

## P1-46

## JCHO若狭高浜病院における薬剤師による地域活動

野田学、稲葉光俊  
JCHO若狭高浜病院 薬剤部

## 【はじめに】

地域包括ケアシステムにおいて、薬剤師にはその担い手として幅広い役割が期待されており、その中の1つが地域住民に対する医薬品をはじめとする医療情報の啓発・教育活動である。また、JCHOは中期目標にて「予防・健康づくりの推進」として、「地域住民に対する健康教室の開催や各種予防接種の実施などを通し、生活習慣病予防をはじめとする地域住民の主体的な健康の維持増進を図ること」を掲げている。今回は、当院における薬剤師の地域活動について報告する。

## 【活動内容】

- ・ 出前講座: 当院の地域包括ケア活動の一環として実施しており、1つの講座を薬剤師が担当。各地区の高齢者サロンにて、2017、18年度で計14回実施
- ・ 健康マイスター養成講座-健康に詳しい町民を育て、地域の暮らしの中で自ら健康になり、かつ家族やご近所さんまで健康にする「健康マイスター」の養成を目的とする講座。当院と高浜町、福井大学との共催にて年1回実施しており、講師役として参加
- ・ たかはまコミュニティケアコンソーシアム-高浜町では2017年度より、地域活動を行う町内の医療介護施設や町役場内に「コミュニティケアセンター」を設置し、その連合体である「たかはまコミュニティケアコンソーシアム」を設立。その一員として、中学校での地域医療・介護特別授業、けっこう健康! 高浜☆わいわいカフェ、地域診断&クイズ大会等の企画運営
- ・ 薬剤師向けWeb媒体での連載-地域での活動内容を中心としたコラムをフォーマトリビューンwebにて2018年6月から2019年3月まで月1回連載

## 【まとめ】

病院薬剤師の業務は入院患者が主な対象であり、地域に出て活動することでたくさんの気づきが得られている。Web媒体での連載では、当院の活動を広く広報し、共有することができ、多くの反響をいただいた。今後ともこれらの活動を継続し、地域の「予防・健康づくりの推進」に積極的に関わっていききたい。

## P1-47

なんかいい!! 南海健康まつり  
～地域医療推進にむけた糖尿病チームの取り組み～

谷口公章<sup>1,2</sup>、河野智恵美<sup>1,6</sup>、井芹康貴<sup>1,4</sup>、成松聖<sup>1,5</sup>、山鼻深愛<sup>1,3</sup>、久保田忍<sup>1,3</sup>、  
葉田昌生<sup>2</sup>、森本章生<sup>7</sup>

<sup>1</sup>JCHO南海医療センター 糖尿病チーム、<sup>2</sup>薬剤部、<sup>3</sup>看護部、  
<sup>4</sup>リハビリテーション科、<sup>5</sup>栄養科、<sup>6</sup>事務部、<sup>7</sup>院長

当院がある大分県佐伯市は九州一広い面積があり、人口約7万人、高齢化率は40%と越え、急速に高齢化が進んでいる地域である。なんかいい!! 南海健康まつりは2014年より糖尿病チームが主体となり世界糖尿病DAYにあわせ開催し、2018年で合計6回開催することができ病院行事へと発展した。今回までの取り組みについて紹介したい。糖尿病チームは月1回チームカンファレンスを開催し患者情報の共有し教育パス入院など各職種が連携し活動している。健康まつりは地域市民の皆様の健康についての情報発信を目的として企画し1～4回は平日、5回目からは働き盛りの方にも参加を促すため土曜日に開催した。ブース数は血圧・血糖測定、フットケア、骨密度、栄養相談、運動相談、くすり相談、介護相談、教育講座のブース数であったが、第6回では体組成、血管年齢、がん検診、サプリメント相談、みそ汁塩分測定、老健見学ツアー、共催メーカーが追加されブース数を19とし、開催場所については隣接する老健施設のデイルームを利用し開催することとした。教育健康講座では当院常勤医師等に依頼し、糖尿病、尿酸値と心疾患、下肢静脈瘤、頸尿、乳がん検診、腎臓などより興味を持ってもらえるよう演題を企画した。広告としてはホームページへの掲載、市報やケーブルテレビなどでCM、公民館や調剤薬局でのポスターの掲示を依頼し、参加を促した。参加数は1回76名、3回148名、6回190名を徐々に増加した。参加者に対して行ったアンケート調査では骨密度や体組成など機器の台数やフットケアなど一人当たりの時間を要するブースについて待ち時間が長いなどの意見があったものの概ね好評であった。今後も継続していく予定であるが30歳代から50歳代の参加の増加が課題と思われる。今年末には新病院が完成し、より一層地域医療が推進できるよう貢献したい。

## P1-48

健康寿命延長に向けた取り組み  
～糖尿病週間の公開教室を活用したフレイルの現状把握と今後の課題抽出～

白村聡子<sup>1,2</sup>、渡辺智恵美<sup>2</sup>、金丸ユミ子<sup>3</sup>、加藤綾<sup>4</sup>、中村蒔友<sup>5</sup>、日比野春美<sup>6</sup>、  
岩野江利<sup>7</sup>

<sup>1</sup>JCHO可児とうのう病院 糖尿病ケアチーム、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>検査部、<sup>4</sup>薬剤部、  
<sup>5</sup>リハビリテーション科、<sup>6</sup>栄養管理室、<sup>7</sup>医療連携室

【目的】糖尿病週間でおこなった糖尿病公開教室（以下教室）の健康チェック表とフレイルの評価指標を元に、健康認識と実際の結果から今後の取り組み内容を検討する。

【方法】自由意思で参加した地域住民に、健康チェック18項目と握力測定を実施、参加者の健康意識と握力測定値を比較、研修後のアンケートをもとに分析する。

【倫理的配慮】参加者へは、口頭及び書面にて説明し、健康チェック表の提出をもって参加の同意とした。

【結果】健康チェック表の提出者は男女26名で、60歳代10名、70歳代16名であった。運動に関するセルフチェック3項目では、「1回30分以上の汗をかく運動を、週2回以上、1年以上実施している」者が46%、「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している」者が62%、「ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思う」者が58%であった。しかし、握力測定では年齢、性別に合わせた平均値表と比較すると、69%が基準値以下であった。また、理学療法士による運動体験では、参加者より「楽しく運動できた」「この運動は自分でもできる」との声が聞かれ、教室終了後の4段階アンケート調査においても26名（100%）が運動体験が「たいへん良かった」「良かった」を選択されていた。

【考察】フレイルとは様々な生理的予備能力の低下に伴い健康障害が生じやすい状態を示すが、しかるべき介入により再び健康な状態に戻る可能性がある状態も含まれている。今回、運動に関するセルフチェック3項目の結果から、健康意識の高い方が参加されていると予測されたが、握力測定値は、年齢平均値に満たない者が69%であった。教室の参加者は、健康志向が高いと予測されたが、このような結果であった。したがって、同年齢の地域住民はこれ以上に運動能力の低い方が多いと予測される。そこで、地域に向けた講座などは、自宅で行える運動など中心とした内容を検討していくとよいと考える。

## P1-49

## 湯河原町における当院の訪問リハビリテーションの役割

高橋義之、柿沢健二  
JCHO湯河原病院 リハビリテーション科

【はじめに】湯河原町は高齢化率41.3%（平成30年1月時点）であり、当院はJCHO病院の中でも高齢化率の高い地域にある。現在、湯河原町には介護保険サービスで利用出来る訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）事業所は2カ所であり、病院が事業所であるのは当訪問リハのみである。今回、我々は訪問リハの業務内容を調査し、この地域で果たすべき役割について検討したので報告する。

【方法】平成31年4月末時点で湯河原町在住の訪問リハ利用者を対象に利用目的、基本情報、実施内容をケアプラン、リハ記録から後方視的に調査した。情報を項目別に分類し、各項目の傾向から当訪問リハスタッフ間でこの地域での訪問リハの役割について検討した。なお、本研究は当院の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果】利用者に多く見られた特性は、利用目的が在宅生活維持、基本情報から後期高齢者、要介護状態、複数の合併症がある、居住環境は起伏のある地形やバリアフリー化されていない住宅が多かった。実施内容は合併症の悪化予防やADLの介助量軽減のために、身体機能、リスク管理、住環境整備、多職種連携等による介入が多かった。

【考察】湯河原町における利用者や地域特性から、我々は在宅生活維持のために高齢者や合併症に対する知識やリスク管理、身体機能、住環境整備等への介入を多く必要とされていた。また、訪問リハのみに止まらず、病院と連携して当院主治医や看護師、その他介護保険サービスとの連携も必要とされていた。したがって、在宅生活維持を目的とする利用者に対し、当訪問リハの役割は身体機能向上だけでなく、地域包括ケアシステムの一員として多角的な視点から利用者を捉え、多職種連携を促すことであると考えられる。

【結論】湯河原町における当訪問リハに必要な介入内容と多職種連携の必要性を再認識した。今後、当訪問リハのサービス内容の向上のために活かしていく。

**P1-50****当院の介護予防事業に対する参加者の満足度調査と今後の課題**

今克郁、西本良子、野瀬啓一郎

JCHO若狭高浜病院 リハビリテーション科診療部

**【はじめに】**

超高齢社会を迎えようとしている我が国において、人口約1万人の福井県高浜町も例外でない。平成30年の高齢化率の調査では全国の28.1%を上回る31.1%である。そこで健康長寿を掲げる同町から平成29年度より、当院リハビリテーション科に介護予防体操教室「元気あっぶ生き生き倶楽部」（以下、体操教室）を委託される。今回参加者の満足度や要望を把握するためアンケート調査を行った為、その結果を報告する。

**【対象】**

町内在住の65歳以上の介護保険未認定者に、療法士1名が町内4ヵ所の公民館を月2回（祝日を除く）の頻度で回る。90分間で体操や脳トレ、レクリエーション等を行う。

**【方法】**

平成29年4月～平成31年3月まで追跡し、年2回の体力測定と3月にアンケート調査を実施。アンケート内容は参加した感想、体操、脳トレ、体力測定、今後の参加希望の5項目を「大変良い～良くない」の5段階のリッカート尺度と体操教室への要望を記述式で回答を求めた。

**【結果】**

参加者は平成29年度87回の実施で実人数129名（男13名、女116名）、延べ人数1267名、1回平均14.6名。平成30年度94回の実施で実人数132名（男17名、女115名）、延べ人数1447名、1回平均15.4名。アンケートは平成29年度71名（回収率96%）、平成30年度62名（回収率98%）の回答を得る。体力測定以外の項目で約90%が好意的な意見を得る。特に今後の参加希望の項目では平成29年度98%、平成30年度95%であった。記述式ではより具体的な運動の希望だけでなく、他者と交流が持てる喜び等の意見も聞かれた。

**【結論】**

平成29年度より平成30年度で参加者の増加を認め、アンケートから体操教室への満足度や今後の参加意欲が把握できた。また、記述式によって参加者の運動強度や内容に個人差があることが把握できた為、今後の体操内容に反映することが必要である。最後に体力測定で高い数字を得られなかった原因を分析し、次年度以降に生かすことが課題である。

**P1-51****当院の短時間通所リハビリテーションの取り組み～外来リハビリテーションからの移行を通して～**

松本薫、小林健、加藤俊久

JCHO湯河原病院 リハビリテーション科

**【はじめに】**昨年度末に、要介護認定者の算定日数越えの外来リハビリテーション（以下外来リハ）が終了となった。当院ではリハ継続が必要な方の受け皿として、従来の通所リハから短時間型通所リハ（以下短時間リハ）へ移行し、昨年12月より開設した。短時間リハの取り組みや、事例を通して見えてきた役割や課題について、以下に報告する。

**【事例紹介】**Y氏、70歳代、男性。昨年より、左肩関節周囲炎による外来リハ開始。独歩は可能であるが耐久性は低く、軽度の認知機能の低下を認めた。家族関係の課題もあり、入浴習慣が破綻し、清潔が保てず、社会参加に支障をきたしていた。外来リハでは、生活面への介入は難しく、その面も加えてリハ継続が必要であり、今年より短時間リハ開始となり、入浴習慣の獲得を目標に介入を行った。機能的訓練は継続しつつ、関わりの中で入浴の重要性を理解して頂く働きかけを行った。同時に環境面への課題も見え、他職種連携を図り、福祉用具の提案も行った。

**【結果】**Y氏は週1回の入浴習慣が確立され、集団体操への参加や、他者の会話に耳を傾ける変化が見られた。

**【考察】**当院の短時間リハでは、医療業務の訓練士が行うことで、機能的訓練は継続し、各利用者の生活環境に適した動作訓練や他職種連携を図るという役割が見えた。これは、ICFの活動と参加の視点をふまえた相乗的な効果が期待できると考える。当町は高齢化率40%以上で、Y氏のような機能低下や生活破綻をきたしている高齢者が多く存在している。そのため、日常生活における機能的自立を促すことが、社会参加のきっかけに繋がると考えた。今回、短時間リハとして、地域包括ケアシステムの役割を果たすことができた。今後の課題としては、短時間リハで得られた動作や活動方法を、自宅や地域の中で実践できるような移行先へ支援することである。これは、循環型の短時間リハへ運用させていくためにも重要である。



## P1-52

## 当院における地域包括ケア病棟開設に向けた取り組み

山本美子<sup>1</sup>、瀬高香澄<sup>1</sup>、井上久美<sup>1</sup>、古賀一成<sup>2</sup>、西村秀洋<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 熊本総合病院 看護部、<sup>2</sup>副院長、<sup>3</sup>総務企画課

## 【はじめに】

当院が位置する八代地域医療圏は人口約14万人で、高齢化率は32%である。八代地区では市立病院が赤字経営のため閉鎖、当院に56床が譲渡され400床となり、平成31年7月より地域包括ケア病棟を開設することになった。今回、新病棟開設に向けてプロジェクトチームを立ち上げ、運営のためのシステムの開発と体制の整備に取り組んできたのでここに報告する

## 【課題】

- 1 多職種によるプロジェクトチームの立ち上げ、当院における地域包括ケア病棟の役割と機能を明確にする
- 2 地域包括ケア病棟の体制の整備
- 3 今後の課題

## 【結果】

1 昨年の8月にプロジェクトチームを立ち上げ、施設基準・算定要件の理解を深め、患者受入のためのフローチャートを作成、効率的に運用するためのマニュアルを整備した。

2 「入院患者スクリーニングシステム」を開発したことで、患者情報がタイムリーに表示、対象患者の選定が容易になった。また、このシステムに退院支援状況を記載、情報を一元化し、各職種が連携しながら、チームで関わっている。

4月現在、地域包括ケア病棟をポストアキュート患者の受け入れ病棟として活用している。スタッフの人は、急性期で退院調整困難事例や在宅復帰へ向けての支援を必要とする患者に対応するため、糖尿病療養指導士や認知症・リンパ浮腫の資格など各々の強みを生かせる看護師を配置した。未経験の疾患については学習会を開催、互いに学びあえるようにしている。また、毎日多職種によるチームアプローチによって退院支援カンファレンスを行い、患者の在宅復帰へ向けて支援している。

3 今後は地域包括ケア病棟として急性期病床との機能分担を行い、在宅支援バスを作成、病床利用率90%以上を目標に、病棟運営と患者の在宅復帰支援を行ってきたい。

## 【結語】

2025年問題を目前に、医療と介護の連携のため地域包括ケア病棟の役割を十分理解し、運営していくことが大事である。

## P1-53

## 整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者の困惑

小林恵美、齋藤秋紀、原田悦子、山田綾佳、山本真穂  
 JCHO 群馬中央病院 看護部

【目的】 地域包括ケア病棟であるA病棟は急性期を脱しリハビリを実施している整形外科病棟からの転棟が多く、病棟の約6割を占めている。転棟した後で、困惑やストレスを感じるという患者の意見を聞くことがある。そこで地域包括ケア病棟の看護の質の向上を目指し、整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者の困惑について調査し、今後の課題を明らかにする。

【方法】 整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した整形外科患者を対象に質問紙法を用いてデータ収集する。各記録単位の意味内容の類似性に基づきカテゴリ化し、記録単位数の割合を算出する。

【結果】 質問紙を80名に配布し65名から回答を得た。109記録単位に分類し、回答の意味が不明・抽象的な表現の記述を除外し、99の記録単位を分析対象とした。これら99記録単位の意味内容の類似性に基づき分類した結果、20カテゴリが形成された。

【結論】 整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟したことで生じた困惑には、1. 病棟の設備が変わったことでの困惑 2. 看護師の対応や規則の違いに関する困惑 3. 同室者が変わったことでの困惑の3つに分類された。1. の困惑に対し、患者が使いやすい設備になるよう環境を整えることや、看護師が予め転棟時にトイレやシャワーなどの使い方の違いについて説明するなどの対策が必要である。2. の困惑に対し、患者への対応を見直し地域包括ケア病棟に転棟する際の説明や統一した指導の実施をしていく必要がある。3. の困惑に対し、転棟時同室者を紹介するなどして円滑に人間関係を築けるよう援助していくことや、同室者の苦情があれば移室の検討、患者の想いを傾聴し患者の負担の軽減を図る必要がある。

## P1-54

## 急性期病棟と地域包括ケア病棟間での情報共有を困難にする要因分析

野村友美、近藤麻里奈、大須賀房子、林亜矢子、谷口ゆり  
 JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部

【はじめに】 当病院では、状態が安定した患者が退院調整を目的として地域包括ケア病棟へ転棟するが、退院支援に関する情報が集約されていないことが多く、病棟間での連携がスムーズに行えていない現状がある。そこで病棟間での情報共有を困難にしている要因を明らかにすることで早期の退院支援に繋げられるよう取り組んだ。

【研究方法】 地域包括ケア病棟・急性期病棟の看護師を対象に、アンケートによる調査研究を実施。

【結果・考察】 アンケート結果より、急性期病棟の看護師が地域包括ケア病棟（以下、包括病棟）に患者が転棟する際に必要だと思う情報は、「現在の患者状況」と捉えていたのに対して、包括病棟の看護師は「退院支援に関する情報」を重要と捉えていることがわかった。そのために包括病棟が求めている情報が得られず、情報の不足を感じているのではないかと考えられる。申し送り時に情報伝達を困難にしている要因として、包括病棟では「申し送り時間が短い」との意見が多くあった。これは、限られた時間のなかでの情報伝達が上手くいかず、申し送り時に情報不足を感じ、その結果申し送りの時間が短いと感じたのではないかと考えた。加えて急性期病棟での「業務の多忙さ」や「申し送り者が受け持ち看護師でない時がある」から、患者の情報を細部まで把握できず、これらのことも情報共有を困難にしている要因である。限られた時間の中では、患者の全ての情報を伝えることは困難である。急性期、包括病棟ともに情報を共有するツールの必要性を感じている看護師が多く、転棟前に退院支援に関わる情報を予め記載することで、申し送り時間の短縮や内容の充実が繋がり、シームレスな退院支援に繋げることができるのではないかと考える。

## P1-55

## 地域包括ケア病棟における生活リハビリテーションの効果を考える

三好恵子、馬場郁予、諸越真理子  
 JCHO 大和郡山病院 看護部

【はじめに】 地域包括ケア病棟では、患者の在宅復帰を目標に転入患者の半数が生活リハビリテーション（以後「生活リハビリ」）を行っている。患者、家族は入院までのADLに戻ることを強く望んでいる。生活リハビリを患者のADL変化から振り返り、今後の課題を見いだすことができたので報告する。

【方法】 生活リハビリのみしている患者85人を対象に、転入時と退院時のADL変化を「Barthelindex」を用い、5点以上上昇、変化なし、5点以上低下に分類した。「意欲の指標」も点数化し、比較、検討した。

【結果】 生活リハビリ対象患者のうちADL上昇60.0%、変化なし35.3%、ADL低下4.7%であった。ADL上昇していた項目は「歩行」、ADL低下していた項目は「排便コントロール」、変化なしの項目は「食事」であった。また、意欲の指標で最も向上していた項目は「リハビリ・活動」であった。

【考察】 病棟スタッフは多職種カンファレンスで得た情報を共有し、退院後の生活環境を見据えた食事、入浴、排泄、移動等の生活リハビリに取り組んできた。個別に患者中心の柔軟な対応を続けていることが、患者のADL上昇に繋がったと考える。しかし、予備能力が低下している高齢者にとって、ADLを維持することは難しいということを考える。意欲の指標で向上していたのは「リハビリ・活動」であった。生活機能改善のためには、心身機能、活動、参加へのバランスよく働きかけるような生活期のリハビリが必要であり、今後もラジオ体操等の集団で行うリハビリへの取り組みの強化は必要と考える。

【結論】 個別的な生活リハビリの取り組みは、日常生活の自立に向けて有効である。集団で行うリハビリは意欲向上に効果がある。

## P1-56

## 当院の地域包括ケア病床におけるリハビリテーションの現状報告

田村雅美

JCHO高知西病院 リハビリテーション科

〈はじめに〉 超高齢化社会に対応するものとして、2014年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が創設された。当院でも、2017年8月より一般病床から移行し15床を開設した。2018年度より専従の理学療法士として地域包括ケア病床のリハビリを担当することになったため、当院の地域包括ケア病床について現状を把握し、考察、報告する。

〈対象・方法〉 2018年4月～9月までの6ヵ月間、地域包括ケア病床を退院された患者について、入院期間、受け入れ元、退院先、診断名、診療科、リハビリテーション実施の有無・実施単位数、疾患別リハビリテーション等のデータを収集、分析し、今後取り組むべき課題を検討する。

〈結果・まとめ〉 入院期間、受け入れ元、退院先、診断名、実施単位数などは概ね全国の地域包括ケア病棟と比較し概ね平均的な結果であった。包括ケア病棟は、入院期間が入棟から60日以内という制限があり、早めの退院ができるよう取り組んでいるが、入院期間が46～60日となったケースについて入院を継続した主な理由を分析した結果、医学的な理由のため9名、ADLの回復に時間を要した2名、退院時期の調整が必要だった3名、退院先の受け入れが不十分・介護保険のサービス調整のため2名、となった。反省点として、個別のカンファレンスは行っておらず、情報収集が不十分なことがあった。介護保険サービスの利用が必要な方の見極めが遅く手続きを開始するのが遅れた。等があげられた。現在の取り組みとして、「朝の病棟の申し送りに参加して情報収集」「退院支援が必要な方に関しては個別にカンファレンスを実施」「介護保険サービスの調整が必要な方やご家族との話し合いが必要な方は早期にMSWにも介入していただく」「退院後の生活について細かく聴取しリハビリが必要な場合は、想定した動作練習を行う、また環境調整を行う。必要な場合は家庭訪問を行う。」などを実施している。

## P1-57

## 地域包括ケア病棟における気腫合併肺線維症患者のリハビリテーションと退院支援の経験

武部敏<sup>1</sup>、森崎聡<sup>2</sup>、上田亜希<sup>3</sup>、塩崎貴代<sup>3</sup>、中戸友子<sup>3</sup>、池野尚男<sup>1</sup><sup>1</sup>JCHO滋賀病院 リハビリテーション部、<sup>2</sup>地域連携室、<sup>3</sup>看護部

【症例】MH氏73歳男性。要介護3。戸建て住宅に妻と二人暮らし。在宅酸素療法(以下HOT) 毎分10リットルと非侵襲的陽圧人工呼吸(以下NPPV) 24時間導入。月2回の往診と週2回の訪問看護、週1回の訪問入浴を利用。今回キーパーソンの妻が、夫のトイレ移動介助時に転倒。腰椎圧迫骨折となり在宅介護困難なため、当院ヘルスパイト入院となる。

【目的】本人と妻が希望されている、自宅でのトイレ動作一連の改善。

【方法】呼吸筋ストレッチ、胸郭ROMex、呼吸法・動作指導をベッドサイドより実施。リスク管理のもと漸増的に運動負荷を変更、筋力と運動耐容能の向上を図った。また、住環境を想定した内容のADLプログラムを取り入れた。退院時訪問を実施し、モニター装着下で実際のトイレ動作確認・指導を行った。住環境の改善として、呼吸器運搬ワゴンの変更、呼吸器・酸素濃縮器のチューブと配線の整備、トイレの手すり設置を提案。後日、再び自宅訪問を実施して再評価を行った。

【結果】徒手筋力テストで下肢筋力に改善を認めた。身体能力は、主に立ち上がり動作、連続歩行距離の改善を認めた。在宅でのトイレ動作は、入院前は一部介助が必要であったが、退院後15日目では妻の見守りのみ、退院後1か月目では、完全にトイレ動作が自立となり、妻の外出も可能となった。

【考察】今回、運動療法の継続により、主に下肢・体幹筋力の増強を認めた。それらにより、労作時の乳酸生産を減少させ、換気需要を抑えた動作が可能となり、実際のADL向上につながったと考える。また、胸郭の柔軟性・呼吸法の改善により、呼吸筋の運動効率・換気効率も緩徐ながら改善方向に向かったと考える。また当患者は、HOTとNPPVの24時間導入で、物理的にもADL制限を生じていた。そのため、住環境に対する工夫が在宅支援には必要であることを学んだ。

## P1-58

## 当院における地域包括ケア病棟でのリハビリテーションの実施状況について

大屋真由美<sup>1</sup>、太田惇<sup>1</sup>、岩堀有紀子<sup>1</sup>、正田素幹<sup>1</sup>、石橋祐太<sup>1</sup>、池田裕子<sup>1</sup>、角本雅彦<sup>1</sup>、柴尾広子<sup>1</sup>、中島伸哉<sup>2</sup>、鶴之沢泰裕<sup>2</sup>、榎本郁子<sup>2</sup>、小林甫<sup>2</sup><sup>1</sup>JCHO横浜中央病院 理学診療部、<sup>2</sup>整形外科

【はじめに】平成26年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設され、当院では地域包括ケア病棟が平成26年7月に設立、約5年が経過した。今回当院における地域包括ケア病棟でのリハビリテーションの実施状況について報告する。

【対象】平成26年7月～平成31年3月までに、理学・作業療法士がリハビリテーション介入した地域包括ケア病棟利用者1044名を対象とした。

【調査項目】診療科別・疾患別割合・入棟日数・入棟前/転帰先・リハビリテーション実施単位数・入院時/地域包括ケア病棟入棟時/退院時の日常生活活動評価(Barthel Index 以下BIと略す)

【結果】年齢77.98±0.97歳、急性期病棟入院～退院までの平均入院日数53.77±2.93日、1日平均リハビリテーション実施単位2単位以上実施、在宅復帰率は80%を超えている結果となった。BI点数は入院時32.76±3点、退院時72.84±3.19点であった。地域包括ケア病棟設立当初から年を経る毎にBI利得の改善がみられた。また、転帰先の在宅復帰率の割合も同様の傾向であった。

【まとめ】急性期から地域包括ケア病棟でのリハビリテーション継続、多職種協働で日常生活動作指導・強化が図れたことにより退院時BI点数の向上に繋がった。また自宅退院までの在宅調整や家族への動作指導なども開設前より充実して行えるようになり、患者・家族からの不安な声が軽減され、自宅退院の割合が増加したと考える。



## P1-59

## エンゼルケアの経験が看護師の看取り看護にもたらす変化

伊藤愛、中山麻由美  
JCHO 船橋中央病院

【目的】エンゼルケアの経験が看護師の看取り看護にもたらす変化を明らかにする。

【方法】血液内科病棟に勤務する看護師6名に対して、インタビューガイドをもとに面接を行い、得られたデータを質的帰納的方法で分析してコード化し、さらにサブカテゴリ、カテゴリに分類した。

【結果】分析の結果、エンゼルケアの経験が看護師の看取り看護に与えた変化に関して5つのカテゴリに分類された。『看護としてのエンゼルケアの認識』『最初のエンゼルケア経験の影響』『家族の喪失感の緩和』『生と死の捉え方の変化』『患者本位の看取り看護の志向』の5つのカテゴリに分類され、看護師はエンゼルケア経験の後、エンゼルケアの看護としての可能性を認識するに至り、その認識の変化により看護師の看取り看護への態度や看護の質の変化が促進されたことを示していた。

【考察】エンゼルケア経験は看護師に内省を促すとともに、看護師の死生観に影響を与えるものであった。また、看護師はエンゼルケアが持つ家族のグリーフケアとしての側面を認識していた。これらの経験の積み重ねが看護師の看取り看護の実践や態度に変化を起し、それに気づいた看護師は繰り返しエンゼルケアに関わりを持っていた。

【結論】本研究において、エンゼルケア経験が看護師の看取り看護に対する認識を変化させ、看護師が提供するケアの質を変えていく可能性があることが明らかとなった。したがってエンゼルケアに関わる機会を看護師が持てるようにすることによって、看護師としての成長の機会が与えられると考える。本研究は1施設における6名の看護師のみを対象としており、今後データの蓄積が必要となる。また今後は、教育プログラムの早い段階にエンゼルケアを組み込み、その経験がどのように看護師の認識やケアに影響を与えるかについて継続して調査していく必要がある。

## P1-60

チェックリストを用いたHCU教育計画の検討  
～プリセプティ、プリセプター、指導者それぞれの立場から～大谷麻美、伊藤真以、飯田梓、森部  
JCHO 四日市羽津医療センター 看護部

1. 背景：平成27年3月A病院では地域包括ケア病棟を開設のため病棟編成がおこなわれ、同時に循環器・内科の重症患者、全身麻酔後の管理、救急患者の受け入れなどを目的としハイケアユニット（以後HCU）も新設された。開設後すぐに高度な医療の提供に伴い当初はラダー3以上の看護師で構成されたが、配置転換により経験の浅いラダー2～3の看護師が多くなった。配置転換に伴い必要な知識や技術の習得状況を可視化し学習内容の把握をする必要があると考え、平成28年度HCU教育プログラムの1つとしてチェックリストを作成した。内容は業務に必要な技術チェック評価、技術チェックをもとに1・3・6ヵ月で自己目標を立てる目標シート2種類を作成し、プリセプティ、プリセプター、指導者で共有した。しかし、プリセプターも後輩に教育するには十分な知識と技術を習得してはいない。チェックリストを使用し指導することで、自己の知識不足の再確認を行い、再度学習することでプリセプターの成長も促す必要があった。HCUが設立されて4年が経過した。プリセプティ・プリセプターを共に経験したスタッフが増え、様々な立場からの意見をもらえる環境にある。今回、教育計画について評価を行ない、課題を見出すための検討をおこなう必要があると考え、プリセプティ、プリセプター、指導者それぞれの立場からの意見をもとに検討を行う。
2. 目的：チェックリストの検討をおこなうことで、教育計画について課題を見出す
3. 方法 対象：HCU勤務経験のある看護師でプリセプター、プリセプティ経験者、教育担当者 方法：チェックリストや教育計画について自由記載によるアンケート+面接調査KJ法にて分析
4. 期待される成果教育方法についての現状把握を行い、教育計画についての課題を見出し、教育環境を整えることで今後の教育に役立てることができる。

## P1-61

## 急性期病院における院内デイケアの取り組み

中野加代子、塩浦亜紀子  
JCHO 星ヶ丘医療センター

【目的】当院では、平成28年2月から認知症やせん妄を伴う患者に対して、行動・心理症状の緩和を図ることを目的に院内デイケアを開設した。その実践の効果について報告する。

【方法】

対象：入院中の65歳以上の認知機能障害、せん妄のある患者で、車いすに座れる患者、かつ急変リスクの低い患者116名

開催方法：週2回（火・金）開催。1回につき1時間で、病棟の多目的室を使用。看護師1名、介護福祉士1名、セラピストで1回6～12名の患者を担当している。

調査方法：2018年4月～2019年3月末までの院内デイケア記録と、院内デイケアに参加した部署の認知症ケアリンクナース13名への聞き取り調査を単純集計した。

【結果】年間延べ648名の利用があり、新規利用者の60%が認知症高齢者の日常生活評価表の生活全般に援助が必要な患者で、75歳以上が90%を占めていた。院内デイケアの利用目的としては、日中の離床・活動性を上げ、生活リズムを整えることが全体の半数を占めていた。

院内デイケア利用後に、興奮や落ちつかないといった行動症状があった患者が開催を楽しみにするようになったことや、心理症状として不眠があり、昼夜逆転していた患者が昼夜のリズム補整のきっかけにできたといった行動・心理症状の緩和につながっていた。また院内デイケア中に見られた変化として、利用者同士がコミュニケーションできるようになり、なじみの関係形成ができ、風船バレーなどのゲーム中に助け合う姿が見られるようになった。院内デイケアが患者同士のふれ合いの機会として社会性の維持にもつながっていた。

【まとめ】院内デイケアがきっかけとなり、昼夜のリズム補整の働きかけにつながり、行動・心理症状の緩和に効果があった。今後は、院内デイケアでの関わりを病棟でどのように継続させていくかが課題である。また行動・心理症状の緩和により身体拘束の減少をめざしていきたい。

## P1-62

身体拘束最小限に向けた認知症患者への看護  
～パーソン・センタード・ケアのVIPSを意識した関わりを通して～池上優衣、高澤美鈴、山代裕子  
JCHO 湯河原病院 看護部

【はじめに】アルツハイマー型認知症（以下AD）のA氏に対して入院時よりパーソン・センタード・ケアの4つの要素（以下VIPS）の視点で患者の尊厳を重視しながら看護ケアを行った。その結果、身体拘束を減らすことに繋がった1事例を振り返る。

【目的】A氏に対しVIPSの視点で看護ケアを行うことにより身体拘束を減らすことに繋がることがわかる。

【研究方法】圧迫骨折で入院したADのある男性A氏の看護記録、診療録からVIPSを用い看護ケアの振り返りを行う。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】V 人々の価値を認める：状況把握ができるよう、入院していることや骨折している旨を記載した用紙を床頭台に貼った。I 個人の独自性を尊重する：3日間クリップ式離床センサーを使用し行動観察をした。その結果、起き上がりの原因は排泄欲求のためと分かった。P その人の視点に立つ：体動時に痛みが出現するため、パジャマから浴衣へ変更し体動を少なくした。S 相互に支え合う：入院時より入院生活、治療方針、認知症状悪化防止について家族に説明し協力を依頼した。

【考察】入院している理由を繰り返し説明する以外に、用紙を貼って視覚的に訴えることはA氏が状況把握をするために効果的であったと考える。また、A氏の行動観察することで起き上がる理由がわかり、クリップ式離床センサーの解除に繋がった。体動時の痛みに対して病衣の工夫をしたことは、疼痛を最小限にすることに繋がったと考える。患者にとって家族は安心できる存在である。入院時から家族の協力を得られたことで、自宅に近い環境を作ることができ患者の安心に繋がった。

【結論】VIPSの視点で看護ケアを行うことで、身体拘束を減らすことに繋がった。

**P1-63**

## カテーテル検査治療を受ける患者の不安の実態調査

梶原夕貴、白濱美咲、江野真奈美  
JCHO星ヶ丘医療センター 看護部

【はじめに】循環器内科では冠動脈造影検査<以下CAG>、経皮的冠動脈形成術<以下PCI>、カテーテルアブレーション治療<以下ABL>などのカテーテル検査や治療がある。患者からは、初めての治療で具体的なイメージがつかない、治療後にベッド上で安静が守ることができるか心配など不安の表出があった。そこで不安の程度や要因について調査した。

【目的】ABL終了後に迷走神経反射を起こす患者が多く不安や緊張は迷走神経反射などの合併症を誘発することから、カテーテル検査、治療前後の不安の実態調査を行い看護介入につなげていくことを目的とした。

【調査】<研究対象>CAG、PCI、ABLを初めて受ける予定入院患者  
<対象件数>30名 CAG 10名、PCI 10名、ABL 10名

<データ収集期間>平成30年8月1日～平成31年1月31日

<データ収集方法>記述式、アンケートによる調査

<分析方法>STAIの不安尺度を用いて患者のカテーテル検査治療前の心理状況を分析、カテーテル検査治療後の具体的な状況における心理状況に関するアンケートを用いて分析

【結果】カテーテル前ともSTAIの不安尺度の状態不安41点以上の割合はABLが50%、CAGが50%、PCIが30%であった。カテーテル実施後のアンケートでは、ABLの場合不安はないものが多かったが、STAIの特性不安で高得点の場合に限りカテーテル挿入時の疼痛、排泄、環境に関する不安があった。CAGは特性不安に関係なくABL同様の不安があった。PCIはほとんどなかった。

【考察】PCIのみ不安が減少しているのはPCI治療の前にCAGを経験し、カテーテル治療のイメージがついているためと考えられる。CAGに比べ、ABL実施後に不安が低かったのは、術中に鎮静していることが要因となっていると考える。

【結論】PCIの結果から検査や治療内容をイメージ化することで不安を軽減することができると思う。そのためABL前に具体的にイメージできるような説明方法を検討していく。

P1-64

当院回復期リハビリテーション病棟における脊髄損傷者を対象とした「院外訓練」の取り組み

宮垣さやか<sup>1</sup>、小渡麻理子<sup>1</sup>、小西直弥<sup>1</sup>、吉田圭佑<sup>1</sup>、福井篤志<sup>2</sup>、島袋尚紀<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、  
<sup>2</sup>JCHO 大阪みなと中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】当院では回復期リハビリテーション（以下リハビリ）病棟にて、脊髄損傷者（以下脊損者）のリハビリ目的入院を受け入れている。PT・OT・STによる日々の訓練室でのリハビリはもちろん重要ではあるが、脊損者にとっては自己の障害レベルへの気づきを経て社会に参加していくことも重要であり難渋することがある。当院では「脊髄損傷教室」として、障害の自己理解や合併症への適切な対処を促す患者教室を実施しており、医師やコメディカルによる講義を中心としている。さらに、その一環として脊損者とその家族を対象とした外出訓練（以下院外訓練）を実施している。今回は、当院での「院外訓練」の取り組みについて紹介する。

【概要と成果】院外訓練は2～10名程度の脊損者とその家族、4～5名のPT・OTにて年に2回ほど実施する。バスや電車にて当院から近隣駅前に移動し、飲食店での飲食、商業施設での買い物を行う。その中でスタッフから家族や脊損者への介助、動作指導（バス、電車、エスカレータの昇降、身体障害者用トイレの使用など）、また身体障害者手帳の使用などの経験を促す。終了後は事後アンケートを収集し、その内容を加味した動作練習をリハビリで実施するなどのフィードバックを行う。以上の院外訓練は、1. 公共交通の利用 2. 商業施設の利用 3. 屋外移動の経験を主たる目的とする。さらに、それらを通して脊損者やその家族が、社会参加へのモチベーションを向上しリハビリへの動機づけとすること、障害レベルへの気づきを得ることが重要な課題となると考えている。実施後は、公共交通や商業施設などの利用の難しさを意見される一方で、工夫によって利用ができることを発見した、楽しかった、また外出したい、といった感想が脊損者や家族から得られる。院外訓練はこのような脊損者、家族の心理的な変化を与える重要な取り組みであると考えている。

P1-65

当院回復期リハビリテーション病棟における脊髄損傷者の特徴と傾向

小笠原峻、矢田定明、島袋尚紀、宮垣さやか  
 JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【目的】当院では回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）で在宅復帰を目標に脊髄損傷患者（以下、脊損者）を受け入れている。これまで全国労災病院脊髄損傷データベース（以下、データベース）が報告されているが、回復期リハ病棟における脊損者について報告したものは見受けられない。本研究の目的は、過去に当院回復期リハ病棟に入院していた脊損者をカルテ記録より後方視的に調査し、当院の脊損者の特徴と傾向を明らかにすることである。

【方法】2012年1月から2018年12月までに当院回復期リハ病棟を退院した脊損者142例のうち、データに欠損のあった4例を除いた138例をカルテ記録から後方視的に調査した。調査項目は、年齢、性別、在院日数、退院先、損傷高位、入棟時のASIA impairment scale（以下、AIS）、入棟時FIM合計、退院時FIM合計、FIM利得である。

【結果】年齢の平均±SD（以下同）は58.5±20.7歳、男女の割合は男性81.2%、女性18.8%であった。在院日数は130.8±43.3日であり、在宅復帰率は85.5%であった。損傷高位は頸髄が全体の73.9%と突出して多く、胸髄が21.7%、腰髄が4.3%であった。入棟時のAISをA-C群とD群に分けると、D群の割合は32.6%であり年齢は61.6±15.4歳であった。入棟時FIM合計は69.5±24.4点、退院時FIM合計は92.9±27.6点、FIM利得は22.9±17.9点であった。

【考察】データベースを用いた報告では全体の年齢は50.4±18.6歳でAISがD群の割合は23.9%であり、当院の脊損者は高齢の不全四肢麻痺が多い傾向と考えられる。また退院時FIMは96.1±29.5点で在宅復帰率は50～60%程度であり、当院の退院時FIMは近似した値であるものの、在院日数の上限内で高水準の在宅復帰率を果たしていることが示された。今後も障害が多岐にわたる脊髄損傷患者に対して、質の高いリハビリテーションを提供できるように寄与していきたい。

P1-66

当院外来心臓リハビリテーション5カ月以上継続患者における終了に関する因子の検討

小野英梨子  
 JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【はじめに・目的】当院の外来心臓リハビリテーション（以下外来心リハ）の特徴としては、長期継続者が多い事である。長期継続者の中で終了者と非終了者を比較検討し、非終了者の因子を検討する事とした。

【方法】対象は2017年7月から2019年1月までの間に5カ月以上継続している当院心リハ外来患者で途中休止などがなかった9名（男性6名、女性3名、平均年齢77歳：58～89歳）とした。これらを終了者（以下F群：3名）・非終了者（以下C群：6名）の2群に分類した。調査項目は年齢、周径（大腿10cm、下腿最大）、腹囲、体重、握力、膝関節伸筋力（以下膝伸筋力）、Short Physical Performance Battery（以下SPPB）、心肺運動負荷試験（以下CPX）のPeak VO<sub>2</sub>、Hospital Anxiety and Depression Scale（以下HADS）、左室駆出率（以下EF）、脳性ナトリウム利尿ペプチド（以下BNP）とし、筋力測定はハンドヘルドダイナモメーターを使用した。6か月ごとに評価し、初回と最新の調査項目を2群間で比較検討した。

【結果】年齢はF群が平均69.6±10.7歳（平均±標準偏差：以下SD）、C群が80.6±5.5歳、初回体重はF群が58.6±4.22 kg、C群が76.1±9.4kg、最新体重はF群が59.2±4.6kg、C群は77.9±11.1kg、最新SPPBはF群が12±0点、C群が9.2±1.6点、膝伸筋力増加率はF群が10.9±17.6、C群は-9.1±15.6。非終了群において年齢高く、体重が増加しがちであり、SPPBも低い点数であった。

【考察】高齢であると共にバランスや立ち座り能力が低下している事や体重のコントロールが得られにくい事が要因として考えられた。また、今後SPPBにも注目し、個別の自主トレ指導の導入や、体重管理に関して栄養・運動指導にも力を入れてチームアプローチしていくことが重要であると考えられる。今回は人数も少なくばらつきもあり信頼性に欠ける結果であると考えるが、今後人数を増やしていきながら検討していればと考えている。

P1-67

当院におけるリハビリテーションロボットの活用方法～ウェルウォークとHonda歩行アシストの併用～

吉村修一、高木龍、植村周平、姫見賢司、佐藤周平、神田真一  
 JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

【はじめに】当院では、ウェルウォーク（WW）とHonda歩行アシスト（HWA）の2種類のリハロボットを用いている。WWは、運動学習理論に基づいて開発され、対象者の下肢機能に応じたアシスト設定や視覚・聴覚フィードバック機構を有しており、トレッドミル上で転倒防止ハーネスを装着し、多数歩練習することが可能である。HWAは、股関節の角度センサーにより得られた情報に応じて関節モーターを制御し、その出力により立脚期や遊脚期における適切な股関節の運動方向を教えることが可能である。今回、HWAによる歩行能力の向上をさらに高めるため2種類のリハロボットを用いた当院の取り組みについて症例を通して紹介する。

【症例紹介】平成X年1月に左大腿骨転子部骨折を受傷、骨接合術後1ヶ月半が経過し80歳代女性。歩行器を使用して病棟の歩行は自立、T字杖歩行は見守りであった。既往の化膿性膝関節炎の影響により、右膝関節に屈曲30度で制限があり、股関節運動が不十分な為、歩幅は狭く歩行スピードの向上が得られにくく、歩容の自己修正も困難であった。

【方法と結果】歩行練習は、WWの視覚フィードバック機構を用いて歩容や歩幅、股関節運動を症例自身が確認しながらHWAを併用した。週5回以上の頻度で3週間実施し、1回の練習時間は休憩を含めて40分とした。開始時と終了時の3次元動作解析装置での歩行分析の結果は、股関節、膝関節の屈伸角度、足関節の底背屈角度は増加し、歩幅は拡大した。歩行速度は向上し、歩行率も向上した。また、体幹角度は伸展方向に修正された。歩行は、坂道等を含めT字杖歩行にて自立した。

【まとめ】WWとHWAを併用するメリットは、HWAでの歩行練習を提供しつつ、視覚フィードバック機構により、歩行分析で得た歩行時の留意点を、患者自身が確認、修正行えることにあると考える。また、転倒防止ハーネスにより、転倒に気後れすることなくダイナミックに歩行練習を行えることもメリットと考える。



## P1-68

## 右橋上部内側梗塞に装具療法を行った一症例

池田凌佑<sup>1</sup>、永富孝幸<sup>2</sup>、二宮晴夫<sup>2</sup>、今院洋介<sup>1</sup>、鹿山英明<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>JCHO大阪病院 リハビリテーション室、<sup>2</sup>リハビリテーション科

【はじめに】下肢歩行障害が主症状であった片麻痺に対して装具を工夫することにより、歩行改善を得ることができたので報告する。

【症例】70歳代男性。

【既往歴】2年前に心房細動に対しアブレーション、頸髄症に対し頸椎椎弓形成術施行。糖尿病と高脂血症に対し内服治療中、BMIは33.0。

【現病歴】アテローム性脳血栓（右橋上部内側BADタイプ）の診断にて入院。3病日より理学療法開始

【経過】介入時所見は意識鮮明。National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) は4点。Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) は39点。下肢運動の項目が0点 (SIAS-m0-0-0) と、重度の左下肢運動麻痺。ベッド上動作は中等度介助が必要なレベル、Berg Balance Scale (BBS) は0点、FIMは46点。19病日にSCUを退室、一般病棟へ転棟。起居・移乗動作は、反復練習と動作指導により自立レベルとなった。27病日より、歩行練習を開始。両手すりにて軽介助～見守りで歩行可能であったが、麻痺側下肢が前に出にくく10m歩行は44.9秒であった。

【治療と考察】下肢麻痺による筋出力低下により膝過伸展や分廻しなどの跛行が出現すると考えた。急性期において不良な動作の学習は、今後の歩行能力向上の妨げになると考え、装具（ニーブレースと短下肢装具）にて歩行練習を行うこととした。その結果軽介助～中等度介助、支持なしで平地歩行が可能となり、43病日に回復期病院に転院できた。最終評価はNIHSS2点、SIAS63点まで改善し、BBSは26点、FIMも82点に改善した。10m歩行は9.2秒（平地にて軽～中等度介助）であった。

【結語】早期から下肢歩行障害の改善に取り組み、装具療法を行うことで歩行能力が改善し、ADLの早期改善と転院につなげることができた。

## P1-70

## 在宅人工呼吸器導入における臨床工学技士の関わり

嶋中雅也、菱田見規、持田勇輝、堀井亮、増田丈二  
 JCHO滋賀病院 臨床工学部

（はじめに）当院では急性期の呼吸器管理はもちろん、慢性期の呼吸器管理に対しても一貫して臨床工学技士が関わっている。近年では在宅人工呼吸器管理にまで幅を広げ、患者の不安を解消しスムーズに在宅人工呼吸器を導入できるよう取り組んでいる。

（症例）73歳男性、現病歴としてCOPDを患っており、CO<sub>2</sub>貯留による2型呼吸不全で緊急入院となった。入院直後から非侵襲的陽圧換気療法（以下、NPPV）急性期用V60を装着。その後、NPPV慢性期用A40に移行した。退院後は在宅にてNPPV管理が必要であると診断された。

（方法）在宅NPPV導入に向けて機種選定、マスク選択、患者本人または家族への導入指導を行った。また、看護師と指導方法を統一するため、マスクの装着方法と機器操作の説明会を病棟看護師に行い情報共有を図った。在宅移行後は呼吸器メーカーにフォローアップを依頼し担当者へ情報提供を行い、フォロー体制の充実に努めた。

（結果）患者の不快感がより少ないマスクを選定し、快適にマスクを装着することができ夜間使用5時間以上の確保につながった。看護師と情報共有することで、統一した内容で指導できた。

（考察）臨床工学技士、看護師、メーカー担当者間で情報を共有化することで、統一した手技で指導を行うことが出来た。また、当初使用していたマスクでは鼻梁に負荷を与え長時間使用が難しかったが、鼻梁に負荷を掛けないマスクの選定が夜間長時間使用につながった。患者の不安感や恐怖感を緩和した状態で在宅NPPVの導入を行えたと考える。

（展望）在宅人工呼吸器導入後も当院にレスパイト入院された際に、在宅での使用状況や不安不満が無いかを再確認し、患者の情報をアップデートすることで今後のフォローアップに繋げたい。

## P1-69

## 他患者との交流により抑うつ状態が改善し、自宅退院に至った頸髄症の一例

杉中菜子、越田雄、宮腰真、大西知江、菅原ちさと  
 JCHO金沢病院 リハビリテーション科

〈はじめに〉今回、頸髄症によりADL全介助となった症例を担当する機会を得た。入院当初、希死念慮や意欲低下によりリハビリに拒否的だったが、訴えの傾聴や他患者と交流する場をセッティングしたところ、意欲の向上など精神面の改善がみられた。意欲向上に伴ってADL能力も改善し、自宅退院に至ったため報告する。

〈症例〉90歳代女性。独居で入浴以外の屋内ADLは4点杖使用で自立。入浴は週2回のデイサービス利用。入院する半年前から手足のこわばりが出現。X年Y月Z日に自宅で転倒し、当院へ救急搬送された。Z+2日に四肢の運動障害や歩行障害が出現し、Z+15日に椎弓切除術を施行された。

〈経過〉入院当初はADL全介助であり、身体が自由に動かないことから希死念慮が聞かれた。リハビリに対しては拒否的だが、話好きであり会話することには協力的だった。そこで作業療法においては訴えを傾聴する時間を設けるとともに同年代の他患者と会話を楽しめるよう場をセッティングした。他患者と交流する中で笑顔や前向きな発言がみられるようになり、食事動作練習や孫に手紙を書くための書字練習に取り組むようになった。手術後は神経症状が改善し、歩行やトイレが介助下で行えるようになったが、病室での活動制限にストレスを感じ、再び悲観的な訴えが聞かれるようになった。状態に応じて病棟看護師や理学療法士と協議して自立度を上げることで訴えは消失し、Z+68日には日中室内トイレ自立となった。ADL改善によって次男夫婦宅へ退院可能となり、家屋評価にて環境調整を行い、Z+93日に退院に至った。

〈考察〉介入当初、抑うつ状態で活動意欲の低下が著明であったが、訴えの傾聴や他患者との交流が障害の受容を進める一因となったと考えられる。再び悲観的な訴えが聞かれることもあったが、病棟看護師や理学療法士と連携を図り、状態に応じて移動や排泄面の自立度を上げたことで自宅退院まで繋げることができたと考えられる。