



日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

甲信越支部 第5回学術集会

プログラム・抄録集

テーマ

皆で創る呼吸ケア

～日々の「患者様に寄り添う優しさ」を科学し、エビデンスとして輝かそう!～
～大河の源流のように～

日 時 | 2019年 7月27日(土) 9:00～16:30 (受付8:00～)

会 場 | 信州大学医学部附属病院 外来診療棟4階
〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1

会 長 | 江田清一郎(松本協立病院 呼吸器内科 診療部長)

事務局長 | 大澤 拓(松本協立病院 呼吸器科)



年 月 日

施 設 長 殿

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

甲信越支部 第5回学術集会

大会長 江田 清一郎



学会出張許可のお願いについて

謹啓

時下、貴職におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび下記により第5回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部 学術集会を開催する運びとなりました。

つきましては貴職員で_____氏の学術集会出張につきまして、格段のご高配をいただきますよう謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

- | | |
|---------|---|
| 1. 名 称 | 第5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 |
| 2. 日 程 | 2019年7月27日（土） |
| 3. 開催場所 | 信州大学医学部附属病院 外来診療棟 4階
(長野県松本市旭 3-1-1) |

以上

ご 挨 拶



皆様におかれましては益々ご清祥の事とお喜び申し上げます。

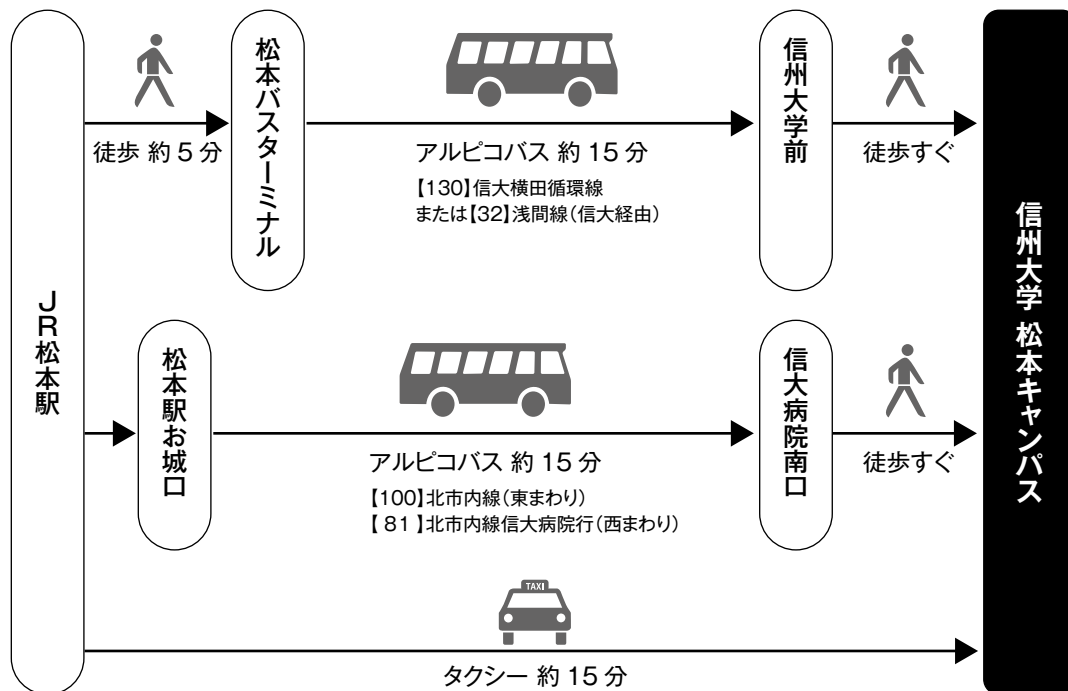
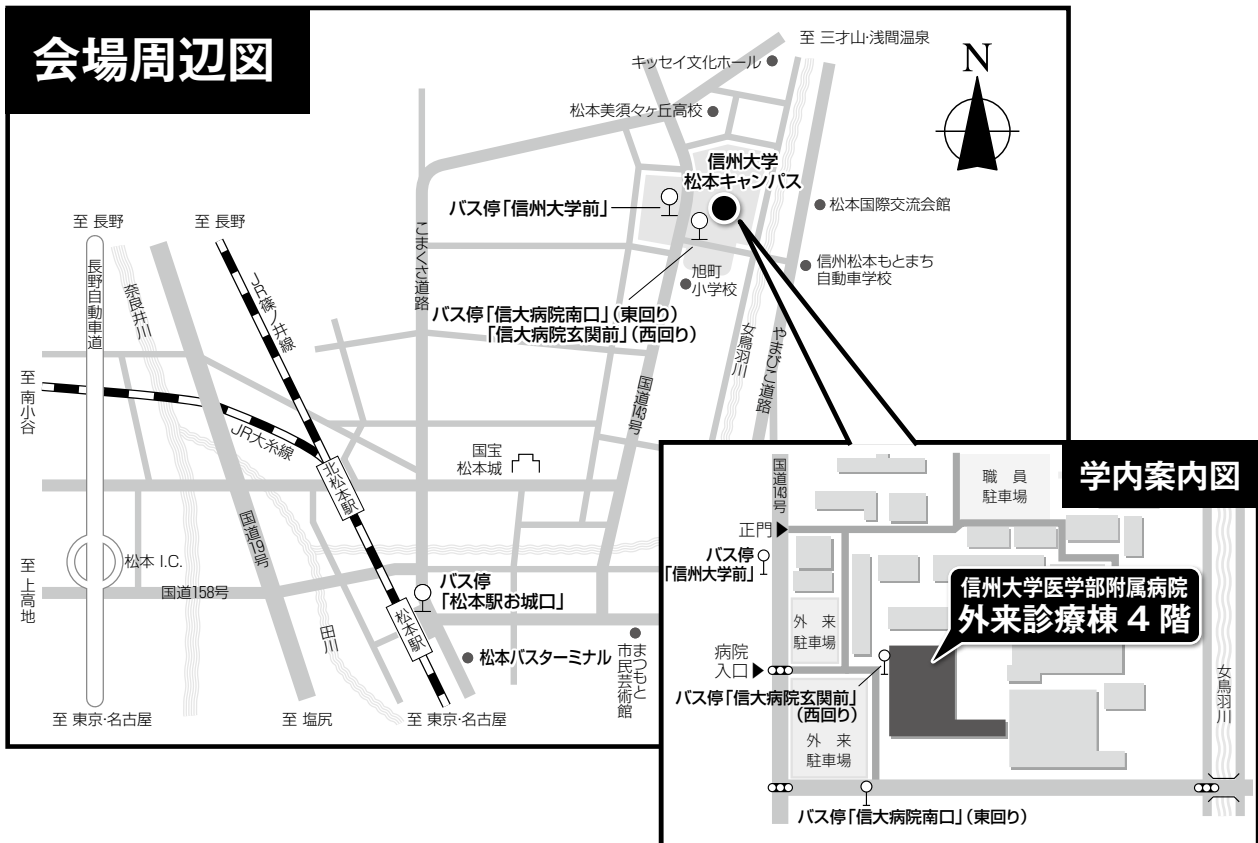
この度、「日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部 第5回学術集会」を、信州大学医学部附属病院（長野県松本市）で開催させていただくこととなりました。

Breath =呼吸とは「生きる」ことそのものです。そして呼吸器疾患・障害は全ての方に発生することです。現在、環境・社会構造など大きな変化の時代ですが、日々の患者様に寄り添う実践・優しさの中に患者様の幸せに繋がる真理が必ずあります。当学会は、全国 4,400 名以上の会員数ですが、当甲信越支部には、新潟・長野・山梨 3 県の呼吸器疾患診療に関わる多職種の専門職約 290 名が所属しています。各地域・院所での実践を科学し、ご発表頂き、皆で共有し、参加する前と後で、私たちが新生するような、空間と時間を創り出したいと思います。魅力的な先生方に多くのセミナーをお願いし、また意見交換のできる多くの場を設けました。爽やかな信州松本で、心に残る学びが出来ますよう、祈念いたしております。

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
甲信越支部 第5回学術集会

会 長 江 田 清一郎
(社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 呼吸器内科 診療部長)

会場のご案内



アクセス

■ JR 松本駅 お城口(東口)を出て右前方、松本バスターミナルから

のりば1「信大横田循環線」、または「信大経由浅間温泉行」乗車→「信州大学前」バス停下車

■ 松本駅前にある「松本駅お城口(3番のりば)」バス停から

- ・「北市内線」バス(東まわり)乗車→「信大病院南口」バス停下車
- ・「北市内線」バス(信大病院行・西まわり)乗車→「信大病院玄関前」バス停下車

■ タクシーでお越しの場合

会場までタクシーをご利用の方は「信大病院玄関口」とお伝えください。

■ 駐車場について(自家用車の場合)

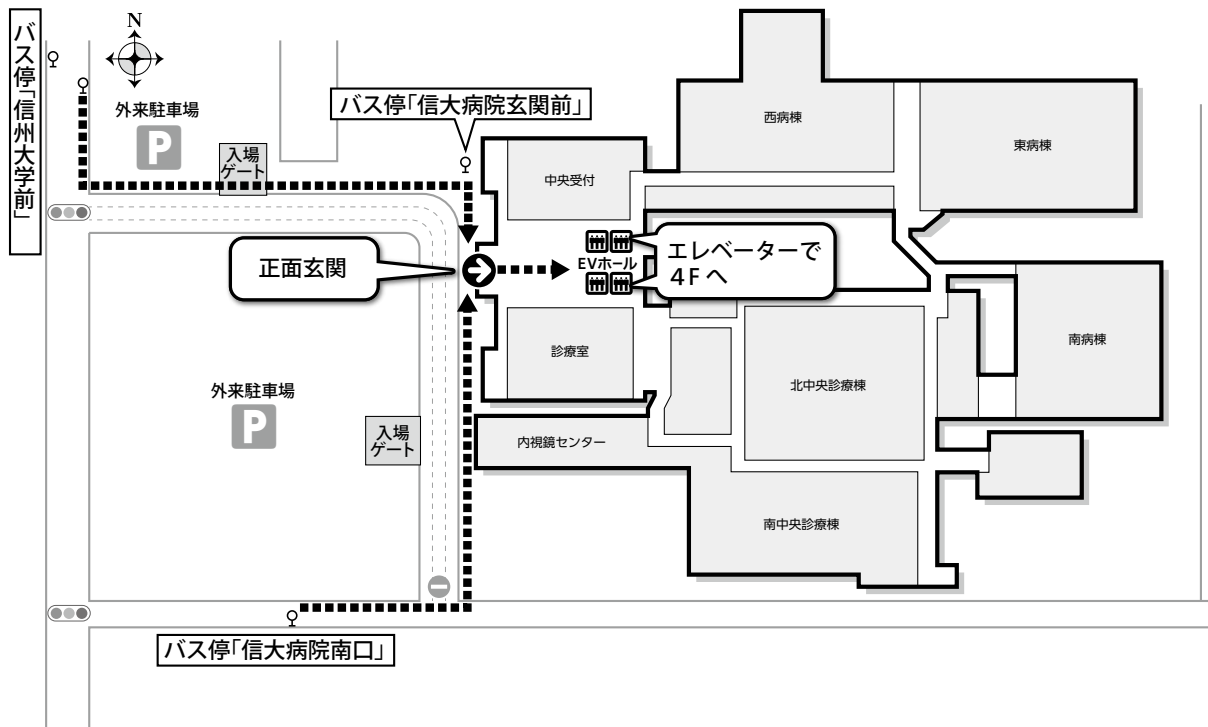
お車でご来場の方は、医学部附属病院の外来駐車場をご利用ください。

※受付にて割引券をお渡し致しますので、お申し出ください。(有料200円)

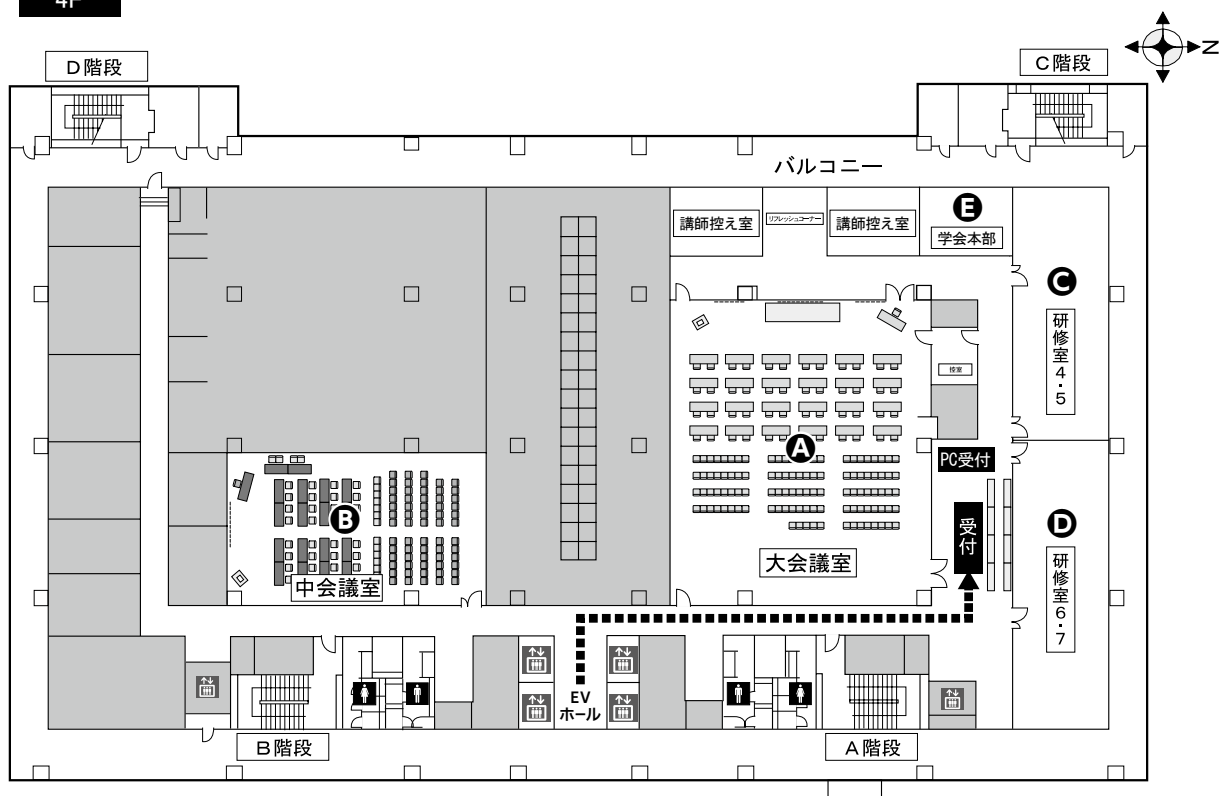
会場図

1F

会場へのルート



4F



日 程 表

	Ⓐ 大会議室	Ⓑ 中会議室	Ⓒ 研修室4・5	Ⓓ 研修室6・7	Ⓔ 学会本部	
8:00						8:00
10						10
20						20
30						30
40						40
50						50
9:00	開会式					9:00
10						10
20	一般演題① 【呼吸管理】 A1-6	一般演題② 【チーム医療・RST】 B1-7	企業展示	企業展示		20
30						30
40						40
50						50
10:00						10:00
10						10
20	教育講演 【慢性呼吸器疾患のチーム医療】	A会場の中継 教育講演				20
30						30
40						40
50						50
11:00						11:00
10						10
20	一般演題③ 【呼吸不全患者への包括的支援】 A7-11	一般演題④ 【生体情報・検査と評価】 B8-12	ショートレクチャー① 【抗線維化剤】		代議員会	20
30						30
40						40
50						50
12:00						12:00
10						10
20						20
30	ランチョンセミナー① 【一発逆転! 慢性呼吸不全 患者様に伴走する】	ランチョンセミナー② 【一筋縄では行かない 吸入療法】	サンドイッチ セミナー① 【吸入ハンズオン】	サンドイッチ セミナー② 【NPPVハンズオン】		30
40						40
50						50
13:00						13:00
10						10
20						20
30	指定演題① 【慢性呼吸器疾患患者の 急性増悪時の早期 リハビリテーション介入】	一般演題⑤ 【地域・在宅医療】 B13-17	企業展示	企業展示		30
40						40
50						50
14:00						14:00
10						10
20	指定演題② 【在宅連携ツールを使用し た取り組みについて】	一般演題⑥ 【パートナーシップ・協働】 B18-21	プロバイダ プレゼンテーション 【在宅酸素】 【呼吸器薬剤】	企業展示		20
30						30
40						40
50						50
15:00						15:00
10	2020年度学会告知					10
20						20
30						30
40	パネルディスカッション 【状態が変化していく慢性呼吸器 疾患患者に伴走するためには】	A会場の中継 パネル ディスカッション	企業展示			40
50						50
16:00						16:00
10			展示終了	展示終了		10
20						20
30	閉会式					30
40						40
50						50
17:00						17:00

参加者の皆様へ

■参加受付について

1) 事前登録された方へ

プログラム・抄録集（本誌）を忘れずにご持参ください。

2) 当日の受付場所について

参加受付は信州大学医学部附属病院 外来診療棟4階で行います。

【受付時間】7月27日（土） 8:00～

参加費は2,000円です。当日会場受付にてお支払いください。

（学生無料：当日、会場受付にて学生証をご呈示ください）

なお当日、領収書付き登録証をお引き渡しいたします。

3) 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. 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

c. 講師として講義・講演した場合30点

(3) 日本呼吸器学会呼吸器専門医資格更新単位取得：出席者2単位

■会場について

信州大学医学部附属病院は敷地内全面禁煙になっております。

4階の大会議室と中会議室が講演会場です。

研修室にて企業展示、ドリンクコーナー設置を行っております。

■共催セミナー(ランチョンセミナー・サンドイッチセミナー)

ランチョンセミナー、サンドイッチ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・軽食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。

外来棟1Fに軽食、外来棟5Fに軽食・レストラン、東病棟10Fにレストランがございます。

セミナー時間中は、各自ご用意いただいた食事も会場でお取りいただけます。

代議員の皆様へ

■代議員会

7月27日（土）11:20～11:50、学会本部にて行います。昼食をご用意しております。代議員の先生はお集まりください。

発表者の皆様へ

■発表時間

- 1) 一般演題：口演 7 分、質疑 2 分です。時間厳守をお願いします。
- 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) ご発表の 30 分前までに、PC 受付（4 階）でデータの登録と試写をお済ませください。
- 2) 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。
- 3) 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、1 枚目のスライドを投影します。その後はご自身にてご操作をお願いします。

■発表機材とデータ作成

- 1) コンピュータは大会事務局で用意した WindowsPC を使用してください。
Macintosh をご使用の場合にはご自身のパソコンと接続ケーブルをご持参ください。
- 2) データは「Microsoft PowerPoint（以下 PowerPoint）」にて作成してください。
USB メモリーに保存して、データをご持参ください。
- 3) 今回ご用意しておりますコンピュータの OS と対応アプリケーションは以下のとおりです。

OS：Windows 7 Professional アプリケーション：PowerPoint 2007 / 2010 / 2013 ※ Macintosh 版 PowerPoint でデータを作成された場合、Macintosh 本体と接続ケーブルをご持参ください。

- 4) データ表示における不具合を避けるために、下記の OS 標準フォントをお使いください。

日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝 英 語：Arial、Arial Black、Century、Century Gothic、Times New Roman 記号表記の場合（推奨）：Symbol など
--

- 5) PowerPoint2013 をお使いの場合、下記にご留意ください。
液晶プロジェクターサイズは、「スライドサイズ 16:9」で最適化されています。
 - スライドのサイズを「画面にあわせる（16:9）」に変更してからデータを作成してください。
 - “スライドショー”の項目で“発表者ツールを使用する”のチェックを外してください。
- 6) 学術集会の終了後、お預かりしたデータは速やかに消去いたします。

■ COI 申請書の提出について

- 1) 支部学術集会においても COI の開示が必要です。発表スライドに組み入れてください。

《COI 報告書様式》は、「一般社団法人日本呼吸ケア・リハビリテーション学会」ホームページの COI ページからダウンロードして作成ください。

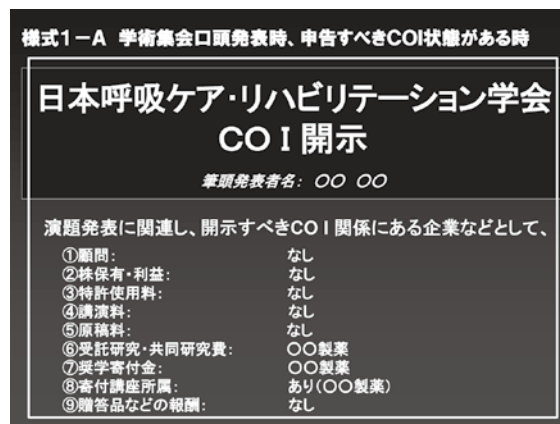
【一般社団法人日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 COI ページ】

http://www.jsrcr.jp/modules/about/index.php?content_id=14

【様式 1-A】 学術集会口演発表時のスライド例 (140KB)



申告すべき COI 状態がないとき



申告すべき COI 状態があるとき

- 2) COI に関するお問い合わせ先

【日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 甲信越支部 支部長】

信州大学医学部 保健学科検査技術科学専攻 藤本 圭作

〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1 TEL. 0263-37-2393 FAX. 0263-37-2393

プ ロ グ ラ ム

プログラム

A会場(大会議室)

8:50～9:00 開 会 式

会長：江田清一郎（社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 呼吸器内科 診療部長）

9:00～9:55 一般演題① 呼吸管理 ～いのちを救うために～

座長：倉石 博（長野赤十字病院 第二呼吸器内科部長）

長谷川雄司（国立病院機構西新潟中央病院 リハビリテーション科）

<A1> Nasal high flow(NHF)により呼吸管理を行ったARDSの1例

○森川 卓洋、倉石 博、廣田 周子、荒木 太亮、山本 学、増渕 雄、小山 茂

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

<A2> 成人期の福山型先天性筋ジストロフィー患者の長期経過 ～7年間の呼吸機能の変化について～

○小金澤 敦、深町 秀彦、林田 美江、黒岩 靖

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三才山病院

<A3> CO₂ナルコーシスに対するネーザルハイフローの使用経験 ～終末期での経験を振り返って～

○吉沢 忠史¹、三澤 恵美¹、藤田 正人²

¹安曇野赤十字病院 看護部 HCU、²安曇野赤十字病院 救急部

<A4> 人工気道患者におけるネブライザ付酸素吸入器の加温加湿性能の検証と今後の課題

○飯田 英明¹、藤原 拓史²、矢嶋 恵理¹、高尾 ゆきえ¹、市山 崇史³

¹信州大学医学部附属病院 集中治療部、²信州大学医学部附属病院 臨床工学部、

³信州大学医学部附属病院 内科学第一教室

<A5> 人工呼吸管理の下、残存機能を活かし、活動範囲拡大へ至った症例

○村仲 奈菜¹、向 真史²、山田 洋二¹

¹甲府共立病院リハビリテーション室、²石和共立病院在宅リハビリテーション室

<A6> 当院における急性期呼吸管理の現状と今後の課題

○星 力央¹、金澤 加奈子¹、中野 恵介¹、瀬崎 学²、梶原 大季³、馬場 順子³、
小山 建一³、三浦 理³、田中 洋史³

¹新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 医療機器中央管理室、

²新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 リハビリテーション科、

³新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 呼吸器内科

10:10～11:10 教育講演

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）

「慢性呼吸器疾患のチーム医療－これからの呼吸ケア・リハビリテーション－」

演者：堀江 健夫

日本赤十字社 前橋赤十字病院 呼吸器内科

11:15～12:00 一般演題③ 呼吸不全患者への包括的支援 ～患者さんに寄り添って～

座長：大見 朋哲（相澤病院 救急リハビリセンター）

藤田 直樹（松本市立病院 看護部）

<A7> 身体活動性向上のための仕掛けづくりの試み
～「いきいきウォーキング」の開催について～

○中村 可愛¹、堀川 昌子¹、長岡 小夏¹、五十嵐 佳南¹、渋谷 悠旦¹、
上田 千遥²、加藤 智美²、筒井奈々子³、坂井 邦彦³

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 診療部

<A8> 入院中における呼吸機器管理の自立度向上にむけた関わり

○赤津 尚樹

松本協立病院

<A9> LINQ評価に基づいた間質性肺炎患者指導の試み

○神田 純平¹、佐藤 明美¹、玉木 夏美¹、柚木 寿江¹、熊谷 真記¹、
朝川 勝明²、岡島 正明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

<A10> 肺がん終末期患者の退院支援で大切なこと
～インタビューを通してみえた家族の思い～

○倉繁 貴文

社会医療法人 中信勤労者医療協会 松本協立病院 看護部

<A11> 慢性呼吸器疾患患者に対する早期呼吸リハビリ介入の効果

○小福 美貴¹、篠崎 史郎²、抜井 佳代¹

¹社会福祉法人てまり、²医療法人 しのだき内科呼吸器科クリニック

12:10～13:10 ランチョンセミナー①

座長：河西 富彦（白根徳洲会病院 呼吸器内科 医長）

「一発逆転！ 慢性呼吸不全患者様に伴走する
～急性増悪予防、身体活動性向上、NPPVによる呼吸筋休息～」

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

13:20～14:00 指定演題①

座長：瀬崎 学（新潟県立がんセンター新潟病院 リハビリテーション科）

「慢性呼吸器疾患患者の急性増悪時に対する早期リハビリテーション介入」

演者：松本 武志

JA 長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター 理学療法科

14:10～14:50 指定演題②

座長：藤本 圭作（信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻）

「在宅連携ツールを使用した取り組みについて バイタルリンク®」

演者：大平 峰子

独立行政法人国立病院機構 東長野病院 内科、北信ながいき呼吸体操研究会

15:00～15:10 2020 年甲信越支部学術集会について

次期集会長：河西 富彦（白根徳洲会病院 呼吸器内科 医長）

15:10～16:30 パネルディスカッション

「状態が変化していく慢性呼吸器疾患患者に伴走するためには」

座長：江田清一郎（社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 呼吸器内科 診療部長）

大澤 拓（社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 師長室）

「慢性呼吸器疾患患者への地域開業医の取り組み」

演者：篠崎 史郎

しのぎ内科・呼吸器科クリニック

「状態が変化していく慢性呼吸器疾患患者に併走するためには
理学療法士の立場から」

演者：瀬崎 学

新潟県立がんセンター新潟病院 リハビリテーション科 内部障害系専門理学療法士

「日々状態が変化する慢性呼吸器疾患患者に伴走するために
～訪問看護師としての役割～」

演者：丸茂砂百合

慢性呼吸器疾患認定看護師

「包括的呼吸リハビリプログラムにおける吸入指導・服薬管理
在宅訪問を中心に保険薬局の立場から」

演者：河原 玲子

吉田薬業株式会社あさひ薬局、北信ながいき呼吸体操研究会

「呼吸器疾患患者との関わりで感じた課題を MSW の視点より」

演者：上野 誠

松本協立病院 医療福祉相談室 MSW

16：30～16：35 閉 会 式

会長：江田清一郎（社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 呼吸器内科 診療部長）

B会場(中会議室)

9:00～10:05 一般演題② チーム医療・RST ～仲間と共に～

座長：松尾 明美 (JA 長野厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院 呼吸器内科部長)
大平 雅美 (信州大学医学部 保健学科)

<B1> 多職種に向けたシミュレータ教育のニーズと課題について
～聴診・吸引のシミュレータ研修会を実施して～

○高岸 弘美¹、河西 富彦²、菱山 千祐³、乙黒 恵子⁴、山下 浩樹⁵、
小山 美佐江⁶、山田 洋二⁷、丸茂 砂百合⁸、金子 延枝³、西山 佐知子^{9,10}

¹ 山梨県立大学看護学部、² 白根徳洲会病院、³ 市立甲府病院、⁴ 山梨県立中央病院、
⁵ 甲州リハビリテーション病院、⁶ 大久保内科呼吸器科クリニック、⁷ 甲府共立病院、
⁸ 山梨県看護協会、⁹ 山梨大学医学部看護学科、¹⁰ JCHO 山梨病院

<B2> 人工呼吸器管理患者の気管切開チューブ逸脱事例からの学び

○向 真史¹、山田 洋二²、村仲 奈菜²、向山 雄基²、滝田 俊大²、
和知 えり子²、奥平 千世子²

¹ 山梨勤労者医療協会石和共立病院、² 山梨勤労者医療協会甲府共立病院

<B3> クリニカルパス使用経験の有無でみた病棟看護師の在宅酸素療法導入患者への
退院支援に関する実態調査

○阿部 貴宏、小林 千穂、金子 史代

新潟勤労者医療協会 下越病院

<B4> 信州呼吸ケアネットワークによる人工呼吸器シミュレーション教育の現状と課題

○市山 崇史¹、飯田 英明²、宮城 芳江²、高尾 ゆきえ²、道永 祐希³

¹ 信州大学医学部附属病院 呼吸器センター、集中治療部、
² 信州大学医学部附属病院 看護部、³ 信州大学医学部附属病院 臨床工学部

<B5> 当院慢性呼吸器疾患患者会の紹介とその展望

○粟津原 周弥¹、江田 清一郎³、大澤 拓²、小林 聖子¹、中澤 由美子⁴

¹ 松本協立病院 外来、² 松本協立病院 師長室、³ 松本協立病院 呼吸器内科、
⁴ 松本協立病院訪問看護ステーションすみれ

<B6> 記憶力低下のある高齢患者に対するHOT・NPPV導入の経験
～チームアプローチにおける作業療法士の役割の検討～

○夏川 由貴¹、布川 恭平¹、小林 将士¹、林 希味子¹、五十嵐 啓子¹、
戸嶋 信子²、小林 由美³、瀬崎 学⁴

¹ 新潟県立新発田病院リハビリテーション科、² 新潟県立新発田病院 ME センター、
³ 新潟県立新発田病院看護部、⁴ 新潟県立がんセンターリハビリテーション科

<B7> 酸素投与デバイスの選択について

○戸嶋 伸子、小林 由美、後藤 なおみ、夏川 由貴、阿部 静太郎、竹内 寛之、
太田 毅、富士盛文夫、牧野 真人、田邊 嘉也

新潟県立新発田病院

11:10 ~ 12:00 一般演題④ 生体情報・検査と評価 ～患者さんの事実をつかむ～

座長：小林 千穂（新潟勤労者医療協会 下越病院 看護部）

大嶋 康義（新潟医歯学総合病院）

<B8> 慢性呼吸器疾患と運動時低酸素血症に対する新たに開発された装着型超小型酸素濃縮の効果

○川内 翔平^{1,2}、藤本 圭作³、佐野 真帆子⁴、大村 雄厚⁵、斉藤 悠⁵、真島 和弘⁵、
星崎 心吾⁵、石川 雄基⁵

¹ 信州大学 バイオメディカル研究所、² 信州大学大学院 総合医理工学研究科、

³ 信州大学 保健学科、⁴ 信州大学大学院 総合理工学研究科、

⁵ 株式会社 コガネイ 開発本部

<B9> 間質性肺炎における6分間歩行試験の重要性

○筒井 俊晴、乙黒 恵子

山梨県立中央病院

<B10> 入院期間間質性肺炎患者における6分間歩行テスト後のSpO₂ Recovery Indexは呼吸関連イベントの予測因子となり得るか？

○酒井 康成¹、山本 周平¹、保科 美穂¹、川内 翔平¹、市山 崇史²、花岡 正幸²

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

<B11> 間質性肺炎患者における大腿中央部筋厚測定信頼性および妥当性の検討

○保科 美穂¹、山本 周平²、酒井 康成²、市山 崇志³、池上 章太²、堀内 博志²

¹ 株式会社ツクイ 塩尻広丘営業所、² 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部、

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

<B12> 多周波強制オシレーション法による呼吸インピーダンスと間質性肺疾患の病態との関係

○武市 尚也¹、藤本 圭作²

¹ 信州大学医学部附属病院 臨床検査部、

² 信州大学医学部 保健学科 検査技術科学専攻 生体情報検査学講座

12:10～13:10 ランチョンセミナー②

座長：大平 徹郎（国立病院機構西新潟中央病院呼吸器内科 呼吸器センター / 肺がん治療センター）

「一筋縄では行かない吸入療法～多職種連携のモデルとして」

講師：駒瀬 裕子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科

13:20～14:10 一般演題⑤ 地域・在宅医療 ～大好きなお家で過ごすために～

座長：宮城 芳江（信州大学医学部附属病院 看護部）

百瀬 公人（信州大学医学部 保健学科）

<B13> 訪問リハ・訪問看護の連携により、安全な酸素取扱いや入浴動作が獲得できたCOPD症例

○堀川 昌子¹、丸谷 温¹、蒲澤 幸子¹、中村 可愛²、筒井 奈々子³、坂井 邦彦³

¹ 臨港訪問看護ステーション、² 新潟臨港病院リハビリテーション科、³ 新潟臨港病院内科

<B14> 非がん性呼吸器疾患患者を在宅で看取る際の考察

○西澤 ひろ美、小林 俊夫

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

<B15> 高齢COPD患者の身体活動支援を通じてQOLの維持向上を試みる遠隔支援システム開発

○大橋 千里¹、秋口 俊輔¹、高師 修治²、大平 峰子²

¹ 富山高等専門学校、² 東長野病院

<B16> ネーザルハイフローで在宅生活が実現できた1事例からの学び

○小林 菜乃

社会医療法人 中信勤労者医療協会 松本協立病院

<B17> COPD病病連携パスを円滑に運用する連携指標の設定

○小林 俊夫¹、平林 久美¹、出浦 弦²、吾妻 俊彦²、西澤 ひろ美¹、滝澤 弥恵¹、石合 秀義¹、小松 孝子¹

¹ 鹿教湯病院、² 信州上田医療センター

14:10～14:50 一般演題⑥ パートナシップ・協働 ～患者さんへの継続支援～

座長：道永 祐希（信州大学医学部附属病院 臨床工学部）

井出 美子（佐久市立国保浅間総合病院 看護部）

<B18> 喫煙によりCOPD急性増悪を繰り返す患者の禁煙教育の1例

○川元 幸¹、黒部 綾香¹、佐藤 弘一¹、山下 浩樹¹、関谷 宏美¹、小林 史和¹、
大久保 修一²

¹ 甲州リハビリテーション病院 呼吸リハチーム、² 大久保呼吸器内科クリニック

<B19> 食事意欲低下・進行する体重減少のある慢性呼吸不全患者への栄養・食事支援

○中野 絵梨

松本協立病院

<B20> 日帰り温泉施設での肺年齢測定を試み

○高野 盛子¹、石川 朗^{2,3}

¹ 飯綱町包括支援センター、² 神戸大学大学院保健学研究科、

³ 北信ながいき呼吸体操研究会

<B21> 慢性呼吸器疾患患者に対する運動療法の取り組み
～訪問看護・リハビリ・通所介護の連携を通して～

○山岡 俊二¹、抜井 佳代¹、田中 美菜子¹、峯尾 秀子²、篠崎 史郎³

¹ 社会福祉法人てまり 訪問看護はっとステーション、

² 社会福祉法人てまり デイサービスここたいむ、

³ 医療法人深聖会 しのぎ内科呼吸器科クリニック

C会場(研修室4・5)

8:00～16:00 企業展示

11:30～12:00 ショートレクチャー① [抗線維化剤]

座長：五味 英一（丸の内病院 呼吸器内科科長）

「IPF に対する抗線維化薬治療の概略」

講師：出浦 弦（国立病院機構信州上田医療センター 呼吸器内科）

12:10～13:10 サンドイッチセミナー① [吸入ハズオン]

「今日から使える吸入薬使用のポイント」

講師：鈴木 春子（国立病院機構 信州上田医療センター 薬剤部）

14:00～14:30 プロバイダプレゼンテーション
[在宅酸素] [呼吸器薬剤]

14:40～15:10 ショートレクチャー② [喘息の生物学的製剤]

座長：坂井 邦彦（新潟臨港病院）

「難治性喘息に対する生物学的製剤の使用」

講師：安尾 将法（信州大学医学部 内科学第一教室）

D会場(研修室6・7)

8:00～16:00 企業展示

12:10～13:10 サンドイッチセミナー② [NPPV ハズオン]

「NPPV 管理における医療者の役割

～明日から役立つベッドサイドテクニック～」

講師：飯田 英明（信州大学医学部附属病院 集中治療部 慢性呼吸器疾患看護認定看護師）

E会場(学会本部)

11:20～11:50 代議員会

企 画 演 題 抄 録

教育講演

指定演題①・②

ランチョンセミナー①・②

サンドイッチセミナー①・②

ショートレクチャー①・②

パネルディスカッション

慢性呼吸器疾患のチーム医療 —これからの呼吸ケア・リハビリテーション—

堀江 健夫

日本赤十字社 前橋赤十字病院 呼吸器内科

薬物療法や患者教育、リハビリテーション等の多くのエビデンスを包括的に提供することで慢性呼吸器疾患の治療アウトカムの改善がもたらされる時代となった。その一方で超高齢社会を迎えた我が国では呼吸機能障害による全体の疾病負担は増えつつあり、継続性のある支援体制は未だ十分とは言えない。

2001年に米国医学研究所は提供できる医療サービスと実際に受けている医療サービスの質に大きな溝があることを指摘した。そして、慢性疾患の増大によってさらに深まるであろう溝を埋めるためには情報通信技術（ICT）の活用と疾病悪化の予防を重視する等の医療提供体制への抜本的な改革が必要であると提言した。21世紀の幕開けにふさわしい革新的なこの報告は病院完結型から地域完結型への方針転換をもたらし、医療者同士の連絡から施設の連携、そして地域での統合的ケアへ向かう契機となった。それから20年を経た現在、わが国では地域包括ケアシステムが登場し、地域のニーズや特性に応じたご当地システムとしてその構築が急務となっている。

医療・介護連携の再編の今、病院完結型から地域完結型への方針転換を進め、地域の仲間とともに地域チーム医療を実践する好機が訪れた。メンバーはマネジメント、リーダーシップ、フォロワーシップを理解しICTを活用して円滑に情報を共有し、患者の状況に応じた対処法を身につけ、エビデンスを正しく実践することが求められる。

本講演では地域チーム医療実践の経験を踏まえ、これからの呼吸ケア・リハビリテーションのあり方についてお話したい。生涯にわたる患者さんとの関わりが医療者に一層の育みをもたらす時代が訪れることを期待している。

慢性呼吸器疾患患者の急性増悪時に対する 早期リハビリテーション介入

松本 武志

JA 長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター 理学療法科

安定期の COPD 患者に対する呼吸リハビリテーションは、すでにエビデンスが確立された治療介入であり、近年では安定期の間質性肺疾患患者への呼吸リハビリテーションも、COPD の臨床的問題点が似ている点が多く、呼吸困難感の軽減や運動耐容能の改善などの効果が得られると報告されている。

しかし、慢性呼吸器疾患患者の急性増悪時に対する早期リハビリテーションの効果は、いまだ十分なエビデンスが示されておらず、COPD 急性増悪患者に早期からの呼吸リハビリテーションはむしろ悪化させるとの報告もある。しかしながら、急性増悪時の長期安静臥床は、蓄痰や無気肺などの二次的な呼吸器合併症を生じるだけでなく、急性期治療が奏功しても、廃用症候群が進行し、患者の ADL や QOL が低下したまま退院を余儀なくされることも少なくない。ましてや慢性呼吸器疾患患者は、入院前からの低栄養、低活動による frailty や要介護状態、抑うつ状態などを併存していることが多く、より廃用症候群の発症や増悪を助長させやすい。

したがって、急性増悪時の早期リハビリテーション介入は、エビデンスが確立されていないものの必要であり、さらに患者それぞれの背景や急性増悪に対する初期治療の反応、患者や家族の思いなどの個別性が高いために、どのタイミングで、どのようなリハビリテーションを行っていくかを、多職種間で情報を共有し、個別性のある早期リハビリテーションを多職種で行うことが重要であり、『皆で創る呼吸ケア』の概念が必要であると考ええる。

在宅連携ツールを使用した取り組みについて

バイタルリンク®

大平 峰子

独立行政法人 国立病院機構 東長野病院 内科

北信ながいき呼吸体操研究会

北信ながいき呼吸体操研究会は現神戸大学大学院教授石川朗先生のご指導の下、1999 年より呼吸リハビリテーションの学習を開始し、2006 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。

非医療職を含む多職種間の連携の一助として、2017 年に飯綱町にて VitalLink® システムの試験運用を行った。その後、2018 年 5 月より信州呼吸ケア研究会分化会として幾つかの施設（松本協立病院、しのぎき内科呼吸器科クリニック、北信ながいき呼吸体操研究会）で本格運用が開始されたので自施設での経過について報告する。

導入症例数：18 例(COPD11、Tb, 肺 MAC 症 3、NIDDM 他 3)、平均年齢 83 歳

参加施設：訪問看護ステーション 10、開局薬局 3、有料老人ホーム 1、

サービス付き高齢者住宅 2

導入後、VitalLink® 連携により入院回避可能となった症例もありこのシステム導入により医療費抑制効果が期待できると思われた。

しかし各職種へのアンケート結果からは連携についての職種間での認識の違いも伺え、より良い連携のためにどのようにシステムを活用してゆくかが課題である。

一発逆転！慢性呼吸不全患者様に伴走する ～急性増悪予防、身体活動性向上、NPPVによる呼吸筋休息～

○武知由佳子 宇佐美記子 石山亜希子 横田直子
丸山ゆかり 遠藤直子

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

身体活動性が COPD 患者の予後を規定する一番強い因子であることが報告され、身体活動性維持・向上が COPD の治療管理の重要な目標として掲げられている。とは、言うものの、座ってばかりいる COPD 患者の身体活動性を向上させることは容易ではない。身体活動性は身体機能障害そのものではないため、環境、モチベーション、不安、うつなどの心の状況に大きく影響される。どうやったら改善できるのか？運動療法、薬物療法、栄養療法など多くの介入研究がなされているが、結果にばらつきがあり、何が一番効果的かという結論には至っていない。ただ、塩谷先生達が行ったシステマティックレビューの結論として、「既存の治療法では何かが足りないということが推定された。つまり単なる薬物療法、非薬物療法でなく、カウンセリングや、患者との双方向のやりとり、行動変容を促すことが、とても重要なことである」と述べている。一発逆転の重要な鍵はまさにここにあり！

72 歳最重症 COPD 男性の症例を提示する。私が医師として提供できうることは全て、薬物療法、労作前の SABA のアシストユース、急性増悪への早期発見の重要性の指導、非薬物療法である HOT、NPPV、訪問リハ、訪問看護、訪問栄養指導を行ってきた。しかし 5 年間で外出は病院への検査のみ、PT と一緒に歩いたのは 5 年間でたった数回。何が悪いのか？同事業所内での PT 変更を依頼した。大腸癌への内視鏡的切除術、その 1 年後訪問看護で 2 日前の発熱を問題視できず、私が定期訪問した時には肺炎に至り緊急入院、抗生剤のアレルギーで転院も要し、約 2 ヶ月の入院の末、退院時は室内歩行も厳しい状況、37kg あった体重は 33.1kg まで激減。諦められず、円滑な連携ができなかった事業所 (PT、訪問看護師) から、別の事業所の訪問看護、当院の訪問リハに変更した。果たして？ 今年 1 月からの半年間の伴走、非常に怖がりで、小心なこの患者への週 2 回の訪問リハで、屋外歩行ができるまでになった。急性増悪にも早期発見早期介入ができ、肺炎も未然に防げ、体重も未踏の 40kg に達した。只今、行動変容、生活習慣化に向けて伴走中である。呼吸ケア・リハのスピリットのあるチームが行う、諦めない粘り強い“愛のある効果的な伴走”と円滑な連携そのものが、この COPD 患者に一発逆転させたのである。(このセミナーのポスターは、この患者様と我々の伴走を描いています。)

一筋縄では行かない吸入療法 ～多職種連携のモデルとして

駒瀬 裕子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 呼吸器内科

吸入指導というと「どうやったらいかに正しく吸入ができるようになるか」あるいは「コンプライアンスが高まるか」という事に意識が集中しがちである。また、薬剤を取り扱う事から、医師と薬剤師による「指導」という点についつい偏りがちである。しかし、実は患者さん自身が自分の疾患について理解をし、治療の重要性をわかって取り組むかという「患者さん主体」の治療に方向転換しなければ長続きする治療はできないと考えられる。内服治療よりも「面倒くさい」吸入治療に至ってはその傾向は顕著であり、「指導」ではなく「支援」が必要な所以である。

吸入の方法については、ただ吸入を行えばよいと言うものではない。特に COPD 患者さんは高齢者が多く、呼吸筋力も低下している。理解力も次第に低下していく。正しい吸入方法を身につけるためにはただ単に吸入のしかたを教えるだけでは不十分である。息を効率よく使うために呼吸法を理学療法士が確認していくことで全く質が異なる吸入が出来るようになる。患者さんの生活にあったタイミングで吸入できるように看護師が支援する事でアドヒアランスが大幅に改善する。また副作用を少なくするように薬剤師が対応する事など、一筋縄では行かない「指導」ではない「支援」が必要である。

実は吸入支援は、最もよい多職種連携のモデルとなりうる。吸入方法のみならずチームとして患者のセルフマネジメント教育を行う事、チームとしてそれぞれの職種に敬意を払いつつ、柔軟な対応がとれる事が最も重要な事であると考えます。

今日から使える吸入薬使用のポイント

鈴木 春子

国立病院機構 信州上田医療センター 薬剤部

適切な薬物治療を行う上で薬を正しく使用することは重要であるが、高齢、独居、認知症、多剤併用など薬の管理に問題が生じやすい患者が多い。正しい薬物治療ができていないと、患者自身で効果が感じられずアドヒアランスが低下し、残薬が生じる等の悪循環が発生する。特に吸入薬は様々なデバイスが開発され、使用方法も異なるため混乱が生じやすい。そのため吸入手技は自己流になりやすく、間違った使い方を続けている患者も少なくない。正しい吸入手技を継続するには、多職種で連携しながら定期的に手技を確認していくことが重要である。

吸入デバイスは様々な形があるが、それぞれの共通点や特徴を押さえることで吸入手技の確認が効果的、効率的になる。今回、全デバイスの使用方法、患者が陥りやすいピットホール、手技確認の際に見るべきポイントについて解説する。

< 資材等協力企業 >

- ・ アストラゼネカ株式会社
- ・ 大塚製薬株式会社
- ・ 杏林製薬株式会社
- ・ グラクソ・スミスクライン株式会社
- ・ 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
- ・ MSD 株式会社
- ・ ノバルティスファーマ株式会社

NPPV 管理における医療者の役割

～明日から役立つベッドサイドテクニク～

飯田 英明

信州大学医学部附属病院 集中治療部 慢性呼吸器疾患看護認定看護師

NPPV は、本邦において 1990 年頃より慢性呼吸器疾患患者、神経筋疾患患者を対象に応用が開始され、1998 年に保険診療の適用とともに急速に普及を遂げた。現在は、様々な機種・インターフェイスが開発され臨床導入されている。NPPV 適応範囲も拡大され、急性期から慢性期及び在宅まで多岐にわたる。この約 30 年の経過の中で、エビデンスレベルに基づいたガイドラインも発刊・改訂され、各施設での経験値は向上してきた。しかし、時折 NPPV に対する忍容性が低く治療からリタイヤし、挿管人工呼吸器管理に移行する症例や治療上限のため急性期から終末期へ移行する症例を散見する。これらの背景・要因として、患者因子もあるが、医療者側の要因が多大であると考ええる。2011 年日本褥瘡学会から医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)が重要なアクションプランとして掲げられた。その中で、NPPV インターフェイスに関する項目も触れられており注目されている。NPPV 管理は挿管人工呼吸器管理と異なり覚醒下での人工呼吸療法である。そのため、インターフェイス装着・選択は、アドヒアランスと深い関係性があると言われ、医療者には多くのスキル・テクニクが求められている。今 hands-on セミナーを通じて、NPPV インターフェイス装着テクニクの一助となる事をねらいとする。

IPF に対する抗線維化薬治療の概略

出浦 弦

国立病院機構信州上田医療センター 呼吸器内科

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis ; IPF) は特発性間質性肺炎 (idiopathic interstitial pneumonias ; IIPs) に含まれ、難病 (特定疾患) に指定されている。日本における IPF の有病率は 10 万人あたり 10.0 人とされており、IPF の患者数は少なく見積もっても 1 万数千人と推測される。IPF の診断には胸部 CT、精密呼吸機能検査 (% FVC, % DLCO)、6 分間歩行試験 (6-minute walk test ; 6MWT) が必要であるが、中でも 6MWT は IPF の治療介入の重要な予後予測因子である。IPF は進行性の疾患のため治癒は期待できず、診断後の平均生存期間も 3 年程度と短いため、急性増悪等の進行抑制が治療目的となる。

2017 年版の IPF 治療法には、酸素療法、薬物療法、呼吸リハビリテーション、肺移植などがあるが、低酸素患者への酸素療法以外に強く推奨される治療はない。しかし、ニンテダニブなどの抗線維化薬は、慢性安定期の IPF 患者に対して弱い推奨度を得ており、期待できる数少ない治療薬として臨床の場で広がりつつある。以上を踏まえながら予後予測因子に基づく抗線維化薬導入の時期に関して考察する。

難治性喘息に対する生物学的製剤の使用

安尾 将法

信州大学医学部 内科学第一教室

難治性喘息は現在、既存の治療と経口ステロイドに加え、生物学的製剤の投与を要する状態または投与してもコントロール不能な状態と定義される。一方、本邦のガイドラインでは喘息の長期管理において、①喘息の診断が正しいか。②服薬アドヒアランスと吸入手技の確認。③増悪因子や合併症の管理が正しいか。これに続いて、④治療のステップアップを行い、改善がない場合に生物学的製剤の使用も含めて専門医に紹介。とされている。真に生物学的製剤が必要な難治性喘息は喘息患者の10%未満とされており、高額でもある生物学的製剤は適切に届けられねばならない。

現在使用可能な生物学的製剤は抗IgE抗体、抗IL-5抗体、抗IL-5受容体 α 鎖抗体、抗IL-4受容体 α 鎖抗体の4剤である。適応が重複していることも多く、それぞれの臨床比較試験も行われていないが、本レクチャーではこれら生物学的製剤の特徴や使い分けについて、症例提示なども加えてできるだけ平易に概説したい。

慢性呼吸器疾患患者への地域開業医の取り組み

篠崎 史郎

しのぎ内科・呼吸器科クリニック

近年の疫学調査では未治療の COPD 患者が多く、それを診る呼吸器内科医の数は充分でないと言われています。慢性呼吸器疾患患者に包括的呼吸リハビリの介入は重要ですが、専門医療施設の不足によりクリニックでの介入も考案されています。また看取りを含めた地域完結型医療も推奨されています。

当法人及び連携法人である社会福祉法人てまりは、複数の医療介護施設を運営し、慢性呼吸器疾患患者に、初期～終末期の何時においても呼吸リハビリ等の治療を提供する包括的介入を模索しております。今回我々は同疾患の診療における、多職種連携の試みを御報告し、御意見をいただきたく思います。

クリニックでは看護師（呼吸ケア指導士）による呼吸リハ外来、ケアハウスへの酸素濃縮器の無料貸与、介護相談窓口を行っております。居宅介護支援事業所では介護度が比較的低く評価される同疾患患者の介護相談を慎重に行っております。通所介護事業所では、PT、OT を増員し、同疾患患者の受け入れを積極的に行っております。訪問看護ステーションでは在宅での呼吸リハビリテーションと HOT・NPPV の指導・管理もお願いしています。ケアハウスでは介護福祉士等の吸痰資格所得を推奨しております。病状に応じて呼吸器専門医が在籍する急性期病院・呼吸リハビリ専門病院への紹介、逆紹介の実績も少なくありません。看取りに関しては、同じ地域の開業医と連携し 24 時間対応が可能となっています。また事前指示書の必要性も感じました。

連携方法として、ICT も導入し、複数の施設と情報共有した結果、病状の変化に迅速に対応できる可能性を確認できました。呼吸器領域において必要と思われる他のサービスを検討しながら、同疾患にも対応できる地域包括ケアを今後も考えてまいります。

状態が変化していく慢性呼吸器疾患患者に伴走するためには 理学療法士の立場から

瀬崎 学

新潟県立がんセンター新潟病院 リハビリテーション科 内部障害系専門理学療法士

呼吸リハビリテーションにおいてその対象は COPD・喘息・間質性肺炎などの慢性呼吸器疾患患者が多くを占めている。呼吸リハビリテーションは過去 20 年近くにおいて多くのエビデンスが蓄積されてきたが、まだ幾多の臨床上課題が残されていることも事実である。①診断初期・早期の分野においては、可及的速やかに呼吸リハビリテーションも介入すべきことはガイドラインにおいても指摘されているが、患者側のアドヒアランスをいかに向上すべきかという課題がある。②また安定期において COPD・喘息等では安定した呼吸リハビリテーションの成績が得られているが、増悪を繰り返す間質性肺炎などの疾患においては有効な薬物療法も限られる中、どのように呼吸リハビリテーションが介入すべきか、またそのアプローチ方法なども解決しなければならない命題である。③そして未だ解決されていない大きな課題でもあるのが終末期への対応である。がんや心不全等と比し慢性呼吸器疾患終末期への対応はまだ各施設で模索されており、オピオイドなど薬物療法に関しても統一された見解もない。そのような中、呼吸リハビリテーションとして一体どのような介入・アプローチが可能なのだろうか？ 今回のワークショップでは上記三つの Clinical Question に関し現在私が考える臨床的省察を提示させていただくが、是非フロアの参加者とも discussion し、ワークショップの中から明日の臨床への道導をみつけていきたいと考えている。

日々状態が変化する慢性呼吸器疾患患者に伴走するために ～訪問看護師としての役割～

丸茂 砂百合

慢性呼吸器疾患認定看護師

訪問看護を利用する慢性呼吸器疾患患者は、在宅酸素療法やNPPVを使用し、医療依存度が高い場合が多い。患者は高齢者が多く、呼吸器疾患以外に複数の疾患が併存していることもあり、内服管理や認知症、高齢独居や高齢者世帯など、個々に様々な課題を抱えている。

訪問看護師は、短時間の訪問でこのような課題に対応しつつ、患者の状況やニーズに合わせたケアを提供するため、的確なフィジカルアセスメントはもちろんのこと、療養生活の状況の把握や生活上の困難や課題をアセスメントし、解決する能力が求められる。療養生活を継続するためには、日頃から病院の主治医や担当看護師と連携を図り、患者の日々の生活状況や思い・価値観など、できるだけ詳細に情報共有を行うことが重要である。情報共有を行うことで、診察時に具体的な療養指導を受けることができ、患者も前向きにセルフケアに取り組める事で精神的にも安心することができると感じる。また、看護師が早期に増悪の徴候を発見することで不要な入院を回避できる。介護保険等の社会資源を利用している場合は、地域包括支援センターや行政の障害福祉課の担当者、ケアマネジャー等と日ごろから情報共有を密にし、多職種で連携を図ることが重要である。今後は、エンド・オブ・ライフ・ケアに関する意思決定支援についてもさらに取り組み、その人らしく安心して地域で人生の最期まで生活できることを目標に日々支援していきたい。

包括的呼吸リハビリプログラムにおける吸入指導・服薬管理 在宅訪問を中心に保険薬局の立場から

河原 玲子

吉田薬業(株)あさひ薬局、北信ながいき呼吸体操研究会

慢性呼吸器疾患における服薬管理や吸入手技の習得は、病状安定に不可欠であるが、特に高齢者においては薬剤師の単独の指導では困難なことが多い。包括的呼吸リハビリプログラムの中で訪問看護師と薬剤師の連携により、状態が変化していく患者に寄り添う指導ができた例を紹介する。在宅での安定期管理としては吸入指導の結果や、服薬状況などの情報を訪問看護師と共有し、個々の患者に合わせたデバイスの選択、補助具の提案などを行う。薬剤の影響による活動性の低下、眠剤の使用法・選択、便秘、口渇、心悸亢進等の副作用のチェックも必要になる。また、身体活動量の維持のため、ながいき呼吸体操の実施やフライングディスク競技への参加も積極的に声がけし、薬剤師もボランティアとして関わっている。症状が進み、入退院を繰り返すようになると退院カンファレンスに参加するなど、病薬連携や薬薬連携も大切になってくる。介護保険を利用の場合、退院後も患者や家族の意向を汲んだケアプラン実現のための担当者会議に参加し、他職種と様々な意見交換を行う。増悪時・終末期には薬の管理が難しく、症状が刻々と変化する患者を支援するため、個々のケースに合わせたサポートが必要である。最後に保険薬局は呼吸器疾患を早期に発見できる窓口の一つではないかと考えている。喫煙歴や現在の気になる症状等のアンケート情報と、簡便に扱えるパルスオキシメーター、肺チェッカーなどを併用すれば未受診の方の受診勧奨につなげることができると思う。

呼吸器疾患患者との関わりで感じた課題を MSW の視点より

上野 誠

松本協立病院 医療福祉相談室 MSW

MSW として直接医療領域に関わる事は少ないが、主には制度面や生活面の課題で対応するケースが多い。

1983 年から老人医療費の窓口負担が導入され、段階的に負担が引き上げられた。その結果として必要な医療サービスが受けにくくなり、治療中断する患者が出てきた。在宅酸素療法を導入した場合、医療費の他に自己負担が増えることになる。治療を継続していただくために減免制度の獲得が必要となるが、利用制約や限定的利用であるなど、社会保障制度の不十分さが大きな課題としてある。今後は制度拡充を目指し、患者と共に国や自治体への働きかけが求められる。

我が国の総人口は 1 億 2,693 万人 (2016 年 10 月現在)。65 歳以上の高齢者は 3,459 万人 (男性:1,500 万人 女性:1,959 万人)。総人口に占める 65 歳以上人口の割合 (高齢化率) は 27.3%。世界で最も高い高齢化率となっている。今後ますます増加することが予想されており、2065 年には、約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上、約 4 人に 1 人が 75 歳以上になると見込まれている。家族構成の変化により同居家族不在のため、高齢夫婦暮らし、高齢独居生活となる高齢者が増える事が予想され、介護力不足など深刻な介護問題が呼吸器疾患患者の介護に影響を与えている。

慢性呼吸器疾患患者のなかには再燃や急変リスクが高い方も多く、退院に向けて本人・家族の不安は大きい。退院後に関わる支援者とのカンファレンスを通じ、本人・家族の不安に寄り添う体制や状態変化時の対応方法など、本人・家族が安心して生活出来るように支援することが重要となる。

一般演題抄録

一般演題①【呼吸管理 ～いのちを救うために～】	A 1 ～ A 6
一般演題②【チーム医療・RST ～仲間と共に～】	B 1 ～ B 7
一般演題③【呼吸不全患者への包括的支援 ～患者さんに寄り添って～】	A 7 ～ A 11
一般演題④【生体情報・検査と評価 ～患者さんの事実をつかむ～】	B 8 ～ B 12
一般演題⑤【地域・在宅医療 ～大好きなお家で過ごすために～】	B 13 ～ B 17
一般演題⑥【パートナーシップ・協働 ～患者さんへの継続支援～】	B 18 ～ B 21

<A1>

Nasal high flow (NHF)により呼吸管理を行った ARDS の 1 例

○森川 卓洋、倉石 博、廣田 周子、荒木 太亮、山本 学、増渕 雄、小山 茂

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

症例は 65 才男性。X 年 11 月中旬に呼吸困難を認め、近医を受診。胸部レントゲン上両肺の浸潤影、低酸素血症を認めたため当院に紹介受診。10 月より半夏瀉心湯を内服していた。胸部 CT 上両肺広範囲にわたるすりガラス陰影、小葉間隔壁の肥厚、consolidation を認めた。WBC 6910、LDH 502、CRP 11.7、肺炎球菌、レジオネラ尿中抗原は陰性であった。P/F ratio は 200 であり、ARDS と診断し、Nasal high flow (NHF) を装着した。薬剤性肺障害、感染症の両面から治療を検討するため、気管支肺胞洗浄 (BAL) を行った。その結果、有核細胞数 269/ μ l、リンパ球 65%、好中球 5%、好酸球 12%、マクロファージ 18% とリンパ球優位の細胞増加を認め、薬剤性肺障害を強く疑った。しかし、かなり急性の経過で高熱もあり、感染症も否定できなかったため、NHF による呼吸管理を行いつつ薬剤を中止し、抗菌薬治療を継続した。ステロイドは使用しなかった。入院時の血中好酸球は 8.2% であったが、経過とともに上昇し、最大 25.9% まで上昇したことから、半夏瀉心湯による薬剤性肺障害と考えている。入院第 7 病日に NHF を離脱。第 12 病日に独歩退院となった。NHF 装着下で BAL は安全に施行でき、治療にも有用であった。

<A2>

成人期の福山型先天性筋ジストロフィー患者の長期経過
～ 7 年間の呼吸機能の変化について～

○小金澤 敦、深町 秀彦、林田 美江、黒岩 靖

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三才山病院

【はじめに】神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーションガイドラインでは、先天性筋ジストロフィーに対して、呼吸リハビリテーションを行うように勧められている。呼吸ケアに関しては咳のピークフロー（以下 CPF）の測定や機械による咳介助（以下 MI-E）の活用、最大強制吸気量（以下 MIC）の維持を推奨している。今回、当院の指定療養介護事業所に入所して 7 年が経過した福山型先天性筋ジストロフィー患者の呼吸機能の変化について報告する。

【症例紹介】福山型先天性筋ジストロフィーの女性。18 歳より当院指定療養介護事業所に入所。理解力は 5 歳児レベル、小学 2 年生程度の学習能力がある。夜間のみ非侵襲的陽圧換気療法（以下 NPPV）を行っている。

【経過】入所時より呼吸リハビリテーション（以下リハ）を行い、現在は MI-E を 1 日 3 回実施している。呼吸リハの内容として胸郭のモビライゼーション、MIC トレーニング、MI-E を実施してきた。定期的に呼吸機能の評価を行ってきた。入所から 7 年が経過し、肺活量（以下 VC）、CPF、MIC の変化をまとめると、VC は約 34% の低下、CPF は約 30% の低下を認めたが、MIC においては概ね維持することができていた。

【考察】福山型先天性筋ジストロフィーであっても、ある程度理解力があり、MI-E の導入や呼吸リハを行うことができれば、MIC を維持し NPPV での生活が可能であると考えられる。

◆ 一般演題①【呼吸管理～いのちを救うために～】

<A3>

CO₂ ナルコーシスに対するネーザルハイフローの使用経験 ～終末期での経験を振り返って～

○吉沢 忠史¹、三澤 恵美¹、藤田 正人²

¹ 安曇野赤十字病院 看護部 HCU、² 安曇野赤十字病院 救急部

【はじめに】ネーザルハイフロー（以下 NHF）は PaCO₂ < 50 とした II 型呼吸不全に対しては積極的に行われておらず、報告は少ない。今回、終末期の CO₂ ナルコーシスの患者に苦痛症状の緩和目的で NHF を使用し、意識改善がみられた症例を経験したため報告する。

【症例】A 氏 78 歳男性。慢性心不全、COPD、大動脈解離術後、気管切開術後で気管切開部瘻孔がある。訪問看護にて SpO₂ の低下を指摘され、受診。COPD 急性増悪の診断にて HCU に入院となった。

【入院後の経過】入院 4 病日目に pH:7.92 PaO₂:38.6torr PaCO₂:146.0torr と呼吸不全が増悪した。気管切開部瘻孔があることから NPPV の適応はなく、侵襲的治療の希望もなかったため終末期ケアへ移行となった。入院 5 病日目、呼吸に関する苦痛症状の緩和を目的に NHF の使用を看護師から医師に提案した。NHF 導入後、苦痛症状は緩和され、意識の改善が見られ、家族との会話や談笑ができた。しかし、病状は徐々に増悪し入院 14 病日目に他界した。

【考察】A 氏の気管切開部瘻孔がある特殊な状況下に、排痰効果などの NHF が持つ効果が重なり、換気効率が改善したことが意識の改善につながったと考えられた。その結果、患者の苦痛の軽減や家族との会話の実現でき QOL の改善ができた可能性があった。その過程は家族のニーズや受容にも好影響を与えたと考えられる。

<A4>

人工気道患者におけるネブライザ付酸素吸入器の 加温加湿性能の検証と今後の課題

○飯田 英明¹、藤原 拓史²、矢嶋 恵理¹、高尾 ゆきえ¹、市山 崇史³

¹ 信州大学医学部附属病院 集中治療部、² 信州大学医学部附属病院 臨床工学部、

³ 信州大学医学部附属病院 内科学第一教室

【背景】気管切開患者は上気道～気道粘膜による加温加湿機能を喪失している。当院では人工鼻で加湿が不十分な気切患者に対して、ネブライザ付酸素吸入器を汎用している。添付文書では理想的な加温・加湿が得られるとされているが、排痰障害で難渋する症例を散見する。実臨床におけるネブライザ付酸素吸入器の加温加湿性能を評価した報告は無く、詳細不明であり検討するに値すると考えた。

【方法】当院集中治療室の個室内で HUDSON RCI アクアサームⅢ^R、ネブライザ用アダプタ、アクアパック 700 (Teleflex 社製) を用いた。室内は空調設定: 25.5℃～27.5℃、実測温: 25.9℃～27.9℃とした。総流量は 39L、45L、50L の 3 種類、加温設定 3～7、熱線なし回路 14 セグメント (228cm) を標準とし、1 セグメント (16cm) ずつ短くして評価した。各条件における口元温、吹き出し温、絶対湿度をスカイネット社 MOISCOPE^R で測定。

【結果】ネブライザ付酸素吸入器を最良値は、吸気温度は 32.8℃、絶対湿度は 33.5mg/L だった。流量と回路の長さは機械の吹き出し温と口元温および絶対湿度に影響した。

【考察】実臨床で必要とされる加温、加湿の程度は吸気温度 37℃、絶対湿度 30-35mg/L であるが、今検討でネブライザ付き酸素吸入器では最適条件を再現できなかった。気道クリアランス障害の原因の一つとなり得るため対策を要する。

◆ 一般演題①【呼吸管理～いのちを救うために～】

<A5>

人工呼吸管理の下、残存機能を活かし、活動範囲拡大へ至った症例

○村仲 奈菜¹、向 真史²、山田 洋二¹

¹ 甲府共立病院リハビリテーション室、² 石和共立病院在宅リハビリテーション室

【はじめに】人工呼吸器管理下でのリハビリテーション（以下、リハ）において、理学療法は主要な要素であるが、運動療法以外のプログラムに関する報告は少ない。今回、進行性筋力低下からⅡ型呼吸不全に至り、長期人工呼吸管理となった症例を経験した。理学療法や多職種連携を通して「散歩をしたい」、「外の景色を見たい」という症例の希望を聴取し、間欠的な人工呼吸器離脱へ至ったため報告する。

【症例情報】80代女性。Ⅱ型呼吸不全の診断で気管挿管し当院へ入院。気管切開下人工呼吸へ移行したが、低換気の改善が乏しく、長期人工呼吸管理となった。MRCスコア21点、下肢優位の筋力低下。FIM運動項目13点、認知項目8点。

【リハ経過】第3病日より理学療法介入開始。身体機能回復を図ったが難渋し、大きな機能改善は困難であった。気管切開後より、残存機能で行えることを目標に定め、介入を行った。担当療法士、看護師とカンファレンスを随時開催し、現状機能やリハ目標の共有を行った。第85病日から明瞭な書字が可能となり、症例の詳細な希望を把握することができた。第107病日より人工鼻の使用を開始し、第117病日に車椅子離床、病室外へ移動し、最大1時間過ごすことが可能となった。

【まとめ】長期人工呼吸管理下でのアプローチにおいて、コミュニケーション手段の確立や間欠的な人工呼吸器離脱を図ることは患者のQOL向上のために重要であると考ええる。

<A6>

当院における急性期呼吸管理の現状と今後の課題

○星 力央¹、金澤 加奈子¹、中野 恵介¹、瀬崎 学²、梶原 大季³、
馬場 順子³、小山 建一³、三浦 理³、田中 洋史³

¹ 新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 医療機器中央管理室、

² 新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 リハビリテーション科、

³ 新潟県立がんセンター新潟病院 臨床部 呼吸器内科

【はじめに】がん診療連携拠点病院である当院はがん診療が治療の主体であり、従来呼吸管理は術後急性期が主であった。しかし High-flow-therapy (HFT) など利便性の高い呼吸管理法の進歩に伴いその件数は増加している。今回当院での呼吸管理の現状把握を行い今後の方針を検討した。

【結果】2018年度 IPPV：33件（予定抜管19件、継続管理症例14件）、NPPV：7件、NHF：27件。IPPVで継続管理を必要とした14件のうち内科系症例は3件、外科系の術後呼吸不全遷延及び再挿管が11件であった。NPPVは術後呼吸不全の他、SAS合併症例に対しての使用で短期間であった。HFTの使用は内科系18件、外科系9件であった。内科系は間質性肺炎に対する使用が18件中7件、感染性肺炎に対しての使用が6件であった。

【まとめ】今回の検討から年60件超の呼吸管理件数があり、適切な呼吸管理の必要性がうかがえた。一方ICUなどを有していないことから一般病床で呼吸管理に対応しなくてはならない点や、院内に呼吸管理を当該とする部門が無く対応が遅延しやすいことも大きな課題といえた。2019年度から当院でも呼吸サポートチームが稼働することになり、従来以上の呼吸管理が行えるよう検討を進める必要がある。

<B1>

多職種に向けたシミュレータ教育のニーズと課題について
～聴診・吸引のシミュレータ研修会を実施して～

○高岸 弘美¹、河西 富彦²、菱山 千祐³、乙黒 恵子⁴、山下 浩樹⁵、
小山 美佐江⁶、山田 洋二⁷、丸茂 砂百合⁸、金子 延枝³、西山 佐知子^{9,10}

¹ 山梨県立大学看護学部、² 白根徳洲会病院、³ 市立甲府病院、⁴ 山梨県立中央病院、
⁵ 甲州リハビリテーション病院、⁶ 大久保内科呼吸器科クリニック、⁷ 甲府共立病院、
⁸ 山梨県看護協会、⁹ 山梨大学医学部看護学科、¹⁰ JCHO 山梨病院

【目的】シミュレータを用いた多職種向け研修会についての今後のニーズや課題について明らかにする。

【方法】参加者アンケートからニーズや課題を抽出した。

【結果】参加 72 名、うちアンケートへの回答が 51 名 (70.8%) で、看護師 28 名、理学療法士 13 名、作業療法士 1 名、医療機器メーカー 1 名、介護福祉士 1 名、管理栄養士 1 名、大学生 5 名であった。参加理由は、「内容に興味があった」が 45 名であった。研修会は午後半日の開催で、前半は聴診や吸引、排痰介助についての講義、後半は 3 グループに分かれて、聴診、吸引、排痰体位をシミュレータ (聴診・吸引) と理学療法士の実技による演習を実施した。シミュレータを用いた演習への参加は、初めてが 33 名、2 回目以上が 12 名であり、満足 42 名、やや満足 2 名と満足度が高かった。自由記載から、「普段の業務では吸引や排痰介助を行う事がほとんどない」「あいまいだったことが明確になった」など普段の業務では経験できないことを経験でき、学びなおしの機会となったことが伺えた。

【考察】実技演習であり、使用できるシミュレータの台数に限りがあることや、参加者個々への丁寧な指導が求められるため、1 回の参加人数には限りがあることが課題である。また、指導者にも知識と技術が必要であり、指導体制づくりも重要である。今後は研修会の効果についてもさらに検証していきたい。

<B2>

人工呼吸器管理患者の気管切開チューブ逸脱事例からの学び

○向 真史¹、山田 洋二²、村仲 奈葉²、向山 雄基²、滝田 俊大²、和知 えり子²、奥平 千世子²

¹ 山梨勤労者医療協会石和共立病院、² 山梨勤労者医療協会甲府共立病院

【はじめに】近年、重症患者への早期リハビリテーション (以下、リハビリ)、早期離床の効果が示される中、より急性期からリハビリを開始するようになり、安全な介入が求められている。当院で発生した人工呼吸器管理患者のリハビリ実施中の気管切開チューブ逸脱事例を振り返り、その再発防止に向けての取り組みを報告する。

【経過】進行性の筋力低下から呼吸不全のため入院し気管挿管下人工呼吸となった 80 代女性。気管切開後 4 日目にリハビリのために理学療法士 2 名で離床中に気管切開チューブの逸脱事故が発生した。直後に医師により再挿入された。その後、医療安全管理室と RST を中心に事例を振り返り、「人工呼吸器下でのリハビリテーション基準」を点検し改定作業を行った。安全にリハビリを実施するために、基準の改定後、人工呼吸器管理の患者に対する早期離床の実施は、療法士と看護師、必要に応じて臨床工学技士の協働で行うことや記録方法の標準化を追記した。また、カルテ記載の具体的な方法を提示し、改定基準やバックバルブマスクの使用についての学習会を開催した。

【まとめ】今回の振り返りにより、これまで既存の基準が実臨床場面で十分に活用されず、安全管理の方法は個人の臨床経験に委ねられていたことが明らかとなった。人工呼吸器管理下の患者に対して、医療者が不安なくリハビリを提供するためには、安全基準を整備することが重要であると思われた。

<B3>

クリニカルパス使用経験の有無でみた病棟看護師の
在宅酸素療法導入患者への退院支援に関する実態調査

○阿部 貴宏、小林 千穂、金子 史代

新潟勤労者医療協会 下越病院

【目的】在宅酸素療法（以下 HOT）導入患者への退院支援の充実に向け、クリニカルパス使用経験別で病棟看護師による退院支援と多職種との連携の実態を調査した。

【研究方法】対象者は HOT 導入患者への退院支援の経験がある病棟看護師とし、2018 年 7～11 月に研究者らが独自に作成した自記式無記名質問紙により調査した。分析はパス使用経験の有群と無群に分けて比較した。

【結果】94 名（有効回答率 91.2%）を分析対象者とし、経験有群は 44 名（47.9%）、無群は 50 名（53.2%）であった。経験有群が無群よりも支援の割合が有意に高かった項目は「機器の取り扱い」「食生活」「疾患管理」（ $p<0.01$ ）、「酸素供給装置の環境調整」「療養生活」「社会資源の説明と調整」（ $p<0.05$ ）であった。両群ともに連携する職種に関し有意差はみられなかったが、経験有群では機器の取り扱い、動作指導、疾患管理などにおいてリハビリスタッフの割合が高くなり、全体として医師を選択する者の割合が低くなっていた。

【考察】クリニカルパス使用し介入する職種を明確にすることで、院内の多職種と連携を行いやすくなり、医師の負担を軽減する可能性が示唆された。これはクリニカルパスに各職種の役割が記載されることにより、それぞれの役割が明確化され情報交換が行いやすくなる事が影響しているのではないかと考えられる。

<B4>

信州呼吸ケアネットワークによる人工呼吸器シミュレーション教育の現状と課題

○市山 崇史¹、飯田 英明²、宮城 芳江²、高尾 ゆきえ²、道永 祐希³

¹ 信州大学医学部附属病院 呼吸器センター、集中治療部、² 信州大学医学部附属病院 看護部、

³ 信州大学医学部附属病院 臨床工学部

【背景】信州呼吸ケアネットワークは呼吸療法・呼吸ケア領域のスタッフの知識向上や交流を目的に、長野県内の呼吸ケアに携わる医療関係者有志で運営されている。長野県内でセミナーを年 3 回開催し、内 2 回はシミュレーションを主とする。参加者のアンケート結果と、同セミナーの現状と課題を供覧する。

【方法】2015 年度以降に開催した 6 回のセミナーのアンケートを集計した。

【結果】のべ 240 人の参加者の職種は看護師 67.8（± 11.8）%、リハビリ 21.8（± 12.1）%、臨床工学士 7.9（± 4.6）%、その他 2.5（± 1.7）% だった。経験年数は 5 年未満 33.1（± 7.3）%、6～10 年 30.3（± 10.4）%、11～19 年 28.3（± 5.2）%、20 年目以上 8.3（± 6.1）%、所属施設の 70% に呼吸サポートチーム（RST）があったが、RST に携わる参加者は約 17% だった。約 75% に人工呼吸器使用経験があり、約 50% がトラブルを経験していた。実習前に 43.3% が呼吸管理に対して強い不安を持っていたが、実習後 27.2% に減少した。呼吸管理に自信がある参加者も 4.2% から 14.5% に増加した。

【考察】シミュレーションは効果的な教育ツールだが、セミナーの参加人数は限られる。開催に十分な準備を要し、セミナー回数を増やすのも容易でない。指導スタッフがほぼ固定しており、新たな指導者育成も課題である。

<B5>

当院慢性呼吸器疾患患者会の紹介とその展望

○栗津原 周弥¹、江田 清一郎³、大澤 拓²、小林 聖子¹、中澤 由美子⁴

¹ 松本協立病院 外来、² 松本協立病院 師長室、³ 松本協立病院 呼吸器内科、

⁴ 松本協立病院訪問看護ステーションすみれ

松本協立病院には慢性疾患患者の患者会があり、呼吸器、循環器、糖尿病、乳癌などそれぞれ活動をしている。

当院の慢性呼吸器疾患患者会「あやめ会」は1995年10月に5名の患者から発足し現在も活動を続けている。

あやめ会では年2回の活動をしており、1泊の旅行、総会、学習会と日帰りの学習、交流企画が行われ患者同士、職員と大いに交流が図れる貴重な取り組みである。

当初は在宅酸素療法患者とその家族、遺族で会員を構成していたが2016年より発展させ、在宅酸素を使用していなくても慢性呼吸器疾患患者であれば参加できるものになった。

同時に毎月、医師、慢性呼吸器疾患看護認定看護師、外来看護、病棟看護、医事課で行われていた会議に訪問看護が加わる事で情報の共有が図られるようになり、在宅での患者の様子や問題点、外来に緊急受診する可能性がある方など普段の外来看護業務では得ることの出来ない情報を得る事で、外来看護として患者の状態、情報把握がさらに深いものとなった。またスタッフ同士の職種、職場を超えた繋がりも強くなった。

患者会活動を通じ、外来看護として他職場と連携を図りながら活動を続けてきた事と今後の展望をここに報告する。

<B6>

記憶力低下のある高齢患者に対する HOT・NPPV 導入の経験
～チームアプローチにおける作業療法士の役割の検討～

○夏川 由貴¹、布川 恭平¹、小林 将士¹、林 希味子¹、
五十嵐 啓子¹、戸嶋 信子²、小林 由美³、瀬崎 学⁴

¹ 新潟県立新発田病院リハビリテーション科、² 新潟県立新発田病院 ME センター、³ 新潟県立新発田病院看護部、

⁴ 新潟県立がんセンターリハビリテーション科

【はじめに】記憶力低下のある高齢間質性肺炎患者に対して多職種介入を行うことで HOT・NPPV の導入が可能となったので報告する。

【症例】70 歳代男性。石綿肺、間質性肺炎。13 年前から当院外来通院中。数週間前から息切れあり。HOT 導入目的にて当院入院。入院し酸素投与後、CO₂ 貯留がみられたため NPPV も導入となる。息子と 2 人暮らし。

【初期評価】上肢機能大きな問題なし。握力右 20.1 kg 左 19.0 kg。6MD 180m。HDS-R 16 点。MMSE 20 点。Rey 複雑図形 模写 25 点 即時再生 0 点。記憶力低下あり。

【介入経過】正しい手順で機器の使用ができるよう機器に手順の印をつけ、機器操作練習と確認を行った。看護師と情報交換を行い、問題点があればその都度、対応策を検討した。

【結果】HOT 手技は自立。入浴時の酸素流量変更のみ家族が実施。眠前の NPPV マスク装着、機器操作は自力で可能であるが夜間の再装着は不確実。酸素濃縮器から NPPV へのチューブの切り替えは家族が実施。不確実な項目は家族指導を行い、入院から 30 日後、HOT と NPPV を導入し自宅退院となる。

【考察】高齢患者における HOT・NPPV 手技獲得においては多角的な評価により、本人が可能なこと、家族の協力が必要なことを明確にする必要がある。記憶力が低下した本症例の機器導入には誤りをさせない学習法、環境調整、記憶の補助具の活用が有効だったと考える。

<B7>

酸素投与デバイスの選択について

○戸嶋 伸子、小林 由美、後藤 なおみ、夏川 由貴、阿部 静太郎、
竹内 寛之、太田 毅、富士盛文夫、牧野 真人、田邊 嘉也

新潟県立新発田病院

【はじめに】 高流量酸素システムの一つであるハイフローセラピー（HFT）の登場により、呼吸不全患者に対する酸素投与デバイスの選択肢の幅が広がっている。デバイスが多様化する事により能力や特徴を十分に理解していない状態で使用される場面を目にする事がある。そこで当院で使用しているデバイスを中心に、各種酸素療法がどのような症例に適するか比較、検討を行った。

【方法】 ①鼻カヌラや酸素マスク等の低流量デバイス② HFT、エアエントレナー等の高流量デバイス③非侵襲的陽圧換気(NPPV)

上記酸素療法の利点や欠点をデバイス別に整理し、適する症例や用途の評価を行った。

【考察】 ・低流量デバイスは簡便だが酸素濃度が患者の呼吸パターンに左右される。安定した酸素投与や加湿が必要ない患者に適する。・高流量デバイスは高い酸素投与能力を有し、十分なガス流量や加湿が必要な患者に適する。・エアエントレナーは HFT と比較すると精密な酸素やガス投与が不要で、加湿が必要な症例に適する。また呼吸不全患者移動時の選択が考慮される。・NPPV は差圧により換気補助を行い、Ⅱ型呼吸不全のように CO₂ が貯留する症例や、呼吸筋疲労症状が見られる場合に適する。

【まとめ】 デバイスの能力や特徴を理解した上で患者アセスメントを行い、状況に応じた適切なデバイスを選択し使用する必要がある。今後も安全面を考慮しながらデバイスを導入していきたいと考えている。

◆ 一般演題③【呼吸不全患者への包括的支援～患者さんに寄り添って～】

<A7>

身体活動性向上のための仕掛けづくりの試み ～「いきいきウォーキング」の開催について～

○中村 可愛¹、堀川 昌子¹、長岡 小夏¹、五十嵐 佳南¹、渋谷 悠旦¹、
上田 千遥²、加藤 智美²、筒井奈々子³、坂井 邦彦³

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 診療部

【はじめに】 呼吸器疾患患者の身体活動性向上のための仕掛けづくりの試みとして、2018年5月に開催した「いきいきウォーキング」について報告する。

【イベント概要】 ●目的：楽しく歩く、身体活動性向上のきっかけづくり。 ●内容：呼吸器疾患患者が自分のペースで安全にかつ楽しく歩く。 ●申込方法：事前申込制 ●安全管理 ・事前にウォーキングコースの環境確認。 ・当日の体調確認：実施前後に確認。実施中は常時パルスオキシメーター装着。 ・物品／備品：救急カート、給水所、休憩椅子、酸素ボンベ（予備）、車椅子等。 ・参加者1名に対し必ずスタッフが1名以上付き添う。コース内に医師・看護師が待機。 ●評価／反応：当日参加者へアンケートを実施。

【結果】 ●参加者内訳：人数：9名、平均年齢80歳。全例COPD、HOT使用5名(56%) ●参加者アンケート ・「普段歩く事が無いので良かった」、「少しずつ歩く事を増やしたい」などの回答あり。「今後も同様のイベントがあれば参加したい」が89%であった。

【まとめ】 今回、呼吸器疾患患者の活動性向上の仕掛けづくりの試みとして、参加者が「安心して楽しく歩く」をテーマに安全管理を最優先にイベントを開催した。参加者へのアンケートでは、歩行に対する前向きな回答が見られた。今後も呼吸器疾患患者の身体活動性向上のきっかけとなるような、仕掛けづくりを検討していきたい。

<A8>

入院中における呼吸機器管理の自立度向上にむけた関わり

○赤津 尚樹

松本協立病院

【はじめに】 高齢者の在宅退院にむけて、呼吸機器管理獲得が課題となることがある。今回、在宅退院に向けて呼吸機器管理について作業療法士（以下 OT）としての立場から症例と関わり在宅退院に至ることができたため、報告する。

【事例紹介】

事例A 課題：安静時・労作時の酸素流量変更が自立困難。 対応：家屋評価にて、最低限の動作となるよう環境調整実施。屋外活動は、呼吸に応じて自動で流量変更となるスマートドーズへ変更。

事例B 課題：活動量多いが、酸素ボンベ開閉やボンベ交換手技拙劣。 対応：ボンベ・流量計が一体型となったボンベへ変更。

事例C 課題：HOT・NPPV 導入となるが、施設入所にあたり自己管理が必要。 対応：カニューレルート元の脱着スムーズになるよう部品取り付け。切り替えのタイミングは施設職員に声掛け依頼。

事例D 課題：オートセットCS（以下 ASV）導入となるが、片麻痺でマスク着脱が自立困難。 対応：マスクバンドをマグネットタイプへ変更。バンドの一部を固定、片手でも脱着可能な動作を訓練。

【結果・まとめ】 高齢者の呼吸機器導入にあたり、新たな生活方法や機械の学習など課題となることが多い。在宅退院の課題として動作自立度の向上が必要な事例であった。OTとして理解しやすく安全に生活ができるように認知・身体機能を評価し、指導をしていくことが重要な役割だと考える。また、酸素機器のデバイスの多様性についても学習を継続することが大切と考える。

<A9>

LINQ 評価に基づいた間質性肺炎患者指導の試み

○神田 純平¹、佐藤 明美¹、玉木 夏美¹、柚木 寿江¹、熊谷 真記¹、
朝川 勝明²、岡島 正明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】 当院では、間質性肺炎（以下、IP）で入院した患者に対して、当病棟で作成したパンフレットを使用し、疾患や日常生活について指導を行ってきた。しかし、患者が必要とする内容の指導が行われているか評価できなかった。そこで、COPD 患者の自己管理能力評価ツールとして有用な LINQ を IP 患者に代用することで指導内容を評価し、課題を明確にすることを試みた。

【目的】 LINQ の結果より指導内容の課題を明確にする

【対象】 当病棟に入院した IP 患者の内、疾患の自己管理が可能な患者 5 名（特発性肺線維症 3 名、膠原病肺 2 名）（男性 3 名、女性 2 名、平均 73 歳）

【方法】 1. 指導の前後で LINQ 評価を行い、スコアを比較した

【結果】 自己管理のドメインにおいてパニックコントロールの項目が指導前後で改善傾向にあった。病気の理解度のドメインにおける予後に関する項目、運動および栄養のドメインでは改善に乏しい傾向にあった。

【考察】 今回の結果をもとに PT や栄養士と指導内容を再検討し、予後の理解が深まり、自身の体調管理に気づきやすいよう、パンフレットを改訂する予定である。今後、症例数を増やし、LINQ を使用することで、さらに IP 患者の指導内容の改善に繋げられるか検討していく。

<A10>

肺がん終末期患者の退院支援で大切なこと ～インタビューを通してみえた家族の思い～

○倉繁 貴文

社会医療法人 中信勤労者医療協会 松本協立病院 看護部

【はじめに】 終末期患者の残された時間を在宅で過ごす場合家族の支援が必要となる。肺がん患者は呼吸困難や疼痛を伴う為、患者を支える家族は不安や心配などの精神的な負担が多い。今回、肺がん終末期で自宅に退院した 2 名の患者の家族から自宅退院についての思いを聞き取った。退院支援の際家族はどのような思いを抱き、自宅への退院を受け入れたのかを知ること、今後の課題を明確にできた為ここに報告する。

【研究方法】 2 名の肺がん患者の家族に同内容のインタビューを行い、発言をカテゴリー別に分類した。

【患者紹介】 ① 70 歳代 女性 左肺大細胞がんで BSC 胸水、気胸を合併

② 60 歳代 女性 右肺腺癌で化学療法施行中に腹膜炎を発症

【結果】 『病状の受け入れ』『達成感と不安』『在宅療養の提案』『後悔』『在宅生活への望み』『家族への影響』『その他』の 7 つのカテゴリーに分類できた。

【考察】 家族は亡くなる直前まで病状の進行を実感できていないことから、医療者は家族がどのように病状を理解しているのかを確認し、伝えまた確認という作業を繰り返していくことが必要であると考え。また病状に対し不安や心配を抱いているが、具体的な内容を掘り下げ支援することが大切だと言える。その結果、家族は安心して患者を自宅に迎え入れ、患者と一緒に過ごし支えることで満足感や達成感を感じ、後悔のない在宅生活を送ることにつながったと考える。

<A11>

慢性呼吸器疾患患者に対する早期呼吸リハビリ介入の効果

○小福 美貴¹、篠崎 史郎²、抜井 佳代¹

¹ 社会福祉法人てまり、² 医療法人 しのぎき内科呼吸器科クリニック

【はじめに】 慢性呼吸器疾患患者の治療には、薬物治療等を含めた包括的呼吸リハビリテーションの介入が重要であることは周知の事実である。今まで、当クリニック医師により、在宅酸素療法患者に対する指導・準呼吸不全の患者にも初期の段階から治療方針の説明や指導を行っていた。しかし、個々の生活環境に違いがあり、内容也多岐にわたる為、月一回の外来診療時間内だけでは、不十分と考えた。3年程前より、医師の診療以外に看護師による個別的呼吸リハビリテーション外来を実施してきた。今回はその外来の実施内容について事例を含めて報告する。皆様にも情報共有させていただきアドバイスを頂きたい。

【呼吸リハビリ外来の目的】 包括的呼吸リハビリの今後の治療についての理解と自己管理能力の向上、治療に対するアドヒアランスの向上

【CATの推移】【考察】【今後の課題】 事例を元にご報告させていただきます。

<B8>

慢性呼吸器疾患と運動時低酸素血症に対する新たに開発された
装着型超小型酸素濃縮の効果

○川内 翔平^{1,2}、藤本 圭作³、佐野 真帆子⁴、大村 雄厚⁵、
斉藤 悠⁵、真島 和弘⁵、星崎 心吾⁵、石川 雄基⁵

¹信州大学 バイオメディカル研究所、²信州大学大学院 総合医理工学研究科、³信州大学 保健学科、
⁴信州大学大学院 総合理工学研究科、⁵株式会社 コガネイ 開発本部

【はじめに】現在新たな装着型かつ小型の携帯型酸素濃縮器(POC)の開発を目的とした共同研究をおこなっている。

【目的】①装着型小型 POC (新 POC) が従来の POC (現 POC) と比べ同等の効果であるか ②改良によって効果が改善したかを明らかにすることを目的にパイロット的に本研究をおこなった。

【方法】対象は慢性閉塞性肺疾患(COPD)、間質性肺炎(IP)、気管支喘息(BA)と診断されている信州大学病院の外来患者と運動時に S_pO_2 が 90% 以下となる健常人とした。運動時の最低 S_pO_2 を酸素投与なし、新 POC および現 POC による酸素 2L 投与下の 3 条件で比較した。評価方法はトレッドミルまたはエルゴメーターを用いた定常運動負荷試験、6 分間歩行試験とした。評価方法の選択は、トレッドミル歩行が困難な場合はエルゴメーター、エルゴメーターも困難な場合は 6 分間歩行試験とした。

【結果】対象者は COPD13 例、IP4 例、BA2 例、健常者 4 例であった。現 POC に比べ新 POC は酸素投与下における運動時の最低 S_pO_2 は有意差を示さず、平均最低 S_pO_2 は同等であった。改良前に比べ改良後の現 POC と新 POC の最低 S_pO_2 の差は $-1.9 \pm 1.8\%$ から $-0.06 \pm 2.0\%$ に減少した。

【結論】新 POC は現 POC と同程度の効果である可能性が示唆され、改良によって効果も改善した。継続して新 POC の有効等を検証する。

<B9>

間質性肺炎における 6 分間歩行試験の重要性

○筒井 俊晴、乙黒 恵子

山梨県立中央病院

6 分間歩行試験は運動耐容能評価に用いられる検査であり、COPD や心不全、肺高血圧症の分野では広く普及している。また肺切除やリハビリテーションなど治療介入前後の評価などにも用いられている。近年、間質性肺炎においても治療評価や運動耐容能評価に用いられるようになってきたが、臨床応用されているとは言い難い。看護師、理学療法士は医師の指示のもと検査を行うことが可能となったが、人手と時間を要する検査であるため、実臨床の場で定期的実践することは難しい。

当院では外来看護師が定期的に検査を行える体制を整え、間質性肺炎の病勢評価を主な目的として導入した。呼吸機能検査や画像検査などに加えて 6 分間歩行試験を評価することで、疾患進行の把握や早期治療介入の一助としている。当院での取り組み、成果について報告する。

<B10>

入院期間質性肺炎患者における6分間歩行テスト後の
SpO₂ Recovery Index は呼吸関連イベントの予測因子となり得るか？

○酒井 康成¹、山本 周平¹、保科 美穂¹、川内 翔平¹、市山 崇史²、花岡 正幸²

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

【目的】 入院期における間質性肺炎患者は拡散障害による動作時息切れや運動誘発性低酸素血症が著明である。本研究では、IP患者における6分間歩行テスト(6MWT)から得られたSpO₂ recovery Indexが呼吸関連イベントの予測因子となり得るかを検討した。

【方法】 入院期IP患者を対象とし患者背景、肺機能検査、6MWTなどを調査した。SpO₂ recovery indexと%DLcoの相関をPearson testを用いて検討した。次に、6MWTから得られたSpO₂ recovery IndexのCutoff値を求め、Kaplan-Meier法を用いSpO₂ recovery Indexが呼吸関連イベントの予測因子となり得るかを検討した。

【結果】 SpO₂ recovery indexと%DLcoは有意な相関を認めた($r = 0.684$, $P < 0.001$)。SpO₂ recovery IndexのCutoff値を4%とした場合、呼吸器関連イベントを予測するための指標として最も高い感度と特異度が得られた。Kaplan-Meier法の結果からSpO₂ recovery Indexは呼吸器関連イベントの有意な予測因子(Log-rank test, $P < 0.001$)であった。

【結論】 SpO₂ recovery Indexは酸素化能と相関が強く呼吸関連イベントによる再入院の予測に有用である可能性がある。

<B11>

間質性肺炎患者における大腿中央部筋厚測定の信頼性および妥当性の検討

○保科 美穂¹、山本 周平²、酒井 康成²、市山 崇志³、池上 章太²、堀内 博志²

¹ 株式会社ツクイ 塩尻広丘営業所、² 信州大学医学部附属病院 リハビリテーション部、

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】 間質性肺炎(IP)患者における超音波画像診断装置(エコー)を用いた筋厚評価の信頼性と妥当性を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】 対象は信州大学医学部附属病院で2017年6月から2019年1月までにIPと診断され、リハビリ依頼のあった入院患者27名54肢とした。方法は、エコーで大腿中央部の筋厚(cm)とハンドヘルドダイナモメーターを使用し膝伸展筋力を測定した。信頼性は筋厚測定における級内相関係数、妥当性は筋厚と膝伸展筋力をピアソンの積率相関係数を求めた。さらに年齢、KL-6を中央値で2群に分類し、妥当性に関してサブ解析を実施した。

【結果】 IP患者の年齢は 71 ± 8 歳、ステロイド使用率は78%、KL-6は 1379 ± 826 U/ml、大腿中央部の筋厚は 2.51 ± 0.8 cmであった。信頼性は級内相関係数0.933と良好であり、筋厚と膝伸展筋力との間に有意な正の相関($r = 0.51$)が認められた。さらに、年齢ならびにKL-6を2群に分けたサブ解析を実施したところ、KL-6低値群以外に有意な正の相関が認められた(KL-6低値群 $r = 0.39$ 、高値群 $r = 0.65$ および年齢71歳以下群 $r = 0.67$ 、71歳以上群 $r = 0.42$)。

【考察】 今回の結果からIP患者の大腿中央部筋厚の測定は高い信頼性が認められ、年齢に関係なく、また重症度の高い患者に対して筋厚は筋力と関連することが示された。

<B12>

多周波強制オッシレーション法による呼吸インピーダンスと 間質性肺疾患の病態との関係

○武市 尚也¹、藤本 圭作²

¹ 信州大学医学部附属病院 臨床検査部、

² 信州大学医学部 保健学科 検査技術科学専攻 生体情報検査学講座

【はじめに】 多周波強制オッシレーション法 (FOT) による呼吸インピーダンス測定は、呼吸抵抗が簡便に測定できる呼吸機能評価の 1 つとして近年臨床に普及しつつある。今回、間質性肺疾患 (IP) に対し、呼吸インピーダンスの各指標がどのような関係にあるか検討するため、健常者と IP 患者を気腫合併肺線維症群 (CPFE 群)、特発性肺線維症群 (IPF 群)、非特異性間質性肺炎群 (NSIP 群) の 3 群に分け各群の呼吸インピーダンス各指標を比較検討した。

【方法】 信州大学医学部附属病院にて FOT による呼吸インピーダンス測定、精密肺機能検査を同日に施行した健常者 36 名、IP 患者 112 名 (CPFE 37 名、IPF 30 名、NSIP 45 名) を対象とした。各群における呼吸機能各指標を比較検討した。

【結果】 IP のすべての群で健常者群と比較し、R5、Fres が有意に高く、X5 は有意に低い値を示した。IP 各群での比較では、IPF 群は健常者群、CPFE 群及び NSIP 群と比較して X5 及び Fres の呼気・吸気での呼吸性変動が乏しかった。

【結論】 IP 患者では健常者と比較し、呼吸インピーダンス各指標で有意差を認めたことから、気道病変あるいは肺の間質性の変化が呼吸インピーダンスへに影響を与えることが示唆された。X5 及び Fres は肺の de-recruitment、肺気量の減少、肺弾性抵抗を表すとされ、IP 群ではこれらの要因によると考えられる。

<B13>

訪問リハ・訪問看護の連携により、安全な酸素取扱いや入浴動作が
獲得できたCOPD症例

○堀川 昌子¹、丸谷 温¹、蒲澤 幸子¹、中村 可愛²、筒井 奈々子³、坂井 邦彦³

¹臨港訪問看護ステーション、²新潟臨港病院リハビリテーション科、³新潟臨港病院内科

【はじめに】今回、入院中の指導が生かされず、退院後も自己流の酸素取扱いや入浴時酸素はずしをしていた症例に対し、訪問リハ・訪問看護の連携により、安全な酸素取扱いや入浴動作が獲得できた COPD 症例について報告する。

【症例】80 歳代男性、COPD、アスベスト肺、関節リウマチ、要支援 2、次男と 2 人暮らし（日中独居）。6 年前 HOT 導入。日中同調式、夜間連続式酸素使用。終日連続式酸素に変更試みるが、受入れ不良で日中同調式酸素に戻し、SpO₂ 低下あり。次男帰宅前に一人で入浴し、入浴時酸素はずしあり。2018 年 X 日、気管支炎で当院内科入院（9 日間）。・入院前：口呼吸優位で同調式酸素に同調できておらず。入浴時、酸素をはずさないよう指導するが、受入れ不良。デイサービス利用は拒否。・入院中：連続式酸素での病棟入浴動作は SpO₂ 90% 以上維持。洗体や洗髪動作が息苦しく、道具の工夫で楽になる。・退院後：入浴時酸素はずし同様。訪問看護よりシャワー椅子貸し出し、訪問リハでは楽な入浴動作の指導、酸素の必要性を教育。その後、入浴時酸素はずしせず、日中も連続式酸素を使用するようになった。また入浴道具を工夫し、楽な入浴法を自ら実践できるようになった。

【まとめ】自己流の酸素取扱い、入浴時酸素はずしのある症例が、訪問リハ・訪問看護の連携により、酸素取扱いが改善されただけでなく、主体的に楽な入浴法を実践できるようになった。

<B14>

非がん性呼吸器疾患患者を在宅で看取る際の考察

○西澤 ひろ美、小林 俊夫

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

【目的】非がん性呼吸器疾患患者に ACP に基づいて、在宅での看取りを行った症例を経験した。今後の在宅での看取りについて考察する。

【症例】B 氏 80 歳代 男性 COPD 数回の入院歴あり。呼吸困難増強、食事量低下と終末期となったが入院を拒否し、死亡 3 週間前まで看護呼吸器外来に通院し、「家に居たい、どうせ死ぬなら家で死にたい」と強く訴え不変であった。その思いを主治医・在宅訪問スタッフと共有し、希望通り自宅で最期を迎えることができた。

【終末期ケアの実際】安定期には、B 氏と終末期についてやりとりはあったが漠然としたものであった。しかし病勢が進行し、終末期になると B 氏の希望は具体的になり、訪問看護介入により呼吸困難感に対しオピオイド使用、食事量低下へは CV から高カロリー輸液、家人の精神面のフォローなどを行い、B 氏の望む自宅で最期を迎えることができた。

【考察と結論】患者が在宅での最期を希望しても、現実的には家族の不安や負担は大きく患者の希望が叶わないことが多い。看護呼吸器外来を通し B 氏が思いを表出できたことから始まり、家族の不安を最小限にできるよう取り組み、何より家族が患者の希望を受け入れたことが B 氏の在宅での看取りに繋がったのではないかと感じた。

ACP に基づいて「在宅での看取り」を円滑に進めて行くためには、患者および家族の希望をよく聞き、信頼関係の元で実施していくことが重要な視点と考えられた。

<B15>

高齢 COPD 患者の身体活動支援を通じて QOL の維持向上を試みる遠隔支援システム開発

○大橋 千里¹、秋口 俊輔¹、高師 修治²、大平 峰子²

¹富山高等専門学校、²東長野病院

COPD 患者は日常生活行動時の呼吸困難等の症状から、日常生活活動に身体的な制約が生じ、身体活動量の減少により運動耐容能が低下することが明らかになっている。それに伴い、健常な社会生活を営むことが困難な状況が、抑うつ傾向などの心理的障害を引き起こすなど、様々な場面での QOL の低下が懸念される。日本では、COPD 患者の多くは高齢者であり、このような状況は加齢に伴う心身の変化と社会的・環境的な要因が重なり合うことで引き起こすフレイル進行のリスクをさらに高める可能性がある。

我々は、在宅 COPD 患者の日常身体活動を遠隔支援することで、患者の QOL の維持向上を図ることができる支援システムの開発に取り組んでいる。歩行距離と歩数の測定およびデータの自動送信が可能なアプリを開発し、インストールしたスマートフォンを患者に利用してもらい、遠隔のパソコンから支援者がデータを確認し、患者に結果と助言をスマートフォンにフィードバックをする。このシステムのサイクルを継続することで、在宅患者と支援者のコミュニケーションがより良好になり、運動療法実施の内的動機を維持するだけでなく、患者の社会生活からの孤立感・孤独感を軽減し、結果として身体面だけではなく心理的・社会的 QOL の維持向上をサポートすることを目指している。そこで本研究は、プロトタイプの本システムを用いた支援介入実験の事例報告を行う。

<B16>

ネーザルハイフローで在宅生活が実現できた 1 事例からの学び

○小林 菜乃

社会医療法人 中信勤労者医療協会 松本協立病院

【はじめに】IPF によって高流量酸素が必要となり NHF が導入となった患者と関わった。患者は自宅での療養を希望したが、医療依存度が高く様々な調整が必要であった。症例が少ない中で安全性を考慮し自宅で過ごせる様にする事の難しさや、家族の不安や介護負担を軽減し在宅生活に向けて支援する事の重要性を学ぶことができたため報告する。

【患者紹介】70 歳代 男性 主病名：特発性肺線維症 肺高血圧症合併

【結果】在宅で NHF を使用するために酸素量を評価し、7L 濃縮器 4 台で対応可能であることが分かった。しかし、濃縮器 4 台置きは全国にもほとんど症例がないため、安全性を考慮し、病室・自宅で実際に試運転し回路の異常もなく稼働させることができた。また、医療依存度が高く、介護負担が大きい事で妻は不安があった。そのため訪問看護の介入回数増加、ヘルパーを導入と緊急時の対応を細かく示したアクションプランを渡し不安軽減を図った。

【考察】事例が少ない中で安全に帰るためには様々な準備が必要で、1 つ 1 つの問題を解決していくことが大切。現時点では在宅用 NHF を在宅で使用することは診療報酬の問題や機器管理等問題は多く上がる。一刻も早く在宅で安心して在宅用 NHF が使用できるように制度が整うことを望む。緊急時の対応を作成し提示したこと、訪問看護の介入を増やし医療者が患者の状態や機器のチェックをする事で在宅生活への安心につながったのではないかな。

<B17>

COPD 病病連携パスを円滑に運用する連携指標の設定

○小林 俊夫¹、平林 久美¹、出浦 弦²、吾妻 俊彦²、
西澤 ひろ美¹、滝澤 弥恵¹、石合 秀義¹、小松 孝子¹

¹ 鹿教湯病院、² 信州上田医療センター

【目的】 2015年4月より「信州 COPD リハビリ連携パス」(以下 COPD パス)が、急性期の A 医療センターおよび B 医学部附属病院と C リハビリ病院との間で締結され運用が開始された。COPD パスは、急性期治療からリハビリ病院まで一貫した治療計画に基づいて、診療を継続することを目指した。パスには、概括的な予後予測を示す連携指標を導入した。患者家族や入退院業務を担当する事務職員がリハビリの必要性和リハビリ入院期間を容易に理解できるように工夫した。連携指標の内容は急性期治療が終了した時点で、軽度から最重度まで4段階に評価し、それぞれの段階に対して必要なリハビリ入院期間を2週間から8週間を設定した。今回、COPD パスを適応した15例を対象として、連携指標の有用性について検討した。

【結果】 ①患者家族および連携作業に携わる事務スタッフが患者の呼吸障害の程度について共通認識を持ち転院連携が円滑に進行した。 ②リハビリ病院の在院日数は連携指標が軽度(1名):35日、中等度(3名):66.3日、重度(5名)41.8日、最重度(6名)69.1日であった。連携指標の設定した予定日数より延長した。

【総括】 連携指標を導入したことにより、病病連携が円滑に行なわれた。

◆ 一般演題⑥【パートナーシップ・協働～患者さんへの継続支援～】

<B18>

喫煙により COPD 急性増悪を繰り返す患者の禁煙教育の 1 例

○川元 幸¹、黒部 綾香¹、佐藤 弘一¹、山下 浩樹¹、関谷 宏美¹、小林 史和¹、大久保 修一²

¹ 甲州リハビリテーション病院 呼吸リハチーム、² 大久保呼吸器内科クリニック

【はじめに】包括的なチーム医療の中で、禁煙に難渋する COPD 患者への看護師の禁煙指導、生活指導を振り返る。

【データ収集期間】2017 年 1 月 19 日～2019 年 1 月 16 日

【事例紹介】75 歳男性。COPD で HOT を導入し自宅で生活していたが喫煙を契機に呼吸器症状が悪化し入院。過去に何度も禁煙に失敗。妻との家族関係も悪化。

【看護師の関わり】入院時はニコチンへの依存、教育入院への精神的ストレス、家族関係の悪化の問題点を挙げ、退院後の禁煙継続を目標に掲げた。禁煙をするよう一方的に強要せずに患者を信じ、訴えを傾聴し、共に悩み考えた。退院後も呼吸リハ外来での継続指導を行なった。

【結果】退院後も禁煙継続が出来ており家族関係も修復した。体重は BMI16 前後で維持出来ている。禁煙前より禁煙後の方が急性増悪の頻度が増加したが安定時の CAT は低下した。

【考察】禁煙を患者に強制せず、喫煙をしてしまった患者を認め、共に禁煙を継続出来るような肯定的・共感的な関わりや、患者の急性増悪・呼吸困難感への不安、患者を孤立させず、見守ることが出来るような環境が退院後も禁煙を継続出来た理由として挙げられる。また、CO2 ナルコーシスにより入院後、急性増悪の頻度は増加したが、安定時の CAT は禁煙後は低下した。禁煙が呼吸困難感の軽減に繋がっているが、一度低下した呼吸機能を元に戻すことは容易ではないことが示唆された。

<B19>

食事意欲低下・進行する体重減少のある慢性呼吸不全患者への栄養・食事支援

○中野 絵梨

松本協立病院

【はじめに】慢性呼吸不全患者は、食事摂取量の低下や体重減少が見られることが多く、栄養・食事支援の重要度は高い。食事意欲の改善・摂取栄養量の増加・体重増加を目的として実施した外来栄養食事指導の事例を報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮し、本事例を発表することを本人、家族へ説明し同意を得た。

【事例】76 歳男性 診断名：特発性肺繊維症 身長 170cm 体重 54kg BMI18.6kg/m² 月 1 回外来定期受診あり 外来主治医より栄養食事指導指示にて介入

【経過】健常時体重 75～76kg、2～3 年前から体重減少を自覚。現在も進行する体重減少に対し本人、奥様共に不安あり。半年前から食欲も低下。義務的に食べ、食事の楽しみを持てず食事意欲も低下。食事は 1/3 程度へ減少していた。食事量の増加は困難と検討し、栄養補助食品の導入、効率良く栄養が摂れる食事の工夫の提案などを継続的に実施した。

【結果】食事量・エネルギー摂取量の増量により体重 58kg と半年間で約 4kg 増加した。食事量の負担感も軽減され、美味しいという発言も聞かれるようになった。

【考察】体重を増やしたいという本人の思いも強かった。負担や嗜好を考慮して提案した栄養補助食品や食事の工夫点などを患者に受け入れてもらうことができた。今後も患者の抱えている不安や食事に対する思いを共有し寄り添う支援を続けていく。

◆ 一般演題⑥【パートナーシップ・協働～患者さんへの継続支援～】

<B20>

日帰り温泉施設での肺年齢測定を試み

○高野 盛子¹、石川 朗^{2,3}

¹ 飯綱町包括支援センター、² 神戸大学大学院保健学研究科、³ 北信ながいき呼吸体操研究会

【はじめに】これまで当センターでは在宅医療・介護連携推進のためにさまざまな取り組みを行ってきた。その中で課題として COPD の啓蒙が浮かんできた。今回啓蒙活動の第一歩として町内日帰り温泉施設内で無料肺年齢測定を試みた。その結果を報告する。

【研究期間】2018 年 12 月から 2019 年 1 月末までの土曜日午後計 7 回

【対象・方法】日帰り温泉施設「天狗の館」来館者で肺年齢測定を希望した者に喫煙歴など質問票を記入してもらい、肺機能検査を施行した。

【結果】合計 7 回調査にて 75 名実施。男性：女性(49:26) 平均年齢 60.64 ± 13.83 歳

BMI：23.14 ± 3.02 喫煙歴有：無(48:26) 1 秒率 75.60 ± 8.11

【考察】対象者が入浴目的で来館したものであったため平均年齢は低く、測定希望者は喫煙歴有が無の約 2 倍であった。BMI、1 秒率は保たれていた。しかし 1 例は検査結果を知って、その後自ら受診し通院治療に至った。75 名中 1 名ではあったが、潜在的患者が多いとされる COPD の啓蒙活動の意義はあったのではないかと考える。

<B21>

慢性呼吸器疾患患者に対する運動療法の取り組み ～訪問看護・リハビリ・通所介護の連携を通して～

○山岡 俊二¹、抜井 佳代¹、田中 美菜子¹、峯尾 秀子²、篠崎 史郎³

¹ 社会福祉法人てまり 訪問看護ほっとステーション、² 社会福祉法人てまり デイサービスここたいむ、

³ 医療法人深聖会 しのだき内科呼吸器科クリニック

【はじめに】訪問看護を行っていく中で患者個々の運動意欲も異なり、日々の生活の中へ運動を取り込み継続していくことが困難な事例も多くいると感じていた。連携法人 しのだき内科呼吸器科クリニック 篠崎医師によると、「診察へ来た際、呼吸リハビリ外来は受けてくれるが、それだけではコントロール不足を感じ、訪問看護を紹介したいが、自宅へ来られることを拒む患者もいる。」と訪問看護の導入が困難な事例もいるとの意見も聞かれた。

2016 年に当法人では、リハビリを中心とした半日型通所介護を開設し、通所での慢性呼吸器疾患患者に対する呼吸リハビリも行っている。訪問看護・リハビリ・通所介護と連携することで、今までそれぞれが抱えていた課題への展望が見えてきた。症例を通して経過をまとめたので報告する。

【おわりに】慢性呼吸器疾患患者は高齢者が多く、セルフマネジメントに時間がかかる。訪問看護では、病気の理解・薬物療法・栄養指導・在宅酸素療法等、多くの課題があり、呼吸法は早めに取り入れても、運動療法が後回しになりがちであった。通所介護と連携する事で、定期的な運動機会の確保、他者との交流から社会活動にもつながった。通所介護では個別の指導が手薄になること、自宅内での行動確認・指導が難しかった。訪問看護と連携することで個別指導を重点に行えるようになった。個別化された包括的介入を充実させることでセルフマネジメントの向上につながると感じた。

協賛社名一覧

■セミナー共催

チェスト株式会社
株式会社星医療酸器

ノバルティスファーマ株式会社
フクダライフテック北信越株式会社

■吸入ハンズオンセミナー協賛

アストラゼネカ株式会社
杏林製薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
MSD 株式会社

大塚製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
ノバルティスファーマ株式会社

■企業プレゼン

グラクソ・スミスクライン株式会社
フクダライフテック北信越株式会社

帝人在宅医療株式会社

■企業展示

エア・ウォーターメディカル株式会社
帝人在宅医療株式会社
株式会社フィリップス・ジャパン
株式会社星医療酸器

グラクソ・スミスクライン株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
フクダライフテック北信越株式会社

■広告

グラクソ・スミスクライン株式会社
アストラゼネカ株式会社
杏林製薬株式会社
株式会社成進社印刷
中外製薬株式会社
株式会社日本広告
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
フクダライフテック北信越株式会社

株式会社バルトメディカル
株式会社上條器械店
塩野義製薬株式会社
第一三共株式会社
帝人在宅医療株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
株式会社星医療酸器

(順不同)

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会甲信越支部 第5回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。

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 甲信越支部 第5回学術集会
会 長 江 田 清一郎
(社会医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院 呼吸器内科 診療部長)

