題を明らかにすることを目的とした。
【方法】
2025 年 3 月から 4 月に当院地域包括医療病棟へ入院した患者 212 名を対象とした。身体拘束を実施した 73 名について後方視的に調査し、年齢、性別、主病名、既往歴、身体拘束方法、身体拘束解除理由を収集した。身体拘束の一部または全部が解除された 23 名を解除群、身体拘束が継続された 50 名を継続群とし比較検討した。
【結果】
対象患者 212 名中 73 名(34.4%)に身体拘束が実施されていた。 身体拘束患者は男性 23 名、 女性 50 名であり、高齢者が大半を占めた。既往歴では認知症が 38 名（52.1%）と最も多く、次いで脳梗塞 14 名、統合失調症 8 名、てんかん 6 名であった。主病名は脱水および骨折が各 10 名、肺炎 9 名、心不全および尿路感染症が各 6 名であった。身体拘束方法は 4 点柵および抑制帯が中心であった。解除群は 23 名（31.5%）であり、解除理由は①点滴・胃管・酸素療法など治療デバイス管理の必要性低下、②せん妄や危険行動の改善、③体動減少や転倒リスクの低下、④カテーテル管理方法の工夫など環境調整に分類された。

【考察】
身体拘束患者の多くは認知機能障害を有する超高齢者であり、転倒転落や自己抜去リスクへの対応として身体拘束が実施されていた。一方、約 3 割の患者で身体拘束解除が可能であった。解除群では患者状態の改善だけでなく、治療内容の変化や環境調整が解除の契機となっていた。また当院の地域包括医療病棟は、患者、家族、医療、リハビリ、介護間で目標を在宅復帰に統一し、カンファレンスを行う病棟として機能しており、多職種と協力し早期の離床を行っていることも抑制解除の要因に繋がっているとも考えられた。このことから、身体拘束解除には継続的なアセスメントとケア方法の見直しの他に早期の離床を勧めることも重要であると考えられた。
【結論】
地域包括医療病棟における身体拘束患者は、認知機能障害を有する超高齢者が中心であった。身体拘束解除には患者状態の改善に加え、治療デバイスの見直しや環境調整など医療者による支援が重要であることが示唆された。身体拘束実施後も解除を前提とした継続的な評価を行い、在宅復帰にむけて多職種で解除の可能性を検討することが身体拘束最小化につながると考えられた。

7-7　身体拘束廃止③

介護医療院における身体拘束低減に向けた「認知症マフ」導入の効果と職員の意識変容に関する検討

茨城県・牛尾病院介護医療院

○小坂（こさか）　尚志（たかし）（理学療法士）、加賀谷　美樹、近藤　智美、赤城　紗織、鈴木　和美

【はじめに】

介護医療院は、長期的な療養が必要な要介護者に対し、医学的管理のもとで「生活の場」を提供する施設である。利用者の尊厳保持が優先されるべき環境において、不穏や点滴抜去リスク等に対する身体拘束の廃止は喫緊の課題である。当院では、英国発祥の「認知症マフ」が提供する触覚刺激や安心感に着目し、非薬理的介入による身体拘束最小化への取り組みを開始した。本報告では、導入による定量的効果と職員の意識変容について検討した。

【目的】

介護医療院において認知症マフを導入し、身体拘束率（全拘束・ミトン拘束）の推移を検証するとともに、ケアに携わる職員の身体拘束に対する意識や日常のケア行動に与える影響を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

2023 年 11 月から 2025 年 10 月までの 2 年間を調査対象期間とした。この期間を、認知症マフ導入前の 1 年間（2023 年 11 月～2024 年 10 月）および導入後の 1 年間（2024 年 11 月～2025 年 10 月）の 2 群に分け、比較検証を行った。

定量的評価：各月における「身体拘束率」および「ミトン型手袋使用者に限定した拘束率（ミトン拘束率）」を算出し、導入前後での変化を比較した。統計学的解析には、ウィルコクソンの順位和検定を用いた。定性的評価：介護医療院に従事する職員（n=29）を対象に、独自に作成した認知症マフの有用性や意識変化に関する 5 件法アンケート調査を実施した。【結果】

身体拘束率の推移：全体の身体拘束率は、導入前の 30.8% から導入後には 24.5% へと有意に減少した（P=0.0173）。特にミトン拘束率は、導入前の 27.4% から導入後には 15.9% へと低下し、有意差が認められた（P=0.000476）。職員の意識と行動：職員の 83% が「認知症マフは身体拘束の代替になり得る」と答え、実際に 83% が「身体拘束を行う頻度が減った」と実感していた。また、90% が「身体拘束の低減は利用者の権利を守ることだ」と強く認識し、66% が利用者への共感の深まりを報告した。一方で、72% が追加の研修を希望し、62% がマニュアルの改善を求めていた。【考察】

本研究により、介護医療院における認知症マフの導入は、ミトン拘束を中心とした身体拘束の削減に有効であることが示唆された。これは、認知症マフがもたらす安心感が不穏等の症状を和らげ、従来は拘束で対応せざるを得なかった場面での代替介入として機能した結果と言える。代替手段を得たことで職員の権利擁護意識が高まり、生活を支える専門職としての共感的態度が醸成されたと考えられる。今後は、7 割以上の職員が要望する教育体制の標準化と、使用指針の整備等の組織的な運用システムの構築が課題である

【結論】

介護医療院における身体拘束、特にミトン拘束の低減に寄与する有用な非薬理的介入であり、利用者の尊厳を尊重したケアの実践と職員の身体拘束に対する意識変容を促す可能性が示唆された。

8-1　身体拘束廃止④

慢性期病院における身体拘束最小化チームの一員としての診療看護師の取り組み

富山県・野村病院

○佐藤（さとう）　亜由美（あゆみ）（看護師）、設樂　栄幸、近村　厚子、野村　祐介

【目的】

A 病院は 200 床の慢性期病院である。慢性期医療において身体拘束は患者の QOL 低下を招く重大な課題であり、当院でも多職種による身体拘束最小化チームが活動している。常勤の診療看護師（以下、NP）が初めて配置されたことを機に、同チームに参画し役割構築に取り組んだ。本報告の目的は、身体拘束最小化に向けた NP の取り組みと成果を通して、今後の課題を明らかにすることである。

【方法】

NP は身体拘束最小化チームの一員として以下の活動を展開した。

1. 全スタッフを対象とした意識変容のための勉強会の開催
2. 患者の身体診察とアセスメントに基づく、医学的・看護的視点からの身体拘束最小化への提案
3. 病棟スタッフの意見を傾聴しながらの代替案の提供
4. 多職種への相談および多職種カンファレンスの開催促進

【倫理的配慮】

患者が特定可能な情報は含めていない。当院には倫理委員会が設置されていないため、理事長および看護部長の承認を得て実施した。

【結果】

勉強会の開催により、スタッフの身体拘束に対する意識向上が図られた。NP が医学的根拠を持って医師に代替案を提案・協議することで、不要なルート類の抜去や薬剤調整が進み、身体拘束の解除や軽減に繋がった。また、病棟看護師や多職種に対しても、患者個々の状態に合わせた代替案の検討や相談をタイムリーに行うことで、安全を確保しつつ拘束を最小限にするケアの提供が可能となった。

【考察】

身体拘束最小化チームにおいて、NP は医学的視点と看護的視点の両面から患者を評価できる存在である。医師に対しては医学的根拠に基づいたタスクシフトや提案を行い、看護師に対しては相談しやすい存在としてケアの工夫を共に考えることで、多職種協働を繋ぐ中心的役割を担うことができる。さらに、教育的介入を通じて組織全体のケアの質向上に寄与している。

【結論】

NP の活動を促進するには、管理者をはじめ多職種の理解が不可欠である。今後の課題は、慢性期病院における身体拘束最小化に向けた NP の役割モデルの概念化である。

8-2　身体拘束廃止④

当院における身体拘束最小化に向けた取り組みおよび今後の課題

福岡県・神代病院　ケアする病院ネットワーク

○平田（ひらた）　絵美（えみ）（看護師）、安武　嘉枝、牛島　けい子、髙田　由香

【目的】

近年、高齢化の進行に伴い「人権と尊厳を守る」ことを目的に、行動の自由を奪う拘束をなくし、身体的・精神的な苦痛や機能低下を防ぐとともに、その人らしい自立した生活を支援する取り組みが求められている。

当院の入院患者は、70歳以上が全体の85%を占めている。認知機能低下を伴う患者も多く、転倒リスクのある患者やチューブ留置中等の患者に対し、身体拘束を行うという考えが根付いていた。このことから、2023年より身体拘束最小化に向けた取り組みを開始した。

今回、当院の身体拘束最小化に向けた取り組みの実際を振り返り、身体拘束数の推移・関連指標を整理し、今後の課題を検討する。

【取り組みの実際と成果】

1. 意識改革へのアプローチ

先ず、医師が「不必要な身体拘束をしない」方針を示し、多職種チーム（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、MSW、栄養士、薬剤師）を中心にユマニチュードセミナー参加、認知症、倫理、ACP、医療安全、身体拘束最小化の基準などの勉強会を行った。勉強会を通して語り合う場ができ、徐々に「なぜ拘束するのか」ではなく、「どうすれば拘束せずに安全を確保できるか」という視点に変わっていった。また、実際に以前から取り組まれている病院に見学に行き、拘束体験を行ったことで、身体拘束に対する認識を改める契機となった。患者の行動を力で止めるのではなく、要因の検討と医療安全面を考慮した代替品（くましろケアするグッズ）を活用することで、当たり前になっていた拘束数が2024年10月頃より一桁となった。しかし、転倒・転落発生率については明らかな変化は認められなかった。

2. 多職種によるチーム活動

多職種でチームを編成し、マニュアル作成、代替品（くましろケアするグッズ）作成、チーム活動計画を立案し活動を開始した。身体拘束ラウンドを毎週金曜日に行い、現場での困り事や苦しみ、葛藤などの声に耳を傾け一緒に対応や解決策を考えると共に、拘束の必要性を評価しカンファレンスを実施している。身体拘束最小化委員会にてカンファレンス内容の振り返りを行い、定期的な研修会を立案・開催している。

また、ケアする病院ネットワークを通し、同じ思いをもった他の病院との交流や勉強会は、データによる現状の可視化や患者のニードを踏まえた生活時間の充実、離床への働きかけを進める契機となっている。

【考察】

身体拘束最小化に向けた取り組みを進めるうえでは、意識改革が重要な要素の一つであると考えられた。組織や個人の現状の習慣や固定概念を見つめ直し、現場が身体拘束を行わずに見守れる、ケアができるといった意識がもてる組織風土への働きかけが必要である。

先行文献では、その人らしさを尊重するケア者の態度が身体拘束の回避・解除に有用であると報告されている。今回、勉強会や身体拘束体験、多職種協働による継続的な支援は、現場スタッフの意識の変化を促す一因となり、その結果として身体拘束患者数の減少に影響した可能性が示唆された。一方で、転倒・転落や自己抜去は依然として見られている。そのため、身体拘束を行なわないことを目的とするのではなく、患者一人ひとりの状態やリスクを適切に評価し、個別性を踏まえたケアの実践に繋げていくことが重要である。

【今後の課題】

チームによる現場への支援と、認知症やせん妄のアセスメント・評価ツールを活用し、カンファレンスを継続することで、個別性を踏まえたケアの実践に繋げていきたい。

8-3　身体拘束廃止④

身体拘束最小化に対する当院の取り組みと成果

鹿児島県・キラメキテラスヘルスケアホスピタル

○梶原（かじはら）　晴佳（はるか）（看護師）、西別府　愛、萩元　由美、三反田　美保、田島　紘己、上村　章、高田　昌実

【背景・目的】

当院は回復期リハビリ病棟、地域包括病棟、療養病棟を合わせた198床の回復期から慢性期のケアを担うケアミックス病院であり、患者の中にはチューブ類の抜去による身体損傷、転倒転落リスクの高い患者が全病棟にわたって混在している。その中でも特に療養病棟では病床数52床に対して医療区分2以上の患者が平均90%程度を占めており、医療行為が多い事やマンパワーの状況による見守り不足などが影響していることに加えて、患者の安全確保の為にやむを得ないというスタッフ間での意識や状況が大きく関係し身体拘束率が慢性的に高い状況となっていた。当院では身体拘束は患者の行動を制限する行為であり、患者の尊厳や人権に関わる重大な問題である為原則実施しないという指針を明記している。今回委員会や管理者を中心に院内全体の意識の改革や代替案の具体的な取り組みが有力な効果となり得た為、本報告ではそのプロセスと得られた成果について報告する。

【方法と結果】

令和7年6月時点での院内全体での身体拘束率は7.3%、特に療養病棟では13%であった。身体拘束最小化チームでのラウンドの実施、身体拘束状況の現状を踏まえた院内研修や啓蒙活動、代替案としてボール付き軍手やマフの使用、日常生活ケアの充実、治療方針の検討などを取り組みとして実施した。その結果令和8年6月時点では院内全体で2.6%、療養病棟では3.8%まで減少となった成果が見られた。

【考察・結語】

状況を数値化し組織全体で共有、また成功体験を積み重ねたことでスタッフの意識が「やむを得ない対応」から「どうすれば拘束を回避できるか」という方向へ変わってきている現状がある。今回の取り組みは自施設のみの少数での症例であり、未だ解除に到達していない患者や新たな受け入れを行う中で必要性がある患者への取り組みは今後の課題ではあるが今回の取り組みが当院の身体拘束最小化に寄与し得たことは示唆された。また、スタッフ一人一人がそれぞれの患者と真摯に向き合うことで身体拘束で守られる安全ではなく、日々のケアで生活が守られる慢性期医療施設を目指していくことが今後のさらなる最小化また身体拘束ゼロに繋がると期待できる。

8-4　身体拘束廃止④

身体拘束評価フローシートを用いた身体拘束最小化への取り組み～転倒・転落リスク評価の標準化を目指して～

佐賀県・今村病院

いさやま　かずゆき
○諫山　和幸（看護師）

【目的】

当院は地域包括ケア病棟 26 床、療養病棟 24 床を有する慢性期病院である。令和 7 年度の入院患者 815 名のうち認知症高齢者の日常生活自立度 III 以上は 76.8% であり、インシデントの 33.0% を転倒・転落やチューブ抜去が占めていた。令和 7 年度から身体拘束最小化に向け毎日多職種カンファレンスを開始したが、令和 6 年度の 39.1% と比べて令和 7 年度は 38.0% と、入院患者に対する身体拘束割合に大きな変化は見られなかった。このことから、スタッフの経験や感覚によって身体拘束の開始や解除の判断基準が異なり、不要な身体拘束を行っているのではないかと考え、評価を標準化するフローシートを作成することで、不要な身体拘束の削減になると考えた。

【方法】

身体拘束評価フローシートを作成・運用し、導入前後における身体拘束実施件数および身体拘束実施割合を比較した。また、スタッフへのアンケートを実施し運用に対する評価を行った。

【結果】

令和 7 年度の身体拘束実施件数は月平均 19.1 件に対し、身体拘束評価フローシート導入後は 4 月 17 件、5 月 14 件、6 月 9 件であった。

令和 7 年度の入院患者数に対して身体拘束実施の割合は月平均 28.1% に対し、身体拘束評価フローシート導入後は 4 月 22.5%、5 月 10.9%、6 月 10.5% であった。

スタッフへのアンケートでは「明確な判断基準が出来たため考えやすくなった」「カンファレンスでの身体拘束解除を検討する際の判断基準として役立つ」「夜勤時など、人数が少なく他の人の意見が聞けない時もあったため助かる」「すべての患者がフローシートに当てはまるわけではないため、患者の状態も含めて慎重に身体拘束の検討を行いたい」といった意見があった。

【考察】

身体拘束評価フローシート導入後、地域包括ケア病棟と療養病棟の両方で身体拘束件数と身体拘束実施割合の減少がみられた。このことから、不必要な身体拘束を実施していたことが明らかになった。

導入前は転倒・転落への不安から、スタッフの経験や感覚によって身体拘束の判断が行われる場面が少なく、入院時から予防的に身体拘束を実施し、そのあと短期間で解除となる症例も複数認められていた。しかし、フローシートを用いて判断基準を標準化することで、「本当に身体拘束が必要なのか」を多角的に検討できるようになり、不要な身体拘束の削減と早期解除につながったと考える。

アンケートからも、フローシートは身体拘束に対する判断基準を標準化し、多職種カンファレンスにおいても活用できたことが示唆された。

一方で、「すべての患者がフローシートに当てはまるわけではない」との意見もあり、フローシートのみで身体拘束の可否を決定することは困難であると同時に、認知症の重症度、身体機能、既往歴、生活背景など患者個々の状況を踏まえ、多職種による総合的な判断を継続することが重要である。

【まとめ】

今回の取り組みは、身体拘束を「しないこと」を目的とするのではなく、患者の安全を確保しながら「必要最小限」とするための判断を標準化することで身体拘束の最小化に繋がった。今後もフローシートの継続的な運用と評価項目の見直しを行い、患者の尊厳を守りながら安全な療養環境の提供に繋げていく。

8-5　身体拘束廃止④

A 施設における身体拘束廃止の取組に対する職員の意識調査を行って

高知県・朝倉病院・介護医療院朝倉

○荒牧（あらまき）　花菜（かな）（看護師）、佐田　久美子、大原　理恵

I. 背景と目的

身体拘束は、本人の行動を当人以外の者が制限することであり、緊急やむを得ない場合であっても本人の尊厳と自立支援に向け、適切な手続きを極めて慎重に行う必要がある（厚生労働老健局、2025）。A 施設の入院患者は高齢者が多く平均年齢は 85 歳である。入院期間は長期に及び、病状の進行や状態の変化により認知機能が低下し、意思疎通が困難な患者も多い。このような背景から、やむを得ず身体拘束を実施する場面があったが、一昨年より身体拘束廃止に向け積極的なケアを実践し、施設全体の身体拘束率は、約 30% から 3〜5% へと減少した。今後、更に廃止に向けた実践を強化していきたいと考え、現在までの取り組みに対しての意識調査を行なったのでその結果と今後の課題について報告する。

II. 方法

A 施設に勤務する職員 213 名を対象に、研究参加への同意を得たうえで自記式質問紙調査を実施した。質問紙は留め置き式により回収し、回収率および有効回答率は 75% であった。調査内容は基本属性、身体拘束に対する意識（5 段階評価）、身体拘束廃止に向けて必要と考える取り組み（選択式）、自由記述とした。得られたデータは部署別および職種別に区分し、平均値にばらつきがある項目について一元配置分散分析を実施した。

【倫理的配慮】

特定医療法人仁泉会臨床倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

調査協力者は看護職員が最も多く、次いで介護職員であった。経験年数は 11 年以上が最も多く、身体拘束を経験したことがある職員が大半を占めていた。身体拘束に対する意識の 7 項目すべてにおいて病院と介護医療院の看護・介護職および職種間で有意差が認められた。身体拘束を実施する理由は、「チューブ類の自己抜去」が最も多く、次いで「転倒・転落」、「自傷行為」であった。身体拘束廃止に向けて必要な取り組みでは、「代替方法の工夫」が最も多く、次いで「家族への説明と理解」「身体拘束はしないというチームの意識統一」、「人員配置の充実」であった。自由記述では、「身体拘束はできるだけ実施したくないが、安全確保のためにはやむを得ない」「代替方法が難しい」「病院全体での取り組みや教育の充実が必要」といった意見が多かった。

IV. 考察

すべての設問において有意差が認められたのは、直接ケアにあたる職種とその他の職種での意識の違いや病院と介護医療院の看護・介護スタッフの知識の差が影響していたと考えられる。しかし、自由記述では、「身体拘束はできるだけ行いたくない」という意見が多かったことから、身体拘束廃止への意識は高いことがうかがえた。また、「病院全体で取り組んでほしい」「医師との認識に差がある」「研修や教育を充実させてほしい」といった意見が多いことから、身体拘束廃止に向けて、新たな知識や技術を修得しケアを洗練化することや直接ケアにあたる職員だけではなく、多職種が共通認識を持ち、組織全体として継続的に取り組む必要性が示唆された。現状では、転倒・転落やチューブの自己抜去など患者の安全確保を優先せざるを得ない状況や、代替手段の不足、判断への不安から、身体拘束を実施せざるを得ないことに対する倫理的葛藤がうかがえた。今後は、施設間、職種による関心や知識が高まるような教育や情報共有を進め、代替手段の検討、施設間連携、家族を含めた多職種連携を充実させることが、身体拘束廃止の推進につながると考える。

参考文献 1）介護施設・事業所で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き：厚生労働省老健局、2025

8-6　身体拘束廃止④

心理的安全性を軸にした精神科認知症治療病棟の身体拘束削減の取り組み

神奈川県・北小田原病院

○古矢（ふるや）　貴宏（たかひろ）（看護師）

I. 目的

本研究の目的は、心理的安全性を高めるアプローチを通じて身体拘束削減につながる組織的取り組みを明らかにすることである。A 病棟では事故防止の重圧や人員不足から身体拘束が常態化し、スタッフは「外したいが外せない」という葛藤を抱えながらケアを行っていた。身体拘束が減らない背景には、安心して意見を述べたり新しいケアに挑戦しにくい“心理的安全性の不足”があると考えられた。そこで心理的安全性に着目したマネジメントを実施した。

II. 方法

身体拘束削減に向け、心理的安全性を基盤とした 6 つのアプローチを行った。

1）病棟目標に具体的数値を設定し、削減可能なケースを示して課題の不確実性を軽減した。

2）環境整備と代替機器の導入により、拘束解除への恐怖心を緩和しケアの選択肢を増やした。

3）身体拘束「三要件」に基づく再評価を実施し、基準に照らして判断することで個人責任の過度な集中を防いだ。

4）拘束の継続・解除の判断を個人に委ねず、看護チーム・医師を含む多職種で決定する意思決定プロセスを確立した。

5）インシデント評価を結果責任からプロセス評価へ転換し、身体拘束をしない場合のリスク議論から代替案の検討へと場を変えた。

6）チーム会での議論と、師長と担当看護師・チームリーダーの 1on1 を併用し、情報共有と個人の不安軽減を図った。

III. 結果

1）身体拘束件数は、取り組み前の月平均 14.4 件から令和 7 年度は月平均 2.4 件へと大幅に減少した。拘束期間も平均 28.1 日から 16.7 日へ短縮した。

2）カンファレンスでは「外せない理由」を並べる姿勢から、「どうすれば外せるか」を議論する前向きな姿勢へ変化した。事故防止中心の視点から、患者の行動理由やニーズに着目した議論へと移行した。事故事例もポジティブにリフレーミングされ、ケアの工夫を共有する場となった。

3）代替機器の充実や責任の共有、プロセス重視の評価により、スタッフの事故への過度な恐怖心が緩和された。アンケートではケアについて肯定的な意見が増加した。

IV. 考察

A 病棟では身体拘束が安全確保の手段として常態化していたため、拘束を外した後の安全確保がイメージしにくく、課題の不確実性が高かった。身体拘束は安全と倫理の葛藤を伴い判断に差が生じやすく、課題葛藤が起きやすい。三要件に基づく再評価は、個人の正否ではなく基準との比較で議論でき、解除に向けた発言がしやすくなった。また、拘束解除後の事故で個人が責められるのではないかと感じるスタッフが一部に存在し、行動が慎重になっていた。意思決定を複数で行うことで責任が分散し、「みんなで決めたことだからやってみよう」という心理的安全性が生まれた。事故後も個人のミスではなくプロセス改善として扱われ、心理的安全性の向上につながった。環境整備とプロセス改善により心理的安全性が高まりは、スタッフの肯定的モチベーション変化につながり、積極的な行動が促され、身体拘束削減へと結びついた。

V. 結論

心理的安全性を考慮したアプローチにより、精神科認知症治療病棟における身体拘束の大幅な削減と拘束期間の短縮が実現した。

8-7　身体拘束廃止④

身体拘束フローチャートを活用した身体拘束最小化への取り組み

愛媛県・松山リハビリテーション病院

○平田（ひらた）　夏芽（なつめ）（看護師）、奥野　梨瑚、篠原　千穂

【目的】

当院では身体拘束導入・解除時の判断を支援する共通ツールとして「身体拘束フローチャート」を作成しているが、十分に活用されていない現状がある。本研究は、身体拘束フローチャートの活用状況を明らかにし、まずは身体拘束解除時の判断ツールとしての有用性と活用促進に向けた課題を抽出することを目的とした。

【方法】

2025年4月から9月を対象期間とし単群前後比較研究とした。対象は回復期A病棟職員32名である。4月に事前アンケートを実施し、その後5月より入院時および定期カンファレンス時のフローチャート使用を周知・徹底した。評価指標として、3ヶ月ごとの4本柵およびセンサーマットの使用数の集計を行い、8月に事後アンケートを実施した。

【倫理的配慮】

アンケートにおいては研究の目的等、書面で説明したうえで自由回答とし、アンケートの回答をもって同意を得たとみなす。また、アンケートは無記名とし、得られた内容は本研究以外には使用しないほか、個人が特定されるような情報が研究対象者以外に知られることのないように厳重に管理する。

【結果】

事前アンケートではフローチャートの認知度は37%、日常的な活用は22%であった。介入後のアンケートでは、実際に使用した職員の割合は44%に向上した。使用経験者からは「判断の目安としてシンプルで使いやすい」との評価が得られた一方で、56%は「スタッフ間の話し合いで決定している」「患者の状態変化により判断に迷う」と回答しており、十分に活用できていなかった。使用人数の推移について、4本柵使用者は1〜3月8人、4〜6月8人、7〜9月2人へ減少し、入院から退院まで継続使用した人数は2人、3人、0人と減少した。センサーマット使用者は11人、14人、5人と推移し、継続使用者は3人、2人、2人であった。入院中に解除できた人数は8人、12人、3人であり、4〜6月は解除例が増加していた。

【考察】

4本柵やセンサーマット使用の減少や、使いやすさから フローチャートの身体拘束解除時の判断基準として一定の有用性が示された。一方で、活用率が伸びなかった要因として、使用目的や運用ルールが十分に共有されず、フローチャートを「判断に迷った時の共通ツール」として認識できていなかったことが考えられた。また、院内の先行研究で身体拘束解除を妨げる要因として「転倒の不安」が挙げられており、フローチャートが転倒の不安を軽減する共通の判断ツールとして認識されていなかったことが考えられた。本研究でも客観的指標よりも職員の経験や直感による判断が優先される傾向がみられており、フローチャートの導入だけでは転倒への不安を十分に軽減するには至らず、活用促進に結びつかなかったと考える。今後は、使用するタイミングや役割を明確にするとともに、委員会による継続した周知や事例のフィードバックを行い、フローチャートを客観的な判断基準として定着させることが重要である。

【結論】

フローチャートは身体拘束の解除時の客観的な判断基準として有効であった。しかし、導入のみでは十分な活用には至らず、使用目的や運用方法の明確化、転倒の不安を支える判断ツールとしての役割が共有されていないことが課題として明らかとなった。今後は運用のルール化に加え、継続的な使用状況のフィードバックや、転倒リスクに対する組織的なサポート体制を強化することが、身体拘束最小化に不可欠であると考える。

9-1　認知症①

高齢患者における認知機能変化と ADL の関連の検討

静岡県・新富士病院

○金子（かねこ）　亮太（りょうた）（理学療法士）

【目的】
当院はケアミックス病院であり、複数の病棟の中でも地域包括ケア病棟ではその特性上、高齢者の入院割合が多く、入院中に認知機能低下がみられる症例も少なくない。一方で改善が認められる症例もあり、その差には個人要因が関与していると考えられる。本研究では、入院に伴う認知機能の変化に影響する要因を明らかにすることを目的とした。
【仮説】
入院高齢患者において、ADL の向上は認知機能の改善に関連すると仮定した。ADL の向上により活動性や、外界からの刺激が増加し、認知機能の維持・改善に寄与すると考えた。
【方法】
対象は 2025 年 11 月～2026 年 4 月までに当院へ 1 か月以上入院した患者 31 名（男性 9 名、女性 22 名）。対象患者を FIM が維持・向上した群と低下した群の 2 群に分類し、入院時と 1 か月後の HDS-R の変化を比較検討した。
【結果】
対象 31 名のうち、FIM および HDS-R とも上昇したのは 16 名であった。FIM が維持・または上昇したものの HDS-R が低下したものは 10 名、両指標ともに低下した者は 5 名であった。FIM が低下し、HDS-R が上昇した者は認められなかった。これらの結果により両指標は概ね同方向に変化する傾向が示唆された。
【考察】
約 7 割の症例で FIM と HDS-R は同方向に変化し、両者には一定の関連傾向が示唆された。一方で FIM が維持・向上しても HDS-R が低下する症例も認められ、認知機能には身体機能以外の要因も影響する可能性が示唆された。認知機能向上の要因として、対象者の多くは高齢者であるが、個々の状態に応じたリハビリテーションや日常生活動作への関りにより、身体活動が促進されたためと考えられる。その結果、日中活動量や他者との関わりが認知機能への刺激となり、改善に寄与した可能性が示唆された。したがって入院早期から ADL 維持・向上に加え、活動量の確保、環境調整が重要であると考えられる。
【結論】
入院に伴う認知機能の変化には ADL 能力が関連しており、特に活動量や環境からの刺激の増加が認知機能の維持・向上に影響する可能性が示唆された。今後は症例数を増やした検討に加え、認知機能に対する具体的な介入方法や、効果的な支援内容の検討が必要である。

9-2　認知症①

認知症患者の精神症状に対し抗精神病薬を使用せず改善が得られた症例の検討

1 北海道・愛全病院　脳神経内科、2 愛全病院　看護部、3 愛全病院　リハビリテーション部、4 愛全病院　地域医療連携室

○森谷（もりや）　祐介（ゆうすけ）（医師）[1,2,3,4]、池田　亜樹子[2]、村田　亜希子[2]、福士　和桂[3]、帰山　玲[3]、三谷　友香理[3]、
本多　紳之助[4]

【概要】当院ではもの忘れ外来および認知症ケア回診を通じて、外来・入院患者の認知症診療を行っている。今回、抗精神病薬を中止し、患者の状態を再評価したうえで治療介入を行うことで精神症状の改善が得られた症例を報告する。

【症例】80-84 歳女性

【現病歴】20 年以上前に大腸癌に対して手術を施行された。数年前より認知症が進行し、フレイルの状態となった。X-1 年頃から不定愁訴で入退院を繰り返すようになった。X-1 年 12 月に誤嚥性肺炎を発症し、嚥下機能評価で経口摂取困難と判断されたため CV ポートが造設された。X 年 3 月長期療養目的に当院へ入院となった。

【既往歴】大腸癌（手術）、認知症、誤嚥性肺炎、抑うつ状態、パニック障害

【内服薬】ブロナンセリン経皮吸収型製剤 40mg/日

【介入時所見】「寂しい」「お腹の調子がずっと悪い」「浣腸してほしい」などの訴えやナースコールが頻回であった。対応が遅れると「何もしてくれなかった」と不満を表出した。HDS-R20/30 点（時間の見当識 0/4 点、遅延再生 6/6 点）であった。不眠あり。

【経過】抑うつおよび不安を認めたが、易怒性や興奮など抗精神病薬の適応となる症状は明らかでなかった。散剤での内服が可能であったためミルタザピンを開始し、ブロナンセリン経皮吸収型製剤を漸減中止した。また、不眠に対してレンボレキサントを少量から開始した。徐々に経口摂取が改善した。腹部症状に対しては自然排便の確立を目標に、大建中湯、酸化マグネシウム、ルビプロストンを順次導入した。その結果、連日自然排便が得られ、腹部症状の訴えも軽減した。次第に前向きな発言が増え、食事形態は主食全粥、副食軟菜まで改善した。X 年 6 月当院関連特別養護老人ホームへ退院となった。

【考察】認知症患者の精神症状に対して抗精神病薬が使用されることは少なくないが、その背景には抑うつ、不安、不眠、便秘をはじめとする身体症状などが存在する場合がある。本症例では、精神症状の背景因子を多面的に評価し、それぞれに対して適切な介入を行うことで、抗精神病薬を使用せずに症状改善が得られた。認知症診療では、向精神薬に関する知識に加え、慢性期医療や老年症候群に対する理解が求められる。また、適切な評価と治療方針の決定には、医師だけでなく看護・介護職を含む多職種による継続的な観察と情報収集が重要である。

※当日は複数症例を提示する予定である。

9-3　認知症①

在宅介護が困難となった認知症患者に対するかかわり～チェックシートを用いた多職種連携ケアを振り返る～

福岡県・有吉病院

○平田（ひらた）　知寛（ともひろ）（看護師）、田中　圭一、藤森　和子

【はじめに】

認知症の症状は、中核症状と行動・心理症状（BPSD/周辺症状）の大きく2つに分かれる。行動・心理症状が進行すると、生活全般に影響を及ぼす。今回、転倒や徘徊を繰り返し在宅介護が困難となった認知症患者に対し、多職種連携による関わりを実践する事で穏やかな入院生活を送ることができ、退院調整がスムーズに行えた症例について報告する。

【取り組み】

患者はパーキンソン病、レビー小体型認知症とアルツハイマー型認知症の混合型認知症のある85歳女性で次男夫婦と3人暮らし。転倒や徘徊を繰り返し、自宅での介護継続が困難となり当院地域包括ケア病棟へ入院となる。長谷川式簡易知能評価スケールは入院時10点、入院4日後4点、Barthel Indexは40点であった。チェックシートを用いた行動把握を元に、多職種が連携し患者の生活リズムに合わせたケアに努めた。①センサーマット設置による行動把握（日中の動き・日内変動）②主治医、神経内科医師による向精神薬の効果把握。③スタッフの観察による覚醒状態の把握。④覚醒状況に合わせたリハビリ介入。⑤ご家族へ入院前の生活歴や生活習慣を含めたヒアリング。⑥リハビリスタッフと連携し環境調整。

【結果】

行動把握・覚醒状態把握の継続的な評価により、患者の行動特性や覚醒状況を客観的に把握することができた。日中は活動性が高く車いすに座りリビングでテレビを視聴したり、見守りスタッフと共にお話をしながら過ごされた。認知機能の低下により見守りは必要な状況であったため、スタッフ間で連携し交代で関わっていった。医師による向精神薬の調整中に、傾眠傾向となったこともスタッフの観察により把握でき、医師との密な連携も取ることができた。日中の活動性が高いことは把握できたが、午前中の受け入れ状態がよかったため、リハビリの介入やお風呂の時間の調整を図った。ご家族から入院前の生活状況をヒアリングする中で、ご自宅でも日中は横になることはなく過ごされており、同時に趣味が絵を描くことであることが分かった。そのため日中覚醒しリビングで見守りの際は絵を描いたり、居室には今まで描かれた絵を飾り環境を整えた。入院後ご自身で2度コンセントを抜く事象があり、センサーマットが作動しないことがあった。その件をご家族と話すと、自宅でもコンセントを抜くことは度々あったとのことで多職種カンファレンスを実施し室内環境調整を行い、情報共有に努めた。

【考察】

認知症患者への支援では、認知機能やBPSDのみならず、生活歴や生活習慣を踏まえた関わりが重要である。本症例では、行動把握・覚醒状態把握の継続的な評価を行うことにより、患者の行動特性や覚醒状況を客観的に把握することで継続的なアセスメントを行うことができた。それに加え多職種連携による情報共有と、家族からのヒアリングを組み合わせたことで、患者の特性に応じた個別の関わりにつながったのではないかと考える。患者の行動特性や覚醒状況を把握することや多職種連携と家族との協働は、認知症患者への関わりを実践するうえで重要な要素である。

【結語】

多職種連携による情報共有と家族との関わりにより、その人らしいライフスタイルに合った環境へ退院支援することができた。

9-4　認知症①

ユマニチュード技法による入所者・職員の変化と効果

福岡県・有吉病院

○籾井（もみい）　かなこ（介護福祉士）、田中　圭一、藤森　和子

【背景・目的】
介護医療院では、認知症入所者が多く対応に悩む職員の課題があり、本院理念と合致するユマニチュードを導入した。その実践によって入所者と職員に生じた変化を検証した研究を報告する。
【方法】
実施期間：2025 年 11 月～2026 年 2 月（4 か月間）
対象者：認知症の入所者 20 名（要介護 4、平均年齢 90 歳）
実践の流れ：
1. 介護リーダーがユマニチュード技法を学び、現場職員へその技法を報告・共有
2. 現場職員同士で技法を実践し、入所者体験を行う
3. 対象者（認知症入所者 20 名）への実践を開始する
実践内容：
①ケアに入る前に必ず声をかける
②肩にやさしく触れ、入所者が驚かないようゆっくり行う
③顔を 10～20cm 近づけ、目線を合わせてやさしく声をかける
（相手の瞳の中に自分が映り込むことを確認する）
④入所者の腕、足は下から支えるように持ち上げる
【結果】
入所者の変化：
・表情の変化（笑顔）対象者 20 名　変化あり 12 名（60%）
・易怒性の改善　　対象者 8 名　　変化あり 7 名（88%）
・夜間睡眠の改善　　対象者 7 名　　変化あり 6 名（86%）
・食事量の増加　　対象者 6 名　　変化あり 5 名（83%）
職員の変化：
・看護職全員が、出勤直後や就業中に入所者へ積極的に声をかけ関わりを持った。
・介護職全員(15 名)がリビングで入所者とくつろいだり、 屋外散歩・レクリエーションの企画・催しが増加。
・意見交換の場において「相手の立場に立つ」という視点で話し合いが行われるようになり、本院の理念である「相手の立場に立って心の通ったケアを提供する」をより意識するようになった。
【考察・まとめ】
ユマニチュード技法の「声かけ・やさしい触れ方・目線合わせ」の基本を徹底することで入所者が安心してケアを受け入れるようになり、ポジティブな感情体験の積み重ねが表情や睡眠・食欲などの改善に繋がった。さらに職員も入所者の反応が動機づけとなりケアの質が向上し、レクレーションや関わる時間の増加に繋がった。今後は全職員への技法定着と継続することが課題である。

9-5　認知症①

認知症初期集中支援チームが地域に果たす役割～10年間の活動実績と事例からの検討～

1群馬県・美原記念病院、2介護老人保健施設アルボース

○石森（いしもり）　卓矢（たくや）（作業療法士）[1]、大塚　彰太[2]、瀬間　良礎[1]、美原　恵里[2]、美原　盤[1]

【はじめに】認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するには、発症早期における診断、および早期対応の体制整備が重要である。認知症初期集中支援チーム（支援チーム）は、医療、介護サービスに繋がっていない認知症の人やその疑いのある者に対して、早期の医療、介護サービスへの接続、および自立生活の支援を行う施策として、2015年に制度化された。当院では2016年より支援チームを立ち上げ、医師、看護師、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士といった専門職が構成員となり、積極的に活動している。今回、当院における過去10年間の支援チームの活動実績と典型的な介入事例の振り返りを通じ、支援チームが地域に果たす役割について検討した。【対象・方法】2016年から2025年までの10年間に、当院の支援チームが介入した76例（年齢79.2±7.0歳、男性29名、女性47名）を対象とした。分析方法は、支援チームへの介入依頼理由、実施した支援内容、および介入前後における医療機関への受診状況や介護保険サービスへの接続状況について、カルテおよび支援記録を基に後方視的に分析した。【結果】支援チームへの介入依頼理由（複数選択）を分析した結果、介入依頼元は地域包括支援センターが100%であり、介入依頼理由では「介護保険サービスに結びついていない」が75.0%と最も多く、次いで「継続的な医療を受けていない」が56.6%であった。支援チームの支援内容は、「介護者へ認知症・対応を説明」が78.6%、「紹介・通院再開など医療への接続」が60.0%、「介護サービスへの接続」が44.3%であった。【事例】物取られ妄想が出現した80歳代女性の事例を示す。同居家族に対する強い不信感と物盗られ妄想により、家族関係が急速に悪化していた事例である。かかりつけ医はいるが、認知症の診断は受けておらず、要支援1を取得しているが介護保険サービスは利用していなかった。地域包括支援センターからの依頼を受け、支援チームとして作業療法士と介護福祉士が2週間に1回自宅へ訪問することで介入を開始した。まずは、本人の行動障害の評価と介護者である家族の介護負担感の評価を行った（DASC：28点　DBD：17点　Zarit：9点）。支援チームは、認知症の可能性を疑い、認知症疾患医療センターへの受診を促した。その結果、アルツハイマー型認知症と診断され、内服治療が開始された。これに伴い支援チームは家族への対処方法の個別指導や環境調整を行うとともに、介護保険更新の更新手続きを行った。介護保険では要介護1の認定を受け、ケアマネジャーへ繋げた後、デイサービス利用が開始された。介入から5ヵ月後、DASC：24点　DBD：13点　Zarit：9点となり、物取られ妄想は減少し、行動障害の尺度の改善が認められ、介入を終了した。【考察】支援チームの介入依頼理由として、医療未受診や介護サービス未導入のケースが大きな割合を占めていた。これは、依頼元である地域包括支援センターによって課題自体は認識されているものの、本人の受診拒否などにより既存の相談窓口だけでは医療・介護の定着に繋がらなかった困難事例に対して、認知症初期集中支援チームの介入が求められていると考えられた。また、支援内容においては、単なる手続き上のサービス導入に留まらず、専門職の多角的な視点から適切な情報提供や環境調整を行うことで、主介護者のBPSD対応能力向上に寄与していることも示された。支援チームは、多職種がそれぞれの専門性を発揮して関与し、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターなどの地域資源と密接に連携することで、認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を続けるための環境づくりに寄与していると思われる。

9-6　認知症①

当院での認知症ケアについての取り組み～認知症まるごとキャッチ研修を実施して～

山梨県・城東病院

○中澤（なかざわ）　祐介（ゆうすけ）（介護福祉士）、佐藤　仁美、川口　幸恵

【はじめに】

日本の超高齢社会において認知症は大きな課題となっており、認知症ケアの重要性は高まっている。当院、入院入所患者は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方が90% 以上を占めている一方で、声かけの仕方や関わり方などスタッフ目線や思い込みで対応していることが多く、良いケアとは言えない現状があった。そこで、昨年より認知症ケアの質向上に向けた新たな取り組みを始め、その成果が得られたためここに報告する。

【取り組みについて】

介護士教育チームが主体となり、令和７年６月より「認知症まるごとキャッチ研修」と題して全職員が参加する総合集会（月/1 回）の中で、5 分程度の研修を実施した。

研修の内容は、私たちが陥りやすいケアに対して認知症の方がどう思っているのか、感じているのかを本人の視点を入れながら、良いケアに向けた３つのポイントを提示した。また、本人役・スタッフ役を介護士の役職者が演じ、陥りやすいケア、良いケアを動画にすることでスタッフがイメージしやすいよう工夫した。

研修会後にアンケートを実施し、結果は翌月の研修へ活かしていった。

【結果】

研修会後のアンケート結果からは、「認知症の方の目線にあったケアができていいますか？」の問いに対し、研修開始時は「できていない」の答える割合が20% 程度いたが、現在は10% 程度まで減少した。また、研修を短時間とし、ポイントを絞って動画にしたことで内容が頭に入りやすいという意見もあった。

日々の関りにおいても、「今の場面、まるごとキャッチ研修であったね」と、研修と同じ場面において、本人視点にたった良いケアができるようになった。

研修を通して、スタッフから「こういう時はどうしたら良いか？」など困難症例に対しての対応を知りたいとの声が多く上がるようになり、現在は多職種で行う認知症ケアラウンドを実施し、困難症例への対応方法について検討を行っている。

【まとめ・今後の展望】

認知症ケアの質向上に向けた取り組みとして、「認知症まるごとキャッチ研修」を行ったことで、各スタッフの良いケアへの意識が高まり、関わり方も少しずつ変化がみられている。今後も研修と認知症ケアラウンドを継続し、利用者目線に立った良いケアが実践できるよう研鑽を積んでいきたい。

9-7　認知症①

重度認知障害患者の大声・不穏に対する先回りケア～PCC に基づく先制的アプローチ～

千葉県・小林病院

○土屋（つちや）　淳（あつし）（看護師）、村上　広美、小林　剛

【目的】慢性期病棟において、意思表出が困難な患者にみられる大声・不穏は、患者自身の精神的疲弊を招くだけでなく、スタッフのケア負担を増大させる重要な課題である。対象は 50 代男性。重度の認知障害（記憶・見当識障害、失行、失語等）に加え、明暗判別程度の視覚障害と甲状腺機能亢進症を合併していた。外界刺激に対し暴言やテーブルを蹴る等の攻撃的言動が終日みられ、対応に苦慮していた。薬物療法（ブレクスピプラゾール）により CMAI（コーエン・マンスフィールド不穏評価尺度）スコアは 55 点から 33 点へと約 40% 減少し、一定の鎮静は得られたが大声は持続していた。

そこで本研究では、事例が常に「おばちゃん生きてるか」と家族を案じて叫ぶナラティブ（主観的世界での言葉）に着目した。これをパーソン・センタード・ケア（PCC）における 5 つの心理的ニーズのうち「愛着（安心の拠り所）」と「安らぎ」が著しく未充足な状態を示すサイン（行動によるコミュニケーション）と捉えた。大声が表出してからなだめる事後的な対応ではなく、不安が高まる前に先制して心理的ニーズを充足させる先回りケアを立案し、その有効性を検証した。

【方法】事例の「愛着」や「安らぎ」のニーズに対し、不安が大声として顕在化する前に安心感を提供するケアを病棟全体で実施した。具体的には、不安の早期緩和と心理的安定を図る先制的な介入として、妻の音声（「お父さんみんな元気だよ」等）を録音し、必要時や本人の希望時に再生する聴覚的アプローチを導入した。また、会話時には自尊心を傷つけない丁寧な傾聴と落ち着いたトーンでの関わりを徹底した。効果判定には、大声の厳密な定量的カウントが困難であったことから、音声再生時における事例の表情変化（眉間のしわ等）を非言語的指標として継続観察した。

【結果】現場の個別観察において、不穏時や家族を求めた際に妻の録音音声を再生したところ、事例の眉間のしわが瞬時に消失し表情が穏やかになるなど、非言語的な安心感の表出が明確に確認された。この主観的世界に寄り添った先制的な関わりを継続した結果、終日みられていた突発的な大声や激しい不穏行動の発生頻度自体も大幅な減少傾向を示した。

【考察】PCC に基づき心理的ニーズに先制してアプローチする「先回りケア」は、大声・不穏を未然に防ぎ事後対応の負担を軽減する有効な手法となり得ることが示唆された。特に、妻の録音音声の再生により眉間のしわが和らぐ等の肯定的な表情変化が認められたことは、本人の主観的世界に合致した聴覚的情報が「愛着」のニーズを即時的に満たす手段として極めて有効であることを示している。この介入は、マンパワーが不足する多忙な業務構造の中にあっても、簡便かつ迅速に実践可能な再現性の高い先制的な手法である。

今後は、本ケアツールの導入による現場の介護負担感の変化について、職員への意識調査アンケートを別途実施して客観的評価を深める予定である。さらに、こうした有効なケアツールの活用を含めた日勤帯の業務フローの見直しや、なじみのある古い記憶や残存機能を活用できる環境整備を病棟全体のシステムとして包括的に組み込み、組織的な PCC の実践体制を構築することこそが、大声・不穏の根本的な軽減と介護負担軽減に向けた決定的な鍵になると考える。

9-8　認知症①

ユマニチュード普及に向けての取り組みとその効果

1 兵庫県・本山リハビリテーション病院、2 宮地病院

○田村（たむら）　実有（みゆう）（看護師）[1]、松本　満枝[2]、山根　美佐[2]、中川　裕美子[1,2]

【目的】

高齢化の進展に伴い、認知症患者は2025年で推計471万人を超えている。医療現場においても認知症患者と関わる場面は増加しており、専門的なケアが必要とされる。ユマニチュードは認知症患者に対するケア技法として効果的であると言われており、これまで宮地病院のユマニチュードチームが中心となり普及に向けて活動を行ってきた。明倫会全体への普及に向け、2023年からラダー研修にも取り入れているが、現場で十分に活用出来ていない現状があった。そこで、主任・副主任会でユマニチュードの基本技法をスタッフ全員が習得し、実践出来る事を目的として取り組んだ。

【方法】

2025年7月の主任会で、ユマニチュード協会主催の研修を受けたユマニチュードチームによる勉強会を実施し、主任・副主任が現場でのロールモデルを目指した。その後、スタッフ全員にユマニチュードの説明動画の視聴を徹底し、看護部の全体研修や看護補助者のラダー研修にも取り入れた。ユマニチュードチームの助言を元に、各病棟の病室のドア、パソコン台にユマニチュードを推進する掲示物を貼って意識付けを行い、毎月目標を立て、朝礼での啓蒙活動を実施した。さらに、ユマニチュードSTEP評価表(以下チェックリスト)を作成し、大項目を1：出会いの準備、2：ケアの準備、3：知覚の連結、4：感情の固定、5：再会の約束とした。

評価は、4：よくできる、3：できる、2：あまりできない、1：できないの4段階で、患者の反応の変化やユマニチュード実践の効果についてフリー記載を設け、看護師113人、看護補助者29人が初回・中間・年度末に評価を行った。

【結果】

チェックリストで評価を行った結果、看護師・看護補助者全体の、よくできる、できるの割合が初回76.3%に対して年度末には90.5%に向上した。また全てのSTEPで改善が見られ、特にSTEP1の「正しいノックが出来る」では初回90.3%から年度末98.3%、STEP2の「話す、触れる」では初回77.3%から年度末89.5%と高い数値が得られた。一方STEP5の「再開の約束のメモを残す」では初回43.9%から年度末56.2%と達成率が低かった。

また、フリー記載では、ケアの際に患者の肯定的な反応が増えた、信頼関係が築けやりがいを感じた、興奮状態や多忙な時は対応が難しかった等の意見があった。

【考察】

掲示物や声掛けによってスタッフへの意識付けが出来た事で、STEP1が大幅に向上したと考える。また、チェックリストの活用で自身の実践状況を客観的に把握出来た事で各時期の改善に繋がり、全てのSTEPが向上したと考える。STEP5については、口頭で再開の約束をする患者が多く、メモを残す患者が少ないといった現状もあり、達成率が低かったと考える。

スタッフが現場で実践出来ていた事で患者の肯定的反応がみられ、ユマニチュードが信頼関係の構築や不安軽減に繋がったと考える。しかし、業務が重なって1人で対応が困難な場面は、今後もチームメンバーの協力を得てユマニチュードを実践していく事が重要であると考える。

【結論】

ユマニチュードの普及、定着を目指した取り組みの結果、患者の表情やケアに対する肯定的反応が増え、信頼関係の構築やスタッフのやりがいに繋がった。また、チェックリストでの評価が実践の強化や普及にも結びついた。

しかし、まだこの取り組みは実施途中であり、普及に至ったものの実践や定着が不十分な部分もある。今後もこの取り組みを継続し、更なる定着を目指しチーム全体で実践していきたい。

10-1　認知症②

当グループ病院、施設における認知症ケアに対する意識と困難感に関する現状調査

山梨県・恵信リハビリテーション病院

○髙橋（たかはし）　郁子（いくこ）（看護師）

【目的】多職種の認知症ケアに対する意識、困難感、研修ニーズを明らかにし、困難感軽減とケア向上に資する効果的な研修プログラムおよびサポート体制を検討する。
【方法】対象は当グループ病院・施設内の看護師、看護補助者、介護士等。期間は 2025 年 7 月～2026 年 1 月。調査内容は属性、認知症ケアに関する知識・自信、実践での工夫、困難感、研修ニーズ（選択・自由記載）。倫理的配慮として、匿名性、データの研究目的以外への不使用、不利益を被らない旨を明記し、当院倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】有効回答 85 件（看護師 38.8%、介護士等 36.3% 他）。経験 11 年以上が 65.0% を占めた。認知症の行動・心理症状（以下 BPSD）の認知度は 88.8% と高かったが、パーソン・センタード・ケア（以下 PCC）は 43.8% にとどまった。全体の 53.8% が認知症ケアに「自信がない」と回答。クロス集計では、BPSD 認知層の 50.7%、PCC 認知層の 57.1% が「自信がない」と答え、知識と自信の乖離がみられた。困難感（複数回答）の全体 1 位は「時間的・人的余裕のなさ（62.5%）」だが、職種別では、看護師は「身体拘束の判断（67.7%）」、介護士等は「BPSD への対応（75.9%）」や「コミュニケーション（58.6%）」が高く、職種間で悩みに相違が認められた。
【考察】調査の結果、BPSD の認知度は高率であったが、その多くが実際の関わりに「自信がない」と回答し、知識が必ずしも自己効力感に直結していない現状が浮き彫りとなった。これは、症状自体は理解できても、臨床での具体的なアプローチ手法を見出せず、困難感を抱えているためと推察される。また、グループで取り組んできた PCC の認知度が低く、「知らない・自信もない」層が半数を占めたことは今後の方向性を示唆している。したがって、院内教育では PCC の基礎教育を継続しつつ、BPSD 対応には座学だけでなく事例検討やロールプレイング等の実践型研修プログラムを構築することが、困難感軽減と自信獲得に繋がる。
次に、困難感の職種別分析では業務特性を反映した相違がみられた。看護師は「時間的・人的余裕のなさ」や「身体拘束の判断」が突出しており、多忙な業務管理の中で、安全管理と尊厳保持の狭間で倫理的葛藤を抱えながら判断を担う現状を反映している。一方、看護補助者は「コミュニケーション」への困難感が看護師を大きく上回った。補助者は直接の日常生活援助で接する時間が長い反面、対応技術に関する教育的サポートが不足している可能性が示唆された。
以上より、今後の組織的支援では一律の研修ではなく、看護師には「身体拘束を減らすチームアプローチや倫理カンファレンス」、看護補助者には「日々のケアに活かせる具体的なコミュニケーション技術（傾聴・受容）」といった職種のニーズに即した階層別教育が効果的である。
【結論】一律の座学ではなく、全職種への PCC 基礎教育をベースとしつつ、看護師には倫理的葛藤を支えるチームアプローチ、看護補助者には実践的コミュニケーションといった、職種の特性とニーズに即した実践直結型教育プログラムを構築・導入することが不可欠である。

10-2　認知症②

意思疎通が困難なアルツハイマー型認知症患者へのユマニチュードケア　5つのステップを用いた信頼関係の構築

神奈川県・元気会横浜病院

よしざわ　まい
○吉澤　舞（介護福祉士）、鈴木　節子、平　尚美

【目的】自力で体動できず、独語や大声で叫び声を出す意思疎通が困難なアルツハイマー型認知症の患者にユマニチュードケアを用いて関わった結果、叫ぶことが減り、ケアを受け入れ、職員と穏やかに会話ができるようになった事例を報告する。

【方法】

1. 期間：2024年9月～2025年3月

2. 対象：Mさん80代女性　既往：胸椎圧迫骨折、廃用症候群、アルツハイマー型認知症。2024年1月に入院、入院当初は昼夜問わず独語や大声で叫ぶことが多く、意思疎通困難でコミュニケーションが取れなかった。

3. ユマニチュードケア方法：①生活歴、趣味、好きなことを把握し職員全員で共有する。②ケアの際にはユマニチュードの5つのステップで行う。③「Mさん日記」を作り床頭台に置き、会話内容とMさんの反応、返答と喜怒哀楽の様子を記載する。④ケア時は「Mさん日記」の記載内容をもとに、趣味、好きなことについて話しかける。⑤1日1回離床時間を作り気分転換を図る。

【結果】Mさんはユマニチュードケアを行う前は、腕や体に軽く触れたたけで大声で叫び声を出していた。Mさんの好きなこと、趣味等を共有するためにベッドサイドの壁に掲示し、5つのステップの出会いの準備、ケアの準備を行ってからケアを実施した。ケアの時には飼っていた猫の話、住んでいた場所や「Mさん日記」に記載してある内容の話をしながら行った。結果、徐々にMさんから「ありがとう」「うれしい」等の言葉が聞かれ、大声で叫ぶことが減り、職員と簡単な会話が可能になっていった。「Mさん日記」に会話内容や様子を書くことで、入院中のMさんの様子を知れて家族は喜び、家族も日記に参加するようになった。また、5つのステップを用いたことで職員全体からの声かけも増え、Mさんがリラックスした様子で話を聞いたり、自分から話をしてくれるようになり、ケアをスムーズに行えるようになっていった。会話が可能になった後、車椅子に移乗しデイルームで食事を摂取することで、益々職員との会話が増えたのと同時に、病棟内の季節の装飾をみて「綺麗だね」などMさんから穏やかな言葉が出るようになった。

【考察】ユマニチュードの5つのステップは認知症行動症状の予防と心身の安定を目指すものである。5つのステップを用いてケアをしたことで、入院当初の独語や叫びが無くなった。このことから、Mさんは自らの認知機能障害により、相手に自分の気持ちをうまく伝えられないことで尊厳が失われる不安や寂しさ、ストレスを感じていたと考えられる。また、ユマニチュードを用いた上で認知症患者に接することで、人間らしさの尊重や共生、絆を重視する大切さが必要である事が明らかになった。Mさんに寄り添い、自己肯定感を支えることで、「ケアされる側」「ケアする側」の間に良好な関係ができ、絆が構築されることが新たに分かった。

【結語】ひとつのケアをするにあたり、その場の「介護」ではなく、「対話・関係づくりの場」とすることで、「ケアされる側」と「ケアする側」に信頼関係を築くことが出来る。また、入院当初は、難しい、伝わらないと考えられていたとしても、患者の生活歴を知り、寂しさや不安に寄り添ったケアで症状は改善されていく。上記の取り組みが患者、家族、職員ともに良かったと思える結果となった。

10-3　認知症②

当院認知症治療病棟における各ユニットの作業療法介入と今後の課題

香川県・医療法人社団和風会橋本病院

○山岡（やまおか）　祐樹（ゆうき）（作業療法士）

【はじめに】

院内の病棟編制に伴い、当院認知症治療病棟は2つの病棟を1つに統合した。その際、病棟内を3つのユニットに分け、日々患者様のケアを行っている。作業療法士（以下 OT）は、認知症リハビリテーション、生活機能回復訓練場面での関りを主としている。各ユニットの特徴、患者層に応じた介入方法、今後の課題について報告する。

【OT の体制、ユニットの紹介】

OT の体制　病棟専従（2名）認知症リハビリ専従（1名）の計3名。各ユニットに1名ずつ配置し、1カ月ごとにローテーション。**ユニットの紹介**　さくらユニット（12床）平均年齢 89.25 歳、MMSE13.6 点、FIM74 点。ADL 自立度が高く、活動的な患者様が多い。パンジーユニット（24床）平均年齢 88.91 歳、MMSE5.9 点、FIM 51 点。周辺症状（以下 BPSD）が目立ち、転倒・転落リスクが高い患者様が多い。ひまわりユニット（24床）平均年齢 88.70 歳、MMSE4.3 点、FIM44 点。ベッド上主体の患者様が一番多い。

【作業療法介入、経過】

さくらユニットでは、自己効力感の向上や成功体験の獲得を目的に、創作活動、IADL 動作（コップ洗い、掃除機がけ）、個別外出（スーパーへの買い物）を実施。援助を最小限とし、患者様主体の関わりを心掛けている。創作活動では、編み物を行っている患者様に対し、同席の患者様から作品を褒める発言が聞かれたり、糸を巻いてあげたりと協力して取り組む様子も見られた。コップ洗いでは、自主的に患者様から作業の有無を確認される発言が聞かれた。パンジーユニットでは、BPSD の軽減、発動性の向上を目的に、集団での現実見当識訓練（以下 RO）、音楽療法、ラジオ体操を実施。ひまわりユニットでは、ベッド上主体患者様の離床機会の提供を目的とした屋外散歩、BPSD の軽減を目的とした RO、足浴を実施。パンジー、ひまわりユニット共に、患者様本人の残存機能を見極め、部分的にでも「できること」を見出すよう介入している。足浴時には、発動性の低下している患者様が自ら靴下を履こうとされる場面が見られた。また、社会的相互作用の獲得を目的に、ユニットの垣根を越え、季節ごとの集団外出イベントも実施している。集団外出では患者様同士での会話も増え、病棟生活では見られないような笑顔も多く見られた。OT は、ローテーション前に申し送りの場を設け、良好な反応が得られたリハビリ内容、声掛けや接し方、環境設定を共有している。

【考察】

OT のローテーションにより、入院患者様全体の状態を把握することが出来たと考える。OT 間でのスムーズな情報共有が可能となったことで、OT それぞれの違った視点からのアプローチが可能になったと考える。意思疎通が取れ、遂行機能能力が保たれている患者様については、対象者の目的や個別性に沿った介入を行うことで、自発的な言動、行動を引き出すことが出来たと考える。

【今後の課題】

入院期間が長期となり、高齢化による身体機能の低下、認知機能の低下が進んでいる患者様が増えてきている中で、「その人らしさ」を見つけ出し、エビデンスに基づいた作業療法介入を続けていくことが今後の課題である。

10-4　認知症②

自分の部屋が分からなくなる患者へのアプローチ

広島県・ナカムラ病院

○戸川（とがわ）　達成（たつなり）（看護師）、檜垣　瑠菜、北谷　伊織

I. 研究目的

自部署は精神科の認知症治療病棟で24時間閉鎖の病棟である。自分の部屋が分からず、他の患者のベッドで臥床し、患者同士のトラブルが発生している。本研究では自分の部屋が分からなくなる患者を対象に、下記の方法を用いてアプローチし、対策方法が有効であるかの調査を行い、他の患者とのトラブルの減少を目指す。

II. 研究方法

自室入口のドアとその周囲に色紙を貼り付け目立つようにし、他室との差別化を図る。

部屋の色紙の決定をするにあたり、対象者が認識することが出来た色を、その対象者の部屋の色とする。

データ収集方法

色紙を設置する前後を比較する。比較方法は自室臥床・案内臥床・誘導臥床の4項目の回数をカウントし一日の平均値を算出する。

集計後、病棟スタッフにアンケートを行う。

研究期間：2025年3月～7月

研究対象：患者3名

患者A　60歳女性　血管性認知症（緑色の部屋）

患者B　90歳女性　アルツハイマー型認知症（オレンジ色の部屋）

患者C　81歳男性　アルツハイマー型認知症（青色の部屋）

III. 結果

それぞれの患者の、色紙の設置前後の平均値を比較。

患者Aは、他室臥床が13から5.1回へ減少、自室臥床がどちらも1回、案内臥床が1から2回へ増加、誘導臥床が2.7から1.2回へ減少。

患者Bは、他室臥床は0回と変化なく、自室臥床が2から0.8回へ減少、案内臥床が3.4から0回、誘導臥床が0.2から0.9回に増加。

患者Cは、他室臥床が3.3から3.2回へ減少、自室臥床が1.4から0.2回へ減少、案内臥床が0から0.7回へ増加、誘導臥床が0から0.2回へ増加した。

IV. 考察

患者Aは、色紙を設置したことで他室臥床が減少し、自室への誘導する回数が減ったと考えられる。

患者Bは、他室臥床に変化はなく、自室臥床回数の減少については臥床時間が増えた事により回数が減少したと考えられる。誘導臥床の増加については、研究期間中に転倒したことから誘導することが増えたと考えられる。アンケートでは「オレンジ色の部屋と声に出しながら自室へ戻るようになった」などのコメントがあり、案内せず帰れるようになったと考えられる。

患者Cは、アンケートに「色を伝えても理解出来ていなかった」「青の部屋ですよ、と伝えると部屋の方向へ行くことが出来た」「自分で自室へスムーズに戻っていった」とあり、状況や対応するスタッフにより差があったと考えられる。

アンケートから改善点について、病棟の構造上、日中患者が集まって過ごす食堂から見える患者A・患者Bに対し、患者Cについては食堂から見えない部屋であったことで、結果に変化が表れにくかったのではないかと考えられる。

V. 結論

1. 自室に色紙を設置する前と後で4項目の平均値に大きな変化は見られなかった。
2. アンケート集計結果、回答した職員全員が、個人差はあるが全ての対象者に変化があったと感じたことがわかった。
3. 病室を数字で伝えるより、色で伝える方が効果的であった。
4. 対象とする患者の状態や特性に配慮した素材選び、病棟の構造による死角に対応する配置が課題となった。
5. 色紙を設置し目印としたことで対象の患者の行動に変化は見られたが、他室臥床を無くすことは出来なかったため、当初の目的であった他の患者とのトラブルの減少へ繋げる事ができなかった。

10-5　認知症②

睡眠日誌の積極的活用による認知症ケアに対する看護師の認識と行動の変容―質的記述的分析を用いて―

北海道・花川病院

○栗橋（くりはし）　空良（そら）（看護師）、七戸　翔吾

【背景】

睡眠日誌は、患者の睡眠状況を客観的に把握するツールとして全国の病棟で広く普及している。しかし，当病棟においては、睡眠日誌の導入はされていたものの、その活用度は看護師個人の裁量に委ねられており、認知症患者におけるケアのばらつきがみられていた。先行研究においては、睡眠測定器との妥当性評価や、せん妄・不穏への直接的な介入効果を検証したものが主流である。しかし、回復期リハビリテーション病棟など、生活リズムの再構築と日中の活動量確保が不可欠な現場において、睡眠日誌の活用が「看護師の認知症ケアに対する認識や行動変容」にどのような影響を及ぼすかを検証した研究は見当たらない。

【目的】

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟における睡眠日誌の積極的な活用が、看護スタッフの認知症ケアに対する認識および行動にどのような変化をもたらしたかを質的に明らかにし、客観的指標が病棟文化の変容に与える有用性を検討することである。

【方法】

A 病棟の看護師 20 名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した（有効回答数 20 名、回収率 100％）。調査項目は、基本属性（年代、各経験年数）およびパーソン・センタード・ケア（以下 PCC）等の主観的理解度・実践度（4 件法）に加え、睡眠日誌導入前後の「認知症ケアにおける認識」「患者理解の視点」「ケアの実際」を問う自由記述とした。

自由記述の分析にあたっては、まず意味の類似性に基づく粗分類を生成 AI（Gemini 3.1 pro）を用いて補助的に行い、その後、著者（認知症看護認定看護師）と共著者（研究者）によるトライアンギュレーションの手法を用いて、臨床的・概念的妥当性を検証したうえで、質的記述的分析を行い、最終的なカテゴリーの統合と命名及び文脈の解釈を行った。なお、本研究は対象者に研究参加の任意性とデータ保護に関する説明を行い、同意を得て実施した。

【結果及び考察】

質問紙調査の結果、PCC を主観的に理解していると回答した者は 2 名（10％）であった。自由記述データの分析の結果、導入前後の認識と行動の変容プロセスとして『ケアの属人化』『線による患者の生活理解』など複数のカテゴリーが抽出された。睡眠日誌の積極的な活用前の認知症ケアにおいて、従来の記録への依存や活用方法の曖昧さといった『活用を阻害する潜在要因』が病棟文化に根付いていた。従って、認知症ケアは各看護師の実践力に依存する『ケアの属人化』を招き、自身の勤務帯の様子からアセスメントをする『点による患者の生活理解』が生じていた。そのため、不穏行動に対しては薬剤使用や言葉による制止といった『やむを得ない関わり』を選択せざるを得ず、多くのスタッフが自身のケアに対して倫理的ジレンマを抱えていた。

睡眠日誌の積極的な活用後は、患者の 24 時間の生活リズムの把握及び情報の統一化によって、『ケアの可視化と共通言語化』がもたらされた。これは、どのような時間帯や状況で不穏が生じるのかという『線による患者の生活理解』に直結し、不穏の原因特定・予測といった『BPSD への理解の深化』を促した。この視点の変化を基盤に、スタッフの関わりは不穏行動の意味を模索する『ニーズの理解と受容的態度』へと変容した。さらに、リハビリの時間調整や薬剤調整といった『生活リズムに沿った意図的なケア介入』へと繋がり、結果として意図せずともパーソン・センタード・ケアの理論基盤に合致する思考と行動が現場に定着していたといえる。しかし一方で、業務の多忙さにより睡眠日誌の記載自体が目的化する『ツールの形骸化』というリスクも潜在しており、ツールを活かすための構造的な環境整備という次なる課題も明確となった。

10-6　認知症②

介護医療院における認知症ケアチーム活動に対するBPSD＋Q導入効果と認知症看護認定看護師の役割

1 千葉県・初富保健病院、2 初富保健病院介護医療院

○齋藤（さいとう）　寿美子（すみこ）（看護師）[1]、松尾　秀一[2]

【背景】

当院は併設の介護医療院があり、認知症高齢者の日常生活自立度III以上の入所者が86.6%を占め、平均入所日数は511.3日と長期入所者が多い。そのため、認知症の進行やBPSDの慢性化が課題となっている。当施設では介護職主体の認知症ケアチーム会を毎月開催し、事例検討会や学習会を通してケアの統一化と質向上に取り組んできた。認知症看護認定看護師（以下、認定看護師）は伴走的な立場で助言や評価の視点を提供している。2024年度より認知症ケアチーム推進加算算定を契機に、BPSD＋Qを用いた評価とワークシートに基づくケア計画の立案・実践・評価を開始した。

【目的】

介護職主体の認知症ケアチーム活動において、認定看護師が伴走者として関わることがBPSDに与える影響を明らかにし、その成果と課題を検討する。

【方法】

対象は、2025年5月から2026年5月の1年間に介護医療院へ入所していた要介護者172名とした。認知症ケアチーム会において認定看護師が事例検討会および認知症ケアの基本的視点に関する学習支援を通して助言や評価の視点を提供した。介護職はBPSD＋Qによる評価、ワークシートに沿ったケア計画の立案・実践・評価を行った。さらに、BPSD＋Qの重症度スコアの変化を指標とし、減少およびと増加の割合を算出した。

【結果】

1年間の取り組みにより、12%（22名）の入所者で重症度スコアが減少し、6.9%（12名）で重症度スコアの増加がみられた。重症度スコアが減少した事例群では、認知症ケアチーム会での事例検討会および学習会を通じて、BPSDを「本人の困りごと」として捉える視点が部署内で共有され、その要因を検討できるようになった。介護職からは「評価結果が数値で示されることで自信につながった」との意見が得られ、客観的評価の導入がケア意欲向上に寄与したと考えられた。一方、重症度スコアの増加群では身体的要因に加え、退所や新規入所に伴う環境変化が影響していた。これらの結果から、認定看護師の介入時期や評価支援の頻度に課題が認められた。

【考察】

認定看護師が伴走者として関与する体制は、BPSD＋Qによる客観的評価を基盤として介護職の視点統一とケアの質向上に寄与した。特に、認知症ケアの基本的視点を繰り返し学習することで、介護職がBPSDを本人の困りごととして捉え直し、要因分析に基づくケアを実践できるようになった点は本取り組みの重要な示唆である。また、改善事例の経験が介護職の自信やケア意欲向上につながったことは、評価ツール導入の効果として注目される。一方、増悪例の分析から、環境変化時の早期介入や認定看護師の介入のタイミングが課題として明確となった。

【結論】

介護職主体の認知症ケアチーム活動において、認定看護師の伴走支援は介護職の学習深化とケア意欲向上に寄与し、BPSD改善に一定の効果が示された。今後は、環境変化時の早期介入や評価支援体制の強化により、認知症ケアのさらなる質向上が期待される。

10-7　認知症②

回復期病院における認知症カフェの取り組み～参加者のニーズにあわせて～

埼玉県・埼玉みさと総合リハビリテーション病院

○大野（おおの）　まゆみ（作業療法士）、宇佐美　こずえ

【目的】

当院では近隣の高齢者とその家族を対象に認知症予防や地域とのつながり・居場所づくりを目的に 2016 年から認知症カフェを開催している。スタッフは、作業療法士・理学療法士・看護師・介護支援専門員（地域包括支援・居宅）・栄養士などの多職種が参加している。開催は 1 回/月、2 時間/回、参加人数は 9～16 名/回である。認知症カフェ開催毎にアンケートを実施していたが、内容を振り返る機会はほとんどなかった。そのため、今回、期間を設けてアンケート結果の振り返りを行い、参加者のニーズを反映させるプログラムを導入したことによる満足度の変化を検証した。

【方法】

今回、認知症カフェに対する満足度調査と希望する企画の検討を目的として、カフェ終了後にアンケートを 1 回/月実施した。アンケートは無記名、選択方式にて紙面で行った。対象者は認知症カフェの参加者全員とした。期間は、従来プログラム期：2025 年 7 月～2026 年 2 月、新プログラム導入期：2026 年 3～6 月とした。アンケート内容は、①満足度 5 段階評価（とても満足、満足、普通、やや不満、不満）、②希望する企画の複数選択（健康・認知症講座、地域の福祉情報紹介、音楽・回想療法、体操・運動、脳トレーニング、レクリエーション、生活の知恵、手工芸、料理）とした。

【経過】

従来プログラム期のアンケート結果より、参加者が希望する企画は、健康・認知症講座 21.3%、体操・運動 19.1%、脳トレ 19.1%、であった。従来プログラム期では、健康・認知症講座、体操・運動、脳トレーニングは各 2 回/年の開催頻度であった。そのため、新プログラム期では、参加者のニーズや身体機能・認知機能低下予防を目的に座位・立位で行える 15 分体操（作業療法士、理学療法士）と介護支援専門員が地域情報を提供する機会を毎月設けた。また、集団での脳トレーニング（作業療法士）2 回、認知症講座（認知症看護認定看護師）1 回、健康講座（栄養士）1 回を実施した。

【結果】

アンケートの回答率は 100%、回答数は 142 件、回答者は 70～80 歳代の女性であった。参加者の 9 割以上は認知症診断の無い高齢者であった。従来プログラム期のアンケートの満足度は、とても満足 48.3%、満足 41.6%、普通 7.9%、未回答 2.2%。新プログラム期のアンケートの満足度は、とても満足 54.7%、満足 37.7%、普通 5.7%、未回答 1.9% であった。新プログラム期のアンケートの希望する企画は、体操・運動 19.5%、脳トレ 18.8%、健康・認知症講座 15% が上位であった。また、フリートーク時間には参加者より「体を動かせて気持ちよかった」「役に立つ情報が知れてよかった」「みなさんとお話しできて楽しかった」「月に 1 回ここに来ることが楽しみ」との声が聞かれた。

【まとめ・今後の課題】

今回、アンケート結果に基づいて、体操、脳トレーニング、講座の開催頻度を増やして介入したことにより、新プログラム期での満足度の変化につながった可能性が考えられる。当院の認知症カフェの多職種が参加しているという特徴を活かすことと参加者のニーズに沿った内容を提供していくことは、継続的な参加による認知症予防や地域における交流機会の一助になると考えられる。今回は短期的な調査であったため、今後は中長期的な調査や分析を踏まえ、地域高齢者の居場所づくりに貢献していきたいと考える。

10-8　認知症②

重症心身障害児施設における認知症看護認定看護師の役割

大阪府・枚方総合発達医療センター

○永井（ながい）　庸介（ようすけ）（看護師）

【背景】当施設は440床の重症心身障害児（者）施設であり、入所者も高齢化が進んでいる現状がある。先行研究から、知的障害者は一般の人に比べて認知症により早期に高い割合で罹患すること、また認知症に罹患、もしくは認知症様相症状がある人に対する支援方法が確立していないことが明らかになっている。利用者の行動の変化があっても、その行動の背景や本人の特性、心理的な影響を考えて対応されることが多い。しかし、高齢となることで認知機能の低下が影響することも考えられる。今回、高齢の重症心身障害者の拒否と考えられる行動に対して、認知機能の低下に着目し、認知症看護認定看護師が介入した一例を報告する。

【症例】A氏90歳代女性、脳性麻痺、最重度知的障害がある。寝たきりだが、車いす座位は可能である。日常生活のほとんどに介助が必要である。単語の発語はあるが、意思疎通は困難である。ここ半年ほど、介助などに手を払いのける動作が見られるようになったと病棟スタッフより認知症看護認定看護師へ相談があり介入した。

【介入方法】①生活のどの部分に拒否があって困っているのかを日常生活動作にわけて分析②特に介助に困っている食事と爪切りの場面に注目③それぞれの場面の動画から本人の困りごとについて話合いを行った。

【結果】介助に困る行動を日常生活動作にわけてもらうことで、特に食事と爪切りの場面での手で払いのける動作が多く、介助に困っていることがわかった。食事の場面では注意障害の出現により、食事に集中できないことや、本人が認識できていない状態で突然食事を口元に運ばれることで恐怖を感じ、拒否反応があるのではないかと推察した。そのため、普段は病室からホールへ出て食事を行っていたが、静かな環境で食事を食べてもらえるように自室での食事摂取を提案した。その結果、落ち着いて食事ができるようになったと病棟スタッフより報告があった。爪切りに対しても同様に、本人に一度介助者をしっかり認識してもらい、わかりやすく説明を行ってから徐々に体に触れて爪切りを行うことを提案したが、体に触れるときから手で払いのける行動を認めた。そのため、無理に手を伸ばすなどをせずに爪切りはやすりがけで対応することとした。

【考察】木下は、障害者支援施設に入所する知的障害者の高齢化，及び認知症様相症状を呈する人の割合は高まってきており，支援に課題が生じている。と述べている。加齢は認知症のリスク要因の一つである。今回高齢の重症心身障害者に対して、認知症の診断はないが、認知機能の低下に着目したことで、拒否反応があったA氏が落ち着いて食事ができるようになった。これは、行動の変化が認知症による影響を病棟スタッフが考えて、相談に至ったことで介入につながったと考える。施設においても高齢化が進んでいる現状があるが、相談件数は少ない。高齢の利用者の行動の変化に対して、認知機能の低下についても病棟のスタッフが考えられるように、認知症看護認定看護師として認知症についての知識を広めていくことが必要である。

【倫理的配慮】対象者の家族に対し研究の目的、動画を含む症例情報の取り扱い、プライバシー保護について口頭及び書面にて説明し研究発表の同意を得た。その上で当施設の倫理委員会にて承認を得た。

11-1　回復期リハ①

回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折術後患者へのFLS導入効果―栄養状態別層別解析―

兵庫県・平成病院

えしま　りょう
○江島　亮（理学療法士）、大村　智也、秋田　透

【背景】
大腿骨近位部骨折術後患者の二次骨折予防において、骨折リエゾンサービス（FLS）は治療継続率向上や再骨折予防に有効とされる。しかし、FLSの介入内容や運用体制は施設ごとに異なり、地域や病床機能によってその効果は一様ではない。特に、集中的なリハビリテーションを提供する回復期リハビリテーション病棟（回復期病棟）における、長期的な運用実績に基づいた効果検証は少ない。当院では2022年4月よりFLSを導入し、多職種連携による介入を継続してきた。本研究では、FLS導入前後を含む8年間のデータを用いて、回復期病棟におけるFLSの長期的有効性を検証した。
【目的】
本研究の目的は、当院回復期病棟におけるFLS介入前後の治療継続率および骨折発生率を比較するとともに、患者の栄養状態がFLSの介入効果に与える影響を検討することである。
【対象】
当院回復期病棟に入院した大腿骨近位部骨折術後患者、連続症例160例（介入前80例、介入後80例）。年齢中央値87歳（IQR79-92）、女性73.7%。
【方法】
研究デザインは、ヒストリカルコントロールデザインとした。FLS介入は多職種による二次骨折リスク評価、薬剤選択、骨粗鬆症連携手帳を用いた患者指導を実施した。アウトカムは治療継続率および骨折発生率とし、介入前後の2群間で比較した。患者背景で群間に有意差を認めた栄養状態（GNRI）について効果修飾の可能性を考慮し交互作用について解析した。さらにGNRIで層別解析を行い、FLS介入の関連を検討した。
【結果】
FLS介入前後で治療継続率は70.0%から81.3%に向上し（リスク比1.16、95%CI：0.97-1.39）、骨折発生率は6.25%から1.25%に低下した（リスク比0.20、95%CI：0.02-1.68）。FLS介入と栄養状態による交互作用は有意ではなかった（OR6.46、95%CI：0.65-64.40）。先行研究（Bouillanne, 2005）に準じ、GNRI高値（GNRI92以上）群とGNRI低値（GNRI92未満）群に層別解析を行った。その結果、GNRI92以上群では治療継続率は72.5%から96.0%に有意に向上した（リスク比1.32、95%CI：1.08-1.63）。GNRI92以上群において、ロジスティック回帰分析でFLS介入は治療継続率と有意に関連した（OR8.72、95%CI：1.04-72.90）。
【考察】
FLS介入前後の比較では統計学的有意差を認めなかったが、GNRI92以上ではFLS介入前後で治療継続率の向上を認めた。一方、GNRI92未満群では、治療継続率は向上したが、有意差は認めなかった。栄養状態による明確な効果修飾は確認されなかったが、層別解析では栄養状態によってFLS介入効果が異なる可能性が示唆された。症例数の影響も考えられるため、今後さらなる検討が必要である。

11-2　回復期リハ①

入棟時認知 FIM17 点以下の運動器・廃用症例における ADL 改善の実態―回復期病棟受け入れ判断の検討―

1 東京都・IMSグループ　イムス明理会東京町田病院、2 IMSグループ　横浜新都市脳神経外科病院

○高瀬（たかせ）　葉月（はづき）（作業療法士）[1]、三富　佑哉[2]、岩谷　さくら[1]、風間　沙織[1]、神原　直史[1]、林　重光[1]

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下，回復期病棟）において，認知機能に関する FIM（以下，認知 FIM）が低値の症例は，ADL 改善への寄与が乏しく実績指数を低下させるとの懸念から，受け入れ判断に苦慮されることがある。認知機能低下が ADL 帰結に及ぼす影響については一定の報告があるものの，その多くは脳血管疾患を対象としており，認知 FIM17 点以下という重度低値に限定した運動器・廃用症例への検討は乏しい。本研究では，当該症例群における運動 FIM 改善の実態を後方視的に検討し，重度認知機能低下例に対する回復期病棟受け入れ判断の基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】2025 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の間に当院回復期病棟を退棟した 142 例を対象候補とした。高次脳機能障害を主病態とする 44 例を除外した運動器・廃用症例 98 例のうち，入棟時認知 FIM　17 点以下の 54 例（男性 17 例，女性 37 例，平均年齢 85.4 ± 7.5 歳；運動器 34 例，廃用 20 例）を解析対象とした。調査項目は，入棟時・退棟時の認知 FIM・運動 FIM，運動 FIM 利得，実績指数，眠剤および精神科系薬剤の使用状況とした。入棟時・退棟時の運動 FIM 比較には Wilcoxon 符号付順位検定を用い，有意水準は $p<0.05$ とした。

【結果】入棟時運動 FIM 中央値は 21.0 点（四分位範囲 16.3–29.5），退棟時は 36.5 点（21.3–52.5）であり，有意な改善を認めた（$p<0.001$）。運動 FIM 利得の中央値は 12.0 点（2.5–22.8），平均 14.3 ± 13.1 点であった。運動 FIM 利得 15 点以上が 25 例（46.3%），20 点以上が 17 例（31.5%）であった。実績指数 42 以上は 9 例（16.7%），48 以上は 8 例（14.8%）であった。眠剤または精神科系薬剤の使用例にも運動 FIM 改善を認めた症例が含まれており，薬剤使用の有無のみによる改善可能性の判断は適切でないことが示唆された。

【考察】入棟時認知 FIM　17 点以下においても約半数が 15 点以上，約 3 割が 20 点以上の運動 FIM 利得を示し，重度認知機能低下が ADL 改善困難と同義でないことが示された。運動器・廃用症例では，疼痛・活動量低下・環境不適合・介助方法のばらつきといった，多職種介入により改善し得る要因が ADL 低下に関与することが多い。離床促進・基本動作練習・環境調整・介助方法の統一を軸とした包括的支援が，重度認知機能低下例の ADL 改善に寄与すると考えられる。また，薬剤使用例にも改善を認めたことから，受け入れ判断に際しては薬剤の有無のみにとらわれず，日中覚醒の質・活動参加状況・転倒リスク・精神症状の程度を総合的に評価することが重要である。本研究は単施設・限られた症例数であり，改善予測因子の同定には至っていない。今後は，覚醒状態・疼痛・離床状況・介助抵抗等の臨床情報を加えた分析により，改善が見込まれる症例の特徴を明らかにすることが課題である。

【結論】入棟時認知 FIM　17 点以下の運動器・廃用症例においても，一定数に有意な運動 FIM 改善を認めた。認知 FIM 低値や薬剤使用のみで ADL 改善の可能性を否定せず，疾患特性・身体機能・離床可能性・多職種支援体制を踏まえた総合的な判断が求められる。本結果は，重度認知機能低下例に対する回復期病棟の受け入れ判断において，認知 FIM 単独による一律除外を再考する根拠となり得る。

11-3　回復期リハ①

回復期リハビリテーション病棟退院後の脳血管・運動器疾患患者における IADL の経時的変化に関する予備的調査

北海道・花川病院

○木戸（きど）　紗希子（さきこ）（作業療法士）、工藤　拓志、片桐　一敏

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下，回復期病棟）から自宅退院し訪問リハビリテーション（以下，訪問リハ）を利用した脳血管・運動器疾患患者を対象に，退院後の手段的日常生活動作（以下，IADL）の実施状況の経時的変化を明らかにする．

【方法】2025 年 4 月～2026 年 4 月に当院回復期病棟から自宅退院し当院訪問リハを利用開始した脳血管・運動器疾患患者で，6 ヵ月以上訪問リハを利用し，以下の除外基準に該当しなかった 13 名を対象とした．除外基準は 1）本研究に同意が得られない者，2）認知症や高次脳機能障害等により調査項目に関する質問等に適当な回答が困難な者とした．調査項目は電子カルテから基本情報（年齢，性別，診断名，同居家族，要介護度，入院期間）と退院時機能（Functional Independence Measure（以下，FIM），Mini-Mental State Examination，Berg Balance Scale，TimeUp＆GoTest）を収集し，また退院後 1，3，6 ヵ月時点で FIM と Frenchay Activities Index（以下，FAI）を調査した．分析方法は①FAI は合計点と領域別（屋内家事，屋外家事，戸外活動，趣味，仕事）に退院後 1，3，6 ヵ月時点で，FIM はそれに退院時を加え，対象者全体と疾患別に退院後の経時的変化をみるため Friedman 検定を行い，有意差を認めた場合は Bonferroni 法を用いて事後検定を行った．②疾患別傾向を探るため FAI 下位項目の 1 ヵ月と 6 カ月時点の中央値推移と改善率を疾患別に算出した．統計解析は EZR を使用し，有意水準は $p<0.05$ とした．本調査は院内倫理委員会の承認（承認番号；花川倫 25-005）を得て実施し，対象者には書面による同意を得た．

【結果】全対象者 13 名のうち脳血管 4 名，運動器 9 名だった．訪問リハは週 1～2 回（1 回 60 分）実施された．退院後の経時的変化について，FIM は有意差を認めなかったが，対象者全体の合計点は退院時 110±11.9 点，6 ヵ月 112.9±7.7 点と維持されていた．FAI は領域別で対象者全体の戸外活動（$p=0.018$），運動器の戸外活動（$p=0.010$）と屋外家事（$p=0.011$）で有意差を認めたが，事後検定で有意差は認めなかった．疾患別傾向として，運動器は力仕事を除く屋内家事が 1 ヵ月時点で満点に達しその後も維持されていた．有意差を認めた戸外活動・屋外家事では買い物，外出，屋外歩行の実施頻度/改善率が高かった．脳血管は小標本かつ個々の変化の軌跡が異なっていたが食事の後片付け，掃除や整頓，外出，買い物，屋外歩行の実施頻度/改善率が高かった．両群とも仕事，旅行，庭仕事，家や車の手入れ，趣味，読書は低値だった．

【考察】FIM が維持されたのは，退院後早期からの訪問リハ介入が生活混乱期における生活機能低下を抑制したためと考える．FAI 領域別の結果から，身体機能回復や環境適応に伴い，社会参加の基盤となる屋外への移動能力や活動性が向上した事が示唆された．運動器は屋内家事が早期再開され，段階的に屋外へ活動範囲が拡大した．脳血管は，先行研究で脳卒中後は屋内家事に比べ屋外活動は低下，屋内家事では食事の後片付けと洗濯が再開し易いとされたが，本研究では屋外活動の実施頻度も高く，訪問リハでの積極的介入による成果と考える．屋内家事は再開し易いと推測される食事の後片付けから IADL 拡大を図る事で活動性向上に繋がり易いと考える．両群低値の項目は難易度の高さや入院前から未実施の可能性が考えられる．以上より，IADL 向上には疾患特性に応じた入院中からの積極的介入と訪問リハとの連携強化が重要と考える．本研究は単一施設での調査かつ小標本であるため一般化には限界があり，今後は対象者数を拡大した検証が必要である．

【結論】IADL 支援には疾患特性に応じた介入と入院中～訪問リハまでの継続的支援が重要である．

11-4　回復期リハ①

当病棟における離床の認識調査～目的のある離床を目指して～

兵庫県・西宮回生病院

○今田（いまだ）　ななみ（看護師）、奥野　博子

【目的】当病棟における看護師・介護士の離床に対する認識を把握する
【方法】質問用紙を用いてアンケートを実施する
【結果】看護師 23 名中 22 名（95.7％）、介護士 12 名中 8 名（66.7％）から回答を得た。まず初めに、平成医療福祉グループが掲げる「目的のある離床」の認知状況について調査したところ、看護師・介護士ともに半数以上が知っていると回答した。離床の目的としては、概日リズムの回復、活動量の増加、気分転換や他者との交流が多く挙げられたが、介護士では概日リズムの回復に関する回答が少なかった。離床を促すタイミングは、看護師では傾眠傾向時が多かったのに対し、介護士では入浴や食事前後などスケジュールに沿った介入が多かった。また離床を促す際、患者に説明をしてから行っているかについては両職種とも大多数が実施していた。離床支援の困難としては、患者の拒否がもっとも多く、身体・精神状態の不安定さや離床効果の実感のしにくさも挙げられた。対応策としては、時間をおいて再度声掛けを行うなど、声掛け方法の工夫が最も多かった。尚、各設問において経験年数による回答傾向の差は認められなかった。

【考察】平成医療福祉グループが掲げる「目的のある離床」の認知状況から、職種間で離床に対する方針や目標が一定程度共有されていることが示唆された。しかし、「離床の目的」については職種間で差異がみられ、看護師では概日リズムの回復を目的とした回答が多く、介護士では少なかった。これは、看護師が昼夜逆転の予防や睡眠状況の把握、睡眠導入剤の調整などに直接的に関与しており、概日リズムの維持・改善を意識して離床を促しているためと考える。また、回復期リハビリテーション病棟においては、概日リズムの乱れがリハビリテーションへの参加や遂行に影響し得るという認識が背景にあると考えられた。離床を促すタイミングについても、職種差がみられ、看護師では傾眠傾向時が多く、介護士では入浴や食事前後など日課に沿った介入が多かった。これは、看護師が患者の覚醒状態や体調変化を踏まえて離床を促している一方で、介護士は日常生活援助を通して離床機会を提供しているためと考えられる。離床時の説明や対応方法については職種間で大きな差はみられなかったが、離床支援の困難として両職種とも患者の拒否が最も多く挙げられたことから、離床の必要性を理解していても、患者本人の意欲や理解が十分に得られなければ実践に繋がりにくいことが示唆された。
【結論】
職種によって離床目的や介入方法に違いは認められたが、この違いは各職種の専門性や役割に基づくものであり、当グループが掲げる目標に沿って、それぞれの視点から患者を捉え関わっている実態が明らかとなった。離床は廃用進行を防ぎ、生活再建に繋げる自立支援が軸となる回復期リハビリテーション病棟において重要な援助であり、目的のある離床の実践が求められる。そのため、看護師と介護士が互いの視点や役割を理解し、それぞれの強みを補完しながら連携することが、より質の高い離床支援に繋がると考える。今後は両職種の相互理解をさらに深め、連携体制の強化を図っていきたい。

11-5　回復期リハ①

回復期リハビリテーション病棟退院後、介護保険サービス非利用者における在宅生活の実態と課題について

1 群馬県・内田病院、2 H&Mサービス

○小野（おの）　瑞菜（みずな）（理学療法士）[1]、遠藤　恵悟[1]、長井　左京[1]、小此木　直人[1]、吉田　大樹[1]、榮田　翔太[1]、井上　宏貴[1,2]、田中　志子[1]

【目的】

高齢者の在宅生活を支える仕組みとして介護保険サービスの利用が推進されている。山間部に位置する当院での先行研究の結果、回復期リハビリテーション病棟から在宅復帰した患者の約 2 割が退院時に介護保険サービスを利用していないことが明らかとなったが、これら「介護保険サービス非利用者」がどのような状況で在宅生活を継続し、どのような困りごとや課題を抱えているのかは十分に把握されていない。本研究では介護保険サービス非利用者の退院後における在宅生活の実態と課題を明らかにし、今後の退院支援および地域支援体制の改善に資する知見を得ることを目的とした。

【方法】

2022 年 5 月から 2025 年 4 月に当院回復期リハビリテーション病棟を退院した患者で、退院時に介護保険サービスを利用していない 9 名のうち、本人または家族から研究参加の同意が得られた 6 名（退院時 FIM 運動項目平均 86.5 点、認知項目平均 29.7 点、合計平均 116.2 点、HDS-R 平均 23.2 点）を対象とした。自宅訪問・電話・外来受診時のいずれかの方法で、紙面または Google フォームを用いた構造化質問票および半構造化インタビューにより調査を実施した。

【結果】

調査の結果、対象者 6 名全員が家族と同居していた（2 人暮らし 4 名、3 人以上 2 名）。徒歩圏内に商店がない者は 5 名（83%）と大多数を占め、交通・買い物環境の不便さが共通した生活背景であった。食事・排泄は全員が自立しており基本的 ADL は概ね保たれていたが、IADL では買い物に約 83%（見守り要 3 名・不可 2 名）、調理に約 50%（不可 2 名・簡単なもののみ 1 名）が支援を要した。退院後の転倒は全員で認められなかった。退院後の困りごとは「体力低下・疲れやすい」が 5 名（83%）と最多で、次いで「家事が大変」2 名であった。介護保険サービスを利用しない理由は「家族で何とかできている」5 名、「外来リハビリを継続しているから」2 名、「必要性を感じない」1 名（複数回答）であった。本人・家族ともに今後の生活への不安を抱えており、必要な支援として「買い物の付き添い」「家事・外出の手助け」「介護保険等のサービス情報提供」が挙げられた。

【考察】

介護保険サービスを利用しない主な理由が「家族で何とかできている」であったことは、家族介護力が在宅生活継続の主要因となっていることを示唆する。しかし全員が今後の生活への不安を抱え、家族にも同様の不安が認められたことから、本人だけでなく家族介護者へのサポートも退院後支援の重要な視点である。基本的 ADL は保たれていたものの買い物・調理などの IADL に課題が集中しており、徒歩圏内に商店がない地域環境下では買い物困難が生活継続上の重大なリスクとなり得る。退院後の転倒が全員で認められなかった点は、退院時の住環境整備指導と福祉用具活用の成果と考えられる。「体力低下・疲れやすい」が最多の困りごとであったことは、退院後も体力回復に時間を要することを示し、外来リハビリ継続による医療的接点の維持が生活支援としても有効であることが示唆される。買い物の付き添いや家事援助のニーズは、既存の介護保険サービスでは対応が難しいインフォーマルな生活支援ニーズの存在を示す。退院支援においては、介護保険サービスに加え、地域サロンや互助・共助の仕組みを含む幅広い社会資源の情報提供が、退院後の生活継続と生活の質の向上に寄与すると考えられる。

11-6　回復期リハ①

回復期病棟における入院中転倒患者の入棟時特徴の検討

山口県・山口平成病院

○坂口（さかぐち）　俊太郎（しゅんたろう）（理学療法士）

【目的】

回復期病棟における転倒は重要な有害事象であり、身体機能や認知機能との関連が報告されている。しかし、認知機能低下患者のすべてが転倒するわけではなく、その特徴については十分に明らかではない。本研究の目的は、回復期病棟において入院中転倒を生じた患者の入棟時特徴を明らかにし、転倒関連因子について検討することである。

【方法】

2025 年度に当院回復期病棟へ入棟した患者 187 例を対象とした後ろ向き観察研究とした。入院中転倒の有無により転倒群 53 例、非転倒群 134 例に分類した。調査項目は年齢、MMSE、FIM、BMI、骨格筋量、SMI、位相角とした。さらに MMSE23 点以下を認知機能低下群として追加解析を実施した。統計解析は群間比較およびロジスティック回帰分析を用いた。

【結果】

転倒群は非転倒群と比較し MMSE（p=0.002）、FIM 認知（p=0.040）が有意に低値であった。FIM 認知項目では理解（p=0.009）、表出（p=0.011）、記憶（p=0.035）が有意に低値であった。一方、FIM 運動、BMI、骨格筋量、SMI、位相角には有意差を認めなかった。ロジスティック回帰分析では MMSE のみが転倒と独立して関連した（OR 0.93、95％CI 0.88-0.97、p=0.003）。

MMSE と FIM 運動を組み合わせた解析では、MMSE 低値かつ FIM 運動高値群の転倒率は 46.4% であり、MMSE 高値群（18.4～18.5％）と比較して高率であった。また、MMSE 低値群のみを対象とした解析では、転倒群は FIM 表出が有意に低値であった（p=0.046）。さらに MMSE 低値群において転倒群と転落・ずり落ち群を比較したところ、転倒群は骨格筋量が有意に低値であった（p=0.034）。

【考察】

本研究では、入院中転倒患者は認知機能が低下している特徴を有しており、先行研究と同様に認知機能が転倒に関連する重要な因子であることが示唆された。一方、先行研究で報告されている問題解決能力との関連は認めず、理解・表出・記憶が転倒と関連した。特に認知機能低下患者に限定した解析では表出能力が関連しており、自らの状態や援助要請を適切に伝達する能力の低下が転倒発生に関与している可能性が考えられた。また、認知機能低下を有しながら一定の運動能力を保持している患者で転倒率が高かったことから、「動ける認知機能低下患者」が転倒ハイリスク群である可能性が示唆された。さらに、認知機能低下患者の中でも転倒群は転落・ずり落ち群と比較して骨格筋量が低値であり、転倒様式によって関連因子が異なる可能性が考えられた。

【結論】

回復期病棟における入院中転倒は身体機能や体組成指標よりも認知機能との関連が強く認められた。特に認知機能低下を有しながら活動性を保つ患者では転倒リスクが高く、転倒予防においては身体機能のみならず認知機能およびコミュニケーション能力に着目した介入が重要である可能性が示唆された。

11-7　回復期リハ①

回復期リハビリテーション病棟における退院時 ADL 自立度予測に影響する因子～運動器疾患に着目して～

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○橋本（はしもと）　涼加（すずか）（理学療法士）、福原　孝平、野村　美穂

【目的】

2020 年度診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病棟入院料 I には実績指数 40 以上が求められ、さらに 2024 年度改定では運動器リハビリテーション料の算定上限が引き下げられた。これにより、早期の退院目標設定と在院日数短縮のもと、限られた日数・単位で効率的に ADL 自立を図ることが求められている。A 病院では経験年数 1～3 年目のリハビリテーションスタッフが多く、退院後の生活予測や退院時 Functional Independence Measure（以下、FIM）目標設定の精度にばらつきが生じている可能性がある。本研究は、回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患患者を対象に、入院時の運動 FIM（以下、M - FIM）および Functional Balance Scale（以下、FBS）と退院時 ADL 自立度との関連を明らかにし、退院時目標設定の参考となる客観的指標を検討することを目標とした。

【方法】

対象は、2024 年 4 月～2025 年 12 月に A 病院回復期リハビリテーション病棟を退院した運動器疾患患者 97 名とした。内訳は脊椎圧迫骨折 37 名、大腿骨頸部骨折 34 名、大腿骨転子部骨折 26 名で、死亡者・評価非実施者は除外した。統計処理は多重ロジスティック回帰分析を用い、退院時 ADL 自立の可否と入院時 M - FIM、入院時 FBS、疾病分類との関連を検討した。退院時 ADL 自立は、先行研究に準じて退院時 M - FIM80 点以上と設定した。さらに、入院時 M - FIM および入院時 FBS のカットオフ値を Receiver　Operating　Characteristic（ROC）曲線を用いて検討した。有意水準は 5% とした。

【結果】

多重ロジスティック回帰分析の結果、退院時 ADL 自立に関連する因子として入院時 FBS が抽出された。退院時 ADL 自立を判断するための入院時 FBS カットオフ値は、 脊椎圧迫骨折で 40 点、 大腿骨頸部骨折で 34 点、大腿骨転子部骨折で 32 点であった。なお、各疾患における入院時 FBS のオッズ比は、脊椎圧迫骨折で 1.12（p＝0.0125）、大腿骨頸部骨折で 1.14（p＝0.0143）、大腿骨転子部骨折で 1.16（p＝0.0288）であった。一方、入院時 M-FIM のカットオフ値は、脊椎圧迫骨折で 50 点、大腿骨頸部骨折で 50 点、大腿骨転子部骨折で 44 点であったが、有意な関連は認められなかった。

【結論】

本研究より、入院時 FBS は退院時 ADL 自立を予測する指標となる可能性が示唆された。また、入院時 FBS が脊椎圧迫骨折で 40 点以上、大腿骨頸部骨折で 34 点以上、大腿骨転子部骨折で 32 点以上であった者は、退院時 ADL 自立に至る可能性があることが示唆された。これらのカットオフ値は、今後の退院時 FIM 目標設定の精度向上に寄与する可能性がある。一方、入院時 M - FIM に関しては有意差なしの結果となった。入院時 M - FIM と入院時 FBS はともに身体機能を反映する指標であり、概念的に重複する可能性があるため、多重共線性の影響については今後の検討課題である。今後は入院時 M - FIM の各項目と退院時 ADL 自立度との関連を検討し、退院時自立度予測に影響する因子をより詳細に抽出していきたい。

12-1　回復期リハ②

回復期 A 病棟入院患者における炎症の有無と栄養摂取量及び機能回復の関連

1 静岡県・湖山リハビリテーション病院、2 東京慈恵医科大学リハビリテーション医学講座、
3 湖山リハビリテーション病院　リハビリテーション医

○山田（やまだ）　佳奈（かな）（管理栄養士）[1]、森川　乃理子[1]、吉田　麻衣子[1]、倉田　衣津子[1]、鈴木　慎[2]、殷　祥洙[3]

【背景】炎症は骨格筋異化や食欲低下を介して栄養状態及び身体機能に悪影響を及ぼす事が先行研究により知られている。しかし、回復期リハビリテーション病棟患者において、炎症が栄養摂取量や機能回復に与える影響については十分に検討されていない。
【目的】回復期リハビリテーション病棟入院患者において、炎症の有無と栄養摂取量、身体組成、および機能回復との関連を検討することを目的とした。
【方法】回復期リハビリテーション A 病棟入院患者 315 名を対象とし、後方視的観察研究を実施した。対象者を入院時の炎症数値（CRP：C 反応性たんぱく質）が 0.3mg/dl 未満の非炎症群 164 名と、0.3mg/dl 以上の炎症群 151 名の 2 群に分類し、①在棟日数、②FIM（Functional Independence Measure）利得、③ABMS-2（AbilityforBasicMovementSeale-2）の入退院時の変化量、④身体組成指標の入退院時の変化量（SMI：Skeltal Muscle mass Index、筋肉量、体脂肪量）、⑤体重減少率、⑥体重あたりの摂取たんぱく量、⑦平均エネルギー摂取量を比較した。
【統計解析】連続変数は中央値（四分位範囲）または、平均値±標準偏差で示した。炎症群と非炎症群の群間比較には Mann-Whitney U 検定または、Student's T 検定を用いた。有意差水準は 5% 未満とした。
【結果】炎症群では、非炎症群と比較して在院日数が優位に長く（p＝0.022）、13% 在院日数が延長していた。機能回復指標である ABMS-2 では、炎症群のほうが有意に高値であり（p＝0.039）、23% 機能回復の幅が大きかった。また、非炎症群のほうが入院時の ABMS-2 は高い傾向にあった（非炎症群 21.8±6.9、炎症群 17.9±6.7）。栄養指標では、平均エネルギー摂取量（p＝0.002）、体重当たりたんぱく質摂取量（p＝0.033）がいずれも炎症群で有意に低値であり、炎症群の方が 6.9% 平均エネルギー摂取量は少なく、7.7% 体重あたりのたんぱく質摂取量が少なかった。一方、FIM 利得、SMI、筋肉量、体脂肪量は有意な差を認めなかった。
【考察】回復期リハビリテーション病棟患者において、炎症の存在はエネルギーとたんぱく質摂取量の低下、在院日数の延長と関連していた。炎症群で ABMS-2 の変化量が高値だったのは、非炎症群の入院時の数値が高値であったため改善余地が小さく、群間差には天井効果が関与した可能性があった。炎症を有する患者では、食欲は低下するため、平均エネルギー摂取量と体重当たりのたんぱく質摂取量は低下したと示唆された。炎症があることで、管理栄養士は患者の摂取量を早期に確認し、患者の食思に合わせた食事の提供や栄養補助食品の活用など、適切な栄養管理を実施していくことが必要であると考えられた。リハビリテーションに必要な栄養を確保していくことで、在院日数の短縮や身体組成指標の改善にも繋げられるのではないかと考えられた。

12-2　回復期リハ②

脳血管疾患患者における運動 FIM 予測精度と誤差構造―入院時 FIM 階層別・13 項目別分析―

大阪府・千里リハビリテーション病院

○池田（いけだ）　吉成（よしなり）（事務職）

【目的】

回復期リハビリテーション病棟では、入院早期に退院時 ADL を見通すことが、リハビリテーション目標の設定、チーム内共有、患者・家族説明、退院支援において重要である。当院では、入院時にセラピストが運動 FIM 13 項目別に退院時到達点を予測している。本研究の目的は、脳血管疾患患者におけるセラピストの運動 FIM 利得予測精度を検証し、予測誤差が生じやすい入院時 FIM 階層および運動 FIM13 項目を明らかにすることである。

【方法】

対象は、2022 年 4 月から 2026 年 3 月までに当院回復期リハビリテーション病棟を退院した脳血管疾患患者のうち、急変転院、死亡退院、データ欠損を除外した 1,112 例とした。入院時にセラピストが予測した退院時運動 FIM から予測利得を算出し、実際の退院時運動 FIM から算出した実績利得と比較した。全体の予測精度は、予測利得と実績利得の相関、平均誤差、絶対誤差により評価した。さらに、入院時運動 FIM 別に FIM 利得、予測誤差、絶対誤差の 5 点移動平均を算出し、13 点群、低位群、中位群、高位群、参照群に階層化した。加えて、運動 FIM13 項目別に誤差なし、上振れ、下振れの割合を算出し、項目別の誤差構造を検討した。

【結果】

脳血管疾患患者 1,112 例において、セラピストによる運動 FIM 利得予測と実績利得の相関係数は 0.839 であり、全体として高い関連を認めた。一方、1 症例あたりの誤差は 0.3 点ながら、絶対誤差は 6.3 点であり、上振れと下振れで相殺されていることも認められた。入院時 FIM 階層別では、低位群および中位群で FIM 利得が高かったが、低位群では絶対誤差が大きく、予測誤差が最も生じやすかった。13 項目別分析では、低位群は全体として中位群より誤差が大きく、特に清拭、移乗（浴槽・シャワー）、歩行・車椅子、階段において、予測誤差、下振れリスク、改善余地が重なる傾向を認めた。

【考察】

セラピストによる運動 FIM 利得予測は全体では高い精度を示したが、予測誤差は全患者に均一に生じるのではなく、入院時 FIM 低位群および特定の ADL 項目に集中していた。低位群は中位群と同程度の FIM 利得が期待できる一方で、退院時到達点の予測が難しい群であると考えられる。また、清拭、移乗（浴槽・シャワー）、歩行・車椅子、階段などは、身体機能、認知・高次脳機能、安全性、生活環境など複数の要因が関与する項目であり、予測時に確認すべき判断材料の明確化が必要である。加えて、下振れには予測判断の誤差だけでなく、予測後のリハビリテーション介入、病棟 ADL 練習、全身状態の変化など到達過程の影響も含まれる可能性がある。今後は、セラピストが行う目標設定、医学的到達可能性評価、両者のすり合わせに加え、予測後の介入過程を含めて検討する必要がある。

【結論】

脳血管疾患患者におけるセラピストの運動 FIM 利得予測は、全体として実績利得と高い相関を示した。一方で、予測誤差は入院時 FIM 低位群と一部の運動 FIM 項目に集中していた。予測精度向上には、合計点のみでなく 13 項目別に誤差構造を把握し、項目ごとの予測判断材料を整理することが重要である。

12-3　回復期リハ②

当院回復期リハビリテーション病棟における心疾患を既往に持つ事の影響とその傾向について

山口県・光風園病院

○内田（うちだ）　尚吾（しょうご）（理学療法士）、中村　さくら、原田　実咲希、山本　隆次、山出　宏一

【目的】

当院の回復期リハビリテーション病棟（以下：回リハ病棟）では年間約250名の入院を受け入れ、そのうち約20%の患者が既往に何らかの心疾患を有している。日本心臓財団からは、心不全罹患患者数が現在の120万人から2030年には130万人に達するとの推計を報告しており、心疾患患者に対するリハビリテーション（以下：リハ）のリスク管理の重要性が高い事がわかっている。今回、より的確なリスク管理や質の高いリハの提供を行うために、心疾患の影響を明確にすることを目的に検討を行ったのでここに報告する。

【方法】

対象は、2023年4月1日～2025年3月31日の期間に当院回リハ病棟を退院した患者486名とした。方法は、既往に心疾患を持つ患者138名を心疾患既往あり群、既往に心疾患持たない患者348名を心疾患既往なし群の2群に分け分析を行った。調査項目は、診療録を基に主病名、年齢、性別、既往歴、入院期間、病前生活の場所、退院先、BMI、HDS-R、FIM/BI（入院時/退院時）とした。心疾患の分類は、既往歴および主疾患から弁膜症・狭心症・心不全・心房細動・心筋梗塞のサブタイプに分類した。

統計学的解析として、連続変数の群間比較をMann-Whitney U検定、カテゴリ変数にはχ^2検定またはFisher正確検定（期待度数5未満の場合）を行った。自宅退院の可否に影響を与える影響について、ロジスティック回帰分析を用いて検討した。従属変数は自宅退院とし、独立変数は年齢、性別、HDS-R、入院時FIM、病前生活の場所とした。また、サブタイプに分類した分析も実施した。統計解析にはR（ver 4.6.0）を使用した。

本研究は診療録を用いた後方視的調査であり、施設長の承認のもと個人情報保護に十分配慮し、匿名化処理を施して実施した。

【結果】

心疾患既往あり群は、なし群と比較し高齢（$p<0.001$）であり、入院時FIM（$p<0.05$）及び入院時BI（$p<0.05$）が低い。また既往歴が多く（$p<0.001$）、病前は自宅で生活していた割合が低いこと（$p<0.05$）が特徴と分かった。一方、FIM利得とBI利得に有意差なく在院日数にも差はなかった。

心疾患をサブタイプ別に分類した結果、影響の大きさに以下の差が認められた。弁膜症（n=17）は自宅退院率17.6%、FIM利得中央値3.0点と低く、自宅退院率・FIM改善量の両方で統計的に有意であった。狭心症（n=27）は自宅退院率29.6%で有意差を認めた。一方、心筋梗塞、心房細動は全体平均と同等で影響がなかった。

ロジスティック回帰分析の結果は、心疾患既往を一括投入した場合ではOR=1.02（p=0.95）と有意ではなかったが、サブタイプ個別投入では狭心症がOR=0.34（p=0.034）で有意となり、弁膜症もOR=0.22（p=0.062）で有意傾向を示した。

【考察】

本分析の最大の知見は、心疾患既往の有無は転帰への影響を与えないが、サブタイプに分解すると弁膜症と狭心症が自宅退院を独立して阻害していることが明らかになった点である。

弁膜症（特に大動脈弁狭窄症）はFIM利得の中央値が3.0点とリハ改善そのものが乏しく、低心拍出量による運動耐容能の制限が背景にあると考えられる。一方、狭心症はリハ自体は順調に進行しているにもかかわらず自宅退院率が低い。これは労作時の発作や心筋梗塞発症等のリスクに対する患者・家族の不安から、病院を退院した後も医療機関に関連する施設等で生活することで、心理的安全性を確保することができることが影響している可能性がある。

そのため今後は、各心疾患患者の実態を調査するとともに、リハスタッフに対して運動耐容能向上へ向けた介入に関する研修の実施と、患者・家族に対して心疾患に関する認識の調査や病態の説明を行い、その効果を検証することを今後の課題とする。

12-4　回復期リハ②

遷延性意識障害を伴う慢性期重症くも膜下出血患者への包括的支援の一例

東京都・ねりま健育会病院

○松本（まつもと）　優貴（ゆうき）（作業療法士）、柴田　将、二瓶　太志、酒向　正春

【序論】重症脳卒中患者へのリハビリテーションでは、意識障害や摂食嚥下障害等への包括的介入が重要である。今回、両側前頭葉脳出血、くも膜下出血後に重度四肢麻痺と遷延性意識障害を呈した症例に対し、多職種による積極的離床を含めた介入を行い、覚醒向上と経口摂取再獲得を認めたため報告する。尚、本発表に関して、本人家族の同意を得た。

【症例紹介】症例は 70 代女性。X 年 Y 月 Z 日に両側前頭葉脳出血、前大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を発症。発症＋8 ヵ月後、当院回復期リハビリテーション病院へ入院。当院入院前はほぼ寝たきりの状態であった。入院時心身機能は重度四肢麻痺（Brunnstrom Recovery Stage［BRS］左 IV-IV-III、右 IV-IV - III）と四肢拘縮、気管切開、意識障害 JapanComaScale（JCS）II-30、National Institutes of Health Stroke Scale（NIHSS）は 37 点と神経学的重症度は最重度、Functional Independence Measure（FIM）は運動項目 13 点、認知項目 5 点であり、食事は 3 食経管栄養（藤島式嚥下 Gr.2）であった。家族より出来る限りの回復と、食事の経口摂取再獲得の希望があった。

【経過】チーム目標は 5 ヶ月で覚醒向上、介助量軽減、会話と食事の経口摂取の再獲得とした。治療方針は、Dr による覚醒向上と運動機能回復のため内服調整や全身管理、Ns による生活ケアと医師の指示に基づく医療行為と褥瘡予防、排泄管理、PT による長下肢装具を使用した立位、歩行訓練、OT による ADL、上肢機能訓練、ST によるコミュニケーション機能、嚥下機能訓練、SW による家族支援を行った。また、日中は 12 時間の完全離床対応とした。入院 2 ヶ月目で内服調整と、積極的な立位、歩行練習を実施したことで覚醒向上を認めた。また、食事も ST の介助下で、1 食経口摂取が可能となった。四肢可動域も改善を認め、他者へ手を振る、短語発語も可能となった。

【結果】退院時は、四肢麻痺は、BRS 左右共に IV-IV-IV と一部改善を認めた。意識障害も JCSII-10、NIHSS 24 点となった。気管切開も日中はスピーチバルブを装着し、単語の表出が可能となった。FIM は、運動項目 21 点、認知項目 9 点と改善し、目標であった 3 食経口自己摂取（藤島式嚥下 Gr.7）、且つ、一部自己摂取が獲得された。

【考察】長期臥床や重度意識障害症例では、廃用症候群、活動性低下に伴い機能改善が限定的となりやすい。しかし、本症例では、多職種による包括的介入を継続したことで、覚醒刺激や活動量が増加し、覚醒向上および経口摂取再獲得につながった可能性が示唆された。

【結語】重症例であっても、全身管理を行いながら包括的かつ継続的に介入することで、QOL 向上や意思表出、経口摂取再獲得の可能性が示唆された。

12-5　回復期リハ②

トイレ・移動動作の自立可否を決める入院時体組成データの検討

1群馬県・内田病院、2人間健康科学研究科、3H&Mサービス

○井上（いのうえ）　勇弥（ゆうや）（理学療法士）[1]、金子　俊介[1]、遠藤　恵悟[1]、吉田　大樹[1]、小此木　直人[1]、浅川　康吉[2]、井上　宏貴[1,3]、田中　志子[1]

【目的】

当院では令和2年度よりInBodyS10を導入し、患者の体組成評価を実施している。近年、GLIM基準の導入やリハビリテーション・口腔・栄養の三位一体の取り組みなど、リハビリテーション栄養の重要性が高まっている。また、令和8年度診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）のアウトカムとして、FIM運動項目のうちトイレ動作および移動の自立度向上が重視されている。骨格筋量の低下は身体機能やADL低下との関連が報告されているが、回リハ病棟において入院時の体組成指標がADL自立に及ぼす影響についての報告は少ない。そこで、本研究ではInBodyを用いた体組成評価で得られる指標が、ADL自立および在宅復帰支援にどのように活用できるかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

令和3年10月1日から令和5年12月31日までに当院回リハ病棟に入院した患者のうち、入院時にInBodyS10による体組成評価を実施しており、死亡退院を除く61名（年齢85.4±6.0歳、男性20名、女性41名）を対象とした。調査項目は、年齢、性別、BMI、疾患別分類、介護度、障害高齢者の日常生活自立度、入院時のBIA法による体組成指標（SMI、ECW/TBW、Phase Angle）、入院時および退院時のFIM運動項目（下位項目：トイレ動作、移動）とした。退院時FIMにおいてトイレ動作・移動が自立（6、7点）に至った者を自立群、1〜5点であった者を非自立群とし、Mann-Whitney U検定およびχ二乗検定を用いて比較した（有意水準5%）。

【結果】

トイレ動作自立群は40名（85.5±5.8歳）、非自立群は21名（84.2±6.7歳）であった。移動自立群は32名（85.3±6.1歳）、非自立群は29名（85.5±6.2歳）であった。いずれも自立群と非自立群の比較において、年齢、性別、BMI、疾患別分類などの基本属性に有意差は認めなかった。一方、入院時SMIはトイレ動作自立群、移動自立群でいずれも高い傾向を認めた（トイレ動作：自立群5.7±1.5/非自立群5.0±1.0、p=0.08、移動：自立群5.8±5.5/非自立群5.2±1.3、p=0.09）。ECW/TBWはトイレ動作自立群のみ高い傾向を認め（自立群0.4±0.0/非自立群0.4±0.0、p=0.07）、Phase Angleについては両群間で明らかな差を認めなかった。

【結語】

トイレ動作および移動が自立した患者では、入院時SMIが高い傾向を認めた。骨格筋量が維持されていることは立ち上がりや歩行能力といった基本動作の改善に寄与する可能性があり、SMIはADL自立を予測する指標の一つとなり得ることが示唆された。回リハ病棟において、入院早期から体組成評価を行い、多職種で栄養管理や運動療法を実践することは、患者のADL向上や在宅復帰支援につながる可能性がある。今後は対象者数を増やし、多変量解析を含めた検討を行うことで、体組成指標とADL改善との関連をさらに明らかにしていきたい。

12-6　回復期リハ②

選挙参加や携帯契約等社会交流場面を想定した院外練習を実施し自宅退院を叶えた高次脳機能障害症例

千葉県・薬園台リハビリテーション病院

○三尾谷（みおや）　礼（れい）（理学療法士）

【はじめに】

本症例は、前頭葉梗塞による高次脳機能障害を呈した症例である。選択性注意障害、記憶障害を主症状とし対人場面における社会生活能力の理解と遵守に課題があるため、独居自宅退院は難渋とされていたが、自宅周辺環境でのリハビリテーションを実施し、社会参加を獲得した症例を報告する。

【症例紹介】

60 歳代男性、診断名は左前頭葉脳梗塞。X+21 日当院へ入院し、運動麻痺は軽度であった。しかし、右前頭葉での梗塞により、Frontal Assessment battery（以下 FAB）、手段的日常的尺度の各評価項目においてカットオフ値を下回る結果となった。また入院当初より遠方に在住する家族は周囲への負担を懸念して自宅退院に反対する意向であったが、本人は自宅退院を強く希望していた。

【経過と結果】

入院時、FAB11 点、手段的日常的尺度 7 点から、社会的交流に課題があると考え、積極的な院外練習を提供した。自宅周辺環境を想定した実践的・課題指向型練習アプローチを中心に実施した。入院早期より院外練習を必須とし、横断歩道での信号確認・安全確認・人混みの中での歩行、店舗での買物（商品選択・対人対応・会計）を実施した。また、公共交通機関練習を月一回実施し、バス・電車を用いた乗降動作、運賃支払い、目的地までの移動を系統的に行った。連絡手段獲得のため、携帯ショップでの契約を家族と実施した。社会参加能力向上の目的の一つとして、実際の選挙投票に参加をした。投票所では列への整列、投票用紙への記入選挙場のルール遵守の課題を考慮した上で、当日はスタッフによる介助なく挑戦した。これにより、実践的に対人場面における注意の選択、遂行機能能力、社会的ルールについての実践的な学習が得られた。最後に、退院後の対人での社会交流を円滑に進めるため、ヘルプマークの受け取りを本人同行のもと実施した。行政施設までの経路計画を立て、公共交通機関利用、受付から受け取りまでの一連の動作を全て見守りで達成することができた。最終評価時、FAB15 点、手段的日常生活尺度 22 点となった。院外練習による本人の練習実績と本人の回復過程を確認した家族からの本人への信頼と、チームスタッフ全員による自宅退院可能という確証を得ることができ、退院後の独居での社会生活が実現した。

＜コメント＞

【考察】

高次脳機能障害患者に対し、リハビリテーションプログラムを院内練習にとどまらず、実際の社会的ルールに準じた院外練習を実施することが社会参加を獲得する上で大切であると考える。

12-7　回復期リハ②

危険予知トレーニングを用いてリスク管理の定着を目指した症例

香川県・橋本病院

○東條（とうじょう）　留奈（るな）（作業療法士）、窪内　瑞樹

【はじめに】

今回、日常生活動作練習や家事動作練習の中で、杖の忘れや掃除中にコードが巻き付いても気付かないなどリス管理が不十分な症例に対し、危険予知トレーニング（以下 KYT）を用いた。その結果、危険な場所やシチュエーションを本症例が把握することができリスク管理の定着が図られた症例を経験したため報告する。

【説明と同意】

対象者には本報告に関する目的と方法を十分に説明し、当院学会発表倫理審査申請書にて同意を得た（承認 No.6）。

【症例紹介】

70 歳代女性。自宅で靴下を履こうとして転倒し右大腿骨転子部骨折を受傷。急性期病院へ救急搬送され同日骨接合術施行。7 病日に当院回復期リハビリテーション病棟へ入院。発症前は、独歩可能。家事全般を実施。夫と共にみかん農家として農業に従事。農業の合間で地域活動（ペタンク）にも参加されていた。回復期入院時の状態は FIM 66 点（運動 36 点、認知 30 点）と術部の疼痛が強く全般的に介助を要していた。ピックアップ歩行器使用し、Timed Up＆Go Test（以下 TUG-T）右 44.1 秒/左 47.9 秒、10m 歩行 26.7 秒、Berg Balance Scale（以下 BBS）40/56 点。MMSE 21/30 点と見当識や計算項目で減点がみられた。転倒不安感尺度は 22/40 点、日本版 Self-Regulation Skills Interview（以下 SRSI）は、問題の気づき 20 点、戦略の気づき 30 点であり、転倒リスクに対する認識がほぼない状態であった。

【アプローチ】

バランス機能の向上や疼痛が軽減してきた頃（46 病日）に自宅へ外出練習を行い、家事動作練習や畑・坂道での歩行練習を実施。その際に杖を忘れて移動するなど、リスク管理の低下が見受けられ、本症例はそのことに気づいておらず、指導を行っても楽観視していた。そこで、実際に転倒しそうになった場所やリハビリ中の写真を提示し本症例と KYT を実施。70 病日に 2 回目の外出練習を実施し、新たな危険場面が見受けられた際には再度 KYT を行った。

【結果】

回復期退院時評価は（91 病日）、FIM 122 点（運動 87 点、認知 35 点）と病棟内の ADL はすべて自立。T 字杖使用し TUG－T 右 12.6 秒/左 12.6 秒、10m 歩行 9.5 秒、BBS 54/56 点。MMSE 26/30 点。転倒不安感尺度は 11/40 点と低下。SRSI は、問題の気づき 3 点、戦略の気づき 9 点と改善し、転倒場面の認識が自己で可能となった。KYT 後、杖を忘れる頻度が減少し、杖が無ければ支持物を持ちながら歩くなどの行動がみられるようになった。また、退院後 3 ヶ月経過した現在、自宅で転倒することなく経過されている。

【考察】

今回、日常生活動作や家事動作の中から危険場面を抽出し KYT を行ったことで自身の行動と転倒リスクとの関係性を具体的に説明できるようになるなど、リスク管理の定着を図ることができた。KYT は、作業や職場に潜む危険性や有害性等の危険要因を発見し解決する能力を高める手法とされている。本症例には、実際の危険な場所や動作を写真に撮り、KYT を行う事で危険個所の把握がわかりやすく、解決策を考えることができ、転倒への意識付けが可能となったのではと考える。

13-1　回復期リハ③

当院回復期リハビリテーション病棟における脳血管・運動器疾患患者のFIM改善と自宅退院の検討

兵庫県・神戸平成病院

○中山（なかやま）　清子（せいこ）（理学療法士）

【目的】

回復期リハビリテーション病棟における自宅退院には、患者背景に加えて日常生活動作能力の改善が重要である。これまでにも脳卒中患者の転帰予測においてFunctional Independence Measure（FIM）、特に運動項目や移動能力が重要な因子であることが報告されている。また、令和8年度診療報酬改定では、リハビリテーション実績指数の算出方法が見直され、FIM項目のうち「歩行・車椅子」および「トイレ動作」の改善が評価に反映されることとなった。本研究では、当院回復期リハビリテーション病棟における脳血管疾患患者および運動器疾患患者のFIM改善の実態を明らかにし、FIM領域別改善度と自宅退院との関連を探索的に検討することを目的とした。

【方法】

対象は、2025年4月1日から2026年3月31日までに当院回復期リハビリテーション病棟を退院した脳血管疾患患者および運動器疾患患者とした。死亡退院、急性増悪等による急性期病院への転院、入院時または退院時のFIMに欠損を有する症例は除外した。退院先は自宅退院群と非自宅退院群に分類した。調査項目は、年齢、性別、疾患区分、要介護度、在院日数、入院時FIM、退院時FIM、FIM利得とした。FIM領域別の改善度として、認知機能関連5項目、移動関連2項目、排泄関連3項目それぞれの領域ごとの合計点で利得を算出した。自宅退院の有無を目的変数とし、各領域別のFIM利得を説明変数としたロジスティック回帰分析を行い、調整因子は年齢、性別、疾患区分、要介護度、入院時FIM合計、在院日数とした。さらに副次的解析として、歩行・車椅子およびトイレ動作について、本研究の該当期間で入院時5点以下かつ退院時6点以上となった症例を、実績指数加算要件該当例として集計した。

【結果】

解析対象は346例であり、運動器疾患206例、脳血管疾患140例であった。自宅退院は245例、非自宅退院は101例であった。FIM利得は運動器疾患、脳血管疾患のいずれにおいても自宅退院群で高く、領域別では移動2項目利得が両疾患とも自宅退院群で高い傾向を示した。ロジスティック回帰分析では、移動2項目利得が自宅退院と有意に関連したが（OR 1.31、95%CI 1.16–1.48、$p<0.001$）、認知5項目利得および排泄3項目利得は有意な関連を認めなかった。副次的解析では、判定可能344例中254例が何らかの加算要件に該当しており、加算点の総和は448点であった。

【考察】

自宅退院群では総FIM利得が高く、移動2項目利得が自宅退院と関連していた。歩行や車椅子移動および階段動作は、退院後の家屋内外の移動や生活範囲に直結する項目であり、自宅退院の可否に影響しやすいと考えられる。一方で、階段項目は入院時に低得点となりやすく、利得が退院時の階段遂行能力を反映している可能性があるため、今後は移動項目を歩行・車椅子と階段に分けた詳細な検討が必要である。また、副次的解析では加算要件該当例が多く、FIM運動項目の改善が今後の実績指数評価に与える影響は小さくない可能性が示された。ただし、本解析は仮想的な集計であり、実際の実績指数への影響については除外対象や算定上限日数を含めた追加検討が必要である。

【結論】

当院回復期リハビリテーション病棟において、脳血管疾患患者および運動器疾患患者の自宅退院には、FIM領域の中で移動2項目の利得が関連していた。自宅退院支援および今後の実績指数評価を見据え、FIM運動項目の改善状況を重視した評価と介入が重要である可能性が改めて示唆された。

13-2　回復期リハ③

病棟自主トレーニング提供が総 FIM 利得に与える影響：認知機能調整後の重回帰分析による検証

大阪府・淀川平成病院

○笹田（ささだ）　朱音（あかね）（理学療法士）、植田　裕子

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟では，時間外の活動量確保が ADL 向上に極めて重要であり，その手段として病棟自主トレーニング（以下，自主トレ）の提供が推奨される．しかし，高齢者や認知機能低下患者に対する自主トレは定着が困難とされ，提供を躊躇する場面も多い．本研究は，認知機能を含む背景因子を調整した上で，自主トレの提供および実施確認方法が総 FIM 利得に与える影響を検証する．

【方法】

2025 年 12 月 1 日から 2026 年 5 月 31 日までに当院の回復期リハビリテーション病棟へ入院し，自主トレ実施の有無を確認できた患者 131 名を対象とした．主要アウトカムは総 FIM 利得（退院時総 FIM - 入院時総 FIM）とした．自主トレ提供群と非提供群の比較には Mann − Whitney の U 検定を用い，提供群内における実施確認方法（なし，口頭確認，チェックシート）の比較には Kruskal − Wallis 検定を用いた．また，年齢，入院時 FIM，在院日数，MMSE スコアを共変量とした重回帰分析を実施し，総 FIM 利得に関連する独立因子を検討した．有意水準は 5% 未満とした．

【結果】

対象 131 名のうち，自主トレ提供群は 51 名，非提供群は 80 名であった．総 FIM 利得の中央値は提供群 46.0 点（四分位範囲：33.5 − 59.0），非提供群 32.0 点（同：24.0 − 46.8）であり，提供群が有意に高値を示した（$p<0.001$）．提供群内の確認方法による群間差はなかった（$p=0.738$）．重回帰分析の結果，総 FIM 利得の有意な関連因子として MMSE スコア（$p<0.001$）および自主トレ提供の有無（偏回帰係数 14.11，$p=0.011$）が抽出された．

【考察】

自主トレの提供は，年齢，入院時 FIM，在院日数，認知機能を調整後も総 FIM 利得向上に独立して関連した．自主トレによる時間外活動量の増加が ADL 改善に寄与したことを示唆する．一方，実施確認方法による総 FIM 利得の差はなく，確認手段の違いよりも「自主トレを継続できる環境」自体が重要であると考えられた．特に，認知機能調整後も自主トレの効果が認められた点は重要である．認知機能低下のみを理由に自主トレ提供を控えるのではなく，病棟全体で継続を支援するシステム構築が ADL 改善には不可欠である．

【結論】

病棟における自主トレ提供は，認知機能とは独立して総 FIM 利得を向上させる有効な介入である．認知機能低下の有無にかかわらず，自主トレを提供できる病棟システムの構築が推奨される．

13-3　回復期リハ③

腰部脊柱管狭窄症の術後に脊髄硬膜外動静脈瘻により対麻痺が生じた一症例

徳島県・博愛記念病院

○廣瀬（ひろせ）　颯（はやて）（理学療法士）

【はじめに】

脊髄硬膜外動静脈瘻（以下、SDAVF）は比較的稀な脊髄血管疾患であり、術後に不全脊髄損傷を呈することがある。不全脊髄損傷患者の歩行能力回復には免荷トレッドミル歩行などの歩行練習が有効とされている。なかでも Hybrid Assistive Limb（以下、HAL）は随意運動意図に基づくアシストにより早期から安全な歩行反復を可能にし、下肢運動スコア（以下、LEMS）および歩行能力の改善に有用とされている。しかし SDAVF 術後の不全脊髄損傷に対して LEMS の推移を参考に HAL から歩行車へ移行した経緯を詳細に報告した症例は少ない。本報告の目的は、SDAVF 術後の一症例に対し LEMS の推移を参考に HAL から歩行車へ段階的に移行し、実用歩行を獲得した経緯を報告することである。

【方法】

対象は、腰部脊柱管狭窄症の診断を経て SDAVF と診断され手術を施行された 50 代男性。当院転院時（術後 3 週）の ASIA Impairment Scale（以下、AIS）は D、神経学的損傷高位（以下、NLI）は L1 であった。転院時は LEMS29 点・Berg Balance Scale（以下、BBS）8 点と著明な下肢筋力低下およびバランス障害を呈していたため、HAL を用いた歩行練習を週 3 回で開始した。機能回復に伴う LEMS および BBS の改善を確認しながら HAL のアシスト量を漸減し、7 週時点で HAL から歩行車練習へ移行した。評価は 2 週間に 1 回の頻度で実施し、評価時期は初期（転院時）・中間（7 週）・最終（15 週）とした。評価項目は LEMS・Walking Index for Spinal Cord Injury II（以下、WISCI II）・10m 歩行テスト・BBS とした。

【結果】

各評価時点（初期→7 週→15 週）において、LEMS は 29 点→38 点→45 点、BBS は 8 点→50 点→52 点、WISCI II は 1→9→19、10m 歩行テストは実施困難→15 秒→10.5 秒、FIM は○点→○点→○点と推移した。LEMS の改善に伴い WISCI II および 10m 歩行テストが向上し、最終評価にて実用歩行を獲得した。

【考察】

本症例において HAL を選択した目的は、術後早期に著明なバランス障害を有する状態でも安全に歩行反復を確保し、LEMS の改善を図ることにあった。HAL は随意神経信号に応じてアシストを行うことで神経可塑性を促し、 亜急性期の不全脊髄損傷患者において LEMS および歩行能力の改善に寄与することが報告されており、本症例における初期の LEMS 改善はこの機序が寄与した可能性がある。不全脊髄損傷患者において LEMS は WISCI II と高い相関を示すことが報告されており、本症例においても LEMS の改善に伴い WISCI II および 10m 歩行テストが段階的に向上したことはこれと一致する。HAL から歩行車への移行基準が確立されていない中で、LEMS の推移を参考に移行時期を判断したことは、回復段階に応じた適切な介入選択につながった可能性がある。ただし非外傷性脊髄損傷においても外傷性脊髄損傷と同様の神経学的回復経過をたどることが報告されており、本症例の改善には HAL 介入の効果と自然な神経学的回復の両者が含まれる可能性がある。しかし HAL から歩行車への移行基準が確立されていない現状において、LEMS の推移を移行判断の指標として活用したことは、回復段階に応じた介入選択を検討するうえで有用と考える。

13-4　回復期リハ③

若年重度脳卒中患者に対する家族参加型リハビリテーションが歩行能力およびADLに与えた影響

大阪府・千里リハビリテーション病院

○越智（おち）　美優（みゆ）（理学療法士）、田村　哲也、吉尾　雅春

【目的】

重度の意識障害、片麻痺、姿勢定位障害に加えて、粗暴行為や大柄な体格により離床困難であった若年脳卒中患者に対し、長下肢装具を用いた早期から装具療法および家族参加型リハビリテーションを実施した経過を整理し、その有用性について考察する。

【方法】

症例は30代男性。X日に左被殻出血を発症し、同日に内視鏡下血腫除去術を施行され、X＋15日に当回復期リハビリテーション病棟へ入院した。入院時はJCSIII-300、Stroke Impairment Assessment Set-motor（SIAS）：0-0-0-0-0、Scale for Contraversive Pushing（SCP）：座位3点/立位2.5点であり、ADLは全介助であった。また、興奮を伴う粗暴行為や身長171cm、体重81kgと大柄な体格が介助量を増大させた。将来的な歩行獲得や経口摂取を目指して、長下肢装具を作製し、3人介助による装具療法を開始した。また、家族や病棟スタッフと連携し、面会時の車椅子移乗やテレビ視聴など日常的な離床機会を確保した。X+61日には介助量の軽減が見られ、単独での車椅子離床も可能となった。しかし、リハビリテーションにおける運動課題やADL練習に対する拒否的な反応は強く、家族の励ましがなければ十分な練習量の確保が困難であった。また、介助依存が顕著に見られ、自立への移行に難渋した。そこでX+132日より、長下肢装具から短下肢装具へカットダウンし、移動場面に半ば強制的に歩行を導入した。併せて、退院後の主介助者となる家族に対し早期から介助指導を実施し、入浴以外のADLは家族の補助のもとで本人自身が行うよう促した。その際、本人のできることとできないことを家族と共有し、時間をかけて自己動作を引き出すよう働きかけた。

【結果】

徐々に介助依存は軽減し、自己動作の増大が認められた。退院時にはSIAS：2-2-2-2-2、Berg Balance Test（BBS）：38点、SCP：0点となり、病棟内での自立度評価を経て、杖歩行による排泄が自立し、見守り下での屋外歩行も可能となった。退院後は念願であった大阪万博への参加を果たすなど、近隣商業施設への外出を含め積極的な屋外活動につながっている。

【考察】

本症例は重度の意識障害や片麻痺に加え、粗暴行為や大柄な体格などリハビリテーションを阻害する要因を多数有していた。しかし、脳画像所見上の皮質脊髄路が残存している可能性と若年であることから可逆性が期待され、早期から長下肢装具を用いた装具療法を継続したことが長期的な機能回復につながったと考える。また、重度の被殻出血に伴う前頭連合野の機能低下から感情のコントロールや動機づけの低下が見られ、 リハビリテーションへの参加意欲が乏しく、ADLでは介助依存を認めた。そこで家族支援が充実していた点を活かし、家族参加型リハビリテーションを積極的に実施したことで、離床機会の増加や精神面の安定化、生活リズムの形成が促進された。さらに、家族が身体機能や動作能力の変化を経時的に理解し、 適切な補助を提供できたことは、 歩行や排泄動作の段階的自立に寄与したと考えられた。

【結論】

重度の意識障害および片麻痺を呈した若年脳卒中患者に対し、脳画像から得られた予後予測に基づく早期からの装具療法と家族参加型リハビリテーションを実施した結果、歩行能力やADL自立度の向上を認めた。家族をリハビリテーションチームの一員として早期から介入することは、機能回復のみならず生活場面への般化を促進するうえで有用である可能性が示唆された。

13-5　回復期リハ③

体力試験を乗り越えタワーマンション管理人への現職復帰に至った人工股関節全置換術後患者の一例

千葉県・薬園台リハビリテーション病院

○井川（いがわ）　瑠莉（るり）（理学療法士）

【はじめに】

本症例はタワーマンション管理人の仕事中に脚立から転落し、左大腿骨頸部骨折を呈し、人工股関節全置換術を施行した症例である。術後当院入院時、日常生活動作は Functional Indepence Measue126 点と極めて良好であったが、職場既定の体力試験に合格することや業務遂行に対する不安感を有していた。今回、復職への不安感を有する人工股関節全置換術後の患者に対し、心理的支援と職業特性を考慮したリハビリテーション介入を実施し、体力試験合格と現職復帰に至った症例を経験したため、以下に報告する。

【症例紹介】

70 歳代男性。X 日タワーマンション管理人の仕事中に脚立から転落。X＋1 日左大腿骨頸部骨折の診断で前院へ入院。X＋8 日人工股関節全置換術を施行。X＋23 日復職の希望あり、リハビリテーション継続のため当院へ入院。入院時、歩行では屋内フリーハンド自立、屋外 T 字杖使用し自立であり、10m 歩行テスト 8.44 秒であった。バランス評価では Berg Balance Scale56 点、Time Up＆Go Test9.59 秒、片脚立位健側 1 分、患側 20 秒と良好。しかし、下肢筋力 Manual Muscle Testing（以下 MMT）4 や 6 分間歩行試験では連続歩行 398m、Borg scale10 で息切れの出現、耐久性や筋力低下があった。また、屋外歩行 10 分程度での息切れや疲労感が強くみられ、通勤や巡回業務で連続歩行 20 分以上の耐久性が必要であり、復職するにあたり不安要素となる身体機能面での問題点がみられた。

【方法・結果】

入院翌日よりタワーマンション管理人業務を想定し、長距離歩行や体力試験対策訓練を開始。更に復職に対する不安感に対し傾聴を行い、達成可能な目標設定と成功体験の共有を通して心理的支援を行った。長距離歩行では仕事時に 1 日 1 万歩を歩行されていたことを考慮し毎日の介入で屋外歩行 20 分を実施した。X＋30 日より通勤獲得を目的に公共交通機関練習や外出練習を実施した。歩行時はフリーハンドと T 字杖併用にて自宅周辺での買い物や最寄り駅までの歩行、通勤時の満員電車を想定した乗車練習を実施。X＋38 日より模擬復職練習として、ゴミの分別や重い物を持ち上げ運ぶ作業、テーブルの移動作業、照明の交換など職業特性を踏まえた動作練習を実施した。体力試験では、①5m×30cm 幅の歩行②片脚立位片側 15 秒間保持③階段上りのみ手すり把持なしで 4 階までを 1 分以内で実施④脚立使用での電球交換など全 4 種類を全て達成する必要があった。上記試験内容を反復し取り組んだ結果、X＋54 日に全て達成された。X＋55 日より実際の職場での復職練習と公共交通機関を利用した通勤練習を実施。介入により、最終評価では 6 分間歩行試験 509m、Borg Scale8 で息切れなし、下肢筋力 MMT5 であった。歩行耐久性や筋力の向上、職業動作に対する遂行能力の改善により、体力試験や復職への不安感軽減を認め、X＋64 日自宅退院となった。退院後、体力試験合格と職場復帰の報告を受ける。

【考察】

今回の現職復帰支援では、本人の不安や思いを傾聴し、反復的に成功体験を積み重ねることで、復職に対する自己効力感の向上や不安感が軽減され、体力試験合格や現職復帰への実現に繋がったと考えられる。また、復職不安を有する患者に対しては身体機能面への介入だけでなく、心理面への配慮や復職を見据えた具体的支援を行うことが重要である。

13-6　回復期リハ③

回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した患者における在院日数とFIM各項目との関連

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○内藤（ないとう）　翼（つばさ）（作業療法士）、丸山　貴史、宮野　一也

【目的】
A病院回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）から自宅退院した患者を対象に、在院日数の中央値を基準として短期入院群と長期入院群に分類し、早期退院に関連するFunctional Independence Measure（以下、FIM）項目を明らかにすることを目的とした。特に短期入院群に着目し、在院日数とFIM各項目との関連を検討することで、効率的なリハビリテーション（以下、リハ）計画立案に資する知見を得ることを目指した。
【方法】
対象は、2025年4月1日から2026年3月31日までにA病院回リハ病棟から自宅退院した患者123名とした。なお、入院時または退院時のFIMデータに欠損を認める患者は除外した。統計解析では、自宅退院患者全体を対象に、入院時と退院時のFIM各項目をWilcoxonの符号付順位検定を用いて比較した。さらに、在院日数の中央値（50日）を基準に短期入院群（平均年齢78±12歳）と長期入院群（平均年齢75±14歳）に分類し、短期入院群を対象として、在院日数を従属変数、入退院時FIM各項目を独立変数とした重回帰分析を実施した。
【結果】
自宅退院患者の入院時と退院時のFIMを項目別に比較した結果、全18項目において有意な改善を認めた。短期入院群を対象とした重回帰分析の結果、トイレ移乗、トイレ動作、更衣（下半身）が在院日数と関連する項目として抽出された。
【考察】
短期入院群において抽出されたトイレ移乗、トイレ動作、更衣（下半身）は、いずれも排泄および更衣に関する日常生活動作であり、在宅生活の自立度に直結する能力であると考えられる。特にトイレ動作やトイレ移乗は日常生活上の必要性が高く、早期退院の可否に影響した可能性がある。また、更衣（下半身）は排泄動作や移乗動作との関連が深く、これらの能力向上が在院日数の短縮につながった可能性が示唆された。以上より、自宅退院を目指す患者に対しては、排泄および更衣に焦点を当てた個別的介入が、在院日数短縮の一助となる可能性がある。

14-1　回復期リハ④

回復期リハビリテーション病棟における FIT プログラムにおける ADL の改善効果

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○新開（しんがい）　彩花（あやか）（看護師）、溝尻　里花、古賀　俊貴

【目的】

A 病院では、今年度より在院日数短縮や在宅復帰率の向上、アウトカム向上を目的として Full-time integrated treatment（以下 FIT）プログラムの考え方を取り入れて活動を行った。FIT プログラムとは、藤田保健衛生大学リハビリテーション部門で開発された、訓練室一体型病棟という環境で、高頻度（週 7 日）/高密度（1 日中）に訓練を行いリハビリスタッフのみではなく、多職種連携を図りながら進めていく病棟リハビリプログラムである。先行研究では FIT プログラムが ADL の向上により効果的であると示唆されている。本研究の目的は、FIT プログラムの考え方を取り入れて環境調整やリハビリ時間以外での活動を促す事で入院患者の ADL にどのような影響を与えたかを明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象は 6/17～3/31 に当院回復期リハビリテーション病棟に入院し、FIT プログラムが実施可能な全身状態の患者 49 名とした。実施内容として、①セラピストが作成したプログラムに沿って毎日 15 分看護師が機能訓練を実施、②食堂の半分をリハビリスペースとしてレイアウトを変更し 9 時から 11 時、14 時から 16 時の時間帯で上肢の巧緻訓練、認知機能訓練を行った。多職種との情報共有の方法は、業務の中での直接的な情報共有、看護部・リハビリ部連携会議で FIT プログラムの方法の検討、認識の統一を図った。また毎日看護師が機能訓練の状況をアセスメントし、担当セラピストとともに評価・方法の検討を行った。

統計解析には Wilcoxon の符号付順位検定を用い、FIT プログラムの対象者の入退院時の FIM を項目別に比較した。有意水準は 5% 未満（$p<0.05$）とした。また重回帰分析を用いて入院時/退院時 FIM の改善に影響を及ぼした因子（FIM 項目）の抽出を行った。

【結果】

1. 対象者の入退院時の FIM を項目別に比較を行うことで全項目（18 項目）で有意な改善を認めた（$P<0.05$）
2. 入院時から退院時 FIM の点数改善への貢献度を分析し、①排尿管理/排便管理（標準偏回帰係数：4）、②排泄/更衣下衣/トイレ移乗（標準偏回帰係数：3.5）、③移動/食事/整容/更衣上衣（標準偏回帰係数：3）の順で FIM の点数の差が大きかった。

【考察】

先行研究では、FIT プログラムが実行可能な全身状態の高齢患者では、訓練量を増すことが ADL 改善に有効と述べている。今回の結果に繋がった要因として、FIT プログラムによる活動量の増加だけでなく、入院期間中の継続的なリハビリテーション介入や治療による身体機能の改善、患者本人の意欲向上、残存機能の活用など複数の要因が影響したと考えられる。

今回の取り組みから、看護師が ADL の改善を目的とした機能訓練を実施したことで多職種との情報共有の機会増加や患者本人の出来る能力の把握に繋がった可能性がある。本研究の結果からも入院時/退院時の FIM 改善に対して、排尿/排便管理やトイレ動作/更衣下衣/トイレ移乗、移動等の項目が FIM 改善への貢献度が高いとの結果であり、生活場面で過介助にならないようにリハビリ視点でのケア方法を統一して実践したことが病棟生活での『している ADL』向上を支援する一助となったのではないかと考える。

14-2　回復期リハ④

末梢神経障害を呈した若年症例に対する、回復期理学療法士としての段階的な就労移行支援の経験

千葉県・薬園台リハビリテーション病院

○井上（いのうえ）　博貴（ひろたか）（理学療法士）

【はじめに】

化学療法継続中の末梢神経障害を呈した若年症例に対して、回復期から社会復帰を目標に、実際の社会生活を想定したリハビリテーションプログラムを立案し、就労移行支援まで行った症例を報告する。

【症例紹介】

20 歳代男性。脳神経を含む多発神経障害の進行で四肢の運動失調・複視・嚥下障害・感覚障害があり、X 日末梢神経障害と診断となった。治療経過としては、ステロイドパルス療法・免疫グロブリン療法を実施し、化学療法継続中であり、社会復帰準備しながら経過観察が望ましいと考え、屋外活動の自立した生活と就労を目標に X＋69 病日当院回復期リハビリテーション病棟へ入院となる。

【経過と結果】

入院時、Functional Independence Measure（以下 FIM）運動項目 65 点、認知項目 35 点であり、移動は車椅子全介助レベルであった。当初より移動手段の再獲得を目標に、車椅子駆動および歩行練習を開始した。また、月 1 回の外来化学療法に公共交通機関（電車・バス）を利用して通院することを目指し、理学療法士同行による通院練習を開始した。化学療法の奏効に伴い日常生活動作は徐々に向上し、フリーハンドでの歩行が自立となり、X＋129 日には FIM 運動項目 91 点まで改善を認めた。ADL の向上に合わせ、X＋130 日より屋外活動を中心としたプログラムへ移行し、屋外歩行、公共交通機関練習、商業施設での買い物練習や外食練習を段階的に実施した。その結果、X＋159 日には家族付き添い下での通院が可能となった。同時期、主治医より就労に関する打診があり、当院社会福祉士との相談を経て就労支援を開始した。X＋189 日より就労移行支援事業所担当者と面談を行い、実際の職場にて理学療法士と作業療法士同行による就労シミュレーションを実施した。業務に伴う身体負荷量や疲労度を評価し、就労移行支援担当者との情報共有、および主治医への報告を経て、最終的に就労許可が下りた。X＋218 日、自宅から就労移行支援事業所へ通所しながらの就労継続が可能と判断され、同日をもって当院を退院となった。

【考察】

医療機関内での訓練に留まらず、回復期から理学療法士が就労現場に同行し、実際の業務に伴う身体的負荷量や疲労度を評価・調整する支援は、進行性疾患を抱える患者が、再発や悪化を避けながら持続可能な形で社会復帰を果たすために重要であると考える。

14-3　回復期リハ④

入院中に覚醒低下しゴール設定に苦慮した一症例

大阪府・千里リハビリテーション病院

○田中（たなか）　奈々（な な）（理学療法士）、吉尾　雅春

【はじめに】右橋梗塞・右慢性硬膜下血腫後も杖歩行自立して生活していた方が、転倒・骨折後に、覚醒低下・自発性低下し、日常生活に重度～中等度介助が必要となった。当院入院中に覚醒改善、近位見守りにて杖歩行ができるようになったにも関わらず、帯状疱疹をきっかけに、再度覚醒低下したことで、ゴール設定に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】92 歳男性、施設内で転倒し、右大腿骨頸部骨折と診断。受傷後 4 日後、右人工骨頭挿入術施行。受傷 8 日後、インフルエンザ罹患、隔離期間を経て、受傷 36 日後、リハビリテーション目的で当院へ転院。

既往歴として、9 年前に右橋梗塞、6 年前に右慢性硬膜下血腫を発症し、当院でリハビリテーション実施、杖歩行で屋外歩行可能となり退院されていた。今回の受傷直前も、長男と杖歩行にて外食に出かけることもできていた。

【経過】当院入院時、声掛けへの反応乏しく、また、鉛管様固縮のような抵抗感があり、全ての日常生活動作に重度～中等度介助を要していた。座位・立位・起立・歩行練習を行い、入院後 25 日には、自発性は乏しいものの、声掛けに短文で返答を返すまでに改善、食事は自己摂取可能、口頭指示にて移乗・短距離の杖歩行が可能になった。しかし、入院後 26 日、右上眼瞼から前頭部にかけて帯状疱疹罹患。右眼瞼の腫れで開眼困難となった。翌日より徐々に覚醒低下傾向となり、食事を含め、日常生活動作の介助量が増加していった。CT 画像上、覚醒低下に陥る所見は見られなかったことから、閉眼により視覚刺激が減少したこと、他者との接触機会が減少による刺激減少したことなどをきっかけに、覚醒低下につながったのではないかと推測。頻繁に声掛けを行いながら、再度、覚醒改善、介助量軽減を目指し、立位・歩行練習を実施。また、習慣的な刺激入力として、毎日立位での手洗いを実施。入院 55 日頃より、覚醒改善がみられ、両前腕支持にて短距離介助歩行が可能となり、入院後 86 日で退院。

【結論】今回、脳の器質的変化は見られておらず、インフルエンザや帯状疱疹に罹患したことで、外部からの刺激が減少し、覚醒・自発性低下、日常生活動作能力低下を引き起こしたと推測される。

生活期では介入時間が限られており、回復期退院までに軽介助で生活できなければ、日常生活動作能力改善は難しくなると容易に想像できる。

今回、回復期リハビリテーション病棟入院期限で何を目指し、どこまで改善できるのか、退院後どのように生活し、生活期にどのように繋いでいくのかを深く考える機会となった。

【説明と同意】家族には、発表の意義・内容を説明し、同意を得た。

14-4　回復期リハ④

重度のパーキンソン患者における長下肢装具を使った立位、歩行再建について

千葉県・薬園台リハビリテーション病院

○永田（ながた）　遼河（りょうが）（理学療法士）

【症例紹介】
本症例は77歳男性、自宅前で転倒し、急性硬膜下血腫の診断で発症から26日経過後、回復期病棟へ転院した症例である。既往にレビー小体型認知症に伴うパーキンソニズムがあり、その影響から立位保持や歩行が困難であった方に対し、長下肢装具を使い自宅退院を目指して立位、歩行を再獲得した症例である。
【評価】
入院時から移動方法は車椅子であり、Hoehn＆Yahlの重症度分類はIV、拘縮による足関節背屈可動域制限があり右は0°左は-5°となっており、移乗動作も介助が必要な状態であった。患者は股関節、膝関節が90°前後屈曲したまま平行棒に掴まりながら立っており、後方重心となり姿勢反射障害も伴い支持なしでは倒れてしまう状態であった。自身で股関節、膝関節を伸展して立位アライメントを直すことも困難であった。
【介入方法と結果】
立位のアライメント修正を目的に、長下肢装具を使って姿勢修正に取り組んだ。まずROM訓練から下肢全体を伸展方向にアプローチし、次に患者は平行棒に掴まった状態で両方の下肢に長下肢装具を着用し立位をとり重心が支持基底面内にくるようにさせた。足関節の背屈制限が残ってしまったため、立位で徐々に床と垂直方向に荷重をかけ足部全体が床につくように促した。下肢屈曲位、前傾姿勢だった立位アライメントを修正したことで、装具をはずしても装着時と同じような立位姿勢をとることができ、患者自身も安定性向上を感じることができた。装具装着して歩行練習も行い、歩くための正しい筋活動を再学習させた。最終的には、ピックアップ歩行器を使い見守りで歩行を獲得することができ、手すりなど福祉用具を活用しながら、自宅内を歩行することができた。
【結論】
長下肢装具は一般的には脳卒中患者の立位、歩行練習のため使用するものである。今回は下肢全体の屈曲している状態を改善すべく装具を着用し、強制的に下肢アライメントを整えることで、姿勢修正を図った。介入後には股関節や膝関節が徐々に伸展し、平行棒や歩行器で歩行を行うことができた。長下肢装具なしでは立位を正しく行えることができなかったのに対し、長下肢装具を使用することで下肢の筋の筋紡錘を伸長させ、正しく足底から荷重感覚を入力することができた。パーキンソニズムを呈した患者でも立位を正しくとるという意味での長下肢装具は有用だということが感じられた。
【倫理的配慮・説明と同意】
本症例は貴院の倫理審査委員会の承認のもと実施された。対象となる患者には紙面にて内容を説明し、同意を得た。得られた情報は個人の情報が特定されないように努めた。

14-5　回復期リハ④

回復期リハビリテーション病棟における離床コーディネーターを中心とした離床支援

兵庫県・東浦平成病院

こばやし　えいこ
○小林　永子（作業療法士）

【目的】平成医療福祉グループでは，離床の促進を目的としてグループ内に離床促進チームを設置し，その取り組みの一環として離床コーディネーター（以下，離床 C）を全病院に配置している．離床 C は各病棟において離床に関するファシリテーターとして多職種連携を図り，目的ある離床支援と廃用予防を推進するとともに，評価・アセスメント・目標設定・プランの立案・見直しを支援する役割を担う．また，目標に沿った離床の実施状況や対象者に応じた集団活動・個別活動の提供状況，多職種協働の実践状況を確認し，離床支援の質向上を図る．回復期リハビリテーション病棟（以下，回復期病棟）では，在宅・社会復帰に向けた活動量の確保が重要であり，Quality Indicator を用いて入院患者の離床時間を評価している．一方，個別目標離床時間を多職種で共有する仕組みのさらなる充実が求められた．そこで，グループ離床促進チームが作成した「ADL カード」および「離床スケジュール表」を活用し，多職種による離床支援の強化を図った．本報告では，その取り組みと運用状況について報告する．

【方法】当院回復期病棟 45 床を対象とした．全患者に ADL カードを導入し，ピクトグラムと信号機色を用いて介助量を明示するとともに，環境設定の詳細，短期目標・長期目標，本人のやりたいことや趣味を記載し，患者情報や目標を多職種間で共有した．また，各職種が業務内で実施可能な離床活動を検討し，作業活動や集団活動を取り入れることで患者の活動性向上を図った．さらに，認知機能・身体機能の低下が著しく，活動的な離床が困難な患者に対しては，離床スケジュール表を用いて個々に応じた離床時間を設定し，統一した方針のもと多職種で離床支援を実施した．

【結果】ADL カードを用いて介助量を明示したことで，患者の介助量や移動能力を視覚的に把握でき病棟スタッフだけでなく，患者家族へ現在の ADL レベルを説明しやすくなった．また，継続する中で環境設定の詳細，短期目標・長期目標，本人のやりたいことや趣味を記載することを追加することが提案されるなど目標や人となりに目を向ける視野の変化がみられるようになった．さらに，カンファレンスなどでもスタッフからこれらに関する発言が増え，各職種が患者の目標に沿った離床を検討するようになり，患者の能力を活かした作業活動や集団活動を実施できるようになった．一方，離床スケジュール表を用いて患者ごとの 1 日の離床計画を共有したが，リハビリスケジュールの変動や患者の体調変化，入浴などの影響により，計画どおりの離床時間を確保することは困難であった．しかし，課題に対する対策案が多職種から提案されるようになった．

【考察】離床時間の拡大による効果を継続的に評価することは，患者の身体機能の変化やマンパワー不足の影響を受けるため容易ではない．しかし，離床時間の確保は活動性の向上につながり，退院後の生活を見据えた活動量の確保や社会参加の契機となることから，社会復帰支援の一助になると考えられる．回復期病棟では，生活を重視したチーム医療のもと，多職種が患者情報や目標を共有しながら支援を行うことが重要とされている（岡本，2021）．そのため，個別活動と集団活動それぞれの特性を活かしながら患者の QOL 向上を目指した支援を実践するには，多職種連携の強化が不可欠である．患者情報や目標を共有するツールを継続的に活用・改善するとともに，離床 C が多職種間の情報共有や調整役を担うことは，より効果的な離床支援体制の構築に有用であると考えられた．今後はツールの活用をさらに定着させるとともに，患者個々の活動性や退院後の生活を見据えた目標に応じて運用方法を検討し，より実践的な離床支援体制の構築を目指したい．

14-6　回復期リハ④

多職種協働による退院支援の強化が自宅退院率および在院日数に及ぼした影響

大分県・和田病院

ひらばやし かつのり
○平林　克得（理学療法士）、山﨑　直充、佐藤　浩二、井口　雄一郎、和田　純治

【はじめに】

当法人を取り巻く環境は、高齢化がすすみ、高齢者の独居もしくは高齢者夫婦のみ世帯が増えている。そのため、退院支援が年々難しくなっているのが課題となっている。そこで、リハビリテーション（以下、リハビリ）認定医を中心とした多職種協働の取り組みを令和7年9月より開始した。今回、その取り組みと成果について報告をする。

【取り組み】

多職種協働として、新たに、①リハビリ認定医による新患カンファレンス（週1回）②新患カンファレンスに用いるICFシートの運用開始③リハビリ認定の回診（週1回）④病棟回診時の動画情報共有会（週1回）

【対象】

取り組み開始前の令和7年4月1日～令和7年9月30日の期間に退院した73名のうち、死亡退院あるいは急性増悪で急性期もしくは他院へ転棟した患者を除いた64名をA群とした。そのうち、脳血管疾患患者：12名、平均年齢：76.3±9.9歳、男性：8名、女性：4名。入棟時運動FIM：31.7。運動器疾患患者：37名、平均年齢：84.6±8.18歳、男性9名、女性：28名。入棟時運動FIM：37.3。廃用疾患患者：15名、平均年齢：85.1±7.68、男性9名、女性：6名。入棟時運動FIM：33.5。

取り組み開始後の令和7年10月1日～令和8年3月31日の期間に退院した69名のうち、死亡退院あるいは急性増悪で急性期もしくは他院へ転棟した患者を除いた53名をB群とした。そのうち、脳血管疾患患者：9名、平均年齢：77.3±9.1歳、男性：6名、女性：3名。入棟時運動FIM：29.6。運動器疾患患者：32名、平均年齢：81.7±12歳、男性11名、女性：21名。入棟時運動FIM：45.1。廃用患者：12名、平均年齢：81.7±13.5、男性5名、女性：7名。入棟時運動FIM：46.7。

【方法】

A群・B群の疾患別患者を自宅退院率・在院日数を比較した。

【結果】

A群：脳血管疾患患者の自宅退院率：42%、在院日数：106.8日。運動器疾患患者の自宅退院率：73%、在院日数：65.2日。廃用患者の自宅退院率：67%、在院日数：68.7日。

B群：脳血管疾患患者の自宅退院率：67%、在院日数：103.7日。運動器疾患患者の自宅退院率：72%、在院日数：61.1日。廃用患者の自宅退院率：83%、在院日数：64.6日。

【考察】

A群に比べ、B群の方が在院日数は短かく、運動器疾患以外は、B群の方が自宅退院率も高かった。特に、脳血管疾患患者は、入棟時運動FIMがA群よりも低かったにも関わらず自宅退院率が高く、在院日数も短かった。今村は、高齢脳卒中患者の自宅退院を可能にする多職種介入に関する研究において、「回復期リハビリ病棟における高齢脳卒中患者の自宅退院の可否については，医療SWや退院調整看護師が中心となり，患者・家族の意向を確認し，病院内の医療専門職との連携および退院後に担当するケアマネジャーと連携し，自宅退院が可能かを見極めていたことが明らかになった。」としている。今回、リハビリ認定医が今までより関わりを深めたことが良い結果につながったと考える。また、関わりの少なかった薬剤師や医事課などにもICFシートを活用した情報共有を行ったことが自宅退院へつながったと考える。

【まとめ】

今後も多職種協働を行い、自宅退院につなげ、1日でも長く、住み慣れた家で過ごせるように支援をしていきたい。

15-1　回復期リハ⑤

看護師による病棟内自主トレーニングの効果と有効性の検討

茨城県・志村大宮病院

○栗田（くりた）　和明（かずあき）（看護師）、黒澤　和貴

目的

当院では、回復期リハビリテーション病棟入院患者を対象に、FIM 得点の向上と自主トレーニングの習慣化を目的とした、患者による自己目標設定および看護師伴走型の独自プログラム「スイス セルフ ディターミンド プログラム（Swiss Self Determined Program、以下 SSP）」を毎日行っている。本研究では、SSP の効果と有効性について検討し、今後の病棟内自主トレーニング方法についての示唆を得ることを目的とした。

方法

対象は、2026 年 3 月から 6 月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院し、SSP を実施した 40 歳代から 80 歳代の脳血管疾患患者 4 例とした。SSP の効果を評価するため、入院時と退院時における FIM 得点の変化を分析した。

介入方法として、SSP は入院後 1 ヶ月頃に計画・開始した。毎日 1 回から 2 回実施し、実施時には必ず看護師が付き添い、終了後に振り返りを行った。

結果

4 例の SSP での目標は「ベッドからポータブルトイレへの移乗」や「フリーハンドでの歩行」「上下衣更衣の自立」であった。実施した全患者において、入院時 1 点～4 点と比較して退院時の FIM 得点は向上し、全員が 5 点以上の「見守り」以上になった。3 例は目標を達成できたが、1 例は未達成であった。また、2 例は自立後も継続して自主的に SSP を実施していた。SSP に対する感想として、「SSP 表にサインが増えるたびに、もっと頑張ろうという意欲が出た」「1 人でなく一緒にやってもらえたのが心強かった」といった発言が聞かれた。

考察

本取り組みでは、患者自身が目標を設定し、看護師とともに病棟内で自主トレーニングを実施した結果、介入前と比較して FIM 得点の向上が認められた。この要因として、患者が自ら目標を設定することでリハビリテーションへの主体的な参加が促進され、病棟生活の中で継続的に活動へ取り組むことができたためと考えられる。また、看護師による声掛けや実施状況の確認、振り返りを通して、患者は自身の達成状況や課題を認識しやすくなり、自主トレーニングの継続につながったと考えられる。さらに、その情報を療法士等の多職種間で共有することで、病棟での自主トレーニングと個別リハビリテーションとの連携が図られ、リハビリテーションの質を高めたと考えられる。このような患者主体の自主トレーニングと多職種による継続的な支援および連携が、活動量の増加や ADL 能力の向上に寄与し、FIM 得点の改善につながった可能性がある。

以上より、患者自らが目標を設定し、看護師が伴走する病棟内自主トレーニングは、ADL 向上を促進するだけでなく、退院後の自主的な運動継続やセルフマネジメント能力の獲得にも有用である可能性が示唆された。

結論

SSP には FIM 得点の向上と自主トレーニングの習慣化を促す有効性が認められた。この取り組みは、患者の主体性を引き出して ADL 向上を促進するだけでなく、退院後のセルフマネジメント能力の獲得にも寄与する可能性が示唆された。

15-2　回復期リハ⑤

「活動の乖離」と退院後転倒との関連性を検討した一症例

1 岐阜県・愛生病院、2 藤田医科大学　保健衛生学部　リハビリテーション学科、3 愛生病院

○松田（まつだ）　壮広（たけひろ）（作業療法士）[1]、磯村　翔太[1]、林　美乃鈴[1]、佐々　裕果[1]、小山　総市朗[2]、服部　夏樹[3]

【背景】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）は，「できる ADL」と「している ADL」との乖離が課題であり，特に高齢患者においてはその乖離が拡大しやすい傾向にある．

【目的】

回リハ病棟入棟中に「活動の乖離」が大きく，退院後に自宅で転倒を繰り返した高齢脳卒中患者の 1 症例について、経過と考察を報告する．なお，発表に際し本人に説明し，同意を得た．

【症例情報】

症例は 70 代後半の男性（身長　160.0cm，体重　53.4kg）である．X 日に自宅駐車場で転倒し，救急搬送され右被殻出血と診断された．保存的加療の後、X＋1 日より急性期リハビリテーションを開始し、X＋43 日に当院回リハ病棟へ転院となった. 回リハ病棟入棟時は, Stroke Impairment Assessment Set における麻痺側運動機能は上肢 0，手指 0，股関節 0，膝関節 0，足関節 0 であった．感覚は触覚が 1，位置覚が 0 であった．体幹機能は垂直性が 2，腹筋が 0 であった．非麻痺側機能は大腿四頭筋が 2，握力が 2 で 18.5kg であった．観察所見から注意障害と左半側空間無視の症状を認めた．基本動作は，座位保持近位監視，起居動作中等度介助であった．FIM は，食事が 5 点（車椅子座位），車椅子-ベッド間の移乗が 3 点，移動は 1 点，排泄コントロールは 1 点で終日オムツ対応であった．

【介入経過】

X+100 日でリハビリ場面において「できる ADL」の基本動作は自立し，短下肢装具と 4 点杖を用いた歩行は監視レベルとなった．そのため，X+105 日より日中オムツからリハビリパンツへ変更し，病棟内（自室-トイレ間）の杖歩行を看護師へ依頼した．しかし，X+110 日に病棟の「している ADL（装具着脱と杖歩行）」は未実施であった．評価同日，看護師による誘導方法の不一致を懸念し，担当看護師へ病棟歩行の導入を再度依頼した．X+115 日，病棟歩行に対して患者の拒否が強く実施困難との報告を受けた．同日，療法士から患者へ病棟歩行の必要性を再度説明し，同意を得た上で，看護師へ報告した．その後，日中は病棟歩行が実施されたが，夜間はオムツ対応となった．X+120 日に病室で，装具着脱中にベッドからの転落を認めた．その後，患者からの歩行拒否は無いものの，トイレ誘導の機会はリハビリテーション実施前のみに減少した. 夜間の病棟歩行については患者の同意が得られず，未実施のまま自宅へ退院となった. 退院翌日に自宅で 5 回，その翌日に 2 回転倒があったとことが訪問看護ステーションからの報告によって明らかになった．

【考察】

「活動の乖離」の原因は，身体機能や意欲の低下，生活環境，本人および家族の理解度などが挙げられる．本症例は，病棟の ADL 場面において看護師への依存的発言が多く報告されていた．このことから，患者自身のリハビリテーション室と病室に対する認識に乖離が生じており，「病室では介助されるもの」という依存心から病棟 ADL への導入に十分な理解が得られなかったと考えられた．また各関連部署全体の情報共有不足が，患者能力の認識と支援方法の乖離となり，退院後の転倒につながったと考える．

15-3　回復期リハ⑤

回復期リハビリテーション病棟における FIT プログラム導入が、実績指数に与える影響

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○井上（いのうえ）　裕之介（ゆうのすけ）（作業療法士）、山口　愛理、白石　有莉

【目的】

A 病院では、藤田医科大学七栗記念病院で開発された Full-Time Integrated Treatment Program（以下、FIT プログラム）の概念を参考に、在院日数の短縮および実績指数の向上を目的として独自の FIT プログラムを導入した。しかし導入後、多職種間の情報共有が課題となったため、視覚的情報により短時間で内容を把握できるピクトグラムを情報共有ツールとして追加導入した。本研究の目的は、①FIT プログラム導入前、②FIT プログラム導入後、③FIT プログラム導入後に情報共有ツールとしてピクトグラム導入後の 3 群を比較することで、実績指数に与える影響を明らかにすることである。

【研究方法】

対象は A 病院回復期リハビリテーション病棟の退院患者 152 名とした。内訳は、①FIT プログラム導入前群：令和 7 年 1 月～4 月までに入院し、令和 7 年 5 月までに退院した患者（40 名）②FIT プログラム導入後群：令和 7 年 6 月入院～11 月に退院した患者（65 名）③FIT プログラム導入後に情報共有ツールとしてピクトグラムを追加導入した群：令和 7 年 12 月入院～令和 8 年 4 月に退院した患者（47 名）。主要評価項目は患者ごとの実績指数とした。患者背景因子は年齢および疾患分類とし、疾患分類は廃用症候群、運動器疾患、脳血管疾患、高次脳機能障害を伴う脳血管疾患の 4 分類とした。各群の患者背景は記述統計で示し、年齢および実績指数の群間比較には Kruskal-Wallis 検定、疾患分類の比較には χ^2 検定を用いた。有意水準は 5% とした。

【結果】

3 群の全体比較では、実績指数に有意差を認めなかった（p=0.43）。一方、疾患別解析では 4 分類のうち脳血管疾患群で改善傾向を認めた（p=0.05）。ただし、サンプル数は少数であった。

【考察】

FIT プログラムおよびピクトグラムの導入は、全体として実績指数の有意な向上には至らなかった。要因として、スタッフ間での経験年数や理解度の差により、介入の質にばらつきが生じた可能性が考えられる。一方、脳血管疾患群で改善傾向を認めた要因としては、岩井らは、回復期脳卒中患者は「できる ADL」と「している ADL」に差が生じやすいと述べている。岡本は、患者が主体的に動作を反復していくためには、担当チームのメンバーだけでなく、日々アプローチする病棟スタッフが適時適切に情報共有を行い、支援していくことが重要となると述べている。今回、FIT プログラムおよびピクトグラム導入により、多職種間の情報共有の促進や病棟生活場面での介入機会が増加し、「できる ADL」から「している ADL」への移行が促進された可能性がある。今回の研究ではサンプル数が少ない為、今後は対象者数を増やし疾患別・年齢別でさらに検討していく必要がある。

15-4　回復期リハ⑤

更衣を生活行動へつなげる病棟全体で取り組んだ更衣訓練の効果

福岡県・新古賀リハビリテーション病院みらい

○森（もり）　優香（ゆか）（看護師）

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟において、更衣は ADL 向上や生活リズムの確立に重要な役割を担う。しかし当病棟では病衣で過ごす患者が多く、更衣への介入は十分とはいえなかった。そこで病棟全体で更衣訓練を導入し、その効果を検討した。

【方法】

看護師・介護士 21 名および更衣訓練対象患者 11 名を対象とした。更衣訓練の勉強会を実施し、患者の能力に応じた更衣支援を日常ケアに導入した。さらに ADL ボードを活用し多職種間で情報共有を行った。評価は介入前後のスタッフアンケートおよび更衣 FIM とした。

【結果】

スタッフアンケートでは「病棟全体で更衣訓練が実施できている」が 36% から 88% へ、「更衣訓練を意識している」が 73% から 93% へ、「多職種連携ができている」が 64% から 80% へ向上した。
更衣 FIM は 11 名中 5 名で向上し、平均は 7.7 点から 8.5 点へ改善した。総 FIM は 8 名で向上した。

【考察】

勉強会および情報共有の強化により、更衣訓練に対する共通認識が形成され、日常ケアへの定着が進んだと考えられる。また、更衣 FIM の改善から、生活場面での反復的支援が自立度向上に寄与した可能性がある。回復期リハビリテーション病棟では、多職種が情報や目標を共有しながら支援を行うことが重要とされており[1)]、本研究の結果もこれを支持するものと考える。一方、総 FIM の改善にはリハビリ介入や身体機能回復など複数要因が関与するため、更衣訓練単独の効果を評価することは困難であった。

【結論】

病棟全体での更衣訓練導入により、スタッフの実践意識の向上と患者の更衣能力改善が認められた。生活行動としての更衣支援の重要性が示唆された。

【参考文献】

1）岡本隆嗣：回復期リハビリテーション病棟における多職種連携．The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine．58（5）：482-489，2021.

15-5　回復期リハ⑤

当院回復期リハビリテーション病棟における自主トレーニング不提供理由の構造：テキストマイニング分析

大阪府・淀川平成病院

○植田（うえだ）　裕子（ゆうこ）（理学療法士）、笹田　朱音

【目的】病棟での自主トレーニング（以下，自主トレ）提供は患者の ADL 向上に寄与するが，臨床現場では提供を見送る症例も少なくない．本研究の目的は，現場のセラピストが自主トレを提供しなかった理由（以下，不提供理由）をテキストマイニング手法を用いて客観的に分析し，導入を阻害する臨床上の要因と背景にある課題を明らかにすることである．

【方法】対象は，2026 年 4 月 1 日時点で当院回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者 78 名のうち，自主トレ未提供の患者計 57 名（73.1%）である．これら各症例の担当セラピスト 46 名（理学療法士 26 名，作業療法士 16 名，言語聴覚士 4 名）を対象に，不提供理由について患者ごとに自由記述によるアンケート調査を実施し，得られた計 57 件を分析対象とした．分析にはユーザーローカル社製テキストマイニングツールを用い，単語出現頻度および単語ペア共起回数を抽出した．

【結果】単語出現頻度では「低下（28 回）」「提供（25 回）」「実施（22 回）」「運動（22 回）」に続き，「認知機能（17 回）」「困難（17 回）」「判断（11 回）」が上位を占めた．単語ペア共起回数では，「低下 - 認知機能（17 回）」が最も多く，次いで「低下 - 困難」「低下 - 実施」が同率 2 位（14 回），「低下 - 判断」「判断 - 困難」「困難 - 実施」などが同率 4 位（11 回）として抽出された．これらから，セラピストが認知機能低下を「自主トレーニングの実施困難」と関連付けて認識し，不提供を判断している現状が客観的に可視化された．一方，患者側の明確な「拒否」は 4 回と極めて僅少であり上位 30 語には含まれなかった，「意欲（9 回）」や「定着（5 回）」を課題とする記述に留まった．また，リスク管理語として「疼痛（8 回）」や「血圧」「リスク」「管理」（各 6 回）が認められ，独立したクラスターを形成していた．

【考察・結論】本分析では、不提供理由として認知機能低下に関連する記述が多くを占めた。自由記述を精査した結果、指示理解の問題に加え、単独行動に伴う転倒リスクや不正確な実施による疼痛・誤学習のリスクなど、認知機能低下に付随する安全管理上の懸念から、セラピストが慎重に見送る背景が浮き彫りとなった。これはセラピストが抱く実施困難感の認識であり、認知機能低下そのものが実施を直接的に妨げる因果要因ではない。患者からの拒否は極めて少なく、不提供の背景には患者側の拒否以上に、安全管理上の懸念に基づくセラピストのジレンマが強く影響している。この問題をセラピスト個人の意識に帰せず、重要な組織的課題として捉えるべきである。今後は認知機能低下に伴う実施困難感を軽減し、チームで安全にリスクを管理する体制を整備する。具体的には、リハビリテーション助手による見守り体制の強化、多職種連携による安静度管理の徹底、視覚的ツールの活用といったチームアプローチを推進し、安全性と治療効果を両立した提供体制を構築する。本研究は不提供理由の構造を明らかにした探索的な検討である。今後は提供群との比較検討を行い、導入促進の具体的要因を解明する。

15-6　回復期リハ⑤

身寄りなし患者の入院受け入れにおける多職種協働～意思決定支援が行えるチームを目指して～

埼玉県・埼玉みさと総合リハビリテーション病院

○櫻井（さくらい）　志帆（しほ）（社会福祉士）、入來　理恵、山田　ひかり、三上　江梨、竹山　篤史

I. はじめに　埼玉県の人口は3年連続減少であったが、75歳以上の人口増加率は4.7%と全国で最も高く今後、様々な影響が出ると予測される。当院では『幸せ・満足に貢献する病院』の実現に向けて、地域に根差した医療を展開してきたが、臨床の現場では高齢で身寄りがなく、意思決定・退院支援に困難を極める事例が増加している。これら社会的孤立に関する課題に対し、理念に基づいた最善のケアを提供するため体制の整備が必要と考えた。

II. 取り組み目的　当院では身寄りなし患者の受け入れ実績はあるものの、受け入れ条件がある状況であった。過去に受け入れた2事例を通じて受け入れまでの課題を整理する。

III. 取り組み方法

対象：キーパーソンが不在の身寄りなし患者

期間：令和7年4月～

方法：

①近隣急性期病院へのニーズ調査と評価

②他医療機関の受け入れ実績やマニュアル整備状況の調査と把握

③過去の受け入れ事例と課題の抽出、検討

④受け入れフローの作成と実践

IV. 倫理的背景　院内倫理委員会で承認を得た。

V. 結果

①急性期病院への聞き取りで、身寄りなし患者の転院ニーズがあることが分かった。

②他病院では、意思決定に配慮したマニュアルを整備しているところが多かった。

③

事例1：A氏（80代・男性）/認知症自立度Ⅱb

身寄りがなく、通帳・カード紛失。市役所が介入し成年後見人申請を検討中。対応は、金融機関での通帳・カード再発行、市役所との面談・書類作成、衣類や日用品の購入など、生活基盤の構築に多くの支援を要した。

事例2：B氏（50代・男性）/認知症自立度Ⅲa

身寄りがなく、病前は就労し傷病手当金を受給。脳卒中後の高次脳機能障害により金銭管理が困難。経理課で貴重品を預かり、SWが金銭管理を実施。入院により家賃が払えず自宅退去が必要となり、本人と相談のうえ賃貸解約。荷物整理や解約手続きは不動産会社の協力を得て対応。

④院内でフローを作成し、身寄りなし患者に活用した。

VI. 考察　2事例をもとに多職種で検討した結果、身寄りなし患者の対応には、人生の重要な選択を伴う意思決定支援のプロセスに課題があることが明らかとなった。主な困難要因として、①緊急時の医療同意の決定権②入院費の支払いや転院時の保証人の確保③退院時の地域との連携などが挙げられた。意思決定支援は終末期のみに限らず、回復期においては「どのように生きたいか」を共に考える必要がある。

実際の支援では、金銭管理、成年後見人申請、有料老人ホーム選定、自宅解約など、生活基盤に関わる大きな判断が続き、主に対応をするSWは心理的負担が大きかった。こうした場面において、多職種と判断を共有することは、客観性を確保し、患者の不利益を避けるうえで有効であると考えられたため、入院時や定期リハビリカンファレンスで多職種が意思決定に関われるフローを作成、困難事例にも活用を促した。フローや意思確認シートを用いることで、多職種協働ミーティング等での協議が可能となった。また、身寄りなし患者への支援として、職員から衣類や日用品を募り、貸し出しできる体制も整備した。

多職種カンファレンスを通じた意思決定支援は、個人ではなくチームで患者を支える体制づくりへ繋がり、結果として支援の質向上に寄与すると考える。

VII. 結論　今後は院内体制のさらなる整備を課題とし、各部署へ働きかけを継続し、意思決定支援を行えるチームづくりが病院理念の実現になると考え、取り組みを行っていく。

【参考文献】厚生労働省　身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

15-7　回復期リハ⑤

両側側頭葉梗塞に伴う情動抑制障害とリハビリ介入により自宅退院に至った症例

1 東京都・イムス明理会東京町田病院、2 横浜新都市脳神経外科病院

○下出（したで）　絢菜（じゅんな）（作業療法士）[1]、新井　久雄[1]、三富　佑哉[2]、林　重光[1]

【はじめに】今回 60 歳代男性の両側側頭葉梗塞患者様の介入をした。BPSD が出現しており情動の抑制が困難な患者様との情動抑制障害回復の一例を報告する。

【症例紹介】60 歳代男性　診断名：心原性脳塞栓症（左側頭葉出血性梗塞、右側頭葉梗塞高次脳機能障害）既往歴：慢性腎臓病、高血圧、高コレステロール血症、心房細動、大動脈弁置換術　現病歴：X 日朝意識障害、失語、左側優位の運動障害出現し他院に救急搬送され入院。その後言語障害、高次脳機能障害持続。前院では BPSD 強く拘束していたため離床できなかった。X＋28 日食事摂食不良のため胃瘻増設。X＋120 日当院回復期リハ病棟へ転院。

【初回評価】FIM：合計 20 点（身体機能 13 点、認知機能 7 点）HDS - R：5 点　MMSE：5 点　基本動作見守り　BPSD＋Q：重症度 41 点、負担度 39 点（減点項目：幻視、幻聴、介護抵抗、易怒性、暴力、大声、衝動的）ROM：制限なし　MMT：上肢 3、手指 3、体幹 3、下肢 3　Brunnstrom Stage：左右上肢 VI - 手指 VI - 下肢 VI　感覚障害：なし　基本動作：見守り　移動：車椅子　高次脳機能障害：分配性注意障害。方向性：施設退院予定。処方薬：ロスバスタチン、ワーファリン、ビソノテープ、クエチアピン、デエビゴ

【治療経過】X＋120 日当院入院当日よりリハビリにて離床訓練開始。リハビリ以外の時間では胴拘束、上肢拘束、ミトン装着。ペースト食 1/10 摂取。X＋128 日ベッドからの移動拒否あったが、リハビリにて歩行訓練可能となる。X＋132 日常食開始。X＋139 日上肢拘束、ミトン解除。X＋148 日トイレ動作訓練、階段昇降訓練開始。X＋151 日階段昇降 2F 分可能。見守りにてフリーハンド歩行 200m 連続で可能。更衣動作訓練開始。X＋159 日 10 分間歩行継続可能。X＋170 日家族へ IC 実施。自宅退院への意向確認。X＋181 日胴拘束解除。X＋207 日自宅退院。

【最終評価】FIM：合計 107 点（身体機能 78 点　認知機能 19 点）ADL 全てで見守りが必要、HDS - R：18 点、MMSE：23 点　BPSD＋Q：重症度 1 点、負担度 0 点（減点項目：心配ばかりする）MMT：上肢 4、手指 4、体幹 4、下肢 5　移動：フリーハンド歩行自立　高次脳機能障害：分配性注意障害。

【考察】両側側頭葉梗塞により、情動制御や社会的行動の抑制に関わる旧皮質領域が障害された結果、介護抵抗、易怒性、暴力、大声、衝動性といった社会的行動障害が顕著にみられた。入院初期には看護師・介護士への抵抗が強かったが、リハビリ場面ではセラピストを「拘束を外してくれる存在」と認識し、拒否がほとんど見られなかった。リハビリが情動発散の機会となり心理的安定に寄与した可能性がある。

メタ認知の低下により環境の意図を理解できず、拘束が大きなストレス源となっていたと考えられる。そのため身体機能リハビリを積極的に実施し、拘束解除を目標に介入した。身体機能の向上と ADL 再獲得により拘束が解除され、心理的ストレスが軽減したことで協調性やルール順守が可能となった。これらの変化は側頭葉機能の回復と相まってメタ認知や環境認識の改善に心理的安定に寄与した可能性がある。

さらに、家族へリハビリ内容や経過を繰り返し説明し、見学を通して患者の落ち着きや ADL 向上を確認する事で家族の不安が軽減した。その結果、当初予定されていた施設退院から自宅退院へと方針変更が可能となった。

【おわりに】病院スタッフが組織として役割を持ってコミュニケーションをとり続ける事で BPSD が軽減し、拘束解除に繋がった。組織としての関りが大切だと改めて認識した一例であった。

16-1　回復期リハ⑥

離床意欲が低下している患者に対し目標やプログラムの可視化チェックリスト導入により活動量が向上するか

宮城県・石巻健育会病院

○佐藤（さとう）　舞彩（まいあ）（理学療法士）、米谷　紗菜、吉田　友紀、澤　祐磨、木村　麻菜、金井　祐斗、津田　佳代、藤澤　昌弘、木村　悠希

【研究背景】

高齢化に伴いリハビリ需要が増加する一方、運動意欲の低下や離床に消極的な患者への対応が課題となっている。特に離床意欲の低下は、身体機能低下や介助量増加を招く。山本は、視覚刺激を使った説明により意欲的な行動を促進すると述べており、リハビリプログラムへの応用が有効である可能性があるが、離床拒否患者に対する具体的な効果検証は十分ではない。

【研究目的】

離床意欲が低下している患者に対し、目標の可視化・運動内容を共有するチェックリスト（以下リスト）を導入し活動量向上への有効性を検討する。

【研究方法】

4 症例を対象にした事例研究とする。対象は、令和 7 年 2 月～5 月までに当院回復期病棟に入院した患者のうち、離床拒否によりリハビリの進行に支障をきたした患者 4 名とした。リハビリ内容をリスト化したものを用い、リハビリ開始時に患者へ提示し、行えた項目についてリストを埋めていった。介入後に、リストを振り返り、患者へ達成度をフィードバックした。調査項目は、①年齢、②性別、③疾患④入退院時 FIM 各項目、⑤入退院時 HDS-R、⑥リハビリ介入数、⑦離床の有無とした。①-⑦については電子カルテの情報より抽出した。①-⑤は患者特性を把握するため用いた。統計解析は各対象者の⑦についてカイ二乗検定を用い、症例毎に、リスト導入前後でリハビリ介入数に対し離床できた回数の割合が異なるか検討した。有意水準は 5%、統計ソフトは R4.3.2 を使用した。

【結果】

リスト導入前後で離床有無の比率を比較した結果、症例 A においてリスト導入後の離床できた回数の割合は有意に大きく、症例 B で有意に小さかった。また症例 C，D では導入前後による有意な傾向を示さなかった。

【考察】

症例 A は、リハビリ内容への不安や対人緊張が強い特性があった。リストによる手順の視覚化が予測の見通しを立て、安心感を与えたことで離床促進に繋がったと考えられる。

症例 B は、認知症による遂行機能障害が重度であり、リスト自体の理解や目的の保持が困難であったため、逆効果または無効であった可能性が高い。症例 C，D については、離床回数自体には有意な結果は現れなかったものの、チェックリスト導入後は離床できた介入の中で取り組めるリハビリ内容が充実した印象であった。今後は症例数を増やし、評価に基づく有効な介入対象の検討が必要だと考える。また、認知機能低下が著しい症例に対しては、可視化以外のアプローチも検討していきたい。

【結論】

可視化による情報共有は、一部の患者で離床促進に寄与する可能性が示唆された。今後は対象特性に応じた適応基準や、認知機能の低下した患者への適応方法の検討が課題である。

16-2　回復期リハ⑥

回復期リハビリテーション病棟の後期高齢者の予後予測における位相角の有用性

北海道・愛全病院

○岩佐（いわさ）　拓郎（たくろう）（理学療法士）、大沼　燎、小泉　智、福士　達也、三谷　友香里

【目的】

回復期リハビリテーション病棟（以下：回リハ病棟）では限られた期間での心身機能改善を目指すため，入院時から十全な予後予測を基にした計画的なリハビリテーションが必要である．当院は後期高齢者が多く，様々な要因から予後予測に難渋するケースが多い．昨今の診療報酬改定を経て，重症度の判定がFIMに一本化される等特にFIMを用いた機能予後予測がより重要となった．

生体電気インピーダンス法（BIA）にて算出される位相角（PhA）は細胞膜の状態を示し，老化や生命予後等の評価に寄与するとされ，近年は筋肉の質を反映し得るバイオマーカーとして注目され始めている．

先行研究においてPhAは，脳卒中患者の歩行自立度や心不全患者の再入院率や死亡リスクとの関連，栄養状態や骨格筋指数（SMI）との組み合わせによるサルコペニアとの関連等が報告されている．当院でも運動器疾患患者においてPhAと機能予後の関連性が示された．しかし，回リハ病棟において算定対象疾患毎にPhAと機能予後予測との関連を検討して各々の特徴を報告したものはない．

本研究の目的は，当院におけるPhAと機能予後との関連を算定対象疾患毎に明らかにし，PhAの機能予後予測指標としての有用性を示すことである．

【方法】

本研究の対象は，研究対象期間内に当院に入院しリハビリテーション介入を経て退院した患者の中で，BIA法でのデータ計測ができ，各種データの欠損を認めない145名とした．対象者を算定対象疾患毎に，脳血管疾患（CVD）群35名，運動器疾患（MD）群102名，廃用症候群（DS）群8名に群分けをした．患者データは電子カルテ上から抽出し，後方視的に調査した．データ抽出項目は年齢，性別，疾患情報，入退院時FIM，入院時PhA，SMIとした．

統計解析について，3群の年齢，性別，入院時PhAに対してKruskal-Walis検定（同順位補正あり）にて基本特性の比較を行った．CVD群とMD群において，従属変数をFIM運動項目の改善度を示すmotor FIM-effectiveness（mFIM-e），独立変数を入院時PhAとSMI，心疾患の有病有無，年齢，性別として重回帰分析を行い，PhAが機能予後を予測し得るかを検討した．DS群においては，Spearmanの順位相関係数にて入院時PhAとmFIM-eとの関連を検討した．

【結果】

基本特性について，CVD群とMD群間で，MD群が有意に年齢および女性の割合が高かった．重回帰分析の結果，CVD群の回帰モデルは統計的に有意傾向であった（$F=4.1$，$p=0.051$，$R^2=0.11$，修正済$R^2=0.083$）．説明変数にはSMIが採択され$\beta=0.33$であった．MD群の回帰モデルは統計的に有意であった（$F=12.8$，$p<0.001$，$R^2=0.21$，修正済$R^2=0.19$）．説明変数には入院時PhAと心疾患有病有無が採択され，それぞれ$\beta=0.43$，$\beta=0.18$であった．DS群においてr=-0.35，p=0.35とPhAとmFIM-e間に有意な関連は認められなかった．

【考察】

PhAは細胞の器質的強度を示し，筋肉の質，パフォーマンスを反映することから筋力やFIMとの関連が報告されている．MDにおいては中枢性の影響が少なく運動器の障害によってパフォーマンスが左右されるケースが多いため機能改善度を示すmFIM-eとの関連が示されたと考える．また，心疾患有病有無も説明因子に採択されたことからPhAだけでなく既往歴なども考慮し入院時から多角的な視点で予後を予測していくことの重要性が強調されたと考える．

CVD群，DS群ではPhAの機能予後予測因子としての有用性は示されなかったが，サンプル数の不足が結果に大きく影響している可能性があり，今後サンプル数を増やして検討することで新たな知見が明らかになり得ると考える．

【結論】

PhAが特に運動器疾患において機能予後の予測指標となり得ることが明らかになった．今回の知見は当院におけるリハビリテーション計画や退院支援の質の向上に寄与し得る．

16-3　回復期リハ⑥

認知症高齢患者の心因性頻尿に対する多職種介入と攻めのリハビリ看護の有効性

東京都・ねりま健育会病院

○野本（のもと）　大智（だいち）（看護師）

【目的】

環境変化への適応が困難な認知症高齢患者では、不安や緊張により心因性頻尿を呈することがある。頻回なトイレ訴えは活動量低下やリハビリテーションの阻害因子となる。今回、心因性頻尿を認めた認知症高齢患者に対し、多職種連携と当院の「攻めのリハビリ看護」を実践し、症状改善と自宅退院に至ったため報告する。

【症例患者】

90 歳女性。第 1 腰椎圧迫骨折にて入院。既往歴は高血圧、認知症、骨盤骨折。入院時認知機能は MMSE22/30 点、MoCA-J18/30 点、認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa であり、短期記憶力低下を認めた。入院後より 1 日 15 回以上の頻回なトイレ訴えを認めたが、排尿量は少量もしくは排尿を認めないことが多く、心因性頻尿が疑われた。

【方法】

本人、家族、セラピストから情報収集を行い、生活歴や興味・関心を把握した。その結果、塗り絵への関心が高いことが判明したため、塗り絵や漢字問題、リハビリ内容を振り返る日記記載などの活動を導入した。また、多職種で情報共有を行い、統一した関わりを実施した。当院では攻めのリハビリ看護として、日中 12 時間完全離床を基盤とした離床生活支援、原則身体抑制を行わない看護、積極的なトイレ誘導による排泄自立支援、食堂での食事摂取を中心とした食事自立支援を実践しており、本症例においても継続的に介入した。

【結果】

介入開始後、1 日 15 回以上認めていたトイレ回数は約 2 週間で 6〜9 回まで減少した。塗り絵や漢字問題、日記記載に継続して取り組むことで活動への集中がみられ、トイレへの過度な意識が軽減した。多職種による継続的な支援により、薬剤調整に頼ることなく安心して過ごせる環境を構築できた。また、活動量の増加とリハビリテーション参加の向上が認められ、自宅退院に至った。

【考察】

本症例の頻尿は環境変化による不安や心理的ストレスの影響が大きかったと考えられる。本人の興味や強みに着目した活動を提供し、安心できる生活環境を整備したことで心理的安定が得られ、頻尿の改善につながった。また、攻めのリハビリ看護による離床促進や生活行為への積極的介入は、患者本来の生活リズムや役割の再獲得に寄与したと考える。認知症高齢患者への支援では、多職種が共通目標を持ち、一貫した介入を行うことが重要である。

【結論】

認知症高齢患者の心因性頻尿に対し、本人の興味や生活背景を踏まえた環境調整と多職種連携は有効であった。また、攻めのリハビリ看護を基盤とした包括的介入は、頻尿改善のみならず活動性向上と自宅退院の実現にも寄与した。

16-4　回復期リハ⑥

回復期リハビリテーション病棟におけるボツリヌスカンファレンス導入の取り組み

福岡県・福岡輝栄会病院

こおりやま かずしげ
○郡山　一茂（理学療法士）、武田　晃一

【目的】
脳卒中後痙縮は疼痛や動作障害を引き起こし、日常生活動作や歩行能力に影響を及ぼす。一方で、患者や家族が痙縮に対する治療法の存在を十分に認識していない場合も少なくない。当院回復期リハビリテーション病棟では、痙縮に対する治療選択肢としてボツリヌス療法を患者・家族へ周知し、適切な治療機会の提供につなげることを目的として、令和８年４月よりボツリヌスカンファレンスを開始した。今回、その導入の取り組みについて報告する。

【方法】
脳神経外科医、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー（MSW）が参加するボツリヌスカンファレンスを月１回開催した。理学療法士が痙縮を有する患者を抽出し、Modified Ashworth Scale（MAS）、疼痛、着衣動作、歩行状況、装具の有無について評価を行った。カンファレンスでは評価結果を共有し、ボツリヌス療法の適応や治療目標について検討した。その後、対象患者の回診を実施し、患者・家族へ治療内容の説明を行った。

【結果】
導入後、脳卒中後痙縮を有する１症例を対象としてカンファレンスおよび回診を実施した。カンファレンスでは、MAS、疼痛、着衣動作、歩行状況、装具使用状況について多職種で情報共有を行い、痙縮が日常生活動作に与える影響を多面的に評価することができた。また、患者・家族に対して痙縮に対する治療法について説明する機会となった。

【考察】
ボツリヌスカンファレンスの導入により、痙縮を有する患者を多職種で評価し、治療適応を検討する体制を構築することができた。また、生活場面に着目した評価を共有することで、患者ごとの課題を明確化しやすくなった。さらに、患者・家族へ痙縮に対する治療選択肢を提示する機会となり、治療機会の提供につながる可能性が示唆された。

【結論】
回復期リハビリテーション病棟におけるボツリヌスカンファレンスは、痙縮を有する患者の抽出と多職種による評価・情報共有の場として有用であった。今後は対象症例を蓄積し、その有用性について検討していく。

16-5　回復期リハ⑥

回復期リハ病棟の高齢摂食嚥下障害例における食形態および実用的コミュニケーション機能の変化

東京都・イムス明理会東京町田病院

○林（はやし）　悠太（ゆうた）（言語聴覚士）、笹田　啓太、荒井　理央、林　重光、志村　陽子、児玉　麻紀、神原　直史、宮坂　香織

【目的】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）では、高齢の摂食嚥下障害患者に対し経口摂取改善を目的とした言語聴覚療法が行われている。MMSE や HDS-R で低値を示す症例では食形態改善が難しいと判断されることも少なくないが、食事場面では嚥下機能のみならず、指示理解や意思伝達といった実用的コミュニケーション能力も摂食行動に関与していると推察される。本研究では ST 介入例を対象に、食形態、実用的コミュニケーション機能および認知機能の変化を後方視的に検討した。

【方法】

当院回復期リハ病棟に入院し、摂食嚥下障害に対して ST 介入を行った 78 例（平均年齢 85.3±4.1 歳、男性 39 例、女性 39 例、脳血管疾患 55 例、廃用症候群 23 例）を対象とした。診療録より年齢、疾患、入退院時食形態、MMSE、HDS-R、理解 FIM、表出 FIM を抽出し、理解 FIM・表出 FIM を実用的コミュニケーション能力の指標として用いた。食形態は院内分類 1～7 段階で評価し、7 を常食、食形態改善度を「退院時−入院時食形態」と定義した。ST 介入は個々の症例に応じて実施し、嚥下機能訓練に加え、必要に応じて指示理解の確認、意思表出の支援、声かけや環境調整など実用的コミュニケーション能力への関わりも行った。入退院時の比較には Wilcoxon 符号付順位検定、退院時に常食到達群と非到達群の比較には Mann-Whitney U 検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

入院時食形態は 2.1±0.7、退院時は 4.9±1.0、食形態改善度は 2.8±1.1 点であった。78 例中 75 例（96.2%）で食形態の改善を認め、有意な改善を示した（$p<0.001$）。MMSE は 10.1±1.4、HDS-R は 10.0±1.4 と全体として低値であったが、それにもかかわらず 96.2% で食形態改善を認めた。理解 FIM は 1.5±0.5 から 4.1±0.5 へ、表出 FIM は 2.1±0.9 から 4.0±0.9 へ、いずれも有意に改善した（ともに $p<0.001$）。常食到達は 2 例のみであり、非到達群との群間比較は症例数の偏りから参考値にとどめた。

【考察】

MMSE・HDS-R が平均約 10 点と低値の症例を多く含んでいたにもかかわらず、96.2% で食形態改善が得られた。この結果は、認知機能検査の得点のみで食形態改善の可能性を判断することは困難であり、認知機能低下を有する症例においても経口摂取改善の可能性を見出せることを示唆している。また、食形態の改善と並行して理解 FIM・表出 FIM で示される実用的コミュニケーション機能も有意に改善しており、食事場面の評価では嚥下機能だけでなく実用的コミュニケーション機能にも着目する必要性が示唆された。ST は食事場面において、認知機能検査では評価しきれない指示理解・意思表出・反応性といった能力を評価し、それらを賦活する関わりを継続していくことが求められる。ただし本研究は後方視的観察研究であり、食形態改善度と理解 FIM・表出 FIM 利得との相関解析は行えておらず、両者の関連性は今後の検討課題である。常食到達群との比較も症例数が少なく、群間差を検討するには不十分であった。

【結論】

回復期リハ病棟の高齢摂食嚥下障害患者では、MMSE や HDS-R 低値例でも食形態の改善は得られ、理解 FIM・表出 FIM で示される実用的コミュニケーション機能も並行して改善した。ST 介入では嚥下機能訓練に加え、認知機能検査だけでは評価しきれない実用的コミュニケーション能力への関わりを併せて行うことが重要である可能性が示唆された。今後は症例数を蓄積し、食事場面での実用的コミュニケーション能力を反映する認知 FIM（理解・表出）の向上を意識した ST 介入を継続するとともに、食形態改善との関連についても検証していきたい。

16-6　回復期リハ⑥

回復期リハビリテーション病棟におけるトイレ動作の自立度と認知機能の関連

千葉県・富家千葉病院

○武田（たけだ）　義大（よしひろ）（作業療法士）、村越　大輝、須賀　晴彦

【背景・目的】

今年の診療報酬改定において、トイレ動作を非自立から自立へと改善することが、運動項目利得（FIM 利得）の向上および実績指数の加算において重要な要素として位置づけられた。実際に、日常生活の中でもトイレ動作を気にされているご本人様やご家族様は非常に多く、患者の在宅復帰率や退院後の生活の質（QOL）を大きく左右する重要な因子である。また、トイレ動作を獲得することにより、トイレまでの移動や移乗動作などの他運動項目の向上を検討する機会にもつながる為、トイレ動作早期獲得の重要性・必要性は高い。

しかし、これらの日常生活動作（ADL）の完全な自立化を達成するためには、単なる身体機能や運動麻痺の回復だけでなく、高次脳機能や認知機能の関与が極めて大きい。当院の回復期リハビリテーション病棟に入院する患者においても、脳血管疾患や運動器疾患に起因する、あるいは加齢に伴う認知機能の低下を併発している患者が多く散見される。リハビリテーション介入によって運動機能が向上したとしても、実際の病棟生活において安全な動作の変容や習慣化、状況判断が図れず、トイレ動作の自立移行に難渋するケースが少なくない。

そこで本研究では、退院時にトイレ内動作が自立に至った患者の認知機能特性を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

期間：2026 年 4 月から 6 月までに回復期病棟に入院した患者

対象：

①脳血管疾患/運動器疾患リハビリテーション料を算定した患者

②入院時にしている FIM のトイレ動作項目が 4 点以下を“非自立群”、5 点以上を“自立群”として 2 群に分類

③評価項目：認知 FIM・MMSE・認知関連行動アセスメントを入院時/退院時に測定除外：入院中に死亡退院・転院した患者

分析：

①郡内の入院時・退院時の評価変化の傾向

②2 郡間において、各項目を対応のない T 検定（ウィルコクソン）で分析する統計ソフトは Rstudio にて分析した

【結果・考察】

現時点で測定中であり当日の発表をもって報告する。

16-7　回復期リハ⑥

サルコペニア特化型カンファレンスの導入がリハビリスタッフの意識と行動に与える影響

大阪府・堺平成病院

○森（もり）　祐也（ゆうや）（理学療法士）

【目的】

当院回復期リハビリテーション病棟では、サルコペニアの基準に該当する患者に対して、医師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフの間で問題点とアプローチ方法について共有する場として定期的にカンファレンス（以下、サルコペニア特化型カンファレンス）を開催している。神宮らは、カンファレンスによる情報共有はリハビリテーション介入の促進につながると報告している。現状の運用方法となってから約 2 年が経過した現段階で、リハビリテーションスタッフのサルコペニアに対する意識や臨床での行動にどのような影響を及ぼすか明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションスタッフ 32 名とし、有効回答 30 名、回収率 93.8% であり、サルコペニア特化型カンファレンスに関連した質問に対する無記名式アンケート調査を実施した。質問項目は、①「意識」が 4 項目、②「自己効力感」が 4 項目、③「行動変容」が 3 項目、④「話し合われた内容の応用」が 5 項目の合計 16 項目とした。回答の方法は「1：全くそう思わない」、「2：あまりそう思わない」、「3：どちらともいえない」、「4：ややそう思う」、「5：非常にそう思う」の 5 段階リッカート尺度で数値化した。そして各項目の回答分布を集計しそれぞれの傾向を分析した。

【結果】

各質問の回答から「4：ややそう思う」以上の肯定的な回答割合を算出した結果、①「意識」のうち、「多職種で取り組む重要性を理解している」が 90% と最も高い数値を示した。次に②「自己効力感」のうち、「サルコペニアの評価・介入の重要性を理解している」が 80% であった。また、③「行動変容」のうち、「筋肉量や栄養状態を意識したリハビリを行うようになった」は 63% であり、④「話し合われた内容の応用」のうち、「主体的に取り組むようになった」、「経験を他患者に活かせている」はともに 57% であった。そして、②「自己効力感」のうち、「診断基準を理解し臨床で活用できる」は 47% であった。

【考察】

今回の回答結果より、リハビリテーションスタッフのサルコペニアについての理解と、多職種連携に対する意識向上が認められる傾向がみられた。またアンケートの自由記載欄では、担当患者の問題点をサルコペニアの観点から話し合った経験により、多職種の連携意識の向上に関する前向きな意見も認められた。これにより、サルコペニアへの意識、関心を向ける点について有効性が示唆されたと考える。一方で、具体的な診断基準の活用や臨床応用など実践面に関する項目では課題が残存する結果となった。Martinengo らは、知識習得のみでは行動変容に直結せず、実践への定着には継続的な学習と反復的経験が必要とされると報告している。入院患者の疾患と病態は多岐に渡り、患者一人ひとりの問題点とサルコペニアの関連性を整理しながら一般的な診断基準を臨床に活かすことに難渋している可能性が考えられた。

【結論】

サルコペニア特化型カンファレンスは、リハビリテーションスタッフの知識理解と多職種連携の意識向上に有効性を示した可能性がある。一方で、具体的な診断基準の活用や実際の患者への応用に対しての課題も明らかとなった。今後は、サルコペニア診断基準に基づく評価の標準化に加え、患者の個別性に沿った運動療法と栄養管理の提供を多職種で実践できるシステムの構築が必要であると考える。

17-1　作業療法①

意味のある作業を通した役割の再獲得がQOL向上につながった事例～介護老人保健施設におけるOTの役割～

静岡県・介護老人保健施設　三方原ベテルホーム

○西内（にしうち）　紗也菜（さやな）（作業療法士）、神谷　将人、藤原　幸香、國分　千津子

【はじめに】

介護老人保健施設（老健）入所者の中には、在宅復帰困難で施設生活が長期化する例は少なくない。これは、生活行為や社会的役割を遂行する機会の減少を招き、活動意欲やQOLの低下につながる場合がある。生活期リハビリテーションでは、利用者の主体性を尊重し、その人らしい生活の実現を支援することが求められている。今回、施設入所に伴い役割を喪失し活動意欲が低下した事例に対し、「意味のある作業」を通して役割の再獲得を支援した結果、活動の習慣化およびQOL向上が認められたため報告する。

【事例紹介】

A氏90歳代男性。X年Y月肺炎にて急性期病院入院。在宅介護困難にてY+2ヶ月当施設に入所。入所時「施設に放り込まれたという気持ち」と抑うつ的な言動がみられた。

【OT評価】

Mini Mental Statement Examination（MMSE）：22点。Functional Independence Measure（FIM）：91点。移動：車椅子短距離自立。施設生活：臥床傾向で他者交流は乏しく、活動意欲の低下がみられた。ニーズ：「家に帰りたい」。日本語版EuroQol Dimensions 5 Levels（EQ-5D-5L）：0.332。半構造化面接による興味関心チェックシート：「畑仕事」を抽出。「農家の両親を手伝った」と誇らしげに語る一方「こんな所ではできない」と現状への諦めも聴取。

【介入方針】

評価結果から、真のニーズを「自分らしく過ごしたい」と捉え、主体的な施設生活を支援するための介入手段として「畑作業」を選択した。

【経過】

ラポール形成期（Y+2-3ヶ月）：機能訓練に無表情で取り組むが、一対一での関わりを好み訓練室に来ることを楽しみにする。一方、畑作業の提案には消極的であり、OT主導の支援関係。

畑作業導入期（Y+3-5ヶ月）：身体的負担に配慮しプランター栽培を提案。ホウレン草の種まきを選択し、OT主導のもと実施。発芽後に枯れると「次は直植えにしよう」と発言するなど活動意欲の向上がみられた。役割はOTが指導者、A氏は協力者。

畑作業推進期（Y+5-10ヶ月）：直まきの方法をOTに教え、その様子を他利用者から賞賛されると笑顔がみられた。訓練の度に成長を確認し、他職員に報告する。OTは協力者、A氏は指導者へと変化。

畑作業定着期（Y+10-11ヶ月）：誇らしげに収穫を行い「今度は落ち葉を肥料に土づくりをして、何か植える」と更なる意欲を示す。OTは協力者、A氏は指導者としての役割が定着。

【最終評価】

面接：「家には帰りたいが、家族の協力なしでは無理だと思う」と穏やかな表情で話し施設生活への受け容れがみられた。MMSE：27点。FIM：108点。移動：施設内車椅子自立。施設生活：日課ができ他者との会話が増え、畑作業は習慣化した。EQ-5D-5L：0.803。

【考察】

「意味のある作業とは、それを行う人に自信をもたらし、他の作業への取り組みを促す、満足や喜びを感じられるものである」と定義されている。（Kielhofner G, 2001）

A氏にとって畑作業は「意味のある作業」であったと考える。また、畑作業を通して協力者から指導者へと役割が変化し、施設生活の中で失われていた役割を再獲得する機会となった。他者から承認される経験は活動意欲の向上や尊厳の回復につながり、結果として畑作業の習慣化およびQOL向上に寄与したと考えられる。老健OTの役割とは、利用者にとって「意味のある作業」を見出し、その作業を通して役割の再獲得を支援するとともに、生活の中に定着できるよう支援することであることが示唆された。

17-2　作業療法①

回復期病棟における服薬管理自立に関する要因の検討～MMSE 下位項目、作業療法課題の影響に着目して～

大阪府・平成記念病院

○谷川（たにがわ）　澄華（すみか）（作業療法士）

【背景・目的】

回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）からの自宅退院において、服薬管理の自立は Activities of Daily Living（以下 ADL）の維持および再入院防止の観点から極めて重要である。先行研究では、Mini-Mental State Examination（以下 MMSE）の総点が 21 点以下の場合に服薬管理困難となる可能性が指摘されている。しかし、臨床現場において総点のみでは個別の課題を捉えきれない場合や、実際の作業療法（以下 OT）課題と服薬管理能力の関連性が不明確な場合も少なくない。本研究の目的は、退院時における服薬管理自立に関連する要因を、MMSE の下位項目および OT 課題の種類から明らかにすることである。

【対象】

2024/07/01-2025/12/31 までに当院回復期病棟を退院した MMSE15-30 点の症例、211 名が対象。自助具を用いても開封動作が不可能な症例、死亡・状態悪化等によりリハビリテーションプログラムを中止された症例を除外とした。退院時において、看護記録に基づき「1 週間、見守りなしで服薬管理が可能」と判断された群を『自立群』、それ以外（一部介助・全介助）を『非自立群』とし、後ろ向き検証、後方視的カルテ調査を実施した。

評価項目は、基本属性（年齢、診断名）、退院時 Functional Independence Measure（以下 FIM、［運動項目・認知項目］）、退院時 MMSE（総点および下位項目）、OT 課題（認知機能訓練、ADL 訓練、IADL 訓練、離床課題の提供）とした。統計解析には統計解析ソフト Easy R を用い、単変量解析で有意差を認めた項目を説明変数、服薬管理の自立の有無を目的変数としたロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。

【結果】

自立群は 30 名であった。ロジスティック回帰分析の結果、服薬管理の自立に有意に関連する因子として、退院時 MMSE 総点（オッズ比［以下 OR］：1.19）、MMSE 下位項目の「計算」（OR：2.07）、退院時 FIM 運動項目総点（OR：1.08）が抽出された（いずれも $p<0.05$）。また、OT 課題の比較において、非自立群は自立群と比較して、認知機能訓練（53.1% 対 21.1%）および離床課題（59.4% 対 23.7%）の提供割合が有意に高い結果となった（いすれも OR：＞1）。

【考察・結論】

本研究により、MMSE の総点だけでなく、下位項目の「計算」が服薬管理の自立に強く関連していることが示唆された。服薬管理には日付の確認や薬の照合といったワーキングメモリが必要であり、計算項目がこれらの認知処理能力を反映していると考えられる。しかし、その他の下位項目では差が乏しかったことから、服薬管理という複雑な処理能力の精査には、Japanese version of Montreal Cognitive Assessment 等のより高次な遂行機能評価の併用が必要であると考えられる。非自立群に対して認知・離床課題が多く提供されていた点については、認知機能低下を呈する症例に対して、作業療法士が入院中のさらなる認知機能低下予防を目的に優先して課題を行った結果を反映していると考えられる。また、認知機能を維持している症例は入院時に本の持ち込みや自主トレーニングの実施など、個別に課題を提供する必要がなかった可能性もあると考えられる。以上より、退院時の服薬管理自立を予測する上では、身体機能に加え、高次な遂行機能評価と、患者の自発的な活動性を含めた多角的な観察が重要と考える。

17-3　作業療法①

段階的離床と意思表出支援により外出に至り、意欲向上に繋がった一例

鹿児島県・出水郡医師会立第二病院

○溝下（みぞした）　正展（まさのぶ）（作業療法士）

【はじめに】

当院では長期臥床状態にある患者や意思疎通困難な患者が多く、身体機能の回復が緩徐で効果を実感しにくい症例も多い。特に離床に消極的な患者では対応に工夫を要する。本症例は入院当初、離床や活動への意欲が低く目標も持てていなかったが、段階的離床を通じて外出に至り、意欲向上に繋がったので経過を報告する。

【症例】

80 歳代前半女性。急性期病院入院前は要介護 4 で週 2 回デイサービスを利用し、自宅では夫・長女との 3 人暮らしで家族が分担して介護を行っていた。2 年前頃より転倒が増加し、次第に寝たきりの状態となった。熱中症後に誤嚥性肺炎を呈し急性期病院に入院、経口摂取困難のため胃瘻造設となった。当院転院時 FIM25 点、基本動作は全介助で自発的体動は乏しかった。離床への不安・恐怖から拒否がみられ、意欲低下を認めた。認知機能に問題はないが、著明な開口障害や閉口困難で意思疎通はクローズドクエスチョンへの返答のみが可能で流涎を認めた。

【経過】

入院時から下顎前突や残存歯の接触による開口障害と判断された。2 か月後に全抜歯が施行された。抜歯後、徐々に発話明瞭度の向上がみられた。離床拒否による臥床傾向に対し、全身状態に応じてギャッジアップから段階的に離床を進めた。拒否時には傾聴し離床の意義を説明し、「家に帰りたい」との希望に対して外出との関連を伝えた。無理な離床は行わずベッドサイド練習へ切り替えるなど柔軟に対応した。リハビリテーションは週 5〜6 回介入し、ギャッジアップ座位の耐久性は 1 週間後に約 10 分から 25 分へ向上し、多かった流涎も軽減した。約 2 週後にリクライニング車椅子を導入し、約 5 か月後には通常型へ移行した。さらに、関わりを重ねる中で信頼関係が構築され、「あなたが言うなら起きていい」との発言が聞かれる様になった。上記の発言から離床への受け入れに変化がみられて、最終的に約 25 分の離床が可能となった。以上の経過を多職種で共有し、「家に帰りたい」という思いや離床機会の拡大および意欲向上を目的として主治医より家族へ外出が提案された。端座位全介助レベルで 2 度の外出を行った。初回の外出は背もたれ調整可能な自家用車で近隣のコスモスを観に行った。帰院後「コスモスが綺麗だった」、「次は家に行きたい」との希望が聞かれた。2 回目の外出では一時帰宅が実現し、「次は外泊したい」との発言も聞かれた。外出後は離床やリハビリテーションへの拒否が減少した。

【考察】

抜歯後に発話明瞭度が向上し、意思表出が促された。その後、外出という実体験につながり、リハビリテーションや離床への意欲向上に影響した可能性が示唆された。外出を経て「次は家に行きたい」といった本人の意思や目標が形成され、行動変容につながったと考えられる。さらに、段階的離床による成功体験の蓄積が不安軽減に寄与した可能性がある。以上より、段階的離床の継続が外出の実現につながり、その実体験が意欲向上に影響したと考えられた。身体機能への介入や活動目標の設定と共有は、行動変容を促す一助となる可能性がある。

【倫理的配慮】

対象者には口頭で説明し同意を得た。家族には文書で説明し、同意書への署名を得た。

17-4　作業療法①

AI音声会話介入が認知症高齢者に与える影響～入院関連機能低下（HAD）の予防・改善を目指して～

福岡県・上曽根病院

○立石（たていし）　淳一郎（じゅんいちろう）（作業療法士）、尾田　俊一郎、山口　耕平、河原　沙也香、大田　理乃、秋永　圭子、角谷　千登士

【はじめに】

高齢者入院時の安静に伴うADL低下（以下、HAD）は、入院患者の30%～60%に生じ臨床上の大きな課題である。認知症高齢者に対するコミュニケーションを通じた回想法等の対話支援は、BPSD緩和やQOL向上に有効とされる。近年、生成AI（人工知能）を用いた音声対話アプリは、24時間利用可能かつ受容的な応答が可能な特性から新たな介入手段として注目されている。本報告の目的は、認知症リハビリテーションにおける生成AI活用の有用性を検証し、発話量や心理面への影響を検討することである。

【症例紹介】

80代女性、アルツハイマー型認知症、糖尿病。4年前に変形性膝関節症による歩行困難とBPSDの進行により生活維持が困難となり当院へ入院。入院後は食事療法と認知症ケア、歩行能力改善を主としたリハビリテーションを実施し、ADLは自立を維持。直近4年間で記憶・見当識機能の緩徐な低下を認めていた。

【方法】

介入には生成AI自動会話アプリ「COTOMO（コトモ）」搭載の端末を使用。1回約5～10分間の自由対話を週2回、4週間（計8回）実施した。対象者の隣席にスタッフが位置したが、操作補助のみに留め会話内容への介入は行わなかった。評価指標には、精神状態短時間検査（MMSE）、認知症行動障害尺度（DBD）、神経精神症状評価質問票（NPI-0）、老年期うつ病評価度（GDS）を用い、介入前後で比較検討した。

【結果】

全8回のセッションを完遂した。「昔の仕事」や「好きな食べ物」のテーマにおいて、自発的な発話が顕著であった。介入後の評価でMMSE［前27点→後27点】、DBD［前17点→後17点］、NPI-Q［前重症度4点負担度2点→後重症度4点負担度2点］、GDS［前6点→後3点］となり、精神・心理面の改善を認めた。対象者からは「（AIが）自分の話をよく聞いてくれる」といった肯定的な反応が得られた。一方、AIが事実と異なる回答（ハルシネーション）をした際に、一部で困惑する場面も観察された。

【考察】

生成AIとの対話は、認知症高齢者の発話意欲向上および心理的安定に寄与する可能性が示唆された。これは生成AIが対象者の話を否定せず、受容的かつ即時的な応答を維持できたためと考えられる。AIが傾聴や回想の一部を代替することは、スタッフの業務負荷軽減と患者の孤独感解消を両立する新たな選択肢となり得る。また、対話による継続的な感覚入力が脳を刺激し、HAD抑制や認知機能の維持・改善に働く可能性が考えられた。また、ハルシネーション発生時の混乱を防ぐため医療従事者が操作補助や心理的フォローを行える環境の整備も重要である。今後は、難聴や重度認知機能低下を呈する患者への対応を含め症例数を増やし検証を重ねたい。

17-5　作業療法①

慢性疼痛により活動性が低下した症例に対し、行動変容を期待した介入―疼痛関連認知・情動へのアプローチ―

宮城県・IMSグループ　西仙台病院

○梅田（うめだ）　久嗣（ひさし）（作業療法士）

【目的】

慢性期医療では高齢化や長期臥床に伴い慢性疼痛を有する患者が多くみられる。慢性疼痛は疼痛そのものだけでなく、疼痛に対する認知や情動が活動低下を招き、廃用症候群を助長することが知られている。今回、慢性疼痛により活動性が低下した症例に対し、疼痛認知・情動に着目した心理的アプローチを実施し、活動性向上を認めたため報告する。

【方法】

対象は 80 歳代女性。アルコール性遅発性精神病性障害および脳梗塞後遺症による四肢麻痺を有し、長期療養中であった。体調不良を契機にベッド上生活となり、腰痛および下肢痛の増悪と接触刺激への過敏性が出現した。離床時の疼痛により車椅子に離床しての活動は週 1～3 回程度まで低下していた。

初期評価では腰痛 NRS7/10、下肢痛 NRS6～7/10、運動恐怖感（TSK）52 点、破局的思考（PCS）47 点、老年期うつ病評価尺度短縮版（GDS-15）6 点であった。

介入は 10 週間実施した。内容は疼痛教育、本人目標である「車椅子で食事をする」に向けた段階的離床訓練、低負荷から中等度負荷の運動療法、疼痛曝露下で活動できた経験への肯定的フィードバックとした。

【結果】

介入後、離床頻度は週 1～3 回から週 4～5 回へ増加した。疼痛は腰痛 NRS0～2（安静時）、2～4（運動時）、下肢痛 NRS0～3（安静時）、3～4（運動時）へ改善した。TSK は 52 点から 44 点、PCS は 47 点から 42 点、GDS-15 は 6 点から 2 点へ改善した。また、疼痛部位や発生条件の表出が可能となり、疼痛出現時も活動継続が可能となった。リクライニング車椅子角度は 45° から 80° まで拡大し、離床への拒否も減少した。

【考察】

本症例では、慢性疼痛に伴う運動恐怖や破局的思考が活動回避を招き、長期臥床と廃用症候群を助長していたと考えられた。疼痛認知・情動に対する介入と段階的な活動曝露により、疼痛への過度な警戒心が軽減し、活動量の増加と疼痛の改善につながった可能性がある。慢性期医療では高齢、認知機能低下、廃用症候群を背景とした慢性疼痛患者が多いことが予想される。慢性期医療において、身体機能への介入のみならず、心理社会的側面を含めた慢性疼痛評価と介入の重要性が示唆された。

17-6　作業療法①

COVID-19 感染後の廃用症候群により ADL 全介助となった認知症高齢者に対する作業療法介入

東京都・平成扇病院

○松田（まつだ）　吏生（りく）（作業療法士）

【はじめに】

対象者は COVID-19 感染後の廃用症候群により、身体・認知機能が低下し ADL 全介助および日中の臥床傾向を呈した症例である。既往歴の認知症を背景に、覚醒度低下や自発性低下も認め、自宅退院に向けた生活機能の改善が課題となった。病前の生活習慣を基盤とした作業療法を実施し、自発性および ADL 能力の改善を認めた。

【症例紹介】

80 歳代男性、既往歴に認知症、高血圧、糖尿病。X 年 Y 月 Z 日に COVID-19 感染後に意識障害および呼吸状態悪化を認め、急性期病院へ搬送された。状態改善に伴い当院へ転院した。入院初期は覚醒度低下および指示理解の困難さを認めた。自発的な言動はほぼ見られず、基本動作・ADL は全介助であった。

＜初期評価＞Glasgow Coma scale（以下、GCS）：E1-4 V1 M1-4、Mini Mental State Examination（以下、MMSE）：実施不可、Manual Muscle Test（以下、MMT）：上肢 3-4 下肢 3-4 体幹 3、基本動作：全介助、Barthel Index（以下、BI）：0/100 点、Functional Independence Measure（以下、FIM）：運動項目 13/91 点　認知項目 9/35 点

【介入内容】

自発性の改善を目的に、トイレ誘導・髭剃り・更衣などの病前に日課であった生活行為を実施し、手続き記憶を活用した反復的な動作練習により、介助量の軽減や離床習慣の定着が可能となった。離床機会の増加に伴い、外気浴や他者交流の余暇活動を実施した。リアリティ・オリエンテーションや回想法による認知刺激も行うことで、頷きといった返答や好きな歌手や趣味の釣りについての表出が認められた。また、周囲環境に対しての発言が認められ、外界への注意が促された。

【結果】

覚醒度の変動は残存したものの、覚醒状態が安定している場面が増加した。覚醒時は質問内容に沿った返答が得られるようになった。また、病棟スタッフへ自発的に挨拶をするなど、対人交流が認められた。基本動作は全介助から軽・中等度介助へ改善した。尿意の訴えが見られるようになり、排泄時の移乗や立位保持も一部可能となった。

＜最終評価＞GCS：E1-4 V1-4 M1-5、MMSE：0 点、MMT：上肢 4-5 下肢 4-5 体幹 4、基本動作：中等度介助、BI：15/100 点（移乗 5 トイレ 5 更衣 5）、FIM 運動項目：13/91 点　認知項目：9/35 点

【結論】

病前の生活習慣を基にした活動の反復や他者交流を通して、自発性・活動性が向上した。認知症患者の個性やその人らしさ、取り巻く環境を考慮した上での介入は ADL 能力の改善に有用であったと考えられる。

しかし、服薬調整や栄養状態の影響により、覚醒度の変動が残存した。せん妄や低栄養は回復過程を阻害する要因となり、多職種による包括的な支援の重要性も示唆された。

18-1　作業療法②

重度運動麻痺を呈する回復遅延型ギラン・バレー症候群一症例の食事動作再獲得を目指した長期的作業療法実践

神奈川県・鶴巻温泉病院

○内藤（ないとう）　晴香（はるか）（作業療法士）、成瀬　初音、井手　歩美

【はじめに】

ギラン・バレー症候群（Guillain-Barre Syndrome：GBS）は自己免疫性末梢神経障害であり，人工呼吸器管理を要する場合がある．回復遅延型症例では長期療養に伴う廃用やリハビリテーション提供量の低下により，ADL 自立に至らないこともある．今回，重度運動麻痺を呈する回復遅延型 GBS 症例に対し，患者が価値を置く意味のある作業である 3 食の食事動作再獲得を主要目標として介入した結果，食事動作の再獲得に至ったため報告する．

【症例紹介】

重度運動麻痺を呈する回復遅延型 GBS の 50 歳代男性である．診断後 75 病日に当院へ入院し，OT 介入を開始した．入院時は人工呼吸器管理下で ADL 全介助であった．患者は当初より ADL 自立と復職を希望しており，経過中に「せめて食事は自分で食べたい」「友人と居酒屋に行きたい」と自力摂取の強い希望を表出した．

介入開始時は離床機会の拡大と身体機能改善を目的に，車いす離床や関節可動域練習，筋力練習等を継続した．その結果，発症後約 2 年 4 か月頃より左上肢で口元までの機能的リーチ動作が可能となった．そこで，患者が強く希望していた食事動作の再獲得を具体的な目標とし，発症後約 2 年 5 か月に万能カフと曲がりスプーンを用いた自力摂取評価を実施した．食物を口に運べたことで，「自分で食べられた」「これなら食べられるかもしれない」と発言が聞かれ，食事動作獲得へさらに前向きに取り組む様子がみられた．

【介入方針】

自力摂取評価を契機に患者が希望する「3 食の自力摂取」を主要な作業療法目標とした．残存機能を活かし自助具・環境調整を実施しながら機能改善を図り，「できる」という成功体験を重ね段階的に食事場面へ介入した．

【経過】

発症後約 2 年 5 か月で手動調節式 Portable Spring Balancer（PSB）と自助具を用いて自分で食べる経験を反復できる環境を設定した．また，PSB の張力調整と，筋力・持久力向上を目的とした機能練習を同時期に行い 3 食摂取が可能となった．次に自助具のみの 3 食摂取を目標に，自力摂取練習と随意運動練習，関節可動域練習を継続した．結果，2 週間程で PSB を撤去し，肩甲帯および肩関節の代償動作を用いながら，万能カフと曲がりスプーンを用いて 3 食を自力摂取できる段階に到達した．食事時間は約 1 時間であった．

発症後約 2 年 6 ヶ月に本人より「普通に食べたい」「スプーンをいつもの向きで持って食べたい」と希望され，自助具の再検討と身体機能改善を図った．

【結果】

発症後約 2 年 8 か月で，代償動作の改善と本人の納得する形での 3 食の食事動作が可能となった．また，自助具の脱着が可能となり，食事時間は約 50 分に短縮した．FIM の食事項目は 1 点から 5 点へ改善した．容器の開封動作には介助を要した．

【考察】

食事動作は生命維持に必要な ADL であるだけでなく，本症例にとっては「友人と居酒屋に行きたい」という社会参加の希望に結びついた意味のある作業であった．価値を置く活動への参加は自己効力感や社会的アイデンティティの再構築を支える重要な要素とされている．

本介入では，PSB や自助具を段階的に調整し，「現在の身体機能でも自力で食事ができる」という環境を構築した．その結果，「自分で食べている」という経験を反復できたことが，長期にわたるリハビリテーション継続への動機づけに繋がったと考える．回復遅延型 GBS では動機づけ維持が課題となるが，本症例が価値を置く食事動作を中心に据え，段階的な環境調整と成功体験を積み重ねたことが，食事動作再獲得に繋がった可能性がある．重度運動麻痺症例においても，意味のある作業への参加機会を早期から提供することの重要性が示唆された．

18-2　作業療法②

全失語を呈した脳卒中患者に対して色彩変化による環境調整がADL向上に繋がった一例

香川県・橋本病院

○辻（つじ）　裕成（ひろなり）（作業療法士）、大西　広佳、中田　佐紀、福田　真也

【はじめに】

全失語とは、「発話、理解、復唱、読み、書字といった主要な言語機能のすべてが重度の障害を受けている」と定義されており、その介入方法として、言語の問題に対して直接的に介入を行う訓練の有効性については低いとされている。その一方で、視覚的シンボルやジェスチャーを利用した非言語的アプローチにおいて一定の成果が報告されている。今回、全失語を呈した脳卒中患者のFunctional Independence Measure（以下FIM）「移動」、「ベッド移乗」、「トイレ移乗」の項目に着目し、生活環境の中に視覚的シンボルを利用し、色彩変化をもたらす環境調整を実施し改善を認めたため報告する。

【症例紹介】

X年Y月Z日、救急搬送。頭部MRI所見では左中大脳動脈領域の脳梗塞が確認され全失語、右上下肢弛緩性の片麻痺を認めた。翌日には再開通を認めたが、神経症状としての改善は見られず、全介助という状況であった。発症日+41病日、当院回復期リハビリテーション病棟へ入院となり同日PT、OT、STによるリハビリテーション開始。

入院時身体機能評価はBrunnstrom stage（以下BRS）上肢Ⅰ、手指Ⅰ、下肢Ⅱ、失語症の影響により精査困難であったが、高次脳機能障害として、右半側空間無視、注意機能障害、失行を認めた。ADL評価はFIM運動項目17点、認知項目5点であった。また、下位項目として、移動1点、ベッド移乗1点（2人全介助）、トイレ移乗1点（終日おむつ着用）であった。

【アプローチ】

環境調整として、ベッド柵、病室扉、トイレ扉、トイレ手摺、食堂入り口に各所マーキングを実施。また、本症例が使用する車椅子についてもブレーキレバーを延長しマーキングを実施した。マーキングには全て赤色ビニールテープを使用し、ドアノブに×印、扉の開方向と食堂入り口に動線を示す目的で矢印、車椅子ブレーキノブに赤色のマーキングを実施した。作業療法介入として、上記環境調整を行った実際の生活場面を利用し、ドア開閉やブレーキ操作等を含めた車椅子自走練習、移乗動作練習を中心に介入を行った。

【結果】

退院時FIMにおいて運動FIM31点、認知FIM8点まで改善した。下位項目では移動が普通型車椅子自走で軽介助の4点、ベッド移乗が軽介助4点、トイレ移乗が4点にそれぞれ改善を認めた。

【考察】

全失語により、言語によるコミュニケーションは困難であったため、視覚的シンボルを活用した環境調整を行い、課題特化型の反復練習を実施した結果、ADL能力向上を認めた。川枝は、失語症を呈する重度片麻痺患者に対し視覚的なフィードバックを踏まえ実動作練習を反復することでADL介助量の軽減がなされたと報告している。本多らは、高齢者の色覚は、水晶体の黄色化と青錘状体細胞の感度低下により青色系や黄色系が見えにくくなる反面、赤色系の色覚は比較的保たれ、目に留まりやすいと述べている。また、Robertsonらは文字や線の認識において、そこに「意味のある視覚的手がかり」がある事で、患者のパフォーマンスに大きく変化を与えると述べている。今回実施した環境調整においては、赤色かつ、矢印や図形を利用しており、移動や移乗動作の向上への関連が示唆される。また課題特化型訓練を中心に全失語という特性に合わせて、実際の生活場面を使用した反復練習がADLの向上に繋がったと考える。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき、当院倫理委員会の承認を得た。（承認番号28）

18-3　作業療法②

施設入所待機で長期入院となる，認知機能低下，抑うつ状態が予測される患者の QOL 変化

島根県・安来第一病院

○山本（やまもと）　望丘（みく）（作業療法士）、安部　友哉、高橋　裕子、杉原　愛、安松　朋也

【はじめに】

B 病院の地域包括ケア病棟において，退院まで受け入れ先やサービス資源の状況により，施設入所待機期間が長くなり入院期間が長期化することは少なくない．施設入所後に意欲低下や精神状態不良となり QOL の低下が生じることが報告されているため，病院においても同様の問題が生じる恐れがある．今回，90 歳代女性が，橈骨遠位端骨折にて転入院され，介護医療院に入所申請中の患者に対し，身体機能面の介入に加えて，趣味活動等を取り入れた介入をした結果，認知症高齢者の健康関連 QOL 評価票（以下 QOL-D）と Geriatric depression scale15（以下 GDS 15）の得点に変化がみられたため以下に報告する．また，本研究について本人より同意と B 病院倫理委員会の承認を得て実施した．

【事例紹介】

A 氏，90 歳代女性，左橈骨遠位端骨折術後にて転院，介護医療院に入所申請中．施設内にて転倒し受傷．急性期病院で手術後，B 病院へ転入院し OT 開始．施設入所に必要な基本動作，ADL は獲得できているが，緑内障により視力はぼんやり見える程度で ADL では口頭での指示や誘導を必要とする．また，同様の話を繰り返し，拒否はないものの受動的で表情の乏しさがあり，悲観的な発言が聞かれ，認知機能低下，抑うつ状態が疑われた．HDS-R は 22/30 点，MMSE は 20/30 点（弱視のため机上検査は未実施），GDS15 は 10/15 点，QOL-D は 76/124 点だった．

【方法，結果】

趣味活動抽出のため，カナダ作業遂行測定（以下 COPM），興味・関心チェックシートを実施し，短歌とちぎり絵が挙がった．その人らしい生活が送れるよう身体機能面での介入に加え，趣味活動を取り入れた作業療法プログラムを再考し提供した．作品は完成後，居室や病棟廊下へ掲示した．しかし，施設退院予定日までにベッドサイドで転倒し第 11 胸椎圧迫骨折となりベッド上安静となったが，結果としては COPM（短歌）の満足度が 5/10 から 8/10 へ，GDS15 合計点数が 10 点（うつ状態）から 9 点（うつ傾向）へ，QOL-D 合計得点が 76 点から 79 点へと向上がみられた．また，QOL-D の小項目である自発性が 5 点から 12 点へと向上した．介入を通して作品の掲示により，多職種からの声かけやコミュニケーションの機会となりお話し好きな A 氏にとっては嬉しい様子で笑顔が増えた．また，「たいしたもんじゃないけど，またお願いね」と意欲的な発言も聞かれた．退院時には介護医療院へ介入内容を申し送り，施設でも趣味活動を継続し QOL の維持ができるよう協力依頼を行った．

【考察】

転倒にて新規骨折となったことで行動制限が生じたものの，QOL-D と GDS15 の総得点としては軽度であるが改善を認め，ポジティブな発言や笑顔が増えた．趣味活動を増やす，その中で他者貢献に繋がるような役割付与の方面から作業療法アプローチをした結果，意欲，QOL 向上等良好な結果が得られたと報告されていることから，A 氏への介入は意味のあるものだったと考えられる．また，作品を多職種の目につく場所に掲示することで，他者との交流機会の提供にもつながったと考える．総じて，その人のやりたいこと，興味のあること，経験したことのある作業を提供することは QOL 向上につながるのではないかと考える．また，同様の事例に対してもより良い支援が提供できるよう介入を行っていき，次に繋げる意味のある作業提供を行っていきたい．

18-4　作業療法②

COPMの活用により麻痺側上肢を使用した活動が実現した一例―価値観に基づく目標設定が生活場面に与えた変化―

山口県・光風園病院

きたじま　ありさ
○北嶋　有紗（作業療法士）、長野　加奈、中林　海空

【背景】

今回、麻痺側上肢に補助手としての機能を有しながらも、日常生活での使用に至っていない症例を経験した。そこで、カナダ作業遂行測定（以下、COPM）を用いて意味のある作業を基盤に目標設定および介入を実施した。その結果、生活場面における麻痺側上肢の使用に繋がったため、以下に報告する。

【症例紹介】

70歳代男性。X年Y月Z日に左多発性脳梗塞を発症。Z+30日後当院回復期病棟へ入院。

Z+160日後の作業療法評価では、Br.s上肢Ⅳ・手指Ⅲ～Ⅳ・下肢Ⅴ。深部感覚は軽度～重度鈍麻。注意障害、遂行機能障害、失語症などの高次脳機能障害を認めた。ADLは見守りから一部介助を要した。FIM100点（運動76点　認知24点）で、入浴は3点であった。生活場面では、麻痺側上肢の自発的な使用は認めなかった。

【生活歴】

妻・長女・孫2人と自宅兼事務所に5人で生活。不動産の個人事務所を設立し、社長として長女と共に経営をしていた。妻がパーキンソン病により要支援1の認定を受けており、家事全般は長女が担っていた。

【経過】

COPM導入（160病日）

COPM（重要度/遂行度/満足度）を実施し、重要度が高く満足度の低い項目として①入浴動作（10/4/4）②食器洗い（8/4/5）③余暇活動（7/2/3）を抽出した。さらに、症例が望む作業のかたちを共有し、目標を「①洗体動作自立」「②食器洗い自立」「③退院後の余暇活動確立」に設定した。介入では、自助具の作成や生活動作訓練、本人が興味を示した創作活動を実施した。介入後、目標に設定した活動場面で自発的な麻痺側上肢の使用を認めた。

COPM再評価（200病日）

COPMやADL・IADLの再評価を実施した。麻痺側上肢の必要性を認識したことにより、目標活動以外の生活場面でも自発的な麻痺側上肢の使用を認めた。

【結果】

①入浴動作では、ループ付きタオルを用いる事で洗体動作が自立となり、FIM入浴は6点と向上した。COPM（遂行度/満足度）は（6/6）と向上した。

②食器洗いでは、両手を使用することで食器の種類を問わずに自立となった。COPMは（6/6）と向上した。

③余暇活動では、創作活動を実施するには至らなかった。しかし、家事動作を余暇活動として確立することができ、COPMは（6/7）と向上した。

上肢機能の変化は認めなかったが、両手動作を必要とする生活場面で自発的な麻痺側上肢の使用を認めた。FIMは108点（運動84点　認知24点）と改善した。

【考察】

本症例では、COPMの結果を基に目標を再設定し介入していく中で、「娘に負担をかけたくないから何か出来ることはないか」という訴えが強く聞かれた。このことから、家族の負担を減らす事や家族の為に役割を果たす事が症例にとって意味のある作業であることが明らかとなった。その結果、症例の価値観を再認識し、症例・作業療法士間で目標を共有することができた。さらに、意味のある作業に焦点を当てた訓練や生活場面での動作経験を通して麻痺側上肢使用の必要性を実感することで、生活場面における麻痺側上肢の使用頻度が増加し、ADL・IADLの改善に繋がったのではないかと考える。

先行研究では、麻痺手の不使用に至った脳卒中片麻痺者に対して、「対象者が望む作業の環境や実現の仕方を共有し、対象者自身にとって麻痺手使用の必要性を顕在化させる支援が有効である」と報告している（北村ら，2019）。本症例においても、意味のある作業に焦点を当てた介入が有効であったと考える。

18-5　作業療法②

重度上肢麻痺症例に対し早期の予後予測と実車評価により改造車受容に至った自動車運転支援の一事例

岡山県・済生会吉備病院

にしやま　かなん
○西山　可那（作業療法士）、中野　広隆

【目的】脳梗塞後遺症を呈するものに対する自動車運転支援の一助となる事を目的に、脳梗塞により重度麻痺を呈した症例に対し、早期から身体機能の予後予測を共有し、実車評価を組み合わせることで、運転再開に向けた改造車の受容を円滑に促すことができた事例を報告する。

【方法】症例は 60 代男性、左放線冠梗塞を発症し A 病院に入院した。病前は通勤、趣味のドライブに自家用車を使用しており、運転再開への意欲は高かった。初期評価では、Mini-Mental State Examination30 点、と認知機能は良好であったが、Brunnstrom Recovery Stage 右上肢 II、手指 I、Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity（FMA-UE）6 点と重度右上肢麻痺を認めた。FMA-U18 点以下では実用手レベルまでの回復が限定的であることが報告されており、右上肢によるハンドル操作やウインカー操作等の獲得は困難になる可能性が高いと予測された。そのため、本人は「右手を治して改造せずに運転したい」と希望していたが、早期から「実用手レベルへの回復は難しく、安全な運転には車両改造が必要になる可能性が高い」ことを予後予測に基づき事前に説明した。その上で、実際の運転能力を見極めるため、実車評価を実施した。

【結果】

退院時、Brunnstrom Recovery Stage 右上肢 III、手指 III、Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity10 点と改善を認めたが、麻痺側上肢は実用手レベルには至らなかった。一方、実車評価において、麻痺側下肢での基本操作は安全に可能であったが、ウインカー等の補機類操作には左手のみでは困難さが伴うことが明確となった。症例は、事前の予後予測の説明を受けていたことに加え、実車評価で自身の課題を客観的に理解できたことで、当初否定的であった改造車の提案を拒絶することなく、安全な運転再開に不可欠なものとして円滑に受容された。

【考察】

本症例は初期の FMA-UE が 6 点と重度上肢麻痺であり、予後予測から右上肢での運転操作の獲得は困難であることが予測された。本事例において、回復を期待する本人の心情に配慮しつつも、早期から予後予測を丁寧に事前説明したこと、そして実車評価を通して「何ができて、何に改造が必要か」を可視化したことが、障害の受容と改造車へのスムーズな合意形成につながったと考える。

【結論】

重度上肢麻痺症例の運転再開支援において、正確な身体機能評価と予後予測に基づく事前説明を行い、実車評価を組み合わせることは、安全な運転再開に向けた円滑な改造車受容を促すために極めて有効であることが示唆された。

18-6　作業療法②

疼痛関連評価の改善を認めずADLが改善した大腿骨頸部骨折術後症例

奈良県・奈良東病院

○椎原（しいはら）　大稀（だいき）（作業療法士）、沼田　一成、奥埜　博之

【はじめに】高齢者の慢性疼痛や恐怖回避はADLを制限する要因となる．本症例は，左上腕骨骨折後疼痛および帯状疱疹後に残存した左胸背部痛を有した状態で，左大腿骨頸部骨折を受傷した．入院初期は左大腿部の術後疼痛への恐怖回避的反応により，移動・排泄動作が制限されていた．一方，課題遂行場面では左上下肢の自発的使用が観察された．本報告では，複数疼痛を有する症例において，課題指向的活動を通した身体使用経験が病棟ADLの拡大に関与した可能性について，臨床的示唆を得たため報告する．

【症例紹介】90歳代女性．約2年前に転倒により左上腕骨を骨折し，同時期に左胸背部に帯状疱疹を発症した．その後も左上肢痛および左胸背部痛が残存したまま，施設で生活をしていた．今回，左大腿骨頸部骨折を受傷し，他院で人工骨頭置換術を施行後，術後18日目に当院回復期リハビリテーション病棟へ入院した．病前は自室内は伝い歩き，自室外はシルバーカーを使用していた．入院時は左大腿部痛の訴えが多く，起居動作は最大介助，移動は車椅子にて全介助，排泄はおむつ管理であった．入院時FIMは37点で，移動1点，トイレ動作1点，車椅子移乗2点，トイレ移乗1点であった．認知機能はMMSE17点で，質問紙への回答は可能であった．PCSとTSK-11は約3か月の入院期間中に月1回評価した．

【経過と介入】入院後約2週時点でトイレ動作練習を提案した際，「そんなんできへんわ．まだここ痛いねんから．」と発言し，左大腿部痛に関連した恐怖回避的反応が移動・排泄動作を制限していると考えた．また，左下肢荷重や左上肢の使用を促すと疼痛訴えや拒否が出やすかったため，風船バレーや輪入れ，貼り絵など，外部の課題へ注意が向く作業で左上下肢の使用を促した．さらに，課題遂行中の身体使用を動画で本人と共有し，疼痛下でも遂行可能であることを確認した．

【結果】課題遂行場面で確認された左上下肢の使用は，ADL場面でもみられるようになり，入院後約1か月で車椅子自走，約1か月半でU字歩行器歩行，約2か月で病棟内シルバーカー歩行が可能となった．入院後約1ヶ月でコール対応での病棟トイレ使用，約1か月半で夜間はポータブルトイレ，日中は病棟トイレ使用となり，排泄時の下衣操作やパット交換も可能となり，退院時FIMは100点となった．しかし，TSK-11は25点，26点，26点で推移し，運動恐怖の改善は認めなかった．さらに，PCSは24点，25点，33点と上昇し，疼痛破局的思考の改善も認めなかった．ADL拡大後，大腿部痛に関連した拒否的発言は減少した一方，左上肢痛および左胸背部痛に関する訴えが目立つようになった．

【考察】本症例では，PCSおよびTSK-11の総点に改善を認めなかったが，移動・排泄動作は改善した．PCSやTSK-11は疼痛破局的思考や運動恐怖を反映するが，複数の疼痛部位を有する症例では，ADL遂行に関連する場面特異的な活動回避を十分に捉えない可能性がある．先行研究でも，PCSの変化はパフォーマンスベースの変化と関連しないことや，運動恐怖とADLの変化は必ずしも一致しないことが報告されている．本症例のADLの改善には，移動・排泄場面における大腿部痛に関連した回避的行動の減少と，課題指向的な活動を通した身体使用経験の病棟ADLへの汎化が関与した可能性が示唆された．

【倫理的配慮】本発表は当院の倫理委員会にて承認を受けている．（承認番号：NH2026-017）対象者には発表の目的および内容を説明し，書面にて同意を得た．

19-1　作業療法③

重度左被殻出血による低覚醒・全介助状態からトイレ動作軽介助へと改善を認めた段階的作業療法

岡山県・済生会吉備病院

○太田（おおた）　愛乃（あいな）（作業療法士）、野上　達矢、中野　広隆

○目的

本症例は左被殻出血により開頭血腫除去術を施行され、重度右片麻痺、全失語に加え、重度の覚醒度低下、Functional Independence Measure（以下 FIM）18 点を呈していた。このような重度脳損傷例に対する ADL 向上の報告は少ない。本報告の目的は、初期の低覚醒と循環動態の不安定さという阻害因子に対し、覚醒度改善を最優先とした段階的な作業療法（以下、OT）アプローチを展開することが、潜在的な機能回復を促し、実動作（トイレ移乗）の獲得に与える効果を客観的に検証することである。

○方法

対象は左被殻出血後（被殻出血重症度分類 TypeV、出血量 216 mL）に開頭血腫除去術を施行した 60 歳代後半の男性である。回復期病棟入院時は Japan Coma Scale（以下 JCS）II-20、Glasgow Coma Scale（以下 GCS）E3V1M4、右上下肢 Brunnstrom Recovery Stage（以下 BRS）I、FIM18 点であり基本動作は全介助であった。重度脳病変に伴う低覚醒と起立性低血圧が最大の阻害因子と考え、3 段階のプログラムを構築した。

初期（第 1 段階）は Tilt table を用いた段階的抗重力刺激負荷と、多感覚刺激入力を先行し、覚醒水準の底上げと循環動態の安定化を図った。第 2 段階では座位保持、リーチ課題、立ち上がり訓練へと進め、体幹機能と身体耐久性を強化した。最終段階（第 3 段階）では移乗・トイレ動作訓練を実施し、全失語に対してはモデリングや視覚的プロンプトを用いた手順の構造化を図った。

○結果

覚醒度は JCSI-3、GCS E4V2M6 へと改善し、非刺激下でも良好な覚醒維持が可能となった。座位時の血圧変動も減少し、離床時間が延長した。運動・バランス機能面では、Functional Assessment for Control of Trunk（体幹機能評価法、以下 FACT）が 1 点から 9 点へと改善して保護伸展・立ち直り反応が出現し、端坐位保持は 10 秒から 30 分以上、手すり把持での起立動作は近位監視レベルへと向上した。移乗動作は非麻痺側主導での殿部方向転換の介助のみで可能となった。さらにトイレ移乗動作においても、手すり把持による離殿・着座、立位保持が可能となり、下衣操作を含め 1 名軽介助レベルへと向上を認めた。最終的に FIM は 18 点から 48 点へと改善した。

○考察

開頭術を要した重度脳損傷例であったが、初期に抗重力・多感覚刺激入力を徹底したことで脳幹網様体賦活系が促通され、覚醒改善と離床の定着に繋がったと考えられた。この良好な覚醒水準と循環動態の安定化が基盤となり、体幹機能、そしてトイレ移乗という高負荷な ADL 訓練へのシームレスな段階的展開が可能となった。全失語に対しては、モデリング等の視覚的戦略が動作手順の理解を効率的に促し、身体機能の改善を実動作における介助量軽減へと直結させ得たと考えられた。

○結論

開頭血腫除去術を施行した重度の左被殻出血患者であっても、初期からの覚醒度改善を優先とした段階的 OT 介入を展開することで、全介助状態からトイレ移乗軽介助（FIM48 点）への ADL 向上が可能であることが示唆された。

19-2　作業療法③

自己への気付きを促す関わりが麻痺側上肢使用拡大に繋がった一例

埼玉県・埼玉みさと総合リハビリテーション病院

○木村（きむら）　早希（さき）（作業療法士）、尾頭　和樹

【はじめに】

今回、脳梗塞により左片麻痺を呈し、非麻痺側での動作遂行から日常生活動作（以下：ADL）が自立したことを背景に、麻痺側上肢の使用頻度低下、内観の乏しさから目標設定に難渋した。就労復帰を見据えたニード聴取と実際の作業を通じた自己への気付き促進により、左上肢使用下での ADL 動作効率性向上を認めたため報告する。

【症例紹介】

50 代男性。病前は産業廃棄物処理関連会社の中間管理職として事務・運搬業務に従事し、通勤・業務での運転が必須であった。X 日に左片麻痺を呈し、A 病院にて脳梗塞と診断され、保存的加療となった。X+13 日にリハビリ目的で当院回復期病棟へ入院。各種神経心理学的検査で著明な高次脳機能障害は認めなかった。X+21 日時点で左上肢-手指 Brs：IV-II、左上肢 FMA21 点、STEF（右/左）95 点/0 点、深部感覚中等度鈍麻、FIM107 点であった。ADL は非麻痺側で概ね遂行可能であったが、食事・更衣で左上肢参加が少なく遂行時間延長を認め、洗体はループタオル使用下でも介助を要した。目標聴取では、ADL については「できているから」との認識で、オープンクエスチョンには「いや～」と回答に窮し、麻痺側への内観が乏しく目標共有に難渋した。

【介入方法】

カナダ作業遂行測定では具体的な目標表出に至らず、ADOC-H の選択式項目を参考にした質問用紙を用いた再面談で「食事で左手を使いたい」等の具体的ニードを聴取ができた。就労に必要な運搬動作を聴取し、書類より持ちやすい取手付き重錘を用いた運搬練習を実施、左手で支持しきれず落下する場面も体験していただき現状への気付きを促した。上肢ロボットを用いた介入、機能的電気刺激を併用した課題指向型練習を実施した。生活場面ではエレベーターのボタン操作、カーテン開閉、お椀把持など麻痺側使用を必須とする課題を設定し、自主トレーニング方法も提案した。

【結果】

X+120 日時点で Brs：V-V、FMA63 点、STEF97 点/70 点、感覚正常、FIM119 点と改善を認めた。食事場面を中心に左上肢使用頻度が向上し動作効率化が得られた。麻痺側使用後に「意外とできますね」（シャツボタン・ネクタイ操作時）、「まだ怖いです」（熱いスープのお椀操作時）など自発的な感想を述べる場面が増加し、自己への気付きの頻度が向上した。

【考察】

本症例は著明な高次脳機能障害がないにも関わらず目標表出が困難であった。背景には管理職として指示を出す立場であったことや、非麻痺側での代償が成立していたことが影響したと考える。ADOC-H の選択式項目により心理的ハードルが下がり、就労復帰という目標に沿った運搬練習での失敗体験の提供が客観的な自己評価を促した。この自己への気付きが左上肢使用の必要性理解に繋がり、脳卒中治療ガイドラインで推奨される課題指向型訓練の生活・職業場面への汎化と機能改善の好循環を生み出したと考えられる。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に則り、本人に十分な説明を行い同意を得た。

19-3　作業療法③

悲観的な発言を認めた症例に対する運動療法により身体機能の変化に伴う心理的変化

1 岐阜県・愛生病院　リハビリテーション課、2 藤田医科大学　保健衛生学部　リハビリテーション学科、3 愛生病院

○磯村（いそむら）　翔大（しょうた）（作業療法士）[1]、松田　壮広[1]、佐々　裕果[1]、小山　総市朗[2]、服部　夏樹[3]

【はじめに】

両側多発脳梗塞患者は、高次脳機能障害や急激な身体機能低下によって、発症初期に強い精神的動揺や悲観的傾倒を呈することが少なくない。今回、入院初期に悲観的発言が目立ったものの、リハビリテーション進行に伴う日常生活能力向上により、前向きな心理的変化を認めた症例について報告する。なお、本報告を行う上で、患者本人に説明し、同意を得ている。

【症例情報】

症例は 70 代前半の女性（身長 152.0 cm、体重 46.0 kg）である。既往歴はなし。X 日に左内頸動脈大型動脈瘤の手術目的で前院に入院した。X＋21 日に脳動脈瘤頸部クリッピング術を施行後、両側大脳半球に新規多発小脳梗塞を発症した。X＋70 日に消化管出血による下血、血圧低下、意識レベル低下を認め、保存的加療を施された。X＋97 日に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院となった。入院時作業療法評価は、Stroke　Impairment Assessment Set におけるにおける両側の運動項目は、両側ともに上肢 3、手指 3、股関節 2、膝関節 2、足関節 2 であった。筋力は、徒手筋力テストで上肢が 3 レベル、下肢が 2 レベルであった。感覚障害や関節可動域制限は認めなかった。機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、FIM）の運動項目は 13 点、認知項目は 11 点、改訂長谷川式簡易知能評価スケールは 13 点であった。基本動作は、座位保持が上肢支持ありで近位監視レベル、起立動作は上肢優位、立位保持は膝折れを認め重度介助（腋窩支持）であった。排泄は終日オムツ着用であった。

【介入経過】

入棟初期は精神的動揺が強く、「死んだ方が良かった」などの悲観的な発言が頻回に聞かれ、離床に対する拒否的な態度も認めた。これに対し、まずは標準型車椅子への移乗を促し、リハビリテーション室への移動を図ることから開始した。リハビリテーション室では、プラットホーム上での端座位保持練習（5 分間保持×2 セット）や、高座位からの起立練習、立位練習を段階的に実施した。介入 3 か月後には、移乗動作およびトイレ動作の介助量が軽介助レベルに軽減した。それに伴い、日中の離床時間が増加し、患者の発言も「まだまだ生きて頑張らないとね」と前向きな内容に変化を認めた。介入 5 か月後には、移乗動作とトイレ動作が自立レベルに達した。昼食時の経管栄養管理も車椅子座位で実施可能となり、日中の離床時間はさらに増加した。この頃には、「家に帰れるように頑張るね」と、具体的な退院目標に向けた意欲的な発言も得られた。

【考察】

本症例は、入棟時の日常生活能力が全介助レベルであり、強い悲観的発言が目立っていた。しかし、段階的な離床計画やトイレ動作の獲得といった「身体的成功体験」の積み重ねによって、自己効力感が高まり、前向きな心理的変容をもたらしたと考えられた。脳卒中患者において、離床による活動範囲の拡大と日常生活の自立度向上は、身体機能の回復に加えて、生存意欲の向上や精神心理面を改善させる重要な因子であることが示唆された。

19-4　作業療法③

長期経過パーキンソン病患者の小字症状に対し認識に焦点を当てた介入―作業遂行6因子分析ツールを用いて―

兵庫県・西宮回生病院

○石田（いしだ）　柊花（しゅうか）（作業療法士）

【はじめに】

作業遂行6因子分析ツールは，対象者の主体的な実行状況に焦点を当て，最も影響を及ぼしているkey factorを推定し方針を検討するツールである．今回，認識をkey factorに推定し作業療法を行ったことで，家族や友人との文通を再開した症例を経験したため報告する．尚，発表に際し，対象者と家族に同意を得ている．

【症例紹介】

70歳代，女性，右利き．夫と二人暮らし．既往歴：パーキンソン病（40歳頃）．現病歴：左側頭葉皮下出血と診断され，病後16日に当院回復期病棟へ転院（以下，転院日を入棟1日目とする）した．目立った麻痺症状はなく前腕支持型歩行器で歩行可能であった．入棟21日に「文字が小さくて読めないから，友達に返事が出せない」と発言があり，書字の評価を開始した．

【初期評価】

入棟21日．FIM：54点（運動35点，認知19点）．RCPM：29/36点．MDS-UPDRS：121/260点（I：17/52，II：35/52，III：56/132，IV：13/24）．COPM：手紙を書く（遂行度4，満足度1）．書字評価：鉛筆，白紙を使用．1行で小字化し，4行で他者，本人ともに判読困難．筆ペン，罫線用紙（15mm）使用下では10行程度他者は判読可能だが，本人は「しっかり書けてない」「小さくて読めない」と発言し，病棟での書字再開には至らなかった．

【治療方針】

主体的な作業の実行状況を「手紙を出せていない」状態と捉えた．その要因として，「認識：文字が小さくて読めない」が抽出され「情緒：自信喪失，意欲低下」に繋がっていると考えた．これに対応するkey factorとして「認識」を設定した．まずは病棟職員など身近な他者への書字機会を通じて，認識の改善と自信の回復を図る方針とし，目標を15行程度の文章を書き友人に送る，に設定した．

【経過と介入方法】

入棟27日．他者から書字評価を受ける手段として，作業療法場面でクリスマスカードを作成し，事前にポジティブフィードバックを依頼した病棟職員へ手渡す機会を設けた．職員から「ありがとう」「よく読める」との返答を得て，同日夕方には，「本当に読めたんやね」「喜んでもらえてよかった」との発言があり，　自ら進んで筆ペンと罫線用紙を用いて自主練習を行う姿が病棟で確認された．入棟29日には，「隣の席の人に渡したい」「娘と孫にも準備する」と，対象の拡大や手渡しに関する能動的な発言が認められ，以降，作業療法場面以外でも自らカードを作成し，介助なしで1人で他者に手渡す場面が確認された．

【結果】

入棟61日．FIM：93点（運動61点，認知32点）．RCPM：31/36点．MDS-UPDRS：114/260点（I：17/52，II：29/52，III：56/132，IV：12/24）．COPM：手紙を書く（遂行度9，満足度10）．書字評価：筆ペン，罫線用紙（15mm）を使用．15行程度は他者，本人ともに判読可能となり，友人に近況報告の手紙を書くなど文通の再開に至った．「よく読めるね」「従妹にも出すことにした」と前向きな発言が認められた．

【考察】

本症例は，環境設定による即時的な小字症状の改善は得られていたものの，読めないという偏った認識が情緒に悪影響を及ぼし，実生活での不使用を招いていたと考える．病棟職員へのカード送付という段階付けによって，自分の文字が他者に伝わる，という事実を本人が実感できたことは，自己効力感を高める一因になったと考える．この成功体験と周囲からのポジティブフィードバックが書字に対する認識の歪みを修正し，病棟での自主練習や他患，家族への対象拡大といった能動的な行動変容に繋がったと推察される．

19-5　作業療法③

テニス競技への復帰を目指す頚髄損傷患者に対する課題指向型アプローチの実践

香川県・橋本病院

○石塚（いしづか）　和佳奈（わかな）（作業療法士）、宮川　友輔、大野　達郎、菰田　英雄

【はじめに】

脊髄損傷患者は、上肢機能障害により日常生活動作のみならずスポーツ活動への復帰に難渋するが、課題指向型アプローチ、タナベスパイダーおよびバイオフィードバックが運動学習に有効であると報告がある。テニス競技は、利き手を使用したフォアハンドショットが主であるが、サーブの際にトスを上げる、フォアハンドストローク時の非利き手（構えの手）、バックハンドショットなどの際には、非利き手も重要な要素となる。本症例では、非利き手である左上肢優位の機能障害を呈していた。それに対し、課題指向型アプローチの実践およびテニスの非利き手動作に着目した結果、テニス競技への復帰が実現した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

70歳代男性。自転車事故で受傷。急性期病院へ救急搬送され、C3-C4レベルの狭窄、C7レベルの骨折。翌日、C3-C4椎弓切除、C5-T2後方固定術を施行。21病日目に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院。入院時の身体機能は、ASIA上肢運動スコア15点、改良Flankel分類D3、STEF右92点左80点、左上肢優位に機能低下を認めた。「またテニスの大会にでたい」との発言が聞かれ、カナダ作業遂行測定（以下、COPM）では重要度8・遂行度3・満足度3であった。テニス動作における問題点として、左上肢の手関節背屈と手指伸展が不十分なことによるショット時の力の入りづらさやトスアップ時のボールコントロールの拙劣さが挙げられた。

【説明と同意】

当院倫理委員会の規定に基づきデータは個人を特定できないように配慮した。（倫理No.8）また、書面にて説明し、同意と署名を頂いた。

【方法】

1）機能練習　56病日

CMバンド（アルケア社）、タナベスパイダー（田邊製作所）、ヴェトラップバンテージテープ（3M社）を使用し、手関節背屈位での手指伸展練習に加え、TS-MYO（トランクソリューション社）を使用しリアルタイムでバイオフィードバックを行う。

2）素振り練習　68病日

①フォアハンドストローク時の非利き手

ヴェトラップバンテージを使用し手関節背屈位に牽引し、素振り練習を実施。同時に伸筋群へTS-MYOの電極を張り付けバイオフィードバックを実施。

②トス動作

タナベスパイダー、ヴェトラップバンテージテープを使用して手関節背屈・手指伸展を補助し、トスアップ時のボールコントロール練習を実施。

3）実際場面での練習　89病日

実際にテニスコートに外出しプレーを実施。タナベスパイダー等を未装着でも、介入当初と比較し正確なフォームでのプレーを確認できた。

【結果】

ASIA上肢運動スコア18点、改良Flankel分類D3、STEF右100点左94点、COPM重要度8・遂行度9・満足度8に向上。介入当初と比較し円滑な動作が獲得でき、169病日目に自宅退院しテニス競技へ復帰。

【考察】

本症例はタナベスパイダーやヴェトラップバンテージテープを使用した機能練習や模擬動作練習を行った結果、手関節背屈と手指伸展動作が安定した。それらは単なる代償ではなく、正しいフォームでの運動を反復することができ、運動学習の一助になったと考えられる。また、濱田らによると、症例の機能に即した合目的な課題をフィードバックしながら遂行することで、トレーニングに対する意欲の向上や運動学習の促進に繋がったと報告がある。本症例においては、模擬動作練習時にもTS-MYOを使用したバイオフィードバックを併用することで、患者本人も客観的に動作の確認を行うことができた。バイオフィードバックにより、誤った運動を視認し修正することで、正しい運動が促進できたと考えられる。また、課題指向型アプローチを実施し意味のある課題を反復できたことで練習意欲向上や運動学習に相乗効果をもたらしたと考える。

19-6　作業療法③

パニック症の既往がある重症心不全患者に ADL 改善のため支持的精神療法を用いた一例

東京都・南多摩病院

○五味（ごみ）　友莉香（ゆりか）（作業療法士）、倉田　考徳、原　大志、多賀井　祐聡

【はじめに】

今回，うっ血性心不全を呈しパニック症の既往を有している症例を担当した．介入時期ごとに異なる不安感や焦燥感が出現し，支持的精神療法を用いて面談を行った．重症心不全患者において，身体機能面だけでなく精神機能面からアプローチする事で ADL が改善し自宅退院に繋げられた為，以下に報告をする．

【症例紹介】

就労していた 70 歳代男性．既往歴は甲状腺癌，甲状腺機能低下症，30 代の頃よりパニック症を有している．入院の 1 年前から心不全症状が出現し症状悪化を認め，うっ血性心不全で当院入院となる．性格は，まじめで心配症な部分があり，自我が強い気質だった．

【経過】

入院時の心臓超音波検査は左室駆出率が 20%，胸部エックス線画像は心陰影拡大と両胸水貯留を認めた．第 3 病日より循環動態が増悪しショック状態となり，覚醒は JCSIII 桁となる．その後，ショック状態は離脱し JCS は I 桁まで改善したものの肺うっ血は残存しており，循環動態の不安定さで過呼吸が出現しパニック症状を認めた．精神機能賦活を目的に第 25 病日より作業療法が開始となった．初回評価は，FIM49 点（運動 15 点，認知 34 点），病棟 ADL は全介助であった．全身状態は不安定であった為，観察や発言内容から精神機能評価を行った．その結果，安定しない病態に加えて排泄の訴えが強く不安感が目立った．介入内容として①面談（目標の立案共有）②ADL 練習③リラクセーション④病態指導を実施．介入計画は，不安感や焦燥感の除去の為，本人とこまめに現状の振り返りを行いながら短期目標立案を行った．初期の短期目標は，車椅子誘導で見守り下での排泄動作とした．排泄動作練習を行った結果，第 36 病日にはトイレ内動作は見守りで可能となった．第 41 病日には全身状態は改善し安定はしたが，症例はこの頃より病前 ADL と比較する発言が多く聞かれ，不安感より焦燥感が目立った．次の短期目標は，移動も含めたトイレ動作自立と自分のタイミングでシャワー浴をする事とし，①～④の介入に加えて⑤運動療法と歩行の練習を行った．その結果，第 47 病日には点滴棒歩行でトイレ動作自立が達成した．第 57 病日には効率的な動作指導と練習の結果，シャワー浴の自立が達成した．しかし，この頃になると入院が長期化した影響か仕事や金銭面に対する新たな不安感や焦燥感の訴えが出現した．介入内容は，復職を見据えて運動療法の負荷量を増やし，自身のタイミングで休息を取る練習などより具体的な生活指導を行った．また同時に治療者に対する不満が増え，介入内容の変更を要求するような事があった．不満を吐露できる環境として傾聴に時間を割き，ストレスのはけ口を設け，介入拒否に繋がらないように配慮した．最終評価では FIM119 点（運動 84 点，認知 35 点）．病棟 ADL は自立し，第 90 病日に自宅退院へと至った．退院後は，外来受診を継続し，再入院にならないように留意しながら業務内容を制限して仕事も少しずつ再開することができている．

【考察】

山下らは支持的精神療法において，治療関係が安定し，作業同盟が構築するための基本姿勢として，傾聴と受容，共感と理解が重要であると述べている．本症例は，病態の不安定さと ADL の低下があり，介入時期ごとに異なる不安感や焦燥感を認めた．今回，面談を通してこまめに問題点の共有と病態の理解を促し，目標立案を行った．その結果，主体的な治療参加が可能となり，自身の目標が明確化したことで抽象的な不安が除去され，ADL 改善に繋がったと考える．本症例のように重症心不全患者でパニック症を有している場合，生活指導に加えて精神機能面からのアプローチが有効である可能性があると考えられる．

20-1　作業療法④

調理を通して意欲の向上が認められた皮質盲患者の治療経験

香川県・橋本病院

○藤原（ふじわら）　寧々（ねね）（作業療法士）、岩内　宏達、窪内　瑞樹

【目的】

今回、多発性塞栓性脳梗塞にて皮質盲を呈した症例を担当した。見えないことから自信の喪失、意欲の低下がみられたが症例の希望である調理動作に対する介入を行い意欲の向上を認めたため報告する。

【症例】

60代男性、診断名は多発性塞栓性脳梗塞。両側の後頭葉に梗塞を認めた。急性期病院を経て50病日目に当院回復期リハビリテーション病棟へ入院となった。発症前ADLは全て自立し、自動車の運転も可能。単身赴任で土木関係の仕事に従事していた。そのため、日常的に自炊をしていた事や過去に飲食店で調理をしていた経験から調理にはこだわりを持っていた。入院時評価は、BRS上肢VI、手指VI、下肢VI、SIAS 54点、BBS 41点、FIM 66点（運動37点、認知29点）、やる気スコア31点と運動麻痺は軽度だが、視覚は光を感じる程度、背側視覚経路損傷に伴い空間認知機能に著しい低下がみられた。

【説明と同意】

当院倫理委員会の規定に準じ使用データは個人を特定できないように配慮した。
また、本人には書面にて説明し、同意をいただいた。

【アプローチ】

調理動作を行う前に物品の操作確認、空間認知訓練を実施し細かな段階付けを行うことで調理への不安の軽減を図った。調理は入院期間中に4回実施し、卵サンド、卵スープ、プリン、野菜炒めの順に行った。段階付けとして火を使用しない、包丁を使用しない、調理工程が少ないものから選択した。また、調理器具としてはゆで卵機器、キッチンハサミ、カット野菜を使用し物品の工夫を行った。

【結果】

実際の調理場面では、物品との距離が測れないことや火気を扱う際にも危険場面がみられた。そのような中でも、工程数を調節しながら実践することで、「この工程ならできそう」といった発言が聞かれるようになった。それにより、やる気スコア10点となり調理動作を行ったことで意欲の向上が認められた。しかし、介入期間内において、調理動作の完全な自立には至らなかった。一方で調理を通して成功体験を積み重ねたことで意欲の向上がみられ171病日目に自宅退院後は、食事の片付けを継続するなど生活行為への参加に繋がった。回復期退院時評価では、SIAS60点、BBS56点、FIM119点（運動86点、認知33点）まで向上し病棟内のADLは自立となり調理を目標とした介入が生活全般の活動性向上に寄与した可能性が示唆された。

【考察】

本症例では、皮質盲により視覚でのフィードバックが得られないことに加え空間認知機能の低下により対象物との距離を測ることが困難であった。そのため、空間認知訓練では体性感覚を利用した反復練習に加え、使用物品を限定化し環境を構造化することで視覚情報の不足を環境調節によって補填した。また、症例は介入初期から調理動作に対して強い不安があり、視覚障害によって調理が困難になったことは役割喪失や自己効力感の低下にも影響していたと考えられる。外里ら（2006）は、有能感や達成感を会得するような作業活動を選択することで、達成できた事実を言語化し心理的変化を自覚することが自己効力感を高めるとしている。そのため、実際の調理場面で段階的に経験を積むことで、「できない」から「条件付きでできる」という認識の変化がみられた。皮質盲患者に対する調理支援では、動作獲得を目指すだけではなく、本人の不安や役割意識にも着目しながら実生活を想定した段階的介入を行うことが重要であると考えられた。

20-2　作業療法④

作業を通して、他者との関わりという価値を再獲得した事例について

埼玉県・IMSグループ　埼玉セントラル病院

○石関（いしぜき）　千乃（ゆきの）（作業療法士）、三橋　和也、本嶋　卓

【はじめに】

入院を契機に毎日行っていた仕事という価値が失われ、無為な時間を過ごしていた前頭側頭型認知症・軽度うつ病の70歳代のクライエント（以下CL）に対して、新たな価値や習慣の獲得を目的に作業療法（以下OT）を実施した。その結果、無為な時間が減少し、同室者との新たなコミュニティが生まれ、毎日の精神科作業療法にも継続して参加できるようになったため、以下に報告する。

本発表は、本人には口頭にて・ご家族には書面にて説明し了承を得ている。

【症例紹介】

症例は前頭側頭型認知症・軽度うつ病の女性（70代）。夫と2人暮らし。週6日間のパート勤務で、AM・PMの仕事の合間に自宅へ戻り夫の昼食の準備をしていた。外出は自立していたが、金銭管理ができない状態にあり、病院受診し前頭側頭型認知症と診断を受ける。同年、精神症状出現し他病院へ医療保護入院し、その後施設退院に向けた待機目的で当院へ入院となる。入院後20日目、看護師より「何もすることがなくて困っている」と話していると情報共有を受け、介入開始となる。

【作業療法評価と解釈】

他日常場面においては病棟内杖歩行にてADL自立、HDS-R6点。精神科作業療法は入院翌日に参加を促すが、2回目以降の参加は拒否。インテーク面接を実施し、CLからは以下の発言・希望があった。

「元々仕事をしていたから、今はやることがなくて退屈」

「仕事のようなものがあればやりたい」

これらのことから、仕事がCLにとって大切なものなのではないかと仮説を立て、仕事に代わる作業を探すため介入を始める。

【経過】

介入から10日ほどは仕事に代わる作業を見つけるために、塗り絵や趣味であった編み物などを実施。介入をしていく中で「仕事で友達と会うのが好きだった」との発言あり、人との関わりを大切にしているのではないかと再評価し、OTを介して他者交流機会を増やすことに目的を変更し作業療法を継続した。CLを含めた他患者と5名程でデイルームにて集団活動を実施し、作品を他患者から称賛をもらえるように介入した。徐々にデイルームで過ごす時間や、一緒に行っていた他患者との交流時間が増えた。同時期に「あなたがいるから行くわ」と精神科作業療法への参加頻度も増えた。

【結果】

症例の大きな変化としては個室から大部屋に変わり同室者とのコミュニティが形成された。精神科作業療法へ参加するようになってから、「教えてあげるから一緒にやろう」とポジティブな発言が増え、毎日参加できるようになった。余暇時間は、毎日デイルームにて同室者と共に過ごされ、そのまま一緒に精神科作業療法へ参加するという習慣が定着している。

【考察】

OTと一緒に作業をする機会を継続したことで、離床する習慣へと繋がった。また馴染みの顔との交流機会を調整したことにより、入院前の「友達に会うのが好き」という価値を病院生活におけるコミュニティで獲得したと考える。作業療法ガイドラインにおいて地域生活の継続と社会参加の重要性が示されていることに加え、武田らの研究では、地域活動などの作業活動が精神的な健康や生活満足度の向上に繋がると示されており、コミュニティの参加が心身の安定や生活の充実に繋がることが示唆される。これらのことから、今回の介入を行った結果、リハビリ時間でも意欲的な取り組みや発言が聞かれるようになり心身の廃用の改善や意欲向上など好循環へ改善したと考える。

20-3　作業療法④

趣味活動が重度認知症患者の精神的安定とBPSD改善を認めた一例

1埼玉県・IMSグループ　埼玉セントラル病院、2IMSグループ　埼玉みさと総合リハビリテーション病院

○大塚（おおつか）　由菜（ゆな）（作業療法士）[1]、三橋　和也[1]、吉田　千沙都[1]、本嶋　卓[1]、河原　克俊[2]

【はじめに】

今回、アルツハイマー型認知症の80代女性を担当した。不安感が強く不穏や大声に加え、机を叩く様子や机に足を乗せる等の行動から他患者トラブルが多々あった。本症例に対して精神面の安定化に着目し介入したことで、大声や危険行動が軽減され他患者との交流が増加したため報告する。本発表はご家族様の同意を得ている。

【症例紹介】

症例は重度アルツハイマー型認知症の80代女性。既往に左膝蓋骨骨折を有する。ADLは日中車椅子に乗車。午前中は精神科作業療法に参加しており、午後は13時からご家族の面会のある15時まで活動性に乏しく座位で過ごす時間が長かった。その際に毎日大声で歌唱しており、他患者からの苦情が多く聞かれた。基本動作は軽介助～中等度介助。両股関節、膝関節に伸展制限あり。FIM30/126点（運動項目18点、認知項目12点）。認知機能はHDS-R：6/30点、NPI-NH28/144点（興奮、不安、易刺激性、異常行動）、VQ38/56点（音楽）。性格は仕事が好きで几帳面。趣味は畑仕事と音楽鑑賞。

【方法】

症例に対し、入院時から継続している週7回の精神科作業療法（以下、集団介入）に加え、40分×週3～4回の疾患別リハビリテーション（以下、個別介入）を開始した。集団介入では体操や音楽鑑賞を実施し注意機能向上、精神面の安定化を図った。個別介入では歩行訓練に加え、本人の趣味である音楽鑑賞や園芸活動、敷地内散歩を実施した。また、園芸活動では水やり等の役割を設け、回想を促しながら介入を行った。

【結果】

介入後は園芸活動や散歩への参加が定着し、他患者との交流機会が増加した。また笑顔が増え表情が穏やかになった。これらのことからNPI-NHが28/144点から18/144点となり改善が見られた。またFIMは30/126点から移乗の点数が向上し31/126点、HDS-Rは6/30点から場所の見当識の点数が向上し7/30点となり、僅かに改善が見られた。集団介入では、個別介入以前は危険行動から後ろに壁がある後方での参加となっていたが、危険行動が減少し刺激の入りやすい前列からの参加が可能となった。

【考察】

河西らは、リハビリの一環として散歩を実施することが、認知症の症状の抑制に繋がると述べている。今回のNPI-NHの結果からもBPSDの症状抑制に繋がっているため、先行研究の結果と一致している。さらに、散歩に加えて本人の趣味である園芸活動を取り入れたことで重度の認知症患者に対しても良い変化が生じたのではないかと考える。また、水やりを依頼したことで主体的な行動の増加が見られた。このことから、単に趣味活動を提供するだけでなく、仕事好きという生活歴や価値観に沿った役割を設定したことがBPSD軽減に寄与したと考える。

作業療法ガイドラインでは、重度認知症の人に対し、音楽による介入が短期的な効果としてストレス軽減に役立つこととともに、長期的にBPSDの軽減につながるとされている。本症例に対しても、音楽鑑賞を取り入れることでBPSDの軽減に強く影響したと考える。園芸活動と同様に、趣味を活用した介入により症例本来の個性やその人らしさがより発揮できたのではないか。

さらに、春田らは昔の感情が想起されたことで、情緒面や言語面への変化が見受けられたと述べている。また、作業療法ガイドラインによると、回想法は気分、幸福感、認知機能の改善の可能性があると言われている。これらのことから、介入の中で回想を促したことにより、興奮や不安等の情緒面が安定し、異常行動の軽減にも繋がったと考える。

今回の介入を通して、本人の性格や趣味を取り入れて関わることの重要性が示された。これらを踏まえ、今後も対象者それぞれの個別性を大切にした支援を実践していきたい。

20-4　作業療法④

回復期脳卒中片麻痺患者へのBMI訓練が上肢機能と運動イメージに及ぼす影響

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○大坪（おおつぼ）　美紗都（みさと）（作業療法士）、丸山　貴史、宮野　一也

【はじめに】

脳卒中ガイドラインではロボットを用いた上肢機能訓練を行うことは勧められており、Brain-computer　interface を応用した上肢機能訓練を行うことは妥当であるとされている。また、先行研究によると Brain-Machine Interface（以下 BMI）を従来の上肢機能訓練に追加することで Fugl-Meyer Assessment scale（以下 FMA）上肢項目が改善すると報告されている。回復期脳卒中患者に対して BMI を使用した訓練を提供することで上肢機能が改善した症例について報告する。

【症例紹介】

50 歳代女性。X-1 月 Y-25 日に右比較出血と診断され、同日に血腫除去術を施行。X 月 Y 日に A 病院へ転院となる。

【評価】

Br.Stage は上肢 II 手指 I　重傷者向け MAL（以下 LF- MAL）は AOU/QOM 共に 0 点であった。FMA は 8/66 点であり手指の得点は 0/14 点であった。Modified Ashworth Scale（以下 MAS）は肩/肘/手指すべて 0 であった。運動イメージに対しての Visual Analogue Scale（以下 VAS）は 66mm であった。

【経過】

第 1 期（Y 日～Y+13 日）：Y+5 日より BMI を開始した。活性化レベルは α 波は 19% から 21% へ、β 波は-7% から 11% へと変化した。BMI 実施直後には総指伸筋の筋収縮が僅かに見られるようになったが持続はしなかった。

第 2 期（Y+14 日～Y+18 日）：BMI での訓練に加え BMI 実施後に IVES にて促通を図った。BMI 実施前後での自動運動は認めなかったものの IVES 使用時の筋活動電位（筋電）を認めるようになった。活性化レベルは α 波は 21% から-17% へ、β 波は 11% から-29% へと変化した。

第 3 期（Y+19 日～Y+25 日）：BMI 実施前は手指自動運動は認めなかったが、BMI 実施直後には僅かに手指自動運動を認めるようになった。しかし自動運動が出現したことにより運動イメージが散漫となり活性化レベルが低下することもしばしば認めた。活性化レベルは α 波は-17% から 11% へ、β 波は-29% から-10% へと変化した。

【結果】

Br.Stage は上肢 II 手指 II　LF　-MAL は AOU0.07 点/QOM0.03 点　FMA は 12/66 点であり手指の得点は 2/14 点へと向上した。MAS は肘/手指に関して 1 へと上昇した。VAS は 75mm へと向上を認めた。

【考察】

髙橋らは BMI を従来の上肢機能訓練に追加することで FMA 上肢項目が改善すると報告している。また、森岡らは運動イメージ能力は麻痺肢の使用頻度や動作の質に関係し、それらを媒介し、運動麻痺の程度に間接的に関係すると述べている。当該患者も患者の疲労感に合わせ BMI 実施後に IVES を併用するなど従来の上肢機能訓練と併用している。BMI の使用により麻痺肢の運動イメージが構築され、IVES などを使用した機能訓練により、より効果的な機能回復に繋げる事ができたと考える。また、BMI 実施中は訓練画面に表示される活性化レベルを確認でき、1 ブロック（10 試行）ごとにブロックごとの Time-Frequency map（時間周波数解析結果）を確認することができる。運動イメージが正しく行えているかどうかを適宜確認しながら行えたことで当該患者の運動イメージが構築でき、VAS の点数向上に繋がったと思われる。

20-5　作業療法④

「がんばらなんね」～認知症患者に対し方言と家族参加型介入により活動性向上が認められた症例～

埼玉県・IMSグループ　埼玉セントラル病院

○内原（うちはら）　成美（なるみ）（作業療法士）、三橋　和也、本嶋　卓

【はじめに】認知症で入院するとキーパーソン（以下，KP）も高齢で面会に来られることは少なく、KPとの関わりは持ちにくく、患者の情報を十分に得られないこともある。今回方言が強く他者との交流がとりづらく、意思疎通に難渋する患者を担当した。本患者のKPは協力的であり、KPを巻き込んだリハビリを実施した結果、早期のラポール形成に繋がりリハビリの参加率と離床率が向上したことについて発表する。なお、本報告に際し、個人が特定されないように配慮した。

【症例】70歳代男性

病名：アルツハイマー型認知症、糖尿病

生活歴：A県にて出生。同胞7名中第4子

現病歴：糖尿病で通院中の診療所から認知症が進んでいると言われた。KPが往診の医師に診てもらうよう進めていたが本患者が勝手に近所の病院を受診し、入院（A県の病院）となった。入院当初は問題行動が著明で隔離。内服調整、環境整備にて落ち着き隔離解除。Y－3月に当院回復期病棟入院。認知症症状あり、X年Y月Z日に認知症病棟に転病棟。

希望　本人：「歩きたい」 KP：「自分のことは自分でできるようになってほしい」

【評価】MMSE：11/30点　場所の見当識の項目で「A県」と回答する。また後日には周囲のスタッフが標準語で話していることに対して「あれ？」と違和感や疎外感を感じている様子があった

NPI-NH：10点（無為・無関心、脱抑制、異常行動、睡眠）

FAST：Stage6

FIM：運動項目28点　認知項目12点

興味関心：ドライブ、麻雀、運動、おしゃべり等

【経過】集団リハ2時間×6回/週、個別リハ2単位×2回/週実施

Z日：KPに対し、本患者の趣味、生活歴の聴取。そこで本患者と発表者が同じ地方出身のことを伝えた。他OTは本患者の方言に対して「早口で聞き取りにくい」「なんとなく雰囲気で理解しているつもり」

Z～Z+7日：妄想、覚醒不良、帰宅願望、脱抑制増悪

集団リハは毎回参加できるが受動的。個別リハには拒否あり。積極的な離床は出来ず。

Z+8日：麻雀をKP交えて実施。離床意欲あり、順番を抜かして牌を取ろうとする場面あるが、注意することで理解し遂行可能。

Z+8日～：面会の度に本患者とKP、発表者で話す機会があった。発表者は方言を交え、安心できる空間を作った。本患者の発表者に対する認識が高まり、個別リハの受け入れが良くなった。

Z+22日：歩行練習開始

Z+26日：KPも交えて他患者とトランプ、笑顔が見られる、他患者との交流あり

車椅子から転落しベッド上安静となった

Z+33日：「ずーっと待っとった」離床に意欲的、声かけに笑顔あり

【結果】

・個別リハでは、関心の高いものの提供に加えて、KPの協力もあり発表者が介入するときには離床拒否は減少した

・離床頻度が増えたことで廃用も改善し協力動作も見られた

【考察】佐藤らによれば、『方言は郷土意識、仲間意識、一体感、信頼感、安心感を生みやすい話法で、同郷の聞き手は強い親近感を持つ』とされている。また吉永らは『方言を使用している相手に対して、自らの方言で応答することは自分も相手との心的距離を近く感じている、または縮めたいと思っているという態度を返していることになる』と述べている。今回、方言でコミュニケーションをとったことにより、親近感を感じ、早期のラポール形成に繋がり、参加率や離床率が向上したと推察する。KPも含め方言が飛び交う環境は本人にとって安心できる環境になったのではないかと考える。介入開始時は拒否が多かったものの関係性構築後は本人が希望する歩行練習も実施できた。引き続き患者一人一人に合った環境づくりが必要と感じた。このことにより認知症者とのラポール形成においては、馴染み深いもの（方言など）を取り入れた関わりが重要と考える。

20-6　作業療法④

認知行動療法により訓練参加意欲の向上を認めた抑うつ患者の一例

石川県・千木病院

○池之谷（いけのたに）　真結香（まゆか）（作業療法士）

【はじめに】

認知のプロセスにはその瞬間に頭に浮かぶ自動思考と呼ばれる考えに反映され、それがそのときの感情や行動、体の状態を左右する。自動思考には否定的なものと肯定的なものがある。通常ネガティブな出来事に直面したときに良くない可能性を考える自己防衛反応があるが、これらは時間経過とともに現実に沿った考えに修正される。しかし、抑うつや不安などの精神的不調を呈している状態だとそれが困難になる。認知行動療法（以下 CBT）は個人の行動と認知（自動思考）に焦点を当て、そこに含まれる行動、認知、感情や情緒、身体そして動機付けのネガティブな問題を合理的に解決するために構造化された治療法であり、高齢者の全般的な不安症状や過剰な心配に軽減すると報告されている。本症例は過剰な不安感に対し CBT を用いた症例を報告する。

【事例紹介】

80 歳代女性　X 月 Y 日自宅で転倒し救急搬送。L2, 4 圧迫骨折の診断。Y+1 日右上下肢の脱力感認め検査の結果左視床出血発症。Y+45 日当院転院。Y+123 日担当変更となり初回介入。

【初期評価】

認知機能は長谷川式簡易知能評価スケール（以下 HDS-R）18 点、自己評価式抑うつ尺度（以下 SDS）：62 点と抑うつ感情や精神的症状が点数として高く、訓練中も「できないです」「怖いです」などの悲観的な発言が続き、積極的な介入は困難な状態であった。起き上がりや移乗、食事は監視にて可能だが、その他の ADL 動作全般に介助が必要な状態であった。また、カナダ作業遂行測定（以下 COPM）を用いて面接を実施し、病前できていた身の回りの事（ADL 動作中心）ができなくなり自信喪失につながっている。できることは自分でしたいと話された。（トイレ）重要度：10、満足度、遂行度：1 となった。

【経過】

介入初期、立位訓練では恐怖心や不安の訴えと疲労感も強く訓練に難渋していた。移乗動作では見守りにて実施可能なため、心理的要因が原因と仮説を立てた。先行研究より CBT は高齢者の全般性不安障害が軽減されると報告されており CBT の自動思考記録表（以下コラム表）を実施した。気分の表現（%）など困難なところは表情や言動から観察した。不安感の強い場面や環境の聴取と自身の身体能力認識や今までに似たような環境下での転倒歴の有無を確認し、客観的に評価した状態を共有した。本人の中で過剰な恐怖心だったと気づき、難易度の高い立位訓練も可能となり、トイレ動作練習を目的とした片手支持での立位訓練や立位でのリーチ動作訓練の実施が可能となった。

【結果】

認知機能は SDS：52 点と精神的症状の改善はないもの、抑うつ感情の改善は得られた。訓練時の悲観的な訴えは減少し、本人からも「今日あと 1 回できる」などと立位訓練実施回数の増加や訓練場面でのポジティブな発言も得られた。COPM：遂行度：3 満足度：1 と大きな改善は得られなかった。

【考察】

本症例は過剰な不安障害により ADL 能力の低下を認めていた。Hall らは高齢者全般性不安障害は CBT により過剰な心配や全般的な不安症状を有意に軽減すると報告している。患者自身が不安感の強い環境の把握や客観的な身体能力の把握、思考の歪みなど修正行うコラム表の実施により不安感が軽減され、訓練に対するポジティブな反応や抑うつ症状の改善が得られたと考える。また、高齢者に CBT の実施はワークシートの工夫や身体機能や認知機能や生活環境を踏まえた修正が不可欠であると報告されており、今回のコラム表の実施にて一部表現が困難であったところもあるが、簡単な言葉で表現することで患者自身が否定的な自動思考だと気づき修正することができ効果は得られたと考えた。

21-1　作業療法⑤

原因不明単麻痺を呈した重度パーキンソン病患者の医療療養病棟における作業療法―左上肢再使用と活動参加―

東京都・みなみ野病院

○浅井（あさい）　麗（うらら）（作業療法士）、田畑　寛人、星本　諭、張　益商

【目的】

医療療養病棟における作業療法士には、機能訓練のみならず、ICF に基づき人・物・環境を調整し、生活場面を通して活動参加を支援する役割が求められる。今回、原因不明の左上肢単麻痺を呈した重度パーキンソン病患者に対し、意味のある作業活動と環境調整を実施した結果、上肢の再使用と活動参加の拡大を認めたため報告する。

【症例紹介】

症例は 90 代女性。発症前は長男との二世帯住宅で生活し、ADL は概ね自立していた。X 年 Y 月、左上肢麻痺および体動困難を認め救急搬送された。MRI 等で脳血管障害は否定的であり、原因不明の左上肢単麻痺と診断された。X 年 Y+2 ヶ月、当院医療療養病棟へ入院した。パーキンソン病（Hoehn & Yahr 分類 V）、左肩関節亜脱臼、左上腕静脈血栓症、左膝褥瘡を認め、三角巾固定による不使用状態であった。本人は「ごめんね、大切にしてあげられなくて」と患側上肢への思いを語っていた。

【経過】

入院当初は基本動作練習、歩行練習、車椅子離床を中心に理学療法を実施し、左上肢に対する作業療法は実施されなかった。疼痛が強く触れることも拒否していたが、徐々に軽減した。X 年 Y+6 ヶ月、本人の希望と主治医の許可を得て三角巾を除去し、左上肢へのアプローチを開始した。開始時は肩関節軽度屈曲位、肘関節屈曲位、前腕回内位、手関節掌屈位、手指軽度屈曲位を呈し、手関節以遠の浮腫および他動運動への拒否を認めた。血栓症および CRPS に配慮し、自動運動から段階的に介入し、塗り絵、折り紙、貼り絵、毛糸通し、ハサミ操作、蝶々結びなど意味のある作業活動を導入した。リハビリスタッフは机上活動や病棟生活の中で継続的に声掛けを行い、使用を促した。さらに、食堂では隣席患者から自然な促しを受け、使用機会が増加した。

【結果】

紙押さえや貼り絵、ハサミ操作、折り紙などで補助手として使用されるようになった。さらに、食事時のトレー保持、手洗い時の両手使用、トイレットペーパー操作、下衣操作など、訓練場面では日常生活に関連した動作へ使用が広がった。FIM は 52 点から 57 点へ改善した。本人からは「気づいたら使えるようになっていたね」との発言が聞かれた。

【考察】

本症例では、意味のある作業活動に加え、病棟生活そのものを治療場面と捉えた環境調整により、生活の中で左上肢を「使う」機会が増え、活動参加の拡大につながった。「できる ADL」が「している ADL」へ十分に結び付けることは難しかったものの、訓練場面では日常生活に関連した動作へ使用が広がり、身体への認識や主体的な使用の変化が認められた。また、リハビリスタッフによる継続した声掛けに加え、他患者からの自然な促しも環境因子として作用した可能性がある。医療療養病棟における作業療法士には、生活場面を見据えた環境調整を通して活動参加を促進する視点が重要である。

【結論】

意味のある作業活動と環境調整を継続的に実施することは、原因不明の左上肢単麻痺を呈した重度パーキンソン病患者における上肢の再使用と活動参加の拡大に寄与する可能性が示唆された。

21-2　作業療法⑤

実践報告　精神科デイケアにおける若年層が取り組みやすい未実施の創作活動の導入～レジンをやってよかった～

東京都・大内病院

うちやま　りえ
○内山　利英（作業療法士）、村上　唯

【背景】

精神科デイケアでは、利用者のうち20歳以上40歳未満の者が35％と比較的若い年齢層の利用が多く（厚生労働省，2009）、若年層を対象としたプログラムの需要は増加している。

当院の精神科デイケアでは、登録者数110人以上、内40歳未満は14名となっている。創作活動として以前から貼り絵などは行っていたが、若年層にはあまり好まれなかった。そこで、カスタマイズが容易でオリジナルなデザインを表現した作品作りが手軽に行えることが若年層に好まれると考え、今回、精神科デイケアで若年層が取り組みやすい未実施の活動としてレジンを導入した。

その結果、作品作りを通した地域の展示、祭り等の参加や活動幅の広がりがみられた。対象範囲を狭めた未実施の活動の提供に効果を実感したため、今回、導入後6か月が経過した時点での精神科デイケア利用者およびスタッフへの主観的評価を実施することにした。

【目的】

精神科デイケア利用者およびスタッフのレジン実践に対する効果の実感、期待、改善点を明らかにし、今後のプログラム定着と質的向上につなげることを目的とする。

【方法】

アンケートは2026年5月20日～同年6月2日に実施し、用紙に無記名で対象者の性別、年齢、レジンに関する項目を「非常にそう思う」～「まったくそう思わない」の5段階で直筆記入とした。対象は当院精神科デイケアに通所している利用者、スタッフの中でデイケアにおいてこれまでに1回以上のレジン実践経験を有する者とした。本調査は倫理委員会のもと承認を得て実施した（承認番号2026-1）。

【結果】

アンケートの回答数はデイケア利用者27名、スタッフ8名（作業療法士4名、看護師2名、精神保健福祉士2名）であった。利用者の性別は男性48.1％　女性51.9％、年齢は平均53.5±13.8歳、疾患は統合失調症19名、デイケア利用期間は平均2778.4±3579.6日であった。

利用者では「参加前に事前知識がありましたか」は、「いいえ」81.5％であった。「レジン作品作りを体験して楽しいと感じた」は、「非常にそう思う」66.7％　「ややそう思う」18.5％であった。「デイケアはレジン作品作りに取り組みやすい環境である」は、「非常にそう思う」70.4％であった。「レジン作品作りは、地域の活動につながる」は、「非常にそう思う」55.6％　「ややそう思う」37.0％であった。スタッフでは「非常にそう思う」100％であった。

自由記述にて、利用者では「自分の世界が広がった」「やってみたかったことができて嬉しかった」「渡した人に喜んでもらえた」「今度ネックレスが作ってみたい」、スタッフでは「創作の窓口が広がった」「利用者の満足度が高い」が良かった点としてあげられた。

【考察】

参加者の多くがレジン未経験であったにもかかわらず、高い満足度と楽しさを感じており、作品作りを通して自己表現の達成や他者からの承認、交流が得られたと考えられる。「デイケアはレジン作品作りに取り組みやすい環境である」に対して道具が揃っていることや他利用者と共に取り組むことができるといったデイケアの提供する環境が高く評価されている。また、「レジン作品作りは、地域の活動につながる」への回答は、利用者自身がデイケア内だけにとどまらず、社会や地域とのつながりを強く意識していることがわかる。さらにスタッフからも、地域活動への広がりや発展が期待され、利用者の好意的な反応を受けて効果を実感したと示された。

今後の参加意欲、展開を希望する声が聞かれ、当プログラムの定着とさらなる発展が期待される。

21-3　作業療法⑤

ストーマを造設したがん患者に対しQOL評価を用いて介入し，病前の役割や趣味・交流を再獲得した事例

広島県・井野口病院

○土井（どい）　彩加（あやか）（作業療法士）

【はじめに】沖田ら（2026）は，患者の主観的評価を適切に理解し，客観的所見と統合して判断することが治療満足度の向上や長期的なQOL維持に繋がると述べている．今回直腸癌を呈しストーマを造設した本症例に対し，健康関連QOLの包括的尺度「EQ-5D-5L日本語版」と疾病特異的尺度「FACT-G日本語版」を実施．退院後も社会参加に繋げるべくQOL評価を行い，本症例の病気に対する捉え方や受け止め方を明らかにすることで，役割や余暇活動再開に繋ぐことができたため報告する．

【事例】80歳代後半の女性．直腸癌にて腹腔鏡下ハルストマン術施行，ストーマ造設．36病日後に当院へ転院．EQ-5D-5Lは0.791〈軽度～中等度低下〉．FACT-Gは合計点73/108点〈身体面（PWB）23/28点，社会・家族面（SWB）25/28点，心理面（EWB）17/24点，機能面（FWB）8/28点〉．病前より社会性は高い．

【介入経過】I期：FACT-G「悲しいと感じる」「病気と闘うことに希望を失いつつある」の項目で低下．自宅退院にはADL獲得とともにストーマ管理獲得が必須であるが，本症例は匂いや便漏れが心配で外出が億劫であり，対人面において課題要因となっていた．心理面回復にはストーマ管理獲得が重要と考え優先的に介入．座位で本人の馴染みの作業活動，運動療法を実施し心理的コントロール改善と支持的な関わりを実施．
II期：FACT-G「生活を楽しむことができる」「自分の病気を充分受け入れている」の項目で低下．EQ-5D-5L「ふだんの活動」の項目で低下．リハビリ前にパウチ内の便破棄を済ませておく等の準備が行えるようになり，心理面が安定．活動の幅が広がることで役割余暇活動獲得に繋がると想定．機能面の向上を目指し，病前の役割活動に焦点を当て介入を実施．
【結果】退院時：EQ-5D-5Lは0.889〈軽度低下〉．FACT-Gは合計84/108点〈PWB24/28点，SWB23/28点，EWB20/24点，FWB17/28点〉．退院6ヶ月後：EQ-5D-5Lは0.73〈軽度低下〉，FACT-Gは合計88/108点〈PWB18/28点，SWB26/28点，EWB21/24点，FWB23/28点〉．次女宅へ退院．バラの手入れやプランターで野菜を育てており，友人との交流が持てている．家族の援助の下ストーマ管理は行えており，便漏れの心配はない．「（QOL評価実施時）病気や家族のことを見つめ直すきっかけになった．今の自分の気持ちがわかった．」と述べられる．
【考察】村岡（2020）は，本人に備わっている適応機制により表出される初期反応や不快症状などの反応を，患者のペースで表出できるよう，支持的に関わることが重要と述べている．また，川又ら（2008）は，本人にとって価値や興味の高い習慣や役割の遂行を支援することで，主観的QOLや生活満足度を高めることができると述べている．ストーマ管理を通して，手技獲得だけではなくできる部分にも目を向けられるようになり，ストーマを付けた自分を受け止められたことで，作業や活動の幅が広がり余暇活動や役割遂行，社会参加促進に寄与したと考える．今回QOL評価を実施することで，問題解決のためのアプローチ段階が見えやすく，本症例にとっては自分の感情を見つめる，言語化する機会となった．本症例を通して，QOL評価を用いることは，評価者が病気に対する受け止め方を知る機会だけではなく，患者本人が自分の感情を知るきっかけとなり得ることが示唆された．

21-4　作業療法⑤

医療療養病棟において生活歴に基づく作業活動が主体的行動と生活行為の拡大に繋がった一例

東京都・みなみ野病院

○土橋（どばし）　一希（かずき）（作業療法士）、浅井　麗、金子　大輔、深沢　太一、田中　譲

【目的】日中臥床傾向であった対象者に対し、生活歴に着目した作業活動として割り箸を用いた家屋模型製作（以下、家作り）を導入した。その結果、離床時間の拡大だけでなく、主体的行動の向上や他者交流の増加、排泄行動への波及がみられたため報告する。

【症例紹介】症例は84歳男性。既往に脳梗塞あり。X年2月に自宅浴室で受傷し、両下腿II度熱傷16%、体幹部I度熱傷20%に対して分層植皮術を施行。その後も加療継続が必要となり、X年5月に当院療養病棟へ入院した。

【初期評価】入院時FIMは44点（運動22点、認知22点）、両膝関節屈曲制限が著明で、基本動作・ADL全般に介助を要した。HDS-R22点、リハビリには消極的で、「やらなくてもいいよ」との発言を認めた。

【課題】ADL全般に介助を要し、自発性低下からリハビリ参加や離床に消極的であった。また、他者交流も乏しく活動量の低下を認めた。

【方針】身体機能のベースアップを図りつつ、離床機会の拡大と作業活動への参加を促し、主体的な活動の増加を図る。

【経過】

①介入初期（X年5月～6月）

ROM訓練や座位訓練等の機能訓練を実施した結果、基本動作およびトイレ動作は見守りレベルまで改善し、モジュール型車椅子への乗車も可能となった。しかし、自発的な活動や離床は少なく、尿便意の訴えもなく終日オムツ対応であった。

②作業活動導入期（X年6月～7月）

離床時間拡大を目的に取りかかりやすい塗り絵や貼り絵を提案し、実施していた。活動中は集中していたが参加は受け身であり、終了後は臥床して過ごすことが多かった。他者交流も無かった。

③生活歴を反映した作業活動導入期（X年7月～8月）

生活歴聴取から元大工であることが判明し、家作りを提案した。開始後は自ら設計図を描き、工程を考える等の経験を活かした主体的な取り組みがみられたが、活動は主にリハビリ時間内に限られていた。

④主体的な活動期（X年8月～10月）

進めていく上で「やりがいがある」との発言が聞かれ、自ら家作りの為の離床を希望するようになった。作品を介して他患者やスタッフとの交流も増加した。X年9月のリハビリ期限終了後も看護師へ離床を依頼し、家作りに取り組み、1日2時間以上の離床が定着した。

【最終評価】退院時FIMは63点（運動41点、認知22点）まで向上し、歩行器歩行・トイレ動作が見守りになった。尿便意も自ら訴えるようになり失禁は消失した。HDS-Rは27点であった。他スタッフに自ら話しかけたり、手を振ったりする場面が増え、離床やリハビリ意欲も向上した。退院前には「歩いたり、トイレに行けるようになるとは思わなかった。リハビリして良かった」との発言もあった。その後、X年11月に施設へ退院となった。

【考察】塗り絵や貼り絵では活動参加は得られたものの、対象者にとって意味付けが乏しく主体的行動の変化には至らなかった。一方、生活歴に基づく家作りは、過去の経験や技能を発揮できる機会となり主体的な作業参加を促したと考えられる。また、作品完成という明確な目標が継続的な動機づけとなり、自発的な離床や他者交流の増加に繋がった可能性がある。さらに、その変化は排泄行動にも波及しており、意味のある作業への参加が生活機能全体へ好影響を及ぼした可能性が示唆された。

【結論】医療療養病棟において、生活歴や興味・関心に基づく意味のある作業活動は、主体的行動の向上だけでなく生活行為の拡大にも寄与する可能性が示唆された。

21-5　作業療法⑤

治療目標の設定に難渋した対象者に対しCOPMを用いて合意目標に至った症例

東京都・平成扇病院

○管（かん）　和真（かずま）（作業療法士）

【はじめに】

ADLに障害を呈した症例では、退院後の生活を見据えた目標共有が重要である。本症例は、左脳梗塞を呈した80歳代の女性（A氏）である。A氏は、身体機能に対するメタ認知が低下しており、本人が希望するHopeと、治療者が重視するADLとの間に相違があり、治療目標の設定に難渋した。そこで、本症例ではCanadian Occupational Performance Measure（以下、COPM）を用いて作業認識を可視化し、目標の共有を図ることで、合意目標に至ったため、以下に報告する。

【症例紹介】

左脳梗塞を発症しA病院に入院。リハビリの継続目的で当院に転院。入院時は右片麻痺を認め、移動は車椅子全介助、入浴はチェア浴、移乗・更衣・排泄は見守りを要していた。

初回面接では、「コンサートに行きたい」「買い物に行きたい」などの外出や趣味活動を希望していたが、それを実現するために必要な課題についての認識は乏しく、治療目標の共有が困難であった。

〈初期評価〉

Functional Independence Measure（以下、FIM）：運動項目40/91点、認知項目18/35点

ADL：〈食事〉自立、〈整容・更衣・排泄〉見守り、〈入浴〉チェア浴。洗髪・洗体一部介助。

COPM（入浴、歩行、買い物、料理、掃除・洗濯）：平均遂行度1.6、平均満足度1.8

【介入内容】

介入初期は、A氏が希望するHopeと、治療者が重視するADLとの間に相違があり、具体的な治療目標の共有が困難であったため、目標設定は曖昧なものとなっていた。そこで、課題重要性の整理を目的に、ADL・IADLを可視化できるCOPMを活用した。

COPMでは入浴、歩行、買い物、料理、掃除・洗濯が抽出された。結果をもとに現状の身体機能と現時点で達成可能な動作について本人と共有し、希望する活動の実現には入浴や歩行などのADL獲得が必要であることを繰り返し説明した。また、実際の動作場面を動画で撮影し、本人と共に動作を振り返ることで、できている部分や困難となっている部分を共有した。さらに、動作練習中には適時フィードバックを行い、自身の身体機能や課題への理解を促した。その過程で本人の意向を確認しながら目標のすり合わせを行い、最終的に作業療法介入における合意目標を入浴動作の獲得とした。これを踏まえ、入浴動作の構成要素を整理し、上肢機能の向上や浴槽の跨ぎ動作獲得など、段階的な目標を再立案したうえで介入を実施した。

介入を通して、身体機能と活動能力を踏まえた発言が増加し、「手が上がらなくて髪が洗えない」「浴槽を跨ぐのが怖い」など、入浴動作に関連した具体的な課題を表出するようになり、協働的な介入が可能となった。

【結果】

FIM：運動項目78/91点、認知項目31/35点

ADL：〈食事・整容・更衣・排泄〉自立、〈入浴〉個浴。洗髪・洗体自立。

COPM（入浴、歩行、買い物、料理、掃除・洗濯）：平均遂行度4.2、平均満足度2.2

【結論】

COPMの活用により、A氏と治療者双方が認識していた課題の重要性を可視化し、生活行為における具体的な課題分析および目標共有に繋げることができた。さらに、対象者の価値観や希望を治療過程に反映することで、SDM（Shared Decision Making）に基づいた協働的な目標設定が可能となった。COPMは、現実的な目標共有が困難な症例に対し、対象者の価値観を踏まえた意思決定を支援し、治療への主体的な参加を促進する有用な評価指標であることを確認した。

21-6　作業療法⑤

本人の意思決定を起点とした退院支援

東京都・明理会東京大和病院

○藤田（ふじた）　絢女（あやめ）（作業療法士）

【はじめに】

今回、在宅生活の継続が困難とされた症例に対し、アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を契機に退院支援の方向性を再検討した。できる日常生活動作（以下 ADL）の獲得、環境調整および多職種連携を行うことで自宅退院を実現した一例を報告する。

【症例】

70 歳代女性。肺癌による悪性種瘍合併皮膚筋炎により著明な筋力低下を呈した。主な症状は皮疹と近位筋の筋力低下である。治療は主にステロイドが導入されるが、肺癌などの悪性腫瘍を合併した場合一般的にステロイド抵抗性となりやすく予後不良とされている。基本動作は全介助、ADL はベッド上での遂行が中心であった。認知機能は保たれ意思決定能力もあり、「自宅で最期をむかえたい」という希望があった。独居であり、キーパーソンである妹は県外在住かつ持病があり、継続した介護は困難であった。

【介入】

介入初期は自宅退院を目標に、離床および端座位での食事動作獲得を目指した。しかし、介入開始約 1 か月後に COVID-19 を発症し全身状態が悪化した。自宅退院は困難と判断され一時は転院方針となった。その後、ACP により本人の意思を再確認し、自宅退院を目標とした支援へ方針を変更した。継続的な離床が困難であったため、ベッド上で遂行可能な ADL 獲得を目的に介入した。本人が遂行可能な ADL については、在宅生活での実用性を意識し、食事・服薬・ペットボトルの開閉等を含めた飲水動作の練習や携帯電話の操作練習、ベッド上で生活が継続できる環境設定を提案した。退院支援カンファレンスでは院内外の多職種と情報共有を行い、自宅写真を用いて環境調整や必要な社会資源について検討した。カンファレンス実施 2 週間後に自宅退院となった。

【考察】

本症例は、身体機能低下に加え、予後不良とされる疾患背景や独居という生活背景から、自宅退院は困難と考えられた。しかし、ACP により本人の意思決定を多職種間で共有したことで、共通目標を持って退院支援を進めることができた。また、「本人ができること」と「支援で補うこと」を整理したことで、残存能力を活かした環境調整と社会資源の導入につなげることができた。本症例を通して、退院後の生活を具体的に想定し「どうすれば暮らせるか」という視点で生活を捉え、本人の残存能力と社会資源を組み合わせながら支援を組み立てることの重要性を再認識した。また、本人の意思を多職種で共有することが一貫した退院支援に繋がったと考えられる。

22-1　言語聴覚療法

脳卒中発症4年後からの介入で改善が認められた90代失語症例―慢性期超高齢者の改善要因に関する一考察―

東京都・まちだ丘の上病院

○坂本（さかもと）　英世（えいせい）（言語聴覚士）、小川　知、金子　正子、石田　優樹、和田　千容

【はじめに】失語症をはじめとする高次脳機能障害は年単位の回復経過を辿ると言われており、超高齢者も例外ではない。しかしながら、超高齢者の改善例、加えて慢性期になると、その報告は少数である。今回、発症から4年経過時点より訓練を開始し、改善が認められた慢性期超高齢者失語症例を担当する機会を得た。慢性期かつ超高齢者という条件下においても改善が得られた要因について、当院で経験した一症例を、若干の考察を加えて報告する。

【症例】90代・女性・右手利き・二分脊椎症で出生。排尿障害及び仙骨部褥瘡にて外来通院していたが、20XY年Z月、発熱と食欲不振にてA病院入院。褥瘡状態は極めて不良であり、同年Z月+2か月後に療養病院である当院転入院。20XY年+1年後、入院加療中に右麻痺と失語症状が出現し、脳血管疾患の発症が疑われた。近隣病院へ脳画像撮影など検討したが、キーパーソンの意向により、詳細検査は実施せず、経過観察の運びとなった。当時は言語聴覚士（以下ST）1名体制であったため、十分な言語聴覚療法の提供が困難であった。20XY年+4年より演者を含めST3名体制となり、継続的な介入が可能となった。

【20XY年+4年時点での介入時所見】意識清明。RCPMは28/36で認知面は保たれていた。一般神経学的所見は二分脊椎症由来の両下肢麻痺、及び脳卒中後遺症と考えられる右上肢麻痺が認められた。神経心理学的には失語症を認め、自発話は「ちょーよー」という再帰性発話が主であった。理解面は、状況理解は保たれており、日常生活場面に大きな支障はなかったものの、標準失語症検査（以下SLTA）では、聴覚ルートは短文レベルから低下が認められ、視覚ルートは課題理解から困難であった。書字は、一部ヒントを提示しながら漢字氏名のみ可能であった。その他高次脳機能障害面は、行為面で観念性・観念運動性失行は認められなかったが、一部verbalizationを含む口舌顔面失行が認められた。視空間認知面は右半側空間無視・構成障害ともに認められなかった。その他、些細な刺激で笑いが止まらなくなる、強制笑いが認められた。失語症は重度である反面、コミュニケーション意欲が高く、積極的に他者交流やイベントに参加していく明るい性格であり、スタッフや他患者との関係性も良好であった。

【経過】身辺情報や挨拶語の斉唱から開始し、次第に復唱や音読で単語レベルでの表出が可能となった。日常生活場面においては、再帰性発話が主ではあるものの、挨拶や一部単語レベルの表出も認められるようになり、訓練内では、短文レベルの表出も認められた。半年毎にSLTAにて再評価実施し、訓練開始から2年後には、理解面は視覚聴覚両ルートともに8割以上正答となった。表出面も、呼称は0→19/20、動作説明0→4/10と改善が認められた。一方で、強制笑いの症状には変化が認められなかった。

【考察】脳卒中発症4年後より本格的な訓練を開始したため、自然回復とは考えにくい条件のもと、改善を得ることができた。その要因として、1.90代でも認知面が比較的保たれていたこと。2. 訓練意欲が高く、ある程度の訓練負荷（1日1時間、週6回程度）にも応じることが可能であったこと。3. 算定期限のない「障害児（者）リハビリテーション料」での介入が可能な環境下で、継続的なリハビリテーションの提供が可能であったこと。4. 障害受容ができており、失語症を呈していても他者交流やイベント参加にも積極的であったこと。5. スタッフや他患者との関係性が良好で、訓練時以外にも日常的にコミュニケーションが展開されていたこと。以上5点の要因が大きかったと考えられた。

22-2　言語聴覚療法

発声制限下の四肢麻痺患者に対する意思伝達支援としての iPad の活用―リハビリ意欲向上に着目して―

兵庫県・協立記念病院

○中野（なかの）　有里恵（ゆりえ）（言語聴覚士）

【目的】気管切開管理下にある脊髄損傷後の四肢麻痺患者では、発声不能により意思伝達が制限されるため、諦めや自己否定が生じやすく、また長期入院によりリハビリに対する意欲の維持が困難となることが多い。頸部手術後の短頸により気管切開時に輪状軟骨を切開したため、気切部の自然閉鎖が望めず、意思伝達が制限されリハビリ意欲が低下した患者に対し、iPad をコミュニケーションツールとして活用し、リハビリ意欲の向上、発声能力の改善、生活態度全般への好影響を認めた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】60 代女性　交通事故による頚髄損傷後の四肢麻痺　ADL は全介助　多発骨折に対する頸部手術の影響で気切孔自然閉鎖せず、音声表出困難

【経過】転院直後は栄養不良等に対し優先的に治療が行われたが、病状が落ち着くにつれ、本人には今後への不安や焦燥感が強まっていき、リハビリ意欲が低下した。そのため、発声能力改善をめざしつつも意欲の維持を優先する方針でリハビリを開始した。6 ケ月後気管カニューレが抜管され、自宅復帰の希望もみられるようになり、発声制限がある中でも家族とのコミュニケーションを望む気持ちが強くなった。そして、気切孔にインジェクションテープや絆創膏などを貼布し長時間音声表出可能な状態にしたうえで、iPad 内のラインをコミュニケーションツールとして活用し、音声表出訓練を試みることでコミュニケーション手段が確立し、意欲維持可能なリハビリが可能となった。

【考察】療養病棟では長期のリハビリが可能であり、患者の気持ちの変化に対応しつつ、意欲低下に留意したリハビリに取り組める利点を感じた一例であった。発声訓練に加え、患者の心理特性を総合的に評価し、「残存機能を活かす AAC」を選択したことが奏功したと考えられた。また家族の協力が得やすく、小さな成功体験を積み重ねていったことも寄与したと思われた。四肢麻痺・気管切開患者においては、臨床判断に基づき総合的に適切な AAC を選択し活用することが、意思伝達手段確立、リハビリ意欲の向上に重要であると思われる。

22-3　言語聴覚療法

口腔ケア時に拒否反応を呈した視覚障害を伴う重症心身障害者へのコミュニケーション的介入

東京都・緑成会整育園

○菅（すが）　涼（りょう）（言語聴覚士）

【目的】

視覚障害および重度知的障害により活動状況の把握が困難で、口腔ケア時に拒否反応を呈していた重症心身障害者に対し、介入手順の統一と予告刺激を用いたコミュニケーション的関わりを実施し、情動面への影響を検討した。

【症例紹介】

障害の重い子どものコミュニケーション評価では、志向性 4〜6 か月、理解 6〜10 か月、表出 6〜10 か月、学習の基礎 6〜10 か月、認知発達 4〜6 か月相当であった。斜視および瞬目反射消失を認めたが、光源定位は可能であった。馴染みのあるセラピストによる童謡や手遊び歌に対しては、笑顔や視線移動などの期待反応を示し、音楽のリズムに合わせて指を動かす様子も認めた。一方、不意な口腔周囲への身体接触に対しては、顔を背ける、閉口する、頭部を左右へ振るなどの拒否反応を認め、不快刺激として受容されていた。口腔機能は、顎運動が単純な上下運動、舌運動が前後運動主体であり、離乳初期レベルであった。また、嚥下反射には惹起遅延傾向を認めた。直接嚥下訓練では、甘味刺激や冷感刺激に対して快反応を示す一方、口腔ケア後には苦顔表情が持続する場面を認めた。

【方法】

口腔ケアでは、①歯ブラシをコップに当てて音を鳴らし、口腔ケアの開始を予告する。②スポンジブラシで口唇に触れ、口腔周囲への接触を予告する。③顎運動がみられた際は、自発的な嚥下反射が生じるまで待機し、対象者の反応に合わせて介入する。以上の手順で統一した。

直接嚥下訓練では、ジュースの攪拌音による聴覚的予告や、アイスのカップおよびシリコンスプーンによる触覚的予告を実施した。これらの刺激を摂食場面の予告情報として一貫して提示した。

評価は、口腔ケアについて手順統一前 3 か月間と統一後 2 か月間で比較した。実施はいずれも覚醒時に行い、顔を左右に振る動作を拒否反応として記録した。拒否反応率は、拒否反応回数を実施回数で除して算出した。

【結果】

口腔ケア時の拒否反応率は 36.3%（44 回中 16 回）から 2.5%（39 回中 1 回）へ減少した。一方、統一手順を用いなかった介入では拒否反応を認めた。直接嚥下訓練時のフェイススケールは 1.2 から 0.5 へ改善し、笑顔出現頻度の増加を認めた。また、嚥下反射惹起時間の短縮や流涎減少も認めた。

【考察】

本症例は視覚障害、重度知的障害により活動状況の把握が困難な状態にあった。竹田ら（2014）によると、視覚障害・認知症を有する患者に対し、構造化された手がかりを一貫した手順で提示することで行動の改善が得られたと報告している。本症例においても聴覚・触覚的予告刺激を介入手順として統一したことが、拒否反応の軽減という行動変化につながったと考えた。

また、対象者の反応タイミングを尊重した関わりが刺激受容性や快反応の向上に寄与した可能性が示唆された。

22-4　言語聴覚療法

脳幹出血により重度嚥下障害，コミュニケーション障害を呈した一例～20年にわたる長期的な関り～

兵庫県・協立記念病院

○岩尾（いわお）　尚美（なおみ）（言語聴覚士）、恩田　光平

【はじめに】

40歳代に脳幹出血を発症し，重度嚥下障害，重度構音障害を呈した患者を経験した。入院時から現在まで約20年間，担当者は代わるが言語聴覚士の介入を継続することが出来た．今でも，機能維持しQOLの維持が図れている．これまでの関りを報告する．なお，本人に十分な説明のうえ，発表の同意を文書で得た．

【症例紹介】

60歳代の男性．

現病歴：脳幹(橋)出血を発症した．トラック運転中に左麻痺が出現し，自分で救急車要請．救急車が到着した際は意識がなかった．脳幹出血と診断され，開頭血種除去術施行．

既往歴：30代　脳梗塞（後遺症なし）

神経学的所見：嚥下障害，重度失調性構音障害，四肢麻痺，顔面神経麻痺，眼球運動障害，呼吸障害

【初回評価】

コミュニーション方法：足を蹴る動作でYes/Noを示すことが可能．精査は困難だが，やりとりから認知機能は年齢相応に保たれている．目立った高次脳機能障害は見受けられない．

嚥下機能：精査は困難．間接的嚥下訓練のみ実施していたが，気切孔から色付きの痰が出ていることから家族が少量食べさせていたことが発覚．ST中のみ直接的嚥下訓練を開始．

【STとの引継ぎ】

訓練に同席し妻の紹介を行った．嚥下機能や介助方法，認知機能，コミュニケーション方法について伝達した．

【病棟との連携】

病棟リハカンファレンスの活用，ベッドサイドリハでありリハビリ場面を見てもらうことで情報を共有した．

【家族との情報共有と指導】

家族は毎日面会に来院しており，繰り返し指導や確認を行った．

【経過】

当院に入院中に右手の上下方向の動きを使用した50音読み上げ法でのコミュニケーション手段を獲得し，家族やスタッフと簡単なやり取りが可能である．家族面会時とST訓練時にお楽しみレベルでコーヒーやプリンを摂取している．ST訓練時のみ，内筒カニューレをスピーチカニューレに交換し発声訓練を行っている．

【結果】

重度の嚥下障害，コミュニケーション障害があるが、残存機能を活かして，嚥下可能な食材で好きなものを摂取し家族とコミュニケーションをとり，機能の維持とQOLの維持が図れている．

【考察】

本症例が約20年にわたって機能維持が可能となっている要因を考察した．一つは，発症年齢が40歳代と若く，認知機能が保持されていることにより早い段階でコミュニケーションの代替手段を獲得可能であったこと．二つは，本症例の残存機能やコミュニケーション面について可能な手段を当院スタッフ間で共有し，関わり方を統一して対応してきたこと．三つは家族の存在である．家族全員が50音読みあげ法を獲得し，食事介助の方法を理解している。家族の関係性は良好で本症例の生きる力の源になっていると考えられる．

昨今病院では，長期的な関りが難しい状況にあるが，本症例は20年という長期的な関りで機能維持され、QOLの維持改善がされている．食べる楽しみや他者とコミュニケーションをとることは，その人らしく生きることを支えることになる．慢性期の患者で長期的なリハビリテーションが必要なケースがあり，その有用性を実感した一例である．

22-5　言語聴覚療法

原職復帰を希望した若年失語症の一症例に対する回復期リハ病院でのSTの取り組みと課題について

大阪府・千里リハビリテーション病院

○橘（たちばな）　彩乃（あやの）（言語聴覚士）、熊倉　勇美、香川　浩之

【はじめに】

知的能力が保たれ、早期に言語訓練に取り組んだことで失語症など言語機能の改善が認められ、原職復帰を希望した一症例を経験した。回復期リハ病院におけるST評価、訓練と回復の経緯、退院後の課題などについて若干の考察を含めて報告する。

【症例】

40代、男性、右利き、高卒。左被殻出血、右片麻痺、失語症を発症し、発症15日目にリハ目的で当院に転院した。職業はコンビニ店員。祖父と従妹との3人暮らしで、社交性は低くはないが、元来寡黙とのことであった。初診時の言語機能評価：1)SLTA：①呼称0/20、②語の列挙：0/15と表出面の障害が強く、自発話は残語が中心で、意思伝達は強く制限されていた。高次脳機能検査では、1）RCPM：34/36　2）コース立方体：IQ78.1と良好であった。

【ST訓練】

自由会話、呼称、喚語課題(語頭音やカテゴリー指定)、単語の説明、SFA課題、情景画説明などを実施した。なお、自主トレ課題として計算問題・クロスワード・論理脳などを提供したところ熱心に取り組んだ。

【結果】

RCPM：35/36、コース立方体：IQ124、FAB(語の流暢性)：2/3と、いずれも改善。SLTA：①呼称19/20、②語の列挙：15/15で、語頭音を指定した喚語課題（口頭・書字含む）では、「ああ、あい、あう…」と50音順に想起しようとする工夫や、「色は…」「形は…」と、自発的に属性をヒントとして使用するなどし、想起される語数のみではなく、質的な改善も認められた。また、病棟での生活を観察すると、入院後、ST訓練以外に、病棟内で患者同士の会話に参加する機会が増え、発話面の改善を大きく後押ししたと考えられた。

【考察と課題】

片麻痺、失語症共に改善したが、退院後、次に就労支援や外来リハへ繋ぐ目的で遂行機能の評価（BADS）を実施すると、鍵探し検査：0/4、動物園地図検査：2/4と不良で、問題解決のために手順を考える力や、計画性など思考の柔軟性の障害が明らかになった。

本症例は、若年で、発症15日目の入院と比較的早く、頭部X-CTを見ると言語野の損傷を免れており、知的能力が保たれ、患者自身がcueを工夫することが、言語機能、特に喚語の改善に繋がったものと考えられた。しかし、思考の柔軟性の低下は残存しており、元の職場（接客が主）への復帰には困難が予想される。若年で社会参加への意欲も強いことから、引き続き、適切なサービスを利用した就労支援が望まれる。

22-6　言語聴覚療法

病態変化に応じたコミュニケーション支援を行った回復遅延型重症ギラン・バレー症候群患者の1例

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○小田（おだ）　彩（あや）（言語聴覚士）、橋口　陸斗、井波　皓暉、森　陽香、石垣　秀紀、桑原　正憲、中尾　健太郎

【はじめに】

ギラン・バレー症候群（GBS）の重症例では人工呼吸器管理や球麻痺を伴い、意思伝達障害、発声障害、嚥下障害が遷延する。回復遅延型では長期療養を要するため、多職種による継続的な介入が重要である。嚥下リハビリテーションやAAC、発声支援の有用性は報告されているが、病態変化に応じてコミュニケーション支援を継続的に最適化し、その運用を多職種・家族で共有する介入戦略の報告は少ない。今回、回復遅延型重症GBS患者に対する長期多職種介入を経験したため報告する。

【倫理的配慮】

本報告はヘルシンキ宣言に則って実施し、発表にあたり本人の同意を得た。

【症例】

20歳代、男性。GBS発症後、免疫グロブリン静注療法およびステロイドパルス療法を施行されたが、高度四肢麻痺、球麻痺、呼吸筋麻痺が遷延し、気管切開下で人工呼吸器管理となった。発症103病日に当院障害者病棟へ転院した。転院時は24時間人工呼吸器管理下で音声による意思伝達が困難であり、透明文字盤を用いていた。口型での表出もあったが顔面麻痺もあり意思伝達量は限られていた。嚥下機能はDSS1、FOIS1で、口腔内に多量の唾液貯留を認めた。ADL・基本動作は全介助、FIM27点、活動範囲はベッド上に限られ、主体的なリハビリテーション参加は困難であった。

【経過と結果】PTは身体機能・呼吸機能、OTは上肢機能訓練・作業活動、CEはウィーニング、STはコミュニケーション・嚥下機能に介入した。コミュニケーションでは意思伝達能力および使用場面を評価し、要件別文字盤を導入した。同時に電気式人工喉頭を用いた発話訓練を開始し、病棟スタッフ・家族へ運用方法の共有を行った。105病日には車椅子座位が20分可能となった。電気式人工喉頭でのコミュニケーションが定着し、自身の体調に合わせた介入が可能となり、145病日にはFIM44点となった。離床時間の拡大に伴い302病日には病棟での集団コミュニケーション療法に参加可能となった。309病日にVEを実施し兵頭スコア9点だったが、314病日のVFでは誤嚥なく極少量の食物の食道通過を認めたため、直接訓練を開始した。370病日には日中の人工呼吸器離脱およびスピーチバルブ装着下で会話が可能となった。意思伝達量がさらに増加したことにより、患者と話し合いながら効果的なリハビリテーションの実施が可能となった。399病日には日中の車椅子離床が可能となり、病棟カフェへの参加希望が聞かれた。唾液貯留も軽減し477病日の兵頭スコアは4点へ改善し、DSS3、FOIS2となった。その後も他患者との交流機会が拡大し、活動・参加を含めた生活機能全体の改善を認めた。

【考察】

病態変化に応じてコミュニケーション支援を継続的に最適化し、他職種や家族と共有し、環境設定をおこなったことで、主体的なリハビリテーションおよび活動・参加の拡大につながった可能性がある。また、段階的な介入により日常生活での発話機会が増え、口腔機能や呼吸機能の活用が促されたことは嚥下機能改善にも寄与した可能性がある。本症例は単一症例であり自然回復の影響も分離できないが、病態変化に応じたコミュニケーション支援とその運用共有という介入戦略が、長期療養下の生活機能再建を支える可能性を示した。

【結論】

回復遅延型重症GBS患者の慢性期医療では、病態変化に応じたコミュニケーション支援とその運用の共有が、主体的なリハビリテーション参加を支え、生活機能再建に寄与する可能性が示唆された。

23-1　理学療法①

緩和ケア患者に対し，家族を含めた地域包括医療病棟での理学療法士の役割

神奈川県・平成横浜病院

○渡邊（わたなべ）　有耶（ゆうや）（理学療法士）

【背景】

地域包括医療病棟では，高齢者急性期を主な対象患者として，治す医療と共に同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで，より早期の在宅復帰を可能とするとされている．しかし，中には緩和ケアが必要な患者も多く存在する．終末期医療とケアには，多職種が関わっており，スタッフや本人や家族との間に日頃から十分な意思疎通と信頼関係が必要であると言われている．

【目的】

今回，食思不振で入院し入院中に余命宣告をされた患者に対し多職種連携と家族との信頼関係を気づき，患者・家族の意思を尊重したリハビリテーションを報告する．

【事例の内容】

80 代後半女性．既往に脳梗塞があり右片麻痺を呈している．MMSE：15 点．施設入所中であり基本動作全介助レベル．心不全が悪化し 2 回ほど入退院を繰り返しており，食思低下がみられるようになった．入院時，家族より「無理はして欲しくない」「苦痛のない範囲でのリハビリをお願いしたい」と希望あり．介入の目標は、関節拘縮予防と車椅子離床を設定した．入院 X+7 日，離床に対しては「車椅子へは乗りたくない」と希望があった．入院 X +7～28 日までは食事摂取量 2～3 割程度．摂取率を上げる為に管理栄養士と話し合い，患者が好きな甘いものから摂取するようにした．結果，食べることに意欲が向き入院 X +46 日食事量も平均 7～8 割摂取でき，家族やスタッフからも会話が増え，活気が上がったと報告あり．本人から「車椅子に乗ってみたい」と発言がありリクライニング車椅子で離床可能となった．

【考察】

介入当初は食思不振であり，低栄養状態であった．多職種と連携した結果，入院期間中に車椅子乗車した状態で家族と面会が出来た．終末期患者に対してこのような関わりを行う事で患者自身や家族の安心にも繋がり，患者・家族に寄り添う多職種によるケアが出来たと考える．地域包括医療病棟では，多様な患者がいるため様々な対応力が必要となる．理学療法士として，自宅復帰だけではなく，終末期のがん患者の関わり方も求められる．

23-2　理学療法①

筋緊張の改善により車椅子離床の再獲得に繋がった症例―ポジショニングを用いた持続的伸張による改善―

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○渡部（わたべ）　佑実（ゆうみ）（理学療法士）、玉井　宏次郎、髙木　武蔵、中尾　健太郎

【はじめに】今回、脳出血後遺症により右上下肢麻痺を呈した症例を担当した。疾患別リハビリテーションの算定上限後による、週 2-3 回・1 回 20-40 分と制約された介入に移行した後も定期的に車椅子離床を行っていたが、感染症の拡大によるリハビリ中止期間により全身筋緊張が亢進し離床困難となった。低頻度の介入での改善が求められることから、治療にポジショニングを応用したことで全身筋緊張の緩和が見られ車椅子離床が再開できたことをここに報告する。なお本報告はヘルシンキ宣言に沿って行い、症例に報告の内容や意義を説明し同意を得た。

【症例紹介】80 歳代男性。脳出血後遺症。JCS1 桁レベルであるが指示従命困難。COM は頷きや首振りにて可能。

【経過】発症から 3 ヶ月後の X 年 Y 月 Z 日に当院入院、X 年 Y+8 月 Z 日までは車椅子離床可能であったが、感染症拡大により約 1 か月間介入中止となり、再開後には筋緊張の亢進により離床困難となった。他動的な関節可動域運動や、側臥位にて支持基底面を変化させる介入などを実施したが、飽和酸素濃度の低下や筋緊張の改善が得られず難渋した。そこで介入方法を変更した X 年 Y+11 月 Z 日時点の評価を示す。

【評価】関節可動域（L/R）は股関節屈曲 10/80、股関節伸展-10/0、膝関節屈曲 30/85、膝関節伸展-20/-5、足関節背屈-35/-20 と制限著明。安静時筋緊張は脊柱起立筋左＞右、大腿四頭筋左＝右、ハムストリングス左＞右にて亢進。端坐位以上で左後方へのつっぱりによる介助量増大。ベッドやリクライニング車椅子からのずり落ちあり。

【仮説検証】仮説として背臥位にて股関節最大屈曲位を取りブリッジ活動を抑制することで背面筋の筋緊張亢進が抑えられるのではないかと考えた。検証として徒手的に下肢を股関節最大屈曲位に 10 分間保ったところ、徐々に骨盤後傾が得られ腰椎後弯可動域が向上し背面筋の緊張が緩和した。

【治療】低頻度での介入であるため介入時間以外にも股関節屈曲位を維持する必要があると考え、臥位姿勢に着目しポジショニングでの筋緊張の緩和を図った。検証にて股関節屈曲位を保つことで背面筋の緊張が緩和したことから、背臥位時に下肢の下に通常よりも高くしたポジショニング枕を挿入し足底がベッド面から浮いた状態を保つポジショニングを実施した。

【結果】X 年 Y+12.5 月 Z 日時点の結果を示す。関節可動域（L/R）は股関節屈曲 10/80⇒70/80、膝関節屈曲 30/85⇒60/85、膝関節伸展-20/-5⇒-10/-5 に改善。筋緊張はすべての筋の筋緊張に緩和が認められた。これによりベッドやリクライニング型車椅子からのずり落ちがなくなり、再び車椅子離床可能となった。

【考察】高橋らは寝たきり高齢者へのポジショニング効果の考察として適切なポジショニングを行なうことで両股関節屈曲可動域の拡大が認められると述べている。また、陳之内らは一般的に持続的伸張を行う場合、伸張時間は長時間行うべきであると述べている。疾患別リハビリテーションの算定上限後では週 2-3 回、20-40 分の頻度となる為、長時間の持続的伸張を実施しにくい。本症例ではポジショニングを利用することにより長時間かつ高い頻度で持続的伸張を加える事が出来た事が、股関節屈曲可動域拡大に繋がったと考える。本症例以外にも低頻度の介入だが持続的伸張が有効な場合に、ポジショニングが応用できる可能性が示された。

23-3　理学療法①

地域包括医療病棟における経口摂取困難な低栄養患者に対する運動負荷量設定：症例検討

神奈川県・平成横浜病院

こまつざき　しゅり
○小松崎　朱里（理学療法士）

【はじめに】

高齢患者における長期臥床および低栄養状態は、廃用症候群を急速に進行させ、予後や ADL に深刻な影響を及ぼす。特に、誤嚥性肺炎を繰り返す栄養摂取が困難な症例においては、リハビリテーション介入による消費エネルギー増大が低栄養を助長し、適切な運動負荷量の設定に難渋することが多い。今回、横紋筋融解症後に誤嚥性肺炎を繰り返し、長期の安静臥床および経口摂取困難となった患者に対し、消費エネルギーに配慮した低負荷での ADL 維持介入を実施した一例を報告する。

【症例紹介】

90 歳代男性。病前 ADL は自立、IADL は内服管理以外を同居の娘が実施していた。自宅内で体動困難となり、前医にて横紋筋融解症と診断。発症 3 日目にリハビリテーション目的で当院へ転院した。入院時（発症 3 日目）の評価は、BI 0 点、BMI 17.46、総蛋白 5.4 g/dL、Alb 3.1 g/dL であった。入院後、誤嚥性肺炎を 3 回繰り返した。

【介入内容と結果】

低栄養状態での過度なエネルギー消費を防ぎ ADL 向上を図るため、介入内容は低強度の基本動作（座位　1.0 METs、立位 1.3 METs、歩行 2.0 METs）と ADL 訓練に限定し、1 日 4 単位の介入を 36 日間実施した。
発症 18 日目までは経口摂取を行っていたが、むせ込みや口腔内残渣を認め、発症 19 日目に誤嚥性肺炎を発症した。発症 20～35 日目は末梢静脈栄養のみとなり、摂取エネルギーは 210～390 kcal/日に留まった。一方、1 日の推定総消費エネルギー量（TEE）は約 1565～1637 kcal であった。発症 36 日目に PICC を挿入し、発症 38 日目に有料老人ホームへ退院となった。退院時の評価は、BI 25 点、BMI 17.46、総蛋白 5.4 g/dL、Alb 2.7 g/dL であった。

【考察】

本症例は、誤嚥性肺炎を繰り返したことに伴う絶食・末梢輸液管理により低栄養状態に陥った。リハビリテーション介入においては、運動負荷を最小限に抑えるべく METs に基づいた低負荷設定を徹底した。その結果、低栄養状態の進行を防ぐことはできなかったが、身体機能の低下を最小限に留め、歩行等の ADL 動作能力を向上させて退院に繋げることができた。
地域包括医療病棟においては、十分な栄養摂取が困難な患者に対するリハビリテーション介入の機会が多い。過度な運動による異化亢進を防ぎつつ身体機能維持を図るためには、血液データや摂取・消費エネルギーバランスの客観的評価に基づく負荷量調整と早期の栄養介入が不可欠である。

23-4　理学療法①

認知行動療法により恐怖心を伴うバランス低下の改善が示唆された一症例

神奈川県・平成横浜病院

○杉浦（すぎうら）　涼葉（すずは）（理学療法士）

【はじめに】

転倒恐怖心は、転倒に関する持続的な関心・懸念であり、本来であれば実行可能な活動を避けてしまう心理的状態と定義されている。過度な転倒恐怖心は、活動性の低下や身体機能の低下、自信喪失、さらなる転倒リスクの増加といった「負のスパイラル」に繋がることが報告されており、その改善には認知行動療法が有用であるとされている。本症例は、腰椎破裂骨折による神経症状を経験し、手術にて症状は改善したものの、疼痛の記憶から動作に対する恐怖心が強く、バランス能力の低下も招いていた。今回、通常の理学療法に加えて認知行動療法を実践した結果、転棟恐怖心の軽減とバランス能力の向上に良好な結果を得たため報告する。

【症例紹介】

70 歳代女性。前医にて第 3 腰椎破裂骨折と診断され保存的加療を受けたが、状態悪化を認め、第 3 腰椎椎体切除術および側方固定術（Xcore）による再建術を施行。発症後 15 日に当院回復期リハビリテーション病棟に転院となった。病前 ADL は、屋内独歩・屋外 T 字杖自立。入院時の ADL は、独歩監視レベル、階段昇降は実施困難であった。初期評価時は、HDS-R：29 点、Berg Balance Scale（BBS）：35 点、Mini-BESTest：12 点、Falls Efficacy Scale-International（FES-I）：56 点、MMT 両下肢 2-3。発症後 18 日から 48 日まで 1 日 6 単位の理学療法プログラムをを週 7 日実施した。

【方法】

運動療法と並行し、転倒恐怖心に対して認知行動療法を用いた介入を実施した。介入時の関わり方として基本的にポジティブフィードバックを心掛け自己効力感の向上を図った。具体的には以下の 3 点を実施した。①患者教育：本人の術後経過や病態に関する誤った認識を修正。②客観的フィードバック：動画の撮影・提示による動作フィードバックを実施し成功体験として認識付けた。③段階的曝露療法：患者が恐怖を感じる動作に対して、恐怖心の低い条件から設定し、徐々に難易度を上げていく段階的介入を実施した。

【結果】

退院時（発症後 49 日）の ADL は、屋内独歩・屋外 T 字杖歩行自立、階段昇降修正自立となった。機能評価は、HDS-R：30 点、BBS：54 点、Mini-BESTest：23 点、FES-I：29 点、MMT 両下肢 3-4 となり、特にバランス能力の向上を認めた。入院から 34 日で自宅退院に至った。

【考察】

本症例では、術前の疼痛経験による過度な不安が転棟恐怖心を引き起こし、それによる活動量低下や身体機能低下を認めており、転倒恐怖心による「負のスパイラル」に陥っていたと考えられる。今回、運動療法に認知行動療法を併用したことで、転倒恐怖心の軽減に伴う活動量増加、バランス能力改善、自己効力感の向上が認められ、「正のサイクル」が生じたことが推察される。また、本介入は転倒恐怖心による過度な活動制限を軽減し、廃用や身体機能低下の予防につながったと考えられる。本報告から、強い恐怖心により本来の能力発揮が阻害されている症例に対して、運動療法単独ではなく、客観的評価や段階的曝露を取り入れた認知行動療法を併用することで、転倒に対する自己効力感を高め身体機能の早期回復および廃用予防に有用であることが示唆された。

23-5　理学療法①

地域在住高齢者に対する踏みトレが下肢荷重能力と歩行・立ち上がり能力に及ぼす影響

福岡県・原病院

やまさき　ひろき
○山﨑　博喜（理学療法士）

【はじめに】

加齢に伴う歩行機能低下（歩幅減少や速度低下など）は，地域在住高齢者の転倒や認知機能低下のリスク因子であり，身体機能の重要な指標である．運動力学的視点では，高齢者歩行において床反力前後成分や体重負荷が減少し，これが歩幅短縮や立ち上がり時間の延長に直結することが報告されている．また，座位や立位で床を押す「下肢荷重力」は，大腿筋力のみならず体幹機能や歩行自立度を反映するとされる．このことから，安定した歩行には地面を踏みつける力とそれに拮抗する床反力に耐える身体機能が必要であり，高齢者は反力を小さくすることで歩容を安定させていると推察される．

そこで我々は，床を意識して押す歩行再建トレーニング「踏みトレ」を開発目的として，地域の健常高齢者を対象にその効果を検証した．

【対象と方法】

対象は地域の体操教室に参加する高齢女性 16 名（80.4±5.4 歳）とした．対象者　は 4 週間，自宅で踏みトレを実施した．介入前後に 10m 努力歩行速度，FTSST，および座位・立位で測定した下肢荷重力（左右下肢で体重計を踏み込んだ値の合計を体重で除した体重比：踏み力）を評価した．

【結果】

運動前後の比較には Wilcoxon 符号付順位検定，変化量の関連には Pearson の相関分析を用いた．歩行速度，FTSST，下肢荷重力はいずれも介入後に有意な改善を認めた．また，立位下肢荷重量の改善量は努力性歩行速度の改善量と強い正の相関（$r=0.72$，$p<0.01$），FTSST 短縮量と有意な負の相関（$r=-0.58$，$p<0.05$）を示した．

【考察】

本研究では，4 週間の踏みトレ実施により立位踏み力が向上し，その改善量は努力性歩行速度の向上および FTSST 所要時間の短縮と有意に関連した．特に，立位踏み力の改善量は努力性歩行速度の改善量と強い正の相関（$r=0.72$）を示しており，床面へ力を伝える能力の向上が歩行時の推進力増大に寄与した可能性が示唆された．高齢者では加齢に伴い下肢筋力や体重支持能力が低下し，床反力を十分に利用できなくなることで歩行能力が低下するとされている．踏みトレは床面への荷重を意識して反復する運動であり，下肢支持機能や床反力の利用効率を高めたことで，歩行能力および立ち上がり能力の改善につながったと考えられる．

また，本研究における努力性歩行速度の平均改善量は 0.09m/s であり，高齢者の歩行速度における臨床的重要最小変化量（MCID）として報告される 0.05〜0.1m/s の範囲に達した。このことから，踏みトレによる歩行速度の改善は統計学的変化に加え，臨床的にも意義のある変化であった可能性が示唆された。このことから，本介入による効果は統計学的有意性だけでなく，臨床的にも意義のある変化であった可能性がある．さらに，立位踏み力の改善量は FTSST 短縮量とも有意な負の相関（$r=-0.58$）を示した．これらの結果から，下肢荷重能力は歩行および立ち上がりに共通する基盤機能であり，踏みトレはその向上を介して基本動作能力を改善する有効な方法であることが示唆された．

23-6　理学療法①

人工呼吸器患者に対してのリハビリテーション～他職種と連携しADL向上した症例～

沖縄県・医療法人博愛会牧港中央病院　リハビリテーション課

○親泊（おやどまり）　康隆（やすたか）（理学療法士）

【目的】

人工呼吸器の離脱期間は、原疾患の重症度や装着期間によって大きく異なり自発呼吸の確認、成功までは約3週間以内を要する事が多いと言われる。今回、長期人工呼吸器患者の呼吸器離脱に向けチームでリハビリテーションを行い呼吸器離脱は出来なかったが、ADL向上したので報告する。

【方法】

症例紹介

2022年5月呼吸不全でA病院に入院となる。その後長期人工呼吸管理となり2025年5月に長期療養、リハビリテーション目的で当院転院。

本人から人工呼吸器離脱のneedsあり人工呼吸器離脱を目指してリハビリテーションを実施した。

当院入院時の呼吸器設定PSV-CPAP　PS12　PEEP3　トリガー1.0

呼吸リハとしてPS圧を1cmHHずつ下げ30～1時間耐える呼吸練習を実施。呼吸リハ終了後はPS圧を元に戻し呼吸筋疲労回復に努め、バイタル自覚症状なければ翌日1cm下げた。運動療法として40m歩行・テラスエルゴ0W～20Wで駆動し持久力強化目指した結果PS20cmHHから16cmHHまで下げることができた。テラスエルゴも3~5分から10分へ延長できたが6月11日起床された際に呼吸苦・動悸を認めPS20cmHHに設定変更し、一度離脱に向け振り出しとなった。6月12以降は、身体機能維持目的でリハビリ継続。10月に再度本人様から離脱に向け進めたいと訴えがあり、運動耐容能向上目指し、有酸素運動メインでリハビリ介入。エルゴメーター5分0Wから始め、BorgScale11～13範囲内でエルゴメーター駆動。SAT、RR開始時と変わりなく、RR35～40回/分。呼吸回数に関しては、長期人工呼吸器装着の影響で呼吸筋低下・胸郭可動性低下・頻呼吸の影響で過換気があると考えられる。

エルゴメーター最長で0W16分駆動可能となったが、透析後に呼吸苦あり酸素1.5L開始となり離脱は中止となった。

カンファレンス行い、人工呼吸器離脱に向けリハビリテーション開始し活動性向上を目指し、トイレ移動・洗面台での整容・自己吸引・内服管理から主体的に行えるように他職種と協力した。リハビリテーションでは引き続き、エルゴメーター駆動時間延長図り運動耐容能向上・呼吸器離脱に向けON-OFF法を行った。人工呼吸器を押しトイレ移動・洗面台で整容はNs監視の元、可能となり自己吸引・内服管理は自立されている。去年10月頃まではエルゴメーター0Wで16分駆動可能だったが、4~6月まで継続的に行ったが0Wで5~7分と駆動時間増加することは出来なかった。またonoff法を行いRR35～40回/分。15分経過後に立位で腿上げ・車椅子で下肢運動行い呼吸回数40～47回/分と頻呼吸により呼吸回数上昇が見られた。今回の結果を踏まえ、人工呼吸器離脱は困難となった。

現在の呼吸器設定PC-SIMV　PS14　PC18　PEEP3　トリガー1.0

強制換気11　酸素1.0L

呼吸器の離脱は出来なかったが、人工呼吸器を介助してもらい入浴、洗面台での整容、トイレ移動が可能となり、入院時のFIM80/126だったが現在はFIM102/126とADL拡大し、清拭・入浴・移動で点数向上がみられた。

【考察】

長期人工呼吸器患者に対し、有酸素運動とon-off法を実施したが呼吸筋筋力低下、横隔膜、胸郭の可動域低下でCO2貯留があり呼吸器離脱はリスクが高いと思われる。

また透析後の疲労感・動悸・精神面では不穏があり離脱が難しくなった理由となった。離脱はできなかったが内服管理やADL拡大した。今後も引き続き身体機能維持を図っていく必要がある。

【結論】

長期人工呼吸器患者に対し、有酸素運動・ON-OFF法は身体機能維持に有用であった。一方で、呼吸機能低下・CO_2貯留により人工呼吸器離脱困難であり、今後もADL動作獲得と継続的なリハビリテーション介入が重要と考えられる。

23-7　理学療法①

HALとBWSTを併用した歩行訓練により歩行能力が改善した脳卒中片麻痺患者の一症例

東京都・多摩川病院

○井岸（いぎし）　烈（れつ）（理学療法士）

はじめに

Hybrid Assistive Limb（以下 HAL）は生体電位信号に基づき随意運動を補助し，運動意図と実際の運動との一致を促すことで，感覚フィードバックを伴う反復運動を可能とする．
脳卒中片麻痺患者に対する HAL を用いた歩行訓練は随意的な下肢運動を促通し，歩行速度や歩行効率を向上させることが報告されている．今回右放線冠梗塞により左片麻痺患者に対し HAL を用いた歩行訓練を実施した結果，歩行能力の改善を認めたため報告する．

対象

60 代，男性，右放線冠梗塞発症より 3 か月程度経過

方法

HAL を装着し body weight support treadmill（以下 BWST）上で歩行訓練を実施．
週 2 回 4 週間，歩行速度 0.8～1.2km/h，免荷 20～30kg，実施時間 7 分×2～3 セット，HAL 以外の通常介入時はストレッチ，筋力訓練，起立着座訓練，荷重訓練，歩行訓練を実施．

初期評価

brunnstrom recovery stage（以下 BRS）：左上肢 III/手指 II/下肢 IV．Gross Muscle Test（以下 GMT）：右 4/左 2. 10m 歩行テスト：快適 19.12 秒 30 歩 最大 14.97 秒 28 歩. timed up go test（以下 TUG）：20.19 秒. functional balance scale（以下 FBS）：32 点．functional ambulation categories（以下 FAC）：1．歩容：左 LR～Mst バックニー出現し体幹前傾．股関節屈曲．右側屈，左 Mst～Tst 股関節伸展を骨盤後方回旋で代償，左 Msw クリアランス低下し左の歩幅縮小．

最終評価

BRS 上肢 III/手指 II/下肢 V. GMT：右 5/左 3. 10m 歩行テスト：快適 17.74 秒 28 歩 最大 13.74 秒 26 秒. TUG：18.42 秒．FBS：40 点．FAC：2．歩容：左 LR～Mst 体幹前傾・右側屈は残存．左 Mst～Tst 骨盤後方回旋軽減し股関節伸展の出現，立脚期の延長と右の歩幅の増大．左 Msw クリアランス向上し左の歩幅拡大．

考察

先行研究では，HAL は装着者の随意運動に基づく運動出力を増大させ，麻痺側下肢の振り出しや立脚期の支持性を制御することで歩行能力を向上させるとされている．また，BWST を用いた一定速度での反復訓練は，運動学習を促し，麻痺側立脚期の延長や左右の歩行周期の対称性改善に関与すると述べられている．本症例は，麻痺側下肢への荷重困難やクリアランス低下が認められ，歩行安定性が著しく低下していた．しかし，HAL を装着した状態での BWST 訓練を実施したことで，麻痺側下肢への荷重や適切なタイミングでの筋活動，感覚・運動の統合が促進された．これにより，先行研究に示されるような左右の対称性が改善し麻痺側立脚期の延長，クリアランスが向上した．結果として歩幅の拡大や歩行速度の上昇が見られ，歩行安定性の向上に繋がったと考える．

24-1　理学療法②

脊柱変形のあるパーキンソン病患者に対しLSVTを実施し腰痛増悪をきたした症例

佐賀県・順天堂病院

○黒岩（くろいわ）　敬之（たかゆき）（理学療法士）、小野　圭一朗、溝上　健次

【背景】

パーキンソン病は中脳の黒質-線条体系ドパミン神経細胞の変性・脱落により生じる進行性神経疾患であり、薬物療法や運動療法が重要である。

療養型病院である当院では、パーキンソン病患者に対して、Lee Silverman Voice Treatment®BIG（LSVT®BIG）を取り入れたリハビリを行っている。

LSVT®BIGは動作の大きさに焦点をあてた高強度運動療法であり、集中的かつ反復して行うことで運動機能の改善を図っていくプログラムである。一方、パーキンソン病患者では、脊柱変形を合併することが多く、治療の選択やリハビリ実施に注意が必要である。今回、LSVT®BIGを介入中に腰痛を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】

67歳女性 Hoehn Yahr 重症度分類 II。60歳の時に左下肢振戦で発症し内服加療開始、62歳で変形性腰椎症と診断。徐々に歩行状態悪化傾向にあり。朝夕のすくみ足や歩行状態の悪化を主訴にLSVT®BIG目的で受診。初期評価は、FIM126/126点、NRS0/10、BBS51/56点、30秒立ち上がり15回、腰椎変形を認めたが訓練開始した。

【経過】

介入開始後、早期よりすくみ足は軽減し、運動強度を徐々に向上したが、3週終了時に腰痛が出現した。整形外科外来受診の結果、変性側弯症および腰部脊柱管狭窄症を認めた。その後、医師の指示にて腰部固定帯着用し、1週間のリハビリを中止した。疼痛軽減後の4週終了時には、FIM126/126点、NRS2/10、BBS56/56点、30秒立ち上がり17回と改善を認めた。しかし、ADL改善を認める一方で腰痛出現に対する運動負荷に調整がかかったことで本人の満足度は低下した。

【考察】

パーキンソン病患者では、脊柱変形の合併が多く、LSVT®BIGのような高強度運動療法では腰部負荷増大の可能性がある。本症例では既存の脊柱変形が腰痛出現に影響したと考えられた。介入前は、脊柱レントゲンの評価を行うとともに、理学療法士として脊柱アライメントや疼痛、不安定性の評価を十分に行うことが重要である。また、症状や身体機能に応じた運動内容の選定および運動負荷調整を行う必要がある。そして、疼痛出現時には、運動強度や課題内容の再検討を行い、多職種連携しながら安全に持続可能な介入を構築することが重要である。

【結語】

パーキンソン病患者にLSVT®BIGを実施する際は、脊柱変形の有無や腰痛リスクの評価を事前に行い、安全性に配慮した介入が重要である。

24-2　理学療法②

認知症を有する利用者に対し入所・通所間で同一理学療法士が継続介入した一症例

1 京都府・介護老人保健施設深草京しみず、2 京都リハビリテーション病院

○冨野（とみの）　靖人（やすと）（理学療法士）[1]、丸山　勝也[1]、丸山　龍太[1]、川上　健司[2]

【はじめに】

今回、デイケアにてリハビリマネジメント加算を算定していた利用者が、同居家族の入院により在宅生活の継続が困難となり、介護老人保健施設へ入所することとなった。入所後も、これまでデイケアで担当していた理学療法士が継続してリハビリ介入を行う機会を得たため、その経過について報告する。

【症例】

80 歳代男性、主疾患はがん術後廃用症候群。既往歴として脳梗塞後左片麻痺、脊柱管狭窄症、糖尿病を認めた。脳血管性認知症による短期記憶能力低下があり、デイケア利用時には Mini-Mental State Examination（以下 MMSE）を含む認知機能評価を実施。MMSE16 点で見当識は概ね保たれていたが、記憶に関する項目で大きく減点が認められた。入所前の身体機能はバランス評価尺度である Standing test for Imbalance and Disequilibrium（以下 SIDE）2a、Functional Reach Test（以下 FRT）10cm、握力は右 15.9kg、左 9.0kg、歩行能力は Functional Ambulation Category（以下 FAC）3 レベル、Timed Up and Go Test（以下 TUG）30.8 秒であった。老健入所時には 4 点杖を忘れて歩行を開始する場面がみられ、環境変化に伴う混乱や不安が強く、夜間不眠も認められた。

【介入内容】

入所期間は 30 日間であり、理学療法を週 6 回実施した。入所後のリハビリでは、環境変化に伴う混乱の軽減と短期記憶・注意機能の維持向上を目的に介入を行った。担当理学療法士の名前やリハビリ内容を記載する「メモリーノート」を作成し、介入のたびに記入することで人物認知と記憶の定着を図った。また、屋外歩行練習に短期記憶の想起課題や注意課題を組み合わせ、歩行中の注意機能向上とリスク行動の抑制を目指した。

【結果】

介入後評価として、SIDE 2a、FRT10cm、握力は右 13.5kg、左 11.9kg、歩行能力は FAC4 レベル、TUG20.60 秒という結果となった。また認知機能は MMSE24 点であり、動的バランスや歩行能力、認知機能面において改善傾向を認めた。入所後の混乱や不安も徐々に軽減し、杖忘れなどのリスク行動も減少した。退所後のデイケアのリハビリにおいても、デイケア時から継続して担当していた同一理学療法士が介入したことで、本人は担当者を確実に認識でき、「同じ人に見てもらえると安心する」との発言が増え、老健入所中と同一内容のリハビリを継続できたことで、環境変化による混乱を最小限に抑えることができた。

【考察】

本症例では、デイケアから老健、退所後のデイケア再利用へと同一理学療法士が継続して関わることで、心理的安定とリハビリ内容の一貫性が確保され、環境変化に伴う混乱や不安の軽減に寄与したと考えられる。高齢者における環境変化は機能低下や不安を助長しやすいが、継続的な担当者による介入はその影響を緩和し、適応を支える有効な手段となる可能性が示唆された。

24-3　理学療法②

食べる力推進室における理学療法士の役割～「食べる力」を引き出すための本質とは～

山梨県・城東病院

○長田（おさだ）　泰馬（やすま）（理学療法士）

【背景】

高齢化や重症化に伴い、摂食嚥下機能が低下した患者は増加している。また、過度な安静や禁食対応により医原性サルコペニアや廃用症候群を呈する患者も少なくない。当院では「食べる力」を医療に据え、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士からなる「食べる力推進室」を設立した。本報告では、食べるための支援における理学療法士の役割を症例を通して報告する。

【活動内容】

病棟ラウンドを実施し、全患者を対象に身体機能、栄養状態、摂食機能、排泄状態、薬剤など包括的に評価を行い食べる力の可能性を最大限引き出している。また、当院に入院する患者の多くは認知症、低栄養、廃用症候群を呈しており刺激に対する反応が大きく低下している状態である。多職種にて覚醒や咀嚼、嚥下反射などの反応を引き出すことで食べる力を強化し生活の再構築を行っていくことを目的としている。

【症例紹介】

90 歳代男性。脳梗塞後遺症により誤嚥性肺炎を繰り返し胃瘻造設された。当院転院時は 1 か月以上経口摂取がなく、サルコペニア、廃用症候群を認めると共に刺激への反応は著しく低下していた。理学療法士として覚醒や姿勢反応の改善を目的に介入し、離床や生活場面への参加を促した。その結果、屋外や院内カフェでの活動を通して自ら食事を選択する様子が見られるようになり、徐々に経口摂取が可能となった。介入当初は患者自らが能動的に摂取することは難しく、必要量を摂取することは困難であった。しかし、生活機能の改善とともに結果的に 3 食全量を自ら摂取することができるようになるまでに改善を認めた。

【考察】

入院してくる患者の多くは廃用症候群や認知症を有しており、理学療法士として呼吸・循環機能や姿勢、覚醒の改善を図ることは重要である。それらの機能改善により摂食嚥下場面に必要な反応や行動を引き出しやすくなると考える。しかし、摂食嚥下場面での反応を引き出すだけでは継続した経口摂取には結びつかないことが多い。認知症や廃用症候群を呈する患者では、食事への意欲や注意の持続、環境への適応など様々な要因が食行動に影響している。本症例においても、姿勢や覚醒の改善に加え、日常生活への参加や環境調整を継続したことで、自ら食事を選択し摂取するといった主体的な行動が見られるようになった。理学療法士には身体機能のみならず、患者が生活行為として食事に参加できる状態にあるかを総合的に評価する視点が求められる。患者の生活を再構築していくうえでは、摂食嚥下のみとして捉えず食事を生活行為として再獲得していく支援が重要であると考える。

24-4　理学療法②

慢性期患者の痙縮に対するボツリヌス療法と経皮的電気刺激の併用効果～慢性期頭部外傷患者の一症例～

千葉県・総泉病院

しのはら　りょうすけ
○篠原　良介（理学療法士）、山﨑　敦、畠中　良輔

【目的】
痙縮に対するリハビリテーションとして、ボツリヌス療法や経皮的電気刺激（以下、TENS）を活用する方法が一般的となりつつある。一方、慢性期患者に上記2つを併用した報告は少ない。今回、ボツリヌス療法とTENSの併用により、痙縮の改善と動作能力の向上を認めた症例を経験したため報告する。
【方法】対象は頭部外傷を発症後、2年以上が経過した70歳代男性。回復期病院を経て222病日に当院入院。437病日より、下肢底屈筋群の痙縮に対するボツリヌス療法開始し、以後3か月毎に実施していた。しかし、機能維持に留まり、病棟ADLでは立位時の麻痺側下肢の荷重参加が得られず、移乗動作では非麻痺側下肢に依存した性急な動作が形成されていた。理学療法評価は、SIAS運動項目：下肢3-2-1、MAS足関節：3、MTS：R2（－20°）－R1（－30°）＝10°、ROM：足関節背屈－20°、10m歩行（AFO+Q-cane介助）：31.1秒（34歩）。850病日より、足関節底屈筋群へのボツリヌス療法と前脛骨筋へのTENSに加え、腓腹筋への持続伸張法によるストレッチを併用したリハビリテーションを週3回30日間実施した。TENSはイトーESPURGE（伊藤超短波社製）を使用。刺激は周波数80Hz、パルス幅250μ秒、強度は筋収縮が確認できる程度とし、1回20分間を目安とした。
【結果】
理学療法評価は、SIAS運動項目：下肢3-2-2、MAS足関節：2、MTS：R2（－15°）－R1（－20°）＝5°、ROM：足関節背屈－15°、10m歩行（AFO+Q-cane介助）：25.1秒（28歩）。病棟ADLでは立位時の麻痺側下肢の荷重参加が得られるようになり、安定性が向上したことで移乗動作は見守りで行えるようになった。
【考察】
本症例は発症から2年以上が経過した慢性期患者であり、痙縮と拘縮が混在している可能性があったが、介入前のMTSはR2-R1＝10°であり、神経学的要素の関与を示唆した。神経学的要素に対するアプローチは伸張反射の抑制が効果的であるとされ、具体的な方法として対象部位へのストレッチ、支配神経への物理療法、拮抗筋への電気刺激療法などがある。本症例では、ボツリヌス療法による神経筋接合部におけるアセチルコリン放出抑制、拮抗筋へのTENSによるIa抑制の効果、持続伸張法による筋の伸張性向上により、介入後のMTSはR2-R1＝5°となり、伸張反射の過活動が軽減した可能性が考えられる。さらに、足関節底屈筋群の痙縮の改善とともに足関節の可動域が拡大し、歩行能力や移乗動作能力の向上へとつなげることができた。しかし、筋繊維や筋膜、腱などの非神経学的要素の変化も関与した可能性は否めないことから、評価方法を含め今後の検討課題としていきたい。
【結論】
ボツリヌス療法とTENSを併用したリハビリテーションは、慢性期患者の痙縮と基本動作能力の改善の一助となる可能性が示唆された。慢性期患者は様々な障害を併発していることが多く、細やかな評価を実施し問題点を整理した上で、治療の選択をしていく必要があると考える。

24-5　理学療法②

移乗動作に重度介助を要す右脳梗塞症例に対し、立位から着座までを能動的に引き出す理学療法

茨城県・志村大宮病院

○金澤（かなざわ）　昇汰（しょうた）（理学療法士）、上倉　洋人、鈴木　邦彦

【はじめに】今回、異常筋緊張亢進や姿勢障害により移乗動作に重度介助を要した右脳梗塞症例に対し、歩行練習、立位練習、移乗動作練習を組み合わせた理学療法により、介助量軽減が図れたため報告する。

【症例紹介】既往に 2 度の脳梗塞（動作誘導時の異常筋緊張亢進以外の後遺症無し）、誤嚥性肺炎、腰椎圧迫骨折がある 80 代男性。自宅生活では基本ベッド上で過ごしており、動作全般は介助を要していた。今回右中大脳動脈領域の脳梗塞と診断され、急性期加療を経て 48 病日に回復期リハ目的で当院へ入院。50 病日の所見は以下の通り。

運動麻痺：左片麻痺（BRS 上肢 IV 手指 IV 下肢 IV）、変形拘縮：円背あり、筋緊張：（MAS、右/左）ハムストリングス 0/1、下腿三頭筋 1/1、プッシャー症状：SCP：3.5 点、高次脳機能障害：注意障害、半側空間無視（TMT-A 4 分 41 秒、BIT 119 点、Kohs 立方体組み合わせテスト IQ32.8）。視覚：緑内障あり。モノがぼやけてはっきり見えず、遠近感もわからない、手すり位置の把握や大きなジェスチャーの認識は良好。立ち上がり：非麻痺側上肢で手すり使用し見守り。立位保持：手すり支持し軽介助、1 分程度経過すると麻痺側膝関節伸展保持が困難となり徐々に麻痺側へ傾斜してしまう、「手すりに身体を寄せる」と口頭指示すれば一時的に非麻痺側への重心移動は引き出せる。着座：手すり支持にて見守り、体幹屈曲かつ骨盤後傾位、重心下降期に下腿後傾し支持基底面に重心を保持できない。移乗：手すり支持し重度介助、方向転換時の下肢ステップが不可能、動作誘導により筋緊張亢進（動作誘導への抵抗）増強し、介助負担が増大。前方の垂直型手すりを両上肢支持で行えば下肢のステップは出現。歩行：非麻痺側上肢平行棒にて見守り、着座時は座面を確認しない、座面の視認を促すと方向転換不十分のまま着座を開始してしまう。無杖では麻痺側荷重応答期から立脚中期に骨盤後退および体幹麻痺側傾斜（麻痺側膝伸展不十分）を自覚し、非麻痺側の手すりを支持し転倒回避可能。

【経過・結果】本症例の解決すべき課題を「立位をとり、方向転換してから着座」とした。課題となる症状は「（手すり支持許可下で）方向転換時に下肢のステップが出ない」「身体の向きを変えられない」「麻痺側に体が傾く」「着座時に座面に臀部を下ろせない」ととらえた。症例のポジティブ要素としては、直進歩行・立ち上がり等の自ら環境へ働きかける「能動的」な動作はできる、姿勢崩れの認識もある、端的な口頭指示やジェスチャーが通じることと考えた。そのため、これらのポジティブ要素を活用し課題となる症状の改善を図り、目標として移乗動作の再獲得を図ることとした。まず「方向転換時のステップ」に対しては U 字歩行器使用で支持基底面を拡大した中でのステップ課題（歩行練習）を、「立位時麻痺側体幹傾斜」対しては非麻痺側に壁がある環境での立位課題を、「方向転換困難」に対しては教示方法を試行錯誤し、「円を描く」ジェスチャーにて座面に臀部を向けられることと、介助者の声掛けに合わせ着座開始できることを確認した。結果、76 病日に SCP は 2 点、立位保持はハンズフリーにて見守りに至り、病棟スタッフや家族の声かけ～接触介助で手すりを使用した移乗動作が可能となった。

【結論】本症例のポジティブ要素を整理し、立位から着座までを能動的に引き出す方法や誘導を推察し介入を行った結果、移乗動作の介助量軽減に繋がった。また、声掛けや誘導を統一した中で、反復して行えたこともその要因の一つになったと考えられる。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者とその家族に説明と同意を得て実施した。

24-6　理学療法②

非認知症患者と軽度認知症またはMCI患者に対するPysibo Gaitの即時効果の比較医

徳島県・徳島平成病院

よしかわ　いつき
○吉川　樹（理学療法士）

【背景】
厚生労働省が掲げる「健康寿命延伸プラン」では、2040年までに健康寿命を75歳以上に延伸することが目標とされている。少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少が、医療・介護現場におけるマンパワー不足を深刻化させているなか、その解決策の一つとして、リハビリテーションロボットの臨床応用が期待されている。
【目的】
当院ロボリハコーディネーターでは、「軽度認知症及び軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment、以下MCI）を有する入院患者に対するPhysibo Gaitの即時効果の検証」を行った。その結果、「歩行速度、歩数、平均歩幅」に有意差を認め、軽度の認知機能低下をきたした者に対しても、有効な運動療法であることが示唆された。今回、非認知症患者に対する即時効果を検証・比較することで、Physibo Gaitの汎用性を検討する。
【対象】
当院入院患者で、Functional Ambulartion Categoriesで歩行自立度3レベル以上の非認知症患者19名（男性7名、女性12名、平均年齢72.53±15.69歳、MMSE：29.21±1.47点）と、軽度認知症またはMCI患者30名（男性7名、女性23名、平均年齢84.27±7.59歳、MMSE：21.4±3.75点）とした。
【方法】
Physibo Gait（追従モード）使用前後で10m歩行（快適歩行）を計測し、両群においての歩行速度や歩数、歩容の変化を検証・比較する。統計解析には対応のあるT検定を使用し、有意水準は5%とした。
【結果】
両群において歩行速度、歩数、平均歩幅に有意差が認められた。（$p<0.05$）
挟み角対称度、伸展屈曲時間対称度は両群ともに有意差を認めず、可動角対称度のみ非認知症群で有意差を認めた。（$p<0.05$）
【考察・結論】
今回の比較では、両群の改善項目において大きな差は認められなかった。Jessicaらによると、運動記憶は小脳・大脳基底核などの運動分野が関与するため、内側側頭葉（特に海馬）の萎縮を特徴とする認知症群の運動学習は比較的保たれるとされている。また。運動中の内部モデルは、それまでの運動経験に基づきフィードバック制御が行われるため、単純な運動課題である快適歩行であれば、軽度認知症またはMCI患者においても即時効果が得られやすかったと考える。

24-7　理学療法②

脳卒中関連サルコペニアを呈した症例に対し、歩行手段を調整することで歩行動作獲得に至った一症例

大阪府・泉佐野優人会病院

○辻（つじ）　あかり（理学療法士）

【目的】脳卒中関連サルコペニアを呈した症例に対し、歩行手段の調整を実施することで歩行動作獲得に至った一症例を経験したため報告する。

【方法】80 代女性。脳梗塞と診断され、左上下肢麻痺を呈した。第 9 病日に当院へ転院となった。病前は施設で生活されており、買い物は付き添い下で実施していた。初期評価は Stroke Impairment Assessment Set（SIAS）総計 67 点、Berg Balance Scaie（BBS）は 25 点、Modified Ashworth Scaie（MAS）0 点、10Meter Walk Test（10MWT）0.54 m/s、Timed Up and Go Test（TUG（右/左））独歩 29s78/27s37、Functional Assessment for Control for Trunk（FACT）9 点、Skeletal Muscle Masslndex（SMI）4.5kg/m^2、（握力右/左）12kg/0kg、Geriatric Nutrional Risk Index（GNRI）88。歩行観察では、麻痺側立脚期の短縮、麻痺側前遊脚期における麻痺側下肢蹴り出し不足、麻痺側遊脚中期における足部のクリアランス低下、非麻痺側荷重応答期から立脚中期にかけて体幹右側屈が問題点として挙げられた。一方で、異常筋緊張は認めず、運動麻痺は軽度であり、感覚も正常であったことから、サルコペニアや低栄養の関連により歩行の問題点が生じていると考えた。介入内容としては腹斜筋、多裂筋、腹直筋、中殿筋、大殿筋、下腿三頭筋の筋力増強運動、装具療法、麻痺側下肢への荷重練習、姿勢制御練習を実施した。さらに筋電図を用いた歩行分析を実施し、筋電図波形に応じて歩行補助具の調整、装具の種類や設定の調整を行い、移動形態を歩行器から杖、独歩へと段階的に移行した。

【結果】最終評価は SIAS 総計 61 点、BBS は 47 点、10MWT は 0.81m/s、TUG 独歩 15s96/15s81、FACT18 点、MMT 体幹屈曲 5 伸展 5 股関節屈曲 4/4 伸展 4/4 外転 3/3 膝関節屈曲 5/4 伸展 5/4 足関節背屈 4/4 低屈 4/4、SMI5.3kg/m^2、握力 16.8/3.5kg に向上した。歩行観察にて麻痺側立脚期の延長に伴い麻痺側下肢の振り出しが円滑となり、足部クリアランスが改善した。また、非麻痺側立脚期にみられた体幹右側屈は軽減し、歩容の改善に繋がった。

【考察】今回、脳梗塞を呈した症例に対して、運動麻痺や感覚障害など一次的障害のみでなく、筋力低下や姿勢制御能力低下といった二次的障害に着目して介入を行った。その結果、歩行動作の改善に伴い、バランス能力、歩行速度、動的バランス能力、体幹機能の改善につながった可能性がある。また歩行動作の獲得に向けて、筋電図を用いた歩行分析に基づき歩行補助具や装具設定を頻回に調整したことで、歩行時の誤った運動学習を抑制しながら、歩行の改善につながった可能性がある。

【結論】脳梗中関連サルコペニアを有する症例において、歩行能力の改善には、麻痺の程度だけではなく筋力低下や姿勢制御能力を含めた身体機能を多面的に評価することが重要である。また、身体機能や歩容の変化に応じて歩行補助具や装具を適宜調整することは、歩行動作の獲得に有用である可能性が示唆された。

25-1　理学療法③

呼吸機能へのアプローチにより声量向上を認めた脳性麻痺長期入所者の一症例

東京都・緑成会整育園

○坂本（さかもと）　美羽（みはね）（理学療法士）

【はじめに】

重症心身障害児者では、胸郭変形や呼吸筋機能低下により慢性的な呼吸障害を呈しやすいことが報告されている。森らは、これらの呼吸機能低下が換気効率や発声時の呼気量に影響を及ぼす可能性を指摘している。また、発声には十分な呼気流量の確保が必要であり、呼吸機能の低下は声量不足の一因となり得る。さらに、Xiao-Ying Zhang らは、口腔運動を伴う呼気訓練が呼吸機能および発声機能の改善に有効である可能性を報告している。一方、重症心身障害児者領域において、呼吸機能への介入が発声機能の改善に寄与したことを示した報告は少ない。今回、声量不足がコミュニケーションおよび活動参加の阻害因子となっていた脳性麻痺長期入所者に対し、呼吸機能および声量向上を目的とした治療プログラムを実施した結果、良好な経過を認めたため報告する。

【症例紹介】

50 代男性、診断名は脳性麻痺（痙直型四肢）の方。言語理解は 4 歳台レベルであり、単語から短文での表出が可能であった。性格は社交的で、にぎやかな環境や他者との関わりを好む傾向がみられた。一方、病棟生活においては他者へ積極的に呼びかけるものの、発声時の声量が小さいため職員に気付かれず、応答を得られない場面が散見されていた。

【方法】

声量の評価は、対象者の顔面から 15cm の位置にデジタル騒音計を設置し測定した。測定環境は外部騒音の影響を最小限とするため、騒音の少ない脳波室を使用した。呼吸機能の評価として、アズマプラン製ピークフローメータを用いて呼気量を測定した。また、呼気持続能力の指標として笛呼気時間を測定し、さらに胸郭可動性の評価として吸気時および呼気時の胸郭周径を測定した。

介入は個別リハビリテーションとして週 3〜4 回、6 か月間実施した。発声時の体幹安定性向上を目的とした姿勢調整アプローチを行うとともに、水とストローや笛を用いたブローイング訓練を実施した。発声訓練では歌唱活動を取り入れ、吸気を意識させた後に発声を促した。また、実生活場面での活用を目的として、職員の名前を呼ぶ練習を反復して行った。

【結果】

呼吸機能では、ピークフロー平均値が 63.7L/min から 97.2L/min へ向上し、予測値比では約 15% から約 20% へ改善した。笛呼気時間は平均 1.19 秒から 1.63 秒へ延長し、最大値も 1.67 秒から 3.02 秒へ増加した。一方、胸郭周径差については介入前後で明らかな変化を認めなかった。

発声機能では、発声時の声量が 74.0dB から 87.1dB へ増加した。また、病棟介護士からは「最近、本人から呼びかけられる声が大きくなった」との報告が得られた。

【考察】

本症例では、体幹への姿勢・動作アプローチおよびブローイング訓練を継続した結果、ピークフロー値、笛呼気時間、声量の改善を認めた。姿勢・動作訓練により体幹の安定性が向上し、発声時の呼吸筋活動が促進されたことに加え、ブローイング訓練によって呼気の持続や呼気コントロール能力が向上した可能性が考えられる。

Myhr & von Wendt らは、呼吸機能および姿勢制御能力の改善が発声能力向上に重要であると報告している。本症例においても、体幹の安定性向上により呼吸と発声の協調運動が円滑となり、呼気を効率的に音声へ変換できるようになったことで、声量の向上に繋がったと考えた。

25-2　理学療法③

歩行への自己効力感低下に対してトークン・エコノミー法が有効であった脳卒中後片麻痺患者の一例

大阪府・千里リハビリテーション病院

○森元（もりもと）　香帆（かほ）（理学療法士）、木村　祥吾、田村　哲也、吉尾　雅春

【はじめに】

Activities of Daily Living（ADL）への歩行導入の際に自己効力感の低下を認めた脳卒中後重度片麻痺例に対して，トークン・エコノミー法（TE法）を用いた介入を実施した結果，歩行機会の拡大が得られたため，その経過と効果について考察する．

【症例紹介】

60代女性．X日に転倒により右脛骨顆間隆起骨折を受傷し保存療法となっていた．その中で，X+24日に奇異性脳塞栓症（右中大脳動脈基部）を発症．X+52日から免荷期間を経て，全荷重可能となっていたが，離床困難な状態が続いていた．X+59日にリハビリテーション目的で当院に入院．発症前ADLは自立しており，夫と2人暮らしをしていた．Hopeはトイレに1人で行けるようになること，および歩行獲得を希望していた．初期評価ではStroke Impairment Assessment Set（SIAS）：運動0-0，0-0-0，感覚2-1，2-1，Scale for Contraversive Pushing（SCP）：4.25，Trunk Control Test（TCT）：0，Berg Balance Scale（BBS）：0，Functional Independence Measure（FIM）運動/認知：18/17であり，基本動作は全介助を要していた．立位は，麻痺側下肢の膝折れが著明であった．また，非麻痺側下肢は骨折後からの不安感とPushingにより，非麻痺側への荷重が困難な状態であった．

【介入と結果】

入院当初より，オーダーメイドの長下肢装具を用いた立位・歩行練習を実施した．入院約4か月目より金属支柱付き短下肢装具での練習を実施し，入院約5か月目に，生活用装具としてシューホーンブレースを作製した．この時期の中間評価では，SIAS：運動0-0，1-0-0，感覚：2-2，2-2，SCP：0，TCT：61，BBS：23，四点杖見守り10m歩行時間：56.7秒，FIM運動/認知：45/28であり，歩行機会の拡大に向けて，日中のトイレ移動に四点杖介助歩行を導入した．しかし，導入以降，歩行する際の恐怖感により，意欲低下が出現した．この際のやる気スコア：17点，Modified Gait Efficacy Scale（mGES）：22点，Activities-specific Balance Confidence scale（ABC scale）：平均36.8%であり，歩行への自己効力感低下を認めた．そこで居室内にすごろく様の表を設置し，日中のトイレ移動（約20m）を歩行にて実施できた際には1マス進むようなTE法を取り入れ，20マス進めば本人の希望である買い物に行くことを約束した．また，前日より歩行回数が増加した際や，疲労感がある中でも歩行を実施した際には称賛を行った．それにより，徐々に歩行機会が増加し，6日間で20マス進むことができた．実際に買い物練習を行った際は，店内を自身から歩行しようとする姿や，活気的な表情が見られた．買い物練習後は，やる気スコア：14点，mGES：30点，ABCscale：平均46.3%と意欲の改善を認めた．以降は、自身から意欲的に歩行機会を作ることが増え，トイレへの移動に限らず，生活場面でも歩行で移動することが可能になった．退院時評価では，SIAS：運動0-0，1-0-0，感覚：2-2，2-2，SCP：0，TCT：61，BBS：26，四点杖見守り10m歩行時間：54.4秒，FIM運動/認知：56/28，やる気スコア：12点，mGES：37点，ABCscale：平均64.3%となりX+230日（入院約6か月）で施設退院となった．

【考察】

回復期脳卒中者の動機づけは外発的要因に基づく（Yoshida et al, 2021）ため，TE法を活用したことが歩行機会を拡大するきっかけとなった．また，古くから外発的動機づけは内発的動機づけを低下させる（Edward L. Deci, 1971）が，本症例では繰り返し実施した称賛や，歩行の積み重ねによる成功体験が自信となり，トークンがない環境でも歩行機会の拡大に繋がった可能性が考えられる．

【倫理的配慮】

本症例に対し，発表の趣旨を説明し同意を得た．

25-3　理学療法③

体重免荷装置を用いた反応的姿勢制御訓練によりバランス機能改善を認めた脊髄小脳変性症の一症例

東京都・緑成会病院

○鹿志村（かしむら）　和央（かずひろ）（理学療法士）

【はじめに】

脊髄小脳変性症では，小脳失調や姿勢制御障害を背景としてバランス能力低下を認め，転倒リスク増大につながる．特に反応的姿勢制御は外乱刺激に対する姿勢応答能力であり，転倒回避能力に重要な役割を果たす．一方で，反応的姿勢制御を高める介入は転倒・転落リスクを伴うため，臨床場面において十分な反復練習を実施することが困難な場合が多い．今回，脊髄小脳変性症を既往に有する大腿骨頸部骨折患者に対し，体重免荷装置を活用して安全性を担保した環境下で反応的姿勢制御訓練を実施した結果，バランス機能および歩行能力改善を認めたため報告する．

【症例紹介】

症例は 60 歳代女性．既往歴に脊髄小脳変性症を有していた．自宅にて転倒し大腿骨頸部骨折を受傷後，手術加療を経て当院回復期リハビリテーション病棟へ入院となった．入院前から複数回の転倒歴を認めており，バランス機能の低下を認めていた．入院時評価では，Mini-Balance Evaluation System Test（以下 Mini-Bestest）11 点，Scale for the Assessment and Rating of Ataxia（以下 SARA）15 点であった．立位保持では重心動揺増大を認め，歩行では失調性歩行を呈していた．また，外乱刺激に対する姿勢応答が乏しく，反応的姿勢制御能力低下を認め，転倒リスク軽減に向けたバランス機能向上が重要課題であると考えた．

【介入方法】

通常理学療法に加え，体重免荷装置（モリト-TG-Walk）を使用した反応的姿勢制御訓練を実施した．介入は体重を支持した状態で左右方向および前後方向へのステップ課題を中心に構成し，外乱刺激に対して適切な姿勢応答を促すことを目的に実施した．訓練は 1 回 20 分，週 5 日，4 週間実施した．体重免荷装置を使用することで転倒リスクを最小限にし，安全性を確保した状態で十分な反復練習を実施した．

【結果】

介入後，反応的姿勢制御および予測的姿勢制御能力に改善を認めた．Mini-Bestest は 11 点から 17 点へ，SARA は 15 点から 7 点へ改善した．また，立位安定性向上に伴い歩行能力改善を認め，病棟内歩行自立に至った．

【考察】

脊髄小脳変性症患者では小脳失調に伴う姿勢制御障害により，外乱刺激に対する適切な姿勢応答が困難となり，転倒リスク増大につながる。本症例では体重免荷装置を活用したことで安全性を確保しながら反応的姿勢制御訓練を反復実施できたことがバランス能力改善に寄与した可能性が考えられた．反応的姿勢制御能力改善には課題特異的な反復練習や筋パワー発揮能力向上が重要とされている．本症例では繰り返し外乱刺激へ曝露したことで姿勢応答能力向上につながり，予測的姿勢制御機能改善にも波及した可能性が考えられる．

【結語】

安全性を担保した環境下での反応的姿勢制御訓練は，神経難病患者に対する理学療法介入の一手段となる可能性が示唆された．

25-4　理学療法③

短縮版歩行自立評価表 Independent Ambulation Scale-Short（IAS-S）の職種間信頼性の検討

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○南澤（みなみさわ）　拓美（たくみ）（理学療法士）、髙木　武蔵、中尾　健太郎

【目的】

入院症例の屋内歩行自立を判定する手段としてバランス能力に関するテストバッテリー等の使用が推奨されているが、高次脳機能障害や認知機能低下を呈す症例への適応の難しさ等の課題がある。また、経験年数に依存しない統一された判断基準が求められる。それらに対応するため、10 項目の設問から構成される当院独自の短縮版歩行自立評価表 Independent Ambulation Scale-Short（以下 IAS-S）を作成し，第 1 報では異なる理学療法士での検者間信頼性について検討した. 本研究では、同一患者に対して理学療法士と作業療法士がそれぞれ実施した IAS-S の評価結果をもとに、検者間信頼性について検討した。

【方法】

対象は当院回復期および療養病棟に入院していた歩行実施症例 13 例。理学療法士と作業療法士が、同一症例に対して IAS-S を用いて同日に評価し、設問項目ごとに比較・検討した。検者間信頼性の指標として項目別に Prevalence-Adjusted Bias-Adjusted Kappa（以下 PABAK）を算出した。統計解析は R（version4.5.2）を用いた。

【結果】

IAS-S の各項目における PABAK 値は「起立や着座がし易い様、椅子を動かす事ができる」が 0.54、「自室へ戻れる」が 0.69、「相当（45m）の距離を歩ける」、「靴や装具をしっかりと履ける」、「ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる」がそれぞれ 0.85、「誤動作なく、歩行補助具を使える」、「杖や歩行器の置き場所の管理ができる」、「人や物にぶつからないよう、避ける又は待つことができる」、「歩きの中で 180° 方向転換ができる」、「その場で自ら後方へのステップが出せる」はそれぞれ 1.00 となり、10 項目中 9 項目において良好以上の一致（PABAK＞0.61）が確認された。

【考察】

今回、10 項目中 9 項目において良好以上の一致度が得られたが、「起立や着座がし易い様、椅子を動かす事ができる」は最小の一致度を示した。全項目の不一致例では、理学療法士は「できる」、作業療法士は「できない」と判断していた。良好以上の一致度を示した 9 項目は歩行補助具操作や障害物回避、方向転換など実際の行動を観察して判定する内容で構成されており、評価基準が比較的明確なため評価者の職種や経験に依存しにくいと考えられる。

一方、不一致の項目があった要因として、作業療法士は日常的に歩行自立可否を判断することが少なく、本評価表の中でも自立とすることを躊躇した可能性が考えられる。特に椅子の操作の項目は単なる動作能力のみならず、環境調整能力や安全性への配慮など複数の要素を含むため、評価者間で解釈の違いが生じた可能性が考えられる。今後の課題として、不一致となった項目についての判断基準を聴取し、評価者間の解釈の統一に向けた検討が必要だと考えられる。

【倫理的配慮】

本研究は所属施設の倫理審査を受けた上で、ヘルシンキ宣言に沿って実施した。

25-5　理学療法③

進行期 ALS・SMA 患者への LIC TRAINER 介入による呼吸機能の即時変化と病院介入の意義

神奈川県・鶴巻温泉病院

○内藤（ないとう）　正喜（まさき）（理学療法士）、長岡　玲那、金藏　満百合、由比　瑞穂

【はじめに】

筋萎縮性側索硬化症（ALS）や脊髄性筋萎縮症（SMA）は進行性の神経変性疾患であり，病状の進行に伴い呼吸筋力や胸郭可動性が低下し，呼吸障害を呈する．そのため，呼吸機能生や生活の質（QOL）の維持を目的とて，早期から呼吸理学療法介入が重要である．近年，本邦では Carter Technologies 社製 LIC TRAINER が導入され，非侵襲的に肺容量リクルートメント（lung volume recruitment training：LVRT）を実施できるようになった．しかし，気管切開を行っていない進行期 ALS・SMA 患者に対する実践報告は少なく，病院での活用事例も限られている．今回，進行期 ALS および SMA 患者に LIC TRAINER を用いた LVRT を実施し，その即時効果と病院介入の意義について検討した．

【症例紹介】

症例 1 は ALS と診断された 50 歳代男性．診断後 9 年が経過し，3 年前より定期的にレスパイト入院を利用していた．ADL は全介助で，ALSFRS-R は 19 点であった．2 年前から自宅で LIC TRAINER を使用し，HOPE は「入院中に LIC　TRAINER の負荷を高めたい」であった．症例 2 は SMA と診断された 70 歳代女性．診断後 8 年が経過し，ADL は全介助で，ALSFRS-R は 19 点であった．半年前から自宅で LIC TRAINER を使用し，今回初めてレスパイト入院を利用した．HOPE は「入院中も LIC TRAINER を継続したい」であった．両症例とも，気管切開は希望しないものの，呼吸機能の維持を望んでいた．

【方法】

LIC　TRAINER による LVRT 介入前後にスパイロメーターを用いて肺機能評価を行った．評価項目は肺活量（VC），最大吸気量（IC），予備呼気量（ERV）とした．症例 1 は，加圧 20～25mmHg にて 1 セッション 2～5 回実施し，介入および評価を計 6 日間実施した．症例 2 は，加圧 15mmHg にて 1 セッション 5 回実施し，計 2 日間実施した．負荷量は主治医の管理下で調整した．

【結果】

症例 1 では，各日の介入前後における平均変化量は，VC：41mL，IC：12mL，ERV：30mL の増加を認めた．症例 2 では，VC：30mL，IC：65mL の増加を認め，ERV：35mL の低下を認めた．両症例から「入院中も継続できて嬉しかった」と発言が聞かれた．また，症例 1 からは「肺活量の変化を確認しながら、自分に合った圧に調整してもらえたことがよかった」と発言が聞かれた．

【考察】

LIC TRAINER による LVRT により深吸気が補助され，肺容量の即時的な増加につながった可能性が考えられる．また，病院で介入することで，医師の管理下で患者の状態に応じた負荷量の調整と，介入前後の変化の確認が可能であった．これらの関わりは，在宅で呼吸ケアを継続する患者に対し，適切な実施条件を再検討する機会となり，継続に対する安心感につながる可能性がある．一方，本報告の 2 症例における即時変化を示したものであり，長期的な効果については今後の検討が必要である．

【結論】

LIC TRAINER を用いた LVRT により，進行期 ALS・SMA 患者において肺容量の即時的な増加を認めた．病院での介入は，患者の状態に応じた負荷量の調整と介入効果の確認を行い，在宅での継続的な呼吸ケアを支援する機会となる可能性が示唆された．

25-6　理学療法③

右放線冠梗塞と左小脳出血併発例の歩行再建～訓練内容、反復回数、進行過程に着目して～

山口県・光風園病院

○糸賀（いとが）　秀基（ひでき）（理学療法士）、脇坂　健介、鴨﨑　武蔵

【はじめに】

脳卒中患者が歩行獲得に至るための訓練に関して、訓練内容や回数についてはセラピストの主観に頼ることが多く、患者の個別性もあるため明確な指標がないのが現状である。

今回、右放線冠梗塞と左小脳出血を併発した患者を担当した。歩行予後に関して、先行研究によると運動麻痺と運動失調を併発した症例では、「何らかの支持（杖や歩行器など）を得て自立で歩けるようになる確率」は40～55%とされている。

今回、歩行予後不良因子を有する症例に対し、訓練内容や反復回数を段階的に調整し介入した結果、杖歩行自立の獲得に至ったため報告する。

【症例紹介】

70歳代男性。右利き、妻と同居。既往歴に肺気腫、腰部脊柱管狭窄症を呈する。20XX年YY月ZZ日、右放線冠梗塞を発症。t-PA投与後、ZZ日+1日後に左小脳出血を併発。発症ZZ日+30日後に当院回復期病棟へ入院。初期評価では、Br, stage：下肢-III、小脳性運動失調、バランス機能低下を認めた。感覚：表在・深部ともに軽度鈍麻、GMT（左下肢）：屈伸2、SARA：20点、FIM：48点、歩行：膝折れリスクがあり困難。病棟内移動は車椅子を使用していた。

【経過】

前期（入院時～8週目）

予測的姿勢制御と姿勢修正能力の改善を目的に、バランス機能の改善を図った。具体的には、姿勢鏡を使用し視覚的フィードバックを入力しながら、高座位からの立ち上がり動作訓練を1日30～50回実施し、体幹の動揺や荷重量に対して教師なし学習を行った。また、立位保持訓練や重心移動訓練を併用し左股関節への荷重促通を図った。

体幹の動揺の改善は見られたが、左股関節への荷重は不十分で殿部の避けは残存した。

中期（8週目～16週目）

1日30～50回の立ち上がり動作訓練では左殿部の避けに対して十分な訓練量が得られていないと判断し、立ち上がり動作訓練を自主トレも含め1日150～200回へ徐々に増量した。難易度調整としては、達成状況に応じて座面高を高い位置から段階的に下げ調整した。結果、立ち上がり後の姿勢修正頻度は減少を認め、立位保持は徐々に安定した。

後期（16週目～24週目）

立位保持の安定性を歩行動作へ反映させることを目的に介入した。立ち上がり動作訓練を継続しながら、歩行訓練の比重を徐々に増加させ、病棟内外での歩行、方向転換、段差昇降など生活場面を想定した課題に取り組んだ。歩行環境や課題条件を段階的に拡大しながら介入した結果、杖歩行の獲得に至った。

【結果】

最終評価ではBr, stage：下肢-VI、バランス機能改善、感覚：表在・深部ともに改善、MMT（左下肢）：2～4、SARA：11.5点、FIM：113点まで改善した。歩行：屋内はプラスチック短下肢装具とT字杖で自立、屋外は金属支柱付き短下肢装具とT字杖見守りで可能となった。

【考察とまとめ】

本症例では、バランス機能および運動麻痺の改善が得られたため歩行再建に寄与したと考えられる。先行研究によると、立ち上がり動作訓練は筋力、バランス機能、歩行能力の向上に効果があると述べている。さらには運動麻痺を持つ脳卒中患者において、両脚同時の伸展運動が麻痺脚を改善させる可能性も述べられている。脳卒中ガイドラインでは、運動障害に対して課題に特化した訓練の量もしくは頻度を推奨している。本症例において、バランス機能向上に向けて立ち上がり動作訓練を頻回に実施したことが、改善に繋がったと考えられる。今回セラピストによる主観的な回数設定ではなく、本人の実施できる回数を評価し誤学習を与えない回数および難易度調整を細かく行ったことが重要であった。その為には限られた時間の中で、どの訓練に重きをおくのかを選択しておくことや訓練時間外での自主トレが重要になると思われた。

25-7　理学療法③

パーキンソン病患者における感覚フィードバックトレッドミルによる聴覚・視覚刺激の歩行関連機能改善変化量

熊本県・西日本病院

○橋本（はしもと）　夏実（なつみ）（理学療法士）、亀田　翔太、歌野　文、池田　侑太

【目的】

パーキンソン病（PD）患者に対する視覚・聴覚刺激を用いた歩行訓練の有効性は報告されているが、トレッドミル型感覚フィードバックシステム（C-Mill）を用いた介入効果についての報告は少ない。本研究の目的は、Hoehn & Yahr（H&Y）ステージ2～4のPD患者を対象に、C-Millを用いた視覚・聴覚刺激歩行訓練が歩行能力およびバランス機能に与える影響を検討することである。

【方法】

対象は当院障害者病棟に入院中のPD患者10名（男性4名、女性6名）とした。除外項目は、歩行機能評価が困難な者、聴力・視力の低下が著しい者とした。介入にはC-Millを用い、視覚・聴覚刺激下での歩行訓練（介入時間は1分間の歩行分析を介入前後、視覚・聴覚刺激を計5分、計7分間）をそれぞれ1週間の間隔を空けて実施した。

用いた刺激として、視覚刺激はトレッドミル上に踏み石を照射し、足部で踏むような指示を行った。聴覚刺激は一定の速度で流れる音に対して、リズムを合わせて歩調を合わせるよう指示を行った。

評価指標として、10m歩行時間、Short Physical Performance Battery（SPBB）、およびC-Millによる歩行パラメータ（歩行速度、歩幅、左右立脚時間、ステップ数、ケイデンス）を介入前後で計測し、介入後の結果から介入前の結果の差を求め、視覚群・聴覚群の群間比較を行った。統計解析にはEZRを使用し、対応のある検定等を用いて比較検討した。

【結果】

視覚刺激条件と聴覚刺激条件訓練前後差の比較では、ステップ数に有意差を認め、視覚刺激条件で有意に少なかった（視覚群－43.4歩±74.8、聴覚群20.0歩±11.5，$p<0.01$）。また、ケイデンスについても有意差を認めた（視覚群−10.48歩/分±17.66、聴覚群−1.1歩/分±11.52，$p<0.03$）。立脚期時間の変化量では左側（視覚群−0.05秒±0.08、聴覚群−0.01秒±0.08，$p<0.05$）、右側は有意差を認めなかった（$p=0.06$）。その他の評価項目では明らかな有意差は認められなかった。

【考察】

本研究の結果、C-Millを用いた歩行訓練において、視覚刺激と聴覚刺激は歩行パラメータの改善にそれぞれ異なる影響を与える可能性が示唆された。

特にステップ数およびケイデンスにおいて視覚刺激と聴覚刺激間に有意な差が認められたことは、患者の特性に応じて適切なフィードバック様式を選択することの重要性を示している。視覚刺激は歩幅の拡大や歩行リズムの調整を促し、歩行効率の改善に寄与した可能性がある。特にステップ数およびケイデンスの改善は、PD患者に特徴的な小刻み歩行の軽減を示唆する結果と考えられる。

左脚の立脚時間に有意差が見られた一方で右脚に差が見られなかった要因については、対象者の左右非対称な症状進行や身体機能の差異が影響した可能性がある。対象者数が少なく介入期間も限定的であったため、長期的効果については今後の検討が必要である。

【結論】

C-Millを用いた視覚・聴覚刺激訓練は、PD患者の歩行パラメータを改善させる効果が期待できる。特に視覚刺激はステップ数、ケイデンスおよび立脚期時間に有意な影響を与え、歩行機能向上に有効であることが示唆された。今後は、より長期的な効果の持続性や、各H&Yステージに適した実施頻度を明確化することで、個別の介入プログラムの最適化を目指す必要がある。

26-1　理学療法④

延髄内側症候群における教師あり学習を基盤とした理学療法の検討

千葉県・薬園台リハビリテーション病院　回復期支援部

よこやま　しおん
○横山　潮苑（理学療法士）

【はじめに】

延髄内側症候群は延髄内側部の病変によって生じる対側の運動障害、深部感覚障害、同側の舌下神経障害を三徴とした脳幹梗塞である。今回、右延髄内側梗塞により、左上下肢に麻痺を呈した症例の歩行および階段昇降能力の獲得に向けた理学療法を実施し、良好な転帰を得たため報告する。

【症例紹介】

80 歳代男性。X 日左上下肢麻痺と構音障害が出現し救急搬送され、同日延髄梗塞と診断される。損傷部位は、内側毛帯、延髄錐体、舌下神経核を含む延髄内側部であった。自宅退院を目的に X+28 日当院回復期入院となる。初期評価としては、左 Stroke Impairment Assessment Set（以下 SIAS）-M（股関節屈曲 2、膝関節伸展 2、足関節背屈 2）、表在・深部感覚障害、構音障害あり。Scale for the Assessment and Rating of Ataxia（以下 SARA）29 点、Functional Independence Measure（以下 FIM）運動項目 15 点、認知項目 25 点だった。

【経過と結果】

入院初期より、立位場面の麻痺側荷重感覚の低下、体幹の非麻痺側への傾斜がみられ、歩行場面では麻痺側下肢の接地状態の不確実さや支持不全が生じ、歩行不安定を招いていた。そのため立位場面で生じる姿勢定位障害に対して鏡を使用し視覚的 FB による立位姿勢の修正を促した。歩行場面では、長下肢装具を使用した歩行練習を行い麻痺側下肢への荷重感覚の入力、体幹筋の賦活を図った。X+138 日介助無しで立位保持可能となり、膝折れや過伸展がみられないため短下肢装具へカットダウンし、介助下で四点杖歩行練習と階段昇降練習を行った。しかし、セラピスト側の徒手的介助量が多く患者自身の動作学習における誤差検出、修正が不十分のため、効率的な運動学習に至らなかった。そこで、小脳におけるエラー検出を阻害しないために可能な限り自己制御下で歩行・階段昇降練習を行った。X+164 日動作時の膝折れ消失や下肢支持性の改善を認め短下肢装具の使用を終了し、T 字杖歩行練習と階段昇降練習へ移行した。X+194 日 T 字杖歩行と階段昇降動作は実施可能となり自宅訪問練習を実施。 自宅環境下においても安全に動作遂行可能となり、 X+204 日退院時左 SIAS-M（股関節屈曲 4、膝関節伸展 4、足関節背屈 4）、SARA15 点、FIM 運動項目 73 点退院となった。

【考察】

本症例は、延髄錐体路障害による対側上下肢の随意運動障害、内側毛帯損傷による深部感覚障害と感覚性運動失調に伴う姿勢定位障害により、動作不安定性を招いていた。そのため、教師あり学習の運動指令の遠心性コピーと実際に得られる感覚情報の FB の比較・照合を基盤した課題特異的かつ反復動作練習を実施。小脳による動作の最適化を図った結果、歩行や階段昇降の動作獲得につながった可能性が示唆された。

26-2　理学療法④

慢性期外傷性くも膜下出血後の意識障害患者における立位練習後の意識状態の変化―CRS-R による経時的評価―

神奈川県・鶴巻温泉病院　リハビリテーション部

○大馬（おおば）　夏海（なつみ）（理学療法士）、成瀬　初音、金蔵　満百合

【目的】

外傷性くも膜下出血は軽症例では良好な経過をたどることが多いが、重症例では意識障害が遷延する場合がある。外傷性脳損傷後の意識障害では、慢性期にも意識レベルが改善する可能性がある一方、評価およびリハビリテーションは必ずしも十分に行われていない。意識障害の評価には Japan Coma Scale（JCS）や Glasgow Coma Scale（GCS）が広く用いられているが、反応性の軽微な変化を捉えにくい場合がある。近年、より詳細な評価として Coma Recovery Scale-Revised（CRS-R）の使用が推奨されている。本症例報告では、外傷性くも膜下出血後に遷延性意識障害を呈した患者に対し、ティルトテーブルを中心とした介入を実施し、CRS-R および臨床所見の推移を記述することを目的とした。

【症例紹介】

症例は 70 歳代男性。X 日、路上で倒れているところを発見され、重度熱中症、外傷性くも膜下出血および脳挫傷と診断された。意識障害が遷延し、X＋66 日に当院療養病棟へ入院、X＋81 日に障がい者・難病病棟へ転棟した。転棟時には JCSII-20 であり意識障害および左半身の弛緩性麻痺を認めた。気管切開により発話でのコミュニケーションは困難であり、明らかな口唇運動も認めなかった。一方、頷きによる意思表示は一部可能であった。病前は独居で日常生活動作が自立しており、園芸農家として就労していた。

【方法】

X＋89 日より、各介入前に CRS-R を評価した。X＋89～137 日は端座位練習および車椅子離床を実施した通常介入期、X＋138～174 日は両側短下肢装具を装着し、ティルトテーブルを用いた立位練習を実施したティルトテーブル介入期とした。X＋178～208 日は、ティルトテーブル実施中に右前腕部の正中神経への電気刺激を併用した電気刺激療法併用期とした。通常介入期から電気刺激療法併用期までは週 5 回の理学療法を実施した。その後、X＋214～263 日をフォローアップ期とし、週 3 回の理学療法を継続した。ティルトテーブルは傾斜角度 30～45 度、1 回あたり約 30～60 分実施した。各時期における CRS-R の中央値［四分位範囲］を算出した。

【結果】

CRS-R は通常介入期で 9 点［7–14 点］、ティルトテーブル介入期で 15.5 点［14.75–16 点］、電気刺激療法併用期で 16 点［16–16.25 点］、フォローアップ期で 16 点［16–16 点］、となり、ティルトテーブル介入期以降は上昇し、その後も高値で推移した。ティルトテーブル介入後には、呼名に対して視線を向ける、簡単な問いかけに頷きで応答する、単純な指示に応じるなどの反応を認めた。また、上肢 Modified Ashworth Scale は 0 から 1 となった。X＋249 日にはカフ脱気中に妻の名前の発語する様子を認めた。X＋272 日には、スピーチバルブ装着下で「俺こんなんになっちゃった」という発話や、妻の手に触れ「手冷たいな」と妻を気遣うような発言を認めた。さらに、妻の呼びかけに対して頷き、笑顔や泣き顔等の表情の変化や発語で反応して交流する場面が増加した。また酸素投与量は 1 L/分から徐々に減量され、最終的に離脱した。さらに、経口摂取量が増加し、3 食の経口摂取が可能となった。現在はスピーチバルブを装着し、コミュニケーション練習を実施している。

【考察】

本症例では、受傷後約 4 か月が経過した時期からティルトテーブルを中心とした介入を開始し、その後 CRS-R の上昇に加え、コミュニケーション反応、呼吸状態、経口摂取状況および家族との交流に変化を認めた。ティルトテーブルによる立位練習は、体性感覚入力の増加および重力負荷に伴う循環動態の変化を介して、覚醒水準に影響した可能性が考えられる。

26-3　理学療法④

歩行動画を用いた歩行観察教育が理学療法士の歩行観察能力に与える影響

愛媛県・松山リハビリテーション病院

○清水（しみず）　皓貴（こうき）（理学療法士）、宍戸　康弘、冨岡　真光

［目的］

歩行観察能力は理学療法士（PT）に求められる重要な臨床技能である．しかし，臨床場面では歩行観察評価に困難感を抱く PT は少なくない．近年，スマートフォンや動画機器の普及により，臨床現場で簡便に歩行動画を撮影・提示できる環境が整いつつあり，歩行観察評価に対する利便性向上が報告されている．一方で，歩行動画を活用した教育介入が PT の歩行観察能力向上に与える影響については十分に検討されていない．本研究の目的は，歩行観察に対する教育介入が PT の歩行観察評価に与える影響を検証することである．

［方法］

対象は，当院リハビリテーション部に所属する理学療法士 23 名（年齢 24.8 ± 3.6 歳，経験年数 4.0 ± 3.1 年）とした．このうち経験年数 3 年目以下は 14 名（年齢 22.6 ± 2.2 歳，経験年数 1.9 ± 1.0 年）であった．被検者は，当院入院中の脳血管障害による片麻痺症例 2 例とした．観察方法は iPhone を用いて 10m 歩行を前額面および矢状面から撮影した動画を使用した．歩行観察評価には Wisconsin Gait Scale（WGS）を用いた．研究手順は，①Pre 評価，②教育介入，③Post 評価の 3 段階で実施した．教育介入では専門家パネルの PT が歩行観察の基本的視点，全体像からの異常性把握，歩行周期ごとの観察ポイントについて WGS 評価項目に沿って説明し，スローモーション動画を併用した．評価基準は，臨床経験 10 年以上かつ脳卒中分野に関する専門的知識を有する PT2 名の合議により決定した．主評価項目は，各評価項目について評価基準との一致・不一致を判定し，不一致を 1 点，一致を 0 点として算出した 14 項目の合計得点とした．統計解析は，全対象者および経験年数 3 年目以下における Pre 評価と Post 評価の比較に Wilcoxon 符号付順位検定を用いた．また，変化量（Pre − Post）について，経験年数 3 年目以下群と 4 年目以上群との群間比較を Wilcoxon 順位和検定により実施した．

［倫理的配慮］

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施し，対象者には研究内容を説明のうえ同意を得た．

［結果］

結果は中央値［Q1 − Q3］で示した．全対象者の合計得点は Pre 6［5 − 6.5］点，Post 4［4 − 5.5］点であり，有意差を認めなかった（p = 0.125）．経験年数 3 年目以下群では，Pre 6［5.0 − 6.0］点，Post 4［3.25 − 5.0］点であり，有意な減少を認めた（p = 0.019）．変化量（Pre − Post）は，3 年目以下群 2［1.0 − 2.0］点，4 年目以上群 0［− 2 − 1］点であり，群間比較では有意差を認めなかった（p = 0.083）．

［考察］

対象者では有意な変化を認めなかったが，経験年数 3 年目以下群では教育介入後に評価基準との不一致項目数が有意に減少した．歩行観察の着眼点や評価基準の共有が，経験年数の浅い理学療法士の観察評価に関連した可能性がある．一方，変化量の群間比較では有意差を認めず，教育効果と経験年数との関連については慎重な解釈が必要である．本研究は対象者数が少なく，Pre 評価と Post 評価で異なる症例動画を用いたため症例特性の影響を排除できていない．今後は対象者数および症例数を増やし，時間と経験年数群との交互作用を含めた検討が必要である．

［結論］

歩行観察に関し，動画を通して教育介入を行うことは，理学療法士全体では有意な効果を示さなかったものの，経験年数 3 年目以下の理学療法士において評価基準との一致度向上に寄与する可能性が示唆された．

26-4　理学療法④

COVID-19後の廃用症候群を呈した慢性期脳卒中後患者に対する歩行獲得を目指した段階的難易度設定の介入経過

大阪府・泉佐野優人会病院

○浅間（あさま）　優月（ゆづき）（理学療法士）、中濱　翔、田中　領、鈴木　光、辻中　椋

【目的】

COVID-19後の廃用症候群により立位保持および歩行動作が困難となった症例に対し、足底感覚入力から体幹、下肢筋力増強運動へと段階的に難易度を調整した結果、見守りでの車輪付きピックアップ歩行器歩行が可能となったため報告する。

【方法】

対象は80代男性、診断名はCOVID-19後の廃用症候群であり、既往歴に13年前の脳梗塞があった。初期評価はManual Muscle Test（MMT（右/左））股関節伸展2/3、股関節外転2/2、股関節内転2/2、Berg Balance Scale（BBS）18点、Functional Assessment for Control of Trunk（FACT）6点、10Meter Walk Test（10MWT）0.2 m/s、Time Up and Go Test（TUG）左59.9 s、感覚検査では表在感覚：前足底部軽度鈍麻、深部感覚：中等度鈍麻、骨格筋量15.6 kg、Skeletal Muscle Index（SMI）4.6 kg/m^2、Functional Independence Measure（FIM）運動項目40点であった。立位保持は体幹伸展位であり、介助なしで立位保持困難であった。歩行器歩行では立脚初期に足底接地、右立脚中期での左骨盤下制がみられ、全歩行周期で軽度股関節、膝関節屈曲位での歩容を認めた。介入初期には足底への表在感覚入力を積極的に実施した。立位保持獲得後はOKCでの股関節伸展・外転、CKCでのヒップアップ、段差昇降等の下肢筋力増強運動、荷重・ステップ練習、座位・立位での体幹機能練習、歩行動作練習を実施した。その後、トイレ動作練習等のADL練習を段階的に難易度調整しつつ実施した。

【結果】

最終評価はMMT股関節伸展3/4、股関節外転2/3、股関節内転2/2、BBS28点、FACT11点、10MWT0.3 m/s、TUG（左）40.8 s、感覚検査では表在感覚：正常、深部感覚：中等度鈍麻、骨格筋量17.3 kg、SMI5.3 kg/m^2、FIM（運動項目）50点となった。歩行器歩行では大腿四頭筋、大殿筋の筋力向上により立脚初期に踵接地がみられ、腹斜筋の筋力向上により右立脚中期での左骨盤下制の軽減がみられた。また全歩行周期で軽度膝関節屈曲位での歩容を認めたものの、見守りでの車輪付きピックアップ歩行器歩行が可能となった。

【考察】

慢性期脳卒中患者においても、歩行獲得に向けて段階を設け、ベッド上での簡易な練習からはじめ、立位、動的立位バランス練習を経由し、最終的に歩行練習を行っていくことで失敗体験を調整し、運動学習が円滑に進んだ可能性がある。加えて、COVID-19による筋力低下の影響だけでなく、その背景にある慢性期の脳梗塞の影響を考慮し、積極的に麻痺側下肢の使用頻度の向上や足底への感覚入力により歩行獲得につながる可能性が示唆された。

【結論】

廃用症候群を呈した慢性期脳卒中後患者に対し、足底への感覚入力から始まり、体幹、下肢筋力増強運動およびADL練習へと段階的に難易度を調整したことで見守りでの車輪付きピックアップ歩行器歩行が可能となった可能性がある。

26-5　理学療法④

心不全治療後の後期高齢者に対する運動習慣への介入事例～主観的な疲労感と vital signs の乖離に着目して～

兵庫県・東浦平成病院

○寶川（ほうかわ）　和樹（かずき）（理学療法士）、中原　日菜子

【はじめに】

心不全治療後の後期高齢者において、運動機能や歩行自立割合の低下が報告されている。本症例はうっ血性心不全の治療後で疲労感により臥床傾向であったが、リハビリテーションにより Functional Independence Measure（FIM）の点数が向上し自宅退院に至った。心不全治療後の後期高齢者に対するリハビリテーションの有用性を検討する。

【症例紹介】

80 歳代前半の女性

うっ血性心不全により自宅で体動困難となり、A 病院に搬送。34 病日にリハビリテーション目的で当院。

主訴：しんどい・すぐに疲れる

Hope：疲れずに歩きたい

【初期評価】

10-Meter Walk test（10MWT）は 13.65m/s、Berg Balance Scale（BBS）は 46 点、6-Minute Walk Test（6MWT）は（3.0min SPO2=99% P=88 修正 Borg　胸 4 足 4）（4.0min SPO2=99% P=98 修正 Borg　胸 4　足 4）（4.42min SPO2=97% P=95 修正 Borg 胸 7 足 6）4.30min より急激な疲労感にて 92m で歩行中断。リカバリーなし。New York Heart Association functional classif icatio（NYHA）は III 度、Barthel Index（BI）は 90 点と高いが、疲労感によりベッド上臥床傾向となり、FIM の点数（運動項目 39、認知項目 35）は 74 点と低値である。

【方法】

治療方法として、活動記録表の記載による自身の状態の可視化と自主訓練や作業活動を含む習慣的な運動を行った。

活動記録表には自身で安静時、運動時、疲労感増悪時等の vital signs を測定し記載することで、自身の状態を可視化可能にした。また 1 週間の運動量を活動内容の合計が 15METs 程度に設定し、リハビリテーションや作業活動で行った運動量を記載し、その時間や理由についても記載することで現状の運動量の状態の可視化も図った。さらに疲労感によりリハビリテーション時の運動量が不十分の場合は、自主訓練として四肢の全身運動やエルゴメーターなどを実施することで運動量の確保を図った。

【結果】

10MWT14.35m/s、BBS は 48 点と著名な変化なし。6MWT（4.0min SPO2=99% P=90 修正 Borg 胸 4 足 6）（5.0min SPO2=97% P=93 修正 Borg 胸 5 足 7）（終了時 SPO2 =99% P=100 修正 Borg 胸 6 足 7）歩行距離は 183m で完走した。FIM の点数も 124（運動項目 89）点に向上した。

【考察】

本症例は心不全治療後に臥床傾向となり、運動耐容能の低下、活動時の vital signs と主観的な疲労感が乖離していた。

自身で活動記録表に vital signs の記載を行ったことで、現在の vital signs が把握可能となり、それらをリハビリテーション内でフィードバックすることで、主観的な疲労感と vital signs の乖離が軽減され、現在が活動可能な状態かを可視化可能となり、活動時の急な主観的疲労感を防げるようになった。そしてそれらの活動量を記載することで、目標に対して不足している活動量分の自主訓練行えたことで、運動耐容能も向上し、本症例の運動習慣の獲得にも繋がったと考える。

これらにより、本症例は FIM の点数が向上し、自宅退院及び退院後も継続した運動習慣の獲得に繋がったと考える。後期高齢者の場合でも心不全治療後の vital signs と主観的な疲労感の乖離に着目した運動耐容能向上のための習慣的な運動は有用であることが示唆された。

26-6　理学療法④

遊脚期の足部クリアランス改善と立脚終期の推進力改善に着目し、歩行能力改善を認めた脳梗塞症例

香川県・橋本病院

○近下（ちかした）　翔馬（理学療法士）、松本　猛（しょうま）、森　拓人

【目的】

歩行時に麻痺側の前遊脚期（以下、PSW）～初期接地（以下、IC）のクリアランス低下や下垂足、麻痺側の立脚中期（以下、MST）～立脚終期（以下、TST）の股関節伸展減少を認めていた症例を経験した。そこで今回、遊脚期ではL300Go®を使用して足関節背屈を促し、立脚終期では推進力改善に着目して介入した結果、歩行能力改善を認めた症例を経験したため、考察を交えて報告する。

【症例・方法】

70歳代男性、診断名は左多発性アテローム血栓性脳梗塞。発症前ADLは自立。20病日に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院。入院時頭部CTより左放線冠周囲に梗塞巣が散在し、皮質脊髄路、大脳小脳神経回路、前頭葉の損傷を推測。入院時評価としてBrunnstrom Recovery Stage（以下、BRS）右下肢V、Stroke Impairment Assessment Set（以下、SIAS）右股-4 右膝-4 右足-4、Functional Ambulation Category（以下、FAC）3、徒手筋力検査（以下、MMT）にて下肢3～4レベルと麻痺側を中心とした運動麻痺や歩行能力低下を認めた。その後、35病日には独歩見守りで歩行可能となったが、麻痺側PSW～ICのクリアランス低下や下垂足、麻痺側MST～TSTの股関節伸展減少が生じており、立脚終期時のTrailing Limb Angle（以下、TLA）は7°であり、10m歩行は11.8秒、23歩であった。

理学療法では、麻痺側PSW～ICのクリアランス低下や下垂足に対して、L300Go®を併用した歩行練習にて足関節背屈を促した。L300Go®の刺激周波数は40Hz、患者の疼痛閾値範囲内で設定し、1日60分間の内20分間を実施。また麻痺側MST～TSTに対しては、股関節屈筋群の遠心性収縮や足関節底屈筋群の求心性収縮を促し、1日15回3セット実施した。介入期間は2ヶ月間とした。

【説明と同意】

当院倫理委員会の規定に準じ使用データは個人を特定できないように配慮した。（倫理No 5）

【結果】

退院時102病日の評価は、BRS右下肢VI、SIAS右股-5 右膝-5 右足-4、FAC 5、MMTにて下肢4～5レベルと改善。独歩にて10m歩行6.64秒、16歩と大幅な改善を認めた。また歩行時の麻痺側PSW～ICのクリアランス向上や下垂足改善、麻痺側MST～TSTの股関節伸展が増大し、立脚終期時のTLAは14°と増加し、歩容の改善、歩行速度の向上を認めた。

【考察】

今回、遊脚期ではクリアランス向上や下垂足改善、立脚終期では股関節伸展が増大し、TLAも増加し、歩容の改善や歩行速度の向上を認めた。下垂足を呈する脳卒中患者に対して、歩行機能を改善させるために機能的電気刺激を行うことは有効とされている。また、遊脚期に前脛骨筋を刺激することで踵接地を促し、装着下での歩行速度の改善をすると報告されている。今回、L300Go®を使用し、PSW～IC間での足部クリアランス向上や下垂足改善に繋がったと考える。一方立脚期において、TLAの改善は推進力向上に寄与する可能性があると報告されている。更にTLAが増大することで、歩行速度が向上すると報告されている。本症例でも、立脚終期での股関節伸展増大によりTLAが増加し、前方への推進力が向上したことで、歩行速度改善に関与したと考える。以上より、本症例の歩行能力改善には、遊脚期だけでなく立脚後期が複合的に関与した可能性が示唆された。

26-7　理学療法④

連鎖的内部疾患による長期臥床後、姿勢定位の改善により基本動作の介助量軽減を図った脳梗塞の一症例

東京都・世田谷記念病院

○栗原（くりはら）　沙季（さき）（理学療法士）

【目的】脳卒中患者における早期の離床およびリハビリテーション（以下リハ）の重要性は広く認知されている。しかし今回、脳梗塞発症後に重篤な内部疾患を併発し、150 日以上の長期安静を余儀なくされたのちに当院回復期病棟へ入院となった症例の介入機会を得た。介入により約 1 か月間で基本動作能力の改善と離床時間の延長が可能となった経過を報告する。

【方法】症例は 70 代男性。発症前の日常生活動作（以下 ADL）は自立していた。診断名は心原性脳塞栓症（右視床、橋～左小脳）。現病歴として、発症 5 日後に心筋梗塞、25 日後両側腎梗塞、45 日後に心停止をきたし心肺蘇生法を施行した。110 日後左下肢閉塞性動脈硬化症（以下 PAD）を発症した。150 日後に左膝窩動脈再開通を経て、発症 164 日後に当院回復期病棟に転院した。初期評価時、身長 165cm、体重 65kg、安静時血圧は 88/61 mmHg と低値で、意識レベルは Japan Coma Scale（以下 JCS）I－3、機能的自立度評価法（以下 FIM）は 26 点（運動項目 15 点、認知項目 11 点）、Berg Balance Scale（以下 BBS）2/56 点、Trunk Control Test（以下 TCT）24 点、左上下肢の測定過大と終末期動揺を認めた。Stroke Impairment Assessment Set の運動項目（以下 SIAS－M）は右/左で 6/8 点、Scale for Contraversive Pushing（以下 SCP）は 5 点だった。基本動作は寝返りと端坐位が中等度介助、起居・起立・移乗動作が重度介助だった。20 分程度の車いす離床にて血圧が 71/43 mmHg まで低下し傾眠を呈したため、食事とリハ以外の時間は臥床を余儀なくされた。これらに対し、短期目標を離床時間の延長、端坐位と起立動作の介助量軽減とした。介入内容として、血圧低下に対しリハ介入中は車いすによる頻回な休憩を挟み、医師と相談のうえ昇圧剤（メトリジン錠）の内服を開始した。また日中の離床スケジュールを調整し、リハと食事時間の重複を避けた。リハでは臥位は極力避け、端坐位の感覚入力と姿勢修正、平行棒での起立・立位保持を中心に実施した。

【結果】約 1 か月時点の評価で、安静時血圧は 100/67mmHg と上昇し、JCS は清明となった。FIM46 点（運動項目 30 点、認知項目 16 点）、BBS6 点、TCT87 点、SIAS-M が右/左で 9/10 点、SCP0.5 点となった。基本動作は寝返りと起居が修正自立、端坐位見守り、起立と移乗は軽介助となり 30 分以上の離床が可能となった。立位が安定し歩行器歩行練習の展開が可能となった。一方で午後は疲労感による頻回な休憩を要し、歩行練習後の血圧低下が残存した。また介入期間中 4kg の体重減少を認めた。

【考察】本症例は内部疾患の併発により発症からリハ開始までの期間が長かったが、姿勢定位や動作練習を集中的に行ったことで、体幹機能の強化と体性感覚の学習につながり、介助量軽減が達成できたと思われる。しかし動作後の血圧低下や疲労感による臥床傾向が依然として残存していた。これは長期臥床や嚥下障害による摂取エネルギーの不足が継続し、筋力や耐久性強化の阻害因子となっていると考える。今後の ADL 能力向上のためには、栄養管理と並行した廃用症候群の改善が中心になると考える。

【結論】脳卒中発症から長期間経過してリハビリテーションを実施した症例に対し、リスク管理を徹底した離床スケジュールと、段階的かつ積極的な姿勢保持、動作練習を反復することで、基本動作能力の向上が可能となった。

27-1　理学療法⑤

発症から25年経過した多系統萎縮症患者の病棟生活を含めた介入によって移乗動作の介助量軽減を認めた症例

埼玉県・IMSグループ　埼玉セントラル病院

○藤原（ふじわら）　鈴香（すずか）（理学療法士）、吉田　千沙都、三橋　和也、本嶋　卓

【はじめに】

脊髄小脳変性症・多系統萎縮症診療ガイドライン2018では，多系統萎縮症に対する理学療法の効果に関して十分なエビデンスは確立していないとされている．

今回，発症25年が経過した症例を担当し，環境設定，理学療法介入および病棟連携により移乗動作の介助量軽減が認められたため報告する．本発表は患者様，ご家族の同意を得ている．

【症例紹介】

60代男性，X年Y月に歩行のふらつきがありA病院で多系統萎縮症と診断．自宅にて妻と生活をしていたがX+20年に当院へ入院．X＋25年の現在，感覚障害，呼吸器障害，嚥下機能障害等は見られていない．発声が困難で携帯電話を利用してコミュニケーションをとっている．看護師より立位・移乗時の転倒リスクが非常に高く，この半年で2回転倒しているとの情報があった．

【初期評価】

体幹と下肢MMT2～4，SARA25点，躯幹失調ステージIII，FIM61点で各移乗動作は4点．立位は胸椎屈曲，骨盤後傾位で後方重心．失調により体幹の不安定性が著明であり，上肢支持に依存して姿勢を保持していた．中でも移乗動作は失調の影響もあり転倒リスクが高いため，後方からの臀部支持と方向転換介助を要した．本人HOPEは「特になし，このままでいい．」とのことであった．

【介入】

起立や方向転換時の環境設定としてL字柵を導入したことで，立ち上がり離臀～立位に向けた伸展活動は得られやすくなった．しかし，方向転換時は失調によって支持基底面から身体重心が逸脱し，立ち直りやステップ反応が得られにくいという課題が残った．理学療法では，安定した支持基底面内で重心移動を意識した起立・着座動作，方向転換練習等を1回40分で週2回実施し，移乗動作の介助量軽減を目指した．病棟スタッフにも環境調整を伝達，見守りで行うよう共有し連携することで，日常的な動作の獲得と能力の向上を図った．

【最終評価】

病棟でも見守りでの移乗動作が可能となり，移乗時の臀部支持や方向転換介助を要さなくなった．また介入前は半年間で2回の転倒と複数回の転倒未遂を認めていたが，介入後は転倒を認めなかった．

SARAは25点から23.5点，FIMも61点から62点と移乗動作の項目で改善が得られた．

ご本人も以前よりも下肢で支えられるようになり「日常的な不安要素が減った」と笑顔と共にグッドサインを見せてくれた．

【考察】

今回の理学療法介入により，環境設定した中で反復練習することで，上肢依存を軽減し，下肢の支持性向上や支持基底面内での重心制御の感覚を再学習でき，安定した移乗動作が可能になったと考えた．移乗動作の状態や環境設定について病棟職員とも連携をとり，適宜修正を加え，日常的に実践できる環境を整えることで動作の定着が可能となり，動作見守りレベルまで改善したと考える．現在，診療ガイドライン上は，多系統萎縮症そのものへの理学療法効果は明確になっていないが，本症例においては発症から長期経過を辿ってもADLの改善が認められた．時間や頻度に関して十分な理学療法介入の確保は難しかったが，介入で獲得した動作を病棟生活に汎化させることで動作改善が図れたと考える．また，長期経過の中で介入初期には「このままでいい」と発言され，変化への期待は低かった．しかし，移乗動作の改善を通して「以前より下肢で支えられるようになった」と自身の変化を好意的に表出されるようになった．進行性疾患においては機能改善のみならず，患者自身が変化を実感し自己効力感を得られることも重要な支援の一つであると考える．

27-2　理学療法⑤

長期臥床患者に対するシャボンラッピングの有用性～足部からの快刺激が全身の筋緊張緩和をもたらした一例～

東京都・青梅三慶病院

○佐野（さの）　友希恵（ゆきえ）（理学療法士）

【はじめに】

当院医療療養病棟のリハビリテーション科では、離床が困難な長期臥床の患者に向けての取り組みとしてシャボンラッピングを週１回実施している。

長期臥床患者では活動性低下に伴う関節拘縮や循環不全を呈しやすく、関節拘縮などの影響で身体の拠り所がない状態が続き、日常生活での小さな刺激が外乱または不快刺激であると知覚し身体を固定させる傾向がある。また、それが繰り返されることによって防御性収縮が増強され、徒手的な介入が困難になることが多い。

シャボンラッピングは均一な泡の触覚入力と密閉による温熱効果を持つ低侵襲なケアである。

今回、防御性収縮を呈しやすくなっている長期臥床症例にシャボンラッピングを導入し筋緊張緩和と末梢循環改善に有効であった一例を経験したので報告する。

【症例・方法】

70 歳代男性。右中大脳動脈閉塞で GCS：E1VTM3 であり声かけに対する反応は見られず意思疎通困難。下肢に関節拘縮と著明な筋緊張亢進（Modified Ashworth Scale にて股関節伸展（右/左）：3/3）が見られ、冷感と乾燥（スキンフレイルチェックリスト 4 点）が足部の皮膚にみられた。麻痺の程度や感覚障害は意思疎通が困難であることから精査困難、寝返り動作は全介助であり右上肢の不随意運動や右上下肢の押しつけに伴い臥位姿勢でのポジショニング等に難渋していた。本症例に週 1 回、左右各 5 分間シャボンラッピングを実施した。微細な泡で下肢を包んでビニールで覆い、41 度の湯で洗い落としタオルで優しく拭き取った。その後ボディクリームを塗布し下腿から足部にかけて保湿を行った。

【結果】

温熱による循環改善で足部の冷感が軽減し、皮膚状態としても乾燥が緩和され張りのある皮膚になった（スキンフレイルチェックリスト 1 点に減少）。また、介入前後で股関節伸展の関節可動域が-60/-120° から-30/-80° へ改善し、股関節伸展の他動運動時の抵抗感が MAS にて 3/3 から 2/1+へ緩和した。介入中は不快そうに顔を顰める反応が和らぎ、右上肢の不随意運動と右上下肢の押しつけの緩和に伴う寝返り動作の介助量軽減（70→40％）、セラピストの声かけへの眼球追従など能動的な探索反応も観察された。

【考察】

シャボンラッピングの泡が均一に足部を包み込み、泡での密閉による保温を行うことが快刺激となり、その結果、末梢循環の改善と副交感神経の活性化が生じリラックス効果が得られ過剰な筋緊張亢進が緩和されたと考えられる。また、シャボンラッピングでの快刺激が足部感覚の順化を促し、それが体幹や上肢にも波及されたことで、防御性収縮が改善され即時的な全身の筋緊張の緩和に伴う右上肢の不随意運動や右上下肢の押し付けの緩和や寝返り動作の介助量軽減等が見られたのではないかと考える。

27-3　理学療法⑤

ウェルウォークを用いた歩行練習と歩行自立度が在宅復帰に及ぼす影響

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○坂下（さかした）　一輝（かずき）（理学療法士）、馬渡　貴大

【目的】

A 病院では、ウェルウォーク トヨタ自動車（株）社製リハビリテーション支援ロボット（以下、WW）を用いた歩行練習を発症早期より実施し、運動学習理論に基づく歩行能力の改善を図っている。本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟において、WW を用いた歩行練習が歩行自立度および在宅復帰に与える影響を明らかにすることである。あわせて、退院時歩行自立度の違いによる在院日数の差を検討し、早期在宅復帰との関連について考察した。

【方法】

2020 年 5 月から 2024 年 12 月までに A 病院回復期リハビリテーション病棟へ入棟した脳血管疾患患者のうち、WW を使用し、退院時の歩行 FIM が 5 点以上であった 79 例を対象とした。分析項目は、①退院時歩行 FIM と在院日数との関連、②退院時歩行 FIM 5 群と 6〜7 群に層別した在院日数の比較、③在院日数を従属変数とした重回帰分析とした。重回帰分析の説明変数には、歩行改善率、WW 実施日数、年齢、性別、FBS、WW 開始までの日数を投入した。統計解析には JMP を用い、有意水準は 5% 未満とした。退院時歩行 FIM と在院日数との関連には Spearman の順位相関係数を用い、2 群間比較には Mann-Whitney の U 検定を用いた。

【結果】

退院時歩行 FIM と在院日数との間には、有意な負の相関を認めた（$p<0.001$）。また、退院時歩行 FIM　6〜7 群は 5 群と比較して、在院日数が有意に短かった（$p<0.0001$）。さらに、在院日数を従属変数とした重回帰分析の結果、歩行改善率（$p<0.003$）および WW 実施日数（$p<0.038$）は在院日数と有意に関連していた。一方、年齢、性別、FBS、WW 開始までの日数については、有意な関連を認めなかった。

【考察】

本研究の結果より、退院時の歩行自立度が高い症例ほど在院日数が短く、早期の在宅復帰につながる可能性が示唆された。また、歩行改善率および WW 実施日数が在院日数と有意に関連していたことから、WW を活用した反復的かつ効率的な歩行練習が歩行能力の改善を促進し、結果として在院日数の短縮に寄与した可能性が考えられた。WW は、安全性を確保した環境下で、多数歩の反復練習に加え、視覚・聴覚フィードバックを用いた適切な難易度設定を可能とし、運動学習を促進し得る点に特徴がある。以上より、WW を用いた歩行練習は、回復期脳卒中患者の歩行自立度向上および早期在宅復帰に寄与する可能性がある。一方で、本研究は単施設・後方視的検討であり、症例数にも限界がある。今後は、麻痺重症度、バランス能力、認知機能等の背景因子を調整した検討を行い、WW 介入の有効性をより精緻に明らかにする必要がある。

27-4　理学療法⑤

右坐骨結節痛により離床が制限された脳梗塞後左片麻痺利用者に対するシーティング介入の一症例

鳥取県・養和病院介護医療院

○松下（まつした）　慧祐（けいすけ）（理学療法士）

I. はじめに

ベッドからの離床は、廃用症候群の予防や生活の質（以下 QOL）の維持・向上に重要であり、介護医療院においても利用者の自立支援や QOL の向上を目的として積極的な離床支援が行われている。しかし、車椅子座位時の疼痛は離床継続を妨げる要因となり得る。本症例は、車椅子座位時の右坐骨結節痛により、離床時間の減少を認めた利用者にシーティング介入を実施した結果、疼痛の軽減および離床時間の延長が認められ、QOL の維持・向上に寄与した為、ここに報告する。

II. 倫理的配慮

本報告は当院倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 症例紹介

80 歳台男性。右脳梗塞後遺症および両側視床腫瘍の影響で左側優位の四肢麻痺の診断。Brunnstrome stage 右上肢 III、右下肢 II、左上肢 II、左下肢 II。感覚障害見られず。食事時は Portable Spring Balancer を使用し、右上肢にて行う。趣味はテレビ視聴（特に相撲観戦）。右坐骨結節痛の出現前は連続離床 2 時間程度可能。HDS-R24/30 点。Hoffer 座位能力分類（JSSC 版）で座位能力 3。ティルトリクライニング車椅子マイチルト・ミニ 3D MH-SR、座面クッションはテラフレアクッションを使用。

IV. 初期評価

坐骨結節の発赤は認めず。車椅子座位開始約 30 分後より右坐骨結節痛が出現し、NRS5。疼痛出現後は「食事時間のギリギリまで起きたくない」という発言が聞かれ、離床意欲の低下あり。テラフレアクッションの空気圧調整を実施したが、疼痛の改善は認めなかった。

V. 方法

右大腿外側部に相当するテラフレアクッション右底面にスポンジ状緩衝材を設置し、骨盤左側への荷重移動を促した。圧分布評価として住友理工社の SR soft Vision を用いて座圧測定を実施した。測定は安静座位にて行い、緩衝材設置前後で比較した評価項目は最高圧、平均圧、総圧および圧中心の位置とした。疼痛評価として、車椅子座位直後、1 時間後および 2 時間後に NRS を評価した。

VI. 結果

スポンジ状緩衝材設置前の最高圧は右側殿部で 83mmHg を示した。設置後は全体最高圧が左側殿部の 78mmHg となり、右側殿部の最高圧は 75mmHg へ低下した。平均圧は 45 から 41mmHg、総圧は 7258 から 6595mmHg へ低下した。圧中心は左方向へ移動を認めた。NRS は車椅子座位直後、1 時間後および 2 時間後のいずれも 0 であった。介入後は離床拒否に関する発言は消失し、2 時間連続離床可能となり、テレビ視聴を行うなど、従来の生活様式が再獲得された。

VII. 考察

万治ら[1)]は、車椅子およびクッション調整により左右殿部への荷重配分が均一化し、安定した座位保持に繋がると述べている。本症例では、テラフレアクッション右底部への緩衝材設置により圧中心の左方向への移動を認めた。これは座面状況変更によって荷重分布が変化した為と考えられ、右坐骨結節への局所負荷軽減が疼痛改善に繋がった可能性が示唆された。また、介入後は離床拒否に関する発言が消失し、余暇活動が再開されたことからシーティング介入は疼痛軽減のみならず、離床機会の拡大や QOL 向上にも寄与した可能性がある。

VIII. 終わりに

シーティング介入によって QOL 向上に繋がる結果となった。本症例では疼痛改善を認めたが、スポンジ状緩衝材の設置位置や材質による影響については検討していない。また、介入前後の骨盤・体幹アライメントについても十分な評価が行えておらず、疼痛改善との関連については明らかではない。今後はアライメント評価を含めた検討を課題として、心地よく生活して頂く事を目指したい。

27-5　理学療法⑤

歩行の踵接地時に生じる右膝蓋骨内側部痛に対して股関節の影響を検討した一例

東京都・世田谷記念病院

○川西（かわにし）　章文（あきふみ）（理学療法士）

【症例紹介】
症例は80代女性。ジムに通ったりするなど活動的な生活を送っていた。令和X年Y月Z日に犬の散歩中に転倒し受傷した。Y月Z+15日に髄内釘固定術施行し、Y月Z+44日に当院へ入院した。本症例は以前のような活動的な生活を送ることを希望していた。入院時に日常生活動作で歩行以外はすでに自立していたが、右膝蓋骨内側部に歩行での接地時に疼痛がみられており移動範囲が制限されていた。そのため疼痛の軽減を図ることを主な目的に理学療法をおこなった。
【評価とリーズニング】
入院時評価は、Range of Motion（以下ROM：右/左°）は股関節屈曲105/120、外旋5/35、内旋15/20、膝関節屈曲130/140、伸展-10/-5であった。Manual Muscle Test（以下MMT：右/左）は腸腰筋5/5、大殿筋3/3、中殿筋4/5、内転筋群3/5、ハムストリングス5/5、大腿四頭筋5/5であった。立位姿勢は左荷重優位で骨盤右後傾位となっていた。歩容は右接地から荷重応答期に体幹が右側屈、右膝関節は側方動揺をしていた。疼痛の強さはNumerical Rating Scale（以下NRS）5で場所は右膝蓋骨内側部に歩行時の右踵接地から荷重応答期のタイミングで生じており、歩行が困難となっていた。以上のことから右股関節の機能低下により前額面での不安定性を生じさせ、右接地時の右膝関節の側方動揺や代償として体幹の右側屈が起こっていると考えた。更にこうした歩容が腸脛靭帯や外側広筋など大腿外側の軟部組織の負担を増大させ、右膝蓋骨が外方へ牽引されることによる伸長ストレスが膝内側に加わった結果として疼痛が生じていると考えた。
【介入と結果】
理学療法は股関節の可動域改善、大殿筋や中殿筋の筋出力向上を図った。更に理学療法の時間外でも大殿筋や中殿筋の筋力強化の自主練習を指導した。また大腿外側の軟部組織に対しても負担を軽減する目的で柔軟性や伸張性の改善を図った。結果、右膝蓋骨内側部の疼痛はNRS1に軽減し、フリーハンドでの歩行が可能となり受傷前と同様の生活を送ることが可能となった。退院時評価は、ROMは股関節屈曲130/135、外旋25/45、内旋30/25、膝関節屈曲135/135、伸展-5/-5であった。MMTは腸腰筋5/5、大殿筋3/4、中殿筋4/5、内転筋群4/5、ハムストリングス5/5、大腿四頭筋5/5であった。
【結論】
股関節のROM制限や筋力低下が腸脛靭帯に影響し、腸脛靭帯のタイトネスや外側広筋の活動が膝蓋骨を外側へ牽引することや、膝蓋骨が外側へ牽引された結果として膝蓋骨内側部にある内側膝蓋支帯などの組織に伸張ストレスが生じる可能性があることは先行研究で示唆されている。本症例でも膝関節痛に対して主に股関節へアプローチをして股関節のROMが改善した結果、右膝蓋骨内側部の疼痛が軽減できた。一方で股関節の筋力や膝関節のROM、筋力にほとんど変化はなかった。これは股関節のROMが改善したことで歩行時の股関節の動きの自由度が上がり、膝蓋骨内側部に集中していたストレスが分散されることで疼痛軽減につながった可能性が考えられる。このことから膝関節の局所的な疼痛でも股関節の影響を受けていることが示唆され、股関節の機能も評価することが有用となる可能性がある。
【倫理的配慮、説明と同意】
症例には本報告に関して説明を行い、同意書に署名いただいた。

27-6　理学療法⑤

慢性期脳卒中患者の下肢痙縮に対するボツリヌス療法後の包括的リハビリテーション医療の有効性―症例報告―

千葉県・新八千代病院

なかがわ　しんや
○中川　慎也（理学療法士）、石橋　尚基、荒井　泰助

【はじめに】
脳卒中後痙縮に対する治療においてはボツリヌス療法（以下，BTX）とリハビリテーション医療を組み合わせた包括的介入の有効性が報告されている。今回，慢性期脳卒中患者の下肢痙縮に対して BTX 施行後に集中的な包括的リハビリテーション医療を実施し，歩行能力の改善および痙縮の長期的なコントロールが得られた症例を経験したため報告する。
【方法】
症例は 70 歳代男性，9 年前に左視床出血（右片麻痺）を発症した。発症後は AFO，4 点杖を使用し独居にて在宅生活を継続していた。しかし，今回，下肢痙縮の増悪に伴い歩行能力が低下し，自宅内での転倒を頻回に認めるようになり，移動手段は屋内においても車椅子中心となり，ADL 低下を認めたため，リコンディショニング入院目的で当院地域包括ケア病棟に入院となった。入院時評価は Brunnstrom Stage：上肢 II，手指 II，下肢 III，Modified Ashworth Scale（以下，MAS）：膝関節屈筋 2，足関節底屈筋 3，足関節他動背屈 ROM：−10°，歩行はタマラック足継手 AFO と 4 点杖を使用し，Functional Ambulation Categories（以下，FAC）：2 であった。入院中にリハビリテーション科医の診察により，下肢痙縮に対する治療方針を検討し、BTX を施行した。その後，痙縮の状態変化に応じて装具調整，ROM 訓練，歩行訓練を含む包括的リハビリテーション医療を実施した。介入期間は 6 週間，介入頻度は 5 回/週であった。
【倫理的配慮】
本報告は当院倫理委員会の了承を得ている（承認番号 26−010）。
【結果】
MAS：膝関節屈筋 1+，足関節底屈筋 2，足関節他動背屈 ROM：5°，入院中に装具を再作製し，屋内歩行は靴べら式 AFO と 4 点杖にて自立し，FAC：4，更に退院 3 ヶ月後の外来定期診察においても痙縮の増悪や歩行能力の低下は認めず，機能維持が得られていた。
【考察】
脳卒中後痙縮に対する BTX 施行後には，痙縮軽減によって得られた運動学習の機会を最大限に活用するため，包括的なリハビリテーション医療を継続的に併用することが重要であると報告されている。本症例においても，BTX により下肢痙縮が軽減したことで，痙縮の状態に即した装具調整及び実践的な歩行訓練が可能となった。その結果，退院後も痙縮の増悪を認めることなく機能維持が得られたと考える。

27-7　理学療法⑤

医療療養病棟で重度脊髄損傷患者の希望に寄り添い、疼痛軽減やセルフケアの獲得を目指した症例：症例報告

千葉県・印西総合病院

○榊原（さかきばら）　郁人（ふみと）（理学療法士）、濃畑　陽二郎

【目的】

脊髄損傷とは、脊髄の灰白質及び白質の損傷により、損傷髄節及びそれより下位の髄節に支配される筋・感覚領域に障害をきたす病態である。

今回、転倒により重度の頚髄損傷を呈し、人工呼吸器管理および全介助状態となった症例を担当した。維持期のリハビリテーションが中心となる医療療養病棟において、運動療法と神経筋電気刺激療法（以下、EMS）の併用、セルフケアにより筋出力の向上と疼痛の軽減を図った症例を報告する。

【症例紹介】

67 歳男性。28 年前より強直性脊椎炎の既往あり。転倒により頚髄損傷 Zancolli 分類 C6BII を発症。MMT は右上腕二頭筋が 3、左上腕二頭筋は 0、ADL は全介助、HDS-R28 点である。疼痛の訴えが著明に聞かれ、左肩関節に NRS8 程度の疼痛であり、日中と比較し夜間時に著明に認めた。本人の希望は、疼痛の軽減と両上肢を動かせられるようになりたいである。

【説明と同意】

倫理的配慮として、本人及びご家族様に学会で発表することを事前に説明し、了承を得た。

【方法】

介入方法は次のようにした。①三角筋や上腕二頭筋、腕橈骨筋に対して、上肢機能向上を目的とした、低周波治療器イトー ESPURGE による週 3 回各筋 15 分の EMS、ストレッチ、関節可動域訓練、筋力増強訓練を提供。

上記介入を、240 日間、週 4～5 日で 1 日あたり 40～60 分提供した。

その後、左上腕二頭筋の筋収縮を認めた後は上記に加え、②血流促進・筋出力向上を目的とした左上腕二頭筋に対するセルフケア方法の指導を行い、60 日間、1 日あたり 10 分間のセルフケアをご本人様自身で実践していただいた。

【結果】

MMT は右上腕二頭筋が 4、左上腕二頭筋は 2 へ向上し、疼痛は NRS で 4～6 に改善した。また、左上肢の自動運動によるセルフケア方法が確立した。

【考察】

300 日間、週 4～5 日間、40～60 分のリハビリテーション提供により、四肢麻痺の患者であっても、筋出力向上の向上、疼痛軽減、セルフケアの獲得ができた。

MMT は右上腕二頭筋が 4、左上腕二頭筋は 2 へ向上した。先行研究では EMS により筋力増強と神経的な適応が向上すると報告がある。運動療法と併用した EMS の使用、これらの効果で可能となった自動運動により筋出力の向上に繋がったものと考える。疼痛は NRS で 4～6 に改善した。脊髄損傷患者は健常者と比較し、局所の虚血が起こりやすい状態にあることから、夜間時の疼痛の原因は筋スパズムと考えられる。先行研究ではストレッチの効果として、細動脈の拡張能や毛細血管密度の増加を介した筋血流の増加があると報告している。筋ストレッチの実施や筋出力向上に伴い可能となった自身でのセルフケアにより、筋血流量が増加することで疼痛の緩和を図ることができたと考察できる。

【結論】

医療療養病棟のリハビリテーションでは、身体機能の維持が目的とされていることが多い。その中においても、本症例のような、強直性脊椎炎や人工呼吸器管理をしている、入院生活に制約が強い症例であっても、適切なリハビリテーションの介入を行う事で、残存機能の維持・改善、セルフコントロールによる症例の QOL 向上が目指せる可能性が示唆された。

28-1　理学療法⑥

外傷性くも膜下出血後の予測的姿勢制御障害に対する介入により歩行・上肢運動が改善した一症例

東京都・医療社団法人大和会多摩川病院

○伊藤（いとう）　颯希（そうき）（理学療法士）

【はじめに】

外傷性くも膜下出血後に、上肢運動および歩行時の姿勢保持困難を呈した症例を経験した。評価の結果、予測的姿勢制御（Anticipatory Postural Adjustments：APAs）の機能低下が動作障害に関与していると考え、APAsに着目した介入を実施した所、改善を認めた為、報告する。

【症例報告】

症例は85歳女性。外傷性くも膜下出血受傷後38日目に当院へ入院した。病前のADL・IADLは自立しており、家事動作の再獲得を希望していた。頭部画像では前頭葉内側面に出血を認めた。

【初期評価】

初期評価では、Functional Balance Scale（FBS）32/56点、Short Physical Performance Battery（SPPB）4/12点、Functional Assessment for Control of Trunk（FACT）11/20点、Mini-Balance Evaluation Systems Test（Mini-BESTest）の予測的姿勢制御項目1/6点であった。立位では骨盤後傾および体幹過伸展を認め、上肢挙上時には体幹屈曲や肩関節伸展による代償動作が出現した。歩行は両手で大腿部を支持しなければ困難であり、立脚期には右方向への側方動揺を認めた。一方、初期評価時のシルバーカー歩行では、見守り下で長距離歩行が可能であった。以上より、APAs機能低下の関与が示唆された。

【治療介入】

治療介入として、生活場面を想定した上肢活動に着目し、背臥位から立位まで姿勢条件を段階的に設定したリーチ課題を実施した。

【最終評価】

最終評価では、Functional Balance Scale（FBS）52/56点、Short Physical Performance Battery（SPPB）11/12点、Functional Assessment for Control of Trunk（FACT）15/20点、Mini-Balance Evaluation Systems Test（Mini-BESTest）の予測的姿勢制御項目5/6点へ改善した。 立位では両手支持なしで正中位保持が可能となり、上肢挙上時の体幹および肩関節の代償動作は軽減した。歩行ではフリーハンド歩行が可能となり、立脚期の側方動揺も軽減した。さらに、家事動作を想定した上肢活動時の姿勢保持能力の向上を認めた。

【考察】

本症例では、前頭葉内側面病変に起因するAPAs機能低下が、上肢運動および歩行時の姿勢保持困難に関与したと考えられた。また、初期評価時にシルバーカー歩行で長距離歩行が可能であったことから、外的支持により姿勢制御要求が軽減され、動作が代償されていた可能性が示唆された。さらに、姿勢条件を段階的に調整したリーチ課題により、運動に先行する姿勢調整機能の改善が促され、動作能力の向上につながったと考えられた。

28-2　理学療法⑥

演題取り下げ

28-3　理学療法⑥

肺炎患者の体位の違いがBiphasic Cuirass Ventilationの排痰および換気パラメータに与える影響について

埼玉県・富家病院

こばやし　ゆうな
○小林　佑奈（理学療法士）、桑原　健多、越山　陸、内堀　翔太、小川　佳代子

【目的】

Biphasic Cuirass Ventilation（以下BCV）は、気管挿管・人工呼吸器管理や非侵襲的陽圧換気法（NPPV）などと異なり、体の外側から陰圧により胸郭を拡張させ、自然な呼吸に近い形で換気する人工呼吸器管理法である。近年、呼吸理学療法の補助として有用性が報告されているが、体位（背臥位・半側臥位）の違いによる効果の差については十分に検討されていない。肺炎または肺炎後廃用症候群患者に背臥位や半側臥位で使用することで、体位による効果の違いがみられるか検討した。

【方法】

対象は当院で障害者病棟に入院されている既往に肺炎を呈した人工呼吸器装着患者4名（平均年齢67歳、男性3名、女性1名）とした。方法はIMI製TCV-100Kを用いて肺からの分泌物除去を目的にBCVを施行した。換気モードは、胸郭外高振動と疑似咳を交互に繰り返す排痰補助モードとし、設定パラメータは胸郭外高振動を圧：±15cmH_2O、回数：600回/分、時間：1分、疑似咳を吸気圧：-15cmH_2O、呼気圧：20cmH_2O、I/E比：6.0：1.0、回数：15回/分、時間：1分、リピート回数：7とし、総施行時間を14分に設定した。評価項目は1回換気量、分時換気量、呼吸数とした。評価タイミングはBCVを行う直前、直後、5、10、15分後で比較した。排痰量は1週間実施後に1日の排痰量を測定した。測定肢位は背臥位、半側臥位とした。半側臥位はフィットサポートを用いて約30°の肢位となるように固定し、患側肺を上側とした。BCV施行後15分は体位変換を行わないこととした。リスク管理として、BCV開始前後にSpO_2と脈拍、血圧、体温の測定を行った。

【結果】

全例において血圧低下などの有害事象は認められなかった。1回換気量の平均変化量は、患者A様：半側臥位+5.2mL、B様：半側臥位+2.3mL、C様：半側臥位+15mLとなり、半側臥位で1回換気量増加を示す症例が多くみられた。患者D様は、半側臥位で分時換気量+1.6mL、呼吸数+3.5回となり増加を示した。

【考察】

本研究では、肺炎患者4例を対象にBCV施行時の体位の違いが換気パラメータに及ぼす影響について検討した。その結果、4例中3例において患側肺を上側とした半側臥位で1回換気量の増加を認めた。側臥位では重力の影響により健側肺への血流が増加することが知られている。肺炎患者において患側を上側とすることで、肺の末梢に溜まった分泌物を中枢側へ移動させることができた可能性が考えられる。また、一部症例では半側臥位において呼吸数の低下を認めながら1回換気量が維持または増加しており、肺換気や酸素化をBCVが補助したことが呼吸数の低下に影響した可能性が示唆された。一方、背臥位にて改善された症例においてBCVは胸郭外高振動によって換気促進を図るため、振動が左右肺へ均等に伝達されやすく、肺全体の換気につながった可能性が考えられる。

【結論】

考察より肺炎患者に対するBCV施行直後には、背臥位、半側臥位ともに1回換気量の改善を認める症例が多くみられた。さらに、背臥位に比べ患側を上側とした半側臥位においてより大きな改善が認められた。今後は症例数を増やし、排痰効果との関連についても検討していく必要がある。

28-4　理学療法⑥

視神経脊髄炎に伴う有痛性強直性痙攣を有する症例への理学療法戦略

大阪府・千里リハビリテーション病院

○岩井（いわい）　友理佳（ゆりか）（理学療法士）、廣谷　和香、吉尾　雅春

【背景と目的】

視神経脊髄炎（NMOSD）に伴う有痛性強直性痙攣（Painful tonic spasm：PTS）は運動療法を著しく阻害する。臨床では症状回避による二次的な廃用の進行が課題となるが、PTS を制御可能な現象として捉え、反復可能な運動機会を通じて歩行獲得に至った報告は少ない。本報告の目的は、予測困難に誘発される PTS に対し、発現リスクを最小化する運動条件設定と段階的負荷調整を試み、活動機会の確保と移動動作改善を図った一症例の理学療法戦略を提示し考察することである。

【症例と介入】

症例は NMOSD を呈した 80 歳代女性。Th2～10 レベルの脊髄病変に起因した両下肢の軽度運動麻痺および重度表在・深部感覚障害に伴う感覚性運動失調を認めた。また顕著な姿勢制御能力の低下（BBS 13 点、FAC 0）を認めた。さらに、関節運動や起立・立位の荷重時、姿勢変換等の固有感覚入力を契機として突発的に PTS が誘発され、これが運動療法遂行における最大の阻害因子となり座位での活動も困難であった。

理学療法戦略として、PTS 症状が出現しない低負荷運動から開始し、症状の軽減と共に立位・歩行練習の頻度や負荷を増加した。

【経過および結果】

介入初期は、急激な荷重変化や過度な筋・腱伸張刺激の遮断を徹底し、軽微な体幹・下肢への感覚入力を伴う低負荷での座位運動を選択し、運動時の PTS 症状の出現頻度が徐々に減少し、運動時における発現閾値の拡大が示唆された。入院後 3 ヶ月間は関節運動時に毎回のように誘発されていた PTS は、最終的に月 1 回程度へと著明に減少した。これに伴い、段階的な立位および歩行練習の遂行が可能となったため、運動麻痺や廃用性・学習性の不使用による下肢の支持性低下や感覚性運動失調による姿勢・歩行制御障害対する動的立位練習・中腰保持練習を実施した。歩行補助具は PTS 発現リスクを最小化するため、症状に応じて段階的に選択し、4 ヶ月目から歩行器歩行を実施し、その後伝い歩き練習へと移行した。

一方で、PTS の出現頻度は減少し伝い歩きが可能となったものの、歩行時の突発的な出現の特性を残しており、転倒リスクが残存したため実用歩行においては安全性の観点から最終的な移動手段は見守りを要する状態で退院となった。

【結論】

NMOSD に伴う PTS に対し、体性感覚入力および段階的運動負荷を調整した運動条件設定による誘発閾値の拡大は、安全な課題指向型練習の展開において有用な戦略であった可能性がある。本アプローチは、中枢神経系疾患における運動学習・神経可塑性の基本原則に合致しており、不可避とされた発作症状を制御可能な現象へ変調させることで、二次的廃用を防止し、移動能力再獲得を促進し得ることが示唆された。

28-5　理学療法⑥

パーキンソン病を有する大腿骨転子部骨折症例に対する理学療法介入の一例

大阪府・千里リハビリテーション病院

○石塚（いしづか）　春友（しゅんすけ）（理学療法士）、廣谷　和香、吉尾　雅春

【背景】

パーキンソン病（PD）は進行性の中枢性疾患であり、病期に応じたリハビリテーション介入が必要である。また、PD 患者は転倒による骨折例も多く、病期の進行に伴う運動症状及び活動量低下と、骨折後の安静による廃用性の問題が回復を妨げる要因ともなる。今回、大腿骨転子部骨折を受傷した PD 患者に対し、自宅退院に向けた歩行能力の改善と転倒予防を目的に理学療法介入を行った。その経過について考察を含め報告する。

【症例情報と評価】

症例は 70 代男性、X 日に自宅にてつまずいて転倒し、右大腿骨転子部骨折を受傷し、X＋2 日に観血的接合術（γ-nail）を施行され、X＋25 日に当院入院となった。併存疾患として 2 年前に PD を診断されており、受傷前 ADL は屋内伝い歩きで身辺動作自立されていたが、PD と診断されてからは屋外での歩行は行っていなかった。初期評価では ROM は股関節伸展－10 度（Rt）・足関節背屈－5 度（Rt）、筋力は握力（Rt/Lt）15.9/21 kg、膝伸展筋力 HHD（Rt/Lt）4,0/10.8 kgf、MMT は股関節屈曲 2（Rt）、股関節外転 2Rt）であった。炎症症状はないものの立位での右荷重時に NRS6 の臀部痛があった。Hohen＆YahrIV であり、目立った非運動症状はみられなかったが、運動症状として振戦・動作緩慢・筋強剛・姿勢保持障害が見られた。BBS14 点、静止立位では体幹屈曲・股関節屈曲・膝関節屈曲を呈しながら後方に倒れこむため転倒防止に介助を要した。歩行は FAC2 で、歩行器歩行にてすり足歩行が顕著にみられ、10MWT（快適/最大）は 31.1s 34 歩/22.5s 32 歩、TUG は 74 s、6MWT は入院時では疼痛により実施不可能であった。

【介入内容と経過】

理学療法では足関節・股関節および体幹の可動域練習を行い、筋力増強運動については股関節を中心とした両下肢全般の運動を OKC にて開始し、疼痛の緩和に伴い CKC での運動に移行した。また、段階的に立位でのステップ練習・段差昇降練習を行い、歩行練習は歩行器歩行にて実施した。その中で、筋力増強運動・ステップ練習・歩行練習では大きさ・速さを重視して練習を行った。最終評価では歩行器歩行にてすり足傾向が軽減し、10 MWT（快適/最大）21.8s 30 歩/16.1s 26 歩、TUG41s、6MWT116m となり、自宅内は伝い歩きと歩行器を併用しての退院となった。

【考察】

本症例は患側の筋力低下のみでなく元々の活動量の低下を伴う全身筋力低下・持久力低下が問題であり、股関節を中心に両下肢全般的に筋力増強運動を実施した。立位・歩行での問題となっていた後方重心に対して、立位アライメントに影響する足関節・股関節・体幹可動性を拡大しながら、立位での荷重練習を行った。これらの問題点においては、術後安静期間での筋や腱・関節からの固有感覚入力減少が PD 運動スケールの狭小化による神経性筋出力低下・動作緩慢性に関与し、立位での感覚入力減少により後方重心を助長していると考えた。そこで大きさ・速さを重視した運動にて感覚情報と運動の再統合を促し、荷重位での姿勢制御の機会を増加させることで PD による症状に対してもアプローチを加えた。骨折による機能障害に加え、PD 症状が及ぼす影響を考慮して理学療法プログラムを立案することにより、実用的な歩行動作の獲得へと繋がったと考える。

28-6　理学療法⑥

医療療養病棟におけるギラン・バレー症候群に対する長期的リハビリテーションの一例：症例報告

大阪府・豊中平成病院リハビリテーション課

○三谷（みたに）　達也（たつや）（理学療法士）

【背景】

ギラン・バレー症候群（Guillain-Barré syndrome：GBS）のリハビリテーション（リハ）は，機能の回復や障害の改善には個人差があることを考慮する必要があり，個々の症例に必要かつ十分な治療期間をとることが診療ガイドラインでも推奨されている．

【目的】

今回，軸索型と診断された本症例において，予後不良に関連する因子が多く散見され，機能回復は見込めず自宅退院は困難と推測されたが，長期間のリハを提供したことで自宅退院が可能となったため報告する．

【経過】

40 歳代男性．病前は妻の両親，妻，子 1 人と同居，事務職だった．Z 日に急性運動性軸索型ニューロパチーと診断された．Z+1 日に呼吸筋麻痺が出現し，Z+10 日に気管切開術を施行され，Z+80 日に当院回腹期リハ病棟に入院した．入院時，四肢，体幹の粗大筋力検査は 1，基本動作は全介助，機能的自立度評価表（Functional Independence Measure：FIM）は 18，食事は胃瘻だった．リハ 9 単位/日を提供し，人工呼吸器装着下でプライムウォーク付き両長下肢装具を使用した歩行訓練を開始した．Z+148 日に人工呼吸器を離脱した．Z+227 日に同院医療療養病棟に入棟した．入棟時，基本動作は全介助，FIM：49 だった．リハ 6 単位/日提供し，プライムウォーク付き両長下肢装具を使用した歩行訓練を継続して実施した．

訓練内容は，回復段階に応じて有酸素運動，筋力訓練，バランス訓練，装具や自助具を使用した基本動作訓練および，日常生活動作訓練を実施し，運動強度管理には過用性の全身疲労と筋力低下に留意し漸増的に実施した．クレアチニンキナーゼは入院中 365～751U/L で推移し，自覚的な筋疲労症状とともに観察した．短期目標を細かく掲げ，評価結果を患者と共有した．Z+276 日に 3 食経口摂取を開始し，自助具を使用した食事動作訓練を開始した．Z+374 日に装具を付けず，中等度介助下で平行棒内歩行訓練を開始した．Z+473 日には車椅子での院内移動が自立し，訓練にも積極的に取り組むようになった．Z+624 日に車椅子移動でトイレ動作が自立となり，Z+653 日には歩行器を使用して院内移動が自立となった．Z+701 日には階段昇降訓練も開始した．Z+731 日には習慣化に時間を要した更衣動作が自立となり，FIM：107 に改善した．Z+732 日に社会復帰も視野に入れ屋外歩行訓練を開始した．Z+904 日に杖を使用した院内移動が自立し，Z+912 日に歩行車を使用した院外移動も自立した．退院時，四肢，体幹の粗大筋力検査は 4-5，FIM：119 に改善し，自宅退院した．退院後は，外来リハへ今後の課題や目標を共有した．

【考察】

GBS 患者に対して長期的なリハが機能向上に有効と示す報告は多いが，本症例のように回復段階には個人差がある．今回目標を達成できた要因として，歩行訓練と並行して基本動作訓練，日常生活動作訓練を提供したこと，細かく短期目標を設定し，評価を 1 週間ごとに実施し，結果を共有したことが挙げられる．1 つ 1 つ短期目標を達成し，回復していることを明確に示すことで，回復している実感と達成感を与えるような関わりができたと考える．結果的に前向きにリハに取り組むことができたことで，不安や焦燥感が軽減し，身体機能の改善が目標達成に繋がった．また，車椅子での院内移動が自立に至った頃から，自宅退院に対する目標意識と自己効力感が芽生え，自発的な行動が増えたことで，良好な経過を辿ったと考える．

入院期間中は，過用性の全身疲労および筋力低下はなく，階段昇降動作，屋外歩行が可能となり，最終的に仕事復帰を想定した段階へ移行したが，麻痺による手指の巧緻性低下，屋外歩行で生じる疲労により，社会復帰までは困難だった．社会復帰を目指すに際し，目標に合わせたリハ・介護・医療サービスの提供，短期・長期目標の設定，家族の協力などを継続的に行う必要がある．

28-7　理学療法⑥

慢性期医療における透析療法　I-HDF を導入して

静岡県・東名裾野病院

○古川（ふるかわ）　絵里（えり）（臨床工学技士）、西村　卓也、小沼　一博、菅原　大輔、内木場　拓史

【目的と背景】
透析患者の高齢化に伴って、血圧低下など透析が困難な症例が増加している。透析条件やダイアライザー、透析液などの変更を試みても効果が得られないケースは少なくない。
そこで当院では新たに I-HDF を導入した。I-HDF は透析低血圧に対する介入の減少、透析中の血圧保持に効果があるとされている。
今回は HD から I-HDF に変更し、透析困難症の改善が著しく認められた 2 症例を提示し検討する。
【方法】
I-HDF 導入前後半年における収縮期血圧及び血液データ（Alb、Hb、Kt/V）、CTR、DW、処置回数、透析患者の自覚症状について比較検討した。
【対象】
当院透析患者 20 名のうち HD→I-HDF に変更した 14 名。
【症例 1】
84 歳女性、原疾患不明、透析歴 1 年（認知症の進行もあり除水制限が難しい患者で水分増加量過多）
透析後半に血圧低下をおこし、胃部不快感・下肢攣りなどの症状も出現するため毎回 DW まで除水が遂行できていなかった。I-HDF 導入後は透析後半でも血圧が保持されるようになり、さらには DW を下げる事ができた。
【症例 2】
85 歳女性、原疾患腎硬化症、透析歴 10 年（高齢のため粥食を主食にしており水分増加量過多）
透析開始直後から血圧低下があり、透析中に補液や下肢挙上などの処置を要していた。I-HDF 導入後は透析開始時の血圧低下が緩和され、透析後半でも安定して透析を施行することが出来るようになった。
【考察】
高齢かつ腎臓以外の慢性疾患を合併する入院透析の患者にとって、間歇的に補充液を加え逆濾過の効果も期待できる I-HDF の手法は大いに QOL を向上させるものと期待させられた。

29-1　代替療法①

回復期リハビリテーション病棟看護師の患者の余暇活動に対する認識調査

大阪府・優人会病院

○北田（きただ）　知也（ともや）（看護師）、野村　さゆり、高森　郁、小田　沙織

【目的】

回復期リハビリテーション病棟では、身体機能の回復だけでなく、患者がその人らしい生活を再構築し、在宅復帰や社会復帰を目指す支援が求められている。当病棟では患者から「リハビリ以外の時間が暇である」との声が聞かれる一方で、看護師は日常業務に追われ、余暇時間への関わりが十分に行えていない現状があった。そこで、回復期リハビリテーション病棟看護師の患者の余暇活動に対する認識を明らかにし、今後の支援について検討することを目的とした。

【方法】

A 病院回復期リハビリテーション病棟看護師 18 名を対象に、2026 年 3 月 7 日から 23 日にかけて、個人が特定されないよう無記名自記式アンケート調査を実施した。調査内容は、余暇活動の重要性に対する認識、現状の課題、看護師個人として必要な取り組み、病棟として必要な取り組み等とした。単一選択式項目は単純集計し、自由記述は内容を分類して分析した。

【結果】

15 名から回答を得た（回収率 83.3%）。看護師経験年数は 10 年以上が 86.7% を占めた。余暇活動については、「とても重要」が 33.3%、「重要」が 66.7% であり、全員が重要と認識していた。理由として、気分転換やストレス軽減、社会復帰支援、離床促進、認知機能低下予防、QOL 向上、リハビリテーション意欲向上などが挙げられた。一方、現状の課題として、入院前の趣味や生活背景に関する情報収集不足、有効な時間活用の困難、人員不足や業務多忙による時間確保の難しさ、患者ごとの能力差や認知機能低下への対応困難などが挙げられた。看護師個人としては、患者・家族からの情報収集、趣味や嗜好の把握、個別性に応じた活動提案や声掛けが必要と考えられていた。病棟としては、人員・時間の確保、多職種連携、情報共有、活動環境の整備が必要との意見がみられた。

【考察】

看護師は余暇活動を単なる時間の充足ではなく、生活リズムの維持や活動量の向上、認知機能低下予防、社会復帰支援につながる重要な支援として認識していた。しかし、その必要性を認識しながらも、業務多忙や人員不足、情報収集不足などにより十分な支援が実践できていない現状が示された。また、患者によって活動への意欲や価値観が異なることから、一律の支援ではなく個別性を重視した関わりが必要であると考えられた。さらに、余暇活動の充実には看護師個人の取り組みだけでなく、多職種連携や病棟全体での体制整備が重要であることが示唆された。

【結論】

回復期リハビリテーション病棟看護師は、患者の余暇活動を QOL 向上や認知機能低下予防、社会復帰支援に重要なものと認識していた。一方で、時間的・人的制約や情報収集不足により十分な支援が困難な現状が明らかとなった。今後は患者の個別性を踏まえた支援と、多職種連携を含めた病棟全体での体制整備が必要である。

29-2　代替療法①

療養病棟入院患者における VR（仮想現実）技術を用いた動画視聴が QOL および気分状態に及ぼす影響

大阪府・坂本病院

○那須（なす）　貴之（たかゆき）（公認心理師、音楽療法士）、那須　美咲希、小西　隼矢、坂本　勇二郎

【はじめに・目的】

長期におよぶ療養病棟の療養生活では、適切な医療管理に加え、活動性低下や環境固定化に伴う QOL の低下を予防し、維持向上に取り組むことも重要な課題である。近年、VR（仮想現実）技術はその高い没入感を利用し、医療・介護分野においてリハビリテーション、痛みの緩和、心理的なケアへの取り組みが試みられている。そこで当院療養病棟入院患者を対象に、個人の記憶や嗜好を考慮した VR 動画視聴を実施し、QOL および心理面（気分状態）に及ぼす影響について検討した。

【方法】

対象は当院の療養病棟に入院中の患者 25 名。介入にあたっては事前に本人および家族に説明し同意を得た。視聴コンテンツは、患者の家族が 360 度カメラで撮影した馴染みの風景動画、または YouTube 上の本人希望の動画（音楽エンターテインメントや観光地等の 360 度映像等）を、VR ゴーグルを装着して 1 回あたり 10～15 分程度視聴してもらった。視聴中は安全面や不快感（VR 酔い等）の配慮のためスタッフが横で見守った。評価は視聴前後に、QOL 指標として EQ-5D-5L（Registration No.82737：以下 EQ-5D）、気分状態の指標として POMS2（短縮版）を実施した。それぞれのスコアの前後比較には Wilcoxon の符号付き順位検定を用いた。また EQ-5D と POMS2 との関連性について、各評価項目の全組み合わせをスピアマンの相関係数を用いて検討した。

【結果】

VR 視聴は 25 名（平均年齢 76.3 歳）に実施可能であったが、得られた EQ-5D の回答は患者状態や拒否等により 14 例となった。そのうち POMS2 の回答が得られたのは 7 例（前述と同じ理由にて）となった。EQ-5D の全体スコア平均［前：0.69（IQR：0.63-0.74）、後：0.69（IQR：0.54-0.75）］に有意な変化は見られなかった。項目別においては「不安・ふさぎ込み」のスコア［前：2（IQR：1-3）、後：2（IQR：1-2）］で有意な改善が認められた（$p<.01$）。POMS 2 の結果はサンプル数を考慮し、参考程度の扱いとして記す。AH：怒り-敵意［前：48（IQR：45.5-53）、後：42（IQR：41.5-45）］、DD：抑うつ-落ち込み［前：69（IQR：54.5-87.5）、後：57（IQR：38-70.5）］、および TMD：総合的気分状態［前：55（IQR：51-61.5）、後：48（IQR：43-53）］において有意な改善（$p<.05$）が示された。また、EQ-5D と POMS2 の関連性については、EQ-5D の「不安・ふさぎ込み」と POMS2 の「AH：怒り-敵意」にのみ強い正の相関関係（$r=.79$, $p<.05$）が認められた。

【考察】

アドラー心理学では「怒り」は第二感情とし、その背景には「不安」や「寂しさ」といった第一感情が存在するとしている。今回、「不安・ふさぎ込み」と「怒り」に強い相関が認められたことを踏まえると、療養病棟入院患者における表面的な怒りの背景には不安や孤独感が関連していることが想定される。VR の特徴のひとつである没入性は、病室という現実の環境から意識を一時的に離れさせ、心理療法における「気晴らし（Distraction）」が効果的に機能したのではと考えられる。患者にとっての馴染みの風景や、患者自身が嗜好に応じて選んだ動画は、単なる視覚刺激にとどまらず、記憶の刺激、さらには没入効果を促進させたのではないだろうか。つまり、VR 技術そのものだけでなく、患者個々の背景因子に配慮することも今回の結果に影響していると思われる。このように、単一因子ではなく複数の因子が相乗的に作用することで怒りの感情から心理的距離が置かれ「不安やふさぎ込み」の軽減につながったと考えられる。

【結論】

本発表ではサンプルサイズや VR 以外の要素、すなわちセラピスト介入の影響等、検討すべき課題がある。しかしながら VR 技術は療養病棟入院患者の、心理的 QOL 維持向上への選択肢のひとつになり得ると思われる。

29-3　代替療法①

猫との触れ合いが特別養護老人ホーム利用者の抑うつ傾向に影響を与えた症例

東京都・介護老人福祉施設ケアホーム板橋

○吉田（よしだ）　文裕（ふみひろ）（理学療法士）、菊地　章江、堀尾　玲子

【はじめに】近年、動物介在活動（アニマル・アシステッド・アクティビティ 以下 AAA）は高齢者の心理的・生理的健康にポジティブな影響を与える介入として注目されている。AAA の中でも、猫との触れ合いはコミュニケーションを通じて、孤独感の緩和や気分の改善に寄与すると期待される。今回、特別養護老人ホーム（以下特養）の利用者に対して、猫との触れ合いが抑うつ傾向にどのような影響を与えるかを検証した。

【方法】

特養に入所中で老年期うつ病評価尺度（以下 GDS-15）でうつ傾向を示した 2 名の利用者（K さん 93 歳・女性・要介護度 3、S さん 89 歳・女性・要介護度 4）に対し、1 回 30 分、週 2 回、4 週間で猫との AAA を実施した。AAA は個室に猫 2 匹を放し、利用者 2 名と介助者 2 名のグループで、膝に乗せる、撫でる、おやつをあげるなどの自由な触れ合いを実施した。評価は GDS を用い、介入前と合計 8 回の介入後に評価した。また、ふれあいの様子を観察した。

【結果】

2 名とも GDS-15 スコアの改善が認められた。K さんは介入前 8 点（うつ傾向）から介入後 2 点（うつ傾向なし）へ改善した。当初は無関心であったが、介入を重ねるにつれ猫に手を伸ばし、話しかける様子が見られた。また、グループで介入していた他者への発話も著しく増加した。S さんは介入前 11 点（うつ状態）から介入後 6 点（うつ傾向）へ改善した。猫を抱く、童謡を歌いかける、ほおを寄せる等の活発な行動が見られ、昔飼っていた猫の名前を思い出す場面もみられた。

【考察】

2 名とも GDS-15 スコアの改善が認められた。先行研究では、猫との交流がオキシトシンの分泌促進や、セロトニンやドーパミン等の幸福感をもたらす神経伝達物質の分泌を促進し、抑うつ状態の改善、孤独感の軽減に寄与することが示されているが、特養利用者においても効果が認められた。また K さんで見られた変化は、猫への直接的な接触のみならず、猫を介した人との繋がりの再構築が心理的安定に寄与した可能性を示唆している。また高齢者は、過去に動物の飼育経験を持つ人も多く、動物への親和性は高いと考えられる。

本介入は特養において、抑うつ傾向軽減の活動として有効である可能性がある。

29-4　代替療法①

南北病棟合唱部『きらり』始動～輝く笑顔のために～

三重県・長島中央病院

○西岡（にしおか）　風子（ふうこ）（看護師）、小川　恵也

1. 目的

長島中央病院は慢性期・終末期医療を担い、長期入院が多い一方、自立度の高い患者では活動機会の貧しさが課題となっている。そこで南北病棟合唱部を立ち上げ、患者が自主的に参加できる場を提供した。合唱活動は精神的安定、嚥下機能・肺機能向上、口腔環境改善など心身機能への効果があるが、今回は生きがいや所属感、達成感の向上を図ることを目的とし検証する。対象は病棟食堂へ車椅子移動可能で参加を希望する患者 10～20 名とした。

2. 方法

患者の自主的活動機会の創出を目的に、南北病棟合唱部『きらり』を立ち上げた。入部希望者はポスター掲示及び個別案内により募集し、任意参加とした。参加患者には活動ルール説明及び同意書の取得を行い、主治医より健康上問題がないことを確認した。活動は週 1 回 30 分、健康チェック、体操、歌唱、整理体操で構成し、選曲は昭和歌謡を中心とした。評価は患者及び病棟スタッフを対象に、活動前・中間期・活動後のアンケートにより実施した。活動期間は令和 7 年 6 月から 12 月とし、病棟行事への参加を目標とした。倫理的配慮として主治医許可を必須とし、歌唱困難な患者には聴くことのみの参加も認めた。

3. 結果

週 1 回の合唱活動を実施し、活動前・中間期・最終の計 3 回アンケート調査を行った。歌うことが好きと回答した患者は 50% から 62% へ増加し、病棟生活を楽しく過ごせているとの回答も向上した。他者との会話、食欲、睡眠状態において改善傾向が認められ、継続希望は 95% に達した。病棟スタッフ調査では、参加意欲が看護師・介護士ともに増加し、活動負担感は大きく軽減した。患者の表情や精神状態、コミュニケーション面においても良好な変化が認められ、合唱活動が患者・スタッフ双方に肯定的影響を与えたことが示唆された。

4. 考察

本研究は、慢性期・終末期医療を担う病院において、長期入院患者の無為な時間を減らし、患者主体の活動が心身状態に及ぼす影響を検討した。週 1 回 30 分の合唱活動により、歌唱嗜好、食欲、睡眠、継続意欲の各項目で改善傾向が認められた。これらの活動は、音楽の精神安定効果や共同活動による所属感の向上と整合する。また、認知症基本法が示す「新しい認知症観」やキッドウッドの心理的ニーズの視点からも、患者の尊厳と主体性を支える実践と考えられた。一方、スタッフ評価では客観的変化の把握が困難であり、主観評価に依存する限界が示唆された。本研究の意義は、安全配慮を徹底した患者主体の部活動を慢性期病棟で継続的に実施し、多職種評価を行った点にある。今後は、客観的指標の導入と職種間連携体制の構築が課題である。

29-5　代替療法①

療養病棟における集団を活用したリハビリテーション―参加機会の再獲得に対する取り組み―

1 愛知県・鵜飼病院、2 鵜飼リハビリテーション病院

○水谷（みずたに）　浩二（こうじ）（理学療法士）[1]、牧村　啓乃[1]、小林　瑞穂[2]

【はじめに】

当院の療養病棟には、医療依存度が高く在宅療養が困難な患者が多く入院している。離床が可能な状態であっても、人員や時間的制約から臥床時間が長くなる傾向があり、リハビリテーションにおいてもベッド上での機能・能力訓練が中心となる症例が少なくない。そのため、患者同士の交流機会や社会参加の促進、QOL 向上への支援が十分とは言えない現状があった。そこで、療養病棟の入院患者を対象に集団リハビリテーション（以下、集団リハ）を実施し、患者同士の交流機会の創出を図った。本報告では、集団リハ実施後の患者の変化や家族の反応を通して、その意義について検討した。

【目的】

集団リハを通して、患者の社会的交流機会の創出および交流の楽しさの再獲得を図るとともに、家族の安心感や満足感への影響、さらにスタッフの離床効果に対する認識やリハビリテーションに対する意識の変化について検証することを目的とした。

【対象と取り組み内容】

対象は、車椅子座位が可能で、40 分程度の離床においてバイタルサインに問題を認めない患者 15 名（男性 6 名、女性 9 名）とした。集団リハは週 2 回、1 回 40 分実施し、患者 1 名に対してセラピスト 1 名が担当する体制で行った。内容は、歌唱、体操などを通して患者同士の交流を促すものとした。また、集団リハ実施後には、活動時の様子や表情を掲載した「リハビリ便り」を作成し、それを病室内に掲示し、家族や病棟スタッフにその時の様子を共有できるようにした。本取り組みの効果検証は、患者および家族の感想と、看護師およびセラピストを対象にしたアンケート調査とした。

【結果】

患者からは、「他の患者さんと普段あまり話す機会がないため良い機会になっている」との意見が聞かれた。また、家族からは、「面会時に母がリハビリで皆と歌を歌い、とても楽しかったと話していた」「リハビリ便りを通して祖母の笑顔を見ることができて嬉しかった」などの感想が得られた。

アンケート結果は、「集団リハビリは社会的交流の場になると思うか」という問いに対し、看護師は、「そう思う」24 名（75%）、「どちらかというとそう思う」7 名（22%）、「どちらともいえない」1 名（3%）、「そう思わない」0 名（0%）であり、セラピストでは、「そう思う」9 名（90%）、「どちらかというとそう思う」1 名（10%）であり、「どちらともいえない」「そう思わない」はともに 0 名（0%）であった。

自由記載では、看護師から「集団リハ後は患者様が拒否なく関わってくださることが多く、その姿を見て気持ちに寄り添う看護の大切さを再認識した」、セラピストからは「ベッド上では反応が乏しくても、集団リハへの参加により覚醒度の向上がみられることが分かった」などの回答が得られた。

【考察】

療養病棟における集団リハは、患者同士の交流を促進し、笑顔や前向きな反応を引き出す機会となった。また、家族にとっても、ベッド上で過ごす姿だけでなく、楽しそうに活動する様子を知ることで安心感や面会の喜びにつながった。さらに、スタッフにとっても患者の反応から介入効果を実感し、自らの役割や仕事の意義を再認識する機会となった。身体機能の改善が十分に見込めない患者も多い療養病棟では、人や社会とのつながりを維持し、その人らしい生活を最期まで支援することが重要であり、集団リハはその一助となる可能性が示唆された。

29-6　代替療法①

入院患者の ADL 及び QOL 向上に向けた取り組み―集団リハビリテーションの実践―

和歌山県・宇都宮病院

ふじもと　こうき
○藤本　弘毅（理学療法士）、高野　友佳

【はじめに】

当院地域包括ケア病棟及び医療療養型病棟における入院患者の多くが高齢かつ障害高齢者の日常生活自立度ランク A2（外出の頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活をしている）または B1・2（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位は保つ）に該当し、担当療法士による疾患別リハビリテーション実施以外の時間は病室内での活動及びベッド上で臥床して過ごされている時間が多く、病棟内における日常生活活動（以下、ADL）の低下や社会参加への機会が減少し、健康関連 QOL（Health Related Quality of Life：以下、HRQOL）の低下が生じている可能性が考えられた。

【目的】

当院リハビリテーション部は、入院患者らの ADL 及び HRQOL 向上に向けた取り組みとして、複数の入院患者に対して、補完代替リハビリテーションの一つとされる集団リハビリテーションを実施し、介入前後での各患者の身体的及び心理的影響について効果検証した。

【対象・方法】

令和 8 年 1 月から 4 月までに当院地域包括ケア病棟及び医療療養型病棟に入院している障害高齢者の日常生活自立度ランク A2 及び B1・2 に該当する年齢 75 歳以上（84 歳 ± 6.8）の患者 10 名（男性 2 名、女性 8 名）を対象に、リハビリテーション部スタッフ（療法士及びリハビリ助手）にて送迎実施しリハビリテーション室に出棟。補完代替リハビリテーションとして集団リハビリテーションを実施。HRQOL のアウトカムとして、EQ-5D-5L、ADL のアウトカムとして、機能的自立度評価法（以下、FIM）を用いて、ノンパラメトリック検定の Wilcoxon 符号付順位検定で前後比較した。それぞれの相関解析として、spearman の順位相関係数を用いた。

【結果】

EQ-5D-5L 効用値は P=0.407 で、統計学的有意差は認めなかった（$p > 0.05$）。一方、平均変化量は 0.058 であり、最小臨床的重要差（0.03～0.05）を上回る改善を示した。FIM に関しては、平均変化量が 2.0 と、優位な改善は認めなかった。spearman の順位相関係数は-0.116、P=0.749 であり、EQ-5D-5L 変化量と FIM 変化量に優位な相関は認めなかった。

【考察・結論】

本研究ではサンプルサイズが少なく、統計学的有意差は認めなかったものの、EQ-5D-5L 効用値の平均変化量における最小臨床的重要差を踏まえると、集団リハビリテーション介入により、対象患者らへの HRQOL 向上の一助となり、臨床的に意味のある改善であることが示唆された。集団リハビリテーション介入による HRQOL 改善は ADL 能力改善のみでは説明できず、心理社会的側面や活動参加への影響が関与している可能性が考えられた。当院に入院されている高齢患者において、身体機能面の向上のみならず、他患者や職員との社会的交流を通じた心理的支援が重要であり、集団リハビリテーションをきっかけに閉鎖的になりがちな病院内での患者らのコミュニティが形成でき、退院後における地域社会への復帰の一助になることを期待し、今後も入院患者の HRQOL 向上に向けた取り組みとして、集団リハビリテーションを継続していきたい。

30-1　代替療法②

通所リハビリテーションにおける料理レクリエーションの取り組み

兵庫県・介護老人保健施設ウエルハウス西宮

○小林（こばやし）　彩夏（あやか）（管理栄養士）、布袋　智子、喜田　彩

【目的】

通所リハビリテーション（以下デイケア）では、身体機能訓練や社会交流の促進を図り、在宅生活を継続できるよう支援を行っている。当施設では 2024 年 5 月より利用者個々の ADL に合わせた料理レクリエーション（以下料理レク）を企画し実施している。今回は、その取り組みについて報告する。

【方法】

料理レクは月 1 回実施。日程は、職員の人数が確保できる日に設定。料理は利用者の全体的な ADL を考慮し選定した。手洗い・手指消毒、エプロン・マスク・手袋を着用し衛生管理を行った。デイケア・リハビリスタッフと相談し、個々の ADL に合わせた作業工程（包丁で切る・キッチンバサミで切る・混ぜる等）を設定した。ADL・認知面を考慮し、自立で作業が可能なグループ（スタッフ見守り下）と介助を必要とするグループに作業環境を分けて実施した。

【結果】

毎月一回実施した。参加した利用者は平均 10 名。内容は味噌汁、お好み焼き、カレーライス、パフェ、パンケーキ等を実施した。料理レクを開始する前は「料理は何年もやってないから自信がない」「出来るかわからない」などの消極的な意見も聞かれたが、今までの調理経験や知識を活かし、作業の確認や役割分担、食材の切り方や調理方法について意見を交わすなど積極的に取り組む姿がみられた。「うちの家ではこうやっていたよ」など、料理の段取りや家庭の味についての会話が自然と生まれ、利用者同士やスタッフとのコミュニケーションが活発にみられた。

【考察】

身体機能低下により料理から遠ざかっていた利用者も、多職種で連携し、安心して取り組める環境をつくったことで、利用者の経験や能力を引き出し、積極的な行動に繋がったのではないかと考える。さらに個々の ADL に合わせた調理工程を設定したことで、参加への不安が軽減され、「やってみよう」という気持ちに繋がったのではないか。また自然と利用者同士の会話が増えたのは、料理レクを通して昔よく作った料理や家庭の味を思い出し、料理という多くの人が経験してきた活動が他者との交流促進に寄与したのではないか。

【結論】

デイケアにおける料理レクの取り組みは、今までの料理経験が活かされ、利用者同士の交流促進や積極的な行動に繋がることが分かった。今後も、デイケアを利用する中で料理レクが楽しみの一つになるよう、食材の買い物から利用者と一緒に行うなど、多職種と連携しながら利用者の状態に合わせて活動の幅を広げていきたい。

30-2　代替療法②

地域包括ケア・障害者病棟における QOL 改善に向けた取り組み

兵庫県・協和マリナホスピタル

○中安（なかやす）　優奈（ゆうな）（作業療法士）、廣田　涼子、小林　綾香、柏木　美咲、小西　舞、佐々田　強之、中村　直人

【目的】

当院の 6 階病棟は地域包括ケア病棟と障害者病棟が同フロアに混合しており、生活空間をともに過ごしている。地域包括ケア病棟では疾患別リハビリテーションに加え、補完代替リハビリテーションや集団リハビリテーション（以下、集団リハ）の実施が推奨されている。当院では社会交流の場の提供、趣味・嗜好の再認識・再発見、見当識の賦活、季節感の再構築、コミュニティー内での役割作りを目的とし、QOL の向上や退院後の社会参加を目指して集団リハや季節の行事を集団活動として開催している。集団リハを実施することで QOL や社会参加に効果が見られたため、以下に報告する。

【方法】

集団リハは平日の午前と午後の 2 回開催し、週間スケジュール表を作成した。季節の行事は花見や夏祭り、クリスマス会などを集団活動として開催した。集団リハの実施内容については入院初期に週間スケジュール表を渡し、好きなことや興味のある活動の聞き取りを行い、自ら活動の選択をしてもらった。入院経過とともに必要に応じて、再度活動の聞き取りを行った。

【結果】

記銘力が低下しているケースでは、集団リハは活動内容を固定しているため、曜日と活動内容がリンクし、見当識の向上を認めた。また ADL が向上し、病棟内の移動が自立になると、時間になれば自主的に談話室に出向く様子も見られ、時間管理の獲得にも繋がった。帰宅願望や不穏になるケースでは、決まった時間に顔なじみの他患者と一緒に活動を行うことで、落ち着いて過ごすことができ、社会交流の向上に繋がった。集団活動が苦手で居室に引きこもることが多く、入院前もサービスの利用に至ることができなかったケースでは、元々の趣味であった手芸活動に参加を促すことで、徐々に小集団活動の場に慣れ、退院後はデイケアの利用に至り、社会参加の機会を得ることができた。季節の行事では毎回 10 名以上の患者が参加し、普段はベッド上での生活を余儀なくされている長期療養の患者も、開催を楽しみにされていた。前日にイベント案内のビラ配りを行うことで、時間に合わせて病棟スタッフへ着替えや離床の依頼をする様子が見られた。季節の行事の開催に対する満足度の評価では平均 8～9 点と高評価であった。集団リハや季節の行事はリハビリテーション主体で実施しているが、病棟看護師からも対象患者の提案など協力が得られるようになった。一方で参加率は女性の方が圧倒的に多く、男性は季節の行事には参加されるものの、集団リハなどの小集団活動への受け入れは不良であった。

【考察】

集団リハを実施することで他者と交流する場の獲得ができ、社会参加に繋ぐきっかけ作りになった。また心身面が賦活され、認知面の向上や QOL の向上に繋がった。生活期の患者でも、週間化された活動を行うことは認知面の賦活に繋がり、生活の中での楽しみを探索するために集団活動は有効であると考える。男性の参加に関しては、一般的にも男性が社会交流の場に参加していくケースが少なく、外に出ていくことが課題となっている。集団リハの内容も、手芸や折り紙など女性向けの活動が多く、男性向けの囲碁や将棋などの実施も検討したが、上手く当てはめることができず、男性の参加率は少なかった。今後、男性も社会交流の場に出ていくことができるような取り組みを検討していく必要があると考える。

【結論】

病院という閉鎖的な空間で、限定された生活であっても、集団リハや季節の行事を実施することで社会参加や QOL の向上に繋げることができた。今後は集団リハや季節の行事を実施することで、活動量の変化が見られるか評価を行っていきたい。

30-3　代替療法②

サービス付き高齢者向け住宅における「貯筋運動」導入の検証

福岡県・高良台シニアマンション

はつむら　かずひこ
○初村　和彦（介護職）

サービス付き高齢者向け住宅における「貯筋運動」導入の検証

社会福祉法人 久英会　高良台シニアマンション
○初村 和彦（相談員）

【目的】
サービス付き高齢者向け住宅(以下、サ高住)からの退去要因としてADL(日常生活動作)の低下が大半をしめており、ADL低下による入居継続困難がサ高住運営における課題となっている。本報告ではADL低下の予防を目的として「貯筋運動」を導入し入居者のADLの維持・向上に及ぼす影響、効果について検証した。
「貯筋運動」とは、お金を蓄えるように日常的に筋肉を蓄え、将来の健康や自立した生活に備える筋力トレーニングである。特別な器具を必要とせず、自身の体重を利用して実施できることを特徴とする。
【方法】
期間：令和8年2月～4月（3か月間）
対象：入居者38名（平均介護度：2.0　平均年齢：88.8歳）
介入：貯筋運動を1日2回実施
内容：下肢筋力運動4種、腹筋運動　各16回×2セット
評価：椅子からの立ち座り10回に要する時間を介入前および3か月後に測定し比較した。（以下、評価）
【結果】
入居者38名中22名が貯筋運動に参加した。3か月間継続的に参加者は18名であり、3か月の評価実施者は11名であった。また、11名の平均参加率は44.9%であった。
評価の結果、11名中10名に立ち座り時間の短縮を認めた。内訳は、約20秒の短縮が2名、10秒以内の短縮が7名、変化なしが1名、7秒の延長が1名であった。介入前平均29.3秒に対し、介入後平均23.36秒となり、平均5.91秒の短縮を認めた。なお、7名については体調不良、興味の低下、入院等の理由により評価を実施できなかった。
参加率別の結果は、参加率80%以上1名、60～79%2名、40～59%3名、40%未満5名であった。各群の平均変化は、80%以上で7秒延長、60～79%で13秒短縮、40～59%で1.7秒短縮、40%未満で8.2秒短縮であり、参加率と改善度との明確な関連は認めなかった。
【考察】
評価により10名に所要時間の短縮を認めた。貯筋運動の継続は身体機能の維持、向上に一定の効果をもたらす可能性が示された。一方で参加率と改善度との関連は確認できなかった。
運動前後には入居者間の声掛けや交流がみられ、貯筋運動は身体機能面だけでなく精神面、社会参加面にも好影響を与える可能性があると考えられた。
また、貯筋運動は特別な器具を必要とせず、気軽に取り組めることから継続しやすい運動と考えられる。
【結論】
ADL低下による予防策として貯筋運動は身体機能の維持・向上につながる可能性が示された。今後は継続的な検証を行い、ADLの維持・向上と入居継続についても検証していきたい。

30-4　代替療法②

Chief Recreation Officerとして取り組んだナラティブの実践～人生の思い出づくりと居場所づくりを目指して～

埼玉県・メディカルホーム苗間

はぎわら りゅういち
○萩原　隆一（事務職）

【目的】
慢性期医療の現場では、医療・看護・介護の提供が中心となり、身体機能の低下に伴い外出機会や趣味活動が減少しやすい。また、ご本人だけではなく、ご家族も「もうできないこと」が増え、新たな思い出づくりの機会が失われやすい現状がある。当法人では、「されたい医療・されたい看護・されたい介護」を理念としている。その理念を実践する役割としてCRO（Chief Recreation Officer）を配置し、埼玉県および千葉県のメディカルホームを横断した活動を実施している。今回、その取り組みと意義について報告する。
【方法】
私がメディカルホーム苗間へ配属された際、日々入居者様と関わる中で、当法人が大切にしているナラティブを形にできないかと考えるようになった。そのような中、理事長よりいただいたりんごを活用してアップルパイ作りを実施したことが活動の始まりとなった。その後、お菓子作り、流しそうめん、外食レクリエーション、メディフェス（秋祭り）、ガーデニング、保護猫との交流などの活動へ発展した。また、法人独自の取り組みとしてナラティブバスを運用している。ナラティブバスは理事長の「誰もが外出を諦めない環境を作りたい」という思いから導入され、車椅子利用者や在宅酸素療法、たん吸引など医療的ケアが必要な方も利用可能であり、ご家族も一緒に参加できる環境を整えている。
【結果】
ナラティブバスを通じて、これまで外出を諦めていたご家族との時間を再び作ることができた。A氏は車好きで、以前は観光バスの運転手として勤務されていたが、身体機能の低下により車椅子生活となり、配偶者との外出が困難となっていた。しかし、ナラティブバスを利用することで再び夫婦での外出機会を得ることができ、ご逝去後にはご家族より「ここに入居して良かった」とのお言葉をいただいた。B氏は90代男性で、認知機能低下に伴い施設入居となった。ナラティブバスにはご家族全員で参加され、ご家族からは「今まで見たことがないほど表情豊かな姿を見ることができた」とのお話をいただいた。また、保護猫シヴァとの共生では、自主的に居室から出てくる入居者様が増加し、笑顔やコミュニケーションの機会が増えた。シヴァ自身も、保護当初は人との関わりに反応が乏しかったが、入居者との関わりを通じて大きく成長した。さらに、お菓子作りでは成功体験の創出につながった。アップルパイ作りでうまくできず悔しがっていた方が、後日のイベントで成功し笑顔を見せる場面も見られた。ご逝去後、ご家族から「母が楽しかったと話していたのはこの時のことだったのですね」とのお言葉をいただいた。
【考察】
慢性期医療においては、疾患や身体機能だけではなく、その人らしい人生を支える視点が重要であると考える。レクリエーション活動は単なる余暇活動ではなく、人生の思い出づくりや家族支援、コミュニティ形成の役割を担っていた。また、CROを配置することで、法人理念であるナラティブを具体的な活動として実践することができた。
【結論】
私たちが目指しているのは、レクリエーションを提供することではなく、「ここに来て良かった」と人生の最後に思っていただける環境を作ることである。実際に、ご逝去された入居者様が居室へ残されていた『苗間ホームにこれて安泰。万々歳』という言葉は、私たちの取り組みを象徴するものであった。今後も、医療・看護・介護に加え、「人生を支える」という視点を大切にしながら活動を継続していきたい。

30-5　代替療法②

ご当地メニューを味わうこと～ささやかな夢を実現すること～幸せ気分を実現する2つの試み

静岡県・ライフケアガーデン熱川

○杉山（すぎやま）　潤一（じゅんいち）（理学療法士）、鈴木　はるみ、西尾　智美、佐藤　昌幸、吉田　美代子、山下　清子、
金指　こずえ、岩田　五月、遠藤　健一、後藤　節子

【目的】毎日単調な生活に陥りがちな施設入居者、デイサービス利用者に幸せを感じていただくには、どのような取り組みがよいか検討する。病院・施設グループ内で、幸せホルモンについて学び、それ活かした活動の一環。今年で4年目。

【方法】幸せホルモンに関する知見をおさらいし、今回は、夢を実現した時などに分泌されるドーパミンに着目。まず、施設入居者・デイサービス利用者にアンケート調査を行い、どのような時に幸せを感じるか、また叶えたい夢はないか調査した。幸せを感じる時という質問には、圧倒的に「食」に関する回答が多く、昨年度は「思い出メニュー」として提供したが、今回は「ご当地メニュー」として採用。改めて、出身地とご当地メニューのリクエストを募った。また、「食」に関すること以外でも、様々な夢が出されていたが、実現の可能性などふまえ、本館、別館、デイサービスの3部署でそれぞれ1件ずつ採用することにした。

効果判定については、今回は即時効果のみを測定。活動前と後に、フェイススケールを指さしてもらった。また、今回は、評価スケールだけではなく、今の気分を伺ったり、笑顔が見られたか映像を残すなどして、アナログ的な評価手法も取り入れることとした。

【結果】まず、ご当地メニューに関しては、ばらつきが強かった中で、長野県と宮崎県が比較的出身者が多く、それぞれを代表するメニューを、リクエストやこちらで調べるなどして決定し、栄養士に依頼して、2回に分けて昼食のメニューに入れていただくことにした。また、出身者ではない方にも楽しんでいただけるように、ご当地紹介の要素も取り入れ、そのメニューが提供される日には、なるべくその県にかかわる映像や歌を流したりして、旅行気分にもひたれるようにした。すると、出身者は大きく幸せ度を上げ、他の方々も、幸せ度の上昇と「良かった」「楽しかった」とする感想を寄せてもらえた。

次に「夢」に関しては、本館は駄菓子喫茶を採用。駄菓子を選んで食べるだけでなく、日頃ゆっくり話をすることのできない職員との会話も希望する方が多く、可能としたところ、大いに幸せ度の向上が見られた。別館は、日頃飲めなかったり制限のあったりするお酒を特別に楽しみたいとの希望を採用。2名選抜し、普段出かけることのない夕方の時間帯に外出し、お食事処でお酒を楽しんでいただいた。昔のことを思い出され、大いに幸せを感じていただいた。デイサービスでは、おしゃれをして人前に出て、得意芸を披露する会を設けた。結果的には、バンド演奏をバックに歌唱を皆さんに披露する会となった。皆さんに注目されながら、練習を積んだ歌を披露することは大いに幸せにつながった。

【考察】栄養のある美味しい食事によるセロトニンの分泌。自分の出身地や旅先での食事を楽しむことで会話が引き出され、オキシトシンが分泌される。そして、日頃抱いていた夢を実現することでドーパミンが分泌される。さらに、3大幸せホルモンに加えて、4つめの幸せホルモンとして β エンドルフィンが知られるようになっており、お酒のように普段我慢しているものを久しぶりにたしなみ、何よりも笑うことで分泌が促されたと思われる。

【結論】「食べること」で幸せを感じるのは皆様に共通していること。ただし、実現したい夢に関してはは人それぞれ違い、その実現には個別に対応する必要があることもある。

30-6　代替療法②

レクリエーション計画書の標準化～情報共有の手段として～

静岡県・介護老人保健施設　もくれん

○大滝（おおたき）　亮輔（りょうすけ）（介護福祉士）、近澤　涼

【目的】

介護老人保健施設もくれん（以下当施設）では、季節ごとに大きなレクリエーションイベントを実施しており、入居者の心身の健康をサポートし、QOL（生活の質）を向上させるための重要な役割を担っている。イベントは、季節感のあるリフレッシュを目的としたものであり、利用者からも期待の声が聞かれている。しかし、新人や特定技能生がレクリエーションの計画をすることがあり、主に2つの課題がある。一から計画書を作成する際工数がかかる、手順がわかりにくく円滑に進行ができない事。もう一つは、安全に配慮すべき点が事前に明らかになっていない等の問題を抱えている。今回、誰が計画担当者になった際でもイベントを円滑に計画、実施できるようにフォーマットを作成し、標準化に至ったので報告する。

【方法】

1. 期間：令和7年4月～令和8年4月
2. 3フロア（新館1階、新館2階、本館）それぞれ行われる季節ごとのイベントに対し情報収集を行った。
3. 解決策として『計画書のフォーマットを作成し標準化する』を選定した。
4. 工数を削減し、必要事項や内容、担当者の明確化、安全に配慮すべき点がわかりやすくなることで、発生している問題に対し解決を図った。
5. 計画書のフォーマットは実際のイベントで使用することで改善点を洗い出しより使いやすい形式を目指した。

【結果】

約1年間の検証の結果、施設全体で計画書のフォーマットの標準化を達成できた。イベント内で安全に不備はなかった。計画者、イベントの業務担当者から工数削減、手順がわかりやすく、進行もスムーズに行えたとフィードバックも得た。また、目的と評価が明確になり、活動の効果が“見える化”された。イベントが滞りなく行えることで、利用者の満足度アップにも貢献できている。

【考察】

季節ごとのイベントは1フロア（約20名～50名の利用者が対象）で行うものから施設全体で行うものもあり、計画書は当日の業務担当者が情報をすぐに知るためのツールとして役に立っている。特に老健もくれんが発祥の地と言われる『ロマンディスコ』の企画は施設単独で行う場合と、厚生労働省「健康一番プロジェクト」との連携イベントとして外部の方との関りを持ち企画する場合もある。イベントを成功させるためには、業務担当者の準備、実施、片付けだけでなく、イベントに参加する職員一人一人の協力が必須である。イベント参加中の利用者の笑顔、張りの声や問題なくイベントが終わったことは、携わったもののやりがいにつながる。年度が替わり計画担当者も変更になったが、引継ぎも円滑に行えており標準化された「レクリエーション計画書」は有効なものであると言える。今後も使用者の意見を反映し改善を行っていく。

【結論】

今回、標準化された「レクリエーション計画書」を使用することで、職員誰でもが計画、実施、片付けに携わることができる。利用者の安全に配慮したイベントが開催できることである。

30-7　代替療法②

介護予防への『入り口』を広げる―音楽療法と運動療法の共同支援による参加意欲の喚起―

北海道・札幌西円山病院

こうやま　たくや
○神山　拓哉（健康運動指導士）

【はじめに】
近年、地域における認知症予防活動において、身体機能維持を目的とする運動療法と、心理的アプローチを行う音楽療法の統合的な介入が重要視されている。今回、健康運動指導士と音楽療法士の専門性を融合させ、生演奏を用いた新たな集団活動支援を介護予防として提供した。その取り組みについて報告する。
【対象と方法】
・対象：介護予防センター主催の認知症カフェ参加者 35 名
・活動時間：60 分（講話-10 分、音楽療法-25 分、運動療法-25 分）
・内容：全体を以下に示す 3 部構成として、活動を提供した。第 1 部：不安軽減や QOL の維持・向上、回想法による脳の活性化を目的に音楽療法を実施。歌唱やトーンチャイムを用いた楽器演奏、歌に合わせて手指運動、交互歌唱を提供。第 2 部：心身機能や耐久性、ADL の維持・向上を目的とした運動療法を実施。ストレッチおよび筋力トレーニングを中心に運動を提供。第 3 部：多重課題による脳活性化による認知症予防を目的に音楽療法と運動療法を同時に実施。ピアノ演奏に合わせたコグニサイズ（前半の音楽療法で用いた曲を使用）、ピアノ演奏を聴きながらのストレッチの提供。生演奏のため参加者に合わせ、音程や速さを調整しながらの実施とした。支援後にアンケートを実施した。
【結果】
今回の支援後に行われたアンケートの回答者 31 名の年代は 70 代 15 名、80 代 15 名、90 代 1 名であった。参加動機は「認知症について学びたい」20 名、「音楽療法に興味があった」22 名、「体操に興味があった」10 名であった。また、活動内容で良かったものでは「音楽療法」が 28 名、「健康体操」が 24 名と高評価を得た。昨年度と比較すると、単独の音楽療法や運動療法のみの参加者数と比較し、共同支援による活動では参加者数が増加傾向にある。
【考察】
本活動のメリットは、音楽と運動の双方を組み合わせることで、多様な関心を持つ参加者を広く取り込める点にある。佐藤の研究によれば、音楽と運動を組み合わせた音楽体操は認知症の一次・二次予防に有効とされており、本活動は介護予防への参加の間口を広げる有効な手段となり得る。また、生演奏によるリアルタイムな調整は、個々の高齢者に最適な負荷を提供できる強みとなっている。今後は、活動の継続による心身機能への長期的な効果検証が課題である。

31-1　外来・通所リハ①

Attention process training に基づく注意機能訓練により、病前活動再開に至った一例

広島県・井野口病院

○武藤（むとう）　風夏（ふうか）（言語聴覚士）

【はじめに】

今回、脳梗塞により全般性注意機能低下、処理速度低下を呈し、病前の趣味活動が実施できなくなった症例に対し、Attention process training（以下 APT）に基づく訓練を行い活動再開ができた事例を経験したため報告する。

【症例紹介】

70 歳代、男性。主訴はマニュアル車を運転したい、何をするにもすぐに疲れる。X 年 Y 月 Z 日 9 時頃より左上下肢不全麻痺、左顔面麻痺が出現。Z+2 日 MRI を施行し、アテローム血栓性脳梗塞（右放線冠）にて A 病院に救急搬送。Z+24 日退院。その後当院外来にてリハビリテーションを継続することとなった。家族構成は妻と 2 人暮らしで娘が近郊に居住。病前 ADL は自立。病前の趣味は新聞を読むこと、友人と長電話をすることであった。

【経過】

〈初期評価〉TMT、CAT、WAIS-IV（PSI）の検査結果から、特に分配性注意機能や処理速度に低下を認めた。また、評価中疲労感を訴える場面や CPT 実施中に話し出す場面がみられるなど持続性注意の低下も認めた。日常生活の聞き取りでは病前日課であった新聞を読むことや友人との長電話が苦痛になり、実施が困難になったとの訴えがあった。

〈訓練内容〉約 1 か月間、全 10 回、APT に基づき注意機能訓練を実施した。持続性注意、選択性注意の訓練として視覚性抹消課題（数字・記号）、転換性注意の訓練として数字抹消課題、分配性注意の訓練としてトランプのマーク分類を実施した。転換性注意課題では 1 行ごと、交互にターゲットを変更し実施した。分配性注意課題ではマーク分類を実施しながらターゲットとなる数字 2 種類を裏返すよう教示した。訓練前には日常生活の聞き取りを行い、生活上の困難感やニーズ、疲労感、病識の把握に努めた。

〈訓練経過〉訓練の正答率、所要時間に大きな改善はなかったが課題実施中に関連のない話題を話し出す場面は徐々に減少していった。分配性注意課題では 10 回中 6 回正答率が 100% に届いたが、PT、OT 介入後であり疲労感を訴える日は正答率 88.5% まで低下し、所要時間も増加するなど、訓練成績には浮動性がみられた。ST がフィードバックを行い状況の把握は可能だが次課題で改善することは少なかった。しかし約 1 か月経過時には新聞を読むことや友人との長電話といった病前の趣味活動が再開できた。

〈最終評価〉TMT、WAIS-IV（PSI）の結果に改善は見られなかったものの、CAT の持続性注意、選択性注意に関連する項目では cut off 値以上への改善が見られた。Z+175 日で期限のためリハビリ終了となった。

【考察】

本症例は脳梗塞後の注意機能低下により、病前の日課であった新聞を読むことや友人との長電話が苦痛となり活動参加が制限されていた。そのため病前の活動再開を目標に APT に基づく注意機能訓練を実施した。介入開始直後は「友人からの電話が億劫に感じる」「新聞を読むとすぐ疲れてしまう」との訴えが聞かれた。最終評価では持続性・選択性注意に改善がみられており、訓練後は苦痛なく病前の活動を再開できた。豊倉らは、APT に基づく注意機能訓練を、注意障害を有する脳障害患者に施行した結果、机上テストで改善が認められただけではなく、日常生活上にもその効果が示唆された[1]と報告している。また松尾らは、注意機能向上は言語課題の遂行・処理を促進させる[2]と述べている。本症例では、APT によって持続性注意・選択性注意機能が向上したことで、言語性の遂行・処理機能の改善がみられ、新聞を読むことや長電話といった日常生活上の活動の再開に至り、QOL の向上に繋がったと考えられる。

31-2　外来・通所リハ①

通所リハビリテーションにおける利用者に選ばれる施設づくりの検討

山梨県・恵信甲府ケアセンター

○赤堀（あかほり）　文洋（ふみひろ）（理学療法士）

【目的】

当施設通所リハビリテーション（以下通所リハ）では，利用者満足度向上を目的として一部サービス内容を見直し改善を行った．今回、サービス改善後に実施した満足度調査結果を分析し，利用者に選ばれる通所リハとは何か検討することを目的とした．

【方法】

対象は 2024 年から 2025 年に当施設通所リハを利用した 157 名とした．リハビリテーション計画書見直し時にサービス利用状況を説明し満足度の確認を実施した．概ね 3 か月に一度評価を行った。サービス改善内容として、①マシントレーニングおよび物理療法機器の充実②PT・OT・ST によるリハビリテーション提供体制の整備③昼食選択制の導入④入浴サービスの充実（週替わりの入浴剤、同性介助、入浴後アメニティ・飲み物提供等）を行った．満足度調査は，「リハビリテーションの内容」および「食事・入浴等のサービス全般」に分けて「満足している」「どちらでもない」「不満」の 3 段階で評価し，対面形式にて聞き取りを行った．2024 年度・2025 年度の満足度ならびに 1 日平均利用人数を比較検討した．

【結果】

2024 年度の満足度調査では，リハビリテーション部門において「満足」と回答した割合は 93.8%，「どちらでもない」は 5.1%，「不満」は 1.0% であった．サービス全般では「満足」が 97.4%，「どちらでもない」が 1.3%，「不満」が 1.3% であった．2025 年度では，リハビリテーション部門において「満足」は 94.7%，「どちらでもない」は 3.3%，「不満」は 2.0% であった．サービス全般では「満足」が 97.7%，「どちらでもない」が 0.5%，「不満」が 1.8% であった. 対面での聞き取りでは,「希望するリハビリ内容が受けられる」「食事を選べる楽しみがある」「週替わりの入浴剤を楽しみにしている」などの意見が聞かれた. 一方で,「リハビリ時間が短い」「より多くリハビリを実施してほしい」といった意見も認められた．1 日平均利用人数は，2024 年度 32.5 名，2025 年度 35.7 名であり，増加傾向を認めた．

【考察】

PT・OT・ST によるリハビリテーション提供体制整備，マシントレーニングや物理療法機器の充実により利用者ニーズに応じた支援につながった可能性が考えられた．昼食選択制や入浴サービスの充実等，リハビリテーション以外の生活支援面への取り組みも，満足度向上に寄与した可能性が示唆された．対面形式による聞き取りを実施したことで，利用者の具体的な要望や満足理由を把握しやすかった．また，満足度調査を多職種間で共有することで，利用者ニーズについて話し合う機会が増え，サービス改善につながった．一方で,「リハビリ時間が短い」「より多く実施してほしい」といった意見も認められ，利用者のリハビリテーションに対する期待の高さがうかがえた．通所リハにおいて，利用者のリハビリテーションに対する期待は高く，今後も利用者ニーズに応じたサービス提供を継続していく必要があり，利用者満足度を高水準で維持したことが，利用者数増加につながったと考える．今回の結果から通所リハにおいて，リハビリテーション・入浴・食事は利用者満足度に関わる重要なサービスであることを改めて認識した．

【結論】

サービス改善により，高い利用者満足度を維持でき，利用者数の増加が認められた．通所リハではリハビリテーション・入浴・食事は利用者満足度にかかわる重要なサービスである．利用者に選ばれる施設づくりには満足度の定期的な把握と，それに応じた柔軟なサービスの改善，多職種による継続的な取り組みが重要であると考える．

31-3　外来・通所リハ①

通所リハビリテーションの介護度別に見た最適利用回数の検討

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○西山（にしやま）　佳介（けいすけ）（理学療法士）、橋岡　匠平、津留崎　しおり、工藤　海斗、内藤　綾香、本田　慎一郎、
宮川　あかり、冨永　愛梨

【目的】

身体機能や動作能力を維持・改善させるためには、十分な活動量の確保が必要であり、当通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、複数利用者が同一空間で訓練を行う「ジム型リハ」を提供している。通所リハの利用回数は利用者や家族の希望、生活状況等により同じ介護度でも利用頻度には大きなばらつきがある。そこで本研究では、通所リハ利用者を介護度別および利用回数別に分類し、その違いが身体機能および Activities Of Daily Living（以下、ADL）の維持・向上に必要な利用回数を明らかにするとともに、今後の通所リハにおけるサービスの質向上に繋げることを目的とする。

【対象・期間】

対象：令和 6 年 10 月～令和 8 年 1 月に通所リハを利用している短時間利用者のうち、6 ヶ月以上在籍のある要支援 1～要介護 2 の 139 名　平均年齢は 79.57 歳 ± 8.29　要介護 3～5 は対象者が少ないため除外

【研究方法】

1）対象利用者の介護度を要支援群（要支援 1.2）、要介護群（要介護 1.2）の 2 群に分類

2）対象利用者の利用回数を①週 1 回、②週 2 回、③週 3 回以上の 3 群に分類

3）体力測定（30-sec Chair stand test（以下、CS-30）・10-Meter Walk Test（以下、10m 歩行）・Timed Up and Go test（以下、TUG））・BI を算出

【測定時期】

通所リハ利用開始時（もしくは研究期間開始月）を「初回測定」とし以後 3 ヶ月毎に体力測定・BI を評価

【分析方法】

1）対象利用者を利用回数別に分類し、直近測定の各評価項目の値を Kruskal-Wallis 検定用いて比較
有意差が認められた場合には多重比較にて Dunn 検定を行い有意差の特定を行う

2）対象利用者を利用回数別に分類し、初回測定と直近測定の各評価項目の変化量を比較
（Wilcoxon の符号付順位検定）

3）介護度別および利用回数別に分類した対象利用者の初回測定と直近測定の各評価項目の変化量を比較
（Wilcoxon の符号付順位検定）

【結果】

1）10m 歩行・TUG に有意差を認め、特に利用回数が週 3 回以上群で有意差を認めた

2）利用回数が週 2 回の利用者において 10m 歩行の値に有意な改善を認めた

3）要支援群において利用回数が週 2 回で 10m 歩行・TUG、週 1 回で BI の値に有意な改善を認めた

【考察】

本研究より、歩行能力改善、身体機能・動作能力の向上または悪化予防には 2 回/週以上の利用が有効である可能性が示唆された。吉川らは、『週 2 回（月 8 回）以上の利用者については、身体機能が改善している』と報告している。今回、「ジム型リハ」の特徴でもある利用者自身の主体的な取り組みや反復練習量が確保できる十分な活動量によって、自主的な運動習慣の形成や運動実施頻度・活動量増加に繋がり、歩行能力の改善に寄与したと考える。また、要支援者は比較的身体機能が保たれているため、適度な頻度で継続的な運動機会を確保することが移動能力やバランス能力の維持に影響し、身体機能・動作の悪化予防に繋がったと考える。

今回の結果は、通所リハ以外の日常生活活動量や自主練習状況なども影響している可能性があるため、利用回数は介護度や目的に応じて検討する必要がある。今後、身体機能や動作能力の維持・向上を図るうえでは、単に利用回数を増やすだけでなく、利用者が継続的かつ主体的に運動へ取り組める支援体制の構築が重要であると考える。

31-4　外来・通所リハ①

リズム刺激併用下でのリカンベント・ステップ運動がパーキンソン病症状を呈する高齢者の歩行に及ぼす影響

1 広島県・小畠病院、2 川崎医療福祉大学

○宮地（みやじ）　拓馬（たくま）（理学療法士）[1]、樋上　紘子[1]、小原　謙一[2]

目的：パーキンソン病（以下 PD）症状に対する運動療法として有効性が報告されている有酸素運動に、リズム刺激を併用することで歩行へどのような影響を与えるかを検討することを目的とする。当院通所リハビリテーション（以下通所リハ）では、座位で上下肢の屈伸交互運動を行うリカンベント・ステップ運動を実施しているが、PD の特性として運動範囲が狭小化しやすく、運動効果が十分に得られない利用者が多い。そこで本研究では、ステップ運動にリズム刺激を加えることで歩行能力に変化が生じるかを検証した。

方法：対象は、当院通所リハを利用する PD 症状を呈する高齢者 9 名（平均 81 ± 4 歳、Hoehn-Yahr 分類 II〜III）であった。参加者はリカンベント・ステップ運動機器（Senoh 社製ニューステップ）に座り、肘・膝関節が伸展最終相で軽度屈曲位となるよう調整した。運動負荷は Borg13（ややきつい）に設定し、リズム刺激の頻度（BPM：Beats per minute）はその負荷での 1 分間あたりのステップ回数と同一の値とした。運動効果の指標として 10m 歩行試験を用い、開始 3m の加速区間をすくみ足の指標とし、歩数と歩行時間からケイデンス（歩/秒）を算出した。実験条件は①安静座位 10 分間（コントロール）、②ステップ運動 10 分間、③メトロノームによるリズム刺激併用ステップ運動 10 分間の 3 条件とした。測定順序は乱数によりランダム化し、評価者盲検で実施した。各条件は 1 週間以上の間隔を空け、介入前後で 10m 歩行試験を行った。統計解析は Shapiro-Wilk 検定で正規性を確認後、正規性が認められなかったため Friedman 検定を用い、有意水準 5% とした（$p<0.05$）。

結果：歩行開始後 3m の歩行時間、10m 歩行時間、ケイデンスのいずれにおいても 3 条件間で有意差は認められなかった。一方で、10m 歩行時間において 2 名の参加者はコントロール条件よりリズム刺激併用条件で 2 標準偏差以上の増加を示した。全参加者のすくみ足の重症度を New Freezing of Gait Questionnaire（最高 28 点、高値ほど重症）で評価した結果、18.3 ± 8.8 点であり、2 名の参加者は 27 点と対象者の中で最高値であった。

考察：ステップ運動やリズム刺激併用による歩行速度やケイデンスの向上を予測していたが、予測に反して有意な改善は得られなかった。PD では屈曲筋優位の姿勢調整が特徴であり、本研究で用いたステップ運動では座った状態で実施するため、歩行時に必要となる姿勢制御や股関節伸展運動の再現性が十分でなく姿勢制御に対しての効果が低かったと考える。また、すくみ足が強い参加者では、推奨より低頻度のリズム刺激が遅い内的リズムを形成し、歩行速度を低下させたと考えられる。

結論：リズム刺激併用ステップ運動は PD 症状を呈する高齢者の歩行改善に有効であるとは示せなかった。しかし、すくみ足が強い高齢者では、リズム刺激の頻度設定によって歩行速度が低下する可能性が示唆され、個別の症状に応じた刺激設定の重要性が示された。

31-5　外来・通所リハ①

独居の高齢心不全患者の再入院予防における外来心臓リハビリテーションと多職種連携の有用性

島根県・安来第一病院

○山根（やまね）　咲季（さき）（理学療法士）、金山　航輔、澤田　祐樹、山﨑　麻維子、安部　雅大、峠　翔太、藤原　永希

【目的】

高齢心不全患者では、身体機能低下に加え、服薬管理や通院継続の困難さ、社会的孤立などの生活課題が再入院リスクとなる。特に独居高齢者では地域での支援体制構築が重要である。今回、家族が遠方に在住し近隣に支援者のいない独居高齢心不全患者に対し、当法人内の外来心臓リハビリテーションと医療保険サービスを活用した多職種支援を継続し、地域生活の維持と再入院予防につながった症例を経験したため報告する。なお、本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施している。

【症例】

60 歳代後半男性。診断名はうっ血性心不全、弁膜症術後、非弁膜症性心房細動。既往歴に前立腺癌を認めた。独居で ADL は自立していたが、アルコール多飲歴があり、家族は遠方在住で近隣に日常的支援者はいなかった。2024 年 1 月、農道で倒れているところを発見され救急搬送となり、低体温、低血糖、循環不全を認めた。心不全治療後に弁膜症手術を施行し、リハビリテーションを継続した。本人の希望は「歩いて買い物に行きたい」であった。

【方法】

退院後の独居生活継続には、徒歩移動能力の維持・向上と地域支援体制の構築が必要と考えた。入院中より運動療法を実施し、退院後は週 1 回の外来心臓リハビリテーションを継続した。評価項目はバイタルサイン、握力、膝伸展筋力、6 分間歩行距離とした。また、ADL 自立により介護保険は未申請であったため、精神科訪問看護、精神科デイケア、アルコールミーティングなどの医療保険サービスを導入した。訪問看護では服薬管理と体調確認、デイケアでは生活リズムの維持、社会参加機会の確保、送迎を活用した通院支援を行った。

【結果】

身体機能は改善し、6 分間歩行距離は 360m から 400m へ向上した。現在は独歩で週 2 回程度、約 1km 先のスーパーまで買い物が可能となり、本人の生活目標を達成した。心不全手帳の記載も継続でき、自己管理意識は維持された。当法人内のサービスを活用し、デイケア利用日に合わせて外来受診や心臓リハビリテーションを実施することで通院継続が可能となり、服薬管理も大きな問題なく行えた。退院後約 2 年間、心不全増悪および再入院は認めていない。

【考察】

本症例は、家族が遠方に在住し近隣に支援者がおらず、社会的孤立や通院中断のリスクを有していた。外来心臓リハビリテーションにより身体機能の維持・向上を図るだけでなく、精神科訪問看護や精神科デイケアを組み合わせることで、服薬管理、生活リズムの維持、社会参加機会の確保、通院継続支援を実現できた。特にデイケア送迎を外来受診や心臓リハビリテーションと連動させたことは、独居患者の継続的な医療アクセスを支える一助になったと考える。慢性期医療においては身体機能への介入のみならず、地域資源を活用した多職種連携による生活支援が再入院予防に重要であることが示唆された。

【結論】

家族支援が乏しく社会的孤立リスクを有する独居高齢心不全患者に対し、外来心臓リハビリテーションと地域の医療保険サービスを組み合わせた多職種支援を継続することで、地域生活の維持と心不全悪化による再入院予防に寄与した可能性が示唆された。

31-6　外来・通所リハ①

地域高齢者および通所リハビリテーション利用者における食思不振とオーラルフレイルの関係性

北海道・聖ヶ丘病院

○濱（はま）　雄祐（ゆうすけ）（言語聴覚士）、本前　那弥、石川　麻希、栗本　悦子、本間　荘大、渡辺　純輝、川合　裕貴、十鳥　献司、米内山　清貴、中原　義人

【目的】

高齢者の食思不振は低栄養やフレイルの進行に関与し、要介護化のリスク因子となることが知られている。また、オーラルフレイルは口腔機能の軽微な低下を示す概念として注目されており、摂食嚥下機能や栄養状態との関連が報告されている。本研究は食思不振とオーラルフレイルの関係および特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は地域高齢者 55 名（男性 5 名、女性 50 名、平均年齢 80.7 歳。介護度内訳は、要支援 1 名、要介護 2 名）および通所リハビリテーション利用者 70 名（男性 23 名、女性 47 名、平均年齢 82.7 歳。介護度内訳は要支援 41 名、要介護 29 名）とした。食思評価には Council on Nutrition Appetite Questionnaire（以下 CNAQ-J）を用い、食思不振群と非食思不振群に分類した。オーラルフレイル評価には Oral frailty 5-item Checklist（以下：OF-5）を用い、歯数、硬い食品の咀嚼困難、ムセ、口渇、滑舌低下の 5 項目を調査した。統計解析は群間比較に χ^2 検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。また、各項目についてオッズ比（OR）を算出し関連の強さを検討した。最後に CNAQ-J の回答分布から食思不振群と非食思不振群の平均点を算出し比較した。参加者には、事前説明時に研究への同意を得た。

【結果】

食思不振群は地域高齢者 23 名（41.8%）、通所リハ利用者 39 名（55.7%）であった。群間比較では有意差を認めなかった（χ^2=1.86、p=0.173）。

OF-5 陽性者は地域高齢者 31 名（56.4%）、通所リハ利用者 50 名（71.4%）であり、群間比較では有意差を認めなかった（χ^2=2.44、p=0.118）。

地域高齢者において、OF-5 陽性群は OF-5 陰性群と比較して歯数 19 本以下（93.5%vs58.3%、OR=10.4）、硬い食品の咀嚼困難（67.7%vs8.3%、OR=23.1）、ムセ（38.7%vs12.5%、OR=4.4）、口渇（48.4%vs16.7%、OR=4.7）、滑舌低下（51.6%vs0%）の割合が高かった。

通所リハ利用者においても、歯数 19 本以下（82.0%vs50.0%、OR=4.6）、硬い食品の咀嚼困難（34.0%vs5.0%、OR=9.8）、ムセ（44.0%vs0%）、口渇（54.0%vs10.0%、OR=10.6）、滑舌低下（60.0%vs10.0%、OR=13.5）の割合が高かった。

CNAQ-J 各項目の平均得点を比較したところ、地域高齢者では「食欲」（2.83 点 vs3.78 点）、「空腹感」（2.52 点 vs3.38 点）、「気分」（3.43 点 vs4.09 点）の低下が大きかった。一方、通所リハ利用者では「味」（3.23 点 vs4.10 点）、「食欲」（3.03 点 vs3.87 点）、「空腹感」（2.33 点 vs2.94 点）の低下が顕著であった。

【考察】

本研究では、地域高齢者および通所リハ利用者ともに、食思不振及びオーラルフレイル陽性症状が多く認められた。特に地域高齢者では歯数減少や咀嚼困難との関連が強く咀嚼機能低下が食欲低下に影響している可能性が示唆された。一方、通所リハ利用者ではムセ、口渇、滑舌低下との関連が強く、摂食嚥下機能を含む口腔機能低下が複合的に食思不振に関与している可能性が考えられた。また、地域高齢者では気分の低下が食思不振に関連する傾向がみられ、心理的要因が食欲低下に影響している可能性が示唆された。一方、通所リハ利用者では味覚の低下が目立ち、食事に対する満足感の低下が食欲低下に関与している可能性が示唆された。

【結論】

地域高齢者では咀嚼機能低下及び気分など心理的要因、通所リハ利用者では摂食嚥下機能を含む口腔機能低下など複合的要因及び味覚の低下が食思不振に繋がっている。

31-7　外来・通所リハ①

進行性失語症一症例の変容するコミュニケーションに対する外来リハビリの役割

千葉県・新八千代病院

○鈴木（すずき）　智子（ともこ）（言語聴覚士）、石橋　尚基、荒井　泰助

【目的】進行性失語症は言語機能が徐々に低下し、進行に伴いコミュニケーション手段の変容が避けられない。特に就労を継続している患者では、言語障害が社会的役割の維持に直結するため、外来リハビリテーション（以下、外来リハ）における継続的な支援と環境調整が重要となる。今回外来リハを継続し、言語機能の変化に応じてコミュニケーション手段を段階的に調整しながら、家族支援・環境調整を行なった症例を通して外来リハの役割と今後の対応について報告する。

【症例紹介】50 歳代男性。ADL 自立。運動・感覚障害なし。単身赴任中の 2019 年頃から話しづらさ、理解のしづらさがあり、次第に強まっていた。2021 年頃からメールで文章がうまく打てないことや文章を読むことが困難になってきた。記憶力低下等言語機能以外の症状は特になし。同年 7 月大学病院神経内科受診。頭部 MRI で左側頭葉萎縮（特に前方）、左大脳全体の萎縮疑いが認められた。2022 年 4 月から東京へ転勤になり、外来リハ目的で当院外来 ST 開始。現在も仕事は継続中で、配置転換による業務負担軽減は図られながら、データ入力などの事務作業に従事しており、職場ではダブルチェック体制が整備されている。

【評価・介入内容】介入初期は喚語困難があるものの日常会話は可能であった。経年的に文レベルの理解・表出の困難さが増加し、現在は著しい聴覚的理解の低下と発語は「そうそう」「これこれ」「わからない」のみだが、身振り等の非言語的表出がみられる他に、絵や漢字単語での表出は可能な状態である。外来リハでは、①コミュニケーション手段の確保（キーワード提示、メモ活用、スマホアプリの導入）②機能維持を目的とした言語訓練③定期評価による状況把握、を中心に支援した。

【経過】長期的な介入を通して言語機能は徐々に低下したが、代償手段の導入により家庭・職場での意思疎通や人間関係はある程度は維持された。職場では業務軽減とフォロー体制が継続され、就労においても維持された。また、病状理解を深めることと会話方法の助言をいただきたいと要望があり、当院のリハビリテーション医師と会社の担当者と家族とでカンファレンスの機会を設けられた。家族とのやり取りは症状変化の早期把握に努めながら家族の不安軽減に努めた。

【考察】進行性失語症に対する外来リハでは、言語機能の低下に応じてコミュニケーション手段を段階的に切り替える支援が重要であると考える。また、家族支援や環境調整を並行して行うことで、生活全体の安定と社会的役割の維持に寄与したと考える。進行性疾患においては、機能訓練のみならず、患者本人・家族・職場を含めた支援が不可欠であり、外来リハで長期的に関わる意義は大きいと考えられた。今後は、社会的制度の確認や退職後の生活環境変化に伴う支援方法についてさらなる検討が必要である。

32-1　外来・通所リハ②

もう一度もう一度野菜を作ってみたい！～作業活動を通して～

福岡県・介護老人保健施設　高良台

○中島（なかしま）　龍司（りゅうじ）（作業療法士）

【はじめに】

今回パーキンソン病や腰椎症の痛みにより活動量が低下し，うつ傾向であった症例を通所リハビリテーション（以下通所リハビリ）にて担当した．そこで趣味でもあった園芸活動を行った結果，抑うつ気分の軽減ややる気の向上等の様々な効果がみられた為報告する．

【症例】

70 代前半女性，要介護 2，主病名としてパーキンソン病，既往歴に腰椎圧迫骨折や変形性腰椎症がある．現在は団地にて夫と 2 人暮らしであり，通所リハビリを週 3 回，訪問看護（医療保険介入）を週 3 回利用中．趣味や余暇活動は園芸や友人との交流等であったが，以前よりも消極的であり外出機会や対人交流も減少していた。

障害高齢者の日常生活自立度：A2，HDS-R：28/30 点，ヤールの重症度分類：II 度，生活機能障害度分類：II，痛み：Numerical Rating Scale（以下 NRS）：8/10，心理面：東邦大式うつ病自己評価尺度（以下 SRQ－D）：26/36 である．日常生活動作全般は自立～一部介助レベルで可能であるが，パーキンソン病や腰痛出現の有無により日内・日差変動がみられていた．

【方法・期間】

通所リハビリ利用日の週 3 回にて介入を行い，開始時・約半年経過後での評価を行った．

介入は当日の歩行状態や痛みや精神状態に合わせて実施し，活動は症例からの助言を受けながら畝つくり等の基礎部分は職員が行い，水やりや追肥．収穫等の負荷の少ない活動を中心に介入し栽培が簡単で比較的失敗の少ない野菜で実施した．

【結果】

約半年間介入した結果，NRS：8/10 点⇒2/10 点，SRQD：26/36 点⇒14/36 点

腰痛の訴えや手指のこわばりは継続して出現しているも悲観的な発言は減少し，楽観的な発言が増加，活動量も増え外出機会も増加した．

【考察】

今回症例に対し園芸活動を行った結果，抑うつ気分の軽減ややる気の向上等の様々な効果がみられた．それに伴い外出機会も増えたことで気分転換なども行え，ストレスの軽減にもつなげることが出来たと考える．今回は当施設で初の園芸活動であり 1 症例のみへの介入であったため，今後も園芸活動を継続し，多くの症例に対しアプローチを行い，効果等を研究していきたいと考える．

32-2　外来・通所リハ②

評価は誰のためのものか〜TUG フィードバックシートを用いた利用者への評価還元の試み〜

広島県・島の病院おおたに

○天野（あまの）　颯太（そうた）（理学療法士）、大庭　政範

【背景】

通所リハビリテーションでは身体機能評価が日常的に実施されている。しかし、それらの評価は本当に利用者のためになっているのだろうか。当院では毎月 Timed Up & Go Test（以下：TUG）を実施しているが、利用者から「また測るのか」といった発言が聞かれていた。評価後には口頭で結果を説明していたものの、多くは「先月と変わりありませんね」「維持できていますね」といった簡単な説明に留まっていた。評価は本来、身体機能の状態や変化を把握し、利用者と共有するための手段でもある。しかし臨床では、治療方針の決定や記録を目的として実施されることが多く、利用者にとっては「測られるだけ」のものになっている可能性がある。そこで今回、評価結果を利用者へ還元する取り組みを実施した。

【目的】

毎月実施している TUG という既存の評価を、利用者にとってより意味のあるものにすることを目的に、TUG フィードバックシート（以下：シート）を導入した。本取り組みが、利用者の評価に対する理解や関心、リハビリテーション意欲および、自主訓練実施頻度に与える影響を検討し、評価結果を利用者へ還元する意義について明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は当院通所リハビリテーション利用者のうち要支援 1・2 の認定を受けている利用者とした。TUG の目的や結果の見方、過去の測定結果の推移を記載したシートを作成し、3 か月間継続して配布した。導入前および導入 3 か月後に、「検査意味の理解」「検査結果への関心」「リハビリや自主訓練の成果実感」「リハビリへの意欲」「自主訓練実施頻度」に関するアンケートを実施した。また導入後には、シートに対する利用者の反応についても調査した。

【結果】

シート導入後、「検査意味の理解」および「検査結果への関心」は全体として向上を認めた。また、シートを用いた取り組みは肯定的な反応が多数を占めた。一方、自主訓練実施頻度に大きな変化は認めなかった。

【考察】

本研究では、通所リハビリテーションで日常的に実施している TUG をいかに利用者にとって意味のあるものにするかを検討した。シートの導入により、利用者の評価に対する理解や関心の向上を認め、「測られるだけ」の時間から、自身の身体機能を知り、成果を振り返る機会へとつながった可能性が示唆された。また、多くの利用者がシートを肯定的に受け止めていたことから、評価結果を利用者へ還元する意義が示唆された。一方、自主訓練実施頻度に変化を認めなかったことから、評価結果への理解や関心の向上のみでは、自主訓練を試みるに至らなかった可能性が考えられた。しかし、評価結果を通して自身の身体機能を意識することは、自主訓練以外の健康行動や転倒予防への意識など、より広い行動変容につながる可能性も考えられる。この点については、今後さらに検証していく必要がある。

32-3　外来・通所リハ②

通所リハビリテーション利用者における認知機能の経年変化

千葉県・小林病院

○鈴木（すずき）　梨紗（りさ）（作業療法士）

【はじめに】

当通所リハビリテーション(以下，通所リハ)では，利用者の高齢化に伴い，運動機能のみならず，フレイルや認知機能の対応が重要となっている．これまでフレイル関連の調査を継続してきたが，今回は認知機能の経年変化に着目し，その特徴を分析したので報告する．

【目的】

通所リハ利用者の認知度を経年的に追跡し，認知機能レベルごとの変化の特徴を明らかにすることで，今後の認知症予防および支援方法の検討に繋げることを目的とした．

【対象】

令和元年9月から令和7年2月までに在籍した64名の内，継続利用が可能で半年ごとの評価を実施できた23名(男性9名，平均85.6歳，女性14名，平均87.1歳）を対象とした．

【方法】

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を半年ごとに実施し，経年変化を折れ線グラフで可視化．初回評価に基づき，①正常群，②境界・軽～中等度認知機能低下群，③やや高度・高度認知機能低下群の3群に分類して比較した．

【結果】

①正常群：6名（26.1%）．4年前後から上下変動が認められるも，5年後も10割が継続利用しており，その8割は正常を維持していた．

②境界・軽～中等度認知機能低下群：12名(52.2%)．継続利用期間は，1～5年で平均2年3ヶ月であった．個々の上下変動が大きく，維持・改善する方と低下する方の両極化が認められた．その結果から，半年後の認知機能レベルが，その後の分岐点になることが推測される．

③やや高度・高度認知機能低下群：5名(21.7%)．継続利用期間は1～1年半で平均1年3ヶ月であった．この群は，上下変動は極僅かで，ゆるやかな低下が認められた．

【考察から展望】

①正常群：5年間継続利用した利用者の8割が認知機能を維持していた．このため，初回評価が正常の利用者には標準的なリハビリテーションプログラム対応で十分と考えられる．一方で，運動不足は認知症の主要な危険因子であることから，運動習慣の定着を目的とした自宅で行える運動指導の実施が重要であると考えられた．

②境界・軽～中等度認知機能低下群：平均利用期間は2年3ヶ月で，認知機能の変動が大きく，最終的に3割が維持・改善，7割が低下していた．特に，半年後の2回目評価がその後の予後を9割の確率で決定づける分岐点であると示唆された．そのため，初回評価から6ヶ月間が認知機能への介入が最も重要な期間と位置づけられる．脳トレやコグニサイズ等を優先し，在宅生活での四季に合わせた健康指導も加え，利用者の興味・関心や生活背景に応じた介入が重要と考察する．

③やや高度・高度認知機能低下群：平均利用期間は1年3ヶ月と短く，その後は認知症対応型デイサービスへの移行や施設入所・入院に至る例が多く確認された．この方々には，出来るだけ長く在宅生活を送れるよう，心身機能の維持と合わせ，日常生活動作の安全確保といった介護主体の介入と季節行事を通じたQOL向上（余生を楽しむ支援）への転換が求められると考える．

総じて，各認知度に応じた適切な介入時期と内容の選定が不可欠であると考える．

【おわりに】

今回，どのような結論になるか予測不能であったが，5年半の評価結果をグラフに可視化し，各群別に継続利用期間と認知度の変動に傾向が確認された．症例数が23例と少なく，高齢者全般の認知を表すものとはならなかったが，当通所リハでの認知度群別の対応策を模索することが出来たことは大きな収穫となった．今後，群ごとの経年変化の結果を基に，認知に対するリハビリプログラム及び通所リハでの対応方法を見直し，個人の状態に見合った予防を提供していきたいと思う．

32-4　外来・通所リハ②

高稼働化デイサービスにおける利用者ニーズの質的変容と理学療法士の役割

東京都・城西病院リハビリテーション科

○碇本（いかりもと）　亘（理学療法士）、川上　健治

【目的】

地域包括ケアにおける運動特化型デイサービスでは、稼働率向上とサービスの個別性維持の両立が重要課題である。本研究は、当施設が導入したバランス・スコアカード（Balanced Scorecard：BSC）による経営戦略が高稼働化にどのように寄与したかを検証するとともに、その過程で利用者満足度および自由記載に表れる利用者ニーズがどのように質的に変容したかを明らかにすることを目的とした。さらに、高稼働期における理学療法士（PT）の役割と課題を検討した。

【方法】

対象はA病院付帯の運動特化型デイサービスにおけるBSC進捗管理データおよび利用者満足度調査結果（2024年度n=79、2025年度n=146）とした。定量指標として施設稼働率、月平均売上比、総合満足度（「大変満足」「やや満足」の割合）を年度間で比較した。比率の差の検定には χ^2 検定またはFisherの正確検定を用い、有意水準を $p<0.05$ とした。自由記載は質的内容分析を行い、ハード面（設備・環境）とソフト面（関わり・オペレーション）に分類した。二名の独立コーダーがコード化を行い、合意形成により最終分類を決定した。

【結果】

稼働率は67.3%（2024年度）から79.6%（2025年度、最高83.4%）へ上昇し、売上比は2025年度で120.7%（前年比＋20.7%）であった。総合満足度は95.6%から93.1%へわずかに低下し、2025年度には「満足していない」層が4.8%出現した。自由記載の分析では、2024年度は「設備改善」「環境整備」などハード面の要望が中心であったのに対し、2025年度は「目標確認の不足」「待ち時間の長さ」「スタッフの入れ替わり」「個別対応の希薄化」など、ソフト面に関する不満が増加した。利用者ニーズは、施設拡大に伴い「物的環境への要求」から「関わりの質・運営の質」へと焦点が移行していた。

【考察】

BSC導入は財務指標および稼働率の改善に寄与し、高生産性モデルの構築に有効であった。一方で、利用者数増加に伴う業務過密化は、個別性の低下やコミュニケーション不足を招き、PTが担うリハマネジメントの核心領域に対する不満を生じさせたと考えられる。高稼働期には、動線やオペレーションの再設計、短時間でも納得感を得られる目標設定・フィードバックの仕組み、スタッフ定着と教育体制の強化が不可欠である。PTは、個別性担保と効率化を両立させる現場のファシリテーターとしての役割が求められる。

【結論】

BSCによる経営改善は通所型サービスの高稼働化に寄与したが、拡大期には利用者ニーズがハード面からソフト面へ質的に変化した。高稼働下では、業務効率化と個別性の両立が課題となり、PTは目標設定やフィードバックを含むリハマネジメントの質を維持する調整役として重要な役割を担う。通所型サービス領域においては、高稼働を前提としたサービス提供体制の最適化と、利用者体験の質を確保する運営モデルの構築が求められる。

【倫理】

本研究は、利用者調査データを匿名化し、個人が特定されないよう十分に配慮して実施した。調査は通常業務の一環として行われ、研究目的で新たな介入は行っていない。

32-5　外来・通所リハ②

リハビリ拒否が強く廃用性の ADL 低下を呈した症例に対する意欲向上へのアプローチ

鹿児島県・湯田内科病院

○下薗（しもぞの）　力登（りきと）（理学療法士）、吉永　誠

【目的】慢性期のリハビリ現場において、疼痛や活動による症状悪化の不安から、リハビリに対して拒否、あるいは回避的な行動をとる症例は少なくない。本報告の目的は、胸椎破裂骨折術後に「リハビリをすると悪くなる」という負の情動を持ち、在宅復帰後も転倒を繰り返していた高齢男性に対し、傾聴を基盤としたコミュニケーションとオペラント条件付けに基づく介入を行い、リハビリ意欲の向上および転倒回数の減少とともに、家庭内役割の再獲得に至った過程を報告することである。

【方法】症例は 90 代男性、要介護 2（介入当初）。診断名は第 11 胸椎破裂骨折。後方固定術施行後、2023 年 10 月より当院通所リハビリを開始した。介入初期は「リハビリをしたら悪くなる。」という考えから、徒手療法や運動療法を強く拒否し、自宅内での転倒を月に数回繰り返していた（2023 年 10 月から 2024 年 1 月までに計 5 回）。介入にあたり以下のステップを実施した。
1 信頼関係の構築と傾聴：症例の訴えを否定せず、受容・共感的態度で傾聴を徹底した。
2 オペラント条件付け（正の強化）：スキナーの理論に基づき、小さな活動に対しても「何が良かったか」「どう改善したか」を具体的にポジティブフィードバックし、成功体験の構築を図った。
3 自律性のサポート（OPTIMAL 理論）：訓練メニューに選択肢を提示し、症例自身が決定する場面を作ることで「やらされている感」を払拭した。
4 多職種連携と環境設定：通所リハビリにおいて他利用者との交流を促す席配置や、スタッフ全員による一貫した受容的態度の徹底を行った。

【結果】介入開始から 2 ヶ月で信頼関係が形成され、徒手療法が可能となった。3 ヶ月目には疼痛軽減を実感し、自ら挨拶や会話を行うなど精神面の変化が顕著となった。
1 意欲・精神面：Vitality Index は開始時 8 点から、1 年後には 10 点へ改善した。「おかげさまで痛みが減り、転ばなくなった」との発言が聞かれるようになった。
2 ADL・身体機能：Barthel Index は 80 点から 100 点へ向上。
3 転倒回数：介入前は頻発していた転倒が、2024 年 1 月を最後に消失。
4 社会的役割：要介護 2 から要支援 1 へ改善。新たな家事にも挑戦するなど、生活範囲の拡大が認められた。

【考察】症例は、痛み経験が「活動＝悪化」という認識に結びつく「恐怖回避モデル」に陥っていたと考えられる。これに対し、傾聴により不安を解消しつつ、オペラント条件付けによる「正の強化」を繰り返したことで、「リハビリ＝改善」という認識の再構築がなされた。また、具体的なフィードバックによる身体変化の「見える化」が、症例の内発的動機付けと自己効力感を高めた。通所リハビリにおいては、スタッフが受容的態度を一貫して継続したことが、症例の社会的交流の促進と心理的安全性の確保に寄与したと考えられ、精神面の安定が身体機能の向上を最大限に引き出す結果となった。

【結論】リハビリ拒否や強い不安感を持つ症例に対し、身体機能へのアプローチに先立ち、傾聴を基盤とした心理的アプローチと学習理論に基づくポジティブフィードバックを行うことは有効である。スタッフの関わり方の統一と、症例の自律性を尊重した介入が、意欲向上と生活の質の改善において鍵となる。また、症例が安心してリハビリができる環境を作る為の土台となるのが、スタッフが働きやすい職場環境の整備である。スタッフが心身ともに安心して業務に励める環境があってこそ、患者への関わりの質が向上し、結果として患者のリハビリ意欲を最大限に引き出すことが可能となると考えられる。

32-6　外来・通所リハ②

通所リハビリテーションにおける園芸活動の取り組み―役割形成と社会参加支援―

1 東京都・介護サービススマイル永生、2 連携・地域支援事業部、3 永生クリニックリハビリテーション科

○須藤（すとう）　裕子（ひろこ）（作業療法士）[1]、平野　彩[2,3]、野長瀬　高志[1]

【はじめに】通所リハビリテーション（以下，通所リハ）では心身機能の維持・向上のみならず，その人らしい生活を継続できるよう活動や参加を支援することが重要である. しかし, 家庭内や地域での役割喪失や他者交流の減少，生活意欲の低下を認める利用者も少なくない．当通所リハでも個別リハビリテーション（以下，個別リハ）や身体機能訓練が中心であり，他者交流や役割形成につながる活動機会が十分ではなかった．そこで，目的や成果がわかりやすく主体的な参加を促しやすい園芸活動に着目し，約 1 年半前より個別および集団で実施している取り組みが利用者の役割形成や社会参加に与えた影響について，特に変化が見られた 2 事例を中心に報告する.

【対象と方法】対象は計 12 名（男性 8 名，女性 4 名，平均年齢 83.0 歳）で，①認知症または認知機能低下を認める者（HDS-R：20 点以下），②通所リハ以外で社会参加が少ない者，③本人または家族から役割再獲得の希望があった者とした．植物や野菜はプランターで栽培可能なものを用い，活動内容は水やり，種まき，間引き，収穫，プランター整備とした．個別リハは担当療法士と実施し，集団活動は週 2 回，1 グループ 4 名程度に対しスタッフ 2 名を配置した. 園芸活動での様子や担当療法士の評価をもとに, 各利用者の心身機能に応じて道具の選定や手順の調整を行った上で役割を設定した. 効果判定として本人・家族の発言および活動時の様子を記録し，一部対象者では BI，FAI，HDS-R，Vitality Index，BPSD13Q を参考指標として用いた.

【経過】事例 1 は認知症（HDS-R：5 点）を有する 70 歳代後半の男性で，活動期間は約 16 ヵ月．水やりでは認知機能低下によりペットボトルじょうろの操作が困難なため，通常のじょうろに変更するなど残存能力に応じた環境調整を行った. また身体機能は保たれていたため, じょうろの運搬やプランターの移動など遂行可能な役割を設定した．活動を継続する中で「今日も見て来たよ」「大きくなっているね」と植物の成長を気にかける発言が聞かれた．家族からは「本人が初めてリハビリの話をしてくれた」との報告が聞かれた．事例 2 は高次脳機能障害を有する 80 歳代前半の男性で，活動期間は約 4 ヵ月．発症を機に地域活動での役割を喪失し「生き甲斐がない．何か人の役に立つことがしたい.」と話していた．そのため，役割再獲得につながる活動として，歩行が自立しており庭いじりの経験があったことから園芸活動への参加を促した. 活動開始後は「雨だから水やりに行けないな」と発言するなど，自身の役割として認識していた．その後，自宅でも植物栽培を再開し担当療法士へ生育状況を報告するなど，植物の成長を楽しむ様子が見られた．さらに家族と野菜栽培にも取り組み，「来年も植えようかな」と意欲的な発言が聞かれた．2 事例ともに評価尺度上の大きな改善は認めなかったが，本人や家族の語り，活動への参加状況には前向きな変化が見られた．集団活動では「この前より咲いているね」「この活動が楽しみだから来たよ」といった利用者間の交流や，作業分担の相談など協働する場面が見られた.

【考察】今回の園芸活動を通して職員や家族，利用者間のコミュニケーションが促進された．事例 1 では，認知機能低下により遂行可能な作業が少ない中でも残存能力を活かした環境調整や役割設定を行うことで主体的な参加を引き出すことができた. 事例 2 は園芸活動での役割遂行が自宅での植物栽培の再開につながり, 家庭内役割の再獲得や生活範囲の拡大が見られた. また個別リハでは各利用者に応じた役割設定ができ, 集団活動では他者交流や協働の促進につながったと考えられた. 以上より, 園芸活動は通所リハ利用者の役割形成や社会参加を支援する一手段となる可能性が示された.

32-7　外来・通所リハ②

高齢者主体のデイケアにおける若年性脳卒中患者への就労支援～評価に基づく徹底した機能訓練と家族指導～

1 和歌山県・名手病院、2 通所リハビリテーション　みんなのリハ、3 名手訪問看護ステーション

○山本（やまもと）　雄資（ゆうすけ）（理学療法士）[1]、植田　貴之[1,2,3]、見平　潤治[2]、中村　日出雄[1]、池田　宜史[1]

【はじめに】

今回、回復期リハビリテーション病院(以下回リハ病院)退院後、重度右片麻痺と失語症、移動・生活動作能力障害を呈し、X 県での復職および妻と子供との生活を断念し、Y 県の両親による介護生活に移行した症例を経験した。当デイケアは後期高齢者の利用が多く、就労支援の明確なプロセスが確立されていなかったため、当初は就労という目標に対してアプローチに難渋したが、適切な評価と段階的な目標設定に対する運動プログラムの徹底により、本人の希望する生活に大きく近づくことが出来たプロセスをここに報告する。

【症例】

40 歳代男性。職歴は元システムエンジニア。X 県在住時に左被殻出血を発症し、右片麻痺と失語症を呈した。A 急性期病院を経て回リハ病院へ転院。退院後は、家族との同居生活への不安と経済的問題から Y 県の実家へ一時移住し、当院通所リハビリテーション（以下、デイケア）を開始した。利用当初、屋内移動は介助、屋外移動は車椅子介助を要した。在宅生活では家族の過介助傾向が強く、ADL の大部分に介助を要していた。また、家族は就労支援施設の紹介や説明に対して消極的な姿勢であった。

【経過】

第 1 段階(在宅生活の再建と家族情報共有・指導)：個別リハに加え、マシントレーニングやバランス訓練を週 5 回の頻度で実施。家族の過介助を軽減するため、送迎時に訓練動画を用いて本人の「できる能力」を可視化し、適切な介助量について指導・情報共有を徹底した。

第 2 段階（屋外活動と公共交通手段の獲得へ）：家族の介助量と利用者の身体機能が一致し、屋内・外移動動作が自立し、ADL 能力の大幅な向上を認め在宅生活を定着した。次に X 県での生活を見据えて、屋外活動と公共交通手段の再獲得を目指した。屋外歩行訓練と模擬的に公共交通機関の乗り降り訓練を実施し、送迎時に動画にて情報共有を行った。また、家族へ最寄り駅や駅構内の動線確認、公共交通機関への乗車を一緒に実施するように協力依頼。

第 3 段階(多職種連携と X 県への試験的帰省)：公共交通機関の利用が見守りとなり、屋外活動範囲が拡大した。その結果、家族の福祉サービスに対する心理的受容が促され、就労支援施設への紹介に同意を得た。そこで X 県への生活再開を見据えた試験的帰省を実施した。その後、定期的に開催していたリハビリテーション会議（以下、リハ会議）にて、帰省時の状況や課題について多職種と家族で強固な情報共有を図った。

【結果】

回リハ病院退院時は、家庭内での ADL が十分自立しておらず、X 県での生活が困難とされていた。しかし、生活環境や能力を再評価し、機能訓練・家族指導・福祉連携を徹底したことで、在宅生活の自立のみならず、屋外活動や社会参加が可能となった。本人の身体機能の向上と家族の意識変容により、一度は諦めた「X 県での生活」が現実味を帯びることとなった。

【考察と展望】

本事例の成果は 2 点である。第一に、回復期で一度断念された目標であっても、生活期デイケアにおいて諦めず多角的な評価とアプローチを行ったことで、本人の望む将来プランを具現化できた点。第ニにデイケアで普段から行っている適切な評価、個別性の高い運動プログラムを展開すれば、若年障害者の高次なニーズにもアプローチ可能であることを示した点である。今後も対象者の年齢を問わず、質の高いリハビリテーションサービスを継続し、利用者の自立支援と社会参加を体現できる事業所を目指したい。

33-1　外来・通所リハ③＆排泄リハ

「一人で歩きたい」を支えた共有意思決定―職員の葛藤可視化と4者合意形成の実践―

1静岡県・西山ナーシング通所リハビリテーション、2西山病院法人本部医療技術管理室

○村松（むらまつ）　道也（みちや）（理学療法士）[1]、杉山　敦子[1]、大橋　衣都花[1]、鈴木　恵[2]、伊熊　修[1]、小林　巧[1]、森　江子[1]

【目的】臨床現場では、転倒予防の責任感から活動制限の声かけが日常化しやすい。一方、過度な安全優先は「リスクを負う尊厳、挑戦する権利」dignity of risk（Perske, 1972）を損なう。本研究は、EBM実践により著明な回復を認めた利用者の「本当に歩けるようになり良かった」という喜びと、制止されることへの落胆という相反する声を契機に、「自身が同じ立場ならどう感じるか」との内省的問いから出発した。職員の葛藤の可視化とSDM（Elwyn et al., 2012）による合意形成を通じ、利用者の希望に「伴走するケア」を実現する道を模索した。【方法】対象は当施設利用の94歳男性（原因不明の四肢不全麻痺、HDS-R 25点）。単一事例の実践報告。身体機能をBI・TUG・BBS・握力で評価し、スマートフォン加速度センサーによる歩行分析を併用した。回復段階で通所の全職員22名（介護・看護・リハビリ職）に無記名アンケート（11段階NRS：0～10点・自由記述）を実施した。倫理的意思決定に関連する①「一人で動きたい」という意思を尊重すべき、②転倒リスクがあっても活動に挑戦する権利はある、③意思よりも安全確保を優先すべき、④「一人で動かないでください」と伝える場面で葛藤を感じる、⑤利用者・家族との合意形成で活動を許容できる、⑥転倒発生時の施設の責任は大きい、⑦転倒発生時、自分自身の責任を強く感じる、計7項目（全22項目中）を中心に分析した。相関分析は探索的解析として実施し、有意水準は5%とした。【結果】約1年間の介入により、BIは5→80点、BBSは測定不能→51点、握力は測定不能→12.2kg、TUGは測定不能→11.5秒へと著明に改善し、自宅内独歩が可能となった。歩行器なしでの6分間歩行は260mと、持久力低下を認めた。職員調査では、「制限時に葛藤を感じる」が7.8点と高く、「本人の意思を尊重すべき」7.6点、「リスクがあっても挑戦する権利がある」7.9点も高値を示した一方、「安全を最優先すべき」は4.4点にとどまり、職員がすでに尊厳を重視していることが示された。施設責任感と個人責任感には強い正の相関を認めた（rs＝0.701、p＝0.0003）。自由記述では、「見張りのようになってしまう」「一人で歩きたかったのではと、今では思う」といった葛藤が示された。反面、付き添いを勧める意見もみられた。調査・歩行データを全職員で共有後、本人・家族・ケアマネ・職員の4者で合意形成会議を自宅開催した。デイケア内単独歩行の可能性を検討したが、6分間歩行の持久力低下、加速度計の神経性の揺れを認め、リハビリ時は歩行器なし、リハビリ以外は簡易歩行器使用、自宅内は独歩・草取り等自立（家族了承）と合意した。合意後も不安を感じる職員はいたが、2か月の観察期間中、咄嗟の制止行動は認めず、転倒もなかった。【考察】職員の制止行動は重大事故への懸念と、施設・個人責任感の強い連動（rs＝0.701）から、責任が個人に集中する構造が不安を生じさせていたことを示唆する。合意形成は責任を本人・家族・施設が共有することで、利用者の希望を叶えつつ、職員に心理的安全性をもたらした可能性がある。また、回答や結果のフィードバックを通じ、利用者の希望や尊厳について「立ち止まって考える」機会が生まれ、「伴走するケア」の実践につながったと考える。【結論】本事例では、客観的データに基づくSDMにより、本人の歩く自由と職員の安心の両立が図られ、合意形成後2か月間転倒なく経過した。本報告は単一事例であり一般化には限界があるが、SDMと段階的合意形成はdignity of riskを尊重しながらアドボカシーと伴走するケアを実現し、職員の責任負担の分散にも寄与する実践モデルとなる可能性を示した。

33-2　外来・通所リハ③＆排泄リハ

通所リハビリテーションにおける5分間運動の取り組み～介護士と協力したセルフマネジメント支援のために～

大阪府・堺平成病院

○藤木（ふじき）　孝昭（たかあき）（理学療法士）

【目的】

近年、介護保険制度では「自立支援」および「重度化防止」が重視されており、利用者が可能な限り自立した生活を継続できるよう支援することが求められている。そのなかで通所リハビリテーション（以下、デイケア）では、質の高いサービスを提供し、短時間でも継続的な運動を実施することで、日常生活動作の維持向上や生活の質の安定につながることが期待される。そこで、当デイケアでもリハビリテーション以外の時間で実施可能な5分間運動の導入により、利用者の運動習慣形成を促し、在宅での自主的な健康管理を支援することを目的とした。

【方法】

対象者はおうち診療所堺のデイケアを週2回利用しており、要支援2が1名、要介護2が3名の合計4名とした。また、運動の見守りおよび指導を担当する介護士2名を対象とした。調査期間は2か月間とし、1か月ごとに利用者2名ずつに対し、5分間で提供できる平行棒内での起立訓練、カーフレイズをリハビリテーション以外の時間に実施した。利用者には初回運動実施後および最終運動実施後に運動の疲労感や継続意欲について、介護士には運動の見守りや指導に伴う身体的・精神的負担、ストレス、自信の程度について、Visual Analogue Scale（以下、VAS）を用いて5段階評価で回答を求め、取り組み前後でそれぞれの回答を比較した。なお本研究は当グループの倫理規定に則り、対象者へ十分な説明を行い、同意を得たうえで実施した。

【結果】

介護士については、初回運動実施後では身体的・精神的負担はともに低い傾向を示していた。指導や安全管理への自信については「どちらともいえない」、「やや自信がある」との回答がみられた。また、介護士からみた利用者の反応や変化の気づきも同様の傾向であった。最終運動実施後には指導や安全管理への自信、利用者の反応や変化の気づきに関する評価に大きな変化は認められなかったが、身体的・精神的負担は増加傾向であった。利用者については、運動後の疲労感の程度に変化はなかったが、継続意欲に関してはVAS6点以上の結果となり、運動を楽しみにしている様子がみられたり、好意的な発言が聞かれたりするなど5分間運動に対して肯定的な評価が得られた。

【考察】

今回の取り組みにおいて、介護士の身体的・精神的負担は、その日の業務状況によって影響を受けることが示唆された。特に、他利用者の見守りやトイレ介助などの業務と並行して実施する場面があったことから、運動実施中の集中力低下を感じることが結果に影響を及ぼしたと考える。一方、利用者は運動負荷の増加にも対応可能であり、実施継続への意欲も認められた。さらに、普段のリハビリテーションとは異なる運動プログラムを介護士が実施したことで、新たな刺激に対する会話の増加や表情の変化など、コミュニケーション面で良好な効果をもたらしたと考える。今後は、個々の身体機能に応じた運動プログラムの設定と、利用者自身の自立度に沿って介護士が介入する割合の最適化を図る必要があると考える。

【結論】

介護士による5分間運動の取り組みを実施したことで、利用者の運動継続意欲の向上がみられ、セルフマネジメント支援に有用な可能性がある。一方、業務状況や他利用者への対応を配慮しながら、取り組みをする時間帯や利用者がより自立して取り組めるよう見守り体制に対する見直しが課題であると考える。

33-3　外来・通所リハ③＆排泄リハ

通所リハビリテーション利用者の認知機能と抑うつの関係

1 宮城県・IMSグループ西仙台病院　臨床心理室、2 IMSグループ西仙台病院　リハビリテーション科、
3 専修大学大学院文学研究科心理学専攻博士後期課程

○堀越（ほりこし）　歩（あゆみ）（臨床心理士）[1,3]、後藤　貴浩[1]、阿部　祐也[1]、渡辺　正美[1]、荒川　瞳[2]

【はじめに】通所リハビリテーション（以下、通所リハ）利用者において、抑うつは生活の質（Quality of Life；QOL）に関連する重要な因子であることが報告されている（Niioka et al., 2020）。また、認知機能と抑うつは相互に関連するとされるが、その方向性や機序は明らかではない（Yin et al., 2024）。近年、65 歳以上の地域在住高齢者においては、認知機能が手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living；IADL）を介して抑うつに影響する可能性が報告された（Nagaoka et al., 2025）が、通所リハ利用者を対象とした検討は少ない。

【目的】通所リハ利用者における認知機能と抑うつとの関連に対する IADL の媒介効果を検討すること。

【方法】通所リハ利用者 107 名（平均年齢 80.93 歳，SD=9.45）を対象とした。認知機能評価として HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）、抑うつ評価として日本語版 GDS5（The Geriatric Depression Scale5）、IADL 評価として日本語版 FAI（Frenchay Activities Index）を用いた。統計的解析は JASP を利用し、ブートストラップ法（5000 回）による媒介分析を実施した。

【結果】媒介分析の結果、認知機能が IADL に有意な正の影響を示し（β=.41，p＜.001，95％CI[27, .53]）、IADL は抑うつに有意な負の影響を示した（β=-.23，p＜.05，95％CI [-.43, -.01]）が、認知機能は抑うつには有意な影響を示さなかった（β=-.11，p=.32，95％CI[-.31, .10]）。認知機能から IADL を媒介した抑うつへの間接効果は有意であった（β=-.09，p＜.05，95％CI [-.19, -.01]）。

【考察】通所リハ利用者において、認知機能は直接抑うつと関連せず、IADL を介して関連する可能性が示された。これは、認知機能低下により日常生活内の役割遂行や活動機会が減少することが、抑うつ気分につながる可能性を示唆している。通所リハでは、認知機能のみならず IADL の維持・改善を目的とした支援が抑うつ予防につながる可能性がある。さらに、通所リハ利用者の認知機能や精神的健康は経時的に低下することが報告されており（新岡・対馬，2023）、本研究結果はこれらの低下を予防するという観点からも重要である。そのため、通所リハにおける認知機能や心理状態の適切な評価はより効果的なリハビリテーションや支援を提供するために必要であると考える。

今後は、通所リハ利用者において、記憶、注意、遂行機能など認知機能のどの側面が IADL や抑うつに影響するのか、また、抑うつに影響する他の関連要因について詳細に検討していくことが求められる。

【結論】通所リハ利用者では、認知機能と抑うつの関連には IADL が介在する可能性が示された。

33-4　外来・通所リハ③＆排泄リハ

平成医療福祉グループにおける排泄リハビリテーションチームの活動と臨床的有用性について

1 兵庫県・平成リハビリテーション専門学校、2 山口平成病院、3 印西総合病院、4 西宮回生病院、5 平成横浜病院、
6 泉佐野優人会病院、7 博愛記念病院

○細川（ほそかわ）　雄平（ゆうへい）（作業療法士）[1]、津江　尚幸[2]、佐藤　翔[3]、田山　大介[4]、松田　瑛里奈[5]、田中　愛実[7]、
西村　卓也[6]、池村　健[7]

【目的】

我々は、リハビリテーションにおいて、歩行自立よりも「口から食べて、トイレに行って排泄する」という人間としての尊厳を優先的に改善させることを重要視している．この理念に基づき、平成医療福祉グループ（HMW）は 10 年前に、理学療法士（PT）と作業療法士（OT）を中心とする排泄リハビリテーションチーム（チーム）を発足した．チームは、関連病院の療法士が統一したアセスメントや排尿リハビリテーションを実施できるよう、マニュアル作成や排泄ケアアドバイザーによる臨床的サポートを行ってきた．これまでの活動では、積極的な排尿リハビリテーションが、通常のリハビリテーションと比較して、下衣形態および FIM を改善する可能性が示唆されている．現在は、こうした背景を基にフォローアップ研修会やポータルサイトの開設など、継続的なチーム活動を展開している．

【方法】

関連病院のリハビリテーション科役職者 302 名を対象に、Google Form を用いた匿名での選択式および自由記述式のアンケート調査を実施した．調査の目的、方法、および回答の有無が職務に影響しないことを説明し同意を得た上で、データ分析は記述統計にて行った．データの取り扱いは、本校の倫理規定に則って実施された．

【結果】

チーム活動への参加、協力、活用経験がある療法士のうち、活動の有用性に関する回答は以下の通りである．高い肯定率（8 割以上が「役に立った」と回答）は、マニュアルの配信と活用、排泄ケアラウンド、研修会の参加であった．中程度の肯定率（6〜7 割が「役に立った」と回答）は、研究の協力、ポータルサイトの活用であった．「役に立った」と回答した療法士は、全ての活動において、主に知識・情報提供の獲得と臨床実践への活用につながったことに有益性を感じていた．マニュアルの活用は「具体的な手技やアプローチの参考になった」点、排泄ケアラウンドは「ラウンドを通じて理解が深まり」「実際の臨床で実践できた」点、研究への協力は「得られた知見を臨床実践で活かせた」「患者のアセスメントや介入方法の参考になった」点、研修会は「最新の情報やエビデンスに触れられた」「患者ケアの改善につながった」点、ポータルサイトは「最新情報にアクセスできた」「内容を共有してチーム全体のレベルアップにつながった」点がそれぞれ評価された．一方で、「どちらともいえない」と回答した療法士も存在し、その理由としては「自身の知識や経験と大きく変わらなかった」「臨床で試みたが期待した効果が得られなかった」「自身の臨床状況に完全に合致しなかった」など、期待とのずれや臨床現場との不一致が多く挙げられた．また、排泄チームへの要望としては、定期的な研修会や特定のテーマに対する情報提供、悩み相談や多職種連携を含めた臨床的な実践方法の共有、患者向けのマニュアル作成、他部署との連携強化、ラウンドやスーパービジョンなどの現場支援活動の再開、排便トラブルや在宅医療など、特定の臨床課題に対する対応策の提示などが挙げられた．

【考察】

参加率が高かった活動、特にマニュアルと研修会は、参加者数・満足度ともに高い割合を示し、肯定的な評価が多かった．排泄ケアラウンドや研究協力の参加率は相対的に低かったものの、参加した層に対しては深く有用性が響いており、特定のニーズを持つ療法士に刺さる活動であったことが示唆される．「どちらともいえない」という回答は、期待との相違や、多様な臨床状況への不一致が原因であり、今後のチーム活動においては、より個別化された情報提供や、多様な臨床状況に対応できる内容の検討が必要であることが示唆された．

33-5　外来・通所リハ③＆排泄リハ

排泄自立の鍵となる因子の探索：入院時おむつ使用者に着目した分析

山口県・山口平成病院

○津江（つえ）　尚幸（なおゆき）（理学療法士）

【目的】回復期リハビリテーション病棟における排泄自立は、在宅復帰の質を左右する重要なアウトカムである。入院時におむつを使用していた患者が退院時におむつを離脱できるかどうかは、身体機能、認知機能、排泄コントロール、在棟日数など複数の因子の影響を受ける。本研究は、これらの因子のうち、退院時のおむつ離脱と関連する臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は 2024 年 4 月～6 月に当院回復期リハ病棟を退院した患者のうち、入院時におむつを使用していた者とした。電子データより、年齢、性別、疾患分類、在棟日数、FIM（運動・認知）、排尿・排便コントロール、移乗・移動能力、下衣形態（入退院時）、退院先を抽出した。退院時におむつ以外（リハパン・布パンツ）へ移行した者を「改善群」、おむつ継続を「非改善群」と定義した。両群間で単変量解析を行い、さらにロジスティック回帰分析により、おむつ離脱に関連する因子を抽出した。

【結果】解析の結果、移乗・トイレ動作能力、排尿コントロール、認知機能、在棟日数が退院時のおむつ離脱と関連していた。改善群では移乗やトイレ関連動作が高い傾向を示し、排泄動作への主体的参加が可能であった。また、理解・記憶などの認知項目が良好な患者では、排泄動作の手順学習やトイレへの自発的移行が促されていた。排尿コントロールの良否は、トイレ動作の成功体験の形成に影響し、離脱の成否に関わっていた。

【考察】排泄自立は身体機能だけでなく、認知機能や排泄コントロールが相互に作用する複合的なプロセスである。本研究で示された因子は、排泄自立支援における介入の優先順位づけに有用であり、入院早期からの移乗訓練、認知的アプローチ、排泄コントロール改善への介入が離脱促進に寄与すると考えられる。また、関連因子の明確化は、個別性の高い排泄支援計画の構築に直結し、在宅復帰支援の質向上に資する。

【結論】退院時のおむつ離脱には、移乗・トイレ動作能力、排尿コントロール、認知機能、在棟日数が重要な役割を果たす。本研究は、排泄自立支援の重点化に向けた実践的指標を提示するものである。

33-6　外来・通所リハ③＆排泄リハ

トイレ排便回数は在宅復帰に関連する生活指標となり得るか―排泄を起点とした在宅復帰支援の構想―

兵庫県・尼崎医療生協病院

○沼間（ぬま）　知佳（ちか）（理学療法士）

【はじめに】

慢性期リハビリテーションにおいて、歩行能力やFIMが改善しても在宅復帰に至らない症例を経験することは少なくない。一方で、排泄の自立は介護負担の軽減、在宅生活の維持、QOL向上に直結する重要な生活機能である。今回、トイレでの排便回数を指標として本人と共有しながら排泄行動の再獲得に取り組み、在宅復帰支援における新たな視点が得られたため報告する。

なお、本発表に際し本人より同意を得ている。

【症例】

80代男性。自宅転倒後に長時間発見されず、多発褥瘡を認めた。水頭症および脳室拡大に加え、右顔面神経麻痺、左片麻痺、短期記憶障害を呈した。病前よりすり足歩行があり、前立腺術後から排尿障害を認めていた。

【経過】

入院当初はせん妄に対する薬物療法の影響もあり活動性が低く、排泄はおむつ内で行っていた。抗精神病薬中止後、身体機能は改善し、起居動作練習から歩行練習へ進展した。食事摂取量や食事形態も向上し、杖歩行まで獲得したが、排尿は尿閉のため膀胱留置カテーテル管理となった。排便についてはトイレ誘導を継続したものの成功は1回のみであった。一方で、身体機能の改善に反して、失われた能力に対する喪失感が強く表出するようになり、排泄介助時には「ごめんね、ありがとう」と繰り返し発言していた。そこで本人と相談し、排泄管理をリハビリテーションの中心課題とした。介入内容は、①昼食前・歩行後の排便行動のルーティン化、②同一時間・同一場所・同一手順による手続き記憶の活用、③歩行継続および張り紙による想起支援、④便意に依存しない排泄管理である。短期記憶障害を考慮し視覚的手掛かりを用いながら、残存する手続き記憶を活かした排便行動の自動化を図った。評価指標としてトイレでの排便回数を用いた。

【結果】

介入当初は失敗が続いたが、ルーティン化と活動量維持により徐々に成功率が向上し、3回に1回のトイレ排便が可能となった。さらに服薬調整後は概ね1日1回のトイレ排便が安定して認められるようになった。これに伴い、おむつからリハビリパンツへ移行し、排便に対する自信や自己効力感の向上がみられた。また、介助時の謝罪発言は減少した。その後、回復期リハビリテーション病院へ転院となった。

【考察】

本症例では、歩行能力の改善以上に排便行動の再獲得が自己効力感や尊厳の回復に関与した可能性が示唆された。排泄は身体機能、認知機能、活動量、栄養状態、精神心理面など複数の要素に規定される生活機能であり、トイレ排便回数はそれらを包括的に反映する実践的指標となる可能性がある。トイレ排便回数は日常診療で容易に把握でき、生活機能の変化を継続的に追跡できる実践的な指標となり得る。また、排便回数の減少は活動量低下や認知機能悪化、体調変化の早期徴候として捉えられる可能性があり、在宅復帰のみならず在宅生活維持のモニタリングにも応用できると考える。

さらに、病前の排泄能力を基準とした回復度を評価するため、本研究では**「トイレ排便維持率（Bowel Elimination Maintenance Rate：BEMR）」〔評価期間1週間のトイレ排便回数/病前1週間のトイレ排便回数×100〕**を新たな生活機能指標として提案する。

【今後の展望】

本症例を契機に、ポスター発表までに約10症例を追加し、BEMRと在宅復帰との関連を探索的に検討する。病前の生活機能を基準として回復度を定量化するBEMRは排泄機能のみならず生活機能全体の回復を反映する包括的指標となる可能性があり、在宅復帰支援における新たな評価指標として今後検証を進めたい。

33-7　外来・通所リハ③＆排泄リハ

CBA 重症群を呈した高齢者への排泄アプローチ―残存機能に合わせた環境設定と多職種連携の関わり―

兵庫県・西宮回生病院

○西田（にしだ）　龍一（りゅういち）（作業療法士）

【はじめに】

CBA 重症群の認知機能が低下した高齢者では動作学習等の機能改善は困難であり，残存機能に適合した環境設定がアプローチの主軸となる．今回，終日失禁状態から身体サインに応じた随時誘導へと繋ぐ段階的な環境調整を多職種で実施し，尿意の再獲得と ADL 改善を認めたため報告する．尚，発表に際し，対象者とご家族様の同意を得ている．

【症例紹介】

90 歳代男性．診断名：多発性脳梗塞．31 病日に頸動脈ステント留置術（CAS）試行もプラークを認めて 34 病日に追加 CAS 試行．その後ステント内血栓による栓塞性脳梗塞を合併して右片麻痺と失語症が出現する．ADL 全介助となり 69 病日（以下，転院日を入棟 1 日目とする）に当院に転院する．CRP1.21mg/dl，尿細菌（3+）を認め，抗血小板薬 2 剤併用療法施行下でおむつ内湿潤による尿路感染や皮膚トラブルのリスクが高い状態であった．【作業療法評価と目標設定】

入棟 17 日，FIM21 点（運動 15 点，認知 6 点）で終日おむつ内失禁状態であった．排尿量は 1 日約 1,400ml であった．CBA は 12 点（重症度：重症）だが，意識 4，感情 3 で「二者択一の簡単な意思疎通は可能」であった．Brunnstrom stage は上肢 IV，手指 V，下肢 VI で，起立は手すりを使用して軽介助，立位保持は手すりを使用して 15 秒程度可能であった．左記を踏まえてトイレ内での排泄再開を目標に設定した．

【経過と結果】

入棟 22 日目から，成功体験による尿意の再獲得を促すため，病棟での定時誘導（10 時，13 時，16 時）を開始することとした．トイレ排泄成功回数は平均 2 回へと増加した．入棟 43 日目には，開始約 3 週間で日中の起立，夜間の起き上がりを伴う自発的なトイレ希望が出現したため，尿意再獲得と判断して 2 日後から終日リハビリパンツ対応へ変更した．複雑な工程の遂行は困難であるため，身体サイン出現時には「トイレに行きますか」と簡潔に問う声掛けにより脳内の目的意識を刺激して，正しい応答を引き出す関わりを病棟に共有して徹底した．入棟 53 日目からは定時誘導を廃止し，本人主導の随時誘導へ移行した結果，日中失禁は 0 回へ向上した．入棟 93 日目にはトイレ回数が一日 10～15 回に増加し，失禁は夜間含めてほぼ消失した．退院時（入棟 131 日）の FIM は 53 点（運動 41 点，認知 12 点）と大幅に改善し，排尿管理 4，トイレ移乗 5 でおむつ離脱してリハビリパンツ+パッドでの生活が定着した．

【考察】

意識・感情面の残存機能に合わせた「二者択一の声掛け」と「定時誘導」により，トイレでの排泄成功に伴う成功体験を安全に積み重ねることができた．この関わりが，尿意という身体サインと自発的な離床行動の結びつきを促した一因であると考える．また，このサインを契機にスタッフ主導から本人主導の随時誘導へ環境設定を段階的に移行させたことが，おむつを離脱し，トイレでの排泄獲得に繋がったと推察される．認知機能低下を呈する高齢者の排泄ケアにおいては，単に定時誘導するのではなく，症例の変化や身体サインに合わせてアプローチを柔軟に変化させ，チーム全体で次のステップへ進めていくことが重要である，と考える．

34-1　地域連携①

在宅療養支援に資するレスパイト入院の検討

鹿児島県・加治木温泉病院

○小野（おの）　瑞葵（みずき）（社会福祉士）、南　加奈、内村　尚憲、渡辺　純子、夏越　祥次、髙田　昌実

【はじめに】

当院では、稼働目標 97% 以上を達成するため、目標入院件数を月 100 件としている。しかしながら現状は月 80 件程の入院件数であり、目標件数に届いていない状況である。医療機関を取り巻く経営環境は年々厳しくなり、他医療機関からの紹介は季節変動だけでなく、紹介元の病床稼働率にも左右されるため、目標入院数の達成に向けた新たな入院ルートの開拓が課題となっている。これまで地域医療連携センターでは目標達成に向けて、地域包括ケアシステムを担う病院機能に焦点を当て、レスパイト入院の周知・受入れに注力してきた。この取組みを通して、レスパイト入院件数は増加傾向であるものの、居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの紹介は 2 割程度にとどまっている。今回、居宅介護支援事業所からのレスパイト入院相談の増加を目的にニーズ調査を実施したのでここに報告する。

【方法】

研究期間：令和 7 年 10 月 20 日～11 月 10 日

対象：姶良市内の居宅介護支援事業所　25 箇所　27 名

方法：アンケート用紙を配布。無記名で記入後、返送いただく。

【結果】

一般的なレスパイト入院の目的は介護者の負担軽減や休息、リフレッシュがあげられるが、今回ニーズ調査では、サービス調整困難時や自然災害発生時、猛暑時の脱水・熱中症予防といった介護者の休息以外の潜在的ニーズが明らかになった。一方、入院による利用者の認知機能面や ADL の低下、入院の長期化などケアマネジャーが考えるレスパイト入院に対する懸念事項も明らかになった。

地域包括ケアシステムを担う病院として、レスパイト入院にかかるケアマネジャーの手間や懸念事項を払拭し、医療機関ならではの支援をパッケージ化することで、既存のショートステイとは異なる、新たな在宅療養支援サービスの提供に繋がる可能性がみえた。また、レスパイト入院が地域の関係者に認知されることで利用者・家族の選択肢が広がり、病院（病床）利用の新たな形を地域住民に周知することにも寄与すると考える。

34-2　地域連携①

認知症予防教室での EQ5D の有効性について

千葉県・初富保健病院

○佐藤（さとう）　芳彦（よしひこ）（理学療法士）、小瀧　治美、葛西　亮介、鮫島　俊彦、阿部　公一

【目的】鎌ケ谷市からの委託事業である認知症予防教室（楽笑トレーニング）を年 1 回、週 1 回の頻度にて、全 12 回を継続的に行っている。2018 年より開始し、アンケートによる満足度評価と、運動機能効果判定を行ってきたが、今回より、生活の質の変化の評価及び不安や抑うつ項目のある EQ5D を行った。数値化できることで、事業評価の新たな視点としての利用、又継続して利用することでエビデンスとして提示できるメリットがある。
【方法】認知症予防教室にて、講義（医師、認知症認定看護師、PT・OT・ST による）、筋力トレーニング、有酸素運動、コグニサイズ、MT による音楽療法、体力測定・認知機能評価による効果判定、アンケートを実施している。認知症予防教室参加者に、初日と最終日にアンケートによる満足度評価と、運動機能効果判定をおこなった。今回より、生活の質の変化の評価及び不安や抑うつ項目のある EQ5D を行った。
【結果】運動機能評価においては、判定できた 11 名の利用者中、おおむね良好な結果となった。アンケートでは EQ5D にて 1 名　不安/ふさぎこみ　項目にて、点数悪化が見られた。事前の地域包括支援センター（包括）によるアンケートでは、不安/ふさぎこみ　の評価は読み取れず、個別にケアが必要な可能性のある利用者を吸い上げることができていなかったが、併せて EQ5D を行うことで、私どもの域内ではない、域外の利用者が対象であることが分かった。今回は、アンケートを取った後の分析に時間をかけてしまい、域外の地域包括支援センターへの声掛けには至らなかった。
【考察】EQ5D 及び、既存の効果判定では結果は概ね良くなる利用者が多いが、有効なデータは得られなかった。ただ、EQ5D の　不安/ふさぎこみ　の項目に着目することで、新たにハイリスクとなる可能性のある利用者を吸い上げることができる。今後は、効果判定の分析を即座に行い、利用者の利便性にも配慮すべきである。
【結論】EQ5D の　不安/ふさぎこみ　の項目に着目することで、認知症予防教室参加を働きかける、包括で行っている事前アンケートや当院でのアンケートでは反映されなかった、不安や抑うつといったハイリスク者の抽出にもつながる可能性がある。満足度評価とは別の視点で、今まで判定できなかった、不安や抑うつといった項目もありハイリスク者の抽出にも繋がるため、身体・心理の背景を把握できる可能性があり、今後も継続される認知症予防教室における利用者の利益の向上に繋がる可能性がある。

34-3　地域連携①

居宅介護支援事業所における個別避難計画の実効性検証

島根県・鹿島病院

○青山（あおやま）　善一（ぜんいち）（介護支援専門員）、濱崎　貴仁、原　真理、福井　達彦

【目的】近年、介護サービス事業所において災害対策が進められる中、要援護者である高齢者の方々の命を守る「個別避難計画」の作成に注目が集まっている。当事業所がある島根県でも 2026 年 1 月に震度 5 弱の地震が発生し、具体的な備えはもはや他人事ではない。しかし、多くの現場では「計画（書面）を作ること」がゴールになり、いざという時に本当に動けるのかという不安が残っている。本報告の目的は、重度の要介護者の方を対象に、実際の個別避難計画に基づいたシミュレーションを行い、そこで見えてきた課題から、ケアマネジャーとして「本当に役立つ個別避難計画」の在り方を検討することである。

【方法】当事業所の利用者様で、寝たきり状態で避難に多大な助けを必要とする方（要介護 5、松江市在住）を対象とした。ご家族からの相談をきっかけに、地域包括支援センター、各サービス事業所、民生委員、地域住民の方々と協力体制を築き、以下の 3 段階で作成した個別避難計画の検証を行った。

(1) 災害時でも安全に移動できる方法や、福祉用具の選定についての話し合い。(2) 松江市の「おねがい会員・まかせて会員」制度などを活用した、地域の協力者との連絡体制の確認。

(3) 自宅から避難所まで、計画に沿って実際に移動してみる避難シミュレーション。

【結果】話し合いと実地訓練の結果、計画を具体化する上で以下の 5 つのポイントが明らかになった。

1) 移動の難しさ：体への負担を考えて計画に盛り込んだリクライニング式車椅子だったが、実際には車体が大きく、廊下の角を曲がりきれないことが判明。襖を外すなどの工夫が必要だとわかった。

2) 家の造りと技術：玄関の段差にスロープを設置してみたが、介助者が安全に降ろすには技術が必要で、慣れていないと危険を伴うことがわかった。3) 避難所の環境：避難所には介護用のベッドがない為、持参する車椅子の機能を活用する方針を立てた。4) 持ち出し品の再確認：栄養剤や排泄用品に加え、床ずれを防ぐための枕が非常に重要だと再認識した。5) 地域のつながり：近隣の親族だけでなく、地元のネットワーク（法吉地区）への登録を行い、顔の見える関係を作った。机の上では「大丈夫」と考えていた個別避難計画が、実際の家屋や介助の現場では、多くの壁にぶつかることが浮き彫りとなった。【考察】今回の取り組みを通じて、書面上の避難計画と実際の現場には大きな差があることを痛感した。有事の際に慌てず動くためには、避難を「特別な行事」にせず、計画に書かれたケアや器具操作を「日常」の介護の中に組み込むことが大切である。そこで、この方のケアプランに「1 日 1 回はリクライニング車椅子に移って食事をする」という目標を取り入れた。日頃からご家族やヘルパーさんが車椅子の操作に慣れておくことが、結果として「災害時に動ける力」に直結し、個別避難計画を本物にする近道になると考えられた。また、この経験を活かし、事業所全体でハザードマップの共有を進め、全利用者の「個別避難計画」の作成を標準化するとともに、毎月の訪問時の防災アドバイスを行う体制を整えた。

【結論】個別避難計画を形だけにしないためには、ケアマネジャーが「日常のケアプラン」の中に防災の視点を編み込んでいくことが不可欠である。地域の多職種や住民の方々と手を取り合い、普段の暮らしの中から防災意識を高めていくことで、慢性期医療を支える地域の守り手をより確かなものにしていきたい。

34-4　地域連携①

「困っていない」と語る認知機能低下を有する独居高齢透析患者への意思決定―多職種連携の一例―

滋賀県・淡海ふれあい病院

○富樫（とがし）　映吏子（えりこ）（看護師）、廣坂　雄介、大和　佳代子、田中　紀子、中野　きぬ代、津田　知子

【目的】

透析患者の高齢化に伴い、独居や認知機能低下を有する患者が増加している。認知機能低下により本人に支援の必要性の認識が乏しい場合、支援介入につながりにくい。今回、軽度認知機能低下を有する独居高齢透析患者に対し、多職種で本人の意思を尊重しながら支援導入につながった症例を経験したため報告する。

【症例】

85歳男性、独居、透析歴18年。軽度認知機能低下を認め、受診忘れや記憶保持困難、服薬・食事管理の不安定さがみられたが、本人は「歳相応」「今は困っていない」と認識し、支援導入には消極的であった。身内は高齢で遠方に居住しており、日常的な支援は得られない状況であった。高カリウム血症を契機に訪問看護が導入され、賞味期限切れ食品の放置や食品の重複購入、洗濯機故障など生活環境の悪化が明らかとなった。また、認知機能低下に伴う運転免許継続の問題が明らかとなり、専門医受診を経て半年間の免許停止が決定したが、本人はその説明を受けたこと自体を覚えていなかった。

【経過】

地域包括支援センターや入退院支援課看護師が介入していたが、本人は「まだ自分でできる」と支援を拒否し、介入は停滞していた。そこで透析室看護師が起点となり情報共有を行い、地域連携カンファレンスおよび倫理カンファレンスを実施した。地域連携カンファレンスでは、本人の行動や発言の変化から不安が表出したタイミングで介入する方針とした。倫理カンファレンスでは、医療側の善行（安全確保）と患者の自己決定権の尊重とのバランスを検討し、医療側が主体となって支援を進める必要性が共有された。さらに、運転免許停止を機に「説得ではなく、今後の生活を共に考える意思決定支援の場を設ける」方針とした。その後、主治医、入退院支援課看護師、MSW、透析室看護師、訪問看護師、地域包括支援センター担当者による面談を実施した。認知機能低下の現状とリスク、免許停止の内容を再度説明し、本人の思いを否定せず、免許停止後の具体的な生活課題（買い物、受診など）を提示しながら、本人と共に考える空気づくりを意識した。当初は混乱もみられたが、丁寧な対話により「今の生活を続けるための準備」として支援の必要性を認め、最終的に介護保険申請への同意が得られた。短期記憶障害への対応として、本人自筆による覚え書きを作成し、いつでも確認できるよう控えを渡した。

【考察】

独居で認知機能低下を有する透析患者では、本人の認識と実生活の乖離により支援導入が困難となる。透析室看護師は週3回継続して関わるため、生活変化や認知機能低下に気づきやすい。また、患者にとって顔なじみの身近な存在であったことも支援につながった一因と考える。今回、透析室看護師を起点として情報共有を行い、意思決定支援の場を設定できたことが重要であった。また、「介護が必要」と伝えるのではなく、支援を「今後の生活を続けるための準備」として提案したことは、本人の自立への思いを損なうことなく受容につながった。さらに、本人自筆による覚え書きは、短期記憶障害を補い、「自分で決めた」という感覚を残すことで納得につながったと考える。

【結論】

認知機能低下を有する独居高齢透析患者への支援では、透析室看護師が日々の継続的な関わりの中で生活変化を捉え、多職種連携と意思決定支援につなげる役割が重要であることが示唆された。特に、免許停止という生活の転機における意思決定支援の場の構築と、本人自筆の覚え書きによる意思の可視化は、受容を促す手段として有用であった。

34-5　地域連携①

顔の見える関係から地域を支える多職種チームの構築へ―当院における1年間の医療介護連携活動の成果報告

茨城県・みんなの内科外科クリニック

○木戸田（きどた）　晶子（あきこ）（社会福祉士）、菊池　二郎、鈴木　明廣、大内　紘子

【目的】当クリニックは「だれもが自分らしく暮らせるまちづくり」をミッションに掲げ地域における安全で質の高い医療・介護の提供を目指している。住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らせる社会の実現には、多職種が単なる情報共有を超え、互いの専門性を尊重し、共に実践する「チーム」として機能することが不可欠である。本取り組みの目的は、地域の多職種が日常的に連携し、質の高いケアを標準化できる強固なネットワークを構築することにある。これまでに展開した多角的な活動に加え『ひたちなか市@電子連絡帳』を活用したICTによる情報共有体制の確立を通じ、地域における連携の深化とその成果を検証した。

【方法】以下の5つの柱を中心に多職種連携活動を展開した。

信頼関係の構築：「みんなの内科外科クリニック事業所交流会」を主催し、対面形式での交流とビジョンの共有を図った。

専門性の向上：口腔ケア、栄養管理、感染症対策など、各専門職が講師を務める多職種合同勉強会を年間を通じて継続的に実施した。

地域への発信：地域向けイベント「おうち医療マルシェ」を開催し、医療機器の展示、医師による「ドクターズカフェ」、こども達への職業体験等を通じて、医療・介護の役割を地域住民に可視化した。

看取りの共通理解：在宅医療の医師による「地域で支える看取りを考える」セミナーを開催し、具体的な症例を用いた議論を通じて意思決定支援のあり方を深めた。

ICTによる情報共有：行政と連携し「ひたちなか市電子@連絡帳」を活用し、PCやスマートフォン等の端末から、いつでも、どこでも多職種間でリアルタイムに情報共有ができる基盤を運用した。

【結果】「事業所交流会」には地域の多くの事業所の多職種が参加し、顔の見える関係から具体的なケース相談が行われる実務的な信頼関係へと発展した。勉強会では専門スキルの共有が図られ、看取りセミナーには約100名が参加して地域での意思決定支援への理念が共有された。情報共有の面では、「電子@連絡帳」の活用により、医師、看護師、ケアマネジャー等が時間や場所の制約なく情報を共有できる体制が整った。これにより、在宅療養者の急な病状変化や、複数のサービス事業者が関わるケースにおいても、迅速かつ一貫性のある対応が可能となった。

【考察】一連の活動を通じ、地域の関係性は単なる情報交換にとどまらず、地域の将来をともに考え、行動する関係へと発展した。特に対面での交流による「アナログな信頼関係構築」と、電子@連絡帳による「デジタルな情報共有」が相乗効果を発揮したと考えられる。顔の見える関係という強い基盤があるからこそ、ICTツールを介した文字情報の背景にある専門職の意図や想いが正しく伝わり、個別性の高い困難事例に対しても、多職種チームとして迅速かつ的確に対応できる力が養われたと推察される。

【結論】多職種による重層的なアプローチとICTの活用は、地域連携の質を飛躍的に向上させ、強固な連携体制の基盤となる。今後は新たに「災害時等のBCP策定」の勉強会などを通じ、ICTも活用した不測の事態においても崩れない強固な連携体制を整備していくことが課題である。

34-6　地域連携①

工業高専と在宅支援チームが連携した在宅四肢障がい児の入浴支援機器開発事例

1 愛媛県・新居浜工業高等専門学校、2 訪問看護ステーションひなたぼっこ、3 松山相談支援センター

○吉川（よしかわ）　貴士（たかし）（高専・教授）[1]、加藤　朱莉[1]、松崎　美和[2]、高橋　奈美恵[2]、西村　幸[3]

【目的】

在宅で生活する四肢障がい児の入浴動作における自立を促進し、本人の「できること」を増やすとともに、日常的に介助を担う保護者の身体的・時間的負担の軽減を図ることを目的とした。さらに、訪問看護を中心とする医療・介護職と、工学系教育機関およびNPO法人が連携することにより、地域資源を活用した実践的な課題解決の可能性と、その支援モデルの有効性を検討することを目指した。

【方法】

対象は多発性関節拘縮症を有する8歳女児とした。女児は座位保持により学習や食事は可能であるが、更衣やトイレ動作、特に入浴時の浴室出入りや準備動作において自立が困難であり、家族の介助負担が大きかった。訪問看護チームは本人の「自分でやりたい」という意欲と家族の負担状況を踏まえ、入浴動作を補助する機器の必要性を抽出した。まず訪問作業療法士が、日常生活動作の評価に基づき段ボールを用いた概念試作を作製し、入浴時の一連の動作を再現することで必要な支持点や身体の使い方、安全性の課題を可視化した。しかし、この試作は耐水性や耐久性に乏しく、実使用には不適であった。また本人の希望から、介助者に依存せず自ら設置・操作できる構造が求められた。そこでNPO法人がコーディネート役となり、地域の工業高等専門学校へ協力を依頼し、学生主体による実機の設計・製作を行った。学生は訪問看護師や作業療法士から動作分析や安全配慮について指導を受け、本人の可動域や筋力特性に適合した設計を検討した。素材は耐水性・防錆性を重視して選定し、軽量化と操作性の向上を図りつつ、浴室内での安定性と安全性を確保する構造とした。

【結果】

完成した支援機器の導入により、本人は浴室への出入りおよび入浴準備動作の多くを自力で遂行できるようになった。繰り返し操作する中で成功体験を積み重ねることにより、自尊心や自己効力感が向上し、他の生活場面においても主体的に行動しようとする姿勢が見られるようになった。また、保護者による持ち上げや移乗介助の回数が減少し、身体的負担の軽減が認められたことに加え、介助時間の短縮による時間的余裕の創出にもつながった。使用状況の観察から、安全性および使用感についても概ね良好であり、日常生活に無理なく組み込める機器であることが確認された。

【まとめ】

本事例は、訪問看護・リハビリテーション専門職による生活動作の詳細な分析と、工業高専の技術力、さらにNPO法人による連携調整機能が組み合わさることで、在宅生活に即した実用的支援機器を開発できることを示した。地域に存在する多様な資源を有機的に結びつけることにより、個別性の高い課題に対して柔軟かつ効果的に対応できる可能性が示唆された。今後は同様の枠組みを他事例にも展開し、在宅療養者のQOL向上と家族支援の充実を図るモデルとして発展させていくことが期待できる。

34-7　地域連携①

電動アシスト自転車の定着困難事例に対する地域参加支援～通所リハによるいきいき百歳体操への橋渡し～

1 兵庫県・ケアホーム南淡路、2 南淡路病院

○山下（やました）　祥太（しょうた）（理学療法士）[1]、伊月　裕二[2]

【背景】
高齢者の移動手段喪失は生活空間の狭小化や社会参加機会の減少を招く。本症例は地域で実施されていた電動アシスト自転車の試行的活用を利用し、移動手段獲得を目指したが定着に至らなかった。そこで通所リハビリテーション（以下、通所リハ）が中心となり、地域資源であるいきいき百歳体操への参加支援を行った。
【倫理的配慮】
個人情報の保護に十分配慮し、発表に際して本人に説明し同意を得た。また、当院倫理委員会の承認を得て実施した。
【目的】
電動アシスト自転車の定着が困難であった高齢者に対し、通所リハが多職種連携を通じて地域活動への移行を支援した経過から、地域参加継続を支える役割を検討する。
【症例】
80 歳代男性。要支援認定を受け、変形性膝関節症および認知機能低下を認めた。移動手段は自転車が中心であった。通所リハ利用中の本症例に対し、地域で実施されていた電動アシスト自転車の試行的活用に参加し、移動手段獲得を目的として訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を実施した。しかし、操作手順の習得や安全な継続利用に課題が残り、関係者間で協議のうえ、電動アシスト自転車の継続利用は見送った。
【介入】
訪問リハ終了後の活動量低下が懸念されたため、3 か月ごとのリハビリ会議において本人、介護支援専門員、介護職員、リハビリ職が協議を重ねた。その結果、本人が参加しやすい地域活動としていきいき百歳体操を提案し、通所リハにて参加支援および膝関節保護指導を継続した。
【結果】
訪問リハ開始時の TUG：17.3 秒、膝関節痛 NRS：4 点、BBS：32 点に対し、訪問リハ終了時は TUG：15.5 秒、膝関節痛 NRS：2 点、BBS：35 点へ改善した。その後、いきいき百歳体操への参加が継続し、最終評価では TUG：13.45 秒、膝関節痛 NRS：2 点、BBS：51 点となり、さらなる改善がみられた。活動量の低下や膝関節痛の再増悪を認めず、地域住民との交流機会が確保され、社会参加が継続された。
【考察】
認知機能低下を有する高齢者への新規機器導入では、身体機能だけでなく、操作理解、安全な継続利用、生活場面での再現性、支援体制などを含めて適応を検討する必要がある。本症例では、新たな移動手段の獲得という当初目標は達成されなかったものの、本人の希望と能力を踏まえ、多職種が継続的に意思決定を支援しながら地域資源へ繋げたことで社会参加の継続に寄与した可能性がある。通所リハは身体機能改善に加え、フォーマルサービスから地域活動への移行を支える役割を担いうると考えられた。

34-8　地域連携①

地域連携によるノーリフティング普及と常設展示の試み

北海道・聖ヶ丘病院

○横田（よこた）　俊輔（しゅんすけ）（理学療法士）、佐々　昂典、羅津　涼太、中原　義人

【目的】

ノーリフティングは、心身に無理な負担をかけず、安全に安心して働きつづけられる環境をつくるための労働安全衛生の考え方である。介護業務における腰痛などの心身への負担は、職員の離職や休職につながる重要な課題である。また、対象者にとっても、無理な抱え上げ、引きずり、持ち上げなどのケアは筋緊張を高め、拘縮や皮膚損傷などの二次障害につながる可能性がある。

北海道伊達市では、令和7年度より市長による宣言のもと、道内初の行政によるノーリフティング普及推進事業に取り組んでいる。その一環として当院に福祉用具機器の常設展示を設置した実践について報告する。

【方法】

令和7年5月より、当院玄関スペースおよびリハビリテーション室内に福祉用具機器の常設展示を設置した。見学は自由とし、説明を希望する場合は予約制で対応し、定期的に勉強会も開催した。展示する用具・機器は協力企業と相談し、必要に応じて他施設への貸出も考慮いただいた。令和8年3月までの常設展示に関する問い合わせ件数・内容を記録に基づき整理した。また、常設展示を体験した医療・介護従事者を対象にアンケートを実施し、職種、体験した用具・機器、感想、腰痛軽減への期待、導入可能性について調査した。さらに、協力企業を対象に、協力理由、展示への評価、今後の協力意向についてアンケートを実施した。

【結果】

問い合わせは10件（用具貸出5件、介助指導5件）、勉強会は6件開催された。利用者アンケートの回答は41名（介護士21名、リハビリ職12名、看護師6名、その他2名）。体験した用具・機器は、床走行式リフト23件、据置式リフト13件、ディスポーザブル関連用具11件が多かった。95.1%が「良い」と評価し、腰痛軽減への期待は回答者全員が「なる」と回答、88.9%が「導入できる」と回答した。一方で、「費用が高い」「設置スペースがない」といった導入上の課題も挙げられた。協力企業10社中5社から回答があり、協力理由として「ノーリフティングへの貢献」「製品周知の場としての有効性」などが挙げられた。また、展示への評価はおおむね良好であり、今後も継続的な協力意向が示された。

【考察】

常設展示は、医療・介護従事者がノーリフティングケアを体験的に理解する機会となり、腰痛軽減への期待や導入意欲の向上につながる可能性が示唆された。特に、職種を問わず高い満足度が得られたことから、常設展示は多職種に対する普及啓発の場として一定の有用性を有すると考えられた。

また、問い合わせ内容や勉強会の実施状況から、常設展示は単なる機器紹介にとどまらず、介助方法の相談や施設間での用具活用を促す地域支援の拠点としての役割も期待される。さらに、協力企業からも継続的な協力意向が示されたことは、行政、医療機関、企業が連携しながら地域全体でノーリフティングを推進していくうえで重要な基盤になると考えられる。

一方で、本取り組みにおいては対象者も限られており、一般市民や患者・ご家族からの意見は十分に聴取できていない。今後は、対象を拡大し、実際の活用状況や腰痛予防効果、患者・利用者への影響についても検討していく必要がある。

【結論】

福祉用具機器の常設展示は、医療・介護従事者がノーリフティングケアを体験的に学ぶ機会となり、行政・医療機関・企業が連携した地域普及の基盤となる可能性がある。

35-1　地域連携②

病・病連携の取り組みにチャレンジ！～2025 年問題・B3 シナリオを見据えて～

東京都・安田病院

いぐさ　りょうすけ
○伊草　亮輔（事務職）、廣瀬　貴美代

安田病院　総合支援室　○伊草亮輔
事務部　　廣瀬　貴美代

1. 目　的

2025 年問題により団塊世代の後期高齢者化に伴い医療・介護需要が急増し、病院経営は一層厳しくなっている。地域医療構想や改革シナリオ（B3 シナリオ）では、急性期・慢性期の機能分化と連携強化が求められている。当院は 43 床の地域包括ケア病床を運用する中で、地域での当院の立ち位置を急性期病院との連携強化を通じ、円滑な患者移行と在宅復帰支援する病院と明確に位置づけ、近隣急性期病院との連携強化体制を整備した。大学病院及び急性期病院との後方支援体制強化を重点課題とし、紹介入院による病床稼働の安定化を目的とし、その取り組みと成果を報告する。

2. 方　法

・近隣の大学病院および急性期病院と医療連携協定を締結。
・医師、看護師の協力のもと迅速なベッド調整を行い、急性期病院の在院日数短縮にも寄与する体制を整備。
近隣急性期病院 MSW（連携担当者）から聞き取り、病院間連携を阻害する要因（情報共有、患者移行など）を抽出し、健全経営の基盤を構築する方策を検証する。

3. 結　果

大学病院および急性期病院からの入院件数は増加し、医学的判断を伴う受け入れ可否の調整が迅速化した。また、紹介件数が増加したことで地域包括ケア病床の病床稼働率は安定的に推移し、看護スタッフや PT のサポートで、在宅復帰率や在院日数の適正化が図られたことで、診療報酬上も安定した収益確保につながった。

4. 考　察

大学病院および急性期病院との連携強化は、患者・家族に寄り添った支援と円滑な在宅復帰を支える重要な取り組みであることがわかった。この病・病連携を基盤とした地域包括ケア病床運営は、大学病院および急性期病院からの信頼獲得を通じて安定した患者紹介につながり、結果として病床運用の効率化と病院経営を支える有効な方策である。
これらを実現するためにスタッフ全員が、地域医療への更なる貢献と経営の安定化に対して共通認識を持つことが重要である。

5. 結　論

2025 年問題・B3 シナリオに対応するため、病・病連携の強化は不可欠であり実践的な対応策の一つと考える。転院患者受入の強化を行うことにより安定的に紹介患者を確保し、迅速でスムーズな受入により空床を減らす事ができる。初期加算等により日当点を高くし、入院収入アップにつなげ、退院後の在宅フォローを確保する事で長期的な収入につながる。

35-2　地域連携②

病床利用率向上に向けた地域連携室の取り組み

富山県・いま泉病院

○野川（のがわ）　佳乃（かの）（社会福祉士）、山崎　夏月

【背景】

当院は慢性期病院として地域の高齢者患者を受け入れているが、満床利用率は令和4年度91.42%　令和5年度90.22%　令和6年度88.66%と年々低下していた。満床利用率の維持・向上は病院経営のみならず、地域医療における役割を果たす上でも重要であるため、その要因分析と対策が必要であった。

【目的】

病床利用率低下の要因を分析し、地域連携室を中心とした病床利用率向上のための取組を実施し、その効果と課題を明らかにする。

【方法】

①令和4年度から令和6年度までの相談件数、受入状況、退院者の内訳、死亡退院者の入院日数を比較し、病床利用率低下の要因を分析する。

②分析結果をもとに、地域連携室による紹介患者増加に向けた取組を実施し、その効果を検証する。

【結果】

①相談件数は令和4年度514件、令和5年度462件、令和6年度415件と減少傾向であった。一方受入率は、38%、44%、49%と増加しており、受入不可率は37%、28%、18%と減少していた。退院者の内訳では、死亡退院者が最も多く、68%、67%、72%と増加していた。また、死亡退院者の入院期間は3ヶ月以上の割合が減少し、早期死亡退院者が増加していた。

②これらの結果から受入状況は改善しているものの、死亡退院者の増加により、新規入院患者数の確保が追い付いていないことが病床利用率低下の要因と考えられた。そこで地域連携室では、近隣医療機関への訪問活動を実施し当院の受入体制や面会状況について情報提供を行うとともに紹介元や家族の要望を聴取した。

その結果、面会回数の増加や早期受入の希望、空床数の問い合わせが多くあったため、以下の取組を実施した。

・面会回数の緩和

・病棟との調整による入院待機期間の短縮

・定期的な空床情報のFAX配信及び、CAREBOOKを活用した空床情報の共有

これらの取組後は、入院相談件数は13件、受入数は11名増加した。しかしその後の相談件数は減少しており、効果の継続には課題が残った。

【考察】

病床利用率低下の背景には、早期の死亡退院者の増加と新規紹介患者数の減少が関与していた。今回の取組により、地域医療機関への訪問や空床情報の発信は入院相談数の増加に一定の効果を認めた。また、家族が求める面会環境や迅速な受入体制を整備することが、紹介先として選ばれる病院づくりに繋がると示唆された。一方で、その効果は一時的であった。継続的な紹介患者確保のために今後は、年間計画を作成し、相談件数の増加が見込まれる時期や訪問先、情報発信するべき内容を検討する必要があると考える。

【結語】

今後も医療機関や介護保険施設の連携強化を図り、患者や家族のニーズに寄り添い、地域に求められる慢性期病院として病床利用率向上に取り組んでいきたい。

35-3　地域連携②

東京都南多摩保健医療圏地域リハビリテーション支援センターの令和7年度研修事業に関する活動報告

東京都・法人本部　連携・地域支援事業部

○井出（いで）　大（まさる）（理学療法士）

【はじめに】東京都南多摩保健医療圏（八王子市・町田市・多摩市・日野市・稲城市、人口約144万人）において、当法人は東京都南多摩保健医療圏地域リハビリテーション支援センター（以下当センター）を2003年に受託し20年以上にわたり地域リハビリテーションの推進を担ってきた。
今回、令和7年度に実施した事業の中で新人教育および地域フォーラムの成果について報告する
【方法】対象事業を以下の2点に分け、参加人数、職種比率、アンケート結果を調査した。1)新人セラピスト教育研修(全4回)オンライン形式で実施。アンケート設問は、講義の満足度、新たな知識の習得度、臨床への活用度とした。2)南多摩地域リハビリテーションフォーラム：ハイブリッド形式で実施。アンケート設問は、満足度、各セッションの理解度、参加動機、今後の業務への活用、自由記載等とした。
【結果】新人セラピスト教育研修の参加者は、第1回27名、第2回21名、第3回28名、第4回40名の計116名であった。職種はPT、OT、STを中心に、保健師や行政職も含まれた。アンケートでは満足度・臨床活用度共に肯定的な回答が多数を占め、「本人主体の支援」や「リスク管理」など具体的な知識習得に寄与した。南多摩地域リハビリテーションフォーラムには90名(対面45名、オンライン45名)が参加した。職種比率は、PT(22.5%)、ケアマネジャー(17.5%)、看護師(15%)、医師(10%)、介護福祉士(10%)、相談員(10%)、保健師(10%)、行政職(5%)と多岐にわたる結果であった。満足度については「満足(67.5%)」「まあまあ満足(30%)」を合わせ97.5%に達した。一方自由記載では、「利用者家族へのフレイル予防」や「多職種連携の重要性の再認識」といった前向きな意見が寄せられた一方、オンライン参加者からは音声不備の改善を求める指摘があった。
【考察】令和7年度の事業は、多様な職種を巻き込み、地域課題であるフレイル予防への関心を高めた。これらは東京都の仕様における必須の役割である「リハビリテーションに関わる多様な人材の育成・確保」(新人セラピスト教育研修)および「関係機関との連携強化」(南多摩地域リハビリテーションフォーラム)として明確に位置付けられる。特にフォーラムは、東京都が地域リハビリテーション支援事業で指定した役割の一つである「地域包括ケア推進に向けた技術的助言や支援」を具現化しており、地域包括ケアシステムの深化に向けた多職種協働の基盤強化に資する活動であったことが示唆された。

35-4　地域連携②

バイオ・サイコ・ソーシャルモデルに基づく就労世代脳梗塞患者へのMSW支援

1 福岡県・新古賀リハビリテーション病院みらい　地域医療連携室、
2 新古賀リハビリテーション病院みらい　リハビリテーション課

○大森（おおもり）　しほる（社会福祉士）[1]、立石　圭佑[2]

【はじめに】就労世代の脳卒中患者では、身体機能の回復のみならず、就労継続や運転再開など社会参加の実現が重要な課題となる。一方、高次脳機能障害や精神的問題により、退院後の生活再建や社会復帰支援が難渋することも少なくない。今回、社会復帰への希望を有する就労世代の脳梗塞患者に対し、本人・家族の意向を尊重しながら障害福祉サービスを活用した継続的支援を行い、社会復帰に向けたリハビリテーション環境の構築につなげた症例を経験したため報告する。

【事例】57歳男性。妻との二人暮らし。発症1年前に妻の実家の果樹園を継承するため転居していた。X年5月、左中大脳動脈領域脳梗塞を発症し、右片麻痺、運動性失語、高次脳機能障害を認めた。急性期病院での治療後、回復期リハビリテーション病棟へ転院した。

【支援内容】入院当初は車椅子レベルであったが、リハビリテーション介入により歩行能力およびADLは改善した。しかし、失語症や高次脳機能障害が残存し、自動車運転再開や就労に向けた課題を認めた。また、「頭が悪くなった」などの悲観的発言がみられ、長期入院による精神的ストレスの増大とともに、リハビリテーションへの意欲の低下が認められたことから、心理面への支援が必要な状況であった。本人および家族の希望は、地域生活の再獲得、自動車運転再開、就労であった。そこでMSWとして本人・家族と面談を重ね、多職種と連携し、身体機能のみならず心理面や社会背景を含めた課題整理と意思決定支援を行った。その結果、本人が本来の生活の場である地域生活へ一旦移行し、生活者としての役割や日常性を再獲得することが精神的安定につながると考え、自宅退院を支援する方針とした。自宅退院にあたっては、家族の受け入れ体制の確認と支援を行うとともに、多職種と退院後の生活課題を共有した。また、リハビリテーションの中断による機能低下を防ぐため、高次脳機能障害に対応可能な訪問看護ステーションとの連携を図り、継続的なリハビリテーション環境を整備した。さらに、将来的な地域生活の再獲得、自動車運転再開、就労を見据え、リハビリテーション特化型障害者支援施設の利用を提案した。施設見学の調整や相談支援専門員の導入、関係機関との情報共有を行い、医療から地域生活、さらに障害福祉サービスへと切れ目なく移行できる支援体制を構築した。

【結果】本人は自宅退院後、訪問リハビリテーションを利用しながら在宅生活を継続したことで精神的な安定が得られた。また、リハビリテーションを途切れさせることなく継続できたことで身体機能および高次脳機能障害は改善傾向を認めた。その後、リハビリテーション特化型障害者支援施設へ入所し、社会復帰に向けた専門的支援を継続することができた。入所後は、果樹園継承という本人の社会的役割を見据えた農作業訓練や、趣味であったロードバイクの再開を目標とした自転車運転訓練が実施され、本人らしい生活の再建に向けた支援が継続されている。

【結論】就労世代脳卒中患者の社会復帰支援では、身体機能の改善のみならず、心理面や社会的役割を含めた包括的な視点が重要である。本症例では、本人・家族の意思決定を支援しながら、一時的な在宅移行による精神的安定と切れ目のないリハビリテーション支援を両立することで、社会復帰に向けた継続的支援体制を構築することができた。また、本人の生活歴や価値観、将来の希望に基づいた支援機関との連携により、就労や趣味活動の再開を見据えた個別性の高いリハビリテーションにつなげることができた。MSWには、多職種および地域資源をつなぎ、本人らしい生活の再建を支援する役割が求められる。

35-5　地域連携②

効果的な渉外活動の分析と今後の展望～渉外活動のあり方を考える～

北海道・定山渓病院

○梅原（うめはら）　靖孝（やすたか）（理学療法士）、鹿野　なつみ、塚本　晃平、岡田　誠志

【はじめに】

当院は病床数253床の多機能慢性期病院であり、健全な病院経営を維持するためには、安定した入院患者の受け入れ促進が必要不可欠である。こうした中、入院患者数のさらなる増加と地域連携の強化を目的として、2025年11月に渉外活動の専門部署である「渉外課」が設立された。本研究では、これまでの当院における渉外活動の取り組みを振り返るとともに、渉外課設立前後における活動内容やその効果を比較・分析し、当院における効果的な渉外活動のあり方と、今後の展望について検討する。

【渉外課の取り組み】

渉外課設立に伴い、従来の渉外活動を見直し、主に3つの戦略的取り組みを展開した。

①手法の転換：

従来の自院のPRを中心とした手法から、紹介元のお困りごとをヒアリングし、当院で提供できる対応策を模索する「提案型手法」へと転換した。

②データの活用：

渉外先に対し、急性期医療機関に対しては、各機関のDPCデータを分析し、ターゲットを絞り、効果的なアプローチを実施した。また、数年渉外先として訪問数が減少していた居宅介護支援事業所等への積極的な渉外活動を開始した。

③内外部に対するフィードバック：

院内では渉外報告書を共有し、当院の強み(価値)を再解釈と課題の解決法を検討し、渉外先へは紹介患者の入院報告書と病院の変化についてフィードバックを実施した。

【対象と方法】

渉外課設立前後の効果を検証するため、対象期間を①2023年度、②2024年度、③2025年4月～10月（渉外課発足前）、④2025年11月～2026年5月（渉外課発足以降）の4期に分類した。評価指標として、各期間における渉外件数、および渉外先からの相談件数と入院件数を調査した。各期は日数に差があるため、それぞれの指標の1か月平均を算出し比較した。

さらに、渉外活動の質的効果や効率性を評価する指標として、訪問後6か月間までの入院件数実績を「ヒット率」とし、渉外活動の効果を算出した。

【結果】

訪問数（月平均）は、23年度4.9回、24年度7.6回、25年度（課設立前）7.9回、25年度（課設立以降）9.5回と増加した。これに連動して相談件数（月平均）は、23年度6.9件、24年度7.9件、25年度（課設立前）8.6件から、課設立以降には12.0件と大幅に増加した。入院件数（月平均）についても、23年度3.3件、24年度3.8件、25年度(課設立前)4.4件から、課設立以降には5.3件へと、渉外課設立に伴い、すべての指標において高値を記録した。

【考察・結論】

渉外活動は、健全な病院経営や地域連携強化に寄与する重要な活動である。渉外課設立以降の大きな渉外件数の増加は、従来、渉外活動を相談職とリハビリテーション専門職のペアで行動していたが、現在は互いの知識や技術を補完し合いながら単独で行動する体制へと移行した。この体制変更が、訪問効率の大幅な向上と渉外件数の増加をもたらしたと考える。

一方で、活動の質的指標である「ヒット率」においては今回の期間内で大きな変化が見られなかった。今後はより一層の渉外活動の効率化と精度向上に努め、地域を支え、社会の期待に応える医療機関として模索していきたい。

35-6　地域連携②

社会福祉士による法人町民公開講座の取り組みと地域住民への健康教育・法人認知度向上の効果

1 岩手県・南昌病院、2 介護老人保健施設　敬愛荘、3 ケアセンター南昌

○菊池（きくち）　和友（かずとも）（社会福祉士）[1]、木村　尚人[1]、戸村　淳一[2]、滝村　光一[3]、木村　宗孝[2]

【目的】

当法人は、介護老人保健施設、訪問看護、訪問診療、地域包括ケア病棟、通所介護など地域包括ケアを担う複数の事業を展開している。しかし、地域住民への事業内容の認知は十分とはいえず、健康教育と併せて法人の役割を広く周知する必要があった。そこで、住民の健康意識向上と予防医療の普及、ならびに法人事業の認知度向上を目的として法人の社会福祉士が主体で民公開講座を企画した。

【方法】

令和 8 年 6 月より毎月 1 回、年間 10 回を 1 クールとして公開講座を開催した。講座テーマは脳卒中、認知症、感染症、栄養、フレイル予防、運動などとし、矢巾町健康長寿課と協議を重ね、町の健康課題や住民ニーズを反映したテーマも取り入れた。さらに、矢巾町の後援を得ることで行政との協働事業として実施し、町広報誌、町ラジオ、ポスター等による広報協力を受けた。法人ホームページや SNS も併用し、地域住民へ広く周知した。

【結果】

年間を通じた予約者を含む延べ参加者数は 750 名以上を見込み（初回 119 名、次回以降予約 1 回平均 70 名）であり、多くの地域住民の参加が得られた。初回講座のアンケートでは、講座内容への満足度は 90%、生活に役立つと回答した参加者は 91%、また 78% が「今後、医療・介護相談や法人サービスを利用したい」と回答した。参加者は 70 歳代女性が中心であり、参加のきっかけは町広報誌やポスター、知人からの紹介が多く、行政と連携した広報活動が住民への周知に有効であった。

【考察】

町健康長寿課との連携により行政の後援を得たことで、住民に対する信頼性の高い情報発信と幅広い広報が可能となり、多くの参加者の確保につながった。また、公開講座は健康教育の場としてだけでなく、法人が提供する介護老人保健施設、訪問看護、訪問診療、地域包括ケア病棟、通所介護などの地域包括ケア機能を住民へ周知する機会となった。行政との協働による町民公開講座は、地域住民との接点を拡大し、法人の認知度向上と地域包括ケアの推進に有効な取り組みであった。

35-7　地域連携②

介護予防支援事業所指定に至る体制構築の実践―予防専従ケアマネ配置と段階的組織変革―

北海道・札幌西円山病院

なかにし　えみこ
○中西　笑子（介護支援専門員）、加藤　彩芳

【背景】
高齢化の進展に伴い要支援認定者は増加しており、介護予防段階からの継続的な支援体制の充実が求められている。令和6年度介護保険制度改正により、指定を受けた居宅介護支援事業所による介護予防支援が開始され、地域包括支援センターに加え、居宅介護支援事業所にも介護予防の担い手としての役割が期待されるようになった。当事業所は、回復期及び慢性期医療を提供する病院に併設された居宅介護支援事業所であり、入退院支援と在宅支援の連続性を強みとしている。制度改正への対応にとどまらず、地域ニーズや医療・介護を取り巻く環境の変化に応じて、組織体制の見直しを段階的に進めてきた。
【目的】
病院併設の居宅介護支援事業所が、地域との連携を基盤として介護予防支援体制を構築し、介護予防支援事業所の指定取得に至るまでの組織変革の過程とその意義、さらに今後の展望について明らかにする。
【取り組み】
当事業所では、2021年より地域包括支援センターからの介護予防支援の再委託を積極的に受け入れてきた。加えて、要支援・要介護の双方に対応するダブルプランを導入し、利用者の状態変化に応じて継続的に支援できる体制を整備した。さらに、2022年頃よりケアマネジャーが、地域ニーズへの対応を目的として当院が実施する地域貢献活動に参画し、地域との関係構築を推進した。2025年10月からは介護予防専従ケアマネジャーを2名（うち1名は他業務と兼務）配置し、要支援者の受け入れ体制を拡充した。専従ケアマネジャーは地域活動へ継続的に参画し、地域包括支援センターや医療・介護関係機関との信頼関係の構築に寄与した。これらの取り組みを段階的に積み重ねた結果、2026年3月に介護予防支援事業所の指定取得に至り、介護予防から要介護、入院、退院後まで切れ目のない支援体制の整備を進めた。
【結果】
介護予防専従ケアマネジャーの配置により、要支援者の受け入れ件数は、再委託を開始した2021年の24件から2026年には143件へと拡大した。また、介護予防専従配置後、地域包括支援センターからの相談件数も3件/月から8件/月へと増加した。さらに、地域貢献活動を通じて構築した地域包括支援センターとの連携を基盤とし、地域ニーズへの対応強化を目的として、介護予防支援事業所の指定取得に至った。指定取得後間もないため、アウトカム指標の大きな変化については今後の評価課題であるが、地域における要支援者の受け皿としての体制整備につながった。
【考察】
本取り組みは、①再委託受入、②ダブルプラン対応、③地域貢献活動への参画、④専従配置という4段階のプロセスとして整理でき、他事業所においても応用可能なモデルとなり得る。時代や地域ニーズの変化に応じた柔軟な組織体制の再構築が、病院併設居宅介護支援事業所の新たな役割創出につながったと考えられる。特に、回復期及び慢性期医療を提供する病院に併設されていることにより、医療ニーズの高い要支援者への早期介入や入退院支援との連続性確保が可能となる点は、本取り組みの大きな特徴である。一方で、専従ケアマネジャーの配置には人材確保や経営的負担といった課題もあり、持続可能な運営体制の検討が必要である。今後は、相談件数、要介護移行率、在宅生活継続率等を指標として効果検証を行うとともに、地域住民や医療機関からの直接相談にも対応する地域の相談窓口としての機能強化を図る。さらに、地域包括支援センターと役割分担しながら介護予防支援を共に担い、切れ目のない地域包括ケアシステムの実現に貢献していきたい。

36-1　地域連携③

レスパイト入院を利用するパーキンソン病患者介護者における介護負担感の関連要因の検討

神奈川県・鶴巻温泉病院　リハビリテーション部

○井手（いで）　歩美（あゆみ）（理学療法士）、高島　怜生、金藏　満百合、郷上　東

【目的】

パーキンソン病は在宅介護の割合が高い疾患であり、病状の進行に伴う重症度の悪化や日常生活動作の低下に伴い、介護者の介護負担は増大する。特に、進行期のパーキンソン病患者は、運動症状に加えて精神症状や自律神経症状など多様な非運動症状を呈するため、介護負担感を多面的に評価し、その関連要因を明らかにすることが重要である。介護負担軽減を目的とした支援の一つとしてレスパイト入院が活用されているが、レスパイト入院を利用する患者は介助量や医療依存度が高い傾向にあり、介護者がどのような側面の介護負担を抱えているのかは十分に明らかになっていない。そこで本研究では、レスパイト入院を利用しているパーキンソン病患者の介護者を対象に介護負担感を多面的に評価し、介護負担感の関連因子について予備的調査を実施した。

【方法】

対象は当院障がい者・難病病棟にレスパイト入院したパーキンソン病患者（年齢：77.1±6.2 歳、罹患期間 15.5±7.7 年）とその介護者 10 名（年齢：74.9±7.5 歳）とした。全ての評価を入院時に実施し、年齢、性別を患者および介護者から聴取した。また、患者に対して Mini-Mental State Examination（MMSE）、MDS Unified Parkinson's Disease Rating Scale（MDS-UPDRS）運動項目、Functional Independence Measure（FIM）を評価した。介護者の介護負担感は、多次元介護負担感尺度（Burden index of Caregiver：BIC-11）を使用し評価した。BIC-11 は、時間的負担感、心理的負担感、実存的負担感、身体的負担感、サービス関連負担感、全体的負担感の 6 側面から介護負担感を評価する尺度である。統計解析は、BIC-11 の下位尺度得点の比較に Friedman 検定を用い、有意差を認めた場合は Bonferroni 補正による多重比較検定を行った。また、BIC-11 総得点と患者年齢、介護者年齢、MMSE、MDS-UPDRS 運動項目および FIM との関連を Spearman 順位相関係数にて検討した。有意水準は 5% とした。

【結果】

患者における MMSE は 24.5±4.7 点、 MDS-UPDRS 運動項目は 65.2±14.1 点、 FIM は 66.7±26.0 点であった。BIC-11 各下位尺度の比較では有意差を認めた（$p<0.001$）。多重比較の結果、時間的負担感は実存的負担感およびサービス関連負担感と比較して有意に高値を示した（それぞれ $p=0.024$、$p<0.001$）。また、心理的負担感および身体的負担感はサービス関連負担感と比較して有意に高値を示した（いずれも $p=0.037$）。BIC-11 総得点と各指標との間に有意な相関は認められなかった。

【考察】

レスパイト入院を利用するパーキンソン病患者介護者において、時間的負担感が高く、加えて心理的負担感および身体的負担感も高値を示した。パーキンソン病は進行性疾患であり、多様な運動症状および非運動症状により継続的な介護を要することから、介護に費やす時間の増加に加え、身体的・心理的負担が増大した可能性がある。

一方、BIC-11 総得点と患者年齢、介護者年齢、MMSE、MDS-UPDRS 運動項目、FIM との間に関連は認められなかった。今回の調査では対象者数が少ないことや、レスパイト入院を利用する介護者という介護負担の高い集団を対象としたため、介護者の精神状況や介護協力者の有無などの患者要因以外の要素が介護負担感に影響した可能性が考えられる。

36-2　地域連携③

家族の協力が得られない患者様に対する退院支援上の課題～病院内外でできること、できないこと～

大分県・和田病院

○吉田（よしだ）　知世（かずよ）（社会福祉士）

【背景】

現在日本では少子高齢化が進んでおり、また 65 歳以上人口の 19.0% が独居である（令和 2 年国勢調査結果、総務省統計局より）。当院のある大分県宇佐市は令和 6 年 10 月現在で高齢化率 38.1%（大分県全体では 34.4%）と非常に高く、隣接する豊後高田市も 39.0% と全国平均 29.3% を大きく上回っている。

老々介護状態の世帯、家族による支援が困難、あるいは頼れる親族が不在である等の理由から退院支援が難航する患者様が多く、今後も増えることが予想される。

そこで、身寄りのない患者様に対する支援として病院内外でできることや課題について検討したい。

【方法・結果】

過去 3 年間で、当院 MSW が退院支援をした患者様のうち、おおまかに「家族による支援が困難」という理由で退院支援が難航した患者様を振り返ると、「死別や未婚など、身寄りがなく単身世帯」「家族が都会に働きに出るなど遠方にいる」「家族による支援拒否」「家族が高齢であったり障害があったりという理由で支援できない」「家族による虐待や搾取（疑い）があり支援を依頼できない」という 5 つの理由に大別できた。

このようなケースにおいては公的機関や制度の利用は不可欠であり、地域のケース会議に参加するなど病院の外に出て動く必要があった。関わった外部機関としては市役所（生活保護や介護保険部門、障害分野、水道局など）、社会福祉協議会、清掃業者、権利擁護センター、弁護士事務所などがある。

【考察】

身寄りがないなど支援者不在のケースは複数の問題が複雑に絡み合っていることが多く、また利用できる制度が限られていたり、制度自体が実情に即していないものがあったりと、ただ「然るべき機関や制度に繋げて終わり」では解決しないため、真に退院を支援したとは言えない。

少しでも問題を解決に近づけるためには病院の中だけで行う支援では限界があり、外部の会議に参加するなど積極的に院外へ出て連携していく必要がある。同時に院内でも倫理委員会やマニュアル作成などのハード面、多職種との連携などソフト面など整えていく必要がある。

36-3　地域連携③

高齢夫婦世帯における急変時の独居リスクと退院支援の取り組み～自己管理能力不十分な妻への支援を通して～

大分県・和田病院

○渡辺（わたなべ）　ひなの（社会福祉士）

【はじめに】

病院が立地している大分県宇佐市の高齢化率は 38.1% と非常に高く全国平均 29.3%（令和 6 年 10 月 1 日現在）を大きく上回っており、今後も上昇の一途を辿ると予測される。未婚や死別、子や孫世代の就職等による都会への人口流失などにより地域における高齢者の老々介護や独居のリスクが増す中で、入院により配偶者が一時的に不在となる事例では、在宅で残される高齢配偶者の早期発見、早期介入が重要である。今回、夫が入院したことにより一時的に独居状態となった高齢世帯の妻への支援を通じ、老々介護状態となっている高齢夫婦世帯への退院支援の在り方について検討した。

【症例】

患者本人は 92 歳　男性　介護保険未所持　病名：右脳梗塞

同居の妻は 88 歳　介護保険未所持　かかりつけは他院

患者は高齢夫婦世帯で、夫が右脳梗塞により搬送され緊急入院となったことで、妻が一時的に独居状態となる。妻は 88 歳と高齢ながら介護保険等の福祉サービスには繋がっておらず、夫の支援の元なんとか生活できていた。子どもは 2 人いるが、いずれも県外に在住しており、日常的な生活状況の把握や支援は困難な状況であった。

【支援内容】

夫への退院支援を行っていく中で、妻に対する支援も必要性が高いと考え、患者の了承を得て県外在住の子供たちへの連絡を開始し、介護保険申請を進めた。ご夫婦ともに自宅退院の希望が当初より聞かれていたが、子供の積極的な退院支援の介入をふまえ、最終的に夫の ADL 機能、妻の状態を考慮し有料老人ホームの夫婦部屋に入所となった。

【考察】

今回は夫の入院というきっかけがあり、妻へ専門職の介入が始まった。しかし地域の中には介護保険サービスの必要性が高い人も支援につながっていない地域住民も多くいると思われる。早期発見、早期介入が望ましいと考える。MSW として、本人や家族が気づいていない生活上のリスクを適切に評価・共有できるよう、積極的に患者本人のみならず家族や福祉サービス等と関わっていくことが重要である。

36-4　地域連携③

嚥下食って何？嚥下食実食体験会を実施して～嚥下食が果たす社会課題解決のための取り組み～

1 岐阜県・近石病院　栄養科、2 近石病院　リハビリテーション部、3 みんなのコミュニティスペース　カムカムスワロー、
4 近石病院　歯科・口腔外科

○浅野（あさの）　一信（かずのぶ）（管理栄養士）[1]、蛭牟田　誠[2]、仙谷　浩之[3]、熊﨑　健郎[3]、近石　壮登[4]

【目的】

嚥下障害者の社会生活における問題の一つが食事である。誤嚥のリスクを回避するためには嚥下機能に合った食事（以下嚥下食）が必須であるが、外食産業における嚥下食へのアクセスは限定的であり、嚥下障害者とその家族は外食する機会が制限されている現状がある。食事の問題により外出自体を諦めることも多く、嚥下障害者や家族が感じている社会生活の障壁は大きいと言える。この食事の問題は社会全体で解決してくことが望ましいが、世間において嚥下障害や嚥下食についての認知度は高くない。医療・福祉以外の一般世間に嚥下食を普及していくには、嚥下障害や嚥下食に対する世間の認知度を高める必要ある。今回、嚥下障害や嚥下食に対する認知度を高めることを目的に、NEXCO 中日本株式会社と協働し高速道路 PA で嚥下食実食体験会を行ったので、その取り組みについて紹介したい。

【方法】

東海北陸自動車道岐阜県川島 PA/河川環境楽園オアシスパークに立ち寄った一般の方を対象に、普通食のミネストローネと嚥下食のミネストローネの二つを試食してもらい、アンケートに回答してもらった。

【結果】

年齢構成は、10 代以下、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代、70 代以上であり、それぞれ 39%、19%、28%、9%、1%、3%、3% であった。回答者の出身地は多い順に愛知県、岐阜県、滋賀県、大阪府、三重県、静岡県、京都府、石川県であり、それぞれ、37%、23%、10%、5%、4%、2%、2%、1% あった。嚥下食の認知については、「知っている」、「聞いたことがある」、「初めて知った」が、それぞれ 35%、14%、51% であった。嚥下食の味については、「とても美味しい」、「美味しい」、「普通」、「あまり美味しくない」、「美味しくない」が、それぞれ 41%、41%、13%、2%、1% であった。食べ易さでは、「非常に良い」、「良い」、「普通」、「やや悪い」、「悪いが」が、それぞれ 35%、50%、11%、4%、0% であった。見た目は、「非常に良い」、「良い」、「普通」、「あまり良くない」、「良くない」が、それぞれ 34%、47%、15%、4%、0% であった。総合的満足度は、「非常に満足」、「満足」、「どちらでもない」、「やや不満」、「不満」が、それぞれ 28%、61%、11%、0%、0% であった。

味、食べ易さ、見た目、総合満足度の嚥下食そのものに対する評価としては 8 割以上の方がとても良い・良いと回答。嚥下食のイメージはドロドロで見た目が悪く美味しそうでないという意見があったものの、美味しかったという意見も多くあり、嚥下食に対するマイナスイメージよりも、美味しさに関するポジティブな意見が多くあった。

【考察】

食事の美味しさの約 8 割を視覚的情報が決定しており、食事の見た目は重要である。嚥下食の見た目を普通食に近づけたことで、子どもでも抵抗なく嚥下食を摂取していただけたと考える。また、味に対して「不味いのではないか」とうい先入観が薄れ、良い評価に繋がったとのではないかと考える。

【結論】

嚥下食の社会的ニーズは確実にあり、嚥下食へのアクセスの広がりは社会として取り組んでいくべき課題であると考える。一般世間に嚥下食が普及することで、嚥下障害のある方も含め、誰もが食事を楽しめるインクルーシブな環境づくりを進めていくためにも、嚥下食実食体験会は意義のある取り組みであった。

36-5　地域連携③

生活の場である施設だからこそ求められる看護の判断～外来看護師の同行訪問を通した施設看護師との協働～

山梨県・城東病院

○守澤（もりさわ）　留美（るみ）（看護師）、佐藤　仁美、川口　幸恵

【目的】

当院は在宅療養支援病院であり、令和7年よりグループホームや特定施設の協力医療機関となっている。外来看護師が訪問診療へ同行する中で、入所者の皮膚乾燥や下肢浮腫、爪のトラブルが目立ち、施設看護師の観察とアセスメント不足を感じた。また、入所者の多くが、今後どのように生活していきたいのか、最期をどこで迎えたいかなどについて施設側と話し合いがされていない現状にあることが分かった。施設看護師は、身体だけでなく生活環境も含めた臨床推論とそれに基づく判断が求められる。施設入所者がその人らしく生活できる支援体制の構築を目的に、外来看護師が施設看護師の専門性と判断力を引き出す協働を実践したため、その成果を報告する。

【方法】

協力医療機関となったグループホーム、特定施設の看護師を対象に実践した。

1. 訪問診療同行による現状把握と関係構築：定期の訪問診療へ外来看護師が同行し、顔の見える関係づくりを行い、課題の抽出と分析をする。

2. 施設看護師・責任者への助言と提案：施設看護師と共にアセスメントを行い、具体的なケア方法の提案と必要性について説明した。また、施設看護師が「自分の目で観てアセスメントする」ことが微細な変化の早期発見や予防ケアに繋がると助言した。

3. 24時間相談窓口を提示：外来を窓口とする24時間相談できる連絡体制を整えた。

4. 意思決定支援（ACP）の体制づくり：病状説明の際は施設看護師に同席を促し「わたしの想いノート」を活用したACPの体制を構築する。

【結果】

当初は困惑した反応も見られたが、顔の見える関係づくりにより信頼関係が構築され、施設責任者も率先してケアを実践してくれたことで施設看護師の行動変容へと繋がった。申し送り内容は、身体所見と生活状況を含んだアセスメントへと変化し、さらに微細な変化を捉えられるようになり、早期の段階で受診できるようになった。一方ACPの体制構築に関しては、病状説明に施設看護師が同席するようになったが、家族含めた話し合いの場の設定が難しく思うように進まなかった。

【考察】

生活の場、終の棲家としての役割も持つ施設において看護師は高いアセスメント力と判断力が求められる。外来看護師が訪問診療に同行し、施設看護師と信頼関係を構築しながら、ともに考えケアを実践することで「観る目」と「生活も含めたアセスメント」の力が育成できたと考える。また、24時間相談できる体制の構築が、施設看護師の安心感や異常の早期発見とタイムリーな受診に繋がり、重症化を予防できていると考える。

ACPの推進については、「わたしの想いノート」を活用し、揺れ動く家族の心理プロセスを施設側と一緒に支え、本人と家族の想いを丁寧に汲み取り続けるアプローチが必要である。

【結論】

外来看護師による施設看護師への実践助言と相談体制の構築は、施設看護師の「観る目」と「看護判断力」を向上させた。今後は施設とさらに協働してACPを推進していくと共に、住み慣れた場所で最期までその人らしく生活できる体制の構築を目指していきたい。

36-6　地域連携③

多職種協働による病床マネジメント強化が病床稼働率向上につながった取り組み

佐賀県・祐愛会高島病院

○原（はら）　和行（社会福祉士）、嬉野　真由美、諸岡　義彦

【目的】

当院は佐賀県南部医療圏に位置する医療療養病床92床、介護医療院60床、計152床のケアミックス病院と併設の介護老人保健施設を有している。母体病院131床の急性期病院や、地域の急性期病院から医療ニーズの高い患者の受け入れを担っている。これまで入院調整や病床管理は主に看護部長が担っていた。そこで令和7年9月より医療ソーシャルワーカー（以下MSW）を常勤配置し、多職種および関連施設との連携を強化することで病床マネジメント体制を構築し、病床稼働率向上を目指した。本取り組みの効果について令和6年度と令和7年度を比較検討した。

【方法】

①院内連携の強化

・MSWと看護部長が毎日、入院相談患者および退院予定患者の情報共有を行い、役割分担を明確化した。

・病棟師長・主任と毎日病床移動や空床状況を共有し、病床稼働状況を踏まえた退院・入院調整を実施した。

・医療療養病床・介護医療院の空床情報を随時更新し、院内で共有した。

②受け入れ体制の整備

・毎週火曜日にオンラインで開催される退院支援担当者会議で急性期病院からの転院相談患者の情報共有を行った。

・転院相談患者の病名、医療行為、ADL、IADLなどを事前に把握し、受け入れ準備を行った。

・毎週金曜日に開催される病床運営会議において、医師、看護部、医事課、MSW、関連施設職員など多職種で全入院相談患者の情報を共有し、受け入れ先を検討した。

③病床マネジメント

・医療療養病床、介護医療院、介護老人保健施設間で患者の状況に応じた病床調整を実施した。

④地域連携の強化

・母体急性期病院の朝礼および医局会へ参加し、病床状況や受け入れ体制について情報共有を行った。

・近隣医療機関のMSWや介護施設相談員との情報交換を継続し、円滑な転院受け入れ体制の構築に努めた。

【結果】

令和6年度と令和7年度の取り組み前後を比較したところ、医療療養病床の病床稼働率は84%から92%へ改善した。母体病院からの受け入れ数は77人から95人、病院全体新規入院患者数は178人から224人となり、母体病院および地域機関からの紹介患者の受け入れが円滑となった。また、病床情報の一元管理と多職種間の情報共有により、医療療養病床、介護医療院、介護老人保健施設間で患者の状態に応じた病床調整を迅速に実施できるようになった。 このような取り組みにより令和7年度診療報酬額は前年比5.7%の増収となった。

【考察】

MSWが病床管理に継続的に関与したことで、院内外の情報共有が活性化し、退院調整と入院受け入れを並行して進める体制が構築された。また、多職種による病床運営会議や母体病院との情報共有により、患者の状態に応じた適切な病床選択が可能となり、病床の有効活用につながったと考えられる。さらに、定期的な情報発信や地域医療機関との関係構築により、転院相談がしやすい体制が整備され、新規入院患者の確保にも寄与したと考えられた。

【結論】

MSWの常勤配置を契機に、院内外の情報共有体制と病床マネジメント機能が強化され、病床稼働率の向上につながった。また、多職種が病床状況を共有し、入院受け入れを意識した病床運営を継続したことで、「病床が空けば速やかに次の入院患者を受け入れる」という病床師長をはじめとした現場スタッフの意識醸成にもつながった。

36-7　地域連携③

地域課題共有型研究会へ発展した多職種連携の実践

東京都・永生病院

○湯浅（ゆあさ）　直樹（なおき）（事務職）

【はじめに】
超高齢社会の進行に伴い、在宅医療・介護の現場では、医療と介護の切れ目ない連携体制の構築が求められている。一方で、地域では医師、看護師、介護職、リハビリ職、薬剤師、ケアマネジャーなど多職種の人材不足が進行しており、特に介護職不足は在宅生活継続に大きな影響を与えている。このような背景を受け、八王子中部在宅医療・介護研究会は 2020 年に企画され、八王子市中部圏域における多職種連携の学びと対話の場として活動を開始した。
【活動の目的】
本研究会は、在宅医療と介護の連携強化を目的に、多職種が互いの専門性を学び合い、地域課題を共有しながら、住み慣れた地域で安心して生活を継続できる支援体制づくりを目指している。特に、介護職の役割や視点を多職種が理解することを重視し、生活に密着した支援力向上を活動方針としてきた。
【活動の変遷】
研究会立ち上げ当初は、新型コロナウイルス感染症流行下であったことから、WEB 開催でスタートして、のちに対面と WEB を組み合わせたハイブリッド型開催へ移行した。初期段階では、多職種がお互いの業務や役割を知ることを目的とした講義形式や情報共有中心の企画が多く、地域における「顔の見える関係づくり」を主なテーマとしていた。
その後、継続開催を重ねる中で、参加者から「現場で困っている課題を多職種で話し合いたい」という声が増え、研究会の内容は徐々に変化していった。参加型企画を導入し、介護職不足、生活支援、職員のメンタルヘルス、高齢者の食事支援、心臓リハなど、現場課題をテーマとした対話型の研究会へ発展した。単なる知識共有ではなく、それぞれの専門職が現場の困難さや支援の工夫を持ち寄り、多角的な視点で課題解決を考える場へと変化していった。
また、研究会の企画・運営には、医師、保健師、看護師、薬剤師、理学療法士、ケアマネジャー、事務職など多職種の有志メンバーが参画し、地域事業所が参加しやすい環境づくりを進めてきた。運営側においても、多職種が協働しながら企画立案やファシリテーションを行うことで、地域コーディネーターとしての役割を担う人材育成にもつながった。
【結果・考察】
研究会を継続的に開催することで、多職種間の相談機会が増加し、日常業務における連携が円滑になった。また、介護職の専門性や生活支援の視点に対する理解が深まり、医療職側の意識変化にもつながった。特に参加型形式への移行後は、参加者同士の対話が活発化し、「地域課題を自分事として考える」姿勢が醸成されるようになった。
【結論】
八王子中部在宅医療・介護研究会は、多職種の相互理解を目的とした学習型研究会から、地域課題を共有し、多職種で解決策を考える参加型研究会へと発展してきた。今後も、地域の実情に即した対話と協働を継続し、持続可能な在宅医療・介護連携体制の構築につなげていきたい。

37-1　慢性期医療①

慢性期患者における栄養管理方法と予後の関連―生存解析および多変量解析による検討―

宮城県・西仙台病院

ちょうなん　まさし
○長南　雅志（医師）

【背景】
超高齢社会を迎え、慢性期医療における低栄養患者の増加が大きな課題となっている。慢性期病棟では、嚥下機能低下や全身状態不良を背景として、経口・経管栄養継続困難例に対し静脈栄養管理が選択されることが多い。しかし、栄養管理方法と生命予後との関連について、慢性期患者を対象に生存解析まで含めて検討した報告は限られている。特に、静脈栄養管理が単なる重症度の反映であるのか、あるいは独立した予後関連因子であるのかは明らかではない。
【目的】
慢性期患者における栄養管理方法と予後との関連を明らかにすることを目的とした。
【方法】
2025年1月から12月までに当院内科の慢性期病棟に入院した219例を対象に後方視的解析を行った。入院時の栄養管理方法により、経口または経管栄養群168例と静脈栄養群51例に分類した。年齢、BMI、血液検査所見、在院日数、死亡率、生存期間について比較検討した。観察期間中央値は経口・経管栄養群170日、点滴群127日であった。統計解析にはt検定、Mann-Whitney U検定、Kaplan–Meier法、log-rank検定、およびCox比例ハザード解析を用いた。
【結果】
静脈栄養群は経口・経管栄養群と比較して有意に高齢であり（85.5歳 vs 75.9歳，$p<0.001$）、BMI（16.7 vs 18.4，$p=0.002$）および血清アルブミン値（2.60 vs 3.02 g/dL，$p<0.001$）は有意に低値であった。またCRPは静脈栄養群で有意に高値であり（$p<0.001$）、炎症反応亢進を認めた。死亡率は静脈栄養群で49.0%、経口・経管栄養群で31.0%と、静脈栄養群で有意に高率であった（$p=0.020$）。Kaplan–Meier解析では静脈栄養群の生存率は有意に低く、log-rank検定で有意差を認めた（$p=0.0078$）。さらにCox比例ハザード解析では、静脈栄養管理は独立した予後不良因子であり、ハザード比1.78（95% 信頼区間1.15–2.75、$p=0.010$）であった。また低アルブミン血症および高齢も有意な予後関連因子であった。

【考察】
誤嚥性肺炎高齢患者を対象としたHonda Yらの報告においても、静脈栄養群は経口摂取群と比較して予後不良であることが示されている。また、Yamashita Tらは、高齢嚥下障害患者において、経管栄養群は中心静脈栄養群と比較して予後良好であることを報告している。本研究においても同様に、静脈栄養群では生存率低下を認めた。
本研究では、多変量解析においても静脈栄養管理が独立した予後関連因子として抽出された。これらの結果から、栄養管理方法は単なる投与経路ではなく、患者の嚥下機能、消化管機能、ADL、炎症状態、低栄養などを包括的に反映する指標である可能性が考えられた。
さらに、本研究では経口摂取群と経管栄養群を含む「腸管利用可能群」と比較して、静脈栄養群で予後不良を認めたことから、腸管利用可能性そのものが生命予後と関連している可能性が示唆された。腸管を利用した栄養管理は、生理的栄養経路の維持、腸管粘膜機能維持、感染合併症抑制などを通じて予後改善に寄与している可能性が考えられる。
【結論】
慢性期患者において、点滴管理は経口・経管栄養と比較して予後不良と関連していた。背景には高齢および低栄養状態の関与が示唆され、慢性期医療における適切な栄養介入および栄養管理方法の選択の重要性が示された。

37-2　慢性期医療①

医療療養型病棟におけるコミュニケーション支援の取り組みと QOL 維持に関連した一考察

大阪府・坂本病院

○寺島（てらしま）　正晃（まさあき）（作業療法士）、小西　隼矢、坂本　勇二郎

【背景】

生活期リハビリテーション（以下，リハビリ）では Quality of Life（以下，QOL），および Well-being といった心理的健康に重きを置かれており，心理面を良好に維持，向上する関わりがセラピストに求められている 1)．他者とコミュニケーションを図る能力を獲得することは QOL 維持の観点から極めて重要であると考えられる．

また、情報通信技術（Information and communication technology：以下 ICT）の進歩により情報技術の在り方は大きく変化した．総務省の調査 2）によると，スマートフォンの世帯所有率は，2023 年（令和 6 年）には 90.6% へと増加し，タブレットや PC 等も加えたこれらのデバイスの普及に加え，個々のデバイスがインターネットにより統合されることで，人々の生産活動や余暇活動，暮らし方，時間の使い方には大きな変化がもたらされた．

【目的】

当院の理念には「心のバトンタッチ」を掲げている．およそ 90% の患者が死亡退院される当院では患者や家族とその周りにいる人々が入院中も途切れることなく関わりあえる環境作りを職員が日々の業務の中で意識している．2023 年 5 月頃まで続いたコロナ禍では当院も面会制限を余儀なくされたが，オンラインによる面会を各職種で協力して行った．その経験から物理的な距離や時間にとらわれることなく，他者とコミュニケーションを図ることのできる重要性を認識した．

そこで，当院入院中の患者の中で療法士による介入や環境調整，ICT の活用によって従来の対面面会以外に他者とのコミュニケーションが可能になるのではないかと考え，評価および介入を行った．また，他者とのコミュニケーションが可能となることで QOL の維持にも寄与するのではないかと考えた．

【方法】

当院入院中の患者全 229 名の多くは重度の日常生活活動障害を有している．意識障害の程度を①Japan Coma Scale，②Glasgow Coma Scale の 2 つのスケールを用いて 3 つのカテゴリー分けを行った．その結果、意識障害がないまたは軽度で，かつ，言語機能と運動機能も比較的保たれている患者が 26 名であった．その 26 名に対し，スマートフォンやタブレット，意思伝達装置を利用して院外にいる他者とのコミュニケーションが取ることができるようになることを目的にリハビリ介入を行った．また，それらの患者に対し，日本語版 EuroQol-5Dimension-5Level（以下，EQ-5D-5L）を用い，定量的に評価した．

【結果】

介入を行った 26 名の EQ-5D-5L の各項目の中央値（四分位範囲）は，移動 5（5-5），身の回りの管理 5（5-5），ふだんの活動 5（5-5），痛み/不快感 2（2-2），不安/ふさぎ込み 2（2-3）であった．身体機能および日常生活活動には著しい障害が認められた一方，痛みや不安・抑うつは軽度から中等度であった．EQ-5D-5L の平均は 0.271 であり，対象者の健康関連 QOL は全体として低い水準であった．

【考察】

以上の結果より，終末期において長期間の療養生活を送る中で心理的適応が生じている可能性があり，身体機能の低下が必ずしも心理的 QOL の低下に直結しない可能性が示唆された．

【結論】

身体機能の低下と心理的苦痛は必ずしも一致しなかった結果から，終末期高齢患者において身体的自立度のみでは健康関連 QOL を十分に評価できず，心理的適応を含めた多面的評価の重要性を示唆している．家族との頻繁な面会やコミュニケーションが困難な場合でも，患者の希望や意図を読み取ろうとした適切なリハビリ介入や ICT を活用するなどの環境設定による工夫で，患者に応じたコミュニケーションを図る能力を支援し続けることは必要であると考えられる．

37-3　慢性期医療①

自己注射困難な高齢2型糖尿病に対するインスリンイコデクの効果

宮城県・松島病院

○丹野（たんの）　尚（たかし）（医師）、藤田　麻貴

【目的】インスリン治療の適応にもかかわらず、認知機能やADLの低下により自己注射が困難な高齢2型糖尿病患者を対象に、週1回注射のインスリン製剤であるインスリンイコデク（以下イコデク）で治療を行い、その効果について検討した。【方法】高齢2型糖尿病患者9名（平均年齢87.2歳、男性3名女性6名）にイコデク注射療法を導入し、糖尿病コントロールに及ぼす効果について検討した。【結果】①9名の原因疾患は軽度認知障害（MCI）6名、アルツハイマー型認知症2名、神経線維腫症2型によるADL低下1名であった。②注射実施者は家族5名、訪問看護師3名、通院1名であった。③全例入院のうえ、始めに持効型インスリンで血糖コントロールを行い、8名は入院中にイコデクを導入し、1名は外来で導入した。④イコデク切り替え前のインスリン製剤は、デグルデク6名、デテミル1名、グラルギン1名、デグルデク・アスパルト混合製剤1名であった。⑤イコデクの初回投与量は平均33.3単位（10－60単位）であった。⑥HbA1cの変化：入院時の平均HbA1c（9.2±0.7%）と比較すると、イコデク投与1か月後（8.1±0.7%、$p<0.01$）、2か月後（7.8±0.6%、$p<0.01$）、および3か月後（7.7±1.0%、$p<0.05$）に有意な平均HbA1cの低下が認められた。イコデク開始時（8.9±0.9%）と比較すると、1か月後（8.1±0.7%、$p<0.05$）、および2か月後（7.8±0.6%、$p<0.05$）に有意な平均HbA1cの低下が認められた。⑦経過中、低血糖発作は1例もなかった。⑧個々の症例で見ると、インスリン投与により過食が助長され、HbA1cの再上昇をきたす症例があった。【考察】今回の結果は、インスリン自己注射が困難な高齢2型糖尿病患者に対して、週1回注射のインスリン製剤であるインスリンイコデクの有用性と有効性を示すものである。現在わが国には1100万人の糖尿病患者がいるといわれている。有病率（12.9%）は加齢とともに上昇し、70歳以上の有病率は男性26%、女性16.5%であり（厚生労働省資料）、この中には多くの要介護高齢者が含まれると思われる。糖尿病治療において、良好な血糖コントロールは、細小血管症、大血管合併症をはじめとする様々な慢性合併症の発症進展阻止、および、コロナ禍で痛感したように病原微生物に対する感染防御能の保持にとって重要である。加えて、糖尿病高齢者においては高血糖によって生じる、口渇、多飲多尿、脱水症がQOLの低下につながり、時に認知機能低下の原因となる。良好な血糖コントロールの実現のためには、しばしばインスリン注射が必要となるが、糖尿病高齢者においては、加齢に伴う認知機能やADLの低下によって、インスリン自己注射手技の習得が困難であったり、長く続けてきた自己注射が加齢に伴う、認知機能、運動機能、視力の低下などによってできなくなることもある。また、高齢者施設の中には、医療スタッフの不足、とりわけ早朝空腹時の看護師不在を理由に、インスリン治療者の受け入れを制限しているところさえある。2025年1月から使用可能となったインスリンイコデクは、注射時間帯を選ばず、1回の注射で効果が1週間持続するインスリン製剤である。インスリン自己注射の困難な高齢2型糖尿病患者に、インスリンイコデクを用いて適切なインスリン治療を実現することは、高齢糖尿病患者が合併症のない豊かな療養生活を送るうえでの一助となりうるものと思われる。【結論】インスリン自己注射が困難な高齢2型糖尿病に対して、週1回注射のインスリン製剤であるインスリンイコデクは有用かつ有効な治療法である。

37-4　慢性期医療①

入院時 FIM からみた医療療養病棟患者の在院死亡リスク―高リスク患者の臨床的特徴―

東京都・みなみ野病院

○荒尾（あらお）　雅文（まさふみ）（理学療法士）、深沢　太一

【目的】医療療養病棟では、継続的な医学的管理を必要とする患者が多く、入院時から死亡を含めた予後を踏まえ、リハやケアを検討する必要がある。先行研究では、ADL 低下が高齢者の予後や死亡リスクと関連することが報告されてきた。一方、医療療養病棟において、入院時 FIM が日常的に評価されているにもかかわらず、その結果を死亡リスクの共有やケア方針の検討にどのように活かすかは明確ではない。本研究は、入院時 FIM 運動項目合計と在院中死亡との関連を検討し、入院早期に死亡リスクを念頭に置いて注意すべき患者像を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は医療療養病棟入院患者 1,157 例（生存退院 453 例、在院中死亡 704 例）とした。在院中死亡を目的変数、入院時 FIM 運動項目合計を主説明変数とし、年齢および疾患分類を調整したロジスティック回帰分析を行った。ROC 解析では死亡を陽性、FIM 低値を高リスクとして、Youden index に基づきカットオフ値を算出した。さらに FIM 下位 18 項目を比較し、死亡との関連、床効果、臨床的解釈を踏まえて、移乗、食事、問題解決の 3 項目を選定した。ROC 解析で得られたカットオフ値をもとに、FIM 運動項目合計 17 点以上の群、16 点以下かつ 3 項目全介助に該当しない群、16 点以下かつ 3 項目すべて全介助の群に分け、在院中死亡率を比較した。

【結果】入院時 FIM 運動項目合計は在院中死亡と有意に関連し、1 点増加あたりの調整オッズ比は 0.945 であった（$p<0.001$）。ROC 解析の AUC は 0.703（95%CI 0.672–0.733）であり、Youden index に基づく最適カットオフは 16 点であり、16 点以下を高リスクとした。この群の死亡率は 75.2%、感度 69.0%、特異度 64.7% であった。在院中死亡率は、FIM 運動項目合計 17 点以上群 42.7%（218/511）、16 点以下かつ 3 項目全介助に該当しない群 68.9%（162/235）、16 点以下かつ移乗・食事・問題解決すべて全介助群 78.8%（324/411）であり、段階的に高くなった。

【考察】FIM 運動項目合計 16 点以下は、医療療養病棟において重度 ADL 低下を示し、死亡リスクも高い状態を捉える値であった。移乗、食事、問題解決は、それぞれ離床能力、摂食・セルフケア、日常生活場面での判断を反映する項目である。FIM 運動項目合計 16 点以下の患者では、これら 3 項目がすべて全介助である場合に死亡率がさらに高く、重度 ADL 低下群の中でも特にリスクの高い患者像を示していた。本結果は、死亡予測にとどまらず、入院早期により注意して観察すべき患者を把握し、リハやケアの内容を検討するうえで有用と考えられる。

【結論】入院時 FIM は、ADL 評価にとどまらず、医療療養病棟における死亡リスクの共有やリハ・ケア方針の検討にも活用できる可能性がある。FIM 運動項目合計 16 点以下に加え、移乗・食事・問題解決がすべて全介助であるかを確認することは、入院早期により注意して観察すべき患者を把握するうえで有用と考えられる。

37-5　慢性期医療①

長期人工呼吸器使用患者のカフ圧と胸部X線での気管拡張の現状

佐賀県・順天堂病院

○富村（とみむら）　有貴（ゆうき）（臨床工学技士）、溝上　健次

［はじめに］
当院は115床を有する慢性期病院であり、人工呼吸器管理の患者が多く入院されている。気管切開チューブの適正なカフ圧は20～30cmH_2Oとされているが、長期人工呼吸器管理を行っているうえで、患者が使用している気管切開チューブのカフ圧、胸部X線でのカフ部の気管径、気管切開チューブの先端より遠位の気管径、人工呼吸器管理中の有害事象を調査した。
［対象］
本研究では、33名の人工呼吸器患者を対象とし、人工呼吸器装着期間は43～7322日であった。症例の内訳は神経難病12名、脳疾患10名、低酸素性脳症8名、頚髄損傷2名、閉塞性肺疾患1名である。
［方法］
当院が使用している気管切開チューブはコヴィディエンジャパンのアスパーエースである。カフ圧はカフ圧計を用いて測定した。患者の胸部X線でカフが膨らんでいる場所をカフ部の気管径（以降、カフ部径）とし、気管切開チューブの先端より遠位の場所を気管径（以降、気管径）とした。
［結果］
人工呼吸器装着期間が長くなるにつれて、カフ圧、気管径において増加傾向にあることがわかった。しかし人工呼吸器装着期間の長さとカフ部径には関連性は見られなかった。当院での有害事象は血痰を1例認めたが、カフ圧が高値による合併症として挙げられる、潰瘍形成や穿孔、気管腕頭動脈瘻の事象はなかった。
［考察］
本研究で長期的な人工呼吸器患者の気管径は経時的に拡張している傾向があった。人工呼吸器装着期間が長くなると、気管チューブのカフ・陽圧換気による気管の圧排により末梢の気管径が拡張すると考えた。また気管の拡張を伴うと、カフ圧・エアリークの増加などの呼吸器管理トラブルが発生するが、サイズ変更や気管チューブ自体の変更により解決しており、大きな有害事象は認めなかった。
今後の課題として、適切なカフ圧管理をおこなうことで気管拡張を防げるのか、また本研究ではカフ圧が高値で気管拡張を伴う症例にも明らかな有害事象を認めなかったことから、カフ圧の目標値は20～30cmH_2Oとされているが、人工呼吸装着期間が長くなるとカフ圧のある程度の上昇は許容できるものなのか今後も検討していきたい。

37-6　慢性期医療①

高齢透析導入患者の生命予後向上を目指して～個別因子に着目して～

1 埼玉県・富家病院、2 富家千葉病院

○松本（まつもと）　美穂（みほ）（臨床工学技士）[1]、下森　優[1]、湯浅　彩乃[1]、田中　笑子[1]、古橋　諭司[2]

【目的】

富家グループでの透析導入及び透析導入後維持透析受け入れ患者は高齢化が進んでいる。
慢性維持透析患者年齢分布の推移において、80 から 89 歳群が大幅に増加している。
これを踏まえ、当グループにおける 80 歳以上で透析導入維持透析患者の死亡例を対象に、生命予後に影響を与える因子について比較検討を行った。

【方法】

対象　当院および富家千葉病院にて維持透析を開始した患者のうち 80 歳以上で導入した入院及び施設入居患者
期間　2024 年 1 月から 12 月
原疾患、透析歴、ADL 及び初診時 BUN、Cr、ALB、CTR、spKt/v を抽出し、対象の各種データを当グループにおける入院及び施設入居者で比較した。
ADL 評価方法については、バーセルインデックス（BI）による評価とした。

【結果】

原疾患において慢性糸球体腎炎より腎硬化症が多く認められた。
透析歴が 6 年未満で予後不良となる傾向がみられた。
慢性維持透析患者透析前の基準値である、BUN70 から 90mg/dl、Cr 男性 11.9 ± 2.7mg/dl・女性 9.9 ± 2.2mg/dl、ALB3.5 から 5.0g/dl を下回る傾向にあった。
平均値の比較において、BUN、Cr、BI で有意差が認められた。
ALB、CTR、spKt/v では有意差が認められなかった。

【考察】

80 歳以上で透析導入維持透析を開始した患者の原疾患では、腎硬化症が増加傾向を示した。この背景には、社会全体の高齢化や対象患者の高齢化が関係していると推測される。平均値において BUN 及び Cr、BI に有意差はみられたが、各々の男女差や体格差、あるいは初診時の ADL の違いに起因する可能性が考えられる。また、ALB、CTR、spKt/v では有意差が見られなかったものの、死亡例の解析からは ALB 及び ADL が生命予後に影響を及ぼしている可能性が示唆された。
以上のことから、生命予後には環境因子より、患者個人の個別因子が大きく関与していると考える。筋肉量の維持、栄養状態の維持、適切な食事管理による栄養障害の改善、日常的な運動の導入を促すとともに、個々の病態や生活背景を把握することが重要であると考える。

【結論】

高齢透析導入患者における維持透析の質を高めるためには、栄養指導による食生活の改善、日常生活への運動導入による ADL の維持・改善が重要である。これらにより、長期的な透析治療の継続が期待できる。
また、積極的な腎臓リハビリテーションの実施も有用であると考えられる。

38-1　慢性期医療②

慢性期脳卒中患者に対するボツリヌス療法が介護負担に与える影響

北海道・洞爺温泉病院

○佐伯（さえき）　拓磨（たくま）（理学療法士）、浅利　弘樹、古屋　龍杜、渡久山　晃、井口　明、水谷　一寿、中谷　玲二

【目的】
慢性期脳卒中患者に対するボツリヌス療法が、介護・介助負担に与える影響を明らかにすること。
【方法】
対象は当院および当介護医療院に入院・入所中の上下肢痙縮を有する慢性期脳卒中患者で、上下肢筋にボツリヌス療法を行った17名（男性9名・女性8名、平均年齢74.2±11.0歳、脳梗塞7名・脳出血10名、mRS中央値4［範囲2〜5］）とした。なお、上肢のみまたは下肢のみへの施注例は除外した。A型ボツリヌス毒素製剤を上下肢筋に施注し（平均施注単位数600±141単位）、施注後より理学療法・作業療法を各2回/日実施した。主要評価として、牧迫らのADL介助負担度評価を参考に作成した質問紙（起居動作、移乗動作、上位更衣、下衣更衣、清拭（陰部清拭・オムツ交換含む）、手の衛生保持の全6項目、各項目VAS形式：0〜100mm）を用い、実際に介助を担当する看護師、看護助手、介護スタッフ等の複数名が初回施注前および施注1ヶ月後に回答し、各項目の平均値を分析に用いた。副次的評価として、施注筋のModified Ashworth Scale（MAS）、関節可動域（ROM）、Functional Independence Measure（FIM）を評価。統計解析にはWilcoxonの符号順位検定を用い、有意水準は5%とした。
【結果】
主要評価において、介護・介助負担スコアの合計は施注前中央値36.4点［IQR：25.8-38.3］から施注後28.5点［IQR：19.7-31.9］へと有意に改善した（p=0.0003）。6項目中5項目（移乗動作、更衣動作（上衣・下衣）、清拭、手の衛生保持）において有意な改善を認め、特に手の衛生保持において最も大きな改善を認めた（変化量中央値-1.3点）。起居動作については統計的有意差を認めなかった（p=0.062）。副次的評価において、上肢・下肢それぞれの施注筋MASの平均および関節可動域に改善が認められ、FIMについては統計的有意差を認めなかった。
【考察】
ボツリヌス療法が介護負担に与える影響については上肢のみへの施注を対象とした既報があるものの、更衣・清拭・移乗動作など具体的な介護・介助場面における身体的負担への影響を検討した研究はこれまでにない。本研究はボツリヌス療法が具体的な介護・介助動作における負担を有意に改善させる可能性を示した報告であり、慢性期脳卒中患者に対するボツリヌス療法は介護負担軽減に寄与する有効な手段となり得ると考える。特に手の衛生保持や更衣動作など上肢痙縮の軽減が直接反映される項目で効果が顕著であった。起居動作は体幹機能が大きく関与する動作特性を有しており、上下肢痙縮の軽減のみでは改善が得られにくかったためと考えられる。FIMはADL自立度の指標であり介護負担感を直接反映しないこと、またmRS中央値4と重症例が多く慢性期では短期でのFIMの変化が生じにくいことが影響した可能性がある。本研究はリハビリテーションとの併用が可能な施設環境において実施されており、ボツリヌス療法とリハビリテーションを組み合わせた介入が介護負担軽減に寄与した可能性があり、生活期・慢性期におけるボツリヌス療法の臨床的意義を示す知見と考える。本研究の限界として対照群を設けない単群前後比較デザインであること、独自の介護負担評価指標を用いていること、評価者の盲検化がなされていないことが挙げられ、今後は比較研究による検証が必要である。
【結論】
介護医療院および医療療養病棟に入院・入所中の上下肢痙縮を有する慢性期脳卒中患者に対するボツリヌス療法は、介護・介助負担を有意に軽減させる可能性が示された。

38-2　慢性期医療②

「施設特化型診療所」における高齢者施設医療の現状と役割～施設に特化した診療所の15年の歩み～

1 福岡県・久英会クリニック・内科、2 久英会クリニック・歯科

○佐藤（さとう）　一也（かずや）（医師）[1]、渡邉　雄[2]、中尾　一久[1]

【背景】A診療所（連携型強化型在宅支援診療所）は15年前、特別養護老人ホーム（特養）150床の施設内に「施設特化型診療所」として開設され、他関連施設も含め医療・介護を一体的に支えている。また2年前より歯科を増設し嚥下機能向上にも乗り出し、3km圏内には系列病院（回復期リハ50床、地域包括ケア50床の連携型強化型在宅支援病院）を擁する。さて、高齢者施設では多面的な医療介入が求められる一方、施設対応の診療所が実際にどのような役割を担っているかについての報告は多くない。そこで今回、診療実績を検討し施設特化型診療所の現状と役割について報告する。

【目的】受診実績、治療成績、病診連携、看取り、嚥下評価の各側面から可視化し、その意義と役割を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】A診療所の診療実績を後方視的に集計した。延べ受診者数は2011～2025年度で推移を確認し、2021～2025年度ではグループ内外の受診数、特養受診率、治療施行疾患別人数と治癒率・入院率・死亡率、紹介入院数及び救急搬送数、看取り数の内訳を検討した。更に2024～2025年度では嚥下造影検査（VF）実施件数の推移及びVF後の誤嚥性肺炎発症率を確認した。

【結果】①延べ受診者数は開院より増加し2018年度16,154人に達した。コロナ禍では減少したが、2024年度以降は増加を認め歯科受診者が大きく寄与した。②5年間のグループ内外受診数では、2021～2023年度特養受診率は約80％で推移し、2024～2025年度は70.6～71.2％であった。一方、グループ外受診数は2021年度880人から2025年度2,069人へ増加しており、施設内診療を基盤としながらも診療対象が広がっていた。③治療施行疾患は誤嚥性肺炎含む肺炎及び上下部尿路感染症が中心であり、治癒率は2021～2025年度で79.8～80.8％と概ね一定であった。入院率は11.6～19.0％、死亡率は0.9～7.6％で推移し、全体件数が増加する中でも約80％と高い治癒率を維持し施設内で一定の治療完結が得られていた。④紹介入院数は年次で増加し、特に2023年度の系列病院における「地域包括ケア病棟」への病床再編を機に、系列病院への紹介は2021年度9人から2025年度76人へと激増した。一方で、救急搬送数は16件から9件へと減少した。⑤看取り実績は年間約40件で推移しているが急変による看取りは7人から2人へ減少した。⑥歯科併設後に導入したVF件数は2025年度15件へと増加し、VF後誤嚥性肺炎発症率は2024年度より低下していた。

【考察】A診療所は、特養入所者に対する日常診療の受け皿として機能するだけでなく、感染症の急性期対応、入院が必要な症例の適切な病診連携、計画的な看取り支援、さらに嚥下評価まで含めた包括的な医療を担っていた。治癒率が約80％を維持していたことは、施設内での初期対応と継続診療が一定の成果を上げていることを示唆する。また、紹介入院の増加は、必要時に適切な医療機関へつなぐ連携機能が強化されていることを示すと考えられた。またターミナル看取りが増加し急変看取りが減少していたことは、日常的な診療介入に加え、事前の病状把握や家族説明、多職種連携が進んだ可能性を示している。更に、歯科導入が肺炎数の減少に繋がっていないのが残念であるが、VF後の嚥下評価対応が誤嚥性肺炎抑制に反映していると考えられ、今後に期待される。

【結語】施設特化型診療所は、単なる施設の嘱託医に留まらず、歯科や系列病院との有機的な連携を深めることで真価を発揮する。これにより、地域の救急医療インフラへの負担を削減しつつ、施設内での医療完結および「平穏な看取り」の質を同時に向上できる、極めて有効な高齢者医療体制であると言える。

38-3　慢性期医療②

慢性期入院患者への新しい認知機能評価バッテリーの提案 2―精神疾患・神経難病の患者を対象とした検討―

宮城県・西仙台病院

○阿部（あべ）　祐也（ゆうや）（臨床心理士）、後藤　貴浩、堀越　歩、渡辺　正美

【背景と目的】当院では，慢性期患者の認知機能を適切かつ妥当に評価する新たな評価器具として，Nishisendai Psychological Assessment Battery（N-PAB）を作成し，その妥当性の検証結果を第 33 回日本慢性期医療学会にて報告した。その際，対象者は内科療養病棟の患者に限られており，内科疾患を主とする患者が対象であった。そのため，精神疾患や，内科疾患の中でも神経難病を主診断とする，経過が大きく異なる慢性期患者への使用の可能性については検討の余地が残っている。そこで本研究は，N-PAB が精神疾患・神経難病を主診断とする慢性期患者の認知機能も妥当に測定し得るかを検討することを目的とする。尚，本研究は西仙台病院倫理委員会による審査を受け，承認を得ている。

【方法】当院入院中の精神一般病棟・精神療養病棟・障害者病棟に入院中の患者のうち，分析を行った X 年 Y 月 Z 日時点で入院期間が 1 年以上となった者，　もしくは当院入院から退院まで 1 年以上経過した者を対象に，N-PAB の結果について信頼性（内的一貫性）と妥当性（基準関連妥当性）の検証を行った。信頼性の指標としては，Cronbach の α 係数を算出した。妥当性の指標としては，改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R），Cognitive Test for Severe Dementia（CTSD），Functional Independence Measure（FIM）の運動項目および認知項目，そして Glasgow Coma Scale（GCS）との Pearson の相関係数を算出した。また教育歴を基準とした 4 群間の合計得点の差について，分散分析を用いて比較した。

【結果】対象となった患者は 41 名（男性 20 名，女性 21 名，平均 78.93 ± 11.75 歳）だった。平均入院期間は 762.0 ± 410.4 日（中央値 712.0 日）であった。主たる診断としては認知症が最も多く，50% 以上を占めた。Cronbach の α 係数は，0.97 と満足できる値であった。また，N-PAB と他の指標との相関について，HDS-R との相関が r=0.92（p ＜.001），CTSD が r=0.96（p ＜.001），FIM 運動項目が r=0.40（p =.01），FIM 認知項目が r=0.81（p ＜.001），そして GCS が r=0.86（p ＜.001）であった。尚，HDS-R で 0 点だった患者は 16 名いたが，N-PAB では，1 点から 42 点の範囲で得点化できていた。また，CTSD で 30 点満点となった患者は 3 名いたが，N-PAB では，83 点から 96 点の範囲で得点化できていた。分散分析の結果，教育歴による有意差は出なかった（F =2.525，p =0.088）。

【考察】分析結果より，N-PAB は内科疾患を主とする慢性期患者だけでなく，精神疾患・神経難病を主とする慢性期患者に使用した際にも，項目の一貫性及び認知機能検査との高い相関を有し，意識状態や認知的能力とも関連することが示唆された。また，既存の検査で床効果・天井効果が生じる患者群に対しても，一定範囲での得点化が可能であり，慢性期医療の対象となる幅広い患者の認知機能について，その経過をより詳細に評価し得る可能性が示唆される。一方で，信頼性・妥当性の点で検討すべき側面が残っている点や，N-PAB が評価している概念の確認，他施設での利用の可能性等，追加の検証と分析が必要と考える。

38-4　慢性期医療②

脊髄損傷患者に対する体外式人工呼吸器の使用経験～呼吸機能向上に関するケースシリーズ研究～

千葉県・富家千葉病院

○大森　快（理学療法士）、小川　仁道、村越　大輝、須賀　晴彦

【目的】

脊髄損傷受傷後は呼吸器合併症を発生する事が多い．安静時吸気の 65% 程度を担う横隔膜は第 3～5 頚髄節支配，強い咳嗽を行う際には，腹直筋，内・外腹斜筋，腹横筋，内肋間筋であり，胸腰髄節支配である．頚髄損傷および上位胸髄損傷では，これらの呼吸筋麻痺によって脊髄損傷患者では呼吸筋麻痺や胸郭可動性低下により拘束性換気障害を呈し，上気道のクリアランス能力の低下（咳の力）をきたし，%肺活量は完全麻痺では第 4 頚髄節残存レベルで 40%，C5 で 50%，C6 で 60%，C7 で 70% となり，換気能力低下をきたす[2)]．そのため喀痰困難や呼吸感染症を反復することが少なくない．体外式陽陰圧人工呼吸器は胸郭への陽圧・陰圧負荷により換気補助を行う非侵襲的な呼吸補助機器であり，呼吸機能改善への有用性が期待できる．本研究では脊髄損傷患者に対する体外式陽陰圧人工呼吸器の使用が呼吸機能に及ぼす影響を検討した．

【対象】

当院療養病棟に入院された脊髄損傷患者 4 症例（男性 4 例、C3～5 損傷 3 例、C5～6 損傷 1 例、平均年齢 73.3 ±9.48 歳）とする．

【方法】

対象患者に対し，通常のリハビリテーションに加えて，IMI 社製体外式陽陰圧人工呼吸器 TCV-100K を導入する．チャンバーを腹側に装着して（持続陰圧モード：吸気圧-20cmH_2O，2 分実施．継続して排痰補助モード：胸郭外高振動，圧 ±20cmH_2O，振動数 600 回/分，疑似咳，吸気圧-25cmH_2O，呼気圧 10cmH_2O，I/E 比 6.0：1.0，呼吸回数 40 回/分，各 2 回 2 分，2 回繰り返し）頻度は 1 日 1 回として介入時間は 1 回 60 分とした．期間は 2 週間の介入と 2 週間の非介入を繰り返す ABAB デザインとする．評価項目は，ミナト社製 auto spiro AS-307 を用いて peak flow（以下 PEFR）と努力性肺活量（以下 FVC）を測定．また，最大呼気時および最大吸気時の胸郭横径を測定し胸郭の可動性と自覚的呼吸困難感とした．介入前後で 2 週間の間隔を設定して変化を記述的に評価した．

【結果と考察】

現在，治療継続中のため詳細は当日報告させていただく．

38-5　慢性期医療②

慢性期医療における高齢者摂食嚥下障害の可視化を目指した新規摂食嚥下機能スコアの検討

1 滋賀県・淡海ふれあい病院　摂食嚥下センター、2 淡海ふれあい病院　リハビリテーション部、3 淡海ふれあい病院　看護部

○河本（かわもと）　勝之（かつゆき）（医師）[1]、野村　ちひろ[2]、矢守　郁子[2]、松井　英樹[2]、堀田　紗矢[2]、遠藤　雄之[2]、境　佐知子[3]

【現状と問題点】嚥下障害における嚥下内視鏡検査（以後 VE 検査）は、兵頭スコアの点数を嚥下障害の指標とすることが多い。しかし、これには 2 つの問題点がある。1 つ目の問題点は、兵頭スコアは咽頭の能力を評価するものであり、意欲、認知等の先行期、口腔機能は評価できない。しかし高齢者や認知症患者では先行期、口腔機能の低下が原因で摂食できない方が多い。このため兵頭スコアが良くても、実際には摂食できない方がいるという矛盾がある。2 つ目の問題点は、兵頭スコアは 0〜12 点で、点数が高い程、嚥下能力が悪いと設定されている。しかし患者、家族等の一般の方にこの点数で説明しても理解が難しい。

【解決策】

1）問題点 1 の解決策：咽頭機能を表す従来の兵頭スコアに加え、新たに 3 要素（食欲、意思疎通、口腔機能）の評価を追加する。

2）問題点 2 の解決策：合計 100 点満点でのスコアとし、点数が高い方が良い、点数が低い方が悪いとし、一般の方にも分かりやすいスコアとする。

【目的】嚥下障害が予想される高齢者や認知症患者を対象に、以下 VE 検査による従来のスコア（兵頭スコア）評価に、被検者の認知、食欲、口腔機能評価を追加し、総合点を 100 点満点とし、点数が高い方が能力が高いという新たな摂食嚥下機能評価スコアを検討する。

【対象】当院地域包括病棟に入院し、嚥下評価を必要とした患者。

【方法】VE 検査を行う。また患者のその他の追加評価（下記⑤〜⑧）を行い、新規スコアを算出する。兵頭スコアの算出方法はあえて変更せず、従来の点数（0〜12 点）を 50 点満点に逆換算する。それに新規項目（50 点満点）を追加し、合計で 100 点満点になるよう設定する。新規スコア（100 点満点）＝兵頭スコア（50 点満点）＋新規追加スコア（50 点満点）となる。

換算は以下の様に設定する。元の合計点数（換算後点数）の様に記載する。0 点（50 点）、1（46）、2（42）、3（37）、4（33）、5（29）、6（25）、7（21）、8（17）、9（12）、10（8）、11（4）、12（0）。

新規追加スコアは下記とする。

⑤意識：0 点（意識清明），1 点（覚醒状態にムラあり）、2 点（よびかけや体を揺すると覚醒する）、3 点（常に覚醒不良）

⑥食への意欲：0 点（促しなしで、自発的に食べる）、1 点（促したら食べる）、2 点（好きなものだけ食べる）、3 点（促しや援助を行っても全く食べたがらない）

⑦協力：0 点（協力的―コミュニケーション良好）、1 点（協力したり、しなかったりムラがある）、2 点（非協力的、あまりコミュニケーションしたがらない）、3 点（協力不可）

⑧口腔通過時間（2 回施行）：0 点（4 秒以内）、1 点（1 回は 4 秒以内、もう 1 回は 5 秒以上）、2 点（5〜9 秒）、3 点（10 秒以上）

これら（⑤〜⑧項目）の点数を同様の換算表に従い、50 点満点に置き換える。①〜⑧の総合点を算出する。総合点と退院時の経口摂取状況との関連等を検討する。 学会当日は、2026 年 2 月から 8 月までの症例を検討し、報告する予定である。今回は各施設で普及していると思われる従来の兵頭スコアを元に点数を換算表に基づいて計算したが、将来的にはもっと簡便な方法での点数化を検討する予定である。

38-6　慢性期医療②

ケアミックス病院における一次救急の受け入れ体制構築と現状から見えた今後の課題

東京都・永生病院

○立川（たちかわ）　毅（つよし）（看護師）、堀内　里恵、深谷　柚花、森下　沙綾、安藤　幸代

【目的】

八王子市は高齢化率 27.1% と東京都平均 22.7% を大きく上回っており、高齢患者の救急受診や入院需要が増加している地域特性を有する。当院は昨年度までは併設クリニックが一次救急を担ってきたが、外来診療との両立が困難で応需率の低下が問題となっていた。一方で当院はケアミックス病院として、救急対応から入院、在宅支援まで一貫した医療提供が可能であり、特に入院を要する高齢患者の受け入れに強みを持つ。この地域特性と当院の機能を踏まえ、病院本体で一次救急受け入れ体制を構築し、2026 年 2 月より運用を開始した。本研究は、この一次救急受け入れ体制の運用状況を明らかにし、受け入れ件数・応需率・受け入れ困難要因・入院を要する高齢患者の受け入れ状況を分析することで、現状から見えた課題と今後の体制強化に向けた示唆を得ることを目的とする。

【方法】

2025 年 12 月より一次救急受け入れ体制の構築に向けた院内会議を開始した。会議では、①一次救急専用の外来受け入れカルテの作成、②救急受け入れフローチャートの作成、③受け入れ場所および必要物品の確保を行い、体制整備を進めた。医師体制は、病棟担当医師が輪番制で一次救急に対応する方式とし、曜日ごとに担当医を配置した。看護師体制は、消防庁からの要請に対応する看護師 3 名を固定配置とし、加えて救急患者対応として 2 病棟の看護師が交代制で配置される体制を整備した。

2026 年 2 月から 5 月までの 4 か月間における一次救急要請の受け入れ状況を後方視的に分析した。受け入れ件数、応需率、受け入れ困難の理由、入院を要した高齢患者の状況を整理し、運用上の課題を抽出した。

【結果】

期間中の救急要請は 58 件で、そのうち 38 件を受け入れ、応需率は 66% であった。受け入れ困難は 20 件であり、病態的に当院での対応が困難であったものが 10 件（50%）、運用時間外が 4 件（20%）であった。受け入れ 38 件のうち 24 件が入院となり、その多くが高齢患者であった。これは当院のケアミックス病院としての特性が発揮された結果と考えられた。一方で、医師は病棟業務を兼務しており、救急要請への即時対応が難しい場面がみられた。また、看護師もトリアージ担当者が限られ、病棟業務との兼務により負担が大きい状況が確認された。

【考察】

一次救急受け入れ体制の運用により、当院は地域の救急需要に一定の役割を果たし、特に入院を要する高齢患者を 24 件受け入れたことは、ケアミックス病院としての強みが明確に示された結果である。一方で、受け入れ困難の半数は病態的に対応が難しいケースであり、地域内での役割分担の明確化が求められる。また、医師は曜日ごとに担当が設定されているものの、病棟業務との兼務により即応性が十分に確保できず、判断や対応に時間を要する場面がみられた。看護師もトリアージ担当者が限られ、病棟業務との両立により負担が大きい状況であった。今後は、即応性を高めるための動線整備や連絡体制の改善、看護師の救急対応スキルの強化が必要である。さらに、地域連携を進めることで、持続可能な一次救急受け入れ体制の構築が期待される。

【結論】

一次救急受け入れ体制の運用により、当院は地域の救急需要に一定の役割を果たし、入院を要する高齢患者を中心にケアミックス病院としての強みを発揮できた。一方で、医師・看護師の兼務による即応性の課題が明らかとなり、人的体制や動線の改善が必要である。今後は地域連携と院内体制の強化を進め、持続可能な一次救急受け入れ体制の確立を目指す。

39-1　栄養管理①

多職種連携による患者の嗜好や食環境に配慮した取り組み

高知県・高知城東病院

○岡本（おかもと）　紀美（きみ）（管理栄養士）、井上　由美、宮竹　智恵美、山﨑　奈々、岡本　桃夏

【はじめに】

当院は介護医療院を183床有しており、2025年2月に管理栄養士を病棟専従とし、4月より新規入院患者を対象に「経口維持加算」の算定を開始した。認知機能の低下や摂食嚥下障害を有する患者の経口維持支援を充実させる為に、多職種で行った取り組み・事例を報告する。

【取り組み内容】

当院の経口維持加算の対象患者で、2025年8月頃から食事の吐き出しや食事拒否がみられ、摂取量低下が目立つようになった。食事形態や食事量の調整を試みたが、食への意欲を十分に引き出すことができなかった。そこで、多職種で情報共有・話し合いを行った結果

① パン食を好んでいる為、提供してみるのはどうか。

② 他患者の視線が気になり注意散漫となっているため、食事の席配置や周囲からの刺激を調整してみてはどうか。

という以上2点の意見が挙げられた。①に関しては委託会社協力のもと、昼食の主食をパンへ変更しパンを好むという嗜好を反映した食事内容の調整を行い、②については、他患者の視線によって生じる注意散漫・摂取量の低下を防ぐため、席配置を最前列にし集中して食事摂取をすることができるよう病棟スタッフ協力のもと食環境の調整を行った。

【結果】

多職種での情報共有・話し合いを行った結果として、本症例においてもパン食を食事に取り入れたところ、パンを自ら手に取り、笑顔で自力摂取することが可能となり、摂取量も約2か月後、平均91%→98%に向上した。また、食事に集中できる環境調整の実施は、経口維持に関する取り組みの一要素として挙げられており、本症例でも同様に視界に入る他の患者の動きを考慮した席配置を行い、食事に集中できる環境調整を行ったことで、心理的安心感が得られ、摂取量の改善につながった。

【考察】

患者の嗜好を反映した食事内容の調整は、経口摂取量の維持・改善に寄与する可能性が示唆されている。パンを好むという患者の嗜好を尊重したことで「食べたい」という感情を引き出し、また食事への集中を促すため、「視線を外す」という外的環境の調整という2つの要素が合致したことが、自力摂取および摂取量の改善につながったと考えられる。

【まとめ】

今回の事例は栄養面からみると食事摂取量は向上したものの、栄養指標であるアルブミン値は低値での推移、体重は不変の傾向を認めた。数値としての栄養改善は今後の課題である。しかし、高齢者において経口摂取を維持することは、栄養状態の維持のみならず、生活の質（QOL）の観点からも重要であると示している。本症例でも、患者の尊厳と笑顔を取り戻すことが心に与える影響の大きさは、単なる栄養量のみならず、食事を楽しむ気持ちを引き出すために重要であることが再認識できた。引き続き、今後も多職種連携で適切な介入や環境調整を行い、経口維持支援のために努力を重ねていきたい。

39-2　栄養管理①

アルギニン・コラーゲンペプチド・亜鉛配合栄養補助食品による褥瘡改善効果の検討

長野県・轟病院

○徳嵩（とくたけ）　美祐（みゆ）（管理栄養士）、小田切　明子、村山　太郎、長尾　玄

【背景・目的】褥瘡予防および治療には適切な栄養管理が重要である。先行研究では褥瘡患者に対して特定の栄養素の補給は褥瘡の新規発生率を減少させ、創傷治癒を促進することが示されている。今回我々は、アルギニン・コラーゲンペプチド・亜鉛配合栄養補助食品（以下 ONS：Oral Nutrition Suppleement）の投与が DESIGN-R スコアで評価した褥瘡改善に与える影響を検討した。

【方法】対象者は当院慢性期療養病棟に入院中の褥瘡を有する入院患者 6 名（DESIGN-R スコア中央値 21 点、15～49 点）。男女比 1：5。平均年齢 82（62-88）歳、すべて急性期病院から転院されてきた基礎疾患（脳血管疾患、糖尿病など）を有する患者であり、ほぼベッド上で過ごされていた。ONS は 1 日 2 本投与（1 本 125ml あたりエネルギー 200kcal、たんぱく質 7.5g、アルギニン 2.5g、コラーゲンペプチド 5.3g、亜鉛 10.0mg、ビタミン C500mg）、ONS の投与開始日を Day 0 とし、Day 30・60・90 の DESIGN-R スコア変化を Wilcoxon 符号順位検定で評価した。さらに、褥瘡改善には栄養以外の交絡因子の影響が考えられるため、ONS 投与前後における DESIGN-R スコアの経時的変化の傾きを算出し比較検討した。

【結果】ONS 投与後の褥瘡の変化は Day0 と比較し Day30・60 は有意差がないものの（Wilcoxon 符号順位検定 Day30：1 名改善、p=0.98、n=6：Day 60：4 名改善、p=0.34）、Day90 において DESIGN-R スコアの有意な改善を認めた（p=0.03、効果量 r=0.90）。Day90 では 6 名全例で褥瘡は改善し、うち 2 名は完全治癒（DESIGN-R=0）に至った。さらに、ONS 投与前後における DESIGN-R スコアの経時的変化の傾きを比較した結果、全症例で DESIGN-R スコアの改善傾向を認めたが、検出力不足により経時的変化に統計学的有意差は認められなかった。

【考察】Day60 から DESIGN-R 改善傾向が現れ、Day90 で DESIGN-R は有意に改善、先行研究報告例の 8 週間後と大きな差はなかった。さらに ONS 投与後に全症例において DESIGN-R の改善傾向を認め、ONS 投与が褥瘡改善に寄与した可能性が示唆された。本研究は n=6 と小数例、対照群なしの研究であり、ONS 投与の効果に確定的な結論を得るには至っていない。しかし、ONS 投与後の観察から得た大きな効果量（r＝0.90）と統計的有意差（p＝0.03）は、一定の有効性を示唆する結果であった。

【結論】ONS 投与が褥瘡改善に寄与した可能性が示唆された。今後は症例数の蓄積や対照群を含めた検討を進めることで、より確かなエビデンスの構築に繋げていきたい。

39-3　栄養管理①

最後の一口まで自分らしく生きるために～当院での嚥下調整食の取り組み～

福岡県・有吉病院

○木村（きむら）　康子（やすこ）（管理栄養士）、田中　圭一、藤森　和子

【目的】

食べることは単なる栄養摂取に留まらず、生きる喜びや QOL（生活の質）に直結する重要な営みである。2026 年度の診療報酬改定において嚥下調整食加算が新設され、世間の注目は高まっているが、当院では 15 年ほど前より、患者が最後の一口まで食べる楽しみを全うできるよう、独自の嚥下調整食の開発と提供に注力してきた。本発表では、なるべく「形のあるもの」を食べていただくための工夫と、食事の大切さを伝えるための実践報告を行う。

【方法】

当院では学会分類 2-1（噛まなくてもよい）、学会分類 3（舌でつぶせる）、学会分類 4（歯ぐきでつぶせる・容易に噛める）、常食の 4 つの食事形態を基本として展開している。単に「調理工程で柔らかくする」だけではなく、形態ごとに「使用する食材そのものを最適化する」独自の手法を導入した。

学会分類 2-1・3：完全調理品も活用し、滑らかな食感を維持できる食材や、均質化しやすい魚介類などを選定。見て食材が何であるか認識できるよう、調理や盛り付けを工夫している。

学会分類 4：加熱によって硬化しやすい肉類等には酵素を使用し見た目は常食に近づけている。筍など軟化しない食材は代替メニュー対応することで、常食提供は継続している。

これらの形態管理に加え、多職種（医師、看護師、言語聴覚士、理学療法士、介護士、管理栄養士）による定期的なミールラウンドを実施し、嚥下機能以外に、患者の食事に対する意欲や姿勢、嗜好を評価・サポートする体制が構築されている。

【結果】

食材選定からのアプローチにより、嚥下調整食であっても視覚的に料理の判別が容易な「形のある食事」の提供が可能となった。これにより、見た目の悪さによる食欲低下を防ぎ、食事レベルの引き下げ（ステップダウン）を最小限に留める効果が示唆された。また、長年にわたるこの取り組みは嚥下調整食加算の算定へと繋がり、今回の診療報酬改定における算定要件もスムーズに満たすことができた。当院の取り組みが客観的にも評価される基盤であったと証明されたと考える

【考察・結論】

「食べることは、生きることそのもの」である。QOL を維持・向上させるためには、機能に合わせた安全な食事形態であることは前提としつつも、患者が「食べたい」と思える視覚的・味覚的なクオリティが不可欠である。当院が長年培ってきた嚥下調整食への取り組みの根底には理事長の考えがあり、「最後の一口を大切にする」姿勢は、患者の生きる意欲を支える強力なアプローチとなり得ることが示唆される。今後も高齢者の「食べる」を支えながら、尊厳を守る取り組みを継続していく。

39-4　栄養管理①

食事形態の変化と食事摂取率の関係―回復期リハビリテーション病棟における検討―

東京都・平成扇病院

しんぼく　りえ
○新木　理恵（管理栄養士）

【背景】
回復期リハビリテーション病棟において、栄養状態の維持・改善は機能回復に直結する重要な要素である。食事形態は嚥下機能や咀嚼能力に応じて調整されるが、視覚的印象や食感の違いが食欲に影響を及ぼす可能性がある。しかし、食事形態の変更が直後の食事摂取率に与える影響に関する報告は少ない。
【目的】
回復期リハビリテーション病棟入院患者における食事形態の変更が直後の食事摂取率に与える影響を明らかにすることを目的とした。
【対象】
2023 年 4 月から 2025 年 3 月に退院した患者のうち、食事形態の変更が行われた 142 症例を対象とした。
【方法】
食事形態変更前後 8 日間の食事摂取率について後ろ向き観察研究を行った。見た目の変化が少ない変更例および 3 食経口摂取していない症例は除外した。変更前後の食事摂取率の平均値を算出し、ウィルコクソン符号付順位検定により比較した。
【結果】
対象 142 症例の平均年齢は 71 歳であった。摂取率が低下した症例は 45 例、変化なしは 36 例、向上は 61 例であった。全体の摂取率平均値は 8.5 から 8.8 へ上昇したが、有意差は認めなかった（p=0.073）。嚥下調整食 4 から普通食へ変更した症例（n=72）では摂取率は有意に上昇した（p=0.038）。変更前摂取率不良群（75% 未満、n=35）では 5.6 から 7.0 へ有意に上昇した（p=0.001）。年齢が若く、変更前摂取率が低いほど改善傾向を認めたが、低摂取群では改善と低下のばらつきがみられた。
【考察・結論】
若年層や摂取率不良群では食事形態の変更が摂取率向上に寄与する可能性が示唆された。一方、高齢者では形態の引き上げが摂食負担となり、摂取量低下を招くリスクがある。このことから、食事形態の変更は嚥下機能の改善のみを根拠に実施するのではなく、年齢や変更前の摂取状況を考慮しながら個別に判断する必要がある。また、変更直後のモニタリング体制を強化し、摂取率低下の兆候を早期に把握して食事形態を再調整するなど、リハビリテーションの進行に応じた動的な栄養管理の実践が重要である。

39-5　栄養管理①

ひとりひとりに寄り添った栄養管理を目指して～経口摂取に取り組んだ1例～

広島県・ナカムラ病院

○村田（むらた）　汐梨（しおり）（栄養士）

【はじめに】

当院栄養科では「患者様に寄り添った栄養管理の実施」を部門目標に掲げて、日々の業務に取り組んでいる。このたび、他職種と連携し、経口摂取に取り組んだ症例を報告する。

【症例】

62歳男性。2度の脳出血後、高次脳機能障害が残存。食事に対する拘りが強く、嚥下機能低下は認められるが、常食形態を摂取している状態で当院へ入所された。キーパーソンは遠方に住む妹で、家族による嗜好品の差し入れも難しい状況であった。

【経過】

当院入所後、肺炎を発症。提供食形態を変更するも、嗜好による摂取不良で低栄養となり、身体機能が低下。経口にて必要栄養量を摂取することが困難なほど嚥下機能が低下し、胃瘻造設となった。胃瘻造設後、生活意欲の低下、不穏状態がみられ、元より希望の強い経口摂取に取り組むこととなった。言語聴覚士による訓練から開始し、訓練食品を言語聴覚士と調整。訓練にて1度での摂取量は増加したが、嚥下機能の状態は不安定であった。そのため、言語聴覚士介入下での1食分の経口摂取を月1回取り組むこととなり、嚥下機能と本人の嗜好に合わせて内容調整を行った。胃瘻造設前、献立内容によって摂取量が不安定であったため、対象者用に個別で編集した1ヶ月毎の献立表を本人へ渡し、経口摂取希望日の聞き取りを行った。また、本人の満足度と意向の聞き取りのため、経口摂取実施日にアンケートを行った。4カ月継続した後、本人希望にあわせて月2回となったが、嚥下機能の不安定さが顕著となった。言語聴覚士と協議のもと、再度提供内容調整を行ったが、取り組み開始から5カ月後、誤嚥性肺炎を発症し取り組みは中止となった。

【考察】

経口にて必要栄養量を摂取することが困難なほど嚥下機能が低下したが、胃瘻を用いた経腸栄養にて栄養状態が安定したことで、1食分の経口摂取まで取り組むことができたと推察される。また、経腸栄養が主な栄養補給法となったことで、経口摂取希望日の聞き取り等の、嗜好にあわせた対応を行うことができた。取り組み期間中の本人の様子から、本人の精神状態や「食べたい」気持ちに寄り添い、療養生活のQOL向上につながっていたと考える。

39-6　栄養管理①

摂食障害がある患者への栄養アプローチ～一人ひとりに合わせた栄養教育と栄養管理の重要性～

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○宮川（みやがわ）　日夏子（ひなこ）（管理栄養士）、大黒　美幸、能條　優花、阿部　彩奈、菅野　真有、山田　光咲、
中川　叶、中尾　健太郎

【目的】

摂食障害の患者へ行った栄養管理と、その結果について報告する。

【対象】

46 歳女性。主病名はウェルニッケ脳症。既往歴に摂食障害、多発性褥瘡、末梢神経障害、うつ病あり。入院時の身長 152cm、体重 36.5kg、BMI15.8 kg/m^2、Alb3.9 g/dl。GLIM 基準重度低栄養に該当（表現型基準：低 BMI・筋肉量減少　病因基準：食事摂取量減少・炎症）。ADL は車椅子移動。全身的に筋力低下あり。手指、下腿～足部にかけての痺れあり。下肢筋緊張亢進あり。仙骨部・左踵部に褥瘡あり（前医入院時は褥瘡が多数あったが治癒）。嗜好は、白米、甘いものが苦手。春雨サラダ、グミ、生果物が好き。前医からの情報によると、幼少期から 0.8 人前×2 食程度の小食。食事の時間は決まっておらず、空腹時に摂取していた。体重は長期間測定していなかった。精神科医の介入もあり、体重増加に前向きな様子があったが、食事の増加は抵抗があった。

本人より経鼻胃管の挿入に不快感があり、経鼻胃管の抜去希望あり。また、今後の生活を考え、経口栄養のみで必要栄養量充足するとともに、低栄養状態の改善を目指した。期間は当院入院期間の 2025 年 2 月 21 日～2025 年 7 月 3 日。

【方法】

必要栄養量は、ハリスベネディクト式（活動係数 1.2、ストレス係数 1.1）より 1400kcal と算出し、体重増加を目的に 200kcal 増量した 1600kcal に設定。体重は 2 週間に 1 回、下腿周囲長は月に 1 回測定した。朝食はとらないという訴えがあり、入院時は朝のみ経管（経鼻）栄養で 800kcal、昼・夕は経口栄養で、1 日 1600kcal を提供。本人へ現在の栄養状態と低栄養のリスクを説明し、必要栄養量と現在の経口摂取量の状況を資料にして渡した。まずは昼と夕の食事量を徐々に増加し、次に朝食の提供を開始した。経口摂取量の増加と体重増加があり、BMI18.5 kg/m^{2}を上回ったことを確認して、経管栄養を中止、3 食経口栄養のみに移行した。最終的に、1700kcal を提供した。

【結果】

入院当初は経管栄養と経口栄養を併用していたが、経口栄養のみで必要栄養量を確保できるようになった。

BMI は入院時から 6 月 16 日時点で 15.8→19.3 kg/m^{2}に改善、下腿周囲長は入院時から退院時で 21.5→24.0cm へ増加した。また、アルブミンは経口栄養へ移行する前後で 3.9→4.0g/dl と維持することができた。褥瘡は入院中悪化することなく経過した。

ADL は、車椅子移乗と立位が自立、歩行は歩行器・装具使用し中等度介助となり、筋力の向上がみられた。

本人の反応の変化は、徐々に前向きな発言が増え、最終的には、自ら食事量の増加を希望した。表情も明るくなった印象をうけた。有料老人ホームへ退院され、栄養情報提供書を提供した。

【考察】

経口栄養に移行することができた要因を、栄養教育と栄養管理のそれぞれから考えた。

栄養教育としては、資料を用いて説明することで、経口栄養へ移行するために必要な食事量をわかりやすくしたことが考えられる。

栄養管理としては、摂取状況の観察を細やかに行ったことや、本人のキャラクターや背景を考慮したことが考えられる。また、食事量をはじめは少量にすることで、食べきることができたという成功体験が自信へ繋がったと考えられる。

【結論】

病院管理栄養士の重要な役割の 1 つとして、退院後の患者の生活など QOL を長期的にみて、入院をきっかけに患者へ適切な栄養知識や適切な栄養状態の保持方法を定着させることがある。そのためには、患者とコミュニケーションをとり、一人ひとりに合わせたような栄養教育と栄養管理をする必要がある。

39-7　栄養管理①

療養病棟における GLIM 基準を用いた栄養評価と栄養補給経路との関連

大阪府・泉佐野優人会病院

○神谷（かみや）　龍一（りゅういち）（管理栄養士）

目的

療養病棟では長期入院患者が多く、低栄養が予後に強く関連する。近年 GLIM 基準の臨床応用が進むが、同病棟における GLIM 基準の低栄養重症度と栄養補給経路の関連については十分には明らかになっていない。本研究では、入院時の栄養補給経路別における GLIM 基準を用いた低栄養重症度の実態を解明するとともに、算定上限である 180 日を踏まえた NST 介入が、6 か月後の予後や補給経路の移行に及ぼす影響を検証することを目的とした。

方法

2024 年 6 月～2025 年 6 月に当院療養病棟へ入院した患者 376 名（男性 158 名、女性 218 名）を対象とした後方視的観察研究である。診療録に基づき、入院時の主たる栄養補給経路に応じて「静脈栄養群（46 名）」「経腸栄養群（78 名）」「経口摂取群（252 名）」に分類した。評価項目は、入院時の GLIM 基準による低栄養重症度割合（重度、中等度、非該当）、6 か月後の各群における GLIM 基準の低栄養重症度別死亡率、生存者における 6 か月後の補給経路移行状況、および各群における NST 介入の有無と「6 か月後の生存かつ GLIM 基準の低栄養重症度改善率（以下、改善率）」との関連とした。

結果

入院時の重度低栄養割合は、静脈栄養群 80.4%（37/46 名）、経腸栄養群 39.7%（31/78 名）、経口摂取群 40.9%（103/252 名）であった。

6 か月後の GLIM 基準の低栄養重症度別死亡率について、経口摂取群では重度 27.2%（28/103 名）、中等度 20.0%（7/35 名）、非該当 9.6%（11/114 名）であった。経腸栄養群では重度 45.2%（14/31 名）、中等度 14.3%（1/7 名）、非該当 25.0%（10/40 名）であった。静脈栄養群では重度 54.1%（20/37 名）、中等度 57.1%（4/7 名）、非該当 50.0%（1/2 名）であった。

静脈栄養群の生存者 21 名における 6 か月後の経路移行状況は、経口摂取への移行が 6 名（28.6%）、経腸栄養への移行が 4 名（19.0%）、静脈栄養継続が 11 名（52.4%）であり、47.6%（10/21 名）が静脈栄養から離脱した。

6 か月後の改善率は、静脈栄養群で NST 介入群 50.0%（5/10 名）、非介入群 22.2%（8/36 名）であった。経腸栄養群では NST 介入群 26.3%（5/19 名）、非介入群 10.2%（6/59 名）であった。

考察

入院時の重度低栄養割合および全体の死亡率は静脈栄養群で最も高値を示した。補給経路別の群内比較において、経口摂取群では GLIM 基準の低栄養重症度が高いほど死亡率も高値を示した。一方、経腸栄養群および静脈栄養群では、GLIM 基準の低栄養重症度に関わらず総じて死亡率が高かった。

経路移行に関しては、予後不良とされる静脈栄養群であっても、生存者の 47.6% が経腸または経口摂取へ移行した。また、NST 介入群は非介入群と比較して改善率が高値を示したことから、重症患者の栄養状態および予後の改善において、多職種による積極的な栄養介入の有用性が示された。

結論

療養病棟における GLIM 基準を用いた低栄養重症度評価は、各補給経路における客観的な予後予測に有用であることが示された。特に静脈栄養や経腸栄養を要する重症症例に対して、NST による介入を早期から講じることは予後管理において重要であると考えられる。

40-1　栄養管理②

経腸栄養移行の試みと課題

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○能條（のうじょう）　優花（ゆか）（管理栄養士）、大黒　美幸、阿部　彩奈、菅野　真有、山田　光咲、宮川　日夏子、
中川　叶、中尾　健太郎

【目的】

慢性期病院においては低栄養患者が多く、栄養管理は重要な課題である。特に、長期の静脈栄養が実施されている患者では、投与できる栄養量や組成に制限があり、低栄養状態のリスクが高い状態が多く見られる。経腸栄養移行の利点として、腸管を使用することで腸管機能維持による状態安定化、合併症予防がある。また、静脈栄養から経腸栄養への移行は、薬価のコスト削減という経済的な利点もある。当院の慢性期病棟でも、静脈栄養を含む絶食の患者数は3割を超え、長期絶食となり静脈栄養に依存している患者の存在が課題である。そこで、当院療養病棟入院中の患者に対して、経腸栄養移行の試みを行った。

【方法】

栄養サポートチーム（以下NST）の介入を通して、令和7年度の1年間で4名の患者に対して経腸栄養への移行を試みた。移行の背景や移行後の状態に関して報告する。

【結果】

症例1)80歳代男性、主病名は脳梗塞後遺症、ADLは車いす全介助で意思疎通可能な状態であった。前医で経腸栄養を行っていたが、当院入院の1か月以上前に中止していた。入院時は中心静脈栄養であり、GLIM基準では重度低栄養の判定であった。消化態栄養剤にて経腸栄養を開始し、徐々にエネルギーアップを行い、安定したため半消化態栄養剤へ切り替えを行った。開始時のCRP0.08mg/dl、2週間後は0.35mg/dlであった。

症例2) 90歳代男性、主病名は慢性心不全による廃用症候群。ADLはベッド上全介助であり、リハビリ訓練下で車いす移乗を実施していた。前医で経腸栄養を中止し、中心静脈栄養や末梢静脈栄養を行っていた。当院入院時のGLIM基準では中等度低栄養の判定であった。IVH感染が疑われ、NSTにて協議を行った結果、経腸栄養への移行が進められる方針となった。消化態栄養剤を少量より開始して、徐々に増加した。半消化態栄養剤へ切り替わるなど一時的な改善が見られた。開始時のCRP0.09mg/dl、2週間後は2.98mg/dlであった。

症例3) 80歳代男性、主病名は腎不全、ADLはベッド上全介助であった。入院時は中心静脈栄養であり、GLIM基準では重度低栄養の判定であった。NSTで協議の結果、必要栄養量の充足のため経腸栄養を開始する方針となった。開始後すぐに肺炎や呼吸状態悪化があり、絶食となった。再度移行を試みるも中心静脈栄養へ戻る結果となった。開始時のCRP1.82mg/dl、2週間後は4.91mg/dlであった。

症例4)70歳代男性、主病名は脳梗塞。ADLはベッド上全介助で離床可能であった。入院時経口摂取であり、1200kcal/日提供した。GLIM基準の判定によると中等度低栄養状態であった。食欲不振による摂取栄養量不足のため、経口摂取中止して経腸栄養開始となった。徐々にエネルギーアップしつつ、継続的に経腸栄養を行った。開始時のCRP 1.00mg/dl、2週間後は0.86mg/dlであった。

【考察】

経腸栄養移行時に車いす離床を行っていた症例1，2，4と比較し、症例3は短期間で静脈栄養へと戻る結果となった。症例3はCRP値においても、上昇の幅が他の症例より大きかった。よって、移行時のADLや炎症反応所見次第では、経腸栄養への移行が難渋する可能性があることが示唆された。また、継続的な経腸栄養が行えた症例4は年齢が70代と比較的若く、年齢による影響も考えられる。

【結論】

経腸栄養への移行は多数のメリットがある一方でリスクも伴う。経腸栄養への移行後に、誤嚥による肺炎・発熱から絶食となる場合がある。また一部には、緊急性の低い安易な絶食指示により経腸栄養の継続が難航する患者も存在する。経腸栄養への移行の推進には、適切な患者選択と継続的な評価が重要であり、今後経腸栄養を維持していくための検討も必要であると考える。

40-2　栄養管理②

経管栄養患者における粘度可変型流動食の使用による臨床症状と栄養状態への影響

1 長崎県・道ノ尾病院、2 森永乳業株式会社、3 森永乳業クリニコ株式会社

○永田（ながた）　裕子（ゆうこ）（看護師）[1]、山田　瞳[1]、山本　美保[1]、仁田原　直子[1]、砂田　峻[3]、伊藤　彩子[2]、坂田　穏行[2]、芹田　巧[1]

【目的】

認知症患者では最終的に経口摂取が困難となり経管栄養を選択される場合も多い。しかし経管栄養法は下痢、嘔吐、誤嚥による発熱、誤嚥性肺炎の発症などのリスクを伴う。粘度可変型流動食は、経鼻投与も可能な流動性を保ちつつ胃内で増粘する特性を有し、消化器症状の軽減や誤嚥の減少が期待されている。本試験では、粘度可変型流動食を経管栄養患者に使用し、臨床症状および栄養状態に及ぼす影響について検討した。本試験は道ノ尾病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2025-004）。

【対象】

当院に入院中で摂食不能となり経管栄養実施中のアルツハイマー型認知症 9 例を対象とした。胃瘻 6 例、経鼻栄養 3 例で、平均年齢 79.0 ± 8.3 歳、全員女性であった。

【方法】

単群前後比較試験を実施した。前観察期間として、試験開始前から使用していた半消化態流動食等を 2 週間継続の後、粘度可変型流動食「わのか」（森永乳業クリニコ製、以下試験食）を 12 週間投与した。前観察期間および試験食使用期間の臨床症状として発熱日数、ブリストルスケールによる便性状、排便回数、嘔吐回数を評価した。流動食切替直前、切替後 4、8、12 週時点で、栄養状態（体重、血清アルブミン、プレアルブミン）、臨床検査値（一般血液検査、肝機能、脂質、微量元素〔鉄、銅、亜鉛〕、EPA、DHA、カルニチン、CRP）を評価した。臨床症状は Wilcoxon 符号付順位検定を、体重および臨床検査値は線形混合モデルを用いて解析した。

【結果】

1）発熱日数は、全体として有意な変化は認めなかった。個別症例では、前観察期間に頻回に発熱していた 1 例で、試験食使用期間に発熱を生じなかった。頻回の誤嚥による発熱のため水分量の少ない流動食しか使用できず、点滴が必要であった 1 例では、試験食により水分補給が可能となり点滴を離脱できた。

2）便性状は、全体として切替前後で変化を認めなかったが、1 週間あたりの排便回数は投与 5-8 週で有意に低下した（8.8 ± 4.7 vs 5.8 ± 2.8、$p<0.05$）。排便回数の低下は前観察期間の排便回数が多い症例に集中していた。流動食投与後に頻回に認めていた多量の水様便が試験食への切替により減少した症例も 1 例認められた。

3）頻回に嘔吐を認めていた 1 例を含め、試験食使用期間に嘔吐は全例で認められなかった。

4）体重および血清アルブミンに有意な変化は認めなかった。プレアルブミンは 12 週で前観察期間と比較して有意に高値を示した（$p<0.05$）。

5）赤血球数およびヘモグロビンは、いずれも 8 週および 12 週で前観察期間と比較して有意に高値を示した（全て $p<0.05$）。

6）銅は 4 週以降で前観察期間と比較して有意に高値を示した（全て $p<0.05$）。鉄および亜鉛に有意な変化は認められなかった。

7）EPA および DHA は、いずれも 4 週以降で前観察期間と比較して有意に高値を示した（EPA：全て $p<0.01$、DHA：全て $p<0.05$）。総カルニチンおよび遊離カルニチンは 8 週以後で有意に増加し（総：全て $p<0.01$、遊離：全て $p<0.05$）、アシルカルニチンは 12 週で有意に高値を示した（$p<0.01$）。

【考察・結論】

粘度可変型流動食の投与により、発熱や嘔吐といった臨床症状に統計的な差異は認められなかったが、個別症例では発熱の消失や点滴からの離脱がみられた。また、便性状を維持しつつ排便回数の低下が認められ、排便管理の一助となることが示された。栄養状態に関しては体重および血清アルブミンの他、微量栄養素も適切に維持管理できていたことから、本試験で使用した粘度可変型流動食は、経管栄養患者における臨床症状および栄養管理に対して有用であることが示唆された。

40-3　栄養管理②

嚥下食（ハーフ食）における磁器製小型食器導入の実践報告：器の工夫が摂取量および患者主観評価に与える影響

兵庫県・平成病院

○萩（はぎ）　晃帆（あきほ）（管理栄養士）、谷口　瑞紀、下岡　歩生、平田　好寛

［背景］
嚥下調整食は誤嚥を防ぐための安全性が最優先される一方で、ペースト状やキザミといった食事形態の特性上、見た目が単調になりやすい。
これが患者の食欲低下や食事摂取量の減少を招く一因として指摘されている。
日々の臨床現場において、食器や盛付などの視覚的要素が食欲に影響することは報告されているが、嚥下食における食器の工夫が摂取量に与える影響を臨床データとして検討した報告は少ない。特にハーフ食（通常より量を減らした食事）を提供する患者においては、通常の食事量を多いと感じ、見た目から食べる意欲を失くしてしまう方も少なくない。そこで、ハーフ食の量に適した、家庭的な磁器製小型食器を選定した。

［目的］
磁器製小型食器を導入することで、嚥下食（ハーフ食）提供時の食事摂取量および患者の主観的評価（食欲・見た目）に与える影響を明らかにする。

［対象］
対象者は平成病院・平成介護医療院に2026年3月～2026年4月に入院しており、嚥下食のハーフ食を常時提供されている患者とした。

［方法］
同一対象の前後比較を行った。前半1週間は通常食器、後半1週間は磁器製小型食器を使用し、各期間における毎食の摂取量（%）を電子カルテより収集した。
また各期間の6～7日目に、 食欲・味・見た目に関する簡易アンケート（4段階評価）を聞き取りにて実施した。
各期間の平均摂取量を算出し、記述統計を行った。

［結果］
対象となった患者は平均年齢90歳の女性5名、日常生活自立度I～IIIaの方である。
磁器製小型食器導入後、全対象者における平均摂取量は5.2%の増加を示したが、食器に対する好感度、食欲に関する評価においてはほぼ変化はみられなかった。

［考察・結論］
磁器製小型食器の導入により、摂取量の増加に寄与した可能性はあるが、食器に対する認識が不明瞭である可能性や、一時的な状態の改善により摂取量が増加した可能性も考えられるため、実際に結果に寄与したかについては今後の研究が必要である。
また、今回は対象者が5名と少なく、日常生活自立度の低い方も対象だったため、今後は日常生活自立度が高い方や、ハーフ食提供者に限定しない形での更なる研究も必要であると考える。

40-4　栄養管理②

退院後訪問栄養食事指導料導入に向けた体制構築と実践―透析通院患者1症例を経験して―

福岡県・新古賀リハビリテーション病院みらい

○田中（たなか）　月都（つきみ）（管理栄養士）、柏木　香菜子、實藤　道子、大坪　義彦

【背景・目的】令和8年度診療報酬改定により退院後訪問栄養食事指導料（以下、退院後訪問栄養指導）が新設され、退院後の生活を見据えた継続的な栄養支援の重要性が高まっている。当院では従来より、退院後の生活環境を踏まえた実効性の高い栄養支援に繋げることを目的として、多職種で実施する退院前家屋調査へ管理栄養士が同行し、在宅での食事環境や栄養管理上の課題抽出を行ってきた。一方、新規業務導入には時間確保や運用体制整備が課題であり、AIを活用した業務効率化による時間創出に取り組むとともに、医事課と協働し体制整備を行った。今回、退院後訪問栄養指導を実施した透析患者1症例を経験したため、その取り組みと有用性について報告する。

【方法】対象者は退院後訪問栄養指導の算定要件に基づき抽出し、本人または家族から同意を得た患者とした。導入準備として、管理栄養士業務において資料作成や文書業務等へAIを活用し、業務効率化による時間創出を図った。また、医事課と協働し、対象抽出から算定、訪問実施までの運用フローを作成した。対象症例に対して退院後訪問栄養指導を計4回実施し、自宅環境下での食事状況や退院後に生じた不安や課題を把握したうえで、栄養指導および調理実習を行った。

【結果】AI活用および医事課との協働により、退院後訪問栄養指導の実施体制を整備することができた。また、従来からの退院前家屋調査への同行経験を活かし、運用整備や支援内容の検討を円滑に進めることができた。対象症例では、かかりつけ医の管理栄養士との情報共有により、採血データ等を継続的に把握しながら介入を実施した。訪問により、入院中には把握困難であった食事準備や食事内容、生活環境に関する課題が明らかとなり、実生活に即した栄養指導および調理実習を実施した。さらに、算定終了後も介入内容をかかりつけ医の管理栄養士へ共有し、継続的な栄養支援に繋げることができた。

【結論】退院後訪問栄養指導は、退院後の生活環境や患者の実際の不安を把握し、実践的な栄養支援に繋げる上で有用である可能性がある。また、新規業務導入においては、AI活用による業務効率化や多部署との連携が円滑な運用に寄与した。今後も運用を継続する中で明らかとなる課題に対して改善を重ね、退院後訪問栄養指導をより円滑かつ継続的に実施できる体制構築を目指したい。

40-5　栄養管理②

介護医療院における経管栄養2回投与法導入の実践―業務効率および安全性の検討―

1 北海道・札幌西円山病院、2 札幌西円山病院　介護医療院

○猪股（いのまた）　祐香（ゆか）（管理栄養士）[1,2]、大野　智美[2]、石川　朝子[2]、平中　雄太[2]、阿部　沙耶香[1]、河井　裕[2]

【目的】

当施設では経管栄養を1日3回投与としており、経管栄養にかかる業務が大きな比重を占めていた。そのため、入所者の拘束時間が長く、入所者・スタッフ双方にとって離床やケアに充てる時間の確保が課題となっていた。そこで栄養部として、衛生面の向上および栄養管理の質向上も視野に入れ、栄養剤の変更を含めた1日2回投与法の導入を検討した。

【方法】

当介護医療院入所中の経管栄養施行者22名を対象とした。Ready To Hang（以下 RTH）を新たに導入し、医師・看護師と連携のうえ疾患背景や全身状態を踏まえてRTH製剤および2回投与へ変更可能な入所者を選定した。栄養剤および投与回数は段階的に変更し、消化器症状や痰量など全身状態の変化を中心にモニタリングを行い、耐容性を評価した。

【結果】

22名中新たに12名が2回投与へ移行可能であった。これにより看護師の昼の経管栄養にかかる時間が短縮された結果、入浴業務や食事介助などのケアに充てる時間の確保が可能となった。一方で、朝夕の経管栄養にかかる時間は延長した。なお消化器症状や痰量については、モニタリングに基づいて適宜調整を行うことで増悪することなく経過した。

【考察】

朝夕の業務時間短縮に至らなかった要因として、採用した製剤の特性が影響したと考える。今後は入所者特性や業務動線を踏まえた製剤選定を進める必要がある。

また、大きな体調変化なく導入・継続できた要因として、多職種による事前の適応選定が重要であったと考える。リスクの高い入所者を適応外とし、さらに看護師との密な情報共有により、状態変化を早期に把握し、迅速な栄養内容の調整が可能であった。介護医療院では侵襲的検査の実施が限られるため、数値データが限られる状況下では、多職種の観察視点と継続的な情報共有が極めて重要であると示唆された。

【結語】

経管栄養2回投与法は、適切な対象者の選定と継続的なモニタリングを前提とすることで、介護医療院における業務効率化およびケア時間の創出に寄与する可能性がある。

40-6　栄養管理②

経管栄養患者における体重維持に必要な活動係数の検討

山口県・山口平成病院

○渡邊（わたなべ）　允耶（まさや）（管理栄養士）

【背景】

当院では経管栄養患者のエネルギー必要量算出に Harris–Benedict 式（HBE）を用いているが、本式は欧米人のデータを基に作成されており、日本人高齢者では必要エネルギー量を過大に算出する傾向が指摘されている。特に慢性期高齢患者では加齢や長期臥床に伴う身体活動量および代謝機能の低下がみられ、推定必要量と実際のエネルギー需要との間に乖離が生じていると考えられる。しかし、HBE による推定必要量と体重変化との関連を検証した報告は少ない。

【目的】

経管栄養患者において、HBE より算出したエネルギー充足率と体重変化との関連を検討することを目的とした。

【対象】

2021 年 9 月から 2026 年 1 月までに 2 施設に入院し経管栄養を施行された患者 55 例を対象とした。代謝亢進要因を有する症例および経口摂取と静脈栄養併用例は除外した。

【方法】

電子カルテから年齢、性別、身長、体重、摂取エネルギー量を収集した。観察期間を 2 か月とし、開始時および 2 か月後の体重変化を評価した。摂取エネルギー量を HBE から算出した基礎エネルギー消費量（BEE）で除したエネルギー充足率を算出し、体重変化との関連を Spearman の順位相関係数で検討した。さらに施設別の解析を行い、単回帰分析を用いて体重維持に必要な活動係数を推定した。

【結果】

エネルギー充足率と体重変化との間に有意な相関は認めなかったが、弱い正の相関傾向が示唆された（ρ =0.25, p=0.066）。施設別解析でもそれぞれの施設で同様に右肩上がりの傾向を認めた。回帰分析より体重維持に必要な活動係数は 0.87 と推定された。

【考察・結論】

本研究では、経管栄養患者においてエネルギー充足率と体重変化との間に弱い正の関連傾向が示唆された。また、体重維持に必要な活動係数は 1 未満であり、一般的に用いられる活動係数より低値となった。このことは、慢性期高齢患者では身体活動量や代謝が低下しているため、HBE による必要エネルギー量が実際より高く見積もられている可能性を示唆している。したがって、経管栄養患者の栄養管理においては、推定式のみでなく実際の体重変化を継続的に評価しながらエネルギー設定を調整することが重要と考えられる。本結果は日本人高齢患者における適切なエネルギー設定を検討するうえで有用な知見となる可能性があり、今後は対象数の拡大や前向き研究によるさらなる検証が必要である。

40-7　栄養管理②

加水ゼロ式調理法を活用したコード2-2の食事改善への取り組み

千葉県・新八千代病院

○大嶋（おおしま）　晶子（まさこ）（管理栄養士）、日野　多加美、鈴木　礼子、髙橋　真理子、粂川　寛貴、鈴木　智子、
石橋　尚基

【目的】

当院では、摂食嚥下障害を有する患者に嚥下調整食を提供している。日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類コード（以下コード）2-2は、料理をミキサー等で調理する際に加水が必要であることで容量が増え、味が薄くなり、見た目では料理が分かりにくいなど、全量摂取が難しい場合が少なくない。また、ミキサーにかけた主食を食べきれないケースの対応に、ハーフ量への調整が多くみられた。今回、コード2-2を「おいしく・食べきりやすい食事」とする取り組みを行ったので報告する。

【方法】

献立構成は、ミキサー調理に適した食品を選択した専用サイクルを作成し、他の食種と分けることで提供栄養量の安定化を図った。厨房ではタイマー機能のある業務用ミキサーを購入し、担当者による技術を平準化した。人員配置や調理行程の大きな変化を避けるため、食材で支障のないものは冷凍食品を利用し下処理の煩雑さを軽減し、人手のない朝食時は市販品を活用し業務量の調整を行った。また、副食の調理を加水ゼロ式調理法とし、ミキサー調理の際に必要な、だし汁や白湯などの水分を粥ゼリーに置き換えた。また、主食は従来230gで提供していたが、食べきりやすさを考慮し150gへ変更した。導入時の2024年4月および2026年4月にコード2-2を提供した患者を対象とし、主食摂取量を10段階で評価し、8割以上摂取した患者の割合を比較した。

【結果】

2024年4月の対象患者は30名、2026年4月の対象患者は26名であった。取り組み実施後、主食摂取量8割以上の患者割合は46.7%（14/30名）から84.6%（22/26名）へ増加した。また、10割摂取患者は14名から19名へ増加し、2026年では全体の73.1%を占めた。

【考察】

加水ゼロ式調理法により容量増加を抑えながら食材本来の味を活かした食事提供が可能となった。また、主食量を調整することで患者が食べきりやすい食事設計につながり、主食摂取率の向上に寄与した可能性が示された。継続的な運用のためには、食材や料理の選択、調理工程の標準化が重要であると考えられた。

【結論】

加水ゼロ式調理法を用いた嚥下調整食は、摂食嚥下障害を有する患者において食べきりやすい食事の提供を支援し、主食摂取率向上に寄与する有効な方法である可能性が示された。

41-1　栄養管理③

地域包括ケア病棟における病院食満足度と入退院時の指標変化との関連性について

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○中山（なかやま）　宏美（ひろみ）（管理栄養士）、牛島　綾子、吉原　千尋

【目的】

入院患者では食欲低下や味覚障害、消化・吸収能の低下などにより低栄養状態が生じやすい。特に高齢者においては、栄養状態と食事の満足度は密接に関わっていると言われている。本研究では、病院食の満足度と、入院期間中の身体計測値の変化、栄養状態の変化、および退院先との関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は2025年1月～12月にA病院地域包括ケア病棟を退院した患者のうち、退院時に経口栄養摂取が可能であった262名とした(平均年齢82.4±11.6歳)。緊急転院、死亡退院、評価不能例、入院時BMI30kg/m2以上の患者は除外した。栄養状態は、GLIM基準を用いた。病院食の満足度は、退院前に「おいしい」「ふつう」「おいしくない」の3段階の独自作成評価尺度により調査し、「おいしい群」と「ふつう/おいしくない群」の2群に分類した。調査項目は、入退院時の体重変化、下腿周囲長の変化、栄養状態の変化（改善・不変・悪化)、退院時BMI20kg/m2以上・未満の割合、および退院先（自宅・施設）とした。統計処理に$\chi 2$検定を用い、病院食満足度と各評価項目との関連性を解析した。有意水準は5%未満とした。

【結果】

病院食の満足度は、おいしい145名（55%)、ふつう87名（33%)、おいしくない30名（12%）であった。

おいしい群145名（55%）とふつう/おいしくない群117名（45%）における入退院時の指標変化は以下の通りである。

[体重変化] おいしい群：増加95名（66%)、減少50名（34%)、ふつう/おいしくない群：増加55名（47%)、減少62名（53%)

[下腿周囲長の変化] おいしい群：増加102名（70%)、減少43名（30%)、ふつう/おいしくない群：増加72名（62%)、減少45名（38%)

[栄養状態の変化] おいしい群：改善・不変138名(95%)、悪化7名(5%)、ふつう/おいしくない群：改善・不変104名(89%)、悪化13名（11%)

[退院時BMI] おいしい群：20kg/m2以上84名(58%)、20kg/m2未満61名(42%)、ふつう/おいしくない群：20kg/m2以上62名（53%)、20kg/m2未満55名（47%)

[退院先] おいしい群：自宅107名（74%)、施設38名（26%)、ふつう/おいしくない群：自宅77名（66%)、施設40名（34%)

これらの結果について統計学的検定を行ったところ、病院食満足度と「体重変化」との間には有意な関連が認められた(p＝0.0026)。

【考察】

高齢者においては、BMIが高めである方が死亡率が低いことが報告されており、体重増加は、栄養状態の改善に繋がる可能性があると言われている。本研究では、おいしいと評価した患者で体重増加した割合が有意に高かったことから、おいしいと感じられる食事の提供は、栄養状態の改善に関係している可能性があると考えられた。また、有意差は認められなかったものの、下腿増加率、栄養状態改善率、自宅退院率は、各々おいしい群で高い傾向を示した。栄養管理においては、栄養量の管理だけでなく、満足度に配慮したおいしい食事を提供していくことが重要であると考える。

【結論】

病院食満足度は高齢患者の体重変化と関連し、体重増加は栄養状態の改善に繋がる可能性が考えられた。今後も「おいしい」と喜ばれる食事を安定して提供できる体制作りが求められる。

41-2　栄養管理③

摂食チーム会議を行い肺炎後に食事摂取量が改善し退院となった一症例

徳島県・中洲八木病院

○木戸口（きどぐち）　祥大（よしひろ）（理学療法士）、羽田　愛子、川村　典子、山田　恵子、小森　梨絵、吉岡　晃平、
松本　佳久、佐藤　雅浩、井関　博文、日浅　匡彦

【目的】

当院では従来よりNST委員会が栄養状態の把握，管理を担っているが，2025年9月に少しでも自分の口から経口摂取ができるように多職種協働の摂食チームが設立された．摂食チームでは食事摂取量低下や低栄養リスクを有する患者に対して多職種で介入を行っている．今回，肺炎により食事摂取量が著しく低下した高齢患者に対し，摂食チーム会議を行い栄養管理を実施した結果，食事摂取量および栄養充足率（実際の栄養摂取量÷目標栄養量×100）が改善し退院に至った症例を経験したため報告する．

【症例紹介】

90歳代女性．施設入所中にSpO_2低下，咳嗽を認め，肺炎と診断され当院へ入院となった．入院時の平均食事摂取量は2割，栄養充足率は19%であり，MNA-SFでは低栄養に該当したため摂食チーム会議の対象となった．食事は入院当日より開始し，リハビリテーションは2病日目より開始したが，離床や運動療法への拒否がみられた．

【方法】

摂食チーム会議を週1回実施し，看護師，ケアワーカー，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，管理栄養士で摂食状況や栄養状態について情報共有を行っている．会議では食事摂取量や充足率の評価を行い，問題を認めた場合，食事内容やリハビリでの対応方法を検討する．本症例においては食事摂取量低下の要因として，嗜好の偏り，食事意欲の低下，食事中の姿勢の崩れや疲労感が問題点として挙げられた．その後，多職種共通の目標として食事摂取量の向上，離床促進を設定した．栄養士は栄養状態から栄養補助食品（クリミールジュレ）の選択，看護師，ケアワーカーは食事介助や摂食時の状態観察を行った．また，リハビリテーションでは端座位練習や座位での運動療法を実施し，離床機会の確保に努めた．

【結果】

食事摂取量は2割から6割へ改善し，栄養補助食品は全量摂取可能であった．栄養充足率は19%から143%へ改善した．また，全身状態は安定し，入院60日目に元施設へ退院となった．

【考察】

今回，摂食チーム会議を通して多職種で問題点と目標を共有することで各職種が共通認識のもと包括的に介入を実施する事できた．摂食チーム会議を行った事で早期からの食事の開始と栄養介入を行った結果，食事摂取量は6割に，充足率は入院時19%から退院時は143%まで改善する事が出来た．リハビリテーションでは運動療法や離床の拒否などもあり，身体機能の低下が懸念されていたが，食事摂取量，栄養充足率が改善した事で施設での生活に必要な身体機能を維持して元の施設へと退院する事ができた．藤島は食事介助において環境を整備し，時間をかけて同じ方法を繰り返しすぐに諦めずに対象者の癖を掴むことが重要であると述べている．本症例においても環境を整備し，統一した方法や目標をもとに介入できた事が食事摂取量向上に繋がったのではないかと考える．また，従来であれば多職種間で介入時の認識のずれが生じる事があったが，摂食チーム会議で情報を共有化する事によって嚥下機能や身体機能に合わせたより適切な食事介助が可能となった．その結果，食事摂取量および栄養充足率が改善し，身体機能を維持して施設への退院が可能になったのではないかと考える．

【結論】

摂食チーム会議を通じた多職種での情報共有と介入は，早期の栄養障害患者の発見，食事摂取量および栄養充足率の改善に寄与する可能性が示唆された．

41-3　栄養管理③

当院における経腸栄養2回投与法導入の背景と実践プロセス

神奈川県・AOI国際病院

○髙橋（たかはし）　加奈（かな）（看護師）、佐藤　みどり、上野　みどり、佐藤　直也

【目的】

当院慢性期病棟では、多くの経腸栄養患者を受け入れている。従来の経腸栄養1日3回投与法においては、投与間隔が短いことによる患者負担の増大や、安静・活動時間を含む療養生活への影響が懸念点であった。また、経腸栄養実施中は提供できる看護ケアが限られ、患者ニーズに応じる時間の確保が十分ではない状況にあった。そこで、患者負担の軽減および療養環境の向上を主目的とし、その結果として看護ケア時間の創出につながることを期待して経腸栄養2回投与法の導入を検討する運びとなった。その導入背景と実践プロセスについて紹介する。

【方法】

導入期間：2024年7月から2025年6月

対象病棟：療養病棟60床、障害者病棟60床

メンバー：医師、看護師、看護補助者、管理栄養士、薬剤師

具体的取り組み：①経腸栄養患者の洗い出し ②看護要員への説明 ③看護要員へのアンケート調査 ④2回投与スケジュール案作成 ⑤慢性期病棟担当医師との協議および導入対象患者判定基準の検討 ⑥看護職員教育「水先投与」⑦300ml懸濁ボトルを使用した水先投与トライアル ⑧栄養管理委員会での協議 ⑨導入決定後、他部門との調整 ⑩タイムスケジュールの見直し

【結果】

①経腸栄養患者数は療養病棟49名、障害者病棟26名であった。②看護要員へ経腸栄養2回投与法を導入する目的および取り組みについて説明し、同意を得た。③アンケート調査の結果、不足感のある業務として「排泄介助」「入浴介助」という回答が多かった。また、時間的余裕が生まれた場合に充実させたいケアとして「清潔ケアや整容」「患者とのコミュニケーション」「環境整備」が多かった。④スケジュール案の作成により、患者の生活リズムを見据えた運用イメージを共有できた。⑤慢性期病棟医師との協議により、導入の同意が得られた。一方で、1回投与量増加による嘔吐や血糖コントロールへの影響が懸念点として示されたことから、厳密な血糖コントロールを要する患者などを除外する判定基準を設定した。その結果、導入対象患者は療養44名、障害18名となった。⑥看護職員に対し「水先投与」についての教育を行い、安全な投与方法について理解を深めた。⑦水先投与トライアルでは患者に明らかな有害事象なく実施でき、300ml懸濁ボトルの操作性を体感した。⑧栄養管理委員会で協議し、導入対象患者の判定基準を踏まえた運用方法が承認された。⑨導入決定後、薬剤部および栄養部との調整により、内服薬の投与方法や栄養剤の供給体制を整理し、導入時期を決定した。⑩慢性期病棟のタイムスケジュールを見直し、2025年6月4日より経腸栄養2回投与法を開始した。

【考察】

経腸栄養2回投与法の導入においては、導入メリットだけでなく、嘔吐や血糖変動などの懸念点を多職種で共有し、導入対象患者の判定基準や運用方法を検討しながら合意形成を図ったことが重要であった。また、本取り組みは患者負担の軽減や療養環境の向上を目指すものであり、安全性を担保した運用体制の整備が不可欠であった。本報告により、慢性期病棟における新たなケア体制の導入においては、多職種協働によって段階的に導入を進めることが安全かつ円滑な運用につながる可能性が示唆された。

【結論】

患者負担の軽減および療養環境の向上を目的とした経腸栄養2回投与法の導入には、多職種で懸念点を共有し、導入対象患者の判定基準や運用方法を整備しながら合意形成を図ることが重要であった。

41-4　栄養管理③

経管栄養に伴う難治性下痢へのペクチン含有粘度可変型消化態流動食の有用性―排便とケア環境改善の2症例―

福岡県・福岡輝栄会病院

○松瀬（まつせ）　花佳（はなか）（管理栄養士）、大塚　尚直、中村　吉孝

【目的】慢性期・回復期における経管栄養時の下痢は、栄養管理の停滞、失禁関連皮膚炎（IAD）や褥瘡リスクの増大、および看護・介護業務の過密化に直結する。今回、多剤併用や食物繊維強化流動食で改善困難であった難治性の水様便に対し、ペクチン含有粘度可変型消化態流動食（以下、ハイネックスイーゲル）へ変更し、便性の改善とともに病棟のケア負担および資材コストを削減できた2例を報告する。

【方法】症例1：89歳女性、脳出血。第8病日より消化態、第13病日よりグアガム分解物（PHGG）配合の半消化態流動食を開始後に水様便が発生。止痢薬等を多剤併用したがブリストルスケール（以下BS）6〜7、平均排便回数2.43回/日（範囲：0〜5回）の下痢が47日目まで持続した。症例2：95歳女性、脳梗塞。入院時より便潜血陽性、時折血便を認めた。第11病日にPHGG配合半消化態流動食を開始後、水様便が発生。P-CAB併用下で、投与速度の減速や薬剤投与を行なってもBS6〜7、平均排便回数2.46回/日（範囲：1〜4回）が持続した。両症例に対し、ハイネックスイーゲルへの変更を実施した。

【結果】症例1：第47病日にハイネックスイーゲルへ変更したところ、2日後には有形便を認めた。その後、投与速度を上げてもBS 5〜6、平均排便数1.95回/日（範囲：0〜4回）で推移し、排便状況の安定に伴い臀部びらんは消失した。症例2：第21病日にP-CABをPPIに変更した上で、ハイネックスイーゲルへ切り替えた。速やかに下痢が消失し、BS4〜6、平均排便回数1.71回/日（範囲：1〜3回）で安定した。その後の増量や胃瘻造設後も経過良好で、第35病日には経腸栄養ポンプを離脱し、自然滴下での管理が可能となった。・

【考察】本2症例では、PHGGや薬剤に抵抗性を示したが、ペクチンが持つ高い保水・物理的賦形能力と消化態による吸収負荷軽減の相乗効果が下痢改善に寄与したと考えられる。PPI使用による低酸下や大腸機能低下が疑われる病態（症例2）に対しても本剤は有効であった。便性の有形化および排便回数の減少は、頻回な排泄介助や皮膚処置に伴う看護・介護業務時間を劇的に削減する。さらに、オムツや清拭用タオル等の消耗品、リネンの洗濯代といった「病棟資材コスト」の直接的な軽減にもつながり、病院運営の観点からもメリットは大きいと考えられた。

【結論】ペクチン含有粘度可変型消化態流動食への変更は、長期療養の排便管理困難症例において、栄養コンプライアンスの維持、皮膚トラブル予防や改善、病棟の業務負担・経済的コストの双方を大幅に軽減する有効な介入手段となり得る。

41-5　栄養管理③

食べる力推進室を立ち上げて―生活を起点とした包括的栄養改善を目指す―

山梨県・城東病院

○黒崎（くろさき）　禎巳（よしみ）（管理栄養士）、佐藤　仁美

【目的】

当院に入院されている患者はサルコペニア、廃用症候群、低栄養に加え、摂食嚥下機能低下や生活機能低下を伴う事例が多い。課題となるのはまだ残る食べる機能や生活機能を全員から十分に引き出せていないことである。そこで令和８年２月、「食べることは生きること」を軸に最後まで食べることをあきらめない食支援を目標に「食べる力推進室」を設立した。全入院患者を対象としたラウンドとその活動内容、成果を報告する。

【方法】

食べる力推進室は院長直下の組織であり、看護師・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士の専門職で構成される。チームのラウンドでは、整容・身支度・全身運動を含む生活行為に加え、端坐位・立位での身体機能評価および各種評価を実施した。これらの評価に基づき、入院中の患者に対して日常生活動作を踏まえた食事提供量の設定や食形態の適合チェックを行い、見直しがされていない経腸栄養の栄養量や食品内容の是正、食べるための VE 実施の提案、全入院患者を対象とした毎日の摂食嚥下訓練（直接・間接訓練）の標準化、さらに生活機能改善とケアを組み込んだプログラムの提案を行った。

【結果】

食べる力推進室のラウンドにより、入院当日から輸液・経腸栄養から経口摂取へ移行できる症例や、入院早期から摂食嚥下リハビリテーションの介入が可能となる症例が増加した。また、経口完全移行者の増加や食事摂取量の向上、さらには生活機能の向上も認められた。これらの背景となる栄養面では、体重増加や低栄養リスクの改善に加え、体組成評価において位相角が改善する症例が増えている。生活機能の向上は食べる力を引き出し、得られた栄養の効果は生活を構築することに寄与しており、栄養状態の改善との関連が示唆された。

【考察】

本取り組みは栄養量やカロリーのみを評価するだけではなく、生活行為全体の中で食べる力を捉え、多職種が共通の視点で栄養課題を抽出する仕組みとして機能した。食事摂取量の増加に加え、体重、位相角など栄養指標の改善が認められたことから、「食べることは生きること」を目指す包括的栄養支援であると考えられた。

【結論】

低栄養高齢者の支援では、生活機能を再構築するための多面的アセスメントが重要であり、「食べる力推進室」ラウンドは食べることをあきらめない栄養支援として有用性が示された。

41-6　栄養管理③

当院の肥満症例に対する薬物療法の導入状況と栄養介入について

沖縄県・牧港中央病院

○新城（しんじょう）　翔子（しょうこ）（管理栄養士）、下地　千乃、與那嶺　美沙紀、幸地　夕姫、眞榮平　直也

【はじめに】

沖縄県は全国と比較して肥満人口の割合が高く、肥満関連の健康課題が深刻である。近年、肥満症治療では薬物療法が普及し、2025年4月には持続性GLP-1/GIP受容体作動薬が保険適用となり、当院でも導入を開始した。薬物療法導入には適用条件を満たしたうえで、6か月間の栄養指導を含む生活習慣改善が必要である。しかし、実臨床での導入状況や栄養指導の効果に関する報告は少ない。そこで当院における肥満症患者を後ろ向きに調査し、薬物療法導入状況および栄養指導の効果について検討した。

【目的】

当院における肥満症患者への薬物療法導入状況を調査し、導入前に実施した栄養指導の効果と課題を検討すること。また薬物療法開始後の経過を確認し、今後の栄養介入に役立てる。

【方法・期間】

対象は、2025年4月から2026年5月までに当院外来にて持続性GLP-1/GIP受容体作動薬による肥満症治療の適用となり、導入を検討または開始した19名とした。対象者には外国籍患者3名を含む。調査項目は、年齢、性別、BMI、肥満に関連する健康障害、栄養指導実施状況、介入前後の体重変化、薬物療法開始後の経過とした。

【結果】

対象者は男性8名、女性11名、平均年齢59.7歳であった。介入前BMIは平均37.0（27.3～51.6）であり、肥満に関連する健康障害の該当数は平均3.2個であった。健康障害は高血圧、脂質異常症、冠動脈疾患、耐糖能異常・2型糖尿病の順に多く認めた。

2026年5月末時点で6ヶ月間の栄養指導を実施できた症例は8例。体重変化は減少5例、増加3例であり、体重変化率は平均-0.3%（-5.6%～+4.4%）であった。

6ヶ月間の栄養指導を通して食事内容や間食習慣の改善、日常生活での活動量の増加など生活習慣の改善を認めた症例も多くみられたが、継続性やモチベーションの維持が困難な症例も多かった。

薬物療法に関しては、主治医の判断で糖尿病治療を優先する方針へ切り替えた症例を7例認め、今回の研究対象からは除外した。実際に肥満症治療薬を開始した症例を2例認め、その後の経過を追跡した。2症例とも薬物療法開始後は良好な体重減少を認め、介入前体重と比較してそれぞれ-12.0%、-4.7%の減少を認めた。現在も栄養指導を継続しながら経過観察を行っている。

【考察】

栄養指導のみでは十分な減量効果が得られない症例も多く、長期間にわたる生活習慣改善支援の難しさが示唆された。一方で、体重変化には個人差があるものの栄養士とともに食事内容の見直しを行うことで自己管理意識の向上がみられ、揚げ物の摂取や間食を減らす、休肝日を設けるなどの食行動や生活習慣の改善を認めた症例が多く、栄養指導には一定の効果があったと考える。また薬物療法開始症例では著明な体重減少を認めており、栄養指導と併用することで治療効果向上につながる可能性が考えられた。しかし、薬物療法は中止後にリバウンドをきたすリスクも指摘されており、長期的な栄養介入の継続が重要と考えられる。薬剤の効果に依存するだけでなく、継続可能な食習慣・生活習慣の定着を支援する必要がある。また外国籍患者では食文化への配慮も必要であり、個々の背景に応じた支援体制の構築が課題と考えられた。

【まとめ】

当院における肥満症治療薬導入前の栄養介入では、体重変化に個人差を認めたが、揚げ物や間食の摂取を減らす等の生活習慣改善につながった症例も多く認めた。薬物療法開始症例では良好な体重減少を認めた一方で、長期的な減量支援には継続した栄養指導が重要と考えられる。今後も多職種連携のもと、栄養指導と薬物療法を組み合わせた包括的支援を進めていきたい。

42-1　栄養管理④

安診ネットを活用した低栄養予防への取り組み

福岡県・メディカルケア南ヶ丘

○梅野（うめの）　桐子（きりこ）（看護師）、松島　民、堀田　成美、川邉　美由喜、福田　絵菜、太郎良　篤史、前田　俊輔

【背景・目的】介護施設において低栄養はADL低下、感染症発症、褥瘡、入院リスクの増加につながる重要な課題である。しかし、管理栄養士が常駐していない施設では食事摂取量の詠歌や体重減少を早期に発見し、継続的に介入する事が困難な場合がある。
当施設はICTツールである安診ネットを活用し、入居者の食事摂取量、体重変化、全身状態を継続的に確認しながら低栄養リスクを評価している。
今回、低栄養が重症化する前の中リスクの段階で対象者を抽出し、看護師を中心に多職種で予防介入を実施した。その効果について検証した。
【方法】対象は、年平均在籍人数92名のうち経管栄養と看取り期を除く経口摂取者とした。
調査期間は、令和7年5月から令和8年4月までの1年間とした。
安診ネットは介護職が日々入力する食事摂取量をもとに、低栄養リスクを高・中・低の3区分で判定。判定にはハリスベネディクト式を用いて算出した利用者ごとの、推定エネルギー量と実際の摂取量を比較し。3日間の合計摂取量が75% 未満となった場合をリスク抽出の目安としている。
中リスクと判定された者に対し
① 補助食品の種類・量・提供時間の個別見直し
② 家族へ持ち込み食品の協力依頼
③ 看護師・介護士による体重、食事摂取量、全身状態の継続的観察
④ 介護士やケアマネジャーとの情報共有、カンファレンス
⑤ 必要時の医師相談、受診調整
を実施した。
評価項目は、食事摂取量、体重変化、低栄養リスク区分の推移とし、介入前後で比較した。
【結果】安診ネットによる低栄養リスク判定で、中リスク者は平均41.6名であった。
介入後に中リスクから高リスクへ移行した者は年間平均3名（約7%）であり、低栄養の増悪はほぼ認めなかった。
体重変化は平均1.3Kg増加し、または大きな体重減少を認めなかった。
中リスクから低リスクへ改善するまでに概ね、2ヶ月程度を要し、期間中に月平均2～3名程度が低リスクへ改善した。
看護師、介護士が同じ画面で摂取量や体重変化を確認できるため、食事量低下に早く気づき介入する事ができた。
【考察】従来は体重減少が明確になった後や、看護師、介護士が「食べなくなった」と感じた段階で介入することが多かった。
そのため、低栄養リスクを早期に拾い上げるには、職員の経験や観察力に左右される面があった。
安診ネットを活用する事で日々の食事摂取量や体重変化が可視化され、中リスクの段階で対象者を抽出でき、低栄養状態悪化に至る前に看護師が気付きやすくなった。
高リスクに移行した者の中には疾患の進行や看取り期に伴う不可逆的な低下があったが、介入遅れによる増悪は防げたと考えられる。
通常、高齢者は認知症や感染症の影響で食事摂取量が落ち、低栄養リスクが急激に高まることが一般的と考えられるが、安診ネットを活用して看護介入したことにより、「アラートが出る→予防的介入する」というサイクルが1年間休まずに機能し続けたという検証にもなった。
【結論】安診ネットを活用した低栄養リスク管理により、食事摂取量の低下や体重変化を早期に把握し、中リスク段階で看護師が介入対象者を抽出できた。
中リスク者への早期介入は食事摂取量の維持・改善と、高リスク移行の抑制に有用であった可能性が示唆された。
今後は、食事姿勢、嚥下評価、口腔環境、活動量、リハビリ状況などの要因も含め、リハビリ職や歯科専門職とも連携しながら栄養・口腔・リハビリを一体化した包括的な栄養管理体制の構築を進めていきたい。

42-2　栄養管理④

入院中の透析患者に対するGLIM基準による栄養評価と予後との関連

埼玉県・富家病院

○稲毛（いなげ）　藍（あい）（管理栄養士）、藤森　真琴、矢野　慎子、原田　まゆ、山口　寧々、金沢　英哲、尾花　和子

【目的】

当院は療養病棟、回復期病棟、障害者病棟、地域包括医療病棟、緩和ケア病棟からなる281床の慢性期病院であり、高齢者を中心に多様な病態の患者が入院している。従来より入院時に栄養スクリーニングやInbodyを用いた体組成評価を行っていたが、令和6年11月より全病棟において栄養評価法をGLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準へ変更した。GLIM基準では、表現型基準と病因基準の両方を満たした場合に低栄養と診断される。しかし透析患者では、低体重や筋肉量減少は認めるが、病因基準での栄養不良因子を満たすことは少なく、GLIM基準で低栄養と判断されにくい傾向が懸念される。本研究は、GLIM基準導入後の透析患者における栄養評価結果の特徴および、従来の栄養指標や予後との関連を検討し、栄養評価の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は令和7年5月時点で当院に入院中の透析患者58例（男性45例、女性13例）とした。令和7年5月時点でGLIM基準による栄養評価を実施し、重度低栄養（以下重度と記載）、中等度低栄養（中等度）、軽度低栄養（軽度）、低栄養非該当（非該当）の4段階に分類した。なお軽度はGLIMの表現型基準または病因基準のいずれか一方のみを満たす症例とした。さらにGNRI、血清アルブミン（Alb）、BMI、年齢などの各指標との関連および、令和8年4月までの転帰（入院継続、自宅・施設退院、死亡）、食事摂取量との関連、GLIMとGNRIの経時的変化とその要因について検討した。食事摂取量は25kcal/kg/日を評価基準とした。

【結果】

58例中、GLIM基準を用いた判定で重度は29例、中等度は6例、軽度は22例で、非該当と判定された症例は1例のみであった。重度29例中、死亡は11例で、いずれもGNRI 82未満であり、BMI 18.5kg/m^{2}未満は9例に認められた。一方、中等度、軽度、非該当1例における死亡例は計4例であり、GNRI、Alb、BMIについては各群間で明らかな傾向は認められなかった。また、軽度では全例が表現型基準に該当していた。

GLIM評価の経時的変化は改善6例、悪化10例、不変42例であった。変化要因は改善群・悪化群ともに炎症値変化が80%以上を占めた。エネルギー摂取量25 kcal/kg/日以上の割合は改善群71.4%、悪化群40.0%、不変群50.0%で、改善群が最も高かった。GNRIの経時的変化は改善6例、悪化4例、不変48例であった。改善群・悪化群ともにAlb変化が100%で、エネルギー摂取量25 kcal/kg/日以上の割合は改善群66.7%、悪化群50.0%、不変群56.3%であった。

死亡率はGLIMで改善群17%、悪化群20%、不変群26%、GNRIで改善群0%、悪化群50%、不変群12.5%であった。不変群のうちGNRIが10ポイント以上低下した症例では死亡率54%であった。

【考察】

GLIMで重度低栄養だった患者は従来の栄養指標においても栄養不良であり、経時的変化で改善しなかった症例に死亡例が多くみられた。GLIM改善群およびGNRI改善群では25kcal/kg/日以上のエネルギー摂取割合が高く、十分なエネルギー摂取は栄養状態の改善に寄与する可能性が示唆された。GNRIの経時的変化は透析患者の予後予測に有用である可能性が示唆された。

【結論】

透析患者の栄養評価では、GLIM基準による診断に加え、GNRIや表現型指標の経時的変化の評価を加えることで、予後を含めた栄養リスクを把握できる可能性がある。

42-3　栄養管理④

回復期リハ病棟における栄養状態と ADL の関連―GLIM 基準を用いた検討―

奈良県・秋津鴻池病院

○三谷（みたに）　侑奈（ゆうな）（管理栄養士）、都築　尚子、安田　有利、石田　和也

【はじめに】当院では令和 6 年 6 月より、低栄養診断基準として GLIM 基準を導入しているが、ADL 評価との関連については十分に検討されていない。今回は、回復期リハビリテーション病棟入院患者の退院時の栄養状態と ADL の関連について調査した。

【対象】令和 6 年 6 月～令和 8 年 3 月に当院回復期リハビリテーション病棟を退院した 172 症例（平均年齢 77.1 土 13.1 歳、男性 62 症例、女性 110 症例）を対象とした。死亡退院、転院、データ欠損例は除外した。

【方法】退院時の MUST による栄養スクリーニングにて低・中リスク者を GLIM 非対応群、高リスク者を GLIM 基準に沿って非該当群、中等度低栄養群（中等度群）、重度低栄養群（重度群）の 4 群に分類した。それぞれの群で、入院時の GLIM 基準及び年齢、入院時と退院時の FIM 運動項目（運動 FIM）、FIM 認知項目（認知 FIM）を抽出し、 それぞれの FIM の変化量（退院時−入院時）を算出した。 群間比較には Kruskal-Wallis 検定を用い、有意差を認めた項目については事後検討として Mann-Whitney U 検定を行った。入院時及び退院時 GLIM 基準の比較には Wilcoxon 符号付順位検定を用いた。有意水準は 5% 未満とした。

【結果】GLIM 基準群の内訳（入院時→退院時）は、非対応群 126 名→131 名、非該当群 24 名→37 名、中等度群 2 名→1 名、重度群 20 名→3 名であり、退院時に有意な改善を認めた。4 群間で、年齢及び入院時の運動 FIM・認知 FIM に有意な差は認めなかった。運動 FIM の変化量では群間に有意な差を認め、事後検定の結果、重度群が非対応群及び非該当群と比較して有意に低値を示した。なお認知 FIM の変化量では群間に有意な差を認めなかった。

【考察】今回検討した症例群においては、入院期間中に栄養状態改善したと考えられる。また、重度群では運動 FIM の改善量が低値であったことから、退院時の栄養状態と運動 FIM の改善との関連が示唆された。これらの結果から、入院期間を通じた栄養状態の維持・改善が機能回復と関連している可能性が考えられる。一方で、退院時の中等度群及び重度群の症例数は少ないため、今後はさらなる症例の蓄積が必要である。

【まとめ】退院時の栄養状態と ADL の改善に関連が認められ、特に重度群では改善が乏しかった。回復期リハビリテーション病棟患者において、ADL の改善には栄養状態の評価及び栄養管理が重要であることが示唆された。今後は、本研究の結果を踏まえ、患者の栄養状態に応じた適切な栄養管理を行い、ADL 改善に繋げていきたい。

42-4　栄養管理④

慢性期病棟における経腸栄養2回投与導入の効果―看護要員の業務負担と看護ケアへの影響―

神奈川県・AOI国際病院

○佐藤（さとう）　直也（なおや）（看護師）、高橋　加奈、佐藤　みどり、上野　みどり、宇山　明日香

【目的】
慢性期病棟では経腸栄養を要する患者が多く、従来の1日3回投与では投与間隔が短く、患者および看護要員に時間的制約が生じることが課題であった。本研究では、適応患者を選定したうえで経腸栄養2回投与を導入し、その効果として看護要員の業務負担ならびに看護ケアへの影響を明らかにすることを目的とした。
【方法】
対象は医療療養病棟（60床）および障害者病棟（60床）に勤務する看護要員（看護師・看護補助者）とした。慢性期病棟担当医師および栄養管理委員会による検討を踏まえ、厳密な血糖コントロールを要する患者等を除外する判定基準を設定したうえで、2025年4月に適応患者へ経腸栄養2回投与を導入した。2024年7月（導入前）および2026年6月（導入後）に、業務負担感、看護ケア、時間的なゆとりおよび総合評価に関する無記名自記式アンケートを実施した。回答は任意・無記名とした。本調査は院内倫理委員会の承認を得て実施し、得られたデータは個人が特定されない形で集計・分析した。
【結果】
有効回答数は導入前が看護師28名・看護補助者9名、導入後が看護師32名・看護補助者7名であった。経腸栄養2回投与導入後、看護師29名（91%）、看護補助者6名（86%）が業務負担の軽減を実感した。導入によるメリットとしては、「経腸栄養業務の負担軽減」が最も多く、看護師31名、看護補助者5名が回答した。準備時間の短縮は看護師28名（87.5%）で認められ、投与時間についても短縮したとの回答が多数を占めた。また、「不足を感じる業務」として経腸栄養業務をあげた看護師は、導入前の8名から導入後は0名へ減少した。総合評価では、「非常に良い」または「良い」が35名（89.7%）を占めた。一方、看護ケアの質については「変わらない」とする回答が多かったものの、生み出された時間は清潔ケアや環境整備、患者との対話などへ活用されていた。時間的なゆとりについては「変わらない」との回答が最も多く、業務改善によって生み出された時間は、時間的なゆとりとして実感されるよりも看護ケアへ充てられていた。
【考察】
経腸栄養2回投与の導入は、経腸栄養業務に伴う時間的制約を軽減し、特に準備・片付けなど周辺業務の効率化につながった。その効果は看護師だけでなく、チューブの接続・配布や消毒・洗浄を担う看護補助者の業務負担軽減にもつながった。また、高濃度栄養剤の使用および先水投与の運用により、投与時間の延長を招くことなく導入できた可能性が示唆された。一方、効率化によって生み出された時間は、時間的なゆとりとして残るのではなく、清潔ケアや患者との対話など、これまで十分な時間を確保しにくかった看護ケアへ充てられていた。さらに、多くの職員が人的余裕の不足感を改善の妨げとして挙げており、配置基準を満たしていても、慢性期病棟では生み出された時間が看護ケアへ再配分されるため、職員が時間的なゆとりを実感しにくい状況が示唆された。
【結論】
適応患者を適切に選定したうえでの経腸栄養2回投与の導入は、看護要員の業務負担軽減および作業効率の向上に有効であった。また、生み出された時間は看護ケアへ活用されており、本取り組みは慢性期病棟における看護実践を支える業務改善策として有用であることが示唆された。一方、その効果をさらに高めるためには、業務分担や業務内容を含めた組織的マネジメントを並行して推進することが重要である。

42-5　栄養管理④

栄養マネジメント強化加算導入後の栄養状態の変化

1 熊本県・介護医療院ゆうきの里、2 医療法人悠紀会病院

○古賀（こが）　標志（たかゆき）（管理栄養士）[1]、多山　沙織[2]

【目的】

高齢化の進展に伴い，介護保険施設においても入所者の低栄養リスクの増加が課題となっている．このような背景から，栄養管理体制の質向上を目的として栄養マネジメント強化加算が導入された．本研究では，栄養マネジメント強化加算の算定開始前後の栄養状態を調査し，栄養マネジメント強化加算の臨床的効果を検討することを目的とした．

【方法】

研究デザインは後ろ向き観察研究．対象は 2023 年 12 月から 2024 年 11 月末までに介護医療院に入所していた経口摂取者．栄養マネジメント強化加算算定前群と算定後群の 2 群に分け，年齢，性別，低栄養リスク者数，欠食数と効果量を調査した．栄養状態は厚生労働省の栄養スクリーニングに基づき低栄養の低・中・高リスクに分類し，各月 1 日を調査日とした．効果量は 2 群間の平均値の差に基づく Cohen's d を算出した．

【結果】

対象者 405 名（群分け重複あり）．平均年齢 86.8 ± 0.3 歳，男性比 35%．算定前群は算定後群と比較して，高リスク者（3［1 – 4］vs. 1［0 – 4］，p=0.082）と中リスク者（13［11 – 15］vs. 11［7 – 14］，p=0.063）が多く，低リスク者が少なかった（17.5［16 – 18］vs. 22.5［20 – 23］，p=0.003）．算定開始後の効果量は，高リスクで 0.9，中リスク 1.1，低リスク−1.4 であり，全て大きな効果量であった．欠食数では有意差を認めなかった（132.5［39 – 217］vs. 121.5［52 – 198］，p=0.522）．

【考察】

栄養マネジメント強化加算算定開始後，高・中リスク者が減少し低リスク者が増加した．これらの結果から，本加算算定は栄養管理の質向上及び入所者の栄養状態改善に寄与する可能性が示唆された．

42-6　栄養管理④

回復期リハビリテーション病棟における椎体骨折患者の栄養状態が身体機能およびADLに及ぼす影響

兵庫県・西宮回生病院

まつばら　みすず
○松原　美鈴（看護師）

1. 目的

回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）では骨折後の高齢患者が多く入院する。高齢者は骨粗鬆症の影響で軽微な外力でも骨折を起こしやすく、ADL低下や合併症を招く。先行研究では低栄養がADL低下の要因とされ、栄養改善を治療に組み込むことが推奨されている。

臨床現場では、看護師が患者の食事状況を24時間把握しているが、実際の栄養管理は主に管理栄養士が担っており、看護師が栄養面へ主体的に関わる機会が少ないという課題がある。

本研究の目的は、回リハ病棟に入院した椎体骨折患者を対象に、入院時の栄養状態が入退院時の身体機能・ADLに与える影響を明らかにすることである。これにより看護師が栄養管理の視点を持って多職種連携し、効果的なリハビリ支援を行うための視点を見出すことを目指す。

2. 方法

研究対象は西宮回生病院4階病棟に入院した65歳以上の椎体骨折患者14例。簡易栄養状態評価表（MNA-SF）を使用し、0～7点を「低栄養群」、8～14点を「栄養状態良好群」に分類した。評価項目は、入退院時の体重、身長、BMI、入院時血液データ（Alb、TP）、握力、下腿周囲径、10m歩行速度、FIM（機能的自立度評価法）、および在院日数である。

統計解析は、対応のないt検定を用いた2群間比較とMNA-SFスコアと各データとのSperrmanの相関分析を行った。

3. 結果

入院時では、身体機能およびFIMの全項目で2群間に有意差は認められなかった。退院時では、左下腿周囲径が低栄養群で27.13±2.66、栄養状態良好群で31.06±3.06であり、低栄養群が統計学的に有意に低値を示した（$p<0.05$）。また有意差にまでは至らなかったが、右握力、右下腿周囲径、FIMスコアも低栄養群で低値を示す傾向があった。

相関分析では、入院中の各指標とMNA-SFスコアに有意な相関はなかった。しかし退院時において、右下腿周囲径（$P=0.58$、$p=0.03$）および左下腿周囲径（$P=0.55$、$p=0.04$）でMNA-SFスコアとの間に中等度の正の相関が認められた。一方で、FIM、在院日数、10m歩行速度との相関はなかった。

4. 考察

入院時に両群間で身体機能やADLに差がなかったため、対象者は同程度の運動機能で入院したと考えられた。しかし退院時に筋量の指標である下腿周囲径に有意差が生じ、MNA-SFスコアと正の相関を認めたことは、入院中の低栄養が骨折後の筋量維持や回復を阻害した可能性を示唆する。高齢者は骨折に伴う安静や炎症反応で筋タンパク分解が亢進しエネルギー消費量が増加するため、筋サルコペニア予防には積極的な栄養管理が不可欠である。低栄養群では食事摂取量自体が不十分でありタンパク質不足が筋量維持の妨げになったと考えられる。

一方で10m歩行速度やFIM、在院日数に有意差がなかった背景には、回リハ病棟での集中的なリハビリ介入がADL低下を補った可能性が考えられる。また実際の退院時期や在院日数は身体機能だけでなく退院調整や家屋環境整備など社会的因子も大きい。

本研究の限界は、対象者数が14例（低栄養群4例）と少数で統計学的検出力が不十分だった点であり、今後は症例数を増やした検討が必要である。

4. 結論

椎体骨折患者において、入院時の低栄養状態は退院時の下腿周囲径（筋量）低下を招き、筋肉量の回復や維持に負の影響を及ぼす可能性が示された。回リハ病棟での栄養管理は管理栄養士が主導するが、患者の食事状況や細かな身体変化を継続的に観察できるのは看護師である。看護師が入院初期から栄養リスクを的確に把握し、必要に応じたタンパク質摂取量の調整や補助食品の活用を多職種チームへ積極的に提案・連携していくことが、患者の筋量維持と効果的な身体機能回復を支援する上で極めて重要である。

43-1　栄養管理⑤

最期まで口から食べるための多職種ミールラウンドの取り組み

1 福岡県・シーサイド病院、2 陵北病院

○黒松（くろまつ）　利恵（りえ）（管理栄養士）[1]、武内　晶子[1]、馬場　智子[1]、浦上　菜穂子[1]、大賀　早苗[1]、金丸　愛希[1]、
原田　真澄[1]、山部　雅仁[1]、山野　明子[1]、阪口　英夫[2]

【目的】介護医療院は、医学的管理と生活の場を併せ持つ長期療養施設である。入所者の多くは加齢や認知症に伴う摂食嚥下機能の低下により、低栄養や誤嚥性肺炎のリスクが高い。これらのリスクを軽減しつつ、最期まで口から食べることを支えるためには、管理栄養士が厨房管理にとどまらず、実際の食事場面を観察し介入するミールラウンドが重要である。摂食嚥下障害や低栄養は ADL 低下の要因であり、多職種による包括的支援が必要である。本研究では、当院における多職種によるミールラウンドとカンファレンスの取り組みを報告する。
【方法】対象は 2026 年 4 月時点で当院に入所し、3 食経口摂取していた 86 名とした。管理栄養士、医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士による多職種チームが月 1 回ミールラウンドを実施した。評価は日本摂食嚥下リハビリテーション学会の指標に基づき、先行期から咽頭期までの一連のプロセスを観察した。拒食や不顕性誤嚥が疑われる症例には、とろみ濃度の調整、食形態の変更、姿勢調整、食具の適合などを即時に検討した。また、BMI、血清アルブミン値、主病名、日常生活自立度、認知症自立度、食事形態を併せて評価し、動的評価と静的指標を統合して個別栄養ケア計画に反映した。
【結果と考察】対象者の BMI は 18.9 ± 3.0 kg/m^2、血清 Alb 値は 3.1 ± 0.4 g/dL であり、多くが低栄養リスクを抱えていた。食事形態は学会分類 2021 のコード 2-1 およびコード 3 が多く、嚥下調整食を要した。これらは入所者が摂食嚥下障害・低栄養・身体および認知機能低下という複合的課題を抱えていることが示している。先行研究では、多職種によるミールラウンドが残食率の低下、摂取エネルギー量の増加、体重増加、肺炎発症の減少に寄与することが報告されている。本取り組みにおいても、食事場面の直接観察が摂取困難の要因の早期発見につながり、不要な食事制限の解除、食事満足度の向上、誤嚥性肺炎による入院日数の短縮などの効果が期待できる。静的指標に加え、ミールラウンドによる動的評価を組み合わせることが、経口摂取の維持において重要である。
【結論】管理栄養士がミールラウンドを通じて食事場面に直接関わることは、個々の入所者に適した食事調整を迅速に行ううえで不可欠である。多職種間の密な情報共有は専門性を補完し合い、最期まで口から食べることを支える基盤となる。今後も根拠に基づく食形態選択と柔軟な介入を継続し、施設全体のケアの質向上を図る必要がある。

43-2　栄養管理⑤

将来性のある病院給食体制への転向

東京都・イムス明理会東京町田

なかまる　まり
○中丸　真理（管理栄養士）

【背景】
近年働き方改革が謳われる中、少子高齢化が進行し、病院給食の人員不足は問題視されている。当院においても人員不足を理由に給食委託会社より 2025.2.27 に 2025.5.1 で撤退の申し出があった。クックサーブでの継続提供は困難であり新調理システムの導入・セントラルキッチン（以下 CK）導入を決定。厨房体制の変動について報告する。
【方法】
当院は慢性期病院、許可病床数 577 床、1 食当たり経口 300 食以上、経腸栄養剤 100 食以上の提供を要する。委託会社撤退を受け、他の委託会社複数社へ打診するも全社人員及び準備期間不足にて当該日程での受託は不可能との返答であった。継続性のある厨房体制が課題となった。完全直営化も視野に完全調理済食品取り扱い業者を検討。委託時 30 名体制であったが、当院には病棟業務の管理栄養士、委託会社より残留する職員を合わせて約 20 名。大幅に人員削減可能な 1 日総作業時間を実現する必要があり、新調理システム且つ CK への転向を決定。しかし本格導入前に CK 会社の工場拡張を要する為、移行期間中ぐっどはあとというサービスの盛り付け済料理・冷凍弁当を併用してリヒート機を活用した半 CK、2026.4.2 より完全 CK 導入の 2 段階転向となった。
【結果】
完全委託時の厨房勤務開始時刻：4 時半、1 日総作業時間：110h、常勤の時間外労働：平均 5.7h/月/人。半 CK 時の勤務開始時刻：5 時、1 日総作業時間 85h、常勤の時間外労働：平均 33.5h/月/人。完全 CK 導入後の勤務開始時刻：6 時、1 日総作業時間：54h、常勤の時間外労働：5.3h/月/人と厨房業務の変化があった。従来と比較して院内全体の水道・ガス・電気料金は約 80 万円/月程削減された。
【考察】
少子高齢化は進行し今後ますます病院給食業界は人員不足に陥る。導入以行時に膨大な費用や時間、人員を要した。しかし現在、現場職員より早番が遅くなり身体は楽になったとの意見がある。切り替え後の業務内容をスリム化することで作業者の負担を軽減できる可能性が示唆された。厨房業務は緩急が発生する為、勤務時間短縮を受け病棟へのヘルプも検討している。

43-3　栄養管理⑤

住宅型有料老人ホームにおける病院給食配送体制構築の取り組みとその評価

1 岐阜県・愛生病院、2 住宅型有料法人ホーム　ハートピア

○浅野（あさの）　珠美（たまみ）（管理栄養士）[1]、中村　香[1]、森　聖絵[1]、加藤　智美[2]、服部　夏樹[1]

【目的】当法人住宅型有料老人ホーム（定員 23 名）は、外部配送弁当を利用していた。しかし、入居者の高齢化や病状に伴い、軟飯・刻み食・とろみ付・栄養補助食品の利用等個別対応が増し、配送弁当では困難な入居者も現れた。そこで平成 29 年から病院給食を配送する体制を構築した。本研究では、体制構築の経過を振り返るとともに、入居者及び職員にアンケートを実施。その成果を検証した。

【方法】病院給食配送導入にあたり、圏域保健所へ確認。保健所は病院から食事配送の相談前例がなく、現地で現状確認。配送専用車が望ましいこと、異物混入防止目的の密閉、温度管理が必要と指導があり整備を行った。年 1 回実施の寿司イベントの翌日に聞き取り調査を入居者及び全職員 12 名に実施。入居者は同意が得られた 8 名に聞き取り調査を行った。調査項目は入居者・職員ともに病院給食の①味付け、②温かさ、③食べやすさ、④安心感、⑤好み、⑥価格を伺い、更に病院給食の良い点、改善点、要望等について自由記述を収集し、内容分析を行った。

【結果】病院給食配送開始後は、軟飯、刻み食、とろみ付、栄養補助食品の使用など、個別対応が可能となった。また病院入院中から施設入居後まで継続した栄養管理を実施できるようになった。入居者アンケートは、①味付け、③食べやすさ、④安心感について入居者 8 名全員から概ね良好な評価が得られた。年 1 回実施している寿司イベントは、令和 7 年は元寿司職人の調理師が入居者の前で握るライブキッチン形式を実施。献立はまぐろ、炙りサーモン、海老、いなり寿司、茶碗蒸し、ケーキを提供。聞き取り調査では「おいしかった」「また食べたい」といった意見が聞かれ、いくら、白身魚、いか等の希望のネタや、うな丼、刺身等のリクエストメニューも挙げられた。職員アンケートは、「個々に応じた食事形態に対応ができている」「栄養面が管理されている」「温かい食事が提供できる」「安心して提供できる」などの意見が得られた一方、入居者の食事の様子から「朝食メニューがいつも同じ」「豆腐料理とトマト料理、あんかけは好きではない」という意見を頂いた。

【考察】病院給食配送への移行は、単なる食事提供方法の変更ではなく、特に入院中から施設入居後まで一貫した栄養管理を継続できるようになったことは、本体施設を有する法人の強みであり、シームレスな栄養管理の実現につながった。職員から評価された個別食対応や栄養管理は、介護を必要する入居者への支援に有効であった。また、寿司ライブキッチンをはじめとする行事食や嗜好に配慮した献立は、食事への期待や楽しみを高める機会となり、入居者の QOL 向上に寄与したと考えられる。更に、寿司イベント後に具体的な献立や食材の要望が得られたことは、入居者の嗜好を把握し、今後の献立作成へ活用できる機会となり、朝食の選択肢を増やし、週 2 回パン提供の日を設けるなど改善につながった。管理栄養士が中心となり、多職種と連携しながら食事提供体制を構築したことが、継続的な栄養管理の実現につながったと考えられる。

【結論】病院給食配送体制の構築により、個別栄養管理の充実、安心・安全な食事提供及び食事満足度の向上が認められた。また、行事食やライブキッチンは食事の楽しみや入居者の声を引き出す機会となった。管理栄養士が中心となり多職種と連携して構築した食事提供体制の整備は、住宅型有料法人ホームにおける質の高い栄養管理に有用であることが示唆された。

43-4　栄養管理⑤

介護施設における完調品活用下での栄養強化の取り組み―食事形態別にみた体重変化と低栄養のリスク検討―

福岡県・若久サテライトビレッジ

○金山（かなやま）　紫乃（しの）（管理栄養士）

介護施設における完調品活用下での栄養強化の取り組み
―食事形態別にみた体重変化と低栄養のリスク検討―

社会福祉法人久英会　若久サテライトビレッジ
○金山 紫乃（管理栄養士）

【背景・目的】

近年、介護施設では人手不足や業務効率化を背景に完全調理済み食品（以下、完調品）の導入が進んでいるが、栄養管理の実態や課題に関する報告は少ない。

当施設では業者変更後、栄養価が平均約 1500kcal、たんぱく質 50g となり、施設基準(エネルギー 1600kcal、たんぱく質 60g)を下回った。さらに、体重減少者も認められたため、栄養価不足への対応を実施した。本研究では、完調品活用下における栄養強化の取り組みが利用者の体重および低栄養リスクに与えた影響について検討し、栄養管理上の課題について考察することを目的とした。

【方法】

令和 7 年 9 月から令和 8 年 6 月を観察期間とし、当施設入所者 23 名を対象とした。死亡・退所者 9 名および食事形態変更者 3 名を除外し、最終解析対象者 11 名についてソフト食群 5 名、常食群 6 名を後方視的に検討した。

令和 8 年 1 月から令和 8 年 5 月の 5 か月間、栄養強化策(常食：PFC パウダー導入後に栄養強化献立へ変更、ソフト食：PFC パウダーによる栄養補正）を実施した。

評価項目は栄養量、体重および BMI18.5 未満該当者数とし、体重は介入前後の各期間平均値、BMI18.5 未満該当者数は介入前後で比較し、食事形態別に検討した。

【結果】

栄養強化後、常食では栄養価の確保ができた。一方、ソフト食ではエネルギー 1580kcal、たんぱく質 52g であり、施設基準には到達しなかった。PFC パウダー添加を実施したソフト食群では、平均食事摂取量は 91% であったが、5 名中 4 名で体重減少を認め、平均体重変化は－3.54kg であった。BMI18.5 未満該当者は介入前 2 名から介入後 3 名へ増加した。一方、常食群では食事摂取量平均 82%、6 名中 2 名で体重減少を認め、平均体重変化は－0.05kg とほぼ維持されていた。BMI18.5 未満該当者数も介入前後で変化を認めなかった。

【考察】

常食群では栄養強化献立への変更後、体重は概ね維持されており栄養強化策が体重維持に寄与した可能性が示唆された。一方、ソフト食群では摂取率は高かったものの、提供栄養量が施設基準に達していなかったことに加え、嚥下機能低下や疾病、終末期状態などの影響を受けやすい集団であったため、体重減少および BMI18.5 未満該当者の増加につながった可能性が考えられた。(また完調品導入時には提供栄養量や食事形態の対応を踏まえ、施設利用者の特性に応じた完調品および業者の選定が重要であると考えられた。)

なお本研究では死亡や退所による除外者が多く、対象者が限られていたことから今後更に検討を重ねる必要がある。

【結論】

完調品使用下における栄養強化後、常食では基準を満たし体重維持傾向を認めた。ソフト食では基準に達せず体重減少および BMI18.5 未満該当者の増加を認めた。

完調品使用下における低栄養対策では、提供栄養量の確保のみならず、食事形態や利用者個々の状態を考慮した継続的かつ個別的な栄養管理の重要性が示唆された。

43-5　栄養管理⑤

地域包括ケア病棟の管理栄養士の病棟配置が多職種連携と栄養管理に与える影響

福岡県・水戸病院

○髙橋（たかはし）　愛子（あいこ）（管理栄養士）

【目的】

地域包括ケア病棟に管理栄養士を配置している病院は、全国的にも多くはない。当院では、2024 年 5 月より、管理栄養士 1 名が病棟配置となった。地域包括ケア病棟は、入院から最大 60 日間でリハビリし退院を目指すという病棟で、医師、看護師、MSW、薬剤師、リハビリスタッフ、管理栄養士やケアマネージャー等の在宅部門との連携が重要である。今回、管理栄養士の病棟配置が多職種連携と栄養管理に与える影響について調査したため、報告する。

【方法】

対象：2023 年 10 月～2023 年 12 月と 2025 年 10 月～2025 年 12 月の期間に入院した患者で配置導入前（2024 年 5 月～）と同時期の比較

比較項目：「他職種からの相談件数」「食事変更の件数」「初回介入までの平均日数」「入院翌日までの介入率」「在院日数」「在宅復帰率（自宅退院を在宅扱いとして算出した）」「スタッフへのアンケート」とした

【結果】＜配置導入前→導入後の比較＞

・他職種からの相談件数：19.3 件/月→49.6 件/月（2.6 倍）
・食事変更件数：42.6 件/月→96.3 件/月（2.3 倍）
・初回介入までの平均日数：1.42 日→0.65 日
・入院翌日までの介入率：60.5%→84.3%
・在院日数：33.3 日→30.1 日
・在宅復帰率：52.9%→58.1%
・アンケート結果：食事について困ったときに相談でき早期対応できる、入力不明点や問い合わせの栄養課への電話回数が減った、情報伝達がスムーズ、他の職種と連携できる、等の意見が聞かれた
・退院後、居宅療養管理指導へ円滑に移行した症例を経験した

【考察】

他職種との情報共有や相談が活性化し、食事内容の調整にも迅速に対応できるようになった。初回介入までの平均日数や入院翌日までの介入率の向上がみられ、患者への早期介入が可能となった。在院日数も短縮しており、早期介入や多職種連携の強化が退院支援に寄与した可能性が示唆された。在宅復帰率は改善傾向であった。症例数が少なく評価には限界があった。血清 Alb 値についても検討したが、入院 30 日後以降の採血実施例が全体の約 28% であり、十分な評価が困難であった。また退院後の居宅療養管理指導に円滑に移行できた症例を経験し、継続的な栄養支援につながった。

【結論】

管理栄養士の病棟配置は、多職種連携の強化と早期栄養介入の推進に寄与したが、栄養状態や在宅復帰率等に関する評価方法については今後さらに検討が必要である。また、退院後の居宅療養管理指導への円滑な移行につながり、地域包括ケア病棟における継続的な栄養支援体制に有用である可能性が示唆された。

43-6　栄養管理⑤

慢性期多機能型病院における栄養補助食品の使用状況と残食の実態調査

神奈川県・鶴巻温泉病院

○柴（しば）　晃洋（あきひろ）（管理栄養士）、國見　友恵、阿達　彩花

【目的】

慢性期多機能型病院では、日々のリハビリテーションや個々の病態、摂食嚥下機能に応じた栄養補助食品を必要とするケースが多い。昨今の食材費および人件費の高騰が続いており、病院給食においては適切な栄養管理とコスト管理が求められている。当院では病院食の質的向上を目的に、栄養補助食品の使用状況および残食の実態調査を実施したため報告する。

【方法】

栄養補助食品の使用状況は給食管理ソフトを用い、2025 年度における栄養補助食品 9 品目（内訳：ゼリータイプ 4 品、飲料タイプ 2 品、付加タイプ 2 品、その他 1 品）の年間総使用量および総使用額を算出した。残食調査は 2025 年 12 月から 2026 年 4 月の間に入院中の経口摂取患者約 340 名を対象とし、1 日 3 食、計 2 日間の栄養補助食品 9 品目の残食状況を病棟担当管理栄養士が目測法（0，25，50，75，100％ の 5 段階評価）および一部重量法にて実施した。残食率を病棟機能別、提供時間帯別、製品別に集計を行い、残食の要因を検討した。

【結果】

当院の栄養補助食品の年間総使用数は約 21 万個、年間総使用額は約 1,920 万円であった。使用量上位は、飲料タイプ A（26.4％）、付加タイプ A（18.6％）、付加タイプ B（12.7％）の順であった。

全病棟における栄養補助食品の平均残食率は 17.0％ であった。病棟機能別の残食率は、地域包括ケア病棟は 19.9％、回復期リハビリテーション病棟は 18.8％、医療療養病棟は 16.7％、障がい者・難病リハビリ病棟は 12.4％、介護医療院は 12.0％ であった。提供時間帯別の残食率は、朝食 10.3％、昼食 15.1％、夕食 18.4％ であった。製品別の残食率では、飲料タイプ B（22.5％）、飲料タイプ A（20.4％）、ゼリータイプ D（17.9％）の順に高かった。

【考察】

病棟機能別では、介護医療院や障がい者・難病リハビリ病棟において残食率が低かった。これは、在院期間が比較的長いことから、管理栄養士による個々の嗜好把握に基づいた食事内容の最適化（食事変更）が適時行われている成果と考えられる。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では残食率が高い傾向にあり、亜急性期の不安定な病態や疾患の急性増悪に伴う食思の変動が影響している可能性がある。

提供時間帯別で朝食の残食率は 10.3％ と低く、夕食は 18.4％ と高い傾向にあった。これは、朝食の時間帯に適した栄養補助食品の選択的提供や時間帯別で献立内容が異なることが要因として考えられる。

【結論】

本調査により、年間総使用額と平均残食率（17.0％）から、年間約 326 万円相当が実摂取されずに廃棄されている可能性が示唆された。栄養補助食品の使用実態を見直し、その費用を食材費へ再配分することは、病院食の質的向上を図る上で有効な戦略であると考えられる。

43-7　栄養管理⑤

慢性的な低栄養と人工股関節置換術後に歩行能力低下を呈した高齢女性に対するリハ栄養介入の一症例

東京都・緑成会病院

○埴田（はにた）　悠羽（ゆうわ）（理学療法士）

【研究背景】

高齢者の大腿骨近位部骨折術後では，下肢筋力低下や歩行能力低下に加え，低栄養やサルコペニアが機能回復を阻害する要因となることが知られている．リハビリテーション栄養診療ガイドラインでは，65 歳以上の大腿骨近位部骨折患者に術後早期からの強化型栄養療法を行うことが推奨されている．症例は高度低栄養を呈した人工股関節置換術後患者であり，栄養管理と運動療法を併用した介入を実施し，在宅復帰に至った経過について報告する．

【対象】

80 歳代女性．自宅内で転倒し受傷し，左人工股関節置換術を施行された．術後 29 日目にリハビリテーション目的で当院へ入院となった．入院時体重 31.7kg，body mass index（以下 BMI）12.4 であり，Global Leadership Initiative on Malnutrition（以下 GLIM 基準）にて高度低栄養と判定された．また、握力（右/左）が 7.7kg/8.2 kg，Skeletal Muscle mass Index（以下 SMI）4.4kg/m^2 であり，サルコペニアが疑われた．下肢筋力低下およびバランス能力低下を認め，ADL は歩行器歩行中等度介助，Functional Independence Measure（以下 FIM）が合計 41 点（運動項目 26 点，認知項目 15 点）であった．

【方法】

理学療法として筋力訓練，起立・移乗訓練，バランス訓練，荷重訓練，段差昇降訓練，歩行訓練を実施した．また管理栄養士と連携し，SMART に乗っ取り 2 カ月での体重 2kg 増加を目標とした栄養管理を行った．リハビリテーションの前に捕食を摂取出来るようにスケジュールの調整を行い，あらかじめ血中アミノ酸濃度を高めておくことで，トレーニング中の筋肉の分解を防ぐように介入を行った．また，エネルギー蓄積量を考慮し，運動負荷量は 1.0～3.5METs の範囲で設定した．

【結果】

約 2 か月の介入により体重は 31.7kg から 33.7kg へ増加し，SMI も 4.4kg/m^2 から 5.1kg/m^2 へ改善した．下肢筋力は MMT で向上を認め，Functional Balnce Scale（以下 FBS）は 18 点から 48 点，Timed Up and Go test（以下 TUG）は約 26 秒から約 19 秒へ改善した。6 分間歩行は 110m から 296m へ向上し，屋内伝い歩き自立レベルの歩行能力を獲得した．

【考察】

本症例では低栄養および下肢筋力低下が歩行能力低下の要因と考えられた．栄養管理と運動療法を併用したリハ栄養介入により，筋力やバランス能力の改善に加え体重および骨格筋量の増加が認められ，歩行能力の向上に寄与した可能性が示唆された．高齢骨折患者に対しては，運動療法のみならず栄養管理を含めた包括的介入が重要であると考えられた．

44-1　業務改善①

紙による業務の削減を目指して　回復期病院におけるノーコードアプリの導入

埼玉県・川越リハビリテーション病院

○穂坂（ほさか）　邦大（くにひろ）（医師）

【目的】当院は回復期リハビリテーション病院で、現在も紙カルテによる運用を継続している。そのためカルテだけでなく、入退院や部署間連携においての連絡も膨大な紙媒体が発生しており、その使用量は年間コピー用紙約 10 万枚に達している。電子カルテへの移行を検討しているものの、自院の運用に合致した最適なシステムの選定には至っていない。このような背景から、プログラミング知識が不要で現場主導のシステム構築が可能なノーコードアプリ作成ツールを導入し、業務で利用できないかということを考えた。本研究の目的は、このツールの活用により、紙による業務の削減、情報のリアルタイム共有、および管理業務の効率化を図ることである。
【方法】ノーコードツールである@pocket®（アイアット OEC 社）を用い、入院連絡、入院前情報、退院連絡、入院統計、部屋移動といった一連の業務をデジタル化した。具体的には、これまで医療ソーシャルワーカー（MSW）が作成していた入院前情報や入退院連絡票を、医師、病棟、薬局、事務、栄養室、放射線科、リハビリ科、外来などの各部署へ個別にプリントアウトして配布していたものを、アプリ上で共有、通知する仕組みを構築した。そして、必要な部署のみ、必要な情報だけプリントするようにした。更に入院や退院を病棟で登録することで、このアプリ内で病床稼働率、主治医別の患者数などが可視化できるようにした。また病棟での患者の部屋移動登録もアプリの機能を利用した。
【結果】アプリ導入により、情報のデジタル一元管理が可能となった。医師側では、今まで WORD などに直接記入していた入院時の準備工程が少なくなった。従来の、各部署へ足を運んだり紙資料を配布する手間が省かれたと同時に印刷される紙の使用量が減少した。また、入院統計（病床利用率、主治医別統計、疾患別稼働率等）が自動集計されるようになり、管理業務の負担も軽減された。Excel で行っていた部屋移動もアプリで容易にできるようになった。
【考察】ノーコードツールの導入は、専門的なプログラミング知識を必要とせず、ドラッグ＆ドロップの直感的な操作で現場のニーズに合わせたアプリ作成が可能であるため、病院における DX の第一歩として有効であった。一方で、カンファレンスの予約設定ができず Excel での運用が残っている点や、病室内でのベッド番号の変更が困難であるといった、汎用ツール特有の制限も明らかになった。また、アプリを自ら作成・カスタマイズしようとする職員が一部に限られている点は、今後の持続的な運用に向けた課題である。劇的な改善ではないものの、紙カルテ運用を継続しながらも着実な業務改善に寄与していると考える。
【結論】ノーコードアプリ「@pocket」の導入は、紙の使用量削減と部署間の情報共有スピード向上に寄与し、病院業務の効率化に有用であった。電子カルテ未導入の環境下においても、業務改善を推進できることが示唆された。今後は、アプリ作成に携わる人材の育成と、さらなる適用範囲の拡大を検討していく必要がある。

44-2　業務改善①

安全で働きやすい職場づくりを目指して　モデル事業参加によるノーリフティングの取り組み

北海道・聖ヶ丘病院

○星（ほし）　昌美（まさみ）（看護師）、田高　紀子、横田　倫子

【目的】医療現場では、不良姿勢や腰部負担を伴う作業が多く、2025 年の腰痛調査では当院職員の約 6 割が腰痛を抱えていることが明らかとなった。当院では 2014 年より腰痛予防対策に取り組んできたが、伊達市ノーリフティング（以下 NL）普及推進事業に 2025 年 7 月から参加することとなり、組織を再構築して予防策を強化した。本報告は、モデル事業への参加を通じて「安全で働きやすい職場」を目指した組織的取り組みの成果と課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】2025 年 7 月から 2026 年 2 月の活動期間で、医師を除く病院全職員 263 名および全患者 288 名を対象とした。モデル事業実践計画の 4 視点、①職員の健康管理②教育③福祉用具の導入・管理④アセスメント・プランニングを取り組む委員を選出し、毎月委員会を開催して具体策を検討・実践した。主な取り組みは、病院長 NL 宣言、全職員への勉強会と理解度チェック、委員による模擬患者ケア時の動画撮影、アセスメント・プランニング表の作成と運用、全看護職・介護職への福祉用具演習、病室のレイアウトを改善（リフト・横移乗ボード使用可能な配置、靴入れの設置）に取り組んだ。取り組み前後の腰痛調査は二比率 z 検定を用いて行った。取り組み後に課題達成度確認アンケートは一標本 t 検定を用いて行った。

【結果】教育では院長による NL 宣言後全職員に勉強会を実施。理解度チェックを全問正解するまで繰り返すことで短期間での周知徹底を図った。スライディングシートの演習は全看護・介護職を対象に行った。病室環境については、福祉用具が使用しやすいベッド配置への変更や靴入れのベッド柵への設置を行い、不良姿勢の改善につながる環境とした。アセスメント・プランニング表を導入、運用を目指したが、定期評価の定着化は今後の課題となった。腰痛調査では有痛率（常に痛い・時々痛いの合計）は 52.8% から 49.3 へ減少したが、統計的有意差は認められなかった（$z = 0.831$, $P = 0.406$）。一方、「現在は痛みないが腰痛経験あり」の割合は 13.0% から 18.1% へ有意に上昇した（$z = 1.659$, $P = 0.049$、片側）。終了時のアンケートでは「NL を意識している」（少し+かなりの合計）が 88.2% と高い結果であった（$t(262) = 16.19$, $p < 0.001$）。

【考察】腰痛有痛率は減少傾向を示したが有意差は得られず、活動期間が約 8 カ月と短期間であったことが影響したと考えられる。継続的な取り組みにより更なる改善が期待される。一方、腰痛経験者の割合が有意に上昇したことは、NL の実践を通じて職員が腰痛予防を意識し行動をとるようになった結果と推察される。また約 9 割の職員が意識変容を示したことから、委員会を中心とした組織的・計画的な取り組みが、組織を超えた意識の浸透に有効であったと考える。病室環境のレイアウト改善は無意識の不良姿勢を防ぐ「仕組みとしての予防策」として有効であった。一方、アセスメント・プランニングの定期評価についてはシステム整備と教育支援が今後の課題である。

【結論】全職員を対象とした組織的な NL の取り組みにより、腰痛改善率の有意な上昇と職員の意識変容が確認され、「安全で働きやすい職場環境づくり」に寄与した。今後はリンクスタッフの育成・教育を推進し、NL を院内の標準的ケアとして定着できるよう目指す

44-3　業務改善①

「持ち上げない」から「支えあう」ケアへ―スライディングシートを活用したノーリフティングの推進―

北海道・聖ヶ丘病院

○佐藤（さとう）　仁美（ひとみ）（看護師）、水合　泰文、武者　知美、斎藤　真奈美、山田　みゆき、水合　千恵

【はじめに】

ノーリフティングとは、単に「持ち上げない」というケア技術を指すものではなく、働く現場に潜む腰痛等のリスクをなくし、心身に無理な負担をかけない環境を実現することで、働く人の安全と健康を守る考え方である。

厚生労働省は2013年に「職場における腰痛予防対策指針」を19年ぶりに改訂し、医療・介護現場における腰痛対策の重要性が改めて示された。当院でも腰痛による離職や休職が課題となっており、2015年に「腰痛対策チーム」を設置し、福祉用具の活用や環境改善に取り組んできた。しかし、十分な成果が得られなかったことから、2024年にノーリフティングという考え方を新たに取り入れることとなった。研修や周知活動を行ったものの、職員それぞれの知識や技術にばらつきがあり、十分に実践へ繋がらない課題が残っていた。そこで患者・職員にとって「安全」かつ「心身の負担を軽減する」ケアを目標に、スライディングシート（以下「シート」とする）を病棟職員全員が効果的に活用・実践できることを目的として本取り組みを行った。

【研究方法】

病棟の看護・介護職員28名を対象に、ノーリフティングに関するアンケートを実施し、課題を明確にした。課題をもとに以下の取り組みを実施した。

1. シートの正しい知識と技術習得を目的とした実技演習学習会の開催
2. スライディングシートをはじめとする福祉用具の適切な活用方法を学ぶ院内研修への病棟職員全員参加

取り組み開始から5ヶ月後に再度アンケートを実施し、前後の結果を比較検討した。

【結果】

「ノーリフティングの考え方を知っているか」という質問に対し、取り組み前は「よく知っている」4名、「ある程度知っている」20名、「聞いたことがある」3名、「知らない」1名であったが、取り組み後は「よく知っている」14名、「ある程度知っている」14名となり、「聞いたことがある」「知らない」はいずれも0名となり、ノーリフティングの周知度が有意に向上した。

「シートを活用しているか」では、取り組み前において介護職員14名全員が「している」と回答していた一方、看護職員は「している」6名、「していない」5名、「方法がわからない」1名、「効果的に活用できない」2名であった。取り組み後は職員全体28名中「している」27名、「していない」1名となり、「方法がわからない」「効果的に活用できない」はいずれも0名となり、シートの活用についても有意に向上した。

【考察】

事前アンケートでは「ノーリフティングをよく知っている」が4名であったのに対し、取り組み後は14名に増加した。病棟内での実技演習学習会を開催したことで、ノーリフティングという考え方を病棟全体へ周知することができたと考えられる。

シートの活用については、取り組み前において介護職員14名全員が「している」と回答していた一方、看護職員は「している」が6名にとどまり活用が不十分であった。これは介護職員がケアの中で移乗・移動を行う機会が多く、シートを活用する場面が自然に生まれやすい環境にあるためと考えられる。一方、看護職員は処置・観察が業務の中心となることが多く、シートを活用する機会が生まれにくい環境であったと考えられる。意図的に活用場面を設定し、院内研修に全職員が参加したことで、看護職員の実践につながる有効な手段となった。今回の取り組みを通して、ノーリフティングの考え方の周知とシートの活用実践という段階まで進めることができた。

【結論】

病棟内演習学習会および院内研修への全員参加を通じて、ノーリフティングへの理解が深まり実践につながった。

44-4　業務改善①

薬剤処方確認工程の DX 化による業務負担軽減と医療安全向上

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○渋谷（しぶや）　充（みつる）（放射線技師）、山下　多恵美、角　祐輔、堤　徳恵

【背景】当院外来における処方確認業務では、電子カルテから出力した複数の処方箋を紙媒体で印刷し、モニター上の前回処方内容と照合する作業を日常的に行っていた。しかし、この確認作業は長時間を要し、医療従事者の大きな負担となっていた。また、紙媒体を用いた目視確認は、確認精度が作業者の集中力や経験に依存する側面があり、ヒューマンエラー発生のリスクも内在していた。

【課題】従来の処方確認業務には、①確認作業に 1～2 時間を要することによる業務効率の低下、②手作業による確認に伴う見落としや入力ミスの可能性、③大量印刷による紙資源およびインクの消費など、複数の課題が存在していた。これらは医療安全および業務効率化の観点から改善が求められていた。

【目的】本取り組みでは、生成 AI である ChatGPT を問題解決支援ツールとして活用し、処方確認業務の効率化および確認精度向上を図ることを目的とした。特に、業務改善のアイディア創出段階から生成 AI を導入し、簡便かつ低コストで実装可能な業務支援システムの構築を目指した。

【方法】①現行業務のフローおよび課題を ChatGPT に提示し、業務効率化に向けた改善案を依頼する。

②ChatGPT からの提案内容に基づき、処方内容の差分抽出・一覧化を行う簡易検証システムを作成する。システム開発過程においても生成 AI を活用し、処理手順や表示方法の改善等について継続的に助言を受けながらシステム改良行う。

【結果】①電子カルテ内の処方データを抽出し、Excel 又は Python を用いて、前回処方との差分を自動的に比較・検証するシステム構築が提案された。提案内容に対し、Python の動作環境を電子カルテが入った PC 内に構築できないことを ChatGPT に伝えたところ、再度 Excel の VBA 機能を利用した検証システムを提案されたので、それを採用した。

②ChatGPT より、フローチャートや VBA コードのアドバイスを受けながら、追加薬剤、削除薬剤、用量変更、投与日数変更の前回処方との変更点を色分け表示する機能を持った検証システムを構築した。結果、従来 1～2 時間を要していた確認作業は、約 10 分程度で完了可能となった。また、処方変更点が視覚的に抽出されることで、確認作業の効率化のみならず、見落とし防止にも寄与した。さらに、紙媒体による確認作業が大幅に減少したことで、印刷コスト削減およびペーパーレス化にもつながった。

【考察】今回、電子カルテ上での処方比較・差分確認を活用した運用へ移行することで、紙媒体による確認作業を削減し、業務の効率化およびペーパーレス化を実現した。また、処方変更点の可視化や自動チェック機能を活用することで、ヒューマンエラー低減と確認精度の均一化につながった。本取り組みは、単なる業務効率化に留まらず、医療現場における DX 推進の一環として、デジタル技術を活用した安全性向上と持続可能な業務体制構築に寄与するものと考えられた。

【結語】生成 AI を活用した運用へ移行することで、高額な専用システムを導入することなく、日常診療業務における煩雑な作業の効率化および省力化を実現した。今回のように時間を要する業務でなくとも、短時間（5 分程）で完結するため見過ごされがちな業務に対しても、自動化を導入することで、医療従事者の業務負担軽減と医療安全性向上が期待できる。今後、生成 AI は医療現場における実践的な DX 推進ツールとして、さらなる活用が期待される。

44-5　業務改善①

A 病院外来の 5S 活動に対するスタッフの認識調査

兵庫県・西宮回生病院

○桑田（くわた）　昌実（まさみ）（看護師）、永富　亜紀子、國武　明美

【目的】

A 病院外来では、整形外科・内科・脳神経外科・小児科・リハビリテーション科とさまざまな診療科があり救急患者も受け入れている。以前は、週一回の掃除日を決め 5S 活動を行っていたが、外来業務の多忙により 5S 活動を実施する時間の確保ができない状況であったと思われる。快適な診療環境を保つためには、どのような取り組みが必要なのか、外来診察室・処置室・点滴室の 5S 活動に対するスタッフの認識を明らかにする。

【方法】

外来看護師 15 名、医療秘書 5 名に選択式・自記式にてアンケート調査を実施。倫理的配慮として研究の目的を文章にしたものを渡し質問に対して選択・自由記載とし、質問紙への回答をもって同意を得た。

【結果】

アンケート回収率は 95% であった。清掃に関する 84% が週 1 回の掃除日を知っていたと回答する一方で、「掃除する時間の確保ができなかった」「みんなで掃除をする雰囲気がなかった」などの回答があった。掃除日を把握してたが業務の多忙により取り組めていないといった意見が多く、5S 活動が日常業務の一環として定着していない現状が明らかになった。5S 活動が事故防止・業務の効率化・快適な診療空間に役立つと思うとスタッフ全員が回答したが実際、積極的に取り組む姿勢は見られていない状況であった。5S 活動をしていれば防げたヒヤリハットに関わったこと、見たり聞いたりしたことがあるスタッフは 42% であり、診察室内のカウンターデスクが乱れていたため患者の基本票が紛れ込み診察が遅延した等の事例があった。5S の取り組みが必要だと思ったスタッフは、点滴室、診察室、処置室において、整理・整頓が上位であり、しつけに関する記載も多かった。今後の 5S 活動に対する取り組みに対する意欲は、「少し取り組める」は 32%、「積極的に取り組める」は 68% の結果が得られた。

【考察】

5S 活動の重要性を理解していても、業務の多忙さによる時間的制約により 5S 活動が日常業務の一部として十分に定着しておらず、5S 活動を意識していても実践に結び付けることが難しい活動となった可能性があった。また、物の定位置が決まっていないことで、使用頻度・物の配置場所を決める、使ったらすぐ戻すといったルール化ができていない状況がみられた。スタッフ全員が 5S の必要性を理解・納得し、日々の心掛けや整理・整頓・清掃のための時間の確保することも重要であり、整理・整頓・清掃を業務の一環として捉え習慣化し定着させることが大切である。

患者が安心して医療を受けるためには、スムーズな診療とスタッフの業務効率を両立させる必要があり、感染対策、医療安全の確保、機能性に配慮する診療空間が求められる。外来診察において、診療空間が整っていないことで引き起こされるヒヤリハットの要因をスタッフ全員で共有、収集・分析し予防する取り組みをしつつ、病院内の安らげる空間づくりに努める必要がある。

今後の 5S 活動においてはスタッフ全員で取り組めばできるという意見があったため、忙しい時こそ 5S が活きる場面であり、声の掛け合いや 5S 活動に取り組む雰囲気作りも大切である。

【結論】

5S 活動の取り組みに対するスタッフの認識が明らかになり「積極的に取り組める」意見が多ったことが確認できた。スタッフ一人ひとりが決められたルールや手順を習慣づけ、全員で取り組むことが大切であり、快適な診療環境を保つために最善・最良の看護サービスが提供出来るよう協力体制を整え 5S 活動を継続的に習慣化することを目指したい。

44-6　業務改善①

訪問看護におけるリハビリ指示管理の標準化と効率化―業務プロセス再構築の試み―

1 広島県・八千代病院介護医療院、2 メリィ訪問看護ステーション　八千代

○森川（もりかわ）　敬介（けいすけ）（作業療法士）[1,2]

【背景・目的】訪問看護におけるリハビリ提供では、特別指示の有無、一般指示書に基づく実施回数、介入日の調整および人員配置など複数の要素を同時に管理する必要がある。しかしこれらは煩雑で属人化しやすく、当事業所では手書きおよび目視による管理に依存していたため、確認作業の頻回化や判断のばらつき、管理上のミスが課題となっていた。本研究の目的は、リハビリ指示管理業務の効率化および標準化を図るとともに、管理業務負担の軽減を通じて利用者へのサービス提供の質向上に寄与することである。
【方法】既存の業務フローを分析し、リハビリ提供に関わる判断要素（特別指示の有無、指示回数、介入頻度、人員配置）を整理した。これらを基に判断基準を明文化し、条件分岐および一覧管理が可能な Excel シートを作成した。本シートでは入力情報から介入回数、スケジュール、必要人員が自動的に反映される構造とした。導入前後の運用状況を比較し、管理業務時間の変化、確認作業負担および管理上のミスの発生状況について検討した。また、運用担当スタッフから主観的評価を収集した。
【結果】Excel 導入により、リハビリ指示内容および介入計画の一元管理が可能となった。管理業務に要する時間は導入前と比較して短縮傾向を認め、従来頻回に必要であった確認作業の負担軽減が図られた。また、導入前に散見されていた確認漏れや管理上のミスは大幅に減少した。運用担当スタッフからは、「判断が明確になった」「情報共有が容易になった」といった意見が得られた。
【考察】本取り組みでは、複雑な管理業務を構成する判断基準を可視化・標準化したうえでツールに落とし込んだことが有効であったと考えられる。これにより属人化の軽減と業務の再現性向上が得られ、確認漏れや管理上のミスの減少につながった可能性が示された。また、管理業務の効率化により創出された時間的・人的余裕は、利用者への直接的なサービス提供や多職種連携の充実に還元される可能性があり、臨床の質向上という観点からも意義がある。さらに、本手法は訪問看護に共通する指示管理や業務調整に応用可能であり、将来的には請求業務や多職種連携を含めた包括的な業務管理体制への発展が期待される。一方で、本研究は単施設での検討であり、評価対象者数および評価指標が限定的である点が課題である。
【結論】訪問看護におけるリハビリ指示管理に対し、業務プロセスの再構築と Excel による自動化を行うことで、効率性および正確性の向上、ならびに業務の標準化に寄与した。加えて、管理業務負担の軽減や管理上のミスの減少を通じて、利用者へのサービス提供の質向上につながる可能性が示唆された。

44-7　業務改善①

ルーチン化したBaフラッシュを見直したことによる成果

東京都・城西病院

○町田（まちだ）　裕美（ひろみ）（看護師）、保坂　紀子、石橋　佳奈、生井　幸子

【はじめに】
当該病棟は、49床の医療療養病棟である。ほとんどが寝たきり状態の患者であり、排泄に関しても全介助の割合がほぼ100％である。当該病棟では、膀胱留置カテーテルを挿入している患者が平均15人程度おり、4週で交換している。交換までに膀胱留置カテーテルが閉塞してしまう患者が4.5人いる。そのため、膀胱留置カテーテル閉塞の有無を、膀胱留置カテーテル接続部を外し、50mlカテーテルチップと生食20mlを用いてBaフラッシュを日勤帯で行っていた。膀胱留置カテーテル挿入中の患者が多いことによる業務負担、膀胱留置カテーテル接続部を外しフラッシュを行うことによる感染リスクが高いこと、使用する物品の数が多いことからコストが掛かってしまうことを見直すことができないか考え今回の取組を行った。
【目的】ルーチン化したBaフラッシュを見直すことにより「業務負担」「感染リスク低減」「コスト削減」を図ること
【活動の概要】
活動開始時期：2025年5月～現在
ローカルルールで行われていたBa挿入中の患者に対するBaフラッシュを医師協力のもと見直しを行った。
【方法】
統一したミルキングの実施
決められた時間で実施
日勤：9：00～11：00
準夜勤：22：00～23：00
（時間の設定は、看護師が検温・ケアや体位交換のため必ず訪室する時間帯とした）
【結果】
コスト：1箱（25本入）2，600円（税別）
2024年5月～2025年4月→173箱　　￥449,800（税別）
2025年5月～2026年4月→54箱　　￥140,400（税別）
年間¥309,400（税別）削減　コスト削減
業務負担：Baフラッシュは準備から片付けまで1人約3～5分かかる
ミルキング1人5秒　→Ba挿入中患者平均15人**→業務負担軽減**
感染対策：膀胱留置カテーテル接続部を外しBaフラッシュを行うため感染リスク が高い手技→統一した手技のミルキング**→感染リスク低減**
【結論】ルーチン化した業務を見直すことは、業務効率化とコスト削減、感染リスク低減に有効であった。

45-1　業務改善②

慢性期病院における DX・ICT 活用による業務効率化とケアの質向上への取り組み

福島県・いわき湯本病院

○池川（いけかわ）　彩（あや）（看護師）、布施　由美、渡部　糸子、石野　睦美

【はじめに】

少子高齢化の進展に伴い、慢性期医療を担う医療機関では人材確保が大きな課題となっている。一方で、入院患者の高齢化や重症化により、職員一人ひとりに求められる業務量は増加している。当院は 154 床（地域包括ケア病棟 48 床、療養病棟 106 床）を有する慢性期病院として、限られた人員で安全かつ質の高い医療・介護サービスを提供するため、DX・ICT を活用した業務改革に取り組んでいる。本発表では、その取り組みと効果について報告する。

【取り組み内容】

当院では、「移動を減らす」「探すを減らす」「伝えるを減らす」をコンセプトに DX を推進している。具体的には、ナースコールとインカムを連携させることで職員間の情報共有を迅速化し、患者対応の効率向上を図った。また、見守りカメラを導入することで転倒リスクの高い患者の安全確保と身体拘束低減に取り組んだ。さらに、LINE　WORKS を活用した院内コミュニケーションの電子化により、従来の口頭伝達や電話連絡に依存した情報共有から脱却し、多職種間でリアルタイムな情報共有を実現した。

【結果】

ICT 導入により、職員同士を探す時間や情報伝達に要する時間が削減され、業務効率の向上が認められた。特にナースコールとインカムの連携により、患者からの呼び出しに対する初動対応の迅速化が図られた。また、見守りカメラの活用により、患者の状態変化を早期に把握できる環境が整備され、転倒リスクへの対応強化につながった。さらに、LINE WORKS による情報共有は職種間の連携を促進し、業務の属人化防止や情報伝達漏れの軽減に寄与した。

【考察】

慢性期病院における DX 推進は、単なる業務効率化に留まらず、職員の負担軽減と患者安全の向上を両立させる有効な手段であると考えられる。特に人材不足が深刻化する中、ICT の活用によって限られた人的資源を患者ケアへ集中させることが可能となる。一方で、導入に際しては職員教育や運用ルールの整備が重要であり、現場主導による継続的な改善活動が求められる。

【結論】

慢性期病院における DX・ICT 活用は、業務効率化、患者安全の向上、多職種連携の強化に有効であった。今後もデジタル技術を活用しながら、患者中心の質の高い慢性期医療の提供を目指していきたい。

45-2　業務改善②

病院職員におけるかりゆしウェア着用の実態と意識調査

福岡県・小倉第一病院

○飯野（いいの）　美里（みさと）（介護福祉士）、西河　真由美、桑原　由紀恵、中村　秀敏

【背景】

慢性期医療では、患者・家族と職員が長期に関わるため、職員の服装は暑熱対策だけでなく、安心感、親しみやすさ、職員の働きやすさにも影響し得る。当院ではクールビズの一環として20年以上前から夏季のかりゆしウェア着用を希望者に認めているが、着用実態や職員の意識、業務上の課題は十分に整理されていなかった。

【目的】

病院職員におけるかりゆしウェアの着用実態と意識を調査し、慢性期医療現場における有用性と今後の課題を明らかにする。

【方法】

当院職員を対象に、令和8年6月15日から6月22日に無記名自記式アンケート調査を実施した。調査項目は職種、着用頻度、着心地、動きやすさ、暑熱対策、患者・家族への印象、職種識別、収納性、支給枚数、継続意向等とした。5段階評価は単純集計し、「評価できない/着用経験がない」は平均値の算出から除外した。

【結果】

134名から回答を得た。職種は看護師56名、介護福祉士・看護助手26名、事務系職種22名などであった。勤務日のほぼ毎回着用している者は57名（42.5%）で、今後も希望者着用を継続してよいとの評価は平均4.47点、夏季の服装として定着しているとの評価は平均4.33点であった。着用理由は「涼しい・暑さ対策になる」91件が最多で、「動きやすい」57件、「着心地がよい」56件、「好きな柄を選べる」53件が続いた。5段階評価では、暑さ対策4.52点、着心地4.31点、動きやすさ4.21点、患者・家族に親しみやすい印象を与える4.21点と高かった。患者・家族からの反応は「肯定的」または「どちらかといえば肯定的」が111名（82.8%）であった。一方、ポケットや収納の十分性は2.05点、患者・家族が職種を判断しやすいは2.18点、職員間で職種を識別しやすいは2.32点と低かった。改善要望は「ポケットや収納を増やす」81件、「職種が分かる工夫をする」37件、「支給枚数を増やす」32件であった。

【考察】

かりゆしウェアは、暑熱対策や着心地に加え、柄の選択による気分の変化、患者・家族との会話のきっかけ、院内の明るい雰囲気づくりに寄与している可能性がある。慢性期医療現場では日常的な関わりの継続が重要であり、職員が快適に働ける服装は患者との関係性にも間接的に影響し得る。一方で、収納不足は介護・看護業務の効率に関わり、職種識別の困難さは患者・家族の分かりやすさや安全面の課題となる。なお、本調査は単施設の職員意識調査であり、患者・家族の反応は職員の認識に基づく点に限界がある。

【結論】

かりゆしウェアは当院の夏季服装として概ね定着し、暑熱対策、職員の気分、患者・家族への親しみやすさの面で有用である。今後は希望者着用という自由度を維持しつつ、運用面の見直しを進めることで、慢性期医療現場により適した服装運用につながると考えられる。

45-3　業務改善②

病棟アシスタント導入後の業務構造の変化と職員の意識の変化

山口県・光風園病院

○中村（なかむら）　翔太（しょうた）（介護福祉士）、兼﨑　美由紀、小坂　安枝

【背景】

近年、介護現場では慢性的な人材不足が深刻化しており、介護職員 1 人あたりの業務負担増加と直接ケア時間の確保困難が大きな課題となっている。当院においても、物品管理、環境整備、シーツ交換、ゴミだしなどの間接業務が多く、介護職員が本来担うべき直接ケアに十分な時間を確保できない状況がみられていた。このような背景から、2020 年に間接業務を担う病棟アシスタントを導入し、介護職員の業務分担軽減と専門的ケアへの集中を図る体制を整備した。導入後 5 年が経過し、業務体制は定着しているものの、病棟アシスタント導入による実際の業務構造の変化や、職員の意識、心理面の影響については十分な評価が行われていない。

【目的】

病棟アシスタント導入後の業務構造の変化と、職員の働きやすさやケアに対する意識および心理的変化を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は当院に勤務する職員を対象に質問紙調査を実施し、業務割合や働きやすさ、ケアに対する認識について量的に分析した。さらに自由記載内容を用いて職員の心理的変化や現場で感じる効果・課題について質的分析を行った。得られた結果を量的、質的双方から検討し、病棟アシスタント導入による影響を総合的に評価した。

【結果】

病棟アシスタント導入により物品補充、吸引器洗浄、シーツ交換などの間接業務の一部が病棟アシスタントへ移管され、介護職員中心で担っていた業務構造から役割分担を基盤とした業務構造へ変化した。その結果、介護職員が担う間接業務の割合は 35% から 30% へ減少し、直接ケアに携わる時間は 5% 増加した。さらに病棟アシスタント導入後に入職した職員では、間接業務の割合は 26% であり、業務分担体制が定着している可能性が示唆された。

また、職員からは「患者と関わる時間が増えた」「気持ちに余裕を持ってケアが出来るようになった」「本来の介護業務に集中できるようになった」などの意見が聞かれ、働きやすさやケアに対する前向きな意識変化が示唆された。一方で、病棟特性による業務量の差や人員不足による負担感など、今後の課題も挙げられた。

【結論】

病棟アシスタント導入は、業務の役割分担を促進し、職員の間接業務負担軽減と直接ケアへの集中につながった。また、働きやすさやケアの質の向上に対する前向きな意識変化が示唆された。今後は、職員間の連携や役割の理解を深めながら、継続的な評価と業務改善を行うことが重要である。

45-4　業務改善②

医療 DX 化による業務改善：スマートフォン導入からその後の展開まで

神奈川県・湘南慶育病院

○曽我（そが）　雄司（ゆうじ）（事務職）、亀卦川　奈津季、小坂　凌

【目的】医療現場では、多職種が連携しながら患者中心の医療を提供しているが、情報共有の遅延や業務基盤の分断により、業務効率の低下や連携不足が生じることがある。当院では DX 推進の一環として、スマートフォンを活用したモバイル環境の整備とチャットツールによるコミュニケーションの活性化、グループウェアによる院内情報の一元化と院内ワークフローのデジタル化を同時に進め、従来 PHS・紙媒体・固定端末などに分散していた業務基盤の統合を図った。本業務改革では、コミュニケーション基盤・ワークフロー基盤・情報管理基盤・電子カルテ基盤を統合した取り組みの内容と、その業務改善効果を報告する。
【方法】全職員へスマートフォンを配布し、従来の PHS 運用から移行した。オンプレミス型のグループウェアを導入し、テキスト・画像・資料を含む多様な情報をリアルタイムに共有できる環境を院内構築した。また、スマートフォンから電子カルテへアクセスできるセキュアな環境を整備し、院内のどこからでも患者情報を確認できるようにした。さらに、紙媒体で行われていた申請・承認業務をグループウェアのワークフローシステムに集約し、ポータルサイト上で業務情報を一元的に管理できる仕組みを構築した。これにより、申請手続き・情報閲覧・コミュニケーション・電子カルテ手続きを同一デバイス上で完結できる統合的な業務基盤を整備した。
【結果】スマートフィンとチャットツールの活用により、職員は時間や場所に依存せず情報へアクセスできるようになり、ナースステーションへの往復が減少した。多職種への同時・即時の情報共有が可能となり、電話連絡や伝言の手間が軽減された。紙媒体で行っていた申請・承認業務をすべてグループウェアのワークフローシステム内に集約デジタル化することで、申請から承認迄の処理時間が短縮され意思決定スピードが大幅に向上、ペーパーレス化によるコスト削減が図れた。さらにグループウェアによる情報のポータル化により、業務情報が一元的に整理され、必要な情報を迅速に発信し取得できるようになった。これらの取り組みにより、スマートフォンを軸にコミュニケーション基盤・ワークフロー基盤・情報管理基盤・電子カルテ基盤がシームレスに統合された。結果、間接業務の効率化が進み患者対応時間の創出につながった。
【考察】従来は PHS・紙媒体・専用端末など複数のプラットフォームに業務が分散しており、コミュニケーション不良や情報伝達遅延により業務停滞が生じていた。今回の取り組みでは、コミュニケーション基盤とワークフロー基盤を統合し、業務プロセス全体を再設計した点に特徴がある。リアルタイム性を備えたチャットと、申請・承認のデジタル化、情報ポータルの整備が相互に補完し合い、多職種間の連携が円滑化した。これにより、患者状態の変化に対する迅速な対応や意思決定が可能となった。DX の本質は単なるデジタル化ではなく、業務の無駄を削減し、創出された時間を患者ケアへ還元することであり、本取り組みはその実現に寄与したと考えられる。
【結論】スマートフォンを中心としたコミュニケーション基盤の整備・申請承認プロセスの統合・情報ポータル集約・電子カルテ機能搭載を組み合わせた業務基盤の統合は、情報共有の迅速化・業務の効率化および多職種連携の活性化に寄与した。これにより業務負担が軽減され、患者対応時間の創出と医療の質向上につながることが示唆された。今後も DX を活用した継続的な業務改善を推進し、より安全で質の高い医療提供体制の構築を目指す。

45-5　業務改善②

実稼働時間に基づく管理職へのデータフィードバックがリハビリテーション部門の生産性に与える影響

山口県・光風園病院

○菅（かん）　拓人（たくと）（理学療法士）、山出　宏一、山﨑　隆規

【目的】

リハビリテーションを持続的に提供していくためには、限られた資源を適正にマネジメントすることが不可欠である。当院は回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟・医療療養病棟・特殊疾患病棟を有する計285床の病院で、約60名のセラピストが在籍している。従来、1人あたり1日18単位を取得目標としていたが、これは全員一律の目標であり、勤務形態や役職業務による稼働時間の差が反映されず、個人ごとの達成度が不明確であった。オーディット＆フィードバック（以下A&F）は医療者の行動変容を促す手法として有効性が知られている。本研究ではこの知見を応用し、実稼働時間に基づく個人別の目標を設定し、達成状況と目標との差を管理職へフィードバックする介入が、セラピストの実稼働1時間あたり単位数（生産性）に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

研究デザインは前後比較の後ろ向き観察研究とした。対象は、研究期間（2023年11月～2025年10月）を通じて在籍したセラピスト41名（PT19名・OT15名・ST7名、科長を除く）とした。実稼働時間（所定労働時間から短縮勤務・役職業務・委員会活動等を除いた時間）に基づき、欠勤・有給休暇・研修・出張を考慮して個人別の目標単位数を設定し、達成状況と目標との差を月1回、管理職へフィードバックした。主要評価項目は実稼働1時間あたり単位数とし、フィードバック導入前（2023年11月～2024年10月）と導入後（2024年11月～2025年10月）各12か月を比較した。統計解析にはR（ver.4.6.0）を用いた。導入前後の差についてShapiro-Wilk検定にて非正規分布であることを確認したため、両期間の比較にはWilcoxon符号付順位検定を用い、効果量としてCohen's dを算出した。有意水準は5%とした。データは、個人が特定できないよう連結不可能な匿名化を行い、プライバシーの保護に努めた。

【結果】

実稼働1時間あたり単位数は、フィードバック導入前平均1.970、導入後平均2.220であり、有意な増加を認めた（$p<0.001$、Cohen's d=1.503）。病床稼働率はフィードバック導入前96.0%、導入後96.8%であった。

【考察】

本研究の結果から、以下のことが考えられた。

・実稼働時間をもとにした個人別の目標は、勤務形態や役職等で生じる差に配慮した公平な指標として機能した。

・具体的な目標との差を提示したことで、現場での行動計画の策定が容易になった。

・フィードバックの継続により、一時的な改善に留まらず、行動変容に繋がった。

以上は、データを示し、目標と比較し、反復するというA&Fが行動変容を促す仕組みと一致する。なお病床稼働率は両期間で大きな変動がなく、単位数の増加はその影響を受けにくい環境下での結果と考えられる。

本研究の限界として、後ろ向き観察研究であり、結果に影響し得る他の要因を十分に取り除けていないこと、単施設のデータであること、また管理職へのデータ提示後の働きかけや現場での目標の認識状況が明らかでなく、改善を導いたプロセスが特定できていないことが挙げられる。今回の研究により、生産性が向上したことは示せたが、その介入が患者にとっての効果にどのように結びついたかは検証しておらず、今後の課題である。

【結論】

実稼働時間に基づく個人別目標の設定と管理職へのデータフィードバックは、リハビリテーション部門の生産性向上に資する手法となる可能性がある。

45-6　業務改善②

院内3役の迅速な意思決定によるハラスメント対策―可視化した情報共有の取り組み―

兵庫県・協和マリナホスピタル

○小仲（こなか）　雅代（まさよ）（看護師）、黄　泰平、奥屋　晋

1. はじめに

近年、医療現場における患者や家族からの暴言・暴力・理不尽な要求といった「カスタマーハラスメント」(以下カスハラ)が深刻化しており、2026年の診療報酬改定においても組織的な取り組みが義務付けられるなど、対策が急務である。しかし、看護・医療の現場では、現場の職員が理不尽な要求に対しても「謝りながら対応する」という精神的負担を個人の対応力不足として抱え込む問題が潜在化している。当施設は、報告体制など課題があり、体制強化に取り組んだ経緯を報告する。

2. 目的

カスハラ被害の実態を可視化し、対応基準を明確にフィードバックすることで、職員が安心して働ける安全な労働環境を確保できる体制を構築する。

3. 方法と結果

①院長・事務長・看護部長（以下3役）により理不尽なクレーム発生時の迅速な対応をする。

②既存のインシデントレポートを活用し報告体制を整備する。

インシデントレポートの種別に「カスハラ」を項目に新設し、誰もがスムーズに報告できる体制にした。1事例として、患者に「夜中に熱いお茶を用意しろ」と言われ、出来ないと断ると「態度が悪い。謝罪しろ」と、謝罪を申し込まれた事例が発生した。対象職員含め検討の上、「これ以上の不当な要求には対応しない」という組織の方針を決定し、管理者が対応した事例もあった。毅然とした態度で対応し、患者側にも職員にも納得できる判断で迅速に解決することができた。2025年10月1日～2026年5月31日の7か月間の結果、1ヶ月2～4件、合計19件の事例が報告された。事例を4つの視点で分類すると、「一般クレーム」2件「認知症等疾患由来のハラスメント行為」9件「家族の不安などに起因する過剰な要求」3件「悪質なハラスメント」7件とした。実際の場面では、独立したものはなく、複合的に発生していた。

③ハラスメント委員会との連携

病院全体で解決すべき共通課題であり、他職種が参加するハラスメント委員会で認識し深めた。

④カスタマーハラスメント対策研修の強化

施設としての対応を盛り込んだカスタマーハラスメント対策研修を全職員に向けて行う。

管理者だけでなく、一般職員の認識を深めることができた。

5. 考察

本取り組みの核は、すべてのクレームを拒絶するのではなく、「3役による迅速な検討と被害の実態が明確な数値として可視化された。正当な苦情は「業務改善」へつなげ、認知症などの疾患による不穏行動には「ケア」で対応する。職員の尊厳を傷つける暴力などに対しては「これ以上は我慢しない」という組織の「線引き」が必要不可欠である。今回、3役がコミットメントし「これ以上対応しない」という意思決定を下した事例は、現場の心理的安全性を飛躍的に高めた。そして、この姿勢をハラスメント委員会で共有した。理不尽な言動に対して「自分の対応が悪かったのではないか」と職員個人が落ち込む必要は一切ない」というメッセージを明示したことは、現場の罪悪感を払拭し、組織に守られているというエンパワーメントを促す上で極めて重要であった。

6. まとめ

本取り組みは始まったばかりだが、カスハラ事例を可視化し、3役による迅速な対応を実践することは、職員を守るという基本方針として、組織的にハラスメント対策を継続していくことが重要と考えている。

46-1　業務改善③

現場課題の解決を目指した継続的業務改善の実践～小さな改善を積み重ねる業務標準化への挑戦～

鹿児島県・加治木温泉病院

○岩本（いわもと）　新一（しんいち）（事務職）、中村　洋子、中島　早百合、上奥　誠、坂元　直子、髙田　昌実、夏越　祥次

【目的】

近年、医療現場では人口減少に伴う働き手の不足や業務の複雑化に伴い、限られた人員で質の高い業務を継続することが求められている。当部署では現在、紙媒体を中心とした運用や担当者の経験に依存した業務が多く、情報管理や業務継承に課題を抱える状況であった。そこで、現場課題を DX の活用により、品質を確保しながら継続的な業務改善活動に取り組んだため報告する。

【方法】

基本方針として、「品質を維持すること」「現場の負担を増やさないこと」「一度で完成を目指さず PDCA サイクルを回すこと」を策定した。

業務改善事例の一つ目として、各部署の時間外勤務推移表作成業務を対象とした。従来は勤怠システムから出力した CSV データを手作業で加工し、グラフを作成していたため、1 回当たり約 8～10 時間を要していた。そこで Excel VBA を活用し、CSV データの加工からグラフ作成までを自動化した。

改善事例の二つ目として、イベント出欠管理業務を対象とした。従来は紙媒体による出欠確認を実施していたが、Web 入力へ変更した。入力項目は必要最小限とし、入力担当者が抵抗なく利用できる画面構成とした。また、運用結果を踏まえ、入力方法や画面構成を改善しながら継続的な見直しを行った。

【結果】

時間外勤務推移表の作成は、作業時間を約 8～10 時間に対し、約 2 時間の時間短縮が可能となった。また、職員情報の更新が不要な場合には約 30 分で完了できるようになった。さらに、今回の改善活動を、部署全体で共有することで、担当者間で同一品質の資料作成が可能となり、業務の標準化にもつながった。

イベント出欠管理では、紙媒体による運用を廃止し、Web 入力へ移行したことで情報収集の効率化が図られた。入力画面についても現場からの意見を反映しながら改善を重ねることで、利用者は大きな抵抗感なく運用できた。一方、参加者リストや席図作成には手作業が残っており、今後の改善課題として明らかになった。

【考察】

システムやツールの導入は、業務改善、効率化に効果をもたらしただけでなく、現場課題を分析し、現場担当者の負担軽減と業務品質の維持を両立できる方法を考え続ける姿勢にもつながった。

改善は一度で完成するものではなく、小さな改善の積み重ねであり、現場の意見を取り入れながら PDCA サイクルを継続することで、業務に定着し、組織全体の改善文化の醸成にもつながると考えられた。

【結論】

継続的な業務改善は、業務効率化だけでなく、業務の標準化や担当者負担の軽減にもつながることが示唆された。

今後は、これまで取り組んできた業務改善で得られた知見を基盤とし、産前産後休業・育児休業申請に関する説明動画コンテンツの作成・運用へ発展させたい。説明業務の標準化や知識継承、人材育成を推進するとともに、人とデジタル技術、それぞれの強みを活かしながら協働できる持続可能な業務環境の構築を目指し、継続的な業務改善を実践していきたい。

46-2　業務改善③

当院リハビリテーション部における部署別業務環境と職場満足度の実態調査

徳島県・江藤病院

○松本（まつもと）　仁美（ひとみ）（理学療法士）、鈴木　雄大

【はじめに】

当院リハビリテーション部（以下，リハ部）は，地域包括ケア病棟（以下，地ケア病棟），医療療養病棟（以下，療養病棟），回復期リハビリテーション病棟（以下，回リハ病棟），外来リハビリテーション（以下，外来リハ），訪問リハビリテーション（以下，訪問リハ），通所リハビリテーション（以下，通所リハ），介護老人保健施設（以下，老健）で構成されている．各部署では対象患者や業務内容，求められる専門性，チーム体制が異なり，業務環境や職場満足度にも差が生じる可能性がある．Lake らによると，良好な職場環境や高い職務満足度は，患者満足度や医療の質の向上と関連することが報告されており，各部署の現状や課題を把握することが重要である．

【目的】

当院リハ部における部署別の業務状況，多職種連携，教育体制および職場満足度の実態を調査し，各部署の課題を明らかにすることを目的とした．

【方法】

対象は当院リハ部に所属する理学療法士，作業療法士，言語聴覚士の内，地ケア病棟，療養病棟，回リハ病棟，外来リハ，訪問リハ，通所リハ，老健のいずれかに所属し，研究参加に同意した 44 名とした．調査期間は 2026 年 2 月 9 日～2 月 20 日とし，Google Forms を用いた無記名自記式アンケートを実施した．調査項目は基本属性（職種，経験年数，所属部署），業務状況（業務量，時間的余裕），多職種連携（部署内の情報共有，他部署との連携），教育体制，職場満足度（物理的環境，勤務体制・制度，総合満足度）とした．各項目は 5 件法（1：全くそう思わない～5：非常にそう思う）で評価し，部署ごとの平均値が 4.0 以上を高評価，3.0 未満を低評価とした．

【結果】

業務状況については，業務量は病棟すべてで低評価となり，地ケア病棟（2.6）が最も低く，外来リハ（4.5）が高評価であった．時間的余裕は病棟すべてに加え通所リハ（2.8）が低評価，外来リハ（4.3）が高評価であった．次に多職種連携については，部署内の情報共有は訪問リハ（2.7），老健（2.0）が低評価，外来リハ（4.0）が高評価であった．他部署との連携は地ケア病棟（2.6）が低評価，通所リハ（4.0）が高評価であった．また，教育体制については，低評価は認めず，訪問リハ（4.0），老健（4.5）が高評価であった．職場満足度については，物理的環境は，地ケア病棟（2.4），療養病棟（2.0）が低評価，外来リハ（4.0）と老健（4.0）が高評価であった．勤務体制・制度は，回リハ病棟（2.9）が低評価，外来リハ（4.0）が高評価であった．総合満足度は，老健（2.5）が低評価，高評価は認めなかった．

【考察】

病棟および通所リハでは業務量に対して時間的余裕が不足しており，業務負担が大きい可能性が示唆された．一方，外来リハでは業務量と時間的余裕の両項目で高評価を示し，業務調整や勤務環境が良好である可能性が考えられた．また，訪問リハおよび老健の情報共有，地ケア病棟の他部署連携に課題が認められ，情報共有体制や連携方法の見直しが必要と考えられた．教育体制は概ね良好であったが，職場満足度向上には部署ごとの課題に応じた環境整備や業務改善が重要と考えられた．

【結論】

今回，当院リハ部における部署別の業務環境，多職種連携および職場満足度の特徴と課題が明らかとなった．今後は各部署の特性に応じた業務改善や連携体制の強化を図ることで，職場満足度の向上及びより良いリハビリテーションの提供に繋がると考えられた．

46-3　業務改善③

ライフリズムナビ＋Dr 導入による業務効率化と患者安全性向上の効果

大分県・和田病院

○福井（ふくい）　裕子（ゆうこ）（看護師）、山﨑　直充

【背景】
近年、看護師不足により夜勤帯の身体的・精神的負担が増大し、夜間ケアの質保持が困難となっている。当院でも夜間頻尿、不穏、離床による転倒のリスクの高い患者が増加し、巡視負担やリスク管理に課題を抱えていた。これらの課題に対し、睡眠・心拍・離床を可視化するライフリズムナビ＋Dr の導入を試行し、その効果を検証した。
【目的】
ライフリズムナビ＋Dr の導入が ①スタッフの業務効率化・負担軽減 ②患者対応の質保持 ③患者安全性向上に寄与するかを評価する。
【方法】
検証期間は R7 年 2 月 1 日～10 月 31 日。対象患者は 22 名、平均年齢 85.5 歳。認知機能は HDS-R 平均 18.1 点、MMSE 平均 19.3 点。対象は認知機能低下、夜間頻尿、不穏、昼夜逆転、転倒・転落リスクの高い患者とした。ライフリズムナビ＋Dr による睡眠解析、離床アラート、心拍・呼吸モニタリングを用い、巡視回数、情報収集時間、排泄対応、転倒件数、スタッフアンケートを評価した。
【結果】
1）巡視効率化：夜勤巡視回数は 10 回→4～5 回へ減少し、約 50 分/夜勤の削減。2）情報収集時間の短縮：排泄・睡眠情報の記録時間は 15 分→5 分へ短縮。1 週間で 1.75 時間→35 分へ減少。3）排泄関連対応の削減：汚染後処理 15 分/回→0 分。4）転倒・転落予防：夜間転倒件数は 12 件→8 件へ減少。事後処理 30 分×4 件→0 分。5）総業務削減効果：1 日あたり約 180 分の業務負担軽減を確認。6）スタッフアンケート：業務効率改善 80%、患者対応の余裕 70%、看護の質向上 80% が「改善した」と回答。7）精神的負担軽減：「焦りが減った」「安心して対応できる」など肯定的意見が多かった。
【考察】
ライフリズムナビ＋Dr は、夜間の巡視ポイントを明確化し、無駄な動きを減らすことで業務効率化に寄与した。また、アラートによる即時対応が患者の初動ケアを可能にし、転倒・排泄関連の事後対応を大幅に減少させた。これによりスタッフの身体的・精神的負担が軽減し、プライマリーケアに充てる時間が増加した。さらに、家族・在宅部門への具体的情報提供が可能となり、医療・介護連携の質向上にも寄与した。
【結論】
ライフリズムナビ＋Dr の導入は、夜間業務の効率化、患者安全性の向上、スタッフ満足度の改善に有効であった。今後は病棟スタッフへの再周知と、対象患者の選定基準の作成、エコナビスタとの連携によるさらなる活用方法の検討が必要である。

46-4　業務改善③

災害時の病院避難に備えるためのJ-HELPコースの参加者アンケート結果の解析

1大阪府・豊中平成病院、2MIMMS日本委員会

○安本（やすもと）　友子（ともこ）（看護師）[1,2]

【背景】近年頻発している自然災害において、病院や施設でも大きな被害を受けることが予想される。災害の種類や建物の耐震性によっては、患者利用者の避難を余儀なくされることがあるが、その実施にあたっては具体的な計画を持っていない施設が多い。避難は安全を第一に考えたうえで、簡便な行動計画と柔軟な対応が必要になる。MIMMS日本委員会は、「災害時の病院避難に備えた計画立案と訓練に関する情報を病院職員に提供すること」と「様々な大事故災害に続発する病院避難に対応するための知識やスキルを提供すること」を目的に、多職種を対象にデジタル教材を駆使した講義、ディスカッション、机上訓練から構成された4時間のJ-HELP（Japan Hospital Evacuation and Life support Planning for major incident）コースを開発し、提供している。J-HELPは病院機能にかかわらず、病院避難の考え方や組織運営、避難計画の立案を体系的に学ぶことができ、自施設の訓練計画にも活用できる教育プログラムとなっている。

【方法】2020年から2025年に受講した人を対象に、項目ごとに「良くない（1）」から「とても良い（4）」でコース終了後にアンケート調査を行い、自由記載を含めた結果の解析を行った。

アンケートは、個人が特定されないようGoogleアンケートフォームを使用し、データの活用について協力依頼を行った。

【結果】アンケートの結果　講義、ディスカッション、机上訓練とも良好な結果だった。自由記載では「病院避難に関して知識が深まりました。また、院内の災害対策マニュアルの改訂を行う際の参考にさせて頂こうと思います」「病院避難で私たち災害医療従事者が最も大切にしなくてはいけないことを学ぶことができました」「幅広い立場の参加者であったので、色々な意見が聞けて良かった」といった意見があった。

【考察】慢性期病院では、職員配置人数が少なく、十分な学習や訓練を実施できないところもある。また建物の老朽化により、避難が必要となる病院も少なくない。病院で避難訓練を実施していても、部分的な訓練やフロアごとの避難訓練となっていることが多く、病院全体としてどのように避難をとらえマネジメントしていくのかは考えることができていない現状がある。

一方で、系統だった災害時の対応や災害時の組織作り、訓練のヒントを学ぶ機会は少ない。自由記載の意見にあるように、JHELPの受講で、病院のマニュアル改定やBCP作成のヒントを得ることができると考える。

災害対応は経験を積み重ねて技術を習得できるものではなく、コース内のディスカッションにより、他の病院の状況を知ることができることも、コース満足度が高い理由となっていると考えられる。

【結論】J-HELPコース参加者の評価は高かった。JHELPコースは、慢性期病院においても災害時のマニュアルやBCP作成のヒントを得る機会になりうる。

46-5　業務改善③

臨床現場における外来看護師の怒りが生じる場面と自己の怒りのタイプおよび対処法の実態調査

大阪府・堺平成病院

○山下（やました）　彰代（あきよ）（看護師）、牧野　恵美

I. はじめに

外来看護師は、限られた時間の中で多様な業務を遂行しており、患者対応や多職種との連携を行うなかで、自身 の感情をコントロールすることが求められる。怒りの感情に適切に対処できない場合、業務パフォーマンスの低下や患者 対応への影響、さらには看護師自身のストレスやメンタルヘルスの悪化につながる可能性がある。アンガーマネジメントは、怒りを抑え込むのではなく、自身の怒りの特徴や価値観を理解し、適切に感情を表現・対処するための方法である。怒りが生じる場面において自己と他者の価値観の違いを認識し、感情に振り回されずに対応することができれば、良好 な人間関係の構築やストレス軽減、働きやすい職場環境につながると考え、本研究に取り組んだ。

II. 目的・意義

目的

本研究の目的は、外来看護師が自己の怒りのタイプを認識し、アンガーマネジメントを実践することで、怒りへの対処 行動や意識にどのような変化がみられるかを明らかにすることである。

意義

本研究の意義は、外来看護師が自己の怒りの傾向を理解し、アンガーマネジメントを実践することで、ストレス軽減 や円滑な人間関係の構築、看護の質向上、働きやすい職場環境づくりに活かすことができる。

III. 対象

外来看護師 17 名

IV. 方法

外来看護師 17 名を対象に、アンガーマネジメントについての認知状況を把握するためのアンケートを実施した。その後、アンガーマネジメントに関する勉強会を行い、勉強会終了後に同一内容のアンケートを再度実施し、勉強会前後で回 答内容を比較した。

V. 結果

回答者は勉強会前 17 名、後 16 名であった。怒りを感じやすい場面では、「頻繁にある」が 3 名（17.8%）から 1 名（6.3%）へ減少し、「時々ある」は 12 名（70.6%）から 13 名（81.3%）へやや増加した。怒りを感じた際の行動（複　数回答）では、「声を荒げる・強く話す」が 3 件から 1 件へ、「感情を抑え込む」が 12 件から 5 件へ減少した。一方、「そ の場を離れる」は 7 件から 8 件へ、「不機嫌になる態度に出す」は 2 件から 4 件へ増加した。「誰かに話を聞いてもらう」は 14 件（82.4%）から 11 件（68.8%）へ減少し、3 件（13.6 ポイント）の低下がみられた。アンガーマネジメント実践後 の自己評価では、「ある程度変化があった」が 8 名（571%）で最も多く、「あまり変化はなかった」が 6 名（42.9%）で あった。また実践状況では、「できた」が 3 名（21.4%）、「ややできた」が 8 名（57.1%）であり、合わせて 1 名（78.6%）が実践可能であったと回答した。自由記述では、「6 秒ルールを実践した」「怒りのタイプを意識した」「『〜すべき』という考え方を見直した」などがみられた。

VI. 考察

本研究では、勉強会後に「声を荒げる・強く話す」が消失し、「感情を抑え込む」が減少する一方で、「その場を離れ る」などの行動的対処が増加した。これはアンガーマネジメントの基本概念と一致し、自己の感情を整理し行動を選択 する意識の向上が示唆された。一方、「誰かに話を聞いてもらう」は減少しており、対処行動の選択に変化がみられた。怒りの感じやすさや価値観には大きな変化は認められず、短期間の介入では認知的側面の変容には限界があると考 えられた。しかし約 8 割が実践可能と回答したことから、アンガーマネジメントは怒りそのものを変えるのではなく、対処行 動の選択を改善する点で有用であることが示唆された。今後は継続的な教育と実践により、感情調整能力の定着と 看護の質向上が期待される。

46-6　業務改善③

介護サービス間の連携不十分事例について～担当者会議の重要性～

千葉県・富家リハビリセンター花見川

○望月（もちづき）　建吾（けんご）（理学療法士）

【はじめに】

当事業所は 35 名定員/日の規模にて，入浴介助，個別機能訓練を中心に実施しているデイサービスである.
担当者会議は利用者と家族の意向の確認・それぞれのサービスの課題の共有が重要となる. しかし, 業務の多忙化等で参加が難しく，照会のみでは上手く共有が図れなかったことがあった．今回，改めてケアマネージャー（以下，CM），関連事業所と情報共有することで解決に向かうことができたため報告をする.

【内容】

①　A ご夫婦　キーパーソン（以下，KP）は遠方に住む娘
A 旦那
介護度：要介護 1
疾患：2026 年 椎間板ヘルニア
背景：P/W 見守り歩行　下肢に力が入りにくく転倒頻回
A 妻
介護度：要介護 5
疾患：2023 年 脳出血後，左麻痺残存
背景：短下肢装具着用　移動は車椅子使用
以前は旦那が主介助者だったが椎間板ヘルニア発症により介助困難となり，両名とも入浴・機能訓練目的でデイサービス利用となる.

【経緯・結果】

経緯：KP 家族の訪問は週に 1 回　入浴後，着替えを行う担当者会議内で話があり．その後，デイサービスの朝準備・送迎介助目的で訪問介護を導入.
デイサービス導入時と訪問介護導入時の 2 度担当者会議を実施したが双方導入時のみの参加となり，直接必要荷物の伝達は実施できてない.
結果：初回利用時，荷物内に着替えが入っておらず，CM に電話上で伝達を行う.
次回利用時, 介入時に訪問介護職員が着替えを行ったので荷物には入れていないとのこと. 改めて必要荷物の文章を作成し，共有を行うことで改善を図れた.

【考察】

今回，業務都合により担当者会議に参加できず，照会文書のみでは連携が十分ではないと感じることがあった. どの事業所においても業務が多忙となり, すべてを調整すること難しい現状があると考える. 照会文章についても共有事項を明確し取り組んでいく.
また, 参加を増やしていくために当施設のタイムスケジュールを事前に伝え, 時間調節の一助にしてもらうように工夫を行い，参加頻度を増やしていく.

47-1　業務改善④

アンケートを活用した待合ロビーの環境改善と業務効率化の実践

島根県・鹿島病院

○石倉（いしくら）　弘美（ひろみ）（事務職）、事務　職員

【はじめに】当院は島根県松江市北西部に位置し、慢性期医療およびリハビリテーション医療を主体とする177床の病院である。外来診療に加え、通所リハビリテーション、訪問看護、居宅介護支援事業所を併設し、地域における高齢者医療・介護を担っている。高齢の利用者が多数を占める当院の特性に鑑み、「高齢者にとって安全で快適な居心地の良い環境づくり」と「病院職員の業務効率化」の両立を目的に、利用者アンケートを実施した。本報告では、アンケート結果に基づく待合ロビーの環境改善とその効果について報告する。

【目的】

・患者・利用者が快適に過ごせる待合ロビー環境の整備

・患者・利用者および職員双方にとって効率的な利用環境の構築

【方法】

1. アンケートの実施

対象・期間：利用者を対象に、2025年12月を中心に1か月間実施。

調査項目：ロビーの印象、空調・室温、机や椅子の多寡、掲示物の分かりやすさ、トイレ案内、テレビ音量、その他自由回答。

2. 課題の抽出

アンケート結果を集計し、医事課内で検討を重ねて具体的な課題を抽出。

3. 改善策の実行と継続評価

抽出された課題に対する改善策を実施し、利用者からの意見を継続的に収集。

【結果】期間中に113名から回答を得て、多様な意見や具体的な改善要望が寄せられた。また職員からも、日常業務の中で認識していた動線や運用上の課題について提案があった。これらを踏まえ、以下の5点について改善を実施した。

1. 空間環境の調整（快適性の向上）

冬季の暖房環境改善（エアコンに加えヒーターを増設）、テレビ音量の適正化を行った。

2. 情報提供の最適化（視認性の向上）

掲示板を内容別に整理し、情報の区分を明確化した。劣化・汚損した掲示物を更新した。また、2026年1月の地震発生を契機に、避難経路図をより視認性の高いものへと改訂した。

3. 視覚的案内の改善（誘導の円滑化）

エレベーターやトイレへの誘導テープを床面に設置した。その結果、「分かりやすくなった」、「案内しやすくなった」との評価を得た。

4. スペースの有効活用（動線確保とプライバシー保護）

使用頻度の低い棚や机を撤去し、ロビー前方の動線を広く確保することで、ストレッチャー搬送時の通行を円滑にし、業務効率の向上を図った。また、ロビーから撤去した机や椅子をロビー横の面談コーナーへ配置することで、入院説明や各種相談を行う際の環境を改善し、プライバシーに配慮した快適な相談スペースとして有効活用することができた。

5. フィードバックの活用と継続的改善

アンケート結果と実際の改善内容を院内に掲示し、利用者や職員からさらなる追加意見を収集する仕組みを構築した。

【考察】ロビーの印象については概ね好意的な意見が多かった一方で、「ふつう」という回答も一定数見られた。これは大きな不満がない状態を示すと同時に、潜在的な改善余地が残されていることを示唆するものと捉えられた。

また、空間の有効活用や動線整理に関する意見が複数寄せられ、配置や運用方法の定期的な見直しの必要性が明らかとなった。特に避難経路の明示やプライバシー確保については、事務職員が主体的に整備すべき重要な課題であると考えられた。

【まとめ】待合ロビーは病院の「顔」である。医事課職員にとっては見慣れた日常の風景であっても、患者や家族にとっては来院の一日一日が特別な経験であることを、本取り組みを通じて再認識した。

居心地の良い待合ロビーの整備は、病院全体の信頼にも直結する。今後も利用者アンケートを定期的に実施し、改善策のPDCAサイクルを継続することで、より安全で快適な環境づくりを推進していきたい。

47-2　業務改善④

完調品導入による給食品質の標準化と持続可能な給食運営への取り組み

秋田県・外旭川病院

○小谷野（こやの）　千恵子（ちえこ）（管理栄養士）

【目的】セントラルキッチンにおける真空調理・クックチルを中心とした給食提供体制は、複雑な調理工程・人材確保・高額な設備維持という課題を抱えていた。これらの課題を解決するため、完調品・冷凍野菜・カット野菜への全面切り替えを行い、その効果を検討した。【方法】当法人では、介護付有料老人ホームグリーンをセントラルキッチンとし、病院・ほのか・ソフィーの３施設へ１日２回給食を配送する体制を取っていた。従来は、真空調理・クックチル・クックサーブを組み合わせた複雑な工程で２日前調理と当日調理を並行して実施していた。これを真空調理・クックチル該当メニューを完調品に、生野菜のカット工程を冷凍野菜・カット野菜に全面切り替えした。切り替え前後の嗜好調査（味付け・硬さ・大きさ）および残食率を比較した。【結果】完調品等への切り替え後、病院における嗜好調査では味付けの満足度が 72% から 79% に向上し、硬さ・大きさは切り替え前後ともに 100% の満足度を維持した。残食率は 8.85% から 7.9% に改善した。人員面では、グリーンの調理師を正職員２名とパート１名削減でき、献立作成・発注業務もシンプル化できた。また、大型のスチコン・ブラストチラー・冷水チラー・真空パック機などの高額厨房機器の維持費および故障時の新規購入費用を削減できた。【考察】従来の体制では、調理工程の習熟に約２年を要し途中離職も多く、調理師休暇時の他施設からの応援も困難であった。また管理栄養士の残業や、急な食材変更への対応など運営上の負担が大きかった。近年、高齢者向けの良質な完調品が普及したことで、品質を維持しながら工程を大幅に簡略化できた。真空調理で評価が高かった煮物・酢の物等の味の浸透は完調品でも再現でき、嗜好調査の向上につながったと考える。【結論】真空調理・クックチル中心の給食体制から完調品・冷凍食材への全面切り替えにより、人件費・設備維持費の削減、業務の標準化、そして給食の品質向上を同時に達成できた、良質な完調品の活用は、複雑な調理工程に依存しない持続可能な給食管理体制の構築に有効である。

47-3　業務改善④

療養病棟における HR ジョイントを活用した看護師記録業務効率化と看護の質向上

富山県・西能みなみ病院

○角田（かくた）　隆行（たかゆき）（事務職）、川幡　典子、熊谷　由香、波川　満喜、加藤　由美、金山　洋子、西嶌　美知春

【目的】病棟看護師はバイタルサイン測定後、手元のメモに数値を書き写し、ナースステーションに戻ってから電子カルテへ転記する二度手間が発生していた。テルモ株式会社の HR ジョイントを導入し、測定したデータがその場でソフトウエア・サービス株式会社の電子カルテへ記録されることで生じる相乗効果を検証する。
【対象と方法】事前検証期間：2025 年 6 月～9 月（4 か月）、効果検証期間：2025 年 10 月～2026 年 5 月（8 か月）。対象職種：看護師 24 名。効果測定指標：「看護師 1 人当たりの 1 日のバイタル記録時間」、「バイタル転記ミス件数」、「記録時間に起因する時間外労働時間」、「カンファレンス開催回数」の各項目を HR ジョイント導入前後で集計した数値を比較検討した。
【結果】「看護師 1 人当たりの 1 日のバイタル記録時間」は 63 分から 46 分に減少、「バイタル転記ミス件数」は 14 件から 6 件へ減少、「記録時間に起因する時間外労働時間」は 3.5 時間から 1.5 時間へ減少、「カンファレンス開催回数」は 33 回から 40 回へ増加した。
【考察】HR ジョイント導入開始直後はバイタル等測定機器や電子カルテの操作方法に慣れておらず、バイタル記録時間や時間外労働時間が一時的に増加。次第に看護師間での効率の良い方法の共有やシステムに順応したことで、導入開始 3 か月目より記録時間が短縮傾向となり、直近の集計では当初目標とした数値をほぼ達成することができた。
【結語】急性期病院ほどの時間外労働時間の減少には至らなかったが、記録業務効率化により看護師がベッドサイドにいる時間が増え、患者から安心感の声を聞く機会が増加。療養病棟特有の患者のわずかな表情や状態変化への気づきを早めることができ、リアルタイムでの情報共有にて患者の急変にも迅速な対応が可能となった。また、デジタル化の成功体験により IT 活用に対する前向きな雰囲気が醸成されたことをきっかけに、在庫管理システムやインカム導入等の DX 化へ発展させていきたい。

47-4　業務改善④

口頭申し送り時間の削減方法を検討し看護業務への効率化を図る～電子カルテによるツール活用方法を見直す～

福岡県・北九州古賀病院

○木佐貫（きさぬき）　美加（みか）（看護師）、宮原　千恵、渡邊　亜希子、正木　七海、藤山　綾

【背景】回復期リハビリテーション病棟では入退院患者が多く、個々の患者の日常生活動作（以下、ADL）の変化が頻繁にあることから申し送りの内容量も多く改善するべきと考える。実際に朝と夕の申し送りは延べ2時間程かかっており、ベッドサイドケアへの取り掛かりに入るまでに時間を要している。近年、口頭での申し送りが廃止され電子カルテ上のツールを活用する病院が増えている。当病棟でも、電子カルテ上のツールを活用することで申し送り時間を削減することにより、看護ケアや、より充実した看護記録を確保する時間の検討を行ったため報告をする。
【目的】電子カルテツールを活用し申し送り時間を削減することにより、看護業務の時間の変化と看護記録の内容の充実を構築する。
【対象・方法】
対象：南3病棟　看護師・准看護師　計25名
期間：2025年6月16日～2025年12月31日
方法：1. 電子カルテ上のツールを活用した申し送り基準を作成
・患者マップのベッドコメント機能の活用
・患者コメントの活用、個別的な申し送り事項の入力
（「患者トピックス」と「申し送り」に分け、優先度により整理をした）
・申し送りに要した時間の平均を申し送り廃止前後で比較する
・看護師・准看護師の残業時間の月平均を申し送り廃止前後で比較する
2. 看護師・准看護師を対象に申し送り、看護ケアの内容についてアンケート調査実施
・申し送り廃止前1回目のアンケート実施（設問8　解答は、はい・いいえを選択）
・申し送り廃止して3カ月後2回目のアンケート実施（内容は、同上）
その他、意見を記述してもらった。
3. 回復期病棟に関わるリハビリスタッフ・MSW・薬剤師・栄養士を対象に申し送り削減についての意見を収集した。
【結果】申し送りに要した時間の1日平均は、申し送り廃止前後の比較では、廃止前の平均は2時間、廃止後0時間となり、スタッフの月の平均残業時間は、廃止前1.35時間、廃止後1.16時間減少した。
看護師・准看護師を対象にしたアンケート調査では、「申し送り時間が長いと感じる」91%
から、4%へ減少し、「記録が充実している」では20%から75%へ増加した。
また、「看護ケアが十分に行えている」では、0%から13%へ増加した。
多職種と、電子カルテ上のツールを活用しての情報共有が可能になった。
【考察】電子カルテ上のツールを活用したことで、訪室前の短時間で優先度の高い情報を得ることができ、口頭伝達による漏れや伝達ミスがなくなり、正確な情報収集が可能になった。申し送りによる拘束時間が削減されたことにより、スタッフのストレスの軽減や、円滑に患者のベッドサイドケアに取り掛かれるようになったことを実感し、「記録の充実がはかれた」と回答したスタッフの増加に繋がったと考える。しかし、「看護ケアが十分に行えているか」に関しては、数パーセントのみの増加であった。カンファレンスの記録や、退院支援などの業務への時間に費やしたことが理由と推測される。今回は、申し送り時間についての取り組みであったが、その他の業務についても手順などの見直しを行い、患者への傾聴する時間確保などに繋げ、回復期病棟に関わるスタッフとの連携に生かして情報共有し、患者の早期回復に役立てたいと考える。

【結論】電子カルテによるツールの活用方法を見直し、口頭申し送り時間の削減方法を検討した結果、申し送りに要する時間と残業時間を削減することができた。

47-5　業務改善④

療養病棟における夜勤業務の再構築による時間外業務削減への取り組み

静岡県・静岡徳洲会病院

○宮城島（みやぎしま）　真希（まき）（看護師）、奥村　郁美、岡本　晋一

【背景】A 病棟は、55 床の医療療養病棟で、吸引など医療的ケアが必要な患者や癌末期患者、施設・在宅への退院調整中の患者など様々な状態の患者が入院している。夜勤は、看護師 2 名、看護補助者 2 名の 4 名で業務を行っている。夜勤看護師の朝の業務では、朝食介助と 40 名のオムツ交換、日勤看護師への申し送り、20 名以上の心電図モニター管理および記録業務を並行して行っていた。そのため、勤務時間内に業務が終了せず、時間外勤務が常態化していた。

【目的】夜勤業務内容を見直し、業務の再構築を行うことで業務の効率化と残業時間の削減を図る。

【方法】対象は夜勤看護師 13 名（2025 年 1 月から 10 月在籍の看護師）とした。従来、夜勤看護師から日勤看護師全員に申し送りを行っていたが、日勤リーダーへの申し送りへ変更した。その他の日勤スタッフは申し送り時間帯にオムツ交換を実施する体制とした。また申し送り開始時間をオムツ交換後に実施していたが、8 時 30 分開始へ変更し、夜勤看護師は申し送り後に夜間帯の記録を行い、勤務終了時刻までオムツ交換に参加する運用へ変更した。さらに、4 時間ごとのモニター記録時間を、朝食介助時間帯を避けた時間へ変更した。業務改善前と改善後の夜勤看護師一人当たりの月平均残業時間を比較した。

【結果】業務改善後、夜勤看護師 1 人当たりの月平均残業時間は 2.6 時間から 36 分まで減少した。また、介入期間の最終月には残業時間が 0 時間のスタッフも認められた。

【考察】従来、8 時に実施していたモニター記録は、朝食介助時間帯と重複しており、勤務時間内での記録入力が困難であった。記入時間を 5 時へ変更したことで、朝食介助時間前に記録が可能となり、業務の平準化につながった。また、申し送り対象者を整理し、日勤リーダーへ変更したことで、夜勤看護師の記録時間確保が可能となった。さらに、申し送り時間帯に他スタッフがオムツ交換を担うなど、スタッフ間の役割分担を明確化したことで、限られた人員配置の中でも効率的な業務遂行が可能となった。今回の取り組みでは、病棟全体で役割分担や業務の流れを再構築したことが、時間外業務削減につながったと考える。

【結論】夜勤業務の再構築により、申し送り方法や記録時間を見直したことで、夜勤看護師の時間外業務削減につながった。業務改善には、管理者による業務の可視化、役割分担の調整など業務の再構築が重要であることが示唆された。今後は、夜勤帯のみならず、日勤帯業務についても業務内容を見直し、病棟全体の業務効率化と働きやすい職場づくりにつなげていきたい。

47-6　業務改善④

病棟スタッフとの協働による腰痛予防対策についての研究

兵庫県・北摂中央病院

ふじもと　しょうこ
○藤本　聖子（介護福祉士）、桶本　健

【目的】
腰痛の有無は離職意図と有意に関連があり、腰痛予防対策を行うことは看護介護現場にとって人材確保という点で重要な課題である。病棟勤務スタッフの腰痛は様々な要因で起こっている。その為効果的な予防対策を行うには、要因毎に個別的に行うだけでは十分ではなく、様々な要因に応じて総合的な対策をとる必要がある。また、スタッフの心身の状態や労働環境の変化に伴い腰痛の要因も変化するため、それに対応した継続的な対策をとる必要がある。本研究では病棟内での業務及び業務環境について、病棟内のスタッフと協働し腰痛予防に有効かつ継続可能と考えられる業務改善等を実施し、そのための知見を得ることを目的とする。
【方法】
実施期間：令和７年２月４日から令和７年９月30日
対象：介護職スタッフ11名
腰痛の原因調査のため、当病棟スタッフを対象に事前のアンケート調査および腰痛リスクアセスメントを実施した。その結果をもとに、特に腰に対する負担の大きい業務及び業務環境の改善と必要な対策を病棟スタッフとの協働により行った。研究開始後はミーティングを実施し、改善内容の評価・修正を適宜行った。研究期間終了後に質問紙によるアンケートとスタッフとの個別の面談を実施し評価とした。
【結果】
事前のアンケート調査の結果、特に腰に負担の大きい業務は体位交換、排泄介助（おむつ交換）、特浴介助、清拭、ストレッチャー移乗の順であった。特におむつ交換や体位交換での前屈や中腰姿勢が繰り返される点と、患者様が重い、または拘縮が強いために負担が大きいという点が要因として挙げられた。
体位交換については、介護職スタッフ２名で実施するように業務改善し、排泄介助についても２名での介助を推奨した。特浴介助については、物品の購入などで腰痛の原因となる環境を改善した。ストレッチャー移乗については、負担の少ない方法をスタッフで検討し実施した。その他腰痛の原因になりうる環境の改善、始業時および業務中のストレッチとスタッフによる腰痛についての勉強会を実施した。総合的な腰痛予防対策を実施した結果、スタッフの心身の疲労感は軽減され、一定のスタッフについては腰痛の改善もみられた。
【考察・結論】
当病棟では体位交換やおむつ交換が連続するため、スタッフ２名での介助が最も効果的であった。したがってスタッフ人数の確保および業務の効率化、業務スケジュールの調整が重要である。環境改善については、中腰や前屈姿勢、重量物の持ち運びを物品の購入により置き換えることですぐに効果が実感できた。業務中のストレッチについてはスタッフの身体の状態に合わせた内容のものを専門家の意見を聞くなどして検討する必要がある。継続的に腰痛予防に取り組むためには、スタッフがやりがいを感じ主体的に参加できる方法をとることが有効であると考えられる。患者要因である体重管理、拘縮の緩和や排便コントロールについては他職種との連携による対策が必要だと考える。

47-7　業務改善④

眠りスキャン導入に対する介護職員の業務負担の認識

山梨県・介護付き有料老人ホーム恵信ヴィレッタ甲府

○鈴木（すずき）　美代子（みよこ）（看護師）

【目的】
A 介護施設では、介護職員の夜間業務負担の軽減と入居者の睡眠の質の向上を目的として眠りスキャンを導入した。眠りスキャン導入後 1 年が経ち、介護職員の巡視状況と夜勤業務に対する負担認識について明らかにすることを目的とした。

【方法】
介護付き有料老人ホームに勤務する介護職員 30 名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は基本属性（年齢、性別、介護職員経験年数等）のほか、眠りスキャン導入前後の夜勤業務に対する負担認識について 3 件法（「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」）で評価した。また、1 回当たりの巡視時間および眠りスキャン導入後の意識の変化について自由記載で回答を求めた。調査期間は 2026 年 1〜2 月とした。調査目的および方法について文書と口頭で説明し、研究参加は自由意思とした。また、施設長および関係者の承認を得て実施した。

【結果】
23 名から回答を得て、すべて有効回答であった（有効回答率 76.7%）。対象者の平均年齢は 32.8 ± 12.9 歳で、女性 15 名（65.2%）、男性 8 名（34.8%）であった。介護職員としての平均経験年数は 7.9 ± 6.1 年であった。夜勤業務の負担認識について、「負担を感じる」と回答した者は導入前 17 名（73.9%）、導入後 13 名（56.5%）であった。1 回当たりの巡視時間は、導入前は「10 分以内」「11〜20 分以内」がそれぞれ 9 名（39.1%）と最も多かったが、導入後は「10 分以内」が 11 名（47.8%）と最も多かった。自由記載からは、「入眠中の入居者の睡眠を妨げることなく状態観察や業務が実施できるようになった」「起床や離床の状況を把握した上で訪室できるため安心感がある」「ラウンド時の心理的負担は軽減したが、機器に頼り過ぎず自分の目で確認することを意識している」などの意見がみられた。

【考察】
本結果より、眠りスキャンの導入により、入居者の睡眠を妨げることなく状態観察や必要なケアを実施できるようになったことが示唆された。また、入居者の状態を把握したうえで効率的に巡視を行えるようになったことで、巡視に要する時間や心理的負担が軽減され、夜勤業務全体の精神的・身体的負担の軽減につながったと考えられた。また、導入後も機器情報のみに依存せず、直接観察の重要性を認識していることが明らかとなり、安全なケアを提供しようとする意識の高さがうかがえた。

【結論】
今後は介護職員の負担軽減だけでなく入居者の睡眠の質や生活への影響についても検討し、眠りスキャン導入の効果を多面的に評価していく必要がある。

【利益相反】本調査における COI 関係の企業等はありません。

48-1　業務改善⑤

アイソカル　パワーゲルの導入による注入食3回から2回投与への移行と業務負担軽減効果

鹿児島県・キラメキテラスヘルスケアホスピタル

○西別府（にしべっぷ）　愛（あい）（看護師）、梶原　晴佳、二宮　尚代、萩元　由美、三反田　美保、田島　紘己、上村　章、高田　昌実

【背景・目的】

当院は医療療養病棟を有する慢性期医療施設であり、当病棟では入院患者の約半数にあたる27名が経管栄養による1日3回の注入食投与を受けている。3回投与は、投与間隔が短いことや早朝からの実施を要することから、看護業務上の時間的・労力的負担が大きく、また患者にとっても休息時間の確保や日内リズムの観点で負担となっていた。一方で、近年市販された高濃度かつ粘度可変型の流動食アイソカル パワーゲル（以下IPG）は、少量で必要エネルギーを充足できる特性と、胃内で粘度が上昇することによる逆流抑制効果が期待され、投与回数削減の有力な選択肢となり得る。本報告では、当病棟におけるIPGの導入を契機とした、3回投与から2回投与への移行プロセスと得られた成果について報告する。

【方法】

対象は令和8年2月1日～3月8日の期間、当病棟で経管栄養を実施していた患者n=27名。移行可否の判定は、消化器症状の有無、栄養必要量、体位保持能力等を踏まえ多職種で協議のうえ実施した。導入初期にはモニタリング患者6名を設定し、注入後の嘔吐・逆流・腹部症状等を経過観察し、得られた知見を病棟内で共有することで対象患者の段階的拡大を図った。評価項目は、①最終的な2回投与移行患者数、②注入食投与関連業務に要する時間（移行前後比較）、③嘔吐・逆流等の有害事象発生率、④職員アンケートによる業務負担感の変化、とした。業務時間は業務記録による各工程の所要時間計測により評価した。

【結果】

モニタリング6例全例で3回投与から2回投与への移行が完遂できた。注入食投与関連業務に要する時間は、移行前と比較して1日あたり約1時間30分の短縮が認められた。導入過程で有害事象が3例にみられた。1例は瘻孔漏れであり、1回投与量の増加が要因と推察されたが、継続不能となるレベルではなかった。残る2例は軽度の逆流様徴候であり、水分投与のタイミング調整により対応可能であった。いずれも全身状態に影響する重篤化はなく、3例とも2回投与の継続が可能であった。職員アンケートでは、業務負担感の軽減や患者ケアに充てる時間の確保について肯定的な回答が多く得られ、ケアの質向上への意識変化がみられた。注入投与に係る時間が短縮されたことで注入前後のポジショニングや保清によるスキンケア、呼吸ケアに係る時間の増加が認められた。

【考察・結語】

高濃度粘度可変型流動食IPGの導入は、療養病棟における注入食投与回数の削減を可能とし、看護業務の効率化と患者の負担軽減の双方に寄与し得ることが示唆された。胃内で粘度が上昇する特性による逆流抑制と、高濃度による1回投与量の充足が、2回投与移行を成立させる要因と考えられた。一方で、1回投与量の増加に伴う瘻孔漏れの発生は、対象選定および投与方法の最適化にあたり留意すべき点と考えられる。今後は事前判定で移行可と判断された残る対象患者へ段階的にIPG導入を拡大し、移行成功率、栄養状態、有害事象発生率、業務時間短縮効果について継続評価していく予定である。本取り組みは少数例・単施設・短期間の初期経験という限界はあるが、慢性期医療における経管栄養管理の選択肢として有用と考えられる。

48-2　業務改善⑤

AIを用いて現場職員が自作した院内ヒヤリハット報告アプリ導入の試み―入力時間と使用感の比較

山口県・宇部リハビリテーション病院

○小濱（こはま）　聡（さとし）（理学療法士）、田尻　祐介、古谷　志保、山田　かおり

【目的】転倒・誤薬などのヒヤリハット報告は医療安全の基盤である。当院ではこれまで、ヒヤリハット報告をExcel 様式に入力し、紙に印刷して管理してきた。しかしこの運用では、報告を集計して状況を振り返る作業に負担が大きく、加えてExcelの入力様式自体も操作しづらいという課題があった。これらを解消するため、現場職員が生成AIを活用して、報告書の入力からデータ分析までを行うアプリを自作した。本取り組みでは、このアプリの有効性を既存のExcel方式と比較して検証した。

【方法】職員8名が同一のヒヤリハット事例（新規発生事例3件・過去事例5件）について、自作アプリと既存Excelの両方式で報告書入力に要する時間を計測した。学習効果がExcel側に有利に働く不利な条件下での評価とするため、入力順序は全例でアプリ→Excelの順に固定した。入力直後に、入力のしやすさ・操作の迷いにくさ・負担の少なさ等を5段階で問う使用感アンケートを併せて実施した。

【結果】1件あたりの平均入力時間はアプリ731秒、Excel693秒で、アプリが約5%長かった。事例別にみると、新規発生事例3件では先に入力したアプリが平均972秒、Excelが786秒とアプリで時間を要した一方、過去事例5件ではアプリ586秒、Excel638秒とアプリの方が約8%短かった。使用感アンケート（有効回答7名）では、入力のしやすさ（アプリ4.6/Excel2.6）、操作の迷いにくさ（4.4/2.9）、負担の少なさ（4.0/2.9）のいずれもアプリが上回り、「今後も使い続けたい」4.6、「報告がしやすくなった」4.1と高い評価を得た。自由記載でも、一画面で全項目を確認できる点や入力者情報が自動入力される点が評価された。

【考察】計測時間ではアプリの明確な優位を認めなかった。これは、新規事例で先に入力したアプリ側に、状況を整理し言語化する時間が集中したためと考えた。実際、状況が整理済みの過去事例ではアプリが短時間で完了しており、報告書作成の所要時間は入力ツールの操作性以上に、事例の考察・状況整理・言語化の過程に大きく依存することが示唆された。一方、主観評価では全項目でアプリが優り、入力のしやすさと報告のしやすさが、継続的な報告文化の醸成を支える可能性が考えられた。本取り組みのもう一つの意義は、AIを日常業務に直接用いるのではなく、現場職員自身がAIを活用して業務改善ツールを開発するという間接的な活用の形にある。

【結論】小規模な業務改善評価であり対象数に限界はあるが、現場職員がAIを活用して自作したヒヤリハット報告アプリは、入力時間の短縮効果は限定的であった一方、使用感と報告のしやすさで良好な評価を得た。AIの間接的な活用による現場主導の業務改善の一例として、報告負担の軽減と報告文化の支援に寄与する可能性が示唆された。

48-3　業務改善⑤

心理的公平性マネジメントによる潜在労働力の活用と人材定着　現場の暗黙知のシステム化への試み

1 佐賀県・有料老人ホーム爽風館、2 大野病院、3 NPO法人高齢者健康コミュニティ

しもひら　りゅうたろう
○下平　隆太郎（理学療法士）[1,2]、下村　徹郎[2]、下村　恭子[2]、窪田　昌行[3]

【目的】慢性期医療・介護現場では、人口減少に伴う人材不足に加え、高齢職員、育児・介護を担う職員、傷病を抱える職員など、多様な人材が働き続けられる組織づくりが重要な経営課題となっている。従来のシフト作成は勤務回数や夜勤回数の均等化を重視してきたが、それだけでは心理的公平性を十分に担保できず、中核職員への負担集中や離職につながる。本研究では、管理者が手作業で実践し、一定の成果が観察された「希望休の最優先確保」と「個別事情・能力に応じた意図的な不均衡」を、心理的公平性マネジメントとして整理・概念化し、その再現可能性を検討するとともに、 AI シフト設計支援システム KUMU への実装可能性を検討した。 なお、心理的公平性を「勤務回数の均等ではなく、職員一人ひとりが納得できる負担と報酬の均衡」と定義した。
【方法】医療法人内の複数介護施設に勤務する期首介護職員 74 名を対象に探索的ケーススタディを行った。希望休を最優先に確保し、個人の制約や能力に応じた役割分担を行う心理的公平性マネジメント群 57 名と、従来型の画一的管理を継続した 1 施設 17 名の離職状況を比較した。法人内異動は離職に含めず、法人からの退職を離職として扱った。さらに、従来型管理群を含む全施設が同一の心理的公平性マネジメント体制へ移行した後の追加観察も行った。なお、本研究で示す結果は、システム導入後の効果ではなく、管理者がアナログに実践していたマネジメントの後方視的観察である。この暗黙的な負担調整を、負担、報酬、不公平感の蓄積と忘却からなる心理的公平性モデルとして概念化し、シフト設計支援システム KUMU の開発へ接続した。
【結果】心理的公平性マネジメント群の離職率は 1.8% であり、従来型管理群の 11.8% と比較して低値であった。また、高齢、育児、傷病等により画一的な勤務条件では就労継続が難しくなりやすい職員 17 名（在籍職員 72 名の 23.6%）の在籍継続（離職回避）が確認された。追加観察期間の約 7 か月間では、職場要因による自己都合退職は 0 名であった。無記名職員アンケートでは、総合納得度スコア平均 24.94/35 を示し、希望休や個別事情への配慮に関する肯定的回答が多くみられた。一方で、負担分散の体感には改善余地が残された。
【考察】本研究の本質は、シフトを自動化することではなく、管理者が経験的に行ってきた「心理的公平性の調整」を可視化し、再現可能なマネジメント技術へ転換する点にある。KUMU は単なる AI シフトソフトではなく、心理的公平性を組織に実装するマネジメント支援システムである。希望休を最優先に確保することは、職員の自己決定感を支える心理的報酬として機能し、業務上の不均衡に対する不公平感を一定程度相殺した可能性がある。これにより、同一条件では働き続けにくい職員の就労継続と、中核職員への過度な負担集中の抑制を両立できた可能性がある。
【結論】心理的公平性マネジメントは、慢性期医療・介護現場における人材定着と潜在労働力活用を支える業務改善策となる可能性がある。KUMU は、管理者の経験や勘に依存していた暗黙知を可視化・標準化し、心理的公平性を継続的に実装するためのマネジメント支援システムである。今後は、複数施設での再現性検証と、見えない負担を記録・還元する仕組みの実装が課題である。

48-4　業務改善⑤

訪問看護記録の標準化と既存システム活用による記録時間短縮の効果～ムダ・ムラに着目した取り組み～

福岡県・訪問看護ステーションゆのそ

○原（はら）　峰子（みねこ）（看護師）、田中　佳代子、井上　美咲

【はじめに】

「訪問看護ステーションゆのそ」は、高良台コミュニティホスピタルを母体病院とした訪問看護ステーションであり、同法人内にある複数の高齢者介護サービス事業所のうちの一つである。看護小規模多機能型居宅介護施設「ゆのそピア」に併設しており、施設利用者の看護、在宅看護を行っている。訪問看護業務は、利用者宅で介入する直接的業務に加え、記録の記載をはじめとする間接的業務がある。介入は基本単独で行うため、情報共有ツールとして記録が重要である。しかし、記録の内容や量にばらつきが見られ、情報収集のしにくさを感じていた。さらに、記録時間が長いことも課題であった。そこで、日本看護協会「看護業務効率化取り組みガイド」を参考に、記録の標準化と時間短縮の取り組みを行い、成果を得たので報告する。

【対象】

当事業所訪問看護師　8 名

【方法】

・記録に関するアンケートの実施

・課題の抽出と記録時間の実測

・課題解決にむけた取り組みの検討と実施

「ムダ」への取り組み：記録方法の整理

「ムラ」への取り組み：SOAP の勉強会

・取り組みの評価

アンケートの実施と記録時間の実測

取り組み前後のアンケート結果および記録時間の比較には Wilcoxon 符号付順位和検定を用い、有意水準は 5% 未満、解析には EZR を用いた。

【結果】

訪問 1 件当たりの記録時間の平均値は、取り組み前 14 分 59 秒、取り組み後 12 分 5 秒であり、有意に短縮を認めた。また、アンケートの前後比較では 3 項目に有意な変化があった。

【考察】

業務の効率化で活用できるのが「ムリ．ムダ．ムラ」への着目と言われている。「ムダ・ムラ」に着目し、記録の整理と記録時間の短縮に取り組んだ。記録が重複しないように既存システムを活用すること、SOAP を論理的に整理して記載することで必要な情報だけを効率よく記録できるようになった。これらの記録の標準化という取り組みが記録時間の短縮、記録のばらつきの軽減という結果につながり、記録方法を定着することができた。「ムダ・ムラ」に着目し、解決可能な課題に取り組んだことで、成果を得ることができたと推測される。

【まとめ】

「ムダ・ムラ」に着目し取り組んだことで、業務の効率化につながった。今後は、看護の質向上と ICT の活用なども視野に入れた業務の効率化を継続していく。

48-5　業務改善⑤

院内手順の可視化で目指す安心の手術看護

徳島県・中洲八木病院

○元木（もとき）　貴絵（きえ）（看護師）

【目的】当院は徳島県中心部に位置する病床105床の回復期病院であり、整形外科診療を中心に手術も行っている。昨年度の手術件数は101件、内76件が大腿骨近位部骨折に対するものであった。紙カルテを使用しており、大腿骨近位部骨折に対する手術書類のみでも20枚ある。さらにクリニカルパスも適用している。処置、指示、書類管理など院内手順も複数あるため、途中入職の私は業務に不安や焦りを感じていた。そこで、院内手順をリスト化した「オペ出しシート」(以後シートと表記)を作成し使用することで業務進行に自信が持てるようになった。このシートをオペ出しに不安を感じる看護師の役に立つものにしたいと考え本研究に取り組むこととした。
【方法】オペ出しに関わる院内看護師42名を対象とし、オペ出しのイメージ、書類の感想、シートの感想についての選択回答とフリーコメントを無記名式のアンケートにて調査
【結果】オペ出し業務について、やりがいを感じるという回答が大半を占める中、業務の多さや焦り・不安を感じている人がほとんどであった。また、手術書類の多さには負担を感じており、書類を減らしてほしいと全員が回答している。書類の減量を求める一方、シートは利用したいという回答はほぼ全員から得られた。シートの利用については肯定的な意見が多かったが、書類が増えるのは負担、シートだけを見て動くかもしれないと少数ではあるが反対意見もあった。
【考察】オペ出しは時間厳守で進める必要があるため処置や記録、申し送りに漏れがないか不安や焦りを抱える。調査結果からも、オペ出しについてやりがいは感じているが焦りや不安、緊張を感じ普段以上の責任を感じていることが分かった。通常業務に加えオペ出しも行う業務の細かさと多さが原因となっている。シートの活用でオペ出し業務の負担が軽減することが期待できる。また書類についても記録漏れがないか不安を感じているため書類が簡潔になれば負担の軽減も図れる。慣れていても急な対応が必要となった場合、計画通り業務を進められず焦りを感じることもあるが、基本業務をシートで管理することで、慌てることのない落ち着いた対応が期待できる。
【結論】看護師の業務は日々煩雑であるが急な対応に追われることがしばしばあり、計画的に看護業務を進めることが困難である。しかし、シートを用いることでオペ出しに関わる看護師の心理的・業務的負担のどちらの改善にも期待が持てると感じた。シートはアンケートで得られた声を反映させて簡略タイプと詳細タイプの2種類を編集し、実用化を目指す。また今回の調査で見つかった書類についての課題は、カルテ書類の管理担当である看護部長に相談し、医師の許可の下、手術書類の減量・修正を進めることとなった。これらの改善によって、業務のもれがなくなり不安なく看護業務が進められることを期待する。

48-6　業務改善⑤

入院判定会議の廃止と「即断即決」体制の構築〜FAX 電子化を契機とした入院調整業務改善〜

北海道・札幌西円山病院

○髙橋（たかはし）　史織（しおり）（社会福祉士）

【目的】

2024 年 7 月より当院では入院判定会議を廃止し、医師による迅速な意思決定体制へ移行した。しかし判定資料の印刷・配布や FAX 管理などの付帯業務が残存し、紹介元への迅速な回答や専門職が本来業務へ専念するための時間確保が課題であった。そこで FAX 電子化を契機として入院相談業務全体を見直し、「会議で決める」から「即断即決」体制への転換を図った。本取り組みの内容と効果について報告する。

【方法】

入院相談業務を「相談受付」「入院判定」「結果通知」「病棟調整」の 4 工程に整理し、従来実施していた入院判定業務を廃止した。判定資料を PDF 化して院内共有フォルダへ格納し、判定メンバーが空き時間に閲覧・評価できる仕組みを構築した。判定内容は Excel 判定表で共有し、医師 1 名の受け入れ可判定をもって結果通知を可能とする運用へと変更した。また、FAX 電子化、病棟資料の電子共有、印刷・配布・ホチキス止め等の作業を廃止し、業務フロー全体を再構築した。

【結果】

紹介元への結果通知までの平均日数は 2023 年度 2.4 日、2024 年 4 月〜6 月 2.4 日、判定会議廃止後の 2024 年 7 月〜2025 年 3 月 2.1 日、2025 年度には 1.3 日へと段階的に短縮し、即日返答事例が増加した。判定不可率は 2023 年度 20.7%、2024 年 4 月〜6 月 26.8%、判定会議廃止後（2024 年 7 月〜2025 年 3 月）24.7% であり判定の質は維持された。さらに運用が定着した 2025 年度には 11.8% まで低下し、受け入れ率の向上が認められた。また重大なトラブルの増加は認めず、安全性と判定の質は維持された。さらに病棟資料の電子共有により印刷・配布等の作業を 1 日約 30 分削減した。会議時間削減効果を含めると、年間約 420 万円、累積では約 735 万円相当の人的・物質的資源を創出した。

【考察】

本取り組みの本質は DX による単なる業務改善ではなく、「会議中心の意思決定」を「業務フロー中心の意思決定」へ転換した点にある。慢性期医療では限られた人的資源の中で専門職が本来業務へ専念できる体制整備が重要である。本取り組みは高額なシステム導入を必要とせず、既存システムと運用改善のみで迅速性、安全性および受け入れ率向上を実現した。さらに創出した時間を患者・家族支援や多職種連携へ再配分できたことに大きな意義がある。

【結論】

FAX 電子化を契機とした入院調整業務改革により「即断即決」体制を構築し、迅速性、安全性および業務効率の向上を実現した。本取り組みは特別な設備投資を必要とせず、他施設においても導入可能な業務改善モデルとなり得る。今後も DX を活用した継続的な業務改善を通じ、支援の質向上を目指したい。

48-7　業務改善⑤

病棟業務負担軽減を目的とした流動食配膳の個別化と運用改善～栄養科主導のシステム構築と業務改善の試み～

兵庫県・中谷病院

まつだいら　しょうご
○松平　章吾（管理栄養士）

【はじめに】当院では従来、栄養科が流動食を種類ごとに一括配膳し、病棟介護福祉士（CW）が患者ごとに朝・昼・夕へ振り分けていた。一方で、食事（流動食）変更時の作業が多岐にわたり複雑化し、振分け作業に多大な時間を要し、配膳ミス発生時の照合作業も双方の負担となっていた。さらに、栄養科側でも食数管理を手作業で行っていたため、間違いが生じやすい状況であった。今回、病棟より「CW の負担軽減につながる配膳方法への変更」について相談を受け、栄養科主導で流動食配膳システムの再構築を行った。

【目的】
病棟介護士の業務負担軽減を目的とし、栄養科による流動食の個別管理体制を構築することで、振分け作業及び照合作業の削減を図る。

【方法】まず、給食システムをバージョンアップし、従来は不可能であった流動食の個別食札印刷を可能とした。食札には流動食の種類・数量・白湯の量などを明記し、詳細な情報共有を実現した。次に、配膳方法を「種類別・前日一括配膳」から、栄養科が食札に基づきセットする「個人別・毎食配膳」へ変更した。運用に際し、以下の工夫を行った。
食札の改良 カード立てから名札ケースへ変更し、ゴムで流動食自体に直接固定できる仕様とした。さらに、そのまま経管栄養のイルリガートルへ掛けられるようにし、病棟での書き換え作業や食札紛失リスクを防止した。
2. 配膳ツールの簡素化
従来の個別トレーを廃止し、カゴ一つに集約して配膳する方式へ変更した。これにより、トレーの洗浄・乾燥・保管に要する工程が不要となり、準備作業の簡素化と省スペース化を実現。

【結果】新システム導入により、病棟側では流動食の個別振分けや照合作業が不要となり、CW の業務時間が 1 日約 45 分短縮した。また、イルリガートルへの情報提示が簡素化されたことで、配膳ミス防止にも繋がった。栄養科側では、個別管理に伴い一部の業務量は増加したものの、システム化により手作業によるインシデントリスクが大幅に軽減した。

【考察】本取り組みにより、栄養科が流動食を個人別に一括管理する体制が整い、病棟では経口食と同様に配膳できるようになったことで、振分け作業が不要となり業務負担軽減につながった。また、食札に必要事項を集約したことで、ミス発生時の照合作業が減少し、対応負担の軽減にも寄与した。今後は、個別対応に伴う手書き修正の漏れを防ぐため、システム上でのコメント入力方式へ移行し、さらなる精度向上を目指す。

49-1　医療安全・事故対策①

医療安全レポートの効率化アップに向けた取り組み

愛知県・並木病院

○後藤（ごとう）　奨（しょう）（理学療法士）、山森　敦朗、小野　寅雄、鈴木　研、服部　剛、小林　建仁、恵美　宣彦

【背景】

当院は2025年7月に日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審した。その際、サーベイヤーから医療安全管理体制のさらなる強化を求められる中で、ヒヤリハット、インシデント、アクシデントを報告するためのツールである医療安全レポート（以下、レポート）の取り扱いに関する課題が見つかった。

具体的には、各部署で発生した事象を知るまでの流れであり、事象レベルに関わらず各所属長までには速やかな報告手順が徹底されているものの、医療安全管理者は重大事象と位置付けられるレベル3b以上の事象以外については、記載されたレポートの回収時に内容を知ることが多く、従来の紙媒体のレポート形式では、提出から回収、閲覧までに1週間ほどかかっていた。

さらにもう一点の課題として報告件数の伸び悩みが挙げられ、前任担当者による工夫もあって年間700件を超えてはいたが、透明性の目安と言われる「レポート総数が病床数の5倍（当院のベッド数は212床）」から考えると、目標件数には程遠い状況であった。

そこで、今回、院内システムを担当している職員と連携し、これまで紙媒体であった報告形式からGoogleフォームを活用した自前の報告システムへと変更し、レポートに係る業務の効率化と報告件数アップを目指したので以下に報告する。

【目的】

新システム導入により、医療安全管理者が速やかにレポート情報を共有できること、報告者のレポート作成負担を軽減すること、報告件数を増加につなげること。

【方法】

1）2026年2月からレポート報告をGoogleフォームへ入力することとし、安全管理者がこれまでの紙媒体で回収するのではなく、メール受信の流れに変更した。なお、データの安全性を確保するため、決められたメンバー以外からはアクセスできない仕組みとなっている。

2）新システム導入前後の報告件数を同時期で比較した。（比較した時期：2025年2月1日～5月31日と2026年2月1日～5月31日）

3）2026年5月の全職員を対象としたアンケートにて、①新システムの利便性、②レポート作成時間を調査した。

【結果】

1）医療安全管理者がさまざまな事象をこれまでよりも早く共有できるようになり、院長をはじめ、医療安全委員長、所属長と速やかにやり取りも進めていけるようになった。

2）同時期で報告件数を比較したところ、4か月で84件の増加に至った。

3）アンケート調査の結果は、①新システムの利便性は、使いやすい：83%、変わらない：9%、使いにくい：8%、②レポート作成時間は、5分未満：46%、5～10分未満：41%、10～15分未満：10%、15分以上：3%で、「手書きでなくなったことから、以前に比べて提出までの時間が短縮しました。」や「病棟スタッフは日頃からiPadを使用しているので、病棟配置のiPad入力はとても楽です。」などの記述もあって、利便性は向上し、作業負担は軽減したと判断できる内容であった。

【まとめ】

レポート報告の形式を紙に記載する方法からGoogleフォーム活用の自前システムへと変更したことで、レポートに係る業務の効率化が図られ、以前に比べて報告件数が増加した。

医療安全管理者としてはアクシデント事象に限らず、繰り返されるインシデント、ヒヤリハット事象の原因分析や再発防止策へのアプローチにこれまで以上の時間をかけられるようになった。

今後の課題として、報告までのプロセスが簡略化されたことによるレポート内容の簡素化、スタッフ間でのコミュニケーション不足などが危惧される。

医療安全管理者としての発信を怠らず、必要に応じた手順の見直しやバージョンアップを進め、今回立ち上げたレポートシステムの有効活用に努めていきたい。

49-2　医療安全・事故対策①

当院における医療機器の安全管理―医療機器安全管理責任者の業務を、再確認から見直して―

奈良県・奈良厚生会病院

○篠浦（しのうら）　毅一郎（きいちろう）（臨床検査技師）、西村　志帆、酢谷　喜世子

【はじめに】

当院は医療病棟と介護医療院を併設している慢性期病院である。2007 年に第 5 次医療法の改正が行われ、すべての医療施設に医療機器安全管理責任者の設置と業務内容が義務化された。当院では臨床工学技士は在籍していないため、臨床検査技師がその業務を担当している。今回、2026 年 5 月に病院機能評価の慢性期病院 Ver.3.0（以下、病院機能評価と表記）を受審するにあたり、2024 年 8 月から 2026 年 5 月の期間、医療機器の安全管理に関する評価項目で A 評価（適切に行われている）以上の達成を目指した。本報告では医療機器安全管理責任者が評価項目を再確認し、管理体制の強化と運用の標準化を図ることを目的として実施した取り組みについて報告する。

【方法】

現状を確認するため、医療機器関連の法令や通知、行政や団体、学会などの情報収集を Web 閲覧と e ラーニングで行い、約 100 件を検索した。収集した情報と病院機能評価の評価項目の内容を確認する過程で、医療機器安全管理委員会の設置、医療機器安全管理指針の新規作成、指針に基づいた医療機器安全管理マニュアルの改訂を医療安全管理室と連携を図りながら順次行い、必要な手順書やファイルなどの文書類も適時作成した。また我が国の法体系の構成と PDCA サイクル（Plan Do Check Action cycle）を参考にして文書類の整備を図り、最終的に病院機能評価の提出書類を準備した。

【結果】

①病院機能評価の主な準備書類は、PDF（Portable Document Format）に変換をして資料を提示、自己評価調査票は A 評点を選択してアピールポイントも追記した。②医療機器の関連法令の大きな改正は確認されなかったが、行政や団体、学会などの情報収集は重要で、適時確認することは必要である。③医療機器安全管理指針の作成は、医療機器に係る安全管理体制を確保する目的に有用となった。④法体系の階段構造を理解することは、各種文書類を作成する際に作成目的や範囲、関連性を明確化することに役立ち、文書類を区分して考えることに有用と思われた。⑤PDCA サイクルを活用することは、作成した各種文書類を継続的に維持管理しながら運用するために効果的であると考えられた。⑥病院機能評価の受審は、準備は大変であるが、学ぶ機会と改善点の発見に有益な手段と思われた。

【考察】

医療機器安全管理責任者の業務は、その範囲が広く、業務量が多いとされる。一方、医療現場は多くの新しい技術と医療機器が普及と拡大もし続けており、当院のような中規模病院では、医療機器の安全管理への取り組みは十分であるとはいい難い状況でもある。その中でも最低限の医療機器の安全管理を行う管理体制と設備環境の整備、関連文書類の作成と管理などは慢性期病院においても必要であり、その重要性はより増していくと思われる。本取り組みは、当院の医療機器の安全管理においての問題点の発見と改善策の実施、及び安全管理の運用を充実していくことに貢献できると考えられ、今後も継続していきたい。

49-3　医療安全・事故対策①

当院地域一般・地域包括ケア病棟における患者の状態把握向上に向けた取り組み～POC カードを導入して～

鹿児島県・キラメキテラスヘルスケアホスピタル

○村田（むらた）　美奈（みな）（作業療法士）、五十峯　かずみ、山元　貴正、平川　智士、井手下　直美、上村　章

【目的】

当院一般病棟・地域包括ケア病棟は 1 日複数名の入院や，短期入院・緊急入院の受入を行い，40～60 日での在宅・施設退院を目指す入退院の多い病棟である．そのため，患者の状態把握（日常生活動作介助量や認知機能等）に苦慮する場面がある．また，自室には ADL 表（ベッドサイドに必要な情報の掲示）があり，患者の状態を知ることができるが，ホールでの離床時は状態を咄嗟に確認できるものがなく，対応に困ることがあった．

こうした背景の中，リハビリテーションスタッフならびに病棟看護師・看護補助者（以下病棟スタッフ）に対し，ホールでの患者の離床時の対応で困ったことがあるかアンケート調査を行った結果，85% 以上が困ったことが「よくある」「時々ある」と回答した．そこで今回，Point Of Care カード（患者のリスク管理に必要な情報を記入できるカード．以下 POC カード）を作成し，多職種で協働して離床時の患者の状態把握向上や十分なリスク管理が行えることを目的に本研究を実施した．

【方法】

①病棟スタッフに対し，入院患者の飲水制限や移乗介助量，移動レベルなどの各項目に対し分からないことがあるか，5 段階評価でアンケート調査を行う．

②結果を基に POC カードの記載項目を決め，内容記入した POC カードを患者の車椅子，もしくは歩行器，歩行車に付け，看護・介護・日常生活動作の介入を 2 ヶ月間実施する．

③その後再度アンケート調査を行い，結果の分析，効果判定を行う．

【結果】

実施後，再度アンケート調査を病棟スタッフに行ったところ，各項目分からないことがあると答えたスタッフは軽減し，状態把握向上に繋がった．また，「状態確認の時間が省けた」「安心してトイレ誘導ができるようになった」と 65% 以上のスタッフが回答した．PC や自室の ADL 表で情報確認していた手間が省けたという業務効率化に繋がったことに加え，精神的負担の軽減にも繋がった．

【考察】

岸らは【スタッフ全員が患者の ADL を正確に把握するためのツールとしての共有シートを「見やすく」「書きやすく」するための改善を行いながら実践していくことが必要である】と述べている．POC カード作成にあたり，この点を意識しながら行なったことで，状態把握向上や情報確認の業務効率化に繋がったと思われる．

【結論】

POC カードの導入後はカードを確認することで，ある程度の状態把握ができるようになり，また「素早く対応出来る様になった」「カルテを確認する手間が省けた」などの意見が得られた．

POC カードの導入がリスク管理の一助となったことから，カード使用の継続を希望する意見が 85% 以上のスタッフから聞かれたが，継続に際しては，更新方法の検討，記載項目の見直しなど，今後再度病棟と連携をとりながら改善していく必要があると考える．

49-4　医療安全・事故対策①

インシデントレポートの報告件数を増やすための取り組み

福岡県・京都病院

○木村（きむら）　紗彩（さあや）（看護師）、石飛　一枝

【目的】インシデントレポートの適正な報告件数は、病床数の5倍が望ましく、報告件数の増加は安全意識が高いと言われている。当院では、インシデントレポートの報告件数が少なく、医療安全文化が醸成しているとは言い難い現状がある。医療安全文化を向上させるために、インシデントレポートの報告件数が少ない理由を明確にし、改善することで、インシデントレポートの報告件数を増やす取り組みを行ったので報告する。
【方法】1. インシデントレポート提出の推進活動
2. インシデントレポート用紙の改善
3. 過去2年間のインシデントレポート報告件数の推移を比較
4. 過去2年間のインシデントレポート報告内容（職種、重症度、発生場面）の変化を比較
【結果】インシデントレポート用紙を発生場面別にし、各発生場面に必要な項目内容のレポート用紙に改善した。委員会を通して、インシデントレポート用紙の改善と、インシデントレポート提出の推進を行った。インシデントレポート報告件数は、2025年度420件、2024年度315件、2023年度324件で、2024年度より25%の増加、2023年度より22.8%の増加がみられた。増加の内訳は、2023年度の職種別では、医療事務からの報告が0件だったのに対し16件に増加していた。重症度では、レベル0〜1が54件だったのに対し96件に増加していた。発生場面では、皮膚トラブル（褥瘡・表皮剥離など）が36件だったのに対し109件に増加していた。また、インシデントレポートの報告件数は増えたが、2025年度の内服関連のインシデント件数が59件で、2024年度の113件より47.8%低減していた。
【考察】インシデントレポートの報告件数を増やすためには、心理的安全性の確保（責めない文化）と、ヒヤリハット（レベル0）レベルの積極的報告、レポート入力の簡素化が重要と言われている。当院では、インシデントレポート用紙が見にくい、書きにくいという意見があり、レポート用紙の内容を改善した。また、全職員にヒヤリハットレベルの報告をする意義を話し、インシデントレポートの報告は、決して「責めるものではない」ことを伝え、積極的なレポート提出を促した。その結果、職員へのレポート提出による心理的安全性が確保でき、レポート用紙の改善で書きやすくなったことが、レポートの報告件数の増加につながった。また、レポートの報告件数が増加したにもかかわらず、内服関連のインシデントが低減したのは、だれもが「嫌な目にあわない」文化が徐々に浸透し始めた結果、安全意識が向上したためと考える。
【結論】インシデントレポートの報告件数の増加は、インシデントレポートの書きやすさと心理的安全性によるものである。職員の安全意識の向上が、インシデントレポート報告件数を増加させる。今後の課題は、更なる安全文化を目指して、インシデントレポートの報告件数が目標件数に達するように推進することである。

49-5　医療安全・事故対策①

ノーリフティングの取り組みによる職場環境の整備と腰痛有症率の変化について

北海道・聖ヶ丘病院

○佐々（ささ）　昂典（たかのり）（作業療法士）、内藤　真登、齋藤　康宏、横田　俊輔、中原　義人

【はじめに】

厚生労働省が定める第 14 次労働災害防止計画では、介護・看護作業における腰痛予防対策の推進としてノーリフトケアが求められている。北海道伊達市においても労働安全の取り組みとしてノーリフティング（以下、NL）の推進を掲げており、当院においても一昨年より職員の腰痛予防と質の高いケア提供を目指して積極的に導入してきた。本研究は、NL の視点から医療現場における職場環境の整備を実施し、腰痛有症率に与える効果を調査・報告する。

【取り組み】

当院では、NL を院内全体で推進するため、院長が「ノーリフティング宣言」を行い、全職員に対して NL の重要性と導入への決意を表明した。また、看護師・介護職員・理学療法士・作業療法士・総務課職員の計 8 名からなる「ノーリフティング委員会」を立ち上げ、院内への普及促進を図った。

【対象と方法】

令和 7 年 10 月に院内全部署へ「ヒヤリハットボード」を設置し、腰痛発生につながるヒヤリハット事例や環境要因を職員が報告できる体制を構築した。委員会スタッフが抽出された要因に対して具体的な対策を立案し、院内ラウンドを実施した。報告事案は優先度を設定したうえで、作業環境の改善、福祉用具の活用、動作指導、物品購入、これだけ体操の指導に分類して対応した。また、腰痛有症率の調査として、医師を除く全職員を対象に令和 6 年度は 284 名、令和 7 年度は 282 名にアンケートにて腰痛の有無および程度を 5 段階で調査し、比較検討した。

【結果】

ヒヤリハットボードでは合計 36 件の腰痛リスク事案が報告された。対応の内訳（延べ件数）は、作業環境の改善 11 件、福祉用具の活用 2 件、動作の指導 15 件、物品購入 6 件、これだけ体操の指導 9 件であった。具体的な改善例として、「外来受診エリアで椅子を拭く際に腰へ負担がかかる」との報告に対し、手と足の置く位置を変更して支持基底面を広くし前方へのリーチ時に腰をかがめない動作を指導した。また「患者の靴がベッド下に入り込み離床時に取り出しにくい」との報告に対しては、ベッド横に掛けられるカゴを購入・設置し、前屈みにならずに靴を出し入れできるよう環境を整備した。腰痛有症率は令和 6 年度 65.5% から令和 7 年度 61.7% へと約 4% の改善が確認された。腰痛の程度別にみると、「常に痛い・よく痛みがある」は両年度ともに 19 名で変化はなかったが、「時々痛い」が 131 名から 120 名へと減少し、「痛みはないが腰が疲れやすい」が 36 名から 35 名へと微減した。

【考察】

腰痛の発症には介助動作のみならず、長時間の前傾・不良姿勢、不適切な作業環境、心理社会的要因など複数の要因の関与が知られている。Occupational Health の分野では、医療・介護従事者の腰痛予防には患者介助時の身体的負担の軽減だけでなく、日常業務における作業姿勢や作業環境の改善も重要であるとされており、適切な作業姿勢の指導、環境整備、ストレッチ導入等を組み合わせた多面的介入が必要だと考える。今回、本取り組みも NL の推進に加え日常業務における適切な環境整備や姿勢への意識づけを促すものであり、腰痛予防に対する包括的なアプローチとして意義があると考えられるため、今後も継続していきたい。

【結語】

ヒヤリハットボードを活用した腰痛リスク環境の可視化と多面的な改善介入は、職員の腰痛予防に有効な可能性があることが示唆された。

49-6　医療安全・事故対策①

経鼻経管栄養チューブ確認における腹部単純X線撮影の有用性と誤挿入および胃内未到達時の対応

福岡県・篠栗病院

○宮嵜（みやざき）　由佳（ゆか）（放射線技師）、高倉　弘之、堂之上　勝洋

【背景】

当院では経鼻経管栄養チューブ（以下チューブ）挿入後に気泡音の聴取を行い、気管への誤挿入が無いことを確認している。最後に腹部単純X線撮影を実施し、チューブ先端の最終的な位置確認を行っている。その他、誤挿入の対策として胃内容物の吸引や口腔内でのたわみの確認が挙げられるが、これらの実施は手技者に委ねられている。気管への挿入を認めた場合や胃内への到達が不十分だった場合は医師や看護師に報告をして再挿入後に再撮影が行われるが、自己抜去を繰り返す患者や挿入時にチューブがたわみやすい患者においてはこれらを複数回繰り返す事例がしばしばある。この場合のX線撮影において注意すべき点は被ばく量である。確実なチューブ挿入を実現しながら再撮影回数をできるだけ減らす検討をする必要があると考える。

【目的】

チューブ挿入時に十分な確認行動を行う事で、再挿入および腹部単純X線撮影の回数を減らすことができるかを検討する。

【検討方法】

以下の対策を実行することとし、対策前後の撮影回数の比較を行った。

①口腔内を確認する。たわみを認めた場合は再挿入とする。

②たわみが無い事を確認できたのち胃残渣液の吸引をする。胃内容物が吸引できない場合、チューブ先端が胃にない可能性を考慮し再挿入とする。

③最後に気泡音の聴取をする。不十分であれば手技者を変更して再度確認をする。ダブルチェックによって気泡音が聴取できなかった際には再挿入とする。

④X線撮影での位置確認は口腔内でのたわみが無いことと気泡音を確認した後で実施する。

今回の対策には以下の機器を使用した。

経鼻経管栄養チューブ：ニプロ栄養カテーテル（ニプロ株式会社）

移動型X線撮影装置：MU125M Mobile ArtEvolution（株式会社　島津製作所）

FPD：AeroDR fine motion 1417HD（コニカミノルタ　ジャパン株式会社）

汎用画像診断装置：画像診断ワークステーション CS-7 Portable（コニカミノルタ　ジャパン株式会社）

【結果】

以上の対策を取り入れた結果、単純X線撮影での確認時に胃内へチューブ先端が到達していない事例は減少傾向にあった。

【考察・結論】

今回の対策を全て行ったうえで胃内へチューブ先端が到達していなかった症例では、目視では確認できない食道でとぐろを巻いていることが多かった。この場合でも胃内容物の吸引および気泡音の確認はできていたため、挿入後にチューブが胃から抜けてしまったと考えられる。単純X線撮影で先端が胃内にあることを確認された後にチューブが胃から抜けてしまう可能性もあるため、注入の直前にも気泡音の確認を行うことが望ましいと考えられる。

また、身体拘束最小化の取り組みにより昨年度から拘束やミトンなしでの治療が進み、自己抜去によって再挿入となる事例も存在する。挿入後の固定の仕方やチューブ挿入による不快感の排除が今後の課題となる。

意思疎通が困難で嚥下の協力が得られない患者や自己抜去の既往がある患者では撮影回数を減らすことは難しいが、医療事故を防ぐには確実な位置確認を行うことが必要不可欠であり、そのためには腹部単純X線撮影による評価が有用である。今回の対策を通して再挿入および再撮影の回数は減少傾向にあったため、今後も継続して取り組むこととした。

49-7　医療安全・事故対策①

当院リハビリテーション部における RCA 分析を用いた医療安全研修の実践

北海道・苫小牧東病院

○鬼塚（おにづか）　亮汰（りょうた）（理学療法士）、脊戸　英臣

【背景】
酸素療法を実施している患者に対するリハビリテーションでは、安静時と労作時で酸素流量が異なる場合があり、適切な指示確認が求められる。当院リハビリテーション部では、酸素流量の確認不足に起因するインシデントを契機に、RCA（Root Cause Analysis）を用いた原因分析および再発防止策の検討を実施した。

【目的】
リハビリテーション部において RCA 分析を実施し、酸素流量確認に関する課題を抽出するとともに、再発防止に向けたルール整備を行った取り組みを報告する。

【方法】
2026 年 3 月 10 日および 24 日に、リハビリテーション部職員を対象として RCA 研修を実施した。事例は、患者の安静時と労作時の酸素流量の違いについて十分な確認が行われなかった事案を用いた。研修では、なぜなぜ分析を中心に原因を検討し、人的要因だけでなく業務プロセス上の課題についても分析を行った。また、研修後にアンケートを集計した。

【結果】
研修と欠席者課題を合わせた参加率は 88.1% であった。次に分析の結果、酸素流量確認の方法が職員個人の経験や認識に依存しており、統一された確認手順が明確ではないことが課題として抽出された。これに対し、リハビリテーション実施前に電子カルテ上の医師指示を必ず確認することを基本ルールとして設定した。また補助的確認方法として、病棟看護師がベッドサイドに表示している酸素流量表示札を確認する運用を追加した。これらを部門内ルールとして整備し、周知を行った。最後に、アンケート結果は理解度に関して「やや理解できた」61.8%、「十分理解できた」36.4%、「未回答」1.8% となった。研修の難易度に関して「とても難しい」41.8%、「わかりやすい」54.5%、「更に高度な知識を習得したい」3.6% となった。

【考察】
RCA 分析を実施することで、個人の注意不足として捉えるのではなく、確認手順の不明確さというシステム上の課題を明らかにすることができた。また、医師指示と看護師による表示を組み合わせた多重確認体制を構築することで、安全管理の強化につながったと考えられる。

【結論】
リハビリテーション部において RCA 分析を実施し、酸素流量確認に関する業務プロセスを見直した。なぜなぜ分析を通じて抽出された課題を基に確認手順をルール化することで、再発防止に向けた安全文化の醸成に寄与すると考えられた。

50-1　医療安全・事故対策②

患者のベッドサイド環境調整とセンサー類早期解除への取り組みを目指した症例

鹿児島県・キラメキテラスヘルスケアホスピタル

○竹之下（たけのした）　なな（看護師）、立山　和樹、小牧　むつみ、上村　章、髙田　昌実

【はじめに】我が国は超高齢社会で、総人口の 29.1% が高齢者である。高齢期になり、認知症疾患をはじめとする老年期に特有の様々な疾患は、身体の自由を危うくする。当病棟では、令和 6 年度に回復期病棟となり、住み慣れた地域への退院を目指し入院生活支援する一方で、転倒リスクが高くなる。令和 6 年度の転倒・転落の件数は 30 件うち骨折事例が 2 件。転倒後にカンファレンスを行い、センサー類を開始したが、同じ患者が 2 度転倒したケースや、センサー類を退院日まで漫然と装着した患者が多く見受けられていた。

【目的】令和 6 年度のインシデントレポート分析し、自室のベッドサイドでの転倒・転落が多いことが分かり「ベッドサイド環境マニュアル」を作成した。ベッドサイド環境マニュアルの有効性とセンサー類早期解除に向けて今後の運用に繋げるため。

【方法】1）昨年度の転倒転落インシデント報告を調査・分析 2）分析結果よりベッドサイド環境マニュアルを作成。①意識レベル・認知機能レベル②安静度③患者の移動手段④スタッフコール⑤オーバーベッドテーブル⑥ベッドリモコン操作の 6 つの入院患者のベッドサイド環境に関する背景に着目しし、マニュアルを作成。3）ベッドサイド環境マニュアルを 1 ヶ月運用（①入院患者の転倒転落アセスメント評価時②転入患者を受け入れた時③月はじめの監査時）4）運用後のアンケートの実施。

【倫理的配慮】本研究の実施に際しては、研究の目的・方法などの概要を対象者に説明。アンケート使用にあたって安全性やプライバシーを確保し、得られたデータは本研究以外に使用せず匿名性の厳守を約束した。また、データの管理は厳重に行い、当院の倫理委員会にて承諾を得て実施した。

【結果】ベッドサイド環境マニュアルを 1 ヶ月運用後の転倒事象は 4 件。「認知症患者の転倒」「トイレに行く時に尻餅」「リハビリ中に転倒」という事象であった。アンケート実施後、全スタッフが今後ともベッドサイド環境マニュアル運用の意向があった。多職種でカンファレンス実施し、センサー類を解除した患者は 8 人。日中離床時の見守り体制を整えたが、マンパワー不足に陥る課題も見つかった。当院のセンサー類の在庫は限りあるため、早期解除に努め適切にセンサー類を使用していく必要があり。

【考察】マニュアルを活用して、患者を個別的に評価することは、スタッフの転倒転落対策の意識付けに繋がったと考える。スタッフコールを押さない、認知症があることだけで第一選択にセンター類を使用してしまいがちだが、入院患者の背景をベッドサイド環境マニュアルで見つめ直し、適切にセンサー類を選択、環境を整えることから患者の転倒転落予防に努めていく必要がある。

【結論】多職種カンファレンスで早期センサー類解除を図り、患者自身が安定した入院生活が行えるよう、療養環境を整えていく。当院在庫の限られたセンサー類で、患者の安全を確保し適切にセンサー類を運用していくために、ベッドサイド環境マニュアルの運用により、全スタッフが共通認識で患者の転倒転落予防に努めていく。

50-2　医療安全・事故対策②

事故分析精度の向上と事故件数の低減～3つの視点を用いた「なぜなぜ分析」の導入効果～

福岡県・若久サテライトビレッジ

○森田（もりた）　規矩也（きくや）（介護福祉士）

事故分析精度の向上と事故件数の低減
～3つの視点を用いた「なぜなぜ分析」の導入効果～
社会福祉法人久英会　若久サテライトビレッジ　○森田　規矩也

【はじめに】
介護施設における事故分析の現状は事故報告書作成のみに留まり、事故分析には課題がある。当施設でも分析には至らず同様の事故を繰り返す傾向にあった。そこで、職員・利用者・環境の3つの多角的視点から根本原因を分析できるよう独自の「なぜなぜ分析」様式を考案し導入した。なぜなぜ分析とは、発生した問題に対し『なぜ？』を繰り返し深掘りすることで根本原因を突き止めるトヨタ発祥の手法である。本発表では、この様式の活用による分析の変化と効果について報告する。

【方法】
R5年度よりなぜなぜ分析を導入し分析に慣れることから開始した。R6年度は事故発生時の実施率50％を目標とした。安全対策委員会においては1件/月分析と妥当性の検証を行った。本研究では、導入前後の事故発生件数を比較するとともに、報告書の記載内容に基づき原因および対策の妥当性を検証した。

【結果】
・分析手法が定着し、R6年度は実施率100％を達成。R4年度とR7年度の比較では、多角的視点による分析が30.8％から76％に増加した。
・原因を深掘りし表面的な要因に留めず、発生の背景まで特定した分析がR4年度の28.2％からR7年度には86％に向上した。
・事故件数は、導入前のR4年度の39件から、R5年度24件、R6年度23件、R7年度21件と大幅に減少した。
・深掘りの方向性を誤り、根本原因に至らなかった事例も認められた。

【考察】
3つの視点導入は、分析する上で多角的に深掘りする視点を定着させる効果が見られた。抽出した原因に対し、より具体的な対策を講じられるようになったことが分析能力向上に繋がり、事故減少の一因となったと考えられる。一方で、職員の習熟度や事例の難易度によって分析の質に差が生じていると推察される。

【まとめ】
なぜなぜ分析を導入したことで、事故件数の減少と分析精度の向上が確認された。今後は分析の質をさらに向上させ、より精度の高い事故防止対策を立案するとともに安全な体制の構築を目指していきたい。

50-3　医療安全・事故対策②

介護事業所と医療機関の連携による急変時対応力向上への取り組み

愛媛県・介護老人保健施設アイリス

○山田（やまだ）　太一（たいち）（作業療法士）

【目的】

高齢化や医療依存度の高度化、在院日数の短縮に伴い、介護・福祉サービス利用者の急変は常に想定される。介護現場における急変対応力の向上は重要な課題であるが、医療職配置や教育機会に限りがあり対応に不安を抱える現状がある。一方、病院には重症化予防や再入院抑制、地域全体の医療安全向上の観点から、専門職が地域を支える役割が求められている。当グループは医療・介護・福祉サービスを一体的に提供し、医療から在宅ケアまで地域を支えている。今回、介護・福祉部門の危機管理室を中心に、同一グループの HITO 病院医療安全管理部と連携し、介護事業所職員の急変時対応力向上および継続的教育体制の構築を目的として取り組んだ成果を報告する。

【方法】

2023 年度より、介護・福祉部門の危機管理室が中心となり、HITO 病院医療安全管理部（ゼネラルリスクマネジャー、救急看護認定看護師）の協力のもと、急変時初期対応の標準化を目的とした訓練を開始した。関連法人の介護事業所職員約 700 名を対象に、動画教材による事前学習と座学・実技・シミュレーションを組み合わせた研修を実施した。

2024 年度は、各事業所の実情に応じた支援を目的として急変対応チェックシートを作成した。また、事業所ごとに想定される急変事例を用いたシミュレーション訓練を実施し、動画教材を作成した。さらに、介護・福祉部門の全看護師を対象にフィジカルアセスメント研修（呼吸器系）を実施し、対象者の状態を適切に評価・判断する能力の向上を図った。

2025 年度はフィジカルアセスメント研修（腹部）を継続するとともに、各事業所が主体的に訓練を計画・実施できるよう急変時訓練年間計画シートの運用を開始した。また、医療安全管理部によるレクチャーを通じ、多様な急変事例への判断力・連携力向上を支援した。

研修効果は参加率、理解度アンケート、および実践場面への活用状況から評価した。

【結果】

2023 年度は全 52 回の訓練を実施し、約 9 割の職員が受講し、理解度アンケートでは高い評価が得られた。

2024 年度は 16 事業所で動画教材を作成し、課題把握と急変対応手順の共有が促進された。一方で、訓練未参加者への知識浸透や多様な急変事例への対応が課題として挙げられた。また、訓練内容が実際の急変対応場面で活用され、心肺蘇生法を実施した事例も認められた。

2025 年度は 18 事業所 436 名が年間計画シートに基づく活動に参加し、各事業所の主体的な教育体制の構築が進んだ。フィジカルアセスメント研修には 2024 年度 67 名、2025 年度 63 名が参加し、初期判断力向上に寄与した。

【考察】

本取り組みでは、医療安全の専門職と連携しながら取り組みを進めることで、急変時対応力の向上だけでなく、介護事業所が自ら課題を抽出し改善につなげる体制づくりを支援できた。さらに、病院との連携による教育支援から事業所主体の教育へと発展したことは、継続的な急変時対応力向上を可能とする基盤形成につながったと考える。また、介護・福祉部門職員のアセスメント力向上により状態変化の早期共有が進むことで、重症化予防や不要な救急搬送・再入院の抑制につながる可能性がある。

【結論】

介護・福祉部門と HITO 病院医療安全管理部との連携により、介護事業所職員の急変時対応力向上と主体的な教育体制の構築が実現し、観察・判断・報告・連携・初期対応能力の向上を図った。今後は、急変予測や ACP を含めた事前準備を多職種で推進し、急変への対応だけでなく、急変を見越して備える視点を養いたい。また、介護事業所と医療機関が連携しながら継続的に学びを実践へつなげ、地域全体の急変対応力向上につながる教育体制の構築を進めていきたい。

50-4　医療安全・事故対策②

転倒転落再発防止に向けた取り組み＜101 歳女性利用者の繰り返される転倒に着目して＞

静岡県・介護老人保健施設　プルメリア

○榎本（えのもと）　奈緒子（なおこ）（看護師）、杉山　昭美、飯塚　卓真

【目的】

当施設の特徴は、75 歳以上の後期高齢者の割合が 91.3% を占め、平均年齢 85.6 歳、平均介護度 2.7 である。2026 年度転倒転落事象の報告数は 277 件で全体の 87.9% を占めている。報告事象の中には同一利用者の報告も少なくない。A 氏は転倒を月に数回繰り返しているため、重大事故に至らないかと危機感を抱いていた。繰り返される事象の要因を分析し再発防止策を講じることで、A 氏の安全を確保し転倒事象を減少させ、重大事象に繋がらないことを目的とする

【方法】

QC 手法を用い、利用者・介護者・環境・手順の視点で要因分析を行い、再発防止策を立案・実施する

1. 対象者の所在を明確にする
2. 用具の活用
3. 職員の意識づけ

【結果】

夜間の転倒事象は減少したが、活動性が高まる時間帯の転倒報告は減少しなかった。A 氏に対しトイレ誘導、体操や塗り絵などレクリエーションへの参加や洗濯物畳みなど、日中自分でできることを促し、活動性を高めることを意識した。A 氏はフロアで過ごす時間も増えたが、職員が他利用者と接し、見守りが不十分な際に転倒事象が発生してしまった。重大事象の発生はなかった。利用者がフロアで過ごす際には複数の職員で見守りをしているが、一人の利用者を常に見守る難しさを痛感した。職員の意識づけに関しては、カンファレンスの習慣化ができず、情報共有が曖昧で安全対策に対する行動も職員間で個人差があることが明らかになった。

【考察】

介護施設において安全確保のためであっても、日常の行動制限や自立を妨げる行為は利用者の尊厳や生活の質に大きな影響を与える可能性がある。A 氏の人格と尊厳を尊重したうえで、「できること」に目を向け、日中の過ごし方を見直すことで活動性を高めることができた。その結果、夜間帯の不穏行動も緩和され、離床センサー作動により夜間帯の転倒は減少したと考えられる。また、トイレ誘導や排泄時に付き添うことで、トイレ内での転倒事象を減少させることができたと考える。転倒は対象者の要因のみならず、介護者、環境、ルールや手順など様々な要因が重なる。要因が明らかになっても、施設内の構造や職員の人員など対策が困難なこともある。しかし介護者要因は改善できることが多くあり、職員ひとり一人が高齢者の身体機能の低下や認知症の進行に伴う ADL の変化に気付き、情報共有、早期対策を実施することで転倒事象の減少に繋がると考える。

【結論】

転倒転落防止策は、利用者の健康と安全を守り QOL を維持することにもなる。そのために定期的なカンファレンスが有意義なものになるように、看護職や介護職のみならず、多職種とも協働する必要がある。また、職員が同じ視点で安全対策に取り組むことができ、報・連・相がしやすい風土づくりが今後の課題である。

50-5　医療安全・事故対策②

スタッフ全員が迷わない火災初期対応～物品チェック表とアクションカードを活用した仕組みづくりの再整備～

大阪府・多根第二病院

○石山（いしやま）　由佳（ゆか）（介護福祉士）、井上　真彦

【はじめに】

A 病院では火災を想定した訓練を年 2 回実施しているが、スタッフから「火災発生時にどのように動けば良いかわからない」という不安の声が聞かれた。そこで、2023 年度の TQM（Total Quality Management 以下 TQM）活動で、火災発生時の初期対応（以下、火災初期対応）についての取り組みを行ない、一定の成果を得た。しかし、物品チェック表の認知度が低く十分に活用されていないことや、全スタッフが物品チェックや火災訓練に関わっていないことなどが課題として残った。今回は、その課題解決に向け取り組み、火災発生時に全スタッフが迷わず行動できる仕組みづくりを再整備したので報告する。

【目的】

火災初期対応および自己の役割に対する理解を深め、全スタッフが自信を持って行動できる仕組みを再整備する。

【方法】

1. 期間：2025 年 7 月～2026 年 1 月
2. 対象：病棟看護師 14 名・ナースエイド 15 名
3. 方法：①火災初期対応・自己の役割・物品チェックについて現状把握のアンケートを実施

②消火器の配置図の追加作成と全スタッフによる物品チェック表を用いた点検の実施

③アクションカードの追加・修正

④アクションカードを用いた火災訓練の実施⑤成果確認のアンケートを実施

【結果・考察】

物品チェック表に消火器の配置図を追加し、一部の担当者だけでなく全スタッフが日常的に物品チェック表を用いて確認する仕組みを整備した。その結果、成果確認アンケートでは「消火器の配置場所や物品チェック表があることを知っているか」という設問に対し「はい」と答えたスタッフは、55% から 90% へと大幅に増加した。これは、スタッフの防災に必要な物品管理に対する意識が向上したと言える。

また、アクションカードの追加・修正により火災初期対応が視覚的かつ具体的に示され、動きやすいツールとなった。そのアクションカードを用いた火災訓練を行うことで、スタッフが各々の役割を確認しながら、より実践的な訓練を実施することもできた。

成果確認のアンケートでは全項目で「はい」の回答割合が増加した。これは全スタッフが火災発生時に、自分自身の役割と確認すべき内容を即座に判断できる仕組みづくりが構築されたと考える。今回、TQM 活動を 2 年継続したことで、全スタッフの火災初期対応に対する意識向上および自信を持って行動できる仕組みが再整備された。

【結論】

物品チェック表やアクションカードを活用した取り組みは、火災初期対応に対するスタッフの役割意識を高め、不安を安心・自信へと変えるために有効であることが分かった。

今後は、新しいスタッフへの教育ツールとしてこれらを活用するとともに、定期的な火災訓練の実施と運用改善を重ねていく。さらに、今回の取り組みを他病棟と共有し病院全体へ横展開することで、火災初期対応を組織的に実践できる体制の強化に繋げていきたい。

50-6　医療安全・事故対策②

慢性期医療機関における外部臨床工学技士による定期訪問型医療機器管理支援の一例

福岡県・Kiwi

○大石（おおいし）　杏衣（あい）（臨床工学技士）

【背景】

病院の規模に関わらず医療機器は使用されているが、透析室や手術室等を有しない中小規模病院では、臨床工学技士を常勤雇用する施設は少ない。私は 2019 年にフリーランスの臨床工学技士として独立し、臨床工学技士不在の中小規模病院において、医療機器安全管理および医療機器教育の支援を行っている。今回、実例をもとに、フリーランス臨床工学技士による外部支援の取り組みを報告する。

【目的】

2024 年 1 月より、療養病棟および地域包括ケア病棟を有する約 80 床の医療機関で開始した医療機器安全管理支援の実際を紹介する。

【方法】

医療機器の管理状況等のヒアリング後、業務委託契約を締結する。その後 1 週間から 10 日程度かけて院内をラウンドし、医療機器を管理登録し、医療機器管理台帳を作成した。その後、定期点検計画書を策定し、点検対象台数や医療機関の希望に応じて、月 1〜3 日程度の定期訪問を行った。訪問時には、医療機器の定期点検に加え、マニュアル等の整備、院内研修、インシデント対策への助言、医療機器の購入・更新時の機種選定に関する助言等を実施した。

【結果】

2026 年 6 月時点で、医療機器管理台帳には 112 機種 379 台を登録している。対象は病棟、外来、リハビリテーション室、放射線科、検査科、デイケア、訪問看護等で使用される医療機器であり、院内全体の機器について、機種、メーカー名、S/N だけでなく、購入日、定期点検日、修理履歴、更新予定日等の把握に努めた。放射線機器等の一部はメーカー点検の対象であるが、 2025 年度は 321 台の医療機器の定期点検件数を行った。 その他、医療機器研修、運用改善、更新計画に関する助言等を行った。

【考察】

臨床工学技士不在の医療機関では、看護師が中心となって医療機器管理を担う施設が多い。しかし、医療機器管理台帳の作成や定期点検計画の策定を、看護業務と並行して継続的に行うことには限界がある。本事例の医療機関では、生命維持管理装置は多くない。しかし、日常的に使用する医療機器を適切に点検し、安全に使用できる体制を整えることは、患者安全および業務の円滑化において重要である。また、機器故障か使用方法に起因する不具合かを現場で判断しにくい場面に対し、臨床工学技士が関与することで、原因の整理や適切な運用方法の検討につながった。これは故障の低減や医療機器の適正使用にも寄与すると考えられる。厳しい医療経営環境の中で、医療機器の最適な運用に臨床工学技士の視点を取り入れることは、患者安全のみならず、病院運営や経営面にも有用であると考える。

【結語】

定期訪問であっても、臨床工学技士が外部から支援に入ることで、医療機器管理体制の整備や職員教育を行うことができ、院内の医療機器安全管理に対する意識向上と安心感につながった。今後も、フリーランス臨床工学技士として、中小規模病院における医療機器管理と教育の支援に取り組みたい。

51-1　患者・家族とのかかわり①

予後が限られた多臓器機能障害患者に対する在宅復帰支援における意思決定支援の一考察

鹿児島県・出水郡医師会立第二病院

○渕脇（ふちわき）　直也（なおや）（理学療法士）

【はじめに】

慢性期医療において、予後が限られた患者に対する在宅復帰支援では、全身状態の変動に加え、本人・家族の意向や療養場所に対する希望を踏まえた慎重な支援が求められる。特に多臓器機能障害を有する症例では病状進行の予測が難しく、支援開始時期や意思決定支援に苦慮することが多い。非がん終末期患者では病状の不確実性から本人・家族の意思決定支援が遅れやすいことが報告されている。本報告では、強い帰宅希望を示した予後不良症例への在宅復帰支援を振り返り、その課題について検討した。

【症例】

症例は 50 歳代男性。末期腎不全、アルコール性肝硬変、脳出血後左片麻痺を呈し、転院前医より本人・家族に余命半年程度と説明されていた。延命治療および透析導入は希望せず DNAR 方針であった。入院時点で要介護 5 の認定を受けていたが介護支援専門員の介入はなかった。意思疎通は保たれ、入院当初より自宅退院希望を繰り返し訴えていた。

【経過】

入院直後より本人は家族へ電話で退院希望を繰り返し伝え、 退院が叶わなければ生きる希望を失う旨を訴えていた。これを受け家族より当院連携室へ相談があり、急遽介護保険サービス導入調整および介護支援専門員との連携を行い、早急に在宅復帰支援を開始した。多職種で退院調整を進め 3 週目に家屋調査を実施したが、本人の体力低下を考慮し、主治医説得のもと同意を得て不参加となった。理学療法では腹水穿刺を繰り返す中での全身状態の変動と主観的訴えを重視し、修正 Borg scale4 を上限とした自覚症状中心の負荷調整のもと基本動作練習、歩行練習を実施しつつ、退院後生活への思いを経時的に確認した。家屋調査後もサービス調整を進め 4 週目での退院を予定したが、退院直前に本人より家屋調査へ参加できなかったことへの思いと、ADL 向上を図った上で退院したい意向が聞かれ、自宅退院は延期となった。その後全身状態は徐々に悪化し、入院 8 週目に死亡退院となった。

【考察】

在宅療養移行支援では、患者の希望の尊重に加え、家族との意向調整や職種間での情報共有を踏まえた意思決定支援の重要性が示されている。本症例では本人の切実な帰宅希望と家族の「帰してあげたい」という思いを受け、多職種で協議を重ね、地域資源を活用し早期から支援を開始したが、支援開始の速さに対し本人には退院調整に関する論理的理解は得られていた一方で、心理的な受け止めとの間には差異が残った。主治医説得の上で家屋調査不参加への同意を得ていたにもかかわらず、後に参加できなかったことへの思いが聞かれた点は、医療者側で説明と同意が得られていても、本人の主体的参加感や心理的準備とは必ずしも一致しない可能性を示している。終末期の意思決定支援では、患者・家族の気持ちの揺れを継続的に確認しながら支援を進める必要があるとされており、本症例でも環境調整や制度利用のみならず、支援過程を本人がどのように受け止めているかを経時的に確認し、本人・家族・医療者が対話を重ねる共同意思決定が重要であった。理学療法介入は身体機能維持のみならず、日々変動する体調や思いを共有し本人の意思を汲み取る対話の場として一定の役割を担ったと考えられるが、その情報を多職種で十分に意思決定支援へと反映するには課題が残った。本症例は、病状進行の時間軸と本人・家族それぞれの思いの整理の時間軸のずれを意識し、 多職種で継続的に思いを共有しながら意思決定支援を行う難しさを改めて認識させられた症例であった。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき匿名化を行い、所属施設の承認を得て報告した。

51-2　患者・家族とのかかわり①

「外来看護師の役割と患者・家族支援についての検討」～セルフケア困難患者3事例の看護過程展開を通して～

福島県・いわき湯本病院

○平子（たいらこ）　真由美（まゆみ）（看護師）、大渕　靖世、蛯澤　寿美、岸本　恵子

【はじめに】

外来看護には、患者が地域で生活を継続しながら安心して治療を受けられるよう支援する役割が求められている。しかし、高齢化や独居、認知機能低下などを背景に、セルフケアが困難な患者は少なくない。外来では限られた時間の中で関わるため、生活背景の把握や支援の必要性の判断に難しさを感じる場面が多い。特に、患者に問題の自覚が乏しい場合や支援に拒否的な場面には、患者の尊厳を尊重しながらどこまで介入すべきか葛藤がある。

【目的】

セルフケア困難を抱える外来患者3事例の看護過程を通して、外来看護師の役割と患者・家族支援のあり方について検討する。

【方法】

外来通院中のセルフケア困難患者3事例を対象とした。外来看護師4名が介入し、身体的・心理的・社会的側面より患者情報を収集し共有した。共有した情報をもとに患者の課題を抽出し看護計画を立案した。月1回の外来受診後にカンファレンスを実施し、患者の状態変化や支援内容を評価するとともに、看護計画の見直し、修正を行った。介入時には患者・家族との面談を通して療養上の不安や困りごとを把握し、治療に関する説明やセルフケア支援を実施した。また、必要に応じて多職種と連携し継続支援を行った。

【結果】

事例1（90代女性。糖尿病。要介護3。長男と2人暮らし）血糖コントロール不良および定期通院困難がみられていた。当初は家族の協力不足が要因と考えていたが、継続した関わりにより家族自身が介護負担を抱えていることが明らかとなった。ケアマネジャーと連携し介護サービス導入を調整した結果、家族負担が軽減し、通院継続および血糖コントロール改善につながった。

事例2（80代女性。脂質異常症。長谷川式認知症スケール14点。夫、孫夫婦の4人暮らし）認知機能低下により服薬管理が困難となり、内服切れによる予約外受診を頻繁に繰り返していた。訪問看護導入を提案したが、患者・家族ともに同意は得られなかった。家族の協力による服薬管理および医師による処方調整により、服薬状況が安定した。

事例3（80代女性。高血圧症。娘夫婦、孫2人の5人暮らし）清潔保持に課題があり支援の必要性が高い状況であったが、本人には問題意識が乏しく支援に拒否的であった。支援導入を優先すべきか、本人の意思を尊重するべきかという倫理的葛藤が生じた。ソーシャルワーカーによる介入を行ったが、社会的支援の導入には至らなかった。当初は拒否的言動が多くみられたが、継続的な関わりを通じて信頼関係の構築につながった。

【考察】

外来看護では「生活を支える看護」を大切にし、患者がその人らしく在宅生活を送れるよう支援が必要である。外来で看護過程を展開し、身体的・心理的・社会的側面のアセスメントを通して、診察場面だけでは見えにくい生活背景や課題を把握し、看護師間で情報を共有した。それをもとに、多職種で連携し複数の要因に介入をすることで個別性のある支援につなげることができた。また、カンファレンスで家族間の倫理的葛藤を共有し、患者・家族・医療者間で支援方針を調整することは、患者の意思を尊重した支援の実現に役立った。さらに、継続的な関わりによる信頼関係の形成は支援受容性の向上につながり、患者中心の支援を進めるうえで重要だったと考える。

【結語】

外来における看護過程の展開は、外来患者の継続的な支援に役立った。外来看護師には患者・家族の意見や生活背景を把握し、家族も支援対象と捉え多職種と連携しながら必要な支援につなげていく役割がある。

51-3　患者・家族とのかかわり①

病棟における「幸せホルモン」を意識した家族食事会の取り組みとその効果

福島県・いわき湯本病院

○鈴木（すずき）　智美（ともみ）（看護師）、渡部　糸子、疋田　俊江、池川　彩

【目的】

入院生活では、患者は疾患や治療への不安に加え、家族と過ごす時間の減少により孤独感を抱きやすい。また家族も、患者とのかかわり方や病状への不安を抱えている。オキシトシンやセロトニンなどの「幸せホルモン」が安心感や幸福感、心理的安定につながることを着目し、家族とともに食事を行う時間を設けることで、患者・家族双方の精神的安定や関係性の強化につながるのではないかと考え、家族食事会を実施したので本取り組みの効果と課題について報告する。

【方法】

1. 期間：2025年10月～2026年5月

2. 対象：経口で食事摂取している患者で談話室にて食事摂取可能な患者とその家族

食事会に初回参加時に、患者：28名とその家族

3. 家族食事会の方法

毎月1回実施。談話室にて1家族1テーブルを設定した。食事中は患者と家族が自由に会話できるよう配慮し、必要時のみ看護師や栄養士が介入した。家族は3名まで参加可能とした。家族には常食、食後には飲み物（コーヒーや抹茶など選択）とお茶菓子を提供した。

4. 調査方法

患者・家族に食事会実施前後にポジティブ感情尺度（以下MCL-S.2とする）を使用しアンケート調査を行った。

MCL-S.21）とは、「たった今」の感情状態を評価するもので快感情・リラックス感・不安感の3因子からなり、快感情4項目（生き生きしている、爽快な気分である、はつらつとしている、すっきりしている）リラックス感4項目（リラックスしている、ゆったりしている、落ち着いている、穏やかな気分である）不安感4項目（不安である、思い煩っている、くよくよしている、心配である）の12項目から構成されている。12項目の設問について「まったくそうでない」1から「まったくそうである」7までの7段階評価尺度で回答を得た。

5. 分析方法

患者・家族それぞれのMCL-S.2の因子毎の得点を算出し、食事会前後でt検定（$p<0.05$）

【結果】

対象患者は男性15名、女性13名で平均年齢は86.1歳であった。対象家族は男性9名、女性22名で、3家族は2名での参加であった。

食事会は、1回に5家族程度が参加した。テーブルに着いた時から会話が弾み、食事中や飲み物を選ぶときなども患者・家族双方に笑顔が見られた。家族からは「普段の食事の様子が見られてよかった」などの反応があった。

MCL-S.2の結果は以下の通りであった。患者は、快感情（食事前4.07→食事後5.25）、リラックス感（4.27→5.25）、不安感（3.47→2.84）であった。家族は、快感情（4.73→5.40）、リラックス感（5.17→5.67）、不安感（2.84→2.41）であった。患者・家族とも快感情、リラックス感は有意に上昇し、不安感は有意に低下した（$p<0.05$）。

【考察】

患者・家族ともに、食事会後は、ポジティブ感情は肯定的に変化した。家族とともに食事をすることは、患者に安心感や幸福感を与え、精神的安定につながったと考える。特に、家族との自然な会話やふれあいは、オキシトシン分泌を促進し、心理的な安心感を高める一因となった可能性がある。また、患者が「自分らしい生活」を感じられる時間を持てたことは、QOL向上にも寄与したと考えられる。さらに家族にとっても患者の普段の様子を知る機会となった。看護師にとっても、患者・家族の新たな一面を知る機会となり、個別性を重視した看護支援につながる可能性が示唆された。

【結論】

家族食事会は、患者・家族ともにポジティブ感情は肯定的に変化し、心理的支援の一助となる取り組みとなった。今後も安全面に配慮しながら継続的に実施し、患者・家族中心の看護につなげていきたい。

【引用文献】

1）橋本公雄，村上雅彦：運動に伴う改訂版ポジティブ感情尺度（MCL-S.2）の信頼性と妥当性，健康科学33，pp21～26，2011.

51-4　患者・家族とのかかわり①

患者家族の理解を得られるために病状説明の見える化～レーダーチャートグラフを用いた取り組み～

神奈川県・湘陽かしわ台病院

○柏原（かしはら）　由美子（ゆみこ）（看護師）、成田　弥生

＜目的＞

2040 年問題への対応が求められる中、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションおよび退院後の生活環境を踏まえた退院調整の重要性が高まっている。日常生活動作（以後 ADL）低下を防止し、早期に生活の場へ復帰するために、適切な退院支援体制の構築が必要である。しかし病状説明（以後 IC）においては、口頭説明のみでは、患者・家族の理解は不十分であると感じられた。そこで FIM 評価をレーダーチャートグラフとして可視化し、ADL の「見える化」による理解促進および多職種連携への影響を検討した。

＜方法＞

2025 年 11 月の 1 か月間に、IC を実施した 22 例を対象とした。IC 時には口頭説明に加え、レーダー　チャートグラフを用いて説明を行った。グラフは FIM 評価を用いて、入院時、入院 2 週間後、1 か月後の経時的変化を色分けして提示した。IC 後、患者家族および IC に参加した看護師に対してアンケート調査を実施した。

＜結果＞

患者家族アンケート結果では、「口頭説明とグラフ説明はわかりやすい」と 22 名全員が回答した。今後もグラフを用いた説明を希望すると回答した人は 19 名であり、「どちらともいえない」は 3 名で　あった。看護師アンケートでは、「多職種間での情報共有が促進された」と 19 名が回答し、「どちらともいえない」が 2 名、無回答が 1 名であった。また 21 名が、「患者の課題抽出が明確になり、多職種　で共通目標を設定しやすくなった」と回答した。

＜考察＞

口頭のみの IC では説明が抽象的になりやすいが、レーダーチャートグラフによる可視化により、ADL の変化およびリハビリテーション効果が客観的に提示され、患者・家族の理解促進につながり、視覚　での追加説明は有効的であったと考えられる。また多職種においても患者の課題が共有しやすくなり、共通目標の早期設定に寄与したと考えられる。一方で、本研究は単施設・短期間での検討であり、客観的な評価指標との関連は今後の課題である。

＜結論＞

レーダーチャートグラフを用いた病状説明は、 ADL やリハビリテーション効果の理解を促進するだけでなく、退院支援における合意形成および多職種連携の強化に寄与する可能性が示唆された。

51-5　患者・家族とのかかわり①

介護役割を見据えた退院支援の実践報告

東京都・緑成会病院

○戸田（とだ）　奈々美（ななみ）（理学療法士）

【はじめに・目的】

高齢夫婦世帯の増加に伴い、老々介護は在宅生活継続の基盤となる。しかし、介護を担う側が骨折を受傷した場合、身体機能回復のみならず、退院後の介護役割再開の可否が在宅復帰に影響する。介護役割を担う症例では、他者への介助遂行能力までを含めた評価と支援が求められる。本症例では、夫婦同時に人工骨頭置換術を施行され、妻が退院後の介助再開を希望した。そこで本症例の目的は、身体機能回復と介助動作練習を並行して実施し、退院支援および在宅復帰に至った経過を報告する。

【対象者・方法】

対象は大腿骨転子部骨折後偽関節となり人工骨頭置換術を施行し、多軸杖歩行軽介助であった 80 代女性である。病前は屋内フリーハンド歩行自立し、屋外はハンドル型電動車椅子使用していた。スーパー等の店内は多軸杖歩行自立。夫は脳梗塞後右片麻痺の既往があり、今回麻痺側の大腿骨頸部骨折を受傷し人工骨頭置換術を施行した。日常生活動作は車椅子ベースで、移乗および更衣に介助を要する状態であった。

本症例の初期評価では、Manual Muscle Testing（以下 MMT）下肢 3 レベル、Mini-Balance Evaluation Systems Test（以下 Mini-BESTest）14 点であった。通常の理学療法に加え、介助役割再開のため安定性限界の拡大を目的としたリーチ動作練習、しゃがみ込み動作と立ち上がり練習、物品把持下での歩行練習や動的バランス練習を実施した。また、脱臼肢位や危険動作の指導も並行して行った。

【結果】

最終評価では MMT は下肢 5 レベル、Mini-BESTest は 28 点に改善した。10m 歩行は 16.54 秒/25 歩→14.77 秒/23 歩、歩行速度 0.60m/秒→0.67m/秒、6 分間歩行は 240m/Borg15→275m/Borg13 であった。患者の認識も「杖がないと歩けない」から「何もなくても歩ける」へと変化した。模擬介助動作練習において移乗動作、下衣操作、装具着脱、ポータブルトイレの清掃で安全な介助が可能であり、介助時の疼痛・バランス崩れの増悪は認められなかった。訪問リハビリテーションおよび訪問介護を導入し、夫婦同時退院が可能となった。退院後は老々介護を再開し在宅生活を継続している。

【考察】

本症例では、夫への介助動作のためフリーハンドでの方向転換や中腰姿勢保持が必要となり、通常の歩行以上に動的バランス能力が求められる状態であった。これらに対する介入により重心移動の改善と下肢支持性向上が得られ、歩行パフォーマンスが改善したと考える。また、Mini-BESTest は動的バランス能力や姿勢制御能力を反映する指標とされており、得点向上は介助場面における安定性向上を示唆する結果となった。身体機能回復のみならず、介護動作練習を段階的に実施したことが同時自宅復帰成功につながったと考えられる。

【結論】

老々介護世帯においては、患者自身の日常生活動作自立のみを評価視標とするのではなく、「他者への介助遂行能力」を含めた包括的評価をし、患者が担う生活役割や介助内容を多職種や家族と共有することで実生活を見据えた退院支援につながることが示唆された。

51-6　患者・家族とのかかわり①

意思表出が困難な患者に対する意思決定支援における看護師の役割

北海道・札幌西円山病院

○阿部（あべ）　優美（ゆみ）（看護師）

はじめに

高齢化の進行により、意思表出が困難な高齢患者に対しても、本人の意思を尊重した意思決定支援が求められている。厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）」では、意思決定支援は①意思形成、②意思表明、③意思実現の3段階で捉え、言語的表出が難しくても「本人には意思があり、決める力がある」という前提で支援することが示されている。本事例では、この枠組みに沿って看護師の役割を検討した。

背景

対象は80歳代女性A氏、多発脳梗塞後に意識障害と多発褥瘡を認め、経口摂取が困難となり経管栄養が必要となった。頷きや表情、「いや」といった短い発語はあるものの明確な意思表出は難しく栄養管理方法の選択が課題であった。

目的

意思表出が困難な患者に対し看護師が意思決定支援の3段階で果たした役割を明らかにする。

方法

ガイドラインに基づき、①意思形成支援、②意思表明支援、③意思実現支援の3段階で看護を行った。①意思形成支援では、看護師がA氏の非言語的反応（表情、頷き、拒否の発言、経管栄チューブの自己抜去など）を継続的に観察し、反応の出現状況・変化を記録した。これらを意思の表出として捉え、主治医へ共有した。そのうえで主治医がCVポート造設・胃ろう造設・末梢点滴・経口摂取などの栄養管理方法について説明を行い、A氏の理解と反応を確認した。②意思表明支援では、主治医が「口からご飯を食べたいか」といった二択形式の質問を用いて意思確認を行い、看護師も日を変えて同様の質問を実施し、反応の再現性と一貫性を確認した。また、家族から生活歴・嗜好・価値観を聴取し、本人の反応との整合性を検討した。③意思実現支援では、多職種カンファレンスで「経口摂取を目指す」という目標を共有し看護師は離床支援・経口摂取支援を日々のケアに組み込んだ。

結果

主治医の説明後、「口からご飯を食べたいか」との質問に対しA氏は大きく頷いた。家族からも「母は食べることが好きだった」との情報が得られ、本人の反応と一致した。これらを踏まえ、CVポート造設による高カロリー輸液と経口摂取併用が開始された。多職種協働により経口摂取量は徐々に増加し、最終的には経口摂取のみで栄養管理が可能となった。栄養状態の改善に伴い褥瘡も治癒し本人と家族が希望する施設への退院が実現した。

考察

本事例から、意思表示が難しい患者に対する看護師の役割として三点が明らかになった。第一に、非言語的反応を丁寧に観察し意思の可能性を見出す役割である。小さな反応を意思の表出として捉え、医師と共有することで意思形成の基盤を整えることができた。第二に、反応の再現性や生活歴との整合性を確認し、意思の妥当性を高める役割である。これは患者の選択を「本人の意思」として保証する重要な過程であった。第三に、表明された意思を実現するために多職種と連携し支援を調整する役割である。看護師が日々のケアを通じて状態を把握し支援内容を調整したことが経口摂取再開につながった。

実践への示唆

本事例を通して病棟スタッフが「意思表出が難しくても、誰もが意思を持つ」という視点で関わる姿勢が強まった。看護師が非言語的反応を丁寧に捉え、生活歴と合わせて理解しようとしたことは本人の望む生活の実現につながった。今後もこの姿勢を病棟全体で継続しその人らしい生活を支えるケアにつなげていくことが重要である。

参考文献

1）厚生労働省：『認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）』(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001484891.pdf)(2025)

52-1　患者・家族とのかかわり②

怒りを示す患者との会話における看護師の困難感とその要因

静岡県・静岡徳洲会病院

○永谷（ながや）　晃章（てるあき）（看護師）

【はじめに】

慢性疾患をもつ患者は身体的制約や心理的負担から感情表出が強くなり、看護師との関わりにおいて怒りを示す場面も少なくない。私は看護師1年目に、慢性呼吸器疾患をもつX氏を受け持ち、会話の度に怒りを示され困難を感じた。この経験はその後の看護実践にも影響を与えており、患者の怒りがどのように生じ、看護師の対応にどのように関連するかを明らかにする必要があると考えた。

【目的】

X氏との関わりを通して怒りの背景要因を探り、怒りを示す患者との関わりにおける困難感の要因を明らかにする。そして、看護師の会話特性と患者特性の関連の検討から、慢性疾患患者への理解を深め、看護実践に繋げる。

【方法】

対象：X氏（70代男性、間質性肺炎増悪の加療目的で入院）のケアをしたことがある看護師10名を無作為抽出した。データ収集期間：2024年9月2日～16日　調査方法：半構造化面接を実施し、インタビューガイドはX氏との関わりで「印象に残った場面」「その時の患者の反応」「看護師自身の感じた困難」など3項目を中心に構成した。1人あたり約45～60分、録音・逐語録化を行い、質的帰納的分析でコード化し、カテゴリーを導出した。分析後、結果の解釈にあたりライチャードの高齢者パーソナル特性を参照した。

【倫理的配慮】

X氏には、診療への不利益が生じないように匿名化し、事例使用の同意を得た。インタビュー対象者には研究目的と方法を口頭および文書で説明し、自由意志による参加と途中撤回の権利を保障した。録音データは匿名化して施錠保管した。本研究は所属機関倫理審査委員会の承認を得た。利益相反はない。

【結果】

分析の結果、19のコードから9つのカテゴリーが抽出された。主な内容は【会話時の言い淀み】【酸素へのこだわり】【エネルギーの枯渇】であった。
看護師の会話特性に関連する要因として、言い淀みや説明の不十分さが患者の怒りを誘発していた。患者特性に関連する要因として、間質性肺炎による呼吸困難や酸素依存への不安が背景にあり、細かな援助を求める傾向がみられた。

【考察】

X氏は高齢者のパーソナル特性を参照すると、ライチャードの憤慨型に該当すると考えられ、怒りを表出しやすい気質も関与していた。X氏の怒りは単なる性格ではなく、呼吸困難による自己表現困難や生命の不安に起因していた。看護師が論理的で分かりやすい説明を欠くことで、怒りのきっかけとなり関係構築を阻害していた。また、怒りの背景を理解しないまま対応すると看護師側の困難感が増大し、訪室頻度の減少となる恐れがある。患者の怒りは「援助を求めるサイン」と捉え直し、背景にある不安を把握することが重要である。他の看護師との共有も、患者理解を深めることが困難感の軽減につながると考えられた。

【結論】

怒りを示す患者との関わりには、看護師の会話特性に加え、患者の疾患特性や不安、性格傾向が影響していた。看護師は論理的かつ丁寧に説明し、患者の不安を理解する姿勢をもつことで、怒りを軽減し信頼関係を構築できる。怒りを否定的に受け止めるのではなく、その背景を探ることが看護実践で重要な視点である。

52-2　患者・家族とのかかわり②

デジタル時代における「人との信頼関係と温かさの維持」～事務職の取り組みと課題～

福岡県・介護老人保健施設高良台

○大島（おおしま）　恵美子（えみこ）（事務職）

【はじめに】

介護老人保健施設高良台は、久留米市の南部にあり、周りは長閑な田園地帯である。入所は定員 100 名、通所リハビリテーション定員 30 名、他に短期入所療養介護、訪問リハビリテーションの介護サービスがある。高齢者が生き生きとした生活を過ごせるように「明るく、楽しく、朗らかに」をモットーに温かい家庭的な雰囲気を大切にし、地域に開かれた生活の場を提供することを運営方針のもと、職員 86 名（令和 8 年 6 月 1 日現在）うち事務職員 5 名で日々、業務にあたっている。

【背景と目的】

近年、介護現場では ICT や AI 技術の導入が進み、業務効率化に役立っている。当施設においても「見守りカメラ・防犯カメラ」の導入や看護・介護職員同士の業務連絡には「インカム」を取り入れている。また、施設内の全職員に対する連絡・伝達はメールを使用するなどデジタル化の割合が年々大きくなっている。しかし、その一方で、利用者家族との信頼関係構築には、直接的な対話や関わりが不可欠である。そこで、デジタル化時代における「人との信頼関係と温かさの維持」の取り組みと課題を事務職の観点から考えてみた。

【取り組み内容】

面会者の人数について調べた。面会については他施設も同様と思うが、コロナウイルス感染症拡大により、長く面会中止の期間が続き、その後 iPad によるリモート面会、午後のみの面会など様々工夫をしてきた。そして、今年 1 月より、午前 10 時～午前 11 時半と午後 14 時～午後 17 時半に面会時間を増やした。そこで、3 月～5 月の面会人数を時間帯また曜日別に分けてグラフ化した。次に窓口業務、電話対応で、ご家族からの問い合わせをまとめてみた。現在、毎月 1 回、施設の様子を家族にお知らせするために月刊広報誌「老健高良台たより」を発行している。

【結果・課題】

面会時間の幅が広がり、1 日 40 名近いご家族が面会に見えている。調査の結果、午後 14 時～午後 15 時までの面会が全体の 34% を占め、次に午前中の面会も多いことが分かった。特に午前中の面会は土日に増える傾向にある。そして、面会時間を 17 時半迄に延ばした事により仕事帰りに立ち寄ることができるようになったとご家族からの声もいただいた。私達も利用者全員のご家族の顔を覚えて、スムーズな対応ができるようにしている。問い合わせは、入所等のサービスへの問い合わせや金銭的な内容、入所後の生活での要望、不安と多種多様である。事務職の私達で解決できること、適切な職種を判断し迅速な連絡対応は私達の重要な仕事だと改めて感じた。残念ながら、永眠された利用者のご家族と話す場合、利用者の人生についての話しや現在の素直な気持ちを吐露される場面もあった。これは、悲しみを抑え込まず、心の中に溜まった痛みを軽減する役割があるのではないかと考えた。最近は、役所等からの文書をお持ちになるケースも増えてきた。やはり、日本社会が抱える少子高齢化で老々介護の単独世帯が増え、書類の内容まで理解することが厳しいご家族も増えてきたと感じる。

【結論】

ICT や AI 技術の進歩は介護現場に大きな可能性と進化をもたらし事務作業も軽減している。今後、広報誌も SNS に移行することも考えている。しかし、最後は人との信頼関係と温かさが不可欠だと今回、日々の業務を振り返り思った。アナログとデジタルは、対局の位置にあるが、これからの時代はその両方を兼ね備えている施設が選ばれていくのではないかと思う。

52-3　患者・家族とのかかわり②

気管切開を有する脊髄損傷患者のコミュニケーション支援―QOL 向上を目指した看護実践―

兵庫県・めいわリハビリテーション病院

○早野（はやの）　香奈枝（かなえ）（看護師）、滝内　弘江、山口　雅子

【目的】

70 歳代、突然の事故による脊髄損傷の後遺症で四肢麻痺が残存する患者の事例である。本人は思いや要望を伝えたいが、気管切開を有しており、喀痰量も多く発声が困難なため、意思疎通が十分にはかれなかった。よりよいコミュニケーションの方法を検討し、行った看護実践を報告する。

【方法】

喀痰量を減少させるため、主治医により去痰薬が処方された。栄養の手段が NG チューブであったが、現在 70 歳代の本人の QOL を考慮し、胃瘻が造設された。また、現在使用している人工鼻からスピーチカニューレへ変更した。多職種連携し、ST 介入により発声訓練が行われた。発声が可能となり、コミュニケーションが取れるようになってからは本人の趣味の聞き取りや、カレンダー作成しベッドサイドに掲示し QOL 向上に努めた。

【結果】

去痰薬の内服や、NG チューブがなくなったことで喀痰量が減少した。スピーチカニューレへ変更したことにより、発声しやすくなった。人工鼻装着のままでは、発声が困難で聞き取りも難しかったが、本人の発言の聞き取りが可能となったことで、患者・スタッフ間で双方のコミュニケーションが良好となった。

【考察】

看護実践の場において、コミュニケーションが持つ意義とは何なのかをマズローのニード論を用いて分析した。基礎的な欲求を充足させなければ、高次の欲求を満たすことは困難である。また、発達論における老年期の発達課題とは「自我の統合　対　絶望感」である。そのため、段階的に欲求を満たし、発達課題に取り組む必要性がある。脊髄損傷患者が、絶望から残された人生の楽しみを見出すまでの支援を、多職種チームのコーディネーターとして看護実践を行った。

【結論】

コミュニケーションとは、患者の思いを知る重要なツールである。お互いの思いがわからないことは看護実践の場において障壁となり得る。本事例では不慮の事故により、突然今までの機能を失っている。「天井を見ているだけの生活」に何度も絶望したと推測できる。「元通りの身体に戻ることはない。身体は不自由になったけれど、私の人生は、まだ終わっていない。これからの人生をどう楽しむか。」と患者が思えるようになるまでの段階的な関わりが必要である。身体障害による喪失感に寄り添いながら、共に歩みの歩調を合わせ「生きる力」を信じ、看護実践を行うことが QOL の向上につながる。

52-4　患者・家族とのかかわり②

段階的な外出・外泊練習における主介護者の実介助経験と在宅生活理解に関する検討

大阪府・千里リハビリテーション病院

○滝本（たきもと）　あかり（作業療法士）、夏原　耀一、中村　春基

【目的】

回復期リハビリテーション病棟における退院支援では，外出・外泊練習を通じて主介護者が患者の動作能力を生活場面で理解し，退院後の介助方法や生活上の課題を具体化する過程が重要である．一方，療法士の介助場面を観察することと，主介護者自身が実際に介助を経験することは同義ではなく，在宅生活の安全性判断に差が生じる場合がある．本報告では，重度視覚障害を合併した脳梗塞例への段階的な外出・外泊練習を通じ，主介護者の実介助経験と在宅生活理解の形成過程について検討する．本報告は，本人および家族へ同意を得た．

【症例紹介】

80歳代女性．右脳梗塞による既往左片麻痺の悪化により第23病日に当院転院．病前は介護経験のない80歳代の夫と2人暮らしで，要介護4，ヘルパーを毎日2回利用し，ショートステイも併用していた．緑内障・白内障により光覚弁・手動弁レベルの重度視覚障害を認め，高次脳機能評価は実施困難であった．初期評価はBBS11点，FIM62点（運動32/認知30），CBA18点．本人・夫ともに自宅退院を強く希望し，長女は遠方在住であった．

【介入経過】

自宅退院を目標に，病棟内で生活動作練習・歩行練習を行いながら，療法士同行による外出練習5回，外泊練習1回を実施した．初回は自宅環境確認，2回目は夫の病状理解促進，3回目はケアマネージャー同席での環境調整を目的とした．その後の外泊練習では長女主導となり，玄関前階段も療法士介助で実施した．外泊後の2回の外出は家族・ヘルパーへの介助指導を目的とした．歩行の安定性向上後に夫への介助指導を試みたが，夫は療法士介助場面の観察をもって一定の理解は示した一方で，実際に介助指導を受ける必要性は感じられず，介助機会の確保が不十分であった．そのため，外出練習にて夫による介助場面の安全性評価は困難であった．一方，J-ZBI_8は外泊前後で全項目変化を認めなかった．

【結果】

第133病日に自宅退院となった．退院時BBS28点，FIM90点（運動60/認知30），CBA23点．ポータブルトイレでの排泄および移乗は自立した．一方，重度の視覚障害と退院時の歩行不安定さを考慮し，自宅内移動は夫の介助理解と転倒リスクを踏まえ，杖歩行ではなく夫介助下での車椅子移動を推奨した．退院後はヘルパーを毎日2回で継続，ショートステイ月2回，訪問リハ週1回，訪問診療月2回を導入した．

【考察】

段階的な外出・外泊練習は，多職種で生活場面の課題を共有し，退院後の移動方法と社会資源を再設計する機会となった．一方，J-ZBI_8の不変は介護負担感が増悪しなかった可能性を示すにとどまり，介助技術獲得や在宅生活理解の形成を直接示すものではない．本症例では，主介護者である夫が療法士の介助場面を観察することで「できる」と判断した一方，自ら介助を行う機会が乏しく，患者の動作能力に対する夫の理解とチームの安全性判断との認識差が退院直前まで残存した．背景には，夫自身が高齢であることによる介護力の低下と病状理解の進みにくさ，外泊機会の少なさ，重度視覚障害により本人の不安や反応が夫に伝わりにくかったことが影響したと考えられる．観察による理解と実介助経験は同質ではなく，主介護者の在宅生活理解を評価する際には，実際に介助を行う機会の有無を確認する必要がある．

【結論】

主介護者支援では，観察による理解だけでなく，実介助経験を通して在宅生活を具体化する支援が重要である．

52-5　患者・家族とのかかわり②

入浴介助への家族参加が患者および家族に与える効果

茨城県・志村大宮病院療養病棟チロル館

○髙橋（たかはし）　幸大（ゆきひろ）（介護福祉士）

【目的】
療養病棟における入院患者および介護を担う家族の身体的・精神的負担は大きい。入浴は患者の清潔保持や心身の安楽に重要な役割を果たす一方で、家族にとっては介護負担の大きいケアの一つである。本研究では、入浴介助に家族が参加することで、患者および家族にどのような効果がもたらされるかを検討した。
【方法】
対象者は当病棟に入院されている要医療の患者とその家族である。レクリエーションとして家族参加型の入浴介助体験を企画した。実施前に多職種で身体状況や安全面を評価し、介護職員が介助方法を説明しながら家族とともに洗身・洗髪を実施した。実施前後の患者の表情や発言、入浴時の反応を観察するとともに、家族に対して介護負担感や安心感、満足度について聞き取り調査を行った。得られた内容を質的分析し、家族参加による影響を評価した。
【結果】
実施当初は家族に緊張した様子がみられた。介護職員の支援を受けながら介助を行うことで徐々に表情が和らいだ。患者は家族からの声掛けに対し笑顔で応じ、「気持ちいい」「ありがとう」などの発言がみられた。また、入浴中には自宅で生活していた頃の思い出話が聞かれ、普段の面会時より会話が弾んだ。家族からは「久しぶりに直接介護ができてうれしかった」「患者の今の状態を知ることができた」「安心した」との感想が聞かれた。さらに「職員が丁寧に関わっている様子を見ることができた」との声もあり、病棟ケアへの理解につながった。
【考察】
入浴介助への家族参加は、患者にとって心理的安心感をもたらし、入浴に対する抵抗感の軽減につながる可能性が示された。また家族にとっては、患者の状態を理解する機会となり、介助技術の習得や介護への自信につながったと考えられる。さらに、専門職との情報共有が促進されることで、家族の不安軽減や信頼関係の構築につなげた。入浴ケアは患者の清潔保持だけでなく、家族支援の観点からも重要な役割を担っていることが示唆された。
【結論】
入浴介助への家族参加は、患者の安心感や満足感を高めるとともに、家族の介護負担感の軽減や安心感の向上に有効である可能性が示された。家族を含めたケアの実践を継続し、患者と家族双方の QOL 向上につなげていくことが重要である。今後も患者・家族の思いを尊重しながら、多職種と連携し、安心して参加できる支援を継続していきたい。

52-6　患者・家族とのかかわり②

医療・介護依存度が高い患者の在宅退院における問題と課題　在宅退院が困難であった症例報告

広島県・島の病院おおたに

○福元（ふくもと）　千扇（ちひろ）（理学療法士）、沖元　史香、岡本　久恵

【はじめに】

医療・介護ともに依存度が高い患者の在宅退院支援では、多職種による問題点の抽出、目標設定、家族指導及びサービス調整が重要である。

しかし今回、在宅退院を目指して退院支援を行ったが、主介護者の医療・介護負担と地域資源の不足により在宅退院に至らなかった症例を経験した。

本症例を通して、在宅退院を阻害した要因と今後の支援のあり方について検討し報告する。

【症例紹介】

A 氏 70 代後半男性　主病名は誤嚥性肺炎、既往歴にパーキンソン病がある。

202X 年 Y 月発熱および呼吸困難を認め、人工呼吸器管理となった。Y+1 か月人工呼吸器から離脱は可能となったが、喀痰貯留が持続した。

栄養管理は胃瘻を増設したが栄養剤の不耐により適応が難しく、抹消留置型中心静脈用カテーテルによる輸液管理を併用した。

生活面では ADL 全介助を要し、定期的な喀痰吸引が必要な状態であった。

入院当初から A 氏・家族ともに在宅退院を希望されており、主介護者である妻は医療・介護ともに負担が大きいことは理解されていた。

【経過】

入院時に多職種カンファレンスを実施し、問題点の抽出・共通目標・職種別目標の設定を行った。共通目標は「在宅退院に向けた支援体制の構築」とした。

問題点として①頻回な喀痰吸引②主介護者の医療的ケアの不安③ADL 全介助で介護負担が大きい④在宅で利用可能な医療・介護サービスが限られていることが抽出された。

これらの問題に対して、看護師より喀痰吸引やおむつ交換など医療的ケア・介護手技の指導。リハビリテーションより体位交換・離床介助方法の指導。医療相談員より在宅で利用可能な医療・介護サービスの調整を行い、24 時間対応可能な支援体制の構築を検討した。

【結果】

主介護者は喀痰吸引・介護手技を習得し、在宅退院に向けた支援体制の調節を行った。

しかし 24 時間に及ぶ喀痰吸引対応や夜間対応等の介護負担が大きさと、医療・介護サービスの不足により、在宅退院は困難と判断された。

【考察】

本症例は多職種で問題と課題を共有し検討した結果、24 時間に及ぶ介護負担や地域における医療・介護サービス資源の不足により在宅退院の実現は困難と判断した。

在宅退院支援では、医療・介護的ケアが「できるか」を判断するのではなく、その生活が患者・家族ともに「継続できるか」という視点で支援体制を考える必要がある。

また結果を踏まえ患者・家族にどのように過ごしていきたいか。と再度聞き取りを行い、「寝たきり生活から少しでも気分転換ができるようにしたい」という希望があった。

その希望を実現する方法として外出支援へ方針転換とした。患者・家族の希望に応じて目標を柔軟に見直し、代替案を検討・提案することも多職種支援の重要な役割と考える。

【結論】

医療・介護依存度が高い症例に対しての在宅退院に向けて多職種による問題点の抽出、目標設定、家族指導およびサービス調整を実施した。

しかし主介護者は喀痰吸引・介護手技を習得したが、24 時間に及ぶ介護負担や地域における医療・介護サービス資源の不足により在宅退院の実現には至らなかった。

このことから、医療・介護依存度が高い患者の在宅退院支援において在宅にて医療・介護ケアが「できること」と在宅生活を「継続できること」は異なる視点で考え、在宅退院の可否を判断する必要がある。

また、患者・家族の希望に沿った支援を実現するためには、多職種で問題と課題を共有しながら状況に応じて目標を柔軟に見直し、最適な支援を検討することが重要である。

53-1　患者・家族とのかかわり③

医師の患者満足度向上への取り組み～患者の具体的意見を医師へフィードバックする仕組みの構築～

1 群馬県・美原記念病院　リハビリテーション部、2 美原記念病院　事務部、3 美原記念病院　脳神経外科、
4 美原記念病院　脳神経内科

○藤田（ふじた）　知美（ともみ）（理学療法士）[1]、中野　茉里[2]、岸　和美[2]、飯野　宏美[2]、石森　卓矢[1]、赤路　和則[3]、美原　盤[4]

［はじめに］当院では、医療の質やサービスの向上を目的に、医師や看護師、リハビリテーションスタッフなど多職種で構成された患者サービス向上委員会（委員会）を設置している。委員会では、年 1 回、日本医療機能評価機構の患者満足度調査システムを活用し、外来患者を対象とした患者満足度調査を行っている。令和 6 年度の調査では、全国平均と比較して「医師による診療・治療内容」および「医師との対話」への満足度が低いことが課題として抽出された。今回、委員会が行った医師に対する患者満足度向上に向けた取り組みの有用性を検討したので報告する。

［取り組み］委員会が従来活用している意見箱、メールでの問い合わせ窓口、外部口コミサイトより、患者からの具体的な意見を抽出した。抽出した患者からの意見や外部口コミサイトの情報を精査・事実確認した上で、その都度、直接医師へフィードバックした。令和 7 年度抽出した意見は 317 件であり、その内医師に対するマイナス意見は 23 件であった。

［方法］令和 7 年 12 月、外来患者を対象に患者満足度調査を実施した。結果の分析は、令和 6 年度同様日本医療機能評価機構の患者満足度調査システムを使用し、各調査項目について全国平均との比較、前年度との比較、CS ポートフォリオ分析（散布図による重点改善領域の特定）を行った。また、外部口コミサイトの評価点を調査し、前年度と比較した。

［結果］アンケートは配布枚数 385 枚に対し、201 枚を回収した（回収率 52%）。「総合評価」の得点は全国平均を上回り、全国施設における平均得点分布においても上位に位置した。また、「医師による診療・治療内容」、「医師との対話」、「スタッフの対応」といった項目は、いずれも全国平均と同等以上の評価となった。前年度との比較では、「診療時間」「医師による診療・治療内容」「医師との対話」の 3 項目において、「とても満足」「やや満足」と回答した比率が上昇した。CS ポートフォリオ分析では、「医師による診療・治療内容」や「スタッフの対応」は重点維持分野に位置付けられた。外部口コミサイトの評価点は、前年度の 2.5 から 3.0 へと向上した。

［考察］委員会が行った医師に対する患者満足度向上に向けた取り組みの結果、医師が関わる調査項目については、全国平均と比較し評価が高くなり、前年度との比較においても満足度が向上した。患者満足度調査は多くの医療機関で行われているが、その調査結果についてはデータの共有に留まり、業務改善に十分結びついていない場合は少なくないと思われる。特に医師は、診療業務の多忙さや専門性の高い業務特性から、患者との関わり方がどのように受け止められているかを客観的に把握する機会が限られている。本取り組みは、患者の具体的な意見を医師へ直接フィードバックすることで患者視点を可視化し、医師の気づきや行動変容を促す契機になったと思われる。委員会による患者満足度調査システムを用いた継続的な現状把握と、現状把握に留まらず患者からの具体的な意見を抽出し都度フィードバックする体制の構築は、医療の質やサービスの向上に有用であると思われた。

53-2　患者・家族とのかかわり③

当院療養病棟入院患者の1年生存率からみた「次の春」を見据えた支援の意義

1 福岡県・新古賀リハビリテーション病院みらい　リハビリテーション課、
2 新古賀リハビリテーション病院みらい　地域医療連携室、3 新古賀リハビリテーション病院みらい　循環器内科

○松延（まつのぶ）　美佑（みゆ）（理学療法士）[1]、久保山　美智子[2]、大坪　義彦[3]

【背景】療養病棟では高齢かつ重複障害を有する患者が多く、長期療養を前提とした支援が行われている。一方、療養病棟における先行研究は死亡退院率や在院日数を中心とした報告が多く、退院後を含めた生存率を検討した報告は少ない。当院では花見外出や誕生日支援などを通して、患者が季節や人生の節目を感じられるよう支援している。「次の季節を迎えられるとは限らない」という療養病棟患者の予後実態を把握することは、こうした支援の意義を考える上でも重要であると考え、本研究では当院療養病棟患者の1年・2年生存率を調査した。
【目的】当院療養病棟入院患者の1年・2年生存率を明らかにし、療養病棟患者の予後実態を踏まえた支援について検討すること。
【方法】対象は2022年4月から2025年3月までに当院療養病棟へ初回入院した患者409例とし、再入院患者は除外した。当院では回復期病棟適応外の運動器疾患患者や終末期に対する看取り目的患者も療養病棟へ入院しているため、対象を療養目的運動器群、療養目的非運動器群、看取り群に分類した。診療録を用いた後方視的調査を実施し、年齢、疾患群、転帰等を収集した。退院後を含めた生存状況は診療録および系列病院受診歴等より確認した。死亡をイベントとし、死亡確認が得られなかった症例については最終生存確認日を打ち切りとして扱った。なお、生存患者の最終確認日は2026年4月30日とした。1年生存率、2年生存率および生存期間中央値はKaplan–Meier法を用いて算出し、各群を比較検討した。
【結果】全体の平均年齢は80.4歳であった。2026年4月30日時点で死亡確認267例、生存確認102例、40例は最終確認日を打ち切りとして扱った。1年生存率は52.6%、2年生存率は35.8%、生存期間中央値は417日であった。運動器群は57例、平均年齢83.0歳であり、1年生存率86.0%、2年生存率73.2%、生存期間中央値918日であった。非運動器群は345例、平均年齢80.0歳であり、1年生存率48.7%、2年生存率31.1%、生存期間中央値322日であった。看取り群は7例、平均年齢78.1歳であり、1年生存率0%、生存期間中央値39日であった。
【考察】当院療養病棟患者では、全体の約半数が1年以内に死亡しており、「次の春」を迎えることが困難な患者が少なくない実態が明らかとなった。特に非運動器群および看取り群では生存期間中央値が短く、慢性期医療における時間の有限性が示唆された。一方、運動器群では比較的長期生存が得られており、疾患背景による予後差を認めた。本研究では退院後を含めた生存状況を確認することで、療養病棟患者の予後実態を把握した。これらの結果から、療養病棟における支援は、長期的な療養を前提とした医療的管理に加え、患者の残された時間の過ごし方を支える側面も有することが示唆された。花見外出や誕生日支援などの季節・記念日支援は、患者にとって季節や人生の節目を感じ、家族や医療スタッフと時間を共有する機会となる可能性がある。予後の実態を踏まえた支援の検討は、「限られた時間をどう支えるか」という視点を持つ契機となる可能性があると考えられた。
【結論】当院療養病棟入院患者では1年以内に死亡する症例が一定数存在していた。療養病棟においては、疾患管理やリハビリテーションを継続しながら身体機能維持を図ることに加え、患者に残された時間や季節をどのように支えていくかという視点を持った支援が重要である可能性が示唆された。

53-3　患者・家族とのかかわり③

食事摂取量不良患者に対する食に関わる外出同伴介入が食欲・食事摂取量・精神症状に与える影響：実践報告

東京都・大内病院

○大須賀（おおすが）　くる実（くるみ）（管理栄養士）

【背景】

外出同伴介入が患者の活動性や抑うつを改善するとの報告はあるが、管理栄養士による「食」を目的とした外出同伴介入が食事摂取量に与える影響は十分に検証されていない。臨床現場では、非同意入院等の困難事例でも、外出同伴介入を通じた食体験の共有で食事摂取量増加や精神安定に寄与する事例を経験した。

【目的】

管理栄養士が食に関わる外出同伴介入を行い、食欲、食事摂取量、抑うつ症状および関連行動への影響を客観的に検証する。

【事例の内容】

1）取組前の評価

嗜好把握や栄養補助食品の提案、看護師による定例の同伴外出等を実施したが、個別の食欲改善には限界があった。

2）取組の内容

食事摂取量低下が著しい患者 4 名に対し、管理栄養士が「食」を目的とした外出同伴介入を平均 4.3 回実施した、介入前後で、厚生労働省のうつ評価指標（16 項目）と食欲評価ツール（CNAQ）を用い精神状態と食欲の変化を評価した。

3）取組の結果と評価

4 名の平均食事摂取量は、介入前平均 539.8 kcal/日から 1 か月後 1,406.0 kcal/日へ増加した。CNAQ 平均値は介入前 24.3 点から 26.0 点、うつ評価指標平均値は 10.0 点から 8.8 点へ改善傾向を示した。一方で、CNAQ による食欲評価の判定区分に変化はなく、実際の食事摂取量増加は既存指標に十分に反映されなかった。本介入は、指標に現れにくい潜在的な摂食意欲を刺激し、外出先での観察を即座に食支援へ反映させる「管理栄養士ならではの介入」として、栄養改善に極めて有効である可能性が示された。

【考察】

本介入を通じ、個人の嗜好に合う食品入手や自力外出への自己効力感の高揚に伴う自己決定による食欲喚起と行動変容が確認された。当初消極的だった対象者が自発的な外出や食事管理へ移行した点は特筆に値する。管理栄養士が病棟外で患者本来の食のニーズに寄り添う支援は、栄養状態の改善のみならず、退院を見据えた生活の質の向上に寄与することを示唆している。

53-4　患者・家族とのかかわり③

ケアマネジャーの臨床倫理的判断に関する探索的量的研究

北海道・札幌西円山病院

○加藤（かとう）　彩芳（さやか）（介護支援専門員）、山田　陽

【背景・目的】

在宅におけるケアの現場において、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）は、本人の意思確認が困難な状況や、本人・家族・医療職の意向が一致しない場面など、倫理的判断を求められる状況に直面し、意思決定支援の中核的役割を担っている。しかし、その判断や対応の実態、およびそれを支える体制については十分に明らかにされていない。先行研究ではケアマネジャーの倫理的ジレンマに関する質的研究は存在するものの、倫理的課題に着目した量的研究は限られている。

本研究では、ケアマネジャーの倫理的判断の実態および関連要因を探索的に明らかにするとともに、臨床倫理への関心および倫理的判断を支える支援体制の在り方について検討することを目的とする。

【方法】

札幌市内の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーを対象に、Google フォームを用いた無記名自記式質問紙調査を実施し、146 件の有効回答を得た。

調査内容は、①基本属性（性別、経験年数、主任介護支援専門員資格の有無、職場規模、勤務形態（在宅勤務の有無）、担当利用者像）、②倫理的判断に迷った経験、③迷った場面および相談行動、④臨床倫理への関心とした。各項目について記述統計を行い、さらに倫理的判断に迷った経験および相談行動と、経験年数・勤務形態・職場規模との関連についてクロス集計を行い、Fisher の正確確率検定を用いて分析した。

なお、本研究は所属機関の臨床研究審査委員会の承認を受けて実施した。研究参加は自由意思とし、回答は無記名で実施した。研究目的、方法、個人情報保護について文書および口頭で説明し、回答をもって同意を得たものとみなした。

【結果】

約 9 割が倫理的判断に迷った経験を有しており、迷った場面は「本人と家族の意向の不一致」や「安全確保と本人の意思の尊重の両立困難」が多く認められた。なお、倫理的判断に迷った経験と経験年数との間に有意差は認められなかった。

相談先は事業所内のケアマネジャーが中心であったが、単独判断（誰にも相談せずに対応）も一定数認められ、単独判断は職場規模と有意に関連し（$p = 0.048$）、勤務形態および経験年数との間には有意差は認められなかった。

また、臨床倫理に関する研修参加意欲は約 9 割と高く、倫理教育の必要性に否定的な回答は認められなかった。

【考察】

ケアマネジャーの倫理的判断の迷いは経験の多寡にかかわらず広く生じる普遍的課題であり、その内容は、本人の自己決定の尊重と安全確保という在宅ケアにおける根源的価値の対立として捉えられる。一方、単独判断が職場規模と関連し、経験年数等と関連しなかったことは、倫理的判断が個人の熟練度ではなく、相談可能な人的資源や組織体制といった環境要因に強く規定されることを示唆している。さらに、倫理教育への高いニーズが示されたことからも、倫理的課題は日常的に生起していると考えられ、個人の経験に依拠するのではなく、多職種での対話や相談を基盤とした組織的な臨床倫理支援体制の構築が求められる。

53-5　患者・家族とのかかわり③

陰部痛を抱える患者に対する全人的ケア

愛知県・刈谷豊田東病院

○永田（ながた）　茜（あかね）（看護師）、萩原　美佳、多田　真弓、原田　陽子

【目的】
陰部痛を抱える患者に対し、全人的視点からケアを振り返り今後の実践への示唆を得る。
【方法】
対象者：A さん 50 歳代女性。病名：腰痛症、難治性腟炎
データ収集方法：電子カルテ内の対象者の言動、精神状態、看護実践等から対象者の苦痛と看護実践部分を抽出して全人的視点から振り返る。
【結果】
A さんは腰痛症のため、リハビリテーション目的で入院した。5 年前より原因不明の陰部痛が続き、座位保持ができず 1 日寝たままの生活が続いていた。そのため、家事や子供の世話は夫が行っており、母親・妻としての役割を果たせていなかった。また、A さんは「何もしたくない。痛いから触らないで」と話し、痛みがなくなることを諦めていた。そこで A さんの苦痛を全人的視点で捉え、ケアを実施した。
A さんの陰部の観察を行ったところ、陰唇の奇形と不十分な洗浄により、陰部全体に炎症を起こしていた。A さんは「触れると痛くなるのが怖い」との思いが強く、陰部を洗浄していなかった。そこで、陰部を写した画像を A さんと共有し、泡洗浄を試みた。また、オムツを着用していたが、擦れが痛みを増強させていたため、しめつけの少ない下着に替え、擦れを取り除いた。その結果、陰部の清潔が保たれ、擦れがなくなったことで陰部の痛みが軽減した。さらに、トイレの便座に座れることに着目し、補高便座を椅子の上に置いたことで、座位がとれるようになった。
A さんは、入院当初は表情が険しく、自分の思いを話すことはなかった。スタッフは、痛みの軽減を目指したケアを行いながら、A さんの良い変化やできるようになったことを伝え、励ましの言葉を積極的にかけた。そしてケア時以外でも A さんのそばに座り、時間をかけて A さんと話をしたことで、A さんは思いを表出するようになった。やがて A さんは「みんな色々教えてくれるし、私も体力つけるために頑張らなきゃね」と、笑顔で前向きな言葉を話すようになった。
A さんの息子は発達障害があり、特別支援学校に通っていた。A さんは痛みの影響から、障害のある息子と十分に向き合うことができなかった。そこで、退院調整看護師と情報共有し、訪問看護ステーション、障害支援センター、児童相談所と連携し、退院後の支援体制を整えた。子育てに戸惑っていた A さんは「これからいろいろ聞いてもいいですか」と子どもに向き合う姿勢に変わっていった。
入院前の A さんは、母親、妻としての役割遂行が困難であり「家族に何もしてあげられない」という無力感を抱き、自身の存在意義について苦悩していた。A さんの身体的苦痛だけでなく、精神的・社会的苦痛を捉え、全人的視点からケアを実践したことで、A さんは痛みから解放され、「健康になって、家族旅行に行ってみたい」と希望を語れるようになった。退院後、「5 年ぶりに家族で食事に出かけることができ、リハビリに通えるようになったた。」と報告に来られ、母として、妻として、A さんらしい生活を取り戻していた。
【考察】
患者の思いに寄り添い、患者と共に苦痛の緩和に向け対策を検討し実施したことで、患者の前向きな発言や行動につなげることができた。身体的苦痛だけでなく、全人的に患者を捉えケアを実施したことで、精神的・社会的苦痛の緩和につながり、自己肯定感の向上や、母親としての役割や将来への希望を見出すことにつながったと考える。
【結論】
痛みを抱える患者に対し、全人的に患者を捉え、個別性に応じたケアを実践することの重要性が示唆された。

53-6　患者・家族とのかかわり③

サービス付き高齢者向け住宅入居に際してのご本人、ご家族の緊急時対応の意思確認と ACP の共有について

埼玉県・富家病院

○佐藤（さとう）　希巳江（きみえ）（介護支援専門員）

【はじめに】

サービス付き高齢者向け住宅入居時において、それまでの考え方と入居後に必要な医療行為と急変時に希望する医療行為などに対する考えの聞き取りを実施しているが病状と身体状況の変化により考え方や気持ちに変化が生じる。入居時の意思確認と、実際に緊急時対応となった時に希望する医療行為についての考え方の変化を調べた。

【目的】

サービス付き高齢者向け住宅で生活をされている入居者様やご家族の気持ちを知り、ご自分らしく生活できることと、緊急時に希望する医療処置について定期的に意思確認をしていくことで、よりご本人、ご家族に寄り添った支援につながるのではないか。

【事例概要】

入居時に可能であればご本人に、またはご家族、キーパーソンに入居時意思確認を行い、シート記入又は聞き取りを書面にて保管する。

① 現在に至るまでの病識確認
② 病識を踏まえ、今後どのように施設で過ごしたいか
③ 突然の心停止があった場合の対応方法　心臓マッサージ・救急搬送の希望の有無
④ この施設内でできる範囲の治療（点滴・酸素）DNAR もしくは外部受診（救急搬送）

上記 4 点と希望する処置の確認。

入居後のご本人の過ごし方や急変の可能性の高さを考慮しながら定期的に緊急時の対応希望について確認していく。

【経過・結果】

入居時のご本人、ご家族の意思確認をもとに入居後の気持ちや希望の変化を確認していく。ご本人、ご家族などの気持ちの変化をくみ取り、ACP として共有していく。

【考察】

入居時には様々な病状や経緯があり、ご本人、ご家族なども疲弊や不安を感じていることが多い。入居後は数日、数週間過ごすうちに、お互いに落ち着いた日常生活を送ることが可能になる。

ゆっくりと気持ちを整理して、各職員やケアマネジャーとの信頼関係を築くことで気持ちの変化や考え方を確認することができるようになった。

54-1　患者・家族とのかかわり④

療養病棟での患者への声かけアップの取り組み―日本地図を用いた情報共有シートの効果―

東京都・鶴川リハビリテーション病院

○遠藤（えんどう）　康博（やすひろ）（作業療法士）

【はじめに】療法士、看護師、介護士などの医療・介護従事者には、それぞれ専門的な役割や業務がある。そのため、日々の業務に追われる中で、患者への声かけや会話の機会が少なくなることがある。特に重症患者が多い病棟では、患者からの自発的な発話が少なく、スタッフも業務中心の関わりになりやすい。そこで、患者の出身地や趣味などの個人背景をスタッフ間で共有することで、患者とのコミュニケーションの機会が増えるのではないかと考えた。

【目的】患者の出身地や趣味などの個人背景をスタッフ間で共有することで、患者とのコミュニケーション機会が増加するかを検証する。

【方法】療養病棟の看護部休憩室に、日本地図を掲載した模造紙サイズの患者情報共有シートを掲示した。患者の出身地ごとに、趣味や生活歴などを記載した付箋を貼付し、スタッフが休憩時間などに閲覧できるようにした。約 2 か月間運用した後、勤務中の患者とのコミュニケーションにどのような変化があったかについてアンケート調査を実施した。調査項目は、情報共有シートの認知度や活用状況、コミュニケーションの変化などとした。

【対象】 当院療養病棟に勤務する看護師 19 名、介護士 15 名の計 34 名。

【期間】 2025 年 12 月に患者情報共有シートを掲示し、約 2 か月後の 2026 年 2 月にアンケート調査を実施した。

【結果】情報共有シートの認知度は 100% であった。患者への声かけや関わりに変化があったと回答した職員は約 85% であった。

主な意見として、「これまで知らなかった患者情報を知ることができた」「患者や家族に話しかけやすくなった」「患者への親近感が増した」などが挙げられた。

一方で、「患者全員の情報がそろっていない」「業務が忙しく患者と話す時間を確保しにくい」といった課題も挙げられた。

【考察】患者情報共有シートを模造紙サイズで作成し、職員が日常的に利用する休憩室へ掲示したことで、高い認知度につながったと考えられる。また、ファイルされた資料ではなく、職員であれば内容を確認しやすい掲示での情報一覧スタイルだったことで、情報が認識されやすく、活用につながったと考えられる。患者の個人背景を知ることで話題のきっかけが生まれ、患者への声かけや会話の機会が増加した職員が多かった。業務の忙しさから十分なコミュニケーション時間を確保できないという意見もあったが、患者の個人背景を共有することは、患者への関心を高め、コミュニケーションの促進につながると考えられる。田中ら[1]は、患者・利用者の生活歴を共有するライフヒストリーカルテの導入により、医療・介護職員の対象理解が向上したと報告している。本研究でも患者の出身地や趣味などの個人背景を共有することで、患者への関心や親近感が高まり、声かけや会話の増加につながったと考えられた。

【結論】医療・介護現場では、病状や安全面の管理、清潔保持など多くの業務が求められ、スタッフは限られた時間の中で業務を遂行している。そのため、患者への声かけや会話が不足しやすい状況にある。しかし、患者の個人背景を共有し、患者をより深く理解することで、日常業務の中でも自然な声かけやコミュニケーションにつながる可能性が示された。当院では、患者への声かけを重要なケアの一つと捉え、今後も患者との関わりを深める取り組みを継続していきたい。

引用文献　1）田中寛之，他：ライフヒストリーカルテの導入が医療介護職員の患者・利用者理解度に与えた影響．作業療法，38（4）：405-413，2019.

54-2　患者・家族とのかかわり④

在宅介護を続けるのにはそれなりの理由（わけ）がある～4つの転機～

富山県・サンバリー高岡病院

○栗田（くりた）　浩次（こうじ）（理学療法士）

【はじめに】

在宅介護は、要介護者の障害の程度、介護度、サービスの利用、家族構成、家屋などそれぞれ内情が異なり、「大変そう」という漠然としたイメージが多い。今回、自身の在宅介護を通じて、在宅介護を継続している理由と経過の中で4つの転機があったことを紹介する。

【対象の背景】

70代後半　女性　アルツハイマー型認知症　娘夫婦と三人暮らし

【経過】

令和2年6月、物忘れや火の不始末が増え医療機関を受診、アルツハイマー型認知症と診断される。症状の進行に伴い中核症状や周辺症状が出現し介助量が多くなる。娘夫婦は共働きで、日中一人での在宅を心配しデイサービスの利用を検討するが、本人が利用を拒む。ヘルパーの利用も検討するが、娘が利用を拒む。施設の入所は費用面で検討できなかった。在宅での生活を継続していく中で、家族は介護負担とストレスが増え、お互いの意見の相違なども生じ関係はギクシャクしていった。

1年6ヶ月が経過した令和4年1月、1つ目の転機がやってくる。一人家で過ごすことが多くなり、孤独を感じるようになる。ケアマネジャーと相談しデイサービスの利用を開始する。その1年後、令和5年1月、2つ目の転機として、家族がヘルパーの内容を理解し利用を開始する。2年半の時間はかかったが、やっと在宅介護の体制が整った。しかし、時間の経過に伴い、症状は更に進行し動作能力の低下が著しく介助量は多くなっていった。特に、トイレの失敗が増え、その都度、介護抵抗、暴言、暴力が激しくなり、家族は在宅介護に疲弊していった。これを機に、同年3月、費用面で施設の入所には消極的であったが、施設入所を検討し申し込みを行った。これが3つ目の転機となった。

アルツハイマー型認知症が発症し4年が経過した令和6年8月、4つ目の転機となる鏡現象が出現する。鏡現象は、アルツハイマー型認知症の中期から後期に出現し、「鏡に映る自分の姿を他人と誤認し話しかけたり物を手渡そうとし、自己鏡像と交流を持つ現象」と定義される。鏡や窓ガラスに映る自らの姿を、自分の幼い頃の娘と誤認し話しかけるようになる。その様子は、あたかも仲睦まじい親子の微笑ましい姿に見えた。この日を境に、介護抵抗や暴言、暴力は減少し、精神的にも穏やかになってきたと共に、家族のストレスも軽減していった。介護が楽になった訳ではないが、もう少し在宅介護ができるのではないかと感じるようになった。

【まとめ】

在宅介護を継続しているのは、経済的な問題や施設の入所待ちなど、さまざまな理由がある。しかし、在宅介護の経過の中でいくつかの転機があり、その都度家族の在り方について考えさせられた。「家族」だからこそ、少しでも長く一緒に居たいと思うのが本心ではないであろうか。

54-3　患者・家族とのかかわり④

慢性期医療における家族の心理的支援の特徴

埼玉県・富家病院

○山本（やまもと）　恵（めぐみ）（臨床心理士）、根生　一治、山田　恵美、長谷川　千夏、工藤　舞生、木村　緒実、
直井　保乃伽、加藤　光

【問題・目的】

公認心理師・臨床心理士（以下、心理職）は、心理査定や心理面接等を通じて患者や家族への心理的支援を行う専門職であり、医療保健領域においてもその役割が期待されている。この領域における心理職の活動に関する報告は精神科領域や総合病院を対象としたものが多く、慢性期医療における心理職の報告はほとんどみられず、また家族支援に焦点を当てた報告はさらに限られている。

慢性期医療において患者を支える家族は、病状や認知機能の変化、それに伴う治療の意思決定、退院・療養先の選択、長期に及ぶ介護負担や家族関係の変化など、さまざまな心理社会的な課題を抱えることがあり、当院においても心理職が積極的に家族支援に関わっている。

本研究では、当院において心理職が家族支援を行った事例を後方視的に検討し、介入理由や相談内容を整理することで、慢性期医療における家族への心理的支援の特徴と心理職の役割について検討することを目的とした。

【方法】

当院および隣接するサービス付き高齢者向け住宅において、2018年4月から2026年6月までに心理職が家族介入を実施した事例を対象とした。

対象事例について、患者の基本情報（性別、年齢、主疾患、入院・入所期間等）、介入対象となった家族の基本情報（続柄、性別、年齢、身近な支援者の有無）、介入理由、心理職による心理学的評価等を収集し、集計・比較を行った。

【結果】

分析対象となった家族は68人だった。対象者が少ないため、割合の比較による分析とした。

対象となった家族を続柄で集計すると、患者の配偶者が最も多く、ついで子だった。性別比はおおよそ、男性：女性＝1：2だった。年代では、50代、40代、60代、70代の順で多かった。入院（入所）の主な原因疾患は脳卒中と認知症が多かった。

およそ半数の家族に身近な支援者が存在しなかった。発症日から家族への介入までの平均日数を男女別でみると、男性は女性の半分の日数であり、身近な支援者が不在の男性（特に夫）が介入対象となる割合が高かった。また認知機能低下を呈する患者の家族への介入割合が高かった。

さらに、介入のきっかけとなった問題としては「多訴・クレーム」が最も多かったが、心理職による評価では、問題の背景に不安・心配、精神的疲労、抑うつなどの感情症状を認める「感情症状群」が最も多く、ついでBPSD（行動・心理症状）を認める認知症患者への対応方法に関する相談などの「情報希求群」が多かった。

【考察】

今回の調査では、認知機能低下を呈する患者の家族への介入が多かった。患者の意思確認が困難であり、予後や生活に関わる様々な選択を家族が代理決定せざるを得ず、さらに家族が社会的に孤立している場合、感情表出の機会も無く、受容過程でのつまずきや、抑うつ症状が出現しやすいことが示唆された。

また、身近な支援者が不在な男性（特に夫）には注意が必要である。一般に高齢男性は、定年退職後に役割や地域とのつながりを喪失しやすいが、これに加えて近親者（主に妻）が入院することでさらなる喪失体験と孤独感が悲嘆反応を強化し、感情症状を呈しやすいと考えられた。したがって、上記のような家族群に対しては、注意が必要なことを心理職以外のスタッフも認識し、積極的な声掛けを行う意識付けを図るとともに、早期に心理職につなげる枠組みの構築が重要である。

54-4　患者・家族とのかかわり④

認知症終末期患者の主観的リアリティに寄り添う ACP―患者の思いを置き去りにしなかった一事例―

静岡県・熱川温泉病院

○川上（かわかみ）　真央（まお）（看護師）、石田　みな子、渡部　美穂、石川　桂子

1. はじめに

終末期医療では延命治療だけでなく、患者・家族の意思を尊重し、その人らしい最期を支援することが重要である。日本のアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）は「家族の意向」が重視される傾向にあり[1]、家族中心の意思決定支援が重要とされる。本事例の患者は認知症により意思決定が困難で、療養方針は家族を中心に進められた。一方で看護師は、患者の言動や生活歴から潜在的な思いや価値観を汲み取り、主観的リアリティに寄り添うケアを家族支援と並行して展開した。その過程を振り返り考察する。

2. 目的

意思確認が困難な認知症終末期患者に対し、家族を基盤とした意思決定支援を保ちつつ、患者の主観的リアリティに寄り添う看護を実践し、両者を両立させる関わりの意義を検討する。

3. 倫理的配慮

本研究は A 病院倫理委員会の承認を得た。対象者には目的と学会発表の趣旨を口頭で説明し、同意を得た。

4. 事例紹介

90 歳代女性。認知症による短期記憶障害あり。家族は娘 3 人。患者が大切にしていたことは「洋服選び、綺麗にしていること」であった。

5. 実践・結果

入院当初から ACP を開始した。家族は「苦痛を緩和し自然に任せたい、家族で見送りたい」と希望し、患者は「皆で食事したい」と望んだ。「寂しい、こわい一緒にいて」と繰り返し訴える患者を心配する家族は、不安な思いを看護師に語った。3 ヶ月の入院期間に ACP は 3 回行い、多職種でカンファレンスを繰り返した。1 回目は「寂しい、こわい一緒にいて」と訴える患者の思いに寄り添うために、看護師は食堂などで共に過ごす介入を行った。2 回目は娘との外出と外食を 3 回計画した。後に外出が困難となった際は、院内での食事会を家族に提案した。病室で娘 3 人と遠方に住む孫 2 人との食事会が実現し、患者も笑顔となり「嬉しい、孫も来てくれた」と話した。状態悪化時の 3 回目は、日々のケアより患者が「おしゃれ好きで奇麗にしている」という思いを共有、人生最期の洋服選びを家族に提案し、家族は念入りに準備した。夜間付き添いも行い、最期は家族に囲まれ、洋服・帽子・指輪を身につけて退院となった。家族は「ここが最期で良かった」と話した。

6. 考察

看護師は、患者の思いを家族と共有する協働者として関わった。佐竹ら[2] の指摘する「家族としてしてあげられる実感」は、食事会・人生最期の洋服選び・夜間付き添いにより具現化された。高橋[3]は終末期の家族ケアを悲嘆への予防的介入と位置づけており、家族支援と並行して患者にも寄り添った看護実践は予期悲嘆の緩和につながった可能性がある。意思を言語化しにくい認知症患者には、主観的リアリティに即したケアが尊厳の保持に資する[4]とあり、ケア（訴えへの応答や生活歴を踏まえた）を通して潜在的な思いを汲み取ることで、患者の思いを置き去りにしない ACP が実現したと考えられる。

7. 結論

認知症終末期患者への ACP では、看護師が患者の言動や生活歴から潜在的な思いを汲み取ることで、家族を基盤とした意思決定支援を保ちながら、患者中心のケアも統合できる。本事例では、家族の予期悲嘆への予防と患者の価値観の尊重が一致し、納得のいく看取りにつながったと考えられる。

引用文献

1）大濱悦子，福井小紀子：日本における認知症高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析．日本看護科学会誌，42，2022.

2）佐竹わか菜，京田亜由美，近藤由香：終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思い．群馬保健学研究，42，65-76，2021.

3）高橋聡美編著：グリーフケア ― 死別による悲嘆の援助．メヂカルフレンド社，2012.

4）Tom Kitwood（高橋誠一訳）：認知症のパーソンセンタードケア ― 新しいケアの文化へ．筒井書房，2005.

54-5　患者・家族とのかかわり④

脳梗塞による失語症患者のニーズを捉えた関わりから自立支援に繋げられた事例

埼玉県・大宮共立病院

○生方（うぶかた）　瑛二（えいじ）（看護師）、大谷　明、斎藤　江梨子

【はじめに】

失語症は脳血管疾患の 3～4 割に出現し、言語機能の障害は他者との交流を阻害して社会的孤立を招きやすい。療養病棟では、前院の情報に基づき身体拘束が漫然と継続されるケースがあるが、これは患者の QOL を著しく損なう。今回、経鼻栄養チューブの自己抜去を機に身体拘束を解除し、行動背景にある潜在的ニーズを捉えることで、ADL 向上と施設退院へ繋げた事例を報告する。

【研究目的】

身体拘束下にあった脳梗塞後遺症・失語症患者に対し、客観的情報のみに捉われず行動背景を意識的にアセスメントする。拘束解除や ADL 向上、施設移行へ繋がった看護実践の要因を分析し、慢性期における自立支援のあり方を検討する。

【研究方法】

1. 対象・期間：A 氏 80 歳代後半男性　脳梗塞発症 49 日目で入院　ADL 全介助　後遺症による失語症を有し、経鼻栄養チューブ挿入していた　経管栄養チューブ自己抜去予防目的で身体拘束下にあった
2. 方法：カルテおよび看護記録から基本情報, 病歴, 言動を抽出　マズローの欲求階層説等を参考に ADL・QOL 変化の要因を分析
3. 倫理的配慮：本研究は倫理委員会の承認を得て実施した

【結果】

入院時は、ケアへの抵抗や覚醒不良が見られた。発症 68 日目の経鼻経管栄養チューブ自己抜去を機に車椅子乗車で観察したところ、穏やかで指示にも応じたため拘束を解除した。解除後は座位・立位保持が可能となり、ケア抵抗は消失した。また、イラストカード等の AAC（補助代替コミュニケーション）を導入し、「食べたい」等の意思表出を引き出すことに成功した。

言語聴覚士と連携した嚥下評価を経て段階的に経口摂取を進め、経口摂取と経鼻栄養の併用を経て、発症 115 日目に完全経口摂取へ移行できた。さらにセンサー作動時やベッド上で動きがある際に排泄の希望があったためトイレ誘導を行うことで日中失禁は消失し、最終的に歩行可能となり、発症 121 日目に介護老人保健施設へ退院した。

【考察】

A 氏の危険行動や抵抗は不穏ではなく、意思が伝わらないストレスの現れであったと考えられる。マズローの欲求階層説に基づくと、拘束解除を契機に食事や排泄などの生理的・安全の欲求が満たされたことによって、他者を気に掛ける、他者に会いたい等の訴えが増えた。このことは社会的欲求や自己実現の欲求などのより上位な欲求の表出に繋がったと考える。

疾患のみでなく生活背景を含む「一人の人間」に着目し、非言語的サインを多職種で統一してアセスメントしたことが、精神的安定をもたらした。本介入は発症後 3～6 か月の脳梗塞回復過程のピークとケアの取り組みが合致し、A 氏のニーズを満たした事が ADL 向上を最大化させた。慢性期医療において、前院の方針に捉われず患者の本質的ニーズに応じる看護が、身体拘束解除と自立支援を可能にすると示唆された。

【おわりに】

この事例を機に現在も患者一人一人に向き合い、身体拘束廃止や自立支援に向けた看護介護ケアが継続できている。今後も慢性期医療における治療と生活における看護介護ケアの向上に努めていく。

54-6　患者・家族とのかかわり④

低栄養状態利用者に対する取り組み～継続的な食事・水分管理を実施する事により心身機能回復した症例～

佐賀県・志田病院

○志田（しだ）　ゆかり（介護福祉士）、一ノ瀬　智映、井上　しのぶ、藤家　有希、西　秀崇、志田　知之

【はじめに】

高齢者における低栄養状態は、身体機能や生活の質の低下を招く重要な課題である。小規模デイサービスさざんか（以下、当事業所）では、多職種が連携して栄養アセスメントや家族支援を行っている。今回、家族を巻き込んだ取り組みにより栄養状態の改善が得られた事例を報告する。

【取り組み】

対象は 90 代女性、アルツハイマー型認知症、要介護 3、ADL はほぼ全介助、60 代の長男と 2 人暮らしの利用者である。2019 年 12 月の当事業所利用開始時は体重が 37.5kg であったが、加齢と食欲低下により 2024 年 7 月には 29.1kg まで減少した。そこで多職種にて栄養アセスメントを実施し、「体重 39.2kg 以上、食事摂取 **1 日 3 食 9 割**以上、水分摂取 900ml 以上」を目標に定め、食形態を刻み食からソフト食へ変更した。また、家族が在宅での摂取状況について毎日 3 食分の献立や摂取量を記録できる「食事・水分管理表」を導入した。さらに、栄養補助食品やレトルト食品を活用し、水分にはトロミを付加するなど誤嚥予防も実施した。

【結果】

食事・水分管理表の導入後、家族が主体的に食事提供に関わり、在宅でも毎日 3 食の安定摂取が可能となった。食事の内容についても、パンや簡単な汁物などが中心の食事から豆腐や食形態が考慮されたレトルト食品を活用するなど、栄養や食形態を意識したものへと変化していった。2025 年 6 月には体重が 35.4kg まで増加し、6.3 kg の改善を認めた。また書字や基本動作など身体機能にも回復傾向がみられ、本人と家族に笑顔が戻った。

【考察】

家族と各専門職で目標を共有し、食事・水分を「見える化」したことが栄養改善に有効であったと考えられる。日常的に記録を行うことで家族の意識が高まり、協働した取り組みが利用者の状態回復につながった。

【まとめ】

本事例より、「食事・水分管理表」を活用した家族支援と多職種連携は、低栄養改善に有効であることが示唆された。今回も継続的な支援を通じて、在宅生活の質向上に努めたい。

54-7　患者・家族とのかかわり④

脊髄性筋萎縮症患者に対する自宅退院支援～地域包括ケア病棟における看護師の役割～

佐賀県・志田病院

○松浦（まつうら）　美香（みか）（看護師）、田中　陽、大町　恵美子、溝上　智美、松山　悟、志田　知之

【はじめに】当院は、訪問診療をはじめ、通所リハビリテーションや通所介護などの介護保険サービスも提供し、地域包括ケアシステムの一翼を担っている。今回、当院地域包括ケア病棟において、人工呼吸器導入後の脊髄性筋萎縮症患者に対し、多職種で連携しながら退院支援に取り組むことで自宅退院に至った症例を経験したため報告する。

【症例】29 歳女性。脊髄性筋萎縮症。二酸化炭素貯留による呼吸不全のため、2026 年 1 月に急性期病院へ入院し、気管切開、人工呼吸器導入、胃瘻造設を施行された。その後、2026 年 3 月、自宅退院を目的に当院地域包括ケア病棟へ転院となった。

【経過】退院支援期間は 60 日であった。本人及び家族に対し、人工呼吸器管理、吸引、胃瘻管理、緊急時対応など自宅での生活に必要な手技の反復指導を実施した。また、自宅での生活を想定し、離床や移乗方法、福祉用具の選定、住宅環境の確認を行った。訪問診療、訪問看護、ケアマネジャー、リハビリテーション職、医療ソーシャルワーカーなど多職種で退院前カンファレンスを開催し、在宅療養に向けた支援体制を整えた。看護師は患者・家族の不安や思いを傾聴し、精神的支援を行うとともに、日常生活動作に応じたケア方法を継続的に検討し、患者の生活に寄り添った退院支援を実践した。
継続した指導により、本人・家族ともに必要な医療的ケアの手技を習得することができた。さらに、在宅療養環境の整備を行うことで、2026 年 5 月に希望であった自宅退院が実現できた。退院後は当院の訪問診療へ円滑に移行し、地域で継続した療養支援体制を構築することができた。

【考察】人工呼吸器導入患者の自宅退院には、医療的ケアの手技習得だけでなく、患者・家族の心理的負担への支援や、多職種による継続的な連携が不可欠である。本症例では、地域包括ケア病棟の看護師が、患者・家族と最も身近な存在として継続的に関わり、不安の軽減や在宅生活を具体的にイメージできるよう支援したことが、自宅退院への意欲向上と自己効力感につながったと考える。また、院内外の多職種との情報共有を密に行い、退院後まで見据えた支援体制を構築できたことが、安心した自宅退院に寄与したと考える。地域包括ケア病棟において、看護師は患者・家族の意思決定を支え、多職種をつなぐ調整役として重要な役割を担うことが示唆された。

55-1　排泄ケア①

療養型病棟における潜在的高残尿の早期発見とケア介入―排尿ケアチームの役割と実態からの検討―

滋賀県・琵琶湖養育院病院

○沖田（おきた）　聡嗣（さとし）（看護師）、村松　明子、田中　奏里、藤井　梨里花、西原　幹人、日野　航

【目的】

当院医療療養型病棟は、長期人工呼吸器管理患者を含む高医療依存度患者を多く受け入れており、医療区分 2・3 の割合は約 95% である。このような病棟では、長期臥床やおむつ管理を要する患者が多く、日常ケアではおむつ内排尿の確認をもって排尿ありと判断されやすい。しかし、尿意や残尿感を訴えにくい患者では、排尿が確認されていても高残尿が見逃される可能性がある。本報告では、医療療養型病棟における潜在的高残尿の把握と、排尿ケア体制の構築に向けた実践を検討した。

【方法】

医療療養型病棟に入院中の長期臥床・おむつ管理患者 25 名を対象に、膀胱用超音波スキャナーを用いて 8 日間残尿量を測定した。膀胱留置カテーテル管理中、透析施行中、神経因性膀胱の診断例、前立腺肥大による排尿障害が明らかな症例は除外した。残尿量 100mL 以上を 3 回以上認め、かつ平均残尿量が 100mL を超えた症例を潜在的高残尿例として抽出した。抽出例には、初期対応の一つとして背上げ 60 度 10 分保持を試行し、前後で残尿量を評価した。

【結果】

対象 25 名では、尿失禁は全例に認め、尿意低下、寝たきり、離床機会の乏しさを有する患者が多かった。25 名中 5 名が潜在的高残尿例に該当した。高残尿例では、寝たきり、離床機会の乏しさ、尿意低下などを複数有する傾向がみられた。背上げ体位保持により残尿量が低下した症例や自然排尿を認めた症例があった一方、反応が乏しい症例もあり、効果は一様ではなかった。

【考察】

本実践から、おむつ内排尿の有無のみでは排尿状態を十分に評価できず、尿意や残尿感を訴えにくい患者では潜在的高残尿を見逃す可能性が示された。背上げ体位保持は全例に有効ではないものの、完全座位が困難な患者にも実施可能であり、反応する症例では非侵襲的な排尿支援となり得る。一方で、慢性期病棟における課題は、背上げが有効な患者をどう見極めるかだけではなく、訴えの乏しい患者の高残尿をどのように拾い上げるかである。そのため、膀胱用超音波スキャナーによる残尿測定を週 1 回程度、部屋持ち看護師の業務に組み込み、排尿ケアチームが測定手技や評価基準を支援する体制が必要である。

【結論】

医療療養型病棟では、「おむつ内排尿あり」だけでは排尿状態を十分に評価できない可能性がある。残尿スクリーニングにより潜在的高残尿を把握し、背上げ体位保持などの体位調整を通常ケアに位置づけることは、非侵襲的な排尿支援につながる。今後は排尿ケアチーム活動の一環として、残尿測定の標準化とスタッフ教育を進め、慢性期病棟で実装可能な排尿ケア体制の構築を目指す。

55-2　排泄ケア①

便秘体操と発酵食品の摂取による便秘改善への取り組み

静岡県・介護医療院新富士ケアセンター

○稲葉（いなば）　大介（だいすけ）（介護福祉士）

【はじめに】

高齢者にとって便秘は日常的にみられる症状であり、生活の質を低下させる要因の一つとなっている。特に慢性的な便秘は、身体的不快感だけでなく、精神的ストレスにもつながる。対象者であるMも長年便秘に悩まされ、気分の落ち込みがみられていた。当フロアでは排便が3日以上ない利用者に対し下剤を使用して排便コントロールを行っているが、身体への負担やストレスの軽減を目的に、便秘体操による上半身・下半身のストレッチ運動で腸の動きを活性化し、自然排便を促す取り組みを実施した。また、腸内環境を整える効果が期待されるヨーグルトの摂取を併用することで、さらなる改善が見込めると考え、提供を行った為報告する。

【方法】

対象：利用者M　96歳

既往：高血圧・糖尿病・脳梗塞・心不全

期間：令和7年9月 ～ 現在

方法：①　毎日10：00～便秘体操の実施（各5セット10分程度）

②　排便チェック表・ブリストルスケール（排便の性状を確認する表）の使用　　③　夕食時ヨーグルトの提供（食後に摂取）

【経過及び結果】

①　取り組み開始当初、本人からは「続けられるか不安」という声が聞かれたが、便通改善が期待できることを説明し続けたことで前向きな姿勢へと変化がみられた。便秘体操は朝の申し送り後に実施することで毎日同じタイミングで行うことができた。ホールに大きく掲示した体操のイラストを見ながら行う事で「分かりやすい」と利用者・職員双方から好評であった。また、当初は1名の参加であったが、体操の様子を見た他の利用者から「私も便秘で困っているので参加したい」という声が上がり、現在では約10名が参加している。体操を楽しみにする姿も見られ、利用者同士のコミュニケーションも活発になった。

②　排便状況については、開始前は下剤を使用して4～5日に1回の排便であったが、取り組み後は平均4日に1回と大きな変化はなかったものの、下剤を使わず自然排便が見られる事が多くなった。また、本人からは「今日は気持ちよくスルッと出たよ」と笑顔で話す様子が増え、精神面でも良い変化がみられた。

③　ヨーグルト摂取についても拒否なく継続できており、本人からは「排便時のお腹の痛みが減り、気持ちよく出るようになった」との声が聞かれ、身体的な負担の軽減も確認された。

【考察】

高齢者の便秘は、加齢による体の変化に加えて、生活習慣・心理状態・持病・薬の影響など、さまざまな要因が重なって起こりやすいという特徴がある。また、下剤の使用は腸の動きが亢進する為、腹痛や水様便が出やすいなど本人にとってデメリットであり、実際不快の訴えが聞かれていた。

今回、朝に便秘体操を行い、夕食後にヨーグルトの摂取を毎日の習慣にしたことで、腸が刺激されて動きが活発となり、下剤を使用せず自然に排便できる機会が増えたと考えられる。また便が出ないことのストレスや気分の落ち込みの軽減に繋げることが出来たと思われる。

【終わりに】

今後も便秘に悩む利用者が少しでもストレスなく過ごせるように、取り組みを継続していきたい。

55-3　排泄ケア①

おむつ装着状況の相互確認が排泄ケアの質向上に与えた効果

岐阜県・近石病院

○後藤（ごとう）　尚恵（たかえ）（看護師）、藤沢　弘美

【目的】

地域包括ケア病棟では、おむつ交換は主に介護士が担い、看護師の関与が十分ではなかった。そのため、おむつの二重使用やサイズ不適合、陰茎巻きによる皮膚トラブルが認められ、患者の快適性や安全性への影響が懸念された。そこで、適切な排泄ケアの標準化と多職種間の情報共有を図ることを目的に、看護師と介護士で相互確認を行った。その結果と効果を報告する。

【方法】

2025 年 6 月 15 日～7 月 31 日、地域包括ケア病棟看護師 17 名を対象に、おむつの装着方法の標準化と多職種間での情報共有を目的としたアンケート調査を実施した。患者を 4 グループに分け、おむつ交換時に看護師と介護士で観察・確認を行った。評価項目は①マニュアル通りの装着、②締め付けによる発赤の有無、③尿量に対するパットの枚数の妥当性、④尿便漏れの有無を点数化し、皮膚状態および気づいた点を自由記載で調査した。結果は定期的に集計しスタッフ間で共有した。
本取り組みは個人が特定されないよう匿名化し、結果の公表について所属施設の承認を得て実施した。

【結果】

4 項目の点数評価は、①78 点から 87 点、②88 点から 94 点、③75 点から 84 点、④90 点から 93 点へ推移し、全体的に改善傾向を示した。自由記載では、おむつのズレやサイズ不適合、パットの二重使用、陰茎巻きをしている事が気になった、尿道留置カテーテル挿入患者のおむつ確認の方法が統一されていないなどの意見があった。アンケートの結果を踏まえ、尿量が多い患者に対してはパット交換回数の見直しやおむつの種類の変更が行われ、尿道留置カテーテル挿入患者においては確認方法の統一が図られた。皮膚状態についても発赤や湿潤等の指摘が減少し、4 回目調査では「特になし」が 82.4% を占めた。

【考察】

看護師と介護士がおむつ装着状況を相互確認したことで、従来見過ごされていた課題の可視化につながった。また、患者ごとの排泄状況や身体状況に応じたケア方法を検討する機会となり、パットの適正使用や交換回数の調整など、個別性を踏まえた排泄ケアの実施につながった。さらに、皮膚観察や情報共有が促進され、多職種協働によるケアの質向上に寄与したと考える。
本取り組みは単におむつの装着方法を確認するだけでなく、患者ごとの排泄状況や身体状況について看護師と介護士が共通認識をもつ機会となった。慢性期・地域包括ケア病棟では日常生活援助を介護士が担う場面が多いが、看護師が積極的に関わることで、皮膚トラブル予防や排泄ケアの適正化につながったと考える。また、患者の快適性の向上に加え、看護の視点をもった排泄ケアを提供することができたと考えられる。

【結論】

おむつ装着状況の相互確認は、装着方法の標準化のみならず、看護師と介護士の協働を促進し、患者個々の状態に応じた排泄ケアの実施につながった。地域包括ケア病棟において、多職種が共通認識を持ちながら継続的に評価することの重要性が確認され、安全で快適な排泄ケアの提供に有効であった。

55-4　排泄ケア①

温罨法・腹部マッサージ・離床による排便コントロールの実際

東京都・セントラル病院本院

○本橋（もとはし）　充恵（みつえ）（看護師）

【目的】

療養病棟においては、疾患や加齢に伴う活動性の低下により、慢性的な便秘をきたす患者が多い。当病棟においても、排便コントロールを目的としてピコスルファートナトリウムなどの刺激性下剤（以下、下剤）の内服、浣腸、摘便などの処置が日常的に行われている現状がある。これらの医学的処置への依存を減らし、自然な排便を促すことは、患者の QOL 向上において重要である。そこで本研究では、血行を促進し腸蠕動を活発化させることを目的として、温罨法、腹部マッサージ、離床を組み合わせた非薬物的な介入を実践し、便秘の改善および薬剤使用量・処置回数の軽減が可能となるかを検証した。

【方法】

1. 研究期間：令和 7 年 6 月 30 日～令和 7 年 7 月 27 日（28 日間）
2. 対象者：療養病棟入院中で、ADL 評価が 24 点であり、下剤を 3～4 日毎に定期的に使用している慢性便秘の患者 10 名。
3. 介入内容：対象者に対し、入浴日（週 2 回）以外の午後に 15 分以上の温罨法を行い、続けて中島氏の提唱する方法に基づいた腹部マッサージを 2 分程度実施した。また、離床可能な患者 4 名に対しては週 3 回、1 時間程度の車椅子離床を実施した。離床を行わない残り 6 名、および全対象者の土日曜日については、マッサージ後に体幹ツイスト運動を左右 8 回ずつ実施した。
4. 評価指標：介入実施前および実施後の 28 日間における、対象者 10 名の平均下剤使用回数、浣腸回数、摘便回数、排便回数を比較した。

【結果】

研究実施前後における 28 日間の平均回数を比較した結果、下剤使用回数は実施前 7.05 回から実施後 6.55 回とやや減少した。浣腸使用回数は実施前 3.75 回から実施後 2.90 回へ、摘便施行回数も実施前 3.30 回から実施後 2.65 回へと減少した。一方で、総排便回数は実施前の平均 7.50 回から、実施後には 9.40 回へと増加した。

【考察】

本介入により、下剤・浣腸・摘便の使用回数が全体として減少傾向を示し、排便回数の増加が認められた。このことから、温罨法・腹部マッサージ・離床（および体幹運動）の組み合わせは、慢性便秘の改善に一定の効果があったと考えられる。一方で、刺激性下剤の使用減少率が比較的低かったことから、本介入は直腸に便が停滞する直腸性便秘には有効であったものの、腸蠕動運動の低下自体の改善には不十分であったことが推察される。

本研究では統一した腹部マッサージを実施したが、腸の形状や便秘の要因には個人差があるため、個人の特性に合わせた手技の選択が必要であったと考えられる。また、効果の発現時期にも個人差が見られ、28 日間の介入では効果の発揮が不十分であった症例も推測される。今後は、毎日実施することを前提とした持続的なアプローチの検討が求められる。

【結論】

温罨法、腹部マッサージ、離床を取り入れた複合的なケアは、慢性便秘患者の排便回数を増加させ、浣腸や摘便などの処置を軽減させる有用なアプローチであることが示唆された。今後は、本ケアを毎日の実践として継続することで持続的な効果を検証するとともに、個別の腸の状態に応じたマッサージ方法の工夫を取り入れていくことが課題である。

55-5　排泄ケア①

排泄ケアの適正化―おむつ使用基準の見直しと職員教育による効果―

福岡県・若久シニアビレッジ

○出口（いでぐち）　誠也（せいや）（介護福祉士）

【目的】

当施設では、おむつ関連費用の増加や臀部を中心とした皮膚トラブルの発生とそれによる褥瘡の形成、交換業務による職員負担が課題となっていたため、適切なおむつ選定および交換方法の見直しを行った。①おむつ関連費用の削減、②皮膚トラブル・褥瘡形成者の減少、③職員負担の軽減を図ることを目的としてU社のおむつを新たに導入したが、介護職員の意識や知識、技術にばらつきがみられ期待したコスト削減や褥瘡形成者の減少には至らなかった。そこで新たに職員教育、パット類の適正使用を徹底することで改善を図った。

【方法】

おむつ交換は従来1日3～6回を基本としていたが、パット性能や当て方を見直すことで原則2回交換へ変更した。また利用者ごとの排尿量に応じたパット類を選定し、特に高性能製品については適正使用を徹底した。

さらに、U社のおむつフィッターの協力を得て、全介護職員に対し知識・技術指導、その後の当て方テストを実施し、排泄ケア技術の統一と意識向上を図った。

U社の製品導入のみを実施した期間と職員教育及び適正使用の取り組みを実施した期間を比較し、おむつ関連費用、臀部褥瘡形成者数、職員からの意見を評価した。

【結果】

おむつ関連費用は教育介入前後の比較で月平均1,151,969円から954,328円と21％の削減となった。

排泄ケアとの関連が強い臀部褥瘡形成者数は教育介入前後の同等日数の比較では17名から7名と58.8％の減少、前年度32名から28名と12.5％の減少が認められた。

交換回数の変化による摩擦刺激の減少、職員の技術向上が褥瘡形成者数の減少に寄与した可能性に加え、職員の身体的負担軽減やケア時間の効率化につながったとの意見も多く聞かれた。

【考察】

おむつ交換回数の見直しに対して懐疑的な意見もみられたが、職員教育を通じて排泄ケアに関する知識・技術の統一を図ったことで、適切な製品選定と正しいあて方が実践され、褥瘡形成者数の減少に寄与した可能性が示唆された。

また、尿量測定をもとにした製品選択を行うことで、過剰スペック製品の使用を減らし、大幅なコスト削減にも結び付いた。一方で、技術指導直後は正しいあて方が実践されるものの、継続的な評価を行うと装着技術に個人差が認められた。

【結論】

排泄ケアの適正化により、おむつ関連費用の削減と臀部褥瘡形成者数の減少を両立することができた。また、交換回数や製品選定の見直しにより、職員の身体的負担軽減やケア時間の効率化にもつながった。

本取り組みから、排泄ケアの適正化を実現するためには、適切な製品選定や運用ルールの整備だけでなく、職員教育による知識・技術の標準化が重要であることが示唆された。特に、製品導入のみでは十分な効果が得られなかった一方で、職員教育を通じて排泄ケアに対する意識向上と技術の統一を図ることで、コスト削減とケアの質向上の両立につながった。

今後は、外部のおむつ業者の協力に依存することなく、施設内で継続的に教育・評価を実施できる体制を構築し、排泄ケア技術の維持・向上を図ることで、持続可能な排泄ケアの実現を目指したい。

55-6　排泄ケア①

A 病院療養病棟看護・介護職におけるおむつ着用患者に対する IAD 予防ケアの認識と実践の実態

東京都・平成扇病院

○石田（いしだ）　知也（かずなり）（看護師）

【背景】

おむつ着用者は、皮膚の浸軟や湿潤、排泄物の接触に加え、摩擦や接触、圧迫などの外的刺激に対し、失禁関連皮膚炎（以下、IAD とする）を生じやすい。そのため医療者が、IAD 発生予防や早期発見に努めることは重要な責務であると言える。A 病院療養病棟では、寝たきりでおむつを使用している患者が多く、仙骨や臀部周囲の発赤や表皮剥離といった IAD が散見されている現状がある。このことから、実際に日々ケアを行っている看護師や介護職間で、IAD 予防ケアに対する認識および実践内容にばらつきがあることが推測された。そこで今回、病棟看護師・介護職におけるおむつ使用中の高齢者に対する IAD 予防ケアについての認識と実践の実態について明らかにすることで、今後のケアの質向上につなげるための一助としたいと考えた。

【目的】

A 病院療養病棟看護職・介護職における IAD 予防ケアの認識と実践内容の実態を明らかにする。

【対象】

A 病院療養病棟で勤務する看護師 5 名、介護職員 6 名　計 11 名【方法】IAD 予防についての認識および実践内容に関する設問で構成した自記式のアンケート用紙を独自に作成し、同意が得られた対象者に配布し留め置き法で回収した。分析方法：単純集計（各設問に対して得られた回答の度数および比率を算出した）を行い、属性による違いについて比較検討した。自由記載による記述は類似性に基づき整理した。用語の定義：本研究における IAD（失禁関連皮膚炎）とは、「尿または便（あるいは両方）が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎であり IAD で観察される主な皮疹は紅斑やびらん、潰瘍が含む」と定義した。倫理的配慮：平成扇病院倫理審査の承認後に実施した。

【結果】

看護師 5 名、介護職員 6 名の計 11 名から回答を得た（回答率 100％、有効回答率 100％）。IAD 予防ケアの認識については、職種を問わず、「摩擦やズレ、しわの発生がないことが必要」、「汚染状態の際は速やかに洗浄、清潔保持に努める」、「発生リスクが高い患者の情報共有を他職種と行う」の設問に対し、「そう思う」「やや思う」という回答が得られた。IAD 予防ケアの実践については、すべての項目に対し全員が「いつもしている」、「時々している」と回答し、「あまりしていない」、「していない」の回答はなかった。課題については、「排便のコントロールが難しい」、「業務量が多く、丁寧なケアが出来ない」「個々の意識改革が必要」「予防の視点でのケアが不十分」「IAD に関する教育が必要」などの回答が得られた

【考察・結論】

1. 看護、介護職員ともに IAD 予防ケアの認識および実践率が高いことが示された。現実に行われている実践内容と、本調査の結果との差異が生じていることが示唆された。職員自身が「実践できている」と感じている自己評価と実践内容に差があることが推測された。

2. IAD 予防ケアは、高度な技術を必要とするものではなく、日々の業務で実践する機会が多いケアであることから、個々が、自身の技術に自信を持っていることが考えられた。業務過多によりケアの丁寧さが疎かになったり、根拠に基づいた実践や専門的視点が不十分になっているにもかかわらず、自身の実践についての過信が生じていることが推測された。

3. IAD についての正しい知識および技術についての教育や、質を担保するための体制構築などを講じる必要がある。

4. 専門的視点を用いたケア実践へと繋げていくためには、それぞれが有している知識や実践内容について共有し、評価・修正などを行う機会を設けていくことが必要である。

55-7　排泄ケア①

認知症を有する高齢患者の排尿自立支援に向けた取り組み～成功症例から排尿自立支援チーム活動を振り返る～

滋賀県・ひかり病院

○中川（なかがわ）　果澄（かすみ）（看護師）、河面　雅俊、松田　潤子、中村　佳央、楠本　雅美、西村　由香

【はじめに】当院では、膀胱留意カテーテル（以下バルーン）挿入患者の排尿に関するQOL向上のために、排尿自立支援チーム（以下排尿チーム）が活動している。主な活動内容は排尿日誌の記録（日々の排尿量、排尿回数の評価など）、週1回の回診時に多職種で対策の検討などである。今回、環境調整と成功体験の蓄積を重視した介入を行った結果、排尿動作自立となった症例を担当した。成功症例から排尿チームの関わりについて検証したため、ここに報告する。

【方法】

＜症例紹介＞

90歳代、女性、診断名：多発性胃潰瘍、長谷川式認知症スケール：4点で指示理解は会話で可能であった。ADL見守り～軽度介助も気分にムラがあり協力が得られないことがあった。前病院より病状管理のためバルーン挿入され当院に転院された。家族希望はバルーン抜去し在宅復帰することで、退院後はポータブルトイレ（以下Pトイレ）の使用を検討されていた。

＜経過＞

入院34日目：全身状態が安定し、在宅復帰に向けてバルーン抜去した。入院37日目：排尿チーム介入開始した。以降週1回排尿チームによる回診を実施した。初期評価時、自尿はあるが尿意の訴えがなくオムツ内失禁状態であった。排尿記録より夜間の尿率が高かった。入院56日目：病棟看護師、リハビリ担当者とともにPトイレへ誘導し排尿あり。トイレ動作軽度介助～見守りであった。Pトイレでの排尿習慣の定着を目標として、成功体験やフィードバックがしやすく、人手が少ない夜勤帯でも安全に排尿行動に移せるように、排尿チーム・病棟スタッフ・リハビリで共同し以下の対策を講じた。

＜対策＞

①環境調整

終日ベッドサイドにPトイレを設置した。排泄行動の導線の視覚的確保のためベッド周辺物品の配置変更を行った。

②声掛け

食事前後のトイレ誘導実施。排泄行動成功時には肯定的フィードバックを積極的に行った。本人のできることに対しては見守りを行った。

③転倒防止対策

ベッドL字柵・センサーマットを設置した。ナースコールを押さないため、自発的な行動に対して速やかに見守れる体制作りを行った。また週1回の回診を通して排尿状況を確認した。

【結果】

入院57日目：時間誘導でPトイレでの排尿促し成功あり。その後自発的にPトイレ使用する行動が見られ、尿意の訴えが見られるようになった。

入院72日目：介助に対するストレス発言あり、排尿動作遠位見守りで行った。

入院108日目：トイレ動作自立、「自分で出来ます」との発言あり。

入院128日目：自宅退院

【考察】Pトイレを認識することで、トイレでの排尿イメージを定着させたと考える。また、環境調整により過介助にならず、加えて肯定的なフィードバックと主体性を尊重することで、排尿成功体験を効率的に積むことができた。自発的な尿意表出に繋がったと考えられる。また、排尿日誌の記録から患者の排尿パターンを考慮し、特に夜間帯でも主体性を損なわず安全に行えるような設定が可能となった。一方で、本症例は抜去からPトイレ使用まで時間がかかっており、排尿チームから排泄動作の実施方法の提案を適切に行うことで、より早期に排尿ケアのQOL向上に繋げられた可能性が考えられる。

【まとめ】排尿チーム・病棟スタッフ・リハビリによる排尿状態やの評価と共有により、適切な環境整備や対応の統一が患者の排尿動作自立に繋がった。今後も排尿チームとして、対象者に対してより早期から適切なケア方針を決定していけるよう介入していきたい。

56-1　排泄ケア②

当院排尿自立支援チーム活動実績の報告

滋賀県・ひかり病院

○松田（まつだ）　潤子（じゅんこ）（看護師）、河面　雅俊、中川　果澄、中村　佳央、楠本　雅美、西村　由香

【はじめに】当院は療養病棟138床、地域包括ケア病床32床とする慢性期病院である。当院では膀胱留置カテーテル（以下バルーン）留置患者の排尿にかかわるQOLの向上を目的として、2023年より排尿自立支援チーム（以下排尿チーム）を立ち上げ、2024年より排尿自立支援加算を算定している。今回、今後のチーム活動の課題を明らかとするために、当院排尿チームのこれまでの活動実績を整理した。ここに報告する。

【方法】

1）排尿チーム紹介

医師1名、看護師（リンクナース）3名、理学療法士1名、作業療法士1名、薬剤師1名で構成されている。2023年4月より発足した。

2）排尿自立支援チーム活動内容

発足後、マニュアル作成や病院内全体研修会を実施した。主な活動内容はバルーン抜去可能かのアセスメントを行うこと、抜去可能患者の選定、抜去後の下部尿路障害の評価、排尿日誌による排尿管理、排尿にかかわるケアの方針決定、病棟スタッフへの指導などである。以下の①②③の手段を用いて実施している。

①回診

2024年6月より排尿自立支援加算の算定を開始し、対象者に対して週1回の回診を開始した。回診では排尿日誌をもとに排尿ケアの実施方法の変更や継続の必要性、リハビリテーションの提案、薬剤投与、患者の社会背景も含めて多職種で検討を行っている。

②排尿チーム対象患者一覧（以下患者一覧）の作成と運用

2024年4月より、対象患者の把握のために、バルーン挿入患者を記載する患者一覧を作成し運用を開始した。記載項目は基本的情報、患者のバルーン留置理由（絶対的/相対的・絶対的/相対的：医学的に抜去可能）、入院時の日常生活活動動作（以下ADL）自立度、バルーン留置日・抜去日、抜去後の排尿自立スコア、下部尿路機能障害スコアなどである。

③研修会の実施

2024・2025年度ともに病棟看護師向けと病院全体に向けた2回の研修会を行った。病棟看護師向けは排尿リンクナースが「排尿自立支援に関連した診療計画書」の記載方法や下部尿路機能障害の看護計画の立案などについて実施した。

【結果】

①2024年度/2025年度の抜去件数27/41件、回診件数214/329件であった。

②2024年4月～2026年3月の当院バルーン挿入患者は267名で、年齢85.4±8.3歳であった。相対的理由（医学的に抜去可能）での挿入患者は213名であった。同期間の抜去件数68件、抜去達成率（抜去人数/相対的患者×100）は31％であった。ADL自立度は寝たきり79％、患者転帰割合は在宅12％、死亡43％であった。抜去群の排尿自立スコア、下部尿路機能障害スコアの改善/維持/悪化した割合はそれぞれ28/70/3、32/58/9（％）であった。

③研修会実施後のアンケート調査で、9割が研修の理解度や目的を持って参加することが出来たと回答した。一方で、臨床での活用が難しいという意見もみられた。臨床では病棟看護師が主体的にバルーン抜去を立案し、排尿日誌の記載を開始する場面が見られた。

【考察】排尿チームの活動が定着し、抜去件数や回診件数が安定して獲得できていると考える。患者一覧より対象者は寝たきりや予後不良患者が多く、抜去後スコアは維持が多い傾向にあった。今後は患者重症度に即した介入や、抜去達成率向上に向けて相対的患者の未抜去理由を調査し、対応していく必要がある。また、病棟看護師がより知識と臨床を繋げていけるように、病棟スタッフへの意識調査やフローチャート作成を進め、より主体的に活動できる体制作りを目指す必要がある。

【まとめ】排尿チーム発足より、体制の整備やスタッフへの知識の共有を行い、病棟全体で支援に取り組む基盤を構築してきた。これまでの経験を活かし、今後も排尿自立支援の充実を目指し活動を継続していきたい。

56-2　排泄ケア②

排尿自立支援チーム対象患者の膀胱留置カテーテル抜去後のスコア変化と尿路感染症発生関連因子の検証

1 滋賀県・ひかり病院、2 北陸大学　医療保健学部　理学療法学科、3 彦根中央病院　脳神経外科

○河面（こうも）　雅俊（まさとし）（理学療法士）[1]、合田　明生[2]、牧　貴紀[3]、松田　潤子[1]、中川　果澄[1]、中村　佳央[1]、楠本　雅美[1]

【はじめに】

当院では、膀胱留置カテーテル挿入患者の排尿に関するQOL向上のために、排尿自立支援チーム（以下排尿チーム）が活動している。本研究の目的は、当院排尿自立支援チーム対象患者の膀胱留置カテーテル抜去後のスコアの変化と尿路感染症発生関連因子について検証をおこない、チーム活動の有効性について検討することとした。

【方法】

対象は2024年4月から2026年3月の期間に当院の慢性期病棟、地域包括ケア病床に入院した膀胱留置カテーテル挿入患者（年齢85.8±8.2歳）とした。本研究は後方視的研究である。データは排尿チームで作成している患者一覧より収集・算出した。項目は介入開始と終了時の排尿自立スコア、下部尿路機能障害スコアの各点数とその変化量（終了時-開始時）、年齢、留置日数、日常生活活動動作（以下ADL）自立度、尿路感染症発症の有無を収集した。

統計解析は①排尿自立・下部尿路機能障害スコアの開始時と終了時のスコア推移の検証に、対応のあるWilcoxon符号付順位検定を行った。またスコアの維持・改善に関連する因子の探索のために、重回帰およびロジスティック回帰分析を行った。②尿路感染症発症関連因子の検証のために、尿路感染発生の有無を従属変数とし、留置日数、年齢、留置理由（相対的：医学的に抜去可能/非相対的）、ADL自立度を独立変数とした二値ロジスティック回帰分析を実施した。有意水準は5%とした。

【結果】

①スコアの検証

解析対象は開始時・終了時データが揃った47例で、いずれのスコアも有意な変化が認められた。排尿自立スコアの変化量のうち、低下14例、上昇2例、変化なし31例であった（$Z=-2.879$、$p=0.0040$）。下部尿路機能障害のスコア変化量のうち低下18例、上昇3例、変化なし26例であった（$Z=-3.381$、$p=0.00072$）。また、重度寝たきり層で維持・改善と関連する傾向が見られた（OR=4.91）。

②尿路感染症発症関連因子の検証

解析対象は尿路感染症解析に必要なデータが得られた142例で、モデル全体としては有意水準には達しなかった。個別因子として留置日数が尿路感染発生と有意に関連していた（オッズ比1.005、95%信頼区間1.001～1.010、p値0.0149）

【考察】

①各スコア

排尿自立スコアおよび下部尿路機能スコアは点数低下が状態の改善を示している。いずれのスコアにおいても、開始から最終にかけて点数が低下し、介入後に改善方向の変化が認められた。排尿チーム介入が排尿関連機能の維持・改善に寄与している可能性を示唆している。

②尿路感染症発症関連因子

膀胱留置カテーテル留置期間が1日延長するごとに尿路感染発生のオッズがわずかに上昇することを示していた。留置期間が長期化するほど感染リスクが累積的に高まる可能性が示唆された。一方で、年齢、留置理由、ADL自立度は尿路感染発生と有意な関連を示さなかった。探索的には、尿路感染リスクを低減するうえでは、患者背景よりも膀胱留置カテーテル留置期間短縮の重要性が示唆された。

【まとめ】

今後も排尿チームとして、患者の排尿ケアに介入するとともに、早期から膀胱留置カテーテルの抜去に向けて評価・介入し、尿路感染発症リスク低減を目指していく必要がある。本研究の結果は限定的であり、今後は症例数を蓄積し、患者背景や重症度を調整したうえで検証していく必要がある。

56-3　排泄ケア②

高機能パッド導入による排泄ケアの質の向上と業務効率化

福岡県・若久サテライトビレッジ

○四牟田（しむた）　千恵（ちえ）（介護福祉士）

高機能パッド導入による排泄ケアの質の向上と業務効率化

社会福祉法人久英会　若久サテライトビレッジ
四牟田　千恵（介護福祉士）

【目的】

特別養護老人ホームにおける排泄ケアは、必要不可欠なケアであり多大な労力と時間を要する業務となっている。また夜間の排泄ケアは睡眠中断による利用者の QOL 低下の一因ともなっている。本研究は、従来品の値上げを契機とした高機能パッドへの見直しを通じ、排泄ケアに要する時間及びコストの削減と、ケアの質の向上を図ることを目的とする。

【方法】

R7 年 3 月よりモニターテスト期間を経て使用を開始。モニターテストでは排泄状況に応じたパッド選定を行い、漏れと正しい装着、洗浄方法についての研修を実施し 6 月から導入した。皮膚状態と排便状況が安定している入所者を対象に交換頻度を 4 回から 2 回へ変更した。定期的な排泄ミーティングで使用状況の確認、スキントラブル発生の有無、交換回数の変更等の評価を実施し以下の調査を行った。

期間：R7 年 6 月～R7 年 11 月

対象者：特別養護老人ホーム入所者延べ 165 名（うち 2 回交換実施：延べ 80 名）

内容：①排泄関連用品使用量、コスト、排泄ケアに要する一日の時間数（対前年同期間）②2 回交換者を対象に導入前後の褥瘡及び尿路感染症発生者数の調査。

【結果】

排泄関連用品使用量比較は導入前：月平均 15,359 枚、導入後：月平均 13,093 枚使用し 2,266 枚減少した。（使用量：－17%、コスト：-15%）排泄ケアに要する時間的評価は、導入前：7 時間 50 分（470 分）、導入後：4 時間 2 分（242 分）となり 3 時間 48 分（228 分）の時間的削減となった。2 回交換者の褥瘡発生者数導入前後なし、尿路感染症発生者数導入前：5 名、導入後：3 名となった。

【考察】

高機能パッドの導入によりコストと時間の削減が実現した。同時に排泄用品の選定やケアの手技について学ぶ機会を得たことでスキントラブルや感染症の発生低減が示唆された。低頻度交換はケアの質の向上と同時に「228 分」の時間を削減し職員の負担軽減に繋がり介護のゆとりを創出した。ゆとりの「228 分」はレクリエーション、リハビリテーション等の個別ケアの充実に期待できる効果と考えられる。排便が継続するケースは未だに高頻度交換を実施しており排便コントロールも同時に解決するべき課題となった。

【まとめ】

高機能パッドの導入によりコスト・時間の削減が可能となった。今後も定期的な研修を実施し排泄ケアの更なる質の向上、業務改善を図っていきたい。

56-4　排泄ケア②

Simple is the Best〜おむつ交換の基本に戻って見えたもの〜

福岡県・水城病院　介護医療院

○秋光（あきみつ）　留美（るみ）（介護福祉士）、山下　禎代

【目的】
①オムツ交換手技の向上・汚染の減少
②オムツ・パッド類の適正使用が出来る
【方法】
①オムツに関する勉強会の開催（サイズ選びのポイント、基本的な当て方など）
②全入所者様を対象にした汚染調査（汚染の原因を探り改善策を考える）
③オムツ・パッドの見直し及び統一（適正サイズのカバー・パッドの選定）
④オムツ交換時のルールの明確化（2 人介助の徹底）
⑤アンケート調査（オムツ交換で困っていることや汚染の現状など）
【結果・考察】
業者による勉強会でオムツの構造・機能など再確認できスタッフの意識付けのきっかけとなった。基本に沿った丁寧なケア（オムツ交換）を意識し、汚染調査では汚染の回数が 40 件から 14 件にまで減少する結果となった。しかし、取り組み後半には再度、汚染が増加傾向となった。要因として、時間の経過や慣れに伴うスタッフの意識低下があるかもしれない。
一定数の汚染は続いており、十分な手技の向上や汚染の減少には至らなかったが≪汚染の原因を考える≫姿が見られるようなった。それは大きな成果であり目標達成に向けて前進出来た。
原則、パッドは 1 枚対応としたが著しい汚染の増加はなく、取り組み前は吸収量の多いパッドに頼りすぎていたのかもしれない。1 枚使用とした事で皮膚の観察も密に行えるようになった。
スタッフのオムツ交換に対する不安の内容には手技的なものだけではなく、身体的負担や職場環境に関するものもあった。2 名介助などのルールを明確化した事で「身体的負担が減った」「汚染したら・・・というプレッシャーが減った」などの意見があり、オムツ交換に対する不安の軽減に繋げる事が出来た。
また、オムツ・パッド類の適正使用により、コスト面においても良い結果が得られた。
その経過を報告する。
【結論】
今回の取り組みで＜基本に戻る＞＜継続いていく＞ことの大切さを知る事が出来た。
今後も、＜丁寧なケア＞を提供出来るよう基本を大事にすると共に風通しの良い職場環境の構築に取り組んでいきたい。

56-5　排泄ケア②

H 様の排泄支援を通して学んだ意思決定支援～本人の希望と安全確保の両立を目指して～

福岡県・新栄会病院

（してぃ　ぬる　えりさ）
○シティ　ヌル　エリサ（介護職）

【目的】
高齢患者に対する意思決定支援においては、安全確保と本人の意思尊重の両立が重要な課題となる。本事例では、夜間のオムツ使用を拒否し、トイレでの排泄を希望した 99 歳女性患者に対し、排泄支援を通して本人の意思を尊重した介護を実践した。その過程を振り返り、患者の尊厳と安全性を両立させる意思決定支援のあり方について考察することを目的とした。
【方法】
対象は 99 歳女性 H 様である。若年期に企業の経理部門で約 20 年間勤務し、自立した生活を送っていた。加齢および認知機能の低下により一部介助を要する状態であったが、排泄については自立への意欲が高く、「夜はオムツをしたくない」「夜もトイレでしたい」と希望されていた。夜間排尿回数は 4～8 回であり、移動時の転倒やベッドからの滑落リスクが高かった。そこで、本人の意思を尊重しながら安全を確保するため、病室内にポータブルトイレを設置し、センサーマットの活用や環境整備を行った。また、必要時には見守りや介助を実施し、下肢痛や歩行状態を継続的に観察した。
【結果】
環境調整を中心とした支援を実施した結果、H 様は夜間もポータブルトイレを使用して排泄することが可能となった。オムツを前提としない支援により、自ら排泄できたことへの安心感と満足感が得られ、支援後には安心した表情で微笑み、「ありがとうございます」と感謝の言葉が聞かれた。また、自尊心の維持や排泄に対する自信の回復がうかがえた。一方で、転倒などの重大な事故は発生せず、安全面も確保することができた。
【考察】
本事例を通して、意思決定支援とは単に患者の希望を受け入れることではなく、患者の価値観や生活歴を理解し、その人らしい生活の実現を支援することであると考えた。医療・介護現場では安全確保が優先されやすいが、安全のみを重視すると患者の尊厳や自己決定が損なわれる可能性がある。H 様は長年自立した生活を送ってきた背景があり、排泄行為は自身の尊厳に深く関わるものであった。そのため、オムツ使用を前提とするのではなく、環境調整や見守り体制を整えることで、自立と安全の両立を図ることができた。患者が持つ能力を適切に評価し、多職種と連携しながら環境を整備することが、患者中心のケアを実現するうえで重要であると示唆された。
【結論】
高齢患者の意思決定支援においては、患者の意思や価値観を尊重しながら安全を確保することが重要である。本事例では、環境調整を行うことで自立した排泄行動を支援し、尊厳と QOL の維持につなげることができた。今後も患者の意思を起点とした支援を実践し、その人らしい生活を支える介護を提供していきたい。

56-6　排泄ケア②

療養病棟において患者の排便状況と看護師の排便管理意識に対し、腹部マッサージ導入がもたらす影響

東京都・牧田リハビリテーション病院

○宮田（みやた）　有沙（ありさ）（看護師）

I. はじめに

対象病棟は看護体制が 20：1 の医療型療養病棟であり, 過半数の患者が便秘である. 重要な介助の 1 つである排便管理で求められることは, 個別性のある管理だが, 対象病棟では大半の患者に対して一律の対応がなされている. その方法では, 十分な排便が得られず繰り返し下剤投与が必要となる場合もあり, このような薬物に依存した排便管理について疑問を抱いた.

II. 研究目的

1. 腹部マッサージを慢性期患者に導入した影響
2. 看護師の排便支援に関する意識変化

III. 研究方法

1. 研究期間：2025 年 7 月 1 日～2025 年 8 月 31 日
2. 研究対象：療養病棟に入院中の患者 6 名（うち 1 名中止），療養病棟所属の看護師 28 名
3. データ収集方法：①勉強会開催, 腹部マッサージ方法の掲示②事前アンケート実施③介入前の排便状況観察④1 回/日、腹部マッサージ実施. 介入前後での患者観察・記録の実施. ⑤事後アンケート実施.
4, データ分析方法：介入期間前後の排便状況, アンケート結果の数値比較
5, 倫理的配慮：牧田総合病院倫理委員会の許可を得た

IV. 研究結果

腹部マッサージの効果に個人差はあるものの, 全体的に便性状が有形化し, 対象者のうち 3 名に下剤使用回数の減少がみられた. アンケート結果では, 介入期間を経て腹部マッサージを継続したいと思った看護師が 77% いた一方で,「時間の確保が困難と感じる」などの理由から 23% の看護師が思わないと回答した.

V. 考察

研究結果より, 腹部マッサージは排便状況改善に一定の効果がある一方で, 単独介入では個人差が大きいことが示唆された. そのため長期臥床患者の慢性便秘は, 看護介入だけでなく多職種協働が不可欠であると考える. また事前アンケートから, 必要性は理解しているものの, 現場の構造的・習慣的要因から実践に結びつきにくい現状があると推察される. しかし事後アンケート結果から腹部マッサージの導入は看護師が専門性を再認識し, 主体的な関与を高めるための重要なモチベーションとなったのではないかと推測する. それに加え, 介入中の患者の反応から, 腹部マッサージは生理的効果だけでなく, 心理的安定やリラクゼーション効果をもたらす「触れるケア」としての看護的意義を示唆している. 本研究への参加を通し, 今後患者に直接触れるケアを行う機会が増えることで, 細かな変化の気づきやケアの充実につながることを期待する.

VI. 結論

療養病棟において, 個人差はあるが腹部マッサージが排便性状の改善に一定の効果を示すこと,「触れるケア」で得られた関心が, 看護師が専門的関与の重要性を改めて認識し, 主体性を再確認する契機となった.

参考文献

1）便秘の介護老人保健施設臥床入所者に対する腹部マッサージでの有効性に関する検討
市原英里奈, 古俣真美, 岡田尚子, 富井里美, 大杉伸一郎（2016）厚生連医誌　第 25 巻 1 号 6～11　7

56-7　排泄ケア②

陰部洗浄から陰部清拭への変更による業務効率化の効果と課題

広島県・島の病院おおたに

○浜野（はまの）　順子（じゅんこ）（看護師）

【目的】

当院は、回復期リハビリテーション病棟（40 床）、療養病棟（療養病床 14 床・地域包括ケア病床（42 床）を有しており、地域医療の中核を担っています。中でも、療養病床は 8 割以上が日常生活自立度 C1～C2 レベルであり、朝の排泄ケアに準備から後片付けまで 1 時間以上の時間を要している。療養病床の陰部洗浄は、微温湯 200 ml で洗浄後、専用のホットタオルで拭き取る方法でケアを行っている。実際にこの方法で清潔ケアが確実に行えているのか、また、排泄ケアにかかる時間を短縮できないかと、陰部清拭用ワイプを使用した陰部清拭（以降、陰部清拭とする）への変更の業務効率化の効果と課題について明らかにする。

【方法】

実施期間：2025 年 10 月 1 日～3 月 15 日

まずは、療養病棟に入院中の 20 名の患者を対象に、日常の陰部洗浄の評価を行った。陰部洗浄後に、陰部清拭用ワイプを使用して残存汚染の有無を確認した。次に、陰部洗浄と陰部清拭の費用対効果を比較し、全病棟で陰部清拭を実施した。評価として、看護師 39 名、看護補助者 15 名にアンケート調査を行った。内容としては、①時間短縮につながったか②ワイプの使用感はどうだったか③身体的負担の軽減につながったか④皮膚トラブルの有無はあったか⑤総合的評価について⑥陰部清拭をこれからも継続していきたいか、の 6 項目について評価した。【結果】

陰部洗浄後に陰部清拭を行った結果、7 割の患者から陰部清拭用ワイプに便や皮脂の汚れが確認できた。陰部洗浄と陰部清拭の費用対効果では、㋐ケアに使用する品目が 2 品目少なくなった㋑ゴミの量が軽減した　変更前 10.1±1.1kg　変更後 6.4±1.4㋒準備～後片付けまでの時間が短縮　変更前 95±10 分　変更後 43±10 分㋓コストが軽減　介入前 74.5±29.7 円　介入後 43±20 円であった。看護師と看護補助者からのアンケート調査結果では、最も多い回答として①やや短縮できた 57%②やや使いやす 52%③変わらない 52%④変わらない 52%⑤良い 43%⑥どちらとも言えない 56% の回答が得られた。

【考察】

当院の陰部洗浄は、微温湯で流す、残った水分をホットタオルで拭き取るといった工程を行ってきた。その工程後に陰部清拭で残存汚染が確認できたということは、これまでの陰部洗浄は有効でないといえる。陰部清拭用ワイプは、洗浄・保湿・保護の 3 つの工程を 1 枚のワイプにまとめている。そのため、業務効率化の効果が得られたと考える。しかし、アンケート調査による結果では、陰部洗浄による清浄化の方が有効性が高いと認識しているスタッフが多いことがわかった。このことから、陰部清拭する工程での手技的なバラつきがあり、思った以上の結果が得られていないと評価していることが陰部清拭の継続に抵抗感があると考える。

【結論】

陰部洗浄から陰部清拭へ変更した結果、業務効率化の効果があることがわかった。しかし、スタッフ間では陰部清拭の有効性を十分に実感できていなかった。陰部清拭を継続していくためには、定期的なラウンドや指導を行い、陰部清拭を標準化していくことが今後の課題である。

57-1　排泄ケア③

介護職員への行動変容を促す膀胱留置カテーテル管理教育の効果と課題

富山県・流杉病院

○谷川（たにかわ）　かおり（看護師）、石伊　京子、清水　直美、塚田　信子、大森　みどり、折原　正周、秋山　唯

【背景・目的】

当院の療養病棟の入院患者の約 80% 以上が日常生活自立度 C1・C2 に該当する高齢者で，その 15% 近くが膀胱留置カテーテル管理を必要とする. 膀胱留置カテーテルの屈曲や尿の逆流を伴う不適切な管理は, 尿路感染症（CAUTI）のリスクの増大が懸念された．今回，介護職員を対象に CAUTI の減少を目的に膀胱留置カテーテルの適正管理に関する研修を実施し，理解度および実施率の向上の取り組みを行った.

【方法】

対象は介護職員 15 名（男性 1 名，女性 14 名）．膀胱留置カテーテルの適切な管理方法に関する研修を実施し，研修前後での 1. カテーテルの屈曲・圧迫防止，2. 移乗・移動時の尿バッグ低位保持の 2 項目について観察し，適正管理実施状況および理解度を調査した.

【結果】

管理理解度は，研修前にはカテーテルの屈曲・圧迫防止および移乗・移動時の尿バッグ低位保持の両項目を共に理解していた者は 6.7%（1 名）のみであったが，研修後には 100%（全員）が理解していると評価され，理解度の大幅な向上が確認された.

実施率は，1. 屈曲・圧迫防止が 94.4%（162 回中 9 回不適切）から 95.0%（161 回中 8 回不適切）と研修前後とも高い水準で実施できていた．2. 尿バッグ低位保持は 66.7%（30 回中 10 回不適切）から 93.3%（30 回中 2 回不適切）へ改善した.

【考察】

カテーテルの屈曲・圧迫防止については, 研修前の理解度は低かったが, 観察時の実施率は高く適切に行われていた．一方，尿バッグ低位保持については，尿逆流への理解不足に加え，移乗・移動時は不適切な実施が継続していた可能性が考えられた. 研修を実施したことで, 具体的なリスクが理解できるようになり行動変容につながりやすかったと考えられた．しかし，実施状況に関しては，観察場面でのホーソン効果の影響と研修直後であったことの可能性がある. 研修直後も不適切な実施が残存していることもあり, 業務多忙時の失念の影響も考えられるため行動定着を促す仕組みや定期的な研修および啓発活動も考慮する必要がある. また, 研修対象者を拡大し, 全職種に知識の再確認の機会を設けることで, 病院全体で膀胱留置カテーテル適正管理のさらなる向上を図りたい.

57-2　排泄ケア③

長期臥床患者の下痢の改善に介入した事例研究

沖縄県・嶺井第二病院まちなと

○與那嶺（よなみね）　留美子（るみこ）（看護師）、仲宗根　友実

目的：排便コントロールに苦渋している患者に対し、個別性の高い実践について可視化し考察する。

方法：長期臥床により下痢が続いている患者1名を看護記録に記載されている排便の頻度、便性状ブリストルスケール（以下スケールと称す）、排泄周期の把握、食事内容、排泄ケア時の処置の有無についての令和7年4月9日～7月10日までのデータを用いて、食事の見直しをすることで、対象の下痢が減少し、排便コントロールの改善につながるのかを研究した。

結果：（事例紹介）対象A　50代男性　ADL全介助　H23年～低酸素脳症にて寝たきりとなる。低アルブミン血症の診断あり。4/9～4/15まではスケール6～7番の排便が1日1～2回あり、下痢に伴う皮膚トラブルの悪化が観られた。管理栄養士から、1日に必要な食物繊維が20gのところ、対象Aは2g程度しか摂取できていないと指摘があり、4/16～食物繊維の多い流動食に変更した。その後、下痢が改善傾向へ向かった。しかし、胃瘻漏れがあり5/20～半固形状の流動食へ変更した。その結果、スケール4番～6番便が1日1回観られた。便性状が整ったことで皮膚トラブルが軽快し、7/1～陰部の処置が1日2回から1回へ変更された。

考察：栄養士からの助言で対象Aの経管栄養食を食物繊維が含まれた経管栄養食に変更することで下痢が改善した。今回の研究では、対象者に不足している栄養素を摂取するため、経管栄養食を変更したことで、排便コントロールの改善、皮膚トラブルの軽快につながった。西村は、「排泄ケアは多岐にわたるため、このことでよいチームを作ることができれば、ほかのケアもうまくいくことが多い」と述べている。[1)]看護師だけでなく、多職種がかかわることで、排便コントロールを改善し、排便による対象Aの負担の軽減、皮膚トラブルの軽快、排便回数の減少による職員の負担軽減につなげることができたと考える。

結論：排便コントロールを行うために大切なことは、看護師の排便コントロールに対する意識と、多職種が関わり様々な視点を持つことだと考える。そのためには、「その患者にとって良い排便コントロール」について知識や情報を共有しケアを継続していくことが重要である。それが成功につながればその情報を広げていき、さらに排便コントロールの必要性を組織全体に繋げ、看護の質、医療の質向上につながると考える。

57-3　排泄ケア③

King's Stool Chart を用いた排便アセスメントの可視化と個別性に応じた排便管理への取り組み

千葉県・初富保健病院

○小笹（おざさ）　恵里子（えりこ）（看護師）、宇梶　智子、久住　紅子、板倉　信義

【背景】

当院は医療療養病床および併設型介護医療院を有する高齢者ケア特化型施設である。患者・入所者は障害高齢者の日常生活自立度Ｂ・Ｃが90% を占め、約 98% がオムツによる排泄管理を行っている。従来は「排便が 2 日間ない場合に下剤投与、3 日目に浣腸」という画一的な排便コントロールを行っていた。しかし、個々の排便状況や便性状のアセスメントを欠いた介入は、不必要な下剤投与や浣腸を招き、職員の業務負担を増加させるだけでなく、患者の身体的苦痛や QOL 低下を引き起こしていた。本来、排泄ケアは患者・入所者の尊厳に深く関わる核心的なケアであり、個別性を無視した一律の介入はその尊厳を脅かしかねない。

そこで、King's Stool Chart（以下、KSC）を導入し、排便性状を客観的に評価・可視化することで、大腸刺激性緩下剤の適正使用と、個別性に応じた排便コントロールの実践を目指し本取り組みを実施した。

【方法】

期間：2025 年 4 月～2026 年 3 月

対象：入院・入所中の全患者・入所者 看護部業務委員会が中心となり、以下の手順で実施した。

1. KSC による排便評価基準を導入し、全職員へ周知した。
2. 月間排便表を用い、全対象者の下剤使用状況および排便性状（KSC 評価）を記録した。
3. 大腸刺激性緩下剤の適正使用に関する研修に加え、消化管通過時間と各部位における便性状の変化に関する教育を実施した。
4. 排便コントロール困難事例を抽出し、業務委員会担当師長が病棟スタッフへ個別指導を行った。
5. 毎月、月間排便表から大腸刺激性緩下剤の使用状況や排便状況をモニタリングした。
6. 取り組み前後で、排便コントロールに対する職員の認識変化を把握するためグループワークを実施した。

【結果】

1. KSC の活用により、月間排便表を用いた排便コントロールの可視化が定着した。
2. 大腸刺激性緩下剤の使用量と回数は減少した。ただし、病棟間で減少幅に差が見られた。
3. 便性状を根拠とした介入により、水様便が減少し、適正な便性状の割合が増加した。
4. グループワークでは、「便性状を根拠にコントロールを考えるようになった」

「画一的な下剤投与を見直す意識が高まった」など、職員のアセスメント意識の向上が確認された。

5. 困難事例への個別介入では不必要な下剤使用が是正された。また、消化管通過時間を考慮した投与時間変更により夜間排便が減少し、患者・入所者の良眠（夜間睡眠の確保）につながる効果を認めた。

【考察】

KSC の導入により、排便回数（量）だけでなく便性状（質）を客観的に評価・共有できるようになり、職員のアセスメント能力が向上した。これが画一的ケアから個別性を重視した排便コントロールへの意識変容を促し、大腸刺激性緩下剤の適正使用に繋がったと考える。病棟間の差については、病棟特性やスタッフの理解度・実践状況の違いが影響した可能性が示唆された。一方、個別支援において下剤の投与時間調整により夜間排便を減少させ良眠を確保できたことは、患者の身体的・精神的苦痛の緩和に寄与した。オムツ内での不快な夜間排便を減らし、穏やかな睡眠環境を守ることは、患者・入所者の尊厳に配慮したケアの具現化であり、QOL 向上に直結する極めて有意義な成果であった。

【結論】

KSC を活用した排便の可視化と継続的な教育・相談体制は、適切な排便アセスメントを促進し、尊厳を守る個別性に応じた排便コントロールの実践に有用である。

今後は病棟間の実践状況の差を分析し、継続的なフィードバックを行うことで、施設全体における排便ケアのさらなる質向上につなげたい。

57-4　排泄ケア③

当院における排尿自立指導の現状と今後の課題

1 大分県・和田病院　泌尿器科、2 和田病院　看護部、3 和田病院　リハビリテーション課

○和田（わだ）　浩治（こうじ）（医師）[1]、矢野　真理[2]、河野　優美[2]、高橋　恵子[2]、上村　志保[2]、末延　沙弓里[2]、
釜口　玲奈[3]、山崎　直充[3]

【目的】当院は、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療型療養病棟を有する病床数 104 床のケアミックス病院である。2016 年 4 月より排尿自立指導料が保険収載され、当院では 2019 年 1 月より排尿自立指導に取り組んでいる。当院における排尿自立指導の現状と今後の課題について述べる。

【対象と方法】2019 年 1 月から 2026 年 6 月までの期間で、当院入院中に排尿自立指導を実施し、指導料を算定した 466 症例に関して、その患者背景や実績を算出した。

【結果】性別は、男性が 125 例（28.1％）、女性が 321 例（71.9％）、平均年齢は 85.4 歳であった。他院より、回復期リハビリテーション目的や長期療養目的で転院となった症例の内、尿道カテーテル留置を行われていた症例は 88 例（18.8％）であった。尿道カテーテル留置の原因となった疾患群の内訳は、腎泌尿器科疾患が 129 例（28.8％）、整形外科疾患が 113 例（25.2％）、脳血管疾患が 53 例（11.8％）、心疾患が 40 例（8.9％）、呼吸器疾患が 40 例（8.9％）、消化器疾患が 34 例（7.6％）、その他が 39 例（8.7％）であった。尿道カテーテル留置期間は、平均 25.2 日間（留置期間不明の 60 例を除く）、排尿自立指導回数は計 822 回、平均 1.9 回であった。尿道カテーテル抜去後の転帰としては、カテーテル・フリーとなった症例は 432 例（96.9％）、カテーテル留置管理となった症例は 14 例（3.1％）、自己、もしくは介助者による間欠導尿の症例は 6 例（1.3％）。カテーテル抜去後に、有熱性尿路感染症を併発した症例は 5 例（1.1％）であった。

【考察】尿路感染症は、院内感染において最も多い感染症で、医療関連感染全体の 36％ を占め、その内 66～86％ が、尿道留置カテーテルなどの医療器具が原因とされる。カテーテル留置期間の約半分は留置が必要ないという報告があるが、当院での取り組みでは、カテーテル留置症例の 96.9％ がカテーテル抜去可能であった。ただし、カテーテル抜去が可能となっても、ADL 低下によりトイレでの自立した排泄が困難なため、オムツ着用を必要とする患者が多いのが実情である。今後は一人でも多くオムツ外しが可能となるように、リハビリテーションを中心とした多職種共同での排泄ケアに取り組んでいきたい。

57-5　排泄ケア③

その陰部洗浄、もっときれいに、もっと楽に!!〜泡洗浄剤を活用した排泄ケア改善の実践報告〜

愛媛県・松山リハビリテーション病院

○河野（こうの）　好紀（よしのり）（介護福祉士）、泉　由紀恵、寺尾　直子

＜目的＞

陰部洗浄を、陰洗ボトルによる流水式から泡洗浄剤を使用した拭き取り式に変更することで、泡洗浄剤導入前後のオムツ交換時間、コスト、尿路感染症の増加の有無、皮膚状態の悪化がないかなど比較検証をする。

＜方法＞

陰部洗浄方法を、陰洗ボトルによるオムツ交換時と泡洗浄剤を導入後の方法・時間・コスト・尿路感染率を比較する。職員に対して泡洗浄剤導入前後の業務負担の変化、患者への影響等の意識調査を実施した。

＜倫理的配慮＞

本調査への協力は任意とし、アンケートによる回答によって個人が特定され不利益が生じることはないことを書面で説明したうえで実施した。

＜結果＞

尿路感染率（1000 人当たり）は、泡洗浄剤使用前の 4.96 人から使用後は 4.56 人であった。オムツ交換時に使用したオシボリ・洗浄シートの数は、ともに使用開始 2 週間後の方が減少し、金額にしてオシボリ　−16391 円、洗浄シート　−4089 円のコストダウンも見られた。職員アンケートでも、時間・業務負担について以前よりも短縮されたと感じる職員は 95%、負担が軽くなったと感じている職員が 91%。また、患者への影響とケアの質についても、陰部の清潔が十分に保てていると感じると回答した職員が 82%。泡洗浄剤の方がお湯での洗浄に比べて簡単で扱いやすいかという問いには、95% が強く思う・そう思うとそれぞれ回答した。

＜考察＞

尿路感染率は使用前からと比べ大きく低下したとは言えないが、使用前から病棟全体で適切なオムツ手技、管理が実践できていたため、泡洗浄剤を導入しても大きな差が出なかった可能性が高い。コスト面では、泡での拭き取りとなった分、数回の拭き取りで便の除去が可能となり、流水による水分が少なくなった分、洗浄シート・オシボリの使用枚数の削減に繋がったと考える。また、お湯ボトルの準備、片付け、管理が無くなったことで、これらに掛かっていた時間の短縮ができ、その分患者ケアに時間を使えたこと。また、泡洗浄剤の方が、お湯と違い使用時の飛び散りでのシーツ汚染もなく扱いやすく、便や尿の臭いも抑えられたことなどが職員の精神的なゆとりに繋がった。

＜結論＞

本研究では、オムツ交換時の陰部洗浄をお湯ボトル洗浄から泡洗浄剤に変更することで、皮膚トラブル、尿路感染の増加もなく患者の陰部、臀部の清潔が保たれた。ボトルの準備、片付け、管理の業務負担の軽減、コストの削減もでき、職員・患者双方に有益な状態をもたらした。

57-6　排泄ケア③

オムツ交換の困りごとの軽減に向けたオムツフィッター活動

大阪府・多根第二病院

○外山（とやま）　由美（ゆみ）（看護補助者）、金井　恵美

【目的】
A 病院は医療療養型病院であり、医療依存度が高く寝たきりの患者が多く入院している。多くの患者はオムツ内での排泄を余儀なくされており、中でも股関節拘縮を有する患者が多く、オムツからの尿や便の漏れが問題となっていた。そこで全スタッフを対象に「オムツ交換に関する困りごとアンケート」を実施したところ、困った経験があると回答したスタッフは 90.6% であった。内容としては「オムツからの漏れ」が 92.8% と最も多く、次いで「オムツサイズの選定」が 43.3%、「正しいオムツの当て方」が 39.2% であった。本活動では、これらの困りごとの要因に着目し、オムツフィッターによる教育的介入を行い、その効果について検討することを目的とした。
【方法】
期間：2025 年 7 月～2026 年 6 月
対象：看護師 46 名、ナースエイド 47 名
方法：①各病棟において適切なオムツのサイズ選定および当て方に関する勉強会を実施した。②勉強会に参加できなかったスタッフに対し、 OJT による個別指導を行った。 ③オムツ交換技術の習得状況を確認するため、技術チェックを実施した。④活動後、オムツ交換に関するアンケート調査を実施した。
【結果】
技術チェックでは、基本的なサイズ選定ができる者が 92.5%、正しいオムツの当て方ができる者が 84.9% であった。また、股関節拘縮のある患者に対して正しいオムツの当て方ができる者は 82% であった。アンケートでは、サイズ選定について「できる・ある程度できる」が 71%、「時々迷う」が 24.3%、「あまりできない・できない」が 4.3% であった。正しい当て方については「できる・ある程度できる」が 84.1%、「時々迷う」が 12.9%、「あまりできない・できない」が 2.8% であった。
【考察】
技術チェックにおいて高い達成率がみられたことから、今回の介入により基礎的な知識および技術の習得につながったと考えられた。一方で、アンケートでは「時々迷う」と回答したスタッフも一定数みられ、知識として理解していても、実際のケア場面では判断に迷うことがあると考えられた。特にサイズ選定は主観評価がやや低く、患者の状態に応じた応用的な判断の難しさが影響している可能性が示唆された。また、股関節拘縮のある患者に対する当て方については一定の習得がみられたものの、基本的な当て方と比較すると難易度が高く、今後も継続した指導が必要であると考えられた。本活動では「困りごと」の再評価は行っていないが、その要因となる技術や認識の向上が確認されたことから、困りごとの軽減につながる可能性があると考えられた。
【結論】
オムツフィッターによる勉強会および技術チェックの実施は、スタッフの知識・技術の向上とケアへの自信につながり、オムツ交換に関する困りごとの軽減に寄与する可能性が示唆された。

57-7　排泄ケア③

特別養護老人ホームにおけるサンファイバーおよびMCTオイル添加が排便状況に与える影響

神奈川県・介護老人福祉施設　ケアホーム三浦

○角田（つのだ）　幸恵（さちえ）（管理栄養士）

［目的］
高齢者施設では、便秘に対して屯用下剤が使用されることが多い。しかし、下剤への依存は利用者の自然排便を妨げる可能性があり、排便コントロールの改善は、おむつから布パンツへの移行など排泄自立支援にも重要である。サンファイバー（グァーガム分解物）は腸内環境の改善が期待され、MCTオイルは消化吸収に優れ、腸管運動への作用が報告されている。本研究ではサンファイバーおよびMCTオイルの食事への添加、排便状況および屯用下剤使用に与える影響について検討した。
［方法］
対象は、2025年1月時点で特別養護老人ホームに入所していた利用者のうち、屯用下剤を使用していた44名とした。対象者に対し、サンファイバーを1日3回大さじ1杯ずつ（約15g/日）、MCTオイルを1日1回小さじ1杯（約5ml）付加した。介入前後それぞれ1か月間の排便状況および屯用下剤使用状況を比較した。評価項目は排便回数および屯用下剤使用回数とした。
［結果］
介入前後の1か月で排便回数の平均は9.7回から10.6回へ増加した。排便回数が増加した対象者は36.4%であった。一方、屯用下剤使用回数の平均は4.6回から4.1回へ減少し、下剤使用回数が減少した対象者は43.2%であった。また排便回数の増加と下剤使用回数の減少の両方が認められた対象者は20.5%であった。介入期間中、大きな有害事象は認められなかった。
［考察］
サンファイバーとMCTオイルの併用は、自然排便を促進し、排便コントロールの改善につながる可能性が示唆された。その結果、一部の対象者では屯用下剤使用回数の減少にもつながったと考えられる。一方、本研究は対象群を設けていないため、介護職員の排便確認や下剤使用判断などの影響を完全には排除できない。また、介入期間が1か月と短期間であり、対象者の基礎疾患や活動量などの背景因子についても十分な検討は行えていない。
［結論］
サンファイバーおよびMCTオイルの食事への添加は、排便回数の増加と屯用下剤使用回数の減少に寄与する可能性が示された。排便コントロールの改善は、排泄自立支援や利用者のQOL向上にもつながる可能性があり、高齢者施設における栄養介入の一手段として有用であると考えられた。今後は対象群を設けた研究や長期的な介入による効果の検証が必要である。

58-1　医療ソーシャルワーク①

多重課題がある患者のニーズに応える退院支援～地域資源を組み合わせ、新たな住まいへ退院できた一例～

広島県・小畠病院

○和田（わだ）　美由紀（みゆき）（社会福祉士）、松本　美喜、佐藤　千秋

【はじめに】当院は地域包括ケア病床52床、医療療養病床59床を有する地域密着型病院である。近年、身寄りが乏しく認知症や生活困窮など複合的課題を抱える患者支援が増加している。
【目的】生活背景が不明で緊急入院した患者に対し、多重課題が明らかとなる中で、地域資源を模索し本人・家族のニーズに応じた退院支援を行った経過を振り返る。
【方法】ケーススタディ
【事例】70歳代男性。X年10月、自宅で食欲不振・体動困難となり、地域包括支援センター職員（以下、包括）からの救急要請により入院した。入院時の障害自立度はC2、認知症自立度はⅠであった。かかりつけ医はなく、身寄りは50歳代の妻のみであった。妻は「難しいことは分かりません」と理解力に乏しく、知的障害が疑われた。所持金は500円で、食料にも困窮していた。生活保護は未受給であったが、生活困窮者自立支援センターの関与があった。以前の住居を家賃滞納の末、退去となり車中泊を経て、自立支援センターへ相談後、入居したアパートで生活していた。本入院を契機に多重課題が顕在化した。
【経過】入院と同時に介護保険と生活保護の申請を行い、妻の療育手帳取得に向け、保健師や包括と連携した。課題整理を進める中で、状況説明や夫婦の意向把握に難渋する場面もあり、意思決定支援は段階的に確認を行った。ADL改善は乏しく認知機能低下の進行も認め、自宅（エレベーターのないアパート5階）への退院は困難であった。しかし、夫婦共に「どこで暮らすことになっても一緒に暮らしたい」という希望が優先であった。身体・認知機能が低下した本人と、知的障害が疑われる妻が継続して生活するには、日常的な見守りを含む支援体制が必要であった。そのため、インフォーマル支援も実施している居住支援法人へ相談し、行政や包括を含めた多機関協働により生活再編を図った。
初回アパート見学には居住支援法人、包括、病院職員が同行した。当初夫婦は「狭い」「立地が気になる」と希望の膨らむ見学にはならなかったが、生活上の不安を一つずつ整理・調整することで入居に至った。
退院前にはケアマネジャーやケースワーカー等と連携し、インテーク面談、退院前カンファレンス、退院前訪問を実施した。介護サービス調整と並行しアパート入退去手続きも進めた。生活支援は配食サービスや居住支援法人による見守りを導入し、毎日複数回、誰かが関わる体制を整備した。
退院後には定期巡回・随時対応型訪問介護看護による排泄介助に加え、妻の介護状況確認や助言も継続した。さらに、妻の療育手帳取得および障害福祉サービス利用開始に至り、それぞれに必要な介護・障害福祉サービスが導入された。インフォーマルサービスも組み合わせ、多機関による支援ネットワークを構築した。
【考察】本事例は、身体・認知機能低下、生活困窮、家族の障害疑いなど多重課題を抱える事例であった。早期から多機関協働体制を構築し継続的な相談・調整を重ねたことで、制度や機関の枠を超えた支援につながった。多角的に課題とニーズを把握し、協議を重ねながら合意形成を図ったことで、本人・家族の希望に沿った退院支援につながったと考える。
【結論】多重課題を抱える患者支援では、制度の枠を超えた連携と、インフォーマルサービスを含めた地域資源活用が重要である。それぞれの特性を活かした支援を実践するためには、地域資源情報を継続的に更新し、多機関協働を推進する発信力・調整力が求められる。今後、生活困窮や障害、身寄りのない患者の増加が予測される中、地域で包括的に支える体制の更なる強化が必要である。MSWとして知識の更新とスキルアップを続けたい。

58-2　医療ソーシャルワーク①

相談員が入院判定を行う「Central Presto」の効果〜5日が5分に！？ 選ばれる慢性期病院とは〜

東京都・セントラル病院

○當麻（とうま）　輝彬（てるあき）（社会福祉士）、山下　晋矢、中村　航一、吉田　優子、坂野　隆一郎、船木　竜一

【目的】

当法人は、セントラル病院（障害者施設等一般病棟56床・医療療養病棟36床）、セントラル病院松濤（医療療養病棟110床）、セントラル介護医療院（療養床108床）の3施設を運営する慢性期多機能型病院である。

令和6年1月の病床稼働率は88.5%、同年8月に94.6%へと改善したものの、同年11月の介護医療院108床開設に伴う病床増を見据えると、新規入院患者の確保が喫緊の課題であった。課題解決に向け、院内で意見交換を行い、入院相談を受けてから受入れ判定を出すまでの時間を徹底的に短縮する入院判定の仕組み「Central Presto」を令和6年9月より実施した。

本発表では、その効果を検証する。

【方法】

「Central Presto」は、原則として医師ではなく相談員が入院判定を迅速に行う仕組みである。透析や精神疾患の投薬コントロール、医療訴訟中など、あらかじめ定めた9項目の判定基準に該当する場合のみ病院長へ相談する。それ以外は、相談表を用いて初回入院相談時に相談員が受入れ可否を判断する。

「Central Presto」という名称は、入院に対する職員の意識を高めることを狙い、院内公募により決定した。

「Central Presto」の効果評価は、実施前（令和5年9月〜令和6年8月）と実施後（令和6年9月〜令和7年8月、および令和7年9月〜令和8年5月）の各指標を比較することにより行った。

【結果】

診療情報提供書受取り1,640件のうち、1,558件を「Central Presto」で対応した。対応率95.0%であった。入院判定に要する時間は、医師判定であった実施前の平均5日から、「Central Presto」実施後は、平均5分へと大幅に短縮した。「Central Presto」実施前後1年では、入院相談121.7%、診療情報受取り126.9%、面談159.7%、入院173.6%と、いずれの件数も増加した。入院紹介元は、病院163.9%、介護施設333.3%、ケアマネジャーなど142.9%、診療所147.1%と増加した。病床稼働率は、介護医療院開設による病床増の影響で見かけ上は低下したが、従前の2病院202床換算では107.9%へ増加した。入院診療収益は、新規入院件数の増加により、介護医療院の入所者が着実に増えたことで115.2%へと増加した。「Central Presto」実施2年目以降も概ね実施前の各指標を上回って推移している。

【考察】

初回入院相談の段階で受入れ可否を迅速に伝えることで、退院調整を担う相談者は、受入れ判定の結果を待つ時間なく安心して相談ができ、「再び相談したい」と思える信頼関係の構築につながったと考える。また、紹介元が病院のみならず介護施設や在宅領域へ広がったことは、迅速な受入れが地域の多様な機関から選ばれる契機となったと考える。さらに、相談員が入院判定を担うことで医師の負担軽減と入院支援業務の効率化が図られ、収益の確保とあわせて持続可能な病院運営、すなわち健康経営の観点からも有用であった。

【結論】

相談員が迅速に入院判定を行う「Central Presto」は、入院件数および紹介元の拡大、収益確保に寄与した。本取り組みは、地域から選ばれる病院づくりと地域包括ケアシステムの推進に貢献するものであり、慢性期医療が地域共生社会の実現に果たすべき役割の一つを示すと考えられる。

58-3　医療ソーシャルワーク①

交通外傷で遷延性意識障害の患者様の、慢性期からリハビリにつなぐ橋渡し～家族に寄り添う退院支援～

沖縄県・嶺井第二病院まちなと

○新垣（あらかき）　貴子（たかこ）（社会福祉士）、棚原　輝美

（目的）自動車事故による遷延性意識障害となった患者様に対し、急性期病院から「現状維持をゴールとした療養型転院」と説明された中でも、ご家族の希望である「リハビリして回復して欲しい」という思いに寄り添う（方法）MSW はご家族の思いや希望を確認し、主治医や各担当部署とのカンファレンスで情報共有をする。医学的な見通しとリハビリテーションの可能性を整理した。自動車事故による遷延性意識障害という状態から、県内にはない NASVA（ナスバ）独立行政法人自動車事故対策機構の療養施設を選択肢として提示した。（以後、ナスバと称す）。ナスバ案内資料では、国土交通省とナスバは自賠責保険料をもとに、自動車事故にまつわる様々な取り組みを行っており、その中のナスバ療護施設の対象の方は、①事故の種類は、自動車が関係する交通事故による被害者であること、②障害の程度は、脳損傷による重度後遺症であること、③意識・ADL レベルは、自力移動・自力摂取ができないほどの最重度の遷延性意識障害、④治療内容は、医療管理と常時介助を要し、専門的な治療・看護・リハビリテーションは必要な方である事とし、入院期間は概ね 3 年間以内で、入院の承諾は治療および介護の必要性、脱却の可能性等を総合的に判断して行われているとしている。そこで、MSW からナスバの役割や療養施設の入院要件、自病院との違い、県外へ転院に伴うリスクや費用等をご家族へ説明した上で、カンファレンスや個別面談を重ね、ご家族自身も情報収集をしながら、療護施設への転院決定に至るまでの意思決定過程を支援した。

（考察）ナスバ療護施設は、重度の遷延性意識障害の方へ対し、社会復帰を視野に入れつつ、集中的な治療とリハビリテーションを行う専門施設である。患者様が 30 代で、出産後間もない時期に交通事故で障害が残ってしまった状況は、ご家族としても受け入れがたく、また回復期病院へ転院することができず、十分なリハビリテーションを受けられなかったというご家族の心残りに対して、「専門施設でのリハビリの機会を得る」という選択肢を提示したことで、ご家族の後悔の軽減と納得感に繋がったしかし一方では、予後の厳しさや大きな機能回復が見込みにくいと言う現実もあり、「回復への期待」と「現実的な見通し」両方を丁寧に共有する必要があった。（結論）交通事故による遷延性意識障害の患者様において、医療的な見通しだけでなく、ご家族の感情や回復への思いに焦点を当て、ナスバ療護施設などの専門資源を活用するという選択肢の提示が、ご家族の思いに寄り添った退院支援を担うことができた。

58-4　医療ソーシャルワーク①

ACP「私のつむぎノート」を活用した頼れる身寄りがいない高齢者への包括的支援

福岡県・水戸病院

○国武（くにたけ）　律子（りつこ）（社会福祉士）

【目的】

当院では2024年6月より患者個人の価値観を尊重するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進し、独自のツール「私のつむぎノート」を導入した。当初は人生の最終段階における医療・ケアの選択に関する対話を想定していたが、実際の現場では、意思決定そのものよりも『自分の思いを託す相手がいない』という孤独感や、将来への漠然とした強い不安を訴える声が多く聞かれた。このことから、従来のACPの枠組みを超えた、頼れる身寄りがいない高齢者支援の必要性が示唆された。頼れる身寄りがいない高齢者が直面する生活上の不安や死後事務等の課題に対し、病院と地域がどのように連携し、包括的な支援体制を構築できるかを検討することを本活動の目的とした。

【方法】

当院では、まず「地域包括診療料」を算定し、かかりつけ医登録を行っている外来患者を対象としてACPの推進を開始した。「ACP私のつむぎノート」を作成し、本人控えと病院控え双方で保管。本人同意のもと電子カルテにACP介入の有無を多職種で情報共有できる管理システムを構築した。ケアマネジャーや在宅関係者には介入時連絡を行い、本人の手元にある「ACP私のつむぎノート」に目を通してもらうよう依頼し院内外問わず「ACP私のつむぎノート」を本人中心として多職種、多方面でつむいでいく運用とした。

その過程において、「頼れる身寄りがいない高齢者」に対する個別具体的な生活支援や法的支援の必要性が浮き彫りになったため、介護保険の申請、ケアマネジャーと連携調整で必要な介護サービスの調整、事務委任契約など専門家へ繋いだ。毎月外来受診時にMSWが定期的な面談を行うことで継続的に見守る体制を構築した。

【結果】

「ACP私のつむぎノート」を推進する過程において、頼れる身寄りがいない高齢者は自身の思いを言語化することで、一時的に将来への不安が強まる傾向が見られた。しかし、その不安要素を一つひとつ整理し、具体的な介護サービスの導入や法的支援（成年後見制度の検討や死後事務委任契約等）へ繋げることで、精神的な安定感と生活の安定が得られる結果となった。特に、これまでは「誰に頼ればいいかわからない」と孤立していた対象者が、多職種チーム（かかりつけ医、MSW、地域包括支援センターのケアマネジャー、訪問看護、終身サポート担当者等）「支え手」を認識することで、前向きな療養生活が送る変化が確認された。また大きな不安と問題点をクリアしたことで、本来目指すべき「ACP人生会議」の核心である「どう生きたいか」という本質的な問いに向き合えることができた。

【考察】

頼れる身寄りがいない高齢者に対するACPは、単なる意思確認の場にとどまらず、将来の生活基盤を整えるための重要な契機となることが示唆された。地域の多職種が情報共有し、伴走する体制（チームアプローチ）を構築したことは、住み慣れた地域での継続的な生活支援に大きく寄与したと考えられる。一方で意思決定能力が低下した際の代行決定や急変の対応における法的・倫理的問題、制度利用や終身サポート利用に伴う経済的問題も残されている。今後ACPを通したさらなる支援の確立と地域ネットワークの深化、標準的な支援フローの確立が必要である。

【結論】

「ACP私のつむぎノート」を介した多職種連携は、頼れる身寄りがいない高齢者の意思を尊重し、最期まで地域で支え続けるための極めて有効な助けとなり得る。本人の価値観に基づいた包括的なチームアプローチこそが、地域と温かなつながりをつむぎ安心を笑顔で守る力となる。

58-5　医療ソーシャルワーク①

退院翌日に永眠した終末期がん患者および家族の意思決定支援と自宅退院支援の検討

1 沖縄県・宜野湾記念病院、2 宜野湾記念病院　医局、3 宜野湾記念病院　リハビリテーション部

○稲嶺（いなみね）　孝（社会福祉士）[1]、湧上　聖[2]、花城　範行[3]

【はじめに】

終末期患者の自宅退院支援においては、患者・家族の意思決定支援と多職種連携が重要である。今回、末期がんにより ADL 低下を認めた患者に対し、本人および家族の希望に沿った在宅療養体制を構築し自宅退院を実現したが、退院翌日に永眠された症例を経験した。本症例を通して、終末期患者の自宅退院支援における医療相談員（MSW）の役割と課題について検討した。

【症例】

症例は 70 歳代男性。60 歳代でパーキンソン病を発症し、認知機能および ADL 低下を認めていた。入院前より訪問介護を利用していたが、主介護者の介護負担増加によりレスパイト目的で当院入院となった。入院中の精査で転移性 S 状結腸癌、肝・肺転移が疑われ、精査診断目的に急性期病院へ転院し、確定診断。自宅退院に向けたサービス調整および環境整備を目的として当院へ再入院となった。

【支援経過】

患者の強い退院希望と離院リスクを踏まえ、早期退院を目標に関係機関との調整を開始した。リハビリテーション見学やカンファレンスを通じて病状や予後について共有し、キーパーソンである弟は自宅での看取りを希望した。その後、家屋調査を実施し、多職種連携のもと訪問診療や訪問看護等を含めた在宅療養体制を整備した。しかし退院予定 2 日前より下血、両下肢浮腫、疼痛、呼吸症状が急速に増悪し、予後短縮が示唆された。MSW は家族へ病状変化を共有し、自宅看取りに関する意思を再確認した。家族の希望に変化はなかったため、関係機関と連携して在宅酸素療法を導入し、予定通り退院となった。患者は退院翌日に永眠した。後日、家族より「想定以上に ADL が低下していた」との意見が聞かれた。

【考察】

本症例では、MSW が患者・家族の意向確認と多職種連携を進めることで、希望する療養場所を実現できた。一方、退院翌日に永眠された経過や家族の発言から、退院後に予測される病状変化や ADL 低下について十分な具体的共有ができていなかった可能性が示唆された。終末期患者の退院支援では、希望の尊重に加え、予後や状態変化、介護負担を具体的に共有し、在宅療養生活を現実的にイメージできるよう支援することが重要である。また、限られた予後の中では医療的安全性のみならず、自宅で過ごす時間の価値についても多職種で共有し退院時期を検討する必要がある。MSW には、患者・家族・医療者間の認識のずれを調整しながら意思決定を支援し、希望する療養場所の実現を支援する役割が求められる。

59-1　医療ソーシャルワーク②

患者・家族の二面性を持つ夫婦の地域移行マネジメント～夫婦で生きる、夫婦で決める～

奈良県・秋津鴻池病院

○井ノ上（いのうえ）　雄大（たけとも）（社会福祉士）、都築　哲翁

【はじめに】

高齢者単独世帯や身寄りのない高齢者が増加する中、意思決定支援を要するケースが増えてきている。今回、高齢者夫婦がともに、当院に入院した事例において、「本人」の意思決定支援を行い退院支援につながった一例を報告する。

【事例】

当事例は、80歳代夫、70歳代妻。子や親族はいない状況。夫は要介護3、脳梗塞の既往があり、X日に老年期精神病により、当院精神科に入院。入院当初、「身体に触れたら殴る」、「薬は飲まない」等の発言があった。また、原因不明の貧血治療も要し、説明を行いながら夫婦の同意を確認。この当時、退院予定先は自宅を想定していた。X+2ヶ月、妻が自宅で倒れ、低体温症および脳出血によりA病院へ救急入院。X+3ヶ月、当院療養病棟に転院。妻の状態は、右上下肢麻痺と構音障害、障害高齢者の日常生活自立度はC1、酸素療法を要した。

【経過・結果】

夫婦が当院に入院した為、B市役所の生活保護課担当者(以下、B市職員)と連携し、成年後見制度利用を視野に入れた退院支援を開始。夫に、妻が入院した旨を伝えたところ、「わかった」と返答。しかし、妻の入院手続に及ぶと「妻は死んだ」と言い、書類を破棄する等の言動があった。これをうけ、夫の主治医は、意思決定能力は限定的であると判断。妻と面談を重ね、退院後の生活について、施設入所も想定されることを伝えたところ、首肯。夫にも妻と同様の説明を行うも、曖昧な返事であった。

治療経過のカンファレンスにおいて、夫婦共に介護を要すため、退院後は施設入所が適切と見立てを確認。数ヶ所の施設入所相談を実施。結果、夫の継続的な輸血対応と「家族」不在を理由に受入に難色を示していた。更にB市職員からは、「成年後見制度の申立対応は不可。夫婦を最期まで、当院での入院継続を希望」と連絡あるも、その理由は、不明瞭なものであった。夫婦に退院後の生活について確認。2人での生活再開の意向を確認。

妻の主治医は、夫よりも意思決定能力を有すると判断。夫の治療方針を改めて確認。夫の治療方針が定まった為、施設に再相談。「前向きに受入検討」旨の返答。

X+4ヶ月、妻に総胆管結石を認め、専門治療を行う為、C病院へ受診調整。C病院からは「対応は可能。ただし、付添いが必要」と返答。これをうけ、家政婦紹介所に、付添いの手配することを夫婦に提案。妻は首肯するも、夫は曖昧な返事であった。結果、外科的対応の為、C病院に転院。

X+5ヶ月、妻がC病院より当院に転院。退院後の生活について、夫婦同施設入所の意向を確認。しかし、他職種より「妻は同じ施設入所を望まない」発言があった。夫婦の面会時間を確保した結果、夫婦は涙を流しながら面会。改めて同一施設入所の希望を確認し、退院に至った。

【考察】

清水哲郎らの「情報共有－合意モデル」が示すように、意思決定支援では患者・家族・医療者が対話を重ねながら合意形成を図ることが重要である。

当事例は、夫婦が「患者・家族」であり、自ら今後の生活を選択する過程に介入したものである。自らがおかれている状況を本人達なりに理解した上で、その意向を形成するよう支援したことは、同モデルの実践であったと考える。その生活課題に対し、逡巡しているのか、或いは躊躇、熟考もしくは逃避なのか、傍目には不明瞭な場面があったと思料する。そのような状況の中、当事例を通じて学び得たことは、意思決定にかかる対話を通じて、「患者・家族」のレジリエンスの状況を観察し、チームで共有し根気強く介入することである。

59-2　医療ソーシャルワーク②

外科手術を拒否した大腸がん患者に対するソーシャルワーク支援～知的障害のある家族への支援を通じて～

静岡県・静岡徳洲会病院

ほり　なおこ
○堀　尚子（社会福祉士）

【はじめに】
当院は入院患者だけではなく外来患者においても、治療を行う中で困難な問題を抱える方が増加している。本事例は当院で大腸がんが見つかり医師より手術を勧められたが、知的障害がある双子の息子がいるため入院手術を拒否する 70 代女性、家族に対する支援である。

【症例紹介】
対象は当院で大腸がんの手術を勧められた 70 代女性。知的障害のある双子の息子を残して入院手術はできないとの訴えあり、外来看護師よりソーシャルワーカーに介入依頼があった。夫、軽度知的障害のある 39 歳双子の息子との 4 人暮らし。息子たちは一般就労をしているが、食事、買い物、洗濯、金銭管理ができないため、日常生活支援は患者本人が主に担っており、夫に任せることが難しい様子であった。

【支援経過】
当院外科外来受診後、患者、長女と面談を行い上記家族背景の聞き取りを行った。対象患者は息子 2 名の預け先が見つからなければ手術を受けないというので、早急に双子の受け入れ先が必要となった。当院関連施設の障害者グループホーム担当者に相談し、グループホームの体験利用を調整した。並行して相談支援専門員を紹介し、療育手帳取得に向けた支援及び障害福祉サービスの利用申請を行った。

【結果】
本事例は双子の預け先を確保し障害福祉サービス利用につなげることで、患者は安心して外科手術を行うことができた。また夫、長女、息子たちを含めて相談支援専門員が家族支援を継続した結果、双子はグループホームに入所し、現在も就労を継続している。今後は成年後見人制度利用も検討している。

【考察】
本症例患者が手術を拒否した背景に、障害がある息子たちの生活支援に対する強い責任感と将来への不安があった。患者にとっては自身の治療よりも、家族の生活基盤を維持することが最優先課題であり、医療的支援のみでは解決が困難であった。医療ソーシャルワーカーが家族背景や生活課題をアセスメントしたうえで、障害福祉サービス導入やグループホーム利用につなげたことで、患者の不安軽減と治療導入に寄与することができた。また本介入は手術実施のみを目的とした支援にとどまらず、高齢夫婦と障害者の子ども世帯に対する将来的な支援につながったと考える。慢性期医療においては患者本人のみならず、家族全体を対象とした包括的な支援が重要であり、医療と福祉の早期連携が治療継続、意思決定支援に有効であることが示唆された。今後も外来で医療ソーシャルワーカーの介入依頼があった際は早期に介入を行い、関連機関、外部支援機関と密に連携しながら患者支援を行ってきたいと考える。

59-3　医療ソーシャルワーク②

地域と協働した患者家族支援の一例～認知機能低下のある患者配偶者支援を通して～

1 富山県・西能みなみ病院、2 五省会地域連携室、3 介護老人保健施設みどり苑

○桑原（くわはら）　真希（まき）（社会福祉士）[1,2]、岩峅　貴久子[1,2]、齋藤　美穂[1,2]、川幡　典子[1]、南　峰子[3]、金山　洋子[1]、
岩田　安弘[1]、御旅屋　宏史[1]、西嶌　美知春[1]

【はじめに】

慢性期病院では、患者のみならず家族と継続的に関わる機会が多く、家族が認知機能低下や生活課題を抱え、支援を必要とする場合がある。さらに本人の支援受容や家族関係などの影響から介入に難渋することもある。今回、終末期患者の入院を契機に支援の必要性が顕在化した認知機能低下のある配偶者に対し、病院・地域包括支援センター（以下、包括）・親族が協働し、家族支援へ展開した症例を報告する。

【症例の背景】

対象：A 氏 70 歳代女性。夫と二人暮らしで子はいない。同じ話を繰り返す、約束を忘れる、金銭管理が十分に行えないなど認知機能低下を疑う様子がみられた。しかし自身の生活能力の低下は認識しておらず、社会資源の利用や親族による支援には消極的であった。夫は 70 歳代で認知症があり包括が介入していたが、介護保険申請や医療機関受診を拒否していた。意識障害で急性期病院へ救急搬送され、経口摂取困難となったため当院へ転院した。転院後、誤嚥性肺炎を繰り返し終末期と判断された。なお本症例に関し親族へ口頭同意を得ている。

【支援経過】

①夫の入院前面談時：A 氏から認知機能低下を疑う言動がみられ、夫の親族からも A 氏の今後の生活を不安視する声が聞かれたことから、包括・親族と情報共有を開始した。②夫の入院後：病状説明では親族同席のもと意思決定支援を行った。また A 氏の思いを尊重しながら継続的な面談を通じて生活課題を把握し、関係機関・親族と連携し支援を行なった。③夫死亡以降：A 氏、親族、主治医、病棟、MSW の多職種カンファレンスを実施し、A 氏の同意を得て認知症外来受診、介護保険申請および成年後見制度利用につながった。またこれまで疎遠であった A 氏の親族による見守り体制も構築された。

【考察】

本症例では、夫の終末期医療を契機に、A 氏が抱える生活課題が顕在化し、病院・地域・親族が連携することで、地域生活を見据えた支援につなげることができた。入院前から包括による介入があったものの、A 氏・夫ともに支援受容には至らず、積極的な支援が困難な状況であった。しかし夫の入院と死別という生活の転換期を支援の機会として捉え、多職種・多機関が連携した。また継続的な関わりを通して A 氏との信頼関係を構築しながら支援を展開することができた。このように慢性期病院は、継続的な家族との関わりを通じて、家族が抱える生活課題を把握し、地域との連携につなげることが可能であると考える。

【まとめ】

患者を看取った後も家族の生活は続いていく。本症例を通して、慢性期病院の MSW には、患者支援と並行して家族支援の視点を持ち、地域と協働しながら、退院後や看取り後の生活を見据えた継続的な支援体制を構築する役割が求められると考える。

59-4　医療ソーシャルワーク②

転院先病院のSNSを活用した退院支援の試み―家族の心理的受け入れを支える情報提供として―

北海道・札幌西円山病院

○髙橋（たかはし）　透也（とうや）（社会福祉士）、大畑　雅宏、加藤　静恵、佐々木　翼

【目的】

治療やリハビリテーションが一段落し、今後の療養先を選定する退院支援において、患者・家族が転院先に関する情報不足から不安や迷いを抱く場面を多く経験する。特に、転院先の療養環境や日常生活の具体像が把握しづらいことは、意思決定の遅延につながる一因と考えられる。また、入院期間の長期化やリハビリテーション期限切れ患者の増加により、病床回転率の低下も課題となっている。そこで本報告では、転院先病院のSNS（Instagram）を活用した情報提供が、患者・家族の理解促進および心理的受け入れに与える影響について検討した。

【方法】

対象期間：2024年4月1日～2025年3月31日

対象者：急性期治療が終了し継続した治療やリハビリが必要となり（治療が一段落したもしくはリハビリ目標を達成した）転院支援の対象になった患者。

対象患者：転院相談面談を行いInstagramを運用しているA病院を転院先の候補の一つとして考えたいと希望した患者・家族

【結果】

転院相談60件のうち、Instagramを活用してA病院への転院打診を行った事例は19件（31.7%）であり、そのうち13件（68.4%）が実際の転院に至った。家族からは、「病院の雰囲気だけでなく、レクリエーションや病院食など日常の様子が分かりやすい」といった意見が聞かれた。写真や動画により、病棟での生活、リハビリテーション、季節行事、病院食などを視覚的に確認できることで、転院先での療養生活を具体的にイメージする一助となっていた。また、SNSの情報は、家族が転院先を検討する際の補足資料として活用され、面談時に具体的な質問や相談につながる場面もみられた。転院に至らなかった事例においても、事前に療養環境や生活の様子を確認することで、家族が転院先との適合性を考える機会となっていた。

【考察】

医療ソーシャルワーカー（MSW）は、転院候補となる療養病院の特徴や日常生活の様子について、限られた情報の中で家族へ説明を行うことが多い。そのため、家族が転院先での生活を具体的にイメージできず、不安や迷いを抱く場面もみられる。今回、転院相談面談においてA病院のInstagramを紹介したことで、病棟での生活、リハビリテーション、季節行事、病院食などを視覚的に確認することができた。家族からは「日常の様子が分かりやすい」といった前向きな意見が聞かれ、SNSは口頭説明だけでは伝わりにくい療養生活の情報を補完し、家族が転院先を検討する際の参考資料として活用できたと考えられる。

一方で、本報告はInstagramを活用した群と活用していない群を比較したものではなく、Instagramの活用が転院率に直接影響したかを明らかにするものではない。今回の活動を通して、SNSを活用した情報提供は、家族の理解や心理的受け入れを支援する一つの手段となる可能性があると考えられた。今後は、家族の反応や活用場面をさらに蓄積し、退院支援におけるSNS活用の有用性と課題を検討していく必要がある。

【結論】

転院先病院のSNS（Instagram）を活用した情報提供は、家族が療養環境や日常生活を具体的に把握する一助となり、転院先を検討する際の参考資料として活用できる可能性がある。SNSは、従来の説明や病院見学を補完する情報提供手段の一つとして、今後の退院支援における活用が期待される。

59-5　医療ソーシャルワーク②

身寄りのない患者支援における MSW の役割と支援体制の課題―当院 MSW アンケートと事例分析からの検討―

北海道・札幌西円山病院

○鵜嶌（うじま）　杏菜（りな）（社会福祉士）、大畑　雅宏、佐々木　翼、加藤　静恵

【目的】

近年、身寄りのない患者の増加に伴い、意思決定支援や療養先調整に加え、金銭管理、行政手続き、居宅整理、死後対応など、本来の担当主体が不明確な支援を MSW が担う場面が増加している。本研究では、当院 MSW を対象としたアンケートおよび事例の振り返りを通じて、身寄りのない患者への支援における MSW の役割と支援の境界線について検討するとともに、早期介入の重要性と負担軽減の方策を明らかにすることを目的とした。

【方法】

当院の退院支援担当 MSW12 名を対象にアンケートを実施し、11 名から回答を得た（回収率 91.7%）。内容は、身寄りのない患者支援における業務負担感、支援範囲の迷い、倫理的・法的リスクの認識、実施した支援内容、負担要因および負担軽減策について調査した。併せて、筆者が担当した 2 例の事例について後方視的に支援経過を整理した。支援開始時期、家族関係、金銭状況、居住環境、意思決定能力、外部資源導入の経過について検討した。

【結果】

業務負担感については、「そう思う」2 名（18.2%）、「非常にそう思う」5 名（45.5%）であり、11 名中 7 名が負担感を示した。一方、「どちらともいえない」は 4 名（36.4%）であった。支援範囲に迷いを感じることについては、「そう思う」および「非常にそう思う」が 9 名（81.8%）であった。倫理的・法的リスクについては、「そう思う」および「非常にそう思う」が 10 名（90.9%）であった。実施した支援内容では、退院先調整は 11 名（100.0%）であった。医療費・利用料等の支払いに関する調整および自宅訪問は各 10 名（90.9%）、金銭管理および役所手続きは各 9 名（81.8%）、自宅退去支援は 8 名（72.7%）、死後対応は 7 名（63.6%）であった。負担要因としては、時間的拘束および心理的負担が 10 名（90.9%）と最も多く、次いで外勤業務の多さが 9 名（81.8%）であった。身寄りなしケースへの課題や迷いについての自由記載では、「医療機関が担う範囲の不明確さ」「意思決定支援の難しさ」「後見制度利用までの対応」「院内多職種の協力体制の必要性」などが挙げられた。また事例分析から、入院早期に家族関係、金銭状況、居住環境、意思決定能力等を把握し、外部資源の導入を進めることで、退院調整や生活支援上の課題が軽減される傾向が示唆された。

【考察】

身寄りのない患者支援では、本来 MSW の専門領域を超える業務が求められる場面が少なくなく、支援範囲の曖昧さが業務負担や倫理的葛藤につながっていることが示唆された。一方で、早期スクリーニングや外部資源の活用により課題の顕在化を防ぎ、支援の長期化や複雑化を予防できる可能性がある。また、身寄りのない患者支援を MSW 個人の努力に依存させるのではなく、院内ルールや支援フローの整備、多職種によるチーム支援体制の構築が重要であると考えられた。

【結論】

身寄りのない患者支援においては、MSW が多岐にわたる支援を担っている一方で、支援範囲の不明確さや倫理的・法的リスクを抱えながら実践している現状が明らかとなった。これらの課題は MSW 個人の力量に依存するものではなく、医療機関として支援範囲および対応手順を明確化すべき組織的課題である。慢性期医療においては、早期スクリーニング、外部資源の活用、多職種協働による支援フローの整備を行い、MSW 個人に負担が集中しない体制づくりが求められる。

60-1　口腔ケア①

レモンの香りと視覚的刺激による唾液の分泌と口臭の変化

東京都・ベトレヘムの園病院

○三井（みつい）　恵（めぐみ）（看護師）、岩川　祥平

【はじめに】要介護者の場合、強い口臭があるにも関わらず十分な口臭ケアの取り組みがなされていないのが実状と言われている。当院 A 病棟では、非経口栄養摂取をしている患者が約 70% を占めている。食事による唾液の分泌が促進されず、口腔ケア後にも関わらず口臭が強く残ってしまう患者もいるのが実状である。以前、臥床生活・経管栄養の患者が柑橘類の香りを嗅いだ時、唾液が多量にあふれてきたことがあった。柑橘類と唾液・口臭に関しての先行研究では、柑橘類を口に含まず香りや視覚的刺激のみで唾液が増加し、口臭軽減に繋がるかどうかの研究はされていない。そこで、レモンの香りと視覚的刺激を利用することで経口摂取が難しい患者でも唾液量が増加し、口臭軽減に繋がるのではないかと考え検証する。

【方法】

A 病棟に入院中の 70 代～90 代の男女 10 名（男性 3 名、女性 7 名）。経口摂取以外の栄養管理を実施し、レモンを見てレモンと認識できる患者を選定。口腔ケア後、1 時間以上安静後に口腔水分量と口臭を測定。レモンを目視し、香りを嗅いで 2～3 分後に再び口腔水分量と口臭を測定。口腔水分量の測定は口腔水分計ムーカス R で舌粘膜の水分量を測定した。タニタブレスチェッカーで口臭を 6 段階判定。10 名の中から 2 名を選出し、2 名に対し計 10 日間の検証を継続した。

データ分析はレモンを目視し香りを嗅ぐ前後の口腔水分量平均値の t 検定（一対の標本による平均）を行なう。データ分析には統計ソフトエクセルを使用し、優位水準 5% 未満（P＜0.05）とした。

【結果】

対象者 10 名全員に口腔水分量が 0.7%～29.9%（平均 7.51%）増加となった。経口摂取でなくなってからの期間の長さに関わらず口腔水分量の増加が確認できた。口臭は、10 名中 1 名が口臭レベル 5 が 4 に変化したのみで、9 名には変化はなかった（P＜0.05）。

選出した 2 名（B 氏、C 氏）の、計 10 日間の検証結果では、口腔水分量が B 氏は 1.63%～22.16%（平均 8.814%）、C 氏は 1.44%～16.9%（平均 6.956%）の増加となった（P＜0.05）。口臭の変化は 2 名とも前後で変化のない日が最も多かった。前半・後半の 5 日間に分けた口臭数値の平均値の比較では、B 氏は 2.6 から 1.6 へ、C 氏は 2.2 から 1.4 へ低下した。

【考察】

レモンの香りと視覚的刺激により唾液分泌が促進され、継続して行うことで口臭を軽減させる可能性があることが分かった。

レモンの香りと視覚的刺激による「条件反射」で、唾液分泌の現象が起きたと考えるが、検証同日内の口臭に変化はほぼ見られなかった。しかし継続し 10 日間の検証を行った 2 名の口臭の数値を見ると、前半 5 日間の平均値に比べ後半 5 日間の平均値の方が口臭の数値が低下してきている。継続して行うことで口腔内が潤っている時間が増え、口臭軽減にもつながったのではないかと考える。

また、レモンをレモンと認識できれば、経口摂取していない期間が 1 年 6 ヶ月以上あっても「条件反射」により唾液分泌が起きることが分かった。

今回の研究方法は、開口拒否の患者にも導入しやすく、口腔内保湿・口臭軽減できる可能性が示唆されたが、臨床での使用にはより多くの症例で検証を重ねる必要がある。

【結論】

レモンの香りと視覚的刺激は唾液分泌に有効であるが、口臭軽減のためには長期的に関わる必要がある。

60-2　口腔ケア①

特別養護老人ホーム入所高齢者における口腔乾燥関連因子の検討

1 福岡県・久英会クリニック　歯科、2 久英会クリニック　内科

○渡邉（わたなべ）　雄（ゆう）（歯科医師）[1]、内川　良美[1]、白谷　里沙[1]、佐藤　一也[2]

【目的】

口腔乾燥は、う蝕や歯周病の進行、口腔衛生状態の悪化のみならず、咀嚼・嚥下機能の低下や低栄養、誤嚥性肺炎など全身状態にも影響を及ぼす。特別養護老人ホーム（以下、特養）入所者では、高齢化や基礎疾患、服薬などを背景に口腔乾燥を認めることが多い。本研究では、特養入所者を対象に、口腔湿潤度と経口摂取状況、残存歯数、食事形態および服用薬剤数との関連を検討し、慢性期高齢者に対する歯科の役割について考察した。

【方法】

対象は A 特養入所者 110 名（経口摂取群 80 名：平均年齢 86.1 ± 8.1 歳、非経口摂取群 30 名：平均年齢 88.1 ± 5.7 歳）とした。口腔湿潤度は口腔水分計ムーカス®（株式会社ライフ）を用い、舌尖から約 10mm 後方の舌背中央部を 3 回測定し、その平均値を採用した。まず経口摂取群と非経口摂取群の口腔湿潤度を比較した。次に経口摂取群 80 名を対象として、残存歯数は「0 本」「1〜19 本」「20 本以上」、服用薬剤数は「0〜4 剤」「5〜9 剤」「10 剤以上」の 3 群に分類した。食事形態は日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 に基づき、嚥下調整食 2、3、4 および常食の 4 群に分類した。統計解析は一元配置分散分析および Bonferroni 法による多重比較を行い、経口摂取群と非経口摂取群の比較には対応のない t 検定を用いた。有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

経口摂取群の口腔湿潤度は 26.8 ± 4.8、非経口摂取群は 21.4 ± 9.2 であり、経口摂取群で有意に高値を示した（$p < 0.01$）。以下、経口摂取群 80 名を対象に検討した。残存歯数別の口腔湿潤度は、0 本群 25.1 ± 5.8、1〜19 本群 25.9 ± 3.9、20 本以上群 28.4 ± 2.3 であり、20 本以上群は他の 2 群と比較して有意に高値を示した（$p < 0.05$）。食事形態別では、嚥下調整食 2 群 26.0 ± 3.4、3 群 25.9 ± 5.0、4 群 26.9 ± 3.6、常食群 29.7 ± 1.8 であり、常食群は他の 3 群と比較して有意に高値を示した（$p < 0.05$）。服用薬剤数別では、0〜4 剤群 28.7 ± 2.9、5〜9 剤群 27.2 ± 4.1、10 剤以上群 25.1 ± 3.9 であり、0〜4 剤群は 10 剤以上群と比較して有意に高値を示した（$p < 0.05$）。

【考察】

経口摂取群、残存歯数 20 本以上群および常食群では口腔湿潤度が高く、経口摂取や咀嚼機能の維持が口腔湿潤環境に関与していることが示された。特に残存歯数との関連は、天然歯の保存による咀嚼機能の維持が口腔乾燥予防に重要である可能性を示している。一方、10 剤以上服用する群では口腔湿潤度が低く、服薬数の増加が口腔乾燥に影響することが示唆された。なお本研究では、口腔乾燥の判定基準として報告されている 27.0 を下回る状況も認められた。このことから慢性期の高齢者には様々な口腔乾燥のリスク因子があり、包括的な口腔管理が重要といえる。今後は縦断的研究により口腔乾燥の経時的変化や、口腔機能低下症との関連についても探索を進めたい。

【結論】

特養入所高齢者の口腔湿潤度は、経口摂取状況、残存歯数、食事形態および服用薬剤数と関連していた。慢性期高齢者に対しては、歯周病治療による残存歯の保存、義歯作製・調整による咀嚼機能の維持・向上に加え、他職種との連携による摂食嚥下機能評価や適切な食事形態の選択を行い、医科歯科連携に基づき全身症状や服用薬剤にも配慮した継続的な口腔管理を行うことが歯科の重要な責務である。

60-3　口腔ケア①

療養病棟における口腔ケアの実施状況と標準化に向けた課題

神奈川県・横浜鶴見リハビリテーション病院

○大見（おおみ）　あずみ（看護師）、山本　友紀

【目的】

A 病院 B 病棟では、口腔ケアを日勤帯に 1 回、準夜・深夜帯に 1 回実施している。口腔ケアは誤嚥性肺炎予防の観点から重要である一方、実施手技は十分に標準化されておらず、実施者間でケアの質に差が生じている可能性がある。そこで、B 病棟における口腔ケアの実施状況を把握し、今後の質改善に向けた課題を明らかにすることを目的としてアンケート調査を実施した。

【方法】

対象は、2026 年 5 月 15 日時点で B 病棟に勤務する看護職員 17 名、介護職員 5 名の計 22 名とした。調査内容は、日常的に実施している口腔ケアの手順、所要時間、および実施時に困難を感じている事項とし、無記名自記式アンケート調査を行った。回答は 19 名から得られ、回収率は 86.4% であった。

【結果】

歯牙のない患者に対する口腔ケアの方法としては、スポンジブラシや湿潤ガーゼを用いて口腔内を清拭し、ワセリンで保湿するという手順で一致していた。一方、口腔ケアに要する時間は 1 分から 15 分と幅がみられ、実施状況にばらつきが認められた。実施上の困難としては、開口困難への対応が 13 名と最も多く、次いで舌苔除去 6 名、口腔内出血 3 名、動揺歯への対応 2 名であった。また、介護職員 1 名からは、吸引を実施できないことに伴う誤嚥への不安が挙げられた。

【考察】

口腔ケアの基本的手順には一定の共通性が認められたものの、所要時間や困難感には差がみられ、実施者間で手技およびケアの質にばらつきが存在することが示唆された。この要因として、口腔ケアの重要性に対する認識や技術習得状況の相違が関与している可能性が考えられた。効果的な口腔ケアを継続的に提供するためには、病棟内で手順を標準化し、職員間で共通認識を形成することが重要である。また、開口困難など実施困難事例に対してはカンファレンスを通じて対応方法を検討するとともに、言語聴覚士や歯科衛生士等の専門職から助言を得る体制の整備、外部研修での学びの共有が必要である。さらに、安全性を担保したうえで介護職員が実施可能な範囲を明確化し、業務分担を見直すことも課題である。

【結論】

B 病棟における口腔ケアの実態調査から、実施者による手技および所要時間のばらつきが明らかとなった。口腔ケアの質向上に向けては、実施手順の標準化、多職種連携による支援体制の構築、および適切な業務分担の検討が必要である。

60-4　口腔ケア①

介護医療院における口腔ケアの現状と意義

1 福岡県・シーサイド病院、2 陵北病院

○清田（きよた）　美穂（みほ）（歯科衛生士）[1]、大庭　菜々子[1]、窪　星[1]、瀬戸　美南[1]、上野　日都美[1]、小賦　靖子[1]、
高野　萌夏[1]、原田　真澄[1]、尾崎　茜[1]、阪口　英夫[2]

【目的】長期療養が必要な要介護高齢者にとって、口腔衛生状態の悪化は、誤嚥性肺炎などの重篤な感染症を招くだけでなく、ADL や栄養状態の低下をひきおこす。そのため、慢性期における包括的な口腔ケアの導入とその効果が強く期待されている。本研究では、医療法人永寿会シーサイド病院介護医療院（以下：当院）の入所者を対象に、当院で実践している多職種連携による口腔ケアの取り組みを報告し、入所者の QOL 向上に口腔ケアが果たす役割について検討することを目的とした。

【方法】2026 年 4 月に当院に入所中であった 163 名（平均年齢 86.6 ± 9.6 歳、男性 39 名、女性 124 名）を対象とした。うち、92 名は 3 食経口摂取しており、71 名は非経口であった。介入にあたっては、施設スタッフが日常的に口腔ケアを行うとともに、歯科医師および歯科衛生士が中心となり、専門的な口腔衛生管理を行った。調査項目として、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）と認知症高齢者の日常生活自立度を評価した。あわせて、使用している口腔ケア用品（歯ブラシ、スポンジブラシ、保湿剤など）や、感染対策とスムーズなケアを両立するための術者の服装（ユニフォーム、ガウン、PPE の着用など）についても調査を行った。

【結果】寝たきり度は 162 名（99.3%）がランク B 以上、認知症高齢者の日常生活自立度は 156 名（95.7%）が III 以上であり、対象者の多くが重度の身体・認知機能障害を有し、高度な介護を必要とする状態であった。口腔ケア用品では、残存歯がある入所者への歯ブラシの使用に加え、口腔乾燥が顕著な症例に対してスポンジブラシや口腔保湿剤を併用していた。また、術者の服装に関しては、標準予防策に基づきつつも、入所者の安心感に配慮した服装や、介助時の動きやすさを重視したユニフォームの選定が見られた。

【考察】多くの入所者は、ADL の低下に加えて、舌圧の低下や口腔乾燥といった「口腔機能低下症」の状態が認められる。このような重度の要介護者に対し、歯科専門職が中心となって介入することは、自浄作用が落ちた粘膜の汚れや乾燥を防ぎ、気づかないうちに唾液が肺に入る不顕性誤嚥による肺炎リスクを抑えるために有効であると報告されている。また、日々のケアを通じて口腔内の変化をキャッチすることは、トラブルの早期発見や迅速な対応につながり、ADL 低下を防ぐきっかけになると考えられる。さらに、機能に合わせたケア用品の選定や、術者の服装を含めた適切な環境・感染管理が、安全で効果的なケアを継続するための重要な基盤になると考えられた。

【結論】介護医療院における口腔ケアは、単なる口腔内の清掃にとどまらず、入所者のリスクを早期に見つけ出し、QOL を維持・向上させるための重要なアプローチである。重度要介護高齢者の尊厳を支え、誤嚥性肺炎を防ぐためには、歯科専門職による積極的な介入と、施設スタッフとの多職種連携をさらに強固にしていくことが大切である。

60-5　口腔ケア①

認知症治療病棟における 8020 表彰を通じた歯科の役割への再考

1 広島県・ナカムラ病院、2 広島大学大学院医系科学研究科　口腔生物工学研究室

○冨來（とみき）　博子（ひろこ）（歯科衛生士）[1]、山根　次美[1]、板木　咲子[1]、山脇　加奈子[1]、田地　豪[2]

【目的】要介護高齢者が療養生活を送る上で、口腔の健康を保つことは QOL の維持において欠かせない要素となっている。日本歯科医師会が提唱している 8020 運動を当院でも推奨しており、このたび当院の認知症治療病棟において 8020 達成者の表彰を行い、患者と家族の満足度の向上を図るとともに、家族および病棟職員の 8020 運動の周知度の現状を把握し、今後の周知および啓発方法を検討した。加えて、認知症治療病棟における、歯科の役割について再考した。

【対象】令和 8 年 7 月末時点の認知症治療病棟入院患者で 80 歳以上の者 38 名（以下：対象者）と 8020 達成者の家族 6 名（過去に表彰歴のある 2 名を除く）および病棟職員 28 名

【方法】① 対象者の口腔内診査を実施し、8020 達成者（以下：達成者）を抽出し、過去に表彰歴がない者で、家族の同意が得られた者の 8020 表彰申請を行う② 達成者の基礎情報，口腔内状態および歯科介入について調査③ 8020 運動および口腔への関心度調査として、達成者の家族および病棟職員へアンケートを実施

【結果】本研究において、達成者は 38 名中 8 名で、その内 2 名は過去に表彰歴があった。達成者の残存歯数は、最少が 21 本で最多は 27 本であった。う蝕治療などを全くしていない、健全歯のみでの達成者は、8 名中 1 名のみであった。達成者においては、全員に認知症や糖尿病などの口腔内へ影響を及ぼす全身疾患および歯周病やう蝕リスクに関与する薬剤の服用を認めたが、咬み合せや衛生状態の歯科的評価は良好であった。また、家族への聴取から、当院入院以前より口腔に対しての関心度は高く、8 名中 7 名は定期的に歯科検診を行っていた。達成者家族と病棟職員へのアンケートの結果においては、8020 運動の周知度は、病棟職員の半数以上で周知されていたものの、達成者家族の周知度は半数以下であった。しかしながら、定期的歯科検診においては、達成者家族は 5 名中 4 名が受けているとの回答であったのに対し病棟職員は、半数以上が受けていないと回答しており、消極的な傾向であった。

【考察】本研究において、8020 表彰への取り組みを行ったことで、達成者とその家族および病棟職員への 8020 運動への周知が図れたとともに、患者と家族の満足度向上および病棟職員の患者の口腔管理への使命感向上の一助となったと考える。う蝕や歯周病に罹患した場合も、歯科受診にて早期に治療することで、8020 の達成につながる可能性が考えられることから、口腔ケア方法は勿論だが、患者，家族および病棟職員に対し、情報発信を行うとともに、歯科介入への理解を得る必要がある。

【結論】8020 運動の周知だけでなく、歯科介入の継続および病棟職員への口腔ケア研修を実施し、患者の口腔健康管理を継続していくことが認知症治療病棟における歯科の責務と考える。今後は当院の待合室にも 8020 運動のポスターを掲示するなどして、更なる啓発を図っていくとともに、高齢者においては、医科歯科連携の下、全身疾患や服用薬等も踏まえた上で、適切な歯科治療を行っていく必要がある。

60-6　口腔ケア①

専門職の助言を活かした口腔ケア～手技の統一及び効果～

福岡県・水城病院　介護医療院

○常住（つねずみ）　純子（じゅんこ）（介護福祉士）、都築　珠子

【はじめに】

当院は療養型病院であり、その中でも当該病棟は要介護3以上、医療ニーズが必要とされた方が58床入所されている介護医療院である。

入所者の食事状況は、経口摂取の方27名、経管栄養の方31名と、経管栄養の方が半数以上を占めている。口腔ケアにおいては、経口摂取の方は毎食後ケアを行なっているのに対し、経管栄養の方は1日2回のケアしか出来ておらず口腔内環境が良い状態とは言えず、痰の付着も見られることがあった。口腔ケアの手技が統一できておらず、口腔内の清潔保持が一様ではなく、入所者の口の不快感が懸念されていた。それに加え、口臭などによりご家族に不快感や不安を与えているのではないかとスタッフも悩んでいた。

今回口腔内の汚れが目立つ方を対象に、口腔の専門家である歯科医とSTの介入により口腔ケアの手技統一を図り、口腔内環境を整えることにより、ある一定の効果を得られたのでここに報告する。

【目的】

・口腔ケア技術の向上
・口腔内環境の改善
・誤嚥性肺炎予防に対するアプローチ

【方法】

・スタッフ、専門職へのアンケート実施
・専門職による講習会の開催
・ケア時間の見直しと担当制の導入
・ケア物品の見直し
・評価するためのチェック表の作成

【結果と考察】

今回の取り組みは当初、人員不足により1人の口腔ケアに今まで以上の時間は取れないという固定概念により反対意見も存在し、揃っている物品を時間のなさを理由に活用しない、また活用できていないという場面も垣間見られた。しかし、専門知識を持つSTや訪問歯科医の助言をもとに個別の口腔ケア方法の確立を行ったこと、また、毎回の声掛けと開始時間の変更、担当制の導入、チェック表の活用を行ったことにより、口腔ケアに対する理解が深まり手技の統一ができた。以上により、口腔内環境が改善し、それにより誤嚥性肺炎の予防に対する効果が生まれ、またスタッフの意識向上により丁寧で安全な充実したケアの実施と継続に繋がったと考える。

【結論】

今回の研究により、ケアは1人で出来るものではなく、スタッフの協力、他職種との連携、入所者・ご家族との意思疎通といったチームケアの大切さを痛感した。今後も様々な意見・助言を参考にし、包括的で質の高いサービスを提供できるよう努めていきたい。

61-1　口腔ケア②

看取り期における口腔衛生管理の実践～開口困難等による口腔内環境悪化に対する多職種・家族連携の有効性～

福岡県・若久シニアビレッジ

○渕上（ふちがみ）　絵美子（えみこ）（歯科衛生士）

【背景・目的】

特別養護老人ホームは、人生の最終段階まで継続したケアを提供する生活の場である。看取り期では、全身状態の低下に伴い、開口困難、口腔乾燥、痰の増加等が生じやすく、口腔内環境が悪化しやすい。特に開口困難は口腔ケアや経口摂取の妨げとなり、生活の質（QOL）の低下につながる要因となる。そのため、口腔衛生管理と状態に応じた多様な専門性で支援を実現するために多職種連携が重要である。当施設では歯科衛生士を配置し、多職種と連携しながら支援を実践している。本研究では、看取り期における開口困難等に伴う口腔内環境悪化への支援と、多職種・家族連携の有効性について症例を通して検討した。

【方法】

看取り期の利用者を対象とし、歯科衛生士による口腔衛生管理を中心に、多職種連携のもと支援を実施した。開口困難、口腔乾燥、痰の増加等に対して、口腔内環境維持のために粘膜保湿や口腔マッサージ等の口腔ケアを行った。また、症例①では嗜好を取り入れた支援、症例②では家族参加型口腔ケアについて支援した。

【結果】

看取り期では、開口困難や口腔乾燥等により口腔内環境が悪化しやすい状況が認められたが、歯科衛生士が専門的に評価・実践計画・情報共有を行い状態に応じた口腔衛生管理を行うことで、口腔内環境の維持につながった。

症例①では、開口困難や口腔乾燥により食事摂取が困難となっていたため、利用者の「食べたい」という思いを家族と共有し、利用者の希望に応じた嗜好品を持参していただいた。摂取前には口腔ケアを行い、口腔内環境を整えたうえで、状態に応じた食形態の調整を実施した。その結果、言葉による表現が増え、わずかではあるが食意欲の維持につながった。

症例②では、開口困難に伴う口腔内環境悪化への対応として、家族へ口腔内状況を説明し、口腔ケアへの参加を提案した。多職種の支援のもと、覚醒状態が良好な時間帯に家族とともに口腔ケアや口腔マッサージを実施したことで、口腔内清潔の保持につながった。また、利用者から「ありがとう」といった言葉や家族の名前を呼ぶ様子がみられ、家族にとっても最期まで関わることができたという意義ある支援となった。

【考察】

看取り期における口腔衛生管理は、開口困難や口腔乾燥等に伴う口腔内環境悪化を軽減し、利用者の QOL 維持につながる重要な支援であることが示唆された。また、多職種連携により状態変化に応じたケアが可能となり、家族参加型支援は利用者の尊厳維持だけでなく、家族にとっても心理的満足や意義ある関わりにつながる可能性が示された。さらに、嗜好を取り入れた支援は、本人らしさを尊重し、食への意欲維持に寄与することが示唆された。

【結論】

歯科衛生士は、多職種および家族と連携しながら、開口困難等に伴う口腔内環境悪化への対応を行い、看取り期であっても利用者の快適性の維持と個別性を重視した支援に寄与する重要な役割を担う。

61-2　口腔ケア②

口腔ケアの改善を目指した歯科衛生士との連携

鹿児島県・卓翔会記念病院

○荒木（あらき）　美優（みゆ）（看護師）、加治屋　瞳子、東大薗　真粧美、坂口　亜由美、前原　さゆり、長井　砂都美

〔始めに〕

当院は地域包括ケア病棟（30 床）、医療療養型病棟（169 床）を有するケアミックス型の病院である。当病棟は 56 床の療養病棟であり、「障害高齢者の日常生活自立度」ランク C2 は 68%、うち経管栄養は 34%、経口摂取は 44% である。特にランク C2 患者の口腔内状況は乾燥や痰・舌苔・歯垢の付着、口臭など口腔内環境が悪化し、ケアへの介入困難なケースが多く見られていた。また看護業務の煩雑化やケア手順のばらつきによりケア内容の格差が課題となっていた。歯科衛生士入職に伴い、専門的な口腔内評価やケアの実施、病棟スタッフとの連携によるケアの統一化が可能となった。その結果、看護業務の負担軽減や、患者の口腔内環境の改善が認められたため、ここに報告する。

〔対象〕

療養病棟：56 床　期間：令和 7 年 6 月より令和 8 年 6 月

〔方法〕

①入院時、歯科衛生士にて口腔内の評価、ケア用品の選定・準備、ケア方法の提示　②口腔内の汚染が強い患者に対し歯科衛生士に口腔ケアを依頼　③歯科衛生士から看護師・看護補助者に手技の勉強会、指導　④歯科衛生士による患者ラウンドの実施　⑤病棟カンファレンスに歯科衛生士も参加し口腔ケアに関する検討　⑥看護記録観察項目に「口腔内状態」を記録する

〔結果〕

●歯科衛生士の入院時介入により、個別性に応じたケアの提供につながった。

●学習会、ケア指導を通し、口腔ケアの統一が図れた。

●ケアの統一化により口腔内環境が改善し、口腔ケア時間の短縮につながった。

〔考察〕

煩雑化した看護業務において、歯科衛生士と密に連携したことは、病棟スタッフが口腔ケアの重要性を再認識するきっかけにつながった。また患者の口腔内環境が徐々に改善に向かったことも、この連携体制が有効に機能した結果であると考えられる。さらに、自立度の高い患者も自ら進んで口腔ケアに取り組むといった、セルフケア能力の向上が認められた。

日々の口腔ケアを適切に、効果的に実践していくことは、誤嚥性肺炎の予防や口腔機能の維持、QOL の向上に重要な役割を果たす。今後は「病院全体で取り組む口腔ケア」となるよう活動を継続していきたい。

61-3　口腔ケア②

介護老人保健施設入所者におけるムセと口腔機能の関連

1 福岡県・介護老人保健施設高良台、2 久英会クリニック

○西木（にしき）　稔子（としこ）（歯科衛生士）[1]、渡邊　雄[2]、長野　剛[1]

【目的】

介護老人保健施設（以下、老健）は在宅復帰支援を担い、多職種協働で生活全般を支援している。食事・飲水時のムセは誤嚥性肺炎の重要徴候だが、全入所者への嚥下造影検査等の頻回実施は困難であり、生活場面でのわずかな変化を捉えた早期介入が重要となる。本研究では、老健入所者におけるムセの有無と口腔機能指標の関連を明らかにするとともに、歯科衛生士による口腔機能評価を活用した多職種連携の有用性を検討した。

【方法】

対象者は同意が得られた老健入所者 70 名（平均年齢 86.4 ± 7.1 歳）とした。高次脳機能障害および重度認知症者は除外した。食事・飲水場面でムセを認める者を「ムセあり群」、認めない者を「ムセなし群」に分類した。口腔機能評価として、最大舌圧（kPa）、最大咬合力（N）、舌粘膜水分量を測定し、3 回測定の平均値を採用した。また、認知機能指標として改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を算出した。各指標の測定およびムセの評価は入所時に実施した。統計解析には Mann-Whitney の U 検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

ムセなし群はムセあり群と比較し、舌圧（19.6 ± 7.4kPa vs 14.8 ± 11.5kPa）および咬合力（225.8 ± 222.6N vs 100.0 ± 86.9N）が有意に高値を示した（$p<0.05$）。一方、舌粘膜水分量（26.9 ± 3.8 vs 28.0 ± 3.0）および HDS-R スコア（14.6 ± 4.6vs 15.2 ± 7.1）は両群間に有意差を認めなかった。

【考察】

本研究では、日常的にムセを認める入所者において舌圧および咬合力の低下が認められた。ムセあり群では舌圧 14.8kPa、咬合力 100.0N と低値を示しており、口腔機能低下がムセとして表出している可能性が示唆された。一般に、口腔機能低下症の診断基準は年齢によって変わることが報告されている。本研究の対象者の平均年齢は 86.4 歳と高齢であり生理的加齢変化も加味すべきだが、ムセなし群においても舌圧 19.6kPa、咬合力 225.8N と、基準値を大きく下回っていた。このことは、食事場面で症状が現れる前の段階から、加齢や施設生活に伴う不顕性の口腔機能低下が進行している可能性を示唆している。

一方、両群間で HDS-R スコアに有意差を認めなかったことから、入所時におけるムセや口腔機能低下には、認知機能よりも舌や咀嚼筋を中心とした運動生理学的な機能低下そのものが強く関与している可能性が示唆された。したがって、認知症の程度にかかわらず客観的な指標として口腔機能評価を行うことが重要である。また、咬合力は有意差を認めたが個人差が大きく、残存歯数や義歯使用状況等の影響が考えられたため、舌圧や食事観察、口腔内所見を含めた総合評価が必要である。口腔水分量については、基準値が 27.0 であるのに対し、ムセあり群が 28.0、ムセなし群が 26.9 といずれも境界域に位置しており有意差を認めなかった。これはムセの有無にかかわらず、慢性期の高齢者において加齢や薬剤の影響による口腔乾燥傾向が潜在的に存在することを示唆している。

当施設では、介護職による気づきを起点に歯科衛生士が口腔機能評価を実施し、他職種や系列歯科医師と結果を共有・連携することで、診断から訓練、食形態調整へ円滑につなげている。歯科衛生士を中心とした口腔管理と多職種連携は、誤嚥性肺炎予防と安全な経口摂取の継続に重要である。

【結論】

老健入所者において、日常的なムセを認める者では認知機能の差にかかわらず舌圧および咬合力が有意に低下していた。生活場面におけるわずかな“気付き”を捉え、歯科衛生士主導による客観的評価を多職種で共有することは、不顕性の口腔機能低下に対する早期の歯科介入および安全な経口摂取を支える多職種協働の確立に極めて有用である。

61-4　口腔ケア②

演題取下

61-5　口腔ケア②

医療療養病棟における口腔ケアの標準化と個別化の両立

1 福岡県・杉病院、2 口腔ケア推進室

○三浦（みうら）　みなと（看護師）[1]、今吉　沙織[1]、鶴田　晴子[1]、川口　典子[1]、安達　麻美[1]、杉　雄介[1]、
久保山　裕子[2]

【はじめに】

杉病院医療療養病棟では、セルフケアが困難な入院患者に対し看護師および看護補助者（以下補助者）が口腔ケアを実施している。しかし、スタッフ間で知識や技術に差があり、ケア方法や観察内容にばらつきがみられていた。そこで口腔ケアチームを結成しケアの標準化を目指し取り組みを開始したが、高齢患者では口腔状態が多様であり、対応に難渋していた。そこで、歯科衛生士（以下 DH）の支援を受けながら、口腔ケアの標準化と個別化を目的とした取り組みを行った。

【方法】

①期間 2024 年 9 月～2025 年 8 月
②DH による Oral Health Assessment Tool（以下 OHAT）や口腔ケアに関する勉強会の実施
③口腔ケアフローチャートの作成・運用
④DH および口腔ケアチームによる On the Job Training（以下 OJT）の実施
⑤取り組み後にアンケート調査（対象：療養病棟看護師 20 名および補助者 10 名）
⑥OHAT 評価（対象：経管栄養投与患者 7 名）

【結果】

口腔ケアに「非常に関心がある」「ある」は看護師 93.7%、補助者 100% であった。フローチャートについて、「活用している」は看護師 95%、補助者 100%、患者別ケアポイントが「患者に応じたケアに役立っている」は「とても役立っている」「役立っている」が看護師 95%、補助者 80% であった。OJT が「日々の口腔ケアに活かせている」は看護師 60%、補助者 60% であった。口腔ケアチームの活動が「役立っている」は看護師 90%、補助者 90%、「相談などがしやすくなった」が、看護師 85%、補助者 100% であった。また、OHAT 評価では、平均スコアは 9 点から 3 点となり、対象者 7 名全員が改善していた。

【考察】

上記の結果より、DH による勉強会で口腔ケアへの知識や関心の向上がみられた。OJT では実践的な指導を受けることで、日々の口腔ケアに活かせる技術習得が図られた。しかし、OJT の回数に個人差もあるなど、継続した OJT の必要性がある。フローチャートに患者別ケアポイントを併記したことで、患者ごとのケアの流れやポイントの共有が可能となり、個別的な口腔ケアの実践につながった。アンケートの自由記載でも「迷わずに口腔ケアを行うことができた」「患者の個別性を活かして歯磨きできている」との意見がみられた。OHAT 評価では対象患者 7 名全員に改善を認めており、ケアするスタッフに関わらず統一した口腔ケアが実施できた。これは、勉強会と OJT による体系的な教育を実施、フローチャートをベッドサイドに掲示したことによる相乗効果で、口腔ケアの標準化につながったと考える。加えて、口腔ケアチームが DH との窓口となり、日々のケアの相談対応やフローチャートの改訂、困難事例の共有、OHAT 評価、OJT を継続した。口腔ケアチームがケアを推進するリーダーとして機能したことが、病棟全体の口腔ケアの質の底上げにつながった。また、DH による専門的なサポートによりケアの質の向上、均質化が促進された。今後は、OJT を含めた継続的な教育体制の構築、患者に応じたフローチャートの作成と、より実践的な手順書の見直しが課題である。口腔ケアは口腔内の清潔保持のみならず、誤嚥性肺炎をはじめとした口腔内感染のリスク低下につながり、継続することが重要である。当院は在宅療養支援病院であり、退院後も患者の口腔環境が維持できるよう、自宅や施設においても継続できる取り組みが必要である。

61-6　口腔ケア②

誤嚥性肺炎“ゼロ”に向けた取り組み

1 福岡県・津屋崎中央病院、2 国際医療福祉大学　大川キャンパス

○柴田（しばた）　幸治（こうじ）（看護師）[1]、北﨑　美咲枝[1]、古賀　幸子[2]、西見　優[1]

【背景】厚生労働省「人口動態統計（2024年）」によると、誤嚥性肺炎による死亡者数は死因第6位を占め、その99%が65歳以上の高齢者であった。高齢者における誤嚥性肺炎は主要な死亡原因であり、特に嚥下機能低下や認知症、寝たきり状態などを有する高齢者では発症リスクが著しく高い、一旦発症すると3年生存率は約50%とされ、生命予後の悪化が報告されている。研究を実施したI型介護医療院では、入所者の平均年齢は85.7歳（60歳から100歳）であり、嚥下障害や気道クリアランスの低下を有する者が多く、誤嚥性肺炎の発症リスクが極めて高い状況にあった。坂本らは、口腔ケアの徹底により肺炎発症を約40%抑制し、死亡率に差がみられたと報告しており、高齢者施設における口腔ケアの質の向上は重要な課題でもある。

【目的】本研究では、口腔ケアマニュアルを検討・整備し、誤嚥性肺炎“ゼロ”を目指した予防的介入を実施し、その効果を検証した。

【対象と方法】A病院介護医療院の44名の入所者のうち経管栄養者12名および何らかの歯科疾患を有する歯科受診者5名、年齢は平均75.0歳(60歳から90歳)。研究期間は2025年1月～10月の10か月とし、過去2年の同月と比較・検討した。介入内容は以下を行った。

介入―1

1)食事中の姿勢保持角度の見直し(ベッドのギャッチアップ60度を限度に調整、脳梗塞などで嚥下機能低下がある場合は30度アップ)

2）体位調整の是正：頸部前屈位の保持や左右偏位の是正

3）食事中断する基準を設定：食事中2回以上のむせ、湿性嗄声、呼吸苦などの出現

4）食事時間は30分以内

介入―2

口腔ケアの強化を目的とし以下を行った

1）口腔ケアの実施タイミングを変更

2）日勤帯は1人あたり5分以上のケア時間を確保

3）口腔ケア医療材料を再考、変更

4）唾液腺マッサージを導入し自浄作用を促進

【検討項目】過去2年と研究年度について以下の誤嚥性肺炎発症率を比較した。

A群：2023年　発症人数：26名　延べ患者数：13,376名

B群：2024年　発症人数：14名　延べ患者数：13,376名

C群：2025年（研究年）発症人数：6名　延べ患者数：13,376名

統計解析にはχ^2検定およびFisherの正確確立検定を用い、有意水準は5%未満とした。

なお倫理的配慮として、C病院倫理審査委員会（承認番号2025-03）およびA病院長の承認を得て実施した。

【結果】3年間の観察結果、および各群間の統計解析の結果

A群（2023年）：肺炎発症人数26名、発症率0.194%

B群（2024年）：肺炎発症人数14名、発症率0.105%

C群（2025年・研究年）：肺炎発症人数6名、発症率0.045%

誤嚥性肺炎の発症率は、A群（0.194%）からB群（0.105%）、そしてC群（0.045%）へと、年度を追うごとに段階的な低下が認められた。A群とC群（研究年）の比較においては、$\chi 2$検定でP=0.0008、Fisher検定でP=0.0005となり、有意水準5%を大きく下回る結果となった。これにより、A群とC群の間には発症率の統計学的な有意な低下が認められた。一方、A群とB群の比較（$\chi 2$検定：P=0.082、Fisher検定：P=0.080)、およびB群とC群の比較（$\chi 2$検定：P=0.117、Fisher検定：P=0.116）においては、いずれも有意確率が5%未満とならず、統計学的な有意差には至らなかったが、いずれの群間でも発症率の低下傾向自体は明確に確認された。

【考察】A群からB群、さらにC群へと誤嚥性肺炎発症率は段階的に低下した。特にA群とC群との比較では有意な低下を認めており、予防的介入の有効性が示唆された。一方、A群とB群およびB群とC群の比較では統計学的有意差には至らなかったが、発症率の低下傾向が認められてことから、介入の積み重ねが誤嚥性肺炎予防に寄与した可能性が考えられる。

62-1　地域包括ケア

新たな地域医療構想を踏まえた当院の現状分析と今後の方向性

徳島県・保岡クリニック論田病院

○足立（あだち）　直美（なおみ）（看護師）、大森　伊津美

【はじめに】

当院は徳島県徳島市の病床数47床の病院である。医療療養病床と地域包括ケア病床を有しており、地域密着型病院として地域医療に加え、ペインクリニック診療やリハビリテーションを通じた疼痛管理に取り組んでいる。その他、あさがおグループとして高齢者や障がい者、児童に向けた福祉サービスも提供している。

【背景・目的】

現在、2040年を見据えた新たな地域医療構想が展開されている。人口減少や高齢化の進行に伴い、医療機関には地域の実情に応じた役割の明確化が求められる。その中でも当構想では医療機関の連携、再編を推進することを目的として「医療機関機能報告」制度が創設された。該当データが集約されることで、行政と入院医療機関が地域における具体的な医療提供状況を共有することが期待されているが、現在の報告制度では個々の患者の受診動向を把握するには限界がある。そこで本研究では患者受療動向や受診理由等を分析し、地域における医療機関と患者の受療実態をより正確に把握し、当院の役割や今後の方向性について整理することを目的とした。

【方法】

過去の院内データを用い、受療圏、受診理由、入院患者の入院元および2年間の死亡退院患者の情報について後方視的に調査した。対象は外来患者および入院患者とした。

【結果】

受療圏は外来で市内69%、市外29%、県外2%で、入院で市内68%、市外32%であった。外来受診理由は疼痛管理69%、内科疾患治療31%であった。入院理由は内科疾患治療76%、疼痛管理24%であった。入院患者の入院元は介護施設64%、医療施設26%、自宅11%であった。2年間の死亡退院患者の男女の割合は男32.1%、女67.9%、平均年齢は89.9歳、入院日数平均は医療療養病床で356.9日、地域包括ケア病床で21.5日、入院元は介護施設55%、医療施設32%、自宅7%、介護度は要介護3と5が全体の26%を占めていた。

【考察】

当院は外来、入院ともに市内居住者が過半数を占めていたことから、地域住民の医療ニーズを支える地域密着型病院として機能していることが示された。また、外来では疼痛管理を目的とした受診が多く、ペインクリニック機能は疼痛の軽減だけでなく、活動性やADLの維持を通じて地域住民の生活を支える重要な役割を果たしていると考えられた。入院患者の多くは介護施設や医療施設から受け入れており、高齢者を中心とした慢性期医療の受け皿として機能していることが示唆された。さらに、死亡退院患者は高齢で要介護度の高い患者が多く、療養病床では長期間の入院を要していたことから、当院では疾病治療のみならず長期療養や終末期医療を含めた継続的な支援を担っていると考えられた。

【結論】

本県では今後も高齢化の進行と多死社会の到来が見込まれることから、当院には急性期後の継続支援から長期療養、終末期医療まで提供する役割が求められる。新たな地域医療構想における医療機関機能報告制度は、地域における医療機関の役割を可視化し、自院および地域の実情を把握するための重要な指標となる。一方で、既存の医療機関機能制度報告で把握される病床機能や患者数のみでは、地域における受療実態や患者背景、医療・介護ニーズを明確化することは困難であると考えた。今後は病診連携や介護事業所との連携をさらに強化するとともに、在宅医療やACPの推進を通じて、地域の実情に応じた持続可能な医療・介護提供体制の構築に貢献していきたい。

62-2　地域包括ケア

『幸せホルモン』 運動や食事を意識し、閉じこもりを予防しよう。歩行と幸せホルモンの関係性を検証

宮城県・石巻市中央地域包括支援センター

○土屋（つちや）　力也（りきや）（社会福祉士）

＜背景・目的＞私たちが活動している地域では標高50m程の小高い山(以下、日和山)に住んでいる方が多く、買い物や病院などの移動手段に困っているという話をよく聞く。乗り合いタクシーもあるが使い勝手が悪い。高齢化率40%を超えているため、若い世代に頼るような社会資源の開発自体も難しい。このような状況の中「幸せホルモン」を活性化させることで、自分で歩いて用事を済ませることができ、閉じこもり予防や活動意欲に繋がるのではないかと考えた。

＜方法＞対象者は日和山に住む介護予防教室に参加している方17名。検証開始時と検証終了時に※1「生きがい感スケール」を用いた値と体力測定を実施して変化を確認する。会える頻度は介護予防教室を開催する月1回のみのため、顔を合わせる機会は少ない。ひとりひとりに日常生活の中で意識してもらう方法として対象者に「生きがいノート」を作成・配布し、以下のように活用してもらうことにした。

①幸せホルモンの分泌を意識できるようにするため、日常生活を「運動」「家事」「交流」「健康」の観点からチェック方式で振り返られるようにした。→セロトニン分泌

②介護予防教室を開催する度に健育会病院のリハビリ職協力のもと『毎日続けられる運動』「坂道を歩くための運動」「簡単に作れる栄養食、調理実習」などについての取り組みを実施。実施内容を資料にして綴ってもらい、最終的には1冊の本が完成する。→オキシトシン分泌

また日和山の頂上にある公園（往復2km）に皆でつつじの花を見に出かけることを最終目標に設定した。→ドーパミン分泌

※1（参考文献）

近藤 勉, 鎌田 次郎：高齢者向け生きがい感スケール（K-I式）の作成および生きがい感の定義. 社会福祉学, 43（2）：93-101（2003）

＜結果＞令和7年11月測定→令和8年6月測定

「生きがい感スケール」

・自己実現と意欲（12点満点）：8.5→9.1（+0.6）　・生活充実感（10点満点）：7.3→8.0（+0.7）　・生きる意欲（4点満点）：3.3→3.5（+0.2）　・存在感（6点満点）：4.8→4.5（-0.3）

「体力測定」

・握力（右）：21.8kg→23.1kg（+1.3kg）　・握力（左）：20.0kg→20.1kg（+0.1kg）　・60秒片足立ち（右軸）：29.4秒→33.4秒（+4.0秒）　・60秒片足立ち（左軸）：29.0秒→34.3秒（+5.3秒）　・30秒立ち座り：18.8回→22.3回（+3.5回）

「活動を振り返っての感想」

・朝に何をするか決め、それを意識して生活するようになった。

・皆の元気な姿を見ると自分も頑張る気持ちになる。

・皆と話をしながら楽しく歩くことができた。

・このような活動に参加することで前向きになれる。

・ノートを受け取ったことで日々の生活を振り返り、明日は○○をしよう。などと考えることができた。

・このような場に顔を出すようになって、自分が変わってきたような気がする。

・皆と楽しく歩けて良かった。

全体的に幸せホルモンの数値はほぼ維持、運動機能は足腰の数値が向上したことを確認できた。毎日欠かさず生きがいノートをチェックしていた方は生きがい感スケールの「生活充実感」の点数が向上し、体力測定の「30秒立ち座り」の値も向上していた。

皆で同じ目標を達成できたことが良かった。と感想を述べる方が多かった。

＜考察＞今回の活動で生きがいノートをチェックしていた方は、その日の行動を意識するようになったことで生活充実感や足腰の運動機能の向上に繋がった。また、誰かと一緒に目標達成することがより幸福感に結び付くことがわかった。

生きがい感スケール（幸せホルモン）の点数と体力測定の数値は比例して値が変化すると予想していたが、目立った変化は見られなかった。生きがい感スケールの点数が低い方を対象にするなど再度検証する必要がある。

62-3　地域包括ケア

地域包括ケア病棟における連続臥床時間に着目した離床行動パターンの類型化

1 愛知県・高浜豊田病院、2 刈谷豊田総合病院

○植松（うえまつ）　大喜（だいき）（理学療法士）[1]、保田　祥代[1]、石川　智花子[1]、大高　恵莉[2]、小口　和代[2]

【背景】当院の地域包括ケア病棟（以下，地ケア病棟）では身体活動量向上を目的に，平日の午前は集団サーキットトレーニング（以下，サーキット），午後は認知課題等を行うリハビリレクリエーション（以下，リハレク）を各 1 時間実施している．我々の研究ではサーキット参加により離床が増加した一方，患者は日中の約 70% をベッド上で過ごしており，自発的な離床の少なさが課題となっていた．先行研究は総離床時間など量的指標による評価が中心であり，長時間動かない状態である連続臥床時間や時間帯別特性は十分検討されていない．
【目的】地ケア病棟入院患者における日中の離床行動パターンを明らかにすること．
【方法】対象は，2026 年 1 月から 4 月に地ケア病棟へ入院した患者（看取り目的を除外）とした．方法は，非装着型睡眠計「眠り SCAN®」を用い，入院 4 日目から休日を含む 7 日間の離床行動を測定した．評価項目として臥床時間，離床回数，平均連続臥床時間，最大連続臥床時間を算出した．調査時間は 9〜18 時とし，午前（9〜12 時），午後（12〜15 時），夕方（15〜18 時）に区分し時間帯別に評価した．患者背景は，年齢，ADL 評価として FIM（運動・認知），認知機能評価として MMSE，リハビリ実施時間，サーキット・リハレク参加率を調査した．評価項目をもとにウォード法による階層的クラスター分析を実施し，分類された各群間において Kruskal-Wallis 検定＋多重比較（Dunn-Bonferroni 法）を用いて統計学的に分析した．また，平均連続臥床時間 60 分以上を「長時間臥床あり」と定義し，関連因子についてロジスティック回帰分析を行った（有意水準 5%）．
【結果】解析対象は 43 名（平均 83.5 ± 6.6 歳，女性 24 名）だった．クラスター分析の結果，長離床群（12 名），中間群（16 名），短離床群（15 名）の 3 群に分類された．短離床群は臥床時間，平均・最大連続臥床時間が長い特徴を認めた．時間帯別にみると，午後の臥床時間は長離床群 62.8 ± 26.7 分，中間群 123.7 ± 18.4 分，短離床群 141.3 ± 16.0 分で各群に有意差を認めた．中間群では離床回数（12.7 ± 6.7 回）が有意に多く，臥床時間は午前 94.8 ± 14.3 分，夕方 88.8 ± 27.4 分だった（有意差なし）．また，患者背景の比較では，年齢，FIM 認知，サーキット・リハレク参加率に群間差を認め，短離床群では高齢（87.1 ± 5.1 歳）かつサーキット・リハレク参加率（42.7 ± 32.0% ・14.7 ± 14.1%）が低かった．ロジスティック回帰分析では，FIM 運動およびサーキット参加率が長時間臥床の関連因子として抽出された．
【考察・結論】地ケア病棟入院患者の日中離床行動パターンは，類型化の結果，長離床群，中間群，短離床群の 3 群に分類された．短離床群では日中に長時間ベッド上で過ごす行動パターンが明らかとなった．特に午後帯で臥床時間が延長したが，午後に実施されるリハレクへの参加率が有意に低く，活動機会が減少したことが長時間臥床に繋がった可能性が考えられた．また，身体機能が低い患者ほど長時間臥床に陥りやすいことに加え，サーキット参加率が低い患者においても長時間臥床になりやすい可能性が示唆された．一方，中間群は離床回数が有意に多かったが，臥床時間は長い傾向を示しており，活動が持続しない可能性が示唆された．これらの結果から，離床機会の確保には一律の介入ではなく，行動パターンに応じた個別介入が重要であり，特に午後帯の離床機会確保への対策が必要と考えられた．

62-4　地域包括ケア

地域包括ケア病棟における独自退院支援チームの構築と現状

長野県・上條記念病院

○伊沢（いざわ）　知史（ちふみ）（准看護師）

背景

当院は一般病棟・医療療養型病棟・介護療養型病棟を有していたが、平成 30 年に一般病棟を地域包括ケア病棟へ、介護療養型病棟を介護医療院へ転換した。地域包括ケア病棟移行前は一般病棟からの退院先の 9 割が院内の医療療養型病棟および介護療養型病棟であったが、転換後は自宅や住宅系施設への退院が増加し、退院支援の重要性が高まった。退院支援チームを設立したもののプライマリーナース（以下 PN）がチームに依存する傾向がみられたため、チームが有する知識・情報を病棟全体で共有し、PN が主体的に退院支援に関われる体制構築が必要となった。

目的

退院支援チームの知識・情報を病棟スタッフ全員で共有し、PN が主体的に退院支援を実践できる体制を整えることを目的とし、当院での退院支援チーム構築の過程と現状を報告する。

方法

① 病棟患者の入院期間、カンファレンス予定（入院時・中間・退院時）。希望退院先の一覧表を作成しチーム内で共有。
② 独自のフローチャートを作成し病棟スタッフ全員で活用。
③ カンファレンスに参加し、本人希望と家族意向の調整。
④ カンファレンスで抽出された課題に対し、多職種で連携して対応。
⑤ 主治医との情報共有を適宜実施。
⑥ 自宅退院の場合は退院前訪問（家屋調査）、施設退院の場合は可能な限り施設見学を実施。
⑦ 退院支援チームおよび MSW による病棟スタッフ向け勉強会を開催。
⑧ PN からの相談に対する退院支援チームの適切な助言。

結果

・退院支援チーム設立 R5 年度と比較し、自宅退院数が増加した。
自宅退院数 R5 年度 57 件→R6 年度 75 件
・勉強会等を通じ PN の退院支援に対する意識変容がみられた。
・他部署および主治医との連携が重要であった。
・本人、家族とのコミュニケーションの重要性が再認識され、3 回のカンファレンス実施が 60 日以内の円滑な退院に寄与した。
・フローチャートの活用は PN のみならず病棟スタッフ間の情報共有にも有用であった。
・退院前訪問により課題が明確化され、家族および病棟スタッフ間で情報共有することが、退院後の生活支援に有益であった。

考察

退院支援チーム内で PN が主体的に活動し、多職種との連携を向上させ、それぞれの立場で退院支援に関わることが重要で、自宅退院・施設退院いずれの場合も本人・家族・スタッフが納得できる退院の実現が可能となると思われた。

62-5　地域包括ケア

地域包括支援センター相談にみる地域特性の比較分析～龍ケ崎市における3類型地区の検討～

1 茨城県・龍ケ崎市西部地域包括支援センター　牛尾病院、2 牛尾病院　リハビリテーション科

○永井（ながい）　洋一（よういち）（社会福祉士)[1]、徳永　智史[2]、吉田　晃寛[1]、塩津　恵美[1]、矢口　はるみ[1]、小林　美生[1]、宮路　一子[1]、木村　いづみ[1]

【目的】

地域包括支援センターには、高齢者本人や家族、医療・介護・福祉関係者、行政など様々な立場から相談が寄せられる。しかし、日常業務で蓄積される総合相談データが、地域アセスメントに十分活用されているとは言い難い。また、同一圏域内においても、地域の成り立ちや生活環境の違いが相談の経路や内容にどのような影響を与えるかについては十分に検討されていない。当地域包括支援センターの担当圏域には、1980 年代以降の土地区画整理事業により形成されたニュータウン型住宅地域、駅周辺を中心とした住宅・商業機能が混在する市街地、旧街道沿いの歴史的集落と水田・畑作を中心とした農業地域が存在する。本研究では、地域の成り立ちが異なる生活圏における総合相談の特徴を明らかにし、総合相談データを活用した地域アセスメントの可能性について検討することを目的とした。

【方法】

2023 年 4 月から 2025 年 3 月までに龍ケ崎市西部地域包括支援センター　牛尾病院へ寄せられた総合相談 528 件を対象とした。対象地区を①ニュータウン型住宅地域、②駅周辺型市街地、③旧集落・農村地域の 3 群に分類した。相談経路は「誰が問題を発見し地域包括支援センターへつないだか」という視点から 6 分類、相談内容は支援目的に基づき 7 分類、疾患は支援上の共通性に基づき 7 分類、介護認定区分は 4 分類へ再編した。各項目についてクロス集計および χ^2 検定を行い、有意差が認められた項目について残差分析を実施した。

【結果】

地域区分と相談経路との間には有意な関連を認めた（p=0.0012）。ニュータウン型住宅地域では本人からの相談が多く、行政・関係機関を経由した相談は少なかった。一方、旧集落・農村地域では行政・関係機関を経由した相談が多かった。また、地域区分と相談内容との間にも有意な関連を認めた（p=0.0119）。旧集落・農村地域では住まい・施設に関する相談が特徴的であった。一方、年齢、介護認定区分および本研究で用いた疾患分類では地域区分との有意な関連を認めなかった。

【考察】

同一圏域内であっても、地域の成り立ちの違いにより相談経路および相談内容に違いが認められた。年齢や介護認定区分、本研究で用いた疾患分類では地域差を認めなかったことから、地域差は高齢者個人の属性のみでは説明できず、地域における社会資源のあり方や相談につながる過程の違いとして現れている可能性が示唆された。今回の分析を通じて、地域包括支援センターの日常業務で蓄積される総合相談データは、単なる業務記録ではなく、地域の生活実態や社会資源を理解するための地域アセスメント情報として活用できる可能性が示された。

【結論】

地域包括支援センターへの相談は、同一圏域内であっても地域の成り立ちや生活環境の違いに応じて特徴が異なることが示された。地域包括支援センターには、地域の成り立ちや生活実態、社会資源の特徴を理解し、それぞれの地域に暮らす人々の生活に即した地域アセスメントおよび相談支援体制を構築していくことが求められる。

62-6　地域包括ケア

寝る前に、心も体も温めよう～複数ケアの組み合わせで睡眠効率を向上したい～

静岡県・西伊豆健育会病院

○芦沢（あしざわ）　麗奈（れな）（看護師）

【はじめに】

当法人では、幸せホルモンの分泌を促す活動を通し、入院患者がよりよい療養生活を送れるよう取り組んでいる。患者からは「夜眠れない」という訴えや、日中の傾眠傾向が目立っており、メラトニンや日中のセロトニン・ドパミンの分泌不足が推測され、介入の必要性が高いと考えた。そこで、A 病院地域包括ケア病棟の入院患者 17 名を対象に、睡眠状況および熟眠感に対する自己評価を調査した。その結果、睡眠効率（パラマウントベッド製スマートベッドシステムによる測定）は平均 63.7%、5 段階のフェイススケールによる熟眠感は平均 3.1 であった。今回、TQM の手法を用いた施策実行型アプローチによる活動を開始したため報告する。

【目的】

A 病院地域包括ケア病棟の入院患者に対し、足浴・手浴に加え、温かい飲料の提供、およびマッサージを組み合わせた複合的ケアを行い、睡眠効率 75% 以上、熟眠感フェイススケール 3.5 以上を達成することを目的とする。

【方法】

対象：A 病院地域包括ケア病棟の入院患者

実施期間：令和 8 年 4 月 6 日～4 月 19 日

実施時間：18：30～20：00

手順：

・スマートベッドシステムのデータレビューおよびスタッフへの聞き取りから、睡眠効率の低い患者（1 日最大 6 名）を選定。

・対象患者に足浴または手浴を選択してもらう。同時に希望の温かい飲料をメニューから選択してもらい、提供して 15 分程度実施。

・終了後、市販のボディクリームを用いて上肢または下肢のマッサージを実施。

・翌日に睡眠効率をモニタリングし、熟眠感についてフェイススケールによる評価を行う。

【倫理的配慮】

本活動の実施にあたり、院内倫理委員会の承認を得た（承認番号：N2026-03）。対象患者および家族には書面にて説明を行い、同意を得た。

【結果】

対象患者に対して夕食後、自室または浴室にて手順に沿ったケアを実施した。当初は介入を拒否気味であった患者が、翌日には自発的に飲料を摂取して好意的な反応を示すようになり、その後はケアを心待ちにするなど、心理面での肯定的な変化が見られた。また、追加対策として、入浴剤の使用、病棟内の環境音に配慮し、室内にクラシック音楽を流すといったリラクセーション環境の調整も行った。実施期間中の対象患者（延べ 64 名、同一患者含む）の睡眠効率は平均 73.4%、フェイススケールは平均 3.3 であり、いずれも目標値には達しなかった。

【考察】

睡眠効率は活動前より約 10% の上昇が得られたものの、目標数値には届かなかった。原因の一つとして、2 週間という短い実施期間であったことが影響したと考えられる。一方で、スタッフからは「介入した患者が夕食後から消灯、さらには翌朝まで穏やかに過ごされていた」との報告があり、一定の効果は確認できた。夕食後に複数のケアを組み合わせた介入を行ったことが、夜間のメラトニン生成を促し、睡眠効率改善の契機になったと推察される。本活動を継続することで睡眠の質向上につながり、日中の活動性が高まることで、セロトニンやドパミンといった幸せホルモンの分泌を促す好循環が期待できる。

【標準化と課題】

本活動の継続にあたり、現行のスタッフ配置では時間帯の維持が困難であるため、1 日あたりの実施人数を 2～3 名に絞り、実施時間を 17：00～18：00 へと見直した。今後は、提供する飲料のバリエーション変更や、上下肢マッサージの技術向上に向けた勉強会の開催を検討している。今後も当病棟における幸せホルモン分泌活動を継続し、ケアの質向上に努めたい。

62-7　地域包括ケア

当院における運動器疾患患者の回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病床の比較検討

岩手県・南昌病院

○本宮（もとみや）　慎也（しんや）（作業療法士）、齋藤　一二

【はじめに】

当院では 2024 年度の診療報酬改定に伴い、2025 年度より運動器リハビリテーションの提供を回復期リハビリテーション病棟から地域包括ケア病床に役割を移行した。今回、運動器疾患患者を対象に各病棟群での入院時、入棟時、退院時のデータを比較検討する事で、移行後のリハビリテーションの実施状況や結果への影響を明らかにすることを目的とした。

【対象】

2023 年 4 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日までに当院回復期リハビリテーション病棟を退院した運動器疾患患者 35 名、2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までに当院回復期リハビリテーション病棟を退院した運動器疾患患者 35 名、2025 年 9 月 1 日から 2026 年 3 月 31 日までに当院地域包括ケア病床を退院した運動器疾患患者 13 名を対象とした。年齢は中央値 85 歳（±52 歳）。入院前居住先が自宅以外の者と死亡退院者は除外した。

【方法】

回復期リハビリテーション病棟を退院した 2 群と地域包括ケア病床を退院した群をそれぞれ 2 群間比較を実施。年齢、在院日数、在棟日数、FIM 入院時、FIM 入棟時、FIM 退棟時、FIM 利得（入院）、FIM 利得（在棟）、FIM 運動項目入院時、FIM 運動項目入棟時、FIM 運動項目退院時、FIM 認知項目入院時、FIM 認知項目入棟時、FIM 認知項目退院時、リハビリテーションの 1 日平均提供単位数（理学療法、作業療法）は Mann-Whitney の U 検定、入院前の同居人の有無、入院前の移動様式、介護保険取得の有無、自宅退院の可否は $\chi 2$ 検定を用いて比較した。統計解析は IBM SPSS Statistics ver.30 を用いた（有意水準は 5% 未満）。

【結果】

リハビリテーション平均提供単位数は回復期リハビリテーション退院群が有意に高値であり、地域包括ケア病床退院群が有意に低値だった。その他の項目は有意差を認めなかった。

【考察】

本研究では、地域包括ケア病床群の症例数が 13 例と少なく、統計学的検出力が十分ではなかったことから、有意差を検出できなかった可能性がある。一方、当院では入院時より家屋情報提供書を活用して生活環境を早期に把握し、個別リハビリテーションにおける課題設定や予後予測の精度向上を図っている。また、地域包括ケア病床では個別リハビリテーションに加え、集団リハビリテーションを実施し、自主練習の定着が困難な患者に対して、活動機会や他者との交流機会を設定している。これらの取り組みが、運動器リハビリテーションを地域包括ケア病床へ移行した後も、FIM の利得や自宅復帰率の維持に寄与した可能性が示唆された。さらに、本研究では FIM を中心とした日常生活動作の評価や比較検討に留まっており、今後は IADL や社会参加、復職支援など活動・参加レベルの指標を含めた検討が必要である。また、症例数を蓄積し、統計学的検出力を高めたうえで、より詳細な比較検討を行うことが今後の課題である。

62-8　地域包括ケア

在宅復帰の鍵となるDASC-8項目は何か～地域包括ケア病棟における検討～

岡山県・倉敷スイートホスピタル

○羽場（はば）　公佑（こうすけ）（理学療法士）、瀬崎　小麦、藤田　慎一朗、江澤　和彦

【目的】2014年より地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）が創設され、2022年の診療報酬改定では在宅復帰率の施設基準が70.0%から72.5%へ引き上げられた。病床運営を円滑に行うためには、入院時点で在宅復帰可否を予測できる指標が求められる。昨年の本学会において、当院では認知・生活機能質問票（The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-8 items：DASC-8）が在宅復帰予測に有用であり、カットオフ値は16点であることを報告した。しかし、DASC-8を構成する各質問項目のうち、どの項目が在宅復帰に強く関連しているかは明らかではない。そこで本研究では、DASC-8の各項目と在宅復帰との関連について検討した。

【方法】対象は2025年1月から3月までに当院地ケア病棟へ入院した185例とした。評価項目はDASC-8を構成する8項目（近時記憶、時間の見当識、買い物、交通機関の利用、金銭管理、排泄、食事、移動）とした。対象を在宅復帰可能群（Possible群）と在宅復帰困難群（Impossible群）の2群に分類し、各項目についてMann-WhitneyのU検定を用いて単変量解析を行った。さらに、単変量解析で有意差を認めた項目を説明変数、在宅復帰可否を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施した。統計解析にはEZR ver.1.52を使用し、有意水準は5%未満とした。

【結果】単変量解析では、近時記憶（p=0.179）および時間の見当識（p=0.15）では有意差を認めなかった。一方、買い物（p=0.04）、交通機関の利用（p＜0.01）、金銭管理（p=0.03）、排泄（p＜0.01）、食事（p＜0.01）、移動（p＜0.01）の6項目では、在宅復帰可否との有意な関連を認めた。しかし、これら6項目を説明変数としたロジスティック回帰分析では、独立して有意な関連を示す項目は認められなかった。

【考察】単変量解析では手段的ADLおよび基本的ADLに関する6項目が在宅復帰と関連していたが、多変量解析では独立した関連因子として抽出されなかった。これは、各項目間に相関が存在し、それぞれが重複して在宅復帰に影響している可能性が考えられる。すなわち、DASC-8は特定の質問項目のみではなく、複数項目を総合的に評価することで在宅復帰予測に有用な情報を提供する評価指標である可能性が示唆された。

【結論】地ケア病棟における高齢入院患者の在宅復帰予測では、DASC-8の個々の質問項目よりも、DASC-8全体として評価することの有用性が示唆された。

63-1　感染症

敗血症をきたした Pseudomonas fulva 感染症の一例

徳島県・博愛記念病院

○東根（ひがしね）　綾子（あやこ）（臨床検査技師）、大串　文隆、大塚　達也、梅井　康宏、武久　洋三、武久　敬洋

【はじめに】

Pseudomonas fulva は非発酵性グラム陰性桿菌で、主に環境中に存在する菌種であり、ヒト病原性は低いと考えられていた。感染例の報告は極めて少ないが、近年、敗血症や外傷後の皮膚軟部組織感染症などの散発的な症例報告がなされ臨床的関心が高まりつつある。今回我々は、血液培養から Pseudomonas fulva が検出された高齢者敗血症の 1 例を経験した。稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

【症例】

81 歳男性。既往に脳梗塞、慢性硬膜下血腫があり、誤嚥性肺炎治療後で入院していた。入院 33 病日目より高熱、悪寒戦慄が出現し、採血、尿一般定性、沈査、喀痰培養、血液培養を提出し、胸部単純写真を実施した。臨床症状、血液検査より皮膚感染症を疑い SBT/ABPC を開始した。

血液培養から P.fulva が検出され SOFA スコアを検討し、敗血症と診断したが、ショックには至っていなかった。感受性報告では、SBT/ABPC に耐性があったため PIPC に変更し良好な結果が得られた。

【考察】

Pseudomonas fulva（P.fulva）は、日本の稲から分離されるグラム陰性桿菌であり、1963 年に発見され主として土壌や水系などの自然環境に生息する環境菌として知られている。人への感染例の報告は極めて少ないが、近年人検体からも散発的に分離されており、稀ではあるがヒト感染症の起因菌となり得る細菌として臨床的関心が高まりつつある。特に、免疫低下状態の患者や侵襲的医療手技を受ける患者において、日和見感染症を引き起こす可能性が示唆されている。

P.fulva は従来の細菌同定検査では P.putida と判定される菌が多かったと考えられるが PCR や MALDI-TOF 質量分析装置による細菌同定検査の普及により正確に診断される例が増えていくことが予想される。

また、皮膚バリア機能の低下、褥瘡の存在、免疫能低下などにより高齢者は皮膚の老化が感染を招くとの報告もある。本症例においても明確な感染巣は同定できなかったものの、皮膚バリア機能低下が感染成立に寄与した可能性が考えられた。以上のことから高齢者診療においては皮膚病変を見逃すことなく慎重な診療が重要である。

【結論】

P.fulva は稀ではあるが、高齢者においては敗血症を引き起こし得る起因菌であり、血液培養から分離された場合には臨床的意義を慎重に評価する必要がある。

63-2　感染症

手指消毒剤を携帯することで効果及び手指消毒剤に対する意識の変化について

福岡県・原病院

○保田（やすだ）　穂乃香（ほのか）（看護師）

【目的】
当病棟は特殊疾患病棟であり、寝たきりの患者が殆どである。
医療、看護行為でスタッフが感染源になることが多い。
当院は近隣の病院と比較して、患者1人あたりの使用量が少なく、福岡地区の平均が10mlのところ病棟は4〜5mlと低い使用量であった。
手指消毒使用向上のため、使用が少ない原因を特定するためアンケートを行い、消毒剤の携帯、消毒薬の種類の変更、声掛けなどで遵守率、意識の変化を目指し研究に取り組んだ。
【方法】
R8年2月：病院全体の手指消毒についてのアンケート実施
（この中で当病棟の結果を参考とする）
R8年4月：病棟全体に手指消毒用携帯ポシェット及びベルト配布
手指消毒剤変更：ラビジェル→ピュレル
R8年4月16日〜6月15日
：スタッフ14名の携帯している手指消毒使用量計測
：携帯以外の使用量計測
・携帯するよう声掛け、掲示を行った。
R8年6月：手指消毒についてのアンケート再度実施
【結果】
病棟全体での使用量は最初の1か月は患者1人あたり約6ml
2か月目は患者1人あたり10.35mlと増加した。
アンケートの結果、手指消毒剤を携帯したことで、すぐ使用でき消毒するタイミングで使用できたなど遵守に繋がった。
【考察】
感染から、患者、スタッフを守り感染を広げないため、今回遵守率向上使用量増加を目指した。研究することで、計測されているという意識もあり、携帯して使用しやすくなったもあり使用量増加に繋がったと思われる。
【まとめ】
手指消毒剤を携帯することで、手指消毒遵守率と使用量の向上が見られた。
感染は目には見えないものであり、伝え続けないと意識が低下するため啓発を続けていきたい。

63-3　感染症

手指衛生だけで良い？耐性菌新規発生率からみえた慢性期における感染対策への取り組み（中間報告）

埼玉県・新越谷病院

○上野（うえの）　真史（まさし）（看護師）

【背景/目的】
感染症を防止し、住み慣れた地域への復帰に向けた病状の安定およびリハビリテーションの実施など慢性期施設は自立支援の場として地域から求められている。しかし、急性期施設からの患者受け入れに伴った耐性菌の持ち込みや市中での増加を受け、慢性期施設の耐性菌保菌圧は上昇傾向にある。A 病院障害者病棟はリンクナースの精力的な活動により手指衛生回数は増加した。だが、一方で耐性菌の新規発生件数は以前よりも増加し伝播するリスクが高まっている。耐性菌を保菌した患者は肺炎や尿路感染症といった細菌感染症治療に必要な抗菌薬を選択できる幅が狭くなり、治療が難渋してしまう。そのような症例を経験し慢性期施設としての役割を十分に果たせくなるのではないかと危惧している。そこで、手指衛生の回数だけに着目するのではなく手指衛生 5 つのタイミングの具体的な場面の洗い出し、膀胱留置カテーテルや人工呼吸器、中心静脈カテーテルなどのデバイス感染対策チェック、ラウンドを通して見えた課題を抽出した。これらの課題に対しバンドル実践を通して、耐性菌の新規発生を抑制し感染症治療に対し不利益を被ることなく患者や御家族が安心して医療を受けられる環境を構築することを目的とした取り組みを報告する。
【方法】
2026 年 1 月より A 病棟感染リンクナースおよびリーダースタッフと共に、病棟ケアにおいて一日に必要な手指衛生回数を洗い出したデータと比較し、手指衛生回数が不足していることを周知した。そして、手指衛生を必要とする場面を 5 つのタイミングに合わせ、チームごとにディスカッションを行い洗い出した。さらに、デバイスに対するチェック表の作成・感染リンクナース会によるラウンドチェックの実践を通して適切な管理が行えるよう注意を促した。また、病棟役職者によるチェックラウンドを開始し、必要時に速やかな指導を行った。これらの活動を通して手指衛生回数と耐性菌新規発生率の推移を追い、病棟会で活動経過や課題をフィードバックしている。
【結果】
活動を開始してから 6 ヵ月が経過し、手指衛生回数は前年と比べ 1 床あたり 12 回/日から 18 回/日と増加した。また、役職者ラウンドによる指導の強化およびリンクナース会によるデバイス管理チェックにより、各職員の管理能力の向上が見られ、耐性菌新規発生率は 10% から 5.8% と大幅に減少している。しかし、誤嚥性肺炎や尿路感染症の発生件数は活動前と比べ大きな改善は見られていない。
【考察】
手指衛生回数は感染対策の 1 つの指標とされるが、手指衛生回数が増加したことで安心するのではなく様々な視点から問題点を複数の眼で抽出し、正しく実践できる職員へフィードバックすることが重要である。以前は指導を受けることを「注意されている」と感じていた職員もいたが、ディスカッションに参加し自ら意見を述べることにより、ポイントを整理でき前向きに対策に取り組めるようになった。また、病棟役職者や感染リンクナース会によるラウンド活動を通して「見られている」というホーソン効果も大きく影響したと考える。
【結論】
今回の報告は取り組み開始から約半年程度であり、安心して医療を受けられる環境を構築できたとは言い難い。よって、現在の活動を維持しながら誤嚥性肺炎や尿路感染症の発生件数の推移も含めた結果を最終報告としたい。

63-4　感染症

動線上に仕掛けられたナッジが導く「迷わない！」「自動で動ける!!」感染初動対応

愛媛県・松山リハビリテーション病院

○寺尾（てらお）　直子（なおこ）（看護師）、三浦　未来

【はじめに】

流行性感染症では、症状がではじめた段階で対策を強化することで、院内での感染症の拡大リスクを最小限に抑えることができる。しかし、現実には感染症の初期症状である発熱や下痢、腹部不快は日常的に見かける症状であり、感染症の症状では無く、一時的なものであろうという気持ちが強く早期対応ができていない。

この感染症を疑った初動対応が上手くいかなければ、これからも院内での感染症の流行は引き起こされる。今回、問題解決の８ステップを利用し、現状を分析し阻害している要因を探り、行動経済学の理論に基づき感染初期対応セットを開発し導入したため報告する。

【目的】

感染症を疑った初動対応が、スタッフの知識や注意義務に頼るのではなく自然と自動的に動ける環境設定としての感染初期対応セットの開発及び導入。

【方法】

研究デザイン：問題解決の８ステップを使用し具体的なアクションプランの策定、導入までをゴールとした。

データ分析方法：フィッシュボーン図

解決策の内容：真因に対して、ナッジの思想に基づき初動セットを作成

【結果】

特性要因図で「感染者（疑い含む）対応の初期対応が遅い」という問題に対して方法、人、管理、物の４つの視点から要因を分析した。

これらの結果から、スタッフのスキル不足だけが原因ではなく、精神的・業務的プレッシャーから隔離を躊躇したり、初期対応のルールが曖昧で混乱しているなかで隔離対策の準備にも時間を要するためすぐには開始できていないことが真因としてあげられた。

症状に当てはまる患者は感染対策を行うことをルール化し、アクションカードを作成。ワゴンに初回の PPE を配置し、初動セットにはアクションカード、PPE など隔離対応に必要な物品をセットしておき、アクションカードに従ってセットするだけでよい環境を作成。

隔離への精神的プレッシャーに対し、患者・家族へ当院のルールを知らせる掲示物を作成し掲示する。

【考察】

感染症を疑って隔離を行うことの精神的・業務的プレッシャーから、正常性バイアスの影響や慎重派の対応、どちらも実施しない選択になっていること。また初期対応が必要ではないかと考えても、準備することに時間と手間、人手がかかりすぐには出来ないため、陽性判定後に対応開始となっていることが分かった。

多忙な臨床の現場では、選択や判断のステップが増える程、行動が阻害される。要因分析でも複数の選択、判断がスタッフの行動を阻害していることが分かった。ナッジ理論の「初期設定効果」を応用し、スタッフが「意識して準備する」というステップを踏むことなく、自然と初期対応が開始される環境を考えた。その結果、スタッフの判断ではなく、症状に基づいた機械的で自動的に動くようなルールと、物品準備に対する阻害要因を排除する為に、動線上であるワゴンに PPE セットの配置やアクションカードによる手順の簡素化を行った。

【結語】

感染初動対応の遅れはスタッフのリスク感性の低さではなく、心理的バイアスや環境的阻害要因（スラッジ）が真因であることが明確となった。

ナッジ理論を応用した「感染初動対応セット」の導入と機械的なルール化を行うことで多忙な臨床現場でもスタッフが迷わず自動的に初動対応を開始できる環境を構築できた

64-1　看護師特定行為①

特定看護師における PICC 実践能力均等化を目指した体制構築の取り組み

大阪府・泉佐野優人会病院

○山下（やました）　剛司（たけし）（看護師）、山田　美穂、堀田　若広、今坂　紀美、青木　仁子、加藤　寛

【目的】

当院には現在、特定看護師が 7 名在籍しており、そのうち 6 名が PICC（末梢挿入式中心静脈カテーテル）研修を修了している。

しかし、PICC 実施に対する経験や技術には差があり、積極的に実施できる特定看護師がいる一方で、患者への実施に不安を感じる特定看護師もいた。

さらに、PICC 手技に熟練した特定看護師の退職により、限られたスタッフに依存しない体制構築が必要となり、特定看護師全体での PICC 実施能力の均等化と体制強化が課題となった。

そこで本発表では、特定看護師間の PICC 手技能力の均等化を図るとともに、持続的かつ安定した PICC 実施体制をつくったことを発表する。

【方法】

特定看護師は各病棟に 1 名ずつ配置されており、従来は PICC 予定患者が入院する病棟所属の特定看護師が PICC を実施していた。しかし、回復期リハビリテーション病棟では PICC 症例数が少なく、実施件数に偏りが生じていた。そのため、PICC 実施担当を病棟所属に関係なく輪番制とし、特定看護師間で均等に経験を積める体制へ変更した。さらに、毎週金曜日を特定看護師の活動日とし、特看日は病棟業務から外れ、特定行為に専念できる勤務調整を行った。加えて、特定看護師管理表を作成し、PICC 予定患者および依頼状況を全員が共有可能とした。

【結果】

PICC 実施担当を輪番制へ変更し、安全性の確保を目的として、1 名では実施せず、2 名以上の特定看護師で実施した。不安を感じる特定看護師は、血管が見やすい患者を選定して実施した。困難症例に対しては患者の体位調整、頸部角度の調整、皮膚の弛みがある患者に対しては伸展させた状態で穿刺部位を固定するなど、メンバー間で意見交換を行いながら対応した。また、経験の少ない特定看護師においても、経験豊富な特定看護師の手技を観察し、実施経験を重ねることで手技への不安軽減がみられ、徐々に自立して実施可能となった。

PICC 導入初期には医師の理解が十分ではなかったが、成功症例を積み重ねることで、その有効性や安全性への理解が深まり、受け入れが進んだ。

医師の業務負担の軽減を目的として、従来医師が実施していた中心静脈カテーテル挿入（CV）に代わり、特定看護師による PICC 挿入へ移行していったことで、昨年度（R6.9/1～R7.8/31）の PICC 症例件数は 39 件であったが、今年度（R7.9/1～R8.6/27 現在で）100 件まで増加した。

【考察】従来は病棟所属ごとに PICC を実施していたため、病棟特性による症例数の偏りが生じ、特定看護師間で経験差が拡大していたと考えられる。また、経験不足による不安や恐怖心が、PICC 実施への消極性につながっていた可能性がある。

今回、病棟所属に関係なく輪番制を導入したことで、全特定看護師が均等に実施経験を積む機会を得ることができた。さらに、経験豊富な特定看護師による支援体制や、透視室での手技見学・知識共有を継続的に行ったことで、経験の浅い特定看護師も安心して実施できる環境づくりにつながったと考える。

また、困難症例に対して体位調整や穿刺部位固定方法などをメンバー間で意見交換しながら実施したことは、個人の経験をチーム全体へ共有する機会となり、技術の標準化にも寄与したと考えられる。

【結論】PICC 手技には継続的な経験の蓄積が必要であり、今後も定期的な症例共有や教育支援を継続し、安定した実施体制を維持していく。

64-2　看護師特定行為①

慢性期病院における教育的介入による特定看護師の役割認知向上と育成の課題

大阪府・大寿会病院

○北田（きただ）　あおい（看護師）、米本　恵美子、藤元　越洋

【目的】当院は病床数 385 床を擁する慢性期病院である。現在、3 名の特定行為研修修了看護師（以下、特定看護師とする）が病棟を横断的に活動しており、将来的には各病棟への配置を目標としている。しかし、現場では特定看護師の役割や活動内容が十分に理解されておらず、次世代の特定看護師育成に向けた関心の低さが課題となっていた。そこで今回、全看護師を対象に教育的介入を実施し、役割認知および将来的な志向性への影響について検討した。

【方法】2025 年 11 月から 2026 年 3 月にかけ、当院の看護師を対象に無記名自記式アンケート調査を 2 回実施した（介入前 n=127、介入後 n=116）。教育的介入として、アンケート調査と連動し、特定看護師の役割や具体的活動内容（気管カニューレ交換、中心静脈カテーテル抜去、創傷管理、皮膚科回診同行等）、特定行為研修についてまとめた資料を配布し、自己学習を促した。評価項目は、特定看護師の役割認知（存在、人数、役割、養成方法）および将来的な志向性とした。また、特定看護師の在籍病棟（3 病棟）と非在籍病棟（4 病棟）で比較を行った。

【結果】介入後、「特定看護師の存在を知っている」と回答した割合は 70.9% から 83.6% へ増加した。特に非在籍病棟では、62.2% から 86.6% へ大幅に改善し、在籍病棟との差が縮小した。一方、人数の正解率は在籍病棟の 98.0% に対し、非在籍病棟は 77.6% に留まり、約 20 ポイントの差があった。将来的な特定看護師への志向性は 11.8% から 10.4% と大きな変化は認めなかった。自由記載では、「活動内容が具体的に示され分かりやすかった」といった介入の効果を裏付ける記述が得られた。その一方で、「日々の業務が多忙で研修との両立が難しい」「責任の重さから自分には難易度が高い」といった内容も散見された。

【考察】今回の教育的介入により、特定看護師の役割認知向上、特に非在籍病棟における認知改善につながった。日常的な関わりのある在籍病棟に比べ、非在籍病棟ではまだ存在を遠く感じている傾向はあるものの、資料配布は知識の差を埋める有効な手段となった。先行研究では、職場でのロールモデルやメンターの存在が看護師のキャリア形成に影響すると報告されており、在籍病棟の高い正解率は、日常的な接触による具体的イメージの湧きやすさを反映している。そのため、今後は非在籍病棟においても特定看護師の活動を身近に感じられる工夫が課題となる。一方で今回、認知向上は将来的な志向性向上には結びつかなかった。これは役割理解が深まったことで、業務負担や責任の重さ、研修との両立困難といった現実的課題が認識されたためと考えられる。ハーズバーグの動機付け・衛生理論に照らすと、今回の介入は情報不足による不安を解消する「衛生要因」の整備に留まり、自律的な意欲を引き出す「動機付け要因」には至らなかった可能性がある。今後も引き続き情報提供による不安の解消に注力しつつ、意欲を引き出せるような支援体制の整備や、活動の魅力を伝える発信が重要と考える。

【結論】厚生労働省の報告においても、制度推進における最大の困難として「制度の周知」が挙げられており、本介入によってまずはこの「周知（衛生要因）」が一定数クリアされた段階といえる。今後は、さらに具体的な活動事例や研修内容の情報発信を継続し、専門職としてのやりがいや魅力を可視化する「動機付け要因」へのアプローチを重点的に行っていく。こうした多角的なキャリア支援を通じて、志向性の向上および将来的な人材確保につなげていきたい。

64-3　看護師特定行為①

特定看護師の活動を富家病院、富家千葉病院で比較して～症例だけがすべてじゃない～

1 埼玉県・富家病院、2 富家千葉病院

○井口（いぐち）　朋子（ともこ）（看護師）[1]、半村　亜由美[2]

【はじめに】
富家グループでは、2015 年の第 1 期から日本慢性期医療協会の特定行為研修の受講をすすめてきた。2016 年 10 月より特定看護師が活動をはじめ、現在 17 名が、各所属で活躍をしている。現在では特定行為の実施はもちろん、医師の働き方改革の影響もあり、医師や病棟からの依頼で多岐にわたる活動を行うようになってきた。今回その内容について富家病院と富家千葉病院を比較調査し、特定看護師の働き方を見つめ直すきっかけとなったためここに報告する。

【集計期間】2025 年 1 月～2025 年 12 月（1 年間）

【調査方法】
集計期間での特定行為件数と内訳
集計期間での特定行為以外での活動件数と内訳

【考察】
今回の調査では、特定行為だけでなくその他の活動を調べたことで、特定看護師が行っている活動の実態が見えた。特定看護師の認知度が高まってきたこと、医師の働き方改革で夜間などに宿直に電話する前に、特定看護師に相談するという習慣が定着してきたと考える。特に埼玉では地域包括ケア病棟の拡大で、緊急入院時に特定看護師が評価のために介入する場も多くなり、特定看護師のスキルアップにつながった。感染兆候の薬剤投与や脱水の補正で千葉と差が出たのもその影響だと考える。その反面、特定看護師が自立的に活動する勉強会などは少なく、2026 年よりインセンティブ制度を設けて活動を勧めている。

【まとめ】
・緊急入院の評価数と感染兆候の薬剤投与や脱水の補正では千葉より埼玉の方が多かった
・両病院ともに
①特定看護師 1 名あたり年間 200～300 症例程度の特定行為を行っていた
②よく行う特定行為は、カニューレ交換、PICC の挿入、壊死組織の除去、陰圧閉鎖療法、CV 抜去だった
③特定看護師のその他の活動としては、医師の代行業務、相談対応、実習指導が多かった
④勉強会などはまだ少ないため増やしていって欲しい
私たち特定看護師は、「ミニドクターになるのでなく、チーム医療のキーパーソンを目指せ」と研修の間なんども言われてきた。特定行為をするだけでなく、これまでの学びを活かして、自立的に活動することで、組織全体のレベルを向上させていけたらと思う。

64-4　看護師特定行為①

声を取り戻すケア：長期人工呼吸器管理患者への日中離脱と段階的発話支援の一例

広島県・島の病院おおたに

○小田（おだ）　譲嗣（じょうじ）（看護師）

【目的】

頸髄損傷（C2/3）による呼吸筋麻痺を呈する長期人工呼吸器管理患者では、呼吸不全への不安に加え、発話制限による意思疎通の困難さがQOLを著しく低下させる。また、不安や苛立ちが日常生活およびリハビリテーションへの参加に影響を及ぼすことがある。本症例は、5年間人工呼吸器管理下にある上位頸髄損傷患者に対し、特定看護師が主導して日中離脱および発話支援を段階的に導入した。本報告では、その看護介入の経過を記述し、意思伝達の回復がもたらす看護実践上の有用性を検討することを目的とした。

【方法】

対象は頸髄損傷（C2/3）による呼吸不全で長期人工呼吸器管理中、意識清明な気管切開患者1例。特定看護師として医師と連携し、手順書に基づき以下の3点を軸に介入を行った。

1. 特定行為を通じた多角的な機能評価

2週間毎の気管カニューレ交換を特定看護師が自ら実施。手技時には交換に留まらず、瘻孔状態や肉芽の有無、分泌物性状、カフ脱気時のリーク音を評価し、気道状態および上気道通気の可能性を総合的にアセスメントした。これらの所見を踏まえ、スピーチバルブの適応を判断した。

2. 呼吸器離脱プロトコルの個別化と即時調整

手順書に基づき、日中離脱トライアルを主導。SpO_2や呼吸数、呼吸パターンをリアルタイムで評価し、副呼吸筋疲労や予期不安の程度に応じて、離脱時間を柔軟に調整した。

3. デバイス特性の活用と不安軽減の配慮

側孔付き二重管カニューレ（メラソフィット）を使用し、内筒洗浄による気道開通性の維持と、側孔を介した上気道通気の最適化を図った。離脱およびスピーチバルブ試行時には、特定看護師が常に付き添い、即時対応体制を明示することで、患者の最大の阻害因子であった「窒息への恐怖心」の緩和を図った。

【結果】

介入初期、患者はデバイスの使用に対し「息ができなくなる」と強い拒否反応を示したが、説明と段階的介入により受容が得られた。スピーチバルブの使用時に明らかな呼吸困難やSpO_2の低下は認めず、良好な発話が可能となった。発話機会の獲得に伴い、患者より「伝えられたらスッキリする」との発言が得られ、苛立ちの軽減及び離脱への協力度の向上がみられた。家族からは「これなら（本人の思いが）よくわかる」と反応が得られ、涙を伴う場面も認められた。現在では1日2時間の安定した離脱が可能であり、大きな呼吸状態の悪化は認めない。

【考察】

C2/3という上位頸髄損傷において、自力換気による離脱は困難が予想されたが、発話機会の獲得により、患者の苛立ち軽減や離脱への協力度向上につながった可能性がある。また、自己表出が可能となったことが、不安軽減や離脱受容に影響した可能性が示唆された。

特定看護師が、チューブ交換から離脱管理までを一貫して担ったことは、身体的・心理的変化の把握を可能とし、安心感のある介入に繋がったと考えられる。慢性期医療においては、生命維持管理だけでなく「声を取り戻すケア」が患者の主体性やQOLに寄与する重要な看護視点であると考える。

【結論】

頸髄損傷（C2/3）による長期人工呼吸器管理患者に対する特定看護師主導の段階的な日中離脱支援は、呼吸管理面のみならず心理面・家族関係に有益な影響を及ぼす可能性が示された。「声」を取り戻すケアは、長期療養患者のQOL向上において重要な視点であり、患者の生活を支える看護実践の一例であると言える。

64-5　看護師特定行為①

特定看護師による薬物療法マネジメントと個の価値観を尊重したケアのアプローチ

静岡県・西山病院

○山本（やまもと）　純（じゅん）（看護師）、宮木　愛子

【目的】介護医療院において、認知症に伴うBPSDへの対応は長年の課題である。本事例では、特定看護師が研修で培った医学的アセスメント能力を活用し、薬剤によるBPSDの症状を緩和しつつ、対象者の生き方や価値観に焦点をあてたケアを提供することで、尊厳ある暮らしを支えるケアのあり方を明らかにすることを目的とする。

【方法】帰宅願望と夜間頻尿（7〜8回）を認める96歳の認知症女性を対象とした。2025年8月から2026年5月まで、夜間専従特定看護師が詳細な動線観察とフィジカルアセスメントを実施し、その内容を当グループ内の同じ行為取得している別の特定看護師が客観的にフォローし、2人で臨床推論を深め、アセスメントの精度を向上させた。この共同評価に基づき、精神科医が2週間に1回の定期訪問診療と薬剤調整を行なった。
精神科医不在の期間も、包括指示に基づき2名で判断を共有しながらタイムリーな特定行為を行い、並行して「人生価値観マップ」に基づく個別的ケアを病棟の看護師・介護士で実施した。

【結果】対象者は夕方の帰宅願望と夜間頻尿覚醒を認めていた。薬剤調整において、当初はレンボレキサント、トラゾドン塩酸塩、リスペリドン、クエチアピン等の変更を重ねたが、過鎮静、錐体外路症状（眼球上転）、易怒的、幻覚・妄想・食欲亢進の副作用が顕著となった。特定看護師による副作用モニタリングと、随時の精神科医への報告により、最終的にバルプロ酸ナトリウムへ変更し微調整を行った。その結果、夜間のトイレ覚醒は7〜8回から1〜2回へ改善し、過鎮静も回避され、BPSDが軽減した。また、病棟の看護師・介護士で人生価値観マップを活用し、馴染みの環境調整と過去の記憶に触れる対話を実施した結果、対象者の表情に笑顔が増え、家族に関する語りが引き出されるなど、情緒的な安定を認めた。

【考察】本事例では、特定看護師が精神科医の往診間隔を埋める役割を果たし、包括指示のもとタイムリーな薬剤の調整を行うことで、薬物療法における副作用リスクを最小限に抑えることができた。この医学的な管理は、対象者が自身の生活を取り戻すために一定の期間必要となることがある。そして、特定看護師が病棟の看護師・介護士と連携し、対象者の人生観に基づいた精神的ケアを併用したことで、薬だけに依存しない、その人らしい情緒の表出を促すことが可能となった。特定看護師によるタイムリーな薬剤調整と、人生の価値観を大切にした個別ケアは、介護医療院における看護の質を向上させる重要な役割であると考える。

【結論】特定看護師が臨床推論に基づいた薬物療法マネジメントを行い、かつ対象の価値観に寄り添うケアを提供することは、認知症の有無に関わらず、一人の人間としての尊厳を護る上で重要なケアであると考える。

65-1　看護師特定行為②

特定行為看護師による終末期患者への意思決定・在宅療養支援～早期 PICC 挿入し在宅看取りがなされた 1 事例～

1 群馬県・美原記念病院　看護部、2 美原記念病院　診療部、3 美原記念病院　院長

○塚田（つかだ）　晃裕（あきひろ）（看護師）[1]、鈴木　三和[1]、大澤　竜[1]、野口　圭一[1]、伊守　純子[1]、髙橋　陽子[1]、江熊　広海[2]、木幡　一磨[2]、美原　盤[3]

[**はじめに**]当院は、病床数 189 床のケアミックス型の脳・神経疾患専門病院である。2024 年から特定行為看護師による末梢留置型中心静脈カテーテル（Peripherally Inserted Central Catheter：PICC）の挿入を開始、2024 年 64 例、2025 年 75 例を実施した。今回、脳梗塞を併発した終末期膵癌の患者に対し、栄養手段・療養場所に関する意思決定支援を行い、早期の PICC 挿入、その後の在宅療養支援を実践した事例を報告する。研究対象とすることに関する説明と同意は、インフォームド・コンセントを省略する代わりに当法人ホームページにて研究情報を公開、対象者が拒否できる機会を保障し、当法人倫理委員会の承認を受けて研究を実施した（受付番号 129 - 14）。

[**症例**]対象は 80 歳代、女性。X 年 3 月頃より食欲不振がみられ、検査の結果、膵臓癌末期と診断された。積極的な治療の適応はなく緩和的対象療法の方針となり在宅で療養していた。夫の介助により排泄はトイレで行うことができていたが、食事は処方された経口栄養剤を少量摂取していた。X 年 4 月 Y 日、四肢脱力を主訴に当院に救急搬送された。神経学的に明らかな麻痺はないが、軽度構音障害を呈し、緊急 MRI の結果、脳梗塞と診断され入院した。るいそう著明でツルゴール反応低下、採血結果からも脱水傾向が認められた。末梢静脈路の確保が困難であったため、特定行為看護師へ PICC 挿入の依頼があった。特定行為看護師は、医学的適応のみならず患者、家族の意向や療養目標を踏まえた意思決定支援を行なうため、臨床倫理の 4 分割法を用いて状況を整理した。その結果、PICC 挿入は根治を目的とした治療ではないものの、一時的な栄養状態の改善や脱水に伴う苦痛軽減が期待でき、患者の QOL 向上に寄与すると判断し、患者、および家族へ十分な説明を行ない、同意を得たうえで PICC を挿入した。また、患者、家族は在宅療養を希望していたため、入院早期から多職種と協働し退院支援を開始した。退院支援を進める中で、受け入れ予定の訪問看護ステーションにおいて PICC 管理経験がないことが課題となった。しかし、病状進行を鑑みると迅速な支援が求められ、退院調整の遅延は患者・家族の希望する在宅療養期間の短縮につながる可能性があった。そこで特定行為看護師は、訪問看護師への教育支援を在宅で並行して実施する方針とし、患者は入院 Y 日+4 日に PICC 留置のまま在宅退院した。退院後、訪問看護師の初回訪問日（Y 日+4 日）に合わせ特定行為看護師が同行訪問を実施し、PICC 管理方法について実践的な指導を行なった。また、患者、家族の了承を得て訪問看護師が確認用動画を撮影し、継続的に管理できる体制を整えた。その結果、退院後も大きなトラブルなく PICC 管理を継続することができた。患者は退院 16 日後に自宅で永眠された。後日実施したグリーフケア訪問では、家族より「家で亡くなることができて本当によかった」との言葉が聞かれた。

[**考察**] 本事例では、特定行為看護師が PICC 挿入という診療の補助にとどまらず、医学的評価と倫理的視点を統合した意思決定支援を実践した。また、在宅移行における課題を早期に抽出し、訪問看護師への教育支援を行なったことで、患者、家族の希望に応える形の医療提供がなされた。これは当院理念である急性期から在宅まで一貫した医療・介護の提供を体現した実践であったと考える。

[**結論**]特定行為看護師は、医学的思考と臨床倫理の視点に基づいた意思決定支援を行なうことで、患者の価値観に沿った支援を実践することができる。終末期患者に対しても、多職種協働や地域支援を含めた包括的な看護実践を担うことで、患者、家族の望む在宅療養の実現に寄与できることが示された。

65-2　看護師特定行為②

当院における特定看護師の活動を通じて見えた今後の課題と展望

北海道・定山渓病院

○高木（たかぎ）　友博（ともひろ）（看護師）

【目的】

2015年に開始された看護師の特定行為研修制度は、2025年までに10万人以上の特定行為研修修了看護師（以下、特定看護師）を養成することを目標としていた。しかし、令和7年3月時点の修了者は11,840人にとどまり、目標との差は大きい。さらに、修了後も活動の場が確保されず、特定行為を実施できない看護師が多いという現状がある。

一方、当院では特定看護師の活動日を組織として明確に確保していることから、年間100件以上の特定行為を実施している。本研究では、その活動から得られたデータや経験を整理し、特定看護師の主たる目的であるタスクシフト・タスクシェアリングの実際、一貫した患者へのケア提供の意義、そして今後の展望を明らかにすることを目的とした。

【方法】

特定看護師の活動内容とこれまで実施した特定行為の件数とアウトカム評価、さらにタスクシフトにより医師が実感した変化について整理する。

【結果】

アウトカム評価では、胃瘻交換に強い恐怖や痛みを訴え、従来は交換時に必ずセデーションを必要としていた患者が、特定看護師による一貫したケアにより無鎮静での交換が可能となった事例があった。患者からは「看護師さんが来るから緊張しないし、普段通りの流れでやってくれるから安心できる。全然痛くないよ、ありがとう。」との声が得られ、心理的安全性の向上が確認された。

また医師からは、「これまで他の業務を中断して対応していたが、特定看護師が交換を担うことで、カルテ確認など他の業務に時間を充てられるようになった」との評価が得られ、タスクシフトによる業務効率化が明確に示された。

【考察】

本研究で得られたアウトカムは、特定看護師が一貫したケア提供者として関わることの有用性を明確に示している。特に、胃瘻交換における不安軽減や疼痛の最小化は、日常的に患者と関わる看護師だからこそ実現できる心理的安全性の確保が大きく寄与したと考えられる。これは、特定行為研修制度が掲げる「患者の状況に応じた適切な医療をタイムリーに提供する」という理念と一致するものである。

さらに、医師の業務負担軽減という明確なタスクシフト効果は、制度が目指す「医療提供体制の強化」に対して当院の取り組みが具体的成果を示したことを意味する。当院の事例は、特定看護師の活動が患者・医師・組織の三者に利益をもたらすことを示す実践例であり、制度普及に向けた重要な示唆を与えるものと考える。

【結論】

当院における特定看護師の活動は、患者の安心感向上や疼痛軽減といったケアの質の向上に寄与するとともに、医師の業務負担軽減という明確なタスクシフト効果をもたらした。さらに、活動日を組織として確保する体制が、特定行為の継続的実施と成果を支えている点は、当院の強みと考える。これらの成果は、特定行為研修制度が掲げる目的の実現に向けて、特定看護師が重要な役割を果たし得ることを示している。

全国的には特定看護師の活動の場が十分に広がっていない現状があるが、本研究で得られた知見は、特定看護師の活用が医療現場において有用であることが示され、制度のさらなる普及に寄与することが期待される。

65-3　看護師特定行為②

回復期リハビリ病棟での陰圧閉鎖療法による特定行為実践の変化

埼玉県・大宮共立病院

○櫻井（さくらい）　寿子（ひさこ）（看護師）

【はじめに】

2020 年以降現在まで、特定行為研修修了者 4 名が活動を行っている。血流のない壊死組織の除去及び陰圧閉鎖療法を実践する中で、褥瘡は治癒しても患者の ADL が低下してしまう症例があり課題となっていた。回復期リハビリテーション病棟（以下回リハ病棟）での看護師特定行為介入で ADL を維持しながら治癒した事例を経験した。褥瘡治癒における多職種連携の観点から考察することで今後のケアの質向上を目的としここに報告する。

【研究方法及び目的】

2024 年度特定看護師が介入した褥瘡患者で陰圧閉鎖療法（以下 NPWT）を行った患者 4 名のうち、回リハ病棟で介入した症例の実践課程をまとめ、今後の看護師特定行為のケアの質の向上につなげる

【介入症例】

1.　A 氏 50 歳代後半男性。脳梗塞後遺症のリハビリ目的で入院。左麻痺と仙骨に IV 度の褥瘡形成

【特定行為の実際と過程】

A 氏：入院時より褥瘡の介入指示あり。社会復帰予定の患者であり、リハビリの進行状況に合わせながらの褥瘡治癒に向けての介入開始。メンテナンスデブリードマン施行し、リハビリを行う際に陰圧閉鎖療法の機械が妨げにならないよう、小型軽量の陰圧維持管理装置使用とした。回リハ病棟での陰圧閉鎖療法は初症例であり数回に分けて勉強会を実施。フォーム挿入時はリハビリスタッフにも立ち会ってもらい共有した。ADL 拡大に伴い自力体動も増えたが、創部発赤が消失せず、本人には臥床時の除圧と体位変換について指導するとともに病棟スタッフにも除圧と創傷衛生の継続を共有した。患者自身も創の状態を知りたいとのことだったため、常に創の状態を共有した。治癒以降もベッドサイド訪問し状況確認とコミュニケーションを図った。

【考察】

本症例は、回リハ病棟で社会復帰を目指した ADL の拡大と同時に、特定看護師が介入し褥瘡が治癒でき、退院に向かうことができた。陰圧閉鎖療法を行う患者は医療保険病棟へ移動し実施することが主だったが、入院期間が長くなることや、ADL 拡大遅延及び低下のリスクを考慮し回リハ病棟での介入となった。褥瘡管理においては、創傷衛生、除圧、栄養管理が重要である。病棟自体で褥瘡に係る症例が少なかったことに加え、陰圧閉鎖療法も初めてだったことから、介入開始時から病棟スタッフとの手技統一、リハビリの進行状況の確認、栄養状態の確認等密なコミュニケーションを図るとともに、状況に合わせた介入を心がけると共にわかりやすい説明を実践した。普段の ADL 拡大をメインに実践している病棟で褥瘡治癒というもう一つの目的が加わったことはスタッフの不安の要因であった。しかし、結果として多職種が連携すれば褥瘡治癒と ADL 拡大を同時に実践できることを体感でき、回リハ病棟でも褥瘡管理が可能であること、褥瘡管理と ADL 拡大は同時に行えることがわかった。

【おわりに】

今回の症例を機に、患者の ADL 低下予防及び拡大を並行しながらの特定行為介入実践を継続し、多職種とのコミュニケーションや情報共有が増え、連帯感、信頼関係の促進を感じている。2026 年現在では継続して ADL 低下予防や多職種連携を図り、褥瘡管理を実践できている。

特定看護師の役割は、特定の医行為を行うことではなく、看護師として看護実践をより深め、患者ケアの質向上を図るうえで多職種間のハブとなり、よりよい療養生活へ繋げることだと考える。今後は褥瘡のみならず、他の特定行為実践のアウトカムを量的・質的に評価しながら、看護の質向上に寄与することが課題である。

65-4　看護師特定行為②

喀痰吸引タスクシェア推進に向けたリハビリテーションスタッフ研修後実践状況と課題

佐賀県・山元記念病院

○山田（やまだ）　勇太（ゆうた）（看護師）、島本　直子、山口　由美、鶴田　真由美、山元　謙太郎、小川　健一

【はじめに】

近年、医療現場では患者の高齢化や重症化に伴い、リハビリテーション実施中に喀痰吸引を必要とする患者が増加している。リハビリテーション中に喀痰貯留や咳嗽困難を認めた場合、速やかな吸引対応が必要となるが看護師のみで対応する体制では、患者の安全確保やリハビリテーションの継続に支障をきたす可能性がある。当院では安全なタスクシェア推進を目的として特定行為看護師が中心となり、リハビリテーションスタッフへの喀痰吸引研修を実施している。しかし研修のみでは実践への移行が十分とはかぎらず継続的な支援が必要である。そこで研修修了者を対象にフォローアップ調査を実施し喀痰吸引実施に関する不安や課題を明らかにする。

【方法】

対象は当院において喀痰吸引研修を修了したリハビリテーションスタッフ

理学療法士　8 名　作業療法士　6 名　言語聴覚士　6 名　計 20 名

無記名自記式アンケートを用いて、喀痰吸引に関する理解度、実施経験、頻度、不安の有無、不安の内容、感染対策についての理解度について調査した。

【倫理的配慮】

アンケートは無記名で実施し個人が特定されないよう配慮した。また調査結果は今後の教育支援体制の検討を目的として説明・同意を得た。

【結果】

17 名から回答を得た。（回答率 85.0％）研修後に喀痰吸引を実施している者は 13 名/17 名（76.5％）であった。理解度は「十分に理解できた」8 名/17 名（47.1％）「概ね理解できた」9 名/17 名（52.9％）であった。一方不安を有する者（とてもあった）「少しあった」は 10 名/17 名（58.9％）であり、不安内容は「手技」「患者の状態の判断」「吸引実施のタイミング」が各 10 名/17 名（58.8％）と最も多く、感染対策は 2 名/17 名（11.8/％）であった。

【考察】

研修により知識面での理解は得られたが、約 6 割に実践への不安がみられた。特に「患者状態の判断」や吸引を実施するタイミング」といった臨床判断に関する不安が大きかった。このことからタスクシェア推進には集合研修のみならず、OJT や症例検討、実施後の振り返りなど継続的な実践支援体制の構築が重要であると考えられる。

【結語】

喀痰吸引におけるタスクシェアを推進するためには、研修の実施だけでなく、研修後の継続的な支援が不可欠である。特定行為看護師による教育・技術支援を活用しながら、多職種が安心して実践できる環境作りに取り組んでいく。

65-5　看護師特定行為②

褥瘡治癒に向け特定看護師の活動

1 鹿児島県・加治木温泉病院、2 法人事務局

○下忠（しもただ）　美輪（みわ）（看護師）[1,2]、堂森　めぐみ[1]、小村　成美[1]、堀ノ内　唯加[1]、藤井　みゆき[1]、夏越　祥次[1]、髙田　昌実[2]

【目的】当院は、地域包括ケアシステム推進の立場を重視したケアミックス型病院であり、褥瘡の発生予防および早期治癒は、QOL 維持と早期退院・在宅復帰を推進する上で極めて重要な課題である。このような中、当院では 2024 年に 2 名の看護師が特定行為研修を修了し、病棟配属の中で特定看護師としての活動を開始した。特定看護師は、医師の包括的指示（手順書）の下、安全性を厳守し、指導医や担当医の指導・管理のもとで褥瘡管理、を実践している。特に「創傷管理関連」の特定行為として、単独での外科的デブリードマンが実践可能であり、2025 年には 25 件の褥瘡管理に介入した。本研究の目的は、特定看護師介入前（2024 年）と介入後（2025 年）の褥瘡の治癒率および平均治癒日数を比較分析し、特定看護師の活動が患者の治療経過、褥瘡の重症度推移、さらには多職種連携やケアの標準化に与えた影響を明らかにすることである。

【方法】特定看護師介入前である 2024 年 1 月～12 月、および介入後である 2025 年 1 月～12 月の期間に当院および関連施設で発生・保有した全褥瘡症例を対象とした。データ収集項目は以下の通りである。① 2024 年の全褥瘡における治癒率 ② 2025 年の特定看護師による褥瘡管理への介入件数および全褥瘡における治癒率および治癒に要した日数を比較した．主たる評価として、全体の治癒率の推移、および発生（または介入開始）から治癒（上皮化）までに要した日数の平均値・中央値を 2 期間で比較した。また、特定看護師の介入が褥瘡の重症度（DESIGN-R 等による評価）の推移に与えた影響を分析するとともに、チーム医療における多職種連携や褥瘡ケアの標準化に与えた影響について記述的・質的に評価した。

【結果】2025 年における特定看護師の褥瘡管理への介入件数は 25 件であった。特定看護師介入前（2024 年）と介入後（2025 年）のデータを比較した結果、全体の治癒率は 2024 年の 12.4% から 2025 年には 12.8% へと向上した。特定看護師が介入した症例においては、壊死組織に対する迅速なデブリードマンの実施により、重症度の悪化を未然に防ぎ、速やかな肉芽形成・上皮化へと向かう重症度推移の傾向が確認された。

【考察】特定看護師が病棟へ配属され、医師からタイムリーに相談・依頼を受ける体制を構築したことで、褥瘡の悪化や治癒遅延の原因となる壊死組織に対し、包括的指示に基づいた早期の外科的デブリードマンが可能となった。これが治癒率の向上および治癒日数の大幅な短縮に直接寄与したと考えられる。また、特定看護師が医学的視点と看護の視点を両立させて介入することで、医師への迅速かつ的確な報告・連動が生まれ、診療の補助だけでなく褥瘡回診等を通じた多職種連携の緊密化をもたらした。さらに、特定看護師によるアセスメントとケアの提示は、病棟スタッフ全体の褥瘡ケアへの意識向上とケアの標準化を牽引する役割も果たしていることが示唆された。

【結論】ケアミックス型病院における特定看護師の褥瘡管理への介入は、治癒率の向上と治癒日数の短縮において極めて有効であり、患者へ大きな利益をもたらした。また、多職種連携の強化や施設全体のケアの標準化を推進する上でも中核的な役割を担っており、地域包括ケアシステムの中で特定看護師の活動をさらに発展させていくことが今後の課題である。

66-1　薬剤

高齢者の服薬自己管理に対する薬剤師介入の効果―生活に寄り添う服薬支援の可能性―

福岡県・水戸病院

○伊勢田（いせだ）　渚（なぎさ）（薬剤師）、臼井　瑞代

【目的】高齢者では複数の慢性疾患を併存することが多く、治療薬の多剤併用により服薬管理が複雑化する。加齢に伴う認知機能低下や身体的制約、生活リズムの乱れなどが重なることで、自己判断や服薬遵守が困難となり、服薬ミスや重複服用が健康状態の悪化につながる可能性がある。特に在宅療養中の高齢者では、服薬管理が本人の生活習慣や家族支援体制に依存するため、薬剤師による継続的な介入が重要となる。本発表は、薬剤師による個別的な服薬支援が高齢者の服薬自己管理能力および健康維持に与える影響を検討し、地域包括ケアにおける薬剤師の役割を明確化することを目的とした。

【方法】対象は 77～89 歳の高齢者 4 症例で、いずれも 7～15 剤の多剤併用の患者である。薬剤師は、薬カレンダーの導入、分包紙への印字による服薬判断支援、服薬タイミングの可視化、体重変化に応じた利尿剤調整など、生活状況に合わせた個別支援を実施した。支援は訪問看護師と連携して行い、服薬状況、体調変化、生活リズム、心理的安定度を継続的に評価した。

【結果】全症例で服薬遵守率が向上し、服薬ミスや重複服用が減少した。症例 4 では、体重変化に応じた利尿剤分包支援により心不全増悪を予防し、入院を回避できた。症例 1～3 でも、薬剤師介入後に服薬管理の自立度が高まり、患者自身の判断力・安心感の向上が認められた。服薬に対する理解が深まることで、服薬行動が生活習慣の一部として定着し、体調変化への自己対応力が強化された。看護師との情報共有により、服薬支援が生活全体の安定に寄与し、体調悪化の早期発見にもつながった。

【考察】薬剤師による支援は、単なる服薬指導にとどまらず、患者の生活状況や生活環境に即した判断支援を通じて自己管理能力を高める効果があることが示された。分包紙や薬カレンダーなどの視覚的支援は、認知機能が低下した高齢者においても有効であり、服薬遵守と健康維持の両立を可能にした。また、看護師との連携により、服薬支援が生活全体の質の向上に結びつくことが確認された。今後は、薬剤師が地域包括ケアチームの一員として、医療・介護・生活支援を統合的に担う体制の構築を目指したい。薬剤師の介入は、服薬管理のみならず、患者の自己決定支援と生活の質の維持に寄与する重要な役割を果たすと考えられる

66-2　薬剤

当院入院患者におけるポリファーマシー実態の調査

富山県・西能みなみ病院

○清水（しみず）　利保（としやす）（薬剤師）、谷口　啓子、桑原　真希、岩峅　貴久子、齋藤　美穂、西嶌　美知春

【目的】

高齢者への多剤投与は薬物有害事象などを引き起こすことからポリファーマシーとして問題視されている。診療報酬においてもポリファーマシーへの取り組みを評価する項目があり、高齢者医療の課題の一つであると考える。一般社団法人日本病院薬剤師会の発行する「ポリファーマシー対策の進め方」には 75 歳以上の約 25% が 7 種類以上、約 40% が 5 種類以上の薬剤が処方されていると明記され、高齢者への多剤投与の実状が示されている。そこで、当院へ入院する患者の処方実態の把握を目的とし薬剤の処方数を調査、解析したので報告する。

【方法】

対象：2025 年度の新規入院患者（245 名）

入院時鑑別した持参薬のうち内服薬（頓服薬を除く）の処方数を、電子カルテの記録をもとに集計し、自宅からの入院患者と、医療機関・施設からの入院患者とで分類、処方の経過を調査した。

【結果】

自宅からの入院患者（平均年齢 85.0 歳）の 96%（50/52 名）は薬剤を内服しており、処方数の平均は 6.9 種、48% が 7 種類以上、72% が 5 種類以上の内服薬が処方されていた。このうち、24% の患者が入院から 14 日以内に処方を減量した。

医療機関・施設からの入院患者（平均年齢 84.2 歳）の 70%（136/193 名）は薬剤を内服しており、処方数の平均は 7.0 種、47% が 7 種以上、73% が 5 種以上の内服薬が処方されていた。このうち、36% の患者が入院から 14 日以内に処方を減量した。

当院へ入院する患者で 7 種類以上の薬剤が処方されていた割合は「ポリファーマシー対策の進め方」に明記されている数値を上回った。また、自宅からの入院患者と医療機関・施設からの入院患者の間では内服薬の平均処方数には大きな差は無かった。一方で、入院から 14 日以内に処方を減量した患者の割合は医療機関・施設からの入院患者が 12 ポイント上回った。

【考察】

医療機関や施設に入所している患者は服薬が管理され、多剤投与予防への介入がなされ処方数が少ない可能性があると予想し調査を開始したが、自宅からの入院患者と大差がなかった。また、入院後 14 日以内に処方を減量した患者がいることより、入院初期から処方調整が必要な患者が一定数いたと考える。今後、これらの結果をより詳細に解析し当院でのポリファーマシー対策に活用していきたい。

66-3　薬剤

塩酸ミノサイクリンによる色素沈着症の2例

福岡県・上曽根病院

○角谷（かくたに）　康恵（やすえ）（看護師）、古後　稔枝、井上　愛、坂口　陽子、神垣　麻衣、角谷　千登士

はじめに

塩酸ミノサイクリンは、重篤な副作用も少ないことから各種細菌感染症に使用されている。今回我々は、顔面、四肢、耳介等に色素沈着をきたした2例を経験したので報告する。

症例1

患者　A.N.　81歳　女性

現病歴　変形性膝感染症に対して人口膝関節置換術が行われた。術後化膿性関節炎にて塩酸ミノサイクリンの投与が2年近く行われていた。当院にはリハビリ目的で入院となった。入院4か月後顔面の皮疹が増大、有棘細胞癌の診断にて切除術が行われた。

現症　顔面、四肢、耳介に青黒の色素班が多発していた。

臨床検査所見　軽度の腎機能障害以外には異常はみられなかった。

症例2

患者　S.T.　84歳　男性

現病歴　前頭側頭型認知症

誤嚥性肺炎で施設より基幹病院で搬送治療後、当院転院となった。

現症　四肢に青黒い色素班が多発していた。当院入院時は塩酸ミノサイクリンは投与されていなかったが、施設に問い合わせたところ肺炎予防のため塩酸ミノサイクリンが100mg/日、2年以上にわたり使用されていた。

臨床検査所見

血算、一般生化学検査に異常はみられなかった。

病理組織所見（青黒い皮膚の生検）

表皮はやや菲薄化を呈し、基底層ではメラニン顆粒の増加が目立ち、表皮では全体に浮腫変化を呈し、小血管周囲も含め間質ではメラニン沈着と共に、メラノファージの増生を多数認め、塩酸ミノサイクリン長期投与に伴う色素沈着として矛盾しなかった。

結果

塩酸ミノサイクリンの長期投与に既往、特徴的な皮膚所見、および組織所見から2例とも塩酸ミノサイクリン長期投与による色素沈着症と判断した。

考察

特徴的な皮膚の青黒い色素沈着を見た場合、塩酸ミノサイクリンによる色素沈着を考慮する必要がある。

塩酸ミノサイクリンによる皮膚色素沈着は、渉猟しえた限りでは生命予後に関わる障害の報告はみられなかった。しかしながら外見上の障害、生活の質低下を引き起こすので、可能な限り中止か他の薬剤に変更を検討すべきである。

66-4　薬剤

ブレクスピプラゾール服用中に悪性症候群を経験した2症例

埼玉県・大宮共立病院

○山﨑（やまざき）　初音（はつね）（薬剤師）、三友　由華、八木　裕理詠、中村　綾乃

【目的】ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）がアルツハイマー型認知症に伴う行動・認知症状（以下 BPSD）に対して承認されたことにより、当院においても使用頻度が増加している。ブレクスピプラゾールはドパミン D_2受容体部分作動薬であり、錐体外路症状の発現は比較的少ないとされているが、まれに悪性症候群の発現が報告されている。今回、ブレクスピプラゾール服用中に悪性症候群を経験した2症例を報告する。

【症例1】90歳台女性 病歴：大動脈解離、小脳梗塞

不安症状が認められ、ブレクスピプラゾール 0.5mg を開始した。症状改善が認められないため day8 1mg、day16 1.5mg、day30 2mg と漸増した。day49 38.2℃ の発熱、day50 CK 1037U/L を確認し、ブレクスピプラゾールを中止した。day63 CK 119U/L と基準値内へ改善を認めた。

【症例2】80歳台男性 病歴：脳梗塞後遺症

不穏症状が認められ、ブレクスピプラゾール 0.5mg を開始した。症状改善が認められないため day7 1 mg へ増量。day14 クエチアピン 12.5mg 追加となるが暴力的行動があり、ハロペリドール注 5mg1A 筋注した。day16 39.1℃ の発熱、CK　570U/L を認めた。day17 クエチアピン、day18 ブレクスピプラゾールを中止した。day24 CK 78U/L と基準値内へ改善を認めた。

【結果】いずれの症例においても悪性症候群の初期症状である 38℃ 以上の発熱、CK 値上昇が認められた。また、被疑薬の中止により解熱、CK 値改善を示した。

【考察】BPSD に対応する向精神薬使用ガイドラインが 2025 年に改定され、ブレクスピプラゾールが記載されたことにより、今後も当院での使用頻度は増加すると予想される。今回の症例では早期に対応できたため、筋固縮等には至らなかった。抗精神病薬の使用時には悪性症候群等副作用の可能性を踏まえ、検査値や全身状態の変化・投与方法を考慮した薬剤管理をする必要がある。

また、当院では退院時に全例で薬剤管理サマリーを作成している。今回経験した悪性症候群等の副作用情報を他施設や保険薬局へサマリーを通じて共有することは、退院後の安全な薬物療法の継続に有用であると考えられる。

66-5　薬剤

病院薬剤師が介入したII型介護医療院におけるポリファーマシー対策および服薬簡素化の取り組み

1 鹿児島県・加治木温泉病院、2 介護医療院おはな、3 医療法人玉昌会

○小杉（こすぎ）　正生（まさき）（薬剤師）[1]、新納　直毅[1,2]、飛知和　まり子[1]、大岩　美穂[1]、小松　加奈[1]、外薗　美貴子[2]、濵田　浩志[2]、夏越　祥次[1]、髙田　昌実[3]

【目的】

当院は、同法人で500mほど離れたII型介護医療院（以下、A施設）と日常的に連携しており、当院からは薬剤師1名が非常勤で1日2時間程度A施設に勤務している。担当薬剤師はこれまで業務の大半を調剤や監査に費やしていたため、入所者の処方内容や服薬管理に十分介入できていなかった。また、A施設の常勤医は1名のみであることから、処方内容は都度見直しているものの、服薬回数の集約が進まず、利用者本人や配薬準備を行うスタッフの負担となっていた。今回、病院薬剤師とA施設のスタッフがリモートで連携し、全入所者を対象にポリファーマシー対策および服薬の簡素化に取り組んだため、その成果を報告する。

【方法】

2026年2月～3月でA施設に入所されていた60名を対象に、病院薬剤師がバイタルや検査値などをもとに、入所者ごとの定期薬処方について週5名程度ずつ提案書を作成・出力し、A施設に提出した。A施設の看護師と医師が提案書の内容を確認し、変更可能と判断したものについて医師が処方変更を行った。変更内容はスタッフで共有し、変更後の入所者の経過を観察した。入所者すべての処方提案終了1カ月後に関連スタッフを対象としたアンケートを実施し、業務負担や薬剤費等への影響について効果を検証した。

【結果】

入所者60名に対し延べ70件の処方提案を行い、55件で処方変更が実施された。重複も含め、中止・減薬となったのが39件、服薬簡素化が36件であり、A施設全体で薬剤費は薬価換算で808.7円/日、薬袋や分包紙等の物品コストは146.5円/日の削減となった。A施設の看護師18名対象のアンケートでは、スタッフの業務負担、患者の内服負担いずれも61.1%が軽減を実感でき、期間中の入所者の大きな体調変化は見られなかった。また、当院の薬局スタッフ7名へのアンケートでは全員が調剤・監査の業務負担軽減を実感できた。

【考察】

今回の取り組みを通して、スタッフの業務負担や利用者の内服負担、また法人の経済的負担において一定の効果が得られたと考えられる。一方、今回の処方提案は定期薬を中心に行ったため、臨時薬や他科処方を含めた服薬簡素化ができておらず、服薬回数を整理できていなかったケースがあったことが、スタッフの業務負担軽減を十分得られなかった一因と考える。また、今回はリモートで管理者を中心とした2ヶ月という短期間での取り組みであったため、病院薬剤師が臨時薬開始時から処方提案を行うことで、A施設スタッフと日常的に連携強化を図ることが重要であると考える。

66-6　薬剤

持参薬切り替えにおける代行処方プロコトルの有用性に関する検討

和歌山県・桜ヶ丘病院

○湯瀬（ゆせ）　敦（あつし）（薬剤師）、森本　理佐、貴志　千秋、成川　暢彦

【はじめに】

昨今、タスク・シフト/シェアの積極的な推進が求められている中、薬剤師においても医師の業務負担軽減が必要とされている。従来、当院では薬剤師が持参薬について鑑別から処方入力の代行まで行っているが持参薬の院内への切り替え処方については医師と代替内容について協議した上で処方を行っている。今回、持参薬切り替えにおける代行処方プロトコルを作成、運用した成果について多角的に評価し、その有用性について検討したので報告する。

【方法】

1. プロトコル概要

今回、プロトンポンプ阻害剤（以下、PPI でカリウムイオン競合型アシッドブロッカー含む）、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（以下、ARB）、HMG-CoA 還元酵素阻害剤（以下、スタチン）、DPP4 阻害薬の 4 種に対し、同効薬での切り替えについてプロトコル対象薬剤として設定した。切り替え方法については各種ガイドラインに併せ、フォーミュラリーのガイドラインも参考とした。尚、プロトコルについては当院の倫理委員会と薬事委員会にて審議承認し、医局会にて周知し、令和 7 年 12 月 1 日より実施した。

2. 研究方法

令和 7 年 12 月～令和 8 年 2 月においてプロトコル対応件数、実施内容の内訳、またプロトコル対応により医師への問い合わせ削減効果や処方提案の変化について評価を行った。また、有効性・安全性や経済効果についても評価を行った。

【結果】

研究期間での 47 例（男性：18 名　女性：29 名、平均年齢：83.21 歳）中、プロトコル対応件数は 36 例（76.6%）だった。内訳として同成分での処方変更が 28 例、同効薬での切り替えが 8 例だった。同効薬での切り替えについては PPI：5 例、DPP4 阻害薬：2 例、ARB：1 例と PPI が最も多かった。また、プロトコル非対応症例の 11 例については高リン血症治療剤 2 例、抗ヒスタミン剤 2 例、抗パーキンソン剤 2 例、その他ビタミン剤 2 例、その他 3 例だった。また、期間中、薬剤師による処方提案は 2 例みられた。薬剤変更による副作用症状などの直接的な影響などは見られず、処方変更もみられなかった。経済効果については、プロトコル対象薬剤において持参薬をそのまま継続して使用した場合と切り替えた場合で、その使用金額について薬価ベースで比較したところ、15,218.7 円減少した。

【考察】

今回、プロトコル運用により持参薬切り替え内容に関する主治医への問い合わせが減少し、さらに薬剤師が代行処方を行うことで医師の業務負担軽減につながったと考える。また、本プロトコルにフォーミュラリーに関するガイドラインも取り入れたことで有効性および安全性を確保した上で後発品中心の切り替えを行うことができた。その結果、薬剤費の削減につながり、医療経済的な効果も示唆された。今回、対象薬剤を当院で使用頻度の高い 4 品目に限定して運用したが、切り替えに起因した副作用などは認められず安全に運用することができた。しかし、本研究期間において薬剤師による処方変更提案の件数は少なく、今後、薬学的介入のさらなる推進が課題である。また、各ガイドラインの更新に合わせて対象薬剤の拡大や切り替え基準の見直しなどプロトコルの継続的な改善を図りながら取り組みを継続していき、さらなる医師への業務負担軽減や医療経済効果についても検証していきたい。

【結語】

今後も定期的にプロトコルを見直し、取り組みを継続していくことで、医師のさらなる業務負担軽減を目指し、薬剤師としてタスクシフト/シェアを推進していきたい。

66-7　薬剤

回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟での薬剤師主導のポリファーマシー対策と地域への情報提供

1 群馬県・美原記念病院　診療技術部　薬剤課、2 美原記念病院　事務部　医療情報課、3 美原記念病院　院長

○大田（おおた）　亜由美（あゆみ）（薬剤師）[1]、木暮　智春[1]、長瀬　明子[1]、角田　真理子[2]、美原　盤[3]

［はじめに］高齢患者の多剤併用（ポリファーマシー）は、有害事象や服薬アドヒアランス低下、医療費増大の要因となる。回復期リハビリテーション病棟（回リハ）および地域包括ケア病棟（地ケア）では、在宅復帰を見据えた薬物療法の適正化に加え、退院後も安全に継続できるよう薬剤調整内容を患者や地域へ確実に引き継ぐことが重要である。当院では薬剤総合評価調整加算への対応を契機に、薬剤師主導のポリファーマシー対策に加え、退院処方がある全患者に退院時服薬指導と地域への情報提供を実施する体制を構築した。

［目的］回リハ病棟および地ケア病棟における薬剤師主導のポリファーマシー対策と退院時服薬指導、地域への情報提供が、薬剤適正使用、薬剤費および退院後の服薬支援に与える影響を検討した。

［方法］2025 年 4 月～2026 年 3 月に回リハ病棟および地ケア病棟を退院した患者を対象とした。薬剤師が持参薬を鑑別し、薬剤総合評価調整加算対象患者に対して処方内容を評価し減薬提案を実施した。退院処方がある全患者に退院時服薬指導を行い、薬剤総合評価調整加算算定患者には処方変更内容を説明するとともに、お薬手帳へ退院処方情報を記載し、退院先へ情報提供を行った。評価項目は薬剤総合評価調整加算・調整加算算定件数、処方薬剤数、薬剤費、退院時服薬指導実施率とした。

［結果］退院患者 750 名中 691 名に退院処方があり、全例に退院時服薬指導を実施した。自宅退院患者は 428 名であった。薬剤総合評価調整加算は 188 件、調整加算は 96 件算定した。薬剤総合評価調整加算算定患者 188 件全例に対し、退院時服薬指導で処方変更内容を説明するとともに、お薬手帳へ退院処方情報を記載した。調整加算算定患者の平均処方薬剤数は入院時 9.5 剤から退院時 5.8 剤へ減少した。年間内服薬剤費は回リハ病棟で 1,185 万円から 1,097 万円、地ケア病棟で 412 万円から 288 万円へ減少した。

［考察］薬剤師主導のポリファーマシー対策は、処方薬剤数の適正化および薬剤費削減に寄与した。また、薬剤総合評価調整加算算定患者全例に対し、退院時服薬指導で処方変更内容を説明し、お薬手帳を活用して地域へ情報提供する体制を構築できた。自宅退院患者が半数以上を占めることから、患者自身が薬剤調整内容を理解し、その情報をかかりつけ医や保険薬局へ確実に共有することは、退院後の安全な薬物療法の継続に重要である。回リハ病棟および地ケア病棟において、ポリファーマシー対策から退院時服薬指導、地域への情報提供までを一体的に実施した報告は少なく、本取り組みは退院後の継続的な薬物療法を支援する実践例として意義がある。さらに、本取り組みは 2026 年度診療報酬改定で示された「患者への適切な服薬指導」と「地域への情報連携」の方向性を先行して実践したものであり、回復期・地域包括ケア病棟における薬剤師の新たな役割を示す取り組みと考えられる。一方で、地域への情報提供は患者・家族が処方変更内容を十分理解して初めて有効に機能することから、退院時服薬指導は情報連携の基盤となる重要な薬学的介入であり、その価値を踏まえた適切な評価が今後さらに求められる。

［結論］回リハ病棟および地ケア病棟における薬剤師主導のポリファーマシー対策は、薬剤適正使用と薬剤費適正化に寄与した。また、退院時服薬指導による患者理解の促進と、お薬手帳を活用した地域への情報提供は、安全な薬物療法の継続と在宅療養への円滑な移行を支援する有効な取り組みであった。

66-8　薬剤

回復期リハビリテーション病棟における内服自己管理マニュアル見直しの効果と課題

香川県・橋本病院リハビリテーション科

○田中（たなか）　彩貴（さき）（看護師）、山岡　弘美、木下　和代、荒木　朱美

【目的】

回復期リハビリテーション病棟では、退院後の在宅生活を見据えた支援が重要であり、その中でも内服自己管理練習は再発予防や健康状態の悪化を防ぐ為に重要である。特に脳血管疾患患者では高次脳機能障害や認知機能低下により服薬管理が困難となる場合があり、安全な自己管理に向けた適切な評価と支援が求められる。
これらの対策として、当院では独自の内服自己管理マニュアルを作成し運用していたが、飲み忘れや用法間違いなどインシデントが十分な減少には至らなかった。そこで、今回患者の実態に即した評価と安全な服薬支援を目的にマニュアルを見直し、その効果と課題を検討したため報告する。

【方法】

当院では 2013 年より独自の内服自己管理マニュアルを作成し運用していた。しかし、飲み忘れや用法間違いなどインシデントが十分な減少には至らなかった為、2024 年度にマニュアルの見直しを行った。見直し内容は①自己管理開始時の評価項目の修正、②自己管理開始基準の見直し、③管理手順の統一である。評価項目については従来の見当識、記銘力、理解力、精神症状の有無、薬剤内容の理解および服薬動作に加え、服薬自己管理には認知機能が関連すると報告されていることから、内服状況の変化や飲み忘れ時への対応など認知機能面を評価する目的で FIM の問題解決項目を追加した。また、自己管理開始基準および管理方法を統一し、2025 年 2 月より新マニュアルを導入した。効果判定として 2022 年度から 2025 年度までの自己管理患者数および服薬関連インシデント件数を調査した。

【結果】

内服自己管理実施患者数は 2022 年度 136 件、2023 年度 141 件、2024 年度 168 件、2025 年度 178 件であった。
インシデント内容として 2022 年度は用法間違い 11 件、飲み忘れ 1 件、2023 年度は用法間違い 5 件、飲み忘れ 8 件、2024 年度は用法間違い 7 件、飲み忘れ 3 件、2025 年度は用法間違い 15 件、飲み忘れ 2 件であった。飲み忘れは 2023 年度に一時的な増加を認めたものの、その後は減少傾向を認め 2025 年度には 2 件となった。一方用法間違いについては年度ごとに発生件数の変動がみられた。

【考察】

マニュアルを改訂し、自己管理開始基準に FIM の問題解決項目を追加し、認知機能面の評価を強化したが、インシデント発生率の減少には至らず、特に用法間違いに対して十分な改善を認めなかった。その要因として、自己管理導入時の評価や管理基準の見直しだけでは、自己管理中に生じる理解度の変化や服薬手順の誤認を十分に把握できなかった可能性が考えられた。特に用法間違いが多数占めていた事から自己管理開始の説明項目は統一されていたものの、説明者の説明の仕方や患者の理解度に応じた確認方法に差があり、十分な理解が得られなかった可能性が考えられた。その為、自己管理導入時の評価に加え、自己管理期間中においても継続的に理解度や服薬状況を確認し、患者の状態変化に応じた再評価、再説明を行うことが重要であると考えられた。今後は、自己管理開始時のみならず、自己管理期間中の介入方法についても検討し、安全かつ継続的な内服自己管理支援体制を構築していく。

67-1　ターミナルケア①

「人生の最終段階における医療」に対するスタッフの意識変化〜より良い看取り期ケアをめざして〜

大阪府・緑水会病院

○吉野（よしの）　咲絵（さきえ）（看護師）

1. 目的

療養型病院では終末期患者家族への関わりや意識決定支援に困難を感じることが多い。今回 ACP・SDM・終末期家族ケアに関する研修会を実施し、スタッフの意識変化を明らかにする。

2. 方法

看護師 14 名・介護福祉士 10 名を対象に、終末期の概論、家族心理、ACP、SDM、臨死期の看護師の役割など 9 項目の研修会を実施。1 回 5〜10 分程度、1 テーマにつき 4 回（合計 36 回）行い、一部ロールプレイングを取り入れた。研修会前後でアンケートを実施し、困難感や知識面の変化を比較した。

3. 結果

研修後、ACP・SDM・代理意思決定支援に関する理解度は向上がみられた。また一部ロールプレイング実施項目の意識低下時などでは困難感の軽減がみられた。一方、終末期ケア全体への困難感の軽減や臨終前の声かけでは大きな変化はみられなかった。自由記載では、研修前はケア中心の記載や「どのように声掛けをしたらよいかわからない」など困難感の記載が多かったが、研修後は家族ケアや意思決定支援を意識した関わりについての記載が増加した。

4. 考察

短時間の反復学習やロールプレイングを取り入れたことで具体的な場面をイメージしやすく、知識の定着や意識の変化に有効であった可能性がある。一方で、終末期ケアは予後予測の困難さや家族背景など複数要因が関係するため、単回の研修のみでは困難感の軽減に結び付きにくいと考えた。

自由記載では看護師は研修前に学びたいこと・できていないことについての記載が多かったが、研修後では意思決定支援を意識した関わり・寄り添った関わりのための工夫など具体化されている。介護福祉士は看護師に比べ終末期の患者家族に対し意思決定支援の関わりの場面が少ないと記載もあったが、後のアンケートでは「死期へのイメージがつきにくいかと思い看護師に後で説明してもらったことがある」「家族の意思決定を支援することは望ましいが実際本人と事前に話し合いが持てていたのか疑問に思うところである」という意見もあり、スタッフと家族間の病識のズレを感じた時にどう対応するべきかを考える、という行動変容も見られた。

5. 結論

短時間の反復型研修は、終末期家族ケアに対する知識の向上や意識変化を促す可能性があるが、今後も実践的な内容を踏まえながら継続学習が必要である。一方終末期家族ケアは家族の価値観、個別性、スタッフとの関係性の影響も大きく、知識の向上だけでは困難感の減少にはつながりにくいと考える。しかし知識の向上に伴い、終末期ケアへの困難感が緩和しより良いケア提供へと視点変化していることからも、研修会には一定の有効性があったと評価したい。

終末期における家族看護は、多種多様な家族背景を踏まえた個別的な支援が求められている。本研究を通し、患者・家族の意思決定を支え意向に沿った医療・看護を提供することがその人らしい最期につながるということを再認識し、そのためには医療・介護者の継続学習と多職種協働が不可欠だと改めて感じた。

67-2　ターミナルケア①

ACP から学んだ終末期看護～家族と共につないだ患者の想い～

宮城県・石巻健育会病院

○木村（きむら）　大輔（だいすけ）（看護師）、石田　秀一、太田　耕造、阿部　久美子、長谷部　和枝、佐藤　和、岩渕　聖也、村上　日宥、齋藤　明美、藤原　文弥

【はじめに】

終末期患者に対して入院時より当院で作成した「つなぐノート」を活用して ACP を展開し、患者と家族の希望を取り入れ看護を実践した。患者・家族の希望であった経口摂取を最期まで継続でき、退院時における家族の精神的ケアにもつながった事例を報告する。

【患者紹介】

90 代、後腹膜腫瘍の終末期、入院前は独居自立。202X 年に症状悪化の為当院入院となったが、帰宅願望強く入院 7 日目に自宅退院。その後症状悪化し自宅での生活が困難となり、退院 3 か月後に看取り目的のため再入院となった。再入院までの間の外来通院の際に外来看護師による ACP 介入あり。入院時日常生活自立度 C1、認知症高齢者の日常生活自立度 II、1400 kcal/日・米飯・原形食を 7～10 割自力摂取。常時酸素 1L 投与していた。キーパソンは長女。

【倫理的配慮】

今回症例をまとめるにあたり、患者・家族が特定できる表現はしないことを口頭で説明し同意を得た。なお、発表に関し当院倫理委員会の審査を受け承諾を得た。

【経過】

入院翌日に外来看護師より「つなぐノート」についての申し送りを受け、入院後も継続した介入を開始した。つなぐノートには「口から好きなものを食べたい」と記されており、患者の食への希望が強いことがわかった。そこで、言語聴覚士による嚥下評価をもとに食事形態と内容を患者が希望するものに近づけていった。食べることが好きなこともあり、トラブルはなくほぼ全量自力摂取ができていた。入院 4 か月後から労作時の息苦しさを訴え、酸素流量が 1.5L へ変更となるも食事への意欲と ADL は維持できていた。入院 7 か月後になると次第に呼吸苦の訴えも多くなり、家族が面会の際に、つなぐノートに記した患者の“食”への希望の内容確認をすると「悪くなっていくのを見るのが辛いけど、好きなものを食べることを叶えてあげたい。それで窒息しても覚悟はできている。」と涙ながらに訴えあり。主治医と言語聴覚士と検討し、看護師の見守りがあれば持ち込み食の摂取は可能となった。持ち込み食によるトラブルはなく経口摂取は継続でき「おいしい」「大好きだ」と患者は笑顔で話し、面会に来た家族からも笑顔が見られるようになった。入院 8 か月後になると呼吸苦が増強し酸素流量も 3L へ増量。食事介助が必要になったが、最期まで経口摂取を継続することができた。入院 10 か月後にご逝去となる。

【考察】

終末期看護において、患者・家族の想いを引き出し、想いに寄り添い看護に結び付けていくことが、その人らしさを尊重した看護につながる。患者・家族にとって最良の看護とは、病状や想いの変化をとらえ、家族と共に模索し手筈を整え続けていくことであると考える。今回の事例では、患者の「口から好きなものを食べたい」という想いと、その希望を叶えてあげたいという家族の想いに焦点を当てた。外来通院からの関わりを入院後も継続させ、多職種で情報を共有し、方針を揃え共通した援助を行ったことで、患者の尊厳を重視した看護となり、家族も十分に満足のできる看取りにつなげられたと考える。

【おわりに】

終末期を迎える患者と家族は、様々な想いや希望を抱えている。退院後に家族が来院した際、涙ぐみながら「やれることはやってあげられた」と笑顔で話されていた。看取りの際に残された家族が抱える後悔は、入院中のスタッフの関わり方によって限りなく解消できることを今回の事例で学んだ。

67-3　ターミナルケア①

地域包括ケア病棟での緩和ケア～余暇活動を通してその人らしさを支える～

島根県・安来第一病院

○細田（ほそだ）　佳代（かよ）（看護師）

【目的】
緩和ケアを目的にB病院へ転院し、入院期間が限られた地域包括ケア病棟に入院したA氏への看護実践を振り返り、余暇活動を取り入れた緩和ケアの意義と今後の課題について明らかにすることを目的とする。
【方法】
入院中の患者A氏との対話と看護記録から得られた情報をもとに、生け花を取り入れた余暇活動の取り組みの経過と患者の反応を振り返り、その意義について検討した。
【倫理的配慮】
本研究は、B病院倫理委員会の承認を得て実施した。研究対象者には研究の目的、方法、参加は自由意思であり、不利益はないことを説明し、文書による同意を得た。
【事例】
A氏は70才代の女性、診断名は子宮平滑筋肉腫、右腫瘍性大腿骨病的骨折、転移性骨腫瘍であった。手術療法および放射線療法後、緩和ケア目的でB病院地域包括ケア病棟へ転院となった。発症前は自立した生活を送っていたが骨折リスクによりベッド上での生活を余儀なくされた。臨床心理士との情報共有の中で、A氏が趣味として生け花に取り組み、教室の開催や公的機関での作品展示なども行っていたという情報を得た。看護師は、生け花がA氏にとって単なる趣味ではなく、療養生活の中で自分らしく過ごすための活動であると捉え、生け花に取り組むことができるよう支援することとした。
【結果】
看護師は多職種と情報共有を行い、生け花の実践方法を検討した。病棟スタッフには山野草等の持参協力を依頼した。また、弟の協力も得て花器やワイヤーなどの必要物品を準備した。リハビリスタッフとリハビリ時間を調整し、他看護スタッフの協力も得ながら生け花を実施できる時間を確保した。実際に生け花をする中で、A氏は手際よく花を生け「半年ぶりに花に触れることができたわ～。とても嬉しかった。」と生き生きとした表情で話した。看護師は生け花に取り組むA氏に対し、「花もAさんの手元で喜んでますね」などと声掛けながら活動を共有した。A氏は花に向かって「ほら、こっちを向くんだよ」と優しく語りかけ、この時を楽しんでいる様子がうかがえた。そして、生け花を病室や病棟ホール、廊下に展示したことで、多くのスタッフが作品に目をとめ、生け花を話題としてA氏との会話が広がった。
【考察】
病気や身体機能の低下により生活が制限された状態にあるA氏にとって、生け花という余暇活動は、好きなことができる時間・場であるとともに、これまでの人生や自分らしさを表現できる意味のある活動であった。看護師は患者との対話や多職種との連携を通して生活歴や価値観を理解し、A氏にとって大切な活動を継続できるよう環境調整を行った。また、家族や様々なスタッフとの協働により、A氏が再び花に触れる機会を創出することができた。患者にとって意味のある活動を共に見出し支援する過程や、活動を通じた患者とスタッフとの関わりの広がりは、単なる援助にとどまらず、患者と看護師の関係性の中で形成されるケアリングの実践であったと考えられる。このようなケアリングの実践は、患者の心理的な安寧や人生の最終段階に至るまでその人らしく過ごすことを支える重要な看護実践であることが示唆された。
【結論】
A氏は地域包括ケア病棟での入院期限などに伴い療養病棟へ移動となったが、病棟間で情報を共有し、生け花の支援を継続することができている。今後は、多職種連携をさらに密にし、患者がその人らしく生きることを支える個別的な実践につなげられるよう、病棟スタッフの意識向上を図ることが今後の課題である。

67-4　ターミナルケア①

介護医療院における看取りケアの取り組み～開設２年を迎えて、その成果と課題～

兵庫県・介護医療院　トワイエ尼崎

○山田（やまだ）　玲子（れいこ）（看護師）

●はじめに　当施設は介護医療院として開設２年を迎えた。病院や介護老人保健施設での勤務経験を経たスタッフが多く在籍しているため、看取りについての考え方も多岐にわたっていた。そのため、スタッフ間で介護医療院における看取りについて共通認識を持つことが必要であると考えた。これまでの取り組みをここに報告する。

●研究目的

・介護医療院における看取りへの多職種間の認識の統一を図る。

・職員の不安・疑問を収集し、現場の課題を可視化する。

●方法

1）アンケートの実施

対象：当施設に勤務する全職種職員

実施時期：令和７年５月

内容：「看取りに関する不安・疑問・引っかかっていること」を自由記述で収集した。

2）勉強会資料の作成・配付

アンケート結果から、そもそも「看取りとは何か」という共通理解が必要であることが判明した。

「介護医療院としての看取りとは」の資料を作成（令和７年10月完成）。

資料を紙面およびパソコン上で全職員へ配付・閲覧した（令和７年11月）。

3）多職種意見交換会の実施

実施期間：令和７年12月～令和８年１月（計４回）

参加者：医師、看護師、介護士、リハビリスタッフ、栄養士、ケアマネジャー

形式：１回約１時間、課題は定めずフリーディスカッション形式

目的：解決を目的とするのではなく、認識の共有と考え方を交換する場とした。

●結果　アンケート結果では、「看取りの段階における日常的ケア・医療的ケアをどこまで行うべきなのか」「介護医療院での看取りがよく分からない」という内容が多数みられた。そこで、職員同士の意見交換が必要と考え、医師・看護師・介護士・リハビリスタッフ・栄養士・ケアマネジャー合同で計４回実施した。その中では、日本における死のタブー視を背景に、元気な段階で看取りについて話をすることの難しさや、栄養管理については「栄養強化による褥瘡予防」と「老衰に向けた視点」とで意見の違いがみられた。

意見交換会での主な議論内容

【ACP推進の難しさ】日本における死のタブー視により、元気な段階で看取りについて話すことが困難

【栄養管理の方針の対立】老衰としての視点と栄養強化による褥瘡予防の視点で意見が分かれた

【リハビリの役割】緩和的マッサージ・口腔ケア・コミュニケーション維持を最期まで行うことについて、他職種への共有が不足していた

【良好な看取り事例の共有】利用者の個性を把握し活用したことで、充実した看取りができた事例を共有

【情報共有の課題】多職種が収集した情報をどのように管理・共有するか　入所時情報シート入所時情報シートの活用不足

参加者からは、看取りの方向性について話し合いができたことを評価する声が多く聞かれた。また、今後も意見交換会が定着すればよいとの継続希望も多数みられた。

●考察　この取り組みを通して、看取りに関する多職種間の認識の相違が浮き彫りとなった。アンケートや意見交換会を通し、通常業務の中では言語化できない疑問や戸惑いを引き出すことができたことは有効であったと思われる。一方で、参加できない職員もいたことから、今後は議事録の共有や複数回開催などの工夫が必要であると思われる。また、本人の意思表示や意思確認にどのように取り組むか、来所機会の少ない家族との関わりや、看取り段階ではない利用者に対する定期的なACP面談への取り組みも今後必要であると考える。

●結論　職員アンケート、勉強会、多職種意見交換会という段階的なアプローチは、現場の課題を可視化し、共通理解を形成するうえで有効であった。また、ACPの進め方、看取り開始の判断基準、情報共有ツールの整備が今後の課題であることが明確となった。

67-5　ターミナルケア①

終末期がん患者への作業療法～大切な作業に介入し本人・家族の充実度に繋がった事例～

石川県・芳珠記念病院

○荒木（あらき）　美穂（みほ）（作業療法士）、合歓垣　洸一、合歓垣　紗耶香、上田　佳史

【はじめに】

終末期がん患者に対する作業療法は患者が行いたい作業・生活行為を目標とし、作業の持つ意味への深い理解と気づきが重要である。今回終末期がん患者に対し、入院から看取りまでの期間に作業療法を実施し、本人にとって大切な作業を行った。永眠後家族との面接を通し、本人・家族が充実した時間を過ごし、その人らしさに寄与できた実感を得たため報告する。発表に際し家族に同意を得ている。

【事例紹介】

80歳代女性。膵鉤部がん（StageIV）、多発肺転移を認め、内服による疼痛コントロールをしながら自宅で自立して生活していた。食欲低下、倦怠感、心窩部痛の増悪を認め、胆管狭窄に対し加療目的でX日に当院入院した。本人・家族には余命1か月～数か月と告知済であった。X+5日経皮経肝胆嚢吸引穿刺法を施行後、一時的にせん妄状態となったが安定し、X+12日心窩部痛の軽減を認め、X+19日より離床と自宅退院を目標にリハビリテーションを開始した。

【評価・方針】

疼痛は自制内で起き上がりはギャッジアップ併用で軽介助、端座位は支持物使用し見守り、移乗動作は腋窩介助を要した。平行棒内歩行では片道3mでふらつきや疲労感を認めた。筋力は上下肢ともMMT3-4、認知機能はHDS-R15点で見当識・計算・遅延再生で減点を認めた。ADLは、食事以外は全介助であった。家族は入院中毎日面会しており関係性は良好であった。目標は自宅退院に向けて身体機能を維持しポータブルトイレや屋内移動を歩行補助具見守りで行えること、精神的苦痛を緩和し本人らしく最期を過ごし家族も充実した時間を過ごすこととした。そこで本人が大事にしている作業を語りから聴取し取り組めるよう支援し、自宅退院に向けた筋力維持練習、ADL練習を行った。

【経過】

X+20日OT初回介入し、X+22日自宅退院の希望や退院後畑をしたいという思いを聴取した。本人にとって畑は、美味しい物を作り他者に美味しいと言ってもらえること、園芸は花が好きと語りが得られ、畑と園芸が本人にとって大切な作業と分かった。X+25日当院の園芸スペースで本人が植えたい花を植えるため、雑草取りや苗植えを実施し、自宅で使用していた麦わら帽子とサングラスを家族に持参してもらい馴染みある環境を再現して活動に取り組んだ。

倦怠感や疼痛がある中でも園芸活動に対する意欲は維持でき、ADL練習も実施し、食事は車椅子座位で摂取、排泄はポータブルトイレで介助のもと使用実施可能となりADLの改善を認めた。

そこでX+43日、主治医から家族へ外泊を勧め、別居の家族の協力も得られたため外泊を実施した。外泊前にOTより排泄動作の下衣操作に介助が必要であること、歩行時は後方から腋窩介助すること、歩行補助具の使用用途を指導した。外泊後家族からは「この歩行器はよかった」と発言が聞かれ、本人からは「娘がステーキを作ってくれて思いがけず楽しくて」と語りが聴かれた。

X+56日以降、血圧低下や酸素化低下、意識レベルが低下し、X+76日に永眠された。

約1年後家族と面接する機会がありGDI（Good Death Inventory）を実施した。「患者様は臨んだ場所で過ごせた」、「楽しみになるようなことがあった」の項目で、入院中園芸で楽しみを持てたこと、外泊し家族と過ごす時間を喜んでいたと語りを得られた。

【考察】

今回の介入では、本人にとって大切な作業である園芸活動を実施したことで、離床や身体機能の維持と、その人らしさの実現に繋がったのではないかと考えられる。また限られた時間の中で家族との最期の機会を楽しんだ外泊を実現でき、本人・家族の充実度が向上したと考える。

67-6　ターミナルケア①

終末期患者に看護が与える影響について～苛立ちや攻撃的な態度を示す認知症患者の１症例～

福岡県・原病院

○山田（やまだ）　里織（さおり）（看護師）、酒井　里紗

【はじめに】

高齢社会となっている現在、終末期の認知症患者を看護することが多くなっている。そこで、アルツハイマー型認知症があり訴えが多く、時折攻撃的な態度を示す患者に様々なスタッフが介入しコミュニケーションをとり、関わりを工夫し終末期を穏やかに過ごせるよう援助した一症例を報告する。

【症例】

80 歳代女性。左乳癌、多発肺転移、肝転移、骨転移。アルツハイマー型認知症。右大腿骨骨折術後。キーパーソン弟のみ。認知症によるものか不明だが喜怒哀楽が激しく、攻撃的な一面がある。

入院時から認知症により理解力低下あり、ナースコール指導行うが協力をえられず、転倒歴あるため行動を制止しようとすると興奮し攻撃的になる。離床センサーにて対応中であるが行動の制限により本人の苦痛がある。キーパーソンの弟より本人の意思を尊重させてあげたいとの希望があり、安全面には欠けるが転倒の危険性に対し了承され離床センサーを日中は見守り１分、夜間は離床にて対応を行った。また、リハビリ介入により歩行訓練も実施され、歩行器使用し歩行状態が安定したことで、行動を制止することが減り、立腹される回数も減少した。

空腹の訴えも多く、食前に不穏となることが頻回にあった。食事は毎食全量摂取されており、食事量増量し対応したが空腹の訴えの回数は変わらず、食後や間食におやつの要求が頻回にあった。キーパーソンの弟の協力もあり、チョコレートなどのお菓子の差し入れがあった。最初は要求がある度にお菓子を渡していたがすぐに食べきってしまうため１日分ずつ分けて渡し対応した。その結果、１日分の量を少しずつ本人へ渡すことが出来るようになり、またスタッフの対応が統一できたことで間食の要求の訴えが減少した。

主治医、臨床心理士、リハビリスタッフ、看護師、ヘルパー介入にて、車椅子で散歩や売店への買い物、ボランティアの方によるお茶会参加、TV 視聴、編み物、色塗りなどで気分転換を行うことで穏やか過ごす時間が多くなった。

【考察】

キーパーソンの弟の理解・協力が得られたことで、本人の意思に沿って対応出来た。また、多職種と連携し、患者とコミュニケーションをとり介入することで信頼関係を築けたことで患者の笑顔が見られるようになり、攻撃的になることが少なくなり、穏やかに過ごすことが出来たと考える。

【まとめ】

今後、ますます認知症患者の入院が増える事が予想される。今回の事例を通して、多職種と連携し患者・家族の意向に沿い看護していくことで終末期を穏やかに過ごせるように援助していきたいと考える。

67-7　ターミナルケア①

障害者病棟における意思決定支援の継続性を支える要因―ACP 実施状況と疾患特性に着目した後方視的分析―

1 群馬県・公益財団法人脳血管研究所美原記念病院看護部、2 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院医療情報課、
3 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院データ管理課、4 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院脳神経内科

○近藤（こんどう）　菜々美（ななみ）（看護師）[1]、大野　雅志[1]、伊藤　千勇野[1]、鈴木　三和[1]、角田　真里子[2]、鶴井　慎也[3]、
髙橋　陽子[1]、美原　盤[4]

［はじめに］厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアのあり方は、本人による意思決定支援を基本とし、多職種による十分な話し合い（ACP）のもとで支援することが重要としている。しかし、難病や進行性疾患、終末期患者が多い障害者施設等一般病棟（障害者病棟）では患者の意思を最期まで担保することは容易ではない。疾患によって症状の進行の経過や意思表出可能な期間は異なり、意思決定支援を行う機会に差が生じる。本研究では本人意思を尊重した終末期支援に関連する要因について検討した。

［方法］当院障害者病棟において、2024 年 1 月から 2025 年 12 月までに死亡退院した、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、多系統萎縮症（MSA）、パーキンソン病、Creutzfeldt-Jakob 病（CJD）、脳卒中亜急性～終末期など、30 例を対象とした。診療録より最終的な医療・ケアが本人の意思に沿って対応した症例を「意思尊重群」、対応できなかった症例を「非対応群」に分類した。両群において入院前の本人意思確認の有無、ACP 実施回数、レスパイトケア目的短期入院（レスパイト入院）利用の有無、および疾患特性について後方視的に分析した。単変量解析で有意差を認めた因子を説明変数として、ロジスティック回帰分析を実施し、本人意思尊重に関連する要因を検討した。有意水準は 5% とした。意思尊重の成否は、本人の希望と終末期の医療・ケア内容との一致状況を医師記録、看護記録および ACP 記録から総合的に判定した。本研究は当法人ホームページで研究情報を公開し、対象者に拒否の機会を保障したうえで、当法人倫理委員会の承認を得て実施した（受付番号 129 - 15）。

［結果］分析対象 30 症例を、ACP 記録に残された本人の希望と終末期に実施された医療・ケア内容との一致状況を評価した結果、意思尊重群は 20 例、非対応群は 10 例であった。入院前の本人の意思確認は意思尊重群で全例、非対応群では 2 例のみであった。ACP は意思尊重群の 19 例で複数回実施されていたのに対し、非対応群では 1 回のみ、または継続的な話し合いが行われていない症例が多かった。意思尊重群ではレスパイト利用 12 例、ACP 複数回実施 16 例、本人意思確認 20 例であった。単変量解析では、レスパイト利用（OR30.9 95%CI 1.52-627.9 $p<0.002$）、ACP 複数回実施（OR36.0 95%CI3.47-373.3 $p<0.001$）、本人意思確認あり（OR87.9 95%CI 3.81-2026.3 $p<0.001$）と有意差があった。非対応群では入院時より意識障害を認めた症例が 8 例をしめ、残る 2 例は病状変化に伴い本人希望と異なる治療がなされた。レスパイト入院については、意思尊重群では 12 例が利用し、4 例は入院後に長期療養へ移行した。一方、非対応群ではレスパイト入院利用例は認められなかった。ALS や MSA 等の緩徐進行性疾患では、ACP を反復的に実施した症例が多かった。一方、急性発症疾患や CJD では、意思表出が可能な期間が短く、意思確認や ACP 介入の機会が限られていた。

［考察］本研究では、入院時に本人の意思を確認、ACP 複数回実施、レスパイト入院利用のいずれも意思尊重と関連していた。本人の意思確認が可能であることは、本人の意思を直接確認する基盤となり、ACP 複数回実施は継続的な意思確認を可能にした。繰り返しのレスパイト入院はその機会を提供していたと思われる。

68-1　ターミナルケア②

痙攣発作を繰り返した患者とその家族の治療選択に関する検討～患者・家族の意思決定を支える看護～

静岡県・駿河西病院　介護医療院

きたはら　ともよ
○北原　知世（看護師）

【目的】駿河西病院は、回復期リハビリ、療養、地域包括ケア、介護医療院と様々な機能をもつ医療施設である。介護医療院では、終末期をどう過ごすかを意思決定する場面が多くあり、臨床倫理検討シートを用いた倫理カンファレンスを始めている。倫理カンファレンスがその後の看護に与える影響について検討する。

【方法】研究期間はR7年5月27日～7月15日。

臨床倫理検討シートを用いた倫理カンファレンスを実施し、その後の看護を振り返る。

研究に使用した電子カルテ、倫理カンファレンスの記録の個人情報を匿名加工し患者が特定されないよう配慮した。

【結果】1）患者紹介と経過Aさん：80歳代女性。後見人は長女。

左大腿骨頸部骨折の手術後、ADL全介助で在宅介護困難のため入院。

入院5日目に全身痙攣が出現。長女へICを実施。その後小さな痙攣が約1か月継続し経口摂取困難で食止め点滴となった。長女は現時点で他院受診の希望なし。

2）倫理カンファレンス

〔分岐点・検討のポイント〕痙攣の治療の為に他院受診すべきか。

〔A1：医学的・標準的最善の判断〕痙攣により体力が低下し低酸素になり、搬送が困難になる可能性がある。今なら受診できる。

〔A2：医療側の対応〕症状の程度と搬送による身体的負担を説明。

〔B1：本人の思い〕意思疎通困難。入院時「痛くないようにして欲しい。」と意向あり。

〔B2：家族の思い]「痙攣が止まらなかったり頻回に起こったりするなら受診したいと思っていましたが、本人も辛くなさそうですね。」

〔D：合意を妨げている点〕医療者と家族でAさんの状態の認識にずれがある。

〔E1：本人の人生にとっての最善〕穏やかに過ごす。

〔E2：家族への配慮〕意思決定する上で必要な情報を提供する。

〔E3：今後の対応の方針・振り返りからの学び〕長女に今後受診したいと思った時に受診できない可能性があることを知って頂く。

3）倫理カンファレンス後

ICを設定。長女は、「本人から自然な形で最期を迎えたいと聴いていたから迷いはありません。」と涙を浮かべ他院受診しない選択をした。その2週間後にAさんは息を引き取った。長女は穏やかな表情だった。

【考察】長女はAさんの意思を尊重し受診しない選択をしたが、治療を望む気持ちもあったと感じる。看護師にもその葛藤があった。精神科医の帚木蓬生は“どんなに患者に尽くした家族でも、もっとしてやれたのにと悔やむ。そのような時、それで仕方がなく、その苦しみをわかってくれる、見ていてくれる人がいると案外耐えられる。”[4]と述べている。倫理カンファレンスを通して感じた葛藤は精神的ケアにつながる。臨床倫理検討シートを用いると複雑な状況が客観的に整理できる。その結果、看護師は患者・家族の意思決定の過程を理解でき、患者・家族を尊重し支える姿勢につながった。

【結論】臨床倫理検討シートを用いることで、患者・家族の気持ちを深く考え心に寄り添う看護につながる。また、病棟内で状況を共通認識でき、統一した看護につながる。患者・家族にとって最善の意思決定を支えることができるよう積極的に倫理カンファレンスを行っていきたい。

引用文献

1. 臨床倫理ネットワーク日本．臨床倫理プロジェクト．臨床倫理エッセンシャルズ．臨床倫理検討シート．2309ClethWS.zip

2. 帚木蓬生　ネガティブケイパビリティ　答えの出ない事態に耐える力　朝日新聞出版　2017

68-2　ターミナルケア②

今日一日をどう楽しむか～ターミナル患者と向き合って～

香川県・永生病院　介護医療院

○上原（うえはら）　美奈（みな）（理学療法士）、大西　桜

＜はじめに＞

高齢がん患者の増加に伴い、多職種連携による個別的な終末期ケアの重要性が高まっている。当法人の介護医療院でもターミナル期の患者が入所者の約3割を占める。今回、告知を受け入れ自ら余生のあり方を決定し、最期まで希望を持ち続けた症例を経験した。その希望を叶えるため、多職種が多角的に協働し実践した取り組みとその経過を報告する。

＜症例・経過＞

70代男性、右上葉肺がん、多発脳転移。本人へ告知済。

右前胸部痛が増悪し、前医にてモルヒネ持続皮下投与を開始。緩和ケア継続のため当院一般病棟へ転院、疼痛に応じた微細な薬剤調整を実施した。内服への切り替えを検討したが、注射への精神的依存が強く、持続皮下注射とレスキューで疼痛管理を継続した。その間、痙攣発作が出現し抗てんかん薬投与されたが、興奮状態を呈しリハビリ拒否がみられた。その後、持続皮下投与継続のまま当法人介護医療院へ入所となった。

＜介護医療院での関わり＞

入所後、本人より2つの強い希望が示された。

希望①「桜が見たい。点滴を外したい。」

桜を見るため離床するには、持続皮下注射や酸素投与のルート類が多く、長時間になると疼痛増悪のリスクがあった。そこで看護師による疼痛評価と全身管理のもと、介護士と安全な移乗を行い、医師の許可を得て一時的に持続皮下注射を中断し、病院外周への離床が実現した。疼痛増悪もなく桜の木の下で笑顔を見ることができた。

これを機に、疼痛に対する不安が軽減し、「もっと動きたい、リハビリがしたい、点滴を外したい」と新たな目標ができ意欲が向上した。その後、病状進行による尿閉（膀胱留置カテーテル挿入）や食事摂取量の低下が出現したが、本人の希望を尊重し医師と検討を重ね、持続皮下投与から内服薬への切り替えを実現した。移行後も状態に応じた離床を行い、リクライニング車椅子での外気浴や移乗・起立訓練を行った。またリハビリ後には好きなジュースを買いに行くなどして、最期まで充実した時間を過ごせるよう多職種で取り組んだ。

希望②「自分でうどんが食べたい。」

脳転移の進行に伴い、右上下肢麻痺が進行し、食事や排泄、歩行など徐々に日常生活動作能力が低下した。本人も実感しており、不安な発言が聞かれたため、食事動作獲得を目標に、左手へ利き手交換を図り、自助具を用いた動作訓練を実施した。管理栄養士と食器の検討や実際のうどんを用いた模擬動作訓練、座位姿勢の検討を重ねた。最終的に「深鉢、短く切ったうどん、だしにトロミ付加、太柄スプーン使用」が最適と判断し、うどん献立の日に提供した。自分で食べられたことを大変喜ばれ、食事への楽しみが増えた。さらにメニューに応じたワンプレート食器の導入により視覚的効果から食欲増進に繋がり、少量ずつ提供することで「完食できた」という満足感も得られた。

その後、病状の進行に伴い食事量減少や離床困難を余儀なくされたが、お気に入りのジャズが流れる空間で、最期まで尊厳を保ち、介護医療院での穏やかな4ヶ月の日々を刻まれた。

＜考察＞

終末期ケアは、日々の状態変化に応じた柔軟な対応が求められる。今回、リハビリ職員だけでなく医師、看護師、介護士、管理栄養士などの多職種が連携し支援を行った。患者との関係性構築を図り、時には一緒に立ち止まり悩み、命の重みに向き合い葛藤することもあったが、残された時間を懸命に生きるその姿から諦めない姿勢を学び、チーム一丸となって最期まで寄り添うことができた。終末期医療において重要なことは「治すリハ」から「寄り添うリハ」への転換であり、最期の一日までその人らしく過ごすために、多職種が協働し支え続けることである。

68-3　ターミナルケア②

老健から介護医療院転換後のお看取り対応について―最期まで本人と家族に寄り添うために―

東京都・介護医療院セントラル大田

○北山（きたやま）　龍之介（りゅうのすけ）（介護福祉士）

【はじめに】

当施設は 2008 年の開設以降、介護老人保健施設（以下、老健）として在宅復帰支援を軸に運営してきたが、終身利用を希望するニーズの高まりを受け、2022 年 10 月より段階的に介護医療院 II 型へ転換し、2024 年 4 月に全 120 床の転換を完了した。転換後は要介護度が高い重度者の入所が増加し、施設における看取り対応の重要性が急速に高まっている。

【目的】

老健から介護医療院への転換に伴う看取りの実態を明らかにし、多職種連携による具体的なチームケアの取り組みとその有用性を検討することを目的とする。

【方法】

2021 年度（老健期）と 2024 年度（介護医療院転換後）の逝去者数を比較。転換後における看取りの仕組みおよび介護職員が中心となって実施した 5 つの主要な介入（経口摂取の工夫、味覚を楽しむ口腔ケア、写真撮影による家族支援、孤独感の解消、環境調整）について後方視的に分析した。

【結果】

年間逝去者数は、老健期の 2021 年度は 24 名に対し、介護医療院に転換後の 2024 年度は 38 名と大幅な増加を認めた。具体的な介入として、嚥下困難者への凍らせた好物の提供やマウススポンジを用いた味覚刺激、覚醒状況に応じての離床や写真撮影、アロマや音楽を用いた環境整備を実施した。これらの取り組みの結果、家族からは「幸せそうな表情で旅立てた」「職員の声掛けが支えになった」といった謝辞が多く寄せられ、職員間でもグリーフケアを通じた意識の共有が図られた。

【結論】

介護医療院への転換により看取り対応数は増加したが、医師・看護職員・管理栄養士・リハビリなどの多職種連携に加え、生活の場を支える介護職員が主体的にチームケアに関わることで、入所者の尊厳を保持し、家族の満足度を高める看取りが可能となった。多職種による個別性の高い介入は、介護医療院における「生活に寄り添う看取り」の質を向上させる一助になると考えられる。また家族からの謝辞やグリーフワークを通じて職員の看取りに対する意識向上とケアの質の向上にもつながった。

68-4　ターミナルケア②

介護医療院から在宅での看取りへ、思いをつないだ支援～最後に帰りたかった場所へ～

岡山県・玉島病院介護医療院

○小野田（おのだ）　綾子（あやこ）（介護福祉士）、松本　みどり

【施設概要】
当施設は岡山県南西部の倉敷市に位置し、医療療養型病床 60 床を有する病院を母体とし、令和 2 年 11 月に介護療養型医療施設 106 床を介護医療院に転換した。施設基準はⅠ型であり、平均介護度は 4.5 となっている。岡山県には 22 か所の介護医療院があり、当施設は県下最大となっている。
【はじめに】
介護医療院では、終末期を施設内で迎える利用者が多い一方、「最期は自宅で過ごしたい」「家に連れて帰りたい」という本人・家族の希望が聞かれることも少なくない。しかし、急変リスクや医療的管理への不安から、在宅療養への移行が困難となる場合も多い。今回、医療依存度が高く急変リスクのある利用者に対し、多職種で連携しながら本人と家族の希望に寄り添い、在宅での看取りを実現した事例を報告する。
【事例紹介】
K 氏、89 歳女性。要介護 5、日常生活自立度 IV。入所時より認知症症状が強く、食事・水分摂取は不安定で、脱水予防のため点滴管理を継続していた。介護職は転倒や点滴自己抜去を防ぐため手を握りながら寄り添い、継続的な見守りを行なっていた。ある日、血液混じりの嘔吐が多量にみられ、検査の結果、消化管出血が疑われた。主治医より家族へ病状説明が行われ、積極的治療目的での転院、または施設での対症療法継続について提案された。家族で話し合われた結果、本人への負担を考慮し、当施設での療養継続を希望された。
【経過】
状態悪化に伴い、K 氏本人からも「家に帰りたい」「夫がいる家に帰りたい」「娘にそばにいてほしい」などの発言が聞かれ、自宅退所となった。家族から「最期まで付き添いたい」との希望が聞かれ、施設内での付き添い支援を開始した。その後、長女より「本人が以前から家に帰りたいと言っていた。自宅へ連れて帰りたい」との意向が示された。連日の点滴、輸血、酸素投与など医療的管理を要する状態であり、急変リスクも高かったが、本人・家族の希望を尊重し、多職種で在宅移行に向けて検討を行なった。医師、看護師、ケアマネジャー、介護福祉士、相談員が情報共有を行い、退所前カンファレンスを実施した。また、地域の訪問診療、訪問看護とも連携し、在宅での医療・介護支援体制を整え、自宅退所となった。介護職は日々のケアを通じて K 氏と関わり、体動時には手を握りながら声掛けを行ない、不安の軽減に努めた。また、付き添いを続ける家族の思いに耳を傾け、時間の許す限りコミュニケーションを取った。
【結果】
退所後、K 氏は家族に囲まれ穏やかな時間を過ごされ、3 週間後に永眠された。家族からは「家で穏やかに過ごすことができて良かった」との言葉が聞かれた。今回の在宅での看取りは、令和 2 年に介護医療院を開設してから 2 例目となった。
【考察】
終末期支援では、安全面や医療的リスクを優先するあまり、本人・家族の希望実現が困難となることがある。しかし本事例では、多職種と情報共有を行い、家族との信頼関係を築きながら支援を行うことで、リスクを理解したうえで本人らしい最期を支えることが出来た。介護職として「出来ない理由」を考えるのではなく、「どうすれば実現できるか」を多職種で検討する姿勢が大切であると再認識した。

68-5　ターミナルケア②

人生最期を迎える利用者とその家族へのアプローチ

鹿児島県・吉田記念病院介護医療院

○長倉（ながくら）　彩香（あやか）（介護福祉士）、野口　玲奈、堂園　広美

【はじめに】

介護医療院は、医療ケアの必要な要介護高齢者（要介護1～5）の方を対象に「長期間療養の為の医療」と「日常生活上の介護」を一体的に提供している施設であり、人生の最終段階におけるケア「看取り」までを対象にしている。

当施設のビジョンとして“その人らしさを大切に、本人・家族・他職種と連携しその人の最期を迎える”とある。しかし、認知機能の低下により本人の意思や希望の確認・維持が現状である。

死とはセンシティブな内容で、家族の中には病状の理解・今後の経過・利用者の意向や思いについて十分に理解していない方も多く、人生会議（ACP）が利用者の希望と家族の希望が議論されることが困難な背景がある。

当施設では入所時に家族のみにACPのアンケート実施しており、最終的に家族の意向で最終段階を迎えていることが多いと感じた。

今回のACPを通して、本人・家族の意向の一致や相互理解できることで本人が本人らしく人生の最期を全うできるようにと今回の研究を考案した。

【目的】

人生の最終段階に向け、ACPを通して本人・家族の意向の一致・相互理解ができ、本人らしい、本人が望む最期が迎えられる

【対象】

利用者本人（長谷川式簡易知能評価スケール20点以上、自己の現状理解が可能な利用者3名）その家族

【期間】

令和8年5月～10月

【方法】

利用者・家族別々にACPに関するアンケートを作成実施し、その後利用者・家族・医療者（看護師）による三者面談を行った。

【結果】

3名の事例すべてに共通して「本人の意向、気持ちを尊重したい」という家族からの意見が聞かれた。本人は“家族や医療者に迷惑をかけたくない”という思いから食事介助等のケアを遠慮する発言が聞かれた。一方、家族からは「本人が望むなら何かしたい、できるだけ食事介助はしてでも食べてほしい」という意見が聞かれ、本人との認識に相違がみられた。面談後は互いの思いを共有し、理解が深められた様子だった。入院時のアンケートで家族は転院を希望しないと回答していたが、今回のアンケートで本人が転院を希望すると回答していた。面談を通して本人の意向を共有した後に、再度入院時のアンケートを家族にした結果家族も転院を希望すると回答し、意見の変化がみられた。

また本人が現在やこれからについて心配・不安に思っていることをアンケートで聞くことで、家族・本人互いに普段聞けない事について聞けたという意見も聞かれた。

【考察】

本人は家族へ自身の希望・意向を十分に表出できていないことがわかった。

しかし本人・家族で思いを共有する機会を設け、医療者が介入することで相互理解が促され、本人の希望を尊重した意見の変化や意思決定支援につながる可能性が示唆された。

また本人が現在や今後心配・不安な事について、本人と家族と話す場を設けたことで、本人の意見を共有でき家族の意見の変化が見られた。

当施設のビジョンである“その人らしさを大切に、本人・家族・他職種と連携しその人の最期を迎える”ために今後も継続した本人と家族の話し合いにつながる契機となったと考えられる。今後は入所時に家族のみに行っていたアンケートを本人にも行うことで“その人らしさ”を追求していきたい。

68-6　ターミナルケア②

介護医療院における死亡退所者の実態からみた看取り支援の課題

長崎県・介護医療院　恵愛荘

○末永（すえなが）　幸子（さちこ）（看護師）、末次　智子、小柳　身幸

【目的】介護医療院における看取り支援の現状と課題を明らかにするため、令和 2〜7 年に死亡退所した入所者の実態を後方視的に検討した。
【方法】対象は令和 2〜7 年に死亡退所した 184 名とした。調査項目は年度別死亡者数、ターミナル契約の有無、死亡時間帯、性別・年齢、死因、急変の有無と病名、臨終時立会い状況とした。なお、立会い状況は集計可能であった 49 例を対象に検討した。
【結果】死亡者数は令和 2 年 34 名、令和 3 年 30 名、令和 4 年 23 名、令和 5 年 34 名、令和 6 年 27 名、令和 7 年 36 名、計 184 名であった。このうちターミナルケア契約済は 100 名（54.3%）であった。死亡時間帯は日勤 72 名（39.1%）、準夜 60 名（32.6%）、深夜 52 名（28.3%）で、準夜・深夜を合わせた夜勤帯での死亡は 112 名（60.9%）であった。性別は男性 51 名、女性 133 名で、年齢は 60 代 1 名、70 代 13 名、80 代 58 名、90 代 97 名、100 代 15 名であり、90 代以上が 112 名（60.9%）を占めた。死因は老衰 55 名（29.9%）、肺炎 43 名（23.4%）、心不全 27 名（14.7%）、癌 11 名（6.0%）、その他 48 名（26.1%）であった。急変は 16 名（8.7%）で、病名は肺炎 10 名、心不全 2 名、脳梗塞・高血糖性昏睡・不整脈・消化管出血が各 1 名であった。急変例の死亡場所は個室 15 名、多床室 1 名であった。臨終時立会いは 49 例中 22 名（44.9%）で家族立ち合いが行われ、27 名（55.1%）で家族の立ち合いは行われなかった。特に深夜帯では 16 例中 13 例で立会いできなかった。
【考察】死亡退所者は超高齢女性が多く、老衰と肺炎が主要な死因であった。夜間死亡が 6 割を占め、急変例も一定数みられたことから、夜間の観察、家族連絡、個室調整を含む看取り体制の強化が重要と考えられた。また、ターミナル契約済は約半数にとどまっており、終末期の意思確認と多職種での方針共有をより早期から進める必要がある。立会い困難は深夜帯で顕著であり、状態変化の予測に基づく早めの連絡と家族支援が課題である。
【結論】死亡退所者の実態把握により、介護医療院の看取り支援では、早期の意思決定支援、夜間対応体制の整備、急変時の家族支援が重要であることが示された。

68-7　ターミナルケア②

地域包括ケア病棟における「看取りケアプランシート」の作成と運用の取り組み

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○竹嶋（たけしま）　唯（ゆい）（看護師）、山下　未佳、池田　陽子、松原　惟人、岡　純子

【目的】
地域包括ケア病棟において、看取りにおける患者・家族の希望を共有し個別性のある看取りケアを実践するための「看取りケアプランシート」を作成・運用し、その有用性を検討する。
【対象】
20XX 年 9 月から 7 カ月間当病棟に配属されている看護師 18 名、期間中に看取りケア対象となった患者は 3 名
【方法】
現状を明らかにするために対象へアンケートを実施・集計・分析した。
自由記述は内容分析を行いカテゴリー化した。
【結果】
「看取りケア統一できているか」に対し、「全く思わない」「あまり思わない」と 63% が回答し、看護師経験年数別には、4〜6 年目看護師では 83%、7〜10 年目では 57%、11 年以上では 60.0% であった。看護師間で判断に迷いや意見の相違を経験したものは 58.8% であった。看護師の判断に迷いがあったという意見として、「家族の意見を優先して、患者にとって適切なケアであったかわからない」、「医師と治療方針が統一できず、十分なケアができない」など、①患者・家族の意向把握及び意思決定支援の困難さ②時間的制約による関わり不足③情報共有及びケア方針統一の困難さ④看取りケアの経験、知識⑤家族の病状理解、受容支援の困難さの 5 カテゴリーが抽出された。看取りケアプランシートの必要性に関しては 72.2% が「そう思う」「非常にそう思う」と回答が多かった。必要な内容は①患者の最後の意思②家族の看取りに対する希望・意向③具体的なケア方針の順に多く、看取りケアプランシートの項目として盛り込み作成した。
【考察】
看護師の 63% が看取りケアの統一が図れていないと感じ、患者・家族の意向把握や情報共有、経験・知識不足などが課題となっている。
対象患者に「看取りケアプランシート」を活用することで家族の希望を共有できるようになった。また、聞き取り内容の標準化により、経験年数に関わらず必要な情報を把握しやすくなり、個別性のある看取りケアの実践に繋がった。
今後は継続的な教育支援についても検討し評価していく必要がある。

69-1　在宅医療①

2040年を見据えた在宅医療機関の選択要因に関する研究～ケアマネージャー連携とACP推進の視点から～

東京都・鶴川記念病院

○舟橋（ふなはし）　一代（かずよ）（看護師）、橋本　勝美、原　美佐恵、佐藤　亮子

【はじめに】

当院は1995年から在宅医療を開始し2025年で30年となった。患者数は年々増加していったが2023年頃から減少に転じた。減少の要因は近隣に在宅医療機関が増加、それによりバックベッドの優位性が低下、また家族形態が変化し施設入居者が増えたことが考えられる。厚生労働省によると、2040年には85歳以上の層は300万人増加し医療と介護の複合ニーズへの対応を求められることが予想されている。2040年に向けて選ばれ続ける在宅医療機関となるために、医療と介護を繋ぐケアマネージャーの意見や要望を取り入れ実践することは必須である。また先行研究で明らかにされている介護福祉専門職のACP阻害要因を考慮し、ケアマネージャーとACPを協働して実施・共有することも在宅医療機関の選択要因になると考えた。そこでケアマネージャーに在宅医療やACPに対して意見や要望を調査し分析・実践した結果、患者数増加の兆しが見られたので報告する。

【方法】

対象者：2025年6月1日現在、訪問エリア内のケアマネージャー198人

期間：2025年6月1日～11月30日

調査方法：訪問診療・ACPに関する無記名のオンラインアンケート調査、Google Forms使用。

分析・実践：調査結果より4P分析（Products・Price・Place・Promotion）し実践。

【結果】

訪問エリア内のケアマネージャー198人に対し49人が回答（有効回答率24.7%）。

調査結果：訪問診療を選ぶ際に重視することは、「連携が取りやすい」47件（95.9%）。ACPについて医療機関に期待することは、「説明した内容について情報共有をしてほしい」40件（81.6%）、など。

分析・実践：4P分析の1つ「Promotion」としては、患者本人の想いを共有できるACP用紙（～想いを、かたちに～）を作成。実施時ケアマネージャーも同席していただいた。同席出来ない方には、ICTや電話で状況説明しACP用紙のコピーを送付、と情報共有を重視した。

業績結果：2025年6月の算定患者数174人から2025年11月188人（14人増）

【考察】

本研究では、訪問エリア内のケアマネージャーに在宅医療やACPに対しての意見や要望を調査、4P分析で具体的な施策を実践し業績に繋ぐことができた。

2025年を超え2040年に向けて選ばれ続ける在宅医療機関となるためには、医療を提供するだけでなく、ICTも活用しケアマネージャーとの連携を最適化する。そしてACPを共有しながらケアマネージャーを中心に地域の多職種と協働していき、超高齢社会を支える地域の中心的な在宅医療機関として貢献することと考える。

69-2　在宅医療①

術後の患者における退院後の日常生活の実態

兵庫県・西宮回生病院

○北田（きただ）　大地（だいち）（看護師）、来代　裕子、小椋　愛美

【目的】本研究は、退院後の患者が抱える不安や疑問を明らかにすることで、入院中から退院後までを見据えた継続的な看護支援の在り方を検討するための基礎的資料となることを目的としている。特に創部ケアや日常生活に関する実際の対応や困難に着目し患者の声を把握することで現状の退院指導における課題を明らかにする。
【方法】年齢・術式問わず、当院で手術を受け自宅へ退院した患者 52 名にアンケートを配布し退院から 1 週間後に返送してもらった。
【結果】52 名にアンケート配布し 34 名から回答を得た。（回答率 65.4%）日常生活において入浴・外出・家事の場面で困難を感じている患者が多かった。手術部位管理では 77% の患者が困ったことはなかったと回答した。
【考察】退院後 1 週間の生活において創部管理よりも日常生活動作に困難を感じている患者が多いことが明らかになった。術後は疼痛や可動域制限が残存している状態で日常生活を再開する必要があるため、生活動作に影響を及ぼしていると考えられる。また、創部管理では困らなかったと回答した患者が 77% であった。要因として退院 1 週間以内に外来受診が予定されていることにより安心感が得られている可能性が示唆された。
【結論】退院後の患者は創部管理よりも日常生活動作に不安や困難を感じていることが明らかになった。入院中から退院後の生活場面を見据えた具体的な生活指導や動作指導を行い継続的な生活支援につなげていくことが重要である。

69-3　在宅医療①

RPA・電子カルテ機能を活用した在宅チーム運営の効率化

鹿児島県・加治木温泉病院

○川原（かわはら）　翔太（しょうた）（放射線技師）、増山　泰英、英　加那子、渡　由美、池田　かおり、藤井　みゆき、
夏越　祥次、髙田　昌実

【背景】医療法人玉昌会加治木温泉病院が位置する鹿児島県姶良市、隣接する霧島市は 2050 年に人口が約 31％減少し、75 歳以上人口が 1.34 倍に増加すると推計されており、在宅医療の重要性が高まっている。当院は 2025 年度より、在宅チームを運営しているが、対象患者のピックアップ作業が属人的で業務負担が増加し、多職種間の情報共有にも課題があった。また、退院後の生活を見据えた早期からの介入が十分に行えていないケースも見られ、在宅復帰率の向上に向けた体制整備が急務であった。
【目的】在宅チームの対象者管理と情報共有の課題を RPA と電子カルテ機能の活用により解決し、在宅療養患者への支援体制を強化する。
【方法】在宅チームにおいて、①電子カルテから RPA による対象者の自動抽出、②電子カルテの依頼機能メールによる介入依頼情報の共有、③電子カルテ呼び出し機能による対象者の一覧管理、④電子カルテの患者区分設定による対象患者のプライマリナースへの可視化、⑤電子カルテのトーク機能（医療用チャット）による対象者の情報共有を実施した。
【結果】RPA 導入により、在宅復帰予定患者が退院先、ADL、栄養状態、医療処置の有無などの条件で自動抽出され、属人的な対象者選定が標準化された。依頼機能メールにより介入依頼内容が共有され、対応漏れの解消に繋がった。呼び出し機能による一覧管理で対象患者が一目で把握可能となり、患者区分設定によりプライマリナースも在宅チーム対象患者を認識し病棟連携が円滑化した。トーク機能により各職種の評価や支援内容がタイムリーに共有可能となり、チーム全体での迅速な意思決定が促進された。
【考察】RPA と電子カルテ機能の活用により、在宅チーム運営の課題が大幅に改善された。本取り組みは、限られた人員でも質の高い在宅支援を継続するための有効な手段であると考える。今後は地域の医療・介護事業所との連携強化を図るとともに、蓄積されたデータを活用した在宅支援の質評価にも取り組んでいきたい。

69-4　在宅医療①

血管性認知症で引きこもりを呈した利用者に対する多職種連携～笑顔の出現とQOL改善に至った一症例～

長野県・轟病院　轟訪問看護ステーション

○宮嵜（みやざき）　美樹（みき）（看護師）、北澤　朝子、窪田　みちい

【目的】血管性認知症およびうつ状態により引きこもり傾向と生活機能の低下を呈した利用者に対し、訪問看護介入および多職種連携がADL・QOLの向上に寄与したと考えられる症例を経験したのでここに報告する。

【症例】75歳男性。10年程引きこもり状態。3年前に血管性認知症と診断され、うつ状態もあり近医で内服加療していた患者。令和8年3月に家族からの依頼で介護申請しケアマネジャー介入。要介護1。活動性が低下しており、常にうつむき加減で発語も少なく意思疎通は困難。失禁を認め両大転子部、仙骨部に褥瘡あり。環境面では、自宅はごみの蓄積と部屋や布団に排泄してしまうため汚染が著しく、整容面も不良で髪やひげが伸び放題の状態であった。妻と同居していたが関わりは限定的であり、社会的孤立状態であった。令和8年4月ケアマネジャーからの紹介で支援を開始した。

【多職種連携の内容】ケアマネジャーは褥瘡発生を機に当法人の皮膚科往診と訪問看護介入を依頼、福祉用具専門相談員にベッドと体圧分散マットのレンタルを依頼、デイサービスの利用を増やした。担当者会議で方針を決め、医師は褥瘡に対し訪問看護特別指示で、集中的な清潔援助と褥瘡処置を看護師に指示。看護師は特別指示により初期2週間は集中的に介入し、医師と褥瘡の経過を共有、その後も週1回の訪問を継続した。訪問看護特別指示の連日介入終了後はヘルパー介入へ移行し、清潔面の援助を引き継いだ。利用者と家族には傾聴を中心に関係構築を図り、身体面においては失禁ケアおよび褥瘡予防・処置、清潔援助を実施した。整容面では散髪・ひげ剃りを行い外見の改善を図り、ADL維持目的に日常生活動作への声かけや軽度活動を取り入れた。さらに家族に対し環境整備の必要性を説明し支援を促した。デイサービスでは、清潔援助と褥瘡処置、リハビリを継続的に実施した。

【経過】介入開始後、ADL向上に伴い離床時間が増加、約1か月で褥瘡は完全治癒し、トイレでの排泄が可能となり失禁も少なくなり、管理は安定した。散髪、整髪、髭剃りにより整容性が保たれることで外見が改善し、会話の増加および笑顔がみられるようになった。その後週に半日だったデイサービスが週に2日通所が可能となり、迎えの際には自ら玄関まで移動するなど自発的行動がみられ、環境面では妻による環境整備が進み生活環境は徐々に改善した。これら一連の変化により患者のQOLの向上が認められた。

【考察】初期の集中的な多職種連携と介入により利用者との信頼関係が構築され、医師との連携により短期間での褥瘡の治癒につながったと考えられた。笑顔の出現は心理的安心感と信頼関係の形成を示す重要な指標であり、身体的ケアと心理的支援を並行して実施したことでADL改善および精神面の安定が得られた。また整容性の改善は自己尊重感の回復と社会参加への意欲向上に寄与した可能性がある。多職種連携によるデイサービス導入が社会参加を促進し、自発的行動の増加につながり、さらに家族への支援により生活環境が改善したことは在宅療養継続に重要であったと考えられる。また、今回はケアマネジャー・医師・訪問看護師・福祉用具専門員・デイサービス・ヘルパーの多職種連携であったが、今後は管理栄養士による訪問栄養食事指導やADL拡大に向けて訪問リハビリの介入を検討し、更なる多職種連携で利用者のADL・QOLの向上を目指していきたいと考えている。

【結論】訪問看護による短期集中介入と多職種連携により、引きこもり状態にあった利用者に笑顔の出現とADL・QOLの改善が認められた。身体・心理・社会・環境への包括的介入の重要性が示唆された。

69-5　在宅医療①

地域の他職種連携についての認識調査

1 北海道・定山渓病院訪問看護ステーションエール、2 渓仁会みなみクリニック

○川渕　一世（看護師）[1]、本多　智尋[1]、本橋　風夏[1]、伊勢　健佑[2]、佐賀　友美[2]

【目的】地域包括ケアシステムを実現するための「多職種連携」は、医療・介護の切れ目のない継続性や、専門職同士の視点の共有に基づくチームアプローチを実践する上で極めて重要である。しかし、現状では特定の会議やサービス担当者会議等以外での日常的な連携が十分に行われておらず、交流の場が不足しているという課題がある。そこで本研究では、対象地域における多職種連携のさらなるあり方を検討するため、現場で行われている具体的な連携の場面、内容、および連携を阻害する要因や課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】A 市 B 区にある医療機関、施設系、訪問系、障害サービスなどを提供している 336 事業所（介護系 263 施設、医療系 73 施設）を対象とし、Web アンケート調査を配布して従事者に回答を依頼した。設問項目は、回答者の基本属性、連携への意識、他職種の役割理解、連携における障害、地域交流の場の活用状況、および連携環境の計 6 項目で構成した。

【結果】有効回答は 123 名（12 業種）であった。職種経験年数は「15 年以上」が 39.1% と最も多く、次いで「5 年以下」が 24.1% であった。連携への意識として、95.7% が「積極的に連携したい」と高い意向を示した。連携において最も求める内容は「関わるケースの情報共有」であり、次いで「専門職としての意見を気軽に聞けること」であった。連携を難しいと感じる場面については、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を合わせると 57.9% が何らかの困難さを抱えていた。その具体的な理由としては、「連絡するタイミングに迷う」が 19.5% で最も多く、次いで「誰に相談するのが適切か迷う」「連絡すべき内容か迷う」がそれぞれ 16.4% と続いた。また、連携手段としては「事業所電話」が 37.1%、「FAX」が 14.9%、「メール」が 12.0% であったが、その他にも連絡ノートや郵送などの書面媒体、個人携帯電話、ショートメッセージ、LINE、チャットツールなど、極めて多様な媒体が混在して利用されている実態が分かった。

【考察】調査の結果、回答者の多くは互いの専門性を尊重し、利用者のために協力して関わりたいという高い連携意欲を持っていることが確認された。しかしその一方で、日常的な連絡のタイミングや相談相手の選定、相談内容の妥当性に迷い、心理的ハードルを感じている現状が浮き彫りとなった。この困難さの背景には、現在使用されている連絡ツールの多くが電話や FAX といった「一対一（単独）」のリアルタイムな媒体に依存しており、かつ事業所や個人ごとに使用する媒体が乱立している現状が影響していると考えられる。多忙な業務の中で相手の手を止めることへの配慮や、情報集約の煩雑さが、連携の躊躇に繋がっていると推察される。現在、複数職種が特定の利用者に対して共通の情報をタイムリーに共有できる「他職種連携システム（ICT プラットフォーム）」の導入が進みつつある。このようなシステムの活用は、連絡にまつわる時間的・心理的迷いを解消し、非同期かつ円滑な情報共有を可能にする。今後は、ツールの標準化やプラットフォームの積極的な導入が、地域における他職種連携をさらに進展させる鍵になることが結果から示唆された。

70-1　在宅医療②

離島施設における安診ネットを用いた遠隔診療支援モデルの構築

1 福岡県・筑紫南ヶ丘病院、2 MUSVI、3 パラマウンドベッド、4 芙蓉開発株式会社、5 みずほ総合研究所

○前田（まえた）　俊輔（しゅんすけ）（事務職）[1]、大野木　健[2]、伊藤　秀明[3]、芹田　仁志[4]、村山　絜紀[4]、下川　真人[3]、
片岡　千鶴[5]、岡田　真也[5]、小松　紗代子[5]、仁保　宏二郎[1]

【目的】

離島では医療機関への移動時間が長く、施設入所者の定期受診には、利用者本人、介護職、医療機関の双方に大きな負担が生じる。特別養護老人ホーム福見の園において、長崎県上五島病院への定期受診（片道約 40 分）に対し、安診ネット、ベッドセンサー、大型モニターを用いた情報共有とオンライン診療支援により、通院介助負担を軽減し、継続的な医療相談へ展開する離島モデルを構築することを目的とした。

【方法】

対象は同施設の入所者定員 50 名（男性 35 名、女性 15 名）とした。導入前調査は 2025 年 10 月 10 日から 10 月 24 日、導入後調査は 2026 年 1 月 9 日から 1 月 23 日に実施した。まず、整形外科の定期受診に伴う通院介助を軽減するため、安診ネット（開発元：芙蓉開発）により、経時的バイタル、症状、既往歴、トリアージを共有した。さらに、等身大に映る遠隔コミュニケーションシステム「窓」(開発元：MUSVI) を用いた問診、眠りコネクト (開発元：パラマウントベッド) による睡眠・体動情報を補助情報として活用した。オンライン診療導入前後で、通院介助の所要時間を比較した。2026 年 2 月以降は内科疾患に対象を広げ、週 1 回、約 2 か月間、長崎県上五島病院との遠隔健康相談を実施した。なお、本取組は倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

従来の通院介助では、1 回あたり移動、待機、診察前後の調整を含め約 3〜4 時間を要していた。オンライン診療では、事前準備を含めた対応時間が約 20 分となり、1 回あたり 2.5〜3.5 時間、約 90% の時間短縮が得られた。2025 年 12 月から 2026 年 3 月までに、整形外科および内科のオンライン診療を複数回実施し、1 回あたり最大 4 名、延べ 25 名程度に対応した。職員意見では、待機時間や付き添い負担の軽減、医師へ伝える情報の整理、利用者の生活リズム維持に関する改善が認められた。また、期間中、遠隔対応に起因する重大な有害事象は認めなかった。

【考察】

本モデルの特徴は、単なるビデオ通話によるオンライン診療ではなく、医師の判断に必要な「バイタル」「症状」「既往歴」を、遠隔地からでも構造化して共有した点にある。安診ネットにより経時的バイタル、既往歴、トリアージを事前に共有し、大型モニター「窓」により表情、姿勢、動作、皮膚状態などの他覚的所見を確認した。さらに、患者本人および施設看護師への問診により自覚症状を補足することで、遠隔診療における症状把握の質を高めることができた。これにより、介護職の経験差に依存しにくい標準化された情報提供が可能となり、医師側からも判断しやすいとの評価を得た。整形外科の定期受診支援から内科疾患の医療相談へ拡張できたことは、離島施設と中核病院を結ぶ継続的な遠隔医療連携モデルとしての有用性を示す。

【結論】

遠隔診療支援では、映像をつなぐだけでなく、医療判断に必要な「バイタル」「症状」「既往歴」を正確に共有することが重要である。本取組では、安診ネットによる経時的バイタル・既往歴・トリアージの共有、大型モニターによる他覚症状の確認、患者本人および施設看護師への問診による自覚症状の補足を組み合わせ、遠隔でも診療に必要な情報の質を高めた。その結果、通院介助時間を約 90% 削減し、医療情報共有の質向上と職員負担軽減を両立できた。今後は対象疾患と運用範囲を拡大し、離島型医療・介護連携モデルとして検証を継続する。

70-2　在宅医療②

終末期前立腺癌利用者の療養目標の変化を支えた多職種連携の実践

茨城県・フロイデひたちなか訪問看護ステーション

○大久保（おおくぼ）　琢矢（たくや）（看護師）

【目的】
終末期がん患者の在宅療養では、症状コントロールだけでなく、本人・家族の意思決定を支えることが重要である。今回、医療依存度の高い終末期前立腺癌患者に対し、多職種が継続的に関わることで本人・家族の療養目標がどのように変化・共有されたかを振り返り、在宅看取りにおける多職種連携と訪問看護の役割について検討した。
【方法】
症例は60歳代男性。去勢抵抗性前立腺癌、多発リンパ節転移および骨転移を認め、疼痛や嘔気の増悪により入院加療を受けた。退院時は経口摂取困難で補液管理と疼痛管理を要し、医療依存度は高かったが、本人は自宅で過ごすことを希望していた。一方で治療継続への思いも残っており、退院前の段階では療養目標は定まっていなかった。退院前カンファレンスを実施し、病院医師、病棟看護師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員が支援体制を構築した。訪問看護は医師の指示のもと頻回訪問を開始し、症状緩和と家族支援を継続した。（倫理的配慮：発表に際しご遺族からの承諾と所属の倫理審査で承認を受けた。）
【結果】
在宅療養開始後は、疼痛や嘔気の評価を行い、病院医師への情報提供と薬剤調整支援を実施した。病状進行に伴い末梢静脈路の確保が困難なため、訪問診療医および薬剤師と連携し持続皮下注射によるオピオイド投与へ移行した。また、家族へ介護方法や薬剤管理の指導を行い、不安の軽減に努めた。退院当初は治療継続への希望から外来受診も行ったが、病状の進行や通院による身体的負担を経験する中で、本人・家族の思いは徐々に変化し、「自宅で穏やかに過ごしたい」という療養目標が共有されるようになった。その後は再入院することなく在宅療養を継続し、家族に見守られながら自宅で永眠された。妻は介護を最後までやり遂げ、「自宅で過ごせてよかった」という本人の思いを受け止めることができた。
【考察】
本症例では、多職種がそれぞれの専門性を発揮し、療養目標を共有しながら支援したことが、在宅療養継続の大きな要因であったと考えられる。退院時にはDNARの意思は確認されていたものの治療継続への希望も残存しており、ACPとしては途上の状態であった。しかしこれは課題である以前に、ACPの本来の姿でもある。本人・家族の価値観は病状の変化や在宅での生活体験を経て動的に変化するものであり、その変化に寄り添いながら対話を積み重ね、療養目標を更新し続けるプロセスこそがACPの本質といえる。退院時点での目標の未確定を「未完」と見るのではなく、在宅療養の中で目標が育まれていく過程として肯定的に捉えることが重要である。また、本症例における訪問看護の役割は症状緩和にとどまらなかった。病院医師・訪問診療医・薬剤師・ケアマネジャーをつなぐ連絡調整機能を担いつつ、本人・家族の揺れ動く思いを継続的に傾聴し、療養目標の変化を多職種にフィードバックすることで支援の方向性を随時更新した。このような訪問看護の「橋渡し」機能が、在宅での療養目標の形成と看取りの実現を支えたと考えられる。
【結論】
終末期がん患者の在宅療養において、ACPは退院前に完結するものではなく、療養の経過を通じて本人・家族とともに育み続けるプロセスである。多職種が価値観の変化に寄り添いながら継続的に対話を重ね、療養目標を更新し続けることが、本人らしい生活と納得のいく看取りの実現につながる。訪問看護はその中核的な調整役を担うことができると考えられた。

70-3　在宅医療②

在宅での看取りを希望されたご家族への支援を行った1事例～喀痰吸引指導を通して～

東京都・介護医療院セントラル大田

○志越（しこし）　美香（みか）（看護師）、渡邉　睦子

【はじめに】

厚生労働省による「最期をどこで過ごしたいか」というアンケート（2022年）では、自宅希望が約60%、病院希望が約30%、ホスピスや施設希望は約10%でした。一方、同年の実際の死亡場所の統計では、病院が約73%、自宅が約15%、ホスピスや施設が約12%と理想と現実には大きな差があります。その要因の一つとして　在宅での看取りは家族が医療ケアを担う必要があり、特に喀痰吸引は侵襲性と事故リスクへの恐怖から在宅看取りの障壁になりやすいと考えられます。

【目的】

介護医療院を退所し、在宅での看取りを希望された長男への喀痰吸引指導を通して、安全に喀痰吸引を実施出来るようになるまでの支援過程を明らかにしました。更に、看取りにおける看護の役割について考察しました。

【実践内容・方法】

対象は、入居者(90歳女性)の長男1名。指導期間は、202X年12月から202Y年1月までの約1ヶ月、1回30～40分、計15回実施しました。吸引の目的やリスクを説明し、吸引器の準備、吸引圧設定、カテーテル操作、実施中の観察までを段階的に指導しました。各回で自己評価と他者評価を行い、理解度や不安の程度に応じて指導内容を調整しました。また、感情表出を促し、看取りへの思いを傾聴するなど心理的支援を並行して行いました。

【結果】

初回は、マニュアルを作成・使用して、手技の見学と説明を行いました。2回目以降は長男の実施を主体としました。準備や吸引圧設定は中盤より安定しましたが、鼻腔からのカテーテル挿入に困難がみられました。人体模型を用いて口腔・鼻腔の位置関係を確認し、挿入方向や角度を具体的に説明しながら反復練習を行った結果、操作の正確性が向上し、最終的には自立して安全に実施できるようになりました。当初は「吸引による状態悪化への不安」「緊急時に対応できるか」等の不安を口にしていましたが、傾聴と反復指導を重ねることで、「慌てずに吸引が出来るようになりました」と、前向きな発言や主体的な行動がみられるようになり、不安発言が多かったが、終盤には主体的発言へ変化しました。

【考察】

鼻腔吸引を行う回数が増え、成功体験を重ねたことが、不安軽減につながったと考えます。段階的な技術指導と視覚教材の活用は、理解の促進と操作の正確性向上に有効でした。また、技術指導と心理的支援を並行して行うことが、長男の安心感を支える重要な要素であったと考えます。

自宅で最期を迎えることは、「母親にとって慣れ親しんだ安心できる場所で最期を迎えさせたい」という長男の強い想いに寄り添いながら進めてきたことが、在宅での医療ケア・喀痰吸引を習得し、安全に実施できることにつながりました。

70-4　在宅医療②

在宅医療における緊急往診時の疾患分類と治療指針

茨城県・いばらき診療所ひたち

○照沼（てるぬま）　秀也（ひでや）（医師）

【目的】我が国で 2025 年（令和 7 年）中の全国の救急搬送人員数は速報値ではあるが 676 万人となっている。その中でも特筆すべきは 65 才以上の高齢者が全体の 63% を占めているという点である。
また 2023 年には在宅医療を受けている患者数は 100 万人を突破しているという点もまた注目すべき点である。在宅医療にはもちろん小児の在宅医療患者もいれば、難病、脊髄損傷など、年齢の若い方もいるが、人数的には少数で大多数は高齢者である。
これらの在宅医療を受けている患者は、状態が安定しているときには、定期的な訪問診療で経過観察をしているが、状態に変化が生じると、医療機関に往診の要請が入り、患者宅に出向く往診となる。
一番わかりやすい状況は、在宅患者が発熱や息苦しさ、痛みを訴えた際、ご家族や訪問看護師、訪問介護士、ケアマネジャーなどから、在宅医療を提供している医療機関に連絡が入り、往診要請をおこなうケースである。
しかしこれらの、在宅患者の往診に関する救急要請事例をまとめた文献はあまり多くない。1），2），3）
【結果】いばらき診療所では 2022 年から 2025 年まででおおむね 1200 名の在宅患者に対して、総訪問件数 57,441 件中　926 名（1.6%）を救急搬送しており、その際の疾患分類は、一番多い疾患から順に紹介すると、呼吸器疾患、消化器疾患、整形疾患、循環器疾患、脳血管疾患、がんの救急、泌尿器疾患、血液内分泌疾患、てんかん、薬物中毒熱中症、皮膚疾患、老衰認知症、出血、精神疾患の順である。

また、感染症と感染症以外の割合は感染症が　27.6% で、感染症以外が　72.4% であった。
【結論】そこで、いばらき診療所で 2022 年 1 月から 2025 年 12 月までに私たちが経験した在宅患者の急性増悪時の疾患分類をもとに、在宅患者においては、どのような疾患が往診対象になるのか？また往診時はどのような点に注意して診察をすすめたら良いか？また治療法の選択はどのようにしたら良いのか？また急性期病院への搬送基準はどのように考えたら良いのか？といった疑問点に対する一つの考え方を紹介する。

1）Kaku Kuroda et al. J. Gen Fam Med. 2021 22；81-86
2）Koki Kato et al. J. Gen Fam Med 2021.22.3 34-340
3）牧 賢郎 et al 日本プライマリケア連合学会学術大会 2024：vol.15 412

71-1　IoT・ロボット

地域包括ケア病棟での MEWS の活用～早期医療介入にむけて～

福岡県・筑紫南ヶ丘病院

○國田（くにた）　歩美（あゆみ）（看護師）、北島　真央、藤井　和美、中村　有里、光野　和美、前田　俊輔

【目的】

当院では、患者状態悪化を客観的に評価するため、バイタルを絶対値基準ではなく、統計学と EWS を組み合わせた MEWS（Modified Early Warning Score）により評価する ICT システム「安診ネット」を導入し、患者状態の評価と看護介入に活用している。

高齢患者が罹患しやすく、入院期間の上位を占める肺炎等の呼吸器疾患・循環器疾患・尿路感染症を対象とし、MEWS により注意喚起された患者に対し、病棟内で看護部がどのように運用し、患者の早期発見・重症化予防に活用しているかを報告する。

【方法】

地域包括ケア病棟 60 床を対象とした。体温・脈拍・血圧は、従来の絶対値基準ではなく、各患者の過去 1 週間以上の安定時データから平均値と標準偏差を算出し、平常範囲からの逸脱度に応じてスコア化した。呼吸数・酸素飽和度は EWS に準じてスコア化し、医療介入（内服、注射、酸素投与）を臨床イベントとし、3 点以上と 2 点以上での結果を検証した。

2025 年 1 月～6 月は検査陽性を 3 点以上とし、2025 年 7 月～12 月は 2 点以上を検査陽性として評価した。検査陽性となった患者は重点観察対象とし、看護師が熱型表、看護記録、症状変化を確認し、看護介入を行った。

【結果】

検査陽性の患者は状態を観察、医師に報告し指示を受けた。スコア 2 以上でのトリアージカラーをカルテ上に一覧表記することで医師と情報共有ができ、医療の早期介入に繋げることが出来た。対象となる医療介入は 95 件、うち検査陽性が 79 件で、残る 16 件（17%）が検査陰性であった。全検査陽性 79 件のうち、医療介入が無かった偽陽性は 22 件（28%）であった。

【考察】

病棟における安診ネットの活用により患者の微細な変化を早期に可視化できた。高齢者は症状変化が緩徐である一方重症化時には急変に繋がるリスクが高いため客観的指標を用いた継続的評価は早期発見早期介入に有用であると考えられた。医療介入に至らなかった検査陽性例は一定数認められたが、検査陽性となる患者は平均 13 名/月程度であり、看護観察の強化を目的としたスクリーニング手法として有用性が示唆された。

【結論】

相対値基準の MEWS は、病棟における高齢者肺炎、尿路感染症の早期発見と重症化予防に寄与する可能性が示唆された。また電子カルテ上でのスコア表示は、臨床現場における意思決定支援ツールとして有用であり、慢性期医療における安全性向上と看護の質の改善に資する可能性が示唆された。

71-2　IoT・ロボット

慢性期病院看護部における DX 導入の効果と今後の課題

宮城県・石巻健育会病院

○菊池（きくち）　美咲（みさき）（看護師）、庄司　正枝、遠藤　千恵、武山　裕美子、佐藤　和

【はじめに】

当院は、病床数 168 床の慢性期病院である。2024 年度から業務効率化・生産性向上・働き方改革の視点で、DX（Digital Transformation：デジタルトランスフォーメーション）の導入を進めた。当院看護部における DX 取り組み状況とその効果、今後の課題について報告する。

【これまでの DX 取り組み状況】

2024 年 5 月、DX を先進的に進めている病院・施設を訪問。スタッフの負担軽減や働きやすさを目的とした設備や機器を見学した。当院における DX 導入イメージ図を作成し、それに伴い入浴装置・介護用リフト・見守りシステム・排尿予測デバイスなどのトライアルを実施した。まず、2025 年 2 月スマホが導入となり、ナースコールとの連動が開始された。同時にチャットアプリが導入となり、全職員へアカウントを配布し院内での情報共有の主軸となった。2025 年 4 月には電子カルテ機器で使用できる生成 AI を取り入れ、サマリーの作成等に活用開始。2026 年 4 月からは、電子カルテシステムに付随した生成 AI に変更した。その他、患者・家族への指導については動画作成ツールの活用を開始（2024 年 9 月）、排尿自立支援においては排尿予測デバイスを導入した（2025 年 10 月）。当院の DX の取り組みは、ホームページや SNS、医療・介護職員向けの研修会等で発信しており、病院見学会も実施した。

【DX 導入の効果】

スマホ、チャットアプリの導入により、多職種間のタイムリーな情報共有に繋がり、またスタッフの移動距離の短縮が図られ、業務の省力化となった。指導・教育面では、動画教材の活用により効率的な入退院支援が可能となり、患者・家族とスタッフの双方の負担軽減と教育の標準化が同時に達成された。さらに、排尿予測デバイスの導入は、科学的根拠に基づいた排泄ケアの実践を可能にし、患者の排尿自立支援と QOL 向上、およびスタッフの無駄なオムツ交換の削減という効果をもたらした。最新の取り組みである電子カルテ連動型生成 AI の活用においては、退院サマリーの要約作成にかかる時間が削減され、時間外労働の削減（2024 年度 4.2 時間→2025 年度 3.0 時間）に効果があった。これらにより患者への直接的なケア時間の創出につながり、看護師に対する患者満足度は 4.76 へ上昇、スタッフの職務満足度は 3.57 へ上昇した。2024 年度以降、看護師の離職率は低減傾向となり、2025 年度看護師の入職は全て紹介会社を経由しない採用となった。

【考察】

当院看護部における DX は、情報インフラの整備から始まり、今や現場のケアのあり方を見直す段階へと進んでいる。デジタルツールの活用は、看護配置が少ない慢性期病院だからこそ、スタッフの心身のゆとりを生み出し、患者の安全と尊厳を守るための手段になり得ると考える。今後もスタッフの「労力・体力の軽減」と「患者の安全確保」に直結する機器導入の検討を継続し、スタッフが活き活きと働き、患者に寄り添った質の高い看護が提供できるような環境づくりに努めたい。

【今後の課題】

導入した各種デジタルツールの活用度における個人差の解消に向けた継続的な研修やサポート体制の構築と、各デバイスから得られるデータを分析し看護の質向上やさらなる業務効率化へ向けた仕組みづくりが必要である。

71-3　IoT・ロボット

生成 AI を用いた vibe-coding による回復期リハビリーションの単位自動振り分けアプリ開発

大阪府・千里リハビリテーション病院

○伊藤（いとう）　直城（なおき）（理学療法士）

【目的】昨今の医療現場において、生成 AI（Artificial Intelligence）は文書作成や画像診断、業務の自動化など多岐にわたる分野で活用されている。回復期リハビリテーション病棟では、セラピスト管理職が毎日、患者の疾患区分やスタッフの出勤状況、特定の組み合わせ制限などを考慮してリハビリ単位の割り振りを行っており、この業務は極めて煩雑で多大な時間を要している。本研究の目的は、生成 AI との対話を通じてプログラムを構築する「vibe-coding」を用い、患者情報を安全に扱うために完全ローカル環境で作動し、かつ高度な数理最適化アルゴリズムによってリハビリ単位を自動で割り振るアプリケーションを開発し、管理業務の効率化と精度向上を検証することである。

【方法】生成 AI は Google の Gemini3.5、開発言語には Python、GUI（Graphical User Interface）フレームワークに PySide6、最適化エンジンには組み合わせ最適化や数理最適化問題の解決を得意とする OR-Tools を採用し、外部ネットワークに接続しない完全ローカル環境で実行できる仕様とした。開発手法である「vibe-coding」とは、開発者が生成 AI に対して「現場の感覚」や「達成したい挙動」を自然言語で伝え、対話的にコードの生成と修正を繰り返す手法である。本アプリの核心である自動割り振りロジックには、次の臨床ルールを数理モデルとして組み込んだ。①ハード制約：スタッフの最大単位数や、患者ごとの単位取得上限という絶対的な制限。②軟らかい制約：スタッフ不足時に「解なし」となるのを防ぐため、目標単位に届かない場合にペナルティを課し、可能な限り目標に近づける柔軟な計算ロジック。③疾患別割り当て調整：脳血管疾患・運動器・廃用症候群患者へ割り振る重み付けの調整ロジック。④個別制約と利便性：患者ごとに設定可能な「介入不可スタッフ」の指定、および既存の勤務作成ソフトから出力された Excel データのインポート機能。

【結果】vibe-coding による開発により、複雑な臨床判断を数理モデルに落とし込んだプロトタイプを短期間で完成させた。特に「軟らかい制約」の導入により、スタッフ不足などの厳しい条件下でも、人間が調整するような「現実的な落としどころ」を AI が自動算出することに成功した。脳血管疾患患者を優先しながら全体の総単位数を最大化する最適化ロジックは安定して動作し、介入不可設定や疾患別優先度といった現場の細かなニーズを正確に反映した割り振りが可能となった。また、スタッフ勤務の手入力の手間も補完的に削減された。

【考察】本アプリの最大の強みは、従来のパッケージソフトでは困難だった「現場固有の複雑な制約」を、数理最適化によって自動解決できる点にある。vibe-coding は、セラピストの「感覚的な要望」を、ペナルティスコアやボーナススコアという数理的な重み付けに変換する作業において極めて有効であった。これにより、スタッフ数や患者構成が日々変動する医療現場において、人間では見落としがちな制約を遵守しつつ、病棟全体の提供単位数を最大化する最適解を瞬時に導くことが可能となった。

【結論】生成 AI を用いた vibe-coding により、高度な自動最適化アルゴリズムと高いセキュリティを兼ね備えた実用的なアプリを構築できた。本手法は、現場のセラピストが自ら高度な業務改善ツールを開発する新たな DX（Digital Transformation）の形として、リハビリ管理業務の質を大きく変える可能性を秘めている。

71-4　IoT・ロボット

スタンディングリフトによるトイレ排泄支援がもたらした多面的なQOL改善の一例

東京都・ケアセンターけやき

○川口（かわぐち）　美由紀（みゆき）（介護福祉士）、河井　ともみ、須藤　喜美子、高橋　一良、長谷部　治子、向井　広子、塗師　理奈

【背景】

高齢者は疾患や長期療養により廃用症候群を呈し、ベッド上でのオムツ交換が常態化すると、皮膚トラブルや尊厳の喪失、活動性の低下などQOLの著しい低下を招くことが多い。本症例では、スタンディングリフトを導入し、トイレ排泄を再獲得したことを契機に、身体機能・心理面・生活の質に多面的な改善が認められたため報告する。

【症例紹介】

症例は、90歳代女性、要介護5、認知症高齢者自立度IV、障害高齢者自立度C2であった。基礎疾患はCOVID-19感染後の廃用、高血圧症、認知機能低下。2024年8月にCOVID-19感染後、全介助状態となり、廃用が進行した中で2025年1月に当施設へ入所した。入所時は両上肢に動作時のパーキンソニズム様振戦と全身の筋緊張亢進がみられ、ADLは著しく低下していた。さらに、2025年6月には胆泥パッシングによる肝機能障害で急性期病院に入院後、当施設に戻ってきたときには筋緊張はさらに増悪し、 強い食いしばりにより食事摂取量が減少し、 経口摂取の継続が危ぶまれた状態であった。

【ケア計画と経過】

本人の推定意思と家族の意向から、施設での看取りの方針となり、苦痛の緩和に努め、生活の楽しみの維持を大きなケア方針とした。その後、病状は安定したものの、少量の便失禁が持続し、陰部びらんが課題となった。下剤の調整や停止、敵便を試みるものの、泥状～水様便が続き、今度は便秘になる、などコントロールが困難な状態であった。そこで、腹圧を利用した排便を目的にトイレ座位での排泄へ変更した。筋緊張が強いものの体の支えがあればトイレでの座位保持が可能であることを確認し、 昼間は必ずスタンディングリフトを用いて立位支援とトイレへの移動、 トイレ排泄を実施した。

【結果】

スタンディングリフト導入2日後、本人から「トイレに行きたい」との訴えが出現。便意の出現が確認できた。上手く尿意や便意を訴えられない日も、排便パターンを把握しトイレ誘導することで、トイレでの排便が可能となった。そして、約12か月間続いていた少量ずつの便失禁が消失し、陰部びらんは改善した。食事面では食いしばりが軽減し、口が開きやすくなったことでミキサー食から全粥・刻み食に食形態を変更、 ほぼ全量摂取が可能となった。 また食事に手を伸ばし、食品を選択して自己摂取する場面が増加した。トイレでの排泄をきっかけに立位・座位の経験が増えたことで筋緊張が緩和し、姿勢保持が安定したため、リクライニング車椅子から通常型車椅子へ移行できた。覚醒状態も改善し、他利用者との会話やレクリエーションに参加し、心理・社会的側面にも良好な変化が生じた。本人はスタンディングリフト移動に対し「楽だね」「眺めがいいね」と発言し、安心感と肯定的な受け止めが確認された。

【考察】

スタンディングリフトによる立位支援とトイレ排泄は、皮膚状態、姿勢保持、摂食機能、覚醒、コミュニケーションなど多面的なQOL改善につながることを示した。特に高齢者にとってのトイレ排泄の再獲得は、自尊心・羞恥心に関わるものであり、生活の主体性や尊厳の回復に直結する重要な要素である。重度介助が必要な高齢者においても、適切な機器の活用により、利用者の生活全体を変化させる可能性が示唆された。

71-5　IoT・ロボット

HAL®腰タイプ介護・自立支援用を導入したパーキンソン病患者の一例

1 石川県・芳珠記念病院、2 金沢大学医薬保健研究域保健学系

○宮薗（みやぞの）　頌太朗（しょうたろう）（理学療法士）[1]、栗田　和典[1]、久保田　雅史[2]、木村　繁文[1]、上田　佳史[1]

【タイトル】

HAL®腰タイプ介護・自立支援用を導入したパーキンソン病患者の一例

【はじめに】

Hybrid Assistive Limb®腰タイプ介護・自立支援用（以下、腰 HAL）は、パーキンソン病（以下、PD）に対して、10m 歩行テストや timed up and go test（以下、TUGT）、5 回立ち上がりテスト（以下、5STS）、バランス能力の向上に寄与することが報告されている。今回、PD を併存疾患として有する入院患者に対し、腰 HAL を用いた運動療法（以下、腰 HALex）を実施し、走動作の再獲得など有効性を認めたため報告する。

【症例】

症例は要介護 1 の 80 歳代男性。Hoehn-Yahr 重症度分類 III。約 3 年前から筋の強ばりやすくみ足などの動きにくさを自覚し、当院神経内科で PD と診断され投薬治療を受けていた。体重は、入院の約 1 年前と比較すると入院時に 3kg 減少しており、Skeletal Muscle Mass Index（以下 SMI）でも 7.1kg/m^{2}から入院時は 6.6 kg/m^{2}と減少していた。今回、前立腺肥大症による尿閉と発熱を契機に当院の地域包括ケア病棟へ X 日入院。X＋38 日に自宅へ退院した。X＋10 日に急性期を脱したため腰 HALex を開始した。腰 HALex 導入時の評価を以下に示す。膝伸展等尺筋力は HHD で右 8.4kgf、左 9.0kgf、5STS：16.7 秒、歩行は小刻みであり、すくみ足も著名に生じており独歩の距離は連続 15m、10m 歩行テスト：至適歩行速度 16.6 秒 33 歩、最大歩行速度 12.8 秒 28 歩、TUGT：時計回り 18.3 秒、反時計回り 19.9 秒、Short Physical Performance Battery（以下、SPPB）：6 点、FIM：53 点、起立動作や歩行に対しての内省は、「前に体重が乗らないから動きにくい」と発言していた。本症例は、すくみ足やバランス能力の低下を呈していたため、効率的な機能改善を目的に、PD 症例に対して歩行能力やバランス能力の改善が報告されている腰 HALex を導入し、体幹のエクササイズや歩行練習と併用して、1 回 15 分、週 5 回、計 4 週間（全 20 回）実施した。導入前後で、起立動作に対する内省、筋力、10m 歩行テスト、TUGT、5STS、BBS、SPPB、FIM を評価した。

【結果】

腰 HALex 導入後 4 週間経過した退院時の評価結果を以下に示す。HHD 右 14.2kgf 左 20.7kgf、5STS：6.0 秒、歩行はすくみ足の改善と歩幅の拡大を認め独歩は連続 300m 可能となった。TUG：時計回り 14.8 秒、反時計回り 16.1 秒、10m 歩行テスト：至適歩行速度 12.8 秒 28 歩、最大歩行速度 9.7 秒 24 歩、BBS：52 点、SPPB：11 点 FIM：96 点、起立や歩行の内省は、「走れそうなくらい動きやすくなった」であった。最終評価時に走動作を実施したところ、立脚期は左右とも安定しており、減速も随意的に行うことが出来、10m の距離を 6.7 秒 16 歩で走行した。腰 HALex 導入後には身体・生活機能の改善、内省の変化を認めた。

【考察】

PD 患者は非 PD 高齢者と比較してサルコペニアの有病率が高いことが報告されている。本症例においても、入院時の SMI が基準値を下回っていたことや起立や歩行の動作能力が低下していたことから、サルコペニアの状態を呈していた可能性がある。本症例において、サルコペニアを呈した PD 患者に対して腰 HAL が適切な外的キューとして働くことで効率的に起立・歩行能力を向上させた結果、身体・生活機能の向上や内省の変化、走動作の再獲得に至った可能性が示唆される。

【まとめ】

本症例への腰 HAL 介入は、運動意図と同期した股関節アシストが外的キューとして作用した結果、効率的に低下していた動作能力を改善させた可能性がある。今回は、退院時の栄養状態を評価できていないこと、内省の変化を本人の語りのみで評価した点に限界がある。今後は、入院時と退院時の栄養状態の評価や、運動主体感や自己効力感の評価を含めた検証が必要であると考える。

71-6　IoT・ロボット

個人基準域を考慮したModified Early Warning Score（MEWS）による医療療養病床患者の状態変化の検知

1福岡県・筑紫南ヶ丘病院、2芙蓉ディベロップメント、3芙蓉開発

○仁保（にほ）　宏二郎（こうじろう）（医師）[1]、前田　俊輔[1,2,3]、井藤　陽子[1]、谷　万由美[1]、土器　恒徳[1]

【目的】

当芙蓉グループでは2008年より、個々の患者のバイタルサインを継続的に管理・解析するシステム「安診ネット®」を開発し、介護施設での有用性や長野県におけるCOVID-19管理ツールとしての有効性を報告してきた。今回、安診ネット®を医療療養病床へ導入し、患者の状態変化の検出に対する有用性を検証した。

【方法】

安診ネット®では、患者ごとの平常時バイタルから統計学的に算出した基準域を用い、その逸脱度とEarly Warning Scoreを統合して安診ネットスコアを算出している。当院医療療養病床34床（平均医療区分2.1）を対象に、2024年9月から2025年8月までの1年間について、各日の安診ネットスコアと新たに診断された疾患の有無との関連を後方視的に解析した。安診ネットスコア2点以上を陽性、0または1点を陰性と定義し、クロス集計により診断精度を評価した。

【結果】

解析期間中、スコア陽性かつ疾患あり218件、スコア陽性かつ疾患なし495件、スコア陰性かつ疾患あり44件、スコア陰性かつ疾患なし6,763件であった。感度83.2%、特異度93.2%、陽性的中率30.6%、陰性的中率99.4%、偽陰性率16.8%、偽陽性率6.8%であり、Fisherの正確確率検定では$p<0.001$、オッズ比67.7と、安診ネットスコア陽性と新たな疾患発生との間に有意な関連を認めた。高い陰性的中率を示し、状態変化の除外に有用であった。

【考察】

従来のEWSは絶対値評価であるが、本システムでは患者ごとの平常値からの逸脱を評価できるため、慢性疾患患者でも状態変化を捉えやすい可能性がある。安診ネットスコア陽性は新たな疾患発生と強い関連を示し、療養病床における患者状態変化の早期検出に有用である可能性が示唆された。また、看護師や介護士が客観的指標を用いて患者の状態を共有できることから、診療判断の支援や早期介入につながることが期待される。また、状態変化の見逃し防止や病棟全体の患者管理の効率化にも寄与する可能性がある。

【結論】

安診ネット®は、医療療養病床において患者状態変化を検出する指標として有用である可能性が示された。本システムの活用は、患者の重症化予防や医療従事者間の情報共有の支援に寄与することが期待される。

71-7　IoT・ロボット

DX導入による残業時間削減要因の検討―地域包括ケア病棟と医療療養病棟の比較―

滋賀県・淡海ふれあい病院

○小野（おの）　美雪（みゆき）（看護師）、片岡　義子、堀池　昌子

【目的】

慢性期病院における複数のDXツール導入が残業時間削減に与えた効果を、病棟特性の異なる地域包括ケア病棟と医療療養病棟で比較し、各病棟において残業時間削減に寄与した要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象は、199床(地域包括ケア病棟100床、医療療養病棟99床)を擁する慢性期病院にて、2025年度に導入された6種類のDXツールである。該当ツールは、看護記録システム（チームコンパス）、物品管理アプリ、自動体位変換エアマット、患者見守りシステム、音声記録入力システム、多職種コミュニケーションアプリで構成される。スタッフへのヒアリングや業務記録から各ツールの活用状況を把握し、導入前後における残業時間の変化を病棟別に比較・分析した。

【結果】

DXツール導入後の月平均残業時間の削減幅は、療養病棟で22% 減少(一人当たり4.59時間/月)、地域包括ケア病棟で56% 減少(一人当たり12.5時間/月)であり、元来残業時間の多かった地域包括ケア病棟において、より高い削減効果が示された。

病棟別の主要な貢献ツールは以下のとおりであった。

地域包括ケア病棟病棟では、チームコンパスの導入効果が最も大きかった。看護記録が構造化され叙述記録から項目入力に変更したことで記録時間が減少し、残業時間の大幅削減につながった。多職種コミュニケーションアプリについては、薬剤師・退院調整看護師・MSWとの連絡に活用されたものの、医師への連絡への活用は限定的であった。音声記録入力システムは処置時の皮膚状態を画像とともに記録する用途に活用されたが、病状説明や退院支援における面談記録の時間短縮への活用には至らなかった。

医療療養病棟においては、単一のツールではなく、複数の導入機器が複合的に寄与した。自動体位変換エアマットの配備は、従来2名体制を要した体位変換業務が褥瘡予防の対応のみへと簡素化し、1名での実施を可能とした。また、患者見守りシステムの活用により、訪室の必要性が事前に把握可能となり、不必要な訪室回数が減少した。さらに、物品管理アプリの導入により、病棟単位の管理から院内一元管理へ移行したことで、物品捜索時間の短縮や転棟時のベッド移送負担軽減に効果を発揮した。

【考察】

地域包括ケア病棟においては、多岐にわたる病態管理や高齢者介護、臨床処置が日常的に発生するため、看護記録の構造化による入力業務の効率化が残業時間削減に直結した。加えて、頻雑な退院支援や多職種連携を要する業務特性から、多職種コミュニケーションアプリを用いた情報共有の迅速化が有効に機能した。対照的に医療療養病棟では、夜間帯を含む身体的介助の負荷が甚大であり、物理的な介護支援機器の配備が有意な効果をもたらした。以上のことから、各ツールの導入効果は病棟の有する機能や業務特性と密接に関係しており、DX化の推進にあたっては各現場のニーズアセスメントが不可欠である。なお、導入初年度であり、限定的な活用であったツールに関しても、運用の再構築や職員への習熟支援により、さらなる成果向上の余地が残されている。

【結論】

DXツール導入による残業時間削減効果は病棟特性によって異なり、地域包括ケア病棟病棟では構造化された看護記録システムと多職種コミュニケーションアプリ、医療療養病棟では身体介護支援機器および物品管理ツールが有効であった。効果を最大化するためには、病棟の業務特性に応じたツール選択と運用体制の整備が必要である。

72-1　褥瘡・スキンケア①

地域包括医療病棟の褥瘡予防に向けた体圧測定を用いたポジショニング介入対象者の選定基準の検討：実践報告

神奈川県・平成横浜病院

○鈴木（すずき）　達也（たつや）（理学療法士）

【目的】

当院地域包括医療病棟において、2025 年の 1 年間で入退院した患者約 650 名のうち 12 名に新規褥瘡（DESIGN-R®2020 d1 以上）の発生を認めた。褥瘡予防の効率化および質の向上を目的に、新規発生群と非発生群の身体機能、栄養状態、ブレーデンスケールを後方視的に比較検討した。本報告の目的は、分析結果に基づき、体圧測定器を用いた個別ポジショニングシート作成の対象者を抽出するための実効性の高いスクリーニング基準を策定することである。

【方法】

2025 年 1 月 1 日～12 月 31 日の期間中、新規褥瘡を発生した 12 名を「発生群」、同期間に褥瘡を発生していない患者から無作為に抽出した 35 名を「非発生群」とした。評価項目は Body Mass Index（BMI）、血清アルブミン値（Alb）、ブレーデンスケール、Barthel Index（BI）とした。統計解析には EZR を用い、データの分布に応じて t 検定または Mann-Whitney U 検定にて 2 群間比較を行った。

【結果】

発生群および非発生群の比較において、BMI（19.5 vs 19.5）および Alb（2.71 ± 0.54 vs 2.95 ± 0.58［g/dL］）では統計的有意差を認めなかった。一方、ブレーデンスケールは 11.5（10.0-14.2）対 15.0（12.5-18.0）であり発生群で統計的有意に低値であったが、両群の分布に重複が多くスクリーニング基準としては不十分と考えられた。BI は 0.0（0.0-10.0）対 20.0（0-45.0）と発生群で統計的有意差を認め、基準値設定において有効な指標であった。以上の結果から、当病棟における重点的な介入対象を「BI 10 点以下」と定め、体圧測定器による客観的評価に基づくポジショニング介入を行う運用方針とした。

【考察】

本検討により、当病棟における新規褥瘡発生のリスク因子として、栄養指標よりも BI に反映される身体機能の低下が強く関連することが示唆された。地域包括医療病棟では低栄養患者が多いため、栄養指標単独でのリスク抽出は困難であったと推察される。BI を用いた簡便なスクリーニングと体圧測定による可視化を組み合わせる運用は、限られたスタッフ配置の中で効率的かつ効果的な予防的介入を可能にする。今後は本基準に基づく介入を病棟全体で実践し、褥瘡発生率の変化を前向きに評価していく。

72-2　褥瘡・スキンケア①

経鼻胃管チューブ挿入患者の皮膚障害を軽減するテープの固定方法の検討

大阪府・緑水会病院

すがむら　みわ
○菅村　美和（看護師）

経鼻胃管チューブ挿入患者の皮膚障害を軽減するテープ固定方法の検討

医療法人社団　緑水会　緑水会病院
看護師　菅村美和

1　はじめに

当院は医療療養型病院であり多くは高齢の寝たきり患者様で、およそ 8 割が経管栄養法を受けている。中でも経鼻胃管は使用頻度が高く、固定方法によっては皮膚障害を発生することがある。先行研究によると経鼻経管栄養開始後の平均余命は 701 日とされ、テープの使用は長期間に及ぶ。患者様の苦痛を緩和し安全に経管栄養を継続するためには適切なテープの選択と固定方法の確立が重要である。そこで本研究ではテープの素材及び固定形状が皮膚状態と固定強度に与える影響を比較検証した。

2　研究内容

対象者は当院 4 階西病棟の経鼻胃管挿入患者 24 名とし 3 グループに区分した。研究期間は　2025 年 6 月 3 日から 2025 年 9 月 22 日の 112 日間である。検証には 2 種類のテープの素材（ワーデル®・マルチポア®）と、6 パターンの固定方法（①現状②こけし型③トンネル型④H 型⑤オメガ固定型⑥台形型）を用いた。各方法を 4 週間ずつ実施し、週 2 回の貼り替え時に皮膚の状態及び固定強度を評価した。なお一般的には 2 箇所のテープ固定が主流とされるが、当院の患者様は日常生活自立度が C2 と活動性が乏しいため従来より採用している 1 箇所固定を継続して検証を行った。

3　結果

テープ素材ではワーデル®はマルチポア®と比較して有意に高い固定強度を示した。固定方法ではこけし型が 2 種のテープいずれにおいても 95% 以上が皮膚障害の発生なく使用できた。一方でオメガ型と台形型は固定強度の低下に加え、オメガ型では発赤の発生率が 37.5% と有意に高まった。

6　考察

研究結果より、鼻部で安定的に固定されるこけし型は胃管による圧迫や摩擦を効果的に分散できたと考える。オメガ型と台形型で貼付部の発赤が増加した要因としては、自己体動困難な患者様であっても咳嗽や嚥下反射、吸引時の表情筋の動きによって皮膚の伸展と緊張が繰り返され、貼付部に牽引力が集中した可能性がある。そしてこの動きにカテーテルの重みによる負荷が加わり、貼付部に過度な負担をかけ発赤に至ったと考える。今後は経鼻胃管の固定に際して、ワーデルこけし型の選択や細経胃管の使用と組み合わせることでさらなる皮膚障害の予防が期待できる。

72-3　褥瘡・スキンケア①

重度拘縮を伴う患者の褥瘡改善のためのポジショニングの再現化～再現性の高いケアの重要性～

山口県・光風園病院

○中山（なかやま）　奈津美（なつみ）（介護福祉士）、江後　凡子、鈴川　留以、待田　亜希子

【目的】

重度の拘縮を伴う難治性褥瘡ケアにおいて、複雑なポジショニングはスタッフ間の手技にばらつきが生じやすく、24 時間の完全な体圧分散を維持することは極めて困難であった。この度、ポジショニングの【再現化】に着目した介入を行い、その結果を報告する。

【背景】

83 歳、男性。頸髄損傷による完全四肢麻痺。股関節・膝関節が約 90 度屈曲した重度拘縮認めた。仙骨部褥瘡は、改善と再発を繰り返し、体圧分散の過程で腸骨部に新規褥瘡が発生した。左右の体位変換にも強い制限があり、スタッフ間でポジショニングの手技の統一が図れず難渋していた。

【方法】

「誰がいつ行っても同じ質のケアを提供できる（再現化）」ことを目標に、以下の介入を行った。

1. 複雑なポジショニングをシンプルにする為、廃材マットを用いた、「くり抜き加工」による体圧部分の簡素化を行う。

2. 加工マットの使用方法をイラスト化とベッドサイド掲示。全スタッフへのデモンストレーションを実施。

3. 評価は、DESIGN-R®による創部評価と、スタッフアンケートを実施。5 段階のアンケート（簡便さ・再現性・精神的負担）

【結果】

1. ポジショニングを再現可能な形にした事で、24 時間を通して安定した体圧分散が可能となった。
仙骨部の褥瘡は縮小・改善傾向を認めた。

2. スタッフアンケートでは「誰が担当しても同じポジショニングができる（再現性）」の項目で「できる」の意見が上がった。また「これは合っているのか」という不安の軽減やケア時の迷いの減少が認められた。

【考察】

複雑なポジショニングをマットの加工により単純化し、イラストをベッドサイドに掲示、更にデモンストレーションを行った事で、スタッフ間の手技の差が減少した。また、誰でも同じようにポジショニングができる仕組み（再現化）をもたらした。これが患者への持続的な除圧を可能にし、褥瘡改善という結果に繋がったと考える。また、スタッフの精神的負担を減らすだけでなく、迷う時間が無くなった事で効率化にも繋がったと考える。本症例のように、困難なケースにおいて、ケアの質を担保するのは「高度な技術」ではなく「再現性の高さ」が重要であると考える。

【結論】

難治性褥瘡ケアにおいて、ポジショニングを「再現可能な形」に構造化する事は、褥瘡改善だけでなく、ケアの質の向上及びスタッフの負担軽減にも有効であった。

72-4　褥瘡・スキンケア①

長期臥床患者に対する足裏角質ぱっくの導入効果に関する研究

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

まつかた りょうすけ
○松形　良祐（看護師）

【目的】
ADL の低下により、下肢の血行不良や皮膚の乾燥により足裏の角質が厚くなりやすく、亀裂や感染、褥瘡の原因となることがある。そのため、足部の清潔保持や皮膚状態の管理を含むフットケアは、看護の重要な役割の一つである。現在看護師の業務量の増加等によるケア時間の確保は多くの施設が問題点としてあげているのではないだろうか。清潔ケアの人員・時間の確保は当院でも課題となっている。少ない時間・労力で最大限のケアを行うには何が有効であるかを考え今回の研究に至った。
【方法】
1. 対象：寝たきり状態にある患者、3 名
2. 期間：2025 年 11 月中旬から 12 月上旬
3. 方法
1）使用 2 日前に付属品のパッチテストを実施。皮膚状態観察。
2）足の状態を観察、写真撮影する。足裏角質パックを 1 時間装着。
3）使用後、ぬるま湯で角質パックのジェルをふき取る。
4）経過観察。状態を写真撮影する。
【結果】
対象者は、3 名選定した。
1 人目の患者（以下 A 氏）は、足裏に乾燥がみられていた。角質パックを実施して 1 週間後、角質がきれいに剥がれ落ち、皮膚状態の改善が確認された。2 人目の患者（以下 B 氏）は、角質の肥厚が強く、硬度も高かった。1 週間後の観察では、角質の剥離はわずかで、大きな改善はみられなかった。3 人目の患者（以下 C 氏）は、介入直後から角質の変化は軽度であったが、経過とともに徐々に角質が浮き上がり、剥がれかけている状態が確認された。全症例で痛み、発赤などの副作用は認められなかった。
【結論】
本研究では、長期臥床患者 3 名に市販の角質パックを使用し、角質の変化と安全性を観察した。その結果、中等度までの角質肥厚を有する患者では、明らかな角質剥離と皮膚状態の改善がみられた一方、強い肥厚を有する患者では、効果が限定的であった。いずれにおいても皮膚トラブルは生じず、安全に実施可能であった。
以上より、市販の角質パックでは、寝たきり患者のフットケアにおいて、比較的安全で実施可能な手技になり得ることが示唆された。ただし、角質肥厚が高度な場合や長期的な有用性については、今後さらなる検討が必要である。

72-5　褥瘡・スキンケア①

スモールチェンジを活用したノーリフティングケアの実践～体位変換の負担軽減と褥瘡予防の取り組み～

熊本県・新生翠病院

○上村（うえむら）　優司（ゆうじ）（介護福祉士）、和田　留美、近藤　祥吾

【目的】A 病棟は障害者病棟であり、日常生活自立度 C ランクの患者が 50% 以上を占めている。そのため、褥瘡発生リスクの高い患者が多く、褥瘡予防として 2～3 時間ごとの体位変換を実施している。体位変換は快助マットを使用し、スタッフ 2 名で患者の身体を抱えて行っているが、患者およびスタッフ双方の身体的負担が大きいことが課題となっていた。そこで今回、褥瘡学会で学んだスモールチェンジおよびノーリフティングの考えを取り入れた、体位変換を導入し、患者およびスタッフの身体的負担の軽減を図るとともに褥瘡発生リスクの低減に取り組んだのでここに報告する。

【方法】研究期間は令和 7 年 8 月 25 日から令和 7 年 9 月 7 日とした。対象は、OH スケール中リスク以上で常時体位変換が必要な患者 4 名とした。対象患者のポジショニング見直しと、体位変換の時間を変更したうえで、スモールチェンジを活用した体位変を実施した。実施期間中は皮膚の状態を観察し、褥瘡発生兆候の有無を評価した。

【結果】ポジショニングの見直し後、B 氏は体圧が右腸骨－44.3mmHg、左腸骨－64.6mmHg、右拇趾基節骨－25 mmHg 減少した。C 氏では仙骨部の体圧が－22.4mmHg 減少した。また、スモールチェンジによる体位変換へ変更後、対象者 4 名全員において褥瘡好発部位の発赤などの褥瘡発生兆候は認められなかった。さらに、体位変換方法をスモールチェンジに変更したことで、「抱えないことで体位交換の負担が減った」「一人でも行えた」など、スタッフの身体的負担軽減に関する意見が聞かれた。

【考察】佐々木は、褥瘡予防の体位交換にスモールチェンジを意識することが重要で、仰臥位から側臥位へ変えるなど大きく身体を動かす体位交換でなくても、身体のある部分を動かすと筋・骨格系への刺激となってほかの部分の動きを誘発することに意義があると述べている。また、田中マキコは、グローブ使用による介入は、ずれ力の解放と体圧の低下をもたらし、患者の違和感の解消にも役立つことから、体位変換後の安楽が一層高まることにつながると述べている。今回の研究では、体圧測定による適切なポジショニングとスモールチェンジを意識した体位変換を実施した結果、対象者に褥瘡発生兆候は認められなかった。このことから、褥瘡予防に有用であると考える。また、スモールチェンジによる抱えない介助を実践したことで、スタッフの身体的負担軽減にも繋がったと考える。

【結論】体圧を意識したポジショニングと、ポジショニンググローブやスライディングシートを活用したスモールチェンジは、褥瘡予防の体位変換として有効であった。また、抱えない介助を実践により、スタッフの身体的負担軽減にも繋がった。

72-6　褥瘡・スキンケア①

褥瘡ハイリスクラウンドによる院内褥瘡発生状況の変化について

北海道・定山渓病院

○板垣（いたがき）　昌史（まさし）（理学療法士）、河野　伸吾、島田　俊史、木村　睦美、北野　詩歩子

【目的】

当院では褥瘡予防・再発防止を目的として、2018 年度より褥瘡ハイリスクラウンド（以下ハイリスクラウンド）を多職種合同で行ない、OH スケールの確認やポジショニングの実施、圧測定の提案をしている。今回ハイリスクラウンド開始前後で、褥瘡発生・再発状況がどのように変化したか、ハイリスクラウンドにより、発生した褥瘡の重症度がどのように変化したかを検討した。

【方法】

対象は 2017 年度、2023 年度の月末時点の入院患者（各 4,411 名、3,127 名）及び 2023 年度の新規入院患者とハイリスクラウンド対象患者（各 500 名、163 名）。方法は 1. 2017 年度と 2023 年度の①褥瘡推定発生率②再発件数③同一部位再発数④再発平均期間を比較した。2. 2023 年度の新規入院患者とハイリスクラウンド対象患者について①褥瘡発生率②仙骨・踵骨の褥瘡発生率③DESING-R2020 の分類による D3 以上の発生率④同 S6 以上の発生率を比較した。

【結果】

1. 2017 年度（①1.10％②4 件③3 件④28 日）2023 年度（①0.54％②0 件③0 件④0 日）であった。2017 年度と比較し、2023 年度はいずれも低下した。2. 院内新規褥瘡発生患者（①3.6％②2.4％③1.0％④2.6％）ハイリスクラウンド後褥瘡発生患者（①1.2％②0％③0.6％④0.6％）であった。2023 年度の新規入院患者と比較し、ハイリスクラウンド対象患者についていずれも低下した。

【考察】

ハイリスクラウンド開始後に褥瘡推定発生率が低下し、再発数、同一再発部位数についても低下した。このことから定期的にリスクの高い部位を中心にポジショニングを提案するハイリスクラウンドは、院内での新たな褥瘡の発生と再発の予防に効果があったと考える。またハイリスクラウンドは、褥瘡リスクが高い患者を対象としながら、ハイリスクラウンド後の褥瘡発生率が低かった。これはハイリスクラウンドのポジショニングがリスクの高い患者に対して効果があったためと考える。発生部位について、ハイリスクラウンド後、仙骨、踵骨の褥瘡発生割合は低下している。これはハイリスクラウンドにより、リスクの高い部位への適切なポジショニングの提案がなされたためと考える。また褥瘡の深さと大きさについて、いずれの割合も減少した。これは、ハイリスクラウンドのポジショニングにより適切な圧分散が行われたためと考える。これらのことより、ハイリスクラウンドにより、ポジショニングや圧測定の提案が適切に行われることで、重傷度の軽減に繋がったと考えた。

【展望】

現在は褥瘡治癒の翌日にハイリスクラウンドを行うなどの改善も進めている。またハイリスクラウンド時だけではなく、入院時からのポジショニングや圧測定の効果についても今後検討したい。

73-1　褥瘡・スキンケア②

当院の神経難病患者における褥瘡発生に関連する日常生活動作等の因子の検討

熊本県・西日本病院

ながの　ひかる
○長野　光（理学療法士）、堤　文乃、甲斐　有城、奥村　友季子

【目的】
神経難病患者は進行性疾患により活動性の低下を認めることが多く、褥瘡発生リスクが高い疾患である。しかし、日常生活動作（ADL）のどの要素が褥瘡発生と関連するかは十分に明らかではない。本研究は、神経難病患者において、褥瘡発生に関連する ADL 因子を明らかにし、ハイリスク者抽出に資する知見を得る事を目的とした。
【方法】
対象は当院障害者病棟に入院した神経難病患者とした。対象期間は令和 6 年 10 月～令和 7 年 10 月で、125 例とした。褥瘡が発生した症例を発生群、発生しなかった症例を非発生群とした。評価項目は、年齢、性別、Functional Independence Measure（以下 FIM）の運動項目（以下 MFIM）・認知項目（以下 CFIM）の総点数、移動・食事・トイレ・排尿管理・排便管理の各点数、栄養状態（ALB、総コレステロール、リンパ球、CRP、CONUT スコア、CONUT 評価）、栄養摂取形態（絶食、胃瘻、経鼻経管、経口摂取）、関節拘縮の有無とした。統計解析は EZR を使用し有意水準を 5% 未満とした。群間比較を行い、褥瘡発生を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析により独立関連因子を検討した。食事の FIM と栄養状態（ALB、CONUT スコア）は Spearman の順位相関係数を使用し検討した。本研究はヘルシンキ宣言に従って実施され、当院倫理審査委員会の承認（R8-13）を得て実施した。
【結果】
対象 125 名中、発生群は 47 例（37.6%）、非発生群は 78 例（62.4%）であった。群間比較では、MFIM、移動、食事、トイレ、排尿管理、排便管理、ALB、CONUT スコア、CONUT 評価、栄養摂取形態に有意差を認めた。多重ロジスティック回帰分析の結果、MFIM（オッズ比 0.964　95% 信頼区間下限 0.935　95% 信頼区間上限 0.994　p 値 0.018）が褥瘡発生に関連する独立因子として抽出された。食事と栄養状態の相関係数に関して ALB は中等度の正の相関（r=0.434 p 値＜0.001）、CONUT スコアは弱い負の相関を認めた。（r=-0.323 p 値＜0.001）
【考察】
本研究では神経難病患者における褥瘡発生の関連因子を検討した。褥瘡発生には、MFIM が関連しており、その中でも移動・食事・トイレ・排尿管理・排便管理で有意差を認めた。これは移動能力の低下から臥床時間の延長が生じ、体圧分散能力の低下につながっていると考える。トイレ・排尿管理・排便管理に関しては、点数が高値であるほどトイレ動作につながり、離床時間の延長が図れることで褥瘡発生防止につながったと考える。栄養状態に関しては、単変量解析では ALB 低値および CONUT スコア高値は褥瘡発生群で優位に認められた。低栄養は褥瘡発生に影響することが知られているが、本研究では ADL 等の他因子との関連、独立した因子としては抽出されなかった可能性が示唆された。食事の FIM と栄養状態は相関関係を認め、食事の FIM 向上により、ALB 高値、CONUT スコア低値となり、低栄養の防止につながったことで、褥瘡発生の防止につながったと考える。
【結論】
神経難病患者の ADL で、MFIM は褥瘡発生の独立した関連因子であり、中でも移動やトイレ、排尿管理、排便管理、食事は褥瘡予防戦略の強化に有用である可能性が示唆された。

73-2　褥瘡・スキンケア②

褥瘡新規発生ゼロ作戦～早期発見・早期対応がカギ～

富山県・流杉病院

ひらなが　なつき
○平永　夏姫（理学療法士）、谷口　悠加、田村　亜希子、水間　浩美、福嶌　直子、塚田　信子、秋山　唯

【はじめに】
当院医療病棟入院患者の約 80% が長期臥床状態であり, これまでは褥瘡発生後にリハビリテーション科へポジショニングの依頼，ポジショニング後の褥瘡経過も多職種で十分に共有できず新規褥瘡発生対策に難渋してきた. 今回リハビリテーション科が褥瘡新規発生ゼロへ向けて積極的に介入し, 多職種連携システムを確立し褥瘡発生予防・情報共有に取り組んだので報告する.
【方法】
対象は，医療病棟入院患者 66 例（男性 30 例，女性 36 例），平均年齢は 82 歳（52～98 歳），調査期間は 2026 年 1 月から 5 月での 5 カ月間実施した. 発赤やスキンテア等の皮膚トラブルを発見した際, 看護師の処置やリハビリテーション科のポジショニング変更を早期に対応できるよう，当院特有の発見表を作成・導入した．また，厚生労働省危険因子評価表を参考に点数化し，褥瘡高リスク者表を毎月作成・配布し，褥瘡保有者・高リスク者・既往者，皮膚トラブル発生者，るい痩者を対象に体圧測定を行い，適切なポジショニングの再評価をした. ポジショニング表および体位変換表, 褥瘡部位をわかりやすく掲示し, 週 1 回褥瘡回診および褥瘡者・皮膚トラブル発生者の治癒経過を月 1 回多職種で検討，またポジショニング・体位変換の研修会を定期的に開催し情報共有を行った.
【結果】
実施期間内で褥瘡新規発生者はなかった．皮膚トラブル発見表の報告は 26 件あり，スキンテア 11 件，発赤 9 件および掻痒による出血やオムツかぶれが 6 件であった．スキンテアと発赤に対しては，早急にリハビリテーション科に報告があり, 皮膚状態確認後処置やポジショニングの再評価を可及的に行うことで, 早期の治癒・軽快につながった. 掻痒による出血は, 皮膚状態確認後, 看護師によるガーゼ保護や薬剤塗布などの処置を早急に対応できるようになった.
【結語】
当院独自の発見表の導入をすることにより皮膚トラブルを早期に報告・対応ができ，多職種での情報共有を密に行うことで積極的に意見交換する機会が増え, 相談しやすい環境づくりの礎となった. リハビリテーション科では体圧測定を行い適切なポジショニングの再評価ができ, 褥瘡発生予防に効果が得られた. 今後はより持続可能なシステム化を図り，質の高い褥瘡予防ケアに取り組んでいきたい.

73-3　褥瘡・スキンケア②

褥瘡患者へのポジショニングの有効性～体圧測定器を用いた再検討～

富山県・流杉病院

○谷口（たにぐち）　悠加（はるか）（理学療法士）、平永　夏姫、田村　亜希子、水間　浩美、福嶌　直子、塚田　信子、秋山　唯

【はじめに】

療養病床において入院患者は，ADL 低下や自発的な体位変換の困難さから褥瘡が発生しやすい．当院の医療病棟（131 床）では 85% 以上が長期臥床状態であり褥瘡保有者も多い．これまでは褥瘡部位の除圧を目的にポジショニングを実施してきたが, 今回体圧測定器を用いてポジショニングの再検討を行い, 褥瘡改善に対する取り組みを行ったので報告する.

【方法】

対象は当院で褥瘡を保有している入院患者 12 名（男性 6 例，女性 6 例），平均年齢 84 歳（67～95 歳），褥瘡部位 20 部位（仙骨 11 例，背部 1 例，腸骨 1 例，下腿 2 例，踵部 5 例）で，調査期間は 2026 年 1 月から 5 月の 5 カ月間である．最初にベッド上に体圧測定器（住友理工株式会社の SR ソフトビジョン全身版）を設置した状態で背臥位と体位変換クッションを使用した現行のポジショニングでの背臥位・側臥位を測定する．結果を基に体位変換クッションの追加・変更を含めたポジショニングを再調整し, 新しいポジショニング表を作成した. 変更内容を多職種で共有し褥瘡部位, ポジショニングおよび体位変換表を分かりやすく掲示した. また褥瘡者の治癒経過を月 1 回多職種で検討し, ポジショニング・体位変換の研修会を定期的に開催し情報共有を行った. 効果判定は褥瘡の創面積（cm^2），DESIGN-R で行った.

【結果】

対象全体の創面積は平均 17.6cm^2（0.25cm^2～63cm^2）から平均 12.2cm^2（0cm^2～63cm^2）へと減少した．部位別での創面積の減少率では仙骨が 24.1%，背部 49.6%，腸骨 100%，下腿 57.8%，踵部 62.4% となった．さらに創面積の縮小に伴い DESIGN-R 合計点数についても平均 19.1 点（5 点～39 点）から平均 15.6 点（0 点～39 点）と改善した.

【結語】

体圧測定器を用いることにより体圧状況が可視化されたことで，再現性の高いより良いポジショニングを多職種で行えるようになり適切に除圧されたことが褥瘡治癒に効果的であった．また多職種間での情報共有を密に行うことで積極的に意見交換する機会が増え, 相談しやすい環境づくりの礎となった. 今後は入院時より体圧測定器を用いて多職種で適切かつ再現性の高いポジショニングを行い，褥瘡治癒を促進し新規発生をなくすような持続可能なシステム化を構築し，質の高い褥瘡予防ケアに取り組んでいきたい.

73-4　褥瘡・スキンケア②

皮膚密着部の皮膚炎に対する吸湿粉末製剤の有用性

富山県・清幸会島田病院

○濵﨑（はまざき）　解（かい）（看護師）、島田　清太郎、西島　せいら、神代　優子、柴田　祥子

【動機】当院は自力体動不能な寝たきり高齢者が多く、皮膚密着部位は長時間の圧迫や汗・尿による湿潤刺激で皮膚炎を誘発しやすい。毎日の洗浄と抗真菌薬やステロイド剤、皮膚潰瘍治療薬の塗布を行ってきたが根本治療には至らなかった。これに伴う処置時間増大・軟膏費増加も課題である。そこで過剰な水分をコントロールすべく、古くから吸湿粉末製剤として用いられてきたベビーパウダー（以降パウダー）に着目した。皮膚密着部のトラブル解消と処置時間と軟膏費の軽減が出来るか検証した。

【方法】①　対象患者 15 名に対しパウダーのパッチテストを実施

②　週 6 回の頻度で対象部位への微温湯洗浄、乾燥、パウダーの塗布

③　月に 1 回、入浴後に評価と写真撮影の実施

④　症状の改善度合いに応じて処置間隔の変更

⑤　研究前後の 1 週間において患者 1 人あたりの処置時間と 1 カ月の軟膏費を比較

【対象】皮膚密着部に皮膚炎があり、洗浄と外用薬で症状が改善しない患者

【期間】令和 7 年 7 月～令和 8 年 3 月

【評価項目】皮膚炎の改善率、処置時間、軟膏費

【結果】皮膚洗浄とパウダーを使用した研究対象患者 15 名中、改善症例が 9 例（60%）、退院や皮膚炎悪化し研究を中止した症例が 4 名（27%）、皮膚炎改善・悪化の因果関係が不明であった症例が 2 例（16%）であった。改善した 9 例のその後の経過は

①　洗浄とパウダーの継続的な使用により改善：3 名（20%）

②　週に 2～3 回の洗浄のみで良好な皮膚状態を維持：3 名（20%）

③　処置せず良好な皮膚状態を維持：3 名（20%）

処置時間に関しては、改善症例 9 例の 1 週間の平均処置回数は 6 回から 1.2 回/人に減少した。1 週間の処置時間は研究前 440 秒/人から研究後 121.7 秒/人となり 318.3 秒短縮した。

改善症例 9 例の 1 カ月の平均軟膏費は研究前 44.7 円/人から研究後 15.63 円/人となり 29.07 円削減した。

【考察】本研究において、60% の症例でパウダーの効果を認め、中止後も洗浄のみで状態を維持できた症例から洗浄自体の重要性も明らかとなった。改善症例の要因分析では、結果①は数年単位の慢性発赤で軟膏塗布が習慣化していたこと。結果②は皮脂・発汗量が多くパウダーが有効に働いたこと。結果③は全身が乾燥傾向で発赤が短期的に一進一退を繰り返した症例や発赤出現直後に本研究の介入により迅速に改善し処置不要となったことが考えられた。因果関係が不明であった 2 例は抗生剤使用や全身状態の変動に皮膚状態が連動し、有効性を単独証明できなかった。介入中止症例は拘縮進行による密着強化や患部の過乾燥に伴う亀裂・出血等が原因であった。

研究前は皮膚炎に対し過度に軟膏へ依存し、日々の洗浄で前回の軟膏を洗い流せていなかったことが皮膚炎の遷延を招いたと推察される。薬剤に頼る前に清潔と適度な乾燥による皮膚環境の整備を最優先すべきでありその手段としてパウダーは有効な選択肢である。ただし高齢者の皮膚は拘縮、密着度、発汗量、外気温等の個人差や環境に左右される。これらを正しく理解し、個々の皮膚状態を総合的にアセスメントし対応する力を養うことがケアの質向上に繋がり時間・費用の持続的削減もできる。

【結論】皮膚密着部の皮膚炎に対しては、早期に清潔な環境をつくり適度な乾燥に戻すことが重要である。そのアプローチにおいては皮膚洗浄の継続を最優先としつつ、補助的手段としてパウダーを適切に活用することは、皮膚症状の改善、処置時間短縮、軟膏費削減に有効であった。

73-5　褥瘡・スキンケア②

現場で防ぐ！！高齢者の肌トラブル問題と予防策～私の施設でのスキンケア～

茨城県・地域密着型介護老人福祉施設　大宮フロイデドルフ

○井坂（いさか）　拓磨（たくま）（介護福祉士）

＜はじめに＞

施設では肌トラブルによるヒヤリハットや肌の痒みの訴えがある利用者様が多い。肌トラブルにより満足のできない睡眠や食欲不振など様々な影響が出ている。そこで、改善策としての実施記録をここに報告する。

＜目的＞肌トラブルにより悩んでいる利用者様へケアを実施し、肌トラブル改善を図る。皮膚科に通う前に対策することで皮膚科に通う負担を減らす。肌トラブルでのヒヤリハットの数を減らす。施設で使用しているオリジナル保湿剤の効果の証明

＜取り組み＞

①なぜ、肌トラブルが起きるのか、高齢者の肌について調べる。

調べた内容をユニット職員に周知する。

②自ユニット利用者 10 名を対象に 1 ヶ月、肌の保湿、保護を行う。

写真を撮り、1 ヶ月の変化を記録に残す。

③経過観察を行い、改善点や特質して症状のある肌の箇所をあげる。

④1 ヶ月経った肌と 1 ヶ月前の肌を確認し変化を記録する。

利用者への聞き取りを行う。

※今回、施設で利用する保湿剤はワセリンとオリーブ油を配合したワセリーブ（施設呼名）を使用する。

ワセリーブについて・・系列施設で使用している情報を知り、自施設でも取り組もうと確認を取り、自施設用に変化を加え使用し始める。

白色ワセリン 100g+オリーブ油 200ml を配合

※配合については系列病院の先生に確認をする。

ワセリン、オリーブ油単体で使用するよりワセリーブの方が塗る際にベタベタせず伸ばしやすく、全身に使用する利用者にとって使いやすいのが特徴

＜結果＞

①職員に周知することにより肌トラブルへの意識が向上し、問題解決と継続的に使用する意欲に繋がった。

②肌の乾燥や発赤が減ったが、痒みについては軽減したが訴えはまだあるので継続していく。肌トラブルに関するヒヤリハットは減った。

③経過観察を行う事で肌が荒れやすい所や表皮剥離がおきやすい箇所をユニット職員で周知ができ、今後の対策へとなった。

④利用者からも痒みが軽減したことを聞くことができた。

肌からの粉（落屑）が減った。

改善しているのが目に見えたので継続意欲がしっかり持てた。

＜まとめ＞

肌トラブルは年間を通して起きる問題である。トラブルを予防し継続していくには、職員教育の継続と介護職、看護職の連携、日々の利用者への観察がとても重要である。職員一丸となり継続していかないと意味がない。

今回の結果を他ユニットにも周知し 1 人でも肌トラブルに悩む利用者の救いとなりたい。

73-6　褥瘡・スキンケア②

介護士が取り組む、褥瘡へのアプローチ

千葉県・総泉病院

○志賀（しが）　皇江（すみえ）（介護福祉士）、青木　容子

【はじめに】

総泉病院（以下当院とする）は療養病棟・特殊疾患病棟・介護医療院からなる345床の慢性期病院であり、現在56床の療養病棟に勤務している。当院では、2009年より介護士を中心に、尿取りパッドの重ね当てや男性の陰茎巻き廃止に取り組み、近年では、オムツマイスター研修を受け、排泄の知識やオムツの当て方を学び直している。しかし、看護師からは男性患者の臀部に褥瘡が出来る度に「陰茎巻きにしてほしい」と声が上がり葛藤を抱いた。また、女性の場合は対応策も少ないことが課題となり、2023年から臀部の皮膚トラブルに焦点を当てたオムツアイテム（以下褥瘡用パッドとする）を導入した。その効果について検証したのでここに報告する。

【目的】

褥瘡の早期治癒、介護・看護の意識の統一

【方法】

①褥瘡用パッドの使用前に、5日間のアセスメントを実施。

・排尿、排便の量と状態、尿意、便意の有無と時間、パッド表面上の排泄物の箇所を記録。

②褥瘡用パッド導入前と導入後の、褥瘡全体と臀部褥瘡の全体治癒率を比較。

・2022年～2025年のデータを元に検証

③褥瘡用パッドを導入してから使用した、全ての患者治癒率を調査。

④病棟スタッフに、褥瘡用パッド導入前と導入後の言動や自分たちの思いに変化があったかヒヤリングする。

【結果】

56床療養病棟の「褥瘡全体の治癒率」は、パッド導入前は20%に満たなかったが、パッド導入後には30%代に。「臀部褥瘡の全体治癒率」は、パッド導入前の2022年度は39%、2023%年度は64%。パッド導入後の2024年度は85%、2025年度は72%。「褥瘡用パッド使用者の治癒率」は、2024年度は100%、2025年度は88%となりました。

【考察】

褥瘡用パッド導入後には、導入前に比べ治癒率が上がった。又、褥瘡が出来た際の看護師からの声は、「陰茎巻きにしてほしい」では無く、「褥瘡用パッドに変えてほしい」に変わった。それと同時に介護士の葛藤も無くなっていった。つまり、褥瘡用パッドの効果があるといえる。他にも褥瘡患者や発生リスクが高い患者に対し、早期でのエアーマットの使用。体位交換では、リハビリと協力し、体圧分散測定器などを活用したポジショニング表の作成のもと、介護士は体位交換を実施。褥瘡回診にも立ち合い、患部の状態を確認している。又、NST回診といった院内での活動もあり、褥瘡用パッドの取り組みだけではなく、チーム全体としての活躍も反映している。今後も継続していくことが大切になる。

【まとめ】

褥瘡用パッドを活用することで、臀部にある皮膚トラブル対策に男女とも効果を発揮できるようになり、介護士・看護師共に意識を統一することができた。今後も早期褥瘡の治癒に向かって取り組んでいく。

74-1　褥瘡・スキンケア③

経鼻経管栄養患者の栄養状態に着目した褥瘡治癒過程への看護介入

香川県・橋本病院

○谷畑（たにばた）　有香（ゆうか）（看護師）、神原　由梨子、宮本　明友、山本　乃利男

【目的】

重症脳卒中患者における褥瘡発生率は、患者の重症度や入院する医療施設により異なるものの、約 6 人に 1 人（15%）と報告されている。褥瘡予防は重要であるが、一旦発生した褥瘡に対しては適切な創傷管理に加え、栄養状態を含めた包括的な看護ケアが重要である。今回、DESIGN-R22 点の褥瘡を有する経鼻経管栄養患者に対して、栄養状態に着目した看護介入を行ったため、その経過を報告する。

【症例紹介】

60 歳代男性、右視床出血の術後、ADL は全介助。入院期間：128 日間

87 病日目の当院転医時より褥瘡を認め、創部は縦 3.8cm×横 5.6cm、中心部に壊死組織を認めたが炎症所見はなく、12 時～3 時方向に約 2cm のポケットを形成していた。

【方法】

栄養管理委員会で症例検討を行い、栄養剤や水分量の検討・調整を行った。主治医とも情報共有し必要栄養量を検討したうえで V クレスを導入した。入院時と退院時の褥瘡の状態および栄養状態（体重、BMI、下腿周囲径、血液データなど）を比較・評価した。

【結果】

入院時低栄養あり褥瘡治癒の遅延に影響する可能性あり、入院 26 日後から微量元素やビタミンの補給を目的に V クレス 1 本/日を投与した。総摂取エネルギーは 1500Kcal/日から（退院時）1600Kcal/日に増加した。体重は 55.0Kg から 55.8Kg、 BMI は 20.2 から BMI20.5 へ増加した。 下腿周囲径は右 26.5cm から 27.5cm へ増加した。血液データでは、Alb2.7g/dL から 3.3g/dL。TP は 6.1g/dL から 6.8g/dL、Hb は 10.3 g/dL から 13.4 g/dL へ増加した。褥瘡のサイズは縦 3.8×5.6cm から 3.2×3.4cm と縮小し、DESIGN-R は 22 点から 13 点へ改善した。ポケットの大きさに大きな変化は認めなかったが、中心部に認めていた壊死組織は消失し、良好な肉芽組織へ改善した。

【考察】

経鼻経管栄養患者の褥瘡ケアでは、創傷処置や体位交換、ポジショニングだけではなく、栄養状態を把握し、栄養剤や水分量を含めた全身管理を行うことが重要である。また、医師や看護師だけではなく管理栄養士などの多職種と連携し、継続的に介入することが褥瘡治癒の促進に繋がる可能性が示唆された。

【結論】

本症例を通して、栄養剤の選択や水分量の調整を含めた栄養管理が、褥瘡治癒に重要であることが示唆された。今後も褥瘡を有する患者に対し、個々の状態に応じた処置と栄養管理を実践し、多職種と連携した看護介入を継続していきたい。

74-2　褥瘡・スキンケア③

多発褥瘡患者への多職種連携と継続看護の有効性～地域包括ケア病棟での皮膚・排泄ケア認定看護師の役割～

静岡県・きせがわ病院

○大川（おおかわ）　瑞江（みずえ）（看護師）

【はじめに】地域包括ケア病棟に入院する患者は、加齢や疾患による ADL 低下、低栄養状態にある高齢者が多く、褥瘡発生リスクが高い状態である。皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCNs と略す）は、専門的な知見から局所および全身状態をアセスメントし、個々の病態に合わせたケアプランを提示する役割を担う。入院時に多発褥瘡を有していた患者に対し、多職種連携による介入と、施設への退院後訪問による継続看護を行うことで、褥瘡が改善した一例を報告する。

【方法】倫理的配慮

個人情報保護と発表について対象者に口頭・書面にて説明し承認を得た。また、組織内倫理委員会の承認を得た（承認番号 26-5）。

1. 介入期間

X 年 Y 月～X 年 Y 月+3 月

2. 患者紹介

A 氏　70 歳代女性。自宅でタンスの下敷きになって倒れているところを発見される。入院時に仙骨部 9.3×8.2cm：DU-e3s12i0G6N6p0＝27 点、恥骨部 7×3cm：DU-e3s8i0G6N6p0＝23 点など体幹四肢に計 12 か所の褥瘡を認めた。移動や移乗は全介助。食事は頭部挙上して自分で摂取し、排尿は尿道留置カテーテル挿入、排便は失禁の状態であった。

3. 経過

1）多職種連携の実際

褥瘡の治癒と ADL 拡大、新規褥瘡発生の予防を目標とした。

局所管理は、医師と協働し、化学的・外科的デブリードメントを実施し、薬剤師とは薬剤の選択・変更を検討した。病棟看護師と、看護計画に基づいたケアを実施し日々の観察と確実な処置を毎日継続した。栄養管理は管理栄養士と栄養補助食品の付加を検討し、看護師と介護職は、摂取状況や食事姿勢を評価し情報共有した。リハビリは、離床時間延長や立位保持訓練を実施し、病棟看護師と介護職が ADL の拡大およびポジショニング、定期的な体位変換を実践した。WOCNs は、褥瘡回診や委員会だけでなく、創部の状態や ADL の変化時など専門的な視点から検討を重ね、多職種の調整役を担うとともに、ポジショニングやスキンケアの技術指導を行い、統一したケアが提供できる体制を整えた。

2）継続看護の実際

施設への転院に向けて退院前カンファレンスを実施し、本人・家族・施設担当者へ褥瘡の状態や処置内容を説明した。DESIGN-R®2020 評価、創部写真、処置内容をまとめた資料を作成し、実際の処置を見学してもらいながら技術指導を行った。退院時には左下肢 1 か所と右手 1 か所の褥瘡が治癒し、移乗は軽介助、食事は車椅子乗車にて自立していた。

退院後 3 週目と 4 週目に WOCNs と病棟看護師が施設に退院後訪問指導を実施した。WOCNs は、褥瘡の評価および施設職員へのケア・技術指導を行い、病棟看護師は、ADL や療養環境への適応状況の評価を実施した。

【結果】入院中の多職種連携による介入と、退院後の施設への退院後訪問による継続看護の実施によって、褥瘡サイズおよび DESIGN-R®2020 スコアは改善し、一部は治癒に至った。ADL も維持され、施設生活への適応も良好であった。

【考察】本症例では、褥瘡の変化に応じた適切な局所管理と多職種による全身管理を継続したことが褥瘡治癒の促進に繋がった。WOCNs は、多職種間の調整役となり、知識の共有や統一したケアの実践に繋げた。

退院前カンファレンスにおいて、実際の処置を示しながら指導を行ったことや、退院後訪問による継続的な支援は、施設側の不安軽減とケアの質の維持に有効であった。病院と施設が褥瘡管理の方針を共有し、一貫したケアを継続できたことが、退院後の褥瘡改善および QOL 維持に繋がったと考える。

【結論】多発褥瘡患者のケアにおいて、多職種連携による専門的・多角的なアプローチと、入院時から退院後迄切れ目のない継続看護は、創傷治癒促進に有効であった。

74-3　褥瘡・スキンケア③

褥瘡ケアの標準化に向けた取り組み～洗浄方法と体位変換に焦点を当てて～

鹿児島県・吉田記念病院

○野田（のだ）　楓姫（ふうき）（看護師）

【はじめに】

当病棟では入院患者36名中27名(75%)がADL3であり、褥瘡発生リスクの高い患者が多い。また、褥瘡患者8名のうち5名が新規褥瘡であり、褥瘡予防とケアの質向上が課題となっていた。さらに、褥瘡洗浄方法や体位変換方法はスタッフ間で実施方法にばらつきがみられ、統一したケアが十分に行われていなかった。紺家らは、創周囲の洗浄は褥瘡治癒を促進し、洗浄液の種類による感染率や治癒率に大きな差はないことから、適切な方法で洗浄することが重要であると報告している。そこで、褥瘡洗浄方法および体位変換方法を統一し、褥瘡ケアの標準化を図ることとした。

【目的】

褥瘡ケアの現状を把握し、勉強会の実施および体位変換方法を統一することで、スタッフの知識向上と褥瘡ケアの標準化を図る。

【対象】

A病棟スタッフ

【研究期間】

2026年1月20日～6月20日

【方法】

A病棟看護師13名を対象に事前アンケートを実施した。その後、褥瘡洗浄に関する勉強会を行い洗浄方法を統一した。また、体位変換は2～3時間ごとに統一し、患者ごとに除圧体位を設定した。介入後に同一内容のアンケートを実施し、介入前後で比較した。

【結果及び考察】

事前調査では、洗浄液の選択やポケット内洗浄方法などの基本的知識は習得できていたが、適切な洗浄圧や体位調整などの実践面に課題があった。また、全スタッフが手技のばらつきを認識しており、褥瘡ケアの標準化が必要であった。

勉強会の実施と洗浄方法・体位変換方法の統一により、知識および実践状況の改善がみられた。体位変換は2～3時間ごとを基本とし、患者ごとに除圧体位を設定したことで、統一したケアを実施できるようになった。また、18G針を装着した50mLシリンジでは約8psiの洗浄圧が得られることを勉強会で説明し、18G針と同程度の穴を開けたペットボトルキャップを使用して適切な洗浄圧が得られるよう工夫した。その結果、適切な洗浄圧を理解しているスタッフは0%から38.5%へ増加したが、知識の定着には至らず、洗浄圧は日常業務で数値として意識されにくいことが要因と考えられた。

介入期間中は新規褥瘡の発生を認めなかったことから、スタッフの意識向上とケアの統一が褥瘡予防に寄与した可能性が示唆された。一方で、外顆部の潰瘍化症例も認めたため、今後はポジショニングやクッションの適切な使用方法についても標準化を進める必要がある。

【結論】

褥瘡洗浄方法および体位変換方法の統一は、スタッフの知識向上と褥瘡ケアの標準化に有効であった。今後はポジショニング技術の標準化に加え、褥瘡の発生・治癒には栄養状態も大きく関与することから、栄養管理を含めた包括的な褥瘡ケアを実践し、褥瘡予防およびケアの質の向上に努めていきたい。

74-4　褥瘡・スキンケア③

食事摂取量の低下を伴う難治性潰瘍に対する多職種協働での治療～症例報告～

奈良県・秋津鴻池病院

○駿河（するが）　健人（けんと）（理学療法士）、小栗　夕輝、田川　綾、西田　宗幹

【はじめに】

褥瘡ガイドブック第3版では、褥瘡予防・治療・ケアの全体像について、「褥瘡が発生しないこと、そして発生した褥瘡が早期に治癒することを目標として、医師、看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士・作業療法士など多職種が協力して介入することが必要」とされている。老年期うつ病による食事摂取量の低下を伴う難治性潰瘍患者に対し多職種が協働して治療にあたり、治癒に至った経過に考察を加え報告する。

【症例紹介】

87歳女性、老年期うつ病で入退院を繰り返しながら自宅治療中、食事量低下と不安症状の増悪により当院精神科病棟に入院した。入院後、尿路感染症により全身状態が悪化し、安静期間中に左踵・右外果に褥瘡が、右下腿に虚血性潰瘍が発生し慢性化した。入院4ヶ月後、全身管理と創部の治療目的に療養型病棟に転入し、理学・作業療法開始。転入時、DESIGN-R®2020（褥瘡評価）で左踵21点/右外果14点/右下腿29点、1日1回の洗浄と処置が行われ、BMI14.9、食事形態は粥・刻み食（半量提供）と補助食品で、摂取量は6割程度（785kcal/日）、食事の摂取が端坐位では起立性低血圧を認め、ギャッチアップ座位見守り下で自己摂取可能であった。起居移乗は全介助、エアマットレスを使用し終日臥床していた。

【経過】

元病棟の情報を多職種で共有し、全身管理、外用処置、栄養管理、ポジショニングを継続した。理学/作業療法では起立性低血圧軽減、離床に向けた全身調整訓練、ベッド上の筋力増強訓練から開始したが、訓練時拒否的な発言を多く認めた。徐々に座位耐久性・食事量が向上し、転入3週後より昼食やリハ中の車椅子離床が可能となった。転入1ヶ月後、看護師より食思向上目的に、献立がわかりやすい食事形態として粥・軟菜（全量提供）を提案・変更、摂取量は7割（1152Kcal/日）へ増加した。寝返りや端坐位保持が見守りで可能となり、起立運動を開始。患者からも「歩きたい」など前向きな発言が増えた。転入1.5ヶ月後、右外果の褥瘡は治癒。摂取量が維持できていること、創が赤色期に入ったことをチームで確認し、理学療法士より右下腿部潰瘍に電気刺激療法を提案・開始。転入3ヶ月後、栄養士の観察と聞き取りから、本人の好みに合わせ粥軟菜を半量に変更し栄養補助食品を増量することで、摂取量は9割（1270Kcal）へ増加した。転入4ヶ月後に左踵、5ヶ月後に右下腿の創が治癒、BMI17.5、起居自立、移乗軽介助、車いす自操見守りとなった。

【考察】

菅原は、活動性の低下した高齢入院患者における意欲の向上は、患者がADL向上を自覚することから始まり、行動や言動として表出され、その帰結として、さらにADL・食事摂取量・栄養状態が改善するとしている。本症例においても、転入時からの座位・離床訓練は、意欲・食事量の回復に重要だったと考える。さらに、日高は多様な専門職種がそれぞれの専門性を重ね合わせ褥瘡ケアに取り組むことが必要としており、本症例でも多職種協働による局所・全身のケアは、褥瘡と潰瘍の治癒に有効であったと考えられる。

74-5　褥瘡・スキンケア③

褥瘡ケアチーム管理下で電気刺激療法を併用による改善を認めた難治性褥瘡の一症例

1 奈良県・奈良東病院、2 奈良学園大学

○富阪（とみさか）　充希（みつき）（作業療法士）[1]、山崎　徹[1]、東田　善行[1]、中村　義徳[1]、松出　洋子[1]、二重　桂子[1]、
吉川　義之[2]、奥埜　博之[1]

【目的】電気刺激療法は，肉芽形成を促進し，褥瘡の治癒を促す治療法とされている。一方，その効果を得るためには，ポジショニング，除圧，剪断力の軽減，感染管理などを含めた包括的な褥瘡管理が重要である。本報告では，難治性仙骨部褥瘡に対し，局所陰圧閉鎖療法終了後に電気刺激療法へ移行した症例の治癒経過を報告し，治療の連続性および褥瘡ケアチームの介入が創傷改善に及ぼした可能性について考察することを目的とした.

【方法】

症例は 70 歳代後半の男性で，BMI は 14.2 kg/m^2，ADL は全介助であった。2024 年 X 月に仙骨部褥瘡を発生し，発生時の創サイズは 3.0×2.0 cm，DESIGN-R は 20 点であった。その後も改善が乏しく，発症後 12 か月には両側腎結石症を発症した。発生後 15 か月より褥瘡ケアチームによる介入を開始したが，16 か月後に腎盂腎炎を発症し，炎症反応の上昇および絶食を伴う全身状態の悪化により，褥瘡も悪化した。その後，外科的処置を経て，発生後 19 か月より肉芽形成の促進およびポケットの縮小を目的として局所陰圧閉鎖療法を合計 4 週間実施し，発生後 24 か月より電気刺激療法を開始した。電気刺激療法は，電流強度 200 μA，周波数 2 Hz，パルス幅 250 ms とし，1 回 60 分，週 5 回実施した。評価項目は，創サイズ，ポケットサイズおよび DESIGN-R とした。

【結果】

褥瘡ケアチーム介入時の創サイズは 2.0×1.4 cm，ポケットサイズは 8.5×6.5 cm，DESIGN-R は 29 点であった。褥瘡の増悪に対する外科的処置後には，DESIGN-R は 43 点となった。局所陰圧閉鎖療法開始時の創サイズは 4.0×1.5 cm，ポケットサイズは 7.0×4.0 cm，DESIGN-R は 27 点であり，終了時の創サイズは 3.0×1.5 cm，ポケットサイズは 5.5×5.0 cm，DESIGN-R は 24 点であった。電気刺激療法開始時の創サイズは 2.5×1.3 cm，ポケットサイズは 5.0×3.0 cm，DESIGN-R は 16 点であった。電気刺激療法を約 5 か月間実施した結果，創サイズは 2.0×1.5 cm，ポケットサイズは 2.8×2.3 cm，DESIGN-R は 13 点となった。

【考察】

本症例は，低 BMI や感染症に伴う全身状態の悪化を背景として，褥瘡発生後 24 か月を経過しても治癒に至らなかった難治性仙骨部褥瘡であった。局所陰圧閉鎖療法により肉芽形成およびポケットの縮小が得られたものの、保険診療上の算定期間には制限があり、治療終了時にもポケットが残存していた。そのため、局所陰圧閉鎖療法の終了後、速やかに電気刺激療法へ移行した。電気刺激療法導入後，創サイズに著明な変化は認めなかったものの，ポケットサイズは 5.0×3.0 cm から 2.8×2.3 cm へ縮小し、DESIGN-R も 16 点から 13 点へ改善した。この経過から，局所陰圧閉鎖療法によって形成された良好な創傷治癒環境を維持しながら，電気刺激療法へ切れ目なく移行したことが、その後のポケット縮小に寄与した可能性が考えられた。ただし，本症例の改善には，局所陰圧閉鎖療法および電気刺激療法のみならず，褥瘡ケアチームによる除圧，ポジショニング，剪断力の軽減，感染管理および全身状態の安定化などが複合的に関与した可能性がある。局所陰圧閉鎖療法の終了後も創傷治癒を継続的に促す手段として、電気刺激療法は、ポケット形成を伴う難治性褥瘡に対する有用な治療選択肢となる可能性が示唆された。

【倫理的配慮】本発表は奈良東病院倫理委員会にて承認を受けている（承認番号：NH2026-016）．また，対象者の代諾者から書面にて同意を得た。

75-1　リハビリテーション①

全介助患者用評価表 STAP の得点およびその改善の有無が生命予後に及ぼす影響の検討

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○髙木（たかぎ）　武蔵（むさし）（理学療法士）、中尾　健太郎

【背景】全介助患者用評価表（Scale for Total Assisted Patients：STAP）は、意識障害等により日常生活に全介助を要する患者を対象とした評価表であり、全介助患者の心身機能や介助下での動作能力の変化を鋭敏に反映し、褥瘡リスクの予測に有用である可能性が報告されている。本研究は、STAP の得点やその改善の有無がその後の生命予後に対して及ぼす影響について検討し、全介助患者への介入方針決定の一助とすることを目的として実施した。

【方法】対象は自施設の療養病棟および障害者病棟に 2024 年 4 月 1 日～2025 年 10 月 31 日の期間に入院しており、Functional Independence Measure18 点であり、毎月 STAP の評価を実施していた症例 99 例。独立変数として、「初回評価時の STAP 合計点」「初回評価から 2 ヶ月以内の STAP 改善の有無」を採用し、さらに一般的に生命予後に関与する「年齢」「性別」も加えることで調整を行い、「初回評価時から 6 ヶ月後の生命予後（生存＝0，死亡＝1）」を従属変数とした修正ポアソン回帰分析を実施した。また、STAP の下位項目である「覚醒」「離床能力」「側臥位介助量」「上肢可動域」「下肢可動域」の得点を独立変数とした分析も行い、生命予後に影響する因子について検討した。なお、本研究はヘルシンキ宣言に沿って実施し、自施設の倫理委員会により承認された。

【結果】対象者の平均年齢は 81.3±13.0 歳、性別は男性 43 例・女性 56 例、初回評価時から 6 ヶ月後の生存例は 48 例、死亡例は 51 例であった。また対象者の重症度は、3 例のみ医療区分 2 であり、その他 96 例は医療区分 3 であった。修正ポアソン回帰分析の結果、有意な回帰関係を認めた項目についてリスク比（95% 信頼区間）および p 値を示す。初回評価時の STAP 合計点は 0.95（0.91-0.99）p=0.01、初回評価から 2 ヶ月以内の STAP 改善の有無は 0.15（0.06-0.34）p＜0.01、年齢は 1.02（1.00-1.04）p=0.03、離床能力は 0.82（0.68-0.99）p=0.03 であった。

【考察】年齢および性別で調整した上で、STAP は生命予後に対し有意な回帰関係を認めた。そのうち、STAP 改善の有無は特に生命予後に強く影響しており、STAP の改善を認めた症例は 6 ヶ月後の死亡リスクが 0.15 倍に低下していた。これにより、STAP の合計点において初回評価時よりむしろ経過の中での改善が重要であることが明らかになった。さらに、STAP の下位項目では離床能力が生命予後に対し有意な回帰関係を示した。これらのことから、全介助症例に対するリハビリテーションにおいて、離床を中心としたリハビリテーションプログラムを実施し、入院早期から STAP の改善を図ることがその後の生命予後の改善に大きく寄与することが示唆された。

75-2　リハビリテーション①

サービス活動Cにおける参加レベルの目標設定と卒業率との関係～ICF分類を用いた後方視的分析～

大阪府・リハビリデイ河北

○山田（やまだ）　隆司（たかし）（理学療法士）、阪田　光紀

【目的】

介護予防・日常生活支援総合事業のサービス活動Cにおいて、目標設定が「筋力向上」等の抽象的内容に留まり、ゴールが不明確な事例が散見される。ICF（国際生活機能分類）では、心身機能、活動、参加の各レベルが相互に関連するとされているが、目標設定の具体性とサービス卒業との関係については十分に検討されていない。本研究は、サービス活動Cにおける目標をICFに基づき3つのレベルに分類し、目標の具体性と卒業率との関係を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は2021年4月から2026年1月までに当事業所を利用した183名（平均年齢80.6±6.3歳）とした。介入開始時の目標を①Level 1（心身機能：筋力向上等）、②Level 2（活動：散歩・動作等）、③Level 3（参加：特定の場所への外出や役割遂行等）に分類した。主要アウトカムを卒業の可否とし、身体機能評価として握力、開眼片脚立位時間（SLS）、5回立ち座りテスト（ST-5）、Timed Up and Go test（TUG）、Functional Reach Test（FRT）、Weight Bearing Index（WBI）を測定した。群間比較には一元配置分散分析およびFisherの正確確率検定を用い、有意水準は5%とした。

【結果】

対象者はLevel 1が16名、Level 2が91名、Level 3が76名であった。卒業率はそれぞれ75.0%、81.3%、93.4%であり、群間で有意差を認めた（Fisher's exact test, p=0.021）。一方、効果量はCramér's V=0.19であり小さい効果量であった。また、事後の群間比較では有意差を認めなかった。性別、要支援度および目標達成率に群間差は認めなかった。さらに、身体機能評価（握力、SLS、ST-5、TUG、FRT、WBI）についても群間差は認めなかった（すべてp＞0.05）。

【考察】

参加レベルの目標を設定した群は最も高い卒業率を示した。一方で、身体機能や要支援度などの背景要因には群間差を認めなかったことから、卒業率の違いには目標設定の内容が関与している可能性が考えられる。ただし、効果量は小さく、事後比較では有意差を認めなかったため、その影響は限定的であると考えられる。サービス活動Cにおいては、機能改善や活動獲得のみを目標とするのではなく、具体的な社会参加を見据えた目標設定が卒業支援に有用である可能性が示された。

75-3　リハビリテーション①

重度頚髄損傷患者の社会参加に向けた多職種連携によるコミュニケーション手段の確立

1 東京都・永生病院　リハビリテーション部、2 セントラル病院　リハビリテーション科

○中里　眸（言語聴覚士）[1]、諸江　伸龍[2]、小宮　梨恵子[1]、五十嵐　將隆[1]

【はじめに】本症例は転落事故に伴う頚椎脱臼骨折により、重度四肢麻痺、呼吸機能低下を呈した。回復期入院中に家族を含めた他者交流のニーズを認めたため、スマートフォンを用いたコミュニケーション手段の導入を試みた。PT・OT・ST の専門性を活かして協働し、症例の身体機能および呼吸発声機能に応じた AAC の選定と操作手段の構築に至った事例について報告する。

【症例】50 代男性。小脳梗塞の既往あり。旅行先で崖から転落し、頚椎脱臼骨折の診断にて C4-7 後方固定術が施行された。呼吸不全に対し気管切開・人工呼吸器管理となるが、その後人工呼吸器からは離脱し、スピーチカニューレ管理となった。163 病日に当院回復期病棟へ転入院となった。運動機能は、右上肢に軽微な挙上運動を認めるのみで、手指掌握は困難であり、重度四肢麻痺を呈していた。全般的な認知機能は HDS-R：27/30 点、RCPM：36/36 点と明らかな低下は認めず、礼節や記憶面も保持されていた。コミュニケーション機能は、呼吸機能低下に伴う声量低下と軽度の失調性構音障害によって発話明瞭度の低下を認めたが、日常会話は音声言語で可能であった。

【訓練・経過】入院中のニーズとして「妻へ電話できるようになりたい」「文字を打てるようになりたい」、退院後のニーズとして「復職したい」との訴えがあったことから、リハの目標を「デバイス操作によるコミュニケーション手段の構築と社会復帰への支援」と定めた。自力でのスマートフォン操作を確立するため、まず右上肢を使った押しボタン式の外部スイッチを用いて、画面上を移動するカーソルを任意の位置で停止させ、項目を選択する方法を検討した。しかし、既往の小脳梗塞による失調症状の影響から、目的の位置でタイミングよく止める操作は困難であった。そこで、音声入力とカメラスイッチ（顔の動きで操作）を併用する方法を検討した。音声入力ではアプリの開閉指示や文字入力を行い、カメラスイッチではメッセージ送信ボタンを押すなどの決定操作を行うように設定した。導入初期には、発話明瞭度の低下に伴う誤入力やカメラスイッチの誤反応といった課題を認めた。これに対して、PT は呼吸機能訓練や耐久性の向上、OT は上肢機能訓練やスマートフォン操作の環境調整、ST は呼吸発声訓練や構音訓練を中心に介入を行った。その結果、これらの問題点が解消もしくは軽減し、スマートフォンの操作を円滑に行うことが可能となった。

【考察・まとめ】重度頚髄損傷患者に対する AAC の導入は、QOL の向上や社会参加を図る上で有用である。本症例のように重度四肢麻痺に呼吸機能低下を合併しているような、機能障害が重度かつ多岐にわたる症例に対しては、各専門職が個別に介入するのではなく、多職種が各々の専門性を活かして連携をとることが、導入を成功させるために重要であると考えられた。

75-4　リハビリテーション①

離床へのアプローチ、多職種共同における業務の効率化について

鹿児島県・吉田記念病院

○山元（やまもと）　浩二（こうじ）（理学療法士）、安達　寛、海田　渚、湯田　法弘

離床へのアプローチ、多職種共同における業務の効率化について

医療法人碩済会　吉田記念病院　リハビリテーション課
○山元（やまもと）浩二（こうじ）（理学療法士）、安達寛、海田渚、湯田法弘

【はじめに】
令和８年度診療報酬改定に於いて、「より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価」に見直された（離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設）。またリハビリ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOL の向上が、今後益々重要になってくると考える。今回、医療区分 2～3 が 8 割以上、ADL 区分 2～3 が 7 割以上を占める療養病棟である当院に於ける患者様の離床についてのアプローチやその結果について、ここに報告する。

【離床へのアプローチ】
1. 寝たきりによる不動や活動性低下による廃用を予防するためにも、当院リハビリテーション課では可能な範囲で離床を推進している。
2. シーツ交換や体重測定など離床が必要だが大柄で、病棟スタッフだけでの移乗は重介助の患者様に対し、リハビリ担当者はスライド法での１人移乗が可能なため、 介護サービスのタイミングに合わせてリハビリ離床介入している。
3. リハビリ介入前に『リハビリで起こします』と記入した札をベッド上や車椅子上に置いておくことで食事やレクリエーション時の病棟スタッフの離床介護負担軽減に繋げている。

【結果と考察】
離床は、廃用症候群や肺炎、せん妄など不動による合併症を防ぎ、ADL 向上や機能回復にも繋がるため計画的に推進する必要がある。循環動態や意識状態など安全性を評価し、段階的な手順やルールに基づき実施した。重度疾患を呈される患者様が多数入院される当院では、離床による飛躍的な身体能力の向上には至らなかったものの開眼覚醒の時間拡大や全身の筋緊張緩和がみられ、スタッフからの声掛けも増えたことで表情変化や頷き反応、四肢の自発動作等も多く確認でき、離床の有効性を認識した。また単にリハビリ業務のみを考え従事するだけではなく、病棟スタッフの作業や時間効率の向上が図られることで、軽度ではあるが患者様自身の廃用予防の支援や QOL の向上を図ることが出来るようになってきたと感じる。今後も病床生活の場を支える病棟スタッフへの協力やアドバイスを増やし意識変化を促し、各患者様に沿った個別的なケアの提供が可能になっていくのではないか、と考える。今後も多職種で協議し合い、情報共有し、『その人らしい生活』をスローガンとして、患者様の支援を行っていきたい。

【おわりに】
ご家族面会はベッドサイドではなく、可能な限り多くの患者様が座位で面会頂ける様にしていく事を今後の課題としたい。

75-5　リハビリテーション①

終末期がん患者のがん性疼痛に対する離床を含む、運動療法の効果について

埼玉県・イムス三芳総合病院

○戸枝（とえだ）　亮（りょう）（作業療法士）、松谷　実

【目的】

現在、治療を受けているがん患者の 55%、進行及び末期がん患者の 66% に、疼痛が生じるとされている。またがん診療ガイドライン（日本癌治療学会）において、進行がん患者の疼痛の軽減に対してリハビリテーション治療を行うことは、エビデンスレベル B とされているも、推奨されている 1RM（Repetition Maximum）の 60〜70% の運動負荷を実施することが全身状態の不良により困難なケースが多い。本研究では推奨されている運動量に満たない運動負荷を実施した際に、疼痛の軽減との関連について調査する目的で実施した。

【方法】

対象は 2025 年 1 月〜12 月の 1 年間に当院に入院し、がんを有しがん性疼痛に対し疼痛コントロール目的でオピオイド薬を処方された 38 名のうち、リハビリテーション（以下リハ）を実施した 23 名を対象とした。対象者の内訳では、男性 11 名（平均年齢 69.5 ± 8.5 歳）、女性 12 名（平均年齢 66.8 ± 10.2 歳）であった。疼痛評価は Numerical Rating Scale（以下 NRS）を実施。その結果にて NRS3 以下を疼痛コントロール良好群（以下良好群）、NRS4 以上を疼痛コントロール不良群（以下不良群）に分類し、それぞれ各群においてリハ訓練時に 1 週間に 2 回以上離床した群（以下離床群）とベッド上介入のみであった群（非離床群）に分類し、比較した。

【結果】

良好群は 14 名（60.9%）、不良群は 9 名（39.1%）であった。良好群 14 名のうち離床群が 11 名（78.6%）、良好群かつ非離床群が 3 名（21.4%）であり、不良群 9 名のうち離床群が 1 名（11.1%）、不良群かつ非離床群が 8 名（88.9%）であった。また良好群と不良群での離床の有無について有意水準 5% にてマンホイットニーの U 検定を行うと、p=0.0129 と有意差を認めた。年齢や性差において有意差は認めなかった。

【考察】

当院では緩和期〜末期の患者が多く、推奨されている運動負荷を実施することが困難な症例が多い。本研究では推奨されている運動負荷を実施できない場合においても、離床を促していくことで、疼痛緩和に繋がるのかを検討した。結果より疼痛の緩和に繋がる要因として、離床を含む介入が、疼痛緩和に寄与した可能性がある。要因として疼痛の緩和に対し、起立動作や歩行動作により、筋収縮に伴う抗炎症作用が働き疼痛緩和が得られること、がん性疼痛は恐怖や不安により生じるとされており、本研究においても離床に伴う運動や筋収縮、精神心理面の賦活により疼痛の軽減に繋がったと考える。また疼痛緩和に対して、リハ訓練時の運動負荷だけでなく、訓練の頻度の向上により疼痛緩和に繋がるとされている。推奨されている運動負荷が実施できない場合でも、訓練頻度を増やしていくことで、疼痛緩和に繋がる可能性がある。本研究を通してリハでの運動負荷が低負荷であったとしても、患者の全身状態に合わせて離床の検討や提案を試みること、またリハ介入の頻度を高めていくことが疼痛緩和に繋がると考える。また現在疼痛緩和には薬物療法が主流となっているものの、非薬物療法となるリハでの疼痛緩和が進められることにより、オピオイドの軽減に繋がると考えられ、医師や看護師、薬剤師など他職種と連携しながらリハを進めていくことが、当院の課題である疼痛マネジメントを進めていく上で大切である。本研究は単施設、小数例による後ろ向き検討であり、患者背景の影響を十分に調整できていない点が限界である。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に沿い、イムス三芳総合病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

75-6　リハビリテーション①

療養病棟入院中の維持透析患者に対する午後透析導入がリハビリ介入機会と身体機能改善につながった一例

1 福岡県・新古賀リハビリテーション病院みらい　リハビリテーション課、2 新古賀リハビリテーション病院みらい　看護部、3 新古賀リハビリテーション病院みらい　循環器内科

○松延（まつのぶ）　美佑（みゆ）（理学療法士）[1]、富川　可南子[1]、大場　康恵[2]、大坪　義彦[3]

【目的】透析患者では、透析後の倦怠感や血圧低下によりリハビリ実施が困難となることが多い。特に療養病棟入院患者では活動量低下や廃用進行を来しやすく、十分なリハビリ介入機会の確保が課題となる。日常業務の中で「午後透析へ変更できれば、より疲労感の少ない状態で訓練室でのリハビリ介入が可能となるのではないか」と感じる場面があった。今回、午前透析から午後透析へ変更した療養病棟入院中の維持透析患者において、透析日のリハビリ提供量および身体機能に変化を認めたため報告する。

【方法】対象は 70 歳代男性。慢性腎不全に対し維持透析中であり、仙骨骨折・右肩甲骨骨折に対して保存的加療を行っていた。療養病棟入院中、R7 年 7 月までは午前透析を施行していたが、透析後倦怠感により透析日のリハビリ介入が不安定であり、ベッドサイド介入中心となることも多かった。R7 年 8 月より午後透析へ変更となった。評価項目は、透析日におけるリハビリ提供単位数、Berg Balance Scale（BBS）、6 分間歩行試験（6MWT）、Functional Independence Measure（FIM）、Borg Scale、病棟 ADL とした。

【結果】午前透析時（7 月）の透析日におけるリハビリ提供量は 20 単位であり、BBS36/56 点、FIM85 点（運動 59 点・認知 26 点）で、病棟 ADL は車いす介助レベルであった。透析後は倦怠感が強く、運動時 Borg　Scale 15（きつい）を認め、訓練室での十分な介入が困難な場面を認めた。午後透析へ変更後、透析日のリハビリ提供量は 8 月 31 単位、9 月 32 単位へ増加した。透析前の比較的疲労感が少ない状態（運動時 Borg Scale 12〜13）で訓練室介入が可能となり、BBS は 8 月 45/56 点、9 月 48/56 点へ改善した。6MWT は 8 月 193.1m、9 月 242.9 m であった。FIM は 8 月 93 点（運動 67 点・認知 26 点）、9 月 94 点（運動 68 点・認知 26 点）へ改善した。病棟 ADL は歩行器見守りレベルを経て歩行器自立となった。また、透析後倦怠感の訴えも軽減した。

【考察】午後透析へ変更したことで、透析前の疲労感が少ない状態で訓練室でのリハビリ介入が可能となり、十分な介入量の確保につながったと考えられる。その結果、バランス能力、歩行耐久性、ADL の改善を認めた。一方で、午後透析は循環動態が安定し、シャント閉塞リスクが低い症例に限られる。当院では透析室看護師とも協働し、安全な透析管理のもとでリハビリ介入機会を拡大している。本症例を通して、透析時間帯の調整が「より良いタイミングでのリハビリ提供」と「身体機能維持・向上」に寄与する可能性を、多職種で共有する重要性を再認識した。

【結論】療養病棟入院中の維持透析患者において、疲労感を考慮した透析スケジュール調整により、透析日においても訓練室で十分なリハビリ介入が可能となり、身体機能および ADL 改善につながった。慢性期透析患者に対しては、多職種で患者状態を共有し、リハビリを実施しやすい環境を調整していくことの重要性が示唆された。

76-1　リハビリテーション②

アセスメントシートを活用したリハ・栄養・口腔一体的取り組みにより ADL および栄養状態の改善した症例

静岡県・介護医療院　湖東病院

○杉浦（すぎうら）　知希（かずき）（理学療法士）、岩品　京太郎

【背景・目的】令和 6 年度の介護報酬改定以降、リハ・栄養・口腔一体的取り組みを推進してきた。介護医療院という介護度が高い利用者様が多い中で、より効果的な取り組みを模索し、当施設ではアセスメントシートを活用しながら、リハ・栄養・口腔の 3 職種による情報共有と一体的な介入を実施している。その結果、ADL や栄養状態の改善が見られた症例があったため報告する。

【対象】A 様、90 歳代女性、要介護 5。2022 年にアルツハイマー型認知症と診断され、2024 年 9 月に心筋梗塞を発症し、その後の心不全により ADL が低下した。独居生活が困難となり令和 7 年 1 月に当施設へ入所となった。入所時は夜間の呼吸苦による昼夜逆転を認め、日中は傾眠傾向であった。NT-proBNP：4000 以上と極めて高値で、摂食困難および寝たきり状態であった。

【評価・介入】入所時 ADL は Barthel Index（以下 BI）0 点、ICF ステージング 20 点であった。食事は当初全粥・軟菜食で提供したが摂取が進まず、心臓高血圧食 1000kcal ゼリー食へ変更し、その後心臓高血圧食 1200 kcal ゼリー食へ変更した。入所時体重は 33.3kg、血清アルブミン値は 3.0g/dL であった。口腔内は上下に残歯が 2 本ずつ存在するものの咬合はなく、口腔ケアは全介助を要した。

「食事摂取量の向上と移乗動作能力の改善」を目標とし介入を開始した。

【経過】入所から令和 7 年 3 月頃までは発熱や体調変動により食事摂取量にばらつきがあり、4 月には体重が 31.8kg まで低下した。しかし、その後は全身状態と食事摂取量が安定し、リハビリテーションによる離床機会が増加した。「外へ散歩に行きたい」など意欲的な発言も聞かれるようになった。4 月中旬から昼食時のみリクライニング車椅子へ離床し食堂での自力摂取を開始。5 月からは 3 食とも離床して食事を摂取するようになった。令和 7 年 7 月からは施設でアセスメントシートの活用が始まりその対象者に選ばれた。担当者会議や毎月作成するアセスメントシートにて職種間の情報共有を行った。また、リハ職員の増員もあり個別リハビリの介入量が増加した。体重およびアルブミン値は徐々に改善し、ADL 動作における介助量も軽減した。

【結果】BI は 0 点から 15 点へ向上し、ICF ステージングも 20 点から 32 点へと向上がみられた。入所時は昼夜逆転に加え日中の傾眠傾向が強く、発語や食事摂取量も少なくベッド上中心の生活であった。しかし、食事摂取量の安定と離床機会の増加に伴い ADL 能力や体重、栄養状態の改善がみられた。また、食への関心や意欲的な発言が増えたことで他利用者様との会話も活発となった。

【考察・結論】介護医療院では、離床困難や意思疎通困難、嚥下機能低下などの理由により、食事摂取困難な利用者様も多い。本症例ではアセスメントシートを活用した継続的な情報共有と多職種連携により、栄養状態の改善や離床機会の増加、ADL 向上が認められた。介護医療院においても、リハビリ・栄養・口腔の一体的取り組みと、看護師・介護士等を含めた多職種連携が、利用者様の残存能力の維持・向上に有効であると考えられる。

76-2　リハビリテーション②

病院と連携した地域貢献活動について

兵庫県・介護老人保健施設ウエルハウス西宮

○松尾（まつお）　薫（かおる）（理学療法士）、小仲　雅代、布袋　智子、藤川　友希江

【はじめに】当施設は病院に併設されており、フロアごとに病院と介護老人保健施設（以下、老健）の機能を分担し、医療から介護へ継続的なサービスを提供している。また、当施設は「超強化型老健」を取得しており、地域における在宅支援の拠点として、積極的な地域貢献活動が求められている。今回、その取り組みの一環として、併設病院の多職種と協力し、地域住民を対象とした健康講座、体操、体力測定、およびウエルカムカフェを包括したイベントを開催した。あわせて実施したアンケート調査から、本活動の成果と今後の方向性を検討したため報告する。

【方法】1. 活動内容：2025 年 1 月～2026 年 5 月までに 2 ヶ月に 1 回程度（計 9 回）実施した。内容は以下の 4 項目とした。(1) 健康講座：1 回 30 分。多職種でテーマを選定し、講師は医師、薬剤師、理学療法士、認定看護師、管理栄養士が担当した。(2) 体操：20 分間、椅子座位で実施。理学療法士や作業療法士が講師となり、認知症予防のための二重課題を取り入れた運動や転倒予防を目的とした下肢運動を取り入れた。(3)体力測定：5m 歩行テスト、Timed Up and Go test（TUG)、握力、身長、体重（BMI 算出）を測定した。(4) ウエルカムカフェ：飲料と菓子を提供し、参加した多職種が随時、健康や介護に関する相談を受け付けた。2. アンケート調査：イベント終了後、①全体の感想、②開催時間の長さ、③開催日時、④今後の案内希望、⑤印象・参考になったこと（自由記載)、⑥今後の希望テーマ（自由記載）の計 6 項目について無記名自記式アンケートを実施した。

【結果】期間中の参加者は延べ 146 名（男性 13 名、女性 132 名、無回答 1 名）であった。年齢層は 50～90 代で、80 代（64.7%)、70 代（26.7%）と高齢者が約 9 割を占めた。アンケートの結果、項目①（感想）は「良かった」86%、「まぁまぁ」6% であり、項目②（時間設定）は「良かった」78.8%、項目③（日時）は「良かった」87% と、運営面で高い評価を得た。項目④（今後の案内）は「希望する」が 80% に上った。項目⑤（自由記載）では、健康講座のテーマに関する好意的な意見（15 名)、体操への好評（15 名)、体力測定への満足（4 名）が聞かれた。項目⑥（希望テーマ）では、筋力向上、脳の活性化・認知症予防、口腔体操・嚥下、介護申請の方法について多くの要望がみられた。

【考察】本取り組みは、参加者の約 9 割を後期高齢者が占めたものの、プログラム内容や時間設定に対して高い満足度を得ることができた。今後の案内を希望する割合が 8 割を超えていることから、地域住民の健康意識の高さと、当活動が地域に定着しつつあることが示唆された。特に自由記載において、身体機能維持（筋力・口腔）や認知症予防、介護保険制度（介護申請方法）への関心が高かったことは、在宅療養を継続する上での潜在的ニーズを反映していると考えられる。病院の医療専門性と老健の生活支援・介護のノウハウを融合した本活動は、地域住民のフレイル予防や通いの場として有効に機能していると言える。

【結論】病院と連携した地域貢献活動は、地域住民の高い満足度と継続参加への期待を得ることができた。今後は、アンケートで抽出された「認知症予防」「口腔ケア」「介護申請方法」などの住民ニーズをプログラムに反映させ、病院との多職種連携をさらに強めながら、地域包括ケアシステムの推進に寄与する継続的な活動を展開していく。

76-3　リハビリテーション②

海外でのリハビリテーション教育における国際生活機能分類導入の効果と臨床思考の変化

東京都・緑成会病院

○齋藤（さいとう）　翔（しょう）（理学療法士）

【目的】インドネシア共和国の医療体制は急性期治療が中心的な役割を担っており、救命後の身体機能や生活動作の獲得が発展の途上にあり、十分なリハビリテーションを受けられないまま自宅退院となる背景が存在する。そのため、現地のセラピストは筋力増強や疼痛緩和などの身体構造や機能の回復を重視する傾向があり、それが患者の実際の生活や社会参加にどのように繋がるかという包括的な視点が定着しにくい環境にある。当グループは、同国においてリハビリテーションクリニックを開設した。本報告は、クリニックの本格的な運用に先立ち、現地セラピストへ国際生活機能分類（以下、ICF）を用いた「活動・参加の向上を目指す包括的な臨床思考」を共有する教育に取り組み、その日本研修期間における ICF の抽出能力および目標設定能力の具体的な変容を客観的に検証した成果を述べる。

【方法】クリニック開設に先立ち、現地採用されたセラピスト 2 名を日本国内の当グループ病院へ招聘し、11 週間（57 日間、計 399 時間）にわたる集中的な実務研修を実施した。研修カリキュラムでは、ICF の基礎概念のレクチャーから、各種疾患の病態アプローチなどを網羅的に展開した。指導にあたっては、機能回復に偏りがちな意識を実際の生活動作へ落とし込む教育に注力し、実際の症例に基づいた模擬症例での症例検討を繰り返し実施した。客観的アウトカムの評価として、研修初期（1 週目）と研修後期（11 週目）において同一の模擬症例に対する評価レポートを比較検証した。評価指標は、①ICF 各カテゴリー（心身機能・構造、活動、参加、個人因子、環境因子）における「因子の平均抽出数」の推移、および②目標設定における「具体性の変化」の 2 点とした。

【結果】11 週間の日本研修を通じて、現地セラピストの臨床思考および客観的評価能力に明らかな向上が認められた。①ICF の因子抽出数においては、研修初期は心身機能・構造（4.5 項目）の抽出に偏り、活動（2.0 項目）、参加（2.5 項目）、個人因子（1.0 項目）、環境因子（3.0 項目）と生活背景の捉え方が限定的であった。しかし研修後期には、心身機能・構造（11.0 項目）、活動（6.0 項目）、参加（5.5 項目）、個人因子（4.0 項目）、環境因子（5.5 項目）へと全領域で大幅に増加した。②目標設定においては、初期は 2 名とも在宅・仕事復帰という抽象的な 2 点のみであったが、後期には 2 名ともに基本動作（起居・座位・立位等）や日常生活動作（更衣・移乗・トイレ・歩行・車椅子等）における自立や軽介助といった、具体的な生活動作レベルの目標を多数立案するようになり、家族への介助指導も含めて生活に焦点を当てた明確な思考変容を認めた。

【考察・結論】生活期リハビリテーションの概念が定着の途上段階にある異国での事業展開において、事前の集中的な日本研修で ICF を軸とした教育を行うことは、セラピストの臨床思考を単なる機能訓練から「その人らしい生活を支える」アプローチへと短期間で変革させる。対象国の日常生活動作や生活の質を維持向上させるためには、単なる治療技術の模倣に留まらず、生活や予後を見据えた包括的な目標設定能力を育む教育プログラムが極めて有効であり、客観的な行動変容をもたらすことが示唆された。

76-4　リハビリテーション②

運動負荷量計算式を用いた自重トレーニングの有効性についての予備的研究

1 北海道・愛全病院、2 介護老人保健施設アートヒルズ

○板谷（いたや）　茜（あかね）（理学療法士）[1]、小泉　智[1]、村上　順哉[1]、皆川　ななみ[1]、高橋　賢介[1]、豊嶋　海琳[1]、
田中　ちか[2]、三好　海吏[1]、石橋　航輝[1]

【はじめに】

高齢入院患者は安静や活動制限により筋量・筋力が急速に低下し、退院後の生活機能に大きく影響する。本研究を通じて、入院中の高齢者に対する自重レジスタンストレーニングの負荷量設定についての有効性を探求することとした。

【背景と目的】

高齢入院患者においては、安静や活動制限により急速に筋量・筋力が低下し、退院後の生活機能に大きく影響することが知られている。自重レジスタンストレーニングは、機器を用いずに安全に実施できる運動介入法であり、病棟内でのリハビリテーションとして有効であると考えられている。当院入院患者に対するリハビリプログラムの立案において、より適切な運動負荷量を設定するために、負荷量計算式に則った自重トレーニングを定期的に行い、根拠のあるリハビリプログラムの立案に繋げることを目的とした。

【方法】

対象は、当院入院中の 65 歳以上の高齢者で、支持物を使用しスクワットとカーフレイズが実施可能かつ Inbody 測定が可能な患者に限定した。介入は 6 週間行い、具体的には上記 2 種をスロートレーニングとして実施し、運動は 3 セット/日×週 3 回で行った。負荷量設定に関しては「最大反復回数から求めた推定%1RM 相当の 1 セットの rep 数」×3 セット＝2100（一日の目標仕事量）の計算式を用いた。主要評価項目には SMI（骨格筋指数）、位相角、Frail CS-10、SPPB、握力、膝伸展 HHD を用い、初期、中期（3W）、最終（6W）の 3 回評価を実施した。

【結果】

上記の計算式で算出した負荷量設定に則り定期的なトレーニングを実施できた患者のうち、各種データの欠損がなく 6 週間継続できた患者のデータを集計した。介入の結果、多くの対象者に筋力、筋質、機能面でそれぞれ向上が認められた。

【考察】

運動負荷量計算式を用いた自重トレーニングは、筋力や筋質の向上に伴い機能的な改善を促す有効な手段である可能性が示された。今回の研究において特に強調すべき点は、適切な負荷量設定がより効果的な筋力、筋質向上に影響する可能性がある点である。既存の研究でも、高齢者に対する運動負荷量の設定が、機能的運動能力に対して良好な効果をもたらすことが報告されている。当院においても、リハビリプログラムにおける適切な負荷量の設定が、より効果的な介入に寄与することが期待される。

【結語】

本研究では当院に入院している高齢患者に対し、初期評価時点から計算式を用いた運動負荷量設定の有効性について検討した。その結果、高齢者に対しても自重トレーニングは筋力、筋質向上に寄与し、適切な負荷設定がその効果を最大化させることが示された。今後は対象患者の疾患別での比較や運動部位別の比較、トレーニング内容の精査など、本研究内容の幅を拡大していくことが目標となる。セラピストの経験にかかわらず誰でも同等の負荷量設定が可能となる、運用しやすい指標へと確立していきたい。

76-5　リハビリテーション②

当院における“おうちへ帰ろうハウス”での取り組みについて～アンケートを通してみえてきた課題～

福岡県・筑紫南ヶ丘病院

○瀬戸（せと）　慎太郎（しんたろう）（理学療法士）、小鷹　卓朗、小森　陽介、福田　雄大、増田　優子、大島　大輝、
松尾　一世、西野　航之助、中野　海心、倉地　剛

【はじめに】

当院では、在宅生活を想定した具体的な課題抽出のため、モデルハウス（以下、“おうちへ帰ろうハウス”）を活用したリハビリテーションを令和8年5月より開始した。

今回、本取り組みの有用性と課題を検討するため、患者を対象に在宅生活のイメージ形成などに関するアンケート調査を実施した。また、利用した上での利点や課題についてセラピストから意見を収集したためここに報告する。

【対象と方法】

対象は令和8年5月1日から5月31日までに“おうちへ帰ろうハウス”を利用した患者14名（男性4名、女性10名 年齢：82.4±8.06）とした。アンケート内容は患者が在宅生活をイメージできたか、自信がついたか等5項目について『はい』『いいえ』の二項選択法を用い、その理由を自由記載で収集した。

【結果】

在宅生活のイメージができたと答えた患者が9名(64%)、課題がみつかったと答えた患者が7名(50%)、自信がついたと答えた患者が11名(79%)、“おうちへ帰ろうハウス”の設備や環境が練習しやすかったと答えた患者が11名(79%)、利用して良かったと答えた患者が12名(85%)であった。セラピストからは利点として「玄関の出入りから一連の動作練習ができた」『畳や浴槽を活用した実践的なADL訓練ができた」などの意見があがった。課題としては「動線上に連続した支持物が存在せず、伝い歩きが難しい」などの意見があがった。

【考察】

今回アンケートを通して“おうちへ帰ろうハウス”を利用した患者の約6割が「在宅生活をイメージできた」と回答した。「実際に浴槽を使ったり、玄関の出入りをすることで家の生活を思い出せた」との意見もあり、在宅生活のイメージが希薄になりやすい入院生活の中で、退院後の生活を意識する良い機会になったと考える。特に、浴槽を用いた入浴動作訓練や畳上での床上動作訓練は、リハビリ室や病棟では実施が難しく、“おうちへ帰ろうハウス”の環境を活かした有用なADL訓練であったと考える。

一方で、“おうちへ帰ろうハウス”はバリアフリー環境であり、支持物間の距離が長く、伝い歩きでの移動を再現しにくい環境であった。当院の入院患者の多くは高齢者であり、自宅では伝い歩きで生活している場合も多い。このような環境の違いから、約4割の患者が在宅生活をイメージできなかった要因の一つと考える。

アンケートでは「自宅とは環境が異なっていた」という意見が最も多かった。このことから“おうちへ帰ろうハウス”のみで在宅生活を十分に再現することは難しいと考える。当院では退院日決定後に家屋調査を実施することが多く、自宅環境を想定したADL訓練の時間が限られていた。今後は入院後早期から家屋調査を行い、リハビリ室・病棟・おうちへ帰ろうハウスなど様々な環境を活用しながら、置き型手すり等の福祉用具を積極的に取り入れることで、自宅環境に近い条件での訓練を実施し、在宅生活を見据えた再現性の高いADL訓練を実施していく必要があると考える。

76-6　リハビリテーション②

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の機能分担による効率的病棟運用の検討

岩手県・南昌病院

○木村（きむら）　尚人（なおと）（医師）、菊池　和友、三浦　正徳、吉岡　尚美、木村　宗孝

【背景】当院では回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定しており、実績指数の維持・向上が求められている。脳卒中患者は FIM 改善度が高い一方、運動器疾患では改善幅が比較的小さいことから、2025 年度より脳卒中患者を主に回復期リハビリテーション病棟で受け入れ、運動器疾患患者は地域包括ケア病棟でリハビリテーションを実施する運用とした。本研究では、この運用変更が実績指数および患者の機能回復に及ぼす影響を検討した。

【方法】回復期リハビリテーション病棟では運用変更前後の入院患者 338 例（前期 234 例、後期 104 例）について、患者背景、疾患構成、FIM および実績指数を比較した。また、大腿骨近位部骨折患者 38 例（回復期病棟 26 例、地域包括ケア病棟 12 例）を対象に、入院日数および FIM 改善度を比較した。

【結果】運用変更後、回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の割合は 58.1% から 82.7% へ増加した。患者背景、回復期病棟全体および脳卒中患者の FIM 改善度には有意差を認めなかった。一方、実績指数は変更前の 29.6〜58.8 から変更後は 49.1〜75.3 と高値で推移した。また、大腿骨近位部骨折患者では、回復期病棟群と地域包括ケア病棟群との間で平均入院日数（64.0 日対 61.8 日）および FIM 改善度に有意差を認めなかった。

【結語】脳卒中患者を回復期リハビリテーション病棟、運動器疾患患者を地域包括ケア病棟へ振り分ける運用は、回復期病棟の FIM 改善度を維持したまま実績指数の向上に寄与した。また、運動器疾患においても地域包括ケア病棟で回復期病棟と遜色ない機能改善が得られ、病床機能を生かした効率的な病棟運用は病院経営上も有用と考えられた。今後、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の算定要件がさらに厳格化される中、病棟機能を生かした適切な患者配置と運用の継続的な改善が重要である。

76-7　リハビリテーション②

高齢入院患者に対する 4 週間の WAKEUP EMS 介入が筋量維持に与える影響

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○古賀（こが）　祥吾（しょうご）（理学療法士）、黒沢　達郎、石橋　里紗

【目的】

電気刺激療法（electrical muscle stimulation：EMS）は健常者における筋力増強効果が報告されているが、高齢入院患者を対象とした研究は限られている。WAKE UP EMS（以下、WUE）は臥位でも深層筋を刺激可能であり、離床困難な患者への適用が期待できる。先行研究では、EMS の介入期間は 6〜8 週間で一定の効果が示されていることが多い。しかし、在院日数の短縮化に伴い、より短期間での効果の有無を検証する必要がある。そこで本研究では、高齢入院患者に対する 4 週間の WUE 実施が筋量の維持・向上に有効であるかを検証し、短期入院患者への導入可否を判断するための基礎資料とすることを目的とした。

【方法】

対象期間は令和 8 年 1 月 1 日〜令和 8 年 3 月 31 日とした。対象は A 病院回復期リハビリテーション病棟に入院し、WUE 使用への同意が得られた 75 歳以上の高齢患者とした。このうち、医療用体組成計 seca mBCA による測定が可能な立位保持能力を有し、四肢骨格筋量指数（appendicular skeletal muscle mass index：ASMI）が低値であった 17 名を抽出した。介入群 8 名には通常のリハビリテーションに加えて WUE を実施し、対照群 9 名には通常のリハビリテーションのみを実施した。介入期間は 4 週間とし、WUE は週 3 回、1 回 13 分、刺激強度は対象者の耐性に応じて個別に調整した。評価項目は、①大腿周径（膝蓋骨上縁から 0cm、5cm、10cm、15cm）、②seca mBCA による体幹骨格筋量、下肢骨格筋量とした。群間比較には Mann-Whitney の U 検定を用いて両群の変化量を比較し、群内比較には Wilcoxon の符号付順位検定を用いて各群の介入前後を比較した。

【結果】

群内比較では、介入群において右大腿 5cm 周径（P=0.031）、右大腿 10cm 周径（P=0.016）、右大腿 15cm 周径（P=0.016）、左大腿 15cm 周径（P=0.047）で有意な変化を認めた。一方、群間比較では、いずれの評価項目においても有意差を認めなかった。

【考察】

先行研究では、EMS 装置 WUE を用いた 8 週間のトレーニングプログラムにより、筋量および筋機能の向上、維持、低下抑制への効果が示唆されている。本研究では、介入群の群内比較において大腿周径の一部項目で有意な変化を認めたことから、4 週間の WUE 介入においても高齢入院患者の筋量維持や低下抑制に寄与する可能性が示唆された。一方、群間比較では有意差を認めず、通常のリハビリテーションによる影響や症例数不足による統計学的検出力の低さが関与した可能性がある。以上より、4 週間の WUE 実施は、高齢入院患者における筋量維持および低下抑制に寄与する可能性が示唆された。一方で、群間比較では有意差を認めなかったことから、今後は症例数を増やし、離床困難な患者も含めてさらなる検証が必要である。

77-1　リハビリテーション③

電動スタンディングリフトの使用が姿勢改善に繋がった事例―理学療法士の視点から―

北海道・札幌西円山病院介護医療院にしまるポッケ

○亀田（かめだ）　さゆみ（理学療法士）、石川　朝子

【はじめに】

当院介護医療院の利用者は平均要介護度 4.4 であり、重度身体障害を有し介助量が大きいことが特徴である。今回、脳性麻痺に起因する四肢の変形や異常筋緊張により著明な姿勢不良を呈する事例に対し、電動スタンディングリフト（以下、電動リフト）を導入した。その結果、離床時の過緊張が抑制され、座位・立位姿勢の改善を認めたため、理学療法士の視点から考察を交え報告する。

【事例紹介】

脳性麻痺を罹患する 70 代男性。四肢不全麻痺を呈し、随意運動は可能だが動作時に上肢の屈曲痙性・下肢の伸展痙性が高まる特徴がある。Berg Balance Scale は 6/56 点（座位保持 3 点、椅子からの立ち上がり、着座、移乗にて各 1 点）、Barthel Index は 35 点。体幹後屈制限を認め、起き上がりは全介助、座位保持は見守り、移乗動作や立ち上がり動作は上肢支持にて軽介助～中等度介助であった。座位姿勢は体幹円背、右側屈、骨盤後傾が著明で頭頸部は右側屈位であり、座位での Functional Reach Test（以下 FRT）は 12.5cm であった。日課のタブレット使用や食事など上肢操作の際はより不良姿勢が強まり、操作性を阻害していた。トイレや座浴の立ち上がりは上肢主導の努力性動作であり、体幹右側屈と下肢の連合反応が出現、重心は後方に偏移して足底接地が不十分なため、立位保持は著しく不安定であった。また、移乗・排泄・入浴時には約 1 分間の立位保持を要し、介助者が利用者の不良姿勢を支えるため過度な体幹前傾を強いられ、腰背部への負担増強が課題であった。

【電動リフト導入と経過】

介護福祉士と協働し、日中のトイレ移乗および入浴場面にて電動リフトを導入した。導入後、電動リフト使用時および直後の立位において座圧測定器による重心位置を測定したところ、導入前にみられた後方偏移が改善し、リフトによる適切な股関節伸展の保持と荷重増大により、重心の前方移動と足部内反の抑制を認めた。さらに、立位姿勢では股・膝関節の伸展運動が促通され、股関節内転・内旋のアライメント不良が軽減した。この効果は車椅子座位にも波及し、体幹の円背・右側屈、骨盤後傾、頭頸部の右側屈がそれぞれ軽減し、姿勢崩れが著明に改善した。また座位の FRT は 14.5cm へと 2cm の改善がみられた。介助量はセッティングと機械操作のみとなり、介助者の身体的負担は大幅に軽減した。

【結果・考察】

ADL 場面で電動リフトを反復使用した結果、立ち上がり時の努力性動作が排除された。これにより、リフトの支持による持続的ストレッチ効果や、十分な足底接地による適切な感覚入力が促され、異常筋緊張が抑制されて体幹前傾動作の円滑化や立位アライメントの改善に繋がったと考えられた。また、活動時の過緊張緩和は車椅子上での座位安定度を向上させ、日課であるタブレット使用や食事における上肢の操作性・巧緻性の向上をもたらした。

日々の環境設定として電動リフトを活用することは、介助者の技量に関わらず 24 時間を通じて良好な姿勢を再現することを可能にする。施設生活における二次的合併症の進行予防を目的としたケアにおいて、治療的・予防的視点を持ったデバイスの導入と定着を推進することは、生活期施設に従事する理学療法士の重要な役割であると考える。

77-2　リハビリテーション③

集団的個別アプローチによる運動療法の効果～他者との一体感と安全性の両立～

北海道・愛全病院

○山田（やまだ）　康子（やすこ）（理学療法士）、小山　晴夏、福士　和佳、青木　文恵

【はじめに】

高齢の入院患者が多くを占める当院（慢性期病院）の回復期病棟では、2024 年より患者の「活動・参加」に着目した集団的個別アプローチを実践してきた。その結果、活動性の向上や精神的安定がみられ、集団内での個別的支援が患者の興味・関心を高める可能性があると示唆された。また先行研究では、介護保険下における集団リハビリの有効性が報告されている。そこで今回、これまでの取り組みと先行研究を踏まえ、バランス練習を主体とした集団的個別アプローチを実施・検証したため報告する。

【方法】

対象は当院入院中の患者・介護医療院に入所中の利用者で、R8 年 1 月から R8 年 4 月の間に集団的個別アプローチに参加した 6 名とした。実施形態として、司会者 1 名が前方でバランス運動等のデモンストレーションを行い、参加者はそれぞれ担当セラピストのサポートを受けながら、その運動を模倣する形でプログラムを展開した。評価項目には、活動の質を評価する A-QOA、集団的個別アプローチに対する主観的アンケート、および BBS を採用し、月 1 回の頻度で定期評価を行った。

【結果】

介入前後の比較において、活動の質を評価する A-QOA は対象者全員向上、BBS は 5 名の向上が認められた。最も向上がみられた症例では、A-QOA が 12 点・BBS が 9 点であった。また、プログラム中の参加者同士の相互交流や自発的な発言、笑顔の増加がみられ、主観的アンケートおよびスタッフの観察から活動性の高まりが確認された。

【考察】

本取り組みによる評価指標の向上は、集団アプローチと個別アプローチによる相互効果によって達成された成果といえる。担当セラピストが患者間の円滑な関わりや活気ある環境づくりを支援したことで、集団特有の「他者との一体感」や「元気のある雰囲気」が生み出された。また、十分なスタッフ配置が参加者・セラピスト双方に心理的な安心感をもたらし、従来の 1 対 1 でのアプローチでは困難であった高強度プログラムを安全に展開できた。これらが好影響を与え、脱落を防ぎつつ介入効果を最大限に高めた要因と考えられる。

【結語】

集団的個別アプローチは、他者との一体感を生み出し、安全かつ効果的なリハビリテーションの実施を可能とした。今回は限られた期間・対象者での実施にとどまった点が課題である。今後は症例数を重ねるとともに、多様な身体機能や認知ステージを呈する対象者への実践を継続していきたい。

77-3　リハビリテーション③

療養病棟に入院する透析患者に対する足浴介入がバランス能力に及ぼす即時的影響

埼玉県・富家病院

○佐藤（さとう）　海斗（かいと）（理学療法士）、井旗　貫太、金子　雄太郎、小川　佳代子

【目的】

維持透析患者は末梢循環障害やサルコペニア、フレイルを合併しやすく身体機能やバランス能力の低下により転倒リスクが高いことが知られている。足浴は温熱刺激により末梢循環の改善や筋緊張の緩和をもたらし、身体機能の向上が期待されるが療養病棟に入院する維持透析患者を対象にその効果を検討した報告は少ない。本研究は、足浴介入前後のバランス能力を比較し、足浴がバランス能力に及ぼす即時的効果を検討することを目的とした。

【方法】

対象は当院療養病棟に入院している維持透析患者のうち、バランス評価が可能であった対象者を抽出し、患者5名（男性4名、女性1名）とした。非透析日に40～42℃の足浴を10分実施した。BBS、足関節背屈角度（自動・他動）、足背動脈触知、足部表面温度を評価した。足部表面温度は足浴前、足浴後（3～5分以内）およびBBS終了後に測定し、各時点の変化を比較した。

【結果】

全例において有害事象は認められなかった。足浴実施後のBBSの平均変化量は＋1.6点、足関節背屈角度は自動＋1°/他動＋1°、足背動脈の触知＋0.3、足部表面温度（足浴3～5分以内）足底温度＋0.23℃、足背温度＋2℃、BBS終了後足底温度＋0.4℃、足背温度＋1.1℃と上昇傾向を示した。

【考察】

本研究では、維持透析患者に対する足浴の即時的効果について検討した。その結果、BBSの平均変化量は小さく、単回の足浴では即時的なバランス能力改善は限定的であった。足関節背屈角度、および足部表面温度の上昇傾向を認めた。高齢者のバランス能力の低下には複数の要因が関与しており、足浴による単回の介入のみでは即時的な変化を捉えることが難しかった可能性がある。足関節背屈角度の改善は、温熱効果による軟部組織の柔軟性向上や筋緊張の軽減が影響した可能性が考えられた。足部表面温度の上昇は、足浴による温熱刺激によって末梢血管が拡張し、局所の血流が改善したことによる可能性が考えられた。維持透析患者は末梢循環障害を有することが多く、足浴は循環改善を目的とした介入として有用である可能性が示唆された。

【結論】

療養病棟に入院する維持透析患者に対する単回の足浴は、バランス能力への即時的な大きな効果は認めなかった。一方、足関節背屈角度や足部表面温度の改善傾向を示し、足浴は末梢循環の改善や軟部組織の柔軟性を高め、その後のバランス練習や運動療法を行う準備として有用である可能性が考えられる。今後は対象者を増やすとともに、継続的な足浴介入が身体機能やバランス能力に与える長期的な影響について検討していきたい。

77-4　リハビリテーション③

当院障害者施設等一般病棟における簡易リフト導入の効果

福岡県・さくら病院

○瀬口（せぐち）　渉（わたる）（理学療法士）、中迫　彪磨、梅田　美香

【はじめに】

医療・介護現場における介助量の増加や、それに伴う職員の身体的負担、特に腰痛の発症は深刻な問題となっている。また、過度な力任せの介助は、患者にとっても緊張の増大や皮膚の摩擦・ズレといったリスクを引き起こし、QOL を損なう要因となり得る。

当院障害者施設等一般病棟においても移乗・移動介助における職員の負担軽減は急務であった。そこで今回、ノーリフティングケアの一環として、持ち運びや設置が比較的容易な簡易リフトを導入したのでその有用性と今後の課題について報告する。

【方法】

当院障害者施設等一般病棟入院中の複数人介助が必要な患者 2 名のベッド・車椅子間の移乗、トイレ・車椅子間の移乗の際に簡易式移乗リフトささえ手（アビリティーズ・ケアネット株式会社）を使用する。

職員評価：当病棟勤務の看護師・ケアワーカー全員が使用後、簡易リフト導入前後での身体的負担の変化、使用感のアンケートをおこなった。

患者評価：移乗時の表情の変化、不快感・恐怖心の訴えの有無、日中の離床時間の変化を比較した

【結果】

職員評価：看護師、ケアワーカー全員から身体的負担が軽減したとの回答があった。特に腰痛や肩痛が減少したとの回答が多くみられた。また、「患者を落としてしまうかもしれない」という心理的ストレスの軽減や介助人数が減少したことで業務効率を実感する声が多く聞かれた。

患者評価：従来は病棟のマンパワー不足により離床困難な日もあったが、簡易リフト導入後は離床頻度の増加を認めた。また、移乗時の摩擦が解消されたことにより、臀部発赤の発生頻度減少も認めた。使用開始当初の数日間は、拒否や表情のこわばりがみられることもあったが、それらは漸次減少し、1〜2 週間で拒否なく安全に使用可能となった。

【考察】

簡易リフト導入は、患者の離床や排泄の要求を満たし、職員の心身の負担軽減と業務効率化という、双方に有益な効果をもたらす可能性が示唆された。一方で、職員から「リフトのセッティングに時間がかかる」「操作になかなか慣れない」といった声も聞かれ、運用上の課題が散見された。また、リフト使用時の姿勢が患者個々のリスクや拒否に繋がる場合もあり、患者個々の身体状況に応じた柔軟な選定が重要となる。本報告は少数例の検討であり、今後は対象者数を増やし、客観的指標を用いた効果検証を行う必要がある。簡易リフトの特性を正しく理解し、患者個々に適したノーリフティングケアの定着を目指したい。

77-5　リハビリテーション③

人生の最終段階を迎える患者に対するセラピストのかかわり～FIM 認知項目の理解・表出に着目して～

山口県・防府リハビリテーション病院

○田中（たなか）　里歩（りほ）（作業療法士）、吉田　豊、齊藤　健太、髙松　亮一、岡村　知子、小島　千鶴、宮内　裕爾

【目的】

医療療養病棟では、長期療養に伴って心身機能の低下から、活動量が低下し、病院で人生の最期を迎えられる患者も少なくない。そこで、FIM における認知機能面の各項目を抽出し、人生の最終段階を迎えられる患者に残された能力の調査を実施した。また、セラピストの関わり方を検討した。

【方法】

対象は、2025 年 4 月 1 日から 2026 年 3 月 31 日に当院、医療療養病棟で死亡退院患者のうち、セラピストが介入した 199 名。平均年齢 84.4 ± 9.2 歳、男性 100 名、女性 99 名。介入終了時の FIM 認知項目における合計点数、及び各項目の得点割合を調査した。

【結果】

FIM 認知項目の合計点数は 9.4 ± 7.0 点で、各項目では 1 点の割合が約 50% を超えていた。この内、2～7 点に着目し割合を算出すると、理解は 2 点 41%、3 点 23%、表出は 2 点 41%、3 点 18% であった。社会的交流は 2 点 32%、3 点 18%、4 点 9%、5 点 30%。問題解決は 2 点 31%、3 点 23%、4 点 10%、5 点 28%。記憶は 2 点 36%、3 点 21%、4 点 10%、5 点 19% であった。

【考察】

本結果より、人生の最終段階を迎えられる患者は、認知面において全面的な介助を要する状態であった。しかし、FIM 認知項目の全項目が 2～7 点にあたる一部の患者では、単語やジェスチャー、非言語的手段による意思疎通が可能であった。また、慣れた環境であれば部分的に他者との交流を図り、実行に至らずとも日常的な問題に対し訴えが可能であった。現在、FIM 認知項目間の強い相関を示す報告は少ない。その理由として、各項目が患者の意識状態や身体状況の変化による影響を受けやすいためと考えられる。日々変化する患者の状態に寄り添い意思疎通を図りながら、患者の社会的認知を支援することが、その人らしい最期を支える医療につながると考えられる。

【結論】

人生の最終段階を迎えられる患者では、認知機能が低下した状態であっても、部分的な意思疎通能力や社会的認知能力が残存していた。セラピストは、言語のみならず非言語的な反応も丁寧に捉え、患者本人の思いに寄り添った支援を継続することが重要である。人生百年時代、私は患者の言葉に最期まで耳を傾け続けれらるセラピストであり続けたいと考える。

77-6　リハビリテーション③

大腿骨近位部骨折患者における術前身体組成と退院時歩行形態との関連

熊本県・西日本病院

○三浦（みうら）　弘祐（こうすけ）（理学療法士）、土肥　昌太郎

【目的】

大腿骨近位部骨折術後患者において、退院時歩行能力の回復は在宅復帰や QOL に大きく影響することから、早期に予後予測することは重要である。近年、体組成計による評価が普及しているが、術前体組成と退院時歩行形態との関連を検討した報告は少ない。そこで、本研究では、術前に測定した体組成と退院時歩行形態との関連について検討した。

【対象・方法】

対象は、2025 年 4 月から 2026 年 2 月までに当院一般病棟入院後手術を施行し、回復期病棟より退院した大腿骨近位部骨折患者 44 名（男性 6 名、女性 38 名、平均年齢 85.3 ± 8.97 歳）とし、初回骨折で受傷前歩行可能であった者とした（歩行器 10 名、T 字杖 9 名、独歩 25 名）。除外基準は、既往に中枢神経疾患を持たない者、透析実施者、データ欠損のあった者とした。術前 inbody を測定し、SMI・ECW/TBW・下肢筋量・体脂肪率・Phase angle を評価した。退院時歩行形態は車椅子、歩行器、T 字杖、独歩の 4 段階の順序尺度とし評価した。統計解析では、各体組成指標と退院時歩行形態との関連を検討するため、Spearmann 順位相関係数を算出した。有意な関連を認めた項目を説明変数、歩行形態を目的変数として順序ロジスティック回帰分析を実施した。統計ソフトは EZR を使用し、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

退院時歩行形態の内訳は、車椅子 5 名、歩行器 14 名、T 字杖 11 名、独歩 14 名であった。

Spearmann 順位相関係数の結果、術前 SMI（r：0.300，p：0.048）、ECW/TBW（r：-0.385，p：0.00987）、体脂肪率（r：-0.34，p：0.0238）において相関を認めた。順序ロジスティック回帰分析の結果、SMI は退院時歩行形態の独立した関連因子として抽出された（or：1.76，95%Cl：1.07－3.12，p：0.0354）。

【考察】

SMI は骨格筋量を反映する指標であり、筋量が多いほど筋力や身体機能が維持されやすく、術後の歩行能力回復に優位に働くと考えられる。本研究でも、術前の SMI が高いほど退院時歩行形態が良好であり、筋量が歩行予後を規定する重要な因子であることが示唆された。一方、ECW/TBW や体脂肪率が高い患者では、歩行形態が低下する傾向を認めた。ECW/TBW は、浮腫や体液バランスの変化、栄養状態の影響を反映し、また過剰な体脂肪は身体活動性の低下や相対的な筋機能の低下に繋がり、術後の歩行能力回復に影響を及ぼした可能性が考えられる。多変量解析では SMI のみが独立した関連因子として抽出されたことから、体脂肪率や ECW/TBW の影響は筋量との関連を介したものである可能性が示唆された。

本研究では、症例数に限界があり、認知機能・骨折型・術式・術後合併症・栄養状態の要因を十分に調整できていない等が挙げられる。そのため、今後の展望とし、症例数を増加させ、カットオフ値の算出や予測モデル構築を行うことで、より実用的な歩行予後予測指標としての有用性を検証していく必要がある。

【結論】

術前の inbody 評価、特に SMI は退院時歩行能力を予測する有用な指標となる可能性がある。術前から筋量低下を把握し早期から運動療法に加えて適切な栄養介入を実施することが、術後の歩行能力改善につながる可能性が示唆された。

78-1　リハビリテーション④

自立支援に資する専門職・市民への普及啓発―地域包括ケア自立支援事業の取組―

1 埼玉県・埼玉県地域リハビリテーション・ケア　サポートセンター霞ヶ関南病院、
2 小規模多機能型居宅介護支援事業所併設認知症対応型共同生活介護事業所　園

○石動（いしどう）　恭平（きょうへい）（理学療法士）[1]、駒井　敦[1]、染谷　英昭[1]、島崎　祐輝[1]、岡持　利亘[1]、中間　浩一[2]

【はじめに】

川越市では 2040 年に向けて高齢者人口および介護給付費の増加が見込まれる一方、要支援 1・2～要介護 1 の比較的軽度な利用者でも、介護保険サービスを利用しながらも徐々に生活機能が低下していくことが課題となっている。そこで川越市は、第 9 期介護保険事業計画において「自立を支援するための介護予防ケアマネジメントの定着と共有」を重点施策に掲げ、令和 6 年度より同市の地域包括ケア自立支援事業を開始し、当センターが事業に協力（受託）している。本報告では、市内支援者・市民への「外向き」と法人内スタッフへの「内向き」の両面から実施した取組を述べる。

【取組】

外向きの取組では、令和 6 年度に多職種による検討部会にて意見交換を重ね、その内容をまとめた「自立支援の在り方を示すガイドブック」を作成し、ケアマネジャー・通所事業所職員・地域ケア会議関係者を対象とした研修会（181 名参加）を開催した。研修を通じて、合意形成、対話、地域資源の活用等について共通認識が形成された一方、本人・家族への普及啓発が課題として挙げられた。そこで令和 7 年度は、専門職だけでなく市民への普及啓発にも注力することとなり、市民向けリーフレットと実例集を作成した。実例集は、身体機能だけでなく、日常生活行為、精神面、社会参加、対話を通じた想いの言語化、家族の支援から成る 5 つの視点から自立支援を示す内容となった。成果物の作成後、市は市内 17 箇所の医療機関と、情報交換会の場にてケアマネジャー計 94 名に対し、上記の取り組みを説明した。市による説明と並行して、ケアマネジャー・通所事業所職員・地域支援事業関係者を対象とした研修会（344 名参加）を開催し、自立支援の取組や考え方を共有した。

内向きの取組では、介護保険申請時に利用目的が不明確な事例や、地域資源に関する法人内の情報共有不足を課題と捉えた。「リハビリテーション前置」の考え方に基づき、川越市における「地域での取組・資源集（以下、資源集）」を作成・配布した。資源集は、一般介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業、移動支援等を状態別・時期別に整理・言語化したもので、生成 AI を活用した情報提供と組み合わせて活用するものとした。自院では、地域資源に繋げるケアマネジメントを共有し、入院中のスタッフにもその意味を共有した。

【考察】

本取組では、成果物の作成そのものだけでなく、多職種が立場を越えて対話するプロセスが、自立支援に関する共通認識の形成に寄与したと考える。また、市民・支援者・法人内スタッフへ同時に働きかけることで、地域全体で自立支援を推進する基盤づくりにつながると考える。

今後は成果物を活用した普及と対話の場を継続し、地域包括ケアを支える協力者の拡大と地域全体の自立支援の向上を目指したい。

78-2　リハビリテーション④

療養病棟の入院時運動 FIM20 点以下の重度 ADL 低下患者における離床が転帰先に及ぼす影響

1 大阪府・わかくさ竜間リハビリテーション病院　リハビリテーション課、2 わかくさ竜間リハビリテーション病院　内科

○黒岩（くろいわ）　美樹（みき）（理学療法士）[1]、松浦　道子[1]、錦見　俊雄[2]

【目的】

療養病棟では高齢化や重症患者の割合が高く、ADL が著しく低下した患者へのリハビリテーションの介入が求められている。当院では重度 ADL 低下患者に対しても離床を含めた積極的なリハビリテーションプログラムを実施している。本研究では、その意義を検証するために、入院時運動 FIM20 点以下の重度 ADL 低下患者を対象に、離床と転帰先との関連について検討した。

【方法】

対象は当院療養病棟に入院しリハビリテーションを実施した患者のうち、入院時運動 FIM20 点以下であった 79 名（死亡・緊急転院を除く）とした。転帰別 2 群（自宅施設退院群と療養継続群）に分類し、基本属性と入院時 FIM、藤島摂食・嚥下グレード（以下 Gr.）、離床を伴うリハビリテーション（以下離床あり）、血液検査データ（ALB、CRP、Hb）、GLIM 分類について比較を行った。また、ロジスティック回帰分析を用いて転帰先に関連する因子を検討した。有意水準は 5% 未満とした。

【結果】

自宅・施設退院群は 32 名（平均年齢 84.6 ± 6.8 歳、男性 46.9%）、療養継続群は 47 名（平均年齢 78.2 ± 13.9 歳、男性 57.4%）であった。単変量解析では、入院時 FIM（27.4 ± 7.9 vs 23.7 ± 8.　±，p=0.012）、退院時 FIM（38.7 ± 24.9 vs 25.9 ± 14.5，p＜0.001）、退院時 Gr.（中央値 5（2-7）vs 2（1-3），p＝0.002）、離床あり（84.4% vs 14.9%，p＜0.001）、GLIM 重度低栄養（46.9% vs 70.2%，p＝0.037）に有意差を認めた。その他の年齢や性別、疾患、入院時 Gr.、および血液検査データには有意差を認めなかった。ロジスティック回帰分析では、離床および GLIM 重度低栄養が転帰と関連する因子として抽出された。

【考察】

本研究では、入院時運動 FIM20 点以下の重度 ADL 低下患者においても離床を伴うリハビリテーションは自宅・施設退院と関連していた。離床は活動量の確保や ADL 改善に影響し、退院支援に重要な役割を果たした可能性が示唆された。療養病棟において重度 ADL 低下患者であることを理由にリハビリ介入や離床を控えるのではなく、離床を目標とした介入が重要であり、多職種で離床機会を確保することが必要であると考える。
また、先行研究では低栄養は ADL 低下や転帰不良と関連することが報告されている。本研究においても GLIM 重度低栄養は転帰阻害因子として抽出されたため、離床と栄養管理の両立が重要であることが示唆された。

【結論】

入院時運動 FIM20 点以下の療養病棟入院患者において、栄養状態に加えて離床の有無が転帰に関連していることが示唆された。
今後は離床実施の可否に影響する因子について検討し、重度 ADL 低下患者における離床の適応判定や介入方法に繋げたい。

78-3　リハビリテーション④

療養病棟に入院する維持透析患者の筋量・栄養状態の変化やリハビリテーションとの関連

埼玉県・富家病院

こばやし　けいた
○小林　啓太（理学療法士）、小川　佳代子、大宮　均斗、大浜　玲弥

【目的】透析患者は低栄養やサルコペニアを合併しやすく，筋量低下や日常生活動作（以下：ADL）低下を生じやすい事が報告されている。また，栄養状態や身体機能は予後に影響する事も明らかにされており、維持透析患者は週 3 回の透析治療により安静時間が多く，臥床時間の増加や疲労の影響から運動機会が減少しやすい。このような背景から維持透析患者に対するリハビリテーションは身体機能及び ADL の維持・向上において重要とされている。
当院では透析日を含め可能な限り毎日リハビリテーションを実施している。維持透析患者の経過を身体状況，栄養状態及び ADL などから変化を明らかにし，今後のリハビリテーションプログラム（以下．リハプログラム）の検討に繋げる事を目的とした。
【方法】対象は当院療養病棟に入院している維持透析患者 12 名（男性 9 名，女性 3 名）とし入院時及び 6 ヶ月後で比較した。FIM（以下；運動項目：M-FIM，認知項目：C-FIM），アルブミンと体成分分析装置（InBody S10 以下：InBody）を用いて筋量及び位相角をそれぞれ調査した。また，摂取カロリー，体重，BMI も調査しリハプログラムとの関連を後方視的に検討した。
【結果】
M-FIM は平均 21.7 点から 22.0 点へ増加，個人変化は増加 4 名，減少 3 名，変化なし 5 名。
C-FIM は平均 18.0 点から 18.8 点へ増加，個人変化は増加 3 名，減少 2 名，変化なし 7 名。
アルブミンは平均 2.20g/dL から 2.21g/dL と僅かに増加，個人変化は増加 6 名，減少 4 名，変化なし 2 名。
筋量は平均 35.7kg から 33.8kg へ減少，個人変化は 10 名で減少，増加は 2 名。
位相角は平均 2.5° から 3.2° へ増加，個人変化は増加 7 名，減少 0 名，変化なし 5 名。
摂取カロリーは平均 1550kcal から 1450kcal へ減少，個人変化は増加 2 名，減少 6 名，変化なし 4 名。
体重は平均 51.8kg から 51.4kg へ減少，個人変化は増加 4 名，減少 8 名，変化なし 0 名。
BMI は平均 19.5kg/m^2から 19.5kg/m^2で変化なし，個人変化は増加 4 名，減少 8 名であった。
また，各々のリハプログラムの内容もまとめてみた。
【考察】今回，当院療養病棟入院の維持透析患者を対象に，筋量及び栄養状態からリハプログラムの関連について検討した。筋量は減少した一方で位相角は増加する傾向を認めた。位相角は細胞膜の健全性や筋の質を反映する指標とされており，筋量の減少が生じたが，筋の質や細胞機能は維持・改善されていた可能性が示唆された。これは栄養状態の維持・改善に加え，継続的な離床や ADL 練習などのリハプログラムが位相角の増加に影響した可能性が考えられる。
一方で筋量，栄養状態の改善がみられたが M-FIM の減少又は変化なしの症例では，位相角の減少がみられており、病棟内自立度の低下などの日常生活での活動量減少が影響した可能性が考えられる。また，摂取カロリーは減少した一方で，栄養状態や位相角は改善傾向を示す等，各個人の変化にばらつきが認められた。
このことから，透析患者の身体機能や栄養状態は単一の指標ではなく，位相角及び栄養状態を総合的に評価する必要性及び，リハビリテーションと栄養の双方に着目する重要性が示唆された。
【結論】療養病棟に入院されている維持透析患者では，入院時から 6 ヶ月間で筋量は減少した一方で位相角は増加する傾向を認めた。これにより，筋量のみでは身体機能を十分に評価できない可能性が考えられた。
筋量及び位相角の変化に応じて，リハプログラムの見直しや継続を検討することの重要性，優先的にリハビリテーションを行うことでの介入の効率化が行える可能性が示唆された。
また，各個人の変化にばらつきがみられたことから筋量に加えて位相角や栄養状態を総合的に評価することが適切な介入につながる可能性が示唆された。

78-4　リハビリテーション④

総合事業における短期集中予防サービスのフレイル指標を用いた介護予防効果の検討

東京都・法人本部　連携・地域支援事業部

とよた　へいすけ
○豊田　平介（理学療法士）

【はじめに】

介護予防・日常生活支援総合事業（以下：総合事業）は、市町村が実施する介護予防・生活支援を目的とした事業である。総合事業の介護予防・生活支援サービス事業には短期集中予防サービスがあり、通所型および訪問型が実施されている。利用者の状態に応じてサービスが選択され、通所型サービスC（以下：通所C）では、リハビリテーション専門職が関与し、生活機能改善や運動器機能向上、栄養改善等のプログラムを包括的に提供している自治体も多い。本市では通所Cにおいて、面談を中心とした支援を実践している。今回、通所Cの支援効果について、2つのフレイル基準を用いて検討したので報告する。

【対象と方法】

対象は、2024年4月から2025年3月までの期間に通所Cを利用し、フレイル判定が可能であった利用者とした。フレイル評価には、日本語版フレイル基準（以下：J-CHS）および簡易フレイルインデックス（以下：簡易FI）を用いた。通所C開始時および修了時の調査票と体力測定結果から、フレイル・プレフレイル・ロバストに分類し比較を行った。J-CHSでは108名、簡易FIでは131名を分析対象とした。評価項目の該当数が減少した場合を改善群、増加した場合を低下群、変化がない場合を維持群とした。

【結果】

J-CHSの分類では、改善群50%、低下群13.8%、維持群36.1%であった。ロバストは9%増加し、フレイルは20%減少した。簡易FIの分類では、改善群58%、低下群15%、維持群27%であった。ロバストは19%増加し、フレイルは20%減少した。開始時と修了時の比較では、J-CHSおよび簡易FIの両評価において有意差を認めた（$p<0.001$）。

【考察】

今回の結果より、通所C利用者においてJ-CHSおよび簡易FIの両フレイル基準で開始時と修了時に有意な改善を認め、フレイル状態からロバスト状態への移行が認められた。短期集中予防サービスは、要支援者に対して生活機能の改善を図り、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を継続することを目的としている。本結果から、リハビリテーション専門職による評価や面談を中心とした支援方法が、利用者の生活機能改善やフレイル状態改善に寄与する可能性が示唆された。J-CHSおよび簡易FIはいずれもフレイルを評価する指標であり、身体機能や体力要素を含む評価項目の特徴を有している。本市の通所Cでは、単なる運動機能向上のみではなく、利用者自身が生活課題を認識し、目標設定を行うことを重視している。面談を通した個別的な関わりにより、生活課題への気づきや行動変容が促され、その結果として身体機能や体力指標の改善につながったと考えられる。また、簡易FIでは改善群およびロバスト割合の増加がJ-CHSより高かったことから、評価項目や判定基準の違いが、利用者の変化を捉える特徴が示唆された。一方で、低下群も一定数存在しており、フレイルは身体・心理・社会的要因により変化する可能性があるため、低下した利用者の背景要因を把握することは重要である。原因を明らかにすることで、サービス利用時の個別的な支援方法や介入内容の検討につながると考える。また、短期集中型サービス修了後の継続的な社会参加および地域資源の活用や地域活動への支援は、介護予防効果を維持する上で重要である。今後は、フレイル評価結果を活用した対象者の状態把握や、サービス修了後の支援体制を検討することで、総合事業における効果的な介護予防支援体制の構築につながると考える。

78-5　リハビリテーション④

慢性期精神科病院リハビリテーション科におけるエンゲージメントの傾向と対策（第2報）

神奈川県・北小田原病院

○田中（たなか）　秀和（ひでかず）（作業療法士）

【はじめに】

従業員エンゲージメントは、自社や仕事に対して愛着や誇りを持ち、自発的に貢献しようとする心理状態をいう。エンゲージメントが高いと仕事への取り組みが生産的になり、離職率の低下につながるとされる。当院では令和5年度よりエンゲージメントサーベイを実施し、前回（第33回日本慢性期医療学会）は令和5・6年度の比較を報告した。今回は令和5・6・7年度の3年間の結果を比較・検討したため報告する。

【方法】

当院リハビリテーション科に所属する理学療法士・作業療法士に令和5・6・7年度のエンゲージサーベイを実施し、3年間の推移を検討した。対象職員は令和5年度17名（PT4名・OT13名）、令和6年度18名（PT5名・OT13名）、令和7年度18名（PT4名・OT13名）。令和5年度は34問、令和6・7年度は36問を実施した。なお、令和5年度と令和6・7年度では質問項目の数および内容の一部が異なるため、直接比較が可能な項目と困難な項目が混在している。各項目についてeNPS（Employee Net Promoter Score）を算出し、年度間で比較した。

【結果】

平均eNPSは令和5年度－17.7、令和6年度－29.8、令和7年度－30.2と3年を通じて低水準で推移した。eNPSの高い項目は、令和5年度が「休暇の取得しやすさ」（＋76.5）、「学会・研修参加の業務シフト調整」（＋52.9）、「上司の体調・私生活への配慮」（＋47.1）であった。令和6年度は「休暇の取得しやすさ」（＋66.7）、「時間外申請のしやすさ」（＋38.9）、「上司の問題解決への関与」（＋22.2）であった。令和7年度は「休暇の取得しやすさ」（＋83.3）、「時間外申請のしやすさ」（＋44.4）、「OTの雰囲気」（＋44.4）であり、休暇関連の項目が3年連続でeNPS最高値を記録した。一方、eNPSの低い項目は、令和5年度が「施設利用を家族・知人に推奨」（－82.4）、「施設利用意向」（－76.5）、「IMSグループで働き続けたい」（－70.6）であった。令和6年度は「STの雰囲気」（－76.9）、「他部門との連携」（－72.2）、「IMSグループでの就業継続意向」（－61.1）であった。令和7年度は「給与に満足している」（－66.7）、「就職先として自施設を推奨」（－66.7）、「IMSグループへの総合満足度」（－61.1）であり、給与・推奨意向・総合満足度に関するeNPSが3年を通じて低水準にとどまった。令和6→7年度の1対1比較では、「OTの雰囲気」（－11.1→＋44.4、＋55.5pt）、「STの雰囲気」（－76.9→＋5.6、＋82.5pt）、「他部門との連携」（－72.2→－27.8、＋44.4pt）が大幅に改善した。一方、「他者の昇格への納得感」（－5.6→－22.2、－16.6pt）、「自由に提案できる」（＋11.1→－5.6、－16.7pt）はeNPSが低下した。

【考察】

休暇取得や時間外申請のしやすさ等の労働環境面は3年連続でeNPSが高く、リクルート時の訴求ポイントとして活用できる。一方、給与満足度や総合満足度のeNPSは3年を通じて低水準であり、慢性期精神科病院という特性上、患者の劇的な回復が見えにくく自己効力感が低下しやすいことが影響していると考える。令和6→7年度ではST・OTの雰囲気や他部門連携が改善した一方、昇格への納得感や提案しやすさの低下は人事評価の透明性や組織風土に新たな課題を示唆する。今後は慢性期医療のやりがいを意識化し、自己効力感の向上を通じて組織全体のエンゲージメント改善につなげていきたい。

78-6　リハビリテーション④

離床時間向上に向けた多職種の協力について

静岡県・東名裾野病院

○佐野（さの）　廉（れん）（理学療法士）、丸山　由紀、山本　ひとみ

【目的】
活動性向上と廃用改善を目的として離床を促進することは重要である。当院では短期集中リハビリテーションを通して離床時間と活動量を確保しているが理想には十分ではないと考えている。離床時間の確保のために多職種の協力のもと病棟全体で取り組み、廃用が改善したため報告する。
【症例】
A 氏　90 代女性　　病名：多発性脳梗塞　腎臓がん　認知症　嚥下障害
要介護度 5　日常生活自立度 C1　認知症自立度 IV
【既往歴】
週 5 回デイサービスを利用しながら腎臓がんの治療を行っていた。経口と経鼻栄養併用しながら生活をしていたが嘔吐を原因に緊急入院となる。治療後、地域包括医療病棟に転院し 3 ヶ月間入院。自宅介護困難と判断し当介護医療院へ入所となる。
【入所後の経過】
入所当初からリハビリ介入を行ったが離床時間は週 3 時間程度であった。離床時間の確保を試みたが、リハビリだけでは不十分なため多職種と連携しカンファレンスを重ねた。離床時間を増やすための問題点として見守りがなかなかできないのが原因と考えられた。スタッフが見守りできる入浴前後の待ち時間やシーツ交換時の時間帯を利用することとした。また、経管栄養をすでに実施している利用者を同室に集めることによって少ない人数で見守りすることができるようになった。その結果、入所 2 週目には離床時間が週約 8 時間に増え、3 週目には昼食時の離床開始時間を早めることにより週約 14 時間、さらに夕食時も同様にしたところ週約 20 時間確保できるようになった。リハビリテーションとしては、下肢を中心とした可動域訓練や端座位訓練とバランス訓練を中心に実施した。結果、日常生活自立度は C1 から B2 に向上、認知症自立度の変化はなかったが発語の増加や笑顔が見られるようになり挨拶への反応も認めるようになった。
【結果】
入所時は傾眠傾向が強く、声かけにより覚醒は維持できるものの理解度は不明瞭であった。介入後は、覚醒している時間が増加し、輪投げや風船バレーなどのレクリエーションへの参加が可能となった。発語や声量の増加がみられ、笑顔も増加した。下肢屈曲時痛は軽減し、股関節屈曲可動域は 50° から 75° へ、膝関節屈曲可動域は右 60° から 85°、左 45° から 75° へと改善した。座位保持能力も向上し、全介助から見守り下で 5〜10 分の端座位保持が可能となった。また、車椅子座位は実施していなかったが約 3 時間以上保持できるようになった。
【考察】
離床時間を向上させたことにより廃用の改善がみられた。また本症例を通じて、業務内容を詳細に分析し無駄な時間を省き効率化を図ることにより空いた時間を効率的に利用できると感じた。そして利用者にかける時間を増加させ介護サービスの質を上げていくことが必要だと考えた。
【結論】
昨今業務の生産性向上が謳われている。今回の取り組みを通じて、現場で困難と感じている課題に対しても多職種で継続的に話し合い生産性向上を図りより充実したサービスを提供していきたい。

79-1　訪問（在宅）リハ①

回復期リハ病棟退院後におけるソフトランディングシートを用いての訪問リハの取り組みについて

1 鹿児島県・八反丸リハビリテーション病院、2 鹿児島大学　医学部　保健学科　作業療法学専攻

○中村（なかむら）　裕樹（ひろき）（理学療法士）[1]、窪田　正大[2]

【目的】

訪問リハでは，退院時に獲得した能力を在宅生活にスムーズに移行し，いかにADL能力を維持・向上させるかが重要である．そこで，病棟・訪問の両セラピストがADLとIADLの情報共有するための入力フォーム（ソフトランディングシート）を試用した．このシートは，食事・整容・口腔ケア・更衣・移動（室内・屋外）・階段昇降・入浴・排泄をADL項目としている．また，服薬・買物・調理・掃除・洗濯・ゴミ出し・金銭管理をIADL項目とし，各項目を自立・見守り・一部介助・全介助を評価している．

今回，新たな取り組みとして退院後にソフトランディングシートを用いて退院時のADLとIADLの状況を把握した．そこで本研究の目的は，ソフトランディングシートを用いた評価を経時的に利用することで，ADLとIADL能力の変化を調査することである．

【方法】

1．対象

2022年4月から2024年3月までに当院回復期リハビリテーション病棟から訪問リハへ移行した患者32名（男性10名・女性22名，平均年齢83.06±9.88歳）を対象にした．疾患の内訳は，脳血管障害7名，下肢骨折9名，椎体骨折等11名，脊髄損傷3名，廃用症候群1名，肩関節周囲炎1名であった．要介護度別では，要支援2が5名，要介護1が13名，要介護2が3名，要介護3が5名，要介護4が5名，要介護5が1名であった．同居者の有無は，有りが20名，無しが12名であった．

2．方法

1）評価方法

退院後にソフトランディングシートを用いて退院時のADLとIADLの状況を病棟及び訪問リハ担当者が評価した．退院時と訪問リハ開始し，退院1ヵ月後と3ヵ月後のADLとIADLの自立度を評価した（自立・見守り・一部介助・全介助）．なお，本研究はヘルシンキ宣言に基づいて被検者が特定されないように配慮した．

2）分析方法

⑴ ADLとIADL下位項目の介助量を比較した．

⑵性別，年齢別(70歳未満vs70歳以上)，同居者の有無別について退院時，1月後のADLとIADL評価のそれぞれの合計点をMann-WhitneyのU検定で比較した．

⑶ また，退院時，1，3ヵ月後のADLとIADLの経時的変化を比較するためにFriedman検定と多重比較検定を行った．

なお，統計ソフトは，jamovi.version2.3.28を用い，有意水準は5%とした．

【結果】

1）ADL評価細項目では，食事・口腔ケア・排泄は退院時に自立レベルであったのが8割であった．一方，屋外移動・階段昇降・入浴は約3割に留まった．IADL評価細項目では，服薬・金銭管理は約5割が自立していた．それ以外は全介助が約7割と高い状況であった．

2）性別，年齢別，同居者の有無について退院時，1，3ヵ月後のADLとIADL評価は，有意差を認めなかった．

3）ADL評価における経時的変化では，Friedman検定で有意差を認め（$p<0.01$），多重比較検定では，退院時より1ヵ月，3ヵ月が有意に改善していた（$p<0.01$）．IADL評価の経時的変化では，有意差を認めなかった．

【考察】

ADLとIADLにおいて，退院時に獲得した食事・口腔ケア・更衣・屋内移動・排泄のADL能力がその後，維持・向上していることが明らかになった．しかし，屋外歩行や階段昇降，入浴について介助量の軽減が図られていなかった．

このことから今後は，屋内の活動範囲を屋外につなげるためにチェックシート等を活用して転倒リスクを利用者だけではなく本人以外も十分に把握することが必要だと考える．また，同居者の影響は示唆されなかったが，IADLの維持は退院後自立した生活を送る上で非常に重要である．IADL低下は，日常生活に支障をきたし介護度が高くなることに関連する可能性があるので入院前の能力との関連性についても検討したい．

79-2　訪問（在宅）リハ①

当院の訪問リハビリテーション利用に向けた取り組み

大阪府・岸和田平成病院

○尾﨑（おざき）　恵介（けいすけ）（理学療法士）

【はじめに】

当院の訪問リハビリテーション（以下，訪リハ）の利用者は，主に当院の回復期リハビリテーション病棟（以下，回リハ）退院患者が占めている．

退院後に訪リハが必要な方へ訪リハを行うために，回リハスタッフに向けて口頭で訪リハ利用の促しを行ってきたが，訪リハ利用者数の増加は停滞していた．

そこで働きかけ方法を見直し，従来の口頭での周知から院内で使用しているリハビリテーション支援システムのコミュニケーション機能を活用した．

その結果，訪リハ利用者数の増加が認められたため，本取り組みの効果について検討し報告する．

【対象と方法】

今回使用したコミュニケーション機能はスタッフ間で個人または複数人に対してメッセージを送受信できる機能であり，過去のやり取りも時系列で確認できるものである．

この機能を用いて訪リハの利用方法や利用目的等に関する情報共有を行い，使用前後での比較を行った．

対象は，2025 年 5 月 1 日から 2025 年 11 月 30 日までに回リハから退院した患者のうち担当者が退院後に訪リハが必要と考えた 81 例とした．

コミュニケーション機能の使用前後の 2 群に分類し，年齢，性別，疾患分類，訪リハ利用の有無，退院先，在院日数，退院時機能的自立度評価（以下 FIM；運動 FIM，認知 FIM，合計 FIM），要介護度を比較した．

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施し，個人情報保護に十分配慮した．

【結果】

年齢，性別，疾患分類，退院先，在院日数，退院時 FIM，要介護度は 2 群間で有意差は認められなかった．訪リハ利用の割合は使用前が 10.3%（4 例/39 例），使用後が 35.7%（15 例/42 例）と増加し，有意差を認めた（$p<0.01$）．

また，訪リハ利用に至った患者の背景を比較した結果，いずれの項目においても有意差が認められなかった．

【考察】

本研究では，コミュニケーション機能の使用前後で年齢，性別，疾患分類，FIM などの患者背景に有意な差はなかったが，訪リハ利用割合は使用後に有意に増加した．

このことから，病棟スタッフへの働きかけ方法の工夫が訪リハ導入の意思決定に影響を与えた可能性が示唆された．

また，視覚的な情報提供は聴覚的な情報提供と比較して記憶に残りやすいとされており，本研究結果もその知見を支持する可能性が示唆された．

今後は，調査期間の延長に加え，患者の家族構成や介助力などの社会的背景を含めた検討が必要である．

【結語】

コミュニケーション機能の使用により訪リハ利用者が有意に増加した

79-3　訪問（在宅）リハ①

在宅高齢者の訪問リハビリテーションで身体組成はどう変わるか?―家庭用体組成計を用いた検討―

千葉県・初富保健病院

○田代（たしろ）　大貴（ひろき）（理学療法士）、森島　孝行、小滝　治美、鮫島　俊弘、中村　真人、早川　知世、
武田　英男、唐澤　秀治

【背景・目的】

在宅高齢者において体重変化は栄養状態や身体状態の指標として広く用いられている。しかし、同じ体重変化でも筋肉が減った場合と脂肪が減った場合では、その意味は異なる。そこで本研究では、在宅高齢者の身体組成に着目し、体重変化の中身について検討することを目的とした。

【方法】

対象は訪問リハビリテーションを利用した在宅高齢者 28 例とし、このうち 6 か月以上追跡可能であった 15 例を解析対象とした。体重、body mass index（BMI）、体脂肪量、除脂肪量（LBM）、握力、下腿最大周囲径、Barthel Index（BI）を毎月 1 回測定した。体組成測定には家庭用体組成計 OMRON KRD-608T2-W（BIA 法）を用いた。測定は可能な限り同じ曜日・時間帯に設定し、同一測定者が実施した。15 例については、在宅環境における生活リズムや体液変動などによる測定値のばらつきを考慮し、前期 3 回中央値と後期 3 回中央値を用いて変化量（Δ）を算出した。さらに、体重変化により体重低下群と維持～増加群に分類し、各項目の Δ を比較した。また、ΔLBM と Δ 体脂肪量の散布図を作成し、体重変化の中身を検討した。

【結果】

解析対象 15 例は男性 2 例、女性 13 例、年齢中央値 82［78-84］歳、BMI 中央値 23.1［19.8-29.6］kg/m^2、BI 中央値 85［70-97.5］点であった。体重変化により分類すると、体重低下群は 7 例、維持～増加群は 8 例であった。体重低下群では ΔLBM-0.43kg、Δ 体脂肪量-0.72kg、維持～増加群では ΔLBM+0.37kg、Δ 体脂肪量+0.33 kg であった。群間比較では、ΔLBM および Δ 体脂肪量に有意差を認めた（P＜0.001）。一方、握力、下腿最大周囲径および BI には有意差を認めなかった。なお、散布図では特徴的変化を示す症例が確認された。

【考察】

本研究では、全体的な傾向として体重の変動に合わせて、ΔLBM および Δ 体脂肪量も増減していた。しかし、散布図も用いて個別にみると、体重減少であっても LBM を維持している症例や、体重増加にもかかわらず LBM が減少する症例も認められた。これらの結果から、体重変化の内訳を確認することで、順調な経過の確認や、運動療法・栄養介入の見直しが必要な症例の把握につながると考えられた。また、握力、下腿最大周囲径、BI には明らかな変化を認めなかったことから、身体組成の変化は機能指標や ADL の変化に先行して現れる可能性が考えられた。訪問リハビリテーションにおいては、体重の増減のみで判断するのではなく、その変化の中身にも着目することで、介入効果の確認や介入計画の見直しをより早期に検討できる可能性があると考えられた。

【結論】

訪問リハビリテーションにおいて、家庭用 BIA を用いた身体組成評価は介入戦略の一助となり得る。

79-4　訪問（在宅）リハ①

訪問リハにより社会的役割の再獲得に至った脳卒中の1例―SWOT分析を用いたストレングスアプローチの実践―

1群馬県・美原記念病院　リハビリテーション部、2リハビリテーション科学講座、3美原記念病院　リハビリテーション科、4美原記念病院　脳神経内科

○野本（のもと）　正仁（まさひと）（理学療法士）[1]、佐藤　由依[1]、菊地　豊[1]、石森　卓矢[1]、中村　智之[2,3]、美原　盤[4]

［はじめに］訪問リハビリテーション（リハ）の特性は、実生活の場へ介入し退院後に顕在化する個別の生活課題に対して具体的な解決方法を見出せる点にあり、これは入院リハでは困難な支援といえる。今回、退院後に直面した生活課題に対しSWOT分析を実施し、症例の強み・環境の強みを活用したストレングスアプローチを行い、社会的役割の再獲得に至った脳卒中の1例を経験したので報告する。

［症例］47歳男性。脳梗塞による左片麻痺（Br.stageVI-VI-IV）。発症172日目に自宅退院し、訪問リハを開始した。開始時、FIMは121点とADLは自立していた。しかし、患者からは「自分には何もできない」と自身の身体機能を過小評価し、将来への不安も強かった。IADLの指標であるFAIは4点、生活空間の広がりを示すLSAは13点と活動範囲の狭小化を認めた。家族構成は妻、長女、次女と同居。病前は自宅から約100mの距離にある自動車整備工場を経営、週末は次女が通う地域の体操教室で指導者を務めていた。患者は職場が徒歩圏内にあることや地域の体操教室における指導者としての役割を有していたが、これらを生活再建に活用できる強みとして認識できていなかった。妻も「生活に慣れてくれれば」と家族を支える役割の再獲得までは期待していなかった。

［経過］介入から3ヵ月までの期間、SWOT分析を用いて、職場が徒歩圏内にあることや地域の体操教室における指導者としての役割が生活再建において有利に働く強みであることを患者・家族、セラピスト間で共有した。その上で、職場までの通勤練習や体操教室への参加を段階的に支援した。成功体験の積み重ねに伴い、患者の発言は「付き添いがあれば行けそう」から「一人で行きたい」へと変化し、職場や体操教室へ主体的に参加する行動変容を認めた。4～6ヵ月の期間は、仕事と体操教室における指導者としての役割再獲得への課題に加え、長女の進学に伴う経済的問題、現場作業への復帰困難といった生活上の課題に直面した。これらの課題に対しセラピストは具体的な解決策を一方的に提示するのではなく、作業方法の変更、家族への協力依頼、他者との役割分担といった多角的な視点を提示した。その結果、患者は自身の身体機能向上のみを解決手段とする単一的な解決方法から、環境や他者を活用する複合的な解決方法へと質的な転換を示し、仕事と体操教室における指導者としての役割を再獲得した。

介入6ヵ月後の訪問リハ終了時、FIMは124点とADLに変化はないものの、FAIは33点、LSAは77点と向上を認め、病前同様に自動車整備工場での仕事と体操教室における指導者としての役割を再獲得した。その後、患者からは「仕事を頑張りたい」と意欲的な発言が聞かれ、休日は旅行など余暇活動にも自発的に挑戦するようになった。妻からは「頼もしくなった」との発言が聞かれ、家族を支える役割の再獲得に至った。

［考察］本症例における訪問リハでは、SWOT分析を用いて患者の強み、および環境の強みを患者・家族、セラピスト間で共有した上で、通勤練習や体操教室への参加を段階的に促し、成功体験を積み重ねるよう支援した。その結果、患者の主体的な行動変容につながり、仕事と体操教室における指導者としての役割の再獲得に至った。SWOT分析は、障害による制限に目を向けがちな患者や家族が、潜在的な強みに気づき、前向きな視点転換を促す上で有用であり、本症例においても効果的であった。この分析とそれに基づいたストレングスアプローチは、入院環境ではなく実際の生活環境や地域資源に直接介入できる訪問リハの場で実践してこそ効果を発揮するものであり、在宅期におけるアプローチとして有用と思われた。

79-5　訪問（在宅）リハ①

地域包括ケアにおける療法士の役割分析―地域包括支援センターからの訪問指導依頼内容のテキストマイニング―

東京都・緑成会病院

○松本（まつもと）　徹也（てつや）（理学療法士）、柳下　将俊、房村　遼

【背景】

地域包括ケアシステムの推進に伴い、地域包括支援センター（以下、包括）には高齢者の自立支援や重度化予防を目的とした多職種連携が求められている。地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーション専門職が訪問や通所、地域ケア会議等に関与し、生活機能の維持向上に資する事業として位置付けられている。小平市では 2017 年度より本事業に療法士を継続的に派遣しているが、包括が療法士に求める役割を整理した報告は少ない。

【目的】

過去 9 年間の包括からの訪問指導依頼書を分析し、療法士に期待される役割の特徴を明らかにすることを目的とした。さらに副次解析として、依頼内容に含まれる生活行為関連ニーズと指定職種との関係を整理し、地域における職種活用の特徴を検討した。

【方法】

2017 年度から 2025 年度までの 9 年間に、包括から当事業を通じて訪問指導依頼があった 267 件を対象とした。対象の基本属性（年度推移、介護度、指定職種等）を整理した上で、依頼書の「依頼内容・目的」の自由記載を対象に、ユーザーローカル AI テキストマイニングによる分析を用いて単語出現頻度および共起キーワードを抽出した。さらに副次解析として、頻出語上位 100 語のうち生活行為、環境調整、認知・心理面に関連する語句を抽出し、その出現頻度と指定職種との関係を整理した。

【結果】

総依頼数 267 件のうち、指定職種は理学療法士が 196 件（73.4％）で最多であった。

主解析では、頻出語として「本人（386 回）」「リハビリ（278 回）」「アドバイス（251 回）」「歩行（246 回）」「利用（235 回）」「転倒（180 回）」が上位を占めた。共起語では「アドバイス－希望」「アドバイス－評価」「アドバイス－リハビリ」「低下－筋力」の結びつきが強く認められた。

副次解析では、「生活（109 回）」「動作（92 回）」「移動（91 回）」「外出（88 回）」「福祉用具（75 回）」「食事（66 回）」など、生活行為や環境調整に関連する語句が多数認められた。一方、作業療法士指定は 8 件（3.0％）にとどまった。

【考察】

包括が療法士に期待する役割は、対象者の生活機能や環境を評価し、その結果を支援方針やサービス調整につなげる専門的助言機能である可能性が示唆された。療法士はケアマネジメントを後方支援するコンサルテーション機能を担っていると考えられる。また、副次解析では生活行為や環境調整に関するニーズが多く認められた一方、指定職種は理学療法士に偏在していた。このことから、包括における療法士活用は身体機能支援中心に認識されている可能性があり、今後は各専門職の役割理解を促進する必要がある。

【結語】

包括からの訪問指導において療法士に求められる役割は、ケアマネジメントを後方支援するコンサルテーション機能である可能性が示唆された。また、生活行為関連ニーズに対する専門職活用の偏りが明らかとなり、地域包括ケアにおける適切な職種活用の重要性が示された。

79-6　訪問（在宅）リハ①

訪問リハビリテーション利用者における ADL 動作と家族介護者の介護負担感との関連性

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

うしじま　ふみたか
○牛島　史誉（理学療法士）、西　祥吾、深堀　唯、野底　信作

【目的】

高齢化の進行に伴い、在宅で生活する要介護高齢者に対する訪問リハビリテーションの需要が高まっている。在宅生活を支えるには、本人の身体機能や ADL の維持・向上だけではなく、それを支える主介護者の心身の負担にも着目する必要がある。

主介護者の心理的・身体的負担は介護の質や継続性にも影響を及ぼすため、介護負担感の評価とその軽減は重要な課題である。本研究では、訪問リハビリテーション利用者の ADL 能力の変化と、主介護者の介護負担感との関連性を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象：令和 6 年 8 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日の間に訪問リハビリテーションを開始した 16 名（独居など主介護者がいない者は除く）

評価項目は利用者の ADL 能力として Barthel Index（以下：BI）、介護者の介護負担感として Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版（以下：J-ZBI_8）を使用。

①BI と J-ZBI_8 の初回評価時および 3 か月後に評価を実施した。統計解析は、初回と 3 か月後の比較に Wilcoxon 符号付順位検定を用いて分析を行った。

②BI と J-ZBI_8 の変化量（ΔBI、ΔJ-ZBI_8）の関連性について Spearman 順位相関係数を用いて分析を行った。

①②とも有意水準は 5%（$p<0.05$）とする。

【結果】

①BI は初回と 3 か月後で有意差を認めなかった（$p=0.4492$）。また、J-ZBI_8 においても有意差を認めなかった（$p=1.0000$）。

②ΔBI と ΔJ-ZBI_8 の間には有意な相関を認めた（$\rho=-0.7245$, $p=0.0015$）。

【考察】

中越らは、通所リハビリテーション利用の在宅高齢者の ADL 機能とその家族介護者の QOL および介護負担感の縦断的な変化を検討し、その結果、ADL 変化は介護者の QOL・負担感の変化と関連する可能性が示唆されている。

本研究では、訪問リハビリテーションを利用した 3 ヶ月間において ADL 能力および介護負担感に有意な変化は認めなかった。要因として在宅生活期では生活の変化が緩徐であり、また介護負担感は多面的要因の影響を受けることから、3 ヶ月間の短期的な訪問リハビリテーションの介入では優位な変化を認めなかった可能性が考えられる。一方で、ΔBI と ΔJ-ZBI_8 の間に強い負の相関を認めたことから、ADL 能力が改善した利用者ほど主介護者の介護負担が軽減する可能性が示唆された。訪問リハビリテーションにおいては、利用者の ADL 能力の維持・向上を図ることで、介護者の負担感を増大することを防止しながら在宅生活を送ることができるのではないか。また主介護者の介護負担感を確認することによって、介護者を含めた包括的支援や利用者の ADL 能力を把握する要素になるのではないかと考える。

80-1　訪問（在宅）リハ②

訪問リハビリ利用者における入院予測因子の検討

福島県・いわき湯本病院

○高坂（たかさか）　千恵（ちえ）（理学療法士）、島津　知代、菅野　有

【背景】

高齢化の進行に伴い在宅療養者は増加しており、訪問リハビリテーションには在宅生活の継続支援が求められている。しかし、入院は在宅療養の継続を阻害する大きな要因である。当事業所では、昨年度の訪問リハビリ利用者 134 名のうち 27 名が入院によりサービスを中止しており、実利用者に対する入院発生率は約 20% であった。入院リスクを早期に把握できれば、重点的な介入や多職種連携による予防的支援が可能になると考えられる。一方、在宅現場で簡便に測定可能な身体機能指標と入院との関連については十分な検討がなされていない。

【目的】

訪問リハビリ利用者における身体機能指標と 3 か月以内の入院との関連を明らかにし、入院予測に有用な評価指標を検討することを目的とした。

【方法】

対象は訪問リハビリ利用者 56 名（非入院群 49 名、入院群 7 名）とした。評価項目は年齢、性別、看護併用の有無に加え、身体機能指標として握力合計、握力合計体重比、5 回立ち上がりテスト（5SST）、5SST 体重比、4 m 歩行時間、4m 歩行時間体重比を測定した。統計解析には Mann-Whitney U 検定および Fisher の正確確率検定を用い、有意水準は 5% とした。さらに有意差を認めた項目について ROC 解析を実施し、カットオフ値および予測性能を算出した。

【結果】

非入院群と入院群の比較では、握力合計のみが有意差を認めた（p=0.039）。握力中央値は非入院群 27.5kg、入院群 14.0kg であり、入院群で有意に低値を示した。一方、握力合計体重比（p=0.233）、5SST（p=0.444）、5SST 体重比（p=0.147）、4m 歩行時間（p=0.746）、4m 歩行時間体重比（p=0.322）では有意差を認めなかった。ROC 解析の結果、握力合計の AUC は 0.745 であり、中等度の判別能を示した。カットオフ値は 19.0kg で、感度 71.4%、特異度 73.9% であった。また、5SST 体重比は有意差を認めなかったものの、AUC 0.687、感度 83.3% を示した。

【考察】

本研究では、訪問リハビリ利用者において握力低下が入院と有意に関連することが示された。握力は全身筋力や身体予備能を反映する指標であり、身体機能低下やフレイルの進行を捉える簡便な評価として知られている。今回、握力合計 19kg 未満が入院リスクの目安となる可能性が示され、在宅利用者のリスク評価に活用できると考えられた。また、5SST 体重比は統計学的有意差を認めなかったものの高い感度を示しており、入院ハイリスク者を抽出するスクリーニング指標として有用である可能性が示唆された。歩行能力指標よりも筋力指標との関連が強かったことから、在宅利用者における入院予防には筋力低下への着目が重要であると考えられる。

【結論】

今回のデータでは、訪問リハビリ利用者において、握力低下は入院と有意に関連していた。特に握力合計 19kg 未満は入院リスクを予測する指標となる可能性が示された。また、5SST 体重比は比較的に感度が高く、入院ハイリスク者の早期抽出に有用なスクリーニング指標となる可能性が示唆された。今後は対象者数を増やし、多変量解析による検討を行い、前向きに検討することにより、精度の高い入院予測モデルの構築が必要である。

80-2　訪問（在宅）リハ②

月1回の低頻度運動介入が慢性期高齢者の身体機能維持に及ぼす影響～2年間の継続観察による実践報告～

福岡県・訪問看護ステーションゆのそ

○福田（ふくだ）　賢二（けんじ）（作業療法士）、小野　英規、馬場　優介、穴見　貴恵

【目的】超高齢社会において、慢性期高齢者の身体機能低下を予防し、生活機能を維持することは重要な課題である。特に施設入居高齢者では、活動量の低下や社会参加機会の減少により、筋力・バランス能力・移動能力の低下が進行しやすい。本研究では、軽費老人ホーム入居者を対象に、訪問看護ステーションが主体となり月1回の運動教室を2年間継続し、身体機能の維持効果と低頻度介入の実施可能性について検討した。【方法】対象は、2023年度から2024年度にかけて運動教室へ継続参加し、重篤な疾患の発症やADLに影響を及ぼす事態がなく、測定データを一定数取得できた高齢者7名（男性2名、女性5名）とした。運動教室は1回60分の集団形式で行い、座位での全身の柔軟体操・セラバンド運動・整理体操を中心とした低負荷運動を実施した。評価項目は握力、開眼片脚立位（OLS）、Timed Up and Go Test（TUG）、Chair Stand 30-sec Test（CS-30）とし、年4回、2年間で計8回測定した。各対象者の年度内平均値を算出し、2023年度と2024年度の年度間比較をウィルコクソンの符号付順位検定により行った。有意水準は5%とした。【結果】握力は右13.13kgから15.00kg、左12.63kgから13.67kgへ変化した。OLSは右4.38秒から3.04秒、左6.76秒から4.94秒、TUGは8.98秒から9.40秒となり、いずれも有意差は認められなかった。一方、CS-30は16.50回から14.64回となり、有意差には至らないものの低下傾向を示した。介入期間中、運動教室の継続を困難にする有害事象は認めなかった。【考察】月1回という低頻度の介入であっても、握力、静的バランス、移動能力は2年間にわたり概ね維持されていた。慢性期・維持期の高齢者では、機能改善だけでなく、加齢に伴う低下を抑制し現状を維持すること自体が臨床的に意義をもつと考えられる。また、訪問看護ステーションが施設と連携して定期的に関わることで、参加者の体調変化を把握しながら安全に運動機会を提供できた点は、地域の社会資源を活用した介護予防支援としても有用である。一方で、CS-30の低下傾向から、座位中心の低負荷運動のみでは、立ち上がり動作に必要な下肢筋力への刺激が不足する可能性が示唆された。そのため、今後は立ち上がり練習やスクワット等の下肢荷重運動を安全性に配慮しながら段階的に導入し、教室間のホームエクササイズ支援や参加者への継続的な動機づけを組み合わせる必要がある。【結論】訪問看護ステーションが主体となる月1回の運動教室は、慢性期高齢者の身体機能維持に寄与する可能性がある。人的・時間的制約のある現場でも安全に実施可能な低頻度介入モデルとして有用であり、今後は対象者数を増やし、生活機能アウトカムや転倒発生状況、参加継続率を含めた検証が必要である。

80-3　訪問（在宅）リハ②

回復期病院併設事業所における訪問リハビリテーション開始日数短縮に向けた連携強化の取り組み

埼玉県・埼玉みさと総合リハビリテーション病院

○髙橋（たかはし）　祐輝（ゆうき）（理学療法士）、堀田　智也

【目的】

回復期病棟から訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）への移行においては、回復期病棟リハビリテーションスタッフ(以下病棟リハスタッフ)の訪問リハに対する役割や効果の理解、適応患者の選定が十分でないことに加え、病棟リハスタッフと訪問リハスタッフ間の情報共有不足が課題となっていた。その結果、退院時に訪問リハが導入されず、退院後に地域のケアマネジャーから依頼を受けて介入を開始するケースが多く、訪問リハ開始までに時間を要していた。退院後から訪問リハ開始までの期間が空くと、活動量低下による廃用症候群が急速に進行するリスクがある。

そこで、回復期病棟と訪問リハ間の連携体制を構築し、退院から訪問リハ開始までの日数短縮を目的とした取り組みを実施したため、その内容と結果を報告する。

【方法】

2025 年 4 月より、病棟リハスタッフと訪問リハの連携強化を目的に、以下の取り組みを段階的に導入した。

①情報共有ツールの運用：入院早期から病棟リハスタッフと訪問リハスタッフが情報を共有し、訪問リハ適応患者の抽出、選定を実施した。

②病棟リハスタッフと訪問リハの兼任体制の整備：兼任スタッフを配置し、訪問リハ適応患者の選定・判断基準の明確化と早期からの情報共有を図った。

③入院中からの訪問リハスタッフの介入：訪問リハ適応患者への介入や病棟リハスタッフとの情報共有を行い、訪問リハの役割や必要性について共通認識を図った。

④退院前の多職種連携の強化：訪問リハスタッフが退院前カンファレンスへ参加し、退院後の生活像や支援方針について多職種間で情報共有を行った。

⑤訪問リハ経過報告会の定期開催：訪問リハ利用者の経過を病棟リハスタッフへ報告し、訪問リハビリの役割や効果、適応基準について理解促進を図った。

取り組み前後における退院から訪問リハ開始までの日数を比較し、その効果を検証した。

【結果】

退院から訪問リハ開始までの平均日数は、2024 年度の 10.5 日から 2025 年度は 4.0 日へ短縮した。これにより、訪問リハ開始までの期間は平均 6.5 日短縮され、退院後の早期介入が可能となった。訪問リハスタッフが入院中から介入し、患者や病棟リハスタッフと退院後の生活課題を共有したことで、生活期を見据えた支援方針を早期に検討することが可能となった。

【考察】

情報共有ツールの運用や兼任体制の整備、退院前カンファレンスへの参加により、病棟リハスタッフと訪問リハ間の情報共有が円滑となり、退院前から介入準備を進められたことが、退院から訪問リハ開始までの期間短縮につながったと考える。さらに、病棟リハスタッフが訪問リハを兼任する体制を構築したことで、訪問リハの役割への理解が深まり、兼任スタッフ自らが病棟で訪問リハを提案する好循環が生まれた。これが退院後のリハ空白期間の最小化につながったと考える。

【結論】

回復期病棟と訪問リハ事業所間の連携強化により、退院後訪問リハ開始までの日数短縮が可能となった。今後は、病棟リハスタッフと訪問リハスタッフの連携体制を一層強化し、退院支援の質向上を図る。これにより、退院後も切れ目なくリハビリテーションを提供できる体制を構築していく。

80-4　訪問（在宅）リハ②

訪問リハビリテーションにおける半側空間無視を呈す症例の Hybrid Assistive Limb®腰タイプ使用後の経過報告

東京都・緑成会病院

○谷出（たにで）　優香（ゆか）（理学療法士）

【目的】

半側空間無視を呈した症例は，空間認識の偏りから起立・着座時に非対称な姿勢となりやすく，転倒リスクや介助負担を増大させる要因となる．Hybrid Assistive Limb®腰タイプ自立支援用（以下，腰 HAL）は，適切な運動感覚のバイオフィードバックを促す特徴を持つ．本報告の目的は，訪問リハビリテーションにおいて腰 HAL を用いた起立訓練が，半側空間無視を呈した慢性期脳血管障害 2 症例に与える影響を検証することである．

【方法】

症例 A は 50 歳代男性，右脳梗塞，移動は屋外 4 点杖自立である．症例 B は 70 歳代女性，クモ膜下出血，移動は 4 点杖軽～中等度介助を要する．手すりなしの環境で，腰 HAL 装着による起立・着座訓練を症例 A は 10 回×5 セット（計 50 回），症例 B は 10 回×3 セット（計 30 回）を週 1 回，4 週間実施した．評価指標は 30−Second Chair Stand Test（以下，CS−30），起立動作の円滑性を NRS にて評価し，各週の介入前後に測定した．また，Canadian Occupational Performance Measure（以下，COPM）を用いて対象者が挙げる「起立動作」の重要度・遂行度・満足度の変化を初期と最終で比較した．また，本人や家族の内省を確認した．発表にあたりヘルシンキ宣言に則り，対象者および家族へ目的や内容を説明し同意を得た．症例情報は個人が特定されないよう匿名化に十分配慮した．

【結果】

症例 A の CS−30 は 9 回から 5 回，NRS は 1 点から 9 点，COPM は重要度が 9 点から 10 点，遂行度は 8 点から変化なし，満足度 6 点から 10 点であった．症例 B の CS−30 は 3 回から 8 回，NRS は 3 点から 5 点，COPM は重要度が 10 点から変化なし，遂行度は 0 点から 9 点，満足度は 7 点から 9 点であった．症例 A 本人からは「トイレの立ち座りやズボンに手を伸ばすのがやりやすくなった．」，症例 B の家族からは「テーブル支持での起立が上手になり介助が楽になった．」との内省を得た．

【考察】

両症例の CS－30 の変化は，腰 HAL の適切な感覚フィードバックにより代償運動の抑制と体幹前傾を伴う安全な起立パターンが再学習されたと考える．この運動学習は，週 1 回の訪問リハビリテーションであっても，非装着時の在宅生活へ汎化され，COPM の向上や介護負担軽減に寄与した．今後は腰 HAL の効果を検証するため，症例数を増やし検討していく．

【結論】

腰 HAL を用いた起立訓練は，半側空間無視を呈する慢性期脳卒中症例の基本動作や作業遂行の自立度向上，および介護負担の軽減に繋がる可能性がある．

80-5　訪問（在宅）リハ②

演題取下

81-1　摂食・嚥下リハ①

運動器疾患患者における退院時嚥下障害の臨床的特徴―回復期リハビリテーション病棟176例の検討―

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○小田（おだ）　海（うみ）（言語聴覚士）、中園　幸希、小長谷　みなみ、中尾　健太郎

【目的】

嚥下障害は低栄養、誤嚥性肺炎および身体機能低下と関連し、高齢者の生活機能や予後に影響する。運動器疾患領域では、急性期や股関節骨折術後患者を対象とした嚥下障害に関する報告がみられる一方、回復期リハビリテーション病棟において退院時に嚥下調整食を要する患者の臨床的特徴は十分検討されていない。本研究の目的は、退院時に嚥下調整食を要する運動器疾患患者の臨床的特徴を明らかにすることである。

【対象】

2025年1月1日から12月31日までに当院回復期リハビリテーション病棟へ入院した運動器疾患患者209例のうち、入院後1週間以内に退院または転院した33例を除外した176例を対象とした。男性39例、女性137例、年齢中央値83歳であった。

【方法】

言語聴覚士が評価したFOISに基づき、対象をFOIS5以下群（35例）およびFOIS6以上群（141例）に分類した。比較項目は、年齢、性別、身体機能（FIM）、栄養状態（BMI、MNA-SF、GLIM）、嚥下機能（DSS、FILS）、血液検査値、認知機能、既往歴などの臨床情報とした。既往歴は診療録から抽出し、嚥下機能に影響する疾患を操作的に定義した嚥下関連既往歴数を算出した。統計解析にはR（Version 4.6.1）を使用し、連続変数はWilcoxon順位和検定、カテゴリ変数はFisherの正確確率検定を用いた。有意水準は5%未満とした。

【結果】

FOIS5以下群では、身体機能および栄養状態が有意に低値であった。また、認知機能検査陽性者の割合、呼吸器疾患および糖尿病・代謝疾患の割合は有意に高く、既往歴数ならびに嚥下関連既往歴数は有意に多かった。一方、年齢、性別、炎症反応、神経・筋疾患および循環器疾患には有意差を認めなかった。

【考察】

退院時に嚥下調整食を要した患者では、身体機能、栄養状態および認知機能の低下に加え、既往歴数ならびに嚥下関連既往歴数が多い特徴を認めた。運動器疾患患者を対象とした先行研究は主に急性期や股関節骨折術後患者を対象としており、本研究は回復期リハビリテーション病棟に入院した運動器疾患患者における退院時嚥下調整食に関連する臨床的特徴を明らかにした。

【研究の限界・今後の課題】

本研究は単施設の後方視的研究であり、結果の一般化には限界がある。また、口腔機能やサルコペニアなどの未評価因子は検討していない。今後は多変量解析により独立した関連因子を明らかにし、入院時情報を用いたスクリーニング指標の構築を検討する。

【結論】

回復期リハビリテーション病棟において退院時に嚥下調整食を要した運動器疾患患者は、身体機能、栄養状態、認知機能および既往歴に特徴を認めた。

【倫理的配慮】

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施し、匿名化した診療情報を用いた。

81-2　摂食・嚥下リハ①

運動器疾患患者における退院時嚥下障害の入院時リスク因子―回復期リハビリテーション病棟176例の検討―

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○中園（なかぞの）　幸希（こうき）（言語聴覚士）、小田　海、小長谷　みなみ、中尾　健太郎

【目的】

嚥下障害は低栄養、誤嚥性肺炎および身体機能低下と関連し、高齢者の生活機能や予後に影響する。回復期リハビリテーション病棟では、退院時に嚥下調整食を要する運動器疾患患者を認めるが、その関連因子は十分明らかではない。本研究の目的は、退院時に嚥下調整食を要する状態に関連する入院時因子を明らかにすることである。

【対象】

2025年1月1日から12月31日までに当院回復期リハビリテーション病棟へ入院した運動器疾患患者209例のうち、入院後1週間以内に退院または転院した33例を除外した176例を対象とした。男性39例、女性137例、年齢中央値83歳であった。

【方法】

言語聴覚士が評価したFOISに基づき、FOIS5以下を退院時に嚥下調整食を要する群、FOIS6以上を対照群とした。説明変数は臨床的妥当性に基づき、年齢、性別、入院時運動FIM、GLIM基準による低栄養、認知機能検査陽性および嚥下関連既往歴数を選定した。修正ポアソン回帰分析を行い、相対危険度（RR）および95%信頼区間を算出した。統計解析にはR（Version 4.6.1）を使用し、有意水準は5%未満とした。

【結果】

入院時運動FIM（RR=0.955、95%CI：0.929–0.982、p=0.001）が、退院時に嚥下調整食を要する状態と独立して関連した。一方、年齢、性別、GLIM基準による低栄養、認知機能検査陽性および嚥下関連既往歴数には独立した関連を認めなかった。

【考察】

単変量解析では栄養状態や認知機能など複数の因子が退院時に嚥下調整食を要する状態と関連したが、多変量解析では入院時運動FIMのみが独立した関連因子として抽出された。運動FIMは移動やセルフケアなど日常生活動作を総合的に評価する指標であり、退院時に嚥下調整食を要する状態に関連する全身機能や活動性を反映している可能性がある。

【研究の限界・今後の課題】

本研究は単施設の後方視的研究であり、未評価の交絡因子が存在する可能性がある。今後は症例数を蓄積し、運動FIM各項目および身体機能に関連する要因を詳細に検討し、退院時に嚥下調整食を要する状態を予測するスクリーニング指標の構築を目指す。

【結論】

回復期リハビリテーション病棟に入院した運動器疾患患者では、入院時身体機能低下が、退院時に嚥下調整食を要する状態と独立して関連した。

【倫理的配慮】

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施し、匿名化した診療情報を用いて解析を行った。

81-3　摂食・嚥下リハ①

入院時経口摂取困難例に対するST介入の効果と予後関連因子の検討

1 大阪府・千里山病院、2 坂本病院

○三野（みの）　英孝（ひでたか）（言語聴覚士）[1]、河﨑　裕[1]、坂本　勇二郎[2]

【目的】

入院時に嚥下状況の指標である、摂食・嚥下障害患者における摂食状況のレベル（food intake level scale：以下FILS）がLv.2（食物を用いない嚥下訓練を行っている）以下であった患者を対象に、ST介入の効果を後ろ向きに検討するとともに、FILSの改善および経口摂取達成に関連する予後因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2025年1月～12月に当院でST処方があった434例のうち、入院時にFILSが2以下であり、死亡退院例や急な転院例を除外した119例を解析対象とした。診療録より患者背景（年齢・性別・疾患分類・入院前の所在・脳血管障害の既往）、入院時・退院時のFILS、血清アルブミン値（Alb）、ADL（FIM・BI）、ST実施単位数・リハ期間・在院日数を収集した。FILSが上昇した改善群と維持した不変群、ならびに退院時FILS7以上の経口摂取達成群とFILS6以下の未達成群の2種類の2群比較を行い、Mann-WhitneyのU検定・χ^2検定を実施した（有意水準5%）。単変量で有意差を示した変数をロジスティック回帰に投入した。

【結果】

対象119例の平均年齢は85.1±8.6歳（男性64例・女性55例）であった。疾患分類は呼吸器疾患89例（74.8%）、廃用症候群16例（13.4%）、脳血管疾患14例（11.8%）であり、脳血管障害の既往を有する例は50例（42.0%）であった。入院時BI中央値0点・FIM合計中央値20点・Alb平均2.66±0.54 g/dLと重度の廃用・低栄養状態を呈する症例が多かった。入院時Alb・CRPには両群間で有意差を認めなかった。

退院時FILSは入院時と比較して有意に改善し（p＜0.001）、改善例74例（62.2%）、不変例45例（37.8%）であった。改善群では不変群と比較しST実施単位数（p＝0.009）・リハ期間（p＝0.041）・在院日数（p＝0.024）・入院時FIM合計（p＝0.034）・疾患分類（p＝0.040）・脳血管障害の既往（p＝0.001）に有意差を認めた。

ロジスティック回帰ではST実施単位数（OR＝1.044）・入院時FIM合計（OR＝1.088）・脳血管障害の既往（OR＝0.197）が抽出された。一方、経口摂取達成は41例（34.5%）であり、達成群では入院時FIM合計（p＜0.001）・入院時BI（p＝0.017）・疾患分類（p＝0.010）・脳血管障害の既往（p＝0.025）に有意差を認め、ロジスティック回帰では入院時FIM合計が関連因子であった（OR＝1.149、95%CI 1.051～1.255）。

【考察】

FILSの改善と経口摂取達成には異なる規定因子が存在することが示された。FILSの改善にはST実施単位数・入院時ADLとともに脳血管障害の既往が強力な予後不良因子（OR＝0.197）として独立して関連した。疾患分類だけではなく、脳血管障害の既往歴を考慮した評価が重要と考えられた。経口摂取達成には入院時FIMが関連し、入院前ADL水準が最終的な摂食到達点を規定する可能性が示唆された。FIM低値かつ脳血管障害の既往を有する症例では経口摂取より嚥下グレードの段階的改善を目標とするなど、患者背景に応じた個別的な目標設定が重要と考えられた。

【結論】

入院時経口摂取不能例に対するST介入は62.2%で嚥下グレードを改善させ、ST実施単位数・入院時FIM・脳血管障害の既往が嚥下グレード改善の、入院時FIMが経口摂取達成の関連因子であった。脳血管障害の既往は主疾患にかかわらず予後を規定する重要な因子であり、これを踏まえた個別的な目標設定と介入計画の立案が重要と考えられた。

81-4　摂食・嚥下リハ①

誤嚥性肺炎の経口移行と入院期間に対する要因の検討

1 栃木県・那須赤十字病院リハビリテーション科部、2 那須赤十字病院歯科口腔外科

○加藤（かとう）　広夢（ひろむ）（言語聴覚士）[1,2]、川島　崇寛[1]、髙木　麻衣[1]、金子　一樹[1]、池澤　里香[1]、齋藤　健太郎[2]、伊藤　弘人[2]

［はじめに］近年誤嚥性肺炎の発症率は高齢化と共に増加傾向にあり、70 歳以上の高齢者の肺炎のおよそ 70% が誤嚥性肺炎と報告されている。また、平均入院日数は DPC にて 20 日～35 日、医学的に経口可能と判断された割合は 59% との報告があり、入院期間は長期化し、経口移行が困難な症例も多数報告されている。今回我々は、誤嚥性肺炎の発症を予防し、短期間での経口移行と入院期間短縮に向けた取り組みを検討する目的で、後方視的に調査と分析を行った。

［方法］対象は 2022 年 4 月から 2023 年 3 月までに当院に入院し、誤嚥性肺炎と診断された 399 名（入院時に診断された 175 名：以下前群、原疾患とは別に入院中診断された 224 名：以下後群）とし、小児と介護保険対象外の 40 歳未満を除外した。分析は、経口移行までの期間と入院期間を時間変数、前群と後群を従属変数としてカプランマイヤー分析とログランク検定を行った。さらに 2 群間比較にて有意差のある年齢、性別、介護度、入院前 ADL、入院前サービス、入院時藤島 Gr、入院前食形態、トロミ使用、既往歴、認知症の有無、転帰先変更、一口量調整を説明変数として Cox 比例ハザード分析によりハザード比（HR）を算出した。

［結果］経口移行までの期間は前群 18.1 ± 25.5 日、後群 15.9 ± 21.8 日と入院前が長かった（$p < 0.05$）。入院期間は前群 29.2 ± 25.5 日、後群 33.3 ± 33.0 日と入院後が長かった（$p < 0.05$）。経口移行に関わる因子は入院時藤島 Gr（HR0.81）、一口量の調整（HR1.47）、が影響。入院期間に関わる因子には、年齢（HR0.97）、入院時の藤島 Gr（HR1.32）、既往歴（HR0.92）がそれぞれ影響していた（$p < 0.05$）。

［考察］後群で経口移行までの期間が短縮した背景には、元より嚥下機能が比較的保たれており、発症早期に適切な食形態やトロミの使用ができたことが要因と考えられる。今後は早期経口移行と入院期間短縮に向けてリスク因子を把握し、入院・在宅での適切な食事継続や機能維持に向けた訓練・指導を行い、入院中の発症予防と在宅での発症頻度を低下する取り組みの構築が重要と考えられた。

81-5　摂食・嚥下リハ①

経鼻経管栄養から経口摂取移行への事例の振り返り～多職種協働に焦点をあてて～

埼玉県・大宮共立病院

こばやし　えみこ
○小林　恵実子（介護福祉士）、氣田　瑞稀、秋田谷　絵梨花

【はじめに】

I型介護医療院には、入所者の8割は入所前からの経管栄養での栄養摂取である。この度、多職種協働により1人の入所者が長期間の経鼻経管栄養から経口摂取に移行できた取り組みを振り返り報告する。

【研究目的】

介護医療院では稀な経口摂取への移行に成功した取り組みを明らかにすることで、今後類似の事例があった際の介入に活かしていく。

【研究方法】

対象者紹介：A氏　80歳代　女性　2022年外傷性くも膜下出血の診断後より、経口では十分な栄養摂取が困難と前院で判断された為、介護医療院への入所後も経鼻経管栄養を継続していた。また、経鼻チューブを自身で頻回に抜くことがあり、ミトン着用による身体抑制を行っていた。入所時、家族より「経口摂取が少しでもできれば」との要望が聞かれていた。

研究方法：①病棟スタッフ・多職種による食事場面の観察・嚥下状態の評価②本人・家族の意向確認と多職種での情報共有③介助方法・環境調整などの段階的実施④経口摂取移行までの介入の経過を振り返る

【結果】

2024年4月、A氏より「食べたい」と発言があったことにより、A氏の思いに着目し主治医に報告した。言語聴覚士（以下ST）による嚥下状態・摂取時の姿勢などを評価し、水分補給飲料ゼリーから開始した。2年ぶりの経口摂取であった為、摂取後入所者より「おいしかった」と聞かれた。STより、短時間での摂取可能な食事形態が良いと評価があり、医師の指示により朝食・夕食は経管栄養注入、昼食のみ高エネルギー型ゼリーの摂取を開始した。病棟担当リハビリスタッフから摂取時の注意点などを確認し病棟スタッフが実施・アセスメントを行った。また、多職種でミールラウンドを実施しその結果を情報共有した。A氏の視線方向や環境調整など各職種が役割分担しながら段階的に介入した。多職種間よる実施・評価と調整を繰り返した結果、経口摂取開始3か月後に朝食・夕食は高蛋白ゼリー、昼食はミキサー食副食半量を開始。数日後、朝食は高蛋白ゼリー、昼食・夕食ミキサー食副食半量へ変更。5ヶ月後に朝食は高蛋白ゼリー、昼食・夕食はミキサー食全量へ増量となり3食経口摂取へ移行することができた。

【考察】

病棟スタッフが日々のケアの中でA氏の「食べたい」という思いや経鼻チューブを挿入する時に上手にチューブを飲み込めることから経口摂取への可能性を疑問に思い、主治医へ報告した事が経口摂取への第一歩を踏み出せたと考える。約2年間一切経口摂取をしていなかった中、病棟スタッフがケアの関わりの中でA氏の思いを理解し「2年間の経口摂取未実施＝嚥下機能低下＝経口摂取はできない」と判断せず、日々の入所者の様子を観察し、多職種間で情報共有し積極的に経口摂取へ取り組むことができたと考える。また、危険だから禁食ではなく「どうすれば安全に食べられるのか」を念頭に置き、A氏の「食べたい」という思いや残存機能を引き出すにはどうしたら良いかを多職種間で目標を持ち、各々の専門性を活かした役割分担、円滑なコミュニケーションを実施した。アセスメントと評価を繰り返し3食経口摂取への移行となった。A氏と家族の思いを尊重した支援とQOL向上に繋がったと考える。

【おわりに】

今回は、経管栄養の入所者の事例であったが、日々の入所者へのケアに対して「これで良いのか」と疑問を持ち関わりの中で入所者の思いを汲み取ることの大切さを実感した。また、急性期からの状態を継続するのではなく今現在の入所者の状況をアセスメントし「どうしたら思いを叶えられるのか、続けられるのか」を多職種と考え、入所者のQOLの向上へ繋げていきたい。

81-6　摂食・嚥下リハ①

医療療養病棟入院患者の摂食嚥下機能の維持・改善に影響を与える因子

1 東京都・法人本部リハビリ統括部、2 人間科学部人間科学科、3 永生病院リハビリテーション部、4 セントラル病院本院、
5 国立国際医療センター

○白波瀬（しらはせ）　元道（もとみち）（言語聴覚士）[1]、畠山　恵[2]、鈴木　章吾[3]、五十嵐　將隆[3]、照井　満里奈[3]、枝松　恭汰[3]、
大羽　奈月[4]、藤谷　順子[5]

【はじめに】療養型医療施設では摂食嚥下障害を呈する患者の割合が高い．2021 年の白波瀬らの研究では，嚥下リハビリテーション（以下，嚥下リハ）提供体制の充実度が栄養摂取状況（FOIS）の維持・改善に寄与する可能性が示唆されたが，「どのような特徴を持つ患者が」「どのような関わりによって」改善しやすいのかという個別因子の分析が行えていない点が課題であった．

【目的】本研究では，慢性期の摂食嚥下障害患者を対象に，Food Intake Level Scale（以下，FILS）を用いて摂食嚥下機能レベルの推移を捉え，その機能の維持・改善に関連する具体的な個別因子を明らかにすることを目的とした．

【方法】2024 年 3 月～2025 年 10 月に対象病院の医療療養病棟に入院し，言語聴覚士（ST）の介入が行われた患者 74 例を対象とした（重度意識障害，病態急変，レスパイト入院，データ欠損例は除外）．入院 3 ヶ月後の FILS に基づき，①FILS 4 以上/未満，②FILS 7 以上/未満の 2 つの基準で群分けを行った．診療録より収集した基本属性，医学的情報（BMI，併存疾患指数），身体・認知機能（FIM，CBA），口腔環境（OHAT-J），リハビリテーション内容・頻度，病棟の協力体制，本人・家族および主治医の意向を説明変数とし，各群間で比較した．連続変数の比較には Mann–Whitney U 検定を用い，有意水準は 5% とした．

【結果】FILS 4 以上は 39 例，FILS 4 未満は 35 例であった．FILS 7 以上は 32 例，FILS 7 未満は 42 例であった．FILS 4 以上群および FILS 7 以上群はいずれも，それ未満の群と比較して，藤島の摂食嚥下グレード，FIM 運動項目，FIM 認知項目が有意に高値を示した（いずれも $p<0.001$）．FILS 7 以上群では，「離床頻度」および「主治医の意向」が有意に関連していた．一方，FILS 4 以上群では，「主治医の意向」「看護責任者の意向」「本人・家族の意向」ならびに「病棟の協力体制」が関連していた．

【考察と今後の展望】慢性期嚥下リハにおいて，機能維持・改善をより確実にするためには，機能訓練や栄養・口腔管理といった直接的アプローチに加え，病棟全体での協力体制づくりや本人・家族の希望に寄り添った環境調整が不可欠である．本研究の限界として，現在は群分け比較に留まっている点が挙げられる．今後は症例数を追加収集し，入院 3 ヶ月後の FILS 変化（FILS 4 以上，7 以上）を多角的に推測できる実用的な予後予測モデルの探索・構築を進めていく計画である．

82-1　摂食・嚥下リハ②

頬膨らませ検査は簡易嚥下スクリーニング検査として活用できるか

1 兵庫県・協和マリナホスピタル、2 ウエルハウス川西

○林（はやし）　知子（ともこ）（言語聴覚士）[1]、藤本　幸子[1]、田中　孝侑[1]、兼光　加美[1]、榛村　理佐[1]、吉本　麻衣[1]、
藤村　実生[1]、恩田　あずみ[2]

【目的】嚥下体操として一般的に用いられている頬を膨らませる動作は、舌骨上筋群の筋活動を誘発し、舌骨上筋群レジスタンストレーニングとして効果があるとされている。今回は、誰もが簡易に行える嚥下スクリーニング検査のひとつとして、頬膨らませ動作に評価基準を設け、提供している食事形態との関連を調べその妥当性を検討した。【方法】最初に、当院回復期リハビリテーション病棟入院中で摂食嚥下機能の評価依頼があった患者16 名に対し、頬を膨らませる動作（以下、頬膨らませ検査）を実施した。評価方法は先行研究より、1. 頬をふくらませることが困難、2. わずかに膨らむ程度、3. 膨らむが弱い力の外圧によって完全にへこむ　4. 膨らむが外圧によってへこむ（完全ではない）、5. 膨らみ外圧で殆どへこまない（わずかにへこむことがあっても、へこませることに力を要する）の 5 段階とした。検査は 6 名の ST で実施した。次に被験者の頬ふくらませ検査実施時の食事形態を調べた。食事形態は副食の形状で、1. ゼリー状、2. ミキサー状、3.1cm 未満の刻みにとろみ付き、4.1cm 以上の刻み、5. 刻みなしの 5 段階とした。最後に、ピアソン相関係数で頬膨らませ検査結果と食事形態との相関を調べた。【結果】頬膨らませ検査結果は、段階 1 が 2 名、段階 2 が 2 名、段階 3 が 0 名、段階 4 が 6 名、段階 5 が 6 名であった。食事形態とのピアソン相関は 0.62 で、中程度の正の相関を認めた。頬膨らませ検査結果が段階 1〜2 の被検者の食事形態は、全て段階 3 以下であった。また、頬膨らませ検査結果が段階 5 の被検者の食事形態は、全て段階 4 以上であった。段階 3 は 0 名であり、検査者より段階 4 との区別が難しかったとの意見があった。【考察】頬膨らませ検査結果が段階 2 以下の場合、何等かの嚥下調整食の提供が必要であり、中等度から重度の嚥下障害を検出するには有効であると考えられた。【結論】頬膨らませ検査と食事形態との間に強い正の相関は得られなかったが、頬膨らませ検査の評価精度を上げ、より多くの被検者に実施することで簡易嚥下スクリーニング検査の一つとして有効活用できるよう研究を継続する。

82-2　摂食・嚥下リハ②

食思低下を呈する認知症患者への写真入りメニュー提示における視覚的フィードバック効果の検証

兵庫県・南淡路病院

なかにし　じゅんや
○中西　順哉（言語聴覚士）、西田　博明、秋長　大貴、大溝　宏美、寺岡　修己、大塚　泰則

医療法人社団　南淡千遙会　南淡路病院
○中西　順哉（言語聴覚士）西田　博明（言語聴覚士）秋長　大貴（言語聴覚士）
大溝　宏美（言語聴覚士）寺岡　修己（管理栄養士）大塚　泰則（医師）

【はじめに】認知症患者の経口摂取維持は機能保持や廃用予防に重要だが、食思低下への有効なケアは未確立である。日本神経回路学会（2023、佐々木）は食行動に及ぼす視覚の影響が8割強と報告しており、当院の先行研究（寺岡ら）でも写真入りメニューの提示が食事への関心を高める可能性を示した。そこで当院重度認知症患者に対して先行研究内容に加え、嚥下調整食3レベルの患者に対して普通食の写真入りメニューの提示、先行期アプローチ及び、メニュー提示方法の工夫により食物摂取量の改善が図れるのではと考え、本研究を実施するに至った。

【目的】本研究は、当院の認知症治療病棟の入院患者を対象に、写真入りメニューによる視覚的フィードバックの効果に着目。提示の「タイミング」「方法」および介入時の先行期アプローチなど「関わり方」を再考することで先行研究の効果を発展させ、自発的な摂食を促し低栄養を防止する介入の有効性を検証することを目的とした。

【対象】・対象患者：80代女性（アルツハイマー型認知症・認知度M・MMSE：8点・FOIS：レベル3
食形態：嚥下調整食3）とした。

【期間】　令和8年5月～令和8年6月

【方法】本研究は、単一事例研究とし、以下の通り実施する。

1、写真入りメニューの提示介入

・昼食時に普通食の写真入りメニューを提示：月・水・金曜日。
・写真入りメニューの提示を実施しない曜日：火・木・土曜日。
・提示時間は、食事開始15分前から食事終了まで継続的に実施。
・食事中は、最低限の介助に留め、見守りは継続する。
・食事開始前に写真入りメニューを提示する際、メニュー内容や食事を取る事の認識が持てるように頻回に声掛けを実施するなど先行期アプローチを実施

2、結果の記録集計

・写真入りメニュー提示時と非提示時での食物摂取量を目測法10段階で記録し、対象患者の表情や反応・先行期アプローチの内容を記録する

3、集計記録の比較

・写真入りメニュー提示日と非提示日の集計記録を比較しその成果を検証する

【結果】

写真メニュー提示日において、対象者に表情の穏やかさや、食膳を注視するといった食事に対する関心の向上、および軽度の食思向上の兆候が認められた。しかし、食物摂取量そのものの直接的な増加（量的効果）に関しては、非提示日との間に明らかな差は見られず、限定的な結果に留まった。

【考察・結論】

認知症患者の食事場面において、写真入りメニューを事前に提示することは、目の前の食膳が「食事である」という認識を一部支援する効果はあったと考える。しかし、中核症状の影響により、「次に自分がどうすれば良いのか」という実践的な判断が困難となり、戸惑いや不安な表情を呈する場面が多く観察された。このことから、単なる視覚情報の提示（視覚的ツールの導入）のみでは、実際の摂食動作へとスムーズに結びつけるには不十分であることが示唆された。食事前に実施する穏やかな声かけや、心理的な緊張緩和のための環境設定、多角的なアプローチを組み合わせ、介助者と患者との信頼関係を深めることが、食行動に向けた安心感を醸成し、食思向上を導く契機になると推察される。今後は、より多くの症例を対象に研究を継続し、認知症患者の食思向上および「楽しむ食事時間」の提供に対して、有用となる多角的な関わり方のモデルを見出していきたい。

82-3　摂食・嚥下リハ②

病棟専従歯科衛生士の介入により経口摂取再開可能となった進行性核上性麻痺の一症例

岐阜県・近石病院

○清水（しみず）　鈴佳（りんか）（歯科衛生士）、森田　達、荒屋　千明、中尾　幸恵、近石　壮登、近石　登喜雄

【緒言・目的】当院の歯科では口腔衛生管理や摂食嚥下リハビリテーションに歯科衛生士が積極的に関わり，口から食べるための取り組みを行っている。今回，進行性核上性麻痺による嚥下障害のため経口摂取が困難となったが，歯科衛生士が中心となって摂食嚥下リハビリテーションを実施し，経口摂取再開に至った症例を報告する．本報告の発表について患者本人と家族から文書による同意を得ている。

【症例および経過】

60 代，女性．X 年 6 月に進行性核上性麻痺と診断された．嚥下障害の進行に伴い食事摂取量が減少したため X 年 9 月に胃瘻を造設した．その後，食塊の送り込み困難や痰の増加があり経口摂取は中止となっていた．本人より摂食嚥下リハビリテーションの希望があり当院を紹介され X 年 10 月に当院に転院した．入院初日に歯科衛生士による初期評価を実施した．口腔機能低下症の測定で口腔衛生状態不良，舌口唇運動機能低下，低舌圧，咀嚼機能低下，嚥下機能低下の 5 項目に低下を認めた．入院 5 日目に嚥下内視鏡検査，嚥下造影検査を実施したところ舌運動機能低下により咽頭への送り込みが困難であった．また咽頭クリアランス低下によりゼリー（嚥下調整食 1j 学会分類 2021）3g に対して複数回嚥下が必要であった．また左食道入口部を有意に通過する所見も認めた．評価を元に，問題点を①舌筋力・可動域低下による送り込み困難②呼吸機能低下・咳嗽力低下③咽頭クリアランス低下④口腔衛生状態不良とし，歯科衛生士が介入計画を立案した．①について，舌の可動域訓練ならびにリクライニング位の調整・奥舌にゼリーを挿入することで咽頭へ送り込むことが可能となった．②について，シルベスター法の継続により，咳嗽力は弱いが随意的な咳嗽は実施可能となった．③について，右頸部回旋を用いることで咽頭クリアランスの改善を認めたため，直接訓練を継続した．④について，誤嚥性肺炎予防のためセルフケア方法の指導により口腔衛生状態が改善し，誤嚥性肺炎の発症なく経過した．上記介入により，お楽しみレベルではあるが経口摂取を継続することができた．家族にゼリーの摂取方法を指導することで，退院後も安全に経口摂取を継続可能であった．

【考察】

本症例では，口腔衛生管理による誤嚥性肺炎の予防だけでなく，口腔機能へのアプローチや姿勢調整などを実施することで，お楽しみレベルでの経口摂取を継続できた．歯科衛生士による摂食嚥下リハビリテーションにおいて，口腔衛生管理だけでなく，準備期，口腔期といった口腔機能へのアプローチも重要と考えられた．（COI 開示：なし）（倫理審査対象外）

82-4　摂食・嚥下リハ②

慢性期摂食嚥下障害に対するリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に実施する食支援入院の報告

千葉県・新八千代病院

○石橋（いしばし）　尚基（ひさき）（言語聴覚士）、鈴木　智子、中川　慎也、荒井　泰助

【はじめに】

地域包括ケア病棟には、急性期治療後の患者の受け入れに加え、在宅療養患者の病状悪化時の受け入れや、在宅復帰・在宅生活の継続を支援する役割が求められている。なかでも、在宅療養患者に対して一定期間入院のうえ集中的な治療・リハビリテーションを実施し、安定した在宅生活の継続を支援することは、地域包括ケア病棟の重要な機能の一つである。慢性期摂食嚥下障害の場合、誤嚥性肺炎や低栄養などを契機に在宅生活の継続が困難となることが少なくない。当院では、このような患者を対象に、地域包括ケア病棟において、リハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的に実施する入院プログラムを開始した。今回、その取り組みについて3症例を通して報告し、有用性と今後の課題について検討した。

【方法】

当院の食支援入院では、多職種で構成される食支援チームが、嚥下機能検査、栄養評価および口腔アセスメントに基づいて診療計画を立案する。約2週間ごとに評価・計画の見直しを行い、2か月以内の入院で集中的な介入を実施する。退院後は必要に応じて継続的な支援を実施する。対象は、在宅療養を担当する医師の同意が得られた患者とし、急性疾患を伴わない慢性期嚥下障害患者も受け入れ対象とした。

【症例】

症例1：80歳代男性。重症急性膵炎の治療経過中に嚥下障害を呈し、退院後は胃瘻栄養を主体に楽しみ程度の経口摂取を継続していた。誤嚥が疑われる発熱を繰り返したため、発症410病日に誤嚥性肺炎予防を目的に入院した。薬剤調整および嚥下代償法により、昼食時に半量の経口摂取が可能となった。退院後も継続支援を行い、最終的に3食経口摂取が可能となり、胃瘻を抜去した。症例2：70歳代男性。中咽頭癌に対する放射線治療後に嚥下障害を呈し、胃瘻栄養となっていた。介護施設ではST介入時のみ少量の水分摂取を行っていたが、ST不在の施設へ転所後は経口摂取を中止していた。少量の経口摂取再開を目的に入院した。バルーン拡張訓練および身体機能訓練により、とろみ付きコーヒー約1杯の経口摂取が可能となった。症例3：70歳代女性。30年前のくも膜下出血後遺症による左片麻痺を認めたが、長期間在宅生活は自立していた。転倒後に車椅子生活となり、認知機能低下、低栄養および嚥下障害が進行したため、栄養状態および嚥下機能の改善を目的に入院した。栄養管理や義歯調整などを予定したが、入院後の環境変化に伴う不穏および食思不振により、十分な栄養改善には至らなかった。

【考察】

地域包括ケア病棟を活用した食支援入院では、入院環境を活かして多職種が集中的に介入できるため、摂食嚥下リハビリテーション、栄養管理および口腔管理を一体的に実施することが可能であった。その結果、慢性期嚥下障害患者において、経口摂取の再開や誤嚥性肺炎の予防など、在宅生活の継続につながる可能性が示唆された。一方、環境変化への適応困難などにより十分な介入効果が得られない症例も認められた。今後は、対象患者の適切な選定、病態や生活環境に応じた介入方法の工夫、さらに退院後を見据えた継続的な支援体制の構築が課題であると考えられた。

【まとめ】

本取り組みは、地域包括ケア病棟が在宅療養中の慢性期嚥下障害患者に対する包括的な食支援を担う有効な選択肢となる可能性が示唆された。

82-5　摂食・嚥下リハ②

早期経口摂取へのアプローチの有用性～自院急性期からの転床患者と他院からの直接入院患者との比較検討～

1 群馬県・美原記念病院　看護部、2 美原記念病院　リハビリテーション部、3 美原記念病院　脳神経内科

○野口（のぐち）　圭一（けいいち）（看護師）[1]、小嶋　友香里[1]、中谷　布美子[1]、中居　亨美[1]、腰塚　洋介[2]、石森　卓矢[2]、髙橋　陽子[1]、美原　盤[3]

［はじめに］経管栄養から早期に経口摂取に移行させることは、経管栄養を行っている患者の ADL 能力向上や在棟日数短縮に寄与することが報告されている。当院は急性期一般病棟と回復期リハビリテーション（回リハ）病棟を併せ持つケアミックス病院であり、各病棟に摂食嚥下障害看護認定看護師を配置し、早期からの経口摂取に向けて積極的に取り組んでいる。今回、当院急性期一般病棟と回リハ病棟における取り組みの妥当性を検討するため、回リハ病棟入院時に経管栄養であった患者を対象に、経口摂取移行割合と移行日数を比較した。

［方法］2020 年 4 月から 2026 年 3 月までの間、当院回リハ病棟に入院していた初発脳卒中患者 1396 名の内、入院時に経管栄養であった患者 218 名を対象とし、急性期一般病棟から転床した患者を転床群 146 名、他院急性期一般病棟から直接入院した患者を直入群 72 名に分けた。調査項目は、年齢、回リハ病棟在棟日数、発症から回リハ病棟入院までの日数、入院時 FIM 合計点数、最終的な経口摂取者割合とし、転床群と直入群で比較した。また、回リハ病棟において経管栄養から経口摂取へ移行した症例を抽出し、発症から経口摂取移行までの日数、回リハ病棟入院から経口摂取移行までの日数を転床群と直入群で比較した。さらに、回リハ病棟入院後 3 日以内の経口摂取移行割合についても算出し、比較した。比較の統計解析はマン・ホイットニーの U 検定とカイ二乗検定を用いた。本研究は、当法人倫理委員会の承認を受けた。

［結果］基本属性の比較において、平均年齢は転床群が 79.4 ± 12.7 歳、直入群が 77.5 ± 10.2 歳であり有意差を認めなかった。回復期在棟日数においても転床群が 71.4 ± 33.6 日、直入群が 75.4 ± 33.6 日であり、有意差を認めなかった。発症から回リハ病棟入院までの日数は、転床群が 25.1 ± 10.7 日で直入群の 44.2 ± 34.5 日に比べ有意に短かった（$p < 0.05$）。入院時 FIM 合計点数では転床群が 23.2 ± 14.7 点で直入群の 25.7 ± 15.3 点に比べ有意に低かった。最終的な経口摂取者割合は転床群が 62 人（42.5％）、直入群が 53 人（73.6％）と転床群が有意に少なかった。この経管栄養から経口摂取へ移行した患者の検討において、発症から経口摂取移行までの日数は転床群が 54.9 ± 31.6 日であり、直入群の 70.3 ± 45.6 日に比べて短い傾向を認めた（$p = 0.1$）。回リハ病棟入院から経口摂取移行に要した平均日数は、転床群が 31.7 ± 28.3 日、直入群が 30.9 ± 32.7 日と有意差を認めなかった。しかし、移行日数の個別分析では、回リハ病棟入院から 3 日以内の経口摂取移行割合は、転床群が 12.5％ であったのに対し、直入群では 32.0％ と高い割合を示した。

［考察］本研究結果より、転床群は直入群に比べて入院時の FIM 点数が低く重症であったが、発症から経口摂取移行までの期間が短い傾向にあった。これは、当院急性期における発症早期からの積極的介入と、ケアミックス体制によるシームレスな病棟間連携が、経口摂取獲得の効率化に貢献していることを示唆する。しかし、最終的な経口摂取者の割合は直入群で有意に高かった。これは、直入群の約 3 割が入院後 3 日以内に経口摂取へ移行しており、前医での長い待機期間中に潜在的な経口摂取能力を有しながらも嚥下評価機会に恵まれなかった患者が含まれていた可能性が想定される。これに対し、当院の回リハ病棟では、入院直後から機能評価やスクリーニングを迅速かつ的確に実施し、即座に適切な経口介入へ繋げられていると考えられる。早期経口摂取に向けたアプローチとして、他院の潜在層をすくい上げる回復期の嚥下評価体制と、急性期における発症早期からの積極的介入、ケアミックス体制によるシームレスな病棟間連携が重要であると思われる。

83-1　摂食・嚥下リハ③

VF 定量評価に基づく段階的介入が奏功したワレンベルグ症候群による重度 UES 開大障害の一例

1 埼玉県・新越谷病院　リハビリテーション科、2 新越谷病院　医師

○森本（もりもと）　耕平（こうへい）（言語聴覚士）[1]、正門　由久[2]、中川　雅美[1]

【目的】

ワレンベルグ症候群では輪状咽頭筋弛緩不全に伴う上部食道括約筋（Upper Esophageal Sphincter：UES）開大障害により重度嚥下障害を呈することがある。今回、重度 UES 開大障害を呈した症例に対し、VF による病態評価および定量解析を行いながら段階的介入を実施し、経口摂取再獲得に至ったため報告する。

【方法】

症例は 50 歳代男性。左延髄外側梗塞（ワレンベルグ症候群）を発症し、第 15 病日に当院回復期リハビリテーション病棟へ入院した。入院時は唾液嚥下も困難で頻回な吐出を認めた。VF を第 20 病日、第 41 病日、第 69 病日、第 82 病日、第 110 病日に実施した。初回 VF では嚥下反射時の食道入口部通過不良が著明であり、数回に 1 回程度、極少量が食道へ通過するのみであった。また頚部回旋嚥下も有効性を認めなかった。これらの所見から輪状咽頭筋弛緩不全に起因する UES 開大障害が主病態であると推定した。間接訓練として筒状バルーンによる食道入口部拡張訓練を高頻度に実施し、自主訓練も併用した。直接訓練として複数の嚥下手技を比較し、最も有効であったアンカー強調嚥下法を継続した。また IVES Pro を用いた舌骨上筋群への電気刺激療法を併用した。VF 画像を ImageJ で解析し、各 VF 開始時の初回水嚥下場面から画像を抽出した。C2 前下縁、C4 前下縁および舌骨前下端をランドマークとして舌骨移動量を測定した。第 2〜5 回 VF では同一動画内に撮影した 10 円硬貨（直径 23.5mm）を基準として実測値に換算した。第 1 回 VF については C2-C4 距離を 38mm と仮定し参考値を算出した。UES 開大量は最大開大時における C4 上縁レベルの前後径を測定し、10 円硬貨を基準として実測値に換算した。

【結果】

FOIS は第 20 病日でレベル 2、第 41 病日でレベル 3、第 69 病日でレベル 4、第 82 病日でレベル 6、第 110 病日でレベル 7 へ改善した。舌骨上方移動量は 18.3、21.4、12.5、20.2、19.1mm で推移し、経時的な増加傾向は認めなかった。一方、舌骨前方移動量は 6.8、4.2、12.3、15.4、11.7mm で推移し、後半に増加傾向を認めた。UES 開大量は初回 VF では測定困難であったが、第 41 病日 3.3mm、第 69 病日 3.4mm、第 82 病日 4.8mm、第 110 病日 6.5mm と経時的な改善を認めた。第 41 病日の VF では複数の嚥下手技で食道入口部通過改善を認め、アンカー強調嚥下法を継続介入とした。経過中、食道入口部通過量は改善し、発症約 3 か月で常食摂取が可能となった。

【考察】

本症例では舌骨上方移動量は初回から比較的保たれていた一方、UES 開大量は著しく低下していた。これらの所見から、主病態は延髄病変に伴う輪状咽頭筋弛緩不全による UES 開大障害であった可能性が考えられた。ワレンベルグ症候群では延髄嚥下中枢（central pattern generator：CPG）を含む神経ネットワークの障害により、嚥下運動の協調性低下を生じることが知られている。本症例においても舌骨前方移動量は初期に低値を示しており、前方牽引機構の発揮が十分でなかった可能性が考えられた。バルーン拡張訓練は食道入口部の拡張性改善に寄与した可能性がある。一方、アンカー強調嚥下法および IVES Pro を併用した直接訓練により舌骨前方移動量の改善を認めた。これらの介入を反復することで嚥下運動の協調性および前方牽引機構の改善が得られ、UES 開大量の増加と経口摂取能力向上につながった可能性が示唆された。なお、水分量は完全には統一されておらず、結果に影響した可能性がある。

【結論】

重度 UES 開大障害を呈したワレンベルグ症候群症例に対し、VF 定量評価に基づく段階的介入を実施した結果、UES 開大量および舌骨前方移動量の改善とともに経口摂取能力の向上を認めた。

83-2　摂食・嚥下リハ③

回復期リハ病棟における摂食機能療法の有用性～傾向スコアマッチングを用いた摂食レベル利得の比較検討～

1 群馬県・美原記念病院　看護部、2 美原記念病院　リハビリテーション部、3 美原記念病院　脳神経内科

○中谷（なかや）　布美子（ふみこ）（看護師）[1]、野口　圭一[1]、小嶋　友香里[1]、見田野　直子[1]、野本　正仁[2]、石森　卓矢[2]、髙橋　陽子[1]、美原　盤[3]

［はじめに］回復期リハビリテーション（リハ）病棟における脳卒中等に伴う摂食嚥下障害へのアプローチは、誤嚥性肺炎の予防や経口摂取の確立、ADL・QOL 向上に対する重要な役割を担う。日々の生活ケアと密接に連動した嚥下リハを展開するため、当院の回復期リハ病棟では 2020 年度より病棟看護師が摂食機能療法を実施、算定する体制を構築した。摂食機能療法の実施に際しては、病棟全体で標準化された評価と計画的な介入の標準化をはかるため、客観的評価基準と段階的手順を明文化した業務フローを作成した。今回、回復期リハ病棟に入院した脳卒中患者を対象とし、摂食機能療法を開始した 2020 年度以降に摂食機能療法を実施した患者と 2019 年度の患者の摂食状況レベルの利得を比較し、摂食機能療法の有用性について検討した。

［方法］2019 年 4 月から 2026 年 3 月までに当院回復期リハ病棟を退院した脳卒中患者の内、嚥下障害を認めた患者 1734 名を対象とした。この内、2020 年度から 2025 年度において実際に摂食機能療法を実施し算定した患者 318 名を摂食機能療法実施群とし、体制導入前である 2019 年度の全患者 338 名を未実施群とした。主要評価項目は回復期リハ病棟入院時から退院時までの摂食状況レベルの変化量とした。統計解析では、まず、交絡因子を調整するため傾向スコアマッチングを実施した。共変数は年齢、入院時 Functional Independence Measure（FIM）合計点数とし、非復元最近傍法で 1 対 1 マッチング（キャリパー：傾向スコア標準偏差 ± 20%）を行った。マッチング後に両群の回復期リハ病棟入院時から退院時までの摂食状況レベルの変化量を比較した。比較の統計解析は Mann-Whitney の U 検定を用いた。研究対象とすることに関する説明と同意は、インフォームドコンセントを省略する代わりに当法人ホームページにて研究情報を公開し対象者が拒否できる機会を保障し、当法人倫理委員会の承認を受けた（受付番号 129-12）。

［結果］傾向スコアマッチングの結果、摂食機能療法実施群と未実施群それぞれ 209 名がマッチングされ、年齢や入院時 FIM 合計点数といった臨床的背景の不均衡は良好に解消された。主要評価項目である嚥下状況レベルの変化量は、マッチングされた摂食機能療法実施群が 1.67 ± 2.20、マッチングされた未実施群が 1.23 ± 2.10 であり、看護師による摂食機能療法を実施した群において、未実施群に比べ摂食状況レベルが有意に向上していた（$p < 0.05$）。

［考察］本研究の結果から、回復期リハ病棟において病棟看護師が摂食機能療法を積極的に実施、算定することは、患者の嚥下機能をより有意に向上させることが示された。一般に、リハスタッフによる訓練時間のみでは、患者が 24 時間の生活場面で安全に経口摂取を確立するには限界がある。これに対し、日々の食事場面などの生活場面に最も近く、最も長い時間患者と接する病棟看護師が摂食機能療法を直接実践する体制は、リハで最大限まで高め「できる能力」を実際の生活場面における「している能力」へと定着させられる点が最大の強みであると思われる。

［結語］回復期リハ病棟において病棟看護師が摂食機能療法を継続的に実施、算定できる体制は、脳卒中患者の摂食状況レベルの改善に有効であることが示された。病棟看護師による日常生活場面に密着した切れ目のない摂食嚥下支援が嚥下機能の向上を通じて安全な経口摂取への確立や誤嚥性肺炎の予防、ADL・QOL 向上に貢献する重要な取り組みと考えられる。

83-3　摂食・嚥下リハ③

サービス付き高齢者向け住宅入居者に関する実態調査～嚥下に関する評価や取り組みの必要性～

福岡県・若久シニアビレッジ

ふじまる　こうへい
○藤丸　剛平（言語聴覚士）

【はじめに】

サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）入居者は、介護サービスが十分に提供されにくく、在宅生活を続けていくことが難しい環境にある。そこで、当法人のサ高住入居者に対して、介護サービスの利用状況の把握と1年間嚥下に関する評価・全体訓練・勉強会を実施し、その変化を初回評価時と最終評価時で比較・分析を行ったので報告する。

【方法】

サ高住入居者21名の内、評価等に賛同され発表に関する承諾を得られた15名（男性6名・女性9名、平均年齢87.9±5.7歳）に対し、月に1回の頻度で介入した。介護サービスの利用状況に関しては介護サービス計画書にて調査し、嚥下に関する評価としては嚥下質問紙法、反復唾液嚥下テスト（以下、RSST）、改訂水飲みテスト（以下、MWST）、水飲みテスト（以下、WST）を行った。また、嚥下体操や呼吸訓練など全体訓練をのべ8回、誤嚥性肺炎、姿勢、栄養や口腔衛生などの勉強会をのべ6回実施した。

【結果】

介護サービスの利用状況に関しては、併設するデイサービスの利用者が8名と最も多く、次いで法人内の訪問介護・訪問型サービスの利用者が7名であった。しかし、リハビリテーション視点、特に口腔や嚥下視点での介入がなされていない状況であった。この状況下で、嚥下に関する1年間の活動を行った結果、嚥下質問紙において改善したのは7名、維持は3名、低下は5名となった。改善した項目は、「痩せてきた」、「食べるのが遅くなった」が4名と最も多く、次いで「のどに食べ物が残る」、「口から食べ物がこぼれる」が3名であった。低下した項目は、「お茶でのムセ」、「夜に咳で目覚める」が3名と最も多く、次いで「痩せてきた」、「物が飲み込みにくい」、「食事中にムセる」、「食べるのが遅くなった」、「硬い物が食べにくくなった」が2名ずつであった。RSSTに関しては、全員3回以上可能であり低下した者はいなかった。MWSTに関しては、プロフィール4から5に改善した者が5名、プロフィール5で維持した者が10名であった。WSTに関しては、維持した者が13名、プロフィール1から2に低下した者が2名であった。

【結語】

嚥下質問紙の結果から、改善した7名は口腔機能が向上し、食事時間の短縮、食事量が増加したことが示唆される。その要因として、勉強会による知識の獲得と訓練や自主練習による効果が考えられるが、詳細な口腔機能の評価、実際の食事時間や摂取量の把握までには至っていない点が今後の課題である。

サ高住入居者は、介護サービスを必要なタイミングで十分に受けられる環境が整っていないのが現状である。特に嚥下に関する介入はほとんどないため、機能を維持していくことが難しい。このような環境の中、当法人は医療・介護・福祉の一体的提供が可能な環境を整えていることは強みである。演者としては、事業所へ今回の評価結果を報告し、サ高住の生活相談員が併設するクリニックの歯科やデイサービス、ケアマネジャーなどへ報告や相談をする能動性を促し、口腔・嚥下を支える一助になれればと考える。

【倫理的配慮】

本調査は、当施設の施設長、教育委員会の承認を得て実施した。また、サ高住入居者およびその家族へ文書にて本調査の目的や方法を十分に説明し、同意を得たうえで行った。

83-4　摂食・嚥下リハ③

経口移行への取り組みと摂食嚥下チームの活動

愛媛県・南高井病院

みながわ　ともや
○皆川　朋也（言語聴覚士）

【はじめに】
当院では、診療報酬改定を機に 2024 年より、摂食嚥下チームを発足し CVC から経口移行を目標に活動を開始している。以前までは、各々が評価を行い、情報共有も不十分であったがチーム発足後より、介入方法を検討、活動を通して、入院時より評価し機能の把握を行い、その情報をもとに多職種への情報共有を行うことで話し合いの機会も増え嚥下に対しての意識の変化であったり業務の効率化が上がったこと。また、以前はあまり使用していなかった VE を用いることでより詳細な嚥下状態の把握が可能となった。そのため、一人一人の患者に対してのアプローチ方法の変化であったり情報量が増え、より経口移行の件数の増加に繋がったため報告する。
【方法】
期間：2025 年 1 月～2025 年 12 月
入院時、CVC 挿入患者 288 名を対象とし評価を行い経口移行できた件数とその患者の VE の点数と FIM や FOIS の変化を検証した。
【結果】
年間 CVC 挿入患者 288 名を対象に、3 名経口移行となった。
症例 1）FIM：25→23 点　FOIS：1→2　VE（兵頭スコア）：11→9（介入期間 2 カ月）症例 2）FIM：27→27 点　FOIS：1→6　VE（兵頭スコア）：3→3（介入期間 2 カ月）症例 3）FIM：20→20 点　FOIS：1→3　VE（兵頭スコア）：7→3（介入期間 3 カ月）また、対象者に対してカンファレンス回数が増加することで多職種との関わりにも変化が生じた。
【考察】
今回の検証により、全体数から経口移行できた件数は十分ではないものの嚥下チーム発足当初に比べ、CVC からの経口移行者の増加と機能的に変化を感じる内容となった。それには、嚥下チームの活動が関わっており多職種との情報共有を行い、アプローチを行っていくことで 1 人の患者に対してスタッフの意識の変化であったり複数の選択肢が生まれ、経口移行に向けての最善策を提供できる場が増えたためと考える。

83-5　摂食・嚥下リハ③

当院における VF 検査の実態調査〜ST による予後予測と FILS 推移の分析〜

北海道・定山渓病院

○吉野（よしの）　桃代（ももよ）（言語聴覚士）、谷　領、佐藤　美歩、十川　純光、太田　快成、山口　汐里、佐藤　智佳、吉田　優美、斎藤　春花

【目的】

超高齢社会において、摂食嚥下障害を有する高齢者の増加が顕著であり、摂食嚥下機能の評価と適切な食形態の選定は、重要なニーズとなっている。VF（嚥下造影検査）は最も信頼性の高い検査法の一つで、摂食嚥下障害の評価や治療方針決定に寄与する。当院では、入院患者の約 7 割に嚥下障害が認められ、年間約 70 件の VF 実績がある。こうした背景を踏まえ、本研究では VF 検査の実施状況とその後の嚥下機能の推移を分析し、VF の運用実態と今後の活用方針について考察を行った。

【方法】

対象は 2023 年 4 月〜2025 年 3 月に VF を実施した入院患者 112 名である。調査項目は、①基本情報（年齢、疾病分類）、②FILS 評価（VF 実施前および実施 2 か月後）、③ST による FILS 予後予測（向上・維持・低下）、④FILS 推移（向上・維持・低下）、⑤予後予測と推移の齟齬：③と④の齟齬およびその内訳を分析した。

FILS は非経口摂取群（Lv.1〜3）、経口＋経管栄養群（Lv.4〜6）、経口摂取群（Lv.7〜10）の 3 群に分類し、各分布割合を算出した。

【結果】

①対象 112 名年齢：（中央値 81 歳 28〜97）循環器疾患が最多、次いで呼吸器疾患であった。②FILS 分布は非経口摂取群 28%、経口＋経管栄養群 29%、経口摂取群 43% であった。実施 2 か月後には非経口摂取 27%、13%、60% に変化した。③ST による予後予測は向上 36%、維持 55%、低下 9% であった。④FILS 推移は向上 25%、維持 63%、低下 12% であった。⑤齟齬 25%（28/112 件）内訳はお楽しみ摂食可否 32%、薄とろみの必要性判断 28%、常食摂食可否 18% であった。

結果のまとめとして FILS 分布は、VF 実施前は経口＋経管以上の FILS 割合が多かった。2 ヶ月後は経口＋経管の割合が減少し、経口のみの割合が増加した。非経口摂取は全体通じて 2.3 割だった。FILS 推移割合は維持・向上が 8 割以上を占めた。予測と実際の推移には一部齟齬が認められ、摂食可能な形態の判断に関する要素が主な要因であった。

【考察】

ST による予後予測と FILS 推移の一致率は 75% であった。予後予測と FILS 推移の齟齬は、摂食可能な形態やとろみの有無判断、誤嚥リスクと自立尊重、QOL のバランス調整に関連しており、判断が難しい領域であると考えた。一方 VF 前後で FILS が向上または維持された割合が 88% に達したことから、VF 前の ST 評価と食形態選定の妥当性、リハ介入の有効性が示唆された。今後の VF 活用方針としては判断に迷う症例に対して医学的所見に基づく食形態選定を行うことが有効とし、そのために VF を積極的に活用したい。

83-6　摂食・嚥下リハ③

疾患・年代・食形態別における舌筋力値の比較検討～たんたんめーたーの有用性と今後の課題～

埼玉県・大宮共立病院

○川村（かわむら）　和史（かずふみ）（言語聴覚士）、根本　舞子、中川　鈴歩

【はじめに】

舌筋力がオーラルフレイルや嚥下機能低下、さらには全身の筋力や健康状態に影響することは様々な研究で報告されている。今回、当院でも舌筋力計を導入し筋力測定を行い、疾患・年代・食形態の違いでどのような差が出るかを比較検討した。

【対象・方法】

2026 年 3 月 16 日～2026 年 4 月 15 日の期間、回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者 46 名を対象、そのうち舌筋力測定を実施出来た 26 名のデータを収集した。測定はたんたんめーたー（オーラルアカデミー社）使用し、メーカー推奨手順に従い舌筋力を測定した。A 群：メーカー基準値 2.0kg 以上（正常範囲）、B 群：1.4～2.0kg 未満（注意）、C 群：0～1.4kg 未満（オーラルフレイルリスクあり）の 3 群に分類し、疾患別、年代別、食形態別との関連を Fisher 正確確率検定（以下 p 値）、Cramer's 連関係数（以下 Cramer'sV）にて検討した。

【結果】

疾患別では、整形疾患 17 名（A：7 名、B：5 名、C：5 名）、脳血管疾患 9 名（A：4 名、B：4 名、C：1 名）であり、p＝0.678、Cramer'sV＝0.21。年代別 40～60 歳代 3 名（A：2 名、B：1 名、C：0 名）、70 歳代 6 名（A：4 名、B：1 名、C：1 名）、80 歳代 14 名（A：5 名、B：6 名、C：3 名）、90 歳代 3 名（A：1 名、B：0 名、C：2 名）であり、p＝0.537、Cramer'sV＝0.38。食形態別では、普通食 19 名（A：9 名、B：5 名、C：5 名）、嚥下調整食 4 が 7 名（A：1 名、B：4 名、C：2 名）であり、p＝0.26、Cramer'sV=0.33 という結果となる。

【考察】

本研究では、舌筋力と疾患、年代および食形態との関連について検討したが、いずれの項目においても統計学的有意差は認められなかった。一方で、効果量の検討では Cramer'sV にて年代別 0.38、食形態別 0.33 となり、中程度の関連を認めた。年代別では、80 歳代から加齢に伴う筋力低下が舌筋力にも影響している可能性が考えられた。また食形態別では普通食群に高舌筋力者が多く、嚥下調整食 4 群では中～低舌筋力者が多い傾向を認めたことから、舌筋力が食形態選択の一要因となる可能性が示唆された。

しかし本研究は対象数が少なく、特に年代別および食形態別では各群の人数に偏りがあったため、有意差を検出するには不十分であったと考えられる。

【まとめ】

本研究の結果から、たんたんめーたーによる測定値は食形態との関連を示し、摂食嚥下リハビリテーションにおける客観的評価や経過観察の一助となる可能性が示唆された。今後は食形態選択や舌筋力トレーニング効果の判定指標として活用していきたい。

84-1　摂食・嚥下リハ④

中心静脈栄養（IVH）患者の完全経口摂取移行への取り組み―完全経口摂取移行達成者と非達成者の比較―

1 長崎県・恵寿病院、2 消化器内科、3 ハシモト耳鼻咽喉科医院

○江口（えぐち）　美保（みほ）（歯科衛生士）[1]、松尾　友香[1]、時村　郁子[2]、橋本　清[3]、中原　賢一[1]、中村　留美[1]、
水永　美里[1]、西野　十紀[1]、奥藤　尚子[1]、寺野　元博[1]

【目的】

高齢患者では経口摂取が困難となった際、中心静脈栄養（IVH）が選択されることが少なくない。しかし、一度IVHを開始すると、心身機能の回復力が乏しい高齢者ではIVHからの離脱の判断が難しく、経口摂取再開の機会を逸することがある。当院では、IVH実施患者の中から離脱候補者を選定し、嚥下評価および訓練を積極的に行ってきた。本研究では、IVH離脱を達成した患者の特徴を明らかにし、離脱に寄与する因子を検討することを目的とした。

【対象と方法】

対象は2023年1月以降にIVHを実施した入院患者79名（平均87.5歳、男性27名・女性52名）である。これらの症例において、IVH実施期間、認知症の程度、発語の有無、意思疎通、食思、体力・気力の変化、嚥下内視鏡（VE）による嚥下機能評価を指標とし、完全経口摂取へ移行できた7名と移行できなかった72名について比較検討した。

【結果】

IVH離脱達成者7名のIVH実施期間は40～178日（平均81.4日）で、全員に認知症症状を認めたが、発語があり意思疎通が可能で、食思も確認された。また、IVH実施により体力・気力の向上が明らかで、全身状態の改善が嚥下訓練の継続を可能にした。VEでは初期に誤嚥を認めた症例もあったが、体位調整、食形態の工夫、交互嚥下の導入などにより、誤嚥を回避できる摂食環境を構築できた。

非離脱者の72名中、特に発語・意思疎通・食思を認め、離脱を期待した11名については、6名はIVHによる体力回復が得られず病状が悪化し死亡、残る5名は誤嚥を繰り返したため経口摂取を断念し、IVH継続となった。

これらの結果から、IVH離脱の成否には嚥下機能のみならず、全身状態の改善が大きく影響することが示唆された。

【考察】

IVH離脱には、まず経口摂取不能期間が短く、嚥下機能が廃用に陥らず維持されていることが望ましい。また、発語があり意思疎通が可能で、嚥下訓練の指示を理解し実行できることが離脱の鍵となる。認知症の程度と理解力は重要な因子と考えられた。さらに、IVHにより体力・気力が回復し、臨床的に「活気がある」状態となることが、訓練継続と経口摂取再開の大きな推進力となる。加えて、VEによる嚥下機能の可視化は誤嚥の原因を明確化し、適切な食形態や体位調整を行う上で不可欠であった。

84-2　摂食・嚥下リハ④

長期臥床に伴う廃用症候群後の嚥下障害を呈した一例について

徳島県・博愛記念病院

○井上（いのうえ）　暖大（はると）（言語聴覚士）、後藤　啓人

【はじめに】長期臥床に伴う廃用症候群の嚥下障害で前医では経口摂取困難と判断されたが当院回復期リハビリテーションで3食経口摂取を再獲得した一例について報告する。

【症例】90歳代高齢男性。38度の発熱と起立困難を呈しA院に緊急搬送。誤嚥性肺炎と診断され、喀痰量の増加や嚥下機能の低下が進行しており経口摂取困難。経鼻胃管は希望されず中心静脈カテーテル留置。経口摂取再獲得を希望され嚥下リハビリテーション目的にて当院入院。

【初期評価】喀痰量多く頻回な吸引必要。握力（R/L）14.6kg/9.1kg

SMI，6.1kg/m^2、SPPB5点でありAWGS2019の報告からサルコペニアと診断。

FOIS1、MWST：pf4(嚥下あり、ムセなし、呼吸変化なし)、FT：pf4(嚥下あり、ムセなし、呼吸変化なし)。頸部のやせ、複数回嚥下を認める。咳テストは陰性（惹起潜時5秒)。VEでは安静時の唾液貯留が多く、咽喉頭の感覚低下もあり兵頭スコア6点であった。

【経過】入院2日目から中間トロミ茶、嚥下リードを用いた直接訓練を開始した。入院5日目VE実施後に少量の嚥下調整食II-IIの摂取開始。徐々に喀痰量が減少し誤嚥初見なく摂取でき、入院20日後に3食経口摂取が可能となった。その後も定期的にVEやカンファレンスを実施し嚥下調整食IIIまでアップし熱発などなく施設退院された。

【考察】本症例は前医にて経口摂取困難と判断されたが、結果的に3食経口摂取が可能となった。神経学的な嚥下運動は保たれていた。フレイル・サルコペニアによって感覚低下や嚥下関連筋群の筋力低下が経口摂取を困難にしていた。回復期病棟にて積極的な離床や歩行訓練などを行うことで活動性や筋力の向上につながり、頻回な口腔ケアや吸引などのケアを行うことによって機能低下をカバーし段階的摂食訓練を行うことで完全経口移行ができたと考える。

VE等の詳細な評価を細目に行い、状態変化に応じた適切なケアや訓練、食事アップを行うことで経口摂取手の可能性を見出していくことが大切だと考える。

84-3　摂食・嚥下リハ④

氷菓を用いた重度嚥下障害患者に対する摂食訓練の試み

1 東京都・大久野病院リハビリテーション部、2 大久野病院耳鼻咽喉科、3 西東京口腔ケアステーション、4 大久野病院内科、5 順天堂大学医学部リハビリテーション医学研究室

○大木（おおき）　さおり（言語聴覚士）[1]、中山　剛志[1,5]、髙鳥　俊介[1]、杉浦　むつみ[2]、文字山　穂瑞[3]、工藤　弘之[1]、進藤　晃[4]

【目的】

重度嚥下障害患者は誤嚥・窒息といった気道管理上の問題によって経口摂取を禁じられ、食べる楽しみの喪失というQOLの問題を抱えやすい。こうした患者に対して言語聴覚士（ST）をはじめとした摂食嚥下チームは評価によって障害構造の仮説を立て、気道管理上の問題と対峙しながらも部分的な経口摂取を目指し、仮説に基づいた臨床的アプローチを実行する。嚥下訓練法のひとつとして「氷なめ訓練」がある。氷による口腔・咽頭粘膜への冷却刺激が嚥下神経回路の入力系を賦活し、嚥下を促通することが期待できる。我々は従来からこの訓練を多くの患者に実施していた。特に重度嚥下障害でも経口摂取の意欲が高い患者に対しては氷菓（ガリガリ君®ソーダ味、トーニチ製）を用いた摂食訓練を行っており、氷菓が特異的に嚥下を促通する事象を度々経験していた。そこで、氷菓を使用した摂食訓練により嚥下能力が向上した重度嚥下障害例について報告するとともに、嚥下造影を用いてトロミ水と氷菓の嚥下動態を比較し、氷菓が嚥下を促通する理由を考察した。

【方法】

対象は70歳～90歳台の6名で、偽性球麻痺＋脳血管性パーキンソン症候群がある回復期病棟の入院患者。6名共通の状態として全身性の動作緩慢を認め経鼻経管栄養となっていたが、栄養状態・免疫機能は安定していた。飲水検査や嚥下造影にて送り込み障害と嚥下反射惹起遅延を顕著に認めた。偽性球麻痺による中枢性の嚥下障害に加え、脳血管性パーキンソン症候群による神経伝達障害に起因する嚥下神経機構の入力系の機能低下があるものと推論した。

送り込み運動や嚥下反射惹起性を促通するには、入力系の強化が優先されると考えた。さらに何らかの方法で送り込み運動が開始すれば、続行する嚥下反射は惹起されやすいのではないかと推測した。そこで咀嚼を誘発させやすい食品を摂取すること、その咀嚼中のstageII transportにより送り込みを誘発し、嚥下反射の惹起に至ることを期待して、これまでの経験上有用である氷菓の摂食訓練を試行した。

【結果】

氷菓では6例全例で咀嚼が誘発され、咀嚼中のstageII transportによる送り込み運動とそれに続行する嚥下反射惹起が認められた。嚥下造影で氷菓の嚥下動態を観察したところ、氷菓から溶け出した液体が舌根から喉頭蓋谷に流れ停留した後、嚥下反射が惹起されていることが観察された。嚥下造影検査の解析の結果、トロミ水に比べ氷菓では口腔通過時間（OTT）、喉頭挙上遅延時間（LEDT）、嚥下反射惹起遅延時間（PDT）は全例で短縮した。嚥下反射惹起の解剖学的ポイントは変化を認めなかったが、喉頭侵入・誤嚥スケール（PAS）は全例で是正された。

【考察】

氷菓はトロミ水に比べて送り込み能力や嚥下反射の適正化などをもたらし、嚥下能力が向上した。中咽頭から下咽頭の持続した冷覚と味覚が孤束核への知覚入力を増強し、嚥下神経機構を賦活した可能性が考えられる。嚥下障害がある場合には水分にはトロミをつけて摂取する方が安全と考えられているが、今回の対象においてはトロミ水よりも氷・氷菓が安全と判断できる可能性がある。氷を使用した摂食訓練についてPanther（2005）やPisegnaら（2018）が推奨しているが、詳細な研究はなされていない。今後も重度嚥下障害患者に氷菓の摂食訓練を継続し、その適応などを調べたい。

84-4　摂食・嚥下リハ④

介護老人保健施設における経口移行加算の取り組み～タックマンモデルを参考にした多職種連携支援～

福岡県・介護老人保健施設高良台

○岩佐（いわさ）　珠美（たまみ）（言語聴覚士）、長野　剛

【はじめに】介護老人保健施設（以下、老健）において、「口から食べる」を支援するための施策は、年々拡充されてきているが、経口移行加算の算定件数は極めて少ないのが現状である。今回、経口移行加算を初めて算定するにあたり、多職種連携を強化するため、タックマンモデルの成長段階を参考に取り組んだ1事例を報告する。

【対象】

年齢：80代女性

疾患名：アルツハイマー型認知症、四肢機能障害

要介護度：4

ニード：食べられるようになりたい

前院で誤嚥性肺炎を繰り返し胃瘻造設。約2年間経口摂取を行えていなかった。

【経過・結果】

「形成期」

（目的の共有）

経口移行加算算定にあたり、対象者は約2年間経口摂取を行っておらず、誤嚥リスクが極めて高い状態であった。安全に経口移行への支援を行うためには、多職種が専門性を結集して対象者を把握し、計画書をもとに速やかに支援を行える体制を構築することが重要であることを共有した。

「混乱期」

（コンフリクトマネジメント）

老健では、嚥下造影検査（VF）等の検査を日常的に実施することが困難であり、簡便かつ非侵襲的な評価を組み合わせることが多く、評価の解釈やリスク許容度に職種間で認識の差が出やすい。そのため、食事形態や介助方法を決定する際にコンフリクトが起こる可能性があった。誤嚥リスクの高い利用者への支援に際し、多職種間で心理的安全性を確保できるようにアサーティブな意見交換を行う必要があることを共通認識とした上で支援を行った。

「統一期」

（介助方法の統一）

言語聴覚士の介助下で楽しみレベルのゼリーから経口摂取が可能となったため、経口移行計画書をもとに食事姿勢や一口量等の介助方法を統一し、デモンストレーションを行った。職員によっては、計画書通りに行えないこともあり、繰り返し統一を図った。

「機能期」

（能動的行動）

症例は四肢機能障害のため、全介助であったが、食への意欲が向上し、食事介助中に自発的な上肢の動きがみられるようになったことから、介護職員より自力で水分摂取できるか試したいと意見が挙がった。そこで食具を検討した結果、ストローマグを使用することで自力摂取が可能となった。その後も段階的に食形態が向上し、3食経口摂取へ移行できたため、加算算定を終了した。

「散会期」

加算算定終了時は、嚥下調整食3であったが、他利用者のおやつをみて、「饅頭食べたい」との発言を契機に、職種間で食形態変更を試してみてはどうかとの意見があり、嚥下評価を実施。評価結果をもとに検討し、嚥下調整食4に変更。本人の希望どおり固形のおやつを提供できるようになった。

【考察】老健の「在宅復帰・在宅療養支援等指標」には経管栄養の実施割合が含まれているため、経管栄養者は一定数いると思われるが、経口移行加算の算定割合は1割未満の施設が多いとされている。今回、初めての経口移行加算の対象者が、約2年間経口摂取を行っていなかったため、協働体制の強化が必要と考え、チームビルディング手法の一つであり、成長段階を理論的に示しているタックマンモデルを参考に取り組んだ。加算算定前は、各職種の専門性への配慮から、評価の解釈や食事形態変更の判断基準など、曖昧にしていた部分もあったが、混乱期・統一期に心理的安全性を確保しつつアサーティブな意見交換を重ね、合意形成を図ったことで、機能期・散会期に「試してみたい」という能動的行動につながったと考える。また、加算算定したことで最終的には本人の希望に沿った食形態まで到達できた。安全に「口から食べる幸せ」への専門的な支援ができるやりがいを、多職種と共に再確認できたため、この経験を今後に活かしていきたい。

84-5　摂食・嚥下リハ④

摂食機能療法推進のための取り組み～介入件数増加と訓練効果を目指して～

富山県・いま泉病院

ふたむら　まりこ
○二村　真理子（看護師）、谷内　陽子、坂本　彩音、山本　瑛利子

【背景】嚥下障害患者の増加に伴い、摂食機能療法の必要性が高まっている。しかし、現場では業務負担や知識不足、必要性に対する意識不足などにより、看護師による介入が十分に進まない現状があった。

【目的】摂食機能療法の実施体制の見直しが介入件数の増加に繋がるかを検証するとともに、介入件数増加による、訓練効果について明らかにする。

【方法】

1. 2024年4月より業務及び記録負担軽減を目的として記録の簡略化を実施

2. 2025年より以下の実施体制の見直しを行い、実施前後の介入件数を比較

①記録様式の簡略化②食事時間を活用した訓練実施 ③訓練実施状況の見える化とフィードバック

④勉強会の実施

3. 介入件数増加による訓練効果について、看護師30名を対象に聴取調査を実施

【結果】2021年～2023年の介入件数は月平均65件であった。2024年4月記録様式改定後、一時的な増加は認めたものの、その後は月平均件数に大きな変化はなかった。記録様式の簡略化のみでは現場への十分な定着には至らなかった。一方、2025年の実施体制の見直し後は介入件数が大幅に増加した。(2025年月平均219件、2026年269件)

看護師への聞き取り調査では，以下の効果が挙げられた。

[患者への効果]

① 身体・嚥下機能面：ムセの減少、咳嗽力及び喀痰排出能力の向上、口腔環境の維持及び悪化防止

② 言語・認知機能面：発語機会の増加、回想法に繋がることで認知機能維持に寄与

③ 精神・行動面：表情の改善、他者交流機会増加による気分転換

[職員の意識変化]

① 肯定的変化：残存能力の再発見、患者とゆっくり関わる時間の確保、言語聴覚士への相談件数増加、適切な食事形態への意識の向上、嚥下状態に関する情報共有の促進

② 否定的意見：訓練の効果をあまり感じない、よくわからない

【考察】記録の簡略化のみでは摂食機能療法に対する意識を現場に浸透させるには不十分であった。

看護師からは「訓練方法が分からない」「どの部位に効果がある訓練なのか理解できない」「記録方法に不安がある」といった技術的・心理的課題が挙げられていた。勉強会実施により、訓練内容や記録方法が明確となり不安の軽減につながったと考えられる。

さらに訓練実施状況や成果をグラフや数値で見える化し、上司から継続的に肯定的フィールドバックを行った。

太田は、「モチベーション向上には客観的・具体的な事実に基づいて褒めたり認めたりすることや、働きぶり、成果を「見える化」する事が効果的である」と述べている。本取り組みにおいても、介入実績を見える化し評価することで職員のモチベーション向上につながり、主体的な訓練実施を促進したと考えられる。

又、食事時間を活用して日常ケアの中に訓練を組み込んだことで、新たな業務負担を増すことなく継続的な介入が可能となった。

以上により①記録様式の簡略化②食事時間の活用③訓練実施状況の見える化とフィードバック④勉強会の実施は、摂食機能療法の介入件数増加に有効であったと考えられる。又、介入を重ねることで、患者の機能改善や生活の質の向上を実感でき、看護師のやりがい向上にもつながったと考えられる。

【結語】業務効率化に加え、勉強会の実施、実施状況の見える化、肯定的フィードバックを組み合わせることで、看護師の意識変容が促進され、摂食機能療法の介入件数を継続的に増加させることができた。また、介入増加は嚥下機能のみならず、言語機能・認知機能・精神面など患者のQOLの向上に寄与する可能性が示唆された。今後は訓練効果を客観的に評価できる指標を導入し、より安全に楽しみある食支援につなげていきたい。

参考文献

1) 太田肇：職場における承認。組織化学、48 (4)、52-63、2015.

84-6　摂食・嚥下リハ④

慢性期嚥下障害患者における完全経口移行の時間分布と関連因子～継続介入の可能性を示した200日追跡研究

神奈川県・元気会横浜病院

こばやし　たけし
○小林　剛（言語聴覚士）

【目的】

本研究では、慢性期嚥下障害患者における完全経口移行の時間分布と関連因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は、2025年1月から2026年2月に当院療養病棟へ入院した非経口摂取患者であり、摂食機能療法が処方された176例とした。嚥下評価困難20例を除外し、156例を後方視的に調査した。

観察期間は入院日から最大200日とし、完全経口移行を関心イベント、死亡および転院を競合イベントと定義した。完全経口移行までの時間分布は累積発生関数(cumulative incidence function：CIF)を用いて、50日、100日、150日および200日時点で評価した。単変量解析にはGray検定を用い、有意差（$p<0.1$）を示した因子を説明変数とした多変量解析（Fine-Gray比例ハザードモデル）を行った。各因子についてもCIFを算出し、群間差を検討した。検討因子は、先行期障害、フードテスト、自己喀痰、年齢、性別、GNRI、経口摂取中断から当院入院までの日数および基礎疾患とした。統計解析にはEZRを使用し、有意水準は5%未満とした。

【結果】

観察期間中に32例が完全経口へ移行した。完全経口移行を達成した32例の移行までの期間の中央値は42.5日(1-192日)であった。完全経口移行のCIFは、50日12.2%、100日15.4%、150日18.2%、200日21.2%であり、50日以降も各時点で約3%ずつ上昇した。単変量解析では、先行期障害、フードテスト、自己喀痰および性別において有意差を認めた。

多変量解析では、先行期障害なし(SHR 3.39，95%CI 1.61-7.13，p=0.001)およびフードテスト4点以上(SHR 3.23，95%CI 1.31-7.96，p=0.011）が完全経口移行と独立して関連した。

各因子の、200日時点におけるCIFは、フードテスト4点以上群39.5%、3点以下群8.7%、先行期障害なし群34.3%、あり群は12.6%であった。

【考察】

完全経口移行のCIFは、入院後早期に比較的急速な上昇を示した後も緩徐に増加が持続する二相性の推移を認めた。この背景には、短期間で移行に至る症例群と、先行期障害のある群では、慢性期においても継続的介入により段階的な改善を示す傾向が認められた。

フードテストは早期から明確な群間差を示し、完全経口移行と強く関連する指標である可能性が示唆された。一方、先行期障害あり群では、CIFは低値で推移したものの、経時的な上昇を認めた。これは慢性期においても、介助方法や環境調整などの支援的介入により段階的な改善が得られる可能性を示唆している。

当院では「難しい」で終わらせず患者の可能性を多職種で検討する文化があり、経口摂取への挑戦を支援している。また、完全側臥位法を含む摂食嚥下支援が病棟に浸透しており、STによる嚥下評価結果を多職種間で共有し、適切な食事条件および介助方法を継続的に実践できる体制を有している。このような多職種協働の取り組みが、先行期障害を有する症例においても時間経過とともに経口移行が認められた背景の一つである可能性がある。

なお、本研究の検討因子については入院時評価に基づく解析であり、入院後の摂食嚥下機能の経時的変化は考慮していない。

【結論】

慢性期嚥下障害患者における完全経口移行は、初期に比較的多く認められる一方で、その後も緩徐に増加する時間的推移を示した。先行期障害およびフードテストは完全経口移行と独立して関連した。

85-1　チーム医療①

院内勉強会における医療画像の情報共有～多職種の相談例まで～

奈良県・南和病院

よしかわ　ひとし
○吉川　仁（放射線技師）、米田　準、安立　卓、窪　香予子、寅田　弘子、中村　小百合、四方　絵里華、米田　邦彦、廣池　裕美、和田　信弘

【背景・目的】

昨今、医療画像に関する院内勉強会の依頼・相談が増えつつある。カンファレンスにて所見等の報告は行っているものの、画像の見方を知りたいという声があった。昨年、当院看護部教育委員会より「看護に活かす画像の読み方」というテーマにて、患者の状態把握のツールとして活かすという目的に応じ、その内容や反応について紹介する。ほかにも、多職種の相談案件について述べたい。

【方法】

この回は、頭部疾患（脳出血・脳梗塞）や胸部疾患（肺炎・胸水）などの症例を挙げて、医師の所見に沿って確認・説明を行った。また、留置カテーテル位置確認・誤嚥・誤飲について触れた。この勉強会の反応についてアンケート結果をまとめた。ほか案件として、多職種や医療安全管理委員会からは骨密度についての相談・報告は勿論、リハビリではレントゲンの骨画像の疑問やPACS操作の説明、職員衛生安全管理委員会では骨粗鬆症・骨密度検査の講話を行った。

【結果・考察】

アンケート結果から、医療画像を見るのに苦手意識はあったものの実症例に沿う内容であったため、分かりやすいとの声が多かった。勉強会以降、当院でのポータブル撮影ではFPDパネル（撮像側）とタブレット（受像側）が無線運用のため、撮影画像の確認に来るスタッフが増えたと感じている。リハビリにおいては、入院時の提供情報では患者の経過が分かりにくい時があり、放射線科への相談や経過画像の説明を受けて参考になったとの反応があった。また、当院の療養患者・入所者は超高齢になってきており、骨折リスクとして骨密度の認識は高まりつつある。今後も継続できるよう、多職種との関わりを大事にしたい。

85-2　チーム医療①

経鼻経管栄養と経口摂取併用患者の自宅退院に向けた取り組み

熊本県・悠紀会病院

○多山（たやま）　沙織（さおり）（管理栄養士）、古賀　標志、磯野　富子、谷澤　きよ、早野　剛志、二俣　弥史、
櫻井　幸絵、古森　顕一

【目的】

経鼻経管栄養と経口摂取を併用し，多職種連携で在宅生活を実現できた一症例を報告する．

【症例】

80 代男性，要介護 5，娘と孫の 3 人暮らし．傷病名：急性大動脈解離，術後不全対麻痺，食欲不振．20XX 年 9 月に急性大動脈解離と診断され，急性期病院で胸部大動脈人工血管置換術が施行された．同年 11 月にリハビリ目的で当院の回復期病棟に入院された．

【経過】

入院 1 回目：入院当初から傾眠・全介助状態であった．入院時の食事形態は学会分類コード 2-2．摂食訓練を重ねコード 4 までアップできたが，必要な摂取エネルギー量が確保できない状態が続いていた．全介助状態に変化は無かったが家族から自宅退院への強い希望があり，自宅退院へ向けたサービス調整を行い，入院から 3 か月後に自宅退院となった．しかしながら，退院から約 1 週間後，食事摂取不良・傾眠状態・血圧の低下を主訴に急性期病院へ救急搬送された．その後，経鼻経管栄養の状態で当院へ再入院となった．

入院 2 回目：嚥下造影検査を実施し，経鼻経管栄養と併用で学科分類コード 2-2 の食事を提供開始した．77 病日目に経鼻経管栄養を離脱し経口摂取のみとなったが，経口摂取のみでは必要摂取エネルギー量を確保できなかった．栄養ルートとして胃瘻増設も検討されたが，穿刺リスクが高く胃瘻造設は実施できなかった．そのため経口からの摂取量増加を目標としていたが，摂取量が低下したため 128 病日目に再び経鼻経管栄養と経口摂取の併用となった．摂取量は中々増加しなかったが，経口摂取訓練は継続しており，食事形態は 155 病日目に学会分類コード 4 へアップした．この時点での家族の意向は「経鼻経管栄養でも自宅で介護をしたい」であったため，自宅退院へ向けた訪問診療・訪問リハビリ・短期入所等の調整を行った．

【結果】

2 回目の入院から 226 病日目に自宅へ退院された．約 2 か月後に敗血症疑いで急性期病院に入院されたが，それまでの間を自宅で過ごすことができた．

【考察】

1 回目の退院後は短期間での再入院となってしまったことを教訓として，在宅生活に向けた関連機関との調整や家族への退院前の事前トレーニングを細やかに行ったことで，前回よりも長く在宅生活を送ることができたと考えられた．今後もチームケアを重視し在宅復帰支援をしていきたい．

85-3　チーム医療①

地域医療連携システムを利用した医用画像の提供

千葉県・初富保健病院

○浅野（あさの）　杏奈（あんな）（事務職）、小野寺　敦、坂田　有紀、本山　夏姫、奈良　泰雅

【背景】

画像連携センター『こころ』は、高度医療機器の CT、MRI に加え、訪問用モバイル型 X 線装置および在宅 X-P システム等を導入し、2019 年に設立。超高齢化社会のニーズに対応する「患者無移動」を目的とした医用画像を提供するセンターとして、7 年が経過した。

地域医療連携システムを利用することで、検査予約～読影レポートおよび画像の閲覧を一元化し、FAX や電話でのやり取りの削減を行った。

その結果、クリニックや病院に対して、迅速な画像提供を可能にしている。

【目的】

当院の特徴は、放射線情報システムに反映された患者情報を基に CT、MRI、在宅 X-P の撮影を行い、検像や管理端末を経て、医用画像管理システムへ転送。

セキュリティの高い VPN 回線を通じて、地域医療連携システムを利用し、連携先に情報共有を行っている。

これらの運用効果を検証し、利点や課題を明確にした上で、今後の地域医療連携の向上に繋げる。

【方法】

当院が医用画像の提供を行っている CT、MRI、在宅 X-P の連携先件数および依頼数を検め、導入時～現在までの比較を行った。

【結果・考察】

CT、MRI 検査については、病院：3 施設、整形外科クリニック：4 施設、内科および呼吸器科クリニック：5 施設と連携を交わした。

連携開始当初は、外来患者全体に対する MRI の割合が、42.0%、CT が 3.9% であった。

急性期病院との連携に伴い、造影検査も行った結果、2022 年には、MRI が 59.0%、CT が 5.7%、2023 年には、MRI が 64.5%、CT が 8.0% と増加した。

在宅 X-P については、現在、36 のクリニックと連携し、連携開始当初と比べ、12 倍に増加。依頼件数は、2025 年には 300 件を超え、30 倍に増加した。

2026 年現在も昨年に迫る件数である。連携依頼の問い合わせは止まることなく、他市に拡がり続けている。

システムを利用して、患者情報の共有を行うことで、業務の効率化および簡略化を可能にしたサービスが、依頼数増加の要因であると考える。

今後は、さらに病院ならびにクリニックの顧客の意見を取り入れ、慢性期医療の特徴を活かした地域医療貢献を目標としたい。

85-4　チーム医療①

シャボンラッピングを用いてスタッフの意識・行動の変容

大阪府・緑水会病院

○松田（まつだ）　眞名巳（まなみ）（介護福祉士）

はじめに　当病院は療養病院であり、脳梗塞後遺症などによる長期臥床患者が大部分を占めている。ケア時のコミュニケーションでは会話のできる患者が少なく、介助者の一方的な声掛けになっていることが多い。患者との良好な関係性を築き、適切なケアを提供するためには言葉にならない気持ちや表情の変化などから汲み取る意識が必要である。そこで、患者へ快の刺激となり向き合う時間を少しでも長くとれるケアとしてシャボンラッピングによる足浴に着目した。

研究目的
「シャボンラッピング」を用いて、スタッフの意識、行動の変容が見られたか検証する。

研究方法
病棟職員の勉強会前後に、アンケートを実施し、職員に意識・行動においてどの様な変化がみられたか比較検証する。
週２回のシャボンラッピングでの足浴実施し、フェイスシートを用いて観察、変化等を用紙に記入した。

結果
研究前アンケートでは、ケアの時間を取りたいが、業務に追われ十分なケアができていない。ベッドサイドでできることを心ゆくまで行いたいが、出来ないことに苛立ちを感じるなどの回答であった。
実施後のアンケートでは、触れるケアは自分自身も達成感がある。その日の気分や表情の変化を読み取りケアを行う大切さに気づいた。状況、状態により関わり方を調整するなど観察力を養うことができた。など前向きな意見が増えた。

考察・まとめ
シャボンラッピングという触れるケアを通して、患者の状態や反応を観察する機会が増え、個々に応じた関わりを意識するきっかけとなった。それにより、患者、介護者のストレスの緩和、感情的な共感、コミュニケーションの向上による信頼関係の構築など、多方面にわたる効果が得られた。今回の取り組みによって介護業務への取り組み方が改善され、職員間の意見交換が活発になり、互いにサポートし合う雰囲気が生まれ、チームワークが強化された。結果として、患者への寄り添う介護、ケアの質の向上に繋がると考えられる。

85-5　チーム医療①

高等支援学校との連携による看護補助者体験実習の導入と初期評価～人材パイプライン形成の可能性～

北海道・札幌西円山病院

こくしょう　まき
○國生　真希（看護師）

【目的】

看護補助者は全国的に減少傾向にあり、当院のような慢性期病院においては、生活支援中心のケアを安定的に提供するため、看護職の業務効率化やタスクシフトを推進する上で、安定した補助者確保は喫緊の課題である。当院では地域の高等支援学校と連携し、看護補助業務の１日体験実習を新規導入した。本研究は、導入初年度の実施状況と学生・受入部署双方の評価を分析し、慢性期医療における人材パイプライン形成の可能性を検討することを目的とした。

【方法】

2025 年度に高等支援学校１・２年生 18 名を対象として、4 部署で１日体験実習を実施した。実習内容は環境整備、物品補充、配膳・下膳、搬送補助などの基本業務とし、学生の理解度に応じた合理的配慮を行った。実習後に学生へ Likert5 尺度（満足・理解・安全・就業関心）と自由記述による評価を実施し、受入部署には受け入れ手順、安全確保、負担、継続意向を同尺度で調査した。

【結果】

学生アンケートでは、総合満足 4.33/5、働くイメージの具体化 4.06/5、就業関心 3.28/5 であり、就業関心 4～5 は 44.4％（5 は 11.1％）であった。自由記述では「病棟の雰囲気が分かった」「できる仕事が多いと感じた」など肯定的意見が多かった。

受入部署の評価は、受け入れ手順の明確化 4.50/5、安全確保 4.75/5、負担許容 3.50/5、継続意向 3.25/5 であった。部署側の自由記述では「学生の視点が刺激になった」「業務の棚卸しにつながった」などの意見が得られた。一方で、指導者１名で学生３名を担当する場面では「目が離れる」「安全確保に不安がある」との指摘があった。

【考察】

導入初年度として、学生・部署双方の受容性と教育効果は高かった。慢性期病院の特徴である生活支援中心の業務は学生に理解されやすく、働くイメージの具体化につながったと考えられる。また、学生の約半数が就業意向を示したことは、慢性期医療における新たな人材パイプラインとしての可能性を示唆する。

一方、指導者１：３の体制では安全確保と教育負担の両面で課題が明らかとなった。慢性期病院では ADL 低下や認知症患者が多く、観察・声かけの頻度が高いため、指導比率１：２が妥当と考える。また、開始時刻の最適化やマニュアルなどを用いた業務内容や注意点の事前説明（手指衛生の理由、配膳・下膳の手順、声かけの基本）の標準化は、教育負担の軽減と安全性向上に寄与すると考えられた。

さらに、受入部署から「業務の見直しにつながった」との意見が得られた点は、体験実習が単なる教育機会にとどまらず、慢性期病院のケアプロセス改善にも波及効果を持つ可能性を示している。

【結論】

高等支援学校との連携による体験実習は、慢性期医療の持続可能性を支える看護補助者の人材パイプラインとして有望である。次年度は３年生を対象とした長期実習を導入し、実習受け入れが病棟スタッフに与える影響を前後比較 KPI で検証する。具体的には、直ケア時間（看護師が患者へ行う直接ケアの時間の軽減度）、残業時間、インシデント件数、看護補助者への業務移管量などを測定し、体験実習が慢性期病棟のタスクシフト推進と業務効率化に寄与するかを評価する。なお、学生の職務理解や就業意向の変化は別途アンケートを取り、KPI とは区別して評価する。

【倫理的配慮】

高等支援学校および保護者に研究目的を説明し文書同意を得た。学生の不利益が生じないよう実習内容と安全管理を徹底し、個人情報は匿名化して扱った。

85-6　チーム医療①

当院における長時間離床促進への取り組み　多職種連携による離床環境の再構築とその定着状況

大阪府・坂本病院

○多田（ただ）　雅史（まさし）（理学療法士）、小西　隼矢、坂本　勇二郎

背景

当院は，障害者病床 72 床（看護師配置 13：1，介護士配置 30：1），医療療養病床 157 床（看護師配置 20：1，介護士配置 20：1）を有する慢性期病院である．入院患者の多くが終末期（エンドオブライフケア）の段階にある．リハビリテーションの目的は生活自立度 C2 レベルの患者に対し，廃用症候群に伴う循環動態の不安定化，関節拘縮，褥瘡などの二次的合併症を予防することを主な目的としている．また家族連携による離床促進を取り入れているが，車椅子乗車機会が限定的であり，長時間離床の維持が出来ていないことが課題であった．

目的

当院では，「離床は療法士で行う」という認識が強く，日中ベッド上臥床が常態化し，生活の一部としての離床習慣が定着していない状態であった．臥床時間の延長は二次的合併症リスクを高めるが，当院では土台となる離床の習慣化や環境整備が十分ではなかった．本報告では，病院全体で多職種が連携して離床機会を確保，継続できる体制を構築できたか定着状況の報告を目的とする．

方法

対象は 2017 年 8 月から 2025 年 12 月までに当院に入院し，リハビリテーションを実施した全患者とした．2017 年に離床プロジェクトを立ち上げ，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，看護師，介護士，臨床工学技士の協力のもと，2 人介助で行う移乗技術の周知・伝達を継続的に実施した．評価指標として，①1 か月ごとの 2 時間以上の車椅子乗車数，②リハビリテーション実施時のみの乗車数，③リハビリテーション実施時でも乗車できない数を算出した．各指標の 9 年間の推移を時系列回帰分析にて検討し，決定係数（R^2）及び p 値を算出した．統計ソフトは Excel を使用し有意水準は 5% 未満とした．

結果

2 時間以上車椅子乗車数の推移として，時間経過とともに 2 時間以上の車椅子乗車数は有意な増加傾向を示した（R^2=0.33，p＜0.01）．期間別にみると，2017 年から 2020 年 2 月までは有意な相関は認められなかった（R^2=0.084，p＞0.05）が，2022 年 4 月から 2025 年 12 月までの乗車数については有意な増加が認められた（R^2=0.2924，p＜0.01）．一方でリハビリテーション実施時のみ乗車数の推移として年次的に優位な減少傾向を示した（R^2=0.72，p＜0.01）．またリハビリテーション実施時でも乗車できない数の推移は，年次的に優位な減少傾向を示した（R^2=0.30，p＜0.01）．

考察

2 時間以上乗車数が有意な増加を示す一方で，リハビリテーション実施時のみ乗車数で有意な減少を示していることからリハビリ実施時間内に限定されず，病院生活全体へと拡大，定着した事が示唆される．プロジェクト開始当初は，「離床＝リハビリテーション」という認識が強かったが，後半になると多職種連携が成熟し，長時間離床が促進されたと考える．

結語

病院全体で離床プロジェクトを立ち上げ，他部署が関与することで病院生活の活動量確保に寄与することが統計的に示唆された．また継続的な離床支援体制が構築出来たと考える．今後の課題として，長時間離床が筋力低下の予防，関節拘縮の予防，循環動態の安定といった身体的アウトカムにどのような影響を及ぼすか検証していく必要がある．

86-1　チーム医療②

ポストアキュート・回復期機能をもつ病院における患者サポート体制～多職種チームによる支援の推進～

広島県・メリィホスピタル

○堀（ほり）　百合子（ゆりこ）（看護師）、岡田　悦子、浜崎　忍、福田　康彦

【はじめに】当院は、広島二次医療圏域北西部に位置する地域包括ケア及び回復期リハビリテーション病棟を有する199床の病院である。患者・家族（以下、「患者等」とする）への支援のため患者サポート体制を整えているが、窓口相談に赴くこともままならない患者が多い為担当者が病床訪問（ラウンド）に出向き速やかな対応に努めている。本件では、ラウンド強化により部門間の協働・連携推進において一定の効果を得たので報告する。
【方法】2025年4月1日～2026年3月31日の期間における相談対応について、方法・内容別に数値データ及び状況を分析。
【結果】相談対応総件数は373件であり、対応方法別割合（%）はラウンド63.0・WEB報告17.1・意見箱10.2の順に高く、相談窓口対応は4.6であった。相談内容の割合（%）は「感謝賞賛」25.5が最も高く、次いで「療養生活」22.8・「職員の対応」6.4・「リハビリ」5.6であった。ラウンド総件数は545件で、うち相談有は43.1%であった。ラウンド相談内容割合（%）は、「療養生活」29.5・「リハビリ」8.0・「食事」5.0の順に高かった。ラウンド対応による患者等の反応は「納得・理解して頂いた」86.8%・「十分な納得までは至らないが理解して頂いた」12.3%で「納得されていない」はゼロであった。
【考察】対応方法では、ラウンド対応が6割を超えているが相談窓口対応は1割未満にとどまっており窓口への来訪が難しい現状がうかがえる。反面、ラウンド強化による多職種対応が功を奏している状況を反映しているとも考える。WEB報告は部門間の速やかな情報共有を目的としたシステムであるが、入力効率の改善が示唆された。ラウンドにおいては相談有の割合が4割を超えており、多くの患者等が困りごとや悩みを抱えながら療養生活を送っている状況が明らかになった。家族も含め、速やかな多職種でのかかわりが重要である。ラウンド対応により99%の方から納得・理解できたという反応を得ている。より早期の状況把握が速やかな多職種対応に繋がり、問題解決に至る重要な契機となる。相談内容では療養生活上の悩みに関連した「療養生活」の割合が他の項目に比べて高い。回復期機能の分野においては急性期病院で治療後に転院される方が大半を占める。急な受傷で転院後も未だ危機の過程にあり、苦悩・苦痛を抱えている場合も多い。ゆえに回復期とは、現状を受け入れ可能性を拡げ、自身の人生に向き合うという心身両面の回復に寄り添う分野であると実感する。一方で、総件数の4分の1を占める患者等からの感謝賞賛の言葉は有難く、職員にとって非常に励みになる。「対応」においては、治療・ケア時の職員の言動、チームでの情報共有の不備等に対する厳しい意見が挙がっている。チーム及びケア提供者一人ひとりの姿勢や行動について改めて振り返る機会ととらえ、速やかに共有し実践行動に移す努力が必要である。総じていえば、患者等の支援においてはどの方法が最善とは言えないが、相談窓口で待機するばかりではなく、併せて問題を抱えている患者等に対してアウトリーチを実践し、相応な職種の対応により速やかな問題解決に繋げることが重要である。
【結論】多くの患者等は悩みや心配事を抱え問題状況にあるが、把握できていない場合もある。問題解決には、適時に情報共有し相応な職種が適切に対応する多職種チームアプローチが重要である。対応方法においてはこちらから出向くラウンドの重要性が明らかになった。今後に向けては、WEB報告システム等の情報共有機能の改善という課題が示唆された。

86-2　チーム医療②

過去の病棟摂食嚥下ラウンド結果から次年度のラウンド内容を立案する

福岡県・北九州古賀病院

○篠崎（しのざき）　美恵子（みえこ）（歯科衛生士）、亀井　詩穂、森下　さくら、内場　久美子、小久保　史恵

緒言・目的

現在、月1回のペースで摂食嚥下ラウンド（以下、ラウンド）を行い、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士で摂食時の姿勢・食事形態・トロミの付け方など問題点について解決法を検討している。その後ラウンドで提案された内容を取り組み実施した結果を、摂食嚥下委員会において各病棟看護師が報告を行っている。今回2024年度2026年度分のラウンドの成果を考察し、2026年度のラウンド内容を立案したため報告をする。

対象・期間

2024年4月から2026年3月までにラウンドした患者24名を対象とし、集計分析を2026年6月までとした。

方法

対象患者の概要をカルテから抽出した。2024年度と2025年度の摂食嚥下ラウンド経過報告書から、現在の「食事形態、問題点、対応、ラウンド後の経過」を整理し一覧表にまとめた。ラウンドの成果と考察を行い2026年度への課題とした。

結果・考察

2024年度2025年度では、男性6名女性18名、平均年齢84.9歳であった。問題項目では、先行期11名準備期8名口腔期10名咽頭期4名食道期0名その他1名であり（重複あり）、それぞれの内訳で該当が多い項目は、先行期「食べ物を見ても反応しない」、準備期「食物が口からこぼれる」、口腔期「食塊の送り込みが困難」、咽頭期「飲み込む前後にむせる」、その他「食事介助の方法」であった。（重複あり）

対応項目では、食事形態の変更8名、水分形態の変更14名、付加食の検討2名、嚥下造影検査の検討3名、姿勢の検討10名、食事中の見守り・声掛け6名、その他2名であった。（重複あり）

1か月後その後のラウンド経過報告では、良好19名、変化なし3名、悪化2名であった。

先行期では食事を見せてにおいをかいでもらう、味見程度に口の中に入れて確認してもらうなど声掛けしながら対応を行った。準備期では食事・水分形態と姿勢により口からのこぼれに対応した。口腔期では食事・水分形態と嚥下造影検査を用いて嚥下機能の確認とスライスでの摂取法などの食事介助による対応を行った。咽頭期では嚥下造影検査を用いた機能確認を行い食事形態や姿勢・介助について対応を検討した。食事・水分の形態の変更によって改善された傾向が多かったことから、嚥下機能の低下を感じた時点で十分な見直しを行うため、当院で行っている嚥下造影検査の利用し機能確認と対応の検討を行う必要性がある。現在ラウンドに関わる職種は、看護師・管理栄養士・言語聴覚士・歯科衛生士が主となっている。投薬からの影響による先行期の問題もあるため薬剤師からの情報提供や、姿勢の保持などについては理学療法士・作業療法士の参加を検討すべきと考えるが大勢でのラウンドは避けたい。よって、関連職種からの情報収集をしてラウンドに臨むなどの前準備が必要と思われる。

結論

2026年の嚥下ラウンド内容では、薬剤師・作業療法士・理学療法士からの前情報を得てラウンドを実施し、このことを含む報告書の記入方法についても検討すべきであると推察された。

86-3　チーム医療②

当院の骨粗鬆症リエゾンサービス（OLS）チームの取り組み

東京都・多摩丘陵病院

○青木（あおき）　佳子（よしこ）（作業療法士）

【はじめに】

昨今、わが国では高齢社会に伴い、骨粗鬆症が骨折リスクを増大させる疾患であり、なおかつ罹患率が高い疾患とされる。しかし、明らかな自覚症状がないため、罹患に気づかず、骨折の連鎖を引き起こす。また脆弱性骨折を起こすと QOL に悪影響を及ぼし介護負担を増加させる。当院では 2021 年より、骨折を予防し、骨格の健康と QOL の機能改善を図ることを目的として骨粗鬆症リエゾンサービス（OLS）チーム（以下：OLS チーム）を始動した。今回、症例を通した OLS 活動の取り組みについて報告する。なお本発表に際して症例に同意を得ている。

【OLS チーム紹介】

OLS チームでは医師・外来看護師・薬剤師・管理栄養士・PT・OT・医療事務で構成される。当院で検診による骨ドックまたは整形外来診察にて DEXA（骨密度測定）を実施し、骨量が低値の方に骨粗鬆症リハビリを説明、同意を得た方を対象に各専門職による指導を行う。またチームによるカンファレンスを月 1 回実施し、骨粗鬆症に関連する勉強会を 4 ヶ月に 1 回程度開催している。

【症例紹介】

80 歳台女性：前年度に膝関節骨折を受傷し、手術となり、経過フォローの中、DEXA を実施し、腰椎 YAM85%、大腿骨 YAM64% にて OLS 介入の対象となる。

【OLS チーム介入】

医師による骨粗鬆症の診断説明、外来看護師から生活指導、薬剤師から服薬指導、管理栄養士による栄養指導を各 1 回ずつ行う。リハビリに関しては PT/OT 全 3 回を通して PT からの身体評価・運動指導、OT から認知・心理面の評価・生活指導を行った。

【初回評価】

TUG：右 22.6 秒、左 27.1 秒　10m 歩行：15.1 秒　22 歩　MMSE：29 点

ADL 自立されているも転倒歴もあり、独居による不安と膝関節の痛みの訴えが聞かれた。転倒不安から骨折予防への意識も高い印象もどうしたらよいか教えてほしいと話されていた。

【結果】

TUG：右 14.7 秒、左 16.7 秒　10m 歩行：11 秒　21 歩

薬剤や栄養指導により、やるべきことが明確になり不安の軽減が図れた。また PT/OT による運動指導・生活指導を対象の個別性に合わせた運動提示・また生活リズムに合わせた運動機会を設定できたことで運動の継続が可能となった。

【考察】

OLS チームでは多職種による多角的な視点での指導、また個別対応での生活指導の介入により、本症例では骨粗鬆症の理解を深め治療開始に結びつき、また栄養・運動指導の内容を習慣化することができた。Sajjadi らによると個別化教育により病気の理解に関与し、患者の活性化を向上させると示されており、本症例において多職種による OLS チームの介入が骨粗鬆症の治療開始に有効であったと考える。

86-4　チーム医療②

手術室看護師による麻酔科術前診察立ち合いの実践―麻酔科医師との連携強化による周術期安全管理の向上―

静岡県・静岡徳洲会病院

こすぎ　じゅんこ
○小杉　淳子（看護師）

【目的】
当施設ではこれまで麻酔科術前診察の立ち合いを外来看護師が担っており、手術室看護師が術前情報を直接把握する機会が限られていた。そのため、麻酔科医との情報共有の不足や周術期看護への反映に課題があった。そこで、手術室看護師が麻酔科術前診察に立ち会う体制を整備し、問診票やマニュアルを活用した情報共有の標準化を図った。
今回の取り組みでは、麻酔科医と手術室看護師の連携による、患者の安全確保と周術期管理の質向上を目的とした。
【方法】
2025 年 4 から 5 月に麻酔科医と協議し、術前に必要な情報を収集するための問診票を作成した。6 月より試験的に立ち合いを開始し、8 月に介入体制の確立に向けた検討を行った。10 月には麻酔科術前診察の立ち合いの手順をまとめたマニュアルを作成し、スタッフ教育と運用の標準化を図った。問診票を用いて患者の既往歴、内服状況、生活背景、不安の有無などを収集し、麻酔科医と情報共有した。対象は整形外科、外科、歯科口腔外科の麻酔科管理手術患者とし、各診療科における立ち合い実施率を評価した。
【結果】
立ち合い実施率は整形外科 93.9%、外科 93.3%、歯科口腔外科 100% であり、3 診療科全体では 95.7% と目標の 90% を上回った。問診票の活用により、患者から必要な情報を効率的かつ漏れなく聴取でき、麻酔科医との情報共有が円滑になった。これにより、術前から患者の状態や不安を把握しやすくなり、周術期安全管理の質向上につながった。また、術前診察立ち合いを通じて、抗凝固薬内服患者の周術期管理や、喘息がある患者の吸入薬の術前予防投与、円背患者に対する体位調整の打ち合わせ、肥満患者に対する麻酔方法の調整など、具体的な対策が共有でき、手術当日の円滑な対応の安全管理につながった。一方で、マンパワー不足により十分に対応できない場面や、麻酔科医および患者とのスケジュール調整がつかず、立ち合いが実施できない症例もあった。
【考察】
手術室看護師が麻酔科術前診察に立ち会うことで、術前から患者情報を共有し、麻酔科医との連携を強化できた。問診票とマニュアルの整備により、業務の標準化と情報収集の質の均一化が図られたことが、高い実施率や患者リスクの可視化と対策の事前調整を可能とし、周術期安全管理の向上に繋がったと考えられる。また、術前から患者の不安や個別性を把握することで、手術当日の看護にも一貫性を持たせることができた。今後は、各部署のスケジュール共有や手術決定から手術当日の流れの明確化を進め、部署間連携をさらに強化することで、より継続的で効率的な運用体制を構築する必要がある。
【結論】
手術室看護師による麻酔科術前診察立ち合いは、実施率 95.7% と高い達成率を示し、麻酔科医との情報共有を促進し、周術期安全管理の向上に有効であった。問診票とマニュアルを活用した体制整備は、業務の標準化とスタッフ教育にも寄与した。今後は人的資源やスケジュール調整の課題に対応し、部署間連携をさらに強化することで、安全で質の高い周術期看護の継続を目指す。

86-5　チーム医療②

回復期リハ病棟における介護福祉士の専門性発揮に向けた取り組み～介入の標準化とカンファレンス参画～

1 群馬県・公益財団法人脳血管研究所美原記念病院介護部準備室、
2 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院リハビリテーション部、3 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院看護部、
4 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

○板井（いたい）　一馬（かずま）（介護福祉士）[1]、田村　敦美[1,2]、石森　卓矢[1,2]、鈴木　三和[1,3]、髙橋　陽子[1]、美原　盤[4]

［はじめに］回復期リハビリテーション病棟（回リハ病棟）では、介護福祉士は、患者の入院生活に密接に関わる存在であり、24 時間の生活の質を支える中核を担っている。しかし、実臨床においては介護福祉士の役割が、食事、排泄等の介助やベッド周囲の掃除など周辺業務に埋没し、患者の ADL 向上に直結する専門的ケアの提供や医療チームの他職種との情報共有が十分になされていないことが指摘されている。今回、当院の回リハ病棟において、介護福祉士が専門性を発揮し、チーム医療の中でその専門性を発揮できるにマニュアル整備とカンファレンス参画に取り組んだことを報告する。

［取り組み］介護福祉士が捉えるべき専門的視点を明確にするため業務マニュアルを刷新した。マニュアルには、介護福祉士が捉えるべき生活動作や周辺業務を全 31 項目に細分化し、それぞれの手順および患者の表情や言動などの観察事項について明記し、介入の標準化をはかった。さらに、このマニュアルを通じて得られた観察事項をチームに還元するため、多職種カンファレンスに介護福祉士が直接参加する体制を構築した。病棟での詳細な観察事項を介護福祉士が直接報告、提案するカンファレンス参画マニュアルも合わせて作成し、発言の質の標準化と参加機会を保障する体制を整えた。

［症例］80 歳代男性、脳梗塞を発症し、リハ目的で回リハ病棟に転院した。介護福祉士の夜間巡回時、本人から不眠の訴えを聴取した。マニュアルに基づき、夜間トイレ介助を行った際、頻尿であること、ベッドが柔らかいため起居、立ち上がり動作が上手くいかず動作中に覚醒してしまうことが確認された。介護福祉士は、これらの情報を担当看護師に報告した上で、マットレスを動きやすい硬いタイプのものに変更した。しかし、夜間巡回時にマットレスが硬く、腰痛の訴えが聞かれたため、再度マットレスをもとの硬さのものに変更した。カンファレンスにおいて介護福祉士は、夜間不眠であること、トイレに起きた際にベッド上動作が行いにくいこと、マットレス変更では腰痛の訴えが聞かれたことを時系列で詳細に報告した。カンファレンスでの情報に基づき、医師は不眠に対する薬剤変更を検討、作業療法士は動作改善の指導と立ち上がり動作の拙劣さ軽減を目的にベッドの高さ変更の環境調整を行った。その結果、薬剤調整は本人希望により実施されなかったものの、ベッド上動作の拙劣さが軽減し夜間不眠は改善した。

［考察］マニュアルによる視点の標準化とカンファレンスへの参画の制度化は、介護福祉士を、介助の補佐、周辺業務の実施に限局したスタッフから専門職としてチーム医療に貢献するスタッフへと変革させる有効な取り組みであった。介護福祉士が、患者の日々の生活状況を患者の視点に立って把握し、その情報を多職種に共有できる体制を整えることは、回リハ病棟において患者の生活の質向上に大きく寄与するものと思われる。今回の症例においても、介護福祉士がマニュアルに沿って、不眠の背景にある動作の拙劣さを的確に把握しンファレンスで報告したことが、作業療法士による的確なプログラムの立案と環境調整に繋がった。生活の専門職である介護福祉士が、チーム医療の一員としてその専門性を発揮できる体制構築は、回リハ病棟における患者の生活再構築の促進に有意義であり、介護福祉士のアイデンティティーの確立が望まれる。

86-6　チーム医療②

医局秘書による医療従事者の資格取得支援

千葉県・初富保健病院

○新村（にいむら）　有紀子（ゆきこ）（事務職）、唐澤　秀治

1. 背景

初富保健病院の医局秘書は事務部の人事課に所属している。医局秘書は、通常業務に加えて、医療従事者の資格取得に対して強力な支援をしている。このような医療機関は少ないと思われる。

2. 目的

本発表の目的は、医局秘書が医療従事者の資格取得を支援することの意義と重要性について検討することである。

3. 方法

2018 年 4 月から 2026 年 3 月までの期間で、当院職員（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務職員など）が資格を取得する際に医局秘書がどのような支援を行ったかを後ろ向きに調査した。また、この支援活動における問題点について検討した。

4. 結果

医局秘書による支援活動は以下の 5 項目であった。（1）産業医の資格取得支援：2 名、（2）ICD（インフェクション・コントロール・ドクター）の資格取得支援：4 名、（3）オンライン診療の資格取得支援：12 名、（4）CDR Certificate（e-learning による臨床的認知症尺度の受講認定証）の取得支援：8 名、（5）NEWS 2 Certificate（e-learning による全国早期警告スコア 2 の受講認定証）の取得支援 2 名。特に（4）（5）においては、病院長の指導を受けながらまず医局秘書が e-learning を受講し certificate を取得し、この経験をもとに他の職員の e-learning および certificate 取得を支援した。

5. 考察

資格取得に対して医局秘書が支援することのメリット：資格取得までのスケジュール管理を医局秘書が行うため、医療従事者は患者診療に専念することができる。複数名で e-learning を受ける場合、受講中に集団で議論を深めることができる。資格取得後の情報管理も秘書が行うため、管理を一元化できる。

「資格取得支援は医局秘書の業務の一つである」ということを病院内で周知してもらう必要があった。部内だけでなく、幹部会議などで、病院長が支援活動の重要性について発言する必要があった。

6. 結論

時代の流れに沿って、慢性期病院も従来の概念を破らなければならない。そのためには、組織改革や新たな資格取得が必要になる。医局秘書による支援活動は、今後ますます重要になると考えられる。

87-1　チーム医療③

離床から生活へ〜慢性期における「楽しい離床」の取り組み〜

山梨県・城東病院

○高木（たかぎ）　雅史（まさし）（介護福祉士）、佐藤　仁美、髙野　翔太

【はじめに】
離床は身体機能の維持・向上や廃用症候群予防の観点から重要な取り組みである。離床そのものが目的化し、患者の楽しみや生きがい、生活の充実につながらない場面も少なくない。当院では「起きて　笑って　今日も幸せ！！」をキャッチフレーズとし、「楽しい離床」をテーマに多職種で構成された「離床チーム」を立ち上げ、患者が主体的に活動へ参加し、1 日を笑顔で過ごせる離床支援を目指したため、その具体的な取り組みを報告する。

【目的】
離床率を改善させ、かつ離床を楽しみながら促進することで入院・入所生活の活性化患者の QOL の向上を図る。

【方法】
当院の医療療養病棟及び介護医療院を対象に実施。6 時から 21 時までの定時観察を行い、時間帯別での離床率と離床時の活動内容について分類・調査を行った。また、離床チームにて結果を共有し、離床率の低い時間帯や活動内容の特徴について分析を行い、スタッフ教育、楽しみを持って離床できる仕組み作りの活動の企画・検討を進めた。

【結果】
病棟間および時間帯によって離床率に差が認められた。また、離床中の活動内容には偏りがみられ、患者の主体的な活動につながる機会の不足が示唆された。調査結果を基に、病棟レクリエーションや趣味活動など「楽しい離床」を促進する取り組みを計画・実践した。

【考察】
離床率のみならず離床中の活動項目を把握することで、患者の生活実態や課題が明確となった。離床支援は、臥床によるリスクを予防すること、身体機能の改善を目的とするだけでなく、その時間をどのように過ごし、どのような体験につながっているかが重要である。当院では「起きて　笑って　今日も幸せ！！」をキャッチフレーズに、離床することだけではなく、多職種で楽しみや役割を持ちながら患者・利用者が主体的に活動へ参加できる環境作りへ取り組んだ結果、患者の笑顔や他者との交流につなげる活動等の生活の質の向上に寄与したと考える。今後も、患者・利用者一人一人が生活を楽しむための離床を目指し、支援を継続していきたい。

87-2　チーム医療③

多職種協働による排痰ケアの確立～カフアシスト導入による肺炎予防への取り組み～

福岡県・さくら病院

しもはら　ふみこ
○下原　文子（看護師）、河野　博之、山下　沙樹、瀬口　歩

【はじめに】
障害者施設等一般病棟では、神経難病患者や重度意識障害患者、人工呼吸器管理患者など、自己排痰が困難な患者が多く入院している。神経難病患者では疾患の進行に伴う呼吸筋力低下により咳嗽力が低下し、痰の喀出が困難となるため、肺炎や無気肺などの呼吸器合併症を繰り返しやすい。A 病棟ではこれまで、タッピングやスクイージング、吸引を中心とした排痰ケアを実施していたが、十分な排痰効果が得られない症例も認めていた。そこで、医師、看護師、リハビリテーションスタッフが協働し、機械的排痰補助装置であるカフアシストを導入した。今回、その有効性と排痰ケア体制構築への影響について検討した。
【目的】
カフアシスト導入による排痰促進効果を検証するとともに、肺炎および無気肺予防への有効性、多職種協働による排痰ケア体制構築への効果について検討する。
【対象】
A 病棟に入院中でカフアシストを導入した患者 10 名を対象とした。対象には人工呼吸器管理患者を含んだ。
【方法】
医師が適応を判断し、看護師およびリハビリテーションスタッフが連携してカフアシストを実施した。評価項目として、①導入前 3 か月間の肺炎治療目的の抗菌薬使用回数、②導入後 3 か月間の肺炎治療目的の抗菌薬使用回数、③直近 3 か月間の肺炎治療目的の抗菌薬使用回数、④排痰状況、⑤無気肺改善の有無を後方視的に調査した。また、多職種で患者ごとの排痰方法を検討し、実施方法の統一と情報共有を行った。
【結果】
肺炎治療目的の抗菌薬使用回数は、カフアシスト導入前 3 か月間で 24 回、導入後 3 か月間で 21 回、直近 3 か月間では 14 回と経時的な減少を認めた。また、10 名中 7 名（70％）で抗菌薬使用回数の減少を認めた。排痰量の増加や喀痰喀出の改善がみられ、一部症例では著明な無気肺改善を認めた。さらに、多職種による情報共有を通じて患者ごとに適した排痰ケアを継続的に実施できる体制が構築された。

【考察】
カフアシストは咳嗽力が低下した患者の排痰を補助し、痰貯留の軽減に有効であったと考えられる。その結果、抗菌薬使用回数の減少が認められ、肺炎や無気肺などの呼吸器合併症予防につながった可能性が示唆された。特に神経難病患者や人工呼吸器管理患者では、自力排痰が困難であることから、非侵襲的な排痰補助療法として有用性が高いと考えられる。また、本取り組みでは医師による適応判断のもと、看護師とリハビリテーションスタッフが連携し、患者ごとの排痰方法を検討・共有したことで、病棟全体の排痰ケアの標準化につながった。今後も症例数の蓄積と客観的指標による評価を継続し、より効果的な排痰ケア体制の確立を目指したい。
【結論】
カフアシストの導入は排痰促進および肺炎・無気肺予防に有用である可能性が示された。また、多職種協働による排痰ケア体制の構築は、継続的かつ質の高い呼吸ケアの実践につながると考えられた。

87-3　チーム医療③

慢性期病院における経口摂取再開率向上に向けた取り組み～富家病院、富家千葉病院で比較して～

埼玉県・富家病院

あずま　こうた
○東　弘太（看護師）

【目的】

高齢化に伴い、脳血管疾患や肺炎、廃用症候群などを背景として経口摂取が困難となる患者が増加している。経口摂取の再開は栄養状態や ADL・QOL の改善、退院支援に重要である。当院では VE・VF による嚥下評価を基に多職種が連携し経口摂取再開に取り組んでいる。今回、富家病院と富家千葉病院の経口摂取再開率を比較するとともに、当院回復期病棟における経口摂取再開に関連する要因および多職種連携の取り組みについて検討した。

【方法】

対象：2024 年 12 月～2025 年 12 月に回復期病棟へ入院した患者（対象者 21 名）

分母：新規入院患者および入院中に 1 か月以上経口摂取が認められなかった患者、ならびに嚥下障害により 1 か月以上経口摂取が中断した患者

分子：入院時に経口摂取不可であった患者のうち、一口でも経口摂取が可能となった患者

経口摂取再開率を算出し、富家病院と富家千葉病院で比較

Alb、CRP、FIM、転帰を調査

経口摂取再開に関連する要因および多職種連携の内容を検討

【結果】

病院全体の経口摂取再開率は富家病院 34%、富家千葉病院 13% であった。回復期病棟では 21 名中 19 名が経口摂取を再開し、再開率は 90% であった。再開群では Alb 値および FIM が高い傾向を認め、自宅・施設退院につながる症例が多かった。

【考察】

当院回復期病棟では、VE・VF による客観的評価を基に、医師、看護師、ST、管理栄養士がカンファレンスを行い、患者ごとの状態に応じた介入を実施している。看護師は日常生活場面で嚥下状態や全身状態を継続的に観察し、多職種へ情報共有を行っていた。経口摂取再開群で Alb 値や FIM が高かったことから、栄養状態や身体機能が経口摂取再開に関連する可能性が示唆された。また、多職種が共通の目標を持ち継続的に介入することが、高い経口摂取再開率につながったと考えられた。

【結論】

当院回復期病棟の経口摂取再開率は 90% と高率であった。その背景には、VE・VF を活用した客観的評価と、多職種による継続的な嚥下訓練・栄養管理、看護師による日常的な観察と情報共有があった。経口摂取の再開は栄養改善のみならず QOL 向上や退院支援にも寄与する重要な取り組みであり、今後も多職種連携を継続し、質の高い支援を提供していきたい。

87-4　チーム医療③

自分らしく過ごすために～みんなで支えるチーム支援～

沖縄県・北中城若松病院

○大里（おおざと）　拓也（たくや）（看護師）

【はじめに】

当病棟は特殊疾患病棟で、主に日常生活自立度C1～C2の療養者が入院されている。今回、自立しているが見守りを要する方が入院されることになった。A氏とのコミュニケーションやケアをしていくなかで、A氏が自身の希望を表出するようになり、A氏の思いに寄り添うケアを工夫していくため、多職種と連携をとり環境調整に取り組んだ。

今後も療養者・家族のニーズは変化していく段階にある。今回の事例での気づきや課題を、多様性のある療養者や家族に寄り添うケアにつなげるため報告する。

【事例紹介】

A氏：男性、70代、診断：パーキンソン病、ON/OFF現象あり。日常生活自立度Bレベル。

【取り組み】

個室へ入院するが、単独でトイレへの行き来などがあり、リスク面の問題が表出する。

S)「できることは自分でやりたい。」

①安全面を整える支援が必要となる。見守りのため個室から大部屋へ移動、車椅子やベッド周囲の調整、ベッド柵センサー設置、PTへトイレ動作評価依頼する。また、ナースコールの活用を再度説明と使用しやすいようにPTと協働で工夫し環境調整を図る。コールの活用は増えるが、センサー外し、自力で移乗・移動は継続してみられた。

②毎週病棟でミーティングを行い、床センサーの設置、移乗動作の再評価を行い、見守り解除の方向性へ進む。見守り解除することのリスクも説明のうえ、本人と家族より同意を得る。

③見守り解除後は、病棟広場と自室でテレビを視聴するなどマイペースに過ごす。S)「甲子園に孫が出てるよ。」「大谷が楽しみ。」など笑顔で話し、スタッフも積極的にコミュニケーションをとる。

④ブレーキ操作の忘れや、OFF時にADLが低下するため、店頭のリスクが上昇する。夜間の排泄失敗が時折ある。

スタッフ間でA氏の位置を共有する。夜間の排泄は尿器を使用するが失敗が多く、本人の了承を得て夜間のみオムツパット使用となる。

⑤体調不良時にめまい・幻覚の症状が出現し、見守り困難な状況があったが、体調回復後からは消失する。

⑥家族カンファレンスの際にS)「スタッフが声かけしてくれるから気兼ねなく過ごせている。」「家も気になるし、商業施設とかで買い物がした。楽しみがあれば頑張れる。」家族からは、「ここの病院に来てから元気になったように感じる。外出については薬が心配。

A氏より外出の意欲について発言があるが、内服の管理について家族から不安の声もある。現在病棟では自己内服管理に向けて訓練中である。

【結果】

多職種と協働し、A氏の出来るADLと希望を共有することで療養環境を整えることができた。

【考察】

多職種で協働することで、当病棟の機能のなかでも療養者のニーズに沿った療養環境を整えることに繋がったと考える。

A氏の生活歴を把握し、本人の生活習慣や行動特性に合わせたコミュニケーションをとることが本人の思いを引き出す関わりとなり、意欲向上がみられたと考える。

現状では家族の思いの表出が不十分であったため、A氏の思いと家族の思いとのバランスがとれていない。スタッフが両者の代弁者となり、思いをつなぐ役割が必要である。

【まとめ・課題】

現在の看護記録では心理面の記載が不足していた。今後ニーズが変化していくなかで、身体面や心理面のケアは本人を支える支援に重要になる。看護記録を充実させ、家族とも共有していく。今後も家族とも協働し、自分らしい生活を支えるケアを目指す。

87-5　チーム医療③

認知症を伴う独居がん患者の在宅継続にむけた支援～介護サービスの活用と緊急時受け入れ態勢の構築～

静岡県・伊佐見訪問看護ステーション

○永田（ながた）　真那（まな）（看護師）、加藤　奈津

【目的】本症例の在宅生活において、急変時の対応と介護力の欠如は大きな課題である。今回、在宅での生活を希望する本人の意思尊重をしながら、自法人のネットワークを最大限に活用し、主治医の調整と緊急時の受け入れ先の構築により、安全に在宅生活を継続できた事例を報告する。

【症例】80 代女性、独居、要介護 1。アルツハイマー型認知症による短期記憶障害があるが、日常生活は概ね自立。通所で入浴の際に右乳房上部のしこりを発見し、生検で炎症性乳癌と診断された。また、大動脈閉鎖不全も指摘された。本人は弁膜症の治療、乳癌に対する外科的治療や放射線、抗ガン剤などは拒否し、在宅生活を希望された。夫は死去、子供はおらず遠方に親族がいるが、高齢の為、介護・経済的支援は困難。自身の病状悪化に対する不安の訴えは無いが、認知機能低下により、体調変化の自覚症状がなく、急変時の自己対応が不可能な状態であった。

【介入方法】課題として、認知機能低下に伴い体調変化の自己認識が困難であることから、状態悪化の発見が遅れ、結果として本人の希望する在宅での生活が困難となる可能性があると考えた。そのため、ヘルパー週 4 回、訪問看護（緊急時加算あり）週 1 回、通所週 2 回に変更し、本人の様子を確認できるスケジュールに変更した。また、多職種・多機関で関わる為、共有可能な状態変化の早期発見のフローを策定した。さらに、急変時の迅速な対応を可能にするため、主治医を地域のクリニックから当法人の理事長へ変更。連絡や判断ルートを集約し、グループ内の老健および介護医療院での緊急時の受け入れ体制を整備した。

【結果】事前に構築した緊急対応体制と多職種による連携支援は大きな成果をもたらした。通所利用中に、おう吐やめまいが見られた際、速やかな連携により訪問看護の緊急訪問に繋がり体調悪化を最小限に留め、在宅生活を続ける事が出来た。更に、乳がんの皮膚状態の悪化に対しても、多職種で密に情報を共有し、早期から支援を展開した結果、本人の生活状況や ADL を低下させることなく、在宅での生活を続けることが出来た。

【考察・結論】独居で身寄りのない利用者が安心して長く在宅生活を継続するためには、状態が悪化してから動くのではなく、最悪な事態（コントロールできない痛みや皮膚書状の出現等）を予測し、あらかじめ医療院などの受け皿を確保しておく「先手管理」が極めて有効である。この実践により、本人が望む在宅生活の継続へと繋がる事が確認された。

87-6　チーム医療③

演題取下

88-1　チーム医療④

高齢者の爪トラブルへの関わり～フットケアチームの活動～

千葉県・総泉病院

○阿久津（あくつ）　伸江（のぶえ）（介護福祉士）、松永　明

はじめに

当院は医療療養病棟・特殊疾患病棟・介護医療院の計345床を有する慢性期医療施設である。入院患者の平均年齢は80歳を超え、白癬・肥厚・変形など足爪のトラブルを抱える患者が多く、爪の脱落や出血、爪による外傷を起こすケースが多発した。このような背景から2016年に医師・看護師・介護士・薬剤師・臨床検査技師の多職種によるフットケア（以下FCとする）チームを発足した。介護士は異常のない爪の爪切りを行うが、手指の拘縮や視認性の低さ等により爪切りによる外傷が増加し、対応困難なケースが増加していた。これに対しFCが介入することで手足の爪全般の適切なケアに取り組む体制を構築した。FC体制の整備とケアの質向上を目指す為、チームの活動による効果の検証と課題の明確化を図ったのでここに報告する。

活動内容

①看護師に対し肥厚・変形爪の整爪技術を教育し全病棟と外来に「FCナース」を配置

②FCナースが限られた用具をスムーズに使用するとともにケア時間を確保するため、年間スケジュールに基づく活動を推進

③入院時に速やかに爪ケア方法を判断できるようフローチャートを作成

④爪切りによる外傷のリスクを低減するため爪やすりの活用を推奨

⑤多職種連携によるタスクシフト・シェアにより、ケアや治療介入の迅速化

⑥FC通信やカンファレンスにより職員や患者家族に対する情報共有

結果・考察

爪に関連した外傷は、2015年度の70件から2025年度は25件に減少した。特に、爪自体の損傷または爪による外傷は、2015年度50件から2025年度は6件に減少した。これは、看護師が肥厚・変形爪を整爪したことで、爪自体が刺激を受けにくくなったこと、整爪した爪は介護士が通常の爪切りを行えるようになり、タスクシェアされケアが拡充したためと考えられる。また爪切りによる外傷は直近5年間の比較では減少している。これはフローチャートにより安全なケア介入方法の判断が明確化したことや爪やすりの活用が効果的であったと考える。また、爪と皮膚の境界線が見えにくい症例に対し更なる安全対策として、爪ケア時に使用しやすいライトの導入を現在進めている。一方で、爪やすりの洗浄に時間が掛かり在庫不足や、看護師がFCを行う時間の確保困難という課題が生じた。看護師によるFCは患者ひとりに一回約一時間を要する。月に一度、FCに専念できる日・時間を取れるよう勤務表作成時の協力を依頼しているが困難なことも多い。部署横断的なリリーフ体制も検討したが難航し、現在は外来所属のFCナースによるリリーフに留まっている。爪やすりの不足についてはリース品に組み込むことで個人使用可能となり解消された。更に、医療FCを専門的に学んだ看護師の退職により、新たなFCナースを育成できなくなり、グラインダーを用いた爪ケアの継続が困難になることが予想された。これに対し、外部研修機関を活用し受講費用の一部を病院が負担する院内規程を作成した。今後は外部研修で得た知識を院内での実践に結びつけるための支援体制が必要と考える。

結論

・FCチームの活動は爪に関する外傷を減少させる

・FCチームの活動はタスクシフト・シェアにつながる

・爪切りによる外傷を防止するための更なる対策が課題である

・FCナースの活用と育成のため、FCリリーフ体制と研修受講後の支援体制整備が課題である

おわりに

多職種が協働するFCチームの活動は、患者の安全とQOL向上に有効なだけではない。症例をチーム以外の職員や患者家族に共有することで、患者の爪の変化に驚く職員も多く、患者家族からの感謝の言葉も聞かれ職員のモチベーションにも繋がっている。今後もケアの質向上とともに持続可能なFC体制の整備に努めたい。

88-2　チーム医療④

院内デイケアの効果と今後の課題

長野県・轟病院

しみず　かいと
○清水　海翔（作業療法士）

医療法人公仁会　轟病院
清水海翔（作業療法士）鈴木康祐（理学療法士）長尾玄（医師）

【背景】当院は一般病棟 39 床、療養病棟 60 床の慢性期病院である。入院患者は認知症を有している高齢者が多く、脳血管疾患や神経難病などの基礎疾患のある患者や誤嚥性肺炎の加療後の患者などで ADL が低下している方も多数入院している。院内デイケアは患者の入院に対する不安の解消やせん妄の減少、離床を促し ADL を改善、コミュニケーション能力の維持を目的に当院では以前から行われていたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延により 6 年前から中止されていた。2 年前から再開し 2 週間に 1 度、療養病棟患者を対象に院内デイケアを再導入している。

【目的】院内デイケアを導入することで得られた効果を報告し、今後の課題を考察する。

【方法】療養病棟において院内デイケアを 2 週間に 1 回、1 回につき 5 から 8 名の車椅子座位保持が可能な患者を対象に約 30 分実施した。院内で行い、内容は季節に沿った作業（クリスマスやひな祭り等の塗り絵や貼り絵）や棒体操、屋上での花見やお茶会等を実施した。リハビリスタッフや看護師、看護補助者が協力し、活動支援や患者同士の交流機会の促進を図った。院内デイケアの効果や課題の把握には療養病棟の看護師 18 名及び看護補助者 1 名の計 19 名を対象にアンケート調査を実施した。

【結果】アンケートの結果では「院内デイケアは必要な取り組みであるか？」との問いに対して肯定的回答は 14 名（74%）、「患者の表情や発言に良い変化を感じるか？」に対して肯定的回答は 12 名（63%）だったが、「患者の活動性（離床・参加意欲）は向上しているか？」に対して、肯定的回答は 7 名（37%）と低率であった。また、「今後も継続すべきか？」に対して肯定的回答は 12 名（63%）であった。自由記載では患者の楽しそうな表情変化や積極的な反応がみられる一方で、業務の合間での支援には限界があり、スタッフの増員や実施場所の変更を求める意見がみられた。

【考察】院内デイケアを行うことで、患者側では活動性の低い患者においても参加意欲の向上や表情変化が見られ、スタッフ側では患者の変化を直接感じることでモチベーション向上に寄与する可能性が示された。患者の活動性（離床・参加意欲）は向上しているか」に対して肯定的回答が 7 名（37%）と低率であったが、実施頻度の低さやリハビリや院内デイケア以外での入院生活においては臥床していることが多く、変化がみられにくいためこのような低値になったと考えられる。業務の合間で時間的な制約もあり、方法を変更する余地はあるものの、院内デイケアは患者の意欲や表情改善を通じてスタッフの業務態度へも好影響が期待できるとの報告もあり今後も続ける意義は十分あると考えられた。今後は多職種で協議し、実施頻度や時間を調整することで、日中の覚醒度の向上を図り生活リズムの改善及び活動性の向上に繋げる必要がある。

【結論】当院の院内デイケアの内容とその効果について報告する。院内デイケアの導入は単調な入院生活の中に適度な刺激を与え、高齢者の離床意欲や活動性の向上に寄与する可能性があると考えられた。

88-3　チーム医療④

ポジショニングにおける多職種間の認識の違い

島根県・介護医療院　昌寿苑

○宇田川（うだがわ）　楓（かえで）（理学療法士）、原　陽子、小松原　緑、小笹　直美、川上　歩夢

【目的】

A 介護医療院では、要介護の重度化に伴い 1 日の大半をベッド上で過ごす利用者が増え、拘縮・褥瘡・変形などが生じ ADL や QOL の低下につながることが課題となっている。予防には適切なポジショニングが重要であるが、現場では職種によってポジショニングの実施方法が異なる場面がみられる。背景には、各職種間でポジショニングに対する認識や優先事項に違いがある可能性が考えられる。そこで本研究では、ポジショニングにおける多職種間の認識の違いを明らかにし、ポジショニングに対する多職種連携について検討する。

【方法】

A 介護医療院に所属する多職種 31 名を対象に無記名自記式アンケート調査を実施した。調査項目は基本属性、ポジショニングを行う目的、ポジショニングの時に意識していること、職種間での考え方の差異の有無、リハビリ職からのポジショニング指示に対する印象、多職種での情報共有状況、学習経験、学習機会の必要性とした。以上の項目にそれぞれ選択肢を提示し、回答してもらった。アンケート記入後、回収 BOX にてアンケート用紙を収集した。その後、各質問項目の記述統計量を算出し回答傾向を把握し、職種間の比較のために X_2 検定を用いた。有意水準はそれぞれ 5% とする。本研究について、B 病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】

ポジショニングを行う目的および実施時に意識していることについて、職種間で有意差を認めなかった（P 値＞0.05）。職種間での考え方の差異の有無は、全職種で「違いがある」が多い傾向となった。ポジショニング指示に対する印象は看・介護職ともに「少し理解できる」が最も多く、「十分理解できる」はなかった。情報共有については、リハビリ職、介護職で「できていないことがある」が多かった。学習経験は、大半は学校教育、施設内研修を通じてポジショニングについて学習しているという回答が多かった。学習機会については、全職種で必要性を感じている結果となった。

【考察】

本研究では、ポジショニングを行う目的や実施時に意識している点について、職種間で大きな差は認めなかった。一方で、多くの者が「職種間でポジショニングに対する考え方に違いがある」と回答していた。このことから、実際にはポジショニングの目的や重要性について共通した認識を持っている一方で、各職種の役割や業務内容の違いによって、互いの考え方に差があると認識している可能性が考えられた。また、リハビリ職からの指示に対する理解不足や情報共有の不十分さがみられたことから、具体的な実践方法や解釈に差が生じており職種間の連携に課題が存在している可能性が示唆された。

【結論】

以上より、ポジショニングが現場で統一して実施されにくい要因として、職種間での認識そのものの違いではなく、情報共有不足や各職種の業務特性などの要因が関与している可能性が考えられた。今後は各職種の視点を相互に理解しながら、具体的な実施方法や目的を共有できるような情報共有体制や学習機会の整備が必要であると考える。

88-4　チーム医療④

在宅の摂食嚥下障害患者とその家族への調理指導と食事支援のため、栄養・リハビリ・介護とで連携した事例

1 富山県・西能みなみ病院、2 介護老人保健施設みどり苑

○中川（なかがわ）　佳奈（かな）（管理栄養士）[1,2]、榮　朋子[1]、酒井　博子[2]、須藤　舞子[2]、竹澤　みどり[2]、坂井　亜紀[2]、
西嶌　美知春[1]

【はじめに】

2026 年度の診療報酬改定により、嚥下調整食が特別食加算に追加された。これは、嚥下調整食が治療の一環であること、さらに手間と時間がかかることが背景にある。高齢の在宅療養患者とその家族にとっても、嚥下調整食を自宅で調理することは容易ではない。

管理栄養士が嚥下機能に応じた食形態の調理と指導、言語聴覚士が摂食嚥下リハビリテーションにて介入し、ご家族への調理支援目的で訪問介護と連携し、食形態の向上と家族の調理負担軽減に繋げた事例を報告する。

【事例紹介】

89 歳男性。妻と二人暮らし。現病歴は嚥下障害、腰部脊柱管狭窄症、高血圧症、高コレステロール血症、廃用症候群、便秘症。体重減少（－）、BMI24.4、下腿周囲長 36.4cm、嚥下障害を有するが食事摂取量減少（－）、疾患負荷/炎症（－）により GLIM 基準は低栄養非該当。

誤嚥性肺炎の既往はないがムセが多く、義歯不具合により歯茎で摂取可能な形態を摂取されているため、義歯の再作成開始と同時に、摂食嚥下リハビリテーションと居宅療養管理指導の依頼があり介入を開始した。

【経過】

介入当初は、義歯未装着で食事を摂取していたため、妻が舌で潰せる硬さに調理した食事や、「酵素均浸法」などで軟化した市販食品など日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類（以下学会分類）コード 3 相当の食形態であった。妻は、自身が調理した食事を本人がスプーンの背で潰して食べる行為を見て摂取困難感を感じていることで、調理に苦渋していた。居宅療養管理指導として管理栄養士が在宅訪問した際には、摂取可能な硬さ、形態、食材など聞き取りした情報を基に調理実演を行った。調理実演したメニューは、妻が容易に調理できること、本人が摂取困難と感じている食材を使用すること、季節の食材を食べさせてあげたいという要望を取り入れ管理栄養士がレシピ開発し、調理手順を記載した資料を提供した。摂食嚥下リハビリテーションでは、咽頭期の障害により飲み込みが低下しムセがみられるが、前傾姿勢での嚥下により誤嚥を予防できると言語聴覚士の評価あり、食形態を下げることなく経過した。義歯が完成すると、以前より形のある食材を咀嚼することができるようになり、学会分類コード 4 相当の食形態に移行した。調理実演においても、形はあるが歯茎で咀嚼可能な食形態のメニューを紹介した。同時期に、急性期病院にて嚥下内視鏡検査を実施し、唾液貯留やゼリー形態で喉頭侵入がみられ、誤嚥性肺炎のリスクが高いと評価された。摂食嚥下リハビリテーションでも筋力低下や嚥下クリアランスの低下があると指摘された。本人は、誤嚥を懸念し形がある料理への不安があり、学会分類コード 3 相当の食事を安心して摂取する様子が伺えた。妻は、期待に反して食形態が変わらないことへ心理的ストレスを感じ、また持病による身体的ストレスから、調理負担が大きくなり調理サポートを希望され、訪問介護による調理ヘルパーの導入に至った。管理栄養士が作成したメニュー表を基に、訪問介護で妻の調理サポートを行うことができた。

【考察】

言語聴覚士が嚥下評価を行い、嚥下評価を受けて管理栄養士が食形態の物性を確認し、訪問介護が適切な物性の食事を提供できるよう調理サポートを行うことで、在宅においても摂食嚥下障害患者が安心して安全に食事が摂取できると考える。

【結論】

各職種の専門性を生かし、家族のサポートを行うことで、結果的に患者本人の生活の質の維持、向上に寄与する。

88-5　チーム医療④

人工呼吸器装着患者の退院支援における多職種カンファレンスへの臨床工学技士参画の有用性

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○脇坂（わきさか）　恵美（えみ）（臨床工学技士）、森　陽香、石垣　秀記

【背景】近年、高齢化の進行や医療技術の発展に伴い、人工呼吸器を装着したまま在宅療養へ移行する患者が増加している。在宅にて人工呼吸療法を安全に継続するためには、患者の病態に応じた呼吸管理だけでなく、医療機器の適切な運用、安全管理、緊急時対応について十分な準備が必要である。しかし、退院支援における多職種カンファレンスでは、医療機器に関する検討が十分に行われない場合もあり、臨床工学技士（以下 CE）の関与についての報告は少ない。

【目的】在宅人工呼吸器装着患者の退院支援において、多職種カンファレンスへ CE が参画することの意義および有用性について検討した。

【方法】当院で在宅療養へ移行した人工呼吸器装着患者を対象とした。退院前の多職種カンファレンスに CE が参加し、医師、看護師、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカーらと情報共有を行った。CE は患者の病態、ADL、在宅・施設環境を踏まえ、人工呼吸器設定や離脱の可否・離脱時間について提案し、多職種にて管理方法を検討した。また、使用機器や回路構成、アラーム設定などの確認に加え、停電・機器故障時の対応や予備機器について提案した。さらに、患者・家族および在宅支援スタッフへ医療機器の使用方法や管理方法、緊急時対応について説明・指導を実施した。

【結果】CE の参画により、患者の病態や生活環境に応じた人工呼吸器設定および離脱時間の調整が可能となり、在宅で継続可能な呼吸管理方法を多職種で共有できた。また、患者・家族および在宅支援スタッフの医療機器に対する理解が深まり、在宅療養への不安軽減につながった。

【考察】人工呼吸器装着患者の在宅移行には、呼吸状態だけでなく生活環境を踏まえた呼吸管理と医療機器の安全管理が重要である。CE が多職種カンファレンスへ参画することで、人工呼吸器離脱の可否や離脱時間を医療者と患者・家族、在宅支援スタッフ間で調整できるほか、医療機器管理やリスクマネジメントに関する専門的支援を提供でき、円滑な退院支援と継続的な在宅療養につながると考えられた。

【結論】人工呼吸器装着患者の退院支援において、多職種カンファレンスへの CE の参画は、呼吸管理の最適化、人工呼吸器離脱支援、医療機器の安全管理および患者・家族への教育の観点から有用であり、安全かつ円滑な在宅移行に重要な役割を果たすことが示唆された。

88-6　チーム医療④

多職種連携を促進するリハビリ診療記録のあり方の検討―当院回復期病棟でのニーズ調査と課題の抽出―

岐阜県・近石病院

○首藤（すとう）　智一（ともかず）（作業療法士）、丹羽　瑛俊、原　拓平、清水　智美、梅本　敬夫

【目的】医療現場において適切な情報共有はチーム医療の根幹であるが、各職員の活動場所や勤務時間の分散により、直接情報を共有する機会は限られている。そのため、情報の共有ツールである診療記録は重要な役割を担うと考えられる。当院のリハビリテーション診療記録（以下、リハ記録）を分析したところ、訓練内容や身体機能に関する記載が多くみられた。療法士目線の専門性の高い記載もあり、他職種や他の療法士のニーズに即した情報提供がなされているか検討の必要性があった。本研究の目的は、当院回復期病棟職員を対象に、リハ記録に求める情報の重要度と充足度の乖離を分析し、多職種連携を促進する上での課題を明らかにすることである。

【方法】当院回復期病棟に従事する、医師、看護師、MSW、栄養士、療法士 計 46 名を対象に無記名自記式アンケート調査を実施した。調査項目は、①基本属性、②リハ記録の活用状況（各 4 件法）、③12 項目の情報に関する重要度、充足度（各 4 件法）、④自由記載とした。分析は、リハ職員と、他職種の 2 グループに分け、12 項目の重要度と充足度の平均値を算出して重要度-充足度分析（IPA）を行った。自由記載については内容の類似性に基づきカテゴリー分類を行い、具体的な課題を抽出した。

【結果】回収率は 91% であった。IPA の結果、重要度が高く充足度が低い「重点改善領域」の情報として、リハ職では「ゴール設定」、「予後予測」が、他職種ではそれに加え「退院支援・継続課題」、「病棟生活への反映・助言」があった。職種間の比較では、「病棟生活への反映・助言」は、他職種の重要度が高い一方、リハ職員にとっての重要度が低く、十分な記載に至っていない一因と考えられた。自由記載の分析からは、他職種は記録を退院調整や病棟 ADL への移行に活用したい一方、リハ職は主担当の代行時の質と安全性の担保に活用したい意向がみられた。また、「いつ ADL に変化があったかを一目でわかるように」、「時系列で追いたい」など、日々の記事に分散した情報の統合を求める要望が多数聞かれ、情報の検索性や一覧性にも課題があることが示された。さらに、具体的・定量的な記載の不足も指摘された。

【考察】本調査より、職種ごとの役割に基づいたリハ記録へのニーズを確認することができた。「重点改善領域」の情報は、連携においてリハ職に強く求められているものの現状は発信が不十分である。これらの項目について実用性の高い具体的な記載内容を精査し、積極的に発信していく必要がある。また、日々のリハ記録は時間経過とともに価値が薄れる「フロー情報（流動型）」に偏っている。多職種連携の推進と業務効率化を両立させるためには、日々のフロー情報とは別に、ゴールや予測、退院課題、病棟生活への反映、経過といった継続的に参照する情報を「ストック情報（蓄積型）」として、一目で把握できる記録の構造を検討していく必要もあると考えられた。

89-1　チーム医療⑤

長期療養患者の退院支援～多職種連携の効果と今後の課題～

茨城県・協和南病院

○告（つげ）　由加里（ゆかり）（看護師）、塚澤　弘美、水谷　恵子、舘野　喜栄、坂野　翔子、小河原　幸子

目的

急性期病院で呼吸器疾患の治療後、廃用症候群のため療養型病院へ転院となった１症例の退院支援のプロセスを振り返り、当院における多職種連携の効果を明らかにし今後の退院支援の介入に繋げる。

方法

・急性期治療後当院へ転院し、約４か月間の療養後退院された患者の退院支援プロセス別に医療チームの支援内容を振り返る。

・自宅退院９か月後の患者とそのご家族へ退院後の生活状況の聞き取り調査を行い退院支援の効果と課題を明らかにする。

倫理

研究対象者に対し、文章および口頭にて、研究目的・研究内容、プライバシーの保護を説明し、その上で研究協力の意思を確認し同意を得た。当院の倫理委員会の承認を得て実施した。

結果

入院時患者・家族ともに自宅退院希望があったが、中心静脈栄養管理で嚥下訓練中、認知症状ありミトン装着、介護保険も未申請であった。入院後、スタッフで現状を把握し自宅退院の実現には経口摂取の確立と身体抑制の解除が必要と考え、嗜好品や食べたいものを情報収集し食事形態を支援した結果、ミトンも外すことができ、多職種で自宅退院にむけた介入を継続した。成果を患者へフィードバックすることでADL向上を実感でき意欲の向上につながった。退院調整では、多職種でカンファレンスを行い、退院準備と指導を行い退院となった。退院９か月後聞き取り調査を実施。食事、排泄、入浴と生活面では介護サービスも利用でき、家族の負担も大きくなかった。介護申請やケアマネージャー選定の意思決定が難しかったと振り返りが得られた。

考察

入院時に自宅退院希望を確認し、多職種で患者状況の把握、介入を繰り返したことは「患者が自立・自律できる方法で医療管理や看護提供」[1)]を実施するプロセスとなった。退院に向けて早期から自宅環境の把握や介護サービスについて情報提供したが、自宅の療養環境を整えることに時間がかかり退院調整に課題が残った。菅原（2023）は、『活動性が低下した日本人の高齢入院患者における意欲向上は「患者がADL向上の兆しを自覚することで、自発性や積極性が言動として表出されたりする、回復に向けた患者の心のあり様である」と定義された』と述べている[2)]。本症例は、療養型病院という日常的に意見交換がしやすい環境が多職種連携を促進し、問題を１つずつ解決していけたことは認知症状の安定やADL向上に寄与したと考えられる。

結論

療養型病院で、患者本人と家族の自宅退院の希望を叶えるために医療チームが１つになり支援したことで患者は回復意欲が高まりADL向上し退院に至った。今後は、退院の調整に時間を短縮できるよう多職種がシームレスに連携できる体制の強化が課題である。

引用文献

1）宇都宮宏子、三輪恭子：これからの退院支援・退院調整、日本看護協会出版会、P23、2011

2）菅原　啓太（2023）：活動性が低下した日本の高齢者入院患者における意欲向上の概念分析、聖路加看護学会誌　Vol.27　62-72. 2024

参考文献

宇都宮宏子、三輪恭子：これからの退院支援・退院調整、日本看護協会出版会、2011

89-2　チーム医療⑤

個人に合わせた食事環境の構築～安全に食事を楽しむために～

静岡県・静岡徳洲会病院　介護医療院ゆうかりの木陰

○大石（おおいし）　美賀子（みかこ）（介護福祉士）

【はじめに】A 施設は静岡県中部にあるケアミックス病院に併設している介護医療院である。在宅での生活が困難な方を対象とし、医療的ケアだけではなく生活の場としての機能を兼ね備えた介護施設である。最期まで口から食べる喜びを支援するための活動を親病院と連携を図り実施している。

【背景】病床数は 41 床で約 27 名（約 65%）の利用者が経口摂取を行っている。そのうちの約 1/3 程度が食事介助を必要としていた。食事場面では、食事開始から 15 分程度でむせ込む利用者が 10 名おり、姿勢崩れやテーブルの高さが適切でない状況がみられていた。窒息・誤嚥のリスクが非常に高い状況が課題となり、安全な食事環境の構築に取り組んだ。

【目的】

・利用者が、安全に食事が出来る環境を整える

・職員全員の食事介助における知識と技術の向上を図る

【取り組み期間】令和 8 年 2 月～令和 8 年 5 月

【方法】多職種カンファレンスを開催し、安全な食事環境を提供するための勉強会を実施した。むせ込みのある利用者 10 名を対象に、テーブルの高さ調整や、姿勢の見直し、嚥下状況を確認しながら個別に合わせた食事介助を検討した。また、食事前に口腔体操、口腔内の保湿を実施し誤嚥防止に努めた。また、食事支援に関する知識、理解度を把握するためのアンケートを実施し、その結果を踏まえて追加指導を行った。

【結果】むせ込みのある利用者 10 名が 3 名に減少した。多職種カンファレンスを通して食事介助方針や方法を統一したことで、利用者ごとの状態に応じた対応が出来るようになった。

【考察】職員の勉強会やカンファレンスを実施したことで、利用者の嚥下機能や食事環境に対する理解が深まり、個別に合わせた安全な食事環境の提供につながったと考える。また、食前の口腔体操と口腔内の保湿を継続して実施したことで、口腔機能の活性化や覚醒状態の維持につながり、安全な経口摂取および誤嚥予防、食事を楽しむ環境構築に寄与した。本取り組みは、利用者が安全に経口摂取を継続し、食べる楽しみを維持するための支援につながったと考える。一方で、むせ込みが継続した利用者では、加齢や疾患による嚥下機能の低下に加え、身体機能や認知機能の変化に応じた支援方法のさらなる検討が必要であることが示唆された。

【課題】

利用者一人ひとりの状態に応じた食事支援を実践するためには、職員の観察力や食事介助技術のさらなる向上が必要である。今後も多職種と連携しながら継続的な教育を行い安全で楽しみのある食事環境の構築にむけて取り組んでいく。

89-3　チーム医療⑤

療養病棟における介入拒否の軽減に向けた取り組み～成功事例の振り返りを通して～

秋田県・外旭川病院

○井野（いの）　純子（じゅんこ）（介護福祉士）、佐藤　亜也子、鈴木　紘子

【はじめに】

介入拒否は、自立心の高さや認知機能の低下、不安などが背景にあり、必要な支援や介入を受け入れない状態を指す。当院の療養病棟は平均在院日数 506 日、医療区分 3 が約 91%、ADL 区分 3 が 96% と重症患者が多数を占め、寝たきりで意思表出が困難な患者が多い。本事例では服薬や食事の拒否等のこだわりが強い患者に対し、医療チームと家族が協力し患者との信頼関係を築いた。個別的なかかわりによって不安と介入拒否の軽減に繋がった取り組みを報告する。

【患者紹介】

70 代女性 A 氏。50 代で離婚、次男と二人暮らし。夫、長男とは音信不通。

X 年より高血圧と不安神経症で B 病院に通院中から服薬管理不良を疑われていた。X 年+20 頃、転倒や食事摂取不良、呼吸困難があり入院。多発肋骨骨折・右肺胸水貯留、アルツハイマー型認知症と診断。食事量増加なく PICC 挿入した。その後、左下肢閉塞性動脈硬化症を併発したが手術適応外と診断されリハビリ目的で F 病院へ転院した。下肢痛や不眠を訴え内服調整を行ったが自宅退院困難の為当院入院となった。

【経過】

入院時から、A 氏は食事や服薬に強いこだわりがあり、特に鎮痛剤に対しては「痛い、でも薬は効かないから飲まない」と拒薬した。認知症周辺症状（BPSD）と考え、スタッフを変え、時間を空け内服ができるようアプローチした。入院 21 日目に G 病院を受診した翌日から「病院から出された薬は飲みたくない」と拒否が強くなった。従来の対応は困難となり、チームカンファレンスを開催した。A 氏の思いの尊重、訴えを受け止めすぐに対応することを統一、次男から嗜好品の提供、薬剤師による写真付きの薬の説明などチームアプローチを開始した。その後一旦落ち着いたが「以前と違う」と鎮痛剤以外も拒薬し食事も拒否した。主治医の一時的な内服中止指示や前向きな声掛けをやめ傾聴することを多職種と統一した。この拒薬から 5 日、次男の協力を得たことで服薬し、食事量も安定した。

入院 65 日目頃には服薬が習慣化し病棟スタッフに「皆に慣れたのに退院するのは残念だけど頑張る」と前向きな発言が聞かれ病棟スタッフとも良好な関係が出来ていた。入院 82 日目、表情穏やかに退院となった。

【考察】

入院当初、A 氏の拒否行動は環境変化や BTSD の悪化、認知機能低下によるものと考え、スタッフの交代や時間を空けた対応を行ったが改善には至らなかった。感情の整理や言語化が難しい A 氏がタイムリーに思いを表出できずにストレスを蓄積し不安や不信感が「拒否」という形で現れたことに、医療者は気づけなかった。背景には手術不適応への不安や 20 年以上にわたる病歴の中での医療不信、元々の気質があった。医療者は「指示薬を指示通りに服用すれば緩和する」と説明したが、目の前の不快をすぐに除去したい A 氏にとっては苦痛の押し付けであり、不信感を増強させた。「効かないから飲まない」という訴えは、単なる認知症の症状ではなく不安の裏返しと推察される。良かれと思った前向きな励ましを辞め訴えを受け入れる対応、薬剤師の一剤ずつの説明や情報提供書の提供、次男の協力による安心感が医療不信を軽減し QOL の向上に繋がった。患者に寄り添うには医療者の正解を押し付けるのではなく、その人の思いを受け止める必要があり、今後も「その人らしさ」を支え誠実に向き合いたい。

89-4　チーム医療⑤

当院における人工呼吸器装着患者の気管切開による人工呼吸管理について

1 神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　臨床工学科、
2 イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　リハビリ科、3 イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　看護部、
4 イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　医師

○石垣（いしがき）　秀記（ひでき）（臨床工学技士）[1]、脇坂　恵美[1]、森　陽香[1]、小田　彩[2]、太田　麗奈[3]、桑原　正憲[4]、
中尾　健太郎[4]

【目的】当院では人工呼吸器装着患者を 1 日平均 18 人程度診ている。主に急性期病院からの入院であるが、急性期病院では入院日数は短く、呼吸不全となった場合に生命維持管理するため入院より数日から数週間で気管切開術を行い、挿管による人工呼吸器管理（IPPV）から気管切開管理（TPPV）へと移行している。また救急医による気管切開カニューレ（以下、カニューレ）のサイズ・種類の選択などは様々である。そのため当院での受け入れ時には、放射線科へ相談し頸部の撮影は通常撮影の水平断だけではなく矢状断での画像作成も依頼している。入院後にカニューレが原因と考えられるむせ込みなどによる人工呼吸器アラームが頻回に発生するなどが生じた際には、CT 画像を再度見直し医師、看護師、言語聴覚士（以下、ST）、臨床工学技士（以下、CE）が協議しカニューレの種類やサイズ変更などを検討している。今回は当院における気管切開による人工呼吸管理の対応方法と対応が必要であった 1 例も報告する。

【方法】急性期病院からの患者受け入れ時、当院臨床工学科作成の人工呼吸器設定値記入表を受け入れ元病院から頂いているが、その用紙には気管切開カニューレのメーカーやサイズなども記載してもらい、事前にカニューレの情報を把握している。また入院時のリハビリカンファレンスにおいても CT 画像を元に医師、ST、CE で協働し現在使用しているカニューレが適切かどうかを検討している。更に入院後に気管切開に関連するトラブルなどがあれば撮影画像と現物を比較するなどして対応している。

【結果】59 才女性筋強直性ジストロフィーにより 2022 年 12 月より人工呼吸器管理。右腕頭動脈により気管が圧迫され気管内径が徐々に狭まっていった。それによりカニューレ出口（肺側）と気管内径の位置が合わず換気がうまく行えない状態であったため、カニューレの変更を検討した。結果、スマートカフの設置、カニューレのメーカー、カニューレ長を変更。換気モードの設定変更や自然抜去防止対応を行い、現在に至る。

【考察】多職種での連携やカニューレサンプルと使用中の現物との比較により、カニューレに関連するトラブルに適切に対応することが出来ていると考える。

【結語】長期で患者状態を診ていく慢性期病院にとって、長期人工呼吸装着患者の気管切開による人工呼吸管理は患者生命を維持するためにとても重要であり、医師以下を始め多職種の連携によるトラブル対応はとても重要であるといえる。

89-5　チーム医療⑤

移乗サポートロボット Hug を用いたトイレ誘導が身体機能および排泄状況に及ぼす影響

1 福岡県・みらい介護医療院、2 新古賀リハビリテーション病院みらい

○碇（いかり）　愛（めぐみ）（看護師）[1]、後藤　浩水[1]、堤　晴美[1]、藤井　昭子[1]、古賀　幹穂[1]、石丸　清子[1]、藤澤　祐子[1]、大坪　義彦[2]

【はじめに】

介護施設において排泄介助は介助負担が大きく、人員配置の制約からトイレ誘導が困難な症例ではオムツ対応となることが多い。移乗サポートロボット Hug（以下：Hug）は立位・移乗動作を補助する機器であり、トイレ誘導支援への活用が期待されている。今回、オムツ対応とトイレ誘導の境界にある入所者に対し Hug を用いたトイレ誘導を実施し、身体機能および排泄状況への影響を検討した。

【方法】

対象はトイレ誘導時に立位補助および排泄介助で 2 名介助を要し、人員配置の制約からオムツ対応となっていた入所者 1 名とした。Hug を用いたトイレ誘導を 6 か月間実施した。評価項目は体組成（筋肉量）、誘導回数、排泄成功率、不発率および排便管理薬使用状況とした。

【結果】

Hug 導入により、従来 2 名介助を要していたトイレ誘導が 1 名介助で実施可能となった。トイレ誘導回数は 23 回から 89 回へ増加した。排泄成功率は 82.6% から 91.0% へ上昇し、不発率は 17.4% から 9.0% へ低下した。全身筋肉量は 24.3kg から最大 26.1kg へ増加し、特に下肢筋肉量の増加が認められた。排便管理薬であるピコスルファートナトリウムは 1 日平均 11.5 滴から約 10.5 滴前後で推移し、テレミンソフト使用回数は月 0〜4 回で推移した。介入期間中、排便管理薬の増加は認めなかった。

【考察】

Hug を用いたトイレ誘導により、安全な立位・移乗が 1 名介助で実施可能となり、介護負担の軽減とトイレ誘導機会の増加につながったと考えられる。また、立位保持や下肢荷重機会の増加により下肢筋肉量が増加し、排泄成功率の向上に寄与した可能性が示唆された。また、排便管理薬の増加を伴うことなく排泄状況の維持・改善が認められたことから、継続的なトイレ誘導が排泄リズムの安定化に寄与した可能性が示唆された。さらに、本取り組みはリハビリ職による動作評価・訓練、介護職による生活リハビリテーション、看護職による排泄パターン分析および内服管理を基盤とした多職種連携により実現した。

【結論】

移乗サポートロボット Hug を用いたトイレ誘導は、オムツ対応境界症例においてトイレ誘導の実施を可能とし、介護負担の軽減と身体機能および排泄状況の改善に寄与する可能性が示された。

89-6　チーム医療⑤

セル看護提供方式の導入が看護師間の協力体制における課題

北海道・発寒リハビリテーション病院

○鈴木（すずき）　由似（ゆい）（看護師）、塩本　尚子

【はじめに】

A 病棟では全人的なチーム医療等の実現に向け、2025 年よりセル看護提供方式（以下セル看護）を導入した。導入後、看護師の「患者の危険や変化への早期気付き」「要望への迅速な対応」といった実践力の向上成果が得られた一方、評価アンケートにおいて「看護師間の協力体制」に関する項目の評価が低かった。

【目的】

本研究はセル看護の高い実践力を維持しつつ、看護師間の協力体制を阻害している要因を明らかにし、今後の改善策を検討することを目的とした。

【方法】

対象：A 病棟に勤務する看護師 24 名

期間：2025 年 11 月 10 日～20206 年 6 月 10 日

手順：(1) 導入 4 ヶ月時、選択式アンケート実施

(2)(1) の結果に基づいた学習会開催

(3) 導入 6 ヶ月時、選択式アンケート再実施

(4)(1) と (3) の比較分析

(5) 変動の大きかった項目に対し、自由記載追加アンケート実施

(6)(5) の質的帰納分析

【倫理的配慮】

A 病棟の倫理審査委員会の承認を得て実施。対象者には研究の趣旨を説明し、個人が特定されない配慮を明記した上で同意を得た。

【結果】

アンケートの回収率はすべて 100% であった。(1) と (3) の比較から、セル看護導入後の評価アンケートにおいて、看護師間の協力体制に関する項目の評価が低かった。また、(5) の自由記載のアンケートを分析した結果、協力体制の阻害要因として、【協力意識の不足】【情報共有の不足】【従来の体制が影響した役割調整】【支援ルールの整備不足】といった 4 カテゴリーが抽出された。

【考察】

自由記載アンケートの分析から、協力体制を阻害する 4 つの要因が明らかになった。【協力意識の不足】では、自ブロックや担当患者を優先する傾向がみられた一方で、協力はしたいが声掛けのタイミングや方法が分からないという背景も垣間見えた。これは【支援ルールの調整】も影響し、支援基準の不明確さから、支援のタイミングや範囲に個人差が生じたものと考える。そのための情報共有はセル看護において患者情報や業務状況を共有しながら協働することが求められるが、【情報共有の不足】により、支援が必要な場面の把握のしづらさが生じ、協力行動につながりにくかったことも推測できる。更に【従来の体制が影響した役割調整】から、担当看護師が責任を持つという意識が残存しており、患者への責任感の表れが伺えた一方で、セル看護におけるチームで支えるという考え方との間にギャップが生じ、協力体制の構築の妨げとなっている可能性が示唆された。

【結論】

自由記載アンケートの分析から阻害する要因として、【協力意識の不足】【情報共有の不足】【従来の体制が影響した役割調整】【支援ルールの整備不足】が明らかになった。これらの課題解決に向けて、①情報共有の強化、②支援ルールの明確化、③チームで支える意識の醸成を推進し、セル看護における協力体制強化を図る必要がある。

90-1　チーム医療⑥

当院における診療放射線技師によるタスクシフトの試み～患者搬送業務を通じた多職種連携と業務効率の効果～

山口県・光風園病院

わだ　ひろゆき
○和田　宏幸（放射線技師）、香月　允

【目的】
近年、高齢化による患者数の増加と労働人口の減少にくわえ、医療技術の高度化に伴う業務の複雑化から、医療・介護現場の負担は増加傾向にある。当院では5病棟285床に対し、診療放射線科技師（以下、技師）2名体制で一般撮影とCT検査を担っており、1日の検査数は一般撮影が約13件、CT検査が約2件である。当院の検査フローでは、病棟側が時間都合つき次第で技師へ連絡し、病棟スタッフが検査室まで患者を搬送するといった運用であったが、「病棟業務繁忙時には搬送時間の確保が難しい」等の課題が見られた。そこで本研究では、検査室～病棟間の搬送業務を技師が行った場合の看護・介護業務の削減効果について検証することとした。

【方法】
事前の準備として、技師による搬送業務の安全管理を担保するため、リハビリテーション職より「移乗・搬送技術およびボディメカニクス」について、看護職より「採尿バッグや点滴ラインの取り扱いや緊急時の対応」について技師1名が講習を受け、もう1名の技師へは伝達講習をした。検査フローとしては、検査指示に基づき技師が電子カルテにて患者情報を収集したのち、病棟にてスタッフと情報共有のうえ、ベッドサイドの注意喚起表示を確認し搬送を実施した。その際、技師搬送による検査所要時間を測定し、観察終了後には看護職・介護職には本取組に対するアンケート調査をおこなった。
【結果】
今回、技師搬送による検査所要時間を実測したところ、1検査当たりCTは平均20分、一般撮影で平均17分であった。したがって冒頭に記載した1日の検査数から考えると、5病棟全体では約260分間の看護・介護職の業務時間が削減された。また技師の業務増加に伴う残業時間の発生も認めず、安全面についても搬送関連のインシデント等は認めなかった。アンケートでは対象者143名中139名から有効回答を得たが（有効回答率97.2%）、とくに検査頻度の高い回復期病棟および地域包括ケア病棟では、業務効率化を実感する回答がより多く認められた。また「今後も継続してほしいか」との問いに対し、5段階評価で「そう思う」が14名、「非常にそう思う」が116名であり、合計で全体の93.5%（計130名）を占めた。
【考察】
患者搬送は検査そのものではないものの、病棟スタッフの時間を要する業務の一つであり、繁忙時には負担となりやすい。今回、技師が搬送を担うことで、病棟スタッフからは、継続を希望する意見が全体の93.5%を占め、アンケート自由記載欄では「業務に集中できるようになった」「検査調整の手間が減った」などの意見が多くよせられている。また、技師側でも残業時間の増加や搬送関連のインシデントは認めず、安全に運用可能であった。
【結論】
技師が患者搬送業務を担うことで、看護・介護から技師への約260分間のタスクシフトが可能であり（1病棟当たり約52分間）、本取り組みは看護・介護職からも継続の要望が高いものであった。限られた人員で業務を担う慢性期病院においては、患者搬送のような周辺業務についても、今後も多職種で役割を見直し、協力していくことが重要であろう。

90-2　チーム医療⑥

情報共有機会の増加に向けた取り組みについて

広島県・島の病院おおたに

○淡路（あわじ）　晶也（まさや）（理学療法士）、佐藤　裕介、坂村　菜緒

【目的】

当院の回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）は、Dr、看護師（以下、Ns）、リハビリスタッフ（以下、Th）、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）等がチームで退院支援を行っている。多職種間での情報共有が不足することで、目標設定の見直しや方向性の再検討機会が少なく、退院支援の遅延につながることが散見された。今回、退院支援に携わるスタッフの情報共有不足の要因を分析し、円滑に情報共有できる仕組みを構築することを目的とした。

【方法】

現状把握のために、回リハ病棟に携わる、Ns25 名、Th23 名、MSW2 名に対して、10 項目の限定質問と 2 項目の拡大質問のアンケートを実施。その結果をもとに、情報共有機会の増加に向け（1）～（4）を取り組んだ。（1）朝礼後に 10 分間、リハビリチームごとに患者の課題や目標の共有を目的に、ブリーフィングを実施。（2）退院支援の難渋患者はリハビリチーム内で、リハビリ介入内容や退院支援の共有を目的に検討会を開催。（3）2 週間に 1 回、退院支援の進捗状況の共有を目的に、Ns と Th で看護リハ会議を実施。（4）1 週間に 1 回、退院支援が難渋している患者について、病棟の全スタッフで症例検討会を開催。先述した（1）～（4）や軒下カンファレンス等（以下、多職種会議）で共有した患者情報は、カルテまたは病棟周知用の付箋に記載し共有した。特に方向性が決定した場合は、早期に口頭または院内メールで退院支援チームに伝達した。後日同内容のアンケートを行い、取り組み前後の比較を行った。

【結果】

取り組み前のアンケートでは、「情報共有が十分に行えているか」に対し、特に Ns から不十分という回答が多かった。「カンファレンスが有効に機能しているか」は、限定質問には Ns、Th ともに良好という回答がみられた。しかし、拡大質問には「共有機会としては有効だが発言者に偏りがある」等のネガティブな意見がみられた。さらに、「退院支援の難しいと感じる点」を問いた拡大質問に対し、情報共有の不足以外に、患者家族の意向の違い、病識理解の乏しさ等の回答が寄せられた。取り組み後では、「情報共有が十分に行えているか」に対し、半数以上の Ns が十分という回答を示した。「他職種の設定した目標や達成状況を把握できているか」、「多職種会議で意見を述べているか」、「退院支援に難渋した際に他スタッフに相談しているか」に対し、いずれの職種もポジティブな回答が著明に増加した。しかし、退院支援および情報共有に難しさを感じるスタッフの割合は変動することなく、時間の確保が難しい等の意見は継続してみられた。

【考察】

情報共有機会の増加により、患者情報をリアルタイムで共有する機会が増加し、退院支援における多職種間の連携強化が図れたと考える。また、多職種会議で司会者を設定したことで、発言者の偏りが減少し多職種会議が有効に機能したと推測する。しかし、患者情報を早期に共有可能になった一方で、情報共有に消極的なスタッフは共有機会を設けなければ、共有時間を生み出すことや他職種への働きかけが難しいといった課題が残った。

【おわりに】

円滑な退院支援を行うためには、密な情報共有が必要であると再認識した。また、退院支援が難渋しやすい患者は、必ずしも情報共有不足が原因ではなく、患者の身体状態および退院後の生活に対する家族の理解力等も要因であることがわかった。今後も住み慣れた地域で生活していただくために、円滑な退院支援ができる環境づくりを継続していきたい。

90-3　チーム医療⑥

チームで繋ぐ急変時対応～リハビリテーション病院における多職種連携 BLS 研修の試み～

神奈川県・イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院

○荒井（あらい）　利章（臨床検査技師）、石垣　秀記、吉武　信治、渡嘉敷　淳、沢田　翔、高橋　智哉、
大場　万由香、脇坂　恵美、鳥山　克佳

【目的】

患者の体調が比較的安定しているリハビリ病院であっても、リハビリによる身体負荷からの急変リスクを排除することはできない。医師や看護師が手薄になりがちな環境だからこそ、患者急変時における職種間の強固な連携が極めて重要である。そこで我々は AHA（アメリカ心臓協会）ガイドライン 2020（G2020）のコースビデオを活用し、その中の“チームダイナミクス”の概念を用いて、急変時におけるチームとしての初動対応の習得に重点を置いた研修をおこない、その有用性を検討した。

【方法】

全職種を対象に AHA G2020 のコースビデオの内容を抜粋し、1 時間の講習会を月 2 回のペースで開催。成人に対する一連の救命処置（胸骨圧迫・換気・AED）を習得した後、多職種が連携（チームダイナミクス）して患者の急変を想定した 10 分間のシナリオ実習を実施した。さらに受講前後の無記名アンケートを通じて、BLS に関する認識や手技の自信度など 7 項目を 5 段階のリッカート尺度を用いて調査し、その平均値を職種別に評価した。

【結果】

「自身の職種で BLS 教育は必要か」との問いでは、受講前は特に看護補助者（3.8 ± 1.30）および事務職員（4.1 ± 0.73）で全職種平均（4.7 ± 0.70）と比較して低値であったが、受講後は他職種と同程度にまで上昇した。「胸骨圧迫の中断時間を意識しているか」との問いでは、受講前は全職種で低値（2.9 ± 1.23）であったが、受講後は大幅に改善した。（4.5 ± 0.64，$p<0.01$）その他、BLS に対する不安や手技に関する全項目においても、受講後に有意な改善が認められた。（$p<0.01$）またチームダイナミクスを導入した実習では、焦りによる AED の操作ミスやバッグバルブマスク（BVM）による換気失敗など、実際の臨床現場で起こり得る手技上の課題が明確化された。

【考察】

看護補助者・事務職員では今まで BLS 教育が重視されてこなかった背景から、急変時は専門の医療従事者が対応するから大丈夫との認識があったものと推察された。またチームダイナミクスを通じて、職種間の協調性や中断時間への意識向上につながった一方、具体的な手技のエラーも表面化したため、定期的な研修の必要性が再認識された。

【結論】

リハビリテーション病院における多職種連携 BLS 研修は、看護補助者や事務職を含む全職種の救命意識を高め、胸骨圧迫の中断時間に対する認識を大きく向上させた。さらに、実践的シナリオを通じて急変時対応における具体的な手技課題を明確化できた点からも、本研修は多職種が連携した初動対応体制を構築する上で極めて有用な試みであった。今後は本研修を定期的に継続し、急変時の初動対応における多職種連携をさらに強固にしていくことが重要である。

90-4　チーム医療⑥

心理的安全性と職業性ストレス指標および仕事継続意思との関連―法人内部署比較による検討―

1 茨城県・牛尾病院　リハビリテーション科、2 牛尾病院　介護医療院、3 龍ケ崎市西部地域包括支援センター　牛尾病院、4 牛尾病院　医療安全管理室

○徳永（とくなが）　智史（さとし）（作業療法士）[1]、小坂　尚志[2]、永井　洋一[3]、桑田　今日子[4]

【目的】

近年、心理的安全性は、職員が安心して発言や相談を行える職場環境を示す概念として注目されており、医療・介護分野においても職員の定着や組織パフォーマンスとの関連が指摘されている。一方、心理的安全性と職業性ストレス指標および仕事継続意思との関連について、法人内の複数部署を対象に検討した報告は少ない。本研究では、法人内各部署における心理的安全性と職業性ストレス指標ならびに仕事継続意思との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】

法人内 22 部署 176 名を対象とした。Edmondson の心理的安全性 7 項目尺度、職業性ストレス簡易調査票および仕事継続意思（4 件法）の結果を部署単位で集計し、解析単位を部署（22 部署）とした。分析項目は、心理的安全性得点、総合健康リスク、健康リスク A（仕事量負担・仕事コントロール）、健康リスク B（上司支援・同僚支援）および仕事継続意思とした。各部署の心理的安全性平均得点を基に高群・低群に分類し、Mann–Whitney U 検定を用いて群間比較を行った。また、Spearman 順位相関係数を用いて各指標との関連を検討した。

【結果】

心理的安全性高群は低群と比較し、総合健康リスク、健康リスク A および健康リスク B が有意に低かった。下位項目では、仕事コントロール、上司支援および同僚支援が心理的安全性高群で有意に高かった。一方、仕事量負担には有意差を認めなかった。

Spearman 順位相関分析では、心理的安全性は上司支援（ρ =0.612、p=0.002）、同僚支援（ρ =0.670、p＜0.001）および仕事継続意思（ρ =0.589、p=0.004）と有意な正の相関を認めた。また、上司支援（ρ =0.646、p=0.001）および同僚支援（ρ =0.790、p＜0.001）は仕事継続意思と有意な正の相関を認めた。一方、仕事量負担および仕事コントロールと仕事継続意思との関連は認めなかった。

【考察】

心理的安全性の高い部署では、職業性ストレスが低く、特に上司および同僚からの支援環境が良好であった。また、仕事量負担には群間差を認めなかった一方で、仕事コントロールおよび上司・同僚からの支援には関連が認められた。このことから、心理的安全性は業務量そのものではなく、業務を調整できる環境や支援的な職場風土との結びつきが強い可能性が示唆された。さらに、心理的安全性や支援環境は仕事継続意思とも関連しており、職員が継続して勤務したいと考える職場には、支援的な職場環境が重要である可能性が示唆された。

【結論】

心理的安全性は職業性ストレス指標および仕事継続意思と関連していた。その関連は仕事量負担よりも、仕事コントロールや上司・同僚からの支援環境との結びつきが強かった。心理的安全性の高い職場では支援的な職場環境が特徴として認められ、職員の継続勤務を支える組織づくりにおいて重要な視点となる可能性が示唆された。

90-5　チーム医療⑥

チェックリストを活用した多職種介入による技能実習生の移乗介助能力習得支援

和歌山県・桜ヶ丘病院

○嶋田（しまだ）　浩希（ひろき）（理学療法士）、森　喜紀、水田　達也、貴志　千秋、森本　理佐、成川　暢彦

【はじめに】

近年、医療・介護現場では外国人技能実習生（以下、実習生）の受け入れが増加している。一方で、言語や文化の違いに加え、介助経験や知識レベルに個人差があることから、移乗介助技術の習得には課題が多い。移乗介助は利用者の安全確保や介助者の身体負担軽減に必要な重要技術であり、多職種が統一した視点で継続的に指導できる教育体制の構築が求められる。当院では、理学療法士が透析患者送迎時を中心に移乗介助指導を行っていたが、実習生の移乗介助技術に課題を認めた。そこで、患者ごとの注意点を整理したチェックリストを作成し、多職種で共有しながら指導を行った取り組みについて報告する。

【方法】

対象患者（4名）の担当理学療法士が実習生の移乗時の課題をそれぞれ抽出し、患者の状態確認、環境整備、立位介助、重心移動、声掛け、安全確認などの注意点をまとめたチェックリストを作成した。チェックリストは病棟で共有し、看護師、介護職、理学療法士が共通の評価指標として活用した。理学療法士は2週間ごとに移乗介助能力を評価し、実習生の習得状況に応じてチェックリストを更新した。介入前後でチェックリスト該当項目数を比較するとともに、病棟スタッフへのアンケートおよび実習生・理学療法士への聞き取り調査を実施した。

【結果】

チェックリスト該当項目数は、A氏は軽介助4項目から0項目、中等度介助7項目から2項目、全介助7項目から3項目、B氏では軽介助4項目から0項目、中等度介助6項目から2項目、全介助6項目から2項目へ減少した。また、介入前は実習生2名とも単独で安全に移乗介助を実施できなかったが、介入後は対象患者4名中3名で単独介助が可能となった。病棟スタッフ20名へのアンケートでは、「チェックリストにより指導内容が分かりやすくなった」が17名であった。一方、「実習生が一人で移乗介助を実施することに不安がある」と回答した者は8名であった。実習生からは「チェックリストを確認することで注意点を振り返りやすかった」、理学療法士からは「通常業務への影響を最小限にしながら継続した指導が可能であった」との意見が得られた。

【考察】

チェックリストを活用したことで、実習生ごとの課題を可視化し、多職種間で共有することができ、職種を問わず統一した指導に繋がった。その結果、対象患者4名中3名で単独介助が可能となり、実践的な移乗介助能力の向上に繋がったと考えられる。また、理学療法士が定期的に内容を見直すことで、実習生の能力に応じた教育が可能となり、移乗介助能力の向上に寄与したと考えられる。さらに、実習生自身も課題や到達度を把握しやすくなり、主体的な技術習得や学習意欲の向上に繋がった。理学療法士にとっても情報共有が容易となり、直接指導時間の短縮や業務負担軽減が図られた。一方、チェックリストの内容は担当セラピストの経験によって異なるため、評価の標準化が課題である。また、全介助患者では言語の壁もあり、項目数を限定する必要があったことから、チェックリストのみでは十分な改善が得られない場面も認めた。今後は複数職種による評価やフローチャート等の標準化ツールを取り入れるとともに、動画教材なども活用し、より包括的な教育体制の構築が必要である。

【結論】

チェックリストを活用した多職種介入は、実習生の移乗介助能力向上に有効であり、課題の可視化と統一した指導体制の構築に寄与した。今後は評価方法の標準化を図るとともに、移乗介助以外の介護技術にも展開し、安全で質の高い教育体制の構築に繋げていきたい。

90-6　チーム医療⑥

閉じ込め症候群患者における意思伝達支援ツールの開発：眼球運動を用いた連携の質的向上

鹿児島県・国分中央病院

○田畑（たばた）　皇太郎（こうたろう）（理学療法士）、藤﨑　剛斎

【目的】

閉じ込め症候群（Locked-in Syndrome）は、意識清明であり四肢麻痺および脳神経麻痺により、眼球運動や瞬目以外の表出手段が著しく制限される状態である。当院に入院中の同症候群患者に対し、従来はスタッフごとの経験や主観に基づいたコミュニケーションが行われていた。しかし、この方法では他職種間での対応にばらつきが生じ、患者の個別的かつ緊急性の高い要求が正確に伝わらない事態が発生していた。本研究の目的は、眼球運動（上下による Yes/No）のみで他職種が迷わず均質な対応を行える「フローチャート型コミュニケーションツール」を開発・導入し、その有用性を検証することである。ツール作成に先立ち、コミュニケーション不全の原因分析し、以下の 3 点を特定した。①発話やジェスチャーを伴わない、目線信号（上＝はい、下＝いいえ）による意思解釈の揺らぎと受け手の認知負荷②各職種の専門性に依存した非体系的な質問の偏り③選択肢を絞り込む論理的な分岐ステップの欠如が挙げられた。これらにより、患者にとっては「同じ質問の繰り返し」「優先事項（吸引や痛み）への到達遅延」という相互不全の悪循環が生じていた。

【方法】

全スタッフを対象に、従来の意思疎通に関する満足度調査を事前アンケートとして実施した。分析結果を基に、以下の「フローチャート型ツール」を構築した。(1) 重要度・緊急度に応じた段階的スクリーニング（第 1 階層：吸引、第 2 階層：痛み、第 3 階層：体位交換、以降かゆみ、室温、オムツの順に配置）(2)「はい/いいえ」の目線移動信号による論理的分岐の視覚化 (3) 職種ごとの対応目安の明記による均質な介入の担保。本ツールをベッドサイドに掲示し、約 4 週間の運用後に事後アンケートを実施した。

【結果】

ツール導入により、満足度（5 点満点）は患者本人が 2 点から 4 点へ、スタッフ平均も 3 点から 4 点へ向上した。スタッフからは「手順に沿うことで、患者の微細な要求（体位の微調整やゆがみ等）にも迅速かつ正確に対応できるようになった」との肯定的な評価が得られた。

【考察】

本研究結果は、コミュニケーションの本質が「単なる記号の送受信」ではなく、「共通のフレームワークを介した意味の共同構成（Co-construction）」にあることを示唆している。従来、患者の限定的な目線移動という極小のシグナルに対し、スタッフ側の主観的解釈（ノイズ）が介在することでコミュニケーションの不全を招いていた。今回開発したフローチャートは、患者とスタッフ間に客観的な『意味の分岐路』を共有させる役割を果たした。これにより、患者にとっては自らの目線が確実に環境をコントロールする力を持つという「自己効力感」の回復に繋がり、満足度を 2 点から 4 点へと押し上げたと考えられる。一方、スタッフ側も体系的な手順によって曖昧さが排除され、「伝わった」という成功体験が満足度向上（3 点から 4 点）をもたらした。他職種が混在する臨床現場において、個人のスキルに依存しない構造化された意思伝達ツールの配置は、ケアの均一化と患者の精神的 QOL 維持に極めて有用である。

【結論】

閉じ込め症候群患者へのフローチャート型意思伝達ツールの導入は、原因分析に基づいた階層化構造により、患者・スタッフ双方のコミュニケーション満足度を著しく向上させた。高度な表出障害を持つ患者に対して、職種を超えた共通の認知フレームを共有することの重要性が確認された。

91-1　チーム医療⑦

病棟主導によるミールラウンド体制の構築～食支援力の向上と多職種 OJT の促進～

北海道・札幌西円山病院

○田之上（たのうえ）　恵子（けいこ）（看護師）

【背景】当院では摂食嚥下障害や反復性誤嚥性肺炎の患者が多い。超高齢社会での食支援は生活の質や地域生活の継続に直結する課題であり、慢性期病院の重要な役割である。そこで、病棟専従の言語聴覚士（以下、ST）、管理栄養士、食支援リンクナース（以下、リンクナース）を配置している当院の強みを生かし、病棟全体の食支援力向上と多職種 OJT の促進をめざして、病棟主導によるミールラウンド体制の構築に取り組んだ。
【目的】病棟主導によるミールラウンド体制の構築を通して、多職種の意識・行動変化および多職種 OJT としての効果と運用上の課題を明らかにする。
【方法】期間は 2025 年 4 月から 2026 年 4 月とした。看護部運営会議で企画承認後、リハビリテーション部・栄養部と連携し支援体制を整えた。対象病棟は、運営の定着を目的に食支援リンクナース会の役職者が所属する病棟を中心とし、食支援への意識が高いリンクナースが所属する計 4 病棟を選定した。運用案を作成後、各病棟のリンクナース、ST、管理栄養士の実施メンバーに運用方法を説明した。実際の運営は病棟の納得感を重視し主導を委ねたが、初回は同席し定着を支援した。2025 年 6 月より各病棟で段階的に試行したため実践期間に差はあるが、いずれも 3 職種が事前に対象患者を選定し月 1 回以上、昼食場面で観察を行った。その場で姿勢や食具等の調整、摂食嚥下アセスメント表や Oral Health Assessment Tool 日本語版（以下、OHAT-J）等による評価を行い、結果をケアプランへ反映した。2026 年 5 月に、目的の理解、意識・行動変化、多職種 OJT の効果、運用上の課題についてアンケート調査を実施した（対象 11 名、退職者 1 名を除く）。
【結果】回答は実施者 11 名全員（リンクナース 3 名、ST3 名、管理栄養士 5 名）であった。全員が目的を理解し、10 名が食支援への意識向上を認めた。行動変化としては「食事姿勢や食具のタイムリーな調整」が最多であった。看護師では「他職種への早期相談・情報共有の強化」、ST・管理栄養士では「現場課題の収集とカンファレンス促進」が示された。10 名が多職種間の学びの場（OJT）として有効と回答し、視点の違いの共有や迅速な課題解決につながった。一方、課題として「日程調整の難しさ」「対象選定基準の曖昧さ」「情報共有方法」「OHAT-J による詳細評価の難しさ」が挙げられた。
【考察】本実践は、関係部門との合意形成のもと、リンクナースを推進役として病棟主導による運営体制を構築した取り組みである。病棟主導とすることで主体性や自律的な行動変容が促進され、多職種による食事場面の共有は即時的なケア改善につながった。また、患者の食事場面を共に観察し、その場で助言や検討を行う過程は、多職種による実践的 OJT の機会となり、食支援に関する知識・技術の共有を促進したと考える。一方、試行段階では選定基準の曖昧さにより、「誰を選定すべきか」「どのような視点で観察すべきか」といった戸惑いも抽出された。今後は客観的な選定基準の標準化と支援体制の整備により、病棟の主体性を維持しながら迷いの少ない運用を目指す必要がある。
【結論】病棟主導によるミールラウンドは、即時的なケア改善と多職種 OJT の促進に有効であることが示唆された。今後は病棟の主体性を尊重しつつ、時間調整の仕組みや対象選定基準の標準化など運用体制を整備し、持続可能な体制として全病棟への展開を目指す。

91-2　チーム医療⑦

多職種連携による退院サマリー作成率 100% に向けた取り組み

鹿児島県・加治木温泉病院

○新村（しんむら）　雅（みやび）（事務職）、児玉　悠佳、林田　宏恵、福山　恵加、坂元　美紗子、柏木　友絵、今村　香織、上奥　誠、坂元　直子、髙田　昌実、夏越　祥次

【目的】

医療法人玉昌会加治木温泉病院は、亜急性期から回復期、慢性期医療を提供する病院と介護医療院を運営する医療法人である。現在、診療録管理体制加算 3 の算定を行っており、診療録管理体制加算 2 の取得を目指し取り組んでいる。退院サマリーは、診療の継続性確保、医療の質の担保に重要であるが、作成率は令和 7 年 4 月実績にて 95% と低迷している。そこで医療クラークと診療情報管理士との連携し、退院サマリー作成率 100% 達成、維持に向け、取り組みを行った為報告する

【方法】

従来は、診療情報管理士より退院後 7 日経過後に未作成患者リストを医師と共有、作成依頼を行っていたが、管理一覧を医療クラークと共有し、退院直後より医療クラークが介入、医師への声掛け及び作成補助を行った。また、月 1 回開催される委員会にて、他職種にも実績を共有、議論行い、効果を検討した。

【結果】

令和 5 年度は 91%，令和 6 年度は 91%，令和 7 年 4 月 95%，5 月 97% であり、令和 7 年 6 月に退院サマリー作成率 100% を達成した。4 月より退院直後より医療クラークが介入、医師への声掛け及び作成補助が奏功して達成できた。

【考察】

医療クラークの退院サマリーの日常的な進捗管理は、作成率の向上につながった。進捗情報の共有により、業務の可視化が図られ、作成率の向上維持に寄与した。多職種連携による役割分担と連携強化の重症性が示唆された。

【結論】

退院サマリー作成率 100% の達成、維持には、診療情報管理士と医療クラークが連携した継続的な進捗管理と介入が有効である

91-3　チーム医療⑦

COVID-19 感染後廃用症候群患者に対する在宅酸素療法導入を見据えた多種職連携

静岡県・熱川温泉病院

○大石（おおいし）　達也（たつや）（理学療法士）

【はじめに】

COVID-19 感染後は安静期間の延長や活動量低下により廃用症候群を呈し、筋力低下や全身持久性低下を伴いADL が制限されることが多い。退院支援において身体機能面のみならず生活環境や社会的背景を踏まえた多種職連携が求められる。今回、間質性肺炎の既往を有し、COVID-19 感染後の廃用症候群を呈した症例に対し、在宅復帰を目標として理学療法を実施するとともに、他職種と連携し在宅酸素療法導入を含めた支援を行った経過について報告する。

【倫理的配慮】

本症例に際し、本人に説明し同意を得た。また個人情報保護に配慮した。

【症例紹介】

70 代男性。既往に間質性肺炎及び躁鬱病を認めた。発症前の ADL は概ね自立していたが、COVID-19 感染後は活動量低下及び活気低下がみられ廃用症候群を呈し当院へ入院となった。入院時の主訴は「起き上がると苦しい」であり、酸素 0.5L 投与下では SpO2 は 97～98% で推移。身体機能面では四肢・体幹筋力は Manual Muscle Testing（以下 MMT）3 であり、端坐位保持は 5 分間可能も息切れ著名であった。歩行はサークル歩行器を使用し近位見守りにて 10m 可能であったが、運動後の修正 Borg scale は 5～6 と呼吸苦の増強を認めた。以上により離床機会の減少を伴う全身耐久性低下及び活動耐容能低下が示唆された。本人からは在宅復帰の希望が聞かれていた。

【経過】

発症前 ADL が自立していたこと、基本動作能力が保たれていたことから、在宅復帰は十分に目指せる状態であると考えた。一方で動作時の呼吸苦が著名であり、在宅生活では移動や ADL に支障をきたすことが予想された。その為理学療法では SpO2 及び呼吸苦をモニタリングしながら呼吸練習、起立・歩行練習、筋力増強運動を段階的に実施した。さらに本人からは「自宅に帰って犬に会いたい」との希望が聞かれ、在宅復帰に対する意欲が高いことが確認された。これらを踏まれ、病棟スタッフや相談員と情報共有を行い在宅酸素療法を導入しての在宅復帰を目標として掲げた。介入初期では呼吸苦が強く、端坐位保持や短距離歩行においても息切れを認め、運動耐容能の低下が顕著であった。その後、酸素療法導入及び理学療法介入により呼吸状態は安定し、トイレ動作は自立レベルとなった。また、フリーハンドでの歩行が可能となり、修正 Borg scale は安静時 0～0.5、運動時 1～2 まで改善を認めた。運動意欲の向上に伴い離床時間や歩行距離も徐々に増加し、外泊練習も検討されるなど在宅復帰に向けた調整を進めた。酸素療法導入において理学療法では酸素ボンベの取り扱い指導や酸素使用下での移動・ADL 練習を実施した。病棟 Ns は本人や家族に対し、在宅生活を見据えた生活指導を行なった。MSW は在宅サービスの調整や退院後の支援体制の構築を担当した。各職種が情報共有を図りながら在宅復帰に向けた支援を行った。

【考察】

本症例では、発症前 ADL や本人の在宅復帰希望を踏まえ、他職種と連携し、在宅酸素療法導入を含めた退院支援を行った。理学療法介入により活動耐容能及び ADL は改善し、一時は外泊練習を検討できるまで回復したことから、身体機能面においては在宅復帰へ向けた目標は達成しつつあったと考える。一方で、精神面の状態悪化が転帰に大きく影響した。本症例を通して、在宅酸素療法導入を伴う退院支援では他職種による継続的な情報共有や連携、患者指導が重要であると示唆された。

91-4　チーム医療⑦

意思決定を尊重した多職種連携による独居老人への支援～その人らしい暮らしを目指して～

茨城県・フロイデ総合在宅サポートセンター大宮

○神永（かみなが）　晃輝（こうき）（社会福祉士）

【目的】

当法人は「住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていただくために」の理念のもと事業を運営している。当施設は、大規模型の通所介護、総合事業の通所型サービスAを運営している。

今回の取り組みでは、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていただくために意思決定支援における、本人の望む暮らしやその人らしさの実現を目標としたチームケアの実践、多職種連携について事例を報告する。

【方法】

利用者A（以下Aさんとする）は、80歳女性で独居である。高血圧やアルツハイマー型認知症（R5.4）、物取られ妄想、易怒性や気分の浮き沈み、活動性や体力、短期記憶の低下が見られる。3人の子供はそれぞれ県外に住んでおり定期的な訪問をしているが独居生活への不安がある。親戚が利用している当施設を希望される。Aさん、家族それぞれのアセスメントを行うなかで、Aさん「介護のお世話になりたくない。人と関わりを持ちたい。」家族「Aの意思を尊重し、家と施設どちらでも明るく過ごしてほしい。先の事も早めに検討したい」との希望があった。Aさんの「お世話されたくない」という思いを尊重し自分で1日の流れを決めていただくセレクトボードの活用。Aさん、家族それぞれのアセスメントを踏まえた通所介護計画や理学療法士と健康運動実践指導者による定期的な評価及びリハビリプログラムの作成。BMI：16.3と低栄養のリスクがあった為、管理栄養士による栄養管理、栄養指導を実施した。

【結果】

R6.11～R8.3までの利用を通して、セレクトボードの活用により自己選択や自己決定が明確化され意思決定支援に繋がった。また、リハビリやアクティビティを通して他利用者と一緒に取り組む様子も見られ活気のある生活がおくれた。身体機能は大きな低下なく維持された。栄養状態に対してはデイだけでなく配食も利用しBMIは18.6まで改善された。

【考察】

Aさんの意思決定を尊重したセレクトボードを活用したことによりお世話されていると感じにくくなり、デイサービスの利用に対して前向きとなった。一人よりも誰かと一緒にやりたいという希望が強かったことで集団でのリハビリやアクティビティに積極的に取り組まれた。これらにより活気のある生活に繋がったと考えられる。また、互いに励ましあいながらリハビリに取り組まれたことにより身体機能の低下もなく維持できたのだと考えられる。栄養状態についても、週4回のデイ、配食サービス、定期的な家族の支援により食事摂取量や食べ忘れの回数が減り体重の増加、BMIが正常値まで回復したと考えられる。

【結論】

高齢者の増加及び核家族化が進む今日において独居老人は今後も増加の一途をたどると考えられる。今回の事例において外出や活動意欲の低下、健康状態など独居での生活で起こりうる問題に対して様々な職種やサービスと連携することで対応することができた。今後、複数のサービスだけではなく地域住民や様々なコミュニティーなど地域包括ケアがより必要となってくる。ケアマネージャーや家族、地域との関わりを密に深め、長年法人で取り組んでいる「病院を中心とした街づくり」を推進していきたい。

91-5　チーム医療⑦

精神療養病棟におけるリハビリテーションスタッフ増員に伴う多職種連携体制の再構築と運用の現状

兵庫県・南淡路病院

○三浦（みうら）　秀展（ひでのぶ）（理学療法士）、苅部　直寿、伊月　裕二、樋口　憲作、村上　穂積、山崎　哲也

【はじめに】

近年の精神科医療における早期退院や地域移行の推進に伴い、多職種連携やリハビリテーション（以下、リハ）の充実が求められている。当院精神療養病棟においても 2025 年度よりリハスタッフを増員し、個別リハを拡充する体制へと移行した。しかし、移行直後は病棟スタッフ（看護師・介護士）との間で役割分担が曖昧であり、現場における一貫したアプローチの不足や連携の混乱が課題となった。

【目的】

本研究の目的は、リハスタッフ増員に伴う体制変更において実施した、「多職種ミーティング」を通じた連携強化のプロセスを報告し、病棟およびリハスタッフ双方への意識調査から本取り組みの現状と有用性を明らかにすることである。

【対象・方法】

2026 年 5 月に、当院精神療養病棟の病棟スタッフ 13 名、およびリハスタッフ 10 名を対象とした。介入として、各職種の専門性の再定義と生活リハの視点を共有する「多職種ミーティング」を実施し、決定した介助基準等のルールを病棟スタッフに周知した。評価として、5 件法および自由記述による匿名式アンケート調査を対象スタッフに実施した。

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には書面にて趣旨を説明し、無記名アンケートへの回答をもって同意とした。個人情報の保護には十分に配慮した。

【結果】

病棟スタッフは、「リハスタッフへの相談のしやすさ」や「病棟全体のケアの質向上」などの項目で肯定的評価が 6 割を超え、新体制による現場の迷いの軽減や患者の活動性向上を実感する傾向が高かった。一方、リハスタッフでは「役割の明確化」や「リハの質向上」において「どちらともいえない」とする中立的回答が 55～64% であった。特に「病棟スタッフから介助相談を受ける頻度の増加」に対しては 36% が「そう思わない」と回答し、専門性の発揮には一定の理解を示すものの、病棟側からの相談頻度の増加を実感できておらず、双方向的な連携体制の構築において課題を残す結果となった。

【考察】

本取り組みにより、看護・介護現場においてケアの質向上や業務上の迷いの軽減という明確な成果が得られており、増員と個別リハの強化は病棟ケアの充実に寄与していると考えられた。しかし、病棟スタッフが個別アドバイスを有益と捉えている一方で、リハ側が効果を実感しきれていない背景には、病棟側からの介助相談を促進する仕組みが十分に機能しておらず、相談が顕在化しにくい環境にあることが影響している可能性が高い。職種間の認識の乖離を解消し、さらに体制を強固にするためには、病棟スタッフからのリクエストを円滑に吸い上げる仕組みづくりと、双方向的なアプローチの推進が必要である。

【結論】

役割分担の明確化は病棟スタッフには肯定的に受け入れられ、精神療養病棟における個別リハ体制構築の一助となる可能性が示唆された。一方で、双方向の連携をさらに促進する仕組みづくりが今後の課題である。

91-6　チーム医療⑦

重度脳性麻痺者の大腿骨骨折後に対し、多職種連携による介助方法の統一とポジショニング介入を行った一例

東京都・緑成会整育園

○土屋（つちや）　諒夏（りょうか）（理学療法士）

【はじめに】

重度脳性麻痺者では骨脆弱性や拘縮により骨折リスクが高く、日常的な介助場面が受傷契機になることも少なくない。また、介助方法の違いによる身体への負荷は再骨折の要因となり得る。今回、反復する大腿骨骨折を経験した重度脳性麻痺者に対し、多職種で介助方法およびポジショニングの統一を図り、再骨折予防に取り組んだため報告する。

【症例】

50 歳代男性。1 歳半時に重度脳性麻痺となった。ADL は全介助であり、長期間の臥床生活を送っていた。X－1 年に右大腿骨頚部骨折の既往があり、X 年 Y 月、排泄介助中の下肢の不随意運動に伴い右大腿骨骨幹部骨折を受傷した。急性期病院にて著名な骨脆弱性を考慮し、ワイヤー固定術が施行された。当院へ転院後にリハビリテーションを開始した。

【経過】

初回評価では股関節および膝関節周囲に著明な拘縮を認め、介助時の下肢操作による骨折リスクが懸念された。また、職員間で介助方法に差異があり、身体への負担が一定でない状況が確認された。

そこで理学療法士を中心に、看護師、介護職員、施設職員とカンファレンスを実施し、骨折リスクとなる肢位や介助動作について情報共有を行った。特に、拘縮や不随意運動を考慮した下肢の支持方法、移乗・排泄介助・更衣時の下肢操作、避けるべき関節肢位や過度な回旋・牽引などの禁忌事項について、理学療法評価に基づき分かりやすく説明した。

さらに、介助時の注意点や安全なポジショニング方法を写真付きのポジショニングシートとして作成し、ベッドサイドへ掲示した。実際のケア場面で繰り返し指導を行い、職員が共通した認識で介助を実施できるよう支援した。また、定期的に介助方法を再評価し、利用者の身体状況に応じてシート内容の更新および情報共有を継続した。

【結果】

介入後、職員間で介助方法の統一が図られた。ポジショニング環境も改善し、安全な介助が継続可能となった。介入開始後 6 か月間、新たな骨折や重大な外傷は認めなかった。また介助時の不安軽減や介助負担の軽減について職員からの報告が得られた。

【考察】

重度脳性麻痺者では骨脆弱性に加え、拘縮や不随意運動の存在により日常的な介助場面が骨折リスクとなる。再骨折予防には身体機能への介入だけでなく、日常生活を支える介助者間での認識共有と介助方法の統一が重要である。本症例では多職種連携による継続的な情報共有と介助方法の統一、ならびにポジショニング介入を行うことで、安全な介助環境の構築と再骨折予防に寄与したと考えられた。

91-7　チーム医療⑦

回復期リハビリテーション病棟における多職種協働セルケアシステム®導入の効果

愛媛県・HITO病院

○井村（いむら）　利幸（としゆき）（看護師）、織田　百合子、藤川　智広、石川　拓歩、田中　ひとみ

【目的】

当院の回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ）は50床を有し、365日のリハビリ体制と多職種協働により、ADL改善・寝たきり防止・在宅及び社会復帰を支援しており、在宅復帰率70%以上、重症度改善率30%以上の指標を維持しながら、質の高い回復期医療を目指している。また、当院は急性期ケアミックス型病院であり、急性期から回復期へのシームレスな移行が可能であり、早期からのリハビリ介入と継続した医療管理を両立している点に特徴がある。さらに、75歳以上の入院患者が占める割合は65%であり、急性期の在院日数が短縮する中で、双方向の連携強化は重要で、生活機能回復と退院支援を担う中核機能を果たしている。

今回、①業務用iPhoneの活用による効率的な病床管理、②動線の無駄を省きセラピストと看護師の生活機能回復に向けた時間の創出、③時間外勤務の削減と働く環境整備の3点の改善を目指し、急性期病棟と同じ体制の「多職種協働セルケアシステム®」を導入した成果を報告する。

【方法】

1. 急性期の在院日数短縮に伴うベッドコントロールに時間を要していた。

⇒病床管理室と病棟看護管理者のiPhoneの有効活用により計画的な病床管理を行う。

2. 回リハの体制は、多職種協働セルケアシステム®に準じ2つのセルで運用していた。

⇒「多職種協働セルケアシステム®」の基本体制に基づき、3セルで運用し、各職種のセルの配置および役割を明確にした。

3. 時間外勤務時間が恒常的に続き、働く職員の負担感が大きかった。

⇒「多職種協働セルケアシステム®」の本来の機能を発揮し、効率的な動線と患者の特性に応じた看護師配置を行った。

【結果】

1. 病床管理室は急性期病棟の患者の状況に応じた後方病床を選択しiPhoneチャットによる病棟看護管理者との連携強化により、回リハへの転棟計画が円滑になり、受け入れるスタッフの負担が軽減した。

2. 2セルから3セルにし、各セルのセルリーダーを中心とした運用により、動線の短縮と個々の患者に継続した生活支援に取り組めるようになった。

3. 新たなシステムの運用により、時間外勤務は月平均186時間から116時間、回リハの平均在院日数は47.1日から40.8日、褥瘡発生率は1.6%から0.6%、転倒・転落は月平均10.7件から7.5件等、ケアの質についても変化の兆候が見える。また、スタッフからは「患者の生活機能回復の進捗状況を把握しやすくなり継続したケアができる。」等の意見が聞かれている。

【考察】

回リハの看護師構成は、看護師長1名、常勤15名、非常勤4名（常勤換算で2.7名）で非常勤が2割を占め、経験のある看護師は夜勤業務が多くなるため、日勤帯における生活機能回復に向けた活動に十分な時間をとることができていなかった。しかし、平日日勤の非常勤者の支援の継続性についての理解を深めることを強みと考えた。

急性期病棟からの転入は、病床管理室が病院全体の患者把握を行い、各後方病床の状況を把握したうえで病棟管理者と計画的にコントロールすることで、各セルリーダーとのiPhoneを活用した情報共有もスムーズにできるようになった。また、基本的な体制を充実させることで、各看護職種の役割を明確にしてセル機能を高めると共に、動線の短縮はスタッフの負担軽減につながり、時間外勤務時間の短縮、ケアの質向上に反映した。

【結論】

病棟運営を効果・効率的に行うためには、「多職種協働セルケアシステム®」の機能を最大限に生かすと共に、iPhoneの効果的な活用を推進することが重要である。今回は、短期間の取り組みであり、今後、退院前後の看護師訪問も取り入れ、高齢者が住み慣れた場所に安全に安心して帰ることができる支援を目指したいと考える。

92-1　チーム医療⑧

難治性褥瘡に対して行った多職種連携と古田メソッドでのアプローチ

埼玉県・城南中央病院

○蛭田（ひるた）　祐子（ゆうこ）（看護師）、林　祐子

【はじめに】感染症やポケットを有する難治性褥瘡は、臨床現場において治療に難渋することが多い。療養型病院である当院においても従来の治療法では改善が停滞するケースがあり新たなアプローチが求められていた。今回、多職種連携チームによる古田メソッドの導入により難治性褥瘡の治癒に寄与した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】患者は 80 歳代前半の女性。右視床出血による左片麻痺、糖尿病、高血圧を基礎疾患として持っている。食事は経鼻管栄養、ADL は全介助（排泄はおむつ対応）で、会話はその場での簡単なやり取り程度は可能なレベルであった。入院時の褥瘡（仙骨）は DESIGN-R34 点（D/4、e/3、s/8、I/3、G/5、N/3、P/12）であり、深いポケットと局所の発赤・膿性浸出液を伴う状態であった。

【経過】入院直後より、医師を中心に看護師、リハビリ職、介護職、管理栄養士による多職種チームを結成し、役割分担を明確にした。初期はイソジンシュガーによる処置と栄養管理（1200kcal/日、インスロー・ARG 使用）を開始したが、入院 2 か月経過時点で DESIGN-R　39 点と悪化し改善は見られなかった。このためプロスタンディンへの薬剤変更等を行い 4 か月経過時には 20 点まで改善したが、ポケットの縮小は不十分であった。入院 6 か月目からは「古田メソッド」を導入して介入を行った。古田メソッドとは、創部にかかるズレをテーピングや緩衝材（レストンマット）を用いて取り除き、ポケット内に挿入した外用薬の充填を維持するということを目的に行う方法である。これはリハビリ職が力学的ストレスを評価したうえで実施した。また、介護職の工夫として、尿パットの片側を丸めた「土手式パット」を考案し、創部の汚染防止と保護を徹底した。この手法を導入することにより 1 か月後（入院から 7 か月目）にはポケットが著しく狭小化し、DESIGN-R14 点へと大幅に改善した。その後、創部の状態に合わせて薬剤をアクトシン、ワセリンへと適宜変更し、体位変換管理、緩衝材の工夫、栄養管理を継続した結果、入院からの 10 か月目には DESIGN-R0 点となり完全治癒に至った。

【考察】本症例が治癒した要因は、古田メソッドを中心に、単なる局所処置にとどまらず多職種が専門性を発揮したということにあると考えている。リハビリ職が力学的要因を考慮しテーピングや緩衝材を用いて物理的ストレスを制御したことや、現場の介護職が「土手パット」のような具体的なデバイスの工夫を行うことで、持続的な清潔保持と皮膚保護が可能となった点は治癒速度を上げたと思われる。更に一般的なことであるが栄養面においても、糖尿病管理と並行して褥瘡治癒に必要な特殊栄養食品を適切に活用したことが全身状態の改善に寄与した。難治性褥瘡に対しては、「創部の詳細な評価」「力学的要因の究明」「適切な薬剤選定」「栄養管理」「体位変換管理」を多職種で統合的に実践する役割分担が重要であると再認識した。

【結論】1 症例ではあるが、難治性褥瘡に対する多職種連携による包括的なアプローチと古田メソッドの応用の介入により有効な結果を得ることができた。今後も症例数を増やすと同時に、他の治療法も積極的に試していきたいと考えている。

92-2　チーム医療⑧

看護師とケアスタッフ間のコミュニケーションに対するサンクスカードの効果

大阪府・緑水会病院

○越智（おち）　麻美（あさみ）（看護師）

I. はじめに

近年、医療現場ではタスクシフティングの推進により、看護師が行っていた業務の一部を看護補助者に担ってもらうようになり、看護師とケアスタッフ間の情報共有の重要性は高まっている。しかし当病棟では、「看護師とケアスタッフ間の情報共有が不十分であった」とのヒヤリハット報告書や、カンファレンスにおいて意見交換が乏しいという状況がある。医療現場では、「ミスをしない」「事故を起こさない」ことが前提とされるため、肯定的な感情表現が後回しにされる傾向がある。感謝する出来事に意識を向け、伝え合う手段としてサンクスカードを導入することで、ポジティブな感情の循環を生み出し、コミュニケーションの活性につながる可能性を検証したので報告する。

II. 研究の目的

本研究は、サンクスカードの活用が職場のコミュニケーションおよび心理的安全性に与える影響を明らかにする。

III. 研究方法

研究期間　2025 年 8 月 1 日～10 月 31 日

看護師 15 名、ケアスタッフ 14 名の計 29 名を対象として実施した。まずコミュニケーションと心理的安全性に関する質問紙調査（4 件法）を実施し、自由記述も収集した。その後 2 か月間、詰所内にサンクスカードを設置し、具体的な行動に対する感謝を記入して看護師とケアスタッフ間で送り合う取り組みを行った。期間終了後にカード使用枚数を記録したチェックシートを回収した。介入後、同じ質問紙調査を再度実施した。

IV. 結果

質問紙の有効回答率は 93% であった。サンクスカード実施前後での回答平均点では看護師実施前 34.8 点、実施後 36.9 点、ケアスタッフ実施前 34.1 点、実施後 36.7 点と、有意差はみられなかった。自由記述欄の内容分析の結果、実施前のカテゴリを協働・環境・コミュニケーション・発言に分類した。協働では、「声掛け、協力ができていない」「連携がとれていない」環境では、「悪口、陰口が聞こえる」「雰囲気が悪い」といった記述がみられた。26 件中、肯定的な回答は 1 件であった。実施後の回答では、「出来ることをやっていきたい」「長所を探そうという気持ちになった」「モチベーションが上がると感じた」など、4 件を意欲に分類した。37 件中 30 件に肯定的な回答がみられた。

V. 考察

質問紙では、看護師、ケアスタッフともにサンクスカード実施後も平均点は 39 点を下回った。石井ら[1)]は、上下間のヒエラルキーは低い心理的安全性と関連があると述べており、医療現場では役職に加え、経験や専門知識といった職種間のヒエラルキーが重なることで、心理的安全性が低い傾向にあると考える。このため、看護師とケアスタッフで「どこまでが自分の仕事か」の認識が異なっても、確認や相談ができず連携がとれないといった状況を招いていると考える。自由記述では、実施後の否定的な回答の減少がみられる。環境のカテゴリで比較すると、「陰口、悪口が聞こえる」「雰囲気が悪い」といった記述から、「看護師が忙しそう」「みんな頑張っていると思う」といった他者の行動に目を向けた記述へと変化がみられた。感謝する行動に目を向けることが、スタッフ一人一人の行動、業務に目を向けることにつながったためと考える。実施後に意欲のカテゴリが追加となったことに関して、山田ら[3)]は、認め合う職場環境はポジティブ感情を引き出し、自己肯定感や意欲向上に影響すると述べていることから、サンクスカードを送り合うことがポジティブ感情を引き出し、意欲的な回答につながったと考える。

VI. 結論

サンクスカードの導入は、心理的安全性に直接的な効果はみられなかったが、スタッフ同士のコミュニケーションの活性と意欲の向上につながった。

92-3　チーム医療⑧

介護スタッフとリハビリスタッフのコミュニケーション―移乗・ポジショニング相談練習会から得られたもの―

愛媛県・医療法人結和会松山西病院

○三木（みき）　英稔（ひでとし）（理学療法士）

入院患者に対し総合的かつ多角的なケアを提供することは重要である。介護職は日常的に患者対応を担うが、フィジカルアセスメントを学ぶ機会が限られており、集合教育では実践に結びつきにくい現状があった。当院では連携強化の取り組みとして、移乗・ポジショニング相談練習会を実施した。

【目的】介護職の困りごとをリハビリスタッフ（以下：リハ職）とともに解決する定例相談会を実施し、個別性のあるケア実践およびフィジカルアセスメントへの気づきに及ぼす効果を検討する。

【方法】対象は介護職 13 名。期間は令和 7 年 8 月～10 月。集合教育では補いきれない実践的学習の場として週 2 回介護士の困りごと相談練習会を開催し、そこで出てきた相談に対してリハ職が病棟に出向き解決策を提案する。

【結果】相談会で抽出された 2 例の困難事例に対し、リハ職が病棟に出向き、ベッドサイドで評価・デモンストレーションを行った。症例 A は意思疎通や協力動作が乏しく体格も大きいため移乗が困難であった。A 氏はアームレストを把持する、いざり動作の協力動作がみられる、リーチ動作や体幹の前傾保持ができるなどの残存能力がある事を示し、覚醒を促す声掛けや協力動作を指示する声掛けを提案した。介護職から A 氏は協力動作ができる事、コミュニケーションにより介護負担が減る事などの新たな発見が聞かれた。症例 B は体格が大きく協力動作もない上、足の支持性もなく、日々の移乗が大変であるとの相談であった。リハ職が B 氏の下肢の支持性や協力動作を確認すると、すでに普通型車いすへの移乗は、転倒や皮膚剥離などのリスクが高い状態まで身体能力が低下していたため、現在の方法で移乗介助する事は B 氏に対するリスクのみでなく、介助者の負担が大きすぎると判断し、早急にモジュール型車いすへ変更、移乗方法を 2 回に分けるなどの伝達講習を行った。練習相談会後のアンケートの自由記述（記述総数 1925 字、66 文）を分析した結果、「学習機会（35 コード 4 サブカテゴリー）」「アセスメント能力（7 コード 1 サブカテゴリー）」「チームワーク（7 コード 1 サブカテゴリー）」「その他」の 4 カテゴリーが抽出された。学習機会では基本技術やアセスメント視点の学び、アセスメント能力では患者の動作能力への気づきが示された。チームワークでは他職種への関心がみられた。

【考察】相談会で抽出された困難事例に対し、ベッドサイドで評価・デモンストレーションを行う実践を重ねることで、現場に即した学習機会が形成された。相談会の定例化により多様な現場課題が抽出され、リハ職と介護職が共同して評価・実践する機会が得られた。相談内容の多くはベッドサイドでの評価を必要とし、患者の身体状況に応じた個別対応が求められていた。リハ職が介護職の困りごとを共有しベッドサイドで介護方法を改善する過程の中で、介護職の意識変化が認められ、患者の状態を踏まえて介助方法を工夫しようとする姿勢がみられた。また、患者の ADL や QOL を意識した介護方法を工夫したいという意欲も示されており、今回の相談会により個別性のあるケアへの意識が向上した。

本結果より、フィジカルアセスメント能力の向上には、知識伝達に加え現場課題に基づく実践的学習が有効である可能性が示唆された。

【結論】

・相談練習会はリハ職と介護職のコミュニケーションを円滑にした。

・現場での評価と実践共有により連携強化と学習機会創出につながった。

・介護職が患者の潜在能力に気づくことでケアの質向上に寄与する可能性が示された。

92-4　チーム医療⑧

患者の転帰と機能・栄養の関連分析～令和1年から6年間の動向調査より～

香川県・永生病院

○奥谷（おくたに）　翔太（しょうた）（理学療法士）、髙尾　なおみ、萩原　富美子、丸尾　陽佳、織田　まゆこ

【はじめに】

退院する患者の転帰先は、病状だけでなく、身体機能の低下と栄養方法が相互に影響している。令和1年度から令和6年度に退院した患者の転帰先を集計し、身体機能、認知機能、栄養方法、要介護度によりどのような関連があるのか調べたので報告する。

【方法】

・調査期間は平成30年4月1日から令和7年3月31日。

・退院患者数と退院先、退院患者の年齢、要介護度、栄養方法、身体機能、認知機能、介護医療院入所者のICD-10分類について集計した。

【結果】

退院患者の延べ人数は1443人であり、退院先は自宅退院が最も多く576人、次いで当院介護医療院入所が413人、特養、老健等施設入所が171人であった。患者の年齢分布としては、80代以上が1098人と全体の約76%を占めており、超高齢社会を反映した構成となっていた。要介護度を比較すると、自宅退院では介護認定を受けていない人（65歳以下も含む）が129人と最も多く、次いで要介護2、3の順となっていた。介護医療院入所者では要介護4及び5が314人で76% と大半を占めていた。施設入所者では要介護3が43人、要介護4が41人、要介護5が48人とほぼ同じ値であった。介護医療院入所者は介護度の高い患者の割合が多くなっていたが、要介護1の患者が7人おり、その内訳としては、癌のターミナル期で麻薬での疼痛コントロール等の加療継続が必要な患者が3人、透析治療中で通院困難な患者が2人、自宅退院希望だがリハビリ継続が必要な患者が2人であった。身体機能、認知機能については、リハビリを実施していた1082人のうち、身体機能は死亡退院を除いた982人、認知機能は評価を行うことができた798人を、点数によって転帰先にどのような差異があるか調べた。身体機能はBIの点数によって、0～25点、30～50点、55～75点、80～100点の4つのグループに分けた。自宅退院では身体機能が保たれている80～100点の割合が高かった。施設入所や介護医療院入所では身体機能が低下している割合が高くなり、特に介護医療院入所では約9割がBI　0～25点であった。認知機能ではFIMの点数と、HDS-R、MMSEの数値がカットオフ値以上と以下でグループ分けを行った。自宅退院では、FIMの点数が高値かつ認知機能が保たれているグループの割合が最も高かったが、認知機能は低下していてもFIMの点数が高いグループの割合も次いで高かった。施設入所や介護医療院入所ではどちらも低下している割合が高かった。栄養方法については、自宅退院、施設入所者で90% 以上が経口摂取を維持できていた。自宅退院は、99% が経口摂取であり、残りの1% は胃瘻であった。施設入所者は、96% が経口摂取であり、胃瘻2%、経鼻経管栄養、経口摂取と胃瘻の併用がそれぞれ1% であった。介護医療院入所者は経口摂取44%、経鼻経管栄養18%、胃瘻14%、経静脈栄養12%、その他12% と経口摂取のみで栄養管理できている人は半分以下であった。

【まとめ】

転帰先に最も差が現れたのは、栄養方法であった。経口摂取の可否が患者の転帰先に大きく関わっており、在宅介護での管理の容易さが影響していると考えられた。経口摂取が困難な場合には経腸栄養や中心静脈栄養などの代替栄養が必要となり、在宅介護では負担が大きくなると考えられた。また、認知機能が低下していても運動機能が保たれていれば自宅復帰率が高くなっていた。介助者の肉体的負担の程度も患者の転帰先に影響していると考えられた。

92-5　チーム医療⑧

地域包括診療料（かかりつけ医）を中心とした外来 ACP の推進

福岡県・水戸病院

○重（しげ）　亜希子（あきこ）（事務職）、池田　昌美、国武　律子

【目的】
当院では 2018 年 4 月の診療報酬改定時より地域包括診療料の算定を開始したが、患者の経済的負担への懸念などの先入観から、これまでその算定数は伸び悩んでいた。しかし、2024 年の診療報酬改定における生活習慣病管理料 II の新設を契機に、かかりつけ医としてのメリットを再考し、地域包括診療料算定者を対象に、外来からのアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の推進、及びメディカルソーシャルワーカー（以下、MSW）の介入を強化することとした。病院長主導のもと、多職種が連携し、患者に寄り添った地域密着型医療の提供を目的に、地域包括診療料算定患者の選定及び体制の構築とその経過を報告する。
【方法】
2024 年 6 月より医師事務作業補助者及び MSW を中心とした推進チームを発足した。まず傷病名や診療状況に基づき対象患者の選定を行い、各担当医師へ対象患者の提案を行った。並行して患者や家族が抱く「負担額が高い」という先入観を解消するため、医療費の比較表や説明文書等を整備した。さらに外来通院患者への新しい取り組みとして ACP の概念を盛り込んだ新しい説明パンフレットや、患者の思いを書きとめる「私のつむぎノート」を作成した。これらの取り組みは 2025 年 3 月より外来にて本格運用を開始した。
【結果】地域包括診療料の概要や服薬指導などのメリット、24 時間連絡体制などの安心感を丁寧に説明することで、患者や家族から「こんなことまでしてくれるの、すごくいいね」といった好意的な受け止めがあることで、同意を得やすくなった。通常の医師の外来診察だけでは診療時間の限界があるが、多職種が介入することで、診察時間外における ACP の新規介入を含めた MSW の面談や薬剤師、看護師など多職種との関わりが増加し、患者や家族からの「いつも気にかけてくれてありがとう」の感謝の言葉もあり、少しずつ信頼関係が築けていると実感できている。また、服薬状況や患者や家族の思い、生活状況をより深く把握できる情報共有体制の整備や ACP により患者の将来の生活まで考えた外来診療をすすめていくことが可能になった。算定者数の推移として、本始動前は 12 名であったが、最終的に現在 22 名に増加している。これにより病院経営の観点からは診療報酬収益の向上も同時に達成することができた。
【考察】
これまで心理的ハードルの高かった地域包括診療料の算定において、多職種が専門性を発揮して介入したことが成功の要因である。特に今回の新しい取り組みである MSW による ACP 推進の介入強化が功を奏した。電子カルテ上のルール化や管理の整備により、チーム医療として誰もが患者の状況をリアルタイムに把握・共有できる仕組を構築し、外来診療を支える基盤が確立された。今後は一時的な算定数増加に留めることなく、2026 年の診療報酬改定による対象者拡大も見据えた、継続的な対象者選定プロセスが課題である。「負担額が高い」や「いいと思うけど今すぐにはしなくてもよい」などの声もあり、全ての同意が得られているわけではなく、ここも今後の課題である。また、地域包括診療料は地域医療にとって良いシステムであると実感できたことから、今後更に推進していく必要がある。
【結論】
多職種がより深く関わることで、病院と患者の双方にプラスとなる体制が構築できた。今後も更なる地域包括診療料の推進を図るとともに、外来からの ACP を通じて患者の「思い」をつむいでいく地域密着型医療を実践していく。

92-6　チーム医療⑧

退院支援を見据えた多職種協働の仕組みづくり～カンファレンス以外の目標共有機会を活用して～

広島県・島の病院おおたに

○坂村（さかむら）　菜緒（なお）（理学療法士）、佐藤　眞成美、大久保　忠、山崎　ひとみ

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟（以下回リハ病棟）では、多職種が共通の目標を持ち、患者の退院支援にあたることが重要である。しかし、職種間で患者の ADL 能力や退院後の生活像に対する認識に差異が生じ、同じ目標共有を持てていないことがあった。そこで当院では、症例検討および環境設定ボードを使用し、退院支援チームを筆頭に多職種間の目標共有を促進する仕組みづくりに取り組んだため、報告する。

【方法】

回リハ病棟において、リハビリテーション職（以下リハ職）、看護職での症例検討会を週に 1 回開催した。退院支援難渋例を退院支援チームが事前に挙げ、FIM を用いて患者の ADL 能力や介護力を整理し退院後の生活を見据えた課題や目標について検討した。担当外でも職種間で自由に意見交換できる場となっている。また、患者ごとの移動方法や介助方法などを記載した「環境設定ボード」をベッドサイドに設置し、転倒リスクの軽減を図るとともに、過介助防止を目的とした情報共有を行った。

【結果】

症例検討会を通じて、患者の ADL 状況や退院目標について多職種間で共有する機会が増加した。FIM を活用することで患者の能力を共通の指標で捉えやすくなり、看護職とリハ職が意見交換しやすい環境が形成された。また、環境設定ボードにより日常ケア場面での情報共有が容易となり、介助方法の統一や目標の可視化に繋がった。

【考察】

カンファレンス以外に多職種間で患者像を共有する機会をもつことで、退院に向けた目標が共有しやすくなったと考えられる。また、症例検討会が職種を越えた意見交換の場として機能し、環境設定ボードがその内容を日常実践へ反映する役割を担った。これらの取り組みは、退院支援を見据えたチームアプローチの推進に有用である可能性が示唆された。

【課題と今後の展望】

本取り組みにより、看護職とリハ職を中心とした目標共有の機会は増大したが、現時点では対象職種が限定的であり、多職種連携としては十分とはいえない。今後は医師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士等へも参加を拡大し、より包括的な目標共有体制の構築を目指したい。

また、症例検討会では、FIM を共通言語として活用しているものの、看護職において FIM 項目や評価基準の理解にばらつきがみられた。そのため、今後は院内研修を実施し、FIM に関する知識の標準化を図ることで、より円滑な情報共有と目標設定に繋げていきたい。

93-1　臨床検査

画像解析の視点から考える　一般撮影・ポータブル

北海道・愛全病院

○五十嵐（いがらし）　創（そう）（放射線技師）

【はじめに】

当院でも撮影している回診用 X 線撮影（以下ポータブル撮影）は、ベッド上から移動できない重症・術後患者や感染症患者に対し、病室や手術室で直接 X 線撮影を行う撮影である。その場で高画質な画像が撮影後数秒で確認可能となり、迅速な診断や処置につながる。一方、注意点・デメリットも存在する。一般撮影とは X 線を用いて胸部や骨を撮影する検査のことをさす。ポータブル撮影も一般撮影だが本研究では一般撮影とは一般撮影室での撮影のことを指すこととする。

【目的】

ポータブル撮影のデメリットとして、①画質の制限：一般撮影室での撮影に比べて高コントラストや高解像度の画像が得られにくく、診断に影響を及ぼす可能性がある。②撮影条件の制約：病室の環境に左右されやすく、撮影条件（線量や角度）の設定が難しい。③被ばく管理：病室内の患者や医療スタッフへの放射線被ばくの懸念がある。本研究では当院の撮影において①画質の制限について、違いが示唆されたため報告する。

【対象・評価期間】

評価期間：2025 年 1 月 1 日～12 月 31 日

対象：2025 年に当施設に入院された 1015 名のうち、一般撮影室及びポータブル撮影のいずれにおいても、胸部正面撮影を実施した患者様 450 名を対象とした。

【方法】

本研究対象者 450 名の一般撮影及びポータブル撮影の胸部正面画像を収集し、ピクセルサイズを統一した。SNR（信号対雑音比）、PSNR（ピーク信号対雑音比）を測定できるようカスタマイズした画像解析ソフトウェア「ImageJ」に画像を取り込み、画像解析し SNR、PSNR を算出した。

【結果】

ポータブル撮影と比較した一般撮影の

SNR：最大値 16.49dB 最小値 5.45dB 中央値 10.50dB

PSNR：最大値 20.00dB 最小値 9.00dB 中央値 13.92dB

となり、画質において一般撮影の方が優れていることが示唆された。

【考察】

本研究では、ポータブル撮影に比べ一般撮影の方が SNR の数値を見るとノイズが少なく高画質であるが、PSNR の数値を見ると圧縮・再構成において一般撮影の方が高画質には違いないが、そこまで大きな違いはないという結果が得られた。

SNR の要因として、ポータブル撮影が 80kV に比べ、一般撮影は 120kV という高電圧撮影を行っているため、心拍動や呼吸によるブレ（モーションアーチファクト）を抑え、発生する散乱線が減少し画質の低下を防いだことが考えられる。また、ポータブル撮影は病室で撮影するため X 線入射角を垂直にするのが難しい場合があり、 画質の低下の要因の一つと考えられる。

PSNR の要因として圧縮・再構成のシステムは一般撮影もポータブル撮影も同じため、画質の違いが結果に表れたものと考える。

そして本研究は撮影条件（特に管電流 mA や時間 sec）を、技師判断で患者の体形・体格に合わせた撮影条件で撮影しているため照射線量が統一されていない、そのため解析結果にも影響を及ぼしていると推測される。

今後は診断に必要な画質、患者の状態、患者に付き添う医療スタッフへの負担、患者や医療スタッフへの放射線被ばく等を考慮したうえで撮影を選択していくことが重要と考える。

93-2　臨床検査

在宅 XP 検査の増加に伴う対象患者と検査目的の傾向と推移の調査報告

千葉県・初富保健病院

○坂田（さかた）　有紀（ゆうき）（放射線技師）、小野寺　敦

【背景】
慢性期病院である当院では、地域医療の発展と他施設との連携を目的として、2019 年より訪問診療クリニックから依頼を受け、在宅 XP 検査の施行を続けてきた（業務委託契約による）。業務開始から 7 年が経過し、連携先クリニックや、検査依頼件数は年々増加している。

【目的】
検査依頼の内容や居住状況からどのような患者様が在宅での XP 検査を必要としているのかを把握し、より良いサービスの提供につなげる。

【方法】
2025 年 7 月から 12 月に行った在宅 XP 検査 135 件の検査目的、患者様の居住状況よりデータベースを作成する。また、作成したデータベースより検査目的や居住状況等の比較を行う。

【結果】
対象者の割合は施設入居中の方が 49%、自宅の方が 51% となった。施設入居中の方の XP の目的は健康診断目的の胸部 XP の割合が 86% と非常に多く、それに対して自宅での撮影では痛みや経過観察等による腹部、四肢を含めた撮影が 52% と高い値となった。また、自宅で撮影した患者様の居住状況について、若年者と同居しておらず外出や移動が困難な独居、年配夫婦の割合が 21% と少なくない値となった。

【考察】
結果より、施設入居中の患者様の撮影については、施設からの通院が困難であることや、スタッフの人員確保が困難などの理由から施設内での検査を希望しているものと考えられる。このことから、訪問 XP により患者様、施設スタッフが無移動になり負担が減ることで、ストレスも軽減しているものと考えられる。
居宅の患者様についても、発熱や痛み等の症状があっても付き添いの親族がいないことやそもそも病院に行くこと自体が大変な方が多いことから、こちらについても患者様、ご家族様の無移動が負担の軽減になっているものと考えられる。

【まとめ】
通院での対応が難しい方は多数いらっしゃる。また、近隣の保健所から結核検診目的での在宅 XP 撮影の依頼も増加している。当院への在宅 XP 依頼の増加はそのようなニーズに答えられている結果と考える。より多くの患者様の対応ができるよう、訪問地域や施設ごとの日程調整や、柔軟な予約枠管理を行っていければと考える。

93-3　臨床検査

人工股関節周囲 MRI の画質改善に関する検討

福岡県・篠栗病院

○山下（やました）　ほのか（放射線技師）、髙倉　弘之、堂之上　勝洋

【背景】
慢性期医療において、人工股関節置換術後患者の経過観察やリハビリテーション継続の中で MRI による評価が必要となる場合がある。しかし、金属アーチファクトにより、人工股関節周囲の軟部組織や骨の評価が困難となることがある。
【目的】
View Angle Tilting（VAT）併用撮像および受信バンド幅（BW）拡大による撮像条件の違いが、人工股関節周囲の画質改善に及ぼす効果について検討した。
【方法】
使用装置はキヤノンメディカルシステムズ株式会社製の超電導磁石式全身用 MR 装置　MRT-2020/J1 型、使用コイルは Octave SPEEDER Spine MODEL MJAS-167A（Spine Coil）、4ch Flex SPEEDER MODEL MJAJ-197A（Flex Coil）である。人工股関節とアクリル円柱を容器内に固定し、周囲を吸水ポリマーで充填したファントムを作成した。T1 強調画像を同一パラメータにて以下の 4 条件で撮像した。
①VAT なし・BW 不変　②VAT あり・BW 不変　③VAT なし・BW 拡大　④VAT あり・BW 拡大
各条件につき 10 回撮像し、金属アーチファクト面積および画像歪みを計測して平均値を算出した。
【結果】
②VAT あり・BW 不変の撮像条件では、①と比較して金属アーチファクト面積の減少およびアクリル円柱の歪みの低減が認められた。③VAT なし・BW 拡大では、①と比較してアーチファクト面積および歪みの軽度な減少が認められたが、その改善効果は VAT 併用条件ほど顕著ではなかった。④VAT あり・BW 拡大では、アーチファクト面積および歪みが最も低減された。
【考察】
VAT 併用撮像で金属アーチファクト面積および歪みの低減が認められた要因として、VAT が磁化率差による位置ずれを補正し金属由来の歪みを軽減したためと考えられる。また、BW 拡大においても一定の改善効果は認められたが、VAT 併用条件と比較して限定的であり、BW 拡大のみでは磁場不均一による影響を十分に補正できないことが考えられる。一方、VAT と BW 拡大を併用することで、更なる画質改善が得られた。これはそれぞれの効果が相補的に作用したためと考えられる。
【結論】
VAT 併用撮像は人工股関節周囲の金属アーチファクトおよび歪みの低減に有効であり、BW 拡大との併用によりさらに画質改善が得られた。

93-4　臨床検査

生存日数に関連する因子の検討～血清アルブミン値と InBody S10 による位相角に注目して～

1 埼玉県・富家病院、2 富家千葉病院

○藤沢（ふじさわ）　あすか（臨床検査技師）[1]、相京　朋佳[2]

【目的】

当院では昨年、入院時の血清アルブミン（Alb）値が高い患者ほど生存日数が長い傾向にあることを報告した。本研究では、入院時 Alb 値が低いにもかかわらず比較的長期間生存した症例に着目し、栄養管理との関連について検討する。

また、当院では入院数日後に InBody S10 による生体電気インピーダンス分析を行っている。位相角は細胞膜の状態や栄養状態を反映する指標とされていることから、Alb 値と位相角との関連を検討するとともに、位相角と生存日数との関連についても調べる。

【方法】

前回の検討で対象とした、令和 5 年の 1 年間に死亡退院した患者 91 名のデータを用いて追加解析を行った。入院時 Alb 値が 1.9 g/dL 以下であった 19 名（低アルブミン群）について、Alb 値の経時的変化、PICC・CV カテーテルによる栄養管理の有無と期間、アルブミン製剤投与の有無を調査した。また、低アルブミン群の平均生存日数（77.3 日）を上回った症例を長期生存例と定義し、栄養管理との関連を検討した。

さらに、91 名のうち入院後に InBody　S10 で位相角を測定した 46 名（位相角測定群）について、入院時 Alb 値と位相角との関連を解析した。加えて、位相角 2.3 以下群と 2.4 以上群に分け、カプランマイヤー曲線を用いて生存日数との関連を検討した。

【結果】

低アルブミン群 19 名のうち、長期生存例は 6 名であった。うち 4 名は入院後 8 病日までに PICC カテーテルを挿入し、早期に栄養管理を開始していた。1 名は PICC カテーテルを挿入していなかったが、Alb 値が 1.5 g/dL まで低下した 12 病日目にアルブミン製剤を投与していた。

位相角測定群における入院時 Alb 値と位相角の相関係数は 0.59（決定係数 0.35）であり、中等度の正の相関を認めた。さらに、カプランマイヤー曲線からは、位相角が高い群で生存日数が長い傾向が示された。

【考察】

長期生存例のうち、中心静脈栄養やアルブミン製剤を用いずに経過した 1 例は、便秘の解消により経口摂取が可能となった症例であった。経口摂取の再開・維持が栄養状態の改善につながったと思われる。

また、Alb 値と位相角には中等度の相関を認めたものの、ばらつきもみられた。要因として、InBody S10 で測定した位相角は測定条件や患者背景の影響を受けること、さらに Alb 値と位相角の変化には時間差がある可能性が考えられた。

【結論】長期生存例では、早期に中心静脈栄養による栄養管理を開始した症例が多かった。一方で、中心静脈栄養やアルブミン製剤を用いず、栄養状態が改善した症例も認められ、患者ごとの病態に応じた適切な栄養管理の重要性が示された。そのため、経時的な栄養評価を行い、栄養状態の変化に応じた介入を検討することが有用と考えられる。さらに、位相角は Alb 値と中等度の相関を認め、生存日数との関連も示唆された。非侵襲的かつ簡便に測定可能であることから、慢性期医療における栄養評価や予後予測の指標として活用が期待される。

93-5　臨床検査

健診受診者の便潜血検査に関する調査

佐賀県・志田病院

○相部（あいべ）　奈都美（なつみ）（臨床検査技師）、諸隈　友里、河村　亜香寧、坂本　浩嗣、志田　知之

【はじめに】

生活習慣病予防健診では大腸がん検診として2日法による便潜血検査を実施しているが、便潜血陽性者の二次健診受診率は低い印象があった。積極的な便潜血検査提出、二次健診受診を呼びかける事を目的として、当院における便潜血検査に関する調査を行った。

【対象と方法】

2022年6月1日から2025年3月31日までに当院で健康診断を行い、便潜血検査を実施した3785名を対象に、便潜血検査提出率、便潜血陽性者割合、陽性となった際の二次健診受診率、疾患の有無を調査した。

【結果】

対象3785名のうち便潜血検査提出率は、2本提出が93.2%、1本提出が4.6%、未提出が2.2%であった。
便潜血陽性となったのは235名（6.2%）であり、2本提出し2本陽性が59名（1.7%）、2本提出し1本陽性が169名（4.8%）、1本提出し1本陽性が7名（2.9%）であった。
陽性者のうち女性の年代別陽性率は39歳以下4.9%、40歳代4.1%、50歳代6.1%、60歳代7.0%、70歳以上7.6%であった。同様に男性の年代別陽性率は39歳以下4.6%、40歳代5.7%、50歳代4.6%、60歳代9.6%、70歳以上15.5%であった。
陽性となった231名（4名は既知の疾患のため除外）のうち98名（42.4%）が二次健診を受診していた。
二次健診にて精密検査を実施した97名中72名（74.2%）では何らかの疾患を認めた。疾患の内訳として、2本提出者のうち1本陽性、2本陽性ともその約半数を占めているのはポリープであった。大腸癌は、2本提出し1本陽性では1.2%、2本提出し2本陽性では15.4%で全員男性という結果であった。

【考察】

精密検査を実施した74%に何らかの疾患が見つかった。2本陽性者では1本陽性者と比較して、高い割合で悪性所見が認められた。これらの結果より、便潜血検査の陽性者は二次健診を受診することが大切であり、特に2本陽性である場合には、大腸がんの早期発見のために二次健診受診が非常に重要と考えられる。一方、便潜血陽性者の二次健診受診率は42%と低かった。今回の研究結果を踏まえて、今後便潜血検査陽性者への二次健診受診を強く促していきたい。

94-1　介護医療院①

院内併設介護医療院が医療療養病棟に与える影響について

1 静岡県・介護医療院ゆうかりの木陰、2 静岡徳洲会病院

○山之上（やまのうえ）　弘樹（ひろき）（医師）[1]、真杉　尚子[1]、宮城島　真希[2]

【はじめに】

高齢化の進行により、医療と介護の双方を必要とする高齢者が増加し、医療療養病棟では退院先確保が大きな課題となっている。介護医療院は医療と生活支援を一体的に提供する新たな受け皿として期待されるが、同一施設併設が療養病棟の患者フローや医療必要度、稼働率、医療機関経営に与える影響は十分に検討されていない。本研究では、介護医療院併設前後での退院先構成、医療区分構成、稼働率を比較し、その影響を明らかにする。

【方法】

後方視的観察研究として、前期（2023 年 4 月～2024 年 3 月）と後期（2024 年 4 月～2025 年 3 月）を比較した。退院患者の退院先分類、在棟患者の医療区分 1～3 の延べ件数、月間累積病棟患者数から算出した稼働率を用いた。個人情報を含まない集計データを使用し、倫理審査は不要と判断された。

【結果】

退院先構成では、在宅系が前期 17.1% から後期 52.5% へ増加し、特に介護医療院への転棟 26 例が寄与した。医療区分構成では、区分 3 が 21.2% から 32.3% へ増加し、在棟患者の医療依存度が高まった。稼働率は前後とも 99.5% で安定していた。在宅復帰機能強化加算も 2024 年 6 月以降継続算定されていた。また、介護医療院は稼働率 95% 以上、医業利益率 10% 以上を維持し黒字経営が続いている。

【考察】

介護医療院併設により、医療依存度の低い患者が適切に移行し、療養病棟では医療必要度の高い患者への対応が維持された。在宅系退院の増加は加算算定の持続性を高め、介護医療院の高稼働は療養病棟の退院調整を円滑化するなど、両者の間に好循環が形成されていた。これらは医療機能の維持と経営的安定の双方に寄与したと考えられる。

【結論】

介護医療院併設は、在宅系退院の促進、医療必要度の高い患者の受け入れ維持、稼働率の安定に加え、加算算定の継続や介護医療院の収益性向上を通じて、医療機関全体の経営的安定に寄与する有効な方策であることが示唆された。

94-2　介護医療院①

介護医療院における介護福祉士の特定行為取得後の不安軽減への取り組みと課題

宮城県・医療法人友仁会介護医療院松島みどりの家

○小野（おの）　春菜（はるな）（看護師）、遠藤　真理子、末永　ゆかり、早坂　幸恵、志田　智子、丹野　尚

Ⅰ：はじめに

当法人の介護医療院Ⅰは、喀痰吸引と経管栄養が必要な利用者が多く、入所者40名中吸引対象者が27名、経管栄養対象者が18名と医療依存度が高い現状である。夜勤は元々看護師2名と介護士1名の3人体制だったが、看護師不足に伴い、看護師1名介護士2名の体制にする必要が生じた。そこで安全面を考慮し、2024年に介護福祉士に特定行為資格の取得を推進した。取得後半年が経過した時点で2025年10月にアンケートを実施した。不安で多かったのは、吸引チューブをどこまで挿入していいのか等手技に関する事、緊急時や看護師不在時の対応についてだった。そこで、不安軽減と緊急時対応への明確化のため、他部署看護師への応援依頼マニュアル及びフローチャートを作成し、実際の場面を想定したシミュレーションを実施した。その取り組みと今後の課題を検討することを目的とした。

Ⅱ：方法

アンケート調査は雲丹亀氏らの先行研究を参考にした。そこへ新たに経管栄養の項目を加え計24項目とし、不安の程度を5段階評価にて調査した。

この結果を踏まえ、緊急時の対応や他部署看護師への応援要請マニュアル及びマニュアルを簡便化したポケットサイズのフローチャートを作成した。作成後は他部署を交え、喀痰吸引時の急変対応を想定したシミュレーションを実施し、口頭での意見聴取を行った。

Ⅲ：結果

アンケート調査の結果、吸引の手技に関する事や緊急時、また看護師不在の状況時において不安が高くなる傾向が見られた。これは、先行研究とほぼ同様の結果であった。

シミュレーション後の意見聴取では、「実際の場面では緊張する」「もう一人の夜勤介護士への連絡方法、他部署看護師への報告方法やタイミングが難しい」等の声が聞かれた。また、他部署の看護師からは、「すぐ情報がわかるように準備してほしい」「タイムロスを考慮し、今の状態を簡潔かつ速やかに報告してほしい」との意見があった。これらの意見を元にマニュアル及びフローチャートを整備し、ポケットサイズのフローチャートを常時携帯して貰うことにした。

Ⅳ：考察

昨年度の調査結果からは、手技に関しては定期的な研修により解決されるのではないかと考えられる。また、看護師不在時に他部署からの応援を要請する判断基準を一覧にし、統一を目指した。実際、場面を想定したシミュレーションでは、対応手順の再確認につながった。しかし、急変時への不安は依然として残っており、もう一人の介護士への連絡方法、他部署看護師への報告方法や情報共有の難しさが浮き彫りとなった。このことから、シミュレーションを重ね、介護士同士の連絡方法、他部署看護師への報告方法、タイミングをさらに検討していく事が必要だと分かった。

Ⅴ：まとめ

・今後は手技に関する実践的な研修を定期的に実施する必要がある。

・他部署との連携強化と緊急時の体制を整備していく事が必要である。また、定期的なシミュレーション研修も行っていく必要がある。

引用文献

雲丹亀彩香・富田川智志・太田卓司（2019）介護老人施設における介護職員の喀痰吸引実施に対する不安の現状と課題　生活福祉学科紀要　第14号

参考文献

1）伊藤将子・橋詰祐美（2023）特定行為業務従事者等である介護職が行う喀痰吸引などに関する文献レビュー　介護福祉学第30巻第2号

2）新版介護職員などによる喀痰吸引・経管栄養研修テキスト

94-3　介護医療院①

「もう一度家族と食卓が囲みたい」絶飲食から外食実現まで6年間の軌跡

奈良県・奈良厚生会病院

○田岡（たおか）　弓子（ゆみこ）（言語聴覚士）、桝　慎吾、小野　祐紀、永畑　早苗、園田　房子、清家　美弥、迫留　由佳、津留﨑　亜希子、竹内　章治

【はじめに】介護医療院は、医療と生活の両立を目的とした入所施設であり、時間的制約が少なく、長期的かつ段階的なリハビリテーション介入が可能である。今回、約6年間にわたる多職種継続介入により、寝たきり・胃瘻栄養の状態から家族との外食という社会参加を実現した一症例を経験したため、その意義について報告する。

【症例】A氏、70歳代女性。既往歴にくも膜下出血、脳梗塞あり。誤嚥性肺炎により他院に入院中、VE検査が施行され、絶飲食・胃瘻増設となった。その後、当院介護医療院へ入所となった。入所時の状態はFIM25点（126点中）、ADL全介助、全失語、Yes/No反応はあるが曖昧さがある状態であった。

【経過】経過を初期・中期・後期の3期に分けて整理する。初期はリハビリ主導の外発的動機付けによる介入を行った。ST・PT・OTによる機能訓練を中心としつつ、療養棟スタッフが雑誌提供や環境調整を実施し、A氏に「テレビが見たい」「食べたい」という自発的意欲が芽生えた。入所2年後より摂食機能療法を開始したが、この時期は嚥下反射の惹起困難・ムセが持続した。中期には本人の意欲が主軸となり、「ゼリーや温かいものが食べたい」という希望に沿って食形態を段階的に向上させ、入所約3年で3食普通食に到達した。後期にはナースコール活用や車椅子乗車機会が拡大し、入所6年後に外出計画を立案し外食を実現した。

【結果】FIMスコアは18項目中12項目で改善し、特に食事項目は1点から7点、車椅子移動は1点から6点、記憶項目は3点から7点へと顕著な改善を認めた。

【考察】本症例の成果には3点の要因が考えられる。第一に動機付けの変化である。リハビリ主導の外発的動機付けから、長期的な成功体験の積み重ねを通じ、本人主体の内発的動機付けへと変容したことが重要であった。第二に介護医療院の特性として、時間的制約が少ない環境が、失敗体験を回避しながら安全・安心な段階的ステップを可能にした。第三に、リハビリで獲得した機能を療養棟スタッフがケアプランに反映し日常生活へと般化させた多職種連携の効果が大きかった。

【結語】約6年間の継続的な多職種介入により、寝たきり・胃瘻状態から家族との外食という社会参加を実現した。介護医療院におけるセラピストには、対象者のステージや予後を見極め、他職種と情報共有しながら生活目標を設定し続けることが求められると考える。

94-4　介護医療院①

手指の機能と整容・衛生面の改善を目指した介入と病棟とのチーム連携について

新潟県・三条東病院

○長谷川（はせがわ）　諒（まこと）（作業療法士）

【はじめに】

当院は介護療養病棟から介護医療院へ転換されて約５年がたち、生活に即したリハビリテーションの必要性が特に重要視されてきた。しかし入所される方の中には介護度が高く、寝たきりやアプローチに対して反応の乏しいといった方が多くみられる。そのような方々の生活の場である当院で、手指の拘縮をもつ入所者様に対して担当介護士から爪切り時の難しさなどの話を聞く機会があった。その入所者様へ手指の整容面・衛生面での改善を目指して実施したリハビリテーションアプローチと病棟スタッフとの連携について報告する。

【経過】

本症例は介護医療院にアルツハイマー型認知症、多発性脳梗塞、嚥下障害の診断で入所された入所者様である。入所時より覚醒度はJCSII-10、声掛けに対して開眼などの反応はあるが、発語や頷きなどはなくコミュニケーションは困難な状態であった。身体機能面では右肩関節の屈曲・外転、肘の伸展拘縮、手指の屈曲拘縮が顕著に見られており現在も全身的に筋緊張が高い状態である。

右手指は全指の屈曲拘縮による伸展制限があり、指間ガーゼやコーヒーガーゼの挿入ができず、手掌内の湿潤と悪臭、皮膚の脆弱性が見られていた。

これらをふまえてのアプローチとして、日勤スタッフとの情報共有のもと重点的な手指可動域訓練、温熱療法、手掌内の清拭訓練、臥床姿勢の修正、自助具の選定などを実施した。また担当看護師・介護士と話し合い、爪切り時の介助方法の指導やベッド上での筋緊張の落ち着きやすい姿勢の伝達、手指可動域の経過観察の情報共有を行った。

【結果】

入所から約３ヶ月間、訓練を実施することで一定の可動域改善が見られ、爪切り時など手指を開く動作での介護者の負担や入所者様の怪我のリスクが軽減した。またコーヒーガーゼの挿入が可能となったことで手掌内の皮脂による湿潤の改善も見られた。しかし筋緊張の高さから自助具や保護具の選定としてはガーゼ以外に継続して利用できるものは提示できなかった。

【まとめ】

介護医療院という長期療養の場でADL改善の為には身体機能面だけでなくリハビリと病棟スタッフ間の連携や入所者様を取り巻く環境面の改善へ目を向けることも重要である。

リハビリテーションアプローチとともに病棟での生活を支えるスタッフとの連携を継続し、担当だけでなくその他病棟スタッフとも連携が共有できるようにしていく必要がある。今後も入所者様にとってより良い、事故のない生活が維持できることを目標としていく。

94-5　介護医療院①

認知症を有する高齢者における経口摂取再開の一例―介護医療院での多職種連携を通して―

東京都・永生病院

○橋本（はしもと）　理絵（りえ）（管理栄養士）、安藤　輝彦、大場　美智子、吉留　匠

【背景】

高齢者は脱水や全身状態の悪化を契機に経口摂取が困難となり、 TPN や輸液管理へ移行する例が少なくない。特に認知症を有する場合、医学的禁食の必要がないにもかかわらず摂取拒否により禁食とされることがあり、長期の点滴管理が低栄養やフレイルの進行を招く可能性がある。今回、認知症を背景に「食べない」状態から TPN 管理となった高齢者に対し、介護医療院において多職種が連携して食支援を行い、経口摂取の再開に至った症例を経験したため報告する。

【症例】

89 歳女性。認知症、腎不全、胸椎圧迫骨折、廃用症候群の既往あり。ADL 低下後に救急搬送され、脱水および老衰進行と診断された。食事は提供されていたが摂取困難のため禁食となり、その後も摂取拒否が続いたことから TPN 管理が開始された。療養型病院でも TPN が継続され、感染を繰り返し末梢輸液管理へ。その後、介護医療院である当院へ入所した。入所時、嚥下障害は認めず、BMI16.1、MNA-SF2 点と高度低栄養状態であった。認知機能低下のため長谷川式簡易知能評価スケールは実施困難であったが、せんべいやアイスなどの嗜好品は摂取可能であり、摂取低下には嚥下機能以外の要因が関与している可能性が考えられた。

【介入】

当院では「まず食べることを試みる」方針とし、入所当初から経口摂取を開始した。医師は輸液縮小と経口摂取優先の方針を共有した。管理栄養士は嗜好や食べやすさを評価し、手に持って食べられる食品の提供や温冷の工夫を行った。看護師・介護職は食事場面での声かけや食器具の工夫、介助方法の調整を行った。リハビリスタッフは環境変化による混乱に対する傾聴や声かけを実施し、食事を認知しにくい場面では食事設定の調整や認知を促す関わりを行い、多職種で継続的に情報共有を行いながら、その都度どのようにすれば摂取しやすくなるかを検討した。

【結果】

温度や形態に配慮した食事提供により徐々に摂取量が増加した。1 か月後には点滴を中止し、3 か月後には常食摂取が可能となった。1 日 3 食の摂取が安定した。体重は入所時から 2.4kg 増加し、TPN や輸液管理は不要となった。その後も経口摂取は安定し、特別養護老人ホームへ退所となった。

【考察】

認知症を有する高齢者の「食べない」状態は、栄養管理のみでは解決が困難であり、身体機能、認知機能、生活環境、嗜好など複数の要因が関与すると考えられる。本症例では、長期間経口摂取が困難な状態が続いていたが、介護医療院において多職種が継続的に支援することで経口摂取再開に至った。その結果、経口摂取が安定し、特別養護老人ホームへの退所が可能となったことから、多職種連携による食支援は低栄養改善のみならず、その後の生活の場への移行を支える可能性が示唆された。本症例は、介護医療院における継続的な食支援の重要性を示す一例と考えられた。

94-6　介護医療院①

介護医療院における管理栄養士の役割～食事ラウンドと多職種連携による関わり～

福岡県・有吉病院

○高階（たかしな）　遥香（はるか）（管理栄養士）、田中　圭一、藤森　和子

【はじめに】

介護医療院に勤務して５年、当初は「美味しい食事を作れば食べていただける」と考えていたが、実際の現場では食事拒否や食欲低下を示す利用者が多く、万人に食べて頂く難しさを痛感した。また、新型コロナウイルス感染症禍の入職であったため厳しい面会制限があり、利用者が孤立した環境にあることに複雑な心情を抱いていた。本報告では、初めての施設で管理栄養士として歩んだ５年間の取り組みを振り返り、管理栄養士の役割について考察する。

【取り組み】

1. 食事ラウンド時の声掛けとケアスタッフとの関り

食事ラウンドでは味の感想を聴取することが主であったが、より積極的に話しかけ、食べて頂いた事への感謝の言葉を添える関わりを実践。そして、ケアスタッフには配膳時に行事食の案内やおすすめのポイントを伝え、声掛けの工夫やフィードバックで連携を図った。加えて、厨房へは好評な意見だけでなく、不評であった場合も前向きに伝わるよう工夫し、なるべく多くの声を直接届けることを徹底。

2. 多職種連携による喫茶店イベント

感染対策緩和に伴いレクリエーションの提案をされたが、当初は要介護者全員が楽しめる企画が分からず悩んだ。しかし、栄養科主任が主導した梅シロップ作りや干し柿作りを共に行い、ケアスタッフと企画された喫茶店イベントでは、４種類のメニューから選ぶ“デザート選択”を提案。私はデザート作りと飲み物を担当し、多職種が一丸となり企画会議を行った。

【結果】

1. 提供側の関わり方一つで利用者の食事拒否が減り、一口でも摂取量が増加した。さらに、ケアスタッフ側からは「食べて頂き、ありがとうございます」のような声掛けが自然と聞かれるようになり、管理栄養士へ食事の感想や意見のフィードバックが頻回になり、双方向の連携強化へ発展した。厨房でも、これらの意見を励みに、逆に反省の材料としながら日々の食事へ活かすことで、栄養科全体の士気向上に繋がった。

2. 感染症禍での孤立した環境から一転し、イベント当日は化粧や素敵な洋服で着飾った利用者が、和やかな表情を浮かべ、家族との対面でマスクを外し、本物の喫茶店にいるような温かい空間で会話されていた。特に、普段は表情が硬い利用者が、見たこともない笑顔で、デザートを食べている姿には深く感動した。入職以来、初めて利用者が家族と一緒に食べている光景を見ることができた。そして、多職種と協力し合うことで、私自身も「利用者を共に支える一員、仲間になれた」と強く実感できた。多職種との連携があってこそ成り立つレクリエーションの在り方を学んだ。

【考察・結語】

生活の場であり最期を支えることもある介護医療院において、提供する食事が「人生最後の食事」になり得る重みを忘れてはならない。厨房スタッフと共に丁寧に食事を作る基本姿勢を大切にしながら、食事は「何を作るか」と同様に、提供側の関わりや多職種連携で「どう届けるか」という質が重要である。

利用者の心に寄り添う関わりも管理栄養士の役割であり、多職種との連携を深めることが、安全で心のこもったケアの提供に繋がると考える。

95-1　介護医療院②

高齢者の脱水予防に対するとろみ自動調理サーバー活用の有効性

広島県・介護医療院ひいろ

○谷口（たにぐち）　未弥子（みやこ）（看護師）、清水　道浩、井藤　佳代、廣岡　チエ、神足　順子

【目的】高齢者は、加齢に伴う体液量の減少や、腎機能・嚥下機能の低下など、さまざまな要因により脱水を起こしやすい。脱水は、日々の観察と適切な水分補給により予防可能であるとされている。介護医療院においては、個別の水分補給支援が重要な課題となっている。そのため、とろみ付き飲料を安定して供給できる、とろみ自動調理サーバーを導入した。本研究では、とろみ自動調理サーバーを活用した水分補給が、高齢者の脱水予防および、改善に有効であるか検討した結果を報告する。

【方法】対象者は日頃より食事、水分ともに全量摂取可能な７名とした。対象者ごとに主治医および管理栄養士が算出した１日の水分必要量と、実際の水分摂取量および、血液データを比較した。介入方法として、とろみ自動調理サーバーを活用し、水分補給回数の増加および飲水介助を実施した。

【結果】対象者７名のうち３名は、介入期間中に食事摂取量の低下や介入前から低ナトリウム血症傾向により、食塩内服および点滴加療が必要となったため介入を中止した。一方、残る４名においては、とろみ自動調理サーバーを活用し水分補給を増加させた結果、水分摂取量の増加を認めた。また、脱水指標の一つである血清浸透圧は正常範囲内で維持、または低下を認め、脱水予防および改善につながる結果が得られた。

【考察】高齢者は、加齢に伴う口渇感や嚥下機能の低下により、自発的な水分摂取が不足しやすいとされている。今回、とろみ自動調理サーバーを活用することで、対象者の状態に応じたとろみ付き飲料の安定的な水分補給が可能となり、水分摂取量の増加が認められた。また、「おいしい」との発言が聞かれるなど対象者の嗜好に配慮した提供により、脱水状態の改善につながったと考える。

【結論】とろみ自動調理サーバーの活用は、高齢者への定期的な水分補給を支援し、脱水予防および改善に有効である可能性が示唆された。また、介助者や入所者にとって安全で効率的に実施できることから水分補給体制の構築につながった。これらは介護医療院における脱水予防および、生活機能の維持や向上につながる有効性な取り組みであった。

95-2　介護医療院②

ユニットリーダーの指導による整容改善効果―身だしなみを整えることから始まった入所者の日常の変化―

福岡県・有吉病院

○米沢（よねざわ）　百合（ゆり）（介護福祉士）、田中　圭一、藤森　和子

【目的】

介護医療院は、生活の場と医療の場を兼ね備えた施設であり、多職種連携による質の高いケアが求められる。当ユニットでは、スタッフ間のケア方針のばらつきと個別ケアの不足が課題であった。多忙な業務の中で入所者一人ひとりへの目配りが後回しになりがちであり、朝の整容が不十分なまま離床するケースも少なくなかった。ユニットリーダーとして、この現状を変えるために「整容（身だしなみを整えること）」をケアの基本に置き、チーム全体でケアの統一とスタッフ間のコミュニケーション活性化に取り組んだ。本取り組みが入所者の日常にどのような変化をもたらしたかを報告する。

【方法】

2025 年 8 月～2026 年 1 月、介護医療 1 療養棟入所者（平均 25 名）・介護職員 8 名・看護職員 2 名を対象に実施した。整容の観点から離床前の限られた時間で確認できる項目として 4 項目（目元・口元・髪・衣服）を選定し、毎朝・早番スタッフが離床前に確認することを習慣化した。毎月のフロアミーティングで達成状況を共有・評価し、取り組みの意義をスタッフ全員で確認した。定着が難しいスタッフには実施後に現場でその場を確認し、「なぜ整容が大切か」を一緒に考えながら個別に指導した。リーダーとして週 1 回のラウンドを行い、現場の状況を継続的に確認した。

【結果】

取り組み前は整容が不十分なまま離床する入所者が多く、リビングへ出る機会も少ない状況だった。取り組みを継続する中で整容が定着し、整った状態でリビングへ移動する入所者が増えた。それをきっかけに入所者同士の挨拶や会話が自然に生まれ、ユニット内でレクリエーション（平日を中心に週 3～4 回・1 回 15 分、嚥下体操・発声訓練・イントロクイズ等）を開始することができた。

入所者の声：「レクが楽しみ」「他者と顔を合わせて話すのが嬉しい」「体を動かしたい」

スタッフの声：「入所者の笑顔が嬉しい」「楽しんでもらえることを考えたい」「入所者が毎日楽しみにしてくれるのが嬉しい」

【考察・まとめ】

整容は清潔保持だけでなく「今日も人と関わる準備をする」という意味を持つケアだと感じた。身だしなみを整えることが外に出たい・人と話したいという気持ちを引き出し、入所者の生活意欲そのものにつながったと考えられる。継続することの難しさはあったが、スタッフが工夫を重ねる中でケアへの意識が高まり、職員自身のスキルアップにもつながった。ユニットリーダーとして明確な目標を示し、定期的に評価しスタッフ一人ひとりに寄り添うことで、チーム全体のケアの質が向上したことを実感した。身だしなみを整えるという小さな積み重ねが、入所者とスタッフ双方の成長につながることを改めて実感した。

95-3　介護医療院②

そのひとらしく過ごすために～離床活動の取り組み～

福岡県・水戸病院介護医療院

○井上（いのうえ）　志朗（しろう）（介護支援専門員）、田嶋　千春、東　祐平、松浦　潤、花田　阿記子、小倉　千恵、
平田　真弓、坂田　希美

【目的】

当施設が介護療養型医療施設から介護医療院へ転換して 8 年、「生活施設」としてのサービス提供を掲げてはいるが、生活支援の殆どが食事や排泄、入浴や医療処置といった関わりに留まっている。当施設の平均介護度は 4.46 であり、ケアに関わる時間は多い。生活上での必要なケアは行うことは出来ているが、一方でそのひとらしさに寄り添った個別の支援はまだ十分に行う事が出来ていない現状がある。利用者個々人に合った生活を送って頂き、御家族にも満足してもらえるにはどうすればよいか、問題点を検証し、個人の尊厳に応えられる医療院を目指しての取り組みを行った。

【方法】

現状把握のために御家族、スタッフにアンケートを行った。アンケートを基に現状把握と認識の確認を行った。離床の時間を増やしてほしいとの結果が共通して挙がり、離床が出来ていない要因分析と、離床のメリットの勉強会を実施し、離床の必要性についてスタッフで理解を深めた。離床時間が少ない対象者を 5 名選定し、離床の時間、活動内容、家族の関わり、スタッフの業務調整を考慮しながら離床計画を立案。離床機会の確保と個人に合った活動の検討を行った。3 週間の評価期間で実施し、離床時間と反応の変化を記録し、LIFE のデータも比較しながら効果の確認を行った。

【結果】

対象者 5 名の総離床時間は活動前 110 分から 475 分に増加した。対象者以外の利用者も離床の機会を持つようにして、LIFE による「離床ありの割合」も事業所全体としては R8.1 の 51.1% から R8.4 の評価で 67.5% まで上昇した。離床の時間が増えたことで、普段臥床時では見られなかった反応（発語、表情の変化、微細な動き）が見られ、家族からも好評であった。スタッフ側の変化として、忙しいと思っていた時間の中で離床の時間を持つことが出来き、離床が大変であるとの先入観も低減、他の利用者も起こしてみたいとの意見も聞かれ、スタッフの離床への関心へも繋がった。一方で本人は望んでいないのではないか、本人にとってよいことをしているのか分からないと言う意見も聞かれた。

【考察】

通常業務優先の意識が高く、離床する時間がないとの思い込みや、離床の意義についての意識も低かったが、勉強会や計画的に離床を行うことをきっかけとして、生活の中での離床へ意識を向ける出来ることや、離床の意義について理解を深める事が出来た。一方で個々の利用者に対する個別の理解が低く、離床後に何を行うかについて考えることについては戸惑う部分が多く見られた。利用者ごとの理解を深める必要があるが、今回の離床の試みで離床へ目を向けることが出来たとの点で一定の意識変化や業務の見直しは行うことが出来た。個人の理解を深める事、計画的に行わずとも自然に離床を行う事が出来ることが今後の目標となる。

【結論】

ご本人、御家族が穏やかに、安心して過ごしていただくために、今回、起きることが心身機能の賦活、自己実現の第一歩につながるとして、離床の取り組みを行った。意思確認が難しい方であっても、その方の気持ちやこれまでの人生観に寄り添い、支援を行うことが、個人を尊重し、尊厳を守るということに繋がる。そのひとらしく生きるということは、施設という環境では実現が難しい部分も多いが、限られた条件の中でも出来る限り自己実現の支援を行い、今後もくつろげる医療院を目指していきたい。

95-4　介護医療院②

介護医療院における退所支援の実践～失語症・高次脳機能障害を有する利用者の居住系施設への退所事例～

愛知県・介護医療院名南ふれあい病院

○石田（いしだ）　享央（ゆきお）（介護支援専門員）

【目的】

「介護医療院は要介護高齢者の長期療養・生活のための施設」(厚労省 HP) とあるが、2025 年度調査（日本介護医療院協会まとめ)では、自宅系高齢者施設等への退所率は 7.7% にとどまり、地域移行支援に関する実践報告も少ない。今回、失語症および高次脳機能障害を有し、身寄りのない利用者に対して、長期的な意思決定支援と生活機能への介入を行い、本人の意向を反映した本人らしい生活の継続を実現したため報告する。

【方法】＜症例紹介＞

70 歳代男性、要介護 2　ADL 自立　認知機能：大きな問題なく、年相応　既往歴：心原性脳塞栓症、失語症、高次脳機能障害（注意障害）成年後見制度が選任されている。

ADL は自立していたことから、本人の生活状況や今後の暮らし方を踏まえ、退所支援を開始した。本人は長年単身生活を送り、自ら判断して生活することを重視していたが、失語症により意思表出が困難であり、後見人との接触機会も限られていた。そのため施設側が継続的に本人の意思や価値観を把握しながら支援を進める必要があった。

施設ケアマネジャーは日常的な対話を重ねて信頼関係を構築し、生活歴や価値観の把握に努めた。また、多職種でアセスメントを実施し、ST と連携して文字や絵等の視覚的資料を用いた説明を反復しながら意思決定支援を行った。さらに、本人とともに退所先候補施設を 2 回訪問し、生活環境を確認したほか、退所後を見据えて洗濯や掃除等の日常生活動作訓練を半年以上継続した。本人らしい生活の継続を目的として、失語症者向け意思疎通支援事業（失語症者が地域生活を継続できるよう、意思疎通支援者を派遣しコミュニケーションを支援する事業）の利用調整も行った。

【結果】

継続的な関わりを通じて本人の価値観や希望を具体化し、多職種による評価と環境調整を重ねた結果、本人が納得して選択できる有料老人ホーすムへの入所が実現した。また、生活動作訓練を継続したことで生活機能を維持したまま新たな生活環境へ移行でき、意思疎通支援体制の整備により本人らしい生活の継続の基盤を構築することができた。

【考察】

本症例は、意思決定能力を評価するのではなく、本人が意思を表出できる環境を整えることを重視した。日常的な対話による信頼関係の構築と視覚的資料を活用した支援により、失語症を有する利用者であっても本人主体の意思決定を支援することができた。また、介護医療院は長期療養と生活支援を一体的に提供できる施設であり、本事例では半年以上にわたり本人のペースに合わせて生活機能への介入と、意思決定支援を継続することができた。短期間で退所調整を行うのではなく、本人の意思形成を支えながら段階的に本人らしい生活の継続を進められたことは、介護医療院の特性を活かした支援であったと考える。

【結論】

介護医療院における地域移行支援では、長期的な関わりの中で本人の意思形成を支援し、生活機能への介入と環境調整を並行して進めることが重要である。失語症・高次脳機能障害を有する利用者に対しても、介護医療院の特性を活かした包括的支援により、本人の意向を反映した本人らしい生活の継続が可能であった。

95-5　介護医療院②

介護医療院ショートステイが広げる支援の多様性～在宅生活の課題解決に向けて～

香川県・永生病院介護医療院

○大下（おおした）　拓人（たくと）（作業療法士）、宮武　歩実、林　照美

【はじめに】

当院は一般病棟 40 床・介護医療院 90 床を有しており、介護医療院で短期入所療養介護（以下、ショートステイ）を提供している。当院ショートステイでは病棟配属のリハビリ職員による個別訓練に注力している特徴がある。ショートステイ利用者の平均年齢は 90 歳代で、転倒の増加や認知症の進行など、在宅生活に個々の課題を抱えている。今回、これらの課題に対し支援を行った 2 事例をもとに、介護医療院ショートステイの役割を考察する。

【事例 1】

90 代女性、要介護 2、診断名：アルツハイマー型認知症

家族と同居し通所介護を週 4 回利用していたが、認知症の進行に伴う通所介護の利用拒否が出現した。家族は在宅介護に疲弊していたが、施設入所を選択することに負い目を感じていた。当院受診を機に介護負担軽減と通所介護の利用再開を目的に、月 12 日間のショートステイの利用を開始した。期間中は抗認知症薬の投薬調整後の経過観察、集団生活による生活リズムの改善、リハビリでの移乗・排泄動作訓練を進めた。その結果、生活リズムが整うとともに離床意欲が向上し、通所介護を再び利用できるようになった。通所介護とショートステイを利用することで家族の介護負担は軽減し、在宅生活を継続することができた。その後、認知症の更なる進行があり家族介護も限界を迎えていた為、ショートステイ・居宅スタッフを交え多職種でカンファレンスを行った。その結論として、多職種の目から見て施設入所を選択することが現実的であり、互いの生活のためにも良い選択であることを家族に助言した。家族内でも話し合いが行われ、最終的に納得して施設入所を選択することができた。

【事例 2】

90 代女性、要介護 2、診断名：腰部脊柱管狭窄症、アルツハイマー型認知症

家族と同居し通所介護を週 3 回利用していたが、自宅での転倒を繰り返し左恥骨骨折にて当院へ入院し保存加療を行なった。翌月に自宅退院となるが、半月足らずの間に 3 回の転倒があり、家族の介護負担は増大していた。介護負担の軽減と転倒予防を目的に月 10 日間のショートステイの利用を開始した。ショートステイ開始前に居宅ケアマネージャーや通所介護職員、家族から生活状況について情報収集を行い、介入方法を検討した。リハビリでは自宅環境を模した歩行訓練や、そろばん・読経などの本人の嗜好を取り入れた認知課題、注意分配機能を高める二重課題を重点的に実施した。病棟では見守りカメラやセンサーマットを用いた環境調整とリスク管理を行った。その結果、ショートステイ利用開始 3 ヶ月後には HDS-R 19 点から 25 点へと認知機能の改善を認めた。転倒頻度も減少し家族の負担軽減が図れたことで、現在も在宅生活とショートステイの利用を継続することができている。

【考察】

一般的なショートステイの目的は、施設に短期間入所し日常生活上の世話を受けることで、介護者の負担軽減を図ることである。そこに介護医療院の特性である「多職種連携・情報共有」「病棟リハビリ職員による充実した個別訓練」を加えることで、在宅超高齢者の抱える個々の課題に対して多様な支援を提供できる。事例 1 では認知症状のコントロールによる在宅期間の延長と、次の生活の場への移行を支援し、事例 2 では転倒予防のための専門的なリハビリを提供することで在宅生活を継続することができた。今後も介護医療院の特性を活かし、多職種協働でショートステイにおける支援の幅を広げていきたい。

95-6　介護医療院②

参加者主体の集団音楽活動が高齢者の自己効力感に与える影響～「Happiness ♯＆♭」の取り組みを通して～

千葉県・総泉病院

○田野（たの）　良実（よしみ）（理学療法士）、山﨑　敦

【背景・目的】

介護医療院では、長期療養を必要とする高齢者が生活しており、身体機能の維持だけでなく、その人らしい生活や活動を支えることが求められる。しかし、長期療養生活では日常が単調になりやすく、社会的孤立や役割の喪失から活動意欲や自己有用感の低下を来すことが少なくない。

自己効力感は主体的な行動や心理的適応に関連するとされており、社会参加や役割を持つことはその向上に重要な要素である。そこで当施設では、入所者が主体的に参加し役割を担う集団音楽活動を企画し、本活動が高齢者の自己効力感に与える影響について検討した。

【活動内容・方法】

対象は介護医療院入所者 7 名（平均年齢 85.0 ± 9.2 歳）とし、実施期間は 2025 年 5 月から 12 月とした。活動開始時に一般性セルフ・エフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale：以下 GSES）を評価した。

参加者自身で活動グループ名を決定し、月 1～2 回の練習を実施した。合唱、トーンチャイム演奏およびピアノ伴奏など、それぞれが役割を担いながら活動を継続した。月 1 回の療養棟イベントを発表の場とし、誕生日を迎えた入所者へ歌を贈る機会を設けた。また、活動後には動画を用いて振り返りを実施した。

GSES は活動開始時、各イベント後、最終活動後に継続して評価した。開始時と最終活動後の GSES 得点を Wilcoxon 符号付順位検定を用いて比較した。

【結果】

GSES 得点は開始時 6.4 ± 2.6 点から最終活動後 8.9 ± 2.4 点へ上昇した。Wilcoxon 符号付順位検定の結果、有意な向上を認めた（p=0.047）。また、活動期間中 GSES は変動を認めながらも全体として上昇傾向を示した。

【考察】

参加者主体の集団音楽活動を継続した結果、自己効力感の向上を認めた。活動では参加者が役割を担い、他者との交流や発表の機会を通じて達成感を得られるよう工夫した。また、活動の振り返りを行うことで、自身の活動や周囲の反応を共有する機会となった。

これらの経験は、反復練習による成功体験の積み重ねや仲間意識の形成につながったと考えられる。また、誕生日を迎えた入所者へ歌を贈るなど、他者に働きかける機会を設けたことは自己有用感の形成につながった可能性があり、それが自己効力感向上に寄与した可能性が考えられる。介護医療院において、入所者が主体的に参加し役割を担う機会を設けることは、その人らしい生活や活動を支援する一助となる可能性が示唆された。

【展望】

今後は対象者数を増やし、活動内容と心理的変化との関連についてさらに検討していきたい。

96-1　介護医療院③

その人らしさに着目した看護介入による行動変容と ADL 改善

岡山県・柴田病院　介護医療院

○向崎（こうざき）　弥生（やよい）（看護師）

I 目的

慢性期において長期臥床後の ADL 低下は寝たきり状態へ移行する大きな要因となる。しかし身体機能訓練のみでは意欲向上につながらず、離床が進まない症例も少なくない。本研究は、離床拒否を示した長期臥床高齢者に対し、本人の価値観に寄り添った看護介入を行い、行動変容および ADL 改善に至る過程を検討した。

II 方法

対象は新型コロナウイルス感染前、シルバーカー歩行が可能で、食事・移乗・排泄動作はほぼ自立していたが、感染による長期臥床で ADL が著明に低下した高齢者 1 名である。介入開始時は Barthel Index　0 点で、全介助状態であり「したくありません」「人に手伝ってもらってまで歩きたいとは思わない」など拒否的発言を認めた。日常会話の中から花への興味や関心が確認でき、本人の価値観を大切に園芸活動を導入した。苗の育成や水やりなど役割を持てる環境を整え、自然な離床行動の促進に努めた。4 月から 8 月まで ADL 評価として Barthel Index および FIM 簡易版を毎月実施し、発言内容および行動変化を記録した。

III 結果

介入前は自己否定的発言が多く、自発的行動は認められなかった。園芸活動導入後、自ら身体を動かす場面や、「できるよ！」と意欲的な言葉も増え会話を楽しもうとされる姿が見られた。また、苗の管理方法を私達に説明するなど主体的行動も認められた。6 月の家族による外出支援後には社会交流への喜びの表出がみられ、「頑張って歩かないと」と自発的な目標設定が認められた。その後、車椅子座位での食事摂取、介助浴への移行、排泄動作の改善など ADL 全般に段階的改善を認め、歩行訓練が可能となった。

IV 考察

本症例では身体機能訓練のみでは行動変化が得られなかったが、本人の価値観に基づく活動を導入したことで役割意識が生まれ、自己効力感の向上につながった可能性がある。また、小さな成功体験を積み重ね、スタッフが共に喜びを共有する関りが内発的動機づけを促進し、自発的離床行動につながったと考える。慢性期看護においては、生活史や価値観を基盤とした個人の目標設定がとても大切であり活動を通じて、「やってみたい」と思える支援につなげることが重要である。

V 結論

離床拒否を示した長期臥床高齢者に対し、本人の価値観に基づく看護介入を行うことで役割獲得と意欲向上が促され、行動変容および ADL 改善につながった。慢性期看護において、その人らしさに着目した関りは寝たきり予防に寄与する可能性がある。

96-2　介護医療院③

離床活動、外出支援を通じて孫の結婚式へ～2025年度の活動報告～

滋賀県・草津介護医療院

○山藤（やまふじ）　剛史（つよし）（作業療法士）、嶋崎　久哉、目片　裕規、那須　貴之

【はじめに】

草津介護医療院では2024年度からリハビリテーション（以下リハ）スタッフの増員、施設内での感染対策緩和などがあり、リハスタッフ、フロアスタッフと共同で離床を進めていく活動（離床活動）を行ってきた。加えて、利用者の外出支援も行っており比較的要介護度の高い当施設でもご家族との外出が行われている。今回、それらの活動の中で孫の結婚式へ参加できた利用者がおられたため、2025年度の活動と合わせて報告する。

【活動報告】

2025年4月～2026年3月に草津介護医療院入所中の利用者計172名に対して、9時台、14時台に離床活動を実施した。それぞれの目的や目標に応じて適切な離床形態をとり、2025年度は延べ2491名が離床活動に参加した。また外出支援については安全な車椅子の選定・評価、自宅環境の情報収集や除圧方法の指導などを行った。

2025年度は19件の院外外出（院内散歩は除く）があった。離床参加者は前年度比126%増、外出件数は前年度比105%増と増加している。

【利用者紹介】

80代女性、要介護4、長谷川式簡易認知機能検査=12点。2022年に不明熱にて入院、ANCA関連性血管炎と診断。その後、約2年の入院療養を経て2024年X月に草津介護医療院入所される。入所より、食事以外は全介助を要する状態ではあるがコミュニケーション可能で、各動作協力は得られる。介助下にてティルト車いすに移乗でき、調子が良い時は標準型車椅子に乗車し食事を自己摂取されていた。2025年Y月に孫の結婚式を控えていたが、2025年Y-3月、急性胆管炎発症し急性期病棟へ転院。急性期でも腎盂腎炎などの熱発があり、約1ヶ月後に退院、再入所された。入所後の評価では血圧低下や活気低下、食欲低下に伴う体重減少などがあった。約2ヶ月評価・介入を行い、担当作業療法士、介護福祉士同行の下、孫の結婚式にサプライズで参加ができた。

【まとめ・考察】

離床活動は2024年度から開始した活動であり、上記報告のように参加人数は増加している。ただ車椅子に座ってもらうのではなく、それぞれの生活の中での目標や目的に応じた離床方法、また『リハが行う離床』として区別化を図り、利用者だけでなくご家族のQOL向上が図れるよう取り組んでいる。一方で、活動中のインシデント発生を期に、フロアスタッフとの情報共有、欲しい情報の共有を行い、より安全な取り組みとして実施できるようマニュアルの更新を行った。

外出支援に関して、5年ぶりに自宅に帰れたケースや今回のケースなどもあり徐々に活動として認知されてきているように感じており、より多くの利用者様が外出検討をされることが増えている。離床活動で安全に座れるという認識が増えたことで、結果として外出機会につながっているのではないかと考えている。

今回、ご家族から提案があり『孫へのサプライズ、結婚式への参加』を目指して、リハスタッフだけでなく、看護師、ケアスタッフと目標共有ができ、実現に至った。このイベントを期にある種諦めているかもしれないご本人、ご家族の『本当の希望』をどう聞き出していくかを考えるようになり、入所前アンケートの内容を変更するなど、ご本人ご家族のQOLをより高めていけるよう関わっている。2026年度からは初めて外出される方への不安解消に向けた外出の付添や離床活動中の安全な飲食に向けた取り組みを行っており、よりよい活動を提供できるよう日々取り組んでいる。

96-3　介護医療院③

日常生活自立度Cの入所者にファーラー位を導入した際にもたらされる効果

1広島県・介護医療院ひいろ、2ナカムラ病院

○山上（やまがみ）　康太（こうた）（介護福祉士）[1]、片山　ゆかり[2]、重光　清美[1]、中川　早弓[1]

【はじめに】

当施設では入所者の8割が日常生活自立度Cに該当する。また、病院からの入所者が多く、介護者は「ギャッジアップはしんどいのではないか」「褥瘡ができるのではないか」などの思いからファーラー位など座位に近い姿勢を継続的に行うことを躊躇し、仰臥位や側臥位で過ごすことが多い現状がある。過度な安静姿勢で過ごすことは、入所者が持っている機能を低下させることにつながるのではないかと考える。呼吸機能の維持や改善のためにはギャッジアップが有効であると言われており、日常生活自立度Cの入所者にファーラー位を導入した際の身体的変化を把握し、その臨床的有効性を検証し、今後のケアへの示唆を得たいと考えた。

【目的】

日常生活自立度Cの入所者にファーラー位を導入した際の身体的変化を把握し、その臨床的有効性について検証する。

【方法】

対象者は病態が安定しており、著明な骨突出や円背が認められない、仰臥位保持が可能な日常生活自立度Cの入所者5名とした。昼食後、または経管栄養終了後にファーラー位を実施し、10分から開始、状態に応じて20分、30分へ時間を延長した。開始時と終了時にSPO_2、血圧、呼吸状態、姿勢のずれ、発赤や褥瘡の有無、覚醒状態、表情、発語、視線、仕草を観察し、測定値やスケールを用い分析した。

【結果・考察】

対象者5名のうち1名は、介入期間前に発熱前を認め点滴加療を要したため、正確な評価が困難となり中止した。残る4名の分析の結果、34個のサブカテゴリー、9個のカテゴリーが抽出された。SPO_2、血圧、呼吸状態に異常は認めなかった。姿勢のずれに関しては軽度であり、体位変換枕の使用により予防が可能であった。また、発赤や褥瘡の発生は認めなかった。ファーラー位では上肢が自然に下垂することで胸郭全面への圧迫が軽減し、胸郭可動性の向上による呼吸のしやすさが示唆された。さらに覚醒状態の向上、笑顔や発語の増加、姿勢の変化、自発的行動や他者への関心の高まりが認められた。これらのことから、ファーラー位は呼吸機能の維持だけではなく、周囲への関心や対人交流を促進し、生活の質の向上につながる可能性が示唆された。一方で、ファーラー位は仙骨部などの圧集中による褥瘡のリスクが懸念されるが、エアマットやマルチグローブ、体位変換枕などの体圧分散用具を併用することでリスクを軽減することができ、これらを用いて予防に努めることが重要であると考える。本研究を通して、入所者の残存機能や反応を引き出すケアの重要性を再認識し介助者の意識向上が確認できた。

96-4　介護医療院③

介護医療院における外出時の食支援～意識調査に基づく支援ツールの作成～

愛知県・介護医療院　名南ふれあい病院

○田宮（たみや）　浩司（こうじ）（言語聴覚士）

【目的】

医療と生活の機能を併せ持つ介護医療院として、当施設は2018年8月に開設した(60床、平均要介護度4.36)。日々の生活支援において、嚥下障害を有する入所者屋家族から「外出時に好きなものを食べさせたい」という要望がしばしば寄せられていた。一方で、現場では急変時対応への不安などから外出時の飲食(以下、外食とする)を躊躇する場面がみられていた。これまでも言語聴覚士(以下、ST)が個別に対応し外食を支援した事例はあったが、外食の可否や食事形態の判断が特定の専門職に依存しやすく、チーム全体でリスクを共有する仕組みは十分に整備されていなかった。その結果、外食を断念するケースもみられた。本取り組みでは、職員の意識調査を通して外食支援に対する心理的障壁を明らかにし、多職種および家族間でリスクを共有できる支援体制を構築することを目的とした。

【方法】

現場スタッフ39名(介護士、看護師、リハビリ職、介護支援専門員、管理栄養士等)を対象に、2週間にわたり意識調査を実施した。方法は紙面およびWebフォームを用いたアンケート方式とした。調査項目は、①安全とQOLの優先度、②家族から相談を受けた際の心理的負担感、③外食を許可する上での障壁、④どういう仕組みがあれば不安軽減につながるか、⑤自由記述の内容について回答を求めた。

【結果】

回答数31/39名(回収率79.5%)。回答者の64.5%が「安全よりQOLを優先したい」と回答した一方で、ルールが整備されていない現状では過半数が家族からの相談に心理的負担を感じていた。外食支援の障壁としては、「急変時対応への不安」(22票)、「家族のリスク理解不足への懸念」(22票)が最も多く、次いで「事故発生時の法的責任やクレームへの不安」(20票)が挙げられた。自由記述では、「判断の責任が特定職種に偏っている」「家族がリスクを十分理解しているか確認する方法がない」といった意見がみられた。また、「同意書があれば不安軽減につながるか」との設問には96.7%が肯定的に回答した。これらの調査結果を共有し、現場が求める心理的安全性と、家族へ責任を押し付けないよう配慮する管理部の視点を擦り合わせながら、①家族向け注意事項ガイド、②免責ではなくリスク共有を目的とした確認書、③スタッフ用送り出しチェックリストの3種類の支援ツールを作成した。

【考察】

意識調査から、外食支援を妨げる要因は「安全第一」という考え方そのものではなく、責任の所在が不明確であることや、組織としての支援体制が十分に整備されていないことへの不安であることが示唆された。今回作成した支援ツールは、施設が一方的に責任を回避することを目的とするものではなく、家族との十分な情報共有と合意形成を支援することを目的としている。これにより、多職種と家族がリスクを共有しながら外食支援を検討する体制づくりに寄与する可能性がある。また、介護医療院に求められる医療安全と生活支援の両立を図るうえで、有用な取り組みとなることが期待される。

【結論】

「食べるQOLを優先したいが踏み切れない」という現場の葛藤に対し、本取り組みは意識調査によってその不安を可視化し、解決策としての支援ツールを整備した。多職種と家族がリスクを共有できるこの仕組みづくりは、外食支援における合意形成を促し、入所者の「食べる喜び」と職員の安心の両立につながる可能性が示唆された。

96-5　介護医療院③

介護医療院における心不全療養指導士の功績

徳島県・碩心館病院

おおすみ　まさひろ
○大住　真敬（医師）

【目的】我が国における問題点は，高齢化社会や疾病構造の変化に伴い大きく変遷し多様化してきていることである．平均寿命の延伸に伴い，高齢者が中心となり，我が国の心不全患者は欧米と同様に増加傾向にある．心不全はあらゆる循環器疾患の終末像であり，医学の進歩によりカテーテル治療や外科手術・薬物治療の発展はしているが，いまだに心不全の増悪と寛解を繰り返している．心不全は複雑な疾病管理を要するが，高齢になると身体・認知機能低下を併せ持つために，生活環境を調整する必要がある．2018 年 4 月より介護医療院が創設され，今まで以上に施設内での医療行為やリハビリテーションを行えるようになっている．今回，介護医療院において複数回心不全入退院を繰り返していた症例に対して，心不全療養指導士を有する心不全チームにて介入した効果について報告する．【方法】令和 6 年 1 月 1 日から令和 7 年 12 月 31 日まで介護医療院に入所し評価を行うことが可能であった 7 名を対象とした．平均年齢は 88.3±7.4(歳)，男性 2 名，女性 5 名．NYHA 3 が 6 名，NYHA 4 が 1 名．身体機能評価としては，SPPB・握力・6 分間歩行を用いた．心不全療養指導士としては，当院では看護師・理学療法士・薬剤師・栄養士が在籍しており，各自カンファレンスを行い，栄養指導・服薬指導・リハビリテーション等を実施した．【結果】指導開始前後のそれぞれの結果（前/後で掲示）は，SPPB（4.1±2.5/4.0±2.4，p=0.91）・握力利き腕（12.5±2.4/12.4±2.4 kg，p=0.95）・握力非利き腕（11.3±2.7/11.0±2.9kg，p=0.84）・6 分間歩行（170.0±42.4/205.0±49.5m，p=0.52）であった．血液検査における BNP の推移は（532.4±664.3/377.4±450.4，p=0.62）と低下傾向にあった．【考察】急性増悪を繰り返す心不全患者の疾病管理は複雑であり，包括的ケアを要する．適切な心不全管理を継続するためには，多職種が系統的に専門性を維持しながら関わり合う必要がある．心不全療養指導士は，2021 年に日本循環器学会が認定制度を発足し約 1 万人が認定されている．心不全チームを構築する上で心不全療養指導士の育成は必須であると言える．【結論】心不全再発を予防し質の高いケアを提供する体制作りが日露落とされている．今回，複数回心不全入退院を繰り返す高齢者症例に対して，心不全再発症例は 1 例のみで，介護医療院における心不全療養指導士の功績が心不全予防に寄与することが示唆された．

96-6　介護医療院③

介護医療院における認知症短期集中リハビリは生活機能向上に寄与するのか

1 北海道・札幌西円山病院介護医療院、2 札幌西円山病院

○石川（いしかわ）　朝子（ともこ）（作業療法士）[1,2]、亀田　さゆみ[1,2]、千葉　郁未[1,2]

【はじめに】札幌西円山病院介護医療院は平均要介護度 4.4 と身体・認知機能ともに障害が重度であり，ADL に支援が必要な入所者が多く，約 75% が認知症を罹患している。当施設では入所後 3 か月間に認知症短期集中リハビリ（以下，認知症リハ）を提供し，精神機能および生活機能の向上を目指しているが，介護医療院における認知症リハの効果検証例は殆どない実情である。本研究では認知症リハの介入前後の精神機能・ADL・IADL の比較をした調査結果を報告する。

【対象】2023 年 11 月～2026 年 2 月の期間に当施設に入所し，短期集中リハビリを実施した 29 名（男性 5 名，女性 24 名，平均年齢 86.6 ± 9.3 歳）。HDS-R 測定が困難な入所者および開始時もしくは終了時に測定できなかった事例は除外した。

【方法】①対象の認知症短期集中リハビリ開始時と終了時の HDS-R，Barthel Index（以下，BI），Frenchay Activities Index（以下，FAI）の合計得点の継時変化を調査（Wilcoxon 符号順位検定）。②対象を HDS-R 改善群と非改善群に分け、背景因子（年齢・要介護度・開始時の各スコア）を群間で比較した（Mann-Whitney 検定）。③HDS-R および FAI の小項目の継時的変化を調査（Wilcoxon 符号順位検定）。④HDS-R の改善の有無に影響を与える因子について Logistic 回帰分析を用いて検討した（説明変数：年齢・要介護度・開始時の各スコア）。有意水準は 5% 未満とした。

【結果】①対象全体では HDS-R，FAI の合計得点が改善した（$p<.05$）。BI 得点には有意な変化はみられなかった。②全ての項目で 2 群間に差はなかった。③改善群では HDS - R の視覚記銘・語想起，FAI の趣味・読書で改善した（$p<.05$）。また，非改善群では逆唱、FAI の趣味で改善した（$p<.05$）。④HDS-R 改善の有無に影響を与える因子は抽出されなかった。

【考察】本結果より，集中的なリハビリ介入が認知症高齢者の認知機能改善に寄与する可能性が示唆された。特に手続き記憶を賦活する趣味活動や，習慣化された読書等の活動は施設生活に導入しやすく，入所者の潜在的な残存能力を引き出しやすい。またリハビリと並行して導入を促している集団的な趣味活動による社会的交流が，視覚認知や語想起の改善に正の因子として働いたと推察する。BI は ADL の微細な変化を捉えることが困難であり，症例数も少ないため有意な改善には至らなかったが，臨床の場では生活能力の向上が実感されている。今後は、認知機能改善を実際の生活機能向上へ結びつけるべく，個々の特性に基づいた環境調整とリハビリテーション提供による介入プロトコルの精緻化を目指したい。

【倫理的配慮】本研究に関して開示すべき COI 関係にある企業はない。院内研究倫理規定に則り，必要な同意を得ている。

97-1　介護①

劣化したスライディングシートの使用が介助負担に与える影響　静止摩擦係数と介助者アンケートによる検証

福岡県・シーサイド病院

○橋本（はしもと）　武顕（たけあき）（理学療法士）、木藪　琢塁、鬼木　悠一郎、山部　雅仁、高野　政樹、牧園　英泰、山野　明子

【目的】

スライディングシートは、移乗・移動介助時の身体的負担軽減に有用な福祉用具であり、慢性期医療の現場では日常的に使用されている。しかし実際には、滑走性が低下したシートが長期間使用され続けている場面も少なくない。滑り性能が低下したシートは、本来の目的である介助負担軽減効果を十分に発揮できず、かえって介助者負担を増大させている可能性がある。そこで本研究では、経年劣化により摩擦特性が異なる新旧3種のシートを用い、介助時の身体的負担への影響を検証し、用具更新の必要性について検討した。

【方法】

対象は当院の医療・介護スタッフ43名とした。評価対象として、使用状況の異なる3種類のシートを準備した（A：新品、B：数年使用、C：著しく劣化）。各シートの静止摩擦係数の算出には傾斜法を用いた。角度可変式ボード上に各シートを貼付し、平滑な物体（重量201gのスマートフォン）を静置後、徐々に傾斜させた。物体が滑り出した角度（θ）をスマートフォンのデジタル傾斜計（レベル機能）にて計測し、10回の試行の平均値から摩擦係数（$\tan\theta$）を算出した（A：0.13、B：0.20、C：0.30）。

次に、ベッド上に設置した各シートに24kgの土嚢を静置し、土嚢を移動させる模擬介助を実施した。土嚢の重量は、厚生労働省による70歳以上男性の平均体重60.1kgにおいて、臥位時の腰部重量が全体体重の約40%を占めるという知見に基づき算出した。対象者は当院スタッフ43名。対象者は各シート使用後、2つの設問（Q1：移動操作の際、力任せに力を入れる必要性があったと感じたか、Q2：このシートで1日業務を行った場合、身体的負担を感じると思うか）について、5段階評価（1：とても強く感じる ～5：まったく感じない）で回答を求めた。統計解析にはフリードマン検定を用い、負担が強い回答を上位とする順位付け（1～3位）を行い、有意差検定後に多重比較法（臨界差の算出）を実施した。

【結果】

フリードマン検定の結果、Q1（$Q=77.5$、$p=1.51\times10^{-17}$）、Q2（$Q=72.6$、$p=1.71\times10^{-16}$）ともに3群間で極めて高い有意差が認められた。さらに多重比較を実施したところ、Q1の平均順位はA：2.92、B：2.06、C：1.02であり、ペア間の順位差（A-C：1.90、B-C：1.04、A-B：0.86）はいずれも臨界差（0.505）を上回り有意差があった。Q2の平均順位もA：2.93、B：1.98、C：1.09であり、ペア間の順位差（A-C：1.84、B-C：0.89、A-B：0.95）はすべて臨界差（0.505）を上回り有意差が認められた。これにより、両設問ともに「著しく劣化（C）」が最も身体的負担が強く、次いで「数年使用（B）」、「新品（A）」の順に負担が有意に軽減することが統計的に証明された。

【考察】

本研究より、スライディングシートは経年劣化に伴い滑走性が低下し、介助者の身体的負担を増大させることが示された。特に、外観上は使用可能に見える数年使用シートにおいても負担増加が認められた点は重要である。医療、介護の現場では、コスト面からシートを長期間使用する傾向が見受けられるが、劣化したシートの継続使用は介護負担増大やケアの効率低下に直結する可能性が示唆された。

【結論】

劣化したスライディングシートの使用は、介助者の身体的負担を有意に増加させることが示された。明確な破れや破損がない用具であっても、潜在的な滑走性低下が現場の負担に繋がっているリスクを認識せねばならない。本研究では具体的な交換時期や摩擦係数の基準設定には至っていないが、介助負担軽減という福祉用具本来の機能を維持するためには、使用状況や滑走性低下を踏まえた管理体制の検討が必要であると考える。

97-2　介護①

臥床患者の拘縮・褥瘡予防としたポジショニングについての検討

福岡県・北九州古賀病院

○畑生（はたぶ）　順子（じゅんこ）（介護福祉士)、野田　大輝、末廣　由佳梨、勇　寿美、シュバリエ　貴子

目的

拘縮・褥瘡予防としたポジショニングとは, クッションやタオル等を使い, 関節や筋肉のこわばりを和らげ身体を安定させる体位調整を行い, 体圧を分散させ, 褥瘡や関節変形を防ぐ効果があるとされている. 当病棟では臥床患者に対して個々の経験によるポジショニングを行っている状態であり, 拘縮の進行や骨折, 褥瘡発生の予防に有効なポジショニングであるか疑問である. そこでスタッフが日頃行っているポジショニングと, 修正したポジショニングを体圧分散マットレスにて比較し, 有効なポジショニングについて検討した. その後, アンケートによる意識変化を調査したため報告する.

研究方法

期間：令和 7 年 6 月～令和 8 年 1 月

対象：中央 4 病棟看護師 16 名介護士 7 名計 23 名

体圧測定の手順方法

①日頃行っている仰臥位・右側臥位のポジショニングにおける体圧を測定する.

②アセスメントによる修正したポジショニングにおける体圧を測定する.

体圧測定器はプレッシャースキャニングエイドセロ（販売元：株式会社ケープ）を使用し①と②の測定値を比較する.

また、ポジショニングを行うための基準とするアセスメント項目を作成した.

①頭部側から足側へと順番に動かす

②体軸を整える

③点ではなく面で身体を支える

④背抜きを行う

⑤拘縮には重力を利用する

⑥自分で動こうとする動作を妨げない.

体圧分散マットレスは, エバーフィット C3 マットレス, エバープラウドマットレス, エアマットレスのここちあ利楽（販売元：パラマウントベッド株式会社）を使用.

体験後にアンケート調査実施. 設問 3 項目回答 5 選択式とした.

結果・考察

仰臥位では仙骨部, 右側臥位では腸骨部の体圧を測定した結果, すべてのマットレスにおいて, 褥瘡発生基準の 40 mmHg を超えたのは 23 名のうち 10 名であった. 修正したポジショニングでは, すべてのスタッフの体圧が褥瘡発生基準値より低下し, 修正したポジショニングは褥瘡予防につながると考えられた.

調査結果では,「今回の体験が有意義であったか」「今後患者さんへ活かすことができるか」に対し, 全員が「思う」「やや思う」と回答した.「日頃行っていた右側臥位のポジショニングでは不快で動けない」という意見があり, 姿勢反射を阻害し拘縮の原因となっていることが考えられた. この体験を活かしていきたいとの意見が多く聞かれた.

結論

調査結果から臥床患者の拘縮, 褥瘡予防におけるポジショニングを体験し見直しができたことが意識向上につながったと考えられた.

97-3　介護①

アロマディフューザーによる環境改善

埼玉県・介護老人保健施設　瑞穂の里

○町井（まちい）　保乃葉（ほのは）（介護福祉士）、浜田　麻礼

【目的】介護老人保健施設の認知症専門棟では排泄トラブルもあり、「におい」が課題となることある。当施設の認知症専門棟においても、職員から「においをどうにかしてほしい」という意見が挙がっていた。そこで本研究では、アロマディフューザーの試行導入を通じて、アンケート調査を行うことで、「におい」が改善されたかの検証をすることを目的とした。

【方法】まず、現状把握のため、認知症専門棟フロア職員、他部署職員、および利用者家族を対象に、フロアのにおいに関する意識調査を実施した（調査①）。その後、最大 60 畳の広さに対応できる消臭・抗菌効果のある専用オイルを使用するアロマディフューザー「アロミック・ビズ®」（アロミックスタイル社）を、においの根源と思われるトイレ付近に 1 週間設置した。香りは「そよ風の爽香」を使用した。導入後、再度アンケート（調査②）を行い、導入前との比較からその効果を分析した。

【結果】導入前の調査①では、認知症専門棟フロア職員の 86%、家族・他部署職員の 100% が「においが気になる」と回答した。特に家族からは、「マスクを外せない程くさいわけではないが独特なにおいがする」「服や車椅子ににおいがつく」「エレベーターを降りた瞬間ににおう」といった、現場の想像以上に深刻な不満が寄せられた。導入後の調査②では、認知症専門棟フロア職員の 75% が「改善された」と回答し、「不快感が癒やされた」「ステーションまでほのかに香って良い」といった肯定的な意見が多数を占めた。改善を感じないとした職員（12%）からは、フロアの広さに対して性能が追いついていないとの指摘があった。一方、他部署職員と家族は 100% が「改善された」と回答し、「全く気にならない」「今日はいい香りですね」と極めて高い評価が得られた。

【考察】アロマディフューザー設置により認知症専門棟フロア職員、家族他部署職員からにおいが改善されたという高い評価を得た。一方で、現場職員の一部からは改善の実感が薄いという結果もあった。これは日常的にその場にいることでにおいに慣れてしまう「嗅覚疲労」の可能性も考えられた。家族が抱いていた強い不快感をアロマによって払拭できたことは、施設のホスピタリティ向上において大きな成果である。また、導入中に不穏な利用者が落ち着く場面も見られたことから、認知症ケアにおける環境調整としての有効性も示唆された。香りの感じ方には個人差があるため、今後は設置場所や噴霧強度の微調整が課題となる。更には日中の活動支援や夜間の安眠など、時間帯に応じた香りの使い分けを検討していくことも必要である。

【結論】認知症専門棟フロアでのアロマディフューザーの設置は、不快臭の軽減に有効であることが示唆された。

97-4　介護①

職員の身体的軽減に向けた取り組み～介助方法の見直しと福祉用具の活用による腰痛軽減を目指して～

三重県・長島中央病院

○吉田（よしだ）　雄基（ゆうき）（介護職）、巴山　弘江

1. 目的

当病棟は長期療養型であり、全個室 66 床を有している。日々の患者のケアをするうえで車イス・リクライニング移乗・体位変換・食事介助・排泄・入浴介助はケアが必須である。介助時の無理な動作の姿勢（前屈位・中腰）により腰痛を自覚する職員が多い現状がある。そこで、介助方法の見直し及び福祉用具の活用により「身体的負担の腰痛軽減」を図ること。

2. 方法

対象

看護師 24 名（助手含む）介護士 25 名

期間

令和 7 年 5 月 28 日～令和 7 年 8 月 31 日

研究開始時に職員へアンケートを実施し、腰痛の有無・介護技術・知識不足・環境要因など現状を把握した。一般的に推奨される腰痛予防の考え方に基づく 6 項目の対策を設定し、実施した。

実施課程では移乗方法に関する調査を含め段階的に計 3 回アンケートを実施し、最終的に腰痛の有無の変化を評価した。

3. 結果

初回アンケートでは、49 名中 30 名（61%）が腰痛を自覚していた。

6 項目の対策実施後、腰痛を自覚していた 30 名中 23 名（76%）に軽減がみられた。また、腰痛予防に対する意識向上がみられ、身体的軽減が感じられたとの回答が多かった。さらに福祉用具を用いた移乗方法については導入初期には習熟を要したが、少ない力で安全に実施できると回答が得られた。

4. 考察

本研究の結果から、福祉用具の活用と正しい介助方法の定着により、職員の身体的負担軽減に寄与した可能性がある。また、介助方法の統一が図られたことが負担軽減に影響した。これらの取り組みは、安全で無理のない介助に繋がり職員の負担軽減に加え、患者に対する安定した介助が提供できケアの質向上に寄与した。

5. 結論

本研究の結果、段階に実施した介入は腰痛軽減に寄与する可能性が示唆された。また、職員の腰痛予防に対する意識向上にもつながった。新たな取り組みの定着には一定の期間を要することから、介助姿勢や動作の統一、ボディメカニクスの活用および福祉用具の適切な使用を継続していく必要性が示唆された。

97-5　介護①

介護福祉士が病院を選び、働き続けるために必要な要因―「採用の質向上プロジェクトチーム」の活動評価―

福岡県・小倉第一病院

○安田（やすだ）　真子（まこ）（介護福祉士）、西河　真由美、桑原　由紀恵、立石　隆、中村　秀敏

【背景】

近年、介護人材の確保が課題となる中、病院においても介護福祉士の採用は重要な課題である。当院では人材確保を目的に「採用の質向上プロジェクトチーム」を発足し、学生を対象とした病院見学会を継続的に実施してきた。また、近隣の介護福祉士養成校の授業の一環として病院見学会を受け入れ、同校から複数名の入職につながるなど一定の成果がみられた。一方で、介護福祉士の就職先として病院が十分に認知されているとは言い難く、病院における介護福祉士の役割や業務内容を具体的に伝える機会が必要であると考えた。

【目的】

当院に勤務する介護福祉士の病院就職および継続勤務の要因を把握し、病院勤務の魅力や学生・求職者へ伝えるべき内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】

当院に勤務する介護福祉士を対象に、入職前の状況、見学会への参加状況、就職先選択理由、継続勤務要因、病院勤務の魅力、改善を要する点等についてアンケート調査を実施した。回答は任意とし、集計結果は個人が特定されない形で分析した。

【結果】

18名から回答を得た。入職前に介護職の勤務経験がなかった者は13名であり、回答者の72.2%を占めた。入職前に当院の見学会へ参加した者は7名で、参加理由は「実際の職場や病棟の雰囲気を見たかった」が5名、「病院で働く介護福祉士の仕事内容を知りたかった」「病院と介護施設の仕事の違いを知りたかった」が各4名であった。就職前にもっと知りたかった情報は「職場の雰囲気」が9名と最多で、次いで「具体的な業務内容」が6名、「医療知識がどの程度必要か」「休日や休みの取りやすさ」が各5名であった。当院を就職先として選んだ理由は「勤務時間や休日などの条件が合っていた」が9名と最も多く、継続勤務理由でも「勤務時間や休日が合っている」が11名と最多であった。職場評価では「当院で働いてよかった」が平均3.94点、「患者さんの生活を支えている実感」が3.72点と高い一方、「介護福祉士としての専門性を活かせている」は3.33点、「看護師との役割分担が分かりやすい」は3.28点にとどまった。入職後に戸惑った点は「医療用語や病気の理解」が9名、「どこまで自分が判断してよいか分からない」が7名であった。

【考察】

本調査では、当院が介護職未経験者のキャリア開始の場として機能している可能性が示された。また、就職理由および継続勤務理由のいずれにおいても勤務時間や休日などの条件が上位であり、病院勤務における働きやすさは採用・定着の重要な要因であると考えられる。一方、病院勤務には医療知識への不安や判断範囲の分かりにくさが伴っており、入職後の教育体制や看護師との役割分担の明確化が課題である。さらに、見学会参加者の多くが職場や病棟の雰囲気、仕事内容、施設との違いを知ることを目的としており、就職前に知りたかった情報でも職場の雰囲気が最多であった。この結果から、今年度より実施するインターンシップは、学生や求職者が病院勤務を具体的に理解する機会となり、入職前後の認識のずれを減らす可能性がある。

【結論】

病院における介護福祉士の採用・定着には、勤務条件の良さに加え、医療と介護の両方を学べる環境、多職種と協働できる体制、患者と継続的に関われるやりがいを具体的に伝えることが重要である。今後は、インターンシップを通じて病院の雰囲気や業務内容をより実感できる機会を整備し、教育体制の充実と役割分担の明確化を進めることで、採用の質向上と継続勤務につながる可能性がある。

97-6　介護①

全介助からの再起―自己効力感を高めるスモールステップの積み重ねと効果―

福岡県・介護老人保健施設　高良台

○山田（やまだ）　多希子（たきこ）（介護福祉士）、山田　泰裕

はじめに

高齢者の意欲低下の原因は、身体機能の低下、痛み、喪失体験、生活環境の変化など多岐にわたる。その中で、希望を失いながらも再び歩行への意欲を持つ高齢者も存在する。本事例ではスモールステップを用いた支援により、身体機能および意欲の変化がみられたため報告する。

目的

本事例では、悲観的な発言が見られ歩行困難となった高齢者に対し、スモールステップを導入することで身体機能および意欲向上が得られるかを検証することを目的とした。

方法

転倒によって病院での生活が長く下肢筋力低下が著しく、医師からこれ以上の大幅な筋力回復は難しい状態と言われ生活の中でほとんどが全介助。歩行不可能となり、トイレでの排泄も困難になった。「もう後がない」など悲観的な言葉がみられ、歩行への意欲低下がみられていた利用者１名を対象とした。介護職員、リハビリ職員によってスモールステップを導入し最終目標の明確化、ステップの細分化に沿って具体的な行動設定を決定。まず初めに起立訓練を開始しながら、次にトイレでの排泄、平行棒内歩行訓練、歩行器歩行訓練、最終目標に歩行器での長距離歩行とした。同時にスモールステップの進歩など職員間で共有をしながら本人の意欲を高める前向きな声掛けなど行っていった。

結果

ADL、MMT（下肢筋力）、障害高齢者の日常生活自立度の改善がみられた。
ベッド上でのオムツ交換からトイレでの排泄に移行し、生活動作の改善が認められた。
成功体験の積み重ねにより自己効力感が高まり、身体機能向上との好循環が形成された。またリハビリへの意欲かが向上し、自発的な参加がみられた。

考察

段階的目標設定による成功体験の積み重ねは、身体機能の改善だけでなく意欲向上にも寄与したと考えられる。また職員による肯定的関りと情報共有が、行動変容を促し、受動的であったリハビリ参加を能動的なものへと変化させた可能性が示唆された。

結論

本事例を通じて体幹機能の安定に伴い視野が広がり、周囲への関心が高まったことが社会性の回復に寄与した。また、対象者を取り巻く環境や関係性の再構築が身体能力を最大限に引き出す鍵となり、「何もできない」という諦めの裏にある対象者の不安に寄り添うことで、希望を見出す支援の重要性が示唆された事例であった。

98-1　介護②

入浴ダイヤグラム導入による入浴業務改革―回復期リハビリテーション病棟介護職員の意識の変化―

静岡県・静岡徳洲会病院

うるしばた　ともき
○漆畑　智貴（介護福祉士）、山下　由香、大橋　弘子、大石　初巳、佐藤　響

【目的】当病棟（60床）は回復期リハビリテーション病棟（以下回リハ病棟と称す）に属し、入浴回数は、回リハ病棟10か条で週3回が推奨されている。昨年11月入浴業務（以下業務と称す）をおこなう介護職員の業務に疲労を訴える職員が続出した為、入浴回数を週2回から1回に減らし対応した。回リハ病棟患者はADLも様々である上、ADL向上の状態にあわせ入浴方法（臥浴・座浴・シャワー浴・個浴）が選定される為、複数の場所に別れ業務が展開される。数か所で、1人が長時間、多人数をこなす業務は、早い展開が要求される。今回、個々実施していた業務を機械浴槽のある1か所に集中し、時刻表（以下入浴ダイヤグラムと称す）を利用した業務改革に取り組み、週2回の業務を確立できた。この取り組みを通して、介護職員の意識がどのように変化したかを調査した。
【定義】入浴ダイヤグラム：全患者の入浴時刻表。区切られた1室内で入浴工程（洗体→浴槽→更衣）毎に、担当介助者が時間差で入室、入浴介助、帰室まで実施する方法。
【倫理的配慮】本演題に対して、筆者に開示すべき利益相反はない。
【方法】入浴ダイヤグラムによる業務をマニュアル化し、実践研修を実施し、取り組み開始前と2か月後に介護福祉士、看護補助者10名を対象に導入による介護職員の意識の変化における有効性を問うアンケートを実施。単純集計し前後で比較検討した。
【結果】入浴ダイヤグラム実践研修10名参加。概ね導入目的が理解され、それを実施する浴室に方法を掲示し、統一した方法が出来る環境を整えた。
アンケート設問数33問。回収率100%。対象年齢は20代1名・30代2名・40代1名・50代3名・60代3名。男性2名・女性8名。病棟勤務経験は3.5年平均。設問は有効度を5段階とし5点を最高値とした。導入前後の平均点は全設問上昇し、全平均は2.52点から3.5点に上昇した。設問項目の『入浴が焦らずできる』・『入浴は満足度の高い仕事』・『入浴場所の集中』などの平均幅が大きく上昇し、勤続年数が長く、女性職員の増加幅が大きかった。導入前の最低値『入浴の疲労』1.4点は導入後2.5点へと上昇した。導入後の感想は、「職員が近くにいる為安心してできる」「患者様がゆっくり入浴できる」「浴室から1回ずつ外に出られて体が楽」等の意見とともに、「時間がずれ込むとすべてが変わってくる」「ダイヤグラムに慣れるまでが大変」との課題の意見も挙がった。
【考察】アンケート結果より入浴ダイヤグラム導入後は、入浴の疲れが感じづらく、ゆっくり患者の入浴ができると答えている。これは、患者1人ずつ入浴を人数分こなしていた業務より、入浴ダイヤグラムが合理的に、人・物・時間が組まれている為、患者・職員にとって負担が少なく感じられるのではないかと考えられた。特に、1室内に絶えず職員が複数おり、困った時に協力できる体制が、その実践を後押しした要因であると推測された。その為、入浴ダイヤグラムが、職員の仕事への意欲を向上させる一助になったと考えられた。
【結論】入浴ダイヤグラム導入による入浴業務改革は、回リハ病棟介護職員の入浴に対する意識を変えた。今回の取り組みは、当病棟だけの、対象人数・期間の為、結果の信頼性に限界がある。今後チームで入浴ダイヤグラムによる入浴業務改革を継続することで、入浴業務の質的向上が期待できる。

98-2　介護②

ユマニチュードの「見る」「話す」「触れる」技術を用いて介護抵抗のある患者様のケアに取り組んだ一例

神奈川県・横浜病院

○蛭田（ひるた）　桜（さくら）（介護福祉士）、平　尚美、山下　春菜

【目的】

ケア介入時に筋緊張を伴い、ケアが困難な患者様に対して、ユマニチュードを用いた関わりを導入した。結果、筋緊張の緩和や反応の出現の変化を認めたため、その効果が顕著に現れた一例として報告する。

【患者紹介】

O さん(80 代女性)。2012 年頃の肺炎による入院後、頻回の吸引が必要になり、特別養護老人ホームでの対応が困難となり療養型病院へ入院。2017 年当院に入院、現在は胃瘻より経管栄養を投与している。意思疎通は極めて困難な状況にあり、身体面では上下肢に屈曲拘縮があり、特に足の拘縮が著明である。

下着交換や更衣などのケアに際して強い筋緊張を伴うことが多い。また発語もほぼなく、職員からの声かけに対しても反応が見られないため、職員もケアに際して O さんがどのように感じているのかを把握することが困難であった。

【方法】

ご家族様へのアンケートに基づき、「入浴時に入浴剤を用いて温泉気分を味わえる」「クラシック音楽を聴いて筋緊張が和らぐ」ことを長期目標とした個別支援計画を立案・実行した。また、ユマニチュードの定期カンファレンス対象に O さんをあげて関係性の構築や 4 つの柱を意識した関わりに努め、スタッフ間で反応の共有や実施したケアへのフィードバックを実施し、効果的な関わりを継続できるようにした。

【結果】

ユマニチュードを用いたケアを実施する前は、O さんと距離がある状態で話しかけてしまい、反応がなくても流れ作業のようにケアを実施してしまっていた。もしくは反応があったかもしれないが、スタッフがそれを認識することができていなかった。

しかし、ユマニチュードの「見る」「触れる」「話す」を意識して、「近い距離で視線を合わせた声かけ」「広い面積で優しくふれながらのケア」「穏やかなトーンでポジティブな声かけ」を実施した結果、2 か月ほどで O さんに以下の変化が認められはじめた。

1. ノックや声かけに対して開眼する、声かけをしたスタッフの方向に視線を向けるといった反応がみられるようになった
2. 脚を優しく擦り、「温かいお湯で洗いますね」などの声かけを行うと、オムツ交換の際に脚の緊張が緩むようになった

【考察】

以前は距離がある状態で話しかけケアを行っていたため、スタッフの声が十分に届かず、O さんがケアを受け入れる準備が整っていなかったと考えられる。そのため何をされるのかわからないまま触れられることで恐怖を感じてしまい、結果として筋緊張に繋がり、スタッフはケアが困難であると捉えていた。

またスタッフも、「拘縮があるから脚が開かない」「反応がない」と思い込んでいたため、O さんの発するメッセージを拾えていなかった。

ユマニチュードを用いたことで、O さんがケアを受け入れる準備ができるようになり不安が和らいだため、ケア時の緊張がゆるむという結果につながったと考えられる。またユマニチュードの「感情の固定」の観点から、「この人がしてくれるケアは心地よい」と O さんが感じたことで次のケアへの安心感にもつながるなど、良いサイクルが形成された。

加えてスタッフの認識にも「発語がなくとも、体の状態や視線などから患者様のメッセージを受け取ることができる」という変化が生まれた。

【結論】

ユマニチュードを用いたケアは、関係性の構築を行うことで患者様のケアに対する不安を和らげることができ、結果としてケア時の緊張の緩和につながった。またスタッフの認識にも変化が見られた。

本事例を元に、私たちは他の患者様に対してもユマニチュードを用いて双方向のコミュニケーションを実践し、信頼関係のある関係性を構築することで、全ての患者様にとって苦痛のないケアの実現に繋げていきたい。

98-3　介護②

介助グローブ導入による体位変換時の身体的負担軽減

静岡県・掛川東病院

○浅井（あさい）　香奈（かな）（介護福祉士）

【目的】

近年、介護現場では高齢者の増加に伴い、体位変換や移乗動作など身体的負担の大きいケアが増加している。対象病棟（医療療養病棟）においても、ADL 区分 3 の患者が全体の 60% を占めており、臥床時間が長く体位変換を必要とする患者が多い。そのため、看護・介護職員の腰痛発生率は高く、体位変換時には摩擦抵抗が強いために過度な力を要する場面が見られていた。本活動では、体位変換時における介助者の身体的負担軽減および業務効率の向上を目的として、介助グローブの導入と効果的な活用方法の検討を行った。

【方法】

研究期間は令和 7 年 6 月 24 日から 9 月 26 日までとし、4 階西病棟の看護補助者、看護師、リハビリスタッフを対象とした。具体的な手順として、まず業者による介助グローブの説明会と病棟内勉強会を開催した。その後、体位変換を要する患者全員に対して介助グローブを用いた体位変換を実施し、同時にスライディングシートについても 1 名の患者に試用した。効果測定のため、介助グローブの使用前後でアンケート調査を実施し、スライディングシートについては聞き取り調査を行った。なお、倫理的配慮としてアンケートは無記名とし、データは本活動の目的のみに使用して統計処理後に適切に破棄した。

【結果】

介助グローブの使用により、体位変換時に「重さを感じる」と回答した割合は 80% から 68% へ減少した。腰や腕の痛みを感じる割合も 94% から 65% へ減少したが、目標としていた半減には至らなかった。一方で「姿勢調整がスムーズにできた」との回答は 30% から 50% に上昇した。自由意見では「過度な力を入れずに除圧できる」「背抜き動作が容易になり一部で 1 人介助が可能になった」という肯定的な声があった。しかし、「側臥位でグローブが抜けやすく業務短縮につながらない」「ガサガサ音が響き夜間向きではない」という課題も浮き彫りになった。また、ベッド上での上方移動に関しては、介助グローブよりもスライディングシートの方が摩擦抵抗が少なく、患者の残存機能を活かした移動が可能であった。

【考察】

介助グローブの使用は摩擦を低減し、特に背抜き動作において介助者の身体的負担軽減に寄与した。これにより、従来 2 人を要した動作が 1 人で対応可能となるケースも確認された。また、患者からも「背中を撫でられると気持ちがいい」等の好意的な反応が得られ、圧抜きによる皮膚への負担軽減と安楽への寄与が示唆された。一方で、体格の大きい患者の上方移動にはスライディングシートの方が有効であり、側臥位での使いにくさや音の課題も残る。今後は使用手順を明確にして基準手順に位置づけ、事例に応じたツールの選択肢を整える必要がある。

【結論】

背抜き動作において介助グローブは有効に機能し、介助者の身体的負担軽減に寄与することが実証された。今後は、側臥位や体格の大きい患者への対応といった課題を踏まえ、介助グローブとスライディングシートなど「対象に応じた補助具の使い分け」を推進する。これにより、介助者の安全確保と患者の快適性の両立を図るとともに、教育を通じて適切な使用方法の定着を目指す。

98-4　介護②

入所者中心のケアプラン作成を目指して～「人型シート」を用いた情報共有と課題分析の充実に向けた試み～

兵庫県・いなみ野病院介護医療院

○渡辺（わたなべ）　広美（ひろみ）（介護福祉士）、矢野　直子

【目的】

当院は令和元年に介護療養病床 170 床を介護医療院へ転換した。看護師が作成するケアプランから看護師と介護士がモニタリング、アセスメント、課題分析を分担して行い、ケアマネジャーが看護師、介護士、また多職種と連携しながらケアプランを作成するようになった。情報収集と記載内容を充実させるために、入所時にのみ使用していた「人型シート」（身体面と認知機能面を網羅的に情報収集するためのツールであり、ICF モデルを参考に作成した）を、6 か月ごとのケアプラン見直し時にも使うことで充実した課題分析ができるようになるのではないかと考えた。

【方法】

1. 2026 年 3 月にモニタリングを行う利用者 11 名に対して、受け持ちスタッフ 7 名（複数受け持ちあり）を中心に人型シートを用いた情報収集と記載内容の充実を図った。
2. 調査前後で、課題分析シートのアセスメントで追加された事項や内容を質的に分析した。
3. 課題分析シートの変化が人型シートの記載状況と連動しているか確認し、確認できない項目について、担当者に聞き取り内容を分析した。

【結果】

1. 受け持ち担当者 7 名のうち 5 名が人型シートの情報のすべてを入力せず、必要、不必要を判断し入力していた。
2. 課題分析シートのアセスメントに追加された内容は「利用者の好みに合わせた食事内容」「詳細な関節可動域の評価に基づくケア方法」「皮下出血を繰り返す利用者の介助時の注意点、対策」「利用者が不安にならない移乗方法」など、研究前と比較すると個別性を反映した項目が見られた。
3. スタッフの多くが人型シートの記載されていなかった項目について、「以前から行っているケア」「薬の種類」「ケアマネが知っていること」等であった。さらに「できる時、できない時があり曖昧なもの」「当然と思っていること（例：排泄場所がベッド上である）」「異常な状態ではない（例：四肢の欠損がない）」などは記載しなかった例もあった。

【考察】

結果より、今まで当然として行っていたケアについて、人型シートを使用することで振り返りとなり情報として追加された。アセスメントが個別ケアの計画に必要と感じたスタッフが多く課題分析シートに追記されたと思われる。「どこまでを課題分析に入力すれば良いか分からない」「当たり前だと思っていたので書かなかった」ことについては、聞き取りを通して皆が大事な情報だと思っていることは再確認できた。

【結論】

人型シートは生活支援を行うために必要となる身体面を正確に捉えることができる重要な情報取集シートであると再確認した。内容をケア方法に反映させることで、個別性のあるケアプランにつながると考えられる。一方で、生活背景及び家族や友人とのつながりという社会面については「人型シート」の裏面に「ライフシート」があるが、十分に活用されていない。今後はより個別性あるケアプラン立案に向けて、両方の活用に取り組んでいく。

98-5　介護②

現代シニアのくっつく肌を守れ！～皮膚密着部位におけるスキントラブル予防ケアの実践～

愛知県・並木病院

○常森（つねもり）　誠（まこと）（介護福祉士）、黒田　豊子

【背景と目的】

近年、食生活や生活環境の変化・栄養管理の向上に伴い、高齢者の身長・体重・BMI が上昇し体格の大型化が進んでいる。かつての「療養病棟の高齢者＝痩せ細っている」というイメージとは異なり、皮下脂肪を維持したまま寝たきり状態となる患者が増加している。また、超高齢化社会や医療の進歩を背景に、脳卒中後遺症や廃用症候群等による拘縮・痙縮を有する重度要介護患者も増えている。

これらの患者では、体格の向上や筋緊張異常により、腋窩・乳房下部・鼠径部等の皮膚が重なり合う部位に摩擦や局所の湿潤が生じやすく、間擦疹や真菌感染等の皮膚トラブルリスクが高まり皮膚がくっつくようになる。

当療養病棟においては、介護士による部分清拭（以下、PB）を毎日実施しているが、対象患者数が多くケアが画一化しがちであり、皮膚トラブルの発生状況や患者ごとのリスク特性についての体系的な把握が十分でない現状がある。

本研究により、慢性期・療養病棟における間擦疹等の皮膚トラブルの実態と関連リスク因子が明らかになることで、今後の予防ケアの立案や標準化に向けた基礎的根拠が得られる。また、看護・介護職が日常ケアの中で皮膚トラブルリスクを体系的に把握・記録する仕組みの構築にも貢献するものである。

【方法】

間擦疹や真菌感染等の皮膚トラブルの発生機序である湿潤、不動、皮膚密着および筋緊張異常に着目し、BMI および真菌感染既往を加えた 6 項目からなる独自スクリーニングツール「MIST-6（Moisture Immobility Skin fold Tone abnormality）」を作成した。病棟入院患者全員を対象に該当項目を調査し、各項目 1 点、合計 6 点とし、3 つのリスク群に分類、4 点以上を高リスク群とした。

【結果】

リスク把握のツールを導入したことで、これまでの手技を見直すことができ、ケアの効果として皮膚への摩擦刺激が軽減され、皮膚密着部位の発赤や湿潤の早期発見が可能となった。また、湿潤管理、乾燥保持の徹底により皮膚環境の改善が見られ、皮膚トラブルの新規発生件数は介入前と比較して減少した。さらに観察ポイントが明確化し意識が向上したことで、受け持ち介護士が立案するケアプランをもとに、介入頻度を毎日ではなく、週に 3 回などへ見直すことにつながり、一日の介入数を 40% 減少することができた。

【考察】

皮膚密着部位の皮膚トラブルのほとんどが、湿潤・摩擦・皮膚脆弱化が複合的に関与して発生する。特に寝たきり状態で随意運動が難しい患者や、関節拘縮が進み自重で皮膚が密着したままになっているケースではリスクが増大する。本研究では、リスク分類に加え、非摩擦ケアおよび湿潤管理の標準化と介入頻度の適正化をおこなったことが、皮膚バリア機能の維持と皮膚トラブルの予防に寄与したと考えられる。

今後はケア手技の統一化と教育体制の強化が課題である。

【結論】

高齢者の体格変化や拘縮・痙縮の有無を考慮したリスク分類と、非摩擦ケアおよび乾燥技術の標準化は、間擦疹や真菌感染症の予防に有用であることが示唆された。

【参考文献】

「生活機能からみた老年看護過程」医学書院

「IAD ベストプラクティス」照林社

「エビデンスに基づくスキンケア Q&A」中山書店

「国民健康・栄養調査報告書」厚生労働省

98-6　介護②

リハビリテーション病院における介護士と看護師の連携・協働における課題

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○畝（うね）　正義（まさよし）（介護福祉士）、元村　泰祥、山下　楓

【目的】A 病院では令和 6 年 4 月より、マトリックス組織から縦割りの組織体制へ変更となり、リハビリ部では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護部では看護師、介護士が所属する組織体制となった。組織編制に伴い、患者の目標達成ができるよう、看護師、介護士間でのコミュニケーションや連携が不可欠となった。しかし、専門性の違いや患者に対する視点が違い、意思疎通が十分に図れていない場面が見られる。今回、介護士と看護師による連携に関しての意識調査を行い、今後のチーム医療の一助とすることを目的とする。

【方法】対象者は A 病院が定めている当院独自のクリニカルラダーシステムでラダーⅡ以上の B 病棟介護士 5 名、看護師 5 名を対象とした。方法は質的調査法でアンケート（自記式調査票）を用いて実施。

アンケート内容は、先行研究に則って以下の 12 項目とした。回答は 1～5 段階（1. できない～5. できる）にて集計した。

《アンケート内容》

1. 他職種の特徴や役割について理解することができる
2. 他職種連携における自ら（介護士、看護師）の役割を理解することができる
3. 達成すべき目的・目標を他職種間で共有することができる
4. 他職種連携において利用者の QOL 向上を中心に考えることができる
5. 他職種連携を通して自分自身を成長させることができる
6. 他職種に協力を依頼することができる
7. 他職種の知識・技術を活用することができる
8. 他職種協働で情報を収集することができる
9. 介護計画、看護計画を作成する際、他職種の意見を反映させることができる
10. 他職種協働で評価（モニタリング）を行うことができる
11. 他職種連携において（介護士、看護師）の専門性を活かすことができる
12. 他職種連携を通して課題（問題）を解決することができる

【結果】

・全体平均では、介護士が 4.07、看護師が 3.97 という結果であった。
・項目 6. の平均値は、介護士が 4.80（標準偏差 1.50）、看護師が 4.40（標準偏差 0.50）という結果であった。
・項目 9. の平均値は、介護士が 3.40（標準偏差 0.43）、看護師が 3.60（標準偏差 0.43）という結果であった。
・項目 11. の平均値は、介護士が 4.00（標準偏差 0.94）、看護師が 3.80（標準偏差 1.50）という結果であった。

【考察】本研究の結果より介護士と看護師は、日常業務において協力を依頼する事はできている一方で、介護士/看護師共に計画作成時に他職種の意見を十分に反映できていないことが明らかとなった。

先行研究によると、国際老年精神医学会は多職種間の協働を損なう影響要因として、お互いの役割の「理解不足、専門領域の侵害、限られたコミュニケーションおよび業務の連携不足を指摘している。これらを払拭するためにはお互いの職務について理解しあうことが不可欠である。」と述べている。また、他職種へ協力を依頼できるという結果から、職員間の関係性や相談しやすい環境は一定度構築されていると考えられる。しかし、介護士/看護師で相互の計画内容を把握できておらず方向性が相違している可能性も高く、それぞれの専門職の視点や考えを計画立案にまで結びつけられていないことが要因として考えられる。

今後は、カンファレンスや他職種との情報共有を基に介護/看護計画立案、実践することで他職種が共通の目標を持ち、それぞれの専門的視点を活かしたケアに繋がり、より質の高いチーム医療の実現に繋がると考える。

99-1　介護③＆介護施設①

ハンドロールを活用した手指の屈曲拘縮改善に向けた取り組み

東京都・大久野病院介護医療院

○橋本（はしもと）　明子（あきこ）（介護福祉士）、山本　志保、城島　美和子、粟沢　広之、黒岩　規世

【目的】介護医療院に入所されている利用者は疾患の後遺症や廃用症候群により、多くの方に身体の拘縮が見られる。手指の屈曲拘縮が進行すると手掌の清潔保持や爪切りが困難となり皮膚のトラブルや感染症を誘発する可能性がある。そこで当介護医療院では、皮膚トラブルを防ぐ目的でハンドロールを用いて対策を行った。その効果を報告する。

【方法】

手指の屈曲拘縮が発生している方に対して、ハンドロールを段階的に大きくすることで緊張を緩め、入浴と他動運動を組み合わせた。これによって拘縮した関節や筋肉を無理なく持続的に伸展させた。持続的な進展が、組織の柔軟性を取り戻し、拘縮の進行を抑制出来ないか検証した。

・対象者…A 氏・B 氏・C 氏手指の屈曲拘縮の強い利用者 3 名を選出した

・期間…2026 年 5 月 15 日～6 月 15 日の 1 か月間

・内容…

①　手指の屈曲拘縮の強い利用者 3 名を選出した

②　開始前　対象者の指尖と近位手拳皮線との距離を測定する

③　対象者の入浴時に介護士は手指、手掌をきれいに洗い、入浴後に保湿クリーで保湿する

④　作業療法士または理学療法士が関節可動域訓練を行う

⑤　作業療法士または理学療法士が対象者の手にハンドロールを入れる

⑥　1 週間おきにハンドロールを 5mm ずつ太くした

⑦　開始 5 週間後　指尖と近位手拳皮線の距離、対象者の指の可動域を測定した

⑧　指尖と近位手拳皮線の距離、対象者の指の可動域を開始前後で比較した

【倫理的配慮】

当病院の倫理審査委員会にて承認を得た。対象者の家族には研究目的、研究方法の説明を行い同意を得た

【結果】

対象者の指尖と近位手拳皮線との距離

A 氏＋3cm、B 氏＋2cm、C 氏＋2.5cm

【考察】

今回の取り組みでハンドロールを段階的に太くしていくことで手掌の拘縮が緩和されることがわかった。ハンドロールを用いるだけではなく、作業療法士、理学療法士のスタッフが対象者の入浴後に関節可動域訓練を行ったことも拘縮の改善につながった。

【今後の課題】

ハンドロールは、手掌の清潔保持だけが目的と考えていたが、拘縮の緩和も可能という結果を得られた。介護医療院でも多職種と連携して取り組みを行うことが、日常生活機能の改善につながると考えられる

99-2　介護③＆介護施設①

介護計画におけるアセスメントの重要性と課題

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○古賀（こが）　彩実（あやみ）（介護福祉士）、室園　大地、松原　惟人、岡　純子

【目的】

地域包括ケア・回復期病棟において、在院日数の短縮が求められ、患者が在宅に戻った時にその人らしく生活できる体と環境を整えたうえで、退院できるよう支援していくことが求められている。そのため介護職もアセスメントの強化・的確な受け持ち患者ごとの個別性のある介護計画の立案が必要となる。しかしA病院においては、介護職によるアセスメントが形式的・機械的に行われている場面が見られ、ケアに十分に反映されていない実態が見受けられる。今回介護実践においてアセスメントが果たす役割とその重要性を明らかにするため、アセスメントの理解度と実践状況を確認し、今後の教育支援への一助とする。

【方法】

A病院で働く介護士16名を対象に、A病院独自で作成したアンケート用紙を用いた調査を実施。

研究方法：

1）質問紙調査

2）データ分析

【結果】

調査の結果、アセスメントの意味を理解しているかに対して対象者全員が「ある程度理解している」と回答。アセスメントは「重要だと思う」と回答した者は対象者全員（100%）で、その内「非常に」10名（62.5%）、「ある程度」6名（37.5%）。収集した情報を介護計画の立案や実践に活用していると回答した者は56%。日常の介護業務における患者状態の把握と記録については「観察のみ」が63% で記録はできていないとの結果であった。経験年数別の内訳は、「観察・記録ともにできている」：介護士経験年数5〜10年未満1名（20.0%）、10年以上：4名（80.0%）。「観察のみ」：1年〜5年未満：2名（18.2%）、5〜10年未満：1名（9.1%）、10年以上：8名（72.7%）。情報収集先としては複数回答で「本人」が93.7%、「経過記録」「日々の状態」87.5%、「カルテ」81.2%、「多職種」68.7%、「家族」56.2% であった。

【考察】

アセスメントの重要性は対象者全員が重要だと回答している一方、介護計画立案や介護実践への活用割合は低く、認識と実践に乖離がみられた。松永は「介護福祉職は利用者の刻々と変化する情報を様々な形で日々受け取るが、たとえば、言動などの情報は本人の思いが潜んだメッセージだったりもする。そのメッセージをキャッチし、ニーズの抽出に活かせるかどうかというアセスメント力が重要となる」と述べている。A病院においては、患者状態の把握については「観察のみ」が6割以上を占めており、観察内容は記録されていないことが明らかとなった。記録が不足することで、多職種間での情報共有や継続的なアセスメントへの活用が行いにくいため、観察結果を適切に記録する行動変容が求められる。また、経験年数が長い介護士においても、アセスメントを介護実践や計画立案に活かせている割合が高くないことから、経験年数の蓄積だけではアセスメントの実践的活用は十分でないことが示唆された。今後はアセスメントの知識や技術だけでなく、個別性のある支援を可能とするため一人ひとりに適した介護を根拠に基づいて提供できるよう、アセスメントから介護計画立案までのプロセスを学ぶ研修等を実施し、実践力・情報活用能力の向上や記録を行いやすい環境整備、業務改善が必要であると考える。

99-3　介護③＆介護施設①

抱え上げない介護の導入～介助者視点～

滋賀県・草津介護医療院

○田尾（たお）　遥香（はるか）（介護福祉士）

背景、目的

当施設は50床が2フロア、計100床の介護医療院であり高齢かつ要介護度平均4.67の重度介助を要する対象者が多く入所している。移乗や体位変換などの介助は職員の人力に頼ることが多く、腰痛を抱えながら業務を行う職員も少なくなかった。一方、「抱え上げない介護」(以下ノーリフトケア)に対する認識は低く、福祉用具を活用した介助方法は十分に浸透していなかった。そこで介助者の腰痛軽減、ご利用者の安心安全、施設としての強みをつくるためには今ノーリフトケアを導入する必要があると思った。発表に際しては所属機関の規定に則り倫理委員会の承認を得た。

方法

ノーリフトケアとして導入したのは入浴介助時や移乗時のスライディングボードおよび移乗時の床走行式リフトの活用、しゃがむ動作の軽減であった。ノーリフトケア導入前は、入浴用ストレッチャーへの移乗やリクライニング車いすへの移乗の多くは抱えて行っていたため、介助者ご利用者の双方にかかる負担が大きかった。スタンダード車いすへの移乗も抱えて行っていたが、今まで使用されていなかった走行式リフトがあるためそれを活用していくことを検討。また、介護福祉士が中心となりノーリフトケアの推進リーダーを配置した。導入前と導入後の介助者の腰痛負担を比較するためスタッフに対して今年4月と6月に腰痛の有無、腰痛がある際の仕事量の軽減が可能な状況か、現在コルセットを使用しているか、ノーリフトケアの詳細を知っているかのアンケートを実施した。

また、リハビリスタッフと相談しより介助者ご利用者双方に負担の少ない介助方法の提案、スライディングボードや床走行式リフトの正しい使い方の研修などを行った。現場スタッフへの説明を的確にするために数名でノーリフトケアの研修にも参加し現場への伝達講習を行った。

結果

導入当初は「抱えた方が早い」、「今までのやり方の何が悪いのか」、「福祉用具を取りに行く時間がもったいない」と様々な意見が聞かれた。しかし、4月に行ったアンケートでは介護スタッフの約9割が腰痛を抱えていると回答していたが導入後2か月経過した時点で再度同じアンケートを行ったところ、腰痛を抱えるスタッフが約4割まで減少していた。明らかにスタッフの身体の痛みが減少していることが理解でき、「表情や声のトーンまで良くなった」「業務を進めやすくなった」という現場の声も上がっている。持病（関節リウマチなど）を持つスタッフからも「すごく楽！次の日の疲れ方が全然違う」との声をもらった。同じ現場で働くスタッフの声の影響は大きく、現場の空気が一気に“ノーリフトケアすごい！もっと導入して活用していきたい”の方向に傾きはじめた。

考察

後2か月という短期間で腰痛軽減の効果が認められたことから、ノーリフトケアはスタッフの身体的負担軽減に有効であると考えられた。また、新しいケアの導入には技術習得だけではなく、従来の介助方法に対する意識変容が必要であり、介護福祉士が中心となり、多職種と協働しながらチームで推進したことが定着に向けた第一歩につながったと考える。今後もっと現場に普及し今いるスタッフが腰痛に悩まされずに、仕事が長く続けられることによる離職率の低下、新規スタッフの入職率アップを図っていきたいと思う。また、現場スタッフの腰痛の軽減、ご利用者が安心して安全に生活できる場をつくっていくことができれば、双方にとってより良い環境になると思う。まだまだ課題の残る中だが、多職種と相談しながら環境づくりから軽えていきたいと考える。

99-4　介護③＆介護施設①

接遇評価基準の標準化への取り組み（第３回報告）～行動指標化による自己・他者評価の乖離解消～

大分県・住宅型有料老人ホーム　和楽苑

こまつ　けんいち
○小松　憲一（施設管理者）

【背景】

当ホームは平成 31 年 4 月より職員の接遇向上に取り組み、第 1 報（令和 4 年）では調査と研修による意識改革の成果を報告した。

しかし第 2 報（令和 6 年）では、組織的課題として自己・他者評価の深刻な乖離（認識のズレ）を報告した。特に「利用者への威圧的な態度や命令口調」において、自己評価の「問題あり」が減少した一方、他者評価は上昇し、その誤差が全体で 12.9%、特定項目で 35.5% に達する顕著な差が見られた。原因として、接遇の判断基準が職員間で統一されず、個々の主観や経験値に依存している点が課題となった。

【目的】

今回（第 3 報）は、前報の評価基準のバラつきを解決するため、抽象的な調査項目を日常業務に直結した具体的な「行動指標（10 項目）」へと再編・厳選した。施設内の接遇評価基準を標準化することで認識のズレを解消し、組織全体の接遇力底上げと顧客満足度（CS）の向上を目的とした。

【方法】

1、調査項目の行動指標化

従来の 15 項目から現場の不適切ケアリスクを抽出し 10 項目に厳選。「挨拶なしの介助」「場面によるタメ口」「職員同士の大声での私語」「『○○して』『ダメ！』等の命令口調」「カーテンを開けたままの排泄ケア」など、客観的に事実確認できる具体的な行動指標を明記した調査シートを作成した。

2、反復調査の実施

全職員 34 名を対象に、概ね 2 ヶ月おきに無記名自記式調査を実施し、自己・他者評価の推移を計測した。

3、教育指導・研修との連動

委員会による定期指導を継続し、調査結果から抽出された課題や NG ワードを用いた事例検討・ロールプレイングのほか、権利擁護、倫理、身体拘束・虐待防止、ハラスメントを含む内部研修を年間 6 回開催した。

【結果】

新調査の導入後、自己・他者評価の誤差は全体として 12.9% から 9.0% へ縮小した。

しかし個別分析の結果、課題である命令口調や不適切な排泄ケアの項目、特に「態度：利用者様に対して、威圧的な態度、命令口調（『○○して』『ダメ！』など）」の誤差は 38.2% と依然として顕著な差があった。全体的な認識共有は進んだものの、特定の言動において激しい乖離（認識のズレ）が残る結果となった。

【考察】

全体的な誤差縮小は、調査内容の具体化により感覚的評価から事実に基づく客観的評価へ転換され、判断基準の標準化が進んだ成果といえる。

しかし、「威圧的な態度・命令口調」で 38.2% の乖離が露呈したことは、基準の具体化で周囲の視点（他者評価）が厳格化した一方、当事者自身が自身の無意識な言動やケアに対する自己評価の甘さを浮き彫りにしたためと推察される。 具体的な指標提示だけでは容易に埋まらない、根深い認識の差が明確となった。

【結語】

顧客満足度（CS）において一人の接遇不備が組織全体の信頼を失墜させる「100-1=0 の法則」を防ぎ、不適切言動を皆無とする「100-0=100」の均一な組織力を維持することは極めて重要である。

本研究による基準の行動指標化は有効であったが、無意識の特定課題には書面調査に留まらない現場での即時指導や個別アプローチが不可欠である。今後も現場のニーズに即した指標の検証と見直しを重ね、組織一丸となった継続的な改善活動を展開していく。

99-5　介護③＆介護施設①

軽費老人ホームにおける介護予防運動教室の効果検証

福岡県・軽費老人ホームゆのそ苑

○高瀬（たかせ）　由香里（ゆかり）（介護福祉士）、秋山　純子、中司　沙織

【はじめに】

軽費老人ホーム A では、60 歳以上で身の回りのことが自立しているが自宅生活に不安がある方を対象とした軽費老人ホーム A 型に分けられる。近年入居者の高齢化により要介護者が増加している為、令和 4 年から介護予防体操教室を実施している。令和 6 年の検証で効果が確認され、開催日数の拡大・コグニサイズの導入・グループ編成による介入を実施し、内容を強化した。本報告では、今後の運営に活かす為、前回との比較検証を行った。

【対象と方法】

対象：令和 5 年 4 月～令和 6 年 3 月の運動教室参加者

令和 6 年 12 月～令和 7 年 11 月の運動教室参加者

方法：①参加者全員のデータ比較

②継続（10 カ月以上）参加者のデータ比較

③アンケートの実施

【結果】

参加者全体では参加人数・参加率ともに増加した一方で、継続参加率が減少し、長期的な参加維持に課題が認められた。

10 か月以上の継続参加者では、要介護度維持・改善率は 1% 上昇、障害高齢者自立度は 20% 上昇、認知症高齢者自立度は 3% 上昇と改善が認められたが、HDS=R の維持・改善率は 14% 低下し、認知機能面では改善が限定的であった。

離脱者 10 名の調査では、介入時間の長さ（4 名）、下肢痛（2 名）、生活上の都合が主な理由だった。一方、短期参加者からは、身体機能の向上実感や自己目的性といった肯定的な意見も得られた。

【考察】

本研究では、継続参加率が低下しており、退所者の増加に加え、介入負荷や身体的・時間的制約等、身体状況や生活環境の変化に影響されやすい高齢者特性による要因が確認された。継続参加者では要介護度及び、自立度の維持改善が認められ、一定の効果が得られることが示されたが、HDS=R の改善率低下から、認知機能への効果は限定的であると示唆された。

軽費老人ホーム A での生活を安定して継続するためには、心身機能の維持が不可欠である。入居者が継続的に参加できるよう、負担軽減や個別性の強化、認知機能への働きかけを重視し、楽しみを実感できるプログラムを検討していきたい。

99-6　介護③＆介護施設①

軽費老人ホームにおける入居者の変遷

福岡県・軽費老人ホームゆのそ苑

○中村（なかむら）　可奈美（かなみ）（管理栄養士）、井上　史弘、豊福　ゆかり

【はじめに】

軽費老人ホームは自立した生活ができることを対象とした入居施設であるが、入居者の状況は年々変化しているように感じる。特に、新型コロナウイルスの感染拡大による、社会活動の制限や施設内での行動制限などにより、入居者に大きな影響を与えたと感じる。

今回、軽費老人ホーム A における入居者の変遷を様々な視点から考察し、実態を明らかにすることで、入居者の安心・安全な環境を提供するための課題を明らかにする。

【対象と方法】

対象：軽費老人ホーム A の令和 2 年 1 月 1 日時点の入居者 48 名と令和 8 年 1 月 1 日時点の入居者 49 名

方法：対象者の年齢・要介護認定・疾患・介護サービスの利用の有無・種別・利用頻度を比較。

【結果】

令和 2 年と令和 8 年を比較すると、要介護度認定では「自立」が減り「要支援 2」と「要介護 1」が増加している。一方、「要介護 2」から「要介護 4」の割合は、21% から 10% へと減少している。疾患では、心疾患、骨・関節疾患、高血圧疾患、精神疾患が増加している。介護サービスの利用は通所・訪問ともに増加し、延べ回数では通所で 10 回、訪問では 16.5 回と 2 倍に増加していた。

【考察】

軽費老人ホームは本来、心身ともに自立している方を対象とする施設である。しかし、今回の比較から、介護が必要な入居者が減少している一方で、自立した生活を送れる入居者も減少し、基本的な生活動作は自立しているが、一部に支援・介助が必要な入居者が集中的に増えており、通所・訪問サービスを利用しながら生活していることが明らかとなった。また、高齢者に多い疾患に加え、精神疾患の入居者が増えていることも明らかとなった。今後は、変化する入居者の状況に応じて、必要な介護サービスへ繋げることができるようにアセスメントを行っていくこと、フレイル予防や身体機能維持のための介護予防活動の実施に加えて、精神的サポート体制の見直し・構築が課題である。

100-1　介護施設②

施設入所高齢者における糖尿病の有無と生活機能の関連

東京都・ケアホーム足立

○吉田（よしだ）　礼杏（けい）（理学療法士）、岡村　愛里、山崎　清美、浦中　千亜希、阿部　洋子、山本　美保

【背景・目的】

施設入所高齢者において、糖尿病の有病率は高く重要な課題である。先行研究では、地域在住の糖尿病患者においてHemoglobin A1c（HbA1c）が低いとADLが低下することが報告されているが、その評価指標はBarthel Index（BI）を使用していることが多い。一方、実際の生活機能は認知機能や社会参加、環境因子を含めた包括的視点で捉える必要があるが、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）に基づく評価を用いた検討は見当たらない。したがって、本研究は施設入所高齢者における糖尿病の有無と、ICFステージングを用いた生活機能との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】

本研究は横断研究であり、2025年9月時点で入所していた65歳以上高齢者100名を対象とした。対象者を糖尿病群28名、非糖尿病群72名に分類した。基本属性（年齢、性別）、ADL（BI）、栄養指標（HbA1c、Albumin：Alb）、Body Mass Index：BMI、食事摂取量（主食・副食の平均摂取率）、低栄養リスク分類（低・中・高リスク）を介護ソフトより抽出した。主要評価項目は、ICFステージング総得点とした。統計解析は、群間比較において連続変数はMann-WhitneyのU検定、カテゴリー変数はカイ二乗検定またはFisherの正確確率検定を用いて比較した。さらに糖尿病群においてHbA1cとBIとICFステージングの関連をSpearmanの順位相関係数で検討した（有意水準5%）。

【結果】

対象者の年齢中央値は87.0歳、女性74.0%であった。HbA1cは糖尿病群で有意に高値を示したが（$p<0.001$）、BMIは差がなかった（$p=0.87$）。一方、BI（$p=0.78$）およびICFステージング（$p=0.23$）において糖尿病の有無による有意差は認めなかった。さらに低栄養リスク分類及び食事摂取量についても群間差は認めなかった（$p=0.72$、$p=0.54$）。Spearmanの順位相関係数の結果、糖尿病群におけるHbA1cとBIおよびICFステージングとの関連はいずれも有意な相関は認めなかった。相関分析の結果、糖尿病群におけるHbA1cとBIはきわめて弱い正の相関があったが統計学的に有意ではなかった（$r=0.075$、P値=0.77）。同様にHbA1cとICFステージングは弱い正の相関があったが統計学的に有意ではなかった（$r=0.25$、P値=0.32）。

【結論】

本研究では、施設入所高齢者において糖尿病の有無はADLや栄養状態、生活機能と明確な関連を認めなかった。Spearmanの順位相関係数の結果、糖尿病群においてHbA1cとICFステージングの関連は、HbA1cとBIの関連よりも正の相関が認められたが統計学的に有意ではなかった。先行研究とは異なり、本研究の結果で糖尿病群ではHbA1cが上がるとBIおよびICFステージングが上がる傾向があった。この要因として、群間で低栄養リスク分類と食事摂取量に差がなく糖尿病群でも良好な栄養管理がなされていたことや、BMIに有意差がなく対象者が比較的軽症であったことが影響した可能性がある。以上より、施設入所高齢者においては疾患の有無のみで生活機能を規定するのではなく、日常的なケアや栄養管理の影響が大きい可能性が示唆された。

100-2　介護施設②

眠りスキャン活用による睡眠の質向上への取り組み　15時以降の活動提供と覚醒リズムが夜間睡眠に与える影響

1 福岡県・若久短期入所生活介護、2 若久シニアマンション

かわはら　つばさ
○川原　翼（介護福祉士）[1]、新藤　宏和[2]

【はじめに】
ショートステイ利用者は環境変化や加齢、認知機能低下等の影響により睡眠障害を呈しやすく、夜間不眠や昼夜逆転は転倒やせん妄のリスク要因となる。当施設では眠りスキャンを導入し睡眠状態の可視化は可能となったが、データを活用したケア実践には至っていなかった。そこで15時以降の活動提供が夜間睡眠へ与える影響について検証した。

【対象】
ショートステイ利用登録者23名のうち、利用頻度が高く継続的なデータ取得が可能であった7名を対象とした。研究期間は令和7年5月1日から10月31日までの6か月間とした。

【方法】
眠りスキャンより取得した睡眠時間、睡眠潜時、睡眠効率、中途覚醒時間を分析した。前半3か月を通常期間、後半3か月を活動強化期間とし比較した。また活動強化期間において、レクリエーション、機能訓練、机上活動、入浴の実施有無別に睡眠指標を比較した。さらに個人別に活動の組み合わせと睡眠指標の関連を分析した。
【結果】
活動強化期間では、睡眠効率が70.9% から73.4% へ上昇し、睡眠潜時は36.0分から21.0分へ短縮、中途覚醒時間は129.9分から113.4分へ減少した。一方、睡眠時間は409.5分から397.7分と軽度減少した。活動別分析では、レクリエーションや機能訓練、机上活動等、複数活動を実施した日に睡眠改善傾向を認める利用者がいる一方で、活動増加に伴い睡眠指標悪化を認める利用者も存在した。個人別分析では、利用者により活動効果に差が見られた。
【考察】
15時以降の活動提供により睡眠効率向上、睡眠潜時短縮、中途覚醒時間減少が認められ、夜間睡眠の質向上に寄与する可能性が示唆された。また活動内容そのものよりも、利用者の状態像や興味関心に応じた活動選択と継続的な活動参加が重要である可能性が示された。活動による身体的刺激だけでなく、日中の覚醒維持や生活リズムの安定化が睡眠改善に影響したと考えられる。一方で、睡眠には入浴、服薬、基礎疾患等の複数要因が関与しており、睡眠改善には多角的視点が必要であると考えられた。
【結語】
眠りスキャンを活用することで、活動と睡眠の関連性を可視化することが出来た。今後は個別性を踏まえた活動介入の検討を進め、データに基づくケアの実践につなげていきたい。

100-3　介護施設②

青竹踏みによる頻尿改善効果

福岡県・介護老人保健施設　高良台

○東（ひがし）　侑希（ゆき）（介護福祉士）、橋本　昂

【はじめに】

超高齢社会を迎えた我が国では、高齢者の QOL の向上が重要かつ喫緊の課題である。夜間頻尿は泌尿器科領域において最も頻度が高く、かつ QOL を低下させる代表的な主訴であると言われている。当施設においても夜間頻尿による夜間覚醒や転倒を引き起こす利用者は少なくない。夜間頻尿が改善され、睡眠の質を保ち、日中の活動性の向上を得られれば、超強化型老健としての役割をこれまで以上に果たすことが可能になるのではないかと考え、薬物療法以外の介入として青竹踏みによる頻尿改善効果を検証する。

【研究方法】

2026 年 3 月 1 日～2026 年 6 月 1 日に A 施設 B フロアに入所中の利用者で夜間 2 回以上、トイレでの排尿のために起きる 5 名の利用者（男性 1 名　女性 4 名　平均年齢　85.8 ± 10.6 歳）。

対象者 5 名に対し、1 日 2 回（午前、午後）、1 回 2 分間、座位の状態で青竹踏みを実施。3 月を介入前期間、4 月、5 月を介入期間とし、介入前後の夜間の排尿回数の改善状況、泌尿器科系の内服薬の内服状況の変化、睡眠薬等の内服状況の変化を観察。統計分析は t 検定を行った。

【結果】

対象となった 5 名の利用者の青竹踏み実施前の夜間排尿回数の平均値は 4.25 回（中央値：4.50 回）であった。青竹踏み実施後 1 か月目の平均値は 2.67 回（中央値：2.75 回）であり、平均値で 1.58 回減少した。2 か月目の平均値は 2.89 回（中央値：2.80 回）で、1 か月目と比較しわずかに平均値は上昇したが、実施前と比較し 1.36 回減少した。実施前と実施後では、青竹踏みを実施することで夜間排尿回数が有意に減少した（$P<0.05$）。5 名のうち泌尿器科系の内服薬、睡眠剤を内服していない 2 名が劇的に改善を認めた。泌尿器科系内服薬、睡眠薬を内服している 2 名は 1 か月目に改善を認めたが 2 か月目は改善を維持した状態に留まった。睡眠剤のみ内服していた 1 名は、1 か月目に改善を認めたが 2 か月目はやや増加となった。

【考察】

今回の介入では、対象者全員への普遍的な効果と睡眠の質の改善につながり全体的な有効性と初期効果を実証できた。しかし、介入後の結果において改善・維持した対象者とリバウンドした対象者が現れ、効果の二極化が焦点となった。原因として、外的な環境・季節要因や座位での実施のため、慣れによる刺激の低下、りきょｙ者本人の主観的な体調変化などが考えられる。夜間頻尿の改善に伴った内服薬の状況については、泌尿器科系の内服薬や睡眠薬の減量、中止までは至らなかった。が影響した可能性も否定できない。短期的なプログラムとしての確実性は実証できたが、中長期的な再現性の不安定さが示唆された。

【おわりに】

本研究により、青竹踏みの実施が夜間頻尿の回数減少及び睡眠の質向上に寄与する可能性が示唆された。青竹踏みは特別な器具や広い場所等を必要とせず、高齢者でも安全かつ容易に導入できるアプローチである。今後は症例数を増やし、背景要因別の効果の違いについてさらに検証を進め、夜間頻尿に対する手軽な非薬物療法の選択肢として確立を目指したい。

100-4　介護施設②

ドッグセラピー導入について～アンケート結果からみる今後の課題～

埼玉県・介護老人保健施設　瑞穂の里

○大谷（おおたに）　彩（あや）（支援相談員）、藤井　友美

【目的】介護老人保健施設瑞穂の里（以下、当施設）では、入居者の心身の健康維持およびQOL（生活の質）の向上のため2025年7月より訪問ドッグセラピーを導入した。本報告の目的は、ドッグセラピーの導入前後にアンケート調査を行い、利用者および職員に与えた影響を分析し、その効果、今後の運営方法などについて検証することとした。

【方法】当施設において、2025年7月から12月にかけて計5回の訪問ドッグセラピーを実施した。アンケートを導入前（2025年5月）と導入後（2025年12月）に行い、ドッグセラピーに対する意識、期待する効果、実際の効果、実施後の職員の感想（ポジティブ面・ネガティブ面）、運営上の負担感、利用者の反応などについて調査した。アンケート調査の対象は、入居利用者、各階フロア（一般療養棟・認知症専門棟）の介護職員、リハビリ職員、事務相談室職員とした。

【結果】主な結果について抜粋する。

導入前（職員）：導入に対して賛成が反対を大きく上回っており、職員の91%が「期待している」と回答し、主な期待内容として「利用者の心の癒し」「笑顔が増える」「ストレス解消」などが挙げられた。導入後の評価と変化：職員の90%から導入に対してポジティブな回答が得られた。一方で、効果の有無に関しては、一般療養棟では「効果あり」との意見が多かったが、認知症専門棟では「わからない」が最多であった。導入前に期待していた「利用者同士の会話増加」は、導入後の実際の効果として感じることは少なく、「職員と利用者の会話増加」という効果を導入後に感じる職員が多かった。「利用者の心の癒し」は導入前後ともに高く、期待通りの結果であった。3.　利用者の反応：笑顔の増加や自発的な発語がみられるなどコミュニケーションの活性化がみられ、認知機能の低下がみられる利用者の様子についても、「楽しかった」というポジティブな感情の記憶が維持され、その後のリハビリ介入時の会話促進に繋がっている例も見受けられた。

4.　運営上の課題：職員の中の、看護・介護職員の60%が実施にあたって「大変」「面倒」な面もあるという声が聞かれた。特に「テーブル移動や利用者の移動」「排泄や口腔ケアの前倒し」といった準備面での負担が指摘された。効果の持続期間は、当日を含めた3日以内までという意見が多く、記憶に留めるための工夫も課題に挙げられた。

【考察】先行研究では、ドッグセラピーが不安感や抑うつ状態の改善に寄与するとされている。実際にアンケート結果から、効果の持続は3日以内とする回答が大半を占めるが、職員との会話が増加したというアンケート結果から、動物を介したケアが日常のコミュニケーションツールとして機能できることが示唆された。しかし、継続的な発展のためには、1. 準備や運営手順の見直しによる現場職員の負担軽減　2. 効果の可視化と持続への取り組み　3. 参加できなかった職員へのフィードバック体制の構築　4. アニマルセラピーへの理解を深めるための職員向け研修などが必要だと感じた。

【結語】今後もドッグセラピーを継続するためには、職員の負担軽減、より高い効果を得るための検討、さらに職員向けの説明会・研修を重ねて理解を深めることで、より質の高いセラピーの提供と利用者の更なる満足度向上が期待できると考える。

100-5　介護施設②

眠りSCANを活用した睡眠薬減量・中止への取り組み

福岡県・若久シニアビレッジ

○平山（ひらやま）　祐司（ゆうじ）（介護福祉士）、矢野　真吾

【目的】

高齢者は急な環境の変化への適応に時間を要するため、入所時に持参された睡眠薬は変更することなく継続されることが多い。しかし入所からしばらくすると、入所者のほとんどが変化に適応できるため、昼間の活動が安定し、夜間の睡眠導入がスムーズかつ中途覚醒後も再入眠できていると判断した入所者に対し、私たち職員は睡眠薬の使用が本当に必要なのか疑問を抱いた。そこで既に導入している眠りSCANを用いて客観的な睡眠評価を行い、睡眠薬減量・中止前後の評価をしたので報告する。

【方法】

睡眠薬を服用し、夜間の睡眠状態が安定している入所者7名を対象に、眠りSCANを用いて、睡眠薬減量・中止前後10日間の睡眠時間、睡眠潜時、睡眠効率、中途覚醒を比較・評価した。統計学的検討にはWilcoxon符号付順位検定を用いた。

また、機能訓練士（作業療法士）の日中の活動機能評価を基に睡眠薬減量・中止前後の活動機能を比較し、介護職員の日常生活援助時に変化を認めた時の記録を活用した。

【結果】

①　睡眠薬減量・中止前後で、平均睡眠時間（552分→533.6分、$p=0.7353$）、平均睡眠潜時（29.4分→30.6分、$p=0.9163$）、平均睡眠効率（76%→76%、$p=0.7349$）、平均中途覚醒時間（115.5分→108.4分、$p=0.2367$）のいずれにも有意差は認めなかった。

②　機能訓練士の日中の活動機能評価（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行）に変化はみられなかった。

③　介護職員が介入する日常生活場面では、起床時の歩行状態の改善を認めた入所者が1名いた。一方で、睡眠薬減量・中止に伴う有害事象は認めなかった。

【考察】

高齢者にとって環境の変化は心理的ストレスを引き起こしやすく、不安や緊張の高まりによって脳の覚醒レベルが上昇し、入眠困難を招くことが多いとされている。そのため、今回の検証では入所後に一定期間が経過し、施設の生活環境に適応した入所者を対象とした。高齢者は、環境が安定し生活リズムを整うことでサーカディアンリズムが改善し、睡眠の質が向上すると言われている。今回の検証においても環境に順応した対象者では、睡眠薬を減量あるいは中止しても睡眠状態の著明な悪化を認めなかった。

この結果は、環境変化に伴う心理的ストレスが軽減し、生活リズムが安定したことで睡眠障害の主要因が弱まり、薬物療法への依存度が低下した可能性を示唆している。さらに、本検証で用いた眠りSCANのデータは、入所者がどの程度の期間で施設環境に適応したかを客観的に把握できる指標となり得る。睡眠の安定化が確認できたタイミングを可視化できる点は睡眠薬の減量・中止を検討するうえでとても有用である。今後、眠りSCANによる経時的なデータを活用することで、個々の入所者に応じた睡眠薬調整の最適化が期待される。

【結論】

眠りSCANを用いた睡眠の可視化は、睡眠薬減量・中止を安全に検討するための有用な支援ツールになる可能性が示された。今後、当施設では、職員の日々の観察から生まれる主観的評価に、眠りSCANの客観的データを併用して入所者のケアに取り組みたい。

100-6　介護施設②

超強化型老健における在宅復帰支援でのご夫婦の看取りケア

大分県・介護老人保健施設　和光園

やまさき　のりひこ
○山﨑　規彦（看護師）

【目的】当施設は超強化型介護老人保健施設として在宅復帰支援を基本理念としている。一方で、「人生の最終段階を施設で迎えたい」という利用者・家族の希望も少なくない。本研究は、ご夫婦の在宅復帰支援と看取りケアを切れ目なくつなぎ、超強化型老健施設の役割とより質の高い看取りケアを目的とした。

【方法】ご夫婦の人生最終段階の経過を対象とし、F-SOAIP（生活支援記録）を用いて経過を分析。また、ACP会議で看取りの支援過程を振り返り考察を行った。さらに、多職種が協働し、支援シート、学習療法等のツールを活用し専門性を活かした看取りケアについて検証。

＜支援経過は以下の4段階に整理＞

① 夫婦の在宅復帰支援（夫の食事摂取量増加と体調管理）

② 再入所後の夫の看取り（食事摂取量低下に伴う状態変化への対応と好物の提供）

③ 妻へのグリーフケア（夫との死別による喪失感の軽減を目的とした支援）

④ 妻の看取りに向けた課題分析（人生最終段階における外泊支援を含む意思決定支援）

【結果】

ご夫婦の在宅復帰支援を実現した後、再入所となった夫に対し、医療的管理や介護、リハビリに栄養サポートチーム等の多職種で夫の看取りケアを行った。

夫の死後、妻に対してはグリーフケアを実施し、学習療法での職員や他の利用者との関わりで悲嘆や思いを表出できるようになった。その結果、妻は夫との死別を少しずつ受容し、自宅と施設での生活を穏やかに継続することができた。その後、妻も人生の最終段階を迎え、本人の希望や生活歴を尊重した看取りケアを実践し、他の利用者と普段どおり夕食摂取した夜、安らかに永眠された。

ACP会議を通じた情報共有と、支援シートを活用した本人の価値観の共有は、多職種によるタイムリーなケアの意思決定と、一貫した看取り支援につながった。

【考察】

人生の最終段階に寄り添う中で、「これで本当に良かったのか」と常に自問自答しながらの支援であったが、夫婦の看取りという貴重な経験から多くの学びがあった。当施設では入所時に利用者・家族から得た情報を基に支援シートを作成しているが、本事例を通して、その情報は終末期においてACP会議の重要な基盤となり、利用者の価値観や人生観を反映した「エンディングシート」としての役割を果たすことを実感した。超強化型老健では、「在宅復帰」と「看取り」を別々に捉えるのではなく、人生の最終段階まで切れ目ない連続したケアであることが示唆された。

101-1　介護施設③

食事応援依頼表と食事ミーティングを活用した多職種連携

三重県・ヴィラ四日市

○市川（いちかわ）　扶美子（ふみこ）（言語聴覚士）、中野　敏和

【背景・目的】

本施設では 2018 年以前から、利用者の食事に関する多職種間での話し合いによる職員の意識向上を目的とした食事ミーティングを開催している。2019 年に個別性を生かした全ユニット型施設となったが、床数増加によって食事介助に関するマンパワー不足が生じ、食事介助の安全性の確保が困難となった。人員不足改善のため、多職種がフォローする体制をとったが、応援が必要なユニットや人数が不明確であり、担当者に個別に確認する時間と手間を要していた。そこで、職員の動きを効率化し、多職種との連携を強化させ、利用者一人一人に安全な食事支援を提供することを目的に、2021 年より施設内 LAN 共有による食事応援依頼表の運用という新たな仕組み作りに取り掛かった。

【方法】

食事応援依頼表（以下、応援表）と食事ミーティング（以下、ミーティング）に関して本施設職員にアンケート調査を行った。対象は介護職 18 名と他職種 13 名とした。なおアンケートは介護職員用と他職種用の 2 種類を作成した。

【結果】

介護職員 13 名と他職種 13 名から回答が得られた。アンケートの結果から、応援表の導入により、ユニットの食事応援状況の全体像と、必要度が事前に把握できるようになった。応援を依頼する際も、介護職員が他職種に応援を依頼する手間と、他職種がユニットに応援の必要性を確認する時間が短縮され、双方の負担が軽減した。また、ミーティングを通じて、利用者の状態把握、情報の活用がしやすくなり、他職種の役割や視点の理解が得られた。また、他職種が担当外ユニットに応援に入る際も、ミーティングの情報が役立っており、ミーティングの開催の有効性が示唆された。一方で、他職種からは「現場の現状と依頼内容の不一致」「入力者やタイミングによる情報のバラつき」など入力ルールの不統一に関する意見が挙げられた。また、介護職員からは「応援表の入力ルールが不明確」「現場に余裕がなく入力が困難」といった意見がみられた。

【考察】

応援表の導入によって、情報が可視化され、応援依頼状況の把握が容易となったことで、依頼時の手間や業務負担の軽減に繋がった。また、マンパワー不足のユニットに多職種が適切に配置できる環境を整備したことで、焦りや不安なく食事介助ができるようになり、その結果、食事介助への心理的、身体的負担が軽減され、食事介助の安全性向上に寄与したと考えられる。また、多職種の現場介入とミーティングを連動させる事で、介護職員と多職種が日常的に連携できる体制の構築に繋がったことが示唆された。介護職のミーティング参加は業務上の制約により難しいものの、情報は電子カルテや口頭伝達等で補完し、現場に還元させることで、現場と会議が分離しないシームレスな関係性と循環型の支援体制が形成されていると考える。ミーティングという対話の場は、カルテや記録による一方的な情報伝達ではなく、参加者同士が相互に意見交換をすることで双方向のやり取りが可能となる重要な場である。対話による多職種での意見交換、知識の共有は、気づきや発見の機会となり、視点や視野が拡大する。その知識を利用者へ還元していくことで、職員のケアの質が向上し、個別性を生かした支援に繋がると考える。一方で、運用ルールの明確化や情報伝達不足などの課題も残されており、情報共有方法のさらなる工夫、改善が今後の課題である。

101-2　介護施設③

介護老人福祉施設での短期集中個別リハビリテーションが及ぼす影響～動作能力への効果について～

1 香川県・橋本病院、2 千里リハビリテーション病院

○中島（なかしま）　由美（ゆみ）（理学療法士）[1]、田邊　夏美[1]、尾山　直樹[1]、平井　光広[1]、篠原　智哉[1]、纐纈　功[1]、
福田　真也[1]、松本　猛[1]、中村　春基[2]

【目的】

介護老人福祉施設は要介護高齢者の生活施設として、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う場として定められているが、機能訓練の担い手としてのリハビリテーション専門職の専従配置は少ない。そこで今回我々は、介護老人福祉施設入所者を対象に、理学療法士、作業療法士による残存機能の評価と機能・ADL の底上げを行う事を目的に短期集中個別リハビリテーション（以下個別リハ）の介入を行い、一定の成果を上げたため報告する。

【対象及び方法】

対象は、医師から介入許可があり、内科的、整形外科的リスクがなく、本人および家族から、介入の同意を得られた 18 名。内訳は男性 5 名、女性 13 名、平均年齢 86.8 才、平均介護度 3.7。介入頻度は 40～60 分/回、週 3 回、3 ヶ月間の計 36 回。

介入計画は、関節可動域、筋力、姿勢アライメント、バランスや疼痛、環境面など、各機能を総合的に評価し、入所者ごとに動作能力の課題と目標を設定した。

介入内容は、関節可動域練習、筋力強化練習、座位・立位練習、移乗・歩行練習、環境調整等を実施。アウトカムは下肢筋力、関節可動域、FIM、MMSE 等で評価した。

【結果】

途中で体調不良や入院等で 13 名が中断。介入が完遂できた 5 症例の内訳は男性 3 名、女性 2 名、平均年齢 84.2 才、平均介護度 3.6、平均入所期間 32.8 ヵ月であった。全症例に下肢筋力および関節可動域の改善を認め、また移乗能力を中心に FIM の改善を認めた。

長期間離床機会のなかった症例では、立位・歩行練習を通して移乗動作が 2 人介助から 1 人介助へ改善した。さらに、能動的な運動機会の提供により、自発性の向上や動作への抵抗感の軽減、看護・介護職による移乗を中心とした介助方法の変化がみられた。一方で、疼痛や認知機能低下などの要因により、身体機能の改善が ADL 向上に結びつかなかった症例も認められた。

【考察】

介護老人福祉施設の入所者は、離床時間は確保されていても座位活動が中心で、立位を介しての移乗や歩行機会が少ないのが現状である。そのため下肢荷重機会が減り、廃用や関節可動域制限を生じやすい生活となっている。

3 ヶ月の短期間で介入が完遂したのは 5 症例ではあったが、今回の取り組みを通し、全例で何らかの身体機能の改善を認め、移乗を中心に若干ではあるが介助量の軽減も図ることができた。これは、各機能を総合的に評価し、入所者ごとに動作能力の課題と目標を設定し、残存機能を適切に活用することの重要性を示唆する。加えて、個別リハの成果が看護、介護ケアへの汎化も見られ、リハビリテーション専門職の介入の意味を示すものであったと言える。

101-3　介護施設③

語りから始まるナラティブケア～利用者の価値観を活かした個別支援の実践～

福岡県・若久シニアビレッジ

○中野（なかの）　美咲（みさき）（介護福祉士）

【目的】

当施設ではナラティブケアの一環として外出支援等を行ってきたが、支援が職員主導となり、利用者様一人ひとりの生活歴や価値観に基づいた個別性が十分に反映されていないことに課題を感じていた。ナラティブケアは、利用者様の語りを丁寧に聴き取り、その人らしさを尊重した支援につなげるケアである。そこで今回外出支援ではなく、語りをもとに活動内容を見直し、日常生活にどのような変化が生まれるかを検討した。本報告では、興味・関心の方向性が異なる２名の利用者様を対象に実施した事例を通して、ナラティブケアの効果を考察する。

【方法】

令和７年度全18名の情報収集を行い、生活スタイルの特徴が異なる２名を選定した。１名は「本を読む、野菜を育てる」といった個別での活動を好み、もう１名は「人との交流や雰囲気を楽しむ」ことなど集団での活動を好む語りがみられた。両名に対し、①基本情報、②生活歴、③現在の思い、④好み・価値観、⑤ケアに関する要望を改めて情報収集を行った。その後情報をもとに活動を見直し、活動前後の変化を「関係性スコア（1：関わり拒否、2：受け身、3：反応あり、4：会話成立、5：自発的交流）」を用いて分析し、表情・会話量・参加意欲など総合的に観察した。

【結果】

● 利用者Ａ（個別活動を好む方）「古典文学を読んでいた」と語られ、読書を好む習慣があった。また、家庭菜園の経験についても「自分が育てた野菜を義母が喜んで食べてくれた」と話されるなど、印象深い思い出として語られていた。そこで、読書や絵を描く活動など一人で取り組める活動を継続するとともに、本人の人生経験を活かした畑での野菜作りを実施した。活動前の交流スコアは1(受け身)であったが、野菜を育てる・収穫する・他の利用者に食べてもらうという一連の体験を通して表情が明るくなり、他者との会話も増加した。また、収穫した野菜を絵に描いて記録する活動にも自発的に取り組む姿がみられた。さらに、読書で得た知識や思い出について語る機会も増え、自身の経験を周囲に伝える場面がみられるようになった。これらの活動を通して交流が促進され、活動後の交流スコアは３（会話成立）まで向上した。

● 利用者Ｂ（集団活動を好む方）「人との交流や喫茶店の雰囲気や場所を好んでいた」や、「良く手伝いを任されていた」という語りがあった。活動前は会話があるものの、自発的な関わりは少なくスコア１（受け身）の傾向が強かった。しかし、活動が始まると喫茶店の落ち着いた雰囲気に触れ、心地よさを感じた様子がみられた。また、準備や配膳を任されると主体的に動き始め、会話も増加した。その結果、活動後にはスコア３（会話成立）や４（自発的交流）に達する場面が増え、自ら交流しようとする姿がみられた。喫茶店という環境と役割の提供が、その人らしい関わりを引き出したと考えられる。

【考察】

語りに基づく個別的なナラティブケアは、利用者様の主体性ややりがいの向上がみられ、その変化は関係性スコアの上昇として示された。過去の経験や価値観に寄り添う関わりは生活の質の向上にもつながる。今後も語りを継続的に収集し、日常ケアへ自然に取り入れることで、よりその人らしい生活を支える支援が可能になる。語りは人生を映す大切な手がかりであり、職員間で共有することで深い理解に基づいたケアが実現できる。これらの成果を踏まえ、利用者様一人ひとりの人生に寄り添う支援を今後も継続していきたい。

101-4　介護施設③

介護付き有料老人ホームにおける生活リハビリ導入による ADL 維持向上への取り組み

福岡県・メディカルケア南ヶ丘

○馬場（ばば）　珠美（たまみ）（理学療法士）、黒木　一史、駒井　浩子、川邉　美由喜、梅野　桐子、太郎良　篤史、
前田　俊輔

はじめに

介護付き有料老人ホームは、身体介護や生活支援を受けながら生活する施設であるが、その中で ADL や認知機能を維持することも必要とされる。その為には、生活の中で残存機能を発揮し、少しでも活動する機会を得ることが、ADL や認知機能を維持することにつながる。しかし、安全性や業務効率の観点から介助中心となりやすく、過介助となってしまっている部分もある。また高齢者は体調の変動が多く、体調増悪や入院に伴う廃用によって ADL が低下することも少なくない。その為、体調変化の早期発見と重症化予防が重要となり、体調管理を基盤に生活場面での活動性確保が必要となる。今回、残存能力が発揮でき、少しでも本人が出来る事は行なっていただく「生活リハビリ」への取り組みを試みた。

目的：生活リハビリを行なうことで、入居者様の身体機能や認知機能の維持、意欲の向上を図る。

方法：実施期間：令和 8 年 1 月～6 月
対象者：機能訓練士が ADL 向上もしくは低下のリスクがあると予測した 17 名（平均介護度 2.8）
機能訓練士が、対象者の能力に応じた ADL や基本動作、介助方法を介護職員へ伝達し、生活リハビリとして機能訓練士、介護士が生活の中で実施した。
伝達方法としては、月 1 回、多職種会議を開催し、機能訓練士から取り組み内容を提案した。
取り組み内容は安診ネットでの申し送り、生活場面への掲示により共有し、1 ヶ月後、取り組みに対する振り返りを実施、問題点の抽出や継続を話しあった。
実施前には安診ネットを用いてバイタル情報や体調変化、申し送りでの特記事項の確認を行ない、安全に実施可能かを判断した。評価項目は、取り組み実施状況および BI の変化とした。

結果：対象者 17 名中、実施できた者 11 名（65%）、一部実施できた者 3 名（18%）、実施できなかった者 3 名（18%）であった。実施できた内容は、移動に関する内容 8 件、排泄に関する内容 2 件、その他 1 件であり、移動、排泄が大半を占めた。実施できた 11 名の BI の変化としては、向上 4 名（24%）、維持 7 名（41%）、低下 0 名（0%）であり、維持・向上率 100% であった。また実施できた者を実施群、一部実施できた者・実施出来なかった者を非実施群として BI の変化を比較すると、実施群は平均 50.0 から 53.4 へ向上し、非実施群は平均 39 から 37.5 へ低下した。

考察：生活リハビリとして、主に移動と排泄に介入したことは、ADL の維持向上につながった。これは生活場面での実施頻度が高い一方、安全面や業務効率から過介助となりやすく、介助方法を統一し毎日何度も生活リハビリとして実施したことで、BI の維持および改善が得られたと考えられる。また、安診ネットの活用により、体調管理や生活状況を把握することができ、生活リハビリを安全に継続する事ができた。介護付き有料老人ホームにおいても、生活リハビリの実施が、ADL 維持向上に寄与した可能性が示唆される。一方で、一部実施例も認められ、職員間の意識や関わり方の違いが課題として示唆された。今後も生活リハビリに対する職員の意識向上、定着を図り、多職種で ADL の維持向上を支援していきたい。

101-5　介護施設③

慢性期におけるユニットケアの模索

茨城県・御前山フロイデガルテン

○石川（いしかわ）　和範（かずのり）（介護福祉士）

【目的】当施設は茨城県で開設当初からユニットケアについて学びを深め、県内で早くから取り組み始めた施設です。
しかしながら、開設から25年がたち、開設当初からずっと同じ場所で努めている職員もほとんどおらず、開設当初の施設が大切にしていた「思い」や「役割」も、いつしか忘れ去られようとしています。
そこで私は、ユニットケアについて再び知識を取得し、当施設でのユニットケアを再構築したいと思い、取り組みをしようと考えました。
【方法】
①まずは仲間づくり
ソフト、ハード面、どちらから始めるにしても、一人ではできない。
ユニットの職員に、他の施設でユニットケアをしていた方がいた。
リーダー気質を感じたので、リーダーに推薦。
ひとまずそのユニットから、改善活動に取り組むことにした。
②ミスを気にせず、ひたすらトライ＆エラー
ユニット内にも、なぜ今更そんなことを、と話す方もいた。
しかし、何度も話して、利用者様ができることを増やし、過ごしやすくなる為の仕組み作りを試行錯誤しながら実施した。
代表的な物としては
・ユニットでご飯を炊く
・表札を作る
・廊下の入口にポストを置く
・フロアに少人数が集える居場所づくりをする
上記のことから実施することにした。
【結果】
・一番先に動きが出たのは、廊下の入口にポストを置いたことだった。
そこに施設で契約している新聞を入れ、男性利用者様に取りに行ってくれるようお願いしたところ、進んで動いて下さるようになった。
男性が活動的になった事で、施設の日課が少しづつ変わり始めたような感じを受けた。
・次に変化が出たのは、フロアに少人数が集える居場所づくりをした事だった。ユニットに、テレビの数を増やし、椅子やローテーブルを配置し、パーテーションを設置し、利用者様に使用してもいい話をした。また、テレビを好きな時間好きな番組を見れるようになった事で、今まで部屋の中にすぐに入ってしまう利用者様がその場所でくつろいで下さるようになり、生活のなかでやることが増えたことを実感できた。大きな動きがみれたのは、以上の2つであったが、利用者様の生活についていろいろ考える機会ができ、大変良い経験となった。
【結論】
・利用者様の数だけサービスの在り方も違う
15人のユニットで、2～3人の動きが変わるだけで、その利用者様の生活の質をあげることができる。
・利用者様本位で動けるようになると、職員の仕事の進め方が変わるきっかけとなる
以上の点で、変化を感じることができた。
現在は入所の1ユニットしか変化を起こせていないが、今後はショートユニットでも改善を実施し、もっと動きのあるケアを生み出せるようにしていきたい。

101-6　介護施設③

併設病院との連携強化により短期入所生活介護利用者の体調悪化時対応及び在宅復帰期間短縮につながった検討

長崎県・介護医療院　恵愛荘

○荒木（あらき）　駿太（しゅんた）（相談員）

【目的】当事業所は介護医療院恵愛荘に併設する短期入所生活介護 20 床（H25 開設）である。これまでご利用者の体調不良や急変時には、かかりつけ医や家族へ連絡し、その判断を仰いだうえで受診・入院調整を行っていた。しかし、判断や搬送調整に時間を要し、急性期病院への入院や慢性期病院への転院を経ることで、在宅復帰までに長期間を要することが課題であった。そこで、当施設併設の病院（療養病床・地域包括ケア病床）と連携を強化し、体調悪化時には速やかに診察・入院治療へつなぐ体制を整備した。本取り組みが初期対応、入院治療、在宅復帰までの期間およびご利用者に与えた影響を検討した。

【方法】対象は、令和 7 年 6 月から令和 8 年 5 月までの一年間に短期入所生活介護利用者のうち、体調面の悪化により医療対応を要した 18 例とした。診療録、看護記録、介護記録、入退院記録をもとに後方視的に調査した。調査項目は、年齢、性別、要介護度、認知症の有無、利用目的、平均利用日数、日勤帯・夜勤帯の職員配置、急変発生時間帯、急変理由、入院理由、入院先、入院日数、体調不良時から在宅復帰までの日数、在宅復帰の可否、ADL および QOL に関する変化とした。連携強化前後で比較検討した。

【結果】対象者の平均年齢は 89 歳、男性 5 例、女性 13 例、要介護度は平均 3.1 であった。体調不良時の理由は肺炎、尿路感染症、心不全増悪、転倒骨折などであった。連携強化後は、事前相談により、受診を挟まずに直接入院が出来るようになり、発見から在宅復帰までの平均入院期間が取組前の約 115 日から約 75 日へ大幅に短縮し、ADL 低下の防止や表情・食欲・生活リズムの安定などにつながった。

【考察】併設病院との日頃からの連携強化により、急変時の判断・受診対応時間が短縮され、早期の医療介入と入院治療につながった。その結果、在宅復帰までの期間が短縮し、ADL 低下の防止やご利用者の QOL の維持・向上に寄与したと考えられる。また、入院中から法人連携室と協働して退院支援を行ったことも、在宅復帰までの期間短縮に寄与したと考えられた。短期入所生活介護において、併設病院との迅速な医療連携体制は、利用者の在宅生活継続を支援するうえで有用であることが示唆された。

102-1　スタッフ育成①

外国人介護職員育成への取り組み

北海道・聖ヶ丘病院

○斉藤（さいとう）　真奈美（まなみ）（介護福祉士）、野口　美賀、佐藤　麻里、田高　紀子

目的

A 病院では日本人介護職員（以降日本人職員）の確保が難しい状況を背景に、2021 年からミャンマー・中国出身の外国人介護職員（以降外国人職員）を雇用している。しかし、言語や文化の違いにより口頭指示が伝わりにくい、コミュニケーションが難しいなど育成上の課題が多くみられた。そこで本研究は、母国語を活用した視覚的教材と段階的な研修の有効性を検証することを目的とした。

研究方法

外国人職員 13 名、日本人職員 64 名を対象に事前アンケート、動画を用いたオリエンテーション、先輩外国人による通訳を含む 1．3．6 か月のフォローアップ研修を実施し、理解度と満足度を評価した。

結果

事前調査では、日本人職員は外国人職員の業務理解や技術が低い評価となった。外国人職員も「話の理解」が最も困難と回答していた。これを踏まえ、母国語の介護技術動画を作成し、入職時の視聴と通訳支援を導入した結果、外国人職員全員が「非常に理解しやすい」と評価し理解度の向上と安心感にもつながった。

研修は難易度を段階的に設定し、1 か月では基本技術、3 か月では個別性を踏まえた観察・報告、6 か月では申し送りを含む高度な判断を求める内容とした。技術習得には項目ごとに差があり、車椅子介助は早期から高評価だった一方、ストレッチャー介助は 3 か月で一時的に評価が低下した。これは実践機会の差や安全配慮の不足が、難易度上昇により顕在化したためと考えられる。6 か月では、患者の全体像を理解する難しさや観察への不安が示され、介護の本質的理解が進んだ段階での問題が浮き彫りとなった。

考察

母国語支援と視覚的教材の活用は理解度を高め、研修の受け入れやすさを向上させた。また、外国人介護職員と日本人介護職員が評価表を共有することで成長過程を可視化し、双方が学び合う「共育」の効果が得られた。段階的な達成目標の設定は、外国人介護職員の成長に応じた指導を可能にし、心理的安全の確保には先輩外国人の存在が大きく寄与した。

結論

1．外国人と日本人両者による評価表の共有は共育の効果が期待できる
2．母国語の教材活用や先輩外国人の通訳による研修は、理解度が高く研修の質と受け入れやすさを高める
3．達成目標を段階的にすることで、外国人の成長過程を理解しながら指導できる

102-2　スタッフ育成①

グループ内2病院におけるリハビリテーション提供量と質的成果の比較検討

1 大阪府・泉佐野優人会病院、2 岸和田平成病院

○西村（にしむら）　卓也（たくや）（理学療法士）[1,2]、辻中　椋[1]、阪本　峰[2]

【目的】

回復期リハビリテーション(以下、リハ)病棟の運営において、リハ提供量の確保と質の維持・向上の両立は重要な組織課題である。当グループの2病院(岸和田平成病院・泉佐野優人会病院)では、2025年度に計27名の新入職者を迎え、大幅な体制拡充を図った。この増員の影響を現場の実績と意識の両面から検証する必要がある。本研究の目的は、両院の比較分析を通して、リハ提供量の向上が実績指数に与える影響を検証するとともに、体制拡充を支える教育・運営体制が多忙な現場職員の成長実感や活力にどう寄与しているかをスタッフ育成の観点から包括的に明らかにすることである。

【方法】

既存データを用いた後ろ向き観察研究および横断研究とした。

対象は両病院のリハ職および回復期リハ病棟の入院患者とした。

2024・2025年度における両院の①平均リハ提供量（総単位数等)、②臨床アウトカム（実績指数、FIM利得等)、③教育・運営体制のデータを抽出し、両院間での比較・関連性の検証を行った。

さらに2026年4月、回復期リハ病棟配属3年目以上のスタッフ35名を対象に無記名質問紙調査を実施し、負担感、成長実感、意欲等の心理的側面を調査した。

評価項目は業務負担感、時間的余裕、自己成長実感、職場満足度(Numerical Rating Scale：0～10点)およびやりがい・没頭・活力(5件法）とし、職場環境に関する自由記述を収集した。

統計解析にはスピアマンの順位相関係数を用い、アンケート結果は記述統計にて集計した。有意水準は5% 未満とした。

【結果】

質問紙調査の回答率は94% であった。

実績分析の結果、平均単位数（提供量）と実績指数の間には両院ともに有意な正の相関を認めた（$p=0.564$, $p<0.01$)。教育面においては各育成指標が前年度を上回り、定期的な面談実施率100% を維持した。

意識調査では、業務負担感が6.5、時間的余裕が3.8であり、業務量増加に伴う現場の負担の強さが示された。しかし一方で、自己成長実感は6.3、職場満足度は6.0と高い数値を推移しており、やりがい（64.5%)、没頭（61.3%)、活力（48.4%）の各項目において肯定的回答が多数を占めた。

両院の比較において、これら質問紙調査の各指標の傾向や数値は概ね同様であった。

なお、自由記述からは職場環境や業務体制への改善要望が多数抽出された。

【考察】

リハ提供量の増加が実績向上に直結することが定量的に示された。

体制拡充に伴う多忙さから業務負担感の強さが示されたものの、スタッフが高いやりがいや活力を維持できている背景には、面談実施率100% の維持に加え、定期的な勉強会や先輩スタッフによる業務同行といった、両院で共通して展開された継続的な教育支援体制が現場の精神的・技術的支えとなったためと考えられる。

今後は自由記述から抽出された現場の声を真摯に運営へと反映させ、業務効率化や環境整備を進める必要がある。

【結論】

体制拡充期におけるリハ提供量増加は質的成果を担保するが、現場への負担も大きい。多忙な環境下でもスタッフのやりがいと成長を支えるためには継続的な育成支援が不可欠であり、今後は現場の声を反映した「負担軽減」と「質の担保」を両立するマネジメントの追求が求められる。

102-3　スタッフ育成①

15分AIアニメ動画による摂食嚥下教育の実践―楽しみながら学べる院内研修を目指して―

山口県・宇部リハビリテーション病院

○林（はやし）　千恵（ちえ）（看護師）、米村　礼子、東　栄治、西島　陽子

【目的】

当院ではこれまでNSTを中心に摂食嚥下に関する院内研修を継続してきた。しかし、研修内容の固定化や新型コロナウイルス感染症流行に伴う集合研修の制限などにより参加率が低下し、継続的な学習機会の確保が課題となっていた。そこで、短時間で視聴可能かつ興味を持って学習できる教育手法として、生成AIを活用した15分程度のアニメ動画による摂食嚥下教育をシリーズ化した。また、各病棟のリンクナースと摂食嚥下チームが連携し、学習内容を実践へつなげる取り組みを行ったため、その実践内容と途中経過について報告する。

【方法】

摂食嚥下チーム医師が生成AIを活用してアニメ動画を制作し、看護師、リハビリテーションスタッフ、管理栄養士、薬剤師、放射線技師が声優や解説スライドの作成を担当した。動画は月1回程度院内配信し、「角度の魔法（誤嚥予防のためのポジショニング）」「スプーンの一口はラブレター（適切な一口量）」「伝言ゲームは卒業せよ（多職種への相談方法）」「お口の掃除は肺を守る（口腔ケア）」など、日常業務で活用しやすいテーマを設定した。テーマ名は一般的な研修タイトルではなく、内容を連想しやすく親しみやすい表現に変換することで、職員の興味・関心を喚起し、自発的な視聴につなげることを意図した。視聴後にはテーマに沿った確認問題を実施し、学習内容の振り返りを促した。リンクナースは各病棟において動画視聴の促進や内容の共有を行い、現場での実践状況の確認やスタッフからの相談内容を摂食嚥下チームへつなぐ橋渡し役を担った。また、配信後にアンケートを実施し、さらに「明日から業務でどのように活かすか」を記述してもらうことで学習効果や満足度について評価した。

【結果】

現時点で複数回の動画配信を実施した。アンケートでは、「楽しく学べた」「短時間で視聴しやすい」「アニメ形式で理解しやすい」などの意見が多くみられた。また、「食事介助時の一口量を意識するようになった」「ベッドアップ角度や頭頸部のポジショニングを実践できるようになった」など、日常ケアへの活用を示す回答も得られた。さらに、「タイトルが気になって視聴した」「続きが楽しみだった」「内容をイメージしやすかった」といった意見もみられ、親しみやすいテーマ名が視聴動機につながったことがうかがえた。リンクナースが病棟内で内容の共有や実践の働きかけを行うことで、摂食嚥下に関する相談や情報共有の機会が増加につながった。また、多職種が教材制作に参加したことにより、摂食嚥下支援に対する共通認識の形成や連携意識の向上も認められた。

【考察】

生成AIを活用したアニメ動画による教育は、従来の講義形式と比較して興味・関心を引き出しやすく、短時間で効率的な学習機会を提供できる可能性が示唆された。一方で多様な対応が必要な臨床現場とは異なり、One theme, one action.になり易いためアニメの内容を解読スライドで捕捉する形とした。また、身近な事例を取り入れた映像教材や親しみやすいタイトルは学習への心理的ハードルを下げ、理解促進と実践行動への動機づけにつながったと考える。さらに、リンクナースが病棟スタッフと摂食嚥下チームをつなぐ役割を担うことで、教育内容の現場への浸透や実践の定着が促進された。加えて、多職種による教材制作は作成者の学習意欲向上につながり、受講者においても摂食嚥下ケアへの関心や実践意欲を高める一助となった。今後は視聴率や知識定着度、実践行動への影響について検証し、教育効果の評価を進めていきたい。

102-4　スタッフ育成①

オンデマンド配信と少人数制を組み合わせた院内勉強会の有用性の検討

鹿児島県・キラメキテラスヘルスケアホスピタル

○本村（もとむら）　洸人（ひろと）（言語聴覚士）、上村　章、平川　智士、福留　大輔

【はじめに・目的】リハビリテーション部門における院内勉強会は、スタッフの臨床スキル向上に不可欠である。しかし、当院で実施した事前アンケートでは「業務多忙による時間の制約」や「一方的な形式での集中困難」が参加への大きなハードルとして浮き彫りとなった。同時に、今後のあり方として「見返せる録画配信（アーカイブ）」の要望や、「少人数で質問・ディスカッションしやすい環境」を求める声が多く寄せられた。そこで本取り組みでは、参加負担の軽減と勉強会に対する満足度の向上を目的に、生成 AI を活用したオンデマンド配信と少人数制を組み合わせた新たな勉強会システムを試行し、その有用性と課題を検討した。

【方法】当院リハビリテーション部に所属する 75 名を対象に事前アンケートを実施した。その結果をもとに、現状少人数で構成されている小児リハビリテーション担当者 8 名、言語聴覚士 10 名を対象に個人情報を含まない自作の勉強会資料を用いて勉強会を行った。また勉強会資料の作成に関しては準備負担軽減を目的に、一部画像生成等で AI を使用した。勉強会実施後、以下の 2 パターンのコンテンツを作成。職員間のコミュニケーションツール（LINE グループ）を通じて配信を行った。1. AI 生成コンテンツ：自作資料を生成 AI に入力し、自動生成された音声や動画を用いた形式。2. リアル録音コンテンツ：自作スライドに、実際の勉強会時の録音音声を組み合わせた形式。配信後、各コンテンツや少人数制という実施環境に対する反応・意見を聴取し、受講形態としての妥当性を比較検討した。

【結果】2 つの配信形式を比較した結果、「2. リアル録音コンテンツ」の方が好評を得た。AI による均質な音声よりも、講師の抑揚や臨場感が伝わる実際の音声の方が、理解促進や関心の維持に有効であることが示唆された。一方で、AI の活用は資料の音声・動画化にかかる作成時間の大幅な短縮に寄与した。また、対象を 10 名未満の少人数に絞った運用についても「気軽に質問や意見交換ができ、集中しやすい」と参加者から高く評価された。時間を選ばないオンデマンド配信の利便性と、心理的安全性が確保された少人数制の組み合わせは、従来の「多人数・一斉参加型」の課題を補完する上で有用であった。

【考察】本試みより、時間を選ばないオンデマンド配信と、心理的安全性が確保された少人数制を組み合わせた「ハイブリッド配信」は、業務多忙なスタッフの学習機会保障と満足度向上に有効である可能性が示唆された。また、生成 AI の活用については、事前アンケートで課題となった「発表準備の負担」を劇的に軽減する手段として極めて有用であった。一方で、受講者の満足度を引き出すためには、現段階では実際の肉声（臨場感）が持つ独自の価値が高いことが判明した。「AI による作成の省力化」と「肉声や少人数による学習体験の質」をどうバランス良く両立させるかが今後の鍵となる。最大の課題である情報共有プラットフォームのセキュリティ対策については、より実践的な臨床内容（症例検討など）を扱うために、院内ガイドラインに準拠したセキュアなシステムの構築が急務である。今後は情報漏洩リスクを排除しつつ、テクノロジーとアナログのメリットを活かした持続可能な教育体制の確立を目指す。

102-5　スタッフ育成①

回復期リハビリテーション病棟における看護観の共有を目的とした段階的教育プログラムの実践

山口県・宇部リハビリテーション病院

○前田（まえだ）　和子（かずこ）（看護師）

【目的】

回復期リハビリテーション病棟では、患者の残存機能を活かしながら生活再建を支援することが求められる。しかし、当病棟ではスタッフの経験年数やこれまでの勤務領域が異なることから、回復期リハビリテーション看護に対する認識や実践に差がみられていた。また、患者主体の支援よりも業務効率や安全性を優先した関わりが散見されていた。そこで看護部教育担当が中心となり、回復期リハビリテーション看護の理解促進と看護観の共有を目的に、段階的教育プログラムを実施したため報告する。

【方法】

A 病院回復期リハビリテーション病棟スタッフを対象に、令和 8 年 1 月から 5 月にかけて 4 回シリーズ研修を実施した。内容は、第 1 回「回復リハビリテーション看護とは」、第 2 回「回復期リハ病棟でまず何を見るか～アセスメントの前に揃えたい観察の視点～」、第 3 回「ゴールから考えるアセスメントと記録」、第 4 回「回復リハ看護とは何か～生活を支える看護～」とした。研修終了後に自由記載による振り返りを実施し、記述内容を質的に分類・分析した。

【結果】

振り返り内容から、①残存機能を活かす関わり、②患者のできていることへの着目、③患者に寄り添うコミュニケーション、の 3 カテゴリーが抽出された。残存機能を活かす関わりでは、「先回りして介助していた」「患者を待つことを意識したい」などの記述がみられた。患者のできていることへの着目では、「良いところを見つけたい」「できていることを記録に残したい」などの意見がみられた。患者に寄り添うコミュニケーションでは、「患者の気持ちを考えた関わりをしたい」「認知機能が低下した患者への声かけを工夫したい」といった記述がみられた。

【考察】

研修を通して、スタッフは自身の看護実践を振り返り、「やってあげる看護」が患者の自立を阻害する可能性に気づき、残存機能を活かした支援の重要性を再認識していた。また、患者のできていることや強みに着目する視点は、回復期リハビリテーション病棟に求められる生活再建支援への理解を深める契機となったと考える。さらに、「待つ」「見守る」「患者の気持ちに寄り添う」といった共通した学びが抽出されたことから、回復期リハビリテーション看護に求められる価値観の共有が促進されたことが示唆された。回復期リハビリテーション病棟において看護観を共有することは、患者主体の支援を推進し、病棟文化の醸成につながる重要な取り組みであると考える。

【結論】

段階的教育プログラムの実施により、スタッフは回復期リハビリテーション看護の役割を再認識し、患者主体の支援に向けた看護観の共有につながった。今後は実践への定着状況を継続的に評価し、病棟全体の看護実践へ発展させていくことが課題である。

102-6　スタッフ育成①

地域包括ケアシステムに関する継続教育の取り組み―当院作業療法士の認識変化を通して―

東京都・永生病院

○上野（うえの）　繕広（よしひろ）（作業療法士）、倉崎　誠、益山　愛理、平賀　美友、髙橋　弥惠、米沢　夢野、細貝　茉莉江

【目的】

地域包括ケアシステム（以下、地域包括ケア）の推進において、当事者が住み慣れた地域でその人らしく生活を継続できるよう、生活支援や社会参加支援を担う作業療法士（以下、OT）の役割は重要である。

当院は、急性期から慢性期までの機能を有するケアミックス型病院であり、「街づくり・人づくり・想い出づくり」の理念のもと、地域生活を見据えた支援体制づくりに取り組んでいる。しかし、病棟勤務の OT は院内業務を中心とした関わりになりやすく、地域生活を意識した支援や地域包括ケアへの認識には部門内で差がみられていた。そこで OT 部門の教育マネジメントの一環として、地域包括ケアに関する継続教育を実施した。

本報告では、2024～2025 年度に実施したアンケート調査を通し、継続教育による OT の地域包括ケアに対する認識（理解度・実行度・関与度）および具体的な取り組みの変化を把握することを目的とした。

【方法】

対象は当院に勤務する OT とした。倫理的配慮として、対象者には調査の目的、データの学術利用、無記名による個人情報保護、および回答は任意であることを口頭とアンケートにて説明した。

2024 年 5 月に初期評価としてアンケート調査を実施した（回答 42 件）。調査項目は、地域包括ケアに対する理解度・実行度・関与度（5 件法）および自由記述とし、「地域包括ケアをどのようなものと考えているか」ならびに「自身が実施している具体的な取り組み」を聴取した。

2024 年度には、地域包括ケアに関する勉強会を月 1 回 30 分程度、計 7 回実施した。勉強会は院内講師および外部講師により実施した。2025 年 5 月に最終評価として同様のアンケート調査を実施した（回答 36 件）。初期評価と最終評価の結果を比較した。

【結果】

1 年間の勉強会実施後、認識に大きな変化が認められ、実行度・関与度にも一定の変化が認められた。理解度では、「理解している」と回答した割合が 38.1% から 83.4% へ増加した。一方、実行度は 31.0% から 41.7%、関与度は 23.8% から 33.3% への増加に留まり、理解度と比較すると変化は小さかった。

自由記述では、初期評価時に「退院支援」「情報提供」「サービス調整」など定型的な院内業務を中心とした記述が多く認められた。一方、最終評価時には、「社会参加」「地域資源の活用」「認知症ケア」「福祉用具提案」「サービス担当者会議への参加」など、地域生活を意識した多角的な生活支援に関する記述が増加した。また、「住み慣れた地域でその人らしく生活する」といった地域包括ケアの理念に関する記述も多く認められた。

【考察】

本取り組みでは、地域包括ケアに関する継続教育を実施するとともに、教育前後でアンケート評価を行うことで、OT の認識変化を把握した。その結果、理解度の向上に加え、自由記述では院内支援中心の記述から、社会参加や地域資源活用など地域生活を意識した記述への変化が認められた。また、実行度および関与度についても一定の増加が認められた。

これらの結果から、本取り組みは地域包括ケアに関する知識習得だけでなく、OT が対象者の生活をより広い視点で捉える契機となった可能性が示された。一方で、理解度の向上に比べて実行度・関与度の変化は小さく、実践への展開には課題が残ることも明らかとなった。

なお、本調査は自己評価によるアンケート調査であり、実際の行動変容や地域連携実践を客観的に評価したものではない。今後は、地域との連携や事例共有など、学習内容を実践へ結び付ける機会を創出するとともに、実践場面における行動変化についても検討していく必要がある。

103-1　スタッフ育成②

プリセプターの新人看護師指導における困難感と受けたい支援

1 広島県・介護医療院ひいろ、2 ナカムラ病院

○中本（なかもと）　智恵（ともえ）（看護師）[1]、三浦　幸子[2]

I. 目的

当法人は、新人看護師指導にプリセプター制度を取り入れている。新人看護師の離職はプリセプターにとって困難感を抱く要因となっている。

新人看護師の教育が努力義務化され急性期病院の新人看護師指導に関しては、プリセプターの困難感やその要因求める支援などが報告されている。しかし、慢性期病院に特化した新人看護師指導に関しての先行研究はみあたらなかった。

そこで、慢性期病院におけるプリセプターが抱えている困難感とどのような支援を受けたいかを明確にし、プリセプター支援のための示唆を得ることで、プリセプターの成長、モチベーションの維持、役割負担やストレス軽減に繋げられると考え、新人看護師指導に必要なサポート体制を検討することを目的とした。

II. 方法

慢性期病院で新人看護師指導のプリセプター経験がある看護師 10 名。無記名自記式質問調査にて実施した。

III. 結果

回収数は 9 名（回収率 90%）であった。

1. 基本属性

対象施設でのプリセプター経験年数は平均 6.7 年であった。

新人看護師を把握し、状況に合わせて関わる難しさ、自分の知識や指導への自信のなさを感じている、業務を掛け持ちしながらの負担は 8 人。スタッフからの協力の得にくさは 6 人。受けたい支援では他プリセプターと悩みの共有の場が欲しいは 9 人。上司、先輩への相談がしたいが 8 人であった。プリセプターとしての達成感は 5 人が感じていた。

慢性期病院での指導で気を付けていることは、高齢者、意思疎通困難患者の日頃の様子を観察し変化に気付くこと等のアセスメント技術について特に指導をしていた。

IV. 考察

プリセプターは新人看護師指導において、困難感を抱えながら指導にあたっていることがわかった。対象施設のプリセプター経験年数の平均は 6.7 年で、何年もプリセプターを続けている。また、実地指導者研修の受講は、新任時のみであり、年々、変化する現代の若者の特徴などを学べるように新任時以降の研修の導入も必要であると考える。一方で、経験年数が長いプリセプターは達成感を抱くこともできており、長期間プリセプターをすることのメリットもあると思われる。

受けたい支援では、全員が他プリセプターと悩みや辛さの共有がしたいと回答していた。委員会のような場ではなく、もっと気軽に話せる場があるとプリセプターの負担が軽減できるのではないかと考える。さらに、プリセプターを支える環境を作るには上司の協力は不可欠であり、プリセプターが相談しやすい環境をつくる必要があると思われる。また、病棟の他スタッフの協力を得るためにも、新人看護師の現状を病棟内で共有しチームとして新人看護師を育てていく環境を作っていく必要があると考える。

V. 結論

慢性期病院のプリセプター 8 名が新人看護師を把握する事、状況に合わせて関わる難しさに困難感を感じていた。新人看護師個人の全体像を把握し指導していくためには事前研修の導入を検討していく必要があると考える。一方で達成感を感じているプリセプターもいることから成功体験を共有できる場があるとプリセプター同士の繋がりもできるのではないかと考える。

受けたい支援についても、プリセプターだけでなく先輩、同僚など病棟全体のスタッフに新人看護師を育てていく意識を持ってもらうよう師長、主任が働きかけていくことも重要であることが示された。

103-2　スタッフ育成②

患者さん・職員間の接遇改善～選ばれる病院を目指して～

山梨県・恵信甲府病院

○角田（つのだ）　優実（ゆうみ）（看護師）、海野　良美、渡邉　仁美、石井　佳美

【はじめに】

医療経済実態調査によると赤字の病院は 60% を超えている。病床稼働率を維持することは病院経営に非常に重要である。近年、医療機関の増加に伴い、患者さんが病院を選ぶ時代となっており、質の高い医療の提供に加え患者さんに寄り添った接遇やコミュニケーションの重要性が高まっている。選ばれる病院を目指し、接遇改善に向けた取り組みを行った。

【方法】

病棟職員全員にアンケートを実施。改善すべき課題点の抽出。取り組み終了後に再度アンケートを実施。リハビリ部へアンケートの協力要請（他者評価）

【結果】

アンケート結果は接遇に問題有との内容が多数を占めた。この結果を職員に開示し、改善内容を伝え、必要に応じ個人指導、面談を実施。終了後のアンケートで接遇に変化があったは（病棟職員 17 名　81%・リハビリ職員 14 名　50%.）、変化がなかったは（病棟職員 4 名　19%・リハビリ職員 14 名　50%）であった。リハビリ職員のうち 3 名は、元々接遇は良いのであえて変化はなかった・悪い所はなかったとコメントしたとの事。多少ではあるが接遇は改善した。

【考察】

アンケートで具体的な問題点があがり、個人指導・面談等の実施で改善がみられた。接遇改善の取り組みで自身の言動はもちろん、他者の言動も観察し意識した事で接遇改善に繋がったと思われる。また、今回実施した結果、病棟の雰囲気が良くなったとの意見もあり、接遇改善が患者さんだけでなく、職員間の良好な関係性へも影響したのではないかと考えられた。

【おわりに】

入院するなら思いやりのある親切な対応の病院という意見が多数あった。今回は単一病棟のみの取り組みであったが、今後は他病棟・病院全体でも取り組みを繰り返し行い、患者さん・家族からのアンケート等も行っていくことで、日々自身の接遇を振り返る習慣をつけ、他者に対しては気付いた点を伝え共に学ぶ姿勢を持つ。そういう対応ができれば患者からも職員からも選ばれる病院になっていくのではないだろうか。

103-3　スタッフ育成②

病院看護師を対象とした介護医療院留学プログラムからみえた施設看護師の教育的役割

静岡県・静岡徳洲会病院　介護医療院　ゆうかりの木陰

○鈴村（すずむら）　美江子（みえこ）（看護師）

【背景】

現在地域包括ケアの推進に伴い病院と介護施設の連携が重要とされている。退院支援を担う病院看護師は各介護施設の特性を理解して対応する必要があるが、施設看護を学ぶ機会は限られている。そのため A 施設では病院看護師が介護施設看護を学ぶ機会として介護医療院留学プログラムを開始した。

【目的】

施設看護師が病院看護師教育において果たす教育的役割を明らかにする。

【実践内容】

研修期間は 1 日としグループ病院の病棟看護師を 3 か月間で計 11 名受け入れた。事前レポートにて学びたいことを提示してもらった。研修内容は講義と看護実践で構成した。講義内容は地域包括ケア推進の背景と各介護施設の特色を交えた。多職種連携に関しては各職種からの講義を実施した。看護の実践を体験してもらうため口腔ケアやオムツ交換など普段のケアを共に行った。実際のケアを通して施設看護に必要な情報や退院支援において求められる情報提供について説明を行った。研修後はアンケートとレポートの提出により研修の評価を行った。

【結果】

研修後のアンケート結果から研修満足度は 91% の評価を得た。研修内容を今後に活かせるという声を 91% 得た。研修後レポートからは、介護施設に必要な情報提供の理解ができた、退院患者の生活が理解できたという意見が聞かれた。また、口腔ケアや栄養管理など生活ケアの重要性を再認識したという意見が多くあった。一方普段やらなければいけないと思っていても生活ケアが後手になってしまうことを省みる声もあがった。

【考察】

介護医療院研修プログラムを通し施設看護師の教育が病院看護師の介護施設への理解を深め、生活ケアや退院支援を見直す機会となることが明らかになった。また急性期では病状が優先されやすいが、施設看護を経験することで生活ケアの基本に立ち返ることができていた。これらのことから施設看護師による教育は病院看護師の視点を広げ、地域包括ケアを見据えた看護実践につなげるための役割を担っていることがわかった。

【結論】

介護医療院留学プログラムは病院看護師にとって施設理解を促進するだけではなく、自己の看護を振り返る機会となり有益であった。施設看護師は介護の現場を伝える教育者として、病院と施設をつなぐ役割を担うことが示唆された。

【課題】

研修後には研修者自身や自部署の看護への課題があげられた。振り返ることは大切であるが自己否定に向かうことは看護師としてのモチベーション低下となる危険性がある。 施設入所に至るまでの過程には病院看護師の支援が不可欠である。病院看護師が担う急性期から退院支援までの看護の価値を伝える支援が今後施設看護師に求められる教育的役割である。

103-4　スタッフ育成②

看護職と介護職がともにつくる「看多機のチーム力」～組織コミットメントを高めるために～

1 鹿児島県・加治木温泉病院、2 法人事務局

○藤井（ふじい）　みゆき（看護師）[1]、堂森　めぐみ[1]、堀ノ内　唯加[1]、夏越　祥次[1]、髙田　昌実[2]

【目的】超高齢社会において、医療・介護の連携や地域生活支援への対応は病院経営の最重要課題である。当院（医療・介護医療院 計 350 床、病床稼働率約 98%）では、令和 8 年 4 月より看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）の管理を開始した。看多機は在宅療養を支える中核サービスとして設置推進が求められる一方、自院の在宅部門においては人材確保の困難や収支の課題から部門縮小を余儀なくされるなど、経営の安定化と利用実績の改善が急務となっていた。これらを解決するには、現場職員が職場への愛着と貢献意欲を持つ「組織コミットメント（エンゲージメント）」の向上が不可欠である。本研究では、看護職・介護職が互いの専門性を認め合える心理的安全性のある職場環境を構築し、看多機の「チーム力」を高めることを目指した。チーム力向上を介して利用者のスムーズな受け入れ体制を整え、最終的に当院のベッドコントロール円滑化、看多機の登録数・稼働率向上および収支改善に寄与することを目的とする。

【方法】A 看多機に所属する職員 25 名（看護・准看護職員 9 名、介護職員 14 名、リハビリ職員 1 名、事務員 1 名）を対象とし、以下の 3 つの指標を用いて評価・分析を行う。

組織コミットメントおよび心理的安全性（アンケート調査） OCQ（Organizational Commitment Questionnaire）、エドモンドソン提唱の「心理的安全性尺度、および日本の医療環境に即した看護師には「看護職職務満足度尺度（JSS-N）」も用い、職務満足度、相互理解度、離職意向、人間関係や業務の過密さを定量的・定性的に分析する。**客観的・行動的指標（実績データ）** 取り組み前後における「離職率・定着率」「有給休暇取得率」「時間外労働（残業時間）」の推移を算出し、職場環境の健康度と業務効率化の度合いを評価する。**協働プロセスの指標（途中経過・定性評価）** 多職種カンファレンスの定例化、共有 IT ツールの導入、合同勉強会の実施頻度を測定する。また、看護・介護間の「情報の非対称性」の解消度、および相互尊重の度合いを調査するとともに、スタッフへのインタビューを実施して協働のエピソード（相談のしやすさ、ケアへの視点の活かされ方など）を抽出・評価する。**【結果・考察】**多職種間の情報共有システムの可視化と心理的安全性に配慮した環境づくりにより、両職種の相互理解と職務満足度の向上が期待される。強固なチーム力の構築は、スタッフの離職防止や定着率向上といった内部環境の安定だけでなく、地域や病院からの利用者受け入れの効率化を生む。結果として、病院のベッドコントロールと看多機の稼働率が連動し、経営収支の健全化へ繋がることが示唆される。

103-5　スタッフ育成②

呼吸コンサルテーションチームのラウンド活動とその効果〜スタッフ教育・患者変化の視点から効果検証する〜

北海道・定山渓病院

みなみやま　りお
○南山　莉緒（理学療法士）、梅原　靖孝、押川　ゆか、若山　瑞城、金谷　啓太、南部　浩志

【はじめに】当院は病床数 253 床の多機能慢性期医療機関である。リハビリテーション（以下、リハ）部では 2021 年より呼吸コンサルテーションチーム（以下、チーム）を発足し活動している。当院の医療療養病棟には人工呼吸器管理や頻回な吸引を要する患者が多く、リハスタッフの中には呼吸器症状へのアプローチに不安を抱える声が聞かれた。そこで今回、医療療養病棟在籍のリハスタッフに対する意識調査を参考にチームで病棟ラウンドを実施し、その活動がスタッフ教育や患者変化に与えた影響を効果検証する。

【対象・方法】対象は医療療養病棟に在籍するリハスタッフ 16 名、およびチームが介入・助言を行った患者 6 名。患者の選定基準は「担当患者に呼吸器症状を感じつつも、呼吸機能改善に関する目標や訓練内容が設定されていないケース」、「当初は呼吸器症状なしと判断されていたが、チームのラウンドによりアプローチの必要性があると再評価されたケース」とした。方法は、①リハスタッフへの教育の視点として、抽出した患者を対象に、リハスタッフへの呼吸アセスメント指導やアドバイス（OJT）を実施。リハスタッフには介入前後にアンケート調査を行い、呼吸器疾患に対する苦手意識や、チームに対する相談のしやすさを比較した。②患者変化の指標として、吸引頻度・排痰状況・離床進捗度などの変化を追跡した。統計解析には IBM SPSS Statistics ver.23 を使用した。各測定値は中央値（四分位範囲）で示し、介入前後の比較には Wilcoxon 符号付順位検定を用い、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】リハスタッフ教育の視点について、スタッフに対するアンケートの回収率は 75%。介入前後で「呼吸器疾患に対する苦手意識が減った」との回答が 100%。また、「チームへの相談がしやすくなった」との回答は 87.5%、「潜在的な症状や介入方法に迷った際、すぐに相談できる体制が整った」との回答が 100% を占めた。患者変化の視点では、吸引回数は介入前 2 回から介入後 0.5 回へ減少し、離床回数は介入前 1.25 回/週から介入後 2 回/週まで向上したが、いずれも統計学的有意差はみられなかった。（p=0.102）

【考察・結語】今回、リハスタッフへの意識調査から浮かび上がった「目標設定の難しさ」や「症状の見落とし」などの課題に対して、個々の症例に応じた呼吸アセスメント指導や OJT といった、チームによるラウンドを行った。チームによるラウンドは、アンケートの結果から相談のしやすさと苦手意識の軽減に繋がったといえる。この背景には臨床実践による臨床推論能力の向上があり、自信に繋がったと考える。リハスタッフ個々の呼吸器に対する意識や臨床力向上のみならず、相談体制を構築していくことが、リハスタッフに対する心理的サポートにも繋がったと考える。また、患者の臨床的変化については、有意差はみられなかったものの、介入前後で数値的改善があり、このことからも、潜在的ニーズの早期発見と介入の質的な向上につながったのではないかと考える。しかし、対象患者数が少ないことは課題であるため、今後は、患者抽出精度の向上や介入件数の拡大を図り、分析を院内全体に広げ、ラウンド活動によって心理的・技術的サポートを両面から底上げしていきたい。

103-6　スタッフ育成②

医療 DX における生成 AI と多職種の集合知を統合した接遇教育標準化モデルの作成

鹿児島県・国分中央病院

○平野（ひらの）　裕人（ひろと）（理学療法士）、小田　與志郎

【目的】

医療・介護現場における接遇教育は、統一的な教育が難しく、指導の標準化や新人の早期育成における障壁となっている。また、接遇教育の成果を経営指標や患者リピート率といった客観的データとして表すことは困難である。今回、近年の医療 DX の進展に伴い、生成 AI を用いたテキスト解析やシミュレーションを行った。本研究では、AI を用いて当院の患者層に最適化された接遇要素を分解し、これに対する多職種全職員の接遇意識との適合度を検証した。AI の論理推論と多職種の臨床知をもとに、属人性を排除した再現性の高い接遇教育標準化モデルを開発することを目的とする。

【方法】

1. AI によるプロトコル生成：当院の患者年代構成（20〜50 代が 56.7%、70 代以上が 25.3%）を学習データとして設定。生成 AI（Gemini）を用いて計 600 事例の成功・失敗対話をシミュレーションし、教育指針となる基本プロトコルを生成した。

2. スキルの成分分解：接遇を言語的コミュケーション（論理構造、肯定表現、敬語、クッション言葉、情報の平易化）および非言語的コミュケーション（目線、声のトーン、姿勢、距離、訛り）の計 10 要素に変数を細分化した。

3. 全職員による妥当性検証：2026 年 5 月、多職種スタッフ 61 名を対象に、AI の生成したプロトコルの実用性を 10 段階の SD 尺度と自由記述アンケートを用いて調査し、統計的妥当性を検証した。

【結果】全 61 名の多職種スタッフより回答を得た。

1. Q1. 論理構成（1：結論先行 ↔ 10：丁寧説明）：

平均値 5.82（標準偏差 2.54）。新人に教えるべき標準として、効率性と丁寧さの中間値が支持された。

2. Q2. 言葉選び（1：正しい敬語 ↔ 10：前向き言葉）：

平均値 6.13（標準偏差 2.08）。マナーとしての敬語と、患者を動機付ける前向きな声掛けの双方がどちらも正しい教育項目として抽出された。

3. Q3. 目線を合わせること（1：他が大事 ↔ 10：一番に教える）：

平均値 7.51（標準偏差 2.51）。「目線を合わせること（アイレベル）」が新人教育で最優先に位置付けられるべき項目として集中した。

4. Q4. 訛り（1：標準語 ↔ 10：地元の言葉）：

平均値 5.98（標準偏差 2.89）。標準偏差が最大であり、新人に指導する際の難易度が最も高い「状況対応型スキル」であることが判明した。

5. 自由記述による教育知見：

「まず顔を覚えてもらう挨拶」「相手の斜め後ろや横に立つ位置取り」など、マニュアル化されていなかったベテランの行動特性が多数形式化された。

【考察】

本研究により、これまで言語化が難しかった接遇スキルが、AI のシミュレーションによる各コミュニケーション要素の重要度の区分と全職員の評価を経て目視・測定可能な指標へと変換されたと考えられる。特に Q3（目線合わせ）に対する高い同意は、新人が最初に身につけるべき客観的指導項目としての多職種との集合知とも合わせて確固たる正当性を示しているが、一方で、Q4（訛り）の大きなバラつきや自由記述に見られた多様性は、基本プロトコルを習得した後に、患者の年代や疾患（認知症等）に応じて対応を変化させる個別的対応の必要性を示唆しており、教育カリキュラムを二段階に構成する論理的根拠を得た。

【結論】

AI という共通言語を用いて接遇を構造化し、全職員の知見を統合した本モデルは、新人の教育において何を最初に教え、どのようなコミュニケーション方法が一番普遍的に効果的かを示すための道具となり、サービスの質を一律に底上げすると考える。AI によるシミュレーションは、医療 DX 時代における、新たな人材育成の標準化手法として有用であると考えられる。

104-1　スタッフ育成③

地域包括ケア病棟における円滑な退院支援に向けた実態調査

愛媛県・道後温泉病院

○新山（にいやま）　彩（あや）（看護師）、加藤　彩華

【目的】

当院では2014年に地域包括ケア病棟を開設し、患者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、高齢者の尊厳保持と自立生活の支援を行ってきた。しかし、退院支援の過程において多職種連携が十分に機能せず、看護師が不安を抱える場面が見受けられる。これらの不安は看護介入のタイミングや情報共有に影響し、退院支援の円滑さを妨げる可能性がある。そこで、現在行っている退院支援に対する思いや不安の現状を実態調査し、課題が明らかになったので報告する。

【方法】

①対象：地域包括ケア病棟に勤務する看護師20名。

②調査方法：現在行っている退院支援に対する思いや疑問、自信がないと感じる内容について、選択式・記述式質問でアンケート調査（Web）実施。

【結果】

アンケートの回収率は100%であった。看護師経験年数10年以上が15名（75%）、地域包括ケア病棟での勤務経験1年以上が14名（70%）であった。地域包括ケアシステムについて「なんとなく知っているが自信がない」「知らない」と回答した看護師は14名（70%）であり、その内9名は経験年数10年以上のベテランであった。また、現在の退院支援について90%（18名）の看護師が「自信がないときがある・少し不安である」「全く自信がない」と回答した。その内訳は、病棟経験1年以上が13名、経験年数10年以上が14名であった。退院支援における具体的な不安要因（複数回答）としては、「多職種連携」が最も多く、次いで「カンファレンスのセッティングや進行」「介入のタイミング」「患者・家族間の思いの相違」「内服管理方法の判断や職員の能力差」が挙げられた。

【考察】

看護師経験年数10年以上が75%を占めているにも関わらず、地域包括ケアシステムへの理解不足や退院支援に不安を抱える看護師が大多数であることが明確になった。看護師としての経験年数だけでは地域包括ケア病棟における退院支援に対する自信には繋がらず、特有の知識や経験の習得を組織的にサポートすることが課題である。不安要因として最も多かった「多職種連携」については、専門性の視点の違いから個別職能の局所化が課題と推測される。多職種の役割や情報共有のタイミングを整理し、入院から退院までの支援の流れを職種毎に可視化する必要がある。これにより、必要な場面での声かけがスムーズになり連携に対する心理的負担が軽減されると考える。また、「カンファレンスのセッティングや進行」「介入のタイミング」「患者・家族間の思いの相違」についての不安に対しては、包括的アプローチのための情報収集や知識不足が要因と考えられる。その為、地域包括ケア病棟の特性や役割、退院支援の流れに沿った実践的内容の勉強会を実施する事で、経験が浅い看護師の知識不足による不安解消、経験豊富な看護師の役割再確認を促し、退院支援への自信向上に寄与すると考える。「内服管理方法の判断や職員の能力差」については、薬剤自己管理に向けたフローシートを作成し、判断基準を一定化・明確化することで解決が図れると捉える。更に、退院支援の進捗状況をリアルタイムで把握し、迷いが生じた際にいつでも相談・調整できる環境を構築することが、円滑な退院支援に繋げるための鍵となる。

【結論】

地域包括ケア病棟において、経験年数に関わらず多くの職員が退院支援に不安を抱えており、その要因は多職種連携やシステムへの理解不足にあることが明らかとなった。今後は、支援プロセスの可視化・実践的な勉強会の開催及び内服自己管理フローシートの導入を進め、看護師の不安や認識の変化を再調査し検証していく予定である。

104-2　スタッフ育成③

医療療養病棟の新人看護師が患者とのコミュニケーションで感じている困難さの実態

島根県・安来第一病院

○山根（やまね）　勝（まさる）（看護師）、平井　辰樹、山下　裕太郎

【はじめに】

A 病院・B 病棟は医療療養病棟であり、脳血管疾患の後遺症や認知症などによりコミュニケーションが困難な患者が多く療養しており、コミュニケーション技術が未熟な新人看護師は困難さを感じやすい。B 病棟に勤務している 2 名の新人看護師についても、患者とのコミュニケーションに苦慮しているという相談を受けることがあった。しかし、相談を受けても、効果的な支援ができていない現状があった。

【目的】

B 病棟に勤務する新人看護師が患者とのコミュニケーションにおいて感じている困難さを明らかにし、効果的な助言や、支援方法について検討する。

【方法】

1）研究デザイン：質的記述的研究とし、看護師の主観的体験と語りを中心としたデータ収集・分析を行う。

2）対象者：B 病棟に勤務している経験年数 1〜2 年目の看護師 2 名。

3）データ収集および分析方法：2026 年 6 月に半構造化インタビューを実施。コミュニケーション手法の使い分けや工夫、葛藤等を問い、録音・逐語録を作成した。分析は逐語録から意味内容を抽出しコード化、類似性に基づきカテゴリー化を行った。

4）昨年、当病棟で行った 5 年以上の経験年数を有するものを対象とした研究の結果と比較し、経験年数によるコミュニケーション技術の違いなどの実態を明らかにする。

【結果】

30 のコードが抽出され、「相手の聞こえや理解に合わせて言語的・非言語的技術を選択する」(3 コード)、「わずかなサインから心の声を読み解く」(6 コード)、「一人の人間として尊重し、安心感を作る」(9 コード)、「忙しい中でも患者理解を諦めない環境づくり」(12 コード）の 4 カテゴリーに分類された。抽出されたコードはすべて昨年度の院内研究で導き出されたカテゴリーに分類され、新たなカテゴリーは認められなかった。また、昨年度との比較では「忙しい中でも患者理解を諦めない環境づくり」に 40% のコードが集中し、その中でもサブカテゴリー「意思疎通の難しさから来る心の葛藤に向き合う」に多く分類された。

【考察】

新人看護師は「意思疎通の難しさからくる心の葛藤に向き合う」に最も多くのコードが分類されたことから、新人看護師は経験不足やコミュニケーション技術の未熟さに加え、患者から期待した反応が得られないことなどにより、患者とのコミュニケーションに強い困難感を抱いていることが示唆された。一方で、困難感を生じさせる要因については本研究のみでは十分に明らかにできず、今後さらに検討する必要がある。

【結論】

本研究により、B 病棟の新人看護師は、患者とのコミュニケーションにおいて「一方通行になっていないか」「患者のニーズが読み取れているか」「患者の望まない関わりになっていないか」といった不安や葛藤を抱えながら患者理解に努めている実態が明らかとなった。これらの困難感を踏まえ、新人看護師がコミュニケーションを振り返り、先輩看護師から具体的な助言や継続的な支援を受けられる教育体制の充実が重要であることが示唆された。

104-3　スタッフ育成③

高齢者施設における介護の質を高めるための組織化と活動の効果―ケアの質改善に向けた取り組み―

1 愛媛県・特別養護老人ホーム豊寿園、2 HITO病院、3 訪問看護ステーションいしかわ、4 特別養護老人ホーム萬翠荘、5 介護老人保健施設アイリス

○大西（おおにし）　慶治（けいじ）（事務職）[1]、田渕　典子[2]、西岡　陽子[3]、今城　厚美[4]、村上　雅基[5]、土肥　志津香[5]、小野　晋平[5]

【目的】

社会福祉法人愛美会及び医療法人健康会が運営する高齢者施設では、2020 年に危機管理室(安全部/感染部)・人材育成室を立ち上げ、介護・福祉系に携わる各施設から代表者を選出し、各部門の企画・運営を継続して行う体制を構築し活動してきた。人材育成室は、職員一人ひとりの専門性及び実践力の向上を図り、ケアの質向上と持続可能な人材育成を目的とし活動している。しかし、施設ごとに利用者の特性や職員構成、地域資源の状況が異なり、提供されるケアのばらつきが利用者の安全性や生活の質に影響を及ぼすと考えた。

そこで、2024 年度に介護報酬改定に伴う各種加算の適正取得を契機として、ケアの質向上を目指す「質改善部」が新たに設置された。

今回、「自立支援に関する現状調査」を行い、褥瘡マネジメントの必要性が明確になった。また、ターミナルケア・ACP については以前からの課題であり、この 2 点を重点項目とし組織的に取り組んだ効果について報告する。

【方法】

1. 2024 年度は、介護報酬の「自立支援促進加算」に基づき、寝たきり防止・食事・排泄・入浴・生活全般の 5 項目に対し、18 項目の調査内容を設定して調査を行った。点数化した総合評価を基に褥瘡マネジメントを課題とした。

2. 2025 年度は、褥瘡発生率のデータ収集・分析を基に看護職・介護職等が専門的な知識を深め、DESIGN-R による評価や褥瘡予防に向けたポジショニング等に関する教育動画の教材を整備し活用して実践した。

3. ターミナルケア・ACP については、高齢者施設（8 施設）の専門職 81 名を対象に 2 回の現状調査を実施し、課題の明確化と改善に向け取り組んだ。また、電子カルテによるターミナルケアカンファレンスの記録の統一化を図った。

【結果】

1. 褥瘡ケアについては、各事業所の褥瘡委員と連携し褥瘡発生率の定量評価を行い、職種別の教育コンテンツを作成すると共に、研修会を通して根拠に基づくケアについて周知した。その結果、褥瘡マネジメント力の向上につなげることができている。

2. ターミナルケア・ACP の質向上について、現状調査から第 1 回目の結果では、各職種が意思決定支援について理解を深められておらず、自らの役割を果たすまでには至らないという結果を得た。そのため、ACP に基づく意思決定支援を軸に入所時から看取り後までの標準的プロセスを作成し、研修会で周知した。第 2 回目の調査では、各専門職の理解が深まり入所面談時には具体的に意思決定支援ができるようになってきた。

【考察】

2024 年度の「質改善部」設置時から、「報酬ありきではなく、取得に見合うケアの質を起点とする」という目的をもち、自立支援促進加算に関する現状調査を行い、課題の明確化を図ったことで次の活動に展開することができた。

2025 年度からの褥瘡ケアについての取り組みは、各地域に点在する 29 事業所との Web 会議や訪問指導を行い、代表者と各事業所の担当者の連携が強化され、同じ評価指標を用いてアセスメントが出来るようになり、ケアに繋げられるようになってきている。

ターミナルケア・ACP については、入所時面談で、「施設で最期を迎えるまでの大切な時間をどのように過ごしたいか。」また、「食べることが出来なくなった時にどうするか。」等の意思確認ができ始めている。様々な活動を通し、多職種が協働し動画や研修会等の継続した活動が可能となり成果が見え始めた。

【結論】

各種加算の適正取得においては、加算の意味を理解し，組織的な活動を通してケアの質改善に向け取り組み、各事業所間のケアの標準化を図ることが重要である。今後は、ICT を活用し活動を活性化させ、継続して利用者の安全性や生活の質向上を目指したい。

104-4　スタッフ育成③

異業種から入職した介護士に対する心身負担軽減への関わり～ユマニチュード「触れる」の実践を通して～

福岡県・看護小規模多機能型居宅介護ゆのそピア

○井上（いのうえ）　忠和（ただかず）（介護福祉士）

【はじめに】

我が国は少子高齢化のなか介護職員の需要が高まり、厚生労働省（2026）は「多様な人材確保に向けて介護未経験者の参入」を進めている。また、福岡県は介護人材の確保・定着・資質の向上に取り組んでおり、当事業所は「働きやすい介護職場」として認証を受けている。今後、入職者の早期離職を防止する必要があり、生産性向上を視野にいれた試みを実施したいと考えた。

【目的】

ユマニチュード研修で学習した「触れる」行為を実践することが、異業種から入職した介護士（以下、介護士）にどのような影響を及ぼしていくのかを考え、介護士の心身負担軽減を目的とした。

【対象者】

R7年8月入職の40代女性　　前職：菓子販売員

【方法】

こころの耳ストレスセルフチェック（実践前後）

ユマニチュード研修参加（2月）

ユマニチュード指導と実践（R8年3~4月）

実践記録（R8年4月）

【結果】

ユマニチュードの実践において「見る」「話す」「触れる」の3所作で、「触れる」の動作に移る物理的距離が遠いため、実際に示しながら指導した。実践2週間程でパーソナルスペースが公衆距離から密接距離に縮まった。「見る」「話す」に「触れる」が足されたことで、形式的な挨拶や会話から利用者に寄り添う過程を記録上で確認できた。また、管理者や指導者から、表情の硬さが抜けたと報告もあった。

厚生労働省の「こころの耳」ストレスセルフチェックで、実践前「仕事の質的負担」「身体的負担」の因子から「疲労感」「不安感」のストレス反応を示していたが、実践後「仕事の質的負担」とストレス反応が減少した。

【考察】

入職した介護士に対して、業務に慣れてもらおうと作業を優先して指導を行うことがあるが、初めての作業で戸惑いが生じ不安が増すばかりでなく、意欲に悪影響を及ぼしかねない。小さなストレスの理解と共有で不安の解決を図り、上司や同僚からのサポートや関係性を構築することで、ストレス因子の「仕事の質的負担」とストレス反応である「疲労感」「不安感」を軽減させたと考える。

介護職員は「見る」「話す」「触れる」の3所作を自然に行っているが、経験や社会性が乏しければ所作が困難になる事もある。「触れる」という行為が意思疎通を促すと理解していても、スムーズに実行することは人間性や資質に関わってくる。しかし、所作の理解を深めることで利用者との距離が縮まり自信がつき、未経験者の心身負担軽減に繋がり、早期離職防止と定着による生産性向上を果たすと考えられる。

【おわりに】

ユマニチュードは認知症ケアの技法であるが、利用者とのふれあいを通して、介護士の精神的な安定や表情の改善といった効果が得られたのではないかと考える。今後、職場環境を整えるとともに入職者の特性を考慮しながら介護職としての資質を高めていきたい。

104-5　スタッフ育成③

キャリア支援の一環として登録理学療法士の取得率向上を目指した取り組みと今後の展望

山口県・周南リハビリテーション病院

○徳原（とくはら）　和明（かずあき）（理学療法士）、和田　崇

【はじめに】

2022 年度より日本理学療法士会の生涯学習制度が改変された。生涯学習制度の根底には理学療法士としての質の向上、専門分野における機能的水準の引き上げ、自発的な学習の継続を促すことを目的としている。当院でも当初より業務内で実地研修を修了できるシステムを構築してきたが、後期研修等の e-learning への取り組み率が低い状況であった。登録理学療法士取得までのキャリア到達速度に差異が生じていたため、当院で実践した取り組みについて報告する。

【対象】

2026 年度 5 月末時点での当日在籍数：理学療法士 49 名（うち 1〜5 年目：25 名、6 年目以上：24 名）、理学療法士協会組織率 100%、登録理学療法士 17 名（35%）、認定理学療法士 8 名（16%）、臨床実習指導者講習会修了者 21 名（5 年目以上で 88%）。在籍する登録理学療法士を取得していない 32 名を対象とし、各年度における登録理学療法士の取得見込み率を調査した。

【取り組み】

在籍理学療法士（1〜5 年目）に対しての各期に分けて下記の取り組みを業務内で実践

1〜2 年目：登録理学療法士制度の説明会開催、実地研修プログラムの実践

3〜4 年目：後期研修の座学（e-learning）51 コマの研修費負担制度

※ 5 年目：臨床実習指導者講習会受講

【結果】

研修費負担制度の利用希望者は 2026 年 5 月末時点で 100%、現在 9 名が制度利用中

2026 年度 9 名、2027 年度該当者無し、2028 年度 10 名、2029 年度 4 名、2030 年度 8 名

2030 年度までには少なくとも 49 名（100%）の登録理学療法士が在籍している見込み

【考察】

当院での状況を分析する中で、問題点として登録理学療法士制度を十分に理解できていないことや近年の物価高騰による金銭的な不安等の要因も重なり、後期研修の e-learning 視聴（有料）への取り組み率が低く、登録理学療法士取得までのキャリア到達速度に差異が認められていた。当院では、2021-2022 年に在籍理学療法士に対して生涯学習制度の説明会を行い制度改定前後におけるフォローアップを行った。また、2022 年度からは登録理学療法士による OJT を実践することで実地研修（32 コマ）を修了するシステムを構築した（病院独自のカリキュラム　D-ロを採用）。2026 年より新たに研修費負担制度を導入したことで後期研修の座学（e-learning）51 コマへの取り組み率が向上することが見込まれる。これらの一連の取り組みとリハ部内の研修制度をシステム化することで、1〜5 年目理学療法士の育成プログラムとして実践している。

以前に比べ理学療法士としてのキャリアの選択肢は格段に広がってきている一方、キャリアビジョンをイメージしにくく、成長の道筋を見出しづらい状況にある。この取り組みがスタッフの今後の新たなキャリアビジョンを描く契機となることを期待したい。

104-6　スタッフ育成③

新人向け多職種連携教育における指導スタイルの比較と現場実践の課題

兵庫県・東浦平成病院

○村山（むらやま）　一朗（いちろう）（作業療法士）、今津　憂、有馬　はるか、鈴木　勇人、本田　優生、籔中　雅之、道上　萌

【はじめに】

平成医療福祉グループでは「『じぶんを生きる』を支える行為すべてがケアである」という理念のもと，多職種が協働して質の高いケアの提供に向けて取り組んでいる. 慢性期医療においてこれを実現するには, 新人に対する早期からの多職種連携教育が欠かせない．先行研究においても，病院組織における多職種連携（IPE）構築に向けた早期教育の必要性が指摘されている（藤井，2018）．そこで本研究は，技術指導のスタイル（同期合同の「水平的学習」と，役職者による「垂直的指導」）の違いが，新人看護・リハビリテーション職の心理的安全性や，現場での実際の連携行動にどのような影響を与えるかを探ることを目的とした.

【方法】

2026 年度に入職した新人看護・リハビリテーション職 19 名（看護 6 名，PT4 名，OT4 名，ST5 名）を対象とした．研修では，排泄ケアを「同期合同演習（水平）」，移乗・感染対策を「役職者指導（垂直）」として実施した．効果を測るため，AITCS-II-J の要素を取り入れた独自の 5 段階アンケートを作成し，研修直後と入職 1 か月後に完全無記名で調査を行った．有効回答は研修直後が 18 名，1 か月後が 19 名であった．解析は，直後の比較に対応のある t 検定を，1 か月後の変化には独立 2 群として対応のない t 検定を用いた（有意水準 5%）．また，自由記述から各研修が与えた影響や，新人が相談をためらう背景を読み解いた.

【結果】

研修直後のデータでは，役職者指導の「感染対策」で技術への納得感が高く，自由記述でも「安全基準とリスク管理を正確に学べた」という声が目立った．一方，同期合同の「排泄ケア」では「他職種の視点への気づき」や「気兼ねない意見交換」が多く見られた．1 か月後の追跡調査では，大半の新人が月 1 回以上他職種へ相談する行動を起こせており，感染対策の実践度も平均 4.5 と高い水準を保っていた．しかし同時に，全体の約 63%（12 名）が「他職種への相談や確認をためらった（後回しにした）経験がある」と回答した．その背景として，「先輩スタッフが業務で忙しくされていると声をかけづらい」「話しかけるタイミングが掴めない」といった声があがり，臨床現場特有のスピード感や業務環境が，新人のコミュニケーションに対する「心理的なハードル」になり得る実態が示された.

【考察】

役職者からの垂直的な指導が技術への確かな納得感に繋がり，同期との水平的な学習が気兼ねない意見交換を促すなど，指導スタイルによって新人の受け止め方に異なる特性があることがうかがえた．また，新人は入職 1 か月で自ら連携しようとする意欲を獲得しているものの，実際の現場の状況を前に「新人特有の遠慮」が生じ，行動を躊躇してしまうケースがあることが推察される.

【結論】

新人教育において, 確かな技術の習得と心理的安全性を両立させるには, 垂直・水平の両アプローチを意図的に使い分けることが有効である．今後の多職種連携を現場に定着させるためには，新人への教育介入にとどまらず，受け入れ側である既存スタッフと共に「業務中であっても新人が声をかけやすい仕組み（サポート体制）」を構築するなど，組織全体で新人を温かく育成する風土づくりが重要である.

105-1　経営管理全般①

選ばれる病院になる為のアップデート～開院10年目の変化と挑戦～

東京都・鶴川リハビリテーション病院

○三浦（みうら）　陵人（あやと）（事務職）

1. 目的（はじめに）

鶴川リハビリテーション病院は、新富士病院グループで初めて回復期リハビリテーション病棟を開設し、2015年に開院した。段階的に60床へ増床し、この10年で地域に認知される病棟へ成長したが、近隣病院との差別化や強みの発信が十分ではなく、稼働が低下する時期もあった。変化の大きい時代において質の高い医療を提供し“選ばれる病院”となるため、特徴・強み・課題を整理し全職員で共有することを目的に回リハプロジェクト会議を立ち上げた。

2. 方　法

2025年度に約7か月間にわたり実施した回リハプロジェクト会議において、「選ばれる病院」を目指して検討・実施した取り組みを整理し、再確認した。

3. 結　果（結論）

プロジェクト初期は業績データや紹介元の分析を行い、中期には当院の特徴と強みを整理した。その結果、「365日リハビリ」「見守る看護」「丁寧な退院支援」の3点を“当院の柱”として明確化した。後期にはこれらを周辺病院へ伝えるためパンフレットを作成し、職員が自院の特徴を説明できるよう朝礼やミーティングで共有した。これにより、開院10年間で培った強みと課題が明確となり、強みの外部発信と周辺病院への活用提案が進んだ。さらに、土曜入院受入れ、ペット面会、入院セット見直し、対象外患者の受入れなど新サービスを開始し、認定看護師派遣や渉外活動強化など組織力向上にも取り組んだ。

4. 考　察

価値観が多様化し変化の激しい現代において、従来型の病院運営では“選ばれる病院”になることは難しい。患者や家族が求めるものに応えるためには、定期的な振り返りとアップデートが不可欠であり、そのための会議体としてプロジェクトは有用であった。人手不足が生じやすい中で、すべての課題を完全に解決することは困難である。しかし、マンパワーの集中と分散を柔軟に行うこと、また患者の要望に寄り添ったサービスは工夫と努力によって生み出すことが可能である。取り組みの成果はすぐに可視化されるものばかりではないが、厳しい状況下でもベッド稼働率の低下抑制など一定の成果が得られている。さらに、病院の特徴・強み・課題を職員が共有できたことは、3年後、5年後のさらなる発展につながると考える。

105-2　経営管理全般①

グループ内施設における給食運営実態調査と経営改善にむけた取り組み

1 福岡県・高良台コミュニティホスピタル、2 介護老人保健施設　高良台、3 経費老人ホーム　ゆのそ苑、
4 高良台シニアビレッジ、5 久英会シニアビレッジ、6 看護小規模多機能型居宅介護　ゆのそピア

○牛島（うしじま）　綾子（あやこ）（管理栄養士）[1]、塚嵜　知子[2]、中村　可奈美[3]、金山　紫乃[4]、平山　功也[5]、鶴田　美智代[6]

【目的】

近年、病院給食を取り巻く環境は、食材費や光熱費の高騰に加え、人手不足の深刻化が進行している。その結果、給食部門の収支悪化が課題となっている。当法人においても同様の課題を認めたため、グループ内施設の経営改善を目的として給食運営体制の見直しを行った。

【方法】

グループ内各施設を対象に、食事内容(食種、主食、副食形態、栄養基準、個別対応等)、食材料費、委託費および収支状況を調査した。得られた情報をもとに施設間の比較・分析を行い、運営上および経営上の課題を抽出するとともに改善策を検討した。(A 病院・B・D・E 施設：委託　C・F 施設：直営)

【結果】

食種別提供割合は、一般食 47.5%、循環器系疾患対応食 19.0%、エネルギーコントロール食 8.6% であり、嚥下・形態調整食は 24.2% であった。一方、腎・肝疾患対応の特殊食は 1% 未満であった。栄養基準の設定数は A 病院 37 食種、B 施設 22 食種、C・D 施設 16 食種、E 施設 5 食種、F 施設 1 食種と施設間で大きな差を認めた。主食マスタ登録数は 183 種類であった。副食形態は常菜 60.1%、嚥下調整食 39.5%、きざみ食 0.4% であり、加工率は施設間で 1.9～45.7% と差が認められた。また、禁食・アレルギー対応についても施設ごとに運用が異なっていた。

収支面では F 施設のみ黒字であり、その他の施設は赤字であった。主な要因として、A・B 施設では職員食および委託管理費、C 施設では直営人件費、D 施設では委託管理費が収入の 9 割を超え、E 施設では委託管理費が収入を上回っていた。委託業者の比較検討の結果は、D 施設を除く各施設においてコスト削減が見込まれた。

【考察】

調査の結果、食事内容や栄養基準、個別対応方法に大きな施設間差があり、人件費や委託管理費の負担が収支悪化に大きく影響していることが明らかになった。また、施設ごとに異なる栄養基準や食種体系は運営の複雑化やコスト増加につながる可能性が示唆された。これらの結果を踏まえ、給食運営体制を検討した。院内セントラルキッチン化は設備面の制約から困難と判断した。完調品の活用については、業務効率化による管理費削減効果は認められたものの、食材費増加の影響が大きく、単独導入による収支改善効果は得られなかった。一方、委託業者の見直しではコスト削減が期待されたため、試食会を実施した。

総合的に検討した結果、A 病院および B 施設は現委託会社を継続しつつ職員食や食事内容の見直しを実施することとした。C 施設は直営から委託へ移行し、D 施設は現委託会社を継続しながら他社の提案についても引き続き検討する。E 施設は現状維持、F 施設は直営継続とする方針とした。今回、法人全体での一体的な委託運用には至らなかったが、将来的な運営効率化にむけて、法人全体で統一した食事基準を整備し、食事内容や運用方法の標準化を進めることが重要と考えられた。

【結論】

今回の調査により、施設間で食事基準や運営方法に差があること、また人件費や委託管理費が収支に大きく影響していることが明らかとなった。今後は法人全体での標準化を進めるとともに、コスト削減だけでなく利用者満足度や治療効果・QOL 向上にも配慮しながら、持続可能で質の高い給食運営体制の構築に向けて継続的に検討していく必要がある。

105-3　経営管理全般①

医療療養におけるリハビリテーション体制再編：運営プロセス・患者アウトカム・経営指標に着目した効果検証

1 福岡県・金隈病院、2 九州大学大学院　医学研究院　医療経営・管理学講座、3 武蔵ヶ丘病院　武蔵ヶ丘臨床研究センター

○堤（つつみ）　賢太郎（けんたろう）（作業療法士）[1]、藤井　廉[2,3]、立石　貴樹[3]、田中　慎一郎[3]、福田　啓裕[1]、片岡　仲[1]、
田中　洋輔[1]

【目的】

近年，医療療養病床におけるリハビリテーション（以下，リハビリ）は，ADL 等の患者アウトカムを重視した評価体系へ移行しつつあり，限られた人的資源の中で，質と効率を両立したリハビリ提供体制の構築が求められている．当院では，患者の状態に応じたリハビリ資源配分を実現するため，人員計画，算定管理，配分ルールからなる運営体制の再編を行った．本研究は，この運営体制の再編が，リハビリ提供体制，患者アウトカム，経営指標に与えた影響を定量的に可視化することを目的とした．

【方法】

調査対象期間は 2023 年 4 月から 2025 年 3 月とし，2023 年 4 月から 2024 年 3 月までを導入前期間，2024 年 4 月から 2025 年 3 月までを導入後期間と定義した．運営体制の再編内容は，以下の 3 点で構成した．【①人員計画】：対象患者数と患者特性から算定可能単位数を試算し，必要人員を算出した．【②算定管理】：患者情報を一元管理することで，実施状況や算定期限を可視化し，カンファレンス等で単位配分を決定するとともに，実施状況を継続的にモニタリングした．【③配分ルール】：管理者主導でスケジュール・単位配分を管理し，算定期限内患者および進行性疾患患者への優先配分を徹底した．評価項目は，運営プロセス指標として療法士の人員数，療法士 1 名あたりの取得単位数，1 日あたりリハビリ提供総単位数，算定可能な最大単位数に対する取得単位数（以下，取得率），患者アウトカムとして FIM 利得，経営指標として療法士人件費，リハビリ単価，リハビリ関連総収入，リハビリ関連総収入に占める療法士人件費の割合（以下，人件費率）を設定し，導入前後で記述統計的に比較した．

【結果】

導入後，療法士数は 4 名増員し，療法士 1 名あたりの 1 日取得単位数は導入前比 104.4% とおおむね維持された一方，1 日あたりリハビリ提供総単位数は導入前比 133.2%，取得率は導入前比 132.3% へ増加した．患者アウトカムでは，脳血管疾患患者における FIM 利得が 0.6 点から 2.1 点へ増加した．経営指標では，リハビリ単価は導入前比 123.4%，リハビリ関連総収入は導入前比 152.0% に増加した．療法士人件費は導入前比 129.7% に増加した一方，人件費率は導入前比 61.1% に低下し，収益性の改善を認めた．

【考察】

医療療養病床におけるリハビリテーション運営体制の再編により，リハビリ提供量の増加，FIM 利得の改善，およびリハビリ関連収益の向上が認められた．これらの結果は，管理職主導による患者情報の一元管理，リハビリ提供量の定期的な見直し，および単位配分ルールの標準化を行ったことで，客観的指標に基づいて優先度の高い患者へリハビリ資源を配分できたことが寄与した可能性を示している．

【結論】

本取り組みは，医療療養病床におけるリハビリテーションの質と効率を両立し，経営的持続可能性の向上にも資する実践的方策であると考えられた．

105-4　経営管理全般①

職員に寄り添う健康経営を目指して

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○早田（そうだ）　佳子（よしこ）（保健師）

【背景】2019 年度の申請で初めて健康経営優良法人（大規模法人部門）の認定を取得して以降、久英会グループの職員に寄り添った健康経営について考え、取り組みを行っている。当法人（今回は、医療法人を対象とする）の職員平均年齢は 40.1 歳であり、子育てや介護を担う世代であると同時に、生活習慣病のリスクが高まる年齢層である。そこで、健康診断結果を確認すると、生活習慣病に関連する項目で、基準値を外れる職員が増えていることが分かった。

【目的】医療や福祉の現場においても、少子高齢化による労働人口の減少は大きな課題である。今回、職員の健康寿命の延伸と将来の労働力確保を目標に、当法人で実施している取り組みと現状について報告する。

【方法】2023 年から 2025 年にかけて、法人の全職員を対象に、運動に関する取り組みを 5 種、食事に関する取り組みを 6 種、睡眠と心のケアに関する取り組みを 5 種行い、その後の健康行動について調査を行った。また、取り組みの効果については、健康診断結果と問診票を合わせて検証した。

【結果】2023 年度と 2025 年度のデータを比較すると、健康診断において血圧の基準値を外れた職員が＋3.3%、脂質に関するデータの基準値を外れた職員が＋4%（2024 年度からは、3.3% の改善を認める）、血糖の基準値を外れた職員が＋7.2% であり、総じて基準値を外れた職員が増えた。一方で、1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を、週 2 日以上 1 年以上している職員は＋2.5%、職員食堂で健康に配慮した食事を摂取している職員は一日平均＋7 人、睡眠で十分疲れがとれている職員は＋2.7%、健康管理アプリ利用者率＋23.8% と、健康行動を起こした職員が増えたことがわかった。

【考察】今回の結果では、健診結果の改善はみられなかったが、健康行動に参加する職員は増加傾向にあることがわかった。同じ取り組みを提供しても、無関心期にいる職員には届きにくく、余裕がないため参加できない状況も確認ができた。そのような中でも参加者が増えている背景には、隙間時間や勤務内に参加できる取り組みの提案や、共に働く職員の声が影響していると考える。健康意識の改善につながった具体的な要因に関しては、アンケートを取り分析を行ったうえで発表する。また、当法人では、健康経営を心身の健康に関わる介入から始めたが、働きやすい職場づくりのための視点は多岐に渡るため、現在の取り組みを継続するとともに、不足している要因への介入方法を検討する必要がある。当法人の健康経営はまだ始まったばかりであり、働きやすい職場環境になったとは言い難い。だからこそ、今後も職員との対話を継続し、小さな声も逃さず拾い続けることで、健康寿命の延伸と安心して働ける職場づくりにつなげていきたい。

105-5　経営管理全般①

災害時の初動対応整備と BCP 意識向上を目指した取り組み

富山県・清幸会

○井本（いもと）　早紀（さき）（事務職）、四谷　典子

【はじめに】

BCP（事業継続計画）を作成する場合、人的被害が最も大きい季節や時刻、院内に最も職員が少ない時刻を想定して策定することが望まれるとされている。2024 年元日に起きた能登半島地震で富山市では過去最大の震度 5 強の揺れに見舞われた。当院では建物に亀裂が入ったが、幸いにも大きな被害は出なかった。この地震は元日の夕方という特殊な日時に発生した為、地震発生時に職員はどのような状況にあり、どのような行動をとっていたのか、職場のことを気にかけていた職員はどれだけいたか等を調査して、問題点を把握、改善し、今後の BCP の活用と職員の意識向上を目指したことについて報告する。

【期間】

令和 7 年 5 月～令和 8 年 5 月

【方法】

① 能登半島地震が起きた時の状況や職場に対する意識調査のアンケートを全職員に実施

② 暫定的災害対策委員会の設立

③ 緊急連絡網の再構築

④ 初動対応を明確化するためのアクションカード(以下 AC カード)、連絡フローチャート、被害チェックリストの作成

⑤ 災害連絡訓練の実施、訓練後のアンケート調査

【結果】

能登半島地震発生時のアンケートにおいて、災害時の対応や行動の仕方についての不安、それを解決するためのマニュアルの整備と訓練を望む声が多く、勤務外だった職員の 8 割が職場の状況を気にかけていたことが分かった。また、BCP について知りたいと回答した職員は 7 割に上った。これらを踏まえ災害対策委員会は必須であることが明確となり、直ちに各部署・多職種で暫定的な災害対策委員会を設立、話し合う場を設けた。委員会では第一に、従来の電話による緊急連絡網からグループ LINE を用いて一斉通知する連絡体制へと改変再構築した。第二に、初動対応を明確化するための AC カードと連絡の流れを記載したフローチャート、被害状況を整理するためのチェックリストを作成した。災害訓練は職員の少ない日曜日に実施し、勤務者は AC カードを用いた初動対応から勤務外の職員への連絡訓練とした。訓練後のアンケートでは、「役に立つ」「年 1 回以上訓練した方が良い」「災害対策委員会は必要」という声が多く聞かれ、「出勤可否について確認した方が良い」「予告なしでやってみたらどうか」「災害発生時に指示出しをする人を決めておく必要がある」など多くの意見を聞くことが出来た。

【考察】

当院の緊急連絡網は開設当初から存在していたが能登半島地震の際にも使用されることは無かった。これは訓練を含め使用実績が無かった事が要因でもある。今回地震を想定し、新しく作成した連絡網を使用した連絡訓練を行ったことで今後は躊躇せずに使用できると推察される。また訓練後のアンケート調査からは、災害対策委員会設置と訓練を望む声が多数を占めた。病棟勤務者の訓練では、新しく作成した AC カードで初動対応を明確化したことで、不安の軽減に繋げることが出来た。訓練を通して更なる改善点も見えてきた。そして忘れかけていた能登半島地震を思い返し、災害に対する意識が向上する契機となった。今後更に、災害が起きた時の為に不安要素を少しでも減らしていけるよう正式な災害対策委員会を設立し、定期的に訓練を行い、既存の BCP をブラッシュアップし、いつ起こるか分からない災害に備えていきたい。

105-6　経営管理全般①

人材を組織の資産へ！コンピテンシー評価制度と歩調を合わせた階層別内部研修の軌跡

静岡県・西山病院グループ

○中西（なかにし）　祥子（しょうこ）（看護師）、鈴木　恵、佐口　明、安間　裕樹、石岡　晃

【目的】

慢性期医療・介護を多角的に展開する法人グループにおいて、組織の持続的成長と人材育成は最重要課題である。当グループでは2017年に研修委員会を発足させ、階層別研修を開始したが、当初は外部講師への依存や研修の単発化、人事評価との連動性に課題を残していた。本報告の目的は、研修委員会の体制見直しとコンピテンシー評価制度への紐づけを通じて、一貫した「求める人材像」に基づく内部講師主導型の階層別研修体系を再構築し、その実践プロセスにおける組織的な推進要因と発展的課題を検証することである。

【方法】

取り組みは以下の3段階に分けて推進した。

第1期：初期の基盤構築（2017～2020年度）

研修委員会を発足し、外部講師による中堅・役職者研修を開始した。その後、研修委員（以下、委員）へのインストラクター研修を経て、委員主導による新入職員研修の内製化に着手した。

第2期：運用の見直しと改善（2021～2024年度）

研修委員会の体制や運用の見直しを行い、2023年度に「階層別の求める役割・考え方」を策定した。同時期に法人がコンピテンシー評価制度の設計を進め、グループ全体の「求める人材像」を5階層（新人～2年目、中堅、中間管理職、職場長、部門長以上）に定義した。これに伴い、研修委員会は各階層に応じた研修コンテンツ（新入職員、中堅、新任役職者、職場長、部次長研修）への刷新を企画し、2024年度には委員主導による職場長研修を開始した。

第3期：本格的な運用への歩み（2025年度～現在）

2025年度に各階層に求められる役割とコンピテンシーの紐づけが完了し、研修委員会はコンテンツごとにコンピテンシー達成のための研修目的を設定した。2026年度開始の中堅研修の実践、および、2027年度以降開始に向けた新任役職者研修などのコンテンツ構築を同時に進め、研修体系を本格的に再始動させている。

【結果】

人事評価制度と連動した人材像の明確化により、研修の目的と組織の求める方向性が一致した。外部依存を脱却し、法人固有の課題に即した研修の提供が可能となった結果、受講者の役割認識の深化とマネジメント意識の向上が見られた。また、コンピテンシー要件を分解・コンテンツ化する主体的な開発プロセスを通じて、委員自身の教育・マネジメントスキルの向上と、職種や施設の枠を超えた組織横断的な教育文化の醸成という効果をもたらしている。

【考察】

本取り組みの成功要因は、評価制度と研修コンテンツを完全に紐づけた点にある。これにより、職員は「何を学び、どう評価されるか」という組織の期待行動を可視化でき、研修の動機付けが強固となった。また、外部講師から内部講師へとシフトし、評価制度・現場のリアルな課題・内部講師の育成を連動させたこの一連の仕組みづくりは、P. センゲが提唱する「学習する組織（Learning Organization）」における『システム思考』の実践そのものである。さらに、現場を熟知する委員同士が対話を重ね、独自の教育プログラムを協働開発したプロセスは、『共有ビジョン』の浸透と『チーム学習』を具現化させたものであり、これが教える側・教わる側の双方が同時に成長する好循環を生み出した。今後は、各階層別研修の確実な運用と、研修効果（コンピテンシー達成度等）の客観的検証を通じて、組織全体が実践と省察を繰り返し、自律的に学習し続けるサイクルを現場に定着させていくことが課題である。

【結論】

コンピテンシー評価制度と連動した研修の内製化は、職員への期待行動の可視化を促進するだけでなく、組織自らが知恵を生み出し、教育文化を自律的に進化させ続ける「学習する組織」の構築において極めて有効なアプローチである。

106-1　経営管理全般②

慢性期病棟における災害時避難対応～アンケートからみる認識把握と認識を～

福岡県・原病院

○権田（ごんだ）　翔子（しょうこ）（看護師）

【はじめに】2011 年東日本大震災以降、医療機関における災害対策の重要性は再認識されている。福岡では災害が少なく災害の認識が薄れているのではないかと感じていた。当病院は南区にあり、想定として考えられるものは火事・地震によるものとされる。院内の避難訓練は年に 1 回実施されているが、病棟での災害訓練は実施できていない状況がある。当病棟は 4F、医療療養病棟であり、46 床の患者が入院しており 20 対 1 看護である。また、エレベーター 2 基・階段 2 か所（内 1 つ屋外）・非常用滑り台の設備を有し、透析室が隣接しており、人的・構造的課題が予測される。今回アンケートを行い、現状の把握と定期的な避難訓練をしていくための取り組みを行ったためここに報告する。

【目的】医療療養病棟の看護師に災害時避難対応に対する認識と課題を明らかにし、病棟の特性を踏まえた災害時に備える。

【方法】スタッフへの無記名アンケートの実施　　勉強会後のアンケート　形式　自由記載

【結果】初回 17 名に対し 14 名の回答を得た。災害マニュアルの理解や役割認識について十分でないとの回答が多くあった（71.4%）。また、災害時対応への自信不足（57.1%）も認められた。不安内容として、人手不足・患者運搬方法・情報共有が多く、自由記載では避難訓練不足・搬送手順の周知不足・役割分担の明確化の必要性が示された。勉強会後のアンケートでは、全ての回答で初回より災害マニュアルの理解・役割認識ができるとの回答を得る事ができた。

【考察】日々の業務が優先となり、災害という視点が欠如していることとなっている。まずは、災害という意識を向けるために避難経路の確認や非常階段、避難用具の使用方法、マニュアルの確認等を周知する事をはじめ、災害に意識を向ける事が必要と考えた。当病棟は高層階であり、透析室を隣接している構造的要因や担送・護送患者割合も高いため、避難困難性を高めていると考える。いつあるか分からない問題について想定していくことが課題として見つかった。

【結論】慢性期病棟における災害対応力向上には避難計画の見直しと継続的な教育・訓練体制の強化が必要である。

106-2　経営管理全般②

リハビリテーション職員における職場推奨度とウェルビーイングの関連

1 兵庫県・神戸平成病院、2 総合研究所

○徳嶋（とくしま）　慎太郎（しんたろう）（理学療法士）[1,2]

【はじめに】

部門の管理運営として、離職予防や業務改善は重要である。Employee Net Promoter Score（以下 eNPS）は職場推奨度を測る指標であり、簡便に評価できる指標として活用されている。また、従業員ウェルビーイング（以下 WB）は組織成果の重要な要因の一つとして位置づけている報告があるなど、管理運営において WB も注目されている。そこで本実践報告では、業務改善目的で実施した WB サーベイおよび eNPS 調査の既存データを後方視的に分析し、eNPS と WB との関連を整理することで、今後の職場改善の方向性を検討することを目的とした。

【方法】

分析対象のデータは 2026 年 3 月に調査したデータであり、対象はリハビリテーション職員 58 名であった。WB サーベイおよび eNPS の記述統計を算出した。統計解析には EZR を使用し、有意水準は 5% とした。eNPS、職場 WB、個人 WB を Spearman の順位相関係数により検討した。また、eNPS を目的変数、個人 WB および職場 WB を説明変数とする重回帰分析を行った。倫理的配慮として、調査データは匿名であることから個人が特定できない情報であり、取り扱いには十分に注意した。

【結果】

回答数は 58 名、回答率は 100% であった。職場 WB の平均値は 3.33、個人 WB の平均値は 2.96 であった。eNPS は、批判者 39 名で 67.2%、中立者 13 名で 22.4%、推奨者 6 名で 10.3% であり、eNPS は-56.9 であった。相関分析では、eNPS と職場 WB に有意な正の相関を認めた（$\rho = 0.462$ $p < 0.001$）。また、eNPS と個人 WB にも有意な正の相関を認めた（$\rho = 0.665$ $p < 0.001$）。さらに、個人 WB と職場 WB の間にも有意な正の相関を認めた（$\rho = 0.635$ $p < 0.001$）。重回帰分析では、モデル全体は有意であり、調整済み R^2 は 0.478 であった。説明変数のうち、個人 WB は eNPS と有意に関連した（$B = 2.029$ $p < 0.001$）。

【考察】

本分析では、eNPS、職場 WB、個人 WB それぞれで相関がみられ、重回帰分析では eNPS に対して個人 WB が正の関連を示した。Viot らは、職員のポジティブなウェルビーイングが雇用主を推奨する意向を高め、ネガティブなウェルビーイングは推奨意向を低下させることを報告している。これらのことから、職員が職場を他者に推奨したいと感じるかどうかは、職場環境への評価だけでなく、その職場で働く自分自身が心身ともに保たれ、前向きに働けているかという個人の状態を反映している可能性が示唆された。今後は、休憩、業務量、相談体制、1on1 等の改善施策を通じて、職員個人の WB を高める取り組みが重要である。

106-3　経営管理全般②

地域需要分析に基づく2040年を見据えた病院機能再編構想の検討

1 鹿児島県・加治木温泉病院、2 久留米大学　医学部　医療検査学科　准教授

○今村（いまむら）　香織（かおり）（事務職）[1]、児玉　悠佳[1]、坂元　直子[1]、上奥　誠[1]、川原　翔太[1]、中村　真之[1]、小原　仁[2]、髙田　昌実[1]、夏越　祥次[1]

【背景】

加治木温泉病院は、回復期・慢性期医療を提供する病院と介護医療院を併設する医療法人である。人口減少と高齢化の進展により、医療機関には従来の疾病治療中心の役割に加え、地域住民の健康増進や介護との連携を含めた包括的な役目が求められている。当院では2040年を見据えた病院機能再編を検討するにあたり、患者流動分析を基盤とした地域需要の把握と、在宅医療・介護・ウェルネス戦略の構築に取り組んでいる。

【目的】

患者流動データや地域特性を分析し、地域包括医療病棟への機能転換、健診事業の拡大、小児リハビリテーション事業の展開および在宅医療体制構築などを含めた将来の病院機能の方向性を検討する。

【方法】

2025年1月から2025年12月までの1年間の入退院患者データを用いて、患者IDを匿名化したDPC様式1相当データベースを構築した。郵便番号情報から姶良市内は中学校区・小学校区単位、市外は市町村単位で分類し、患者の地域分布や流動状況を分析した。また、将来人口推計を活用し、地域ごとの医療需要と供給の需給ギャップを検討した。

【結果】

病院所在地より5キロ圏内である診療圏域からの入院が最も多いが、紹介入院率や当院連携医療機関とのかかりつけ割合は、10キロ圏内以上の方が高く、地域の医療機関や施設との連携体制には検討が必要である。また地域内での、救急入院、在宅移行患者、看護必要度該当患者の割合はばらつきがあり、地域包括医療病棟対象患者の安定的確保には課題が見えた。

【考察】

患者分布や流入・流出状況の可視化により、当院の主要医療圏および潜在的な医療需要エリアが明確となった。また、救急搬送や在宅移行患者の分析から、高齢者救急機能と在宅復帰支援機能の強化が必要であることが示唆された。さらに、小児リハビリや健診事業においては、従来の高齢者中心の視点に加え、子育て世代や就労世代を含めた新たな地域ニーズが確認された。

【結論】

患者流動分析を基盤としたデータベース整備は、病院機能再編や地域戦略立案に有用である。今後は医療需要予測や地域シェア分析をさらに深化させ、地域包括医療病棟、高齢者救急、在宅医療、健診事業およびウェルネス事業を柱とした地域密着型病院モデルの構築を目指す。また、姶良市のウェルネスシティ化に貢献する医療機関としての役割を明確化していきたい。

106-4　経営管理全般②

令和の病院建替え事情～建設費高騰時代を乗り越えた80床慢性期病院の実践～

和歌山県・宇都宮病院

えがわ　えいすけ
○江川　栄輔（事務職）

【目的】
コロナ禍以降、建設資材価格や人件費の高騰に加え、金利上昇や物価高騰が病院建替え事業へ大きな影響を及ぼしている。当院では80床の医療療養病棟を新築移転した経験から、計画時と実績を比較し、建設費高騰への対応策と資金計画上の課題を検証した。
【方法】
2022年予算と竣工時実績を比較した。また、建築単価、医療機器・器具備品価格、金利、移転関連費用などの変化を整理し、コスト抑制策と資金確保策を検討した。
【結果】
建築面積は約2,700m^2から約4,400m^2となった。総事業費は2022年20億9,700万円から最終26億6,062万円となり、約27%増加した。建築単価は約44万円/m^2から約54万円/m^2、1床当たり建設費は約2,400万円から約3,000万円へ上昇した。
建物工事費に加え、医療機器・器具備品価格も大きく上昇した。1番大きく上昇したCTは当初約4,300万円を見込んでいたが、最終的に約5,780万円となり約34% 増加した。家具等の器具備品についても約4,000万円から約5,000万円へ20% 増加した。また、事業期間中に借入金利は約1.0% から2.7% まで上昇し、当初リースを予定していた病床ベッドは、リース料総額が購入費を上回ると判断し購入へ変更した。
コスト削減策として、医療用資材を一般建築資材へ変更可能な部分は積極的に見直した。
一方、消費税は約2億6,000万円を負担したが、課税売上割合が約8% であるため2100万円の仕入税額控除となり、診療報酬の消費税問題を提起したい。
さらに、初めての建替えであったため、テレビ電波障害対策費、引っ越し費用、既存機器処分費など想定以上の費用が発生した。一方、建設期間中に補助金基準単価が引き上げられたことで予算超過分の一部を補填することができた。庭園整備にはクラウドファンディングを実施し、2026年6月時点197名から約1,200万円の支援を得ている。返礼品は和歌山県産品を中心とし、ふるさと納税制度を参考に返礼割合を寄附額の2割以内に設定した。
【考察】
病院建替えでは建設資材だけでなく、医療機器価格、家具・備品価格、金利上昇、消費税負担など複数の要因が重なり、当初計画との差が拡大した。特にインターネット等で公開されている「1床当たり」「職員1人当たり」の整備単価は物価安定期のデータを基にしていることが多く、現在の市場価格とは大きな乖離が生じている。
備品の一部はインターネット通販を活用したが、受取・搬入・組立・初期不良対応などの人件費や管理コストを考慮すると、大幅なコスト削減につながったかは検討を要する。
リースと購入の比較では、金利上昇局面では従来有利と考えられていたリース契約が必ずしも最適とは限らず、調達方法を再検討する必要があった。
クラウドファンディングは、資金調達だけでなく地域住民との関係構築にも有効であったが、寄附目的の明確化や返礼品の選定には十分な準備が必要であった。
【結論】
令和の病院建替えでは、建設費だけではなく、医療機器価格、金利、消費税、移転関連費用などを含めた総合的な事業計画が必要である。従来の整備単価をそのまま予算の基礎とすることは困難であり、社会情勢に応じた柔軟な予算見直しと、多様な資金調達・コスト管理手法を組み合わせることが、持続可能な病院建替えの鍵となる。

106-5　経営管理全般②

食材のコスト削減への取り組みによる経営改善への貢献を考える

島根県・安来第一病院

○太田（おおた）　朱音（あかね）（管理栄養士）、秋間　由美子、新川　真梨子

【目的】

近年、物価高騰等により経営に苦しむ病院は少なくなく、全国の多くの病院が赤字経営といわれている。そのような状況の中、A 病院は直営にて 1 日約 1000 食の病院食を提供するうえで、食材のコスト削減は重要な課題となっている。食事は患者の QOL 向上に直結し、入院生活の中で楽しみのひとつである。そのため、コスト削減を行いながら、食事の質の維持、向上を図りたい。A 病院は、急性期病院の受け皿としての役割を担っており、地域医療を守り、持続可能な病院経営を維持していくため、栄養課におけるコスト削減の取組について報告する。

【方法】

A 病院栄養課での最近の取り組みとして

・野菜の仕入れ先を 1 業者から 2 業者に変更し、野菜ごとに価格と品質をみながら仕入れ先を決める。
・冷凍の魚を一部、一袋 5 切れ入りから 50 切入りに変更。
・カット野菜の品目を増やす（時間外勤務の削減）
・値上げ前の一括購入
・他業者との比較と価格交渉
・業者変更

例）使用していたお茶パックが約 3 倍の値上げとなり、他の仕入先を探し、相見積により決定した。

【結果】

従来使用していた食材と同等の品質であれば安価の商品に切り替えることをこまめに行った。数円、数十円の変更であるが、毎日大量に使用し年間換算すると大きな額のコスト削減となる。安価、便利なものであっても、食感や味が劣るものは食事サービスの質の低下につながるため、採用は見送った。

【考察】

コスト削減を行う場合、品質の状態が落ちることもある。食事の質の維持、向上を行うためには、品質を保つことも重要となる。そのため、サンプルによる試作と、くり返しの検討を行い、決定することが重要である。また、栄養課職員間で話し合いを行うことでコストに対する意識が高まり、水道、ガス、電気、ペーパータオルなどにおいても無駄のない使用につながっていると考える。日々、入退院がある中で、食数を把握し食材を用意する時は、間違いによる、食品ロスがないよう業務を行わなければならない。そして、献立作成を行う際にも、管理栄養士として食材の価格を把握し、調整を行っていくことも必要になる。

【結論】

コスト削減を行うことにより、病院経営の改善につながっていく。業務を遂行するうえで職員全員が責任感を持ち、気づいたことを積極的に発信し、これからもコスト削減に努めていきたい。

106-6　経営管理全般②

二要素認証システム導入における認証方式の選択について

福岡県・高良台コミュニティホスピタル

○今村（いまむら）　祐太（ゆうた）（事務職）、青木　稔典

【背景・目的】
医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第7.0版において令和9年度時点で稼働している医療情報システムに二要素認証を採用するシステム導入が求められている。二要素認証には従来のパスワード入力に加えてICカード等のセキュリティデバイス認証を用いる方式や指紋・静脈認証等のバイオメトリクス認証を用いる方式が一般的であるが、各方式のメリット・デメリットを考慮して導入する認証方式を検討した。
【方法】
指紋認証を用いた方式、静脈認証を用いた方式、ICカードを用いた方式の3つに絞り、それぞれの特徴を鑑みて導入方式を検討する。
【結果・考察】
各認証方式はすでに最低限のセキュリティ要件を満たしているものの、実運用を想定した際の緊急時において対策の立て方が大きく異なった。例えばバイオメトリクス認証を用いる方式では職員による不携帯が発生せず、初回登録を行えば基本的に再登録が必要ない。セキュリティデバイス認証を用いる方式ではICカード等の不携帯・紛失・破損によって再登録が必要となる場合があるが、読み取り装置は比較的安価である。これらを踏まえ、運用方法や費用対効果も考慮しつつ令和8年度中の導入に向けて検討を進めていく。
【結語】
当法人には市をまたいで8つの施設があり、電子カルテ端末の台数は300台になる。すべての端末に読み取り装置が必要になることを鑑みると1台あたりの費用を抑えたい。また、すでにICカードを用いた勤怠管理システムを導入していることもあり、比較的安価なセキュリティデバイス認証を用いる方式を検討している。緊急時の対応に不安が残る点については各部署へ向けて緊急時マニュアルを作成し業務に支障のないよう周知徹底を行う、施設単位または部署単位で緊急時対応者の指定を行う等の対策を練っていくことで解決を図っていく。

107-1　経営管理全般③

法人戦略に基づく持続可能な介護医療院経営～質と経営を両立する組織マネジメントの実践～

鳥取県・養和病院介護医療院

○大森（おおもり）　紀夫（のりお）（看護師）、田村　遵子

【目的】介護医療院は「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」として創設され、利用者の尊厳保持・自立支援・地域に開かれた施設としての役割が求められている。WAM の経営分析では経営状況の二極化が示され、日本介護医療院協会調査では平均稼働率 92.1%、II 型介護医療院では 93.3% と報告されるなど、持続可能な経営の確立が喫緊の課題となっている。当施設は施設類型 II 型でありながら、医療依存度の高い利用者や認知症を有する利用者、看取り期を含む多様な療養ニーズを有する利用者を受け入れている。本研究では、病院併設型介護医療院 30 床（以下「併設型」）及び病院併設型小規模介護医療院 19 床（以下「小規模型」）を対象に、法人戦略に基づく組織マネジメントが質と経営の両立に及ぼす効果を検証した。【方法】法人理念のもとビジョン・戦略・ミッションに基づき事業計画を策定し、財務・顧客・業務・人財・リーダーシップの 5 視点で KGI・KPI を設定、四半期レビューによる PDCA サイクルを運用した。両介護医療院を一体運営し、複数契約による利用者移行により、空床期間の最短化と多様な利用者の円滑な受け入れを実現した。また、法人内外との連携を強化し「断らない・あきらめない」という法人戦略を展開した。DX 推進による生産性向上、加算の適正算定及び医業費用の適正管理を徹底した。さらに多職種協働により ACP・「最後まで口から食べる支援」・看取りケア・グリーフケアを実践し、利用者の尊厳を支えるケアを推進した。【結果】経常利益率は令和 7 年度 12.5% を達成した。稼働率は全体で 98.3% と協会調査平均 92.1% を大きく上回った。平均要介護度は、全国 II 型平均 3.89 を上回り 4.5 以上を維持した。また、看取り率は併設型 96%、小規模型 100% を達成した。病院機能評価機構ベンチマークでは併設型 4.43・小規模型 4.57 と全国ベンチマーク 4.41 を上回った。また、病院併設機能を活かし、状態変化時には迅速な入院対応を行い、状態安定後は短期間で再入所につなげることで、地域の医療・介護の受け皿として機能した。【考察】これらの成果の要因として、事業計画と現場目標の一体的展開、KPI による可視化と四半期 PDCA により組織全体の方向性が共有された点が挙げられる。両介護医療院の一体運営による相互補完と複数契約の活用が、稼働率の安定化と費用の適正管理に寄与した。入所前から介護認定を適正に評価し、変更申請を積極的に行うことで適切な収益確保に貢献した。統括責任者に病院・介護・地域サービスの経験を有する介護福祉士を登用したことで、「その人らしさ」を重視するケア文化が醸成され、介護医療院の理念と経営成果を支えた。WAM 経営分析では、高い利用率の維持、各種加算の適正算定、看取りを含めた利用者支援、継続的な経営分析が安定した経営基盤の要素とされている。本実践もこれらの要素と合致しており、法人戦略に基づく組織マネジメントの有効性が示唆された。多職種協働による質向上が満足度と稼働率の維持につながり、収益基盤が質への再投資を可能とする好循環を形成したと考える。【結論】法人戦略を基盤とした組織マネジメントは、介護医療院における質と経営の両立に有効であった。法人資源を最大限に活用し、多職種協働による質向上と継続的改善を実践することで、持続可能な介護医療院経営モデルを構築することができた。本実践は、経営の二極化が進む介護医療院において、質と経営の両立を目指す組織マネジメントの一つの実践例として、今後の介護医療院運営に有用な示唆を与えるものと考える。

107-2　経営管理全般③

地域医療構想による病院変革の検討（医療療養病床から回復期病床への一部病床機能転換の検討）

大分県・和田病院

○和田（わだ）　純治（じゅんじ）（医師）、井口　雄一郎、和田　浩治、朝川　孝幸、井原　誠、和田　陽子

（はじめに）少子高齢化が進むなか、2025 年には「団塊の世代」が 75 歳以上となり、大分県でも 3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上となることが予想されている。高齢化に伴い医療・介護を必要とする方が増加するため、良質で適切な医療を効果的・効率的に提供する体制を構築することが全国的に進められている。2014 年に「医療介護総合確保推進法」が成立し、各都道府県において地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示した「地域医療構想」を策定され、当地域：大分県県北地区でも医療構想会議が行われ、病院の方向性転換が喫緊の課題となっている。当院でも 2015 年より医療療養病棟 75 床の 26 床を回復期病棟へ転換し、療養→回復期への変革を行っている。（目的）急性期・回復期・療養病棟を有する当院において、今後の地域での医療ニーズに従い、病床転換（療養病棟の一部をさらに回復期病棟へ変換）及び病床数の見直しを行うことによる病院の将来性の確保及び経営の安定化が可能かどうかを検討。（方法）2026 年度に療養病床の 13 床を回復期病棟へ変換。全病床数を 104 床→89 床へダウンサイジング　2019 年 4 月～2025 年 3 月までの病棟稼働率・医業利益を検討し、今後の病棟転換による病院へもたらす影響を検討。また地域における病院機能分化推移を予測し、病院継続を可能か検証（結果）病床稼働率 2019 年度→2025 年度：94.5%→90.2%→88.2%→84.7%→82.8%→86.1%→84.4%　病床転換及びダウンサイジングにより 2026 年度稼働率予測：95% 以上　2026 年度医業利益予測：＋5000 万円/年と改善。回復期病棟の稼働率は 98-100%　地域における回復期病床数：468 床　必要予想病床数−90 床（考察）当地区での回復期病床の予想必要病床は依然不足しており、病床のニーズはあるため、早期の病床変換による患者獲得は病院経営の安定化をもたらすことが予想される。しかしながら、今後人件費・資材の高騰及び職員の確保困難が予想されるため、病床数の適正化などについても今後引き続きの検証が必要と考える。（結語）慢性期病棟を有する病院であっても、地域のニーズ、将来的な人口動態、国・県の医療施策に合わせ、早期に対応することで、経営の安定化・病院存続に繋がると思われる。

107-3　経営管理全般③

法人全体で取り組んだ病床稼働率向上への実践報告

山口県・光風園病院

○岡野（おかの）　大介（だいすけ）（社会福祉士）

【はじめに】
当院のある山口県下関市は人口 10 万人あたりの病床数は全国平均を大きく上回っており、急性期病院の統合に向けた動きや閉鎖や休床を余儀なくされている医療機関もある。それに加え、介護施設や居住施設も多く、競合相手が多い地域であり安定した経営を継続することが今後より一層難しいことが予測される。そのような中で経営の安定と地域医療への貢献を両立させるため、法人全体で取り組んだ病床稼働率向上への実践を報告する。
【背景】
当院は病床稼働率の目標数値はあったものの、根拠のある数字ではなく、各病棟が独自に前年度の病床稼働率を参考に掲げている目標であった。また病床稼働率の意識も部署間の認識にばらつきがあり、持続可能な病院運営の大きな課題のひとつであった。
【実践内容】
経営の安定と地域医療への貢献を両立させるために法人全体で病床稼働率向上に向けた体制を整備するため以下の取り組みを行った。
・部署を横断する組織として経営企画課を立ち上げた。
・関係部署との会議を重ね、法人の入退院ルールを作成し、運用を開始した。
・病床稼働率向上の意義と実践を法人全体に浸透する活動を行った。
【成果】
取り組みにより法人全体に病床稼働率向上の意義も徐々に浸透してきた。その結果、回復期リハビリテーション病棟は 100% を超えた月が 2 回あった。稼働ベッド数を増やしたことや下半期に予期せぬ病欠等による人員不足で意図的に病床稼働率を抑えた月もあり、年間の病床稼働率は 96.4%（270 床：2024 年度）から 96.1%（285 床：2025 年度）と低下したが、延べ入院患者数は増加した。また単価の高い回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、特殊疾患病棟の病床稼働率は向上した。
入院件数も 800 件（2024 年度）から 837 件（2025 年度）と増加し、当院での入院治療を要する患者をより多く受け入れることができた。
【課題】
さらなる病床稼働率向上のために予定外退院後に円滑に入院を受けることができるように入院業務の体制整備が必要である。また、今以上に集患活動を行い、退院後に入院が途切れないようにする必要がある。
【まとめ】
法人全体で病床稼働率向上の共通認識を持つことで、部署を超えてより建設的な議論や実践につながっている。経営の安定と地域医療への貢献の両立を継続させるためにこの活動を加速させていきたい。

107-4　経営管理全般③

地域医療構想を見据えた高医療依存度慢性期ケアモデルの検討　長期人工呼吸器患者を支える急性期後方支援機能

滋賀県・琵琶湖養育院病院

○沖田（おきた）　聡嗣（さとし）（看護師）、村松　明子、西原　幹人、日野　航

【目的】

地域医療構想では、病床数の確保だけでなく、地域の医療需要に応じた病床機能の明確化が求められている。急性期治療後も人工呼吸器管理を要する長期人工呼吸器患者は、受け入れ先が限られ、療養型病床においても人工呼吸器管理に対応できる体制整備が課題である。当院では、の療養型病床内に長期人工呼吸器ケアユニット（LTVU）を設置し、特定行為研修修了看護師を中核に高医療依存度患者を支える仕組みを構築した。本研究では、LTVU で療養した人工呼吸器装着患者 47 例の実績を分析し、高医療依存度慢性期ケアモデル（HD-CCM）の意義を、急性期後方支援機能、超長期療養・看取り、経営的示唆の観点から検討した。

【方法】

2022 年度から 2026 年 4 月 20 日までに、急性期病院または慢性期病院から人工呼吸器装着状態で当院へ転院し、LTVU で療養した 47 例を対象とした。診療録および院内管理資料を用い、患者背景、転院時状況、人工呼吸器設定評価、設定変更、人工呼吸器離脱、急性期再搬送、転帰、在院日数を後方視的に集計した。あわせて、LTVU 設置病棟と非設置病棟の医療区分 2・3 割合、患者延べ数あたり医業収益を比較した。

【結果】

対象 47 例の紹介元は急性期病院 44 例、慢性期病院 3 例であった。気管切開 40 例、経管栄養 39 例、寝たきり 39 例であり、低栄養または低栄養疑い 35 例、褥瘡 20 例、脱水または脱水疑い 30 例、電解質異常 26 例、循環不安定または循環不安定疑い 12 例を認めた。人工呼吸器設定評価は全例に実施され、設定変更 41 例、人工呼吸器離脱 10 例、急性期再搬送 6 例を認めた。転帰は死亡退院 31 例、入院継続 15 例、在宅退院 1 例であり、在院日数中央値は 603 日、範囲 31〜7321 日であった。LTVU 設置病棟では、非設置病棟と比較して医療区分 2・3 割合平均が 97.0% 対 82.3%、患者延べ数あたり医業収益が 27,133 円/人日対 20,925 円/人日と高かった。

【考察】

長期人工呼吸器患者は、人工呼吸器管理のみでなく、気道管理、栄養管理、褥瘡管理、循環・代謝管理、ADL 支援、急変時対応、意思決定支援など複数の医療・生活課題を併存していた。LTVU は、急性期後の長期人工呼吸器患者を受け入れ、継続的再評価、離脱支援、必要時の急性期再搬送、超長期療養、看取りを担う慢性期病床機能として整理できる。HD-CCM は、患者の集約、特定行為研修修了看護師を中核とした継続的再評価、包括的管理、多職種連携、記録と改善を組み合わせ、高医療依存度患者を長期的に支える実践的枠組みである。また、高医療依存度患者を集中的に受け入れる体制は、医療区分 2・3 割合の維持や患者延べ数あたり医業収益の向上に関連する可能性があり、病床機能の明確化、経営的安定、専門人材の活用を接続する示唆を有する。

【結論】

医療療養型病床内の LTVU は、地域医療構想を見据え、長期人工呼吸器患者を含む高医療依存度患者を支える急性期後方支援機能として位置づけられる。HD-CCM は、超長期療養・看取りを含む慢性期ケアと、病床機能の明確化、経営的示唆、専門人材の活用を接続する実装モデルとなりうる。

107-5　経営管理全般③

当法人はなぜ選ばれたのか―採用者の声から考える採用活動の振り返り―

山口県・光風園病院

○川口（かわぐち）　雄生（ゆうき）（事務職）

【背景】

当法人では、年間新規採用者数が人材紹介会社経由の採用を含めて直近3年度平均で60名を超えている。しかし、求職者が当法人を選択した具体的理由や、実際に入職後評価された点について十分に分析できておらず、採用活動へ反映できていなかった。

【目的】

新規採用者へのアンケートおよびインタビュー結果を基に、就職先の選択要因と入職後の実際の評価を分析し、今後の効果的・効率的な採用活動について検討する。

【方法】

①入職時匿名アンケート（2023～2025年度入職者194名分）の分析

主要な採用職種145名（看護・介護職109名、リハビリ職20名、栄養士・調理職16名）を抽出し、「就職活動で重視した点」と「当法人を選んだ理由」を比較し、職種別に集計した。

②職員インタビューの実施

2023～2026年度入職者から選別した27名（看護・介護職16名、リハビリ職6名、調理職4名、その他1名）を対象に、当法人を選んだ理由と入職後評価についてインタビューを行い、その結果をアンケートと対応する項目（給与、勤務地、休日、福利厚生等）に分類し集計した。

【結果】

アンケートでは、「就職活動で重視した点」は休日（17.5%）、給与（14.6%）、職場の雰囲気（14.3%）、勤務地（14.0%）、福利厚生（13.0%）が上位であった。一方、「当法人を選んだ理由」でも休日（17.2%）、勤務地・福利厚生（各14.8%）、職場の雰囲気（13.2%）が上位であったが、給与は11.9%へ低下した。これに対し、病院指針（身体拘束を行わないケア等）は3.6%から10.5%へ増加した。

職種別では、看護・介護職は休日、リハビリ職は勤務地、栄養士・調理職は福利厚生を重視する傾向がみられた。

インタビューでは、当法人を選んだ理由として職場の雰囲気(11件)、病院指針(8件)、休日・病院機能・身内が入院していた等(各7件)への言及があった。入職後評価では、職場の雰囲気（13件）、研修体制（6件）、病院機能・病院指針（各4件）などがあった。

【考察】

休日、勤務地、福利厚生は就職活動時から応募理由まで一貫して高い割合を示しており、求職者が重視する条件と当法人の就業条件は概ね一致していたと考えられた。このことから、年間休日120日などの基本的な就業条件は採用競争力を支えていることが示唆された。一方、給与は応募理由で割合が低下しており、求職者は最終的に給与以外の要素を判断して当法人を選んだと考えられ、給与のみで差別化を図ることには限界がある可能性が示唆された。

病院指針は応募理由で増加し、インタビューでも応募理由・入職後評価の双方で当法人の具体的な取組(身体拘束を行わないケア等)への言及が認められた。求職者はこれらを当法人の特色として認識していた可能性が考えられ、応募先選択および入職後評価につながっていることが示唆された。

また、職場の雰囲気はアンケートとインタビューを通して一貫して評価され、入職前の印象と入職後の実感は概ね一致していたと考えられた。研修体制についても入職後評価で言及が認められ、当法人の特色の一つである可能性が示唆された。

【結論】

本研究では、求職者の就職活動時から応募理由まで一貫して重視された就業条件に加え、応募理由や入職後評価では病院指針に基づく具体的な取組や職場の雰囲気も評価されていた。

これらのことから、当法人の採用競争力は、基本的な就業条件に加え病院指針に基づく具体的な取組や良好な職場環境など、複数の要素によって形成されていることが示唆された。

今後は、本研究で得られた知見を採用ツールや情報発信へ反映することで、人材紹介会社への依存軽減を含め、より効果的・効率的な採用活動につながる可能性がある。