



The Japan Society for Respiratory Care and Rehabilitation

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 甲信越支部学術集会

プログラム・抄録集



画像提供: 善光寺

テーマ

在宅で安心・安全・安楽(幸せ)に

会期 2023年7月1日(土) 9:00~16:45(受付8:15~)

形式 ハイブリッド開催(オンライン・現地同時開催)
現地会場：長野市若里市民文化ホール

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部学術集会

会長 大平 峰子 (牟礼診療所 所長)

主催：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部

【お詫びと訂正】正誤表

「第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部学術集会プログラム・抄録集」において、一部に誤りがございました。謹んでお詫び申し上げますと共に、下記の通り訂正いたします。

■ p.10 教育セミナー4座長 小林先生のご所属
誤)新潟医療福祉大学 正)下越病院

■ p.35 石川先生のご略歴 最終行
誤)和令4年 正)令和4年

※本冊子(修正版PDF)は上記について修正されております。なおweb掲載にあたり広告ページは割愛させていただきます。ご了承ください。

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
甲信越支部学術集会にむけて

「在宅で安心・安全・安楽(幸せ)に」



「新型コロナ禍」においては、当たり前とっていた日常がいかに素晴らしいものであるかを再認識するとともに、幸せとはどういう状態を指すのかを改めて考えるようになりました。かつては病院入院でなければ施行できなかった酸素療法が多くの先人の努力のおかげで在宅でも可能となり、人工呼吸器も在宅で利用できるようになりました。

しかし、在宅でさまざまな医療を行うには患者さん・医療者ともに多くの不安を抱えることにもなります。

新型コロナ感染状況の予測は不明ではありますが、2023年7月1日 土曜日に長野市若里市民文化ホールにて第8回学術集会をハイブリッド開催の予定です。

多くの在宅慢性呼吸不全患者さんの治療にあたっておいでの、川崎市の武知由佳子先生、訪問呼吸リハビリテーションを長年継続しておいでの岩手の中田隆文先生、肺移植後の呼吸リハビリテーションにも携わっておいでの兵庫の玉木彰先生、呼吸リハビリテーションの地域連携のご指導をくださっている神戸の石川朗先生にご講演をお願いし、患者さん（と医療者）が不安なく在宅で幸せに過ごすことができるよう学んでいくことができたらと考えております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

甲信越支部学術集会

会 長 大 平 峰 子

(牟礼診療所 所長)

会場アクセス



【長野市若里市民文化ホール】 〒 380-0928 長野県長野市若里 3 丁目 22 番 2 号 Tel.026-223-2223

■バス／タクシーでお越しの方

〈アルピコ交通〉

長野駅善光寺口(2番のりば)～日赤・松岡線「ビッグハット前」下車徒歩1分
路線番号：21番「松岡・サンマリーン・大塚南」

〈長電バス〉

長野駅善光寺口(4番のりば)、長野駅東口(1番のりば)～保科温泉線「ビッグハット」下車徒歩1分
長野駅東口(1番のりば)～日赤・水野美術館線「水野美術館」下車徒歩3分
路線番号：14番「保科温泉線」15番「日赤線」

〈タクシー〉

長野駅東口から10分

■お車でお越しの方

- ・長野 I.C. もしくは須坂長野東 I.C. から 20 分
- ・国道 18 号線上千田交差点から西へ 500m
- ・国道 117 号線荒木交差点から東へ 1000m

駐車場のご案内



会場の駐車場は 8 時からご案内を開始します。駐車場案内の指示に従ってご利用ください。

※当日は駐車場が限られており、混雑が予想されます。お車でお越しの際は、乗り合いにてお越しください。

※指定駐車場以外への駐車はご遠慮ください。

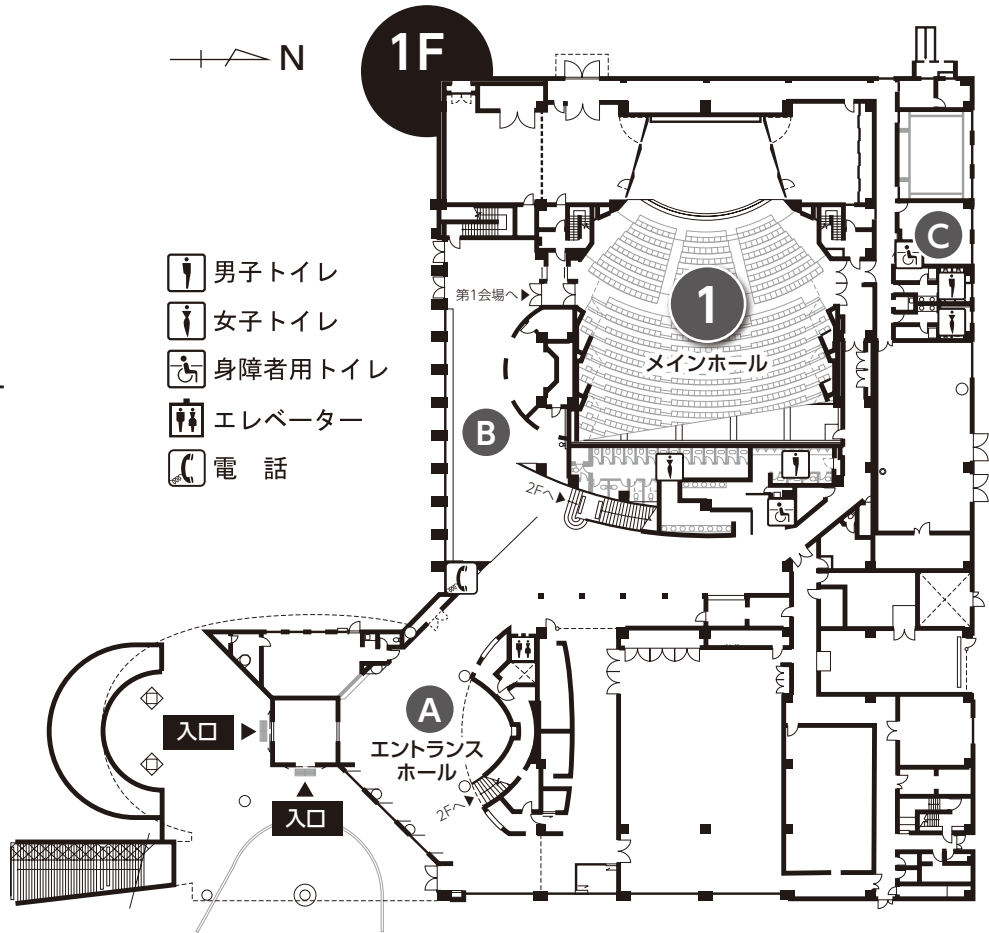
会場図

1 第1会場
(1F メインホール)

A 受付
(1F エントランスホール)

B 企業展示 (2社)
ドリンクコーナー
(1F ホワイエ)

C 講師控室

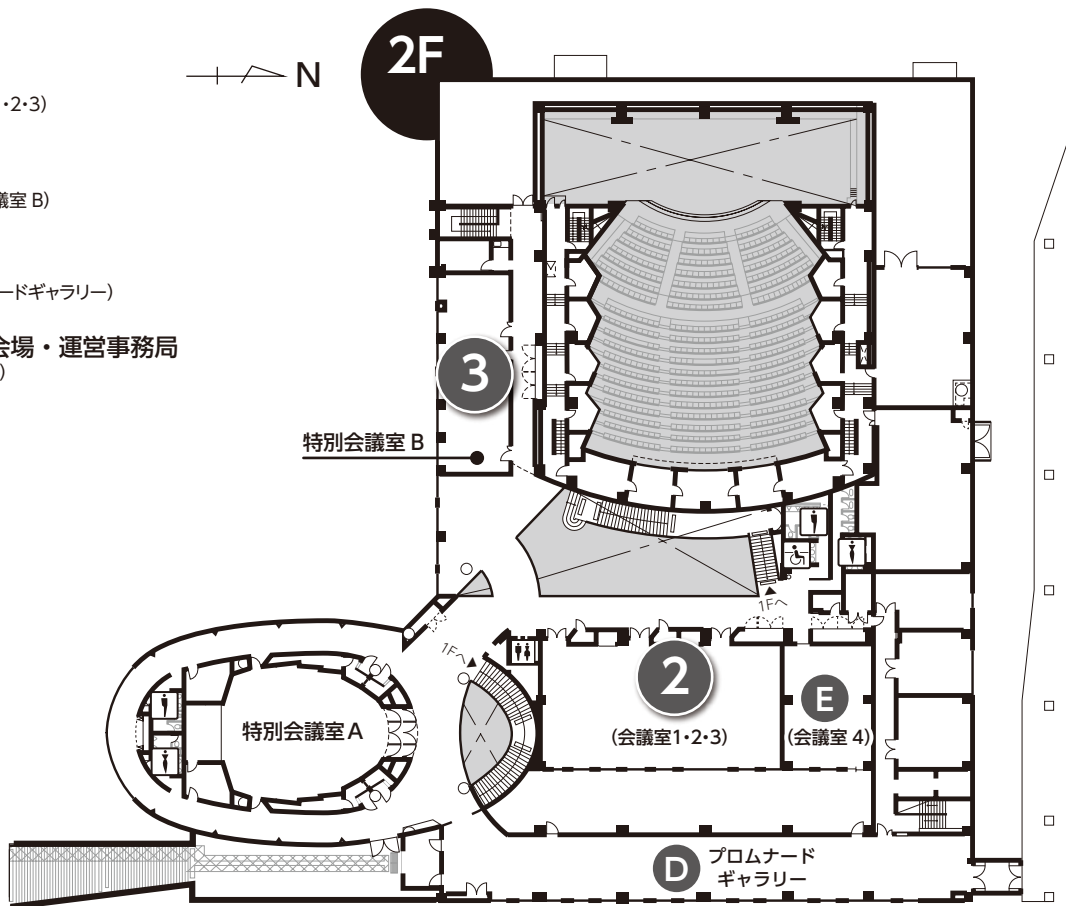


2 第2会場
(2F 会議室1・2・3)

3 第3会場
(2F 特別会議室 B)

D 企業展示
(2F プロムナードギャラリー)

E 代議員会会場・運営事務局
(2F 会議室 4)



日 程 表

●印=オンライン配信で視聴可能なプログラムです

	第1会場 (1Fメインホール)	第2会場 (2F会議室 1・2・3)	第3会場 (2F 特別会議室B)	運営事務局 (2F会議室4)	
8:00					8:00
10					10
20					20
30					30
40					40
50					50
9:00	●開会式				9:00
10	●教育セミナー1 訪問呼吸リハビリテーションの 近年の傾向	●一般演題1 臨床研究・診断・検査			10
20					20
30					30
40					40
50					50
10:00	●教育セミナー2 地域や在宅で行う肺移植患者に 対する呼吸リハビリテーション		スキルアップセミナー<1> フィジカルアセスメント(実習)		10:00
10					10
20					20
30					30
40					40
50					50
11:00	●教育セミナー3 在宅人工呼吸ケア 一呼吸器疾 患から神経・筋疾患へ	●一般演題2 在宅医療・チーム医療・ 他職種連携			11:00
10					10
20					20
30					30
40	●次年度大会 プレゼンテーション				40
50					50
12:00	12:00~13:00 入室禁止	●ランチョンセミナー COPD患者の呼吸リハビリテ ーションにおける漢方の役割~補 中益気湯の併用効果~	ランチョンセミナー (第2会場の中継)	代議員会	12:00
10					10
20					20
30					30
40					40
50					50
13:00	●教育セミナー4 在宅HFNCが切り拓く新たな 安心・安全・安楽(幸せ)を探る	●一般演題3 呼吸管理 (NPPV・ネーザルハイフロー含む)	スキルアップセミナー<2> 作業療法士の視点における呼 吸リハビリテーション ~新しい ADL 評価法~		13:00
10					10
20					20
30					30
40					40
50					50
14:00	●教育セミナー5 ・間質性肺疾患 最適な治療を 目指して ・今伝えたい 間質性肺炎患者の セルフマネジメント支援の重要性 ~オフェブ導入クリティカルパス を通じたチーム医療~	●一般演題4 呼吸リハビリテーション	スキルアップセミナー<3> 呼吸不全の栄養管理~管理栄 養士の視点から~		14:00
10					10
20					20
30					30
40					40
50					50
15:00					15:00
10					10
20					20
30					30
40	●シンポジウム 在宅で安心・安全・安楽(幸せ)に ~在宅におけるICT連携につ いて~	●一般演題5 呼吸リハビリテーション・教育・ 指導・その他			40
50					50
16:00					16:00
10					10
20					20
30					30
40	●優秀演題発表・閉会式				40
50					50
17:00					17:00

会場参加の皆様へ

【重要】 会場参加で登録された場合も、諸事情で会場に来られなくなった場合にはオンライン視聴が可能です。視聴方法は本誌同封の資料（または事務局からのメール送付資料）をご覧ください。

■参加証について

オンライン参加、会場参加のどちらの場合も、本誌に参加証と領収証を同封しています。再発行はできませんので、大事に保管ください。

また現地会場参加の方は開催当日、抄録集および参加証を忘れずにご持参ください。

■当日の受付場所について

参加受付は会場 1F エントランスホールで行います。

【受付時間】 7月1日（土） 8:15～15:00

※学生の方は、必ず学生証をご提示ください。

■参加費

事前参加登録がお済みでない場合は、下記の参加費を当日受付にてお支払いいただき、参加証をお受け取りください。

【一般】 3,000 円（会員・非会員とも）

【学生】 無料（必ず学生証をご提示ください）

■会場について

- 1) 第1会場（1F メインホール）での飲食は禁止となっておりますのでご遠慮ください。
- 2) 会場は全面禁煙となっております。所定の喫煙所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 3) スキルアップセミナーは第3会場（2F 特別会議室 B）にて対面形式で行います。
- 4) 1F ホワイエにて企業展示・ドリンクコーナー、2F プロムナードギャラリーにて企業展示を行っております。
- 5) クロークの設置はございませんのでご了承ください。

■ランチョンセミナー

ランチョンセミナーはチケット制ではありません。直接会場前にてお弁当をお配りいたしますが、数に限りがございます。予めご了承ください。

オンライン参加の皆様へ

【ご注意】 配信内容を無断で撮影・録画・ダウンロードすることは禁止します。

■視聴について

- 1) 視聴・閲覧は大会専用サイト（下記 URL、または右の QR コード）から行えます。

<https://8th.jsrcr-kse.jp/>

視聴方法は本誌同封のオンライン配信資料（または事務局からのメール送付資料）をご覧ください。

- 2) 各セミナーおよび開会式、次年度大会プレゼンテーション、優秀演題発表・閉会式は7月1日（土）のオンライン配信で視聴いただけます。

※オンライン配信の視聴には事前参加登録が必要です。

▼大会HP



- 3) 発表者・講師の承諾を得た一般演題、教育セミナー、シンポジウムに関しては後日、オンデマンド配信にて閲覧・視聴いただけます。

※オンデマンド配信の詳細は大会終了後、大会専用サイトにてご案内いたします。

■質疑応答について

オンライン配信からも質疑が可能です。質疑の方法については同封のオンライン配信資料、または大会専用サイトにてご確認ください。

■お問い合わせ

PC、スマホからオンライン参加できない、参加方法がわからない等の緊急の場合は、大会専用サイトのお問い合わせフォームからご連絡ください。メール・お電話でのお問い合わせは対応致しかねます。

取得可能な単位について

- 1) 呼吸ケア指導士認定単位取得：出席者 10 単位、発表者 10 単位
- 2) 3 学会合同呼吸療法認定士資格更新単位取得について
 - a. 出席 20 点
 - b. 座長 20 点
 - c. 呼吸療法に直接関連した演題の第 1 演者 20 点、共同演者 10 点
 - d. 講師として講義・講演した場合 30 点

※本誌と一緒に送付した参加証が、単位認定のための証明書になります。単位申請時に、所定の書類と一緒にご提出ください。

※実技セミナーの受講証も兼ねています。

代議員の皆様へ

7月1日(土) 12:00～、運営事務局(2F 会議室 4)と Zoomにて行います。

会場参加の代議員の先生は会議室 4へお集まりください(昼食をご用意しております)。

オンライン参加の代議員の先生へは別途参加のご案内をお送りします。

講師・発表者の皆様へ

【ご注意】会場にて発表を行っていただきます。オンライン参加での発表は原則行いません。

■発表時間

- 1) 一般演題：口演 7 分、質疑 2 分です。時間厳守でお願いします。
- 2) 企画演題(セミナー、シンポジウムなど)：別途ご連絡させていただいている内容をご参照ください。

■PC 試写について

- 1) 講師依頼または採択通知にてご案内したとおり、発表データは原則事前入稿となります。詳細は通知メールまたは大会専用サイトをご確認ください。

- 2) 当日参加受付後、ご発表 30 分前までに PC 受付（1F エントランスホール）でデータの確認をお済ませください。
- 3) セッションの進行に影響が出るため、“発表者ツール”は使用できません。
- 4) 演台上には、ディスプレイ、キーボード、マウスが用意されております。
登壇の際、係のものが 1 枚目のスライド投影とオンライン共有まで行います。その後はご自身にて操作をお願いします。

※お預かりした発表データは学術集会終了後、事務局が責任を持って破棄いたします。

座長の皆様へ

- 1) 参加受付後に、座長受付を行ってください。
- 2) ご担当セッションの開始 10 分前までに会場内前方右の次座長席にご着席ください。
- 3) 演者の発表時間および討論時間は厳守でお願いいたします。
- 4) 一般演題では、各ご担当セッションより「優秀演題」を 1 題選出してください。

プログラム

プログラム

第1会場(メインホール) / zoom 参加

9:00～9:05 開 会 式

会長：大平 峰子 (牟礼診療所 所長)

9:10～9:40 教育セミナー1 (協賛：合同会社メディカルサポート)

座長：瀬崎 学 (新潟県立加茂病院)

「訪問呼吸リハビリテーションの近年の傾向」

講師：中田 隆文

マリオス小林内科クリニック

9:50～10:50 教育セミナー2 (協賛：帝人ヘルスケア株式会社)

座長：鏑木 武 (長野市民病院)

「地域や在宅で行う肺移植患者に対する呼吸リハビリテーション」

講師：玉木 彰

兵庫医科大学 リハビリテーション学部

11:00～11:30 教育セミナー3 (協賛：株式会社フィリップス・ジャパン)

座長：吾妻 俊彦 (信州上田医療センター)

「在宅人工呼吸ケア —呼吸器疾患から神経・筋疾患—」

講師：武知 由佳子

医療法人社団愛友会 いきいきクリニック

11:35～11:50 次年度大会プレゼンテーション

第9回学術集会

「人生の質を高めるための呼吸ケア・リハビリテーション」

次年度大会長：宮下 義啓

山梨県立中央病院 呼吸器内科

(12:00～13:00 入室禁止)

13:15～13:45 教育セミナー4 (協賛：フィッシャー&パイケルヘルスケア株式会社)

座長：小林 千穂 (下越病院)

「在宅HFNCが切り拓く新たな安心・安全・安楽(幸せ)を探る」

講師：大澤 拓

松本協立病院 看護部

13:55～14:55 **教育セミナー5** (協賛：ベーリンガーインゲルハイム株式会社)

座長：花岡 正幸 (信州大学学術研究院医学系医学部内科学第一教室)

「間質性肺疾患 最適な治療を目指して」

講師：小松 雅宙

信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科

「今伝えたい 間質性肺炎患者のセルフマネジメント支援の重要性
～オフエブ導入クリティカルパスを通じたチーム医療～」

講師：宮城 芳江

信州大学医学部附属病院 看護部

15:05～16:35 **シンポジウム** (共催：(公財) 在宅医療助成 勇美記念財団)

座長：大平 峰子 (牟礼診療所)

宮下 義啓 (山梨県立中央病院)

在宅で安心・安全・安楽(幸せ)に ～在宅における ICT 連携について～

「バイタルリンクを用いた在宅呼吸器疾患患者の多職種連携」

講師：藤本 圭作

市立大町総合病院

「新潟県における地域医療情報連携ネットワークの現状と
新潟市 ICT 連携システム SWAN ネットの活用状況について」

講師：横田 樹也

新潟市医師会、横田内科医院

「山梨県における ICT を活用した NPO での
高齢者の健康管理の取り組みの紹介」

講師：高岸 弘美

山梨県立大学看護学部 成人・老年実践応用看護学

「在宅の慢性呼吸不全療養者の状態と思いを反映するための
ICT の活用～訪問看護としての経験より～」

講師：梨木 恵実子

群馬大学大学院保健学研究科

16:35～16:45 **優秀演題発表・閉会式**

9:10～10:10 一般演題1 臨床研究・診断・検査

座長：江田 清一郎（松本協立病院）

<1-1> 間質性肺疾患患者における入院期のCorticosteroid総投与量と骨格筋変化量の関連

○^{さかい やすなり}酒井 康成¹、太田 浩章¹、山本 周平¹、喜馬 正至¹、松尾 純²、
市山 崇史³、花岡 正幸²、池上 章太¹、堀内 博志¹

¹ 信州大学医学部附属病院リハビリテーション部、² 信州大学医学部附属病院薬剤部、
³ 信州大学医学部附属病院呼吸器・感染症・アレルギー内科

<1-2> 気腫合併肺線維症患者における低運動耐容能を予測する画像的指標の検討

○^{きたぐち よしあき}北口 良晃¹、金城 匠¹、鈴木 祐介¹、後藤 憲彦¹、小松 雅宙¹、
和田 洋典¹、安尾 将法²、山本 洋¹、福島 喜代康³、花岡 正幸¹

¹ 信州大学医学部内科学第一教室、² 信州大学医学部保健学科、
³ 日本赤十字社長崎原爆諫早病院呼吸器科

<1-3> 在宅酸素機器導入定着に対する認知機能の影響について

○^{あかつ なおき}赤津 尚樹¹、大澤 拓²

松本協立病院 ¹リハビリテーション科、²師長室

<1-4> ハイフローセラピーと振動メッシュネブライザーによる吸入療法が有用だった術後せん妄患者の1例

○^{いちやま たかし}市山 崇史¹、高尾 ゆきえ²

¹ 信州大学医学部附属病院 集中治療部、² 同 看護部

<1-5> PF-ILD患者に対する外来呼吸リハビリテーションの短期的効果について

○^{たかやま なおひさ}高山 尚久¹、太田 佳織¹、原田 雅己¹、前澤 沙紀¹、藤澤 大樹¹、
太田 久彦^{1,2}、小坂 元紀³、藤本 圭作⁴、川内 翔平⁵

¹ 市立大町総合病院 リハビリテーション科、² 同 内科、³ 同 臨床工学科、
⁴ 市立大町総合病院 呼吸器・アレルギー内科、
⁵ 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻

<1-6> 非がん性呼吸器疾患の長期酸素療法患者のACPの実態

○^{こばやし としお}小林 俊夫¹、平林 久美¹、西澤 ひろ美²、田中 亜希²

¹ 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院内科、² 看護部

10:20～11:20 一般演題2 在宅医療・チーム医療・他職種連携

座長：飯田 英明（信州大学医学部附属病院）

<2-1> 『最期を自宅で過ごしたい』患者と家族の希望をCRCNが調整し退院できた一例

○西澤^{にしざわ}ひろ美^み¹、小林 俊夫²

JA 長野厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院

¹看護部 慢性呼吸器疾患看護認定看護師、²同 医局 呼吸器内科

<2-2> ICTと在宅医療(在宅看取り)

○齋藤^{さいとう}栄子^{えいこ}^{1,5}、西澤 ひとみ^{1,5}、大平 峰子^{2,5}、竹重 博子³、石川 朗^{4,5}

¹訪問看護ステーションふれあい田町、²牟礼診療所、³竹重病院、

⁴神戸大学大学院、⁵北信ながいき呼吸体操研究会

<2-3> 特発性肺線維症患者の退院支援
～呼吸リハコーディネーターとしての看護師の関わり～

○天野^{あまの}雄斗^{ゆうと}、川元 幸

甲州リハビリテーション病院 呼吸リハチーム 看護師

<2-4> 多職種連携情報共有ツールの効果的な活用例の分析

○北條^{ほうじょう}由美乃^{ゆみの}¹、高橋 宏子¹、宮城 芳江²、藤本 圭作³

¹信州大学医学部保健学科、²信州大学医学部附属病院、³市立大町総合病院

<2-5> 言語聴覚士が介入したCOPD患者における摂食嚥下障害の傾向と現状

○西^{にし}弘平^{こうへい}¹、鈴木 朋美¹、阿部 元輝¹、中村 可愛¹、五十嵐 誠²、
筒井 裕一³、筒井 奈々子³、坂井 邦彦^{3,4}

¹新潟臨港病院 リハビリテーション科、²新潟臨港病院 看護部、³新潟臨港病院 内科、

⁴新潟臨港病院 在宅医療部

<2-6> 長期のコロナ禍生活が在宅COPD患者のQOLに与えた影響から
今後の在宅健康支援を考える

○大橋^{おおはし}千里^{ちさと}¹、秋口 俊輔²、大平 峰子³

¹富山高等専門学校一般教養科、²富山高等専門学校電子情報工学科、

³東長野病院内科

12:00～13:00 ランチョンセミナー（協賛：株式会社ツムラ）

座長：吉池 文明（長野市民病院）

「COPD 患者の呼吸リハビリテーションにおける漢方の役割
～補中益気湯の併用効果～」

講師：濱田 泰伸

広島大学大学院医系科学研究科 生体機能解析制御科学

13:15～14:05 一般演題3 呼吸管理（NPPV・ネーザルハイフロー含む）

座長：道永 祐希（信州大学医学部附属病院）

<3-1> 在宅医療における人工呼吸療法と高流量酸素療法の考慮すべき点：
臨床工学技士の立場から

まつ お まさる
○松尾 昌

茅野市・原村・諏訪市の組合立 諏訪中央病院 臨床工学科

<3-2> AIRVOTM2の稼働率と故障発生との相関関係について

ふじわら たくみ
○藤原 拓史、道永 祐希、吉澤 祐貴、佐藤 隼吾、荻原 怜奈、齋藤 千樺、
菊池 紀敏

信州大学医学部附属病院 臨床工学部

<3-3> 当院における人工呼吸器使用患者のラウンド業務について

あさかわ ひとし
○浅川 仁志、一瀬 かおり、土屋 祐輝、河西 瑠生、渡辺 一城

山梨県立中央病院 臨床工学科

<3-4> 肺炎による呼吸不全に対し呼吸管理に難渋した90歳男性の1例

おさか もとき
○小坂 元紀¹、続木 伸也¹、竹川 洋平¹、伊藤 富之¹、二木 勇貴¹、
菅沢 直哉¹、笠原 真帆¹、伊藤 夏菜子¹、藤本 圭作²、高山 尚久³

¹市立大町総合病院 臨床工学科、²市立大町総合病院 呼吸器アレルギー内科、

³市立大町総合病院 リハビリテーション科

<3-5> High-Flow-Therapyによる気道クリアランス改善の経過
内視鏡画像から判ったこと

ほし りきお
○星 力央¹、植木 佑太¹、高橋 実希¹、今井 大智¹、中野 恵介¹、木村 堯²、
大滝 耕平²、田中 亮子²、富樫 孝文²

¹新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 臨床工学科、

²新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 頭頸部外科

14:15～15:15 一般演題4 呼吸リハビリテーション

座長：瀧澤 弥恵（鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院）

<4-1> 早期離床プログラム導入効果の検討

- ^{は せ が わ ひろゆき}長谷川 裕之¹、^{は し げ}柚木 寿江¹、^{さ へ}佐伯 好次¹、^{しみず}清水 千香子¹、^{とよふぢ}遠藤 優宏²、^{たかはし}高橋 美帆²、^{いちかわ}市川 紘将²、^{あさひ}朝川 勝明²、^{こはら}小原 竜軌²、^{てらだ}寺田 正樹²
¹ 済生会新潟病院看護部、² 同 呼吸器内科

<4-2> 当院呼吸器疾患患者における呼吸リハビリテーション実施の現状

- ^{おおた ひろあき}太田 浩章¹、^{さかい}酒井 康成¹、^{やまもと}山本 周平¹、^{いちやま}市山 崇史²、^{いけがみ}池上 章太¹、^{うぶち}堀内 博志¹
¹ 信州大学医学部附属病院リハビリテーション部、
² 信州大学医学部附属病院呼吸器・感染症・アレルギー内科

<4-3> 当院退院後の在宅での呼吸リハビリテーション実施状況調査

- ^{おおぼ まさたか}大峽 将嵩¹、^{くらしま}倉島 尚男¹、^{いづみ}関塚 修久¹、^{くらいし}倉石 博²
¹ 日本赤十字社 長野赤十字病院 リハビリテーション科、² 同院 呼吸器内科医

<4-4> 慢性閉塞性肺疾患の動的肺過膨張に対する呼吸筋ストレッチの即時効果

- ^{かわうち しょうへい}川内 翔平^{1,3}、^{ふじもと}藤本 圭作²、^{たかやま}高山 尚久³、^{かわじ}川路 具弘⁴、^{うちやま}内山 靖¹
¹ 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻、
² 市立大町総合病院呼吸器・アレルギー内科、
³ 市立大町総合病院リハビリテーション科、
⁴ 旭ろうさい病院中央リハビリテーション部

<4-5> 外来での呼吸リハビリテーションが家族ケアに有用であった特発性肺線維症の症例

- ^{まえざわ さき}前澤 沙紀¹、^{たかやま}高山 尚久¹、^{おおた}太田 佳織¹、^{あらた}原田 雅巳¹、^{ふじさわ}藤澤 大輝¹、^{おおた}太田 久彦²、^{ふじもと}藤本 圭作³
¹ 市立大町総合病院 リハビリテーション科、² 市立大町総合病院 内科、
³ 市立大町総合病院 呼吸器・アレルギー内科

<4-6> 地域連携包括的呼吸リハビリテーションプログラム導入後1年間のCOPD患者の健康関連QOLの推移

- ^{やまなか ゆうき}山中 悠紀^{1,6}、^{いしかわ}石川 朗^{2,6}、^{おほの}沖 侑太郎^{2,6}、^{かね}金子 弘美^{3,6}、^{たけの}楠木 武^{4,6}、^{おほの}大平 峰子^{5,6}
¹ 姫路獨協大学、² 神戸大学大学院、
³ 訪問看護ステーション嫩草・たかやま、⁴ 長野市民病院、
⁵ 牟礼診療所、⁶ 北信ながいき呼吸体操研究会

15:25～16:15 一般演題5 呼吸リハビリテーション・教育・指導・その他

座長：松本 武志（佐久総合病院）

- <5-1> 当院の地域包括ケア病棟における75才以上高齢肺炎患者の自立度の変化と転帰先の変更について
○長谷川 俊輔¹、藤田 圭輔¹、柳 保¹、榎本 克巳²、藤森 勝也²
あがの市民病院 ¹リハビリテーション科、²内科
- <5-2> COPDの患者に対しての多角的介入、包括的サポートにより社会復帰が進められた一例
○原田 雅巳¹、高山 尚久¹、太田 佳織¹、前澤 沙紀¹、藤澤 大輝¹、太田 久彦²、藤本 圭作³
市立大町総合病院 ¹リハビリテーション科、²内科、³呼吸器・アレルギー内科
- <5-3> 入院患者における口腔ケア・口腔ケア物品の実態調査
○白田 志津子¹、内山 裕太¹、加藤 郁美¹、北澤 聡史¹、小林 涼子¹、澤 梓¹、杉山 千紘¹、田代 いおな¹、長橋 和佳奈¹、武者 明里¹
地方独立行政法人 長野市民病院
- <5-4> 在宅NPPV導入を契機に長期入所中の施設を退所することになった事例の考察 —MSWの視点から—
○清水 泰志¹、大澤 拓²
松本協立病院 ¹医療福祉相談室、²師長室
- <5-5> パスを用いた安定期Ⅱ型慢性呼吸不全患者へのNPPV導入
○井出 暁¹、秋葉 直美¹、大平 峰子^{3,5}、伊藤 義彦²、石井 栄三郎²、石川 朗^{4,5}
¹特定医療法人 新生病院看護部、²特定医療法人 新生病院総合診療科、³牟礼診療所、⁴神戸大学大学院、⁵北信ながいき呼吸体操研究会

第3会場(特別会議室B)

※現地開催のみ

9:30～11:30 スキルアップセミナー<1>

フィジカルアセスメント(実習)

講師:石川 朗

神戸大学大学院保健学研究科パブリックヘルス領域

13:15～14:00 スキルアップセミナー<2>

「作業療法士の視点における呼吸リハビリテーション
～新しいADL評価法～」

講師:山口 卓巳

神戸市立医療センター西市民病院

14:15～15:00 スキルアップセミナー<3>

「呼吸不全の栄養管理～管理栄養士の視点から～」

講師:武部 久美子

つくば国際大学

1F ホワイエ / 2F プロムナードギャラリー

9:00～16:00 企業展示

会議室4 / zoom参加(代議員のみ)

12:00～12:30 代議員会(対面+Zoom会議)

企画セミナー抄録

教育セミナー 1～5

ランチョンセミナー

スキルアップセミナー<1>～<3>

訪問呼吸リハビリテーションの近年の傾向

中田 隆文

マリオス小林内科クリニック

はじめに

呼吸リハビリテーションは専門的な医療機関内だけではなく、地域でも行われる様になっている。その実施方法は訪問リハビリテーションや訪問看護として実施されることが多く、徐々に普及しつつあるが、未だ十分とは言えない状況と思われる。訪問呼吸リハビリテーションのニーズは近年、新たな領域へと移行してきている。近年の社会背景を踏まえ、訪問呼吸リハの近年の傾向について述べる。

社会背景

本邦は高度高齢化から多死社会へと移行しており、多死社会をどの様に乗り切るかは重要な課題となっている。厚生白書によると終末期に過ごしたい場所の希望は、自宅が最も多いことが分かっており、在宅看取りを実現するために地域包括ケアシステムが推進され、人生会議（ACP）の取り組み、在宅医療や介護保険サービスの拡充、地域医療介護連携など、地域に応じた整備が進んでいる。訪問呼吸リハビリテーションも対象者の ACP に従って計画、実施され、特に目的とする在宅生活を実現するための ACP について役割があった。

地域包括ケアシステムにおける訪問呼吸リハビリテーション

訪問呼吸リハビリテーションの対象疾患としては、慢性呼吸器疾患に加えて、医療介護関連肺炎（NHCAP）、医療的ケア児、末期がん、呼吸管理を必要とする神経筋疾患が代表的である。慢性呼吸器疾患では対象者の重度化、間質性肺疾患の増加、終末期の症状緩和が必要となる傾向があった。また住まいについて、必要な呼吸ケア・リハビリテーションが実施可能な環境か、確認が必要な場合もあった。医療介護関連肺炎では摂食嚥下リハビリテーションの適用が再発予防に重要であり、経管栄養や点滴を選択せず、可能な範囲の経口摂取のみで終末期の症状緩和を図る事例もあった。医療的ケア児では呼吸ケアを必要とする通院困難な児に対する訪問呼吸リハビリテーションのニーズがあった。医療的ケア児の呼吸ケアは訪問看護がその役割を担ってきたが、今後はリハビリテーション職種の関わりも必要となると考えられた。末期がんにおいて終末期の呼吸症状は出現頻度の高い項目であるが、補液のコントロール等により訪問呼吸リハビリテーションの必要性は減少傾向と思われた。呼吸管理を必要とする神経筋疾患として筋萎縮性側索硬化症（ALS）は代表的な疾患であるが、近年は積極的な呼吸管理を希望せず、症状緩和を希望する事例が増えていた。

まとめ

呼吸器疾患の在宅看取りにおいて訪問呼吸リハビリテーションは適応となる。訪問呼吸リハビリテーションの対象者は多様化・重症化し、終末期の症状緩和が必要となる。呼吸ケアを必要とする医療的ケア児への訪問呼吸リハビリテーションのニーズは増え、末期がんでは減少傾向である。ALS では積極的な呼吸管理を希望しない傾向がある。地域包括ケアシステムの推進の中、訪問呼吸リハビリテーションの実施は不十分と予想される。

中田 隆文 (なかた たかふみ)

【現職】 マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科 科長

【略歴】

昭和62年3月 岩手リハビリテーション学院 理学療法学科 卒
昭和62年4月 盛岡友愛病院リハビリテーション科
平成11年 同 在宅医療部
平成16年5月 須藤内科クリニック リハビリテーション科 科長
平成27年 もりおかこども病院
平成29年11月 マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科 科長

【所属学会名】

日本理学療法士協会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会、日本呼吸療法医学会、日本緩和医療学会、日本訪問リハビリテーション協会、日本呼吸理学療法学会、日本地域理学療法学会、日本小児理学療法学会、日本理学療法管理研究会

【資格・役職など】

内部障害理学療法専門理学療法士、生活環境支援理学療法専門理学療法士、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 代議員、日本在宅医療連合学会 評議員、日本地域理学療法学会 評議員、盛岡市在宅医療介護連携事業連絡協議会 委員

地域や在宅で行う肺移植患者に対する 呼吸リハビリテーション

玉木 彰

兵庫医科大学リハビリテーション学部

肺移植とは、重度な呼吸器疾患患者の肺を取り出し、その代わりに提供者の肺を移植する治療法であり、終末期呼吸器疾患患者の生命予後や生活の質（QoL）を向上させる救命医療として発展してきた。1997年に臓器移植法が施行されたことで、本邦において脳死下での臓器移植が実施できるようになったが、1998年10月に生体肺移植が成功し、その後2000年3月に脳死下における本邦初の肺移植が実施された。臓器移植法の施行から26年が経過し、これまでに脳死下における肺移植は約800例に行われている。このように肺移植は重症呼吸不全患者にとって生命を救うための最後の手段であるが、本邦における肺移植実施施設は現在でも全国に11施設（心肺同時移植施設を含む）と少ない。しかし肺移植を希望する患者は全国各地に居住しているため、肺移植が実施されるまでの間、移植施設と患者が居住している地域の病院との連携が非常に大切となる。肺移植後のアウトカムには術前の状態が大きく影響することから、移植待機中いかに身体機能を良好な状態を維持しておくか鍵となる。

一方、肺移植を実施した患者は、肺移植実施施設で急性期治療とともに術後リハビリテーションを実施し、約2か月程度で退院する。退院後はひとまず移植施設の近隣で暮らしながら外来でリハビリテーションを継続し、移植後3か月程度で自宅に戻ることが多い。しかしその後も呼吸リハビリテーションを継続できるかどうか、患者の長期的予後に影響することが報告されている。そのため肺移植後も患者が居住する地域や在宅でのシームレスな呼吸リハビリテーションを受けられることが大切である。

本講演では、肺移植待機中ならびに肺移植後の患者が自身の居住地域で継続的に呼吸リハビリテーションを受けることの重要性と、そのための連携システム構築の必要性を述べ、さらに地域・在宅で行う呼吸リハビリテーションについて紹介する。

玉木 彰 (たまき あきら)

【現職】 兵庫医科大学リハビリテーション学部 学部長・教授
大学院医療科学研究科 研究科長

【略歴】

1988年 京都大学 理学療法学科(医学部人間健康科学科) 卒業
星ヶ丘厚生年金病院リハビリテーション部
1994年 大阪府立看護大学(現大阪公立大学)理学療法学科 助手
1999年 大阪教育大学大学院健康科学専攻 修了(学術修士)
2001年 京都大学医学部保健学科(現人間健康科学科)助教授
2004年 兵庫医科大学大学院医学研究科生理学専攻 修了
医学博士(兵庫医科大学 第437号)
2007年 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 准教授
2011年 兵庫医療大学リハビリテーション学部 教授
2013年 兵庫医療大学リハビリテーション学部理学療法学科 学科長
2015年 大学院医療科学研究科 研究科長
2021年 リハビリテーション学部長、大学院医療科学研究科長
2022年 大学統合により名称変更 兵庫医科大学リハビリテーション学部長
大学院医療科学研究科長

【所属学会名・専門医等】

日本呼吸理学療法学会(理事長)、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(理事)、
日本呼吸療法医学会(理事)、日本呼吸器学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハ
ビリテーション学会、日本サルコペニア・フレイル学会、European Respiratory
Society (ERS)、American Thoracic Society (ATS)、American Association for
Respiratory Care (AARC)

【資格】

専門理学療法士(呼吸理学療法)、認定理学療法士(呼吸)、呼吸ケア指導士、呼吸療
法認定士、サルコペニア・フレイル指導士、臨床工学技士

在宅人工呼吸ケア — 呼吸器疾患から神経・筋疾患 —

武知 由佳子

医療法人社団愛友会 いきいきクリニック

Q1, 患者様が楽になる NPPV 設定はどんな設定ですか？ 弱い風、低い圧が楽だと思っていないでしょうか？

Q2, NPPV 導入時、どのような声かけをしていますか？ 「風が来ますが、我慢しましょう。」「苦しくない？」「大丈夫？」この声かけは致命的エラーです。楽になる治療ですから、そのような声かけをしましょう。

人工呼吸管理の目的は、呼吸器疾患にとっては、人工呼吸器で呼吸の不全を治すこと、酸素化の改善、換気の改善、呼吸仕事量の改善を行い、下向きのらせん階段を落ちている患者様を、何とか上向きのらせん階段を登っていけるようにすることです。

呼吸筋麻痺が進行していく神経・筋疾患では、人工呼吸器の至適設定は更に重要で、十分な人工呼吸器の設定を行い、呼吸仕事量を減らし、呼吸筋麻痺の進行を鈍らせること、かつ、末梢無気肺の予防を行うこと。これらは呼吸困難感の緩和ケアになります。

人工呼吸器の設定が、患者様の人生や命にかなり影響を及ぼします。患者様の5年後10年後を考え、今どうすべきか？を考えましょう。

また、病院で安全でも、素人の家族がケアの主体となる在宅ではそうは行かず、細心の注意を払います。一回換気量保証モード(AVAPS、TgV など)は、ほぼ標準装備されています。①従量式より従圧式が一般的になった今！ 在宅なら、なおさら、家族がついうっかり吸引し忘れてたら気道分泌物で、低換気になります。一定圧では医療事故が起きます。②REM期は呼吸が不安定、上気道抵抗↑呼吸筋(肋間筋、呼吸補助筋)活動性↓胸郭の可動域↓、その結果、換気量↓ PaO₂ ↓呼吸調節系 CO₂ 低 O₂ 換気応答↓が起こります。一回換気量保証モードの設定が、①をある程度カバーし、②REM 低換気を是正します。

また、肺過膨張が呼吸困難感の原因である COPD 患者様には、内因性 PEEP に見合う EPAP の至適設定により、一日の活動で生じた肺過膨張をリセットすることで、呼吸困難感も改善し、翌日も身体活動性の高い生活が可能となります。閉塞性睡眠時無呼吸の合併する方にも、EPAP の至適設定が必要ですが、閉塞や狭窄を感じて、

EPAP を Auto で updown させるモード、Auto-EPAP が有用です (←時間の都合で今回は割愛します)。器械によるアルゴリズムは、ブラックボックスであるため、必ず狙い通り、器械が動いているかを、必ずログデータで確認することが重要です。

HFT へ安易に流れてしまうことが、どんな意味をなすのか？ 呼吸器科であるなら、やはりしっかりと適応を判断して、NPPV の至適設定で患者様を救いたいと思っております。

武知 由佳子 (たけち ゆかこ)

【現職】 医療法人社団愛友会 いきいきクリニック 理事長／院長

【略歴】

1993 年 3 月 新潟大学医学部 卒業
医学学士

1993 年 4 月 昭和大学麻酔科・緩和ケアチーム

1994 年 4 月 大田病院にて初期研修(ローテート)

1996 年 9 月 大田病院呼吸器科勤務

2005 年 6 月 国立病院機構八雲病院小児科勤務

2006 年 1 月 大田病院呼吸器科勤務

2007 年 5 月 川崎協同病院呼吸器科勤務

2007 年 9 月 いきいきクリニック開設

【所属学会名・専門医等】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(呼吸ケア指導士)、日本呼吸器学会会員、日本呼吸療法医学会会員、日本プライマリーケア連合学会(認定医)、日本在宅医療連合学会、日本感染症学会会員、日本内科学会会員、日本緩和医療学会暫定指導医、日本リハビリテーション医学会会員

【資格・役職など】

福井大学非常勤講師、愛知医科大学非常勤講師、日本在宅医療連合学会評議員、2020 年神奈川県学術功労賞受賞

在宅 HFNC が切り拓く 新たな安心・安全・安楽(幸せ)を探る

大澤 拓

松本協立病院 看護部

2022年に診療報酬改定によって在宅ハイフローセラピー(HFNC)が保険適用となった。臨床試験によってPaCO₂の低下やQOL改善効果が明らかにされ、病院内で実践が広がっていたHFNCが在宅でも使用可能となった。

急性期HFNCと慢性呼吸不全に対する在宅HFNCは同様の治療機序を持ちながら、少し目標が異なる側面を持つ。急性I型呼吸不全に対する呼吸補助としての効果もさることながら、慢性呼吸器疾患による苦痛症状の軽減効果と、その結果として身体活動性やQOLを改善させることで、総合的な生活の支援に繋がると考えられる。

現在の診療報酬上の適応はCOPDであるが、この慢性期の症状改善効果はさらに広く慢性呼吸器疾患の患者に有効である可能性がある。

診療報酬上の要件から、PaCO₂:45~55mmHgという点に我々医療者の意識が行きやすい現状であるが、対象患者には「在宅酸素療法(HOT)を実施」しており、「夜間の低換気による低酸素血症を認めること」ということで、PaCO₂の基準として前述要件を満たさない場合もあり得る。

同様に要件として記載されている呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛・頭重感等の自覚症状を有するCOPDのHOT患者に対して、我々は選択肢として在宅HFNC療法を提案できるのではないかと。

当院の外来通院HOT患者に対して外来で症状確認のアンケート調査を行い、検査データと比較してみると、やはり中にはHFNCによって症状軽減効果が得られる可能性のある患者が含まれている。在宅HFNCがフィットする患者イメージを我々が構築し、HOTに続く慢性呼吸器疾患ケアの一環として更に活用していくことで、生活の安心・安全・安楽(幸せ)を目指せないかと考察する。

大澤 拓 (おおさわ たく)

【現職】 松本協立病院 師長室 主任

【略歴】

2003年3月 長野県看護大学 看護学部 看護学科 卒業
看護学士

2017年2月 福井大学 慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程 修了

2018年 福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門、慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程
非常勤講師

2021年 新潟医療福祉大学 非常勤講師

【所属学会名】

日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸療法医学会

【資格・役職など】

慢性呼吸器疾患看護認定看護師、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部代議員、3学会合同呼吸療法認定士、初級呼吸ケア指導士、CPAP療法士

間質性肺疾患 最適な治療を目指して

小松 雅宙

信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科

2021年の人口動態統計によると、間質性肺疾患 (interstitial lung disease: ILD) は日本の死因の第11位となっている。比較的まれな疾患とされてきたが、避けては通ることのできない疾患となっている。

間質性肺疾患の問題点は複数あり、間質性肺疾患は症候群であり膠原病、過敏性肺炎、薬剤性肺炎、じん肺といった多彩な疾患を包括している点や、原因不明である特発性間質性肺炎 (Idiopathic interstitial pneumonias: IIPs) においても、特発性肺線維症 (Idiopathic pulmonary fibrosis: IPF)、特発性非特異性間質性肺炎 (Idiopathic nonspecific interstitial pneumonia: iNSIP) のように分類が複雑であることが挙げられる。

特発性間質性肺炎 (IIPs) の大半を占める特発性肺線維症 (IPF) は慢性かつ進行性の経過をたどり、高度の線維化が進行して不可逆性の蜂巣肺形成をきたす予後不良な疾患である。特発性肺線維症 (IPF) に対して、ピルフェニドン、ニンテダニブといった抗線維化薬を中心とした治療が行われるようになったが、薬物療法のみでは不十分であり、最適な治療のためには、薬剤指導、リハビリや栄養管理を含めた多方面からの患者アプローチが重要である。

また、近年は進行性線維化をきたす間質性肺疾患 (Progressive pulmonary-ILD: PF-ILD) が注目を集めるようになった。特発性肺線維症 (IPF) 以外の多くの間質性肺疾患は抗炎症治療を中心に治療が行われるが、それらの治療、管理にも関わらず進行する線維化に対して、ニンテダニブが適応拡大となり、使用可能となった。

2022年には、国際学会 (ATS/ERS/JRS/ALAT) から進行性肺線維症 (Progressive pulmonary fibrosis: PPF) としての名称の統一と基準が提案された。

このように間質性肺疾患をめぐる治療選択肢は増えており、これらの治療を適切なタイミングで患者さんに届ける必要があると考える。

一方で、間質性肺疾患は上記の通り複雑な疾患であり、患者さんの理解はもとより、医療者においても間質性肺疾患に対する理解は不十分な点も多い。

これまで避けられがちであった間質性肺疾患について、最近の話題を含めて講演をさせていただく。併せて、最近当院で取り組んでいる取り組みについても紹介をさせていただければと思う。

小松 雅宙 (こまつ まさみち)

【現職】 信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科 助教

【略歴】

2011年3月 新潟大学医学部 卒業
2011年4月 長岡赤十字病院 初期研修医
2013年4月 信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科 医員
2015年4月 諏訪赤十字病院 呼吸器科
2018年4月 信州大学大学院 総合医理工学研究科 医学系専攻 入学
信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科 医員
2021年10月 信州大学医学部附属病院 内視鏡センター 助教(診療)
2022年3月 信州大学大学院 総合医理工学研究科 医学系専攻 卒業
医学博士
2023年4月 信州大学医学部附属病院 呼吸器・感染症・アレルギー内科 助教

【所属学会名・専門医等】

日本内科学会 総合内科専門医、日本呼吸器学会 専門医、日本呼吸器内視鏡学会 専門医、日本感染症学会 専門医、日本アレルギー学会、日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会、日本IgG4関連疾患学会、日本肺癌学会、日本化学療法学会 抗菌化学療法認定医、American thoracic society、European respiratory society

今伝えたい 間質性肺炎患者のセルフマネジメント支援の重要性 ～オフエブ導入クリティカルパスを通じたチーム医療～

宮城 芳江

信州大学医学部附属病院 看護部

間質性肺炎は肺の間質組織に線維化が起こる疾患の総称であり、その分類は複雑で多岐にわたる。このうち特発性肺線維症 (Idiopathic pulmonary fibrosis ; IPF) においては、緩徐に呼吸機能が低下し、急性増悪により呼吸不全は急激に進行していくという特徴がある。主な症状として労作時の呼吸困難や咳嗽などがあり、患者は慢性的に続くこれらの症状をコントロールし、自分らしく生活するためにセルフマネジメントを行うことが必要となる。呼吸器疾患患者のセルフマネジメント支援マニュアルによると、患者が生涯にわたり健康の維持・増進や、増悪予防といったセルフマネジメント行動が継続できるよう、「統合されたセルフマネジメント支援 (integrated approach to self-management support)」を行うことが求められている。統合されたセルフマネジメント支援としては、患者のセルフマネジメント能力の向上のための教育のみならず、人材や環境・機器などの「調整」、生き方や治療選択、ACP などの「意思決定」、患者を取り巻く「システム構築」、患者に関わる「専門職の育成」を要素とし、初期評価から実践・再評価まで継続して患者・家族らや社会に介入することが定義づけられている。

間質性肺炎の長期の経過の中で、患者は外来受診や入院の機会に医療者と関わる機会があるが、当院では患者のセルフマネジメント支援はそれぞれの場面で個々の医療者の力量に任せて行われており、十分な支援が行えていると言えない現状があった。昨年度、抗線維化薬オフエブ導入の入院クリティカルパスの作成と運用を開始した。このクリティカルパスでは、オフエブの内服導入に加えてセルフマネジメント支援が盛り込まれ、医師・看護師・薬剤師らによるチーム医療が標準化された。加えて、入院期間中に患者の状態評価の結果をチームで共有し、必要に応じて個別的な援助につなげることが可能となった。この講演では、オフエブ導入のクリティカルパスと統合されたセルフマネジメント支援の取り組みについてお話させていただきたい。

宮城 芳江 (みやぎ よしえ)

【現職】 信州大学医学部附属病院 副看護師長

【略歴】

2002年3月 筑波大学医療技術短期大学部 看護学科 卒業

2008年 副看護師長

2011年 福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター
看護キャリアアップ部門 慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程
受講

【所属学会名】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本慢性看護学会

【資格】

2012年：慢性呼吸器疾患看護認定看護師 資格取得

他：3学会合同呼吸療法認定士、呼吸ケア指導士(初級)

COPD 患者の呼吸リハビリテーションにおける 漢方の役割 ～補中益気湯の併用効果～

濱田 泰伸

広島大学大学院医系科学研究科 生体機能解析制御科学

呼吸リハビリテーションは慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) 患者の運動耐容能や健康関連 quality of life (QOL) を改善させる非薬物療法である。全身性炎症による栄養障害や体重減少を認める COPD 患者では運動耐容能が低く、健康関連 QOL や予後が不良である。そのため、呼吸リハビリテーションと栄養療法を併用することが有効とされているが、栄養療法への反応が乏しい患者が少なくない。

補中益気湯は抗炎症作用を有する漢方薬で、慢性の消耗性疾患患者や COPD 患者の栄養状態や健康関連 QOL を改善することが報告されている。そこで、やせを伴う COPD 患者の呼吸リハビリテーションに補中益気湯を併用することにより、運動耐容能、呼吸困難、健康関連 QOL が改善するかを検討した。

やせを伴う安定期 COPD 患者を補中益気湯投与群 (投与群)、非投与群の 2 群に無作為に割り付け、両群に低強度の呼吸リハビリテーションを 12 週間行った。その結果、投与群では、ベースライン時と比較して 12 週間後に体重が有意に増加し、modified Medical Research Council 呼吸困難スコア、息切れの visual analog scale (VAS) スコア、疲労の VAS スコア、COPD assessment test (CAT) スコアが有意に低下した。6 分間歩行距離は、両群ともにベースライン時と 12 週間後の間に有意な変化を認めなかった。呼吸リハビリテーションに補中益気湯を併用することにより、COPD 患者の栄養状態、呼吸困難、健康関連 QOL が改善することが示唆された。

補中益気湯が COPD 患者の意欲を改善させることが報告されており、前述の研究で補中益気湯が COPD 患者の意欲を改善させたために、呼吸困難や健康関連 QOL が改善したと考えた。そこで、意欲低下を認める COPD 患者の呼吸リハビリテーションに補中益気湯を併用することにより、意欲、呼吸困難、健康関連 QOL が改善し、身体活動性が向上するかを検討した。

意欲低下を認める安定期 COPD 患者を投与群、非投与群の 2 群に無作為に割り付け、両群に低強度の呼吸リハビリテーションを 12 週間行った。その結果、意欲低下の指標であるアパシースコアは、投与群でベースライン時と比較して 12 週間後に有意に低下した。また、息切れの VAS スコア、CAT の活力のスコアも、投与群で有意な低下を示した。研究期間中の総歩数は投与群が非投与群と比較して有意に高値

であった。呼吸リハビリテーションに補中益気湯を併用することにより、COPD 患者の意欲、呼吸困難、健康関連 QOL が改善し、身体活動性が向上することが示唆された。補中益気湯の併用は COPD 患者に呼吸リハビリテーションを行う際の新しい治療戦略となる可能性がある。

濱田 泰伸 (はまだ ひろのぶ)

【現職】 広島大学大学院医系科学研究科 教授、広島大学医学部保健学科長

【略歴】

1989年3月 愛媛大学医学部医学科 卒業
1994年3月 愛媛大学大学院医学研究科博士課程 卒業
1994年4月 国立療養所近畿中央病院 内科
1997年4月 米国 National Jewish Medical and Research Center 研究員
1999年4月 愛媛大学医学部第二内科 助手
2005年4月 愛媛大学医学部第二内科 講師
2010年4月 広島大学大学院保健学研究科 教授
2012年4月 広島大学大学院医歯薬保健学研究科 教授(組織改編による)
2019年4月 広島大学大学院医系科学研究科 教授(組織改編による)
2020年4月 広島大学医学部保健学科長

【所属学会・専門医】

日本内科学会 専門医・指導医、日本呼吸器学会 専門医・指導医、日本老年医学会 専門医・指導医、日本アレルギー学会 専門医・指導医、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 上級呼吸ケア指導士、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

【学会評議員】

日本呼吸器学会 代議員、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 代議員、日本老年医学会 代議員、日本サルコイドーシス／肉芽腫性肺疾患学会 評議員、日本内科学会 中国支部会評議員、日本肺癌学会 中国四国支部会評議員

フィジカルアセスメント(実習)

石川 朗

神戸大学大学院保健学研究科パブリックヘルス領域

生命徴候(バイタルサイン)とは、ヒトが生きている状態を示す指標であり、脈拍・呼吸・体温・血圧・意識レベルが主要な指標である。一方、身体所見とは視診・触診・打診・聴診で得た、全身的・局所的な所見の総称であり、身体所見の観察をフィジカルアセスメントと称する。

一般に、急性の症状は主にバイタルサインが反映し、慢性の症状は主に身体所見に反映する。その理由は、慢性期は代償されてバイタルサインは戻り、それに伴う身体の変化が生じているためである。

このフィジカルアセスメントは、①評価全体のオリエンテーションとなる、②検査所見の解釈、治療手段の選択、効果判定などにそのまま結びつく、③簡便で非侵襲的かつリアルタイムに呼吸状態を把握することができる、④自らの治療介入のフィードバックに役立つなどの意義がある。

一方、主に換気機能に関する有用な情報は得られるが、ガス交換能の評価には限界もある。

本スキルアップセミナーでは、視診・触診・打診・聴診の理論に関して学習し、理論の元に実習を通じて技術を習得したい。

石川 朗 (いしかわ あきら)

【現職】 神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域 教授

【略歴】

昭和61年 札幌医科大学衛生短期大学部理学療法学科 卒業
帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部
平成3年 東京理科大学工学部Ⅱ部建築学科 卒業
平成9年 札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 講師
平成11年 日本大学大学院理工学研究科卒 博士(工学)
平成14年 札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 助教授
平成15年 附属病院リハビリテーション部 副部長(兼務)
平成23年 神戸大学大学院保健学領域リハビリテーション科学領域 准教授
平成24年 神戸大学大学院 保健学研究科地域保健学領域 教授
神戸大学医学部保健学科 教授(兼務)
平成28年 神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域 教授
(改組により)
令和4年 放送大学学園 客員教授

【所属学会名・専門医等】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 理事、
委員会：呼吸ケア指導士認定委員会・将来検討委員会・編集委員会・呼吸リハビリテーション委員会・呼吸ケアスキルアップセミナー委員会
社団法人 日本理学療法士学会会員、日本義肢装具学会会員 評議員、日本集中治療医学会会員、日本呼吸器学会会員、日本呼吸療法医学会会員

【資格・役職など】

神戸在宅呼吸ケア勉強会世話人代表、CURE 神戸 理事、専門理学療法士(基礎・運動器・内部障害・生活環境支援)

作業療法士の視点における呼吸リハビリテーション ～新しい ADL 評価法～

山口 卓巳

神戸市立医療センター西市民病院

呼吸器疾患において労作時の息切れは、患者の生きがいや趣味、楽しみだけでなく、尊厳をも奪いかねない深刻な症状である。例えば長距離歩行や階段が困難となり、外出を控え家に引きこもりがちとなり社会との繋がりを断念するケースも少なくない。また重症化するとトイレや更衣、入浴といった屋内での ADL 動作でも息切れが生じるようになる。在宅呼吸ケア白書 2010 において、COPD 患者が療養生活で最も教えてほしいことは、「息切れを軽くする日常生活動作の工夫」であった。これらのことから、労作時息切れは呼吸器患者の QOL を損なう要因の一つとされている。

一方、労作時の息切れは呼吸リハビリテーションにより改善が期待出来る。呼吸リハビリテーションのプログラム構成要素の一つである ADL トレーニングは、日常生活における息切れ軽減と動作遂行能力の向上、QOL 向上を目指すとされている。具体的には、運動機能に対するアプローチと環境整備等の生活機能に即したアプローチの二本柱で構成される。ADL を治療対象とする作業療法士はもちろん、理学療法士や看護師が担う役割も大きい。また包括的アプローチという観点からも、その他コメディカルの関わりも重要となる。

治療効果を得るためには、適切な評価ツールが必要となる。呼吸器患者の ADL は FIM や Barthel Index (以下 BI) といった一般的な尺度を用いた場合、息切れが反映されないため天井効果により過大評価されやすい。そのため疾患特異的尺度が推奨されており、本邦では NRADL や PADL が主に用いられてきた。近年、息切れと動作遂行度の関係を定量的に評価する為のツールとして、BI の息切れ版である Barthel Index dyspnea (以下 BI-d) がヨーロッパで開発された。BI-d は BI の下位項目に準じて作成され、各項目で息切れと息切れによる動作への支障で点数付けする呼吸器疾患特異的尺度である。BI-d は測定ガイドラインもあるため、慣れない初心者でも扱いやすいツールといえる。我々は BI-d 日本語版を作成し、その信頼性・妥当性についても立証した。そのため BI-d は邦人を対象に測定することが可能な尺度であり、英語圏での学会および論文発表等でも通用する。

本セミナーでは、新しい ADL 評価法である BI-d を紹介しつつ、作業療法士の視点で呼吸ケア・リハビリテーションの展開の仕方について概説する。

山口 卓巳 (やまぐち たくみ)

【現職】 神戸市立医療センター西市民病院 作業療法士、神戸大学大学院保健学研究科 研究員

【略歴】

2005年3月 アール医療福祉専門学校 作業療法学科 卒業
2005年4月 協和中央病院 作業療法士
2009年1月 水戸済生会総合病院 作業療法士
2014年10月 訪問看護ステーションひより 作業療法士
2015年4月 神戸市立医療センター西市民病院 作業療法士
2016年3月 神戸大学大学院保健学研究科博士前期課程 修了
2021年9月 神戸大学大学院保健学研究科博士後期課程 修了
博士(保健学)

【所属学会名】

日本作業療法学会、兵庫県作業療法学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、
日本心臓リハビリテーション学会

【資格】

作業療法士

呼吸不全の栄養管理～管理栄養士の視点から～

武部 久美子

つくば国際大学

慢性呼吸不全を呈する基礎疾患としては、慢性閉塞性肺疾患（以下 COPD）、肺結核後遺症、間質性肺疾患などがあげられる。COPD では、重症化に伴い高率に体重減少を認め、栄養障害との関連性が高い。COPD における栄養障害は、呼吸困難による食欲不振に伴う摂取エネルギー不足およびエネルギー消費量の増大によりもたらされる。栄養障害に伴う体重減少は、COPD の生命予後に大きな影響を与える。70 歳以上の高齢者の約 210 万人が COPD に罹患しているとの報告もあり、居宅療養中の高齢者に対する栄養ケアは重要な課題である。

COPD 患者に対する栄養介入の多くは、重症化に伴う体重減少が顕著となってから栄養介入開始となる。しかし、このようなケースでは、栄養介入効果が十分に得られないことが多い。栄養ケアの重要性は認知されているが、早期からの栄養介入は殆ど実践されていないのが実情である。

本セミナーでは、COPD 患者の栄養管理の基本、呼吸器リハビリテーションと栄養ケアの在り方について解説する。さらに、軽症 COPD 患者への栄養介入の必要性を明らかにするために行ったわれわれの研究結果を紹介し、早期栄養介入の必要性と在宅療養中の高齢者において栄養介入を阻む要因について検討したい。

COPD 患者への栄養ケアの実践を理解するため、早期の栄養介入に向けての栄養スクリーニング方法について、症例検討を行いながら、低栄養リスクの読み取り方および在宅療養中の高齢者に対する実践可能な栄養ケアプランのたて方について解説する。

武部 久美子 (たけべ くみこ)

【現職】 つくば国際大学医療保健学部保健栄養学科 教授

【略歴】

1983年 医療法人財団敬和会 時計台病院栄養部に勤務
2006年3月 北海道大学大学院医学研究科修士課程 修了
2006年4月 女子栄養大学栄養学部助教授(准教授)
2010年4月 藤女子大学人間生活学部食物栄養学科 教授
2013年3月 北海道大学大学院医学研究科医科学(博士)
2017年4月 名寄市立大学保健福祉学部栄養学科 教授
2021年4月 つくば国際大学医療保健学部保健栄養科 教授

【所属学会名等】

日本在宅栄養管理学会 理事、日本病態栄養学会 評議員、日本老年医学会 代議員、
日本静脈経腸栄養学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会

【資格・役職など】

管理栄養士、介護支援専門員、在宅訪問管理栄養士

(公財)在宅医療助成 勇美記念財団 シンポジウム

在宅で安心・安全・安楽(幸せ)に ～在宅における ICT 連携について～

【企画説明】

「HOT に始まる呼吸ケアは生まれ落ちた時からチーム医療でした」(第 12 回日本呼吸管理学会学術集会巻頭言 工藤翔二先生)

学会名が呼吸ケア・リハビリテーション学会となってからも、この言葉を日々噛みしめながら診療に当たってまいりました。最近「チームで情報共有してゆくための手段」としての ICT 活用の試みがなされていますが、どのように使ってゆけば良いのか誰にも分からず、まだまだ課題が多い分野と思われまます。甲信越支部の新潟・山梨・長野各県、そして群馬県で ICT 活用しつつ診療に当たっておいでの先生方に実際の活用方法についてのお話を伺い、よりよいチーム医療につなげてゆくことが出来れば、と考えております。

座長：大平 峰子(牟礼診療所)
宮下 義啓(山梨県立中央病院)

バイタルリンクを用いた在宅呼吸器疾患患者の 多職種連携

藤本 圭作

市立大町総合病院

信州呼吸ケア研究会の会員から帝人ファーマ株式会社が公開する多職種 ICT システム「バイタルリンク (VL)」の使用経験の報告があり、医療スタッフの多職種連携にとっても有用であると考え、2017年12月より有用な使用事例を研究会にて発表/共有する事を始め、2018年2月より研究会での運用方法を検討し、2018年4月より使用施設を拡大し、研究会の会員以外にも安心して利用者を拡大できるよう、2019年3月に運用規定と参加基準を定め、信州リンクと命名した。信州リンクへの参加は、この規約に同意していることが条件である。VLの契約元は信州呼吸ケア研究会で、利用したい施設は利用契約書を交わし、各施設で管理者を決め、責任をもって運用する。現在、社会福祉法人てまりグループ、北信ながいき呼吸体操研究会、松本協立病院、豊科赤十字病院、杉山医院、市立大町総合病院において運用されており、総アカウント数は253である。多職種で連携することについて患者から同意を得て、各施設の管理責任者が連携する医療職者個人毎に個人情報保護契約を周知した上でアカウントを提供し、紐づけをおこなう。特定の患者に紐づけされた医療者は、大町病院ではセラピスト、訪問看護師、主治医、ケアマネジャー、介護施設等に加えて調剤薬局にも参加いただいている。調剤薬局と連携することで、薬剤師は患者の医療情報を共有でき、服薬指導や吸入指導に役立てることが出来る事、医師や看護師は吸入アドヒアランスと吸入操作を確認できる事、当院以外で投薬を受けている内容で重複処方や薬剤情報を共有できる等の有用性が確認できた。また、多職種が連携し、サポートすることで患者のADLの改善、活動量の増加、精神的なサポートに繋がること、訪問看護師によりバイタルサイン、SpO₂、血糖値をモニターすることで在宅患者の異常に早期に気付き、入院を回避することが出来る事例も見られた。連絡帳機能で自宅での生活環境の画像を添付することで、在宅支援スタッフと病院内スタッフが共有でき、受診の合間での課題共有と対応がタイムラグ少なく可能となった。VL利用実態調査結果では、上記に記載した、薬剤連携の有用性に加えて、専門職からの助言が気兼ねなく得られることなどから、医療職、介護職にとって有用な利便性の高いツールと認識されている。特に、患者の状態を可視化できる点や、多職種が事業支援しているケースでの情報共有、在宅療養の方針やACPの内容などの統一した対応を可能にしている。課題として、多くの有用な機能が活用しきれていない(操作方法が周知されていない)点やVLを使うデバイスの選択、VL導入時の支援体制、VLによる情報共有のルール作り(VLによる相談・報告と即時回答を要する情報共有の別)の検討が必要と考えられた。

藤本 圭作 (ふじもと けいさく)

【現職】 市立大町総合病院 院長

【略歴】

1981年3月 信州大学医学部医学科 卒業
1988年3月 医学博士
1981年6月 信州大学医学部附属病院第一内科に入局
1982年12月 伊那中央総合病院医員(1年間)
1987年12月 国立療養所東松本病院医長(9ヶ月)
1989年5月 米国アラバマ州立南アラバマ大学生理学教室に一年半留学
1992年4月 信州大学医学部附属病院第一内科助手に任用
1996年4月 長野家庭裁判所厚生技官(1年間)
1998年4月 国立長野病院呼吸器科医長
2000年8月 信州大学医学部講師に任用
2001年6月 信州大学医学部助教授に任用
2007年4月 信州大学医学部准教授に名称変更
2008年10月 信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻生体情報検査学領域教授に任用
2014年4月 信州大学バイオメディカル研究所兼任教員
2014年4月 信州大学医学部副学部長、信州大学医学部副保健学系長
2018年9月 信州大学バイオメディカル研究所併任教員
2020年3月 信州大学医学部副学部長、信州大学医学部副保健学系長 退任
2021年3月 信州大学医学部を退官
2021年4月 信州大学医学部特任教授に就任
2021年4月 大町市病院事業管理者兼、市立大町総合病院院長に就任
2021年7月 信州大学医学部名誉教授

【所属学会名・専門医等】

日本呼吸器学会(専門医・指導医、呼吸管理學術部会将来計画委員、閉塞性肺疾患學術部会 Web 委員)、第60回臨床呼吸機能講習会(会長)、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会(第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション學術集会会長)、日本内科学会(認定医・指導医)、日本アレルギー学会(専門医)、日本肺癌学会

【資格・役職など】

大町市病院事業管理者、市立大町総合病院院長、信州大学医学部特任教授、信州大学名誉教授

新潟県における地域医療情報連携ネットワークの現状と 新潟市 ICT 連携システム SWAN ネットの活用状況について

横田 樹也

新潟市医師会、横田内科医院

新潟県では 11 地域において ICT を利用した地域連携 NW が導入されている。2021 年に行った実態調査では、多くの管理運営主体を地域医師会が担い、導入システム（メーカー）は複数社におよび、利用目的は医療連携、多職種連携、その両方と多様であった。導入効果としては、従業者間の連携や患者サービスが向上したとの回答が多かった一方で、いずれの地域においても参加施設の増加に伸び悩んでおり、その原因としては、現在の連携手段（電話や FAX 等）で不都合を感じない、費用対効果を感じにくいとの回答が多かった。

新潟市 ICT 連携システム SWAN ネットは、株式会社ストローハット社が提供する在宅医療・介護連携情報共有システムである。2014 年からのモデル事業で検証を行った後、2017 年に地域医療総合確保基金を利用して、正式に導入した。2023 年 3 月現在、新潟市内の病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設など、医療・介護に関わる約 260 施設が参加し、日々の患者、利用者の情報共有を行なっている。SWAN ネットは、強固なセキュリティで多施設、多職種がコミュニケーションを行うことができるヘルスケア SNS で、日々の投稿から、処方、検査結果等の診療情報まで様々な入力形式に対応している。また、オプションで、多施設で地域連携パスを共有する機能や、患者、家族と連携を行う機能、参加多職種間でテレビ会議が開催できる機能等を有している。運用面では、年に 4 回の運営会議を開催し、様々な議題について協議を行っている。参加者に対しては、ホームページや定期刊行物で情報提供を行うとともに、情報交換会とセキュリティ研修会を定期的で開催している。患者登録数やカルテ登録数は少しずつ増加傾向にあるものの、参加施設数は伸び悩んでいる。普段、SWAN ネット利用し、活発に連携を行っている施設には好評を得ているが、利用実績がない施設にはメリットを感じてもらえず、結局、費用対効果がないなどの理由で脱会する例もあり、課題の一つとなっている。

新潟市では、令和 2 年から SWAN ネットを利用した、在宅医療・救急医療連携パイロット事業を展開している。これは、地域の医療・介護の関係者が、在宅の高齢者や家族と話し合い、本人の医療情報や ADL のみならず、将来の治療や療養に関わる本人の意向を「にいがた救急連携シート」として記録に残すことに加え、高齢者本人の救急搬送時には、救急隊や救急病院の関係者がシートの内容について情報共有を可能にするものである。このシートを SWAN ネットに登録することにより、関係者は、救急現場において、タブレット端末等でシートの内容を閲覧することで本人の情報を迅速に確認することが可能となる。その結果、高齢者本人の円滑な救急搬送と、適切な救急対応が可能になるのではないかと期待している。

今後も、地域の医療・介護連携における様々な場面での SWAN ネットの活用方法について検討を行っていききたい。

横田 樹也 (よこた たつや)

【現職】 横田内科医院 院長、新潟市医師会 理事

【略歴】

1987年3月 順天堂大学医学部 卒業
1987年6月 新潟市民病院内科研修
1989年4月 新潟大学医学部第二内科(呼吸器内科)
1995年1月 国立療養所西新潟病院、国立高田病院、新潟市民病院、燕労災病院にて
呼吸器内科医として勤務
2005年7月 横田内科医院
2014年7月 新潟市医師会理事

【所属学会名・専門医等】

日本内科学会総合内科専門医、日本呼吸器学会呼吸器専門医、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本結核病学会

【資格・役職など】

新潟市医師会在宅医療センター センター長、新潟市在宅医療・介護連携センター センター長

山梨県における ICT を活用した NPO での 高齢者の健康管理の取り組みの紹介

高岸 弘美

山梨県立大学看護学部 成人・老年実践応用看護学

私は、2015年頃から山梨大学医学部内に事務局のある「NPO 法人慢性疾患診療支援システム研究会」の理事を務めており、2023年の現在までにいろいろな活動に携わってきました。

NPO 法人慢性疾患診療支援システム研究会は、2005年2月に山梨大学医学部附属病院長・眼科教授の塚原重雄先生(故人)を中心に設立された団体で、2009年から NPO 法人として運用されています。現在は、山梨大学医学部眼科教授の柏木賢治先生が、設立時からのメンバーでもあり、塚原先生の遺志を継いで精力的に NPO を運営しています。本 NPO では、「マイ健康レコード(通称;マイ健)」という今でいう電子カルテの個人版を開発し、そこに病院での診療情報の一部(血液データと処方データ)を連結し、さらに在宅での自身に関する健康データを利用者自身が入力することで「生涯健康手帳」として利用することが可能になるという取り組みを軸として慢性疾患の患者会(マイ健康レコードの会)と協力して、パーソナル・ヘルス・レコード(PHR)の先駆的な取り組みをしてきました。この活動は、まだ電子カルテが普及する前から始めたものであり、日本中でも類を見ない先駆的な活動だったと思います。活動当初は、山梨大学医学部附属病院・薬剤部、大学病院周辺の薬局が連携して患者会の利用者カードへデータを入力していたのですが、ここ10年ほどの間で、スマートフォンが普及し、同様なアプリでの無料サービスも手軽になったこともあり、利用者の伸び悩みも課題でありました。

この5年ほどは健康手帳のフィールドを南アルプス市に移して、行政と連携した活動として、お薬手帳・母子手帳とデータ連携して利用者拡大を試みてきましたが、コロナ禍で活動がまったくできなくなったこともあり、次の計画を考えていたところ、「山梨県高齢者見守りセンター」からの相談と南アルプス市の高齢独居者への支援を考えるというニーズがあったことから、2021年より3年間の山梨県医療介護助成金を得たこともあり「ウエアラブル端末を活用した高齢者見守り支援」に取り組んでいます。これは、ウエアラブル端末(Fitbit という腕時計型端末)を装着してもらい、心拍数や体温変動、睡眠、呼吸などのデータを集めて、高齢者の見守りと健康管理に役立てるといったものです。現在、プロジェクトは3年目の最終年度となっていますが、昨年は収集データから体調不良の発見につながったケースもあり、継続することでの利点や将来的な展開についても検討できるのではないかと考えているところです。

まずは患者自身が、自分の健康関連データを一元化で管理し、必要時にはアウトプットしたり、データを利活用できることが重要です。将来的に高齢化と人手不足の深刻化が明らかなため、ICT の活用は絶対に避けられないところに来ていると考えます。実際の運用には費用面も含めた課題もありますが、まずはモデルケースとして本学会で取り組みをご紹介させていただければと思います。

高岸 弘美 (たかぎし ひろみ)

【現職】 山梨県立大学 看護学部 成人・老年実践応用看護学 講師

【略歴】

1998年 東北大学医療技術短期大学部看護学科 卒業
2000年 山梨医科大学医学部看護学科 卒業(3年次編入学)
2002年 山梨医科大学大学院医学系研究科修士課程(看護学専攻) 修了
2011年 山梨大学大学院医学工学総合教育部人間環境医工学専攻 修了
2011年 博士(医科学) 山梨大学
2002年 修士(看護学) 山梨医科大学(現在の山梨大学)
慶應義塾大学病院 小児外科病棟 看護師
2003年 山梨県立中央病院 看護師(腎臓内科、アレルギーリウマチ科、口腔外科、耳鼻科)
2007年 山梨県立大学看護学部 助手～講師
2020年 山梨県立大学大学院看護学研究科 兼務 講師
専門看護師 38 単位課程(がん看護、慢性疾患看護、感染看護)担当

【所属学会名・専門医等】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 代議員、日本慢性看護学会 評議員・査読委員、日本腎不全看護学会 査読委員、日本糖尿病教育・看護学会 査読委員、日本看護協会 学会誌論文査読委員

【所属学会】 日本乳癌学会、日本がん看護学会、日本緩和医療学会、日本看護科学学会、日本看護研究学会、日本看護学教育学会、日本看護倫理学会、日本老年看護学会

【資格・役職など】

【資格】 看護師、保健師、養護教諭Ⅱ種、初級呼吸ケア指導士

【役職など】 第20回日本乳癌学会中部地方会 事務局長(2023年9月2～3日開催予定)、第31回日本死の臨床研究会関東甲信越支部大会 事務局長(2024年6月2日開催予定)、第11回日本CNS看護学会 事務局長(2024年6月8日開催予定)、第9回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部学術集会 事務局長(2024年6月22日開催予定)

在宅の慢性呼吸不全療養者の状態と思いを反映するための ICT の活用～訪問看護としての経験より～

梨木 恵実子

群馬大学大学院保健学研究科

在宅の慢性呼吸不全の療養者に対する支援は、医療職や介護福祉職らの多職種からなるチームで協働しながら行う。そのチームメンバーは所属する施設が異なる場合も多く（多施設）、演者自身も居宅介護支援事業所のみが併設された訪問看護ステーションで実践してきた。そのため、意図的に情報を多職種に伝えることを意識しなくては、療養者に対する医療やケアが統一できない現状がある。演者が所属していた訪問看護ステーションは、多施設多職種からなる前橋呼吸ケア研究会の一員として活動し、療養者を軸にした実践を心掛けてきた。チーム内で連携する手段には、地域連携パスや増悪時アクションプランの利用などとともに、情報共有手段として10年以上前からICTを活用してきた。

ICTの活用は、訪問看護の立場からも様々なメリットを感じてきた。その一つは、チーム内の職種がもつ様々な情報を可視化し、共有し合えることである。可視化した情報共有手段には、FAXや療養者宅にあるノートがあるが、緊急性に欠け、一方通行な情報提供にもなりやすい課題がある。しかし、ICTは、増悪の内服治療中や終末期における情報をタイムリーに伝え合うことができ、変化していく療養者の状態に応じた医療やケアの検討と実践に繋がり、発展性がうまれやすい。その他にも、ICTは、写真や動画を共有し合えることが可能になった。これは、慢性呼吸不全患者にとって吸入手技等の「動作」とともに評価をしなくてはいけない支援項目があるため、共有および動画や画像を用いて他職種に相談も行いやすい。

また、ICT活用で心掛けていたことは、療養者が大切にしている物や作業中の姿および言葉等を、写真等で記録として残すことである。これらは、最期を見据えた時の療養者の医療や場所など選択にもつながる情報である。提案した医療やケアが、医療者として一方的な押し付けになっていないか、療養者が本当に望むことは何か、等を自身やチーム内で振り返る重要な情報になる。

以上のようにICT活用は様々なメリットを感じる経験をしてきたが、ICTを有効に活用するためには課題もある。それは、ICTに何を記載するか、緊急性を要する事態であれば電話で他職種に連絡したほうが良い、等の判断するスキルが訪問看護に求められることである。加えて、療養者をとりまく医療・介護福祉職らチームメンバー全員がICTのグループに参加できているわけではない。本講演では、演者の訪問看護の立場をふまえながら、在宅の慢性呼吸不全療養者に対するICT活用のメリットや課題について考えていく。

梨木 恵実子 (なしき えみこ)

【現職】 群馬大学大学院保健学研究科 助教

【略歴】

2004年3月 福井県立大学看護福祉学部看護学科 卒業
群馬県立心臓血管センター ICC・CCU 病棟

2010年3月 群馬大学大学院医学系研究科 博士前期課程
老人看護専門看護師養成プログラム 修了
修士(保健学)

2010年 群馬県看護協会訪問看護ステーション

2019年 群馬大学大学院保健学研究科 助教
2020年まで群馬県看護協会訪問看護にて非常勤勤務

【所属学会名】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本老年看護学会、日本エンドオブライフケア学会、
日本専門看護師協議会、日本緩和医療学会、ほか

【資格・役職など】

老人看護専門看護師(日本看護協会認定)、3学会合同呼吸療法認定士

一般演題抄録

一般演題1	臨床研究・診断・検査	1-1～1-6
一般演題2	在宅医療・チーム医療・他職種連携	2-1～2-6
一般演題3	呼吸管理(NPPV・ネーザルハイフロー含む)	3-1～3-5
一般演題4	呼吸リハビリテーション	4-1～4-6
一般演題5	呼吸リハビリテーション・教育・指導・その他	5-1～5-5

<1-1>

間質性肺疾患患者における入院期の Corticosteroid 総投与量と骨格筋変化量の関連

○酒井 康成¹、太田 浩章¹、山本 周平¹、喜馬 正至¹、松尾 純²、
市山 崇史³、花岡 正幸²、池上 章太¹、堀内 博志¹

¹ 信州大学医学部附属病院リハビリテーション部、² 信州大学医学部附属病院薬剤部、

³ 信州大学医学部附属病院呼吸器・感染症・アレルギー内科

【はじめに】ILD 治療の主体である Corticosteroid は、副作用としてステロイドミオパチーなどの筋力低下を生じさせる。Corticosteroid 長期使用と骨格筋筋力の関連を認めるが、入院期からの Corticosteroid と骨格筋変化量の関連は明らかではない。本研究では入院期の Corticosteroid 投与量と骨格筋変化量の関連について検討した。

【方法】入院期の ILD 患者 211 例を対象とした。患者背景、治療内容および Corticosteroid 総投与量、骨格筋筋力の変化量として握力と等尺性膝伸筋力などを後ろ向きに調査した。骨格筋筋力変化量に基づき維持・改善群と低下群に分類し、2 群間で統計学的解析を行った。Spearman 順位相関係数を用いて骨格筋の変化量と Corticosteroid 総投与量の関係を検討した。さらに、骨格筋筋力の変化を従属変数、疾患重症度、治療内容を独立変数としたロジスティック回帰分析を用いて検討した。統計学的解析は STATA ver.17 を使用した。

【結果】骨格筋筋力の変化量と Corticosteroid 総投与量は有意な負の相関を認めた（握力 $r=-0.28$, $P<0.001$, 等尺性膝伸筋力 $r=-0.24$, $P<0.004$ ）。ロジスティック回帰分析で、Corticosteroid 総投与量は骨格筋筋力低下の有意な独立因子として抽出され、特に 8000mg 以上で最も高い関連性を認めた（疾患重症度：OR=20.60；95% CI=1.86-228.0； $P<0.013$, 治療内容：OR=31.00；95% CI=1.76-547.0； $P=0.019$ ）。

【結論】ILD 患者における入院期の Corticosteroid 総投与量は骨格筋筋力低下に関連することから、入院期からすでに Corticosteroid に関連する筋力低下を認めている可能性が示唆された。

<1-2>

気腫合併肺線維症患者における低運動耐容能を予測する画像的指標の検討

○北口 良晃¹、金城 匠¹、鈴木 祐介¹、後藤 憲彦¹、小松 雅宙¹、和田 洋典¹、
安尾 将法²、山本 洋¹、福島 喜代康³、花岡 正幸¹

¹ 信州大学医学部内科学第一教室、² 信州大学医学部保健学科、³ 日本赤十字社長崎原爆諫早病院呼吸器科

【はじめに】気腫合併肺線維症 (CPFE) は胸部 CT にて気腫性変化および線維化を認める。呼吸機能検査において換気障害は伴わないことが多いが、肺拡散能が低値であり、運動耐容能の低下が目立つとされている。通常運動耐容能の評価は歩行試験で行うが、画像的な指標で運動耐容能を予測することが可能か検討することが本研究の目的である。

【方法】当院外来において胸部 CT、精密呼吸機能検査、6 分間歩行試験を施行された CPFE 患者 65 例の診療記録を後方視的に検討した。回帰分析を用いて運動耐容能の指標と胸部 CT、呼吸機能検査、血液検査の各指標の関連を検討した。

【結果】呼吸機能の指標において肺拡散能の指標である DLCO が 6 分間歩行距離および SpO₂ の低下量とそれぞれ最も強い関連があり、ILD-GAP index や composite physiologic index のように呼吸機能に基づいた指標もそれぞれ関連があった。胸部 CT の客観的指標において高吸収域割合および病的肺容量割合が 6 分間歩行距離および SpO₂ の低下量にそれぞれ関連があり、特に病的肺容量割合（高吸収域体積割合 + 低吸収域体積割合）と SpO₂ の低下量に強い関連があった。

【考察】CPFE 患者において病的肺容量割合が最も運動耐容能と関連がある。胸部 CT の客観的指標は、CPFE 患者の運動耐容能を予測する上で有用であることが示唆された。

<1-3>

在宅酸素機器導入定着に対する認知機能の影響について

○赤津 尚樹¹、大澤 拓²

松本協立病院 ¹リハビリテーション科、²師長室

【はじめに】高齢化社会になり、認知症を患う患者に対しても在宅酸素療法（以下 HOT）導入するケースが増加してきているが、今まで使用したことのない酸素機器を生活に導入するにあたり、患者に効率よく導入するために目安となる指標はないかと考え、本研究を実施した。

【方法】当院入院患者のうち新規 HOT 導入になった患者に対して、認知症スクリーニング検査である MMSE-J を実施した。酸素機器操作の自立群と非自立群において MMSE-J の下位項目内容が影響あるのか統計学的に検討した（Wilcoxon 符号付順位和検定）。リハビリテーション科 PT・OT・ST とともに検査・採点方法を統一するよう研修を行い、当院入院患者の半年間の期間におけるデータを用いた。

【結果】新規 HOT 導入患者数 39 例（自立群 22 例・非自立群 17 例）を解析対象とした。

両群間において MMSE-J の下位項目のうち、見当識・計算・遅延再生項目で有意差が認められた（見当識：P=0.003 計算：P=0.01 遅延再生：P=0.001）。

【考察】酸素機器の自立にむけての可能性の一つとして、その項目の失点が少なければ定着自立しやすいと考えられる。また、項目群が低得点でも代償手段として、計算項目失点では同時処理課題数の軽減（工程数の軽減）・遅延再生については目印や操作法の表示などを早期から酸素機器選定に取り込むことで患者が操作自立する可能性を高められるのではないかと考える。

<1-4>

ハイフローセラピーと振動メッシュネブライザーによる吸入療法が有用だった術後せん妄患者の 1 例

○市山 崇史¹、高尾 ゆきえ²

¹信州大学医学部附属病院 集中治療部、²同 看護部

【はじめに】振動メッシュネブライザーは人工呼吸管理中の患者に対する吸入療法を可能にしたデバイスである。近年ハイフローセラピーとの併用が可能となった。今回ハイフローセラピーと振動メッシュネブライザー併用による吸入療法が病態改善に寄与した症例を経験したので供覧する。

【症例】82 歳の男性。急性大動脈解離術後に ICU へ入室した。手術翌日に人工呼吸器を離脱したが、術後第 13 病日に喘鳴および呼吸困難、起座呼吸が出現した。周術期体液貯留による心不全に伴う心臓喘息も考えられたが、術前から喘息に対して吸入ステロイド薬（ICS）を吸入されており、喘息の増悪も考えられた。呼吸困難により呼吸は浅く頻回で、ドライパウダー製剤の ICS を適切に吸入できていなかった。ジェットネブライザーによるブデゾニドとプロカテロール吸入を開始したが、せん妄による易怒性があり、ネブライザーの自力保持が困難で、短時間での治療拒否もあり、吸入療法中に看護師が付き添う必要があった。鼻カヌラをハイフローセラピーに切り替え、振動メッシュネブライザーによる吸入療法を開始した。ネブライザー中のデバイス変更や付き添いが不要で、患者の忍容性は良好だった。症状の改善が得られ、術後第 23 病日に一般病棟に退室した。

【考察】ハイフローセラピーによるネブライザー治療は有用だった。デバイスは高価だが、看護師の付き添いやネブライザーの準備時間等を考慮すると費用対効果は十分に見合うものと考えられる。

<1-5>

PF-ILD 患者に対する外来呼吸リハビリテーションの短期的効果について

○高山 尚久¹、太田 佳織¹、原田 雅己¹、前澤 沙紀¹、藤澤 大樹¹、太田 久彦^{1,2}
小坂 元紀³、藤本 圭作⁴、川内 翔平⁵

¹ 市立大町総合病院 リハビリテーション科、² 同 内科、³ 同 臨床工学科、
⁴ 市立大町総合病院 呼吸器・アレルギー内科、⁵ 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻

【はじめに】 当院では慢性呼吸器疾患症例に対する呼吸リハビリテーション（以下 PR）を開始した。進行性線維化を伴う間質性肺疾患（以下 PF-ILD）に関しては、安静時に PaO₂ の低下を認めない比較的初期の状態においても、運動誘発性低酸素血症（EID）を示す症例が多く、また、治療としてここ近年において、薬物療法としてニンテダニブ・ビルフェニドン等、抗線維化薬が登場してきているが、現在、まだ有効性が確立した治療法がないのが現状である。また、PR の有効性についてはまだ報告が少ない。そこで、PF-ILD 患者を対象に PR を実施し、その前後で運動能力および QOL を評価したので報告する。

【対象・方法】 外来通院中の安定期にある PF-ILD 患者 6 名（平均年齢 73.3 歳±2.7）を対象に、PR（呼吸筋ストレッチ・下肢筋力強化訓練・有酸素運動等）を外来で通院 1～2 週間に 1 回、3 ヶ月間実施し、その前後での 6 分間歩行距離（6MWD）、SGRQ-I による QOL を評価し比較した。

【結果】 6MWD は全症例において改善を認めた。また、SGRQ-I の total score, symptom score, activity score, impact score 全てにおいて改善を認めた。特に、Symptom Score での改善が大きく認められた。

【考察】 PF-ILD に対する PR は有効性が得られ難いとされていたが、本研究において短期的ながら運動耐容能および QOL を改善させる効果が認められた。一般的には、進行性線維化を伴う間質性肺疾患（PF-ILD）に対する PR は COPD と異なり十分な効果が得られ難いとされてきたが、運動耐容能や QOL の改善効果が期待できると考えられた。しかし、研究症例数が少なく統計学的に優位検定ができていない為、今後も症例数を増やし検討していきたい。

<1-6>

非がん性呼吸器疾患の長期酸素療法患者の ACP の実態

○小林 俊夫¹、平林 久美¹、西澤 ひろ美²、田中 亜希²

¹ 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院内科、² 看護部

【はじめに】 非がん性呼吸器疾患は急性増悪と回復を繰り返し死亡にいたるので、将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養などに関する意向について「患者・家族・医療者があらかじめ話し合うプロセス、いわゆるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）」が推奨されている。しかし、臨床の現場では、肺がんなどに比し、患者自身や家族が納得できるような話し合いが行われていない実態がある。そこで、当院で診療している長期酸素療法患者について ACP の実施状況と問題点を検討した。

【対象】 2023 年 4 月に鹿教湯病院呼吸器内科で診療した非がん性呼吸器疾患の長期酸素療法患者 31 例を対象とした。その内訳は、男性 19、女性 12、年齢：81.0 ± 7.5 歳、外来患者 22、入院患者 9 例である。非がん性呼吸器疾患：COPD13、CPF8、IPF4、肥満性低換気症候群 2、肺結核後遺症 2、非結核性抗酸菌症 1、気管支喘息 1 例である。ADL：自立 19、修正自立 7、寝たきり 5 例、認知障害：あり 11、なし 20 例であった。

【結果】 ACP について、最終末期に治療手段の選択で、医師が患者に病態を説明し、患者が納得して DNAR を選択したもの 10 例、なお考慮中 2 例であった。残りの 19 例は入院時に、患者本人でなくキーパーソンから急変時の治療手段を「主治医に一任するが、気管挿管・人工呼吸器の装着を望まない」との回答を得た。

【総括】 ACP において患者自身の意志が十分に反映されていない現状がある。

<2-1>

『最期を自宅で過ごしたい』患者と家族の希望を CRCN が調整し退院できた一例

○西澤 ひろ美¹、小林 俊夫²

JA 長野厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院

¹看護部 慢性呼吸器疾患看護認定看護師、²同 医局 呼吸器内科

A 氏 90 歳代男性 慢性閉塞性肺疾患

初回の急性増悪を契機に B 病院へ呼吸リハビリテーション目的に入院し、在宅酸素療法を導入。退院後も B 病院外来通院し、慢性呼吸器疾患看護認定看護師 (Chronic Respiratory Certified Nurse : 以下 CRCN) による看護呼吸器外来の介入は約 5 年間で 48 回を数えた。B 病院への初回の入院から 5 回の急性増悪を繰り返し自宅で永眠された。

最後の入院では、徐々に食事量・日常生活動作が低下し床上時間が延長。A 氏は自宅退院を望んでいたが、「家族に迷惑をかけるから」と娘に本心を言えずにいた。

他方、娘はコロナ禍で面会も叶わず、不安だけが募り「自宅で好きなものを食べさせたい。自宅で看取る覚悟も出来ているので退院させて欲しい」との希望を持っていた。CRCN が双方の気持ちを汲み取り調整し、A 氏は最期の時間を自宅で過ごす事ができた。訪問看護、訪問リハビリ、看取りに関して在宅医の往診などを調整した。退院後は家族が調理も工夫し食事量もわずかに増加していたが、呼吸困難増強と CO₂ ナルコーシスにより永眠された。訪問看護師が自宅に何度も緊急訪問し A 氏のケアと娘の不安な気持ちに寄り添った。

非がん性呼吸器疾患は予後予測が困難である。「自分が重篤な病状や状態になったときに、どこまで、どうやって、どこで過ごしたいのか話合うプロセス」=アドバンス・ケア・プランニングが非がん性呼吸器疾患においては重要な意味を持つと考える。A 氏の症例を振り返り、非がん性呼吸器疾患患者の終末期ケアについて考察する。

<2-2>

ICT と在宅医療(在宅看取り)

○斎藤 栄子^{1,5}、西澤 ひとみ^{1,5}、大平 峰子^{2,5}、竹重 博子³、石川 朗^{4,5}

¹訪問看護ステーションふれあい田町、²牟礼診療所、³竹重病院、

⁴神戸大学大学院、⁵北信ながいき呼吸体操研究会

【はじめに】北信ながいき呼吸体操研究会は現神戸大学大学院石川朗先生のご指導の下、1999 年より活動を開始し、2004 年より「訪問看護を導入した多施設間包括的呼吸リハビリテーションプログラム」を展開し現在も継続中である。2017 年より ICT (VitalLink[®])—以下バイタルリンクと表記—を導入し使用してきた。使用スタッフに 3 回のアンケートを施行し、結果をシステム活用のために反映させてきたので症例と共に報告する

【方法】アンケートは 13 施設(訪問看護ステーション 9、開局薬局 3、サービス付き高齢者住宅 1)の勤務者 55 人(看護師 50 人、薬剤師 4 人、ケアマネージャー 1 人)からの回答を得た。回答者のうち 33 人が実際にバイタルリンクを使用していた。症例は在宅看取りとなった症例である。

症例 1 89 歳男性 COPD による慢性呼吸不全

症例 2 75 歳男性 COPD による慢性呼吸不全、外傷性くも膜下出血後

症例 3 98 歳女性 高血圧症

【結果】使用開始直後の 1 回目のアンケートでは誰もがバイタルリンクシステムの活用法が分からず「情報共有手段」という認識が無い利用者も多かったが 3 回目では全員が情報共有手段として認識していた。1 回目で「保険点数が算定される」ことを望む声があったが今回も同様だった。症例においてはバイタルリンクシステム活用により各職種間で情報共有可能となることは、在宅看取りに有用であったと思われる。

【考察】ICT 活用の在宅医療(在宅看取り)についての有用性が示唆された。

<2-3>

特発性肺線維症患者の退院支援 ～呼吸リハコーディネーターとしての看護師の関わり～

○天野 雄斗、川元 幸

甲州リハビリテーション病院 呼吸リハチーム 看護師

【はじめに】呼吸リハチームのコーディネーター役割としての看護師の関わりを、自宅退院を目指す特発性肺線維症患者の事例を通じて振り返る。

【データ収集期間】2019年1月12日～2021年5月6日

【事例紹介】60歳代後半男性。妻と2人暮らし。2018年IPFの診断を受ける。2019年1月当院呼吸リハ外来初診。同6月当院地域包括ケア病棟に呼吸リハ目的で入院。退院後、当院呼吸外来に通院。2020年11月細菌性肺炎にて総合病院に再入院。12月呼吸リハ目的で当院再入院。

【関わりと結果】入院初期は本人からは呼吸困難感で動けないにも関わらず、家族の疾患理解の困難に対する悲嘆、妻からは身の回りの動作自立の希望と排泄の介護拒否があった。疾患の進行による呼吸困難感の増大があり、日常生活動作の向上は難渋した。多職種で情報共有し統一した疾患管理の説明、介護指導を繰り返し行うことで、妻は長期的な介護は厳しいが徐々に自宅退院に対しイメージが出来るようになった。自宅に近いショートステイを経由し、外出訓練などを経て自宅退院を検討していく形で本人・家族共に納得され退院が決まった。

【考察】コーディネーターとしての看護師は、それぞれの職種の専門性を生かし問題点に関われるように多職種の架け橋の役割を担う。より良い退院支援が出来るよう、チームで方向性を探り、統一した関わりが出来たことが本人・家族双方が納得する方向性の決定に繋がったと考えられる。

<2-4>

多職種連携情報共有ツールの効果的な活用例の分析

○北條 由美乃¹、高橋 宏子¹、宮城 芳江²、藤本 圭作³

¹信州大学医学部保健学科、²信州大学医学部附属病院、³市立大町総合病院

【はじめに】呼吸器患者を対象とした在宅療養支援における多職種連携情報共有ツール（バイタルリンク[®]、以下VLとする）の有効活用された事例に着目し、VLの具体的な活用場面を分析した。

【方法】2023年1月～3月、VLを利用している薬剤師2名、看護師3名、理学療法士1名、合計6名にZoomおよび対面で半構造化面接を行った。VLの活用方法の語りを質的記述的に分析した。本研究は所属機関の医倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果と考察】VLの活用事例の語りから7つのカテゴリー（『』で示す）が抽出された。『詳細な情報から対象を把握し支援に繋げる』は、生活をよく知るスタッフの頻繁な情報提供や写真情報から、対象の変化を実感して支援に繋いでいた。『多職種でケア方針を検討し支援する』は、終末期患者の状況や家族の意向等の情報を適時に、VL上（時にZoom）で多職種がディスカッションできた。『診療時の情報源』は、医師の診察時機に合わせて情報提供し、往診や遠隔診療に活かされていた。VLは『療養の場や人員が変わる際にケアを引き継ぐ』情報源としても活用されていた。『看取り後の家族の様子を共有』は、終末期を支えた全スタッフが看取り後の家族の思いを共有し締め括っていた。その他、VLに繋がることで『専門職の助言を容易に得る』ことができたり、『教育ツールとして活用』もされていた。VLは利用するスタッフが様々な状況に応じて工夫し、情報共有ツールとして有効活用されていた。

<2-5>

言語聴覚士が介入した COPD 患者における摂食嚥下障害の傾向と現状

○西 弘平¹、鈴木 朋美¹、阿部 元輝¹、中村 可愛¹、五十嵐 誠²、
筒井 裕一³、筒井 奈々子³、坂井 邦彦^{3,4}

¹新潟臨港病院 リハビリテーション科、²新潟臨港病院 看護部、³新潟臨港病院 内科、⁴新潟臨港病院 在宅医療部

【はじめに】 COPD 患者では嚥下障害を認めることが多く、COPD の増悪の原因となる誤嚥性肺炎や栄養障害といった予後規定因子とも密接な関連があるといわれている。当院における言語聴覚士(ST)が介入した COPD 患者の傾向を調査し、現状について報告する。

【対象と方法】 [対象] 2022 年 1 月～12 月において COPD で ST が介入した全症例の食事場面を評価した。[評価項目] SpO₂・呼吸数の変動、呼吸苦・咳嗽反射の有無、摂食嚥下障害患者における摂食状況のレベル Food Intake Level Scale (FILS)、[指導内容] 食形態変更、姿勢指導、介助法指導について HOT 有無の 2 群で比較検討した。なお、食形態変更は評価項目に応じて行った。

【結果】 対象：16 名の男性 平均 80.1 ± 6.7 歳、BMI21.3 ± 3.3、HOT 有 / 無 9/7、HOT 有 vs 無で比較し、入院前後の FILS 低下 55%vs29%、食形態変更 78%vs86%、姿勢指導 22%vs0%、介助法指導 11%vs11%であった。

【考察】 全体の約 8 割に対して食形態変更を行った。そのうち、HOT 有の約 6 割が FILS において低下しており、潜在的な摂食嚥下障害発症リスクを有している可能性が高いことが考えられる。COPD 患者の食事場面を評価する必要性は高い。

<2-6>

長期のコロナ禍生活が在宅 COPD 患者の QOL に与えた影響から
今後の在宅健康支援を考える

○大橋 千里¹、秋口 俊輔²、大平 峰子³

¹富山高等専門学校一般教養科、²富山高等専門学校電子情報工学科、³東長野病院内科

【はじめに】 2020 年 1 月に日本国内で初めて新型コロナウイルス感染症の患者が探知され、4 月 16 日には全国一斉緊急事態宣言が発出され、外出の自粛など社会活動の停止が余儀なくされた。COPD 患者の発症は重症リスクが非常に高く、健常者以上に感染予防対策が徹底された。2023 年現在、少しずつコロナ禍前の生活を取り戻しつつあるが、これまでの患者コミュニティ活動は完全に再開されていないのが現状である。本研究は、長期のコロナ禍生活が在宅高齢 COPD 患者の QOL に与えた影響から、今後の在宅健康支援の在り方について考える。

【方法】 研究対象者は高齢男性 COPD 患者 7 名である。2019 年 4 月から 2022 年 11 月まで患者の身体活動量を毎日測定し、定期的に計 4 回 QOL の評価を行った。また、その期間中に月 1 回患者との面談を実施し、身体活動量データをもとに生活指導を行った。

【結果】 4 回評価した QOL の変化率の推移から、コロナ禍前に継続的な生活指導により改善した QOL の中でも社会的側面が新型コロナウイルス感染症の感染拡大とともに大幅に低下したことが分かった。また、身体活動量と QOL には有意な正相関が認められた。

【考察】 今後は、QOL の維持向上に加え、フレイル予防の観点から、在宅高齢 COPD 患者の身体活動性を維持し、外出や社会活動など人との関わりなどウェルビーイングを高めることができる支援方法とシステムを確立する。

<3-1>

在宅医療における人工呼吸療法と高流量酸素療法の考慮すべき点：
臨床工学技士の立場から

○松尾 昌

茅野市・原村・諏訪市の組合立 諏訪中央病院 臨床工学科

在宅医療が増加傾向の中、病院と自宅では環境が異なるため多くの事を考慮しなければならない。今回、臨床工学技士として経験した在宅人工呼吸療法と、在宅高流量酸素療法の症例から、自宅での考慮すべき点について報告する。人工呼吸器は、オールインワン VOCSN とスマートベンチレータ Vivo3 にて非侵襲的陽圧換気療法と高流量酸素療法を組み合わせ使用した。加温加湿器は、VHB200 と MR810 を加温加湿状況や使用勝手に使い分けた。酸素濃縮器は、O₂ グリーン 10S1 を使用した。病院と自宅では電気、スペース、温度湿度の点で環境が異なるため注意が必要だと感じた。電気は、契約アンペア数、医療機器を使用する部屋のブレーカー状況、コンセント位置、コンセント接続方法などを確認した。スペースは、床の材質や人工呼吸器架台の大きさなどを考慮し生活動線を確認した。温度湿度は、蒸留水の取り扱い、換気の推奨、エアコンなどの風があたる場所などを確認した。これらは、直接自宅へ伺ったり、入院中に聞き取りを行い、情報を収集した。自宅では、医療従事者が常にないため、トラブルが起こらないよう対策しなければならない。在宅人工呼吸療法や在宅高流量酸素療法は、臨床工学技士の視点から確認、サポートすべき事が多い。しかし、臨床工学技士は、在宅医療に関わっても加算などはない。今後、在宅医療が増加していく中、安心安全な生活の為に臨床工学技士も関わるべきだと強く感じる。

<3-2>

AIRVO™2 の稼働率と故障発生との相関関係について

○藤原 拓史、道永 祐希、吉澤 祐貴、佐藤 隼吾、萩原 怜奈、齋藤 千樺、菊池 紀敏

信州大学医学部附属病院 臨床工学部

【はじめに】 当院では高流量鼻カニューラ酸素療法（以下 NHF）装置の 1 つである AIRVO™2 (Fisher & Paykel 社製) を採用している。近年、装置の故障事例をいくつか経験しており安全な NHF を行うためには原因追及が必要不可欠であると考え。そこで、AIRVO™2 の稼働率と故障発生との相関関係を調査し、安全に装置を使用するための留意事項を考察したので報告する。

【方法】 2016 年 4 月から 2023 年 3 月までに購入した装置を対象とする。稼働率と故障内容を調査し、故障の有無で稼働率に有意差があるか Mann-Whitney の U 検定を行う。p<0.05 をもって有意差ありとする。なお、稼働率の算出は使用開始から廃棄した日、もしくは 2023 年 3 月 31 日までの期間とする。

【結果】 当院では計 17 台保有しており購入年度は様々であった。2016 年 4 月購入の 2 台、2019 年 1 月と 2021 年 3 月購入の各 1 台が故障により廃棄していた。故障内容は画面表示の異常が 2 件、異音が 1 件、酸素センサの異常が 1 件であった。故障した装置の平均稼働率は 59% で、故障無しの装置が 56% と p=0.624 で有意差はなかった。

【考察】 AIRVO™2 の稼働率と故障発生に相関関係はないと考えられた。装置の耐用年数が 5 年であり経年による故障が原因の一つであると考えられる。

また、故障内容から画面表示不良を発生していた装置は酸素センサや異音も発生しており、画面表示の異常の有無を確認することは装置の故障を予測する上で非常に重要であると考え。

<3-3>

当院における人工呼吸器使用患者のラウンド業務について

○浅川 仁志、一瀬 かおり、土屋 祐輝、河西 瑠生、渡辺 一城

山梨県立中央病院 臨床工学科

【背景】 現在、当院では挿管型人工呼吸器 62 台、マスク型人工呼吸器 17 台、ネーザルハイフロー専用機 26 台、陽・陰圧体外式人工呼吸器 1 台を所有し、日常点検、管理、運用を臨床工学科が行っている。

2015 年度より院内各部署、各病棟で稼働しているすべての人工呼吸器に対して、段階的にチェックリストを用いた使用中ラウンドを行ってきた。今回、年間ラウンド件数、使用状況、誤った使用に対して指摘した件数等について報告する。

【結果】 2022 年度の年間ラウンド件数は 8219 件、ラウンド時に誤った使用状況等について指摘した件数は 126 件、ラウンド件数に対して指摘を行った件数は全体の 1.53%であった。

【まとめ】 ラウンドを開始した当初は、すべての病棟においてラウンド件数に対する指摘件数は全体の 30%～40%であったが、ラウンド業務開始後から比較的速やかに減少した。継続したラウンド活動やラウンド結果の院内への周知活動が今回の結果に影響したと考えられる。今後も引き続き、人工呼吸器使用患者の安全の確保や院内の医療安全の向上に貢献していきたい。

<3-4>

肺炎による呼吸不全に対し呼吸管理に難渋した 90 歳男性の 1 例

○小坂 元紀¹、続木 伸也¹、竹川 洋平¹、伊藤 富之¹、二木 勇貴¹、
菅沢 直哉¹、笠原 真帆¹、伊藤 夏菜子¹、藤本 圭作²、高山 尚久³

¹ 市立大町総合病院 臨床工学科、² 市立大町総合病院 呼吸器アレルギー内科、

³ 市立大町総合病院 リハビリテーション科

【はじめに】 肺炎から急性呼吸窮迫症候群 (以下 ARDS) となり延命治療を希望せず呼吸器管理に難渋し死亡に至った症例を報告する。

【症例】 90 歳男性、X 月 Y-3 日山で山菜を取り、Y-2 日家族と飲酒、温泉施設で入浴。Y-1 日血痰あり、夕方から呼吸苦を自覚。Y 日かかりつけ医から肺炎疑いで当院紹介入院となった。

【経過】 入院時: 体温 37.3℃、血圧 159/78mmHg、脈拍 94 回/分、呼吸数 31 回/分、SpO₂:86% (酸素マスク 6L/分投与)、SARS-CoV-2 抗原定量陰性、胸部 X 線で両肺野に浸潤陰影を認め抗菌薬投与が開始。患者と家族の意向により、気管挿管せず非侵襲的陽圧換気 (以下 NPPV) を治療上限とした。

Y+2 日 呼吸苦増悪し高流量鼻カヌラ酸素療法 (以下 NHF) 開始。ステロイドパルス療法開始。Y+4 日 NHF 継続により呼吸苦軽減、胸部 X 線で陰影は改善。Y+7 日 呼吸苦増悪し NPPV 装着。ステロイドパルス療法 2 回目開始。Y+8 日 酸素化改善傾向 NHF に変更。Y+11 日 再び呼吸苦増悪し NPPV 装着。しかし酸素供給圧低下等の警報が頻回に発生し緩和治療の方針となり、塩酸モルヒネの持続投与が開始された。Y+14 日 ARDS 増悪、NPPV 設定変更するも SpO₂:65%。Y+15 日 親族に見守られながら永眠された。

【考察】 本症例では入院時に患者と家族より DNAR の意向があり、治療上限を NPPV とし NHF と併用し治療を試みた。しかし、気管挿管の同意を取り積極的に治療していれば救命しえた可能性があったか、当初から緩和治療を行っていたら患者と家族の希望に沿った人生の最期となったか、考えさせられる 1 症例であった。

<3-5>

High-Flow-Therapy による気道クリアランス改善の経過 内視鏡画像から判ったこと

○星 力央¹、植木 佑太¹、高橋 実希¹、今井 大智¹、中野 恵介¹、
木村 堯²、大滝 耕平²、田中 亮子²、富樫 孝文²

¹新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 臨床工学科、²新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 頭頸部外科

【はじめに】 High-Flow-Therapy (以下 HFT) の加湿について、データから気管内の状態改善に有用とされているが、鏡視下で気管内の状態を確認することは多くない。今回、加湿不足を背景とした気管内痙攣による気道狭窄を来した喉頭全摘術後の患者に対して HFT を用いた加湿を行い、状態の改善を試みた。閉塞時から連日気管支鏡を実施されたので、写真を用いて症例を報告する。

【症例提示】 74 歳男性。喉頭癌 (両側声門型)、T1bN0M0、Stage I、放射線治療後局所再発。既往は高血圧症、糖尿病、COPD、胃癌全摘術後。2017 年 12 月当院頭頸部外科初診、精査の結果喉頭癌 Stage I の診断。2018 年 3 月～4 月放射線治療。2022 年 5 月左声帯に白色病変出現、生検で扁平上皮癌の診断。2022 年 7 月喉頭全摘術、左頸部郭清術、永久気管孔造設。2023 年 2 月気管分岐部直上の血性痙攣による閉塞を来し、加湿目的に HFT 導入となる。

【結果】 HFT 導入後、連日の気管支鏡観察で出血及び分泌物の減少を目視にて確認できた。

【まとめ】 永久気管孔で加湿不足を来し、血性痙攣による閉塞を起こした患者に対し HFT を用いて加湿を行った。温度・湿度を必要十分な環境を作り出すことで状態の改善を図る事ができた。鏡視下にて確認を連日行った事により、加湿の重要性を改めて認識した事例となった。

<4-1>

早期離床プログラム導入効果の検討

○長谷川 裕之¹、柚木 寿江¹、佐伯 好次¹、清水 千香子¹、遠藤 優宏²、
高橋 美帆²、市川 紘将²、朝川 勝明²、小原 竜軌²、寺田 正樹²

¹ 済生会新潟病院看護部、² 同呼吸器内科

【背景】 当科では、理学療法士、作業療法士が関わっている時間以外に病棟で看護スタッフがリハビリにかかわることは少なかった。そこで2022年7月よりADLが自立していない呼吸器内科患者全てに離床プログラムを導入し、6か月が経過した。

【目的】 離床プログラム導入の効果を検証する。

【方法】 死亡症例を除くADLが自立していない呼吸器内科患者を対象とした。2022年7月から2023年3月のプログラム導入後の患者と2021年度同時期のプログラム導入前の患者とで入院期間、入院時と退院時のADLの変化、入院日から移乗開始までの日数を後方視的に検討した。統計にはMann-WhitneyのU検定を用いた。

【結果】 プログラム導入前の対象は60例(83.6 ± 7.4歳、男性32名女性28名)、導入後は43例(78.9 ± 10.5歳、男性24名女性19名)であった。基礎疾患で最も多かったのは肺炎で、導入前18%、導入後26%であった。入院期間の中央値(四分位範囲)は導入前24.5日(14.7-44.0日)導入後18.0日(13.0-39.5日)、移乗開始までの日数は導入前4日(1-10.0日)導入後3日(1-8.2日)でいずれも有意差を認めなかった。入院時に比べ退院時のADLが改善した例は導入前1.6%、導入後23%と有意差を認めた。

【考察】 離床プログラムの導入はADL低下予防につながっている可能性がある。

<4-2>

当院呼吸器疾患患者における呼吸リハビリテーション実施の現状

○太田 浩章¹、酒井 康成¹、山本 周平¹、市山 崇史²、池上 章太¹、堀内 博志¹

¹ 信州大学医学部附属病院リハビリテーション部、² 信州大学医学部附属病院呼吸器・感染症・アレルギー内科

【はじめに】 呼吸リハビリテーション(以下リハ)は他の疾患別リハと比較して導入件数が少ない。本報告の目的は当院の呼吸器疾患患者における呼吸リハ実施の現状を調査することである。

【方法】 2022年4月～2023年3月に当院呼吸器内科もしくは外科に入院した894名を対象に、呼吸器リハ料(I)、の算定人数を調査し、転帰・新規の介護保険取得件数、医療資源の導入件数と割合を後方視的に調査した。医療資源は、介護保険を利用した訪問看護またはリハ、ヘルパー、介護保険の取得のみに分けて検討し、訪問リハの導入件数から退院後のリハ継続率を算出した。また、入院リハを実施した間質性肺疾患(ILD)患者のうち、退院時のADL評価で廃用症候群を認めた症例に対して、退院後のリハ継続率を調査した。廃用症候群は退院時Barthel Index(BI)が85点以下とした。

【結果】 算定人数は、呼吸器リハ料(I)339名(37%)であった。呼吸器リハ料(I)で算定したうち、転院は15件(2%)、新規の介護保険取得は53件(15%)あった。介護保険取得後に導入された医療資源は、訪問看護17件(32%)、訪問リハ9件(17%)、ヘルパー5件(9%)、取得のみ22件(42%)だった。退院後にリハが継続されたのは3%のみだった。入院リハを実施したILD患者は64名おり、うち廃用症候群を認めた患者は13名(21%)で、退院後のリハ継続率は8%だった。

【考察】 当院呼吸器疾患入院患者における退院後のリハビリ継続率は低かった。疾患予後や患者背景、身体機能に応じたシームレスなリハビリの構築が今後の課題と考えられる。

<4-3>

当院退院後の在宅での呼吸リハビリテーション実施状況調査

○大峽 将嵩¹、倉島 尚男¹、関塚 修久¹、倉石 博²

¹ 日本赤十字社 長野赤十字病院 リハビリテーション科、² 同院呼吸器内科医

【はじめに】 呼吸リハは COPD に対して呼吸困難、運動能力の改善に有効な治療介入である。効果は通常 6-8 週で生じると言われるが、当院は急性期病院のため十分なりハ期間を提供できない。そのため、パンフレットを渡し指導しているが使用状況などは確認できていない。今後の指導に生かすため在宅での呼吸リハ状況について調査した。

【方法】 2022 年 1 月～2023 年 3 月に当院呼吸器内科に COPD・間質性肺炎(以下 IP)で入院し、パンフレットを使用し指導され自宅退院となった 11 例に聞き取り調査を行った。

【結果・考察】 平均年齢は 75.4 歳 ± 4.9、IP7 名、COPD4 名、退院時 mMRC1～3。パンフレット使用者は 3 割であった。8 割は呼吸リハの必要性を感じており 9 割が何かしらの呼吸リハを継続していた。mMRC 1-2 (6 名) はパンフレット不使用で歩行練習を中心に継続しており呼吸困難は全例改善していた。mMRC3 (5 名) の内 3 名はパンフレットを使用し歩行以外に呼吸練習、呼吸筋ストレッチを継続していた。呼吸困難は維持が 2 名、増悪が 1 名であった。訪問リハは mMRC3 で必要とする方がいたが、IP では不要、COPD では必要と疾患で異なった。以上より mMRC1-2 には今後もパンフレットを使用した介入を継続し、mMRC3 以上の方には訪問リハなどの介入を検討する必要があると思われた。IP では教育の面で継続介入の必要性も感じた。

<4-4>

慢性閉塞性肺疾患の動的肺過膨張に対する呼吸筋ストレッチの即時効果

○川内 翔平^{1,3}、藤本 圭作²、高山 尚久³、川路 具弘⁴、内山 靖¹

¹ 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻、² 市立大町総合病院呼吸器・アレルギー内科、

³ 市立大町総合病院リハビリテーション科、⁴ 旭ろうさい病院中央リハビリテーション部

【目的】 COPD の静的・動的肺過膨張に対する 20 分程度の呼吸筋ストレッチの即時効果および呼吸筋ストレッチが効果的な患者の特徴を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】 前後比較研究とし、COPD 患者 26 例を対象とした。呼吸筋ストレッチの前後に安静時および 20 回、30 回、40 回 / 分の過呼吸後の最大吸気量 (IC) を測定した。安静時 IC を静的肺過膨張、各過呼吸後の IC および安静時からの IC 減少量を動的肺過膨張の指標とした。ストレッチには呼吸筋専用のストレッチ体操および PNF ストレッチを用い、先行研究に従い 20 分程度実施した。呼吸筋ストレッチ後に安静時 IC が 0.2L 以上増加した群を改善群とし解析した。

【結果】 26 例中 6 例 (23%) の患者が改善群に分類され、改善群は %IC (対予測値) が低値であるという傾向が示された (84.7% vs 68.6%)。改善群では介入後に安静時 IC の増加を示したが、各過呼吸後の IC は増加を示さず、IC 減少量においてはむしろ介入後にさらなる減少を示した。

【結論】 一部の患者において 20 分程度の呼吸筋ストレッチによる即時的な肺過膨張の改善が得られ、それらの患者には静的肺過膨張が強いという特徴が示された。しかし、同時にストレッチによって深い呼吸パターンになるためか、呼吸のペースが定まっている過呼吸法上では動的肺過膨張はストレッチ後に悪化するよう結果が示される可能性が示された。

<4-5>

外来での呼吸リハビリテーションが家族ケアに有用であった 特発性肺線維症の症例

○前澤 沙紀¹、高山 尚久¹、太田 佳織¹、原田 雅巳¹、藤澤 大輝¹、太田 久彦²、藤本 圭作³

¹市立大町総合病院 リハビリテーション科、²市立大町総合病院 内科、

³市立大町総合病院 呼吸器・アレルギー内科

【はじめに】特発性肺線維症 (IPF) は予後不良の難治性疾患であり、在宅生活をサポートする家族の不安は少なくない。今回、外来呼吸リハビリテーションが家族ケアに有用であった事例を報告する。

【症例紹介】70代男性、妻と2人暮らし、重症度分類Ⅳ、mMRC4。X年他院にて在宅酸素療法(HOT)導入、抗線維化薬(ニンテダニブ150mg×2)内服開始するも副作用による体重減少、食欲不振を認めた。徐々に活動量低下が著明となりX+1年当院紹介、外来リハ(週1回)を開始した。

【経過】初期評価時は6分間歩行距離(6MWD)207m、SGRQ-Itotal79.9点で、著しい運動時誘発性低酸素血症により外出機会は低下していた。妻は病状への不安が強く、インターネットでの過度な情報収集による混乱がみられた。外来リハでは運動療法に加え、妻には適切な情報提供や栄養指導を実施した。更に症状の進行に合わせHOT機器やデバイス、酸素流量を変更し生活動作の負担軽減を図った。また外来リハ通院を通して外出機会を確保し、同系疾患患者と家族同士の交流や相談できる場を提供した。6か月後評価時6MWDは213m、SGRQ-Iは76.8点と改善は乏しかったが、妻の不安は軽減し在宅生活が維持できた。

【考察】進行性のIPF疾患に対して家族を含めた多面的評価やアプローチが重要であり、外来呼吸リハが在宅生活の家族支援に有用であったと推測した。今後はIPF患者家族の介護負担や心理的不安を客観的に評価し、より効果的な家族ケアについて探求していく必要があると考えた。

<4-6>

地域連携包括的呼吸リハビリテーションプログラム導入後1年間の COPD患者の健康関連QOLの推移

○山中 悠紀^{1,6}、石川 朗^{2,6}、沖 侑太郎^{2,6}、金子 弘美^{3,6}、鎬木 武^{4,6}、大平 峰子^{5,6}

¹姫路獨協大学、²神戸大学大学院、³訪問看護ステーション嫩草・たかやま、

⁴長野市民病院、⁵牟礼診療所、⁶北信ながいき呼吸体操研究会

【はじめに】2週間の短期入院リハビリテーション実施後に訪問看護と外来でプログラム継続を支援したCOPD患者の退院後の健康関連QOLを3・6・12か月後の経過分析から検証した。

【方法】COPD患者74名(年齢77.2±6.0歳、1秒率53.3±15.9%)の入院時、退院3か月後、6か月後、1年後の6分間歩行距離、NRADL、CRQ、SF-36の変化を後方視的に分析するとともに、3か月で一時的にCRQが低下した26名に着目し、その特徴を分析するためその他48名との比較を行った。

【結果】全体ではCRQ、SF-36に3か月、6か月で、6分間歩行距離に6か月で有意な改善がみられた。3か月後にCRQが低下した26名ではプログラム開始時のCRQが48名と比較して有意に高値を示す一方で6分間歩行距離は低値となる傾向がみられ、6か月後に健康関連QOLに改善傾向を認めたが有意差は認められなかった。

【考察】短期入院リハビリテーションを行い、退院後3か月後で一時的に健康関連QOLが低下したCOPD患者に対して、さらなる介入が必要と考えられた。

<5-1>

当院の地域包括ケア病棟における 75 才以上高齢肺炎患者の
自立度の変化と転帰先の変更について

○長谷川 俊輔¹、藤田 圭輔¹、柳 保¹、榎本 克巳²、藤森 勝也²

あがの市民病院 ¹リハビリテーション科、²内科

【はじめに】 高齢肺炎患者は、発症前に比べて自立度が低下するという報告は散見される。しかし、自宅退院が困難になる理由を調査した報告は少ない。そこで、当院の地域包括ケア病棟へ入棟した高齢肺炎患者の自立度の動向と転帰先の変更理由を調査することを目的とした。

【方法】 2021 年 9 月～2022 年 2 月までに、肺炎または誤嚥性肺炎を呈し地域包括ケア病棟へ入棟した 44 名中、自宅から入院した 75 才以上の 17 名を調査対象とした。調査内容は、年齢、性別、血液データ、BMI、在棟日数、要介護度、長谷川式簡易知能評価スケール、入院前後の障害高齢者の日常生活自立度(以下 JABC スコア)、入棟時・退院時 Barthel index (以下 B.I)、転帰先、自宅退院が困難な理由とした。

【結果】 平均年齢は 90.7 ± 6.8 歳、在棟日数は 40.2 ± 17.4 日であった。入棟時と退院時では、有意に BMI (18.7 ± 2.7 vs 18.1 ± 2.9) が低下、B.I (20 点 [0～75] vs 35 点 [0～100]) が改善した。入院前後で JABC スコアの低下したのは 17 人中 3 名であった。12 名が自宅へ退院し、5 名が自宅以外への退院であった。自宅退院が困難であった理由は、自立度の低下、認知機能低下、医療処置があった。

【考察】 75 才以上の高齢肺炎患者における退院支援では日常生活自立度の低下を避け、医療処置に対応することが大切であると考えられた。

<5-2>

COPD の患者に対しての多角的介入、包括的サポートにより
社会復帰が進められた一例

○原田 雅巳¹、高山 尚久¹、太田 佳織¹、前澤 沙紀¹、藤澤 大輝¹、太田 久彦²、藤本 圭作³

市立大町総合病院 ¹リハビリテーション科、²内科、³呼吸器・アレルギー内科

【はじめに】 COPD を主疾患として外来リハビリへ通院を開始した患者に対して、様々な角度から介入を行い社会復帰につなげることが出来たためここに報告する。

【経過・結果】 今回の対象者は肺炎、心筋梗塞等の治療を経て在宅生活へ戻る事が出来たものの、労作時呼吸苦、運動持久力低下などの影響により休職を余儀なくされていた。そのため通院当初より社会復帰(復職)を強く希望、治療と並行してその点を進める必要があった。呼吸苦に対して労作状態に合わせた至適酸素流量の調整を行い、外出機会を拡大。通院リハビリ + 本人のセルフエクササイズ、酸素見守り番による活動状態の確認、6MD テストにより運動持久力・酸素化を評価、それらのフィードバックを継続的に実施した。結果として活動量の増加、外出機会の拡大に繋がり復職を進めることができた。又、その後体調悪化により ADL レベルの大きな低下、再度の休職となったが、情報共有ツールによる状態の把握、医師の処方などを迅速に行う事が出来たため現在では状態安定、復職も視野に入ってきている。

【結語】 呼吸苦に対する多角的な介入で QOL の改善を得ることが出来た。又、病院での治療・経過観察だけでは知り得ない情報を様々なツールを利用することで多職種により共有。対象者の包括的サポートが出来た。今後も各職種と連携を取りつつ対象者の QOL の改善を目指していきたい。

<5-3>

入院患者における口腔ケア・口腔ケア物品の実態調査

○白田 志津子、内山 裕太、加藤 郁美、北澤 聡史、小林 涼子、澤 梓、
杉山 千紘、田代 いおな、長橋 和佳奈、武者 明里

地方独立行政法人 長野市民病院

【はじめに】呼吸ケアに密接に関係する「口腔ケア」に着目し、「呼吸・口腔ケア委員会」に属する各病棟のリンクナースを中心に、入院患者の口腔ケア・口腔ケア物品の実態を調査したので報告する。

【方法】

2021年調査：11月22日～12月19日の1ヶ月間

2022年調査：11月21日～1月20日の2ヶ月間

口腔ケアに介助を要し、入院後3日経過している患者をリストアップ。リンクナース会で作成した調査票を元に調査し、データを集計、比較検討した。

【結果】2021年患者57名、2022年患者75名。「必要物品を揃えることはできているか」の項目で、「歯ブラシがある」は2021年98%、2022年96%、「コップがある」は2021年98%、2022年100%用意されていた。「保湿剤がある」は2021年44%、2022年33%と不足する印象だった。「口腔ケアの観察が適切に行われているか」の項目で、「食物残渣がない」は2021年58%、2022年85%、「痰のこびりつきがない」は2021年37%、2022年72%など、2022年調査ではほぼ全ての項目が改善されていた。

【考察】今回、2年間で口腔ケアが改善され必要な物品も揃えられてきたのは、リンクナースが各病棟において働きかけた影響があったと考える。今後、さらに口腔ケア改善の具体策を検討すると共に、口腔ケアと呼吸ケアの関わりについて院内に広く周知できるよう、リンクナース会の活動を活性化させていきたい。

<5-4>

在宅NPPV導入を契機に長期入所中の施設を退所することになった事例の考察
—MSWの視点から—

○清水 泰志¹、大澤 拓²

松本協立病院 ¹医療福祉相談室、²師長室

【はじめに】福祉施設において在宅人工呼吸管理はハードルが高い。今回、在宅非侵襲的陽圧換気療法（以下NPPV）を導入することとなり、12年入所していた障害者支援施設を退所となったケースに関わった。新たな療養場所の選定に難渋する現状を医療福祉相談員（MSW）の視点から考察する。

【ケース紹介】A氏50歳代男性、車両火災で全身熱傷、下顎癒痕拘縮あり。四肢拘縮あり日常生活は電動車いす自操で移動。

【経過】肺炎を契機にⅡ型呼吸不全による意識混濁があり、NPPVで改善した。NPPV導入により入所元の施設からは再受入困難との回答。その後NPPVを使用できる療養先選定が必要となった。

【施設選定の方法と経過】本人の希望は入院元の生活支援施設への退院、再入所であったが受け入れ困難。本人と相談を重ねながら候補施設を選定して連絡調整を行った。

地域圏内老人保健施設B：近年NPPVの受け入れ実績がなく受け入れ。療養型病床D：受け入れ可能だが、その後の退院先の目途を立てる必要あり。元の支援施設E：再打診したが入所困難。有料施設F：5か月後に新規開所で受け入れ可能

Fに入所するまで間、療養型病床Gに転院。その後、有料施設Fに退院となった。

【考察】在宅人工呼吸器使用者が福祉施設に入所するハードルは高く、退院支援はもれなく難渋する。課題は日常管理や状態悪化時の施設側の不安である。病院所属のMSWとしては、普段からの病院とのコミュニケーション体制を確立し、施設側が不安なく受け入れられる体制を構築することが重要と考えている。

<5-5>

パスを用いた安定期Ⅱ型慢性呼吸不全患者へのNPPV導入

○井出 暁¹、秋葉 直美¹、大平 峰子^{3,5}、伊藤 義彦²、石井 栄三郎²、石川 朗^{4,5}

¹ 特定医療法人 新生病院看護部、² 特定医療法人 新生病院総合診療科、³ 牟礼診療所、
⁴ 神戸大学大学院、⁵ 北信ながいき呼吸体操研究会

【はじめに】 北信ながいき呼吸体操研究会は現神戸大学大学院石川朗先生のご指導の下、1999年より活動を開始し2004年より「訪問看護を導入した多施設間包括的呼吸リハビリテーションプログラム」を展開し現在までに230例導入しており、そのうち20例へはパスを用いてNPPVを導入している。

最近新生病院の地域包括ケア病棟へ入院した安定期Ⅱ型慢性呼吸不全患者で、研究会で使用しているパスによりNPPVを導入した症例を経験したので報告する。

【方法】 症例は75歳男性、COPD (gradeⅣ)によるⅡ型慢性呼吸不全。68歳でCOPDにて在宅酸素療法導入。73歳、74歳CO₂ナルコーシスで救急病院へ搬送。2回目の救急搬送入院後にリハビリ目的にて当院地域包括ケア病棟へ入院となった。入院時酸素流量は安静時0.5L/分、運動時1L/分で、PaO₂は低値でありADLは低下傾向だった。本人・家人と話し合いNPPVを導入した。

【結果】 導入パスによりNPPV導入を行い、酸素流量は終日2L/分(運動時3L/分)となり、ADLも改善傾向となり自宅退院となった。

【考察】 急性期病院では在院日数の制限もありNPPVの在宅導入は困難なことも多いと思われる。安定期に導入パスを用いてNPPV導入を行うことは、急性期病院の負担軽減にもつながると思われる。症例を選ぶ必要はあるが良い連携の形成が望まれる。

謝 辞

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部学術集会の開催にあたり協賛いただきました。ここに銘記し、ご厚情に深謝いたします。

第8回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部学術集会

会 長 大平 峰子
(牟礼診療所 所長)

■共催

公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団

■後援

長野市

公益財団法人ながの観光コンベンションビューロー

一般社団法人長野県理学療法士会

信州呼吸ケアネットワーク

一般社団法人長野市医師会

日本 ALS 協会長野県支部

信州呼吸ケア研究会

長野呼吸療法研究会

■セミナー協賛

帝人ヘルスケア株式会社

株式会社ツムラ

株式会社フィリップス・ジャパン

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

フィッシャー&パイクヘルスケア株式会社

合同会社メディカルサポート

■企業展示

東洋羽毛北信越販売株式会社

株式会社小池メディカル

エア・ウォーター東日本株式会社

泉工医科工業株式会社

ドレーゲルジャパン株式会社

株式会社星医療酸器

合同会社メディカルサポート

コヴィディエンジャパン株式会社

スミスメディカル・ジャパン株式会社

帝人ヘルスケア株式会社

フクダライフテック北信越株式会社

ミナト医科学株式会社

■広告協賛

株式会社栗原医療器械店

医療法人平成会小島病院

合同会社メディカルサポート

アストラゼネカ株式会社

岡谷酸素株式会社

株式会社上條器械店

クラシエ薬品株式会社

泉工医科工業株式会社

第一三共株式会社

日本光電工業株式会社

株式会社メディカルアソシエイツ

帝人ヘルスケア株式会社

サノフィ株式会社

株式会社アイン信州

株式会社エム・イー

小野薬品工業株式会社

共栄医科器械株式会社

株式会社高研

株式会社成進社印刷

中日本メディカルリンク株式会社

株式会社メッツ

■企業プレゼンテーション

ドレーゲルジャパン株式会社

杏林製薬株式会社

■寄付

株式会社中島薬局

株式会社わかば堂

(敬称略 順不同)

