会場

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町 8-2-6
Tel: 06-6773-8182　Fax: 06-6773-8421
http://www.ih-osaka.or.jp/

電車でお越しの方
- ●地下鉄千日前線「谷町九丁目駅」10番出口より500m
- ●地下鉄谷町線「谷町九丁目駅」5番出口より600m
- ●近鉄線「大阪上本町駅」14番出口より400m
- ●地下鉄谷町線「四天王寺前夕陽ヶ丘駅」1番出口より500m

お車でお越しの方
- ●阪神高速　環状線「道頓堀」出口で降り直進、千日前通りを東へ約750m、上本町6丁目交差点を右折、南へ約400m
- ●阪神高速　松原線「文の里」出口で降り、すぐの交差点を左折し、あびこ筋を北へ約3km

※駐車場(コインパーキング)について、南66台・北24台を併設しております。なお、満車の場合は、近隣に「大阪市立上汐地下駐車場」(124台)がございますので、そちらをご利用ください。

主催：医療法人弘善会
社会福祉法人幸陽会
有限会社　エムワン

医療法人 弘善会グループ
Medical Corporation Kouzenkai
TEL:06-6978-2307

表紙のモチーフは始まったばかりの小さな命。希望あふれる人生。寄り添い、繋がり大きな豊かな人生。を表現しています。
(作図　平山 明)

第３回
弘善会グループ学術大会

人生100年時代の「生活の質」を考える
～地域で自分らしい暮らしを続けるために～

◇プログラム・抄録集◇

会　期

2018年 8月26日(日)

会　場

大阪国際交流センター
〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

大会長挨拶

このたび、第3回医療法人弘善会学術大会を平成30年8月26日に、大阪国際交流センターで開催させていただくことになりました。

日頃より当法人運営にご尽力いただいております方々をはじめ、ご参会くださいます皆様へ心から御礼と歓迎のご挨拶を申しあげます。

当初より当会の学術発表は、日頃の実践者による研究成果を多くの人にわかりやすく伝えることが目的であると考えていました。文字通りゼロから出発した本会も、口演発表、示説（ポスター）発表、さらにはランチョンセミナーでの意見交換など、演題により多彩な発表形式をこなしてきました。また、通常の発表だけでなく、検討段階の発表も奨励することにより、多様な側面からの問題定義の場ともなってきました。

今回のテーマ、人生100年時代の「生活の質」を考える～地域で自分らしい暮らしを続けるために～健康上の問題で日常生活が制限されることのない期間、健康寿命は、ここ数年伸びています。しかし、それを上回る勢いで平均寿命が延びたために、健康でない期間、介護を必要とする期間はむしろ増大しています。人生100年時代を迎えるにあたり、純粋に長寿を喜べる社会環境のために、この学会発表が一助となればと思っております。

医療法人弘善会グループは、これまでも、本学術大会の他にも成果発表大会、グループ間ネットワーク会議、法人内事業所ツアーなど、相互理解、連携に努めてきました。

本学術大会も3回を数え、学会活動は新たなステップに差し掛かっていると考えています。

「連携から一体」へ、この第2ステージに向けて、本学会に集うみなさんのさらなる積極的な参加と、貢献を期待してやみません。

医療法人弘善会
社会福祉法人幸陽会理事長　矢木　崇善

プログラム概要

9:10～	**受付開始**	
9:20～	**開場、オリエンテーション**	
9:25～	**開会式 学会長挨拶**	
9:35～10:35	**特別講演**	座長:弘善会クリニック 院長　伊藤　章
地域包括ケアシステム構築のために医療人が知っておくべきこと		大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授　神出 計
10:35～11:35	**基調講演**	座長:矢木クリニック 師長　杉浦 みき
我が国の小児在宅医療の現状と矢木クリニックのこれから		矢木クリニック 院長　舟本 仁一
11:35～12:05	**ポスターセッション〈ポスター1〉**	座長:矢木脳神経外科病院 看護師長　伊藤 祐美
1.興味関心チェックシートを通し生活場面の変化と共に日常生活での目標・興味をみつけた一症例		介護老人保健施設アロンティアクラブ リハビリテーション部　井川 直樹
2.ターミナル期の患者を通じて学んだ患者主体のQOL		矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科　國井 晴子
3.認知症患者の看護と退院支援について		矢木脳神経外科病院 東病棟　畠中 奈津美
4.脳神経外科看護の経験を有する看護師の脳卒中研修の効果		矢木脳神経外科病院 東病棟　松村 千鶴
5.放射線科で扱う診療材料、医療消耗品の管理		矢木脳神経外科病院 放射線科　吉元 弘
6.医療におけるマーケティングの必要性		矢木脳神経外科病院 医療サービス課　児玉 やよい
12:10～13:10	**ランチョンセミナー**	座長:矢木脳神経外科病院 言語聴覚士　西村 紀子
歯科医が取り組む地域包括ケア		篠原長寿歯科 院長　篠原 裕之
13:20～14:50	**シンポジウム** **「私が考える「人生100年時代」とは」**	座長:矢木脳神経外科病院 統括管理課長　板東 卓也 訪問介護アロンティア生野 所長　尾上 大祐
1.穏やかに死を迎えることへの支援　医師の立場から		介護老人保健施設アロンティアクラブ 施設長　白倉 良太
2.健康に暮らすことへの支援　理学療法士の立場から		介護老人保健施設アロンティアクラブ 理学療法士　渡辺 健太
3.住み慣れた地域へ戻ることへの支援　介護福祉の立場から		グループホームあろんてぃあ住吉　岩本 明莉
4.疾病や障害と共に暮らすことへの支援　言語聴覚士の立場から		矢木脳神経外科病院 言語聴覚士　西村 紀子
14:55～15:35	**一般口演〈医療1〉**	座長:あろんてぃあ・はうす住之江 施設長　荻野 淳
1.認知症患者の自宅退院に向けた看護師の役割		矢木脳神経外科病院 西病棟　加藤 あかね
2.利用者と職員の繋がりから見えた「帰りたい本当の理由」		グループホームあろんてぃあ住吉　中川 由美
3.その人らしさの輝きを取り戻すことへの支援		あろんてぃあ住吉小規模多機能　岩本 明莉
4.人生の旅立ちに向けて～私たちが出来る心のケア～		こうぜんかい・はうす生野　竹下 記代子
15:35～16:15	**一般口演〈医療2〉**	座長:矢木脳神経外科病院 看護師長　松村 千鶴
5.褥瘡発生率低下に向けた取り組み		矢木脳神経外科病院 東病棟　片山 佳菜
6.ストーマケアによるQOL向上への挑戦		あろんてぃあ・はうす住之江　笠松 巧
7.地域包括病床における看護師の役割		矢木脳神経外科病院 西病棟　谷口 多代子
8.社会行動障害により介入困難であった患者を通して学んだSTの関わり		矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科　有山 友梨
16:15～16:55	**一般口演〈医療3〉**	座長:矢木脳神経外科病院 医長　小川 大二
9.矢木脳神経外科病院での治療経験		矢木脳神経外科病院　木村 誠吾
10.脳底動脈閉塞症に対する急性期血管内治療の実際と意義		大阪医科大学病院　矢木 亮吉
11.予期悲嘆を抱えた家族の支援と自宅看取りを行った食道癌末期1症例		弘善会クリニック　北岡 寛教
12.急性期脳卒中患者に対するミラーニューロンシステムの応用		近畿大学医学部附属病院 リハビリテーション部　中路 一大
16:55	**閉会の挨拶**	

特別講演

地域包括ケアシステム構築のために医療人が知っておくべきこと

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授　神出 計

医療と介護の連携の強化が望まれている。我が国では2000年度に介護保険制度が開始され、介護サービスの提供が図られてきた。医療分野においては、医療的介入を伴いながらも日常生活の連続性が保たれ、住み慣れた地域で最後まで療養できることの重要性が認識される中において在宅医療の充実が目指され、介護をはじめ生活面の支援・サービスとの連携が推進されてきた。在宅医療の推進において、療養者の急変時の医療的介入や入院加療は日々発生することであり、介護中心の在宅療養を行っていた場合でも医療との連携なしでは円滑な在宅療養生活は決して成立しない。また今後のまちや地域づくりにおいては、自助、互助、共助をキーワードにした、医療、介護、福祉、住まい、生活支援サービス等を切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築が必要である。高齢化や社会資源の状況が地域ごとに異なることから各地域においてその事情を踏まえた体制を構築していくことが求められている。さらに地域包括ケアシステムの根底にはこの我が国の最重要医療施策である"健康日本21-第2次"があり、これらをトータルで理解して患者や療養者の生涯に渡って医療・介護・福祉・生活環境を切れ目なくサポートしていく時代が来ていると考えられる。本講演では、医療の現場にいる人がぜひとも知っておくべき地域包括ケアシステム構築のための知識を自験のデータから得られた知見や解釈を踏まえて論じて行きたい。

基調講演

我が国の小児在宅医療の現状と矢木クリニックのこれから

弘善会矢木クリニック 医師　舟本 仁一

小児医療の進歩に伴い、従来救命できなかった新生児や重症疾患の子どもたちも生存が可能となり、また一方で慢性疾患の加齢に伴う重症化がみられるなかで、人工呼吸器など医療的ケアを長期・持続的に必要とする子どもたちが増えている。その結果NICU・PICU・一般小児病棟などでの入院が長期化し、病床運用や子どもの権利を守る視点からは不適切として改善への気運、移行問題への関心が高まってきた。長期入院児の主な移行先は医療型障害児入所施設もしくは在宅である。わが国の医療型障害児入所施設は全国に125箇所存在するが、ほぼ満床状態で重症児を受け入れる余力は少ない。そのため在宅が主な選択肢となるが、本来、子ども達が生活すべき場所という意味で在宅移行が望ましいことは論をまたない。しかし、児の状態、医療的ケアの内容、家族の養育能力、社会的背景、地域における医療福祉制度の充実度などによってケースごとに判断されることになる。家族にとって重症児とくに医療的ケアの必要な子どもたちとの在宅生活は、医療、福祉、教育各分野固有の問題や、分野間の壁との闘いであり、1.人工呼吸管理や胃瘻管理など高度な医療的ケアへの適切な対応や時間的・労力的負担、2.訪問診療医、訪問看護、訪問リハビリテーションによる支援の有無、3.急変時に適切に対応してくれる身近な医療機関が少ない、4.日常的な介護のなかで医療的ケアが必要な重症児の短期入所(レスパイト)の希望が大変強いにもかかわらず受け入れる施設が少ない、5.福祉行政サービスの窓口が数多く利用が容易でない、6.学校生活での医療的ケアへの対応が不十分、などの困難に満ちている。ところが現状は、小児在宅医療に携わる小児科医や高度な医療的ケアや緊急時対応が可能な医療機関が少ないため、解決が困難となっている。

大阪府では、2016年時点で医療的ケア児1200人、そのうち人工呼吸器使用児が200人と推定されているが、年々増加し続けており対応は喫緊の課題といえる。既存の医療型障害児施設、小児在宅医、一部の病院の努力によって他地域に比べて改善の兆しはみられるものの、依然として子どもたちやその家族のニーズに十分応えきれていない現状がある。このことから、在宅療養支援診療所としての活動実績を誇る矢木クリニックに求められる役割は極めて大きい。今後、大阪市南西部地域における重症児の訪問診療・日常診療を開始し、将来的には医療型短期入所をも視野に入れた活動を展開していくことが望まれる。それを実現するには明確なビジョンのもと熱意のある人材を集め、育成を図っていくことが重要である。子どもたちと家族(親や同胞)のライフステージを視野に小児から成人に至る一貫した在宅医療支援を行い、医療・福祉・保健・行政・教育などから構成される地域ネットワークの一員として地域社会に貢献できることを目指したい。

ランチョンセミナー

歯科医が取り組む地域包括ケア

篠原長寿歯科 院長　篠原 裕之／歯科衛生士　篠原 のり子

日本は全人口に占める65歳以上の高齢者の割合が21%を超える(2016年で27.3%)超高齢社会である。急速な高齢化にともない疾病構造にも変化が起きキュアからケアへ、薬から栄養へと我々医療介護に携わる者にも意識、行動の変容が求められている。

我が国における健康保険制度、介護保険制度の構造や運用の見直し、また高齢者にかかわる医療体制、いわゆる延命治療や多剤服用等の問題解決は喫緊の課題といえよう。

国が構築を進めている地域包括ケアシステムは病院から街へ、つまり地域全体で医療、介護が必要な人々を支えるシステムである。

その実現には多職種による連携は不可欠であるが、全国的に隈なく多職種による連携が構築されているとはいいがたい。

本年(2018年)6月14日に日本老年医学会より「健康長寿達成を支える老年医学推進5か年計画」が発表された。第一項の老年医学・高齢者医療の普及・啓発で現状として、高齢者の診療において、「治す医療」「臓器機能の回復」に留まることが多く「治し支える医療」「生活機能の維持・回復」の概念の浸透は医学界ならびに国民全体においても不十分である。と記している。さらに高齢者の総合機能評価の重要性、在宅医療の推進、エンドオブライフ・ケア(EOLC)、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)等死生学教育に関する社会的コンセンサスの形成、教育、啓発活動にも言及している。

演者は歯科医師として約30年歯科診療に従事してきた。高齢者歯科医療、在宅医療への取り組みは10年以上を経過している。さらに摂食嚥下リハビリテーションに歯科衛生士と共に取り組みを始めて、約3年前には多職種の勉強、情報交換の場として「口から食べる研究会」を立ち上げた。その結果や課題、症例などを供覧しながら、ご参加の皆様とともに今本当に求められる医療、介護や今後の展望などを考えたい。

シンポジウム　私が考える「人生100年時代」とは

座長:矢木脳神経外科病院 統括管理課長　板東 卓也／訪問介護アロンティア生野 所長　尾上 大祐

穏やかに死を迎えることへの支援　−医師の立場から−

介護老人保健施設アロンティアクラブ 施設長　白倉 良太

このシンポジウムのテーマ"私が考える「人生100年時代」とは"を見たとき皆さんはどのような討論を想像しました?私は自分が100歳になる頃の世界はどのような状態になっているのだろうかと思いつつ、私に与えられた"穏やかに死を迎える‥"に目が行くと、100歳を超えて自分はどのような死に方をするのか、どのように死を迎えるのかと自分のことを考えはじめて、"‥死を迎える支援"を目にして、100歳を超えた人の医療・介護・看取りをどのように考え、何をするべきかを議論する仕事の話?と錯乱状態になりました。

安倍政権は、2016年9月に「働き方改革実現会議」を設置し、2017年9月「人生100年時代構想会議」を発足させました。働き方改革の議論から17年3月に「働き方改革実行計画」が決定され、今国会で「働き方改革関連法案」が可決、成立しましたが、現在の労働条件の是正措置に過ぎませんでした。ただ「実行計画」の議論の中で、兼業の推進や社会人の学び直しに言及し、働き手が自分の希望に沿って柔軟に働き方を選ぶ空気を作り出した点は評価されるでしょう。「実行計画」の高齢者の就職促進、定年延長の議論の中で、「人生100年時代構想会議」が設置されたと思いますが、「人生100年時代」という用語と、少子高齢化時代の生き方と労働政策について提言をしたロンドン・ビジネススクールの教授であるリンダ・グラットン氏が、この構想会議の有識者メンバーに加わっており、構想会議の名称となったと思います。彼女の著書「ワーク・シフト(働き方革命)」「ライフ・シフト(人生戦略)」によると「人生100年時代」は今「少子高齢化」「長寿社会」という形で既に始まっており、世界規模で変革していく社会をどのように見通し、その中でどう生きるか、どう働くかを議論しなければならないと説いています。

安倍政権が提唱した働き方改革や、幼児教育、開かれた高等教育、リカレント教育など教育の環境整備の議論もグラントン氏の提言に基づいての議論です。このような国の政策も必要ですが、グラントン氏の提言では、最も大きく変わることが求められているのは個人だと。高齢者医療や年金制度が長寿化の変化に追い付いていない現状で、定年後の生活の質を落とすか、できるだけ長く働くかを選択することになる。健康寿命をできるだけのばし、社会的に少しでも生産性の高い仕事を80歳、90歳まで続けることが最良の選択肢となる。悔いのない人生、生産的人生を全うすることを今から考えなければならないと言っています。キーワードは「健康寿命」です。個々人が健康寿命を延ばす努力をすることが大前提だと考えます。

日本人の平均寿命と健康寿命の差は9年〜12年とされています。この期間が人生の"介護期"であり、社会の支援が必要になる時期です。悔いのない人生、生産的人生を全うすることができた人こそが「穏やかに死を迎えること」ができると考えるし、人生最後に肉体的不自由と戦うステージ(介護期)を心穏やかに演じ切るのを支援するのが我々の役目であると考えます。

健康に暮らすことへの支援　−理学療法士の立場から−

介護老人保健施設アロンティアクラブ リハビリテーション部 主任　渡辺 健太

団塊の世代が75歳以上となる2025年問題や人生100年時代突入に向けた日本の課題がある。その課題とは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現が必要といわれている。それには、市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき地域の特性に応じたものを作り上げていくことが必要である。そして、高齢者の自立支援や重症化防止に資する質の高い介護サービスやリハビリテーションの実現が必要と考える。そのため、今後平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を図ることの出来る介護サービスやリハビリテーションの実現が不可欠である。健康寿命の延伸には、より長く個人の生活の質を保ち、高齢者の支え手不足の解消が非常に重要だと捉えている。

この変化のもと、我々理学療法士は、地域社会の中での活動や対応を考え、向き合っていかないといけない。リハビリテーションは、医学的・教育・職業・社会へのアプローチを行うものである。つまり、理学療法士は様々な方々の人生に関わるアプローチが求められ、身体的なアプローチだけに主眼を置くことは適正を欠いた価値観であると考える。生活の検証を行い、その方が持つ状態を再発、悪化させないで生活を送り、その後の人生を謳歌できるように働きかけることが理学療法士の本来の持つ役割である。

一方、今の仕事がしんどい、辞めたい、職場が嫌だ、といったことを呟きながら働く、自分自身の人生を謳歌出来ていないセラピストは存在する。言い換えると、やりたくもない仕事に人生を支配されているのと同様である。仕事は自分自身を表現するツールであり、あくまでも人生を豊かにする道具である。仕事にて人生を豊かにするためには、どんな仕事をしたいのか、どんな仕事が出来るのか、何を大切にしたいのか、何のために仕事をしているのか等、人生における自分の興味・能力・価値観を理解し、発揮することが必要と考える。我々セラピストは、自分自身の持つ理学療法士・作業療法士・言語聴覚士という資格を用いて人生をデザインすることが重要である。仕事が人生を支配するのではなく、人生が仕事を支配しなければならない。そこで、当施設リハビリテーション部は、同志を描きベクトルを合わせ、個人及び組織のキャリアにおいて戦略的にマネジメントを行っている。そして、当施設のリハビリテーション部のブランド化、及び当施設のブランド化を図り、地域貢献を行っていくことで地域包括ケアシステムの構築に寄与できると考える。健康でイキイキと在宅で暮らし続けるため、我々の施設でリハビリテーション部が提供しているものを紹介したい。

住み慣れた地域へ戻ることへの支援　－介護福祉士の立場から－

小規模多機能あろんてぃあ住吉 介護福祉士　岩本 明莉

住み慣れた地域へ戻ることの意味はなんだろうか。その方の生きてきた人生には、積み重ねられた出来事がある。家族に見せる顔、友人に見せる顔、行きつけのお店で見せる顔などいろいろな顔を持っている。それこそが、その人らしさであり、それを実現するために住み慣れた地域に戻る必要があると考える。住み慣れた地域には、その方が築きあげてきた「繋がり」がある。その繋がりを最大限に活かすために私たちは関わるすべての人と情報共有していく必要がある。利用者と支援者だけではなく、支援者同士においても顔の見える関係を作っておくことで、細かな情報も伝えることができるようになる。その方のあるべき暮らしを中心として、本人を含めた私たちはチームとして情報共有し、生活の質を保障できるのではないかと考える。

制度の中で制約があるため、必要な中でその人の必要なケアを見極めて支援していくことが我々の役割となる。また小規模多機能ならそのケアが実現できると考える。

現在、サービスを利用されている方が困っていることは、単位数が足りず満足のいくサービスを受けることができない、金銭面で困っている、時間の縛りがあり仕事と介護の両立が難しいという声をよく聞く。小規模多機能は通い、訪問、泊まりの機能を一体的に備わっている。各サービスの内容は細かく定められておらず、一人ひとりの暮らしが異なるように、支援の内容も異なるため、必要な分だけケアを受けることができる。通いを中心に生活を支える仕組みになっており24時間365日連絡が取れ柔軟に対応できるため利用者、家族共に安心した暮らしを送ることが出来る。そしてその限られた中でどれだけ家族負担を軽減し、利用者本位のケアを行っていくかが重要になる。利用者の要望をきき、それを叶える努力を惜しまず、これから歩んでいくその人らしい生活を支えていき、家族ではないがその人の一番身近な存在でありたいと考える。

疾病や障害と共に暮らすことへの支援　－言語聴覚士の立場から－

矢木脳神経外科病院 言語聴覚士　西村 紀子

高齢化社会となり、加齢による心身機能の低下だけでなく、様々な疾病を抱えながら地域で生活をしている人は多い。施設では、在宅生活が困難となった人が入所しているため、在宅高齢者に比べ障害は重度化しており、日常生活で介助を要する人が多い。高齢者だけでなく、脳卒中や交通事故による頭部外傷など勤労世代において脳に損傷を負い、身体麻痺、高次脳機能障害などの認知障害、障害を負ったことによる心の問題をかかえ、自宅に戻る人もいれば、介助が困難で施設に入る人もいる。

救命技術の向上により命は助かるが、いくらリハビリをしても後遺症が完全に治ることは少ない。まして高齢者となると、リハビリをしても、維持することが目的となる場合もある。つまり、疾病や障害は、治すではなく付き合うという考えにパラダイムシフトしていく必要がある。そのためには、本人と家族に対し、「今、何ができて、何ができないのか」長期経過の中で「何ができるようになり、何ができないままなのか」をお伝えして、新しい自分を受け入れた上で、これからの人生を考えてもらう必要があると日々考えている。

しかし、今の日本社会では、普段の生活で障がい者や老いていく高齢者の姿を身近にみることが少ない。自分の親が、配偶者が、病気に倒れ障害を呈した時に、はじめて説明をうけ、疾病や障害について知ることが多い。そのため、現状を受け入れるまで相当の時間を要し、その間、決断せねばならない多くのことが決めきれず、結局、医療者の提案に沿うことになることが多いことを現場でいつも感じる。

これからは、だれもがいつかは疾病と障害と付き合いながら生活する時代が来る。40代になったら、自分のキャリアプランを考えるのと同じ感覚で、どのような医療や介護ケアを望むのかを考えたほうがよいと思う。そして、言語聴覚士としては、疾病や障害を抱えながら生活することを決してマイナスでなくプラスにとらえてもらえるよう、家族を含めた支援が必要であると思い、毎日、臨床に携わっています。

一般口演

医療1【1～4】 14:55～15:35
座長:あろんてぃあ はうす 施設長　荻野 淳

医療2【5～8】 15:35～16:15
座長:矢木脳神経外科病院 看護師長　松村 千鶴

医療3【9～12】 16:15～16:55
座長:矢木脳神経外科病院 医長　小川 大二

認知症患者の自宅退院に向けた看護師の役割

矢木脳神経外科病院 西病棟　加藤 あかね　【1】

【はじめに】急性期病院から退院し、在宅療養へ移行する患者･家族に看護師が行っている退院調整の過程より、多職種連携における看護師の役割を明らかにする。

【症例】N氏:80歳代女性　主病名:外傷性くも膜下出血　平成29年12月26日　夫と外出し、一人になった際に路上で転倒。通行人に発見され当院へ救急搬送。左記にて入院となった。元々夫と二人暮らし、天王寺に住む息子がいる。前住居は立ち退きになったため、引っ越しを機に生活保護となった。要支援1であるがｻｰﾋﾞｽ利用無しで12月27日ケアマネージャーと初回面談予定であった。

【経過】12月26日入院時、夫からの情報収集では既往歴が不明。認知症状は年相応ﾚﾍﾞﾙであり内服も自己管理出来ていたとあるが入院の経緯と照らし合わせると本当にそうなのか?と言う疑問が生じた。翌日に担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰより生活保護となった経緯や引っ越したばかりの自宅がごみで充満している状態であると情報があった。これにより退院に向けてｹｱの統一が必要と考え1月15日多職種ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ、1月18日家屋調査、1月22日退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽを経て1月31日自宅退院された。

【結果】入院時にHCU看護師が夫からの情報収集内容を退院支援タグ付けしていたことにより、転棟後すぐに情報収集することができた。さらに①立ち退き理由②既往歴の詳細。内服の管理状況。③夫の介護能力。といった情報収集を行った結果、①に対しては家賃滞納や物をため込む癖が夫にあり、以前の家も立ち退きとなった事が明らかになった。現在も書類や金銭管理ができないため安心ｻﾎﾟｰﾄを導入することが決定した。②に対しては家屋調査で内服が服用できていない事が明らかとなったため、訪問看護の介入が必要と判断することができた。③に対しては①･②の結果からも夫のみがN氏の介護を行うことは難しいことがわかる。ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽによる入浴介助や手すり･ﾍﾞｯﾄﾞの設置･訪問介護による食事介助･また息子に対しても頻回に訪ねてもらうように説明。このことにより退院後もN氏と夫が様々なｻｰﾋﾞｽを受けながらも自宅で安心し生活する事へと繋がったのではないかと考える。今事例で行われたｶﾝﾌｧﾚﾝｽはｹｱ目標の共有の機会だけでなく、それぞれの専門職にとって退院支援における自身の役割を認識するきっかけとなる。病棟看護師にとってもｱｾｽﾒﾝﾄに社会的側面や生活の視点が加わりｱｾｽﾒﾝﾄ能力が向上するとともに、患者にとって質の高い在宅での療養生活に向けた支援が可能となる。

【まとめ】高齢者が増加していく中で、老老介護などｻﾎﾟｰﾄ無しでは生活できない現状となってきた。それでも、自宅で生活し、生活の質を維持するためには様々な専門職の知識が活かされる時であり多職種の連携が大切だと学ぶことが出来た。この学びをこれからの看護の中でも活かしていきたいと考える。

利用者と職員の繋がりから見えた「帰りたい本当の理由」

グループホームあろんてぃあ住吉　中川 由美･冨田 しのぶ　【2】

【はじめに】グループホームに入居して2か月以上経過しているが、『帰りたい』と外に出ようとする利用者3名がおられる。職員は『帰宅願望』の枠にはめて、その場しのぎの対応をしている事が、利用者の行動を抑制し、ストレスが掛かり、認知症に伴う行動･心理症状（以下BPSD）を悪化させているのではないかと考えた。そこで本人の、家に帰りたいという言葉に向き合い『帰りたい』本当の理由を理解する事で利用者への対応の意識を変える。また居心地の良い生活環境作りに取り組む事でBPSDの緩和が出来たことを報告する。

【症　　例】T氏　78歳　認知症高齢者日常生活自立度Ⅲa　A氏　81歳　認知症高齢者日常生活自立度Ⅱb　S氏　87歳　認知症高齢者日常生活自立度Ⅱb
3名の共通点、女性･要介護2･アルツハイマー型認知症と診断されている。ADLはほぼ自立である為、職員は関わりを持つ機会が少なく、職員は帰宅願望の出現時のみに関わる事が大半であった。

【方　　法】マズローの欲求の5段階説の考え方をもとにアプローチを実施。現状把握として3名が、どのような人生を歩んでこられたのかアセスメントする。また、『帰りたい』と言う時の様子を1週間調査した。その結果、自尊心･尊厳の要求が3名とも強く、ケア方法として、役割を持って頂く為に昔よくされていた、炊事、洗濯、掃除等の家事をして頂いた。次に自己実現の欲求に対しては抑制せず、本人からの言葉を聞き、生活習慣も生かして個別対応を全職員で実施した。ご自身の生活感が出るように居室環境の工夫を行った。

【結　　果】今まで『帰宅願望』と思っていた行動は、ご本人の言葉に何度も繰り返し向き合う事で、意味がある行動と職員が理解できる様になった。ケアの対応が枠にはめた抑制から利用者様の言葉を尊重したケアに変わった。そうする事で利用者との信頼関係が深まり笑顔が増え、安心して過ごせる居心地の良い環境作りが出来た。『帰りたい』と言う発言から、『私はこれがしたい、あなたなら信頼できるから』と自発的な行動を示す発言に変化した。

【まとめ】BPSDが現れることに対して、職員は先入観を持たずに向き合い、信頼関係を構築していく事が必要である。グループホームで共に暮らしていく事は、利用者、職員、地域と新たな繋がりを作る架け橋となる。生きる活力を一緒に見つけて、その方にとっての望む、ありたい生活像を実現する事が職員の本当の生活支援と考える。

その人らしさの輝きを取り戻すことへの支援

あろんてぃあ住吉 小規模多機能　岩本 明莉・森 大作　【3】

【はじめに】当事業所は昨年11月に開設し、まもなく1年となる。まだあまり世間に周知されていない施設で、介護サービスの介入が困難だった方が、小規模多機能の利用で、その特性を生かすことで以前のように社会交流ができるようになり、安定した在宅生活が継続できているので報告する。

【症例】女性A氏　92歳　要介護1　娘40代フルタイム勤務2人暮らし

社会交流もなく日中は1人で過ごされていた。娘は介護疲れが明らかであったが、介護保険や小規模多機能の知識は無く、金銭面の理由でサービス利用は望まれていなかった。

今年の1月より当事業所の利用となり、3回/日の訪問の予定であったが、初日スタッフが訪問し、部屋に入ると転倒され額を腫らしているA氏がいた。その為、娘に金銭面は変わらないと通いの提案を行う。転倒されていたことがあり、通いにはスムーズに変更できた。

A氏は地域、他者との交流、娘と仲良く暮らしたいと望んでいる。

今後娘とどのように関わりを持ち、ご本人の望む支援が出来るのかが課題となる。

【経過】社会交流を行えるよう通いに変更した。そしてA氏とも早く信頼関係を構築できるよう初めは訪問、通いを併用しなるべく同じ職員が行った。あまり娘と話す機会が取れなかったが送迎時の時間を使い、日々の様子やA氏の思いを細かく伝え、家での様子、娘の思いも聞いた。また、通院同行、買い物同行し、以前のように地域交流も持って頂いた。

【結果、考察】通い、訪問と職員が変わることなく行っていたことで早い段階で馴染みの関係が作れ、A氏の思いも聞き出すことができた。来所されると他者とも積極的に交流されている。又、娘とも日々の報告、連絡を行うことで徐々に信頼関係が出来てきて、A氏の思いを第一にこちらの提案も聞いてくれるようになった。当所を利用されてから、数年ぶりに2人で外食をしたと言われ、関係性も以前より良好になった様子だ。初めは職員とも距離があったが、困ったことがあれば頼ってくれるようになった。小多機だからこそできる訪問、通いを同じ職員で対応し、A氏の混乱も防げたと思う。

そして、初めてのチームで皆の戸惑いも多かったが、早い段階でA氏とも信頼関係が出来たのは、チームで目標を明確にし、それぞれがA氏の事を考えケアの向上に努めたからだと思う。

そして、今後利用される方にも、その方に合った支援を行い、続けていくことが今後の課題だ。

人生の旅立ちに向けて～私たちが出来る心のケア～

介護付有料老人ホーム こうぜんかい・はうす生野　竹下 記代子　【4】

【はじめに】介護付有料老人ホームは原則終身利用の施設である。入居者や家族の意見を尊重し、最期まで安らかに過ごせるようなケアを提供することが求められている。

当施設において、本人と家族の想いに寄り添ったケアを実践し、家族の見守る中亡くなられた入居者の症例を報告する。

【症例】M・T氏　85歳女性　要介護5　認知症高齢者自立度Ⅲa　病名　脳梗塞後遺症　認知症　キーパーソン　姪（カナダ在住）　平成25年4月入居

平成29年12月頃より「外に出してください」「姉のところに行きます」と外出についての訴えがみられる。その都度話を傾聴し、可能な範囲で外出を試みていたが、言動は軽減することなく訴えの頻度は増加し、次第に穏やかだった口調が激しさを増し、日中夜間通して、興奮・暴言・暴力・介護拒否等の症状が出現するになった。同時期にキーパーソンの姪より、ご子息の結婚披露宴を日本で開催するため、出席できるよう調整して欲しいと連絡があり、穏やかな状態で、結婚式に出席できることを目標にケアを検討した。

【経過】①3月17日施設ミーティングで、課題について検討し対策を立案した。外出については実践しているものの、希望する場所や目的とは違うことから、ニーズを満たすことができていない。まずは本人の行きたい思いの強さを尊重し、出身地の尼崎へ外出を行うことを決定する。また、結婚披露宴については、参加への意欲があり、職員同行のもと出席することを決定する。

②3月30日職員2名と共に尼崎へ外出する。墓参りと周辺地域を散策。

③4月12日キーパーソンご子息の結婚披露宴に、職員2名同行し出席する。

【結果】尼崎への外出後、墓参りをした記憶の保持はできており、一時的ではあるが以前のような訴えや興奮状態は消失する。しかし、日が経つにつれ、次第に以前同様の言動を繰り返されることになる。披露宴出席後は、普段の生活とは違った華やかな空間でのひとときや懐かしい人たちとの再会にとても満足された様子で、以前の穏やかな表情でお話してくださる姿が印象的であった。

4月16日朝、意識消失し矢木病院に搬送。ご家族が見守る中、安らかに死を迎えられた。

【まとめ】日々の生活の中で、入居者が望んでおられる思いを汲み取り、元気なうちに私たちスタッフができる限り実現していきたいと思う。入居者の人生の良い思い出のひとつとなり、穏やかな最期を迎えていただけることが、私たちの望みである。

褥瘡発生率低下に向けた取り組み

弘善会矢木脳神経外科病院 看護科　片山 佳菜　【5】

【目的】当院における平成28年度の褥瘡発生率は3.45%であった。日本褥瘡学会実態調査委員会での平成25年度の一般病院推定発生率は1.52%であり当院の褥瘡発生率が高いことがわかる。今回、褥瘡発生率を低下するためにケアを見直した取り組みを報告する。

【方法】研究期間:平成29年4月～平成30年3月

対象者:研究期間に入院患者の中で著明なるい痩や栄養不良、皮膚脆弱、病的骨突出等の褥瘡ハイリスク要因患者737名

方法:スタッフへ、除圧、スキンケア、体圧分散寝具の導入、基礎的な褥瘡防止対策を見直しの教育・指導。

【結果】平成29年度の褥瘡発生率は3.25%であった。まず、効果的な除圧ができるようにスタッフとともに患者に応じたポジショニングを検討した。特に踵骨部の除圧が不十分であり、クッションやタオルを使用し、隙間なく体の全面を支えることや踵骨部はシーツにあたり圧がかかっていない状態を保てるように指導を行った。また、病室にポジショニングの写真を貼り可視化したことで効果的な除圧ができるようになり、褥瘡が軽快した事例もあった。栄養状態の改善や皮膚脆弱患者に対する保湿ケアの徹底と、排泄物でのスキントラブルのある患者に対する外用薬での皮膚保護、排便コントロールを実施する必要があることを指導した。スタッフもこれらの必要性を理解することができ、褥瘡発生リスクのある患者へ予防的な関わりが必要であると意識が変化しつつある。しかし、褥瘡を発生、悪化させない意識はあってもケアに結びついていないことがあり、ひきつづき指導が必要である。体圧分散寝具の導入数を比較すると平成28年度28件、平成29年度35件と増えていた。しかし、体圧分散寝具の使用の提案ができるスタッフは数名であり、こちらから導入検討を持ちかける形が主であった。

【考察】褥瘡好発部位という認識が低い踵骨部に対しての除圧が不足したため、個別性に応じたポジショニングを写真で提示した事で統一したケアの提供に繋がった。皮膚脆弱の患者に対して、スタッフと一緒に観察したり、保湿の徹底や湿潤予防を行うことで、リスクのアセスメントをすることが指導の機会となり早期に予防ケアが実施できるスタッフの育成に繋がった。褥瘡リスクの高い患者への体圧分散寝具の使用については、指導を繰り返すことで使用数は増加しているがスタッフから導入の提案がされることはまだまだ少ない。それは使用基準が明確でないことが原因だと考える。今後、スタッフが自らアセスメントをして実践していけるようなシステム作りが必要である。

【結論】褥瘡予防や悪化の防止のためのケアを一緒に実施することで褥瘡発生率は0.2%低下した。しかし、継続ケアの実施にはひきつづき指導が必要である。

ストーマケアによるQOL向上への挑戦

あろんてぃあ・はうす住之江　笠松 巧　【6】

【はじめに】大腸がん発症によるストーマ増設後、自己管理が不十分なため、パウチ交換時の出血、疼痛など皮膚トラブルが著明であったA氏に専門家の指導の基、介護スタッフが日々のケアを指導したことにより利用者のQOLが向上したので報告する。

【症例】83歳の男性。認知症あり。H25年6月、本人と連絡が取れない状態になり保護費も取りに来なかった為、職員が自宅に訪問。パウチを使用していない状態で発見される。職員付添の下入院するが、離院及び飲酒を繰り返すため精神病院入院となる。症状安定し、H28年6月27日当施設入居となる。大腸がん発症後ストーマ増設されていたが記録がなく本人も記憶がない為、造設時期など詳細不明。ストーマ周囲に肉芽の異型性があり、便漏れ頻回。パウチ交換時に出血し、ピリピリとした痛みあり。便漏れが起こる度にパウチ面板のサイズを拡大していったと思われる。入居時のストーマは肉芽で埋没していたが、陥没は無くサイズは約4cmの楕円形、色は暗赤色。OP後のパウチを使用していた。

【経過】入居前に通院していた岸和田市民病院より大阪警察病院に変更。同院H28年11月25日よりストーマケア外来、皮膚科の受診開始。肉芽の異型性の治療方法とケアの方法を皮膚科医師及び皮膚・排泄ケア認定看護師と相談しながら行った。肉芽形成に関しては、便及び腸液によるものと判断できたため、ストーマの装具やアクセサリーの組合せを変更しながら便漏れを防ぐ方法を模索した。受診は1週間に1度から始まり、2週間に1度に変更。受診時は医師によって液体窒素による患部処置を行われた。便漏れが減少すると共に痂疲化も進み、H29年8月に経過良好となり受診間隔を2週間から1か月に変更。H29年9月の受診で初めてパウチをセパレートタイプに変更した。H29年12月には便漏れ改善のために全体的に痂疲化がみられ、受診間隔が2か月となる。H30年2月の受診時にほぼ寛解との診断があり、5か月後の受診予定となった。

【結果】初診より9か月でA氏の便漏れが解消され患部の肉芽が痂疲化した。出血もなくなり、本人の痛み消失。現在のストーマサイズは3.5cm、正常に近い赤色となった。

【まとめ】専門家に相談し、当施設看護師によるストーマケアを開始。ケアの方法、用品の種類・使い方を様々試すことで状態の向上がみられた。その後、介護スタッフが日々のケアをできるように看護師が指導。ストーマ周囲の状態も良くなり、本人も快適に過ごせるようになったことで、音楽や演劇鑑賞をしたいと言う気持ちが芽生える程QOLが改善した。

地域包括病床における看護師の役割

弘善会矢木部脳神経外科病院 看護部 西病棟　谷口 多代子　【7】

【目的】超高齢社会が進む中、厚生労働省は高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。当院は脳血管疾患や骨折後の患者や高齢者の割合が多い。治療は終了したが、自宅退院や施設転居が困難な場合が多く、患者・家族が安心して元の生活に戻るために入院期間の延長が課題であった。そのため、西病棟で地域包括ケア病床を運用し、患者・家族のニーズに沿った支援ができ、一般病床の在院日数の減少につながったので報告する。

【経緯】平成28年10月より地域包括病床を4床設けたのち、現在は39床のうち10床を地域包括病床として運用している。10床の内訳としては総室1室、二人部屋1室、個室4室であり、在宅や転院支援における患者希望に沿えるようにした。病床運用が開始し後の稼働率は98%であり、平成29年6月以降の在宅復帰率の平均は80%となっている。地域包括病床では一般病床での入院が長期化する患者や、地域包括病床でのリハビリ継続を経て自宅退院や施設入居が見込まれる患者を受け入れた。施設入所予定であった患者においては自宅退院に向けて、受け持ち看護師を中心に多職種でカンファレンス・自宅訪問・退院前カンファレンスを実施し、トイレの位置を考慮したベッド配置を行い、自宅に近い環境で入院生活が送れるようにした。また、下腿骨折で入院した事例では、A氏は40代で子育て期であり、ピアノの講師であった。騒音対策はしてもらったうえで電子ピアノを病室に設置し、ピアノ演奏でリハビリを行い、退院後も安心して講師の仕事が続けられるようにした。A氏は松葉杖歩行の獲得後、試験外泊を行い退院となった。

【結果】急性期での治療を終了したが、入院前の生活に不安を抱える患者を地域包括病床で受け入れることで、退院後を見据えたリハビリを実施し患者・家族のニーズに沿った環境調整ができた。また入院期間が長期化する患者を受け入れたことで一般病床の在院日数は18日以内であった。

【まとめ】地域包括病床の効果的な運用は、患者・家族の満足度をあげること、退院後の生活を見据えた支援が重要である。私たち看護師は医療情勢を捉え、患者のニーズに合わせた看護を実践していく役割を担っている。在院日数の短縮、地域への退院という情勢のなかで、患者・家族の不安を安心に変えることができるのが地域包括病床である。

社会的行動障害により介入困難であった患者を通して学んだSTの関わり

矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科
言語聴覚士 有山友梨　【8】

【はじめに】前頭葉損傷者の支援の際は、前頭葉が担う気づきや省察、動機にかかわる複雑な要因の制御能力を考慮しなければならない(大鳴2017)とされているが、具体的な関わり方が記載されている文献は少ない。今回初めて前頭葉を損傷し、社会的行動障害を呈した患者を担当し、STとしての関わり方が難しかった。ダブル担当制となり学んだことを報告する。

【症例】78歳女性。交友関係が広く社交的な性格

【現病歴】左ICPCの動脈瘤に対するクリッピング術目的に入院

【診断名】左内頚動脈後交通動脈分岐部動脈瘤

【神経心理学的所見】失語症、社会的行動障害

【画像所見】左前頭葉底部から側頭葉にかけて浮腫、挫傷

【経過】術後4日目から言語療法介入開始。アイコンタクト不良、失語症があり意思疎通困難。状況理解低下や脱抑制、感情コントロール困難によりリハビリテーション、看護ケア拒否、離棟行動が何度もみられた。STが来室すると話したいことを一方的に話し続け、訓練は成立しなかった。術後74日目に担当STの変更、訓練プログラム変更、言語室での訓練となった。主担当の指導の下、週に1回の介入継続。主担当により社会的行動障害に対する気づきの訓練、その後、家族や友人への情報提供が行われ、周囲への理解を促した。訓練時に、今の自分への不安や、「前は怒りっぽくなかったのに」との発言が増えた。

【結果】試験外泊を繰り返し術後113日目に自宅退院。退院後、社会生活は問題なく送ることができている。

【考察】今回初めて前頭葉機能損傷の患者を担当し、患者の行動や言動が、性格、失語症、高次脳機能障害など、何により喚起されているのかわからず苦悩した。患者の一方的な話を制止できずに関わっていたことが脱抑制を助長したのではないかと感じた。会話を制止する訓練や、気付きを促す関わりが必要あったと感じた。STのみでなく病棟全体での言動統一、退院後の生活で関わる家族への情報提供を行い、退院後は地域生活を送りたいという患者の希望もくみ取りながら関わることの重要性も学んだ。社会的行動障害は患者によって多種多様であり、症例を重ねて経験することで関わり方を学ぶことが重要であると感じた。

矢木脳神経外科病院での治療経験

弘善会矢木脳神経外科病院 脳神経外科　木村 誠吾･玉置 亮･小川 大二･萬野 理･谷口 博克
大阪医科大学附属病院脳神経外科･血管内治療科　矢木 亮吉
愛知医科大学病院脳神経外科　宮地 茂

【9】

矢木脳神経外科病院は大阪市東成区にある脳卒中、頭部外傷を診療の中心とする二次救急指定病院である。当院で行われる脳神経外科手術には直達手術や、近年進歩が著しいカテーテル、内視鏡などを用いた低侵襲手術が含まれる。後者は高齢者にも負担の少ない治療として有用と思われ、人生100年時代である現代に必要不可欠な治療である。脳卒中は比較的高齢者に多い疾患であり、当院においても内視鏡やカテーテルなどを用いた低侵襲治療が以前と比較して増加している。当院に搬送される救急症例は多岐にわたるため、脳神経外科疾患の中でも稀な症例にしばしば遭遇する。矢木脳神経外科病院で行われる手術加療を、当院で経験した稀な症例を通して提示する。「症例1」68歳女性。数年前より肺気腫のため自宅介護の状態であった。3日前より頭痛を訴えていたが、突然意識状態が悪化したため救急搬送となった。当院来院時JCS3、瞳孔同大で対光反射あり、左上下肢不全麻痺を認めた。頭部CTにてクモ膜下出血を認め、頭部CTAにて右後下小脳動脈遠位部に右椎骨動脈解離性動脈瘤を認めた。緊急脳血管撮影を行ったところ、上記所見に加え腕頭動脈起始部閉塞及び右総頸動脈閉塞を認め、それに伴う鎖骨下動脈盗血により、右椎骨動脈から右後頭動脈への吻合を介して右内頸動脈への血流を認めるとともに、上腕動脈への逆流を認めた。緊急に右椎骨動脈解離性動脈瘤に対して血管内治療を行う方針とした。破裂急性期ではあるが、ステントを用いて動脈瘤のみのコイル塞栓術を行うこととした。計8本のコイルで塞栓を行った結果、瘤影は消失し、右椎骨動脈の逆行性血流は良好に保たれていた。しかしステント内に血栓形成を認めたため、抗血栓剤を急速投与したところ血栓退縮を認めたため治療を終了した。「症例2」73歳男性。解体作業中にトラックから落ちて倒れているところを発見され救急搬送された。当院来院時JCS2、受傷時の記憶を認めなかった。頭部CTで左シルビウス裂を中心とするくも膜下出血、左急性硬膜下血腫を認め、入院の上保存的加療を行ったところ血腫は減少し、良好な経過を辿った。Day20突然の左側頭部痛と失語症状を認めた。頭部CTにて左側頭葉に新規脳出血を認め、精査にて左中硬膜動脈に仮性動脈瘤を疑わせる所見を認めた。同日中硬膜動脈仮性動脈瘤に対してコイル、NBCAを用いた血管内治療を行い、翌日開頭血腫除去術を行い良好な経過を得た。

脳底動脈閉塞症に対する急性期血管内治療の実際と意義

大阪医科大学病院　矢木 亮吉･平松 亮
川端 信司･黒岩 敏彦

【10】

【はじめに】近年、血管内治療の発展により急性期主幹動脈閉塞症に対する機械的再開通療法の有効性が確立している。しかし脳底動脈閉塞に関しては、意識障害で発症するため神経学的評価が困難となり、治療介入が遅れることが多いため、予後不良とされており死亡率も高い。そこで脳底動脈閉塞4例における治療経過を検証し、その意義を文献的考察を含めて報告する。

【対象】2013年1月から2017年12月の5年間に治療介入した脳底動脈閉塞患者を対象とした。再開通はTICI　grade、転帰は30日後mRSで評価した。結果:4例が対象であり、内3例が女性、平均年齢は79歳であった。発症時の意識状態はJCS100が1例、200が2例、1例はJCS300であり両側瞳孔散大を呈していた。2例で組織プラスミノーゲンアクチベータ(rt-PA)適応であり、そのうち1例は他院で投与後にdrip and shipにて救急搬送された。全例で緊急血管内血栓回収術を試みたが、1例では誘導困難にて血管内治療を断念した。3例で機械的血栓回収術を施行し、全例TICI　grade3を得た。1ヶ月後、死亡例が1例、2例でmRS5、1例はmRS2であった。最終確認から搬入まで平均418分、搬入から再開通まで平均98分と前方循環と比較して時間がかかっていた。1ヶ月後mRS2の症例では、最終確認～搬入、搬入～再開通はそれぞれ110分、25分と短時間であった。

【考察】脳底動脈閉塞症の死亡率は50~90%と予後不良である。内科的加療のみでの再開通率は低く、再開通しなければ予後は極めて不良である。後方循環においても、機械的血栓回収療法による再開通率は良好であり、早期の治療介入ができれば有効な治療と考える。早期発見、診断により治療後の著明な改善を期待することが可能であるため、突然の意識障害を認めた症例は脳底動脈閉塞症の可能性を考慮し迅速な診断が必要と考える。

予期悲嘆を抱えた家族の支援と自宅看取りを行った食道癌末期1症例

弘善会クリニック　北岡 寛教

【11】

【はじめに】終末期を迎える過程や死別に直面すると、喪失に対する様々な心理的･身体的症状を含め、情動的(感情的)反応で「悲嘆(grief)」を経験する。特に患者の死が近い事が予測される時、実際の死別を経験する以前から家族が悲嘆を感じるとする「予期悲嘆」も問題となる。今回、予期悲嘆を抱えた家族を支援し自宅看取りを行った症例を報告する。

【症例】73歳男性、最終診断は食道癌(多発性骨転移･肺転移)。X年4月に総合病院を受診し進行食道癌(T4bN2M1　cStageⅣ)と診断。X年5月より化学放射線療法施行するも、X年8月で多発性骨転移と肺転移を認める。X年8月中旬、食事摂取困難と倦怠感で緊急入院。入院後、積極的治療は困難と判断され緩和医療へ移行。退院後の在宅医療希望のため退院時カンファレンスを行い、X年9月退院し訪問診療開始となった。

【経過】退院時の問題点として、①癌末期症状進行②食道閉鎖疑いで胃瘻造設を行ったが未使用での退院③患者本人には予後未告知、家族のみ予後2か月と告知され、退院前から家族が強い悲嘆を抱えていた点であった。X年10月上旬家族の勧めで緩和科病院を受診し、食事量低下もあり胃瘻での栄養管理導入目的で入院加療。患者は自宅生活希望もあり、胃瘻管理が可能になった段階で退院。緩和科病院を退院後、倦怠感･呼吸苦と癌末期症状の悪化を認めたが、麻薬･ステロイド調整により症状緩和は可能であった。日々悪化する患者の病状把握と薬剤調整を行うため、訪問診療日以外に適宜電話モニタリングを行った。この事で患者の症状緩和が出来たと共に、家族も看取りまでの心の準備が可能となり、X年11月初旬に自宅看取りとなった。

【考察】倦怠感に関して、医療関係者が毎日患者に電話モニタリングするという非薬物的な方法により改善されるという報告がある。訪問日以外に電話モニタリングする事で、少なからず患者の倦怠感が改善し穏やかな時間を家族と持つことが出来た。電話モニタリングで患者の病状把握だけでなく、同時に家族が抱えている想いに傾聴出来た事で心のケアも可能となった。このことが家族が抱える予期悲嘆の改善に繋がり、最終的に自宅見取りが行えた。

【まとめ】在宅での終末期医療において患者への緩和ケアだけでなく、悲嘆を抱えた家族へのケアも重要となる。

急性期脳卒中患者に対するミラーニューロンシステムの応用

近畿大学医学部附属病院
リハビリテーション部　中路 一大

【12】

【はじめに】近年,適応的な姿勢制御には,大脳皮質における高次脳機能が重要な役割を担うことが言われている.特に前頭－頭頂networkの活動が高次脳機能を獲得するとされ,運動機能再建にはこれらの活動が不可欠である.今回,左内頚動脈閉塞症の一例を担当し,ミラーシステムの観点から介入した結果,運動機能の向上を認めたため報告する.なお本報告にあたり,本人および家族に発表の主旨を説明し同意を得た.

【症例】70歳代女性,右利き.来院時,左半球に散在性の急性期梗塞を認めたが,総頚動脈閉塞もありバイパス術は見送り.NIHSS19点で,右上下肢の運動麻痺と表在深部感覚脱失を呈していた.翌日に左前頭-頭頂葉の脳梗塞拡大を認めたが,前交通動脈を介して側副血流あり,昇圧剤にて経過観察となる.

【経過】発症第4病日～第41病日に転院となるまでの37日間(40分/5～6日/週)介入した.当初より血圧変動に注意を要する状態が続いたが,第16病日に離床許可あり,起立歩行練習開始.機能訓練は運動イメージ(歩行動画の観察)と模倣課題(鏡像模倣)を中心に実施した.効果検証には,NIRS(光トポグラフィ装置,ETG-7100:日立メディコ)を用いた.プローベは国際10-20法を参考に,Fpz,Czを指標として配置した.被検者は車椅子座位とし,30秒間の平穏後,課題と安静を30秒間,連続して計3回施行した.oxyhemoglobinの増加を脳血流量の増加と定めて評価した結果,課題遂行時,特に模倣課題において右頭頂連合野に優位な脳血流の増加を認めた.

【結果】fugl meyre assessment(FMA),歩行速度,Berg balance scale(BBS),機能的自立度評価法(FIM)を効果判定に用いた. FMAは第16病日の137/226点(運動項目41/100点)が,第40病日に179/226点(70/100点)となった.歩行速度はテスト可能となった第30病日で7.44m/分(歩行率27.5歩/分),最終第40病日で19.74m/分(43.4歩/分)となった.BBSは第16病日で7/56点,第40病日で25/56点となった.FIMは初期34/126点,最終80/126点となった.

【考察】ヒトのミラーシステムは,動作観察や模倣を行った場合,頭頂連合野やBroca野の活性が高くなることが示されており,本症例には良い適応であったと考える.また一般的に右半球の前頭－頭頂networkが自己身体の動的表象の認知に重要であることが言われており,今回の介入が自己身体認知の向上,運動前野との連合に至った結果,運動機能向上に繋がったのではないかと推察された.

ポスターセッション 11:35～12:05

座長:矢木脳神経外科病院 看護師長　伊藤 祐美

興味関心チェックシートを通し生活場面の変化とともに日常生活での目標･興味をみつけた一症例

介護老人保健施設アロンティアクラブ リハビリテーション部　井川 直樹

【はじめに】今回、座位･立位の安全性･耐久性低下及び疼痛を認め、マッサージ希望が強い症例を担当した。リハビリでは介入当初より興味関心チェックシートを利用し目標設定を行い、リハビリを進める事で疼痛軽減と疲労が少ない姿勢の獲得及び利用者の生活意欲向上に繋がった為、ここに報告する。

【症例】77歳女性で、現病歴は肝臓癌で抗がん剤の内服により倦怠感の訴えがある。既往歴は脊椎カリエス、左股関節骨切術、両変形性股関節症、両変形性膝関節症である。主訴は「右足が痛い」である。整容･トイレ動作･更衣は自立しているが、倦怠感及び疼痛の影響により臥位で生活している場面が多かった。

【経過】平成X年2月より抗がん剤治療の為に入院となり、3月に退院となる。4月より廃用予防及び安全な在宅生活の獲得を目的に訪問リハビリ開始となった。介入時より座位では右膝関節内側部にNRSで10点満点中8点、立位は左足底前面部にNRSで8点であり立位保持は5秒程度であった。以前より在宅でのマッサージを利用し、今回も疼痛軽減を目的にマッサージ希望を強く認めた。また、ADLに対する意欲がなかった。問診や興味関心チェックシートを用いる事で料理･整理整頓の興味関心を認めた為、リハビリでADL意欲の向上を図った。

【結果】右膝関節内側部の疼痛に関しては、臥位･座位で右下肢の姿勢修正を行い、座位での姿勢変化を認めNRSで5点と減少した。また、姿勢変化に伴い座位でのTV視聴が可能となり、座位で過ごす意欲の向上を認めた。左足底前面部の疼痛に関しては、靴の補高を用いて立位での左下肢長の調整を行い、NRSで1点と軽減し10秒以上の保持が可能となった。介入当初は生活に対する意欲はなかったが、リハビリを通し日常生活に対しての意欲を持つ事で興味関心を共有し、生活場面での活動意欲の向上を認めた。

【まとめ】座位で右下肢の姿勢修正、立位では靴の補高を用いて疼痛軽減に繋がった。以前は臥位でTV視聴していたが、疼痛軽減により座位でのTV視聴が可能となった。それに伴い離床時間の延長を認めた。現在も料理･整理整頓の希望を抱いており、生活場面に応じたリハビリを実施している。興味関心チェックシートを用いる事で、生活場面での目標をみつけ、介入当初のマッサージ希望から日常生活への意欲の向上に繋がった。リハビリ職が関わることで、一人一人が地域で自分らしい暮らしを続けるための手助けとなることを実感した。

ターミナル期の患者を通じて学んだ患者主体のQOL

矢木脳神経外科病院 リハビリテーション科 作業療法士　國井 晴子

【はじめに】癌により余命数カ月のターミナル期患者が脳出血にて左片麻痺を呈した。自宅復帰に向け作業療法士として介助量の軽減、ADLの拡大を図ったが患者の希望との相違が生じた。患者の希望を重視し左上肢のアプローチを行いQOLの向上が図れた事例を報告する。

【症例】70代後半、男性。診断名は右前頭葉皮質下出血、多発性転移性脳腫瘍。既往歴は十二指腸乳頭部癌、肺・胸骨・坐骨転移で余命は3～6ヶ月といわれていた。病前ADLは自立しており、マンションの管理組合やサークル活動へ積極的に参加していた。主訴は歩けるようになって外を散歩したいであった。

【経過】右前頭葉皮質下出血により当院入院となり、造影MRIにて脳腫瘍が発見される。

初期評価ではJCSI-3、BRS-t左上肢Ⅱ、手指Ⅰ、下肢Ⅳ、発語失行を認めた。FIMは72点であり中等度介助を要した。その為、自宅復帰にむけて、介助量の軽減、ADLの拡大を図り、動作訓練を中心にしたプログラムを設定した。しかし、訓練を継続していく中で、本氏は、左上肢機能の回復を望み、リハ内容に不満を抱いていた。セラピストと患者間で希望の相違が生まれていたことが分かり、36病日より左上肢の機能訓練を中心にリハビリを開始した。

【結果】63病日自宅退院。BRS-t左上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅴ、FIM:95点であり軽介助レベルまで回復した。左上肢の訓練を継続し一時的にでも可動域・随意性が向上する事で「こんなに動くようになりました」と笑顔が頻回にみられるようになった。また、左手で物を掴みたい、顔を洗いたいなどの具体的な目標を持つようになった。

【考察】作業療法を提供する中で、自宅復帰を目指す患者に対し、介助量の軽減、ADLの拡大を図る事は必須であり、それがQOLの向上に繋がると考えていた。しかし、患者は実用性に乏しい重度麻痺である左上肢の回復を望んでおり、患者の希望と相違が生じていた。今回の症例を通して、ターミナル患者におけるQOLは、回復の可能性を信じることで得られる精神的な安定、そして今後につながる希望が、医学的事実よりも重要となる場合があることを学べた。医療者の常識を押し付けず、同じ目線で目標を設定することで、より良い作業療法を提供していきたいと考えます。

認知症患者の看護と退院支援について

弘善会矢木脳神経外科病院 東病棟　畠中 奈津美

【はじめに】慢性硬膜下血腫は脳外科病棟で遭遇する機会が多い疾患である。患者A氏はアルツハイマー型認知症を既往にもちながら慢性硬膜下血腫を発症し入院となった。入院時からコミュニケーションが図れず、一人歩きなどの行動があり、自宅退院は困難な状況であった。介護に疲弊している家族に対して、入院中の看護師との関わり、多職種との連携により家族支援につながった症例をここに報告する。

【症例】73歳男性A氏　1年ほど前からアルツハイマー型認知症あり。昨年より左下肢を引きずるようになり、外出から帰宅途中に歩行障害進行を認め当院に救急搬送となった。

【経過】入院時よりA氏は食事の認識ができず食事摂取困難、排泄はおむつ内に失禁を繰り返していた。入院前A氏は要介護3、週に3回デイサービス、月に1回ショートステイを利用していた。しかし、妻との関わりの中で「突然スッと外へ歩いていってしまうんです。トイレも立った時にオムツを変える感じで、もう限界かなと思い、特別養護老人施設(以下特老)を申し込みました。でも、見捨てるような気がして。」と発言があり、妻は介護に強く疲弊している状態であった。術後3日目に多職種カンファレンスを行い、家族の負担を考慮し、当院からの自宅への退院は望ましくないとのリハビリ・病棟スタッフの意見が一致し、術後13日目にICを施行、介護老人保健施設(以下老健)へ退院となった。

【結果】妻の発言から、介護に疲弊している状態であることが明確であった。家族はA氏を大切にしており、生活を共にしていたA氏を特老に入所させることで、見捨てる行為になるのではと考えていた。しかし、自宅退院は、介護に疲労した家族がA氏の介護を拒絶してしまうリスクもあった。このようにA氏の状態と家族の介護状況を考慮したうえで多職種カンファを行い、終身利用となる特老よりも入所期限があり、在宅復帰を目的とした老健を提案した。これは「A氏を見捨てた」と罪悪感を覚える家族に方向性を考える時間を提供できたと思われる。また、将来的に在宅復帰を目指すため入院中のA氏に対しては普段使用している食器を使用し、食べる動作を繰り返し介入することで、自己摂取ができるようになった。排泄動作も、座る立つ手を洗うまでを視覚的にアプローチをしたことで系列動作を行えるようになった。認知症の患者は過去の経験に基づいた行為は行うことができ、その持てる力を引き出すケアが必要と言われている。このように一連の動作を繰り返し見せることで、日常生活動作ができるようになりA氏の「持てる力」を引き出すケアへ結び付けられたのではないかと考える。

【まとめ】退院調整は、患者だけでなく家族の受け止め方や介護負担を理解しながら行っていく必要がある。よって今後は入院時から退院後の方向性を視野に家族の協力体制、介護状況を情報収集し多職種と連携し早期に方向性の統一を図っていく必要がある。

脳神経外科看護の経験を有する看護師の脳卒中研修の効果

矢木脳神経外科病院 看護部　松村 千鶴

【目的】「脳卒中看護ベーシック研修」は、患者の今後の生活を見据えた総合的判断を行い、看護展開ができるようになることを目的として平成28年度より実施している。今回、研修成果をアンケート調査や課題などをもとに考察し報告する。

【研修の概要】受講者は6名。看護師経験年数は2年から11年。脳神経外科看護の経験年数は2年から6年。1年間で2時間半の研修を5回実施。自己学習を講義と振り返りにて補い、ディスカッションを中心とした研修とした。事例の看護計画を立案し発表した。研修実施後にテスト、アンケート、課題の内容により評価をした。参加者は、研修前の自分を「自信を持って判断ができていない」と分析しており研修を通してアセスメントの根拠を明らかにし、個別性のある看護がしたいと望んでいた。

【結果】テストの結果は平均78.2点。アンケート結果は満足できる、理解できる、看護に役立つが80%以上であった。また、「経験的にやっていたことの意味を考えることができた」「現場で必要な内容でイメージしやすく現状の問題点が見えた」「根拠を理解することで患者や後輩への指導に自信が持てる」と意見があった。看護計画は、徐々に患者の全体像をとらえることが可能となった。

【考察】この研修で脳卒中看護に必要な知識を活用して看護展開をしていくことを学ぶことができた。日々、看護実践を行っている中で、迷いや自信のなさを自覚しておりそこに問題を感じ解決したいと自らが目標をもって研修に参加していることが学習の大きな動機づけとなっている。また、グループワークで知識や思考の整理をし他者の考えや看護観を知ることで自分に不足している部分を補完できた。事例展開は、経験と学習を照らし合わせる訓練となり、経験値での行動に意味を持たせ、看護の根拠を自らの中で構築する機会となった。それは、成人学習に必要な、経験に基づいた学習である、自分にとって重要で仕事に直結する内容である、問題中心型の学習であるなどの条件を整えて研修を実施したことが効果を発揮している。

【まとめ】成人への研修は研修生自身が問題意識を持ち目標を設定することで自ら学び、その内容を活かして看護展開を行うことができる。今後、真の研修成果である、実際の臨床現場での行動変容を確認していく必要がある。

放射線科で扱う診療材料、医療消耗品の管理

矢木脳神経外科病院 放射線科 放射線技師　吉元 弘

【目的】在庫管理の徹底を行い、スタッフのコスト意識を高め、無駄な在庫を削減する。

【方法】期間:平成29年5月1日～平成30年3月31日

方法:①在庫の整理・整頓　②不要在庫等の洗い出し　③在庫定数の見直し　④在庫管理表作成　⑤発注時期の明確化　⑥物品コストの明確化の6項目を分担し実施

【結果】①の在庫整理はメンバーで手分けしてアンギオ備品棚やカテラックの整理、医療材料棚の整理整頓を行い、一目ですぐに在庫状態が把握できるようなった②の不要在庫は、滅菌切れ物品、変更できそうな物品の洗い出しを行い、使用されない物、滅菌期限が近い物、使用頻度に対して納入個数の多い物などの在庫方法や代替品がないかなど、納入業者と協議を行い削減に至った。③の定数見直しは、使用頻度や納入期間の長短、1箱分の個数などを考慮して在庫定数の見直しを行った。④の管理表作成は、発注時期や量、いつ発注時期が行われたかが分かるように、在庫管理表を作成し確認できるようにした。⑤の発注時期の明確化をするために、発注時期を物品を入れているかごやその傍に、パネルを貼り明確化した。⑥コストの明確化は、物品にコストを明記しスタッフが把握できるようにした。

その結果、年度別での平均棚卸金額は、最大は23年度の107万5655円で、最少は29年度の67万7446円となっている。月額推移において、29年度は4月から11月での変動が少なく推移している。毎年12月に関して、年末年始ということもあり、在庫数を多めにする為、物品の購入が増え、金額は増加しているが、例年より低く抑えることが出来た。12月分の増加は2月から3月ぐらいまでかけて減少していくが、今年1月は血管内治療の件数が多かったこともあり、大幅に減少することが出来た。

【評価】緊急血管内治療がいつ行われるかわからない状況の中、使用される物品の在庫定数を低く設定するのは、非常に不安に思えたが、今回の活動を行うことにより、他のスタッフからの協力も得られ、発注遅れが少なくなり、物品切れがなくなった。経験の若いスタッフも物品の種類や保管場所を覚える事が出来、コスト意識も高まっている。

【今後の課題】今後は、若いスタッフが在庫管理や発注業務を引き継げるよう、指導していきたいと思います。

医療におけるマーケティングの必要性

矢木脳神経外科病院 医療サービス課　児玉 やよい・堀川 賢

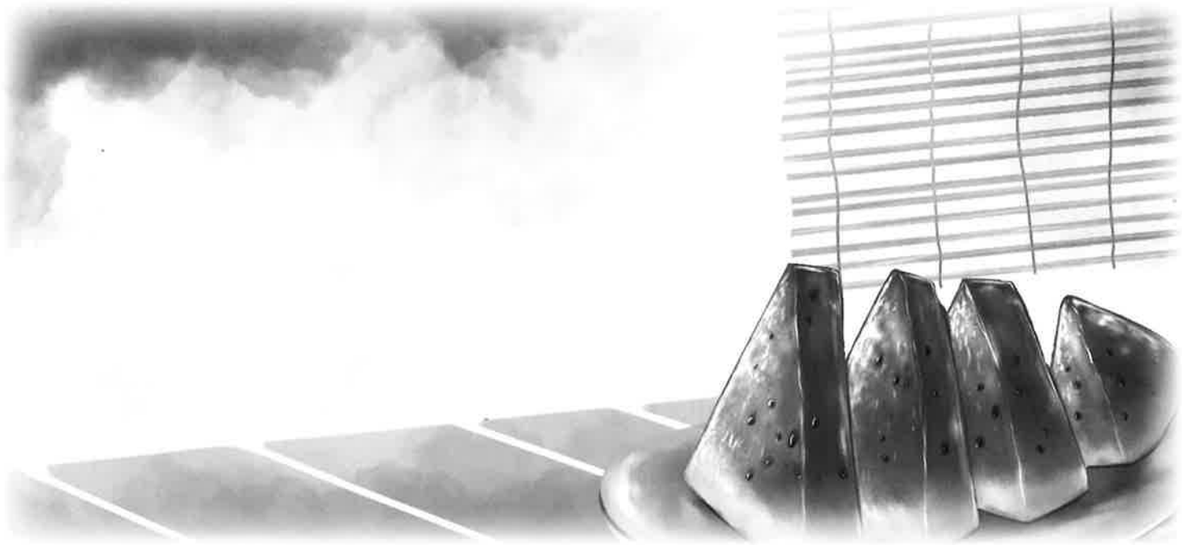
【目的】さまざまな業界で当たり前のように行う調査にマーケティング調査が行われているが、我々は、医療におけるマーケティング調査の中で、医療機関のターゲット顧客である患者に焦点を当てて調査を行った。患者は病院を自由に選択できる一方、病院側が広告できるのは、名称・住所・電話番号・診療科名等の客観的事実のみに限定されている。このように制限されている中でどのように患者に情報を伝えるかが重要と考え、当院に来院する患者に病院を選択するときの情報源について調査を行い、今後の課題を検討したので報告する。

【方法】期間:平成30年4月～6月。対象:調査期間中に当院へ来院した初診の外来患者。方法:当院へ来院した理由をアンケート調査

【結果】研究期間中の初診患者は1,716名、アンケート回収は、1000名で回収率58.3%であった。当院へ来院した理由で多かったのは、1.以前、来院したことがある22.9%。2.他院からの紹介21.8%。3.知人、家人の紹介20.4%で紹介が66.1%であった。少なかったのは、1.パンフレット0.3%。2.看板を見て1.1%。3.当院のホームページ1.3%。4.インターネット6.7%で広報は9.4%であった。ホームページとインターネットで来院した年齢は、60才以下が83.3%で、60才以上が10%であった。住所別は、当院所在地である東成区が41.3%で、阿倍野区、旭区、生野区、城東区、中央区、鶴見区、東住吉等が39.7%で、大阪市外が19.0%であった。

【考察】今回の結果から、当院を選んだ患者は、以前来院したことがある患者、紹介されて来院する患者が66.1%。大阪市内からが81%であることから、地域に密着した病院として当院が定着してきていると考える。広告・広報媒体であるパンフレット、看板、ホームページ、インターネットを見て当院を選んだ患者は9.4%の内60歳以上は10%であった。今後患者集客のためには、年齢層にあった広告・広報活動に力を入れていく必要がある。また、看板等の設置場所も検討が必要であると考える。今後なお一層地域に密着した病院として患者から選ばれる病院になるよう患者満足度を上げていく必要があると考える。

【結語】今回は顧客にターゲットを絞って調査を行った。今後は、より多くのデータから当院が選ばれる病院となるように、マーケティング調査をして分析することが必要である。



学会のご案内

日時:平成30年8月26日（日）
9:20～17:00（9:00受付）
会場：大阪国際交流センター２階 さくら東
受付：同会場２階　さくら東前

❶参加手続き

■当日参加費は3000円（一般）、1000円（学生）です。

■事前に参加申し込みをされた方
受付で事業所・氏名をお伝えください。ネームカードは、職員の方はご自分のネームカードをご持参ください。当日忘れた方、職員以外の方は、受付にネームカードをご用意しています。

■当日に参加される方
受付で参加用紙に事業所名・氏名を記入ください。抄録集が届いていない方は申し出てください。

❷クローク

クロークは準備しておりません。1階にあるコインロッカーをご利用ください。

❸会場での呼び出し

会場内でのアナウンス及びサイドスクリーンによる呼び出しは行いません。但し、緊急の場合は受付までお申し出てください。

❹ランチョンセミナーについて

12時からランチョンセミナーを企画しています。当日受付にてお申しこみ下さい。セミナーチケットをお渡しいたします。（お一人1枚のみ）先着順となります。ご了承ください。なお、11時50分までに受付にお弁当を取りに来てください。

❺第３回弘善会グループ学術大会優秀演題賞

■お申込みいただいた「一般演題（口演・ポスター）」の中から優秀な演題に「第3回弘善会グループ学術大会優秀演題賞」を授与いたします。参加者の選出により判断します。

■受章者の表彰式は以下の通りとなります。受賞者の方は事前にご連絡いたしますので必ずご出席をお願い致します。
【場所】弘善会グループの忘年会会場

❻懇親会

【場所】大阪国際交流センター—ホテル1階　レストランraffinato
【時間】17:15～19:15

❼企業展示について

下記の企業による展示を会場前のロビーにて実施します
ユニ・チャームメンリッケ株式会社／
東洋羽毛関西販売株式会社／大幸薬品株式会社

❽災害発生時の対応について

■台風や地震など災害発生など不測の事態により、学会を中止する場合は、午前7時に中止の決定を行い、「弘善会 学術大会ホームページ」にてお知らせします。

■会場内にて災害が発生した場合は、大阪国際交流センターの指示に従って冷静に行動してください。

❾昼食について

■弁当の空容器は、受付にご持参ください。

■国際交流センターホテル1階にレストランがございます。または、近隣の飲食店をご利用ください

❿その他のご案内

■携帯電話・PHS:会場内では電源をお切りただくか、マナーモードへの設定をお願い致します。

■質疑応答:質問・発言を希望される方は、座長の指示に従い、所属・職種・氏名を述べてからご発言ください。
発言は簡潔にお願い致します。

座長・演者のみな様へ

①受付

◇口演及び示説、シンポジウムの座長の方も、「受付」カウンター（1階大階段前）で通常の参加手続きをして下さい。
◇各担当プログラムの開始の30分前には受付を済ませて下さい。
◇座長・演者の目印としてリボンをご用意いたします。必ずご着用下さい。

②座長の方へ

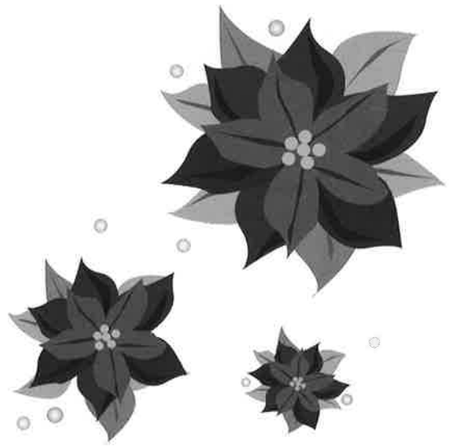
◇担当セッションの15分前までに、会場の「次座長席」に必ずご着席下さい。
◇発表者との事前の打ち合わせが必要な場合は、会場前のロビーで打ち合わせをお願いします。
◇担当セッションの進行はご一任致しますが、終了時間は厳守してください。

③演者の方へ

【講演・口演発表】
◇発表時間
(1)特別講演・基調講演・ランチョンセミナーは60分です。
(2)一般演題:発表7分、質疑3分です。質疑応答は座長の指示に従ってください。
◇発表方法
(1)発表時は、演題上のマウスならびにキーパッドで操作をお願い致します。
(2)次演者席を設けていますので、前演者が登壇されましたら、「次演者席」にご着席下さい。
(3)会場へはプログラム開始15分前までにお越しください。

④ポスター発表

◇座長の進行のもと各自のパネル前にて発表をお願い致します。
◇発表3分、質疑応答2分です。質疑応答は座長の指示に従ってください。
◇貼付は、9時10分まで、撤去は17時までにお願い致します。時間内に撤去されなかった場合は、事務局にて処分させて頂きます。
◇展示方法
(1)演題番号は事務局で用意します。
(2)演題名、施設名、発表者名を書いた20×70㎝の用紙は各自でご準備ください。
(3)演題番号を確認の上、貼付してください。
(4)画鋲は各パネルに備え付けてあるものを使用してください。



編集後記

今回で第3回となる弘善会グループ学術大会を開催することとなりました。

第1回学術大会は、学会の経験が無いメンバーが、試行錯誤で、「絆・挑戦・創造　ここに来てよかった」をテーマに開催致しました。一人ひとりの小さな力が一つになり大きな原動力となりえた結果だと思っています。第2回学術大会は、地域包括ケアシステム時代の医療「命を救い人生を支える　医療・介護の探究」をテーマとして当法人が、先進事例として積極的に医療・介護を展開していく為に積極的に意見交換を行う場となりました。

日本は長寿国であると同時に出生率が低い国でもあります。寿命が延びると健康や介護・生活資金に不安を感じる人も増えてくると考えがちですが、私たちは長寿をポジティブに捉え、一人ひとりができるだけ長く、健やかで生産的に生きていくかを考えて討論した結果、第3回目のテーマは『人生100年時代の「生活の質」を考える』としました。また、疾病の治癒、障害の完全な回復は望めず、それらと付き合わざるを得ない中で人々が地域の中で、疾病や障害があっても、生活の質を維持し、地域で自分らしい暮らしを続けることが理想と考え、サブテーマを「地域で自分らしい暮らしを続けるために」として開催することとしました。

今回参加された方々、変化をチャンスととらえ、もう一度人生を再設計できるという考えで前に進んでいく一助となれば幸いです。

末筆となりましたが、本学会の開催に当たり、ご指導・ご協力頂きました多くの方々に感謝申しあげます。

第3回弘善会グループ学術大会実行委員会メンバー

運営委員長	弘善会 国際事業部	松本 潤一郎	運営副委員長	矢木脳神経外科病院	冨田 倫代
実行委員長	あろんてぃあ住吉	石田 恭一	実行副委員長	アロンティアクラブ	齊藤 達也
委員	アロンティアクラブ	杉村 泰啓	委員	矢木脳神経外科病院	牛尾 竜也
	あろんてぃあはうす	塚本 真美		矢木脳神経外科病院	中田 翔
	弘善会クリニック	今井 順子		矢木脳神経外科病院	西村 紀子
	こうぜんかいはうす	松浦 敦史		矢木脳神経外科病院	東野 智佐江
	弘善会グループ本部	山脇 拓也		矢木脳神経外科病院	平山 明
	ル・ロゼイ	塩田 耕司		矢木脳神経外科病院	松村 千鶴
	ル・ロゼイ	永里 友和		矢木脳神経外科病院	南谷 美紀
				矢木脳神経外科病院	吉本 麻理菜

平成30年8月吉日