

第3回徳島県地域包括ケアシステム学会

学術集会プログラム・抄録集

The Japanese Journal of Tokushima Society of Community-based Integrated Care System

日時：2019年8月25日(日)

会場：徳島大学蔵本キャンパス 大塚講堂



大会長	徳島大学病院
実行委員長	徳島大学大学院
準備委員長	徳島大学大学院

加藤 真介
白山 靖彦
柳沢 志津子

目次

大会長挨拶	--- 1
開催概要・ポスター演題発表要項	--- 2
プログラム	--- 3
会場案内	--- 7
講演抄録	--- 1 0
ポスター発表抄録	--- 2 2
団体・賛助会員紹介	--- 5 2
編集・発行	--- 5 5





—包括ケアを支える個のちから— ご挨拶

第3回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会
大会長 加藤真介（徳島大学病院副病院長）

リハビリテーション医療では多面的な障害をもつ方に対して、多職種連携が重要であるのはいうまでもありません。英語では multidisciplinary team approach という言葉が使われますが、multidisciplinary に替わって transdisciplinary という言葉が使われるようになってきました。この二つの言葉はよく似ていますが、後者には、領域を越えて問題に対して取り組むというニュアンスがあるようです。日々の臨床では、障害を克服するのに必要な職種がいつも揃っているわけではありませんし、それぞれの職種にしても全ての病態に精通しているという訳ではありません。Transdisciplinary という言葉には、垣根を作らずに足りない部分を補いあい、患者・家族のために活動するという気持ちが込められていると解釈しています。

地域包括ケアでも多職種連携が基本であることは申すまでもありません。限られた資源を最大限に活用し、住民・地域社会を活性化するためには、個々の transdisciplinary な活躍が不可欠です。しかし、地域包括ケアの現場では、病院内でのリハビリテーション医療とは比較にならない現場力が要求されると思います。そのためには、個々の力の充実が非常に重要であると考えています。

そこで今回学会を担当するにあたり、テーマを「包括ケアを支える個のちから」といたしました。特別講演には、島根県、そして東京からコミュニティナースの育成・普及に努める矢田明子さんをお迎えしました。それに先立つ午前のセッションでは、徳島県内の各職種の主だった方に地域包括ケアに必要な個の力についてお話しいただきます。ここでは、参加者おひとりおひとりに多くのことを感じ取っていただくことができるのではないかと考えております。また、鎌村先生には現在の動向を、三好市のチームには地元での取り組みを教えてくださいますので、チームとして向かうべき方向性についてのアイデアを得ていただければと考えています。

徳島県包括ケアシステム学会はそれぞれの職種の専門性を高めるだけでなく、他の職種の活動・今後の方向性を知り、個の力を磨く絶好の機会です。本学会を未体験の方もお誘いあわせの上、多数のご参加をお待ち申し上げております。

開催概要

会期	2019 年 8 月 25 日(日) 9:00-18:00(受付開始は 8:00)
参加費	参加費：事前参加登録者 1,000 円／当日参加者 1,500 円／学生 無料 * 個人会員にはホームページ上からいつでもご加入できます。
会場	徳島大学蔵本キャンパス 大塚講堂 〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町 3-18-15 当日の緊急連絡先 090-8544-9605 (実行委員長 白山携帯番号)

参加者のみなさまへ

- ・ プログラム・抄録集は受付にて配付いたします。
- ・ ランチョンセミナーは、事前申込みが必要となっておりますのでご注意ください。お申込みの方は受付でランチョンセミナー券をお渡しします。
- ・ 駐車券が必要な場合は、受付で 100 円券をお渡しします。
- ・ 本学会では軽装(クールビズ)での参加を推奨しております。

演者のみなさまへ

- ・ 講演者(ポスター発表の方を除く)の方は、8 月 19 日(月)までにパワーポイントファイルを事務局までお送りください。容量が大きい場合は「宅ファイル」などをご活用ください。
- ・ 発表形式は、OS Windows 10 Power Point 2013, 2016 です。
- ・ 発表する 5 分前までに次演者席にお越しください。
- ・ PC 操作は、発表者自身で行います。
- ・ ポスター発表者は、ポスター発表要項を熟読してください。

懇親会参加のみなさまへ

- ・ 会場は、病院西病棟 11F「Sora」で行います。
- ・ 原則、事前申込み方のみの参加となっています。
- ・ 会費は 1,000 円です。Sora 前の受付で徴収します。
(お茶・軽食 *ノンアルコールとなっています)

展示業者のみなさまへ

- ・ 8 月 25 日(日)当日の朝に必ず受付を済ませてください。
- ・ 前日の準備搬入は、24 日(土)13:00-15:00 の間に行ってください。
- ・ 当日の準備搬入は、8:00 から可能です。直接展示場へ行ってください。
- ・ 電源の確保、延長コードなどは、業者の方で準備してください。
- ・ 机などの片付けは、事務局の指示に従って行ってください。

プログラム

大塚講堂

8:00	受付開始（1階 玄関）	
9:00	<u>大会長・理事長・来賓挨拶</u> （大ホール）	
9:15-9:30	<u>教育講演 I「包括ケアの動向と徳島発の取り組み」</u> 座長 吉野川病院	（大ホール） 永廣 信治
	演者 徳島県保健福祉部	鎌村 好孝
9:30-10:15	<u>教育講演 II「個のちから」</u> （大ホール） 座長 徳島大学名誉教授 演者① 阿南医療センター 演者② 徳島市医師会居宅介護サービスセンター 演者③ NPO大きなエプロン	多田 敏子 多田 悦尚 荻田 靖子 手川ヒロコ
10:15-11:15	<u>シンポジウム「三好市の取り組み」</u> 座長 鳴門山上病院 演者① 三好市医師会 演者② 三加茂田中病院 演者③ 徳島県看護協会	（大ホール） 山上 敦子 内田 知行 寺野 誠 稲井 芳枝
11:15-12:15	<u>1回目ポスター発表・展示</u>	（2階ホワイエ・ホール）
12:15-13:15	<u>ランチョンセミナー</u> （2階 小ホール） 座長 徳島大学大学院 「これだけは知っておこう！栄養管理の基礎知識」協賛(株)大塚製薬工場 演者① 徳島大学大学院 「口腔ケアを見直す」 演者② 徳島大学大学院	白山 靖彦 濱田 康弘 協賛(株)モリタ 市川 哲雄
13:30-14:30	<u>特別講演「地域で活躍するコミュニティナース」</u> 座長 徳島大学病院 演者 Community Nurse Company 株式会社	（大ホール） 加藤 真介 矢田 明子

14:30-14:35	<u>次期大会長挨拶</u> (大ホール) 徳島県	鎌村 好孝
14:45-15:45	<u>2 回目ポスター発表・展示</u>	(2 階ホワイエ・ホール)
16:00-16:30	<u>表彰・大会長閉会挨拶</u>	(2 階ホワイエ・ホール)
17:00-18:00	<u>情報交換会</u>	(徳島大学病院西病棟 1 1 階レストラン Sora)

* 団体から付与される生涯認定単位等に関しましては、当該団体の方にお問合せください

【ポスター演題発表者の皆様へ】

1. ポスター掲示

- 発表者は総合受付を済ませ、午前9時までに各自の演題タイトルが貼付されているパネルにポスターを掲示してください。（演題番号は抄録集に記載しております）。ただし、午前9時までに間に合わない場合は、事前に事務局までご連絡ください。
- ポスターを貼る押しピンは学会事務局で用意いたします。
- パネルに発表者を示すリボンを貼っておきますので、ポスター討論の時間中（11時15分から12時15分と14時45分～15時45分）は胸につけてください。
- ポスター討論の時間中は各自のポスターの前で待機し、参加者からの質問対応や説明を行ってください。
- 今年度から午前と午後に2回（各60分）のポスター討論の時間を設けています。発表者はいずれの時間もご自身のポスター前で待機をお願いします。
- ポスターは、閉会式・表彰終了後、速やかに撤去をお願いします。

2. ポスターの形式

- パネルの大きさは縦 180 cm×横 120 cmです。次頁の見本を参照し、パネルに収まる大きさで作成してください。但し、見本は縦 180 cm×横 90 cmとなっています。
- 「演題番号」、「タイトル」、「発表者氏名」、「所属」を記載した縦 20 cm×横 90 cmの帯につきましては、事務局の方で作成し、事前にパネル上部に貼付しておきますので、各演者の皆様はそれ以外の部分をご準備ください。
- ポスターには目的・方法・結果・考察・結論・参考文献などの必要事項を簡潔にわかりやすく記載してください。なお、文字の大きさは自由ですが、2m離れたところからでも明確にわかるように作成してください。
- 個人情報の保護、研究倫理の遵守にもとづく文言を本文中に必ず明記してください。例「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、本研究を実施した」
- 応募演題の中から、特に優秀なポスターに対して学会理事長より表彰を実施します。

<ポスター見本>

※上部 20 cm×90 cmの帯につきましては事務局で準備いたします。

「タイトル」「発表者氏名」「所属」の部分を各自で準備される必要はございません
のでご注意下さい！

90cm

20cm {

P-01 特定健診受診者に対する□□を用いた◇◇の取り組み
徳島●子¹⁾ 眉山●男²⁾ 吉野川●郎¹⁾ 勝浦●美¹⁾
1) ○○○市保健センター 2) ○○○○クリニック

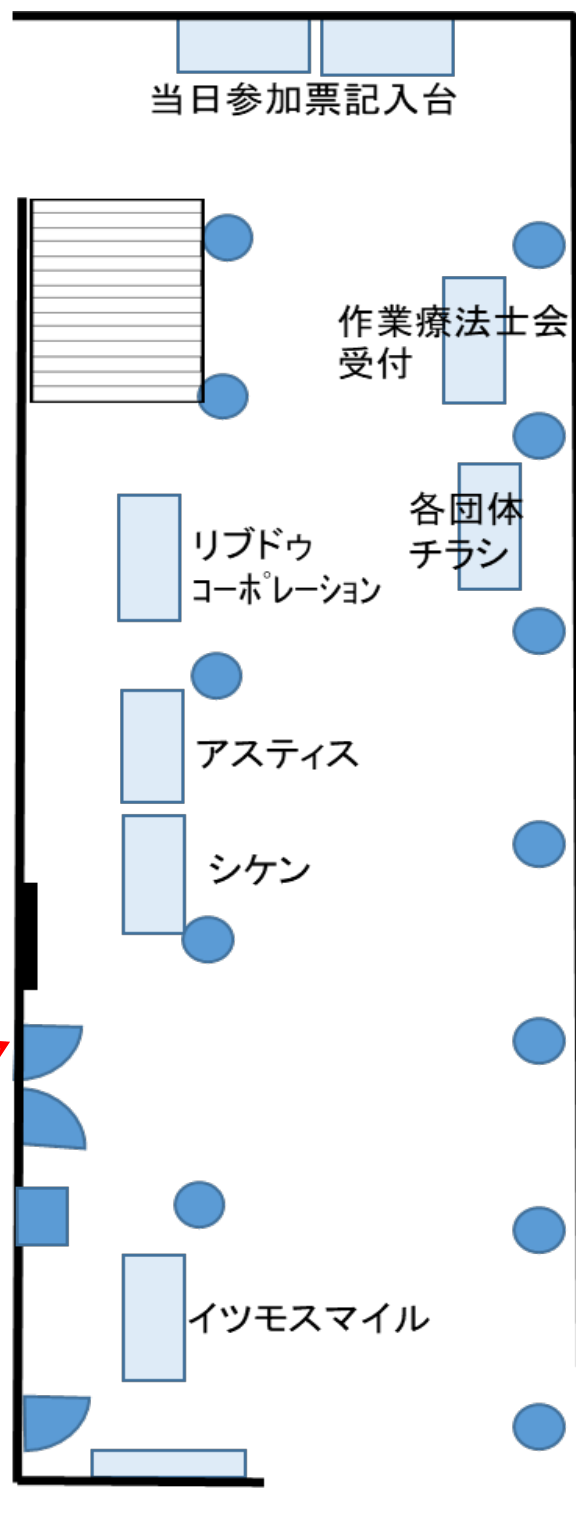
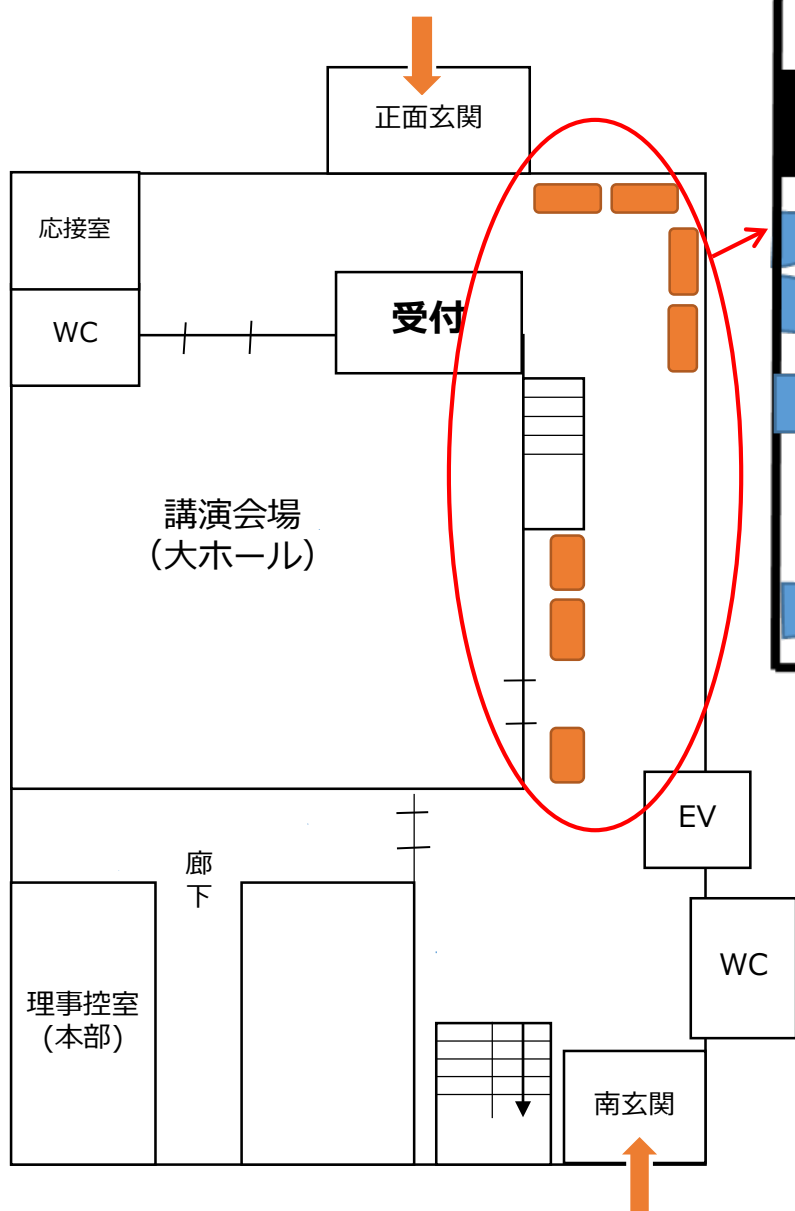
A3	A3
A3	A3
A3	A3
A3	A3
A3	A3

会場図

大塚講堂
1F

講演会場

企業展示



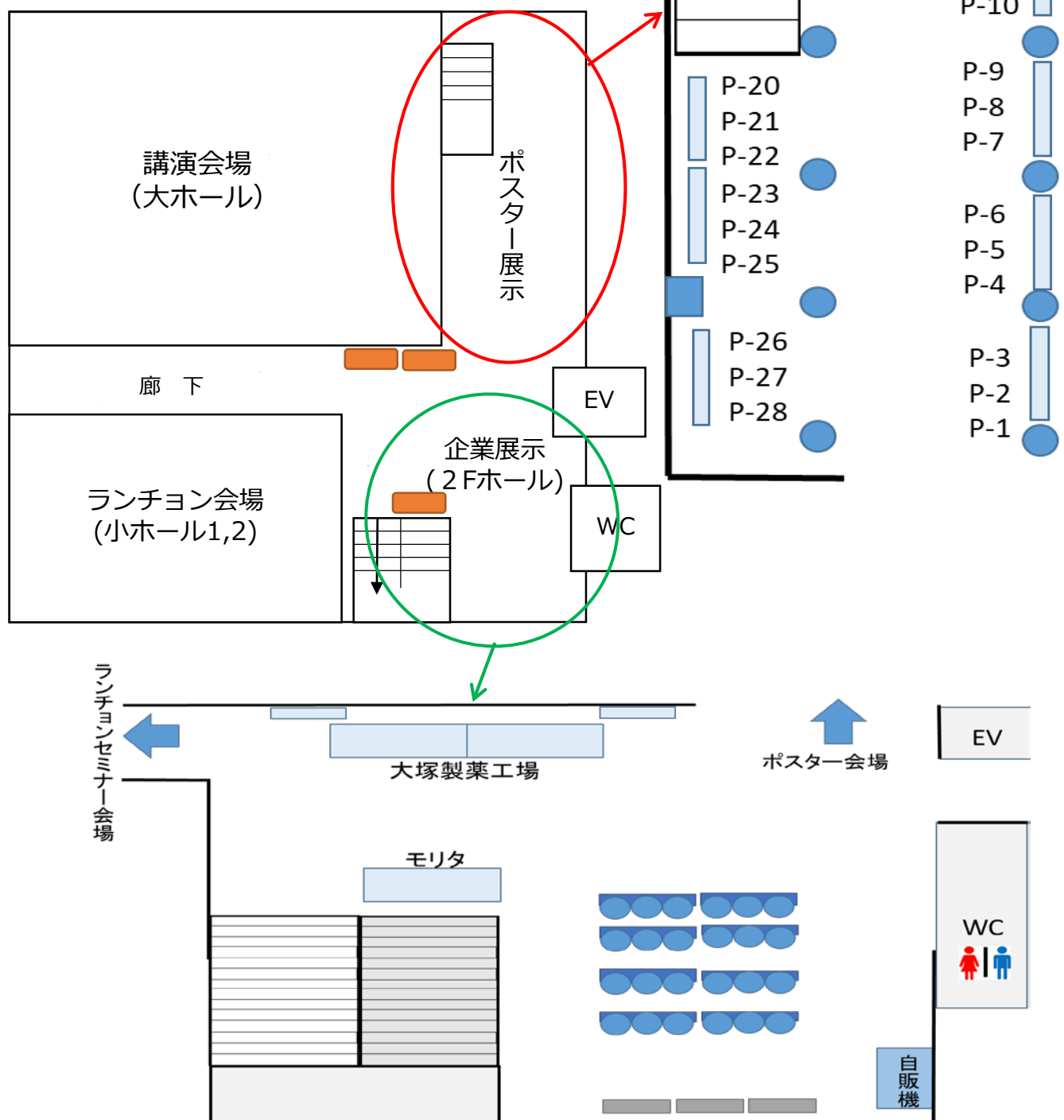
会場図

大塚講堂
2F

ランチョン会場

ポスター展示

企業展示



懇親会 会場
休憩スペース
ルート案内図

＜懇親会会場＞
西病棟11階
レストランSora



＜休憩＞
医学基礎A棟 1F
大学生協くらら前イートスペース

講演抄録

教育講演Ⅰ 「包括ケアの動向と徳島発の取組み」

徳島県 保健福祉部

鎌村 好孝

とくしま高齢者いきいきプラン(2018～2020)(第7期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画)においては、「地域を支える高齢者から広がる“笑顔あふれるとくしま”の実現」の基本理念のもと、「笑顔あふれる“いきがい”づくり」「元気で生涯活躍の地域づくり」「安心の介護サービス体制づくり」を重点戦略として、位置づけて推進しています。

この中においても、「地域の実情に応じて、可能な限り、住み慣れた地域で暮らし続けるために」という「地域包括ケア」の理念のもと、本県では65歳以上人口のピークを迎える令和2年(2020年)を目途に、各市町村・地域において、関係機関・多職種等の協力や連携により、地域の特性や実情に応じた「地域包括ケアシステム」の構築と深化を図ってきたところです。

今後、「地域包括ケアシステム」のさらなる深化に向けて、これまでの取組みの充実と共に、新たな取組みを推進していくためにも、ご理解ご協力のほど、どうぞ宜しくお願いします。

「包括ケアの動向と徳島発の取組み」

* 徳島県保健福祉部長寿いきがい課の資料を一部改編

「地域包括ケアシステム」の深化に向けて (徳島発)

2014年 2015年 2016年 2017年 2018年 <2019年> データや評価指標の活用 2020年

主な取組み
2014年:【西日本初】徳島県地域包括ケア推進会議 設置
2015年: 地域包括ケアシステムサポート事業 開始
2016年: 若年性認知症対策(コーディネーター配置)
2017年: 各市町村を支援する工程表の策定
2018年: データ分析により市町村を支援する専門職員の配置

主な成果

○県内「7市町」で地域の実情に合った地域包括ケアシステムを構築するモデル事業を実施。→他市町村へ波及！
○全市町村に「認知症初期集中支援チーム」「認知症地域支援推進員」が配置され、早期診断・早期対応の体制が整備！

2019年度 取組方針

地域の特性に応じた「地域包括ケアシステム」の構築・深化

地域特有のニーズ

地域特有の資源 状況

地域特有の人材・財政状況

データ分析等による課題把握

●地域特性に応じた「地域包括ケアシステム」の構築
データ分析に基づいた相談・助言

●地域包括支援センター機能強化
地域包括支援センターを核とした地域のネットワークに強化に向けた会議・研修の開催

●広域的課題の解決
多職種・他機関連携による課題解決、推進力を強化するための地域包括ケア推進会議の開催

住み慣れた地域で暮らし続ける生活支援体制の整備

●外出支援施策の促進
先進的な取組や成功事例の分析を紹介するセミナーの開催

●生活支援担い手の裾野拡大
フォーラム開催による普及啓発

●関係者間の連携強化
連絡会や研修会によるネットワーク構築や好事例の横展開

医療と介護を切れ目なく提供する体制の強化

●在宅医療・介護連携体制強化
連携のキーパーソンとなる人材の資質向上や多職種連携強化に向けた研修を実施

●認知症の早期発見・早期対応ができる支援体制の充実
認知症初期集中支援チーム員等の養成

生涯現役を実現する地域力の向上

●フレイル予防推進
栄養・運動・社会参加の三位一体によるフレイル予防対策

●リハ専門職等派遣体制の構築
円滑に派遣する体制を構築するための検討会の開催

●住民主体の通いの場づくり
介護予防リーダーの養成など



高齢者の方々がいきいきと暮らし続けることができる「笑顔あふれる長寿社会」の実現

令和元年8月25日 第3回徳島県地域包括ケアシステム学会

教育講演Ⅱ

「個のちから」1

阿南医療センター 多田悦尚

言語聴覚士は 1997 年に国家資格となりました。第 1 回の国家試験は 1999 年に実施され、約 4 千人の言語聴覚士が誕生、2018 年 3 月には約 3 万 1 千人となりました。

言語聴覚士とは「厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある人々に対して、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう」とされています。さらに、日本言語聴覚士協会では「話す、聞く、食べる、のスペシャリスト」となっており、「食べる」という摂食嚥下障害も業務として記載されています。

私は言語聴覚士の特徴として、「言語」というキーワードから連想ゲームのように業務範囲が広がっていることにあると考えます。対象が広いため病院では成人と小児といった年齢での分野分けが存在している場合があります。

成人の言語障害には、失語症や構音障害などがあります。失語症は高次脳機能障害の一つであることから記憶障害なども、また構音障害は摂食嚥下障害を伴うことがあり、「食べる」リハビリテーションも行うようになりました。

小児の言語障害は、言語発達遅滞や機能性構音障害があります。言語発達遅滞から派生して神経発達障害も対象となりました。また言語と聴覚は「ことばの鎖」といわれるように関連が深く、聴覚分野では聴力検査や補聴器・人工内耳の調整などを行っています。すべての分野に携わっている言語聴覚士は多くなく、各分野の専門性を高めているのが一般的だと思います。それぞれの分野においても範囲は広く、1 つの事を成すにも数多くの職種と関わり、チーム医療は欠かせません。今回の学会を通して言語聴覚士の業務の理解と、連携の幅を広げる機会となれば幸いです。

教育講演Ⅱ

「個のちから」2

徳島市医師会居宅介護支援センター

ケアマネジャー 荻田 靖子

加齢に伴う障害や認知症の症状により、介護を必要とする高齢者のニーズは多様であり、地域社会のなかで自立した生活を継続するためには、各種サービスの総合的、一体的かつ効率的な提供が必要です。

地域包括ケアシステムは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう・・・」とあります。

ケアマネジャーは担当する利用者に対してアセスメントを行い、その結果として導き出された利用者の生活ニーズを解決するために、必要な社会資源を活用します。社会資源はフォーマルサービス、インフォーマルサービスだけでなく、利用者の持っている力、知識や技術、能力、自信などのセルフケアの能力も含まれていると言われています。

地域の中に存在する社会資源を把握して、利用者の生活ニーズを解決できる社会資源につないでいくことがケアマネジャーに求められます。

利用者の生活ニーズを把握しただけでは適切な社会資源に結び付くわけではありません。利用者がサービスにどのような期待を抱いているのか。その背景には、利用者の生活の歴史や時代の中でどのような暮らしを営んでいたのか、何を大事にして、どのような時にうれしかったのか、悲しかったのか、今の状態をどのように感じ、これからどうしたいのか、どの部分ならできると感じるのか、できないと思うのか、などを一つ一つ丁寧に聞き取っていく事で、利用者自身が現状を理解し、望む暮らしに向けて優先的な目標と一緒に考えていくことができ、適切なサービスに繋がっていくのだと思います。

今回のシンポジウムのテーマは「包括ケアを支える個のちから」とあります。

介護を必要とする高齢者の多様なニーズを的確に把握し、必要な社会資源とつなぐ実践を重ねていく。担当している利用者が自分らしく少しでも長く住み慣れた地域で過ごすことができた。地域から疎遠になりがちであった利用者が、再び地域と関わる事ができた。そういう実践をしているケアマネジャーは全国にたくさんいると思います。個々のケアマネジャーの力は小さいですが、そのような実践の積み重ねが地域包括ケアシステムの土台になっていくのだと思います。

利用者の生活場面において、様々なサービスを有機的に活用できたことが結果として、利用者のセルフケア能力を高めていくことにつながっている。普段のケアマネジャーがどのように取り組んでいるのかをお伝えしたいと思います。

教育講演Ⅱ 「個のちから」 3

特定非営利活動法人大きなエプロン
手川ヒロコ

ゆるやかなつながりを求めて 終の棲家

若い時は想像もつかないことですが、ふと立ち止まる時間があつた時に、考えたことはありませんか。

「もしも体が思うように動かなくなったら」

「もしも認知症になったら」

「もしも天涯孤独になってしまったら」

そんな時どんな生活を想像しますか

また、誰にも必ず訪れる死を身近に感じたとき、誰と何処で過ごすのかそんなことを考えたことはありませんか。

私は両親を見送り子供たちも成長した頃自分にとっての「もしも」を漠然と考えるようになりました。

10年後 20年後の姿を想像しても具体的なイメージができませんでした。

でも現実介護の仕事をする中で、年を重ねると本音と建前の違いや、生活歴などで最後をどう生きるかまた、生きられるのか大きな違いがあるように感じました。

たぶん多くの方の望みには、最後は子供たちと一緒に暮らせたらしめはああると思ひますが、今は昔のように3世代4世代が一緒ということもなくなり現実同居が難しくなっています。

特に認知症になったり、体が不自由になったりすると家族だけの支えでは快適な生活ができにくくなっています。

そんな時、ある家族との出会いでいつかは自分も行く道の「もしも」が少しだけ見えた気がしました。

今思えばちょっと無謀だったかなとも思

いますが。思つた時が吉日と「困つたときはお互い様、来るもの拒まず、去る者追わず」の精神で、お年寄り版のルームシェアを始めていました。

現在はルームシェア＝宅老所として、終の棲家を提供して約9年になり、これまでに何人かの方を見送ることも出来ました。

最後まで自分らしく一日でも多く笑って生きていく日が提供できたらしめ思ひだけで今も共同生活をしています。

ただ、思ひだけではむつかしいことありますが、その人らしく生活を送るためにケアマネを中心に訪問診療の先生や、訪問看護、訪問リハビリ、歯科衛生士など他職種連携も取れています。

『大きなエプロン』は特に食へのこだわりがあり、最後まで口から食べるということを実践しています。

何よりも多くのスタッフや仲間の協力でルームシェアを続けることができています。スタッフや仲間に心から感謝しています。

時々思うことがあります。自分の両親のことよりも一緒に生活した方を思い出すことが多いのは、きっと血縁関係のない家族になれたのかなと思っています。この家族の中の1～2名の話ができればと思います。

三好市医師会の取組み

三好市医師会長 内田知行

徳島市、美馬市、海部郡に一年遅れて地域包括ケアへの取り組みをスタートした三好市医師会では医療と介護、行政の多職種協働の連携向上と個々の能力向上を図るため、リーダー研修や市民公開講座、多職種の連絡協議会などを積極的に実施してきた。今回これまでの取り組みを各年度別に振りかえって、各会のポイントをピックアップして検証し、そのポイントが我々の取り組みに実際どのように生きているのか、また今後生かしていけるのかを考えた。現場で活動する医療や介護職などそれぞれの職種の特色を今一度明らかにした上で、お互いが協働していく為の情報共有手段、方策の特性、長所、短所などを考察してみた。その中で今現在、特によく利用している帝人ファーマのバイタルリンクについて言及し、すでに海部郡で実施されている新しい利用方法の方向性についても紹介し、三好地区でも同様に県立三好病院と一緒に取組んでいきたいと考えているが、実行する上での問題点について考察する。今後厳しい過疎、人口減少、超高齢化と少子化のなかで、県下最大の広大な地域を抱えた三好地区が生き残っていくためには何が必要なのかを考察し、街づくりの為に三好市医師会が貢献できることに関して、今後の方策について若干の知見を含めて提示し、将来の方向性を考えてみたい。

生活期片麻痺患者のインスリン自己注射獲得へむけたチームアプローチ

三加茂田中病院 寺野 誠

地域包括ケアシステムにおける「住まい・生活支援」「医療・介護の連携」のありかたにおいては、居住支援と生活支援を組み合わせる事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用を検討し、様々な地域の実情と介護・医療ニーズの実態を踏まえ、各サービス提供主体の機能の最善の組み合わせによる体制構築の視点が重要。と述べられている。しかしながら、介護施設受け入れにおいて、インスリン自己注射が困難例では、その選択肢を阻害されることが現状の問題としてあげられる。

今回、脳梗塞後遺症（右片麻痺）による痙縮が原因でインスリン自己注射が困難であった症例に対し、ボツリヌス治療を主体としたチームアプローチによりインスリン自己注射が可能となった症例を経験した。具体的には、ボトックス注射は医師と理学療法士によりエコー下で確実に施注し、運動療法を主体とした集中的理学療法、装具製作に加え、薬剤師からのインスリン補助具（フレックスペン）の提供と、看護師による病棟生活の中でのケアを実施した。結果、施注4ヶ月後にインスリン自己注射が可能となった。

ボツリヌス療法は2010年に上下肢痙縮に適応が拡大され、現在、「脳卒中治療ガイドライン」においてgradeAとされ、その使用が推奨されている。ボツリヌス治療だけでも痙縮軽減は認められるが、痙縮軽減のみならず機能改善、ADL改善、QOL向上に繋げていくには、ボツリヌス療法と並行して集中的な理学療法や作業療法を展開していき、薬剤部、看護部との情報共有による課題指向型のチームアプローチが痙縮治療成否の鍵となると考えられた。

「包括ケアを支える個のちから」今回の学会テーマのように、患者自身の個のちからを高めるために、医療職としての個のちからを高めることが、地域のちからを高めるものと信じ、地域の中での医療を全うしていきたい。

「三好市における訪問看護サテライト展開を実施して」

公益社団法人徳島県看護協会 稲井 芳枝

徳島県内の訪問看護ステーションの68%が東部医療圏Ⅰにあり（平成31年4月現在）偏在が顕著である。徳島県看護協会では平成27年からへき地における訪問看護の提供体制を確保するため、訪問看護ステーション阿南サテライト那賀を設置し、運営している。

その中でへき地においても訪問看護の需要が高いことが明確となった。また、厚生労働省の調査においても国民の6割が在宅で最期を迎えたいとの結果であり、その期待に応えるために、平成29年度から三好市（西部圏域）においても訪問看護が提供できる体制整備のため、まず、訪問看護全県展開応援事業あり方検討会を開催し、検討を重ねた結果、関係機関との連携・協力により、現在、訪問看護を実施して3年目を迎えている。

三好市（西部圏域）の特徴として、県内最大面積を有している、住居が点在化している、リハビリが必要な利用者が多い、冬季の積雪対策等があげられるが、対応として、現地出勤等の柔軟な勤務体制、運転手雇用による訪問看護師の負担軽減、作業療法士雇用による訪問リハビリの充実、四輪駆動車購入による雪対策等を行っている。

また、住民が「最期まで家で暮らしたいが、ここでは難しい」との思いがあることから、「訪問看護普及フォーラム」を開催し、住民との意見交換を行ったり、出前講座を実施するなど、少しずつではあるが「訪問看護」の理解が深まってきている。

現在（平成30年5月～平成31年3月）は、訪問看護利用者が6名、延べ179回の訪問看護を実施しており、今後も、地域に密着した多職種連携を図りながら、訪問看護の提供を継続していきたい。

ランチョンセミナー 会場：2F 小ホール

①「これだけは知っておこう！栄養管理の基礎知識」

徳島大学大学院 教授(徳島大学病院栄養部) 濱田 康弘

「万病に効く薬はないが、栄養は万病に効く」といわれるように栄養管理は医療の根幹をなすもののひとつである。たとえば、どんな高度先進医療をおこなったとしても、栄養管理がおろそかになっていれば、その多大な努力が水泡に帰す可能性もある。近年、栄養サポートチーム（Nutrition Support Team: NST）が多くの病院で組織され、運営されているように、病院では栄養管理が多職種の関与するチーム医療として実施されることが多くなってきた。しかしながら、栄養管理が重要であるということはなんとなくわかっていても、具体的にどのように重要で、どういったことに気をつけたらよいのかということについてきちんと答えられる人は医療者であっても少ないというのが現状である。

栄養管理の基本でまず理解しておくべき基礎知識として、栄養投与量の設定および栄養評価があげられる。これらの基礎知識は、医療に携わる人であれば職種にかかわらずぜひ知っておいてもらいたい知識である。「どの程度のエネルギー（カロリー）を摂取すればよいのか?」、「糖質、たんぱく質、脂質といった三大栄養素の摂取はどのようにバランスをとるべきなのか?」といった栄養投与量の設定に関する話題、さらに「栄養状態をどのような指標を用いて評価すべきか?」「最新の栄養評価の考え方はどのようにになっているのか?」といった栄養評価に関する話題について本ランチョンセミナーにおいて概説したい。

協賛 株式会社大塚製薬工場

②「口腔ケアを見直す」

徳島大学大学院 教授 市川 哲雄

口腔ケアが高齢者施設入所者の誤嚥性肺炎の予防につながるということが Lancet に報告されて以来、その重要性は医療関係者に広く認識されるようになってきている。しかし、口腔ケアと誤嚥性肺炎の予防に関して再度文献レビューすると、歯科関係者による報告は効果的であるものの、そうでない医療関係者の報告は必ずしもクリアなデータが示されているとはいえない。これは当然出版バイアス等を否定できないが、歯科関係者としては、歯科関係者が効果的な口腔ケアをしていると信じたい。

本セミナーでは、誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果を再度文献的に吟味するとともに、効果的な口腔ケアをするための器材について紹介したい。あわせて、誤嚥性肺炎＝口腔ケアとして捉えるのではなく、誤嚥性肺炎を感染症と捉え、感染源への対応が口腔ケアであり、感染経路への対応が口腔・嚥下機能維持と配慮であり、感受性への対応が栄養を含めた高齢患者の抵抗性の向上として捉えるべきであり、ちょっとした配慮が有効であることをお話したい。

協賛 株式会社モリタ

特別講演 「地域で活躍するコミュニティナース」

演者 矢田明子 (Community Nurse Company代表)

座長 加藤真介 (徳島大学病院)



矢田 明子 (やた あきこ)

島根県出雲市出身。Community Nurse Company株式会社代表取締役、株式会社Community Care 取締役、NPO法人おっちラボ副代表理事、雲南市立病院企画係 保健師。

2014年、島根大学医学部看護学科を卒業、人材育成を中心に事業を運営する『NPO法人おっちラボ』を立ち上げ。雲南市が主催する課題解決人材育成事業「幸雲南塾」で地域に飛び出す医療人材によるコミュニティ作りを提案。2016年5月より「コミュニティナースプロジェクト」でその育成やコミュニティナース経験のシェアをスタート。2017年にCommunity Nurse Company株式会社を設立。2019年2月『コミュニティナース 一まちを元気にする“おせっかい”焼きの看護師』が木楽舎より刊行

超少子高齢化社会を迎え、医療の発展や生活様式、家族形態の変化から、地域での健康問題や支援ニーズは多種多様に複雑になってきた。そのため、地域で暮らす人々や企業で働く従業員が心身ともに健康で自分らしく活動を続けるためには、医療・介護サービスを利用する前の日常の中で、医療の専門家に出会い、自身の心身の変化に気づき、地域の中で予防やケアをしあえる環境をつくることが重要と考えている。

しかし、日本で働く看護師の内8割以上が病院などの臨床の場で看護活動を行っており、日常的に地域の中で元気なうちから医療人材と出会う機会はとても少ない。こうした現状から生まれたコンセプトが、コミュニティナースである。

コミュニティナースとは、暮らしの身近な場所で活動し「制度にとらわれることなく、まちに出て自由で多様なケアを実践する」人材としている。コミュニティナース（地域看護）という考えをヒントに、コンセプトとして活用している点がポイントである。

また、会社として展開しているコミュニティナース育成事業の修了生は北海道から沖縄まで、現在140名を超えている。最近では管理栄養士や生協の職員、クリエイターなど、看護師以外の分野の人、医療業界からはドクターも受講している。資格にとらわれずにコミュニティナースの概念を社会に広げ、コミュニティナースの活動を資金源も含めて社会の中に作っていきこうと実践現場や収益性の構築に着手を開始する民間企業のパートナーも増えている。

本講演では、コミュニティナースが暮らしの中で住民と知り合い、“毎日の嬉しい”や“心と身体の健康と安心”を住民と一緒に広げている事例をもとに、地域で活動する意義や、そこから見てきたケア職の役割、非ケア職や民間企業との協働についての可能性を述べる。



ポスター演題抄録

地域医療支援病院における在宅医療支援への取り組み ～持続可能な支援の仕組みづくりとその効果～

○郡 章人、井村洋平、服部百恵、林春菜、溝渕理恵子、楠本和美、坂本奈美
地方独立行政法人徳島県鳴門病院・地域医療連携室・医療福祉相談室

【目的】地域医療支援病院の指定要件には、「居宅等における医療の提供の推進に関する支援」が含まれている。そこで、在宅医療ニーズを抱える患者や在宅医療に携わる訪問診療医等に対し、地域医療支援病院としてどのような取り組みをもって貢献できるかという問題意識を持った。

【方法】1. SWOT分析を用い在宅医療を取り巻く現状から中心戦略を抽出。2. 中心戦略はバランス・スコアカード（BSC）を用いてアクションプランを作成し、院内外の協力のもと仕組みづくりを展開。3. 取り組みによって得られた成果物を整理。4. 患者・家族、地域の在宅支援者、自院への貢献に関する考察。倫理的な配慮は、MSW倫理綱領に従い取り組みを展開した。

【結果】1. SWOT分析によって、自院の強みを地域で活かせる機会として、在宅療養後方支援、在宅療養移行支援の推進、在宅医療社会資源の機能の可視化を中心戦略として抽出できた。2. BSCを用いて、支援の仕組みづくりを院内外の協力を得ながら構造的かつ計画的に展開できた。3. 成果物として、在宅療養後方支援、ケアマネジャー（CM）や訪問看護師との入退院連携システム、在宅医療社会資源冊子を完成させた。4. これらの成果物は、在宅医療のバックベッド確保による患者・家族、訪問診療医等の安心感の寄与、病院とCM及び訪問看護師の協働に基づく在宅療養移行支援の実現、相談面接場面での在宅医療社会資源の情報提供やニーズに応じたマネジメント等、持続性のある支援の仕組みとして活用できた。付帯効果では在宅患者緊急入院診療加算、介護支援連携等指導料、退院時共同指導2に加え、徳島県からの助成金等、病院収益にも貢献していた。

【結論】地域医療支援病院による在宅医療支援への取り組みには、患者・家族、地域の在宅支援者、自院にとって貢献できる支援の仕組みを構築することが持続可能な地域社会資源として位置づけられる事を当該実践で学び得た。

地域包括ケアシステム構築における福祉倫理学的一考察 ーダブルケアに関する社会福祉士の役割ー

○宮原和沙 徳島文理大学保健福祉学部人間福祉学科

【目的】現代日本社会において、地域包括ケアシステムの構築が推奨されているが、ダブルケアに関する支援については、まだまだ課題が残されている。文献によれば、このダブルケアとは、介護と育児を同時に行うことを指す。例えば、介護一方だけでも大変な中、両方となると如何に大変かということはある程度、想像できよう。即ち、ダブルケアに関する支援について、考え取りくむことは重要である。本研究では福祉倫理学的観点からダブルケアに関する社会福祉士の役割について考察する。

【対象・方法】本研究は文献研究である。地域包括ケアシステム構築において、見逃すことができないダブルケアに関して社会福祉士の役割を探り、且つ福祉倫理学的観点から考察する。

倫理的配慮としては、本研究は文献等を使用し、個人情報法保護法や私的尊厳を脅かすものではない。

【結果】今回（2019年4月16日現在）、学術論文データベース「CiNii」を用いて「ダブルケア 介護福祉士」、「ダブルケア 社会福祉士」、「ダブルケア 精神保健福祉士」のキーワードで検索したが該当する文献は見つからなかった。「ダブルケア」では42件該当した。そのうち1件が、理学療法士、作業療法士に関するものであった。即ち、正面切って、福祉倫理学的観点からダブルケアに関する社会福祉士の役割を取り上げた文献は見当たらないように思われる。

【結論】結果で述べたように、ダブルケアに関する社会福祉士の役割を取り上げた文献は見当たらず、領域を広げ、情報を収集し文献等を用いて、その役割についてまとめた。即ち、福祉倫理学的観点から、ダブルケアに関する社会福祉士の役割は、次の通りである。①現状の把握、②適切な情報提供、③交流の場の提供、④他職種連携、⑤制度・政策等における取り組みの見直し改善等である。

病院・施設における排せつ支援に関するアドバイジングの有用性

○ 荒岡有那¹ 臼谷佐和子² 浅海康大³ 土井大介⁴ 湯浅智恵子⁴ 中村 剛¹
長谷川裕一¹ 白山靖彦⁵

¹株式会社リブドゥコーポレーション ²波方中央病院 ³養老の里 ⁴稲次病院

⁵徳島大学大学院医歯薬学研究部

【目的】排せつ支援では、おむつ、リハビリパンツなどの排せつ支援用具と、それらを扱う看護・介護職の知識や技術双方が必要であり、より後者を高めることで、看護・介護の効率化を図り、患者・利用者のQOLを維持向上させる、と考えられる。そこで本研究では、看護・介護職の排せつ支援に関して、排せつ支援用具支援員(以下「アドバイザー」)によるアドバイジング(以下「Adv」)を実施し、その有用性を検証することとした。

【対象・方法】対象は、四国管内の2つの病院と1つの介護保険施設とし、そこに入院(所)する患者(利用者)の排せつ状況を記録した排せつ支援チェック表とした。研究期間は、2018年11月15日から2019年2月15日までの3カ月間とし、この間に病院・施設の看護・介護職に対して、アドバイザー2名が定期的に病院・施設を訪問し、排せつ支援用具の用途や適合性などについてAdvを実施した。なお、アドバイザーと患者・利用者とは一切接触せず、看護・介護職員へのAdvのみとした。排せつ支援用具は、テープ式おむつの交換回数(以下「交換回数」)や下着やズボン、シーツからの漏れ(以下「漏れ1, 2, 3」)を測定するため、用具メーカー(株式会社リブドゥコーポレーション)を統一した。交換回数などについては、1日あたりの回数を算出した。また、入院(所)期間中に、テープ式おむつからリハビリパンツなどに移行することも想定されたため、取得した全データから、介入期間中に24時間テープ止めタイプのおむつを使用している対象者32例を抽出し、分析を行った。その他個人属性に関しては、年齢、性別、要介護度と入院(所)期間中のFIM総合、下位項目の排尿、排便得点を採取した。統計解析は、IBM SPSS Statistics ver. 20を用い、有意水準を5%未満に設定し、wilcoxonの符号付き順位検定を実施した。なお、本研究は個人が特定できず、かつ個人と連結不可能な排せつ支援チェック表を用いたため、データの2次利用にあたり、倫理上の問題はない。

【結果】分析対象数は、32名であった。平均年齢は85.7±6.4歳であり、性別は男性17名、女性15名であった。平均要介護度は4であった。入院(所)期間中のFIMに関する得点差はいずれも認められなかった。平均交換回数は、Adv1回後3.72回、Adv2回後3.32回、Adv3回後3.32回であり、交換回数に減少傾向は認められたものの、有意な差は認められなかった。漏れ1はAdv1回後0.184回、Adv2回後0.162回、Adv3回後0.124回であり、1回後と3回後とに有意差が認められた。漏れ2はAdv1回後0.030回、Adv2回後0.033回、Adv3回後0.015回であり、2回目と3回目とに有意差が認められた。漏れ3はAdv1回後0.081回、Adv2回後0.103回、Adv3回後0.083回であり、いずれも有意差は認められなかった。

【考察】アドバイザーによるAdvは、看護・介護における排せつ支援の効率化と、患者(利用者)のQOL維持向上に有用であることが示唆された。今後は、排せつ用具の統一化での検証および在宅要介護高齢者においても同様の効率化が図られるかについて検討が必要である。

鳴門市介護予防事業において 歯科衛生士による口腔機能改善を目指した事例 ～くらしいきいき口腔サポート事業報告～

○森本みどり 松家恭子 川柴淑 河野美枝子
一般社団法人 徳島県歯科衛生士会

【目的】鳴門市と一般社団法人徳島県歯科衛生士会は鳴門市介護予防・生活支援サービス事業のうち訪問型サービスCを実施する短期予防集中サービス(以下「くらしいきいき口腔サポート事業」という)の実施について2018年6月1日に委託契約を締結している。これは、鳴門市の要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止をし、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるように支援することを目的とするものである。その内容は口腔機能の低下によるフレイルになる恐れがあるなど、訪問による口腔衛生の指導により口腔機能の改善が必要と認められる者を対象に歯科衛生士がその者の居宅を訪問して、口腔機能に関する問題を総合的に把握、評価し口腔機能改善に必要な相談・指導等を実施することにより口腔機能低下によるフレイルを予防するために支援を行うものである。

【対象者】介護予防・日常生活支援総合事業対象者のうち、口腔機能の低下によるフレイルになる恐れがあるなど、今後の在宅生活を営む上で口腔機能の低下による健康状態の悪化などが予測されるもののうち、歯科衛生士による訪問指導により口腔機能の改善が期待されるもの。

【実施方法】徳島県歯科衛生士会は鳴門市からの訪問指導依頼を受け、ケアマネジャーと歯科衛生士の訪問日程調整し連携する。担当歯科衛生士は地域包括支援センターからの利用者基本情報、介護予防サービス支援計画書等の資料を受け取り読み込んでおく。初回訪問時、対象者、ヘルパー、ケアマネジャー、保健師、歯科衛生士がサービス担当者会議を実施する。数回の訪問後、評価、報告を行う。

【結果とその展望】今回の84歳男性、71歳女性、76歳女性の3件の訪問事例を報告するとともに今後の訪問口腔衛生指導実施による口腔機能改善につなげたい。

地域包括支援センター職員の バーンアウトとプレバーンアウト傾向に関する研究

○一ノ宮実咲¹ 柳沢志津子² 竹内祐子² 白山靖彦²

¹徳島大学大学院口腔科学教育部 ²徳島大学大学院医歯薬学研究部

【目的】高齢化率が30%を超えている徳島県において、地域包括支援センターは、地域住民の生活に密接に関わっており、そこで働く職員の業務負担も大きくなっている。今後、さらに地域包括支援センターへの期待が高まる一方で、職員の離職問題が常態化している。その原因の一つとして、職員の燃え尽き(以下「バーンアウト(Burnout:BO)」)が考えられる。そこで本研究では、地域包括支援センター職員の個人因子がBOとプレBOの発生に与える影響について検討した。

【対象・方法】研修会に参加した地域包括支援センター職員10名を対象として、性別、年齢、保有資格、就業年数などの項目と、日本版BO尺度項目について会場内でアンケート調査を行った。研究実施期間は2019年3月から5月である。日本版BO尺度の下位因子として「情緒的消耗感」(Emotional Exhaustion;EE)、「脱人格化」(Depersonalization;DP)、「個人的達成感の低下」(Personal Accomplishment;PA)があり、 $EE \geq 19$ 点、 $DP \geq 15$ 点、 $PA \leq 15$ 点のうち、2つ以上の下位因子で該当した者をBO、1つの下位因子で該当した者をプレBOとした。また、就業年数の中央値を算出し、その中央値前後で区分することとした。分析は、SPSS Statistics ver.24を使用し、有意水準を0.05未満に設定してFisherの正確確率検定を実施した。なお、本研究は匿名でのアンケート記入方式とし、個人が特定できないよう配慮して実施した。

【結果】対象者10名のうち、女性9名、男性1名であり、平均年齢は 47.7 ± 9.6 歳、保有資格は、保健師1名、社会福祉士4名、主任介護支援専門員5名であった。就業年数の中央値は10.5年であったため、10年未満と10年以上とに分けた。日本版BO尺度の各下位因子の平均得点は、 $EE 13.3 (\pm 4.5)$ 点、 $DP 12.7 (\pm 4.3)$ 点、 $PA 21.8 (\pm 3.7)$ 点であった。BOが認められた職員は就業年数10年未満が1名、プレBOが認められた職員は就業年数10年以上が3名であり、有意な差が認められた($\chi^2 = 4.000$, $df = 1$, $p = 0.046$)。なお、BOの下位因子はEEとDPであり、プレBOの下位因子はすべてDPであった。

【考察】結果より、BOとプレBOの発生率に与える個人因子として、就業年数が関与していることが示唆された。

福祉の現場におけるアートの活用 —マスキングテープを用いた階段アートの試み—

○川端ひな¹ 田中 佳²

¹徳島大学総合科学部 ²徳島大学大学院社会産業理工学研究部（社会総合科学域）

【目的】本研究では病院内での健康作りとして位置づけられていた院内の階段利用促進にアートを取り入れることでどういった利点や効果が得られるかを検証した。それによってアートを健康作りに活用するために適切な内容や具体的な方法を確立し、医療や福祉の場に貢献することを目的としている。

【対象・方法】2018年8月から2019年3月にかけて、徳島大学病院中央診療棟の1階から3階までの階段壁面にアートを施した。制作には原状回復力、衛生面、費用等の観点からマスキングテープを利用し、題材は地域性等を考慮して「お遍路さんの四季巡り」とした。2019年3月には制作過程や完成作品の記録をまとめ、大学本部にあるギャラリーにて「アートが変えるところとからだ～徳島大学病院におけるマスキングテープアートの取り組み」展として、ポスター展示とマスキングテープアート制作のワークショップを行った。会場では個人を特定できないよう配慮した匿名のアンケートを実施し、会期終了後に分析を行った。

【結果】現場での制作時には「階段を上っている時の気分が以前と違う」「なるべく階段を使うようにしている」といった階段利用の動機に繋がる感想が聞かれた。展示会でのアンケートでもホスピタルアートに好意的な意見が寄せられ、医療や福祉の現場にアートが貢献できる可能性が高いことが分かった。またアートの材料に安全で扱いやすいマスキングテープを用いたことで、多くの人と一緒に制作に取り組むことができ、コミュニケーションの促進にも貢献できる可能性が示唆された。

【結論】マスキングテープによる階段アートは階段利用による健康作りを動機づけるだけでなく、利用者の癒しや楽しみに繋がる。アート制作に特別な技法や場所を必要としない素材を用い、地域性や親近性を考慮した題材を選択することは地域交流にも貢献し得る。このようなアート制作の導入は、地域の医療・福祉が抱える様々な問題を解決する一助となることが期待される。

パーキンソン病症例の病状変化期における訪問リハビリテーションの役割の再考

○浅井 歩

医療法人久仁会 やまかみ訪問看護ステーション

【はじめに】パーキンソン病 Parkinson's disease:PD は、進行性の神経変性疾患であり、病状の進行状態に対応した訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の展開が求められる。今回、PD に骨折や嚥下障害、尿閉等を併発し入院加療を経た症例の在宅生活継続に向けた展開を通して、病状変化期における訪問リハの役割を再考する機会を得たので報告する。尚、本報告は、当法人倫理委員会の規定に従い行うものである。

【症例紹介】70 歳台女性 夫との高齢者世帯。診断名 PD （2015. 10） 要介護 2 Yahr の重症度分類 stageⅡ から状態悪化にて要介護 5 stageⅤとなる。2017. 10 左大腿骨頸部骨折し入院加療を経て 2017. 11 より訪問リハ開始。2019. 2 嚥下障害悪化にて入院。2019. 5 退院後訪問リハ再開。

【経過】1 期：（2017. 11～ 訪問リハ開始 2 期：（2018. 6～ シルバーカー歩行が可能となる 3 期：（2018. 11～）この頃より転倒回数が増え、徐々に活動性低下し夫の介助量も増加した 4 期：（2019. 2～ 摂食嚥下機能が悪化、経口摂取量減少し状態悪化した為に入院した 5 期：（2019. 5～ 3 か月の入院加療後退院した。社会参加と夫のレスパイトの一環として通所リハ利用、医療的管理の必要性あり訪問看護利用を追加した。

【考察】健康状態の急激な変化や生活機能が低下する病状変化期には、早期に変化を発見し治療的側面を含め多角的な病状の把握が必要である事を強調している。本症例も同様に、入退院早期から関係職種間の情報伝達 共有を密に行う事でシームレスな訪問リハを展開できた。また、家族支援を含めた生活スタイルの再提案や心理的サポートが在宅生活継続に繋がったと推察する。以上のことから、訪問リハに従事するセラピストは、『医学的な視点と生活を診る視点』即ち、病状や生活の変化を早期に捉え解決するスキルが必要であると考え

看護職間の連携推進における徳島県看護協会の取組

○武田加代子¹ 緒方静子¹ 中村昭子¹ 堀田豊子¹ 美馬友子¹ 杉原治美¹
住吉貴美² 伊達朋子³

¹徳島県看護協会地域密着エリアマネージャー、²ナースセンター担当、

³生涯活躍支援担当

【目的】徳島県看護協会が、地域医療介護総合確保基金の補助を受けて展開している地域密着エリアマネージャー（以下、EM）による地域包括ケアシステム推進参画事業を振り返り、取り組みの意義や課題を明確にする。

【対象・方法】会議や報告書から得たEMの活動資料を対象として、発表者らが協議した内容から、結果を抽出した。2018年6月から2019年3月の活動を対象とし、協議は2019年4月に行った。倫理的配慮は、所属機関に倫理委員会がないため、所属機関のプライバシーポリシーを遵守し、関係する医療機関や施設名（以下施設）および個人を特定せず、協会役員の承認を得て行った。なお、EMとは、従来のナースセンターの就業支援中心の役割に加えて、地域包括ケアシステム推進のために、県内の地域連携や、看護職へのニーズの掘り起こしなどの役割を担うことを職務としている。

【結果】①施設訪問などで得た結果、②集合研修から得た結果、および③実態調査から得た結果について、以下のように集約された。①では、「看護職の不足」、「市町村が展開する事業の情報不足」、「退院支援が思うように進まない」であり、②では、「他施設職員と共通テーマで話し合うことで顔の見える関係が作れた」、「自施設の悩みは多施設でも同じということが分かった」に集約された。③は、県内全域で看護サービスの連携の実態について調査したものである。149施設（回収率38.9%）から回答を得た。「9割以上の施設がサマリー等で情報共有し、看護に活用」、「6割以上の施設で事例検討を実施しているが、他施設との合同研修は少ない」、「看看連携研修の実施は3割」などの結果を得た。

【結論】施設内で看護職間の連携の必要性が認識されていても、地域とのつながり、多施設との連携には課題があり、地域で課題を共有したり、研修などを共同企画・実施したりすることで、連携をより一層推進することが必要と考えられた。

2018 年度徳島県後期高齢者医療制度在宅要介護者訪問歯科健康診査の実施報告

○飛梅 悟¹ 山口貴功¹ 笠原信治¹ 岡本好史¹ 森 秀司¹

河野美枝子² 竹内眞由美² 今川真由美² 石井容子² 伊井由美子² 佐藤富子² 武田美輪²

¹徳島県歯科医師会 ²徳島県歯科医師会在宅歯科医療連携室

【目的】通院による歯科保健医療サービス等を受けることが困難な在宅の要介護者に対して、訪問歯科健診や歯科保健指導等を行うことにより、口腔機能の維持回復を促し、高齢者の低栄養や誤嚥性肺炎の予防を図ることを目的として、実施された。

【対象者】通院による歯科保健医療サービスを受けることが困難な在宅の要介護者で、次の要件を全て満たす徳島県後期高齢者医療広域連合の被保険者

- ①介護保険の要介護状態区分における要介護 3・4・5 の者
- ②介護保険の居宅療養管理指導及び通所介護における口腔機能向上加算を受けていない者
- ③医療保険の訪問歯科衛生指導を受けていない者
- ④平成 30 年度歯科健康診査を受けていない者

※「在宅」とは、自宅の他に以下の居住を含めるものとする。

ただし、本人のみで歯科医院へ来院できる被保険者は対象としない。

- ・軽費老人ホーム ・有料老人ホーム
- ・サービス付高齢者向け住宅 ・グループホーム

【実施期間】2018 年 10 月 1 日～2018 年 12 月 31 日

【実施内容】

- ①問診ならびに口腔内診査
- ②受診対象者、家族、ケアマネジャー等に対する結果説明
- ③歯科保健指導及び健康教育
- ④その他、健診対象者にとって必要と思われる事項の説明

【結果】男性 3 名、女性 11 名、計 14 名に訪問歯科健康診査をおこなった。要介護度の内訳は、要介護度 3 が 6 名、要介護度 4 が 6 名、要介護度 5 が 2 名であった。

【結論・今後の展望】2018 年度は他県の実績を比較しても多い 14 名に対し、訪問歯科健康診査を実施することができたが、潜在的な対象者はまだ多数存在すると考えられる。2019 年度においても同事業を継続して行うこと決定しており、昨年度より実施数を増やし要介護者の口腔衛生状態の改善等に役立てるようにしたい。

社会的フレイルの予防に向けた基本チェックリストの活用に関する検討

○渡邊 彩¹, 白山靖彦², 柳沢志津子², 竹内祐子², 湯浅雅志³, 矢部美穂子⁴

¹徳島大学大学院口腔科学教育部, ²徳島大学大学院医歯薬研究部, ³那賀町, ⁴阿波市

【目的】近年, 社会的フレイル(social frail)は, 身体的・精神的健康に影響を与えることが明らかとなっており, 地域包括ケアシステムの観点からも, 地域住民の社会的フレイルの早期発見と予防が課題とされている. そこで, 本研究ではすでに一般化されている基本チェックリスト^(注)を用い, 他の健康度, 幸福度に関する指標との関連を分析し, 社会的フレイルの鑑別可能性について検討することを目的とした.

^(注) 2006 年の介護保険制度改正の際に, 二次予防事業対象者を抽出するスクリーニング法として導入された自記式質問票

【方法】2019 年 1 月から 3 月までの間, 徳島県内の 1 市 1 町の高齢者サロンに参加している 65 歳以上の地域在住高齢者 206 名を対象として, 年齢, 性別の個人属性, 「基本チェックリスト」および「SF-8 日本語版」, 「主観的幸福感」の自記式アンケート調査を行った. 基本チェックリストについては, 社会的フレイルとの関連が大きいことが指摘されている「日常生活関連動作」5 項目と「閉じこもり」2 項目の計 7 項目とした. 基本チェックリストの得点については, 得点分布の中央値により, その値より低い場合を Non-social frail 群, 高い場合を Social frail 群とし, 「SF-8(身体的サマリースコア:PCS)」 「SF-8(精神的サマリースコア:MCS)」 「主観的幸福感(Subjective Well-Being Scale: SWBS)」の得点差をそれぞれ算出した. なお, 分析は, エクセル統計(第 3 版)を使用し, 有意水準を 5%未満に設定して, Student の t 検定を実施した. なお, 本研究は個人が特定できないよう配慮し, 徳島大学病院医学系研究倫理審査委員会の承認(第 3250 号)を得て実施した.

【結果】調査票の回答数は 206 名であったが, 調査項目に欠損値があるものを除外した結果, 分析対象者は 142 名となった. 対象者の平均年齢は 75.77 ± 7.02 歳, 性別は男性 31 名, 女性 111 名であった. 基本チェックリストの得点分布は, 0 点が 68 名でもっとも多く, 中央値は 1 点であったため, 0 点である者を Non-social frail 群, 1 点以上の者を Social frail 群とした. 結果, Non-social frail 群 68 名, Social frail 群 74 名であった. PCS は Non-social frail 群が 47.22 ± 6.57 点, Social frail 群が 44.21 ± 7.17 点であり, 有意な差が認められた($p=0.01$). MCS は Non-social frail 群が 51.95 ± 5.48 点, Social frail 群が 48.43 ± 6.54 点であり, 有意な差が認められた($p=0.0007$). SWBS は Non-social frail 群が 33.00 ± 5.24 点, Social frail 群が 30.99 ± 5.14 点であり, 有意な差が認められた($p=0.02$).

【結論】本研究により, 地域在住高齢者の身体的・精神的健康および主観的幸福感と基本チェックリストの間に関連が認められたことから, 基本チェックリストが社会的フレイルの鑑別に活用できる可能性が見出された. 今後は, 社会的フレイルを早期発見するために, その鑑別の信頼性・妥当性を高めていくことが必要である.

健口体操プログラムは自立高齢者の口腔機能向上に影響を与える

○藤原奈津美¹ 吉田 佳世² 竹内 祐子³ 柳沢 志津子⁴ 尾崎 和美¹

徳島大学大学院 ¹ 医歯薬学研究部口腔保健支援学分野 ² 口腔科学教育部口腔保健学専攻

³ 医歯薬学研究部地域医療福祉学分野 ⁴ 医歯薬学研究部口腔保健福祉学分野

【目的】高齢者の口腔機能低下は口腔衛生や食生活などに影響を及ぼすことから、高齢者自身の口腔リテラシー向上とオーラルフレイル予防行動の推進は重要な課題である。本研究では、摂食嚥下リハビリテーションの基礎訓練や食事前の準備体操として諸施設で行われている口腔体操を中心に策定した“健口体操”プログラム（以下、本プログラム）を自立高齢者に対して実施した。そして、口腔機能および口腔健康や食行動などに対する意識に与える効果を検討した。

【対象・方法】徳島県内の自立高齢者 43 人（介入群 32 人および対照群 11 人）を対象とし、本プログラムを 5 ヶ月間実施した。内容は、①本学歯学部作成の「くっぽちゃんの健口体操」DVD による口腔体操の集団実施、②同ポスターを用いた口腔体操の個人実施、③口腔の健康に関する講話の聴講とした。また、本プログラム前後に対象者の口腔機能や身体機能を評価するとともに、フレイルの兆候、口腔・栄養・健康のリテラシーに関する質問紙調査を行った。そして、介入による諸効果や対照群との群間比較をウィルコクソン符号順位検定およびマンホイットニーU 検定にて分析した。なお、本研究は徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 3138）。

【結果】本プログラム期間中、介入群の 7 割は口腔体操をほぼ毎日あるいは週に 3～5 日で実施していた。また、介入群対象者の口唇閉鎖力、舌突出量および舌圧の有意な向上を認めた。口唇閉鎖力の変化は口腔体操の実施頻度と関連する可能性が示された。質問紙調査の結果から、介入群は対照群と比較して口腔リテラシー向上や食行動に対する意識などが有意に高まり、本プログラムの実施がこれらの意識変容をもたらす可能性が示された。

【結論】健口体操プログラムは、高齢者の口唇閉鎖力、舌突出量、舌圧の口腔機能向上に加え、口腔健康や食行動に対する意識変容をもたらすことが明らかになった。

健口体操プログラムは自立高齢者の口腔セルフケア行動と口腔衛生に影響を与える

○吉田佳世¹ 藤原奈津美² 竹内祐子³ 柳沢志津子⁴ 尾崎和美²

徳島大学大学院 ¹口腔科学教育部口腔保健学専攻 ²医歯薬学研究部口腔保健支援学分野

³医歯薬学研究部地域医療福祉学分野 ⁴医歯薬学研究部口腔保健福祉学分野

【目的】プレフレイル期に生じる問題、なかでも歯の喪失をもたらす疾患（う蝕および歯周病）の発症やこれら疾患の予防は個人の意識や行動に支配される部分が多い。したがって、口腔リテラシー習得や口腔セルフケア行動への動機付け、とくに内発的動機付けを強める支援や方策を検討することは、継続的なオーラルフレイル予防行動実践の布石として重要であると考えられる。本研究では、健口体操プログラム（以下、本プログラム）の実施が自立高齢者の口腔セルフケア行動と口腔衛生にもたらす効果を検討した。

【対象・方法】徳島県内の自立高齢者 43 人（介入群 32 人および対照群 11 人）を対象とし、本プログラムを 5 ヶ月実施した。プログラムの一環である対象者への講話において、プログラム開始前に実施した口腔機能や身体機能の評価結果の概要を説明するとともに、対象者ごとの介入期間中の目標などを記したフィードバック資料を個別に配布した。質問紙調査によって介入期間中の口腔セルフケア行動の具体的変化を解析するとともに、口腔衛生を反映する一指標として舌苔量をプログラム前後に定量評価した。なお、本研究は徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：3138）。

【結果】質問紙調査の結果から、多くの介入群対象者が介入期間中に口腔清掃習慣すなわちブラッシング習慣、舌清掃習慣および歯間清掃用具使用を変更していることが明らかになった。とくに舌清掃習慣については、6 割近くの介入群対象者が本研究による介入を機に開始もしくは回数を増やしていることが明らかになった。また、介入前後における舌苔量の増減率を舌清掃の実施者と未実施者で比較したところ、実施者の増減率が有意に低値を示した（マンホイットニーU 検定、 $p < 0.01$ ）。

【結論】本研究で実施した健口体操プログラムが、高齢者の口腔セルフケア行動の変容と口腔衛生の向上をもたらすことが示された。

地域住民とともに目指す住みやすい地域づくり

—ケアマネジャー達の取り組み—

○忠津美佐代

介護支援相談室えくぼ

【目的】津田・新浜地域では高齢者世帯が増え、生活への不安を抱えている高齢者が多くなっている。そこで同じ地域のケアマネジャー（以下CMとする）に呼びかけCMが協力し、地域住民と一緒にその問題を解消すべく活動したところ学びを得たので報告する。

【対象・方法】①地域のCMに呼びかけ、平成29年12月1日に六右衛門ケアマネ会を発足。②賛助会員として地域包括支援センターの担当者や、地域の利用者を支援している地域外のCMに参加を呼びかける。③2ヶ月に1回定例会を開き、情報共有や新たな地域資源の紹介、活動方針についての話し合いを行う。④定例会以外にCMの資質向上の勉強会を開催する。なお、本発表を行うために関係者より同意を得た。

【結果】①津田・新浜地区全員のCMが会員となり、活動の一步を踏み出すことができた。②賛助会員として地域包括支援センターや、他の地域のCMの参加により、幅広い意見交換ができた。③活動の一つとして民生委員定例会に津田・新浜地区全8居宅支援事業所の代表が参加し、六右衛門ケアマネ会の目的を民生委員に周知することができた。そして、8事業所の紹介を行い、高齢者の相談窓口が近隣にあることを認識してもらえた。④2回の事例検討会を実施し、CM業務の気づきの勉強となった。⑤活動を重ねることによって、CMの活動意識の向上とCM同士の信頼関係を築くことができた。

【結論】私達CMの誰もが高齢者の住みやすい地域を願い、日々の業務に取り組んでいる。しかし、個々の力や想いはなかなか形とならないのが現実である。今回、津田・新浜地区のCM全員が立ち上がり一つの大きな力となった事で、民生委員や自治会への働きかけが具現化するきっかけとなった。今後は、更に活動の輪を広げ、地域住民が地域を育てていけるような新しい資源の立案などを目標に取り組みたい。

自院における退院前カンファレンスの現状と課題

○桃平瞳 林彩香 井村友香 加村春香 丸岡美智子 藤原美恵 元木由美
医療法人平成博愛会 博愛記念病院

【目的】当院では入院時から在宅ケアスタッフと連携し退院支援をすすめている。入院時早期にケアマネジャーから情報提供を頂くケースが増え、入院前患者情報が共有できるようになった。一方、ケアマネジャーから提供される情報と、当院スタッフが知りたい情報にズレを感じることもあった。このことを考えると、当院で行っている退院前カンファレンスでの情報提供の内容についても、在宅ケアスタッフ側が欲しい情報を適切に提供できているか、それを明らかにするため、今回当院関連事業所のケアマネジャーへアンケート調査を実施、課題検討を行ったのでここで報告する。

【現状】当院での退院前カンファレンスは、退院が予測される2週間～2日前に実施することが多く、入院期間中に1回～2回程度実施。参加メンバーは当院スタッフとして主治医・薬剤師・看護師・管理栄養士・PT・OT・ST・社会福祉士等。そこへ在宅医・ケアマネジャー・各在宅サービス担当者を招き、入院中の経過を情報提供した上で今後の課題について意見交換を行う。

【方法】ケアマネジャー9名を対象にアンケート調査を実施し、在宅ケアスタッフ側としてどのようなカンファレンス・情報提供を望んでいるかを明らかにする。アンケート実施においては個人が特定されないよう配慮した。

【結果】当院では、現状、退院後にサービスの利用が予測される患者には100%退院前カンファレンスが実施できており、また、薬剤師や管理栄養士も参加するため、退院後の服薬・栄養管理についても専門職参加の下で話し合うことができる。さらに今回のアンケートにより在宅ケアスタッフがより提供して欲しいと考えている情報が明らかにできた。

【結論】病院スタッフ、在宅ケアスタッフが互いに相手側が知りたい情報を把握することで、効率良くより充実した入退院時の連携を取ることができる。お互いの立場を理解し、シームレスな多職種連携を今後も目指していく必要がある。

海部郡在宅看取り・在宅療養連携プロジェクト ～県立海部病院、郡医師会、県看護協会の連携～

○影治照喜¹勝瀬昌代¹藤原都志子²稲井芳江³多田敏子³松田啓次⁴

¹徳島県立海部病院地域連携センター

²徳島県看護協会訪問看護ステーション海部 ³徳島県看護協会

⁴海部郡医師会会長

【目的】医療資源の乏しい過疎地域では、在宅看取りに対して、単一の医療機関の訪問診療と訪問看護では患者家族の要請に応じて24時間365日の対応を行うことは非常に困難である。また疾病の急性増悪時の受け入れ病院の確保にも難渋することも多い。この問題を解決して、海部郡での在宅看取りを促進するために、県立海部病院、県看護協会、郡医師会が協定を結び、海部郡在宅看取り・在宅療養連携プロジェクトを2018年8月にスタートさせた。

【対象・方法】海部郡内で在宅療養を受け、在宅看取りを希望している患者に対して、在宅主治医不在時や緊急時の対応を海部病院が補完する。在宅主治医や訪問看護ステーション海部からの要請がある場合は、海部病院からの訪問診療・訪問看護を行う。そして在宅看取りの継続が困難な場合、あるいは在宅療養中に入院治療が必要になった場合は、海部病院に入院して治療あるいは病院看取りを行う。海部郡内医療機関とは月に1回のカンファレンスを開催し、患者情報の共有と、問題点抽出と解決を図った。さらには情報共有のツールとしてのICTツールを導入した。地域への啓もう活動として郡内各自治体で亜advanced care planning(ACP)についての講演活動も合わせて行った。

【結果】2018年8月からの連携患者総数は18名であった。医師会医療機関から海部病院への紹介患者は14名で、医師会医療機関への逆紹介患者は4名であった。海部病院からの訪問診療は8名で実施した。当院での連携内容は、相談1名、外来受診6名、入院6名であった。在宅看取りが2名、当院での入院看取りが2名、施設看取りが1名であった。

【結論】医療資源が限られている過疎地域では、医師会開業医、訪問ステーションと当院のような地域基幹病院が協力して、互いに補完しあうことで在宅看取り・在宅療養を推進できる可能性がある。今後、地域住民へのさらなる啓発活動と医師会からの参加協力拡充が必要である。

徳島市での第 58 回全国国保地域医療学会を振り返って

○本田 壮一^{1・2} 白川光雄^{2・3} 沖津修^{2・4}

¹美波町国民健康保険美波病院 内科 ²徳島県国保診療施設協議会

³海陽町栄喰診療所 ⁴つるぎ町立半田病院

【目的】「地域包括ケアシステム」は、1970 年代に山口昇先生（尾道市・公立みつぎ総合病院）が、最初に提唱した。同院など国民健康保険診療施設（国保直診）は、全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）として活動している。2018 年 10 月に、「第 58 回全国国保地域医療学会」を徳島市で開催した。徳島県国保連合会の諸氏とともに、準備や運営にあたった。その経験より、今後の「地域包括ケア」を考える。

【対象・方法】約 2 年間の準備や学会当日の記録をまとめ、正・副学会長として尽力した体験を示す。

【結果】1) メインテーマを「地域包括ケアで、日本の未来を切りひらこう～ 海・山・川の恵みの阿波の国での実践～」とした。地方での取り組みや努力・成果を伝えた。2) 例年の開設者サミット・シンポジウムなどに加え、地域医療講座、教育セミナーなどを企画し、魅力あるプログラムとした。特に、シンポジウム「地域包括ケアシステムの新しい展開～徳島での議論を全国へ～」では、白山靖彦教授（本学会の代表幹事）が登壇。「徳島県における地域包括ケアシステムの深化・推進」と題して講演いただいた。他の 3 演者との議論を含め、今後の「地域包括ケア」を考える良い機会となった。3) 私どもは学会場のある徳島市から離れた施設に勤務しており、メーリングリストを用い議論を尽くした。4) 負担金を支払った参加者は 1,034 名。来賓・スタッフ・公開講座の市民を含めると、1,619 人もの参加となった。5) 256 題の研究発表があった。ポスター発表は紙媒体で行い、討論が活発となった。6) 地域医療交流会を学会場で行い、移動の時間が節約できた。開設市町からの物産展も好評だった。7) 協賛金を多く得、会場費が抑えられ、決算は黒字となった。

【結論】成功裏となった学会運営の経験を、地域医療に生かしたい。「徳島県地域包括ケアシステム学会」からご協力・ご支援いただき、感謝している。

過去の災害からケアネジャーの備えを学ぶ ～ケアマネ連絡会が地域の災害支援の関わる意義～

○河野竹美¹ 松本隆子²

¹すだちの園指定居宅介護支援事業所 ²居宅介護支援事業所大神子

【目的】A地区には居宅支援事業所が12か所からなるケアマネ連絡会（以下：連絡会）を組織している。今回、連絡会にて地域の災害支援をキーワードに1.地域課題としてケアマネジャー（以下：CM）は自然災害をどう受け止めているか。2.専門職としてどのように地域と関わるべきか。3.居宅支援事業所内で自然災害においてのマニュアルが用意されているのかを整理したので報告する。

【方法】対象者は連絡会に参加したCM13名。1.2004年台風23号の多家良・勝占地区の浸水痕跡と土砂災害マップ及び当時の浸水状況の写真を参考にしながら連絡会で意見交換を実施。2.地形から及ぼす被害状況と各居宅支援事業所周辺の地形を確認し危険個所の把握を実施。3.地域住民の避難経路、避難場所の確認をし、地域の課題の抽出を勧めた。倫理的配慮として個人情報への配慮を行った。又法人の倫理委員会への発表の承諾を得た。

【結果】1. CMのフィールド地区では、大雨による水害は毎年のように起き、土砂災害、地滑りの危険区域も多方にあることが確認でき、地域住民の高齢化により避難場所へ行けない、又避難場所が冠水状態で利用できないなど地域の環境は整っていない事。2.特に避難時の安全性に欠けている事に対し、CMは独居高齢者への支援が取り残されている事に気付いた。3.災害時のマニュアル化は事業所内の緊急連絡網の作成、定期的な防災訓練を実施し、ライフラインの障害に備えた食料の備蓄など、CM自身も災害に対する意識を深める事ができた。

【結論】この取り組みで学び得たことは、CMは災害を他人事と考えず、今ここで災害が発生したらCMはどう行動すれば、利用者の命が守れるか常に考えておく習慣を持つ事。そして、地域住民の高齢化、過疎化に対しては、CMから災害の備えの重要性を利用者や住民に発信し働きかける事が重要である。

住民の互助と多職種連携による認知症独居高齢者の在宅支援

○篠原千恵美¹

¹居宅介護支援事業所ケアサポートしのはら

【目的】多くの問題を抱えた認知症独居高齢者の居宅サービス計画を担当し、在宅生活継続のための地域住民参加による地域ケア会議を繰り返し行った事例について、つるぎ町立半田病院で開催されるつるぎ町地域包括ケア会議(以下「包括ケア会議」)に提示し、その内容について検討したので報告する。

【対象・方法】症例：80代女性。日常生活自立度は障害J2、認知症Ⅲa。頼れる身寄りがなく、公営住宅で独居。日中は、関係が良好な住民と共用庭で会話して過ごす。金銭管理ができず、年金を1カ月程で使い切る。屋内はゴミが堆積しネズミが繁殖、尿汚染した衣類や布団と共に悪臭が漂い不衛生な状態であった。

なお、本研究では倫理的配慮として、つるぎ町立半田病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】住民からの苦情を機に、民生委員が地域包括支援センター(以下「センター」)に相談し、センターの関与後は拒否があるものの、徐々に関係を構築した。居宅サービス計画の依頼を受けた時は介護保険申請中であり、暫定で要支援2であった。地域ケア会議は、センターとケアマネジャーが主軸となり住民、民生委員、医療ソーシャルワーカー及び訪問・通所介護施設、社会福祉協議会、住宅課、建設課が参加した。住民、民生委員はゴミ出しの声かけや分別支援、社会福祉協議会は金銭管理、住宅課、建設課はゴミの撤去作業の協力、何らかの異常時にはセンターとケアマネジャーへ連絡・相談する体制を構築することで、在宅生活の継続が可能となった。

【結論】本事例は、住民との関係が良好であったため協力を得られたが、今後は住民らの負担増加や義務としての互助とならないよう、住民らのアセスメントも必要と考えられる。包括ケア会議の事例検討では、引き続き多職種連携で支援するとともに、介護サービス等の共助と住民らによる互助のバランスを考慮し、居宅サービス計画の見直しを行うことが重要と示唆された。

特別養護老人ホームにおける食形態と口腔状態に関する調査

○中野雅徳、中江弘美、吉岡昌美、十川悠香、西川啓介、篠原千尋、森山聡美、
藪内さつき

徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科

【目的】栄養摂取と肺炎予防は、高齢者の生命予後に影響する重要な課題である。本研究は、要介護高齢者における食形態の決定法や誤嚥性肺炎のリスク推定を目的とした研究の予備的調査として行った。

【対象・方法】特別養護老人ホーム7施設から我々が開発した口腔ケア簡易アセスメントシート記録の提供を受け、経口摂取をしている利用者327名（男性74名、女性253名、平均年齢：86.5±7.8歳のデータをもとに「食形態と口腔状態」に焦点を絞り集計および解析を行った。本研究は徳島文理大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】食形態（主食）は米飯30.6%、軟飯17.7%、粥35.5%、嚥下調整食16.2%、義歯の状態は義歯必要なし12.8%、部分床義歯6.4%、片顎のみ総義歯10.7%、上下顎総義歯32.4%、義歯なしまたは不使用37.6%であった。アセスメントシートの嚥下障害スクリーニングで、嚥下障害の可能性大と判定された利用者は全体の45.3%、可能性小は54.7%で、前者の食形態は粥41.9%、嚥下調整食25.7%が多かったが、普通食の米飯も13.5%いた。後者は、米飯44.7%が最も多かったが、嚥下調整食も8.4%（15名）いた。嚥下障害の可能性が小さいにもかかわらず嚥下調整食を摂取する利用者の内訳は、義歯なしまたは不使用が11名、認知自立度Ⅲa以上が10名（内Ⅳが8名）で、噛めないあるいは重度認知症がその要因と思われた。Body mass indexデータがある305名の内18.5以下の痩せ群は28.5%、非痩せ群は71.5%であり、食形態は痩せ群の米飯16.1%と非痩せ群の嚥下調整食11.9%が全体での割合と比較して少なかったが、義歯の状態には特徴的な傾向はなかった。

【結論】特別養護老人ホームの食形態と口腔状態に関する実態の一部が明らかになった。①義歯がないか使用していない利用者の割合が多く、②摂食嚥下障害のスクリーニング結果と食形態のミスマッチの可能性が疑われる利用者も全体の10%程度おり、今後の歯科医療者のさらなる介入や関連する研究の進展が期待される。

就労支援 A 型による就労と在宅での生活を希望した利用者への支援について

○中谷勇樹¹

¹独立行政法人国立病院機構徳島病院 療育指導室

【はじめに】筋ジストロフィー利用者が支援学校高等部卒業を機に在宅生活と就労支援 A 型を利用した就労を希望された。自宅は瀬戸内海にある離島で、医療機関や福祉サービスが少ない中、支援学校と共に地域移行を支援した。

【目的】安心してスムーズに地域移行が出来るように支援する。限られたサービス資源の中で主体的に考え、構築が出来るように支援する。

【対象者】10 歳代男性、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、夜間のみ人工呼吸器使用、ADL 全介助、電動車椅子使用、在院期間 3 年。倫理的配慮について個人が特定できないように配慮した。

【経過】高校 2 年の 3 月に 1 回目のケース会議を開催。卒業後の生活について意向確認するが、卒業時点での病状進行の予測が難しくビジョンが描けないとの事だった。支援者側は在宅生活を希望された場合に情報提供が出来るように、自宅で利用可能な福祉サービスを調べた。2 回目のケース会議を 7 月に開催。在宅で就労支援 A 型を利用する事を伝え、在宅生活に向けてどの支援が必要なのか確認した。その後支援学校の就業体験を通じて B 事業所の就職が決まり、3 回目のケース会議を卒業直前の 2 月に開催し、支援内容の最終確認を行った。

【結果】卒業後の進路について、支援学校の就業体験等を通じて B 事業所を利用しながら在宅生活を送ると決められた。日常生活で予測される課題を挙げながら、ケース会議を通じて移行支援計画を立案して、課題解決に向けた調整を行った。

【まとめ】児童指導員による支援は、多職種や他機関の連携による福祉サービスの地域移行を行うと共に、これまでの生活習慣に就業が加わった生活をイメージが出来るようにする必要がある。その事で、主体的に生活スケジュールを考え、実行に移す力を身につける事が可能となる。今後、病状進行が考えられるが、可能な限り在宅生活と仕事が継続できるように、必要に応じて多職種の協力を得ながら支援していきたい。

効果的な高次脳機能障害支援者向け研修会とは？ ーアンケート調査と研修会開催の経験からー

○八木真美¹ 大塚啓司¹ 後藤祐之² 阿部泰昌³ 平岡 崇³ 花山耕三³ 種村 純⁴
椿原彰夫⁴

¹川崎医科大学附属病院リハビリテーションセンター ²旭川荘

³川崎医科大学リハビリテーション医学教室 ⁴川崎医療福祉大学

【目的】高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業では、当事者/家族ならびに支援者への支援/地域支援ネットワークの構築/普及啓発/研修を事業の柱としている。支援の現場からは「高次脳機能障害は理解・支援しづらい」との声が聞かれるが、その要因として診断の枠組みの複雑さに加え、支援制度の複雑さも挙げられる。そこで今回、支援者の理解促進の観点から、どのような研修会が求められているのかについて検討した。

【対象・方法】県内の相談支援事業のうち78事業所からアンケートの回答が得られた。9項目の質問内容は、①高次脳機能障害を知っているか、②支援経験人数、③支援対象者の年齢層、④症状、⑤事業所につながった経緯、⑥支援内容、⑦必要な連携先、⑧支援で困ること、⑨その他意見、である。また現在行っている研修会等の状況も踏まえて、支援者に求められる研修とはどのようなものなのかについて検討を行った。(川崎医科大学・同附属病院倫理委員会 承認番号3274)

【結果】調査の結果、多くの事業所においては、一定程度の高次脳機能障害の知識を有し(①「高次脳機能障害をある程度以上知っている」と回答した事業所は91%)、また支援経験もある(②「支援経験あり」と回答した事業所は71%)が、各事業所での経験症例数は少なく(支援経験のある事業所のうち経験症例数5人以下の事業所が89%)、個別ケースにおいて、注意/記憶の障害・言語の障害・社会的行動障害・病態の自己認識の低下・環境の問題など幅広く支援に困っている実態が明らかとなった。

【結論】今回の調査結果から、高次脳機能障害に対する理解・支援は進んでいるが、それに伴い支援者側の支援困難内容も多様化している現状がうかがえた。過去の研修会開催の経験も踏まえ、参加者の属性・経験値・地域特性などをもとに、ニーズを把握した上で「求められる研修会」を企画する必要があると示唆された。

「その人らしさ」を理解するために～事例検討会の取り組み～

○三好みゆき¹ 秋山郁恵¹ 後藤雅史² 光田奈津子³ 稲次正敬⁴ 湊省⁴ 稲次圭⁴
稲次美樹子⁴ 森脇好乃美⁴ 高田信二郎⁵

¹ 社会福祉法人凌雲福祉会 藍寿苑指定居宅支援事業所

² 社会福祉法人 凌雲福祉会 津田居宅介護支援事業所

³ 社会医療法人 凌雲会 昴居宅介護支援事業所

⁴ 社会医療法人凌雲会 稲次病院 診療部 ⁵ 独立行政法人 国立病院機構 徳島病院

【はじめに】介護支援専門員（以下ケアマネジャー）は ICF の考え方で対象者をプラス面から考えた上で生活が困難になっている要因をアセスメントし、必要な資源に適切に結び付け PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにより在宅生活が継続できるように支援している。ケアマネジャーとしての「気づき」や「見立て」により支援の方向が変わるため、資質向上がより求められる。本研究では、事例検討会の技法を用いた取り組みについて報告する。

【対象と方法】対象は、法人に所属するケアマネジャー19 名（居宅介護支援事業所 18 名と老健 1 名）、合同事例検討会は年 4 回企画、事例検討会に必要な役割を決め、事前準備し開催した。方法は、2018 年 12 月、『乳がんの骨転移による疼痛の緩和の為に痛み止めを多量に服用する事例』、2019 年 3 月、『近くに頼れる家族がおらず、次第に認知症が進行している事例』、同年 6 月、『しっかりと自分の意見があり周囲のアドバイスを中々受け入れられない利用者への支援を考える』の 3 題を検討し、毎回検討会後にアンケートを実施した。なお、調査に関して個人が特定できないように十分に配慮した。

【結果】事例を多角的に検討することで、自分が担当だったらどうするのか、どう思うのかを考え「今後の援助のあり方」と「対応」を具体的に分析し、急ぐ事・急がない事・だれがどのように行うか等の「手だて」に繋げることができた。また、ケアマネジャーとしての気づきや振り返りから、自立支援・利用者本位の観点に基づくサービス計画書作成の視点を学ぶ機会になった。さらには、家族等の支援者を単なる「介護者」という視点ではなく「社会を生きる一人の市民」として要介護者と介護者をそれぞれの自己実現ができるように関わっていくとの意見が出された。

【まとめ】個々の利用者ができる限り長く在宅生活が継続できるように“その人らしさ”を支えられるケアマネになるため、スキルアップできる取り組みを行うと同時に、事例研究や地域課題の発見・地域づくりに積極的に関与できるよう、今後も自施設や地域において事例検討会を活発化する必要が示唆された。

排泄支援のアドバイジングが看護意識にもたらした変化

○湯浅智恵子¹ 山中朋子¹ 曾我部香織¹ 沼田和代¹ 川上仁¹ 稲次正敬² 湊省²
稲次圭² 稲次美樹子² 森脇好乃美² 高田信二郎³ 白山靖彦⁴ 長谷川裕一⁵
¹社会医療法人凌雲会 稲次病院 看護部 ²社会医療法人凌雲会稲次病院 診療部
³独立行政法人 国立病院機構 徳島病院 ⁴徳島大学大学院医歯薬学研究部
⁵株式会社リブドゥコーポレーション

【目的】排泄は高齢者が自立し、健康的な生活を送るうえで必要不可欠な行為である。当院では入院患者の高齢化が進み、約70%がおむつを使用、夜間3時間ごとのおむつ交換は、看護業務の中で多くの割合を占め、負担とともに排泄ケア＝おむつ交換という概念すらあった。今回、当院回復期リハビリテーション病棟において排泄委員会を設立し、徳島大学大学院医歯薬学研究部発起のESL (excretion support laboratory) 研究に参加し、排泄支援員から受けたアドバイジングが、看護・介護職員の排泄ケアに対する意識にどのような変化をもたらしたかを調査する。

【対象・方法】018年11月15日から2019年2月15日の期間、ESL研究において定期的に訪問した排泄支援員から排泄支援用具の用途や適合性、機能についてのアドバイジングを受けた。看護師・介護士でアドバイジングを受け、排泄ケアに関わった計24名に対してアドバイジング前後で排泄ケアに対する意識の変化をアンケート調査した。調査内容は1. 交換頻度 2. 選定の知識 3. 漏れの原因 4. 倫理的側面 5. 排泄ケアの概念についての5項目とした。なお、研究に際し、個人が特定されないようにデータを匿名化するなど、十分に配慮した。

【結果】有効回答率は100%であった。前後のアンケートから、おむつの選定方法、漏れの原因についての知識を得ることができ、排泄ケア事態に対する意識変化も見られた。交換頻度が下がる利点と同時に、長時間おむつを替えないという倫理的な意識課題に対しても、正しい使用方法を習得することによって解決できた結果となった。

【考察】排泄支援用具に対する正しい知識と適切な使用で、交換頻度も減少患者の夜間良眠にも寄与し、同時に看護負担も軽減された。最終的におむつを外しての退院者も増加した。今回の経験を通じ、日常的に看護介護業務で機械的に行われるおむつ交換が排泄ケアではなく、自立支援へのケアであるという意識が各専門職間で形成されたと考えられる。

リハビリテーション会議の有効性と今後の課題～多職種との連携～

○板橋勇季¹ 西山修平¹ 稲次正敬² 湊省² 稲次圭² 稲次美樹子² 森脇好乃美²
高田信二郎³

¹社会医療法人凌雲会 介護老人保健施設昂 ²社会医療法人凌雲会 稲次病院 診療部

³独立行政法人 国立病院機構 徳島病院

【はじめに】リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ(以下、リハマネ加算Ⅲ)の算定要件としてリハビリテーション会議(以下、リハ会)の実施が義務付けられている。今回、当施設においてリハマネ加算Ⅲを算定した症例のリハ会を検証し、その効果や今後の課題について検討した。

【対象・方法】2019年4月に当施設にて開催した84件のリハビリテーション会議における多職種の参加状況を会議録から抽出調査した。調査項目として、1) 会議の所要時間 2) 出席率(職種別) 3) 検討内容を挙げ、分析し考察した。なお、本研究に際し、個人が特定できないよう匿名化するなど、研究倫理を遵守した。

【結果】

- 1) 平均所要時間：18分
- 2) 出席率はケアマネジャー(以下「CM」)：81/84名(96%)、医師：84/84名100%、通所リハ：84/84名100%、本人・家族：84/84名100%、福祉用具：36/64名56%、訪問介護：15/34名44%、訪問看護：9/18名50%、短期入所：3/3名100%、通所介護：3/8名37%、他通所リハ：1/2名50%、タクシー：0/2名0%
- 3) 検討内容：リハ計画の進捗報告、リハ方針の再確認、在宅での問題点共有、集団生活での問題点共有、服薬状況の再確認、本人・家族のDemands(希望)の再確認、福祉用具貸与の状況報告・再検討、コメディカルからの情報報告、医師からリハ計画の指示・説明。

【結論】当施設のリハ会は各事業所に意見を求める。この方法では、参加事業所が多い場合に所要時間が拡大する傾向にある。また、コメディカルな職種は参加率が低い状態であった。理由として、「業務の都合がつかない」が最も多かった。また会議時間が平均所要時間より超過することも参加率が低下した要因と考えられる。在宅で支援する事業所が出席された会議では問題点の抽出から再検討まで短時間で、質の高いリハ計画の立案に繋がっていくと考えられる。今後、コメディカルな事業所の参加率向上を図ると同時に、リハ会での検討内容を予測し、会議を調整していく事が必要と示唆された。

身元引受人不在者の支援に関する考察

○辻真理子¹ 堀江和枝¹ 丸岡妙子¹ 北村美渚¹ 稲次正敬² 湊省² 稲次圭² 稲次美樹子²
森脇好乃美² 高田信二郎³

¹社会医療法人凌雲会 稲次病院 地域連携室 ²社会医療法人凌雲会稲次病院 診療部

³独立行政法人 国立病院機構 徳島病院

【はじめに】近年、身元引受人不在の患者が増加している。そこで、当院での困難事例を通し、その課題、支援の経過、今後の対応策について検討したので報告する。

【事例概要】事例は40代の男性で、入院時診断名は頸髄損傷である。視力障害が認められるが、障がい者生活支援センターの介入のもと就労、自立して独居生活をしていた。今回の受傷に伴い退職、生活保護受給開始した。なお、県外出身で家族とは疎遠であり、身元引受人となる親族は不在であった。なお、発表に際し、本人の同意を得たうえで、個人が特定できないよう十分配慮することを確約した。

【退院支援における課題】ADL全介助レベルに加え、190cm近い身長、100kg超の体重であり、最も課題とされたのは身元引受人不在であった。体は動かずとも判断能力が十分にあるAさんは成年後見制度、日常生活自立支援事業の対象外であった。社会福祉協議会や行政にも相談・介入依頼したが、対応できる現行制度がないとの回答であった。身元引受人不在は入所受入れを拒む正当な理由にはならないとされているが、実際にはいずれの施設からの受入れは不可であった。

【支援の経過】様々な施設をあたるも断られ、入院期限も迫っていたため、介護保険を申請し、併設の老健入所に方向性を変更した。身元引受人に代わる存在が必要であるという施設側の要請を受け、本人・各担当者と協議し、身元保証支援を有料で行う法人を利用した。現在も引続き支援を受けている。

【考察】成年後見制度は財産管理を含む契約事項と身上監護と言われる部分的な支援に限定されている一方で受入れる側の施設が求めているのは身元引受機能であり、現行制度で解決できない部分を施設側が肩代わりせざる得ない現状である。今後、入退院時の相談支援において、身元引受に関する必要なサポート体制を作っていくことが重要であると考えられる。

ケアマネジャーのケアマネ連絡会に対する意識調査に関する一考察 ～ 5年間でケアマネジャーの意識が変化した要因とは～

○位頭 薫¹、東條 喜代美²、荻田 靖子²、橋本 美香³、中澤 智恵⁴

¹ケアプランセンターゆいまーる、²徳島市医師会介護サービスセンター

³徳島県看護協会居宅介護支援事業所徳島、⁴健生かがやき在宅介護支援センター

【目的】徳島市には、居宅介護支援事業所が約120事業所あり、約370名のケアマネジャー（以下、CM）が勤務している。私たちは、5年前から徳島市のCMに呼びかけを開始し、昨年、徳島市ケアマネ連絡会（以下、連絡会）を組織することができた。現在、徳島市を8エリアに分けて活動を行っている。今回、連絡会が結成されるまでの5年間のCMの意識の変化についてインタビュー調査を行い、連絡会を組織することができた要因について考察することを目的とする。

【方法】対象は、8エリアで主となって活動しているCM11名。方法は、インタビュー調査を行った。内容は、1.各エリアで連絡会を結成しようと思った理由。2.5年前の連絡会に対する意識。3.5年間の意識の変化の理由。以上の3点について半構造化面接を用いて調査を行い、インタビューの逐語録から類似する内容をカテゴリー分けし、考察した。対象者には事前に研究協力の同意を得たうえで調査を行い、個人が特定されないよう十分に配慮した。なお、研究法人の倫理委員会にて承諾を得た後に研究を実施した。

【結果】1.ネットワーク作りの必要性7名、相談できる関係作り6名、地域貢献6名、まとめ役の存在4名となり、地域におけるCM同士の関係性を育む必要性を感じていることが明確になった。2.必要とは思っていなかった8名、必要とは思っていた3名となり、5年前は連絡会が必要とは思っていなかったが、現在は必要性を感じて参加していることがわかった。3.主任CMの意識の変化6名、自己のスキルの向上6名、地域包括ケアシステムの浸透3名という結果となり、5年間で主任CMの役割や地域包括ケアシステムの理解が進んだことが明らかとなった。

【結論】今回の意識調査により、連絡会を組織できた背景に、1.CM同士の繋がりや地域貢献に寄与する意識、2.主任CM研修等、各種研修によるCMの自己研鑽の意識、3.地域包括ケアシステムにおけるCMの役割意識が関与したと考えられた。

那賀町における認知症サポーター養成講座の取り組みについて

○湯浅雅志

那賀町地域包括支援センター

【目的】那賀町では認知症施策の一環として 2013 年度より、認知症サポーター養成に取り組んできた。認知症サポーターとは「認知症に正しく理解し偏見をもたない者」とされている。こうした者が増加すれば認知症の人が暮らしやすくなるのではと考えた。

全国及び徳島県と比較ができる 2014 年度から 2018 年度までの、総人口に占める認知症サポーターの割合が那賀町では 9.9%から 32.4%まで増加し、徳島県平均の 3.5 倍であり、全国平均の 6.3 倍と驚異的な伸び率である。こうした爆発的にサポーター数が養成された取組みを報告しその要因を考察する。

【対象・方法】2013 年より認知症サポーター養成講座を開始し一般住民に参加を呼びかけた。当初 10 人以上の希望があった場合に開催を計画するが、その後人数は関係なく希望があれば実施した。開催希望が減少したため、2016 年度より町社会福祉協議会等と連携し認知症行方不明者搜索模擬訓練（以下、模擬訓練）の実施や認知症施策推進会議を創設し、行政、社協、商工会、警察、民間企業などと連携した。2017 年度より認知症サポーター養成協力事業所表彰制度（以下、表彰制度）を創設し、企業の社会貢献として職員研修の一環として認知症サポーター養成講座開催協力を行った。また町内小中学校への参加協力を要請した。なお、企業・個人が特定できないように十分配慮し、結果の集計を行った。

【結果】以上の事業を展開した結果、2019 年 3 月末には 2692 名となり、那賀町住民の 32%以上が認知症サポーターになった。

模擬訓練は 1 回開催すると 50 名以上が参加したが、地域の協力やスタッフの数も多く必要で年間 2 回程度しか実施できなかった。

表彰制度では、22 事業所が認定され、内 14 事業所が 5 人以下の事業所であり、これまで参加人数が少ないと遠慮されていた事業所からも講座申込みがあった。

【結論】那賀町においては、住民に対して認知症サポーターの割合が 15%であった 2015 年より、模擬訓練等新たな取り組みを行うことで、サポーター数の順調な増加が図られたと考えられる。

食生活改善推進員の活動継続につながる要因と継続に必要な支援

○松下恭子¹ 保岡夏実² 福榮舞花³

¹徳島大学大学院医歯薬学研究部地域看護学分野 ²徳島大学病院

³洲本市健康福祉部健康増進課

【目的】食生活改善推進員（以下ヘルスメイト）は食を通した健康づくり活動を行う住民であり、市町村の行う養成講座を修了後、自ら会員として加入した者が活動している。本研究の目的は、ヘルスメイトが活動を継続できる要因と、活動継続に必要な支援について明らかにすることである。

【対象・方法】徳島県 A 市で 5 年以上活動しているヘルスメイト 4 名に、約 74 分のグループインタビューを実施した。調査時期は 2018 年 9 月であった。インタビューの内容は逐語録作成を行い、意味内容の類似性に従ってカテゴリ化を行なった。本研究は徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号：3193）を得て実施した。

【結果】ヘルスメイトが活動を継続できる要因には《参加者の喜ぶ姿を見ることができる》、《住民から声をかけてもらえる》、《メンバー同士の助け合いがあり関係性が良い》、《活動を通して学びや意義を見出している》、《公的機関や専門職の支援がある》、《資金の確保と他の組織とのつながりがある》が抽出された。活動を阻害することとしては《認知度の低さ》、《組織間のつながりの希薄化》、《参加者の固定化》、《活動意義の伝わり難さ》、《活動時間や場所の制約》、《メンバーの減少》が抽出された。今後の活動に必要な工夫と支援には、《地域住民への周知のための活動》、《過去につながるのあった組織と連携を復活》、《ヘルスメイト受講者を増やす》が挙げられた。

【結論】ヘルスメイトの活動継続には、参加者である住民からの反応や声かけが関係していた。また、メンバーの良い関係性と、活動を通して学びの意義を見出すことがモチベーションの維持につながっていた。今後はマンパワーの充実が求められ、ヘルスメイト受講者を増やす工夫が必要である。地域の専門職は、ヘルスメイトが地域で多くの組織と連携を図りながら活動を進められるように支援する必要がある。

本学会に賛助頂いた団体・賛助会員のみなさま(2019.8.1 現在 敬称略)

医療法人ひまわり会 中洲八木病院
一般社団法人 徳島県医師会
医療法人 敬老会
医療法人厚仁会 波方中央病院
一般社団法人 三好市医師会
イツモスマイル株式会社(介護保険事業者)
一般社団法人 徳島県歯科医師会
社会医療法人 凌雲会 稲次病院
徳島県立中央病院
一般社団法人 徳島県作業療法士会
一般社団法人 徳島市医師会
高松市民病院 塩江分院
地方独立行政法人 徳島県鳴門病院
医療法人久仁会 鳴門山上病院
医療法人芳越会 ホウエツ病院
徳島健康生活協同組合 徳島健生病院
一般社団法人 徳島市歯科医師会
医療法人平成博愛会 博愛記念病院
とくしま高齢者・障がい者権利擁護ネットワーク
一般社団法人 徳島県社会福祉士会
一般社団法人 徳島県薬剤師会
公益社団法人 徳島県理学療法士会
公益社団法人 徳島県栄養士会
特定非営利法人 徳島県介護支援専門員協会
つるぎ町立半田病院
公益社団法人 徳島県看護協会
一般社団法人 徳島県歯科衛生士会
医療法人徳寿会鴨島病院
一般財団法人厚仁会
医療法人修誠会 吉野川病院

【賛助会員】

株式会社リブドゥコーポレーション

帝人ファーマ株式会社

株式会社西日本ファーマシー

帝人在宅医療株式会社

株式会社アスティス

高松帝酸株式会社

株式会社よんやく

株式会社メディカ・ライン

株式会社 シケン

【発行・編集】

冊子名 第3回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会プログラム・抄録集
The Japanese Journal of Tokushima Society of Community-based
Integrated Care System: supplement 2019 ISSN 2432-9363

発行日 2019年(令和元)年8月25日

発行者 徳島県地域包括ケアシステム学会
〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町3-18-15(徳島大学歯学部内)
TEL: 088-633-9171 MAIL: info@toccs.jp

編集者 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔保健福祉学講座
○白山靖彦, 柳沢志津子, 竹内祐子 高橋美和 ○責任者



QUON
CHOCOLATE



「もっと、ピュアチョコレートへ。」



QUON チョコレート徳島店

営業時間 10:00 ~ 18:00 (定休日 水曜日)

TEL 088-637-3320

〒771-1253 徳島県板野郡藍住町矢上字安任 175-1

QUON チョコ
レート徳島店 ★

丸亀製麺 ●

● 寿司松

● 稻次病院

QUON チョコレート徳島店は、
社会福祉法人 凌雲福祉会の就労支援センターハーモニーが運営しています。



<次期学術集会>

大会長 徳島県 鎌村 好孝

2020年8月23日(日)開催予定