



第12回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 九州・沖縄支部学術集会

プログラム・抄録集



提供：太宰府天満宮

会期 2025年3月16日(日)

会場 九州大学医学部百年講堂
〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

会長 吉田 誠
国立病院機構福岡病院 院長

私たちの歴史は、人工呼吸器とともに始まりました

Changing with you & For you

SWM 南西医療器株式会社

世界の医療情報をお届けする。SOUTH WEST MEDICAL

INTELLIGENCE

福岡市博多区博多駅東 2-18-30 八重洲博多ビル 1001 号

☎ 092-433-7585

本社 沖縄県浦添市城間 4-2-10

SWM-INTELLIGENCE CENTER 沖縄県浦添市城間 4-10-7

宮古営業所 宮古島市平良字西里 975-4-102

八重山営業所 石垣市登野城 595-5 1 階

鹿児島営業所 鹿児島市新屋敷町 2-5 - 101

熊本営業所 熊本市中央区神水 1-25-7-301



第 12 回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会

プ ロ グ ラ ム
抄 録 集

会 期 : 2025 年 3 月 16 日(日)

会 場 : 九州大学医学部百年講堂

〒812-8582 福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号

会 長 : 吉田 誠

国立病院機構福岡病院 院長

ご挨拶

第12回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

九州・沖縄支部学術集会

会長 吉田 誠

(国立病院機構福岡病院 院長)

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会九州・沖縄支部学術集会の開催にあたり、主催者を代表してご挨拶申し上げます。当支部の学術集会は第12回を迎え、私ども福岡病院が第2回、第5回に続き、3回目の担当施設に預かることは大変光栄なことであり、学会関係者各位に心より感謝申し上げます。

今回は「在宅」をテーマに主要プログラムを構成いたしました。親しみを持っていただきたいと考えて「呼吸ケア・リハビリテーション@home (アットホーム)」というタイトルを冠しました。“@ home (at home)”は、文字通り「家で」という場所と、家にいるときのようなリラックスした気分(アットホームな雰囲気)の、2つの語義を併せ持つ言葉ですが、呼吸器疾患とともに生きていく患者さんと一緒に、それらの両立の実現を目指そうというメッセージを込めて、「住み慣れた場所で(=家で)、その人らしく(=アットホームに)」を副題に添えました。

多くの医療従事者にとって患者さんとの対面の場は病院やクリニックなど医療機関ですが、患者さんにとって生活の場は“@ home”です。本集会在、自宅や施設で暮らす生活者としての患者さんを診る、という視点を持ちながら、呼吸ケアや呼吸リハビリテーションの在り方を一緒に考える場になれば、この上ない喜びです。

5年ぶりの集合開催です。テーマは“@ home”ですが、皆さんには「働き慣れた場所」を飛び出して、本集会在に足を運んで、発表して、質問して、討論して、多くの学びや気付きを持ち帰って、学術集会在の醍醐味を存分に味わっていただきたいと願っています。多数のご参加を、アットホームな会場でお待ちしています。

ご案内

会 期 2025 年 3 月 16 日 (日)
会 場 九州大学医学部百年講堂
(〒812-8582 福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号)
会 長 吉田 誠
(国立病院機構福岡病院 院長)

1. 参加登録

事前登録を推奨いたします。

学術集会ホームページ上にてオンライン受付を行います。

自動返信メールは、当日の受付での確認と参加証明書発行時に必要となりますので保存して頂きますようお願いいたします。

【URL】 <https://yumejuku.org/sp/regional12nd.html>

申込期日：2025 年 2 月 28 日 (日)

参加費：会員 2,000 円、非会員 3,000 円、学生 無料

2. 当 日

-事前登録

8 時 15 分より会場受付を開始いたします。「お申込み内容欄」を印刷したもの（もしくは自動返信メール画面）を当日の受付にてご提示ください。

-当日受付 専用ブースへお越しください。

《ネームカード》

- ・受付時にお渡しするネームカードにご所属・ご氏名を記名台にてご記入頂き、会期中は必ずご着用をお願いいたします。着用しておられない方のご入場はお断りいたします。

3. 領収書・参加証明書

- ・領収書：参加登録完了後、自動返信メール内の領収書発行ボタンより即日発行可能です
- ・参加証明書：当日の参加を確認後に発行いたします。

4. 代議員会 九州大学医学部百年講堂 2 階「会議室 2」にて行います。
(16 時 20 分～16 時 50 分)

5. クローク 大ホール付近に設置いたします。

6. 紛失物 忘れ物、落し物は、学会運営本部にてお預かりいたします。

7.会場内での撮影について

- ・会場内での写真・動画撮影ならびに録音は、禁止いたします。

8.単位について

- 1) 呼吸ケア指導士資格認定更新単位取得：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認定更新単位取得
 - a.出席：20 点
 - b.呼吸療法に直接関連した演題の第一演者：20 点
 - c.呼吸療法に直接関連した演題の共同演者：10 点
 - d.講師として講義・講演した場合：30 点

【学会運営事務局】

国立病院機構 福岡病院

〒811-1394 福岡市南区屋形原 4-39-1

準備担当

森脇 篤史（統括診療部長）

下川 満美（看護部）

足立 仁志（リハビリテーション科）

吉岡 愛香（管理課）

Tel：092-565-5534 FAX：092-566-0702

E-Mail：yoshioka.aika.zs@mail.hosp.go.jp

● 日程表 ●

時間	大ホール	中ホール1,2
8:15	受付開始	
9:00	開会式	
9:10	<p>教育講演 1 【在宅HFNCの実際】</p> <p>座長：藤井 一彦 先生(熊本市市民病院) 演者：山下 崇史 先生(国立病院機構福岡東医療センター)</p>	<p>9:10～9:50</p> <p>一般演題【呼吸リハビリテーション】 4題</p> <p>座長：田中 貴子 先生(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)</p>
9:50		
9:55	<p>シンポジウム 1 【多職種でセルフマネジメント支援 ～安心安全な自立のために～】 座長：伊井 敏彦 先生(国立病院機構宮崎東病院)</p> <p>1. 慢性呼吸不全患者に対する効果的な栄養サポート 演者：山本 貴博 先生(中村学園大学)</p> <p>2. 外来呼吸リハビリテーション施設におけるセルフマネジメントの実際 ～理学療法士の視点から～ 演者：城石 涼太 先生(宇都宮内科医院)</p> <p>3. 本人とともに考えるセルフマネジメント ～ケアマネジャーとしての役割～ 演者：佐久間 裕美 先生(恵友会ケアプランステーション)</p>	<p>10:00～11:00</p> <p>モーニングセミナー</p> <p>座長：木下 義晃 先生(福岡大学筑紫病院)</p> <p>1. 【間質性肺疾患のチーム管理におけるリハビリテーションの役割】 演者：森下 一樹先生(済生会熊本病院)</p> <p>2. 【間質性肺疾患患者のACP推進に向けた人材育成と患者教育】 演者：山内 布美子先生(済生会熊本病院)</p> <p>共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社</p>
11:10		
11:15	<p>教育講演 2 【COPDにおける身体活動性と多面的アプローチ】</p> <p>座長：玉城 仁 先生(那覇ゆい病院) 演者：高橋 浩一郎 先生(佐賀大学医学部附属病院)</p>	<p>11:10～12:00</p> <p>一般演題【呼吸ケア】 5題</p> <p>座長：下川 満美 先生(国立病院機構福岡病院)</p>
11:55		
12:10	<p>ランチョンセミナー 【白書2024にみる呼吸不全に関する在宅呼吸ケアの現状と将来展望 —在宅酸素療法を中心に—】</p> <p>座長：吉田 誠 先生(国立病院機構福岡病院) 演者：植木 純 先生(順天堂大学)</p> <p>共催：帝人ヘルスケア株式会社</p>	
13:10		
13:25	<p>シンポジウム 2 【リハビリで身体活動レベルアップ ～やる気スイッチ・オンする工夫～】 座長：朝井 政治 先生(大分大学)</p> <p>1. 訪問看護&リハで身体活動性アップ～やる気スイッチは効果実感で入れる～ 演者：山田 真里子 先生(楽々サポートセンター レスピケアナース)</p> <p>2. 慢性呼吸器疾患患者の『やる気』と『活動性』を引き出す呼吸リハビリテーション 演者：杉木 優一郎 先生(かごしま高岡病院)</p> <p>3. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者の身体活動性に及ぼす因子の検討 —身体的因子、心理的因子に関する包括的な検討、精神症状への対応— 演者：平本 哲哉 先生(国立病院機構福岡病院)</p>	
14:40		
14:55	<p>スイーツセミナー【多職種で取り組む肺NTM症における薬物・非薬物療法】</p> <p>座長：森脇 篤史 先生(国立病院機構福岡病院) 演者：國近 尚美 先生(山口赤十字病院)</p> <p>共催：インスメッド合同会社</p>	
15:55		
16:00	閉会式	

第1会場（大ホール）

教育講演 1

9:10～9:50

「在宅 HFNC の実際」

座長：藤井 一彦（熊本市民病院）

演者：山下 崇史（国立病院機構福岡東医療センター呼吸器内科）

シンポジウム 1

9:55～11:10

「多職種でセルフマネジメント支援～安心安全な自立のために～」

座長：伊井 敏彦（国立病院機構宮崎東病院）

1. 慢性呼吸不全患者に対する効果的な栄養サポート

演者：山本 貴博

（中村学園大学栄養科学部栄養科学科）

2. 外来呼吸リハビリテーション施設におけるセルフマネジメントの実際

～理学療法士の視点から～

演者：城石 涼太

（宇都宮内科医院リハビリテーション科）

3. 本人とともに考えるセルフマネジメント～ケアマネージャーとしての役割～

演者：佐久間 裕美

（恵友会ケアプランステーション）

「COPDにおける身体活動性と多面的アプローチ」

座長：玉城 仁（那覇ゆい病院）

演者：高橋 浩一郎（佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科）

「白書2024にみる呼吸不全に関する在宅呼吸ケアの現状と将来展望

—在宅酸素療法を中心に—

座長：吉田 誠（国立病院機構福岡病院）

演者：植木 純（順天堂大学）

「リハビリで身体活動レベルアップ ～やる気スイッチ・オンする工夫～」

座長：朝井 政治（大分大学）

1. 訪問看護&リハで身体活動性アップ～やる気スイッチは効果実感で入れる～

演者：山田 真理子（楽々サポートセンター・レスピケアナース）

2. 慢性呼吸器疾患患者の「やる気」と「活動性」を引き出す呼吸リハビリテーション

演者：杉木 優一郎（医療法人聖心会かごしま高岡病院リハビリテーション科）

3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の身体活動性に及ぼす因子の検討

— 身体的因子、心理的因子に関する包括的な検討、精神症状への対応 —

演者：平本 哲哉（国立病院機構福岡病院心療内科）

「多職種で取り組む肺NTM症における薬物・非薬物療法」

座長：森脇 篤史（国立病院機構福岡病院）

演者：國近 尚美（山口赤十字病院呼吸器内科）

第2会場（中ホール 1.2）

座長：田中 貴子（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

1. COPD における 4m 通常歩行速度の ADL レベル診断能力の検討

演者：足立 仁志（国立病院機構福岡病院）

2. COPD に対する個別歩数目標値提供によるリハビリテーションの効果

演者：栗原 有紀（佐賀大学医学部附属病院）

3. 終末期肺がん患者の自宅退院をめざして

～退院支援を通じて多職種連携の必要性と理学療法士の役割について再認識した症例～

演者：中野 悠希（国立病院機構福岡東医療センター）

4. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後高齢者への Hybrid Assistive Limb 腰タイプ自立支援用（HAL[®]腰タイプ）を利用した介入の試み

演者：椎木 陽啓（国立病院機構宮崎東病院）

座長：木下 義晃（福岡大学筑紫病院）

1. 「間質性肺疾患のチーム管理におけるリハビリテーションの役割」

演者：森下 一樹（済生会熊本病院）

2. 「間質性肺疾患患者の ACP 推進に向けた人材育成と患者教育」

演者：山内 布美子（済生会熊本病院）

座長：下川 満美（国立病院機構福岡病院）

1. 高齢 COPD 患者に対する HOT 導入の一経験

－在宅での不安を取り除くためのチームでの関わりの重要性－

演者：本村 紀博（医療法人清和会長田病院）

2. COPD 患者の在宅 HFNC 導入に向けた臨床工学技士の関わり

演者：児玉 博樹（熊本市民病院）

3. 終末期気管支拡張症患者のアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning :ACP）における一考察

演者：本田 輝子（国立病院機構福岡東医療センター看護部）

4. 呼吸器内科看護師の ACP に関する現状調査

演者：楠田 しのぶ（産業医科大学病院看護部）

5. 外来で継続した在宅療養支援を行うために

～慢性呼吸器疾患患者の継続看護システムの検討～

演者：入江 伊世奈（国立病院機構福岡病院）

教育講演
シンポジウム
共催セミナー

抄 録



在宅 HFNC の実際

独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター呼吸器内科
山下 崇史

HFNC (High flow nasal cannula) 療法は、経鼻カニューレを通して高流量かつ一定濃度の混合ガスを患者へ投与することができる酸素療法デバイスである。HFNC は、鼻咽頭の死腔の洗い出し、吸気抵抗の低下、PEEP 負荷、加温加湿・繊毛機能改善など様々な生理学的効果をもたらし、導入の簡便性やデバイスの快適性の高さから急性期領域のみならず、慢性期や終末期領域においても汎用されるようになった。重症 COPD など呼吸予備力が乏しい慢性呼吸不全症例において、HFNC は IPPV や NPPV と比較して非侵襲的な呼吸管理法であり、長年在宅領域においても HFNC 療法の導入は期待される場所であった。2021 年に報告された FLOCOP 研究では、高二酸化炭素血症を伴う安定期 COPD 患者に対して、長期 HFNC 療法は COPD 増悪の頻度を減少させることが示され、2022 年 4 月には在宅ハイフローセラピーが保険収載されるようになった。当院は FLOCOP 研究の参加施設であったため、まずは参加患者からの聞き取り調査をもとに在宅ハイフローセラピー導入のための指導パンフレットを作成することとした。2022 年 5 月より現在に至るまで 5 名の COPD 患者に在宅ハイフローセラピーの導入を行っている。導入後の患者からのフィードバックや指導する側の病棟スタッフの理解の問題など、在宅ハイフローセラピー導入における課題について検討を重ねており、2024 年 9 月には在宅ハイフローセラピー導入のためのチェックリストを作成・運用を行っている。当院の経験をもとに在宅 HFNC の実際について概説する。

COPD における身体活動性と多面的アプローチ

佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科 診療教授

高橋 浩一郎

COPD 患者において、身体活動性低下は予後不良因子であり、身体活動性の維持・向上は管理目標の一つである (COPD ガイドライン第 6 版、2022 年)。身体活動性の中でも座位行動が注目されており、高齢者における座位時間の短縮が重要である (Tashiro H & Takahashi K. J Clin Med; 12: 1631: 2023)。一般住民を対象とした検討では、中～高強度の身体活動時間を長くするより、低強度の身体活動 (座位時間) を短くする方が、生命予後の延長効果が高いことが示された (Ekelund U. BMJ 2019)。COPD 患者では、軽症～中等症であっても身体活動性 (1 日歩行時間) が、健常高齢者に比較し低下していることが知られている (Pitta F. Am J Respir Crit Care Med, 2005)。気管支拡張薬による身体活動性の改善に関して、LAMA/LABA 治療は LAMA 単剤治療と比較し、年齢、1 秒量、CAT スコア、6 分間歩行距離、TDI の交絡因子を調整した重回帰分析において、座位時間の指標である 1.0-1.5METs の身体活動時間 (回帰係数, -43.6 [95%CI -84.1, -3.1], p=0.04) を短縮する効果がある (Takahashi K. Int J COPD 2020)。実臨床において、患者教育を含む包括的呼吸リハビリテーションが不可欠である。歩数計を用いた介入は、身体活動性の改善に寄与する (Armstrong M, et al. Eur Respir Rev 2019; 28: 190039) ため、歩数計や歩数計測アプリを用いた管理も行われている。

本講演では、COPD に対する薬物治療、身体活動性を含めた多面的なアプローチについて、理解を深めていただきたい。

慢性呼吸不全患者に対する効果的な栄養サポート

中村学園大学栄養科学部栄養科学科
山本 貴博

COPDをはじめとする慢性呼吸不全患者は、エネルギー消費の増加や食欲低下により低栄養状態に陥りやすい。さらに、近年は高齢者のフレイルが社会問題化しており、低栄養とフレイルは強く関連している。COPD 患者では、安静時エネルギー消費量 (REE) の 1.5 倍以上、基礎エネルギー消費量 (BEE) の 1.7 倍のエネルギー摂取が推奨される。しかし、加齢や悪液質、食事中の呼吸困難感、腹部膨満感などの影響で、経口摂取量は減少しやすい。この課題を解決するため、国立病院機構福岡病院では 2017 年に高栄養主食を開発した。

研究①では、COPD 患者 10 名を対象に高栄養主食の忍容性を評価した。高栄養主食と普通主食の摂取量は 10 段階評価で 9.4 ± 1.3 vs 9.4 ± 1.2 と差がなく、味の評価も 5.5 ± 1.7 vs 5.6 ± 1.7 と同等であった。栄養素等摂取量は高栄養主食がエネルギー (349 ± 104 kcal vs 243 ± 79 kcal)、たんぱく質 (8.0 ± 2.1 g vs 4.1 ± 1.3 g)、脂質 (9.7 ± 2.1 g vs 1.2 ± 1.3 g) で有意に増加し ($p < 0.001$)、副食を含む全体の摂取量も同様の傾向であった。

研究②では、呼吸器疾患患者 50 名を対象に高栄養主食群 24 名と経口補助栄養 (ONS) 群 26 名で検討を行った。介入期間 20.0 ± 2.5 日、平均年齢 73.8 ± 8.1 歳の条件下で、喫食量、エネルギー摂取量、たんぱく質摂取量に差を認めず、高栄養主食が ONS と同等の栄養補給能力を有することが示された。

慢性呼吸不全患者の栄養管理では、少量で効率的に栄養素等を摂取できる食品の提供は有効であるが、栄養介入後のモニタリングや食事調整など患者個々の課題に応じた対応が求められる。また、栄養状態を含む全身状態改善のためには適切なリハビリテーションと、多職種による継続的な患者教育が重要であり、職種間のさらなる連携推進が必要である。

外来呼吸リハビリテーション施設におけるセルフマネジメントの実際 ～理学療法士の視点から～

宇都宮内科医院リハビリテーション科¹⁾

長崎呼吸器リハビリクリニックリハビリテーション科²⁾

宇都宮内科医院内科³⁾

○城石涼太¹⁾ 中村雅司¹⁾ 北川知佳²⁾ 宇都宮嘉明³⁾

当院は福岡市近郊に位置する無床診療所であり、COPD や間質性肺疾患、気管支喘息などの疾患を中心に診療と外来呼吸リハビリテーション(以下呼吸リハ)を行っている。

外来呼吸リハの目的の一つに、疾患の増悪を予防し身体活動量を維持・向上させるために、セルフマネジメント能力を高める支援を行うことが挙げられる。

当院でも外来呼吸リハにおいて、運動指導以外にもワクチン接種など感染予防のための指導や薬物療法の状況把握も行っている。また、病状や身体所見の確認から感染増悪に繋がる傾向を患者と共有し、入院治療を必要とするような重症化を防ぐよう取り組んでいる。

外来呼吸リハを行っている時、自覚症状が乏しい症例では、運動や薬物療法の必要性を感じず、継続できないことも多く経験する。そのため、疾患進行に伴ってどのような生活上の問題が生じるかを患者と共有し、呼吸リハの継続必要性を繰り返し説明するようにしている。また運動療法においては、楽しんで継続出来るようプログラムに変化を加えるような工夫も必要になる。

重症例では、自覚症状が強く動作への抵抗感が強い場合、呼吸リハ開始時にコンディショニングや酸素療法機器・酸素流量の調整などを行うことが多く、動作方法の指導を通して行動範囲を維持・拡大するよう努めている。また疾患進行に抗えないこともあるが、同じような症状の患者同士で励まし合うことで自己効力感が生まれることも経験する。

呼吸器疾患患者のセルフマネジメント能力の向上には、患者自身もしくは家族が治療の意義を理解し、積極的に取り組むことが不可欠である。しかし、その継続には困難が伴うことも少なくない。外来での呼吸リハは患者の主体性を引き出し、セルフマネジメント能力を高めるための有効な手段であると考えられる。

本学会では、当院での取り組みについて症例を含め提示し、セルフマネジメントの実際について理学療法士の立場からお話したい。

本人とともに考えるセルフマネジメント ～ケアマネジャーとしての役割～

恵友会ケアプランステーション¹⁾ 恵友会訪問看護ステーション²⁾

霧ヶ丘つだ病院³⁾

○佐久間裕美¹⁾ 恒成由佳²⁾ 森駿一朗^{2) 3)} 津田徹³⁾

ケアマネジャーは利用者自身の生活の質を向上させるための目標設定や問題解決に向けて積極的に関与し、どのように自己管理するかを、自己決定できるようともに考え、支援計画の策定をする。また、モニタリングを継続的に行い、モチベーションの維持や家族のサポート、社会資源の活用提供など実施し、本人が主体的に生活を管理できるようにするための自立支援を進める重要な役割を担っている。それには、重度化防止の観点で支援することが求められ、医療ニーズの高い要介護者や医療ニーズを見逃さないためにも医療従事者や利用者を取り巻くあらゆる関係者が必要な情報を共有することが不可欠である。

ケアマネジャー一人では解決出来ない課題に対して多職種と連携し、医療と介護、双方のニーズを有する利用者の生活を総合的に捉え、住み慣れた地域や自宅でどのように支えていくかが重要となる。

当事業所は呼吸器内科併設の事業所であり、契約利用者の半数が呼吸器疾患である。医療・介護における多面的な多職種連携が求められるが、コミュニケーション不足、役割の不明瞭さや理解不足、情報の非効率的な共有、基礎知識不足等の課題に直面することもあり、解決への対策も必要である。

要介護認定の低さにより対応が遅れ、セルフマネジメント教育も十分行えていなかったが、在宅の利用者において多職種間で各職種の強みを生かした、効果的なセルフマネジメントを多角的に行なった。慢性呼吸器疾患の利用者が自分の疾患に対する理解を深め、自己管理を実践できるように寄り添い、利用者とともに自己決定支援する重要なパートナーとなり、また多職種とつなぐ支援が利用者のニーズに合ったセルフマネジメントを可能にした事例を、参加者の皆様と共有できれば幸いである。

訪問看護&リハで身体活動性アップ～やる気スイッチは効果実感で入れる～

楽しくサポートセンター レスピケアナース

○山田 真理子, 松元 香織

慢性呼吸器疾患では、身体活動性が生命予後を規定する重要な因子とされ、呼吸リハビリテーションにおいては身体活動性の向上が介入目標の一つとなっている。一方で、訪問看護の対象となる慢性呼吸不全患者は、息切れによって外出や入浴などの日常的な活動が制限され、身体活動性が著しく低下しているケースが多い。訪問看護を利用している慢性呼吸不全患者の身体活動性の向上には、運動能力だけではなく、環境や意欲、効果的な薬物療法や効果的な酸素の使用などの要素が影響し、簡単ではない。訪問看護で身体活動性が向上したと言えるケースは、看護師やリハビリ職の介入により、訪問している時間帯以外の時間に自ら運動に取り組んだ、数年行えなかった入浴を看護師の介助で定期的に行うようになった、病院受診以外の外出ができたなど、今まで行っていなかった日常生活上の活動を行えるようになることであると考えられる。行っていなかった日常生活上の活動を行うようになる転機を「やる気スイッチ」とし、そのスイッチを入れるため、看護師とリハビリ職で協働し、活動的な生活が行えることを目標に、行動変容を意識した様々なアプローチを行っている。経験上、この「やる気スイッチ」が入る最も効果的な事象は、「楽だ！これなら楽に動ける、苦しくない」と効果実感して頂くことである。今回、効果実感でやる気スイッチが入ったケースを紹介し、訪問看護における看護師とリハビリ職の役割、重度の慢性呼吸不全患者への訪問看護の意義を述べたい。

慢性呼吸器疾患患者の『やる気』と『活動性』を引き出す 呼吸リハビリテーション

医療法人聖心会 かがしま高岡病院 リハビリテーション科

杉木 優一郎

慢性呼吸器疾患患者が抱える問題点は多面的であり、特に呼吸困難感に起因する身体活動量の低下、ADLの低下、意欲の減退などが考えられます。これらは身体的にも精神的にも大きな問題になることが多く、実臨床において身体活動性向上につながらず悩まされるケースが多く見受けられます。

呼吸器疾患患者は、自身の身体的不調が「また増悪につながるのではないか？」という不安を抱えながら日々を過ごしており、常に自問自答を繰り返している状況です。このような不安が視野を狭げ、活動範囲を制限し、さらには抑鬱状態に陥り孤立する傾向を助長する可能性があります。

呼吸リハビリテーションはこれら患者が抱える問題を解決するための治療戦略であると同時に、患者を支えるサポートの場であり、楽しみの場でもあります。患者が持つ障害や不安をしっかりと認識し、それぞれに合った工夫やサポートをすることが求められます。そのために趣味や嗜好を取り入れながら楽しみや意欲を持たせ、患者が抱える障害や不安をできるだけ払拭できるように支援するための呼吸リハビリテーションが重要となると考えられます。

今回、当院の取り組みを通じて、慢性呼吸器疾患患者の『やる気』と『活動性』を引き出す呼吸リハビリテーションの役割についてご紹介させていただきます。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の身体活動性に及ぼす因子の検討
—身体的因子、心理的因子に関する包括的な検討、精神症状への対応—

国立病院機構 福岡病院 心療内科¹⁾ 国立病院機構 福岡病院 呼吸器内科²⁾

○平本 哲哉¹⁾，吉田 誠²⁾

【目的】

慢性閉塞性肺疾患（COPD）では、身体活動性の低下は QOL の低下、増悪入院、生命予後の危険因子となることが示されている。また、COPD では咳嗽、喀痰、呼吸困難などの呼吸器症状が慢性的にあり抑うつ・不安症状を訴える患者も少なくない。この度 COPD 患者における身体活動性に及ぼす身体的因子と心理的因子について包括的に検討した。加えて、不安への対応によって日常生活時の息切れ症状や QOL が改善できた COPD 患者の症例について報告する。

【方法】

福岡病院外来通院中の COPD 患者 60 人を対象に、身体的因子、心理的因子を包括的に評価した。身体的因子は呼吸機能、心機能、除脂肪量指数（Fat-Free Mass Index；FFMI 値）、Alb 値、CRP 値、HbA1c 値、コレステロール値、身体活動性、運動耐用能を、心理的因子は SDS 値（抑うつ症状）、STAI 値（不安症状）を評価した。

【結果】身体活動量（Ex/日）は、運動耐容能、除脂肪量指数、呼吸機能、コレステロール値との間に正の相関を、推定肺動脈圧、抑うつ症状、不安症状との間に負の相関を認めた。重回帰分析を行った検討では、身体活動量増加は、%1 秒量（標準化した回帰係数 $\beta=0.058$ ， $t=5.64$ ， $p<0.001$ ），除脂肪量指数（ $\beta=0.378$ ， $t=2.55$ ， $p=0.018$ ）と正の関係にあり、抑うつ症状（ $\beta=-0.092$ ， $t=-2.67$ ， $p=0.003$ ）と負の関係にあった。抑うつ症状を示す SDS 値では、15%（9 人）で中等症を示し、5%（3 人）で重症を認めた。状態不安を示す STAI①値では、28.3%（17 人）で IV（高い）、11.7%（7 人）で V（非常に高い）を認めた。抑うつ症状、不安症状は、COPD の病期、年齢、%FEV1 と相関を認めなかった。

【考察】

COPD では、呼吸機能、除脂肪量指数、抑うつ・不安症状が、身体活動性の低下に影響していた。これらの因子へのアプローチが、COPD 患者の「やる気スイッチ・オン」に必要と考えられた。

間質性肺疾患のチーム管理におけるリハビリテーションの役割

済生会熊本病院 リハビリテーション部
森下 一樹

近年、間質性肺疾患（ILD）においても多職種によるチーム管理体制の構築が進められている。しかしながら、ILDのリハビリテーションに関してはマンパワー不足や情報共有不足などの課題が指摘されており、介入が十分とは言えない状況である。

当院では、診断時に配布する疾患パンフレットの作成から抗線維化薬導入パスやHOT導入パスなど、多職種によるチーム管理を推進している。リハビリテーションの役割として、診断時には6分間歩行試験（6MWT）による運動耐容能評価や労作時の酸素化能評価を行い、重症度判定の補助を行うとともに、検査結果に基づく生活指導や運動指導を実施している。疾患の進行に伴い、運動療法や生活指導の重要性が増すため、定期的な6MWTが必要となる。また、抗線維化薬導入やHOT導入のための入院パスを作成し実践している。これらのクリニカルパスは臨床的な課題を多職種で共有し解消するために作成された。パス入院は短期間であるが患者自身が疾患と向き合う時間を確保し、患者教育なども多職種で介入できるようにしている。また、入院時には、6MWTの推移や背景なども多職種で共有し患者管理を具体的に行えるように努めている。パス入院期間中はリハビリテーションも、運動療法の導入や継続の支援、ADL指導など個別性を持って行えるように取り組んでいる。

当院の取り組みを中心に、間質性肺疾患のリハビリテーションの役割について紹介したい。

間質性肺疾患患者の ACP 推進に向けた人材育成と患者教育

済生会熊本病院 5 西病棟
山内 布美子

間質性肺疾患は、症例ごとの経過がさまざまであり、予後予測は困難である。症状の重篤化を防ぐためにも感染予防や内服管理などセルフマネジメントはきわめて重要である。また、患者が自らの病気を理解し望む生き方を選択できるよう、私たち医療者はチーム医療を推進し、ACP の早期介入や意思決定支援が必要である。特に、看護師は疾患の病態生理を理解するとともに、患者・家族のニーズに対応できる効果的なコミュニケーションスキルが求められる。

当院では、多職種協働での患者支援に取り組むために、ACP 推進・患者教育の強化に向けた人材育成と、クリニカルパスによるチーム医療を推進している。人材育成では、がん性疼痛看護認定看護師による ACP 勉強会の開催、多職種参加による患者カンファレンスの強化、疾患パンフレットの作成に取り組んだ。これにより、看護師の疾患への理解やアセスメント力の向上、コミュニケーションスキルの習得などケアの質向上に繋がっている。また、チーム医療では、抗繊維化薬導入と在宅酸素導入のクリニカルパスを作成し、ACP を含めた患者教育を取り入れ充実を図った。看護師が中心となり、入院から退院まで多職種と連携して疾患指導、薬剤指導、生活指導、ACP 支援などを行っている。2023 年 7 月から 2024 年 3 月までの取り組みでは、パス使用患者 31 名中、患者教育の実践が 11 名(35%)、ACP 支援が 19 名(61%)だった。クリニカルパス導入により多職種協働した患者支援への体制作りはできたが、看護師の患者教育や ACP の実施率は半数ほどであった。対応した看護師の平均経験年数は 6 年で、このうち経験年数 3 年以下が 39%を占め、患者教育や ACP などの経験やスキル不足が考えられ、今後も人材育成の強化が必要である。

今回、認定看護師や患者カンファレンスを活用した人材育成や、疾患パンフレットを用いた患者教育など当院での取り組みや、クリニカルパスを用いた多職種による患者教育の一事例を紹介し、間質性肺疾患における看護師の役割や課題について述べたい。

白書 2024 にみる呼吸不全に関する在宅呼吸ケアの現状と将来展望 —在宅酸素療法を中心に—

順天堂大学名誉教授
シミュレーション教育研究センター長
大学院医療看護学研究科臨床病態学分野呼吸器系特任教授
植木 純

慢性呼吸不全の在宅ケアに関する現状と課題を明らかにし、より良い療養環境の実現を目的とした白書は、初版の発行から約 20 年が経過し、今回、第 3 版が発行された。従来の医療施設・患者調査に加え、新たに介護者および酸素事業者調査が加わったことが大きな特徴である。疾患背景では、上位 3 疾患は COPD 37%、間質性肺炎・肺線維症 30%、肺がん 6%であり、前回（2010 年調査）と比較すると COPD の割合は低下し、間質性肺炎・肺線維症の割合は増加した。これは、日本の死因順位別死亡数の年次推移と同様の傾向を示している。呼吸リハビリテーションを入院で実施する施設は、HOT を提供する JRS 認定施設等において 94%、全回答施設では 71%まで増加した。一方で、外来で実施する施設は認定施設等においても 39%にとどまった。実際に療養指導を受けた知識や技術の上位 3 項目は、全体で「在宅酸素療法」71%、「病気について」66%、「薬について」58%であった。一方で、指導を受けた人がもっと教えてほしかった内容の上位 3 項目は、「災害時の対応」36%、「増悪の予防・対処について」34%、「日常生活の工夫と息切れの管理」30%であった。機器の指導、薬物療法・吸入手技の指導は、疾患をマネジメントする上で重要な項目であるが、災害時の対応計画、増悪の早期発見、適切な受診タイミング、および息切れの対処法など、日常生活における課題への対応策、さらには家族や介護者も対象とした教育プログラムの構築が不可欠である。特に、自然災害対策の指導、災害時の呼吸ケア体制の構築や情報提供は喫緊の課題である。事業者の 75%は行政・医療機関・事業者間の患者情報共有に関する連携強化を提案し、また 65%は停電時の対応強化に向け、電力会社との連携強化を提案した。また、介護者の平均年齢は 68 歳で、女性が 74%を占めていた。健康状態については、53%が修正 MRC 1 以上の健康課題を抱え、半数以上が「全体的にみて介護は負担である」と回答した。

今年、在宅酸素療法が 1985 年に保険適用となってから 40 周年を迎える。白書 2024 の新しいエビデンスに基づき、わが国における呼吸ケアのさらなる充実と質の向上に向け、持続的な取り組みが求められる。

多職種で取り組む肺 NTM 症における薬物・非薬物療法

山口赤十字病院 呼吸器内科
國近 尚美

非結核性抗酸菌 (NTM) は、抗酸菌の中で結核菌とらい菌以外を称し、水や土壌など環境に存在している。結核と異なり人から人には感染しない菌である。約 200 種類あるが、約 9 割が MAC (*Mycobacterium avium-intracellulare complex*) である。

近年、肺 NTM 症は増加傾向で、2014 年には罹患率が結核の約 2.6 倍に増加したと報告されている。また、2020 年の肺 NTM 症による死亡数は結核よりも多くなっており、今後高齢化が進行する中で肺 NTM 症は重要な疾患の一つと言える。

日本結核・非結核性抗酸菌症学会が発出した「成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解—2023 年改訂—」では、菌種や病型ごとの化学療法が示されている。空洞がなく、重度の気管支拡張所見がない結節・気管支拡張型には、RFP、EB、CAM の 3 剤併用連日投与だけでなく、週 3 日の間欠治療も選択できることとなった。マクロライドとしては CAM のほか AZM も選択肢に加わった。難治例にはアミノグリコシド注射薬、あるいはアミカシンリポソーム吸入用懸濁液 (amikacin liposome inhalation suspension: ALIS) を加えることも記載された。

治療期間は培養陰性化が達成されてから最低 1 年間と規定されているが、治療を終了して経過観察すると、5 年で約 40 %が再燃しており、再燃の約半数が別菌種の再感染であると報告されている。再感染しないための生活指導や栄養療法など、多職種による非薬物療法が重要である。

自覚症状に関するアンケート調査の結果では、抑うつ、喀痰、咳嗽症状が辛いと多くの患者さんが回答しており、また抑うつや不安感は咳嗽、喀痰症状と比例していると報告されている。排痰ドレナージを含めた理学療法が心理面の改善にも非常に有用と考えられる。

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、栄養士、ソーシャルワーカーなど多職種が連携し、全人的なアプローチによる薬物および非薬物療法を行うことが肺 NTM 症の改善に重要であると考えられる。

一 般 演 題
抄 錄



I-01 COPDにおける4m通常歩行速度のADLレベル診断能力の検討

○足立仁志¹⁾ 篠崎貴志¹⁾ 古川智一¹⁾ 中野博²⁾ 吉田誠²⁾

1) 国立病院機構福岡病院リハビリテーション科, 2) 同呼吸器科

【はじめに】COPDにおいて歩行速度は身体機能低下や予後をよく反映することが報告されており、在宅を含めた日常臨床で活用できる可能性が高い。しかし日本人を対象としたカットオフ値の検討は少ない。そこで今回、主に安藤らの6分間歩行距離(6MD)のADL基準点に対する4m歩行速度(4MGS)の診断精度及びカットオフ値の検討を後方視的に行った。

【対象及び方法】リハビリテーション科で評価したCOPD患者より①病状が安定し歩行障害がない ②歩行速度評価と6MWD評価を2日以内に実施 ③酸素カートが牽引型という条件を満たした者を対象とした。4MGSは立位保持からの通常歩行速度を採用した。6MD評価は呼吸リハビリテーションマニュアルに準拠した。その他6MD規定因子の検討のため、肺機能、mMRC scale、上下肢筋力も加えて調査した。

【結果】対象者は224名中185名で平均74.8±7.1歳(男性159名、女性26名)であった。6MWDと4MGSとの相関関係は高く($r=0.74$, $P<0.001$)、多変量解析の結果4MGS、mMRC scale、FEV1、握力が規定因子に選ばれた($r^2=0.75$)。ADL基準点に対する4MGSの診断正確度をROC解析で検討した結果、AUCはそれぞれ、<200m:0.93 (95%CI, 0.88-0.98)、<340m:0.88 (0.83-0.92)となり、カットオフ値を<200m:0.7m/s、<340m:0.8m/sとした場合、診断精度の指標である陽性尤度比は<200m: 7.3 (4.3-12.2)、<340m: 27.4 (6.9-109)となった。

【考察】今回の6MWDと4MGSとの関係性の高さは過去の報告と同様であった。4MGSは簡単に狭いスペースで実施できる有用なADLスクリーニング評価であると考えられる。

I-02 COPD に対する個別歩数目標値提供によるリハビリテーションの効果

○栗原有紀¹、田代宏樹¹、浅井一久²、佐々木誠悟³、中西正典⁴、平野綱彦⁵、松永和人⁵、南方良章³、高橋浩一郎¹

¹佐賀大学医学部附属病院、²大阪公立大学、³国立病院機構和歌山病院、

⁴和歌山県立医科大学、⁵山口大学

【はじめに】

COPD において身体活動性低下は予後不良因子である。高齢者が多い COPD では座位行動が長いことが問題であり、座位行動を短縮することが重要である。本研究の目的は、COPD に対する呼吸リハビリテーションによる座位時間の変化量と関連する因子を明らかにすることである。

【方法】

本研究は、環境再生保全機構「COPD 患者に対する個別歩数目標値提供の有用性検証と自己管理法の確立」のデータを用いた研究である。個々の COPD 患者に合わせた歩数設定として、年齢、mMRC、IC を利用して 1 日総歩数標準値を算出した。目標値提供群と対象群の 2 群に無作為化割付し、6 ヶ月間の呼吸リハビリテーションを実施した。ベースライン時の横断解析と介入前後の縦断解析を実施した。

【結果】

対象は 73 名（男性 70 名、平均年齢 74.3 歳、BMI=22.6 kg/m²、%FEV₁=66.6%、1 日歩数 4,169.5 歩、身体活動量；1.0-1.5METs 397.6 分）であった。ベースラインの座位時間が長い集団の特徴として、%FEV₁ 低値、位相角低値、脊柱起立筋断面積低値が抽出された（p<0.05）。6 ヶ月の介入前後の座位時間変化量の平均は+6.3 分、歩数変化量の平均は+183.0 歩であった。介入前後の座位時間変化量と歩数変化量は相関が認められなかった。ベースライン座位時間と座位時間変化量（ $\rho = -0.44$, $p < 0.01$ ）に相関を認めた。

【考察】

COPD においてリハビリによる歩数増加は座位時間短縮には相関しなかった。座位時間が長い患者ほどリハビリによる座位時間短縮効果が得られる可能性が示唆された。

I-03 終末期肺がん患者の自宅退院をめざして

～退院支援を通じて多職種連携の必要性と理学療法士の役割について再認識した症例～

○中野悠希¹ 伊集院万人¹ 藤井典子¹ 大浦宏樹¹ 森山利幸¹

緑川健介² 山下崇史³ 濱武大輔² 高田昇平³

国立病院機構 福岡東医療センター ¹リハビリテーション科 ²呼吸器外科 ³呼吸器内科

【目的】自宅退院可能なADLまで改善したが、酸素化悪化や排尿障害の出現によって退院困難となりホスピスへ転院することとなった終末期肺がん患者を担当する機会を得た。多職種連携の必要性や理学療法士としての役割について再認識したためここに報告する。

【症例】90代男性。右上葉肺がん術後、右下葉腫瘍・胸膜播種のため支持療法の方針で当院通院中であった。X-14日、腰痛にて当院受診し骨転移・腫瘍浸潤の診断となった。通院にて緩和照射を実施していたが自宅生活が困難となりX日に当院入院となった。治療が奏功し疼痛緩和に伴いADLは改善、本人・家族の希望から自宅退院の方針となりX+7日目よりリハビリテーション（以下、リハビリ）開始となった。多職種と情報共有を行いつつ自宅環境を想定した動作練習を中心に実施した。X+13日目の退院前カンファレンスにて福祉用具の提案、面会時には動作確認を家族に依頼した。自宅環境を整えつつリハビリを継続しX+23日目に自宅退院日が決定したがX+19日目より酸素化の悪化や排尿障害が出現した。本人・家族での最終的な協議より自宅退院を希望されずX+26日目にホスピスへ転院となった。

【考察】多職種と情報共有を行うことで目標が明確となり適切なリハビリプログラムを提供することができたと考える。転帰として病状の変化により患者のNeedは達成できなかったが、目標を変更しながら関わることができた点は病期別にプログラムを立案する必要があるがんのリハビリ診療では特に有用であったと考える。本症例の場合、自宅環境が整うまでに病勢に伴う十分なアセスメントのもと代替案を提案することで別の転帰を迎えられた可能性はある。

【結語】終末期がん患者の望む最期を迎えるためにも、適切な身体評価、予後予測、療養環境の提案を行い、それらを医療スタッフ間で共有し退院時期を見逃さないよう支援していく必要があると考える

I-04 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後高齢者への Hybrid Assistive Limb 腰タイプ自立支援用（HAL[®]腰タイプ）を利用した介入の試み

○椎木陽啓¹，川端伸美¹，村井康成¹，蓬原春樹¹，川原徹朗¹，大村観月¹，佐野ありさ²，伊井敏彦²，松元信弘²

¹独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 リハビリテーション科

²独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科

【はじめに】

肺炎で入院した高齢患者は，安静による活動量低下と酸素等の機器による活動制限から，身体的機能の低下が懸念される．これに対してリハビリテーション（リハビリ）が重要であり，筋力増強訓練や有酸素運動などが行われる．近年リハビリ領域では，装着型サイボーグ HAL[®]の併用が注目されておりその原理は神経・筋肉の機能調整が主である．当院でも HAL[®]腰タイプを導入し種々の疾患に使用している．今回，COVID-19後に身体機能が低下した高齢者のリハビリに関して，HAL[®]腰タイプの併用を試みたので報告する．

【症例】

87歳男性，入院前のADLは自立．COVID-19肺炎で入院．最大10L/分の酸素投与，抗ウイルス薬等の治療ではほぼベッド上安静が長期にわたった．第23病日に酸素投与終了，安静度拡大のためリハビリ指示あり．リハビリ開始時，握力は26.6kg，下肢MMT3～4，病棟内歩行は自立していたが，翌日転倒が発生した．

【方法】

身体機能の評価には Short Physical Performance Battery（SPPB）を用い，介入前，従来リハビリ後，HAL[®]腰タイプリハビリ後のタイミングで評価した．従来リハビリを1日1回60分で3日間実施，その後HAL[®]腰タイプを用いてのリハビリを1日1回40～60分で4日間実施した．

【結果】

SPPBは，介入前が8点，従来リハビリ後は9点，HAL[®]腰タイプリハビリ後は12点と改善した．

【考察】

本症例でのSPPB変化は，従来リハビリ前後では1点だったものが，HAL[®]腰タイプリハビリ前後で3点と，特に後方で改善がみられた．異なるメカニズムのリハビリを組み合わせることが身体機能の改善に効果的である可能性が示唆されたが，まだ1例目であり，リハビリの日数，内容など検討の余地は多々ある．今後症例を重ねて検討していきたい．

Ⅱ- 01 高齢 COPD 患者に対する HOT 導入の一経験

—在宅での不安を取り除くためのチームでの関わりの重要性—

本村紀博¹，岡田明子¹，穴見沙織²，野田悦子³，木下正治⁴

¹長田病院 リハビリテーション科，²同 地域包括ケア病棟，³同 地域連携室，

⁴同 呼吸器内科

【はじめに】 2020 年の国民生活基礎調査では，COPD 患者全体の中で 65 歳以上の高齢者が占める割合は約 83%となっている。当院でも，65 歳以上の高齢 COPD 患者が占める割合は 2020 年で約 87%である。今回，高齢 COPD 患者の HOT 導入にチームで関わり，在宅支援が困難な場面もあったが，安心した在宅生活に繋げることができたため報告する。

【症例】 88 歳男性。妻と 2 人暮らし、多趣味で活動性は高い。介護保険認定なし。2020 年 5 月，他医にて COPD 指摘，当院紹介。HOT 導入も検討しながら，外来リハビリが開始となった。初期評価時，6MWT にて歩行距離：333m，minSpO₂：75%，修正 borg 指数：2 と SpO₂ 低下に対して自覚が弱い症例であった。

【経過】 外来リハビリで呼吸指導，胸郭ストレッチ，筋力トレーニング，歩行練習を続けた。HOT 導入については，呼吸困難感が弱いためか拒否傾向にあった。2022 年 5 月，外来リハビリで歩行時の著名な SpO₂ 低下，リハビリ遅延，安静背臥位でも著名な SpO₂ 低下を認めた。症例より，症状についての不安も聞かれ，翌月 HOT 導入目的で入院となった。高齢夫婦のため，HOT 導入後も安心した在宅生活を送れるよう訪問看護の提案を行うが，在宅生活のイメージがつかないとサービス利用を拒否された。退院前訪問ではリハビリ科と看護師が，動線の安全性確認と酸素機器の使い方指導，手すり設置の提案を行った。退院後もリハビリ科，病棟看護師，地域連携室看護師で 2 日間訪問指導を継続し，安心した在宅生活，趣味活動の充実へと繋げることができた。

【結語】 COPD 患者の高齢化に伴い，HOT 導入など呼吸ケアについては，きめ細やかな対応と多職種での関わりが重要となってくる。

II-02 COPD 患者の在宅 HFNC 導入に向けた臨床工学技士の関わり

○児玉博樹¹、木村俊介¹、小林愛¹、外村貴司¹、渡辺直喜¹、藤井一彦²

¹熊本市民病院 中央臨床工学部, ²熊本市民病院 呼吸器内科

【はじめに】

慢性呼吸不全患者の呼吸管理において、患者の呼吸状態や生活環境、退院後の QOL 向上を考慮して、在宅療法を選択する必要がある。

今回、COPD 患者が在宅療法に移行するにあたり、入院中における療法選択と一人暮らしでの自宅退院に向けたチーム医療の中での臨床工学技士の関わりについて報告する。

【方法】

患者は 80 代女性。4 年前より COPD により HOT（安静時ネーザルカニューラ 1.5L/min）を行っていた。前医で夜間 NPPV を導入していたが、マスク装着に違和感があり継続できていなかった。今回 NPPV 再導入目的の入院であったが、入院前検査時の CO₂ 貯留が軽度（PaCO₂：55～60mmHg）であったため夜間 HFNC 導入にトライし、入院中に tcCO₂（経皮的二酸化炭素分圧）モニター（Sentec デジタルモニターシステム）を行いながら最適な設定を検討すると共に、在宅夜間 HFNC に向け自宅での開始終了の方法や装置操作について写真付マニュアルを作成して医師・看護師と一緒に指導を行った。

【結果】

tcCO₂ モニターを装着し、非侵襲的に経時的な数値変化を確認でき、NPPV を回避でき HFNC で対応することができた。写真付マニュアルを作成したことにより退院後の在宅夜間 HFNC に向けた説明や実機を使った練習を具体的にを行うことができた。

【結語】

COPD 患者に tcCO₂ モニター下で夜間 HFNC を選択し、医師・看護師と一緒に手順や操作説明したことにより、自宅退院、一人暮らしでの在宅夜間 HFNC を行うことができた。

今後も医師・看護師など他職種との連携を深め、臨床工学技士として患者の要望や QOL 向上に貢献していきたい。

Ⅱ- 03 終末期気管支拡張症患者のアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) における一考察

○本田輝子¹, 茶原由美子¹, 鈴木崇史¹, 井上滋智²

¹独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 看護部

²独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター 呼吸器内科

【はじめに】

気管支拡張症は慢性の良性疾患であるが、反復する気道感染からの進行性の呼吸困難は生命の危機や死への不安を抱かせる。また、病状進行は個人差が大きく先行きが不透明であることが、精神的苦痛やスピリチュアルペインをきたしやすく ACP 介入は難しい。さらに先行きが不透明であるが故に、介入時期によっては医療不信のリスクもあるとされて、その患者へ ACP 介入を行うスタッフの精神的負担は非常に大きい。今回、多職種で介入した結果 ACP 促進につながった症例について報告する。

【事例】

呼吸不全の進行に伴い自宅より病院で過ごす時間が多くなってきたため、ACP を実施した。しかし、先行きが不透明な中、希望と死の不安の間で揺れ動く患者の思いを繰り返し受け止めるスタッフの精神的負担が大きかった。また、ACP の明確な方向性が示せず、入退院を繰り返したことが患者や家族への負担となった。そこで医師や病棟看護師、退院調整看護師、理学療法士とも ACP のカンファレンスを行い、方向性の確認と言動の統一を図った。さらに、地域連携を密に図ったことで、家族を含めた ACP を進めることができた。

【考察】

今回の事例において、ACP を円滑に進めることができた要因は以下の 3 点が挙げられる。①揺れ動く患者の思いに対するチームの対応の方向性を明確にした。②主治医や看護師、退院看護師、理学療法士がそれぞれの立場で介入しお互いの情報共有を密にした。③訪問看護師、訪問診療医とも方向性を共有し密に連絡を取った。これらのことから、家族にも介入する必要性を見出し、患者と家族が話し合うべき内容も明確にすることができた。また、気管支拡張症のように良性の疾患でありながら先行きが不透明な場合は、医療者がバラバラに対応することで患者に迷いが生じ、その迷いに関わるスタッフの負担が大きくなる。ACP においては多職種で情報を共有し方向性を統一した上で患者や家族に関わっていくことが必要と考える。

II-04 呼吸器内科病棟看護師の ACP に関する現状調査

○楠田しのぶ¹, 市村亜梨沙¹, 安高久美子¹

¹産業医科大学病院看護部

【目的】

人生の最終段階では、アドバンス・ケア・プランニング(以下 ACP)が重要である。A 病棟では ACP に課題があり、症状緩和も不十分なまま看取ることがある。ACP に加え、主症状である呼吸困難や疼痛の知識・実践・困難に関する現状調査を行い、看護師教育の在り方を検討した。

【方法】

呼吸器内科病棟看護師 24 名を対象に、知識、実践、困難感について質問紙調査を行い、単純集計を実施した。分析対象は 23 名(回収率 96%)、臨床経験年数 10.0(±9.2)年であった。本研究は産業医科大学病院看護研究支援会の承認を得て実施した。

【結果】

知識[意思決定支援]の経験年数別正答率は、7 年目未満で 87.7%、7 年以上で 75.2%と、経験年数が高い方がやや低かった。医療用麻薬の副作用の質問群では平均正答率 29.0%と、正しい知識が低かった。[症状緩和]「がん性疼痛緩和の知識が不足している」の質問では、「よく思う-非常によく思う」13%、「呼吸困難等の緩和の知識が不足している」の質問では「よく思う-非常によく思う」21.7%と、知識不足の認識が低かった。

実践では「患者と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っているか」の質問では、「あまり行っていない」が 39.1%で、その理由は「話し合いのコツがわからない」が 55.6%、「話を切り出すことに抵抗を感じる」が 55.6%であった。

[患者・家族とのコミュニケーション]では「患者が悪い知らせを受けた後、声のかけ方が難しい」の質問では「よく思う-非常によく思う」65.2%と、患者との対話の困難感を裏付けていた。

【考察】

ACP の実現には、記録やカンファレンスなど、知識や経験を共有する場の提供が必要である。知識不足やその認識不足の現状を知ったり、患者との対話の内容など様々な状況を知ったりすることが学習の動機付けとなり、コミュニケーションスキル向上の一助になると考えた。特に、意思決定支援は 7 年目以上の看護師をターゲットとし、ACP に必要な知識習得には、研修会や e-learning などの必要性が示唆された。

II-05 外来で継続した在宅療養支援を行うために
～慢性呼吸器疾患患者の対する継続看護システムの検討～

○入江伊世奈¹、下川満美¹、池田奈央¹、下川智美¹

¹独立行政法人国立病院機構福岡病院 看護部

【背景・目的】

慢性呼吸器疾患患者には継続した在宅療養支援（以下療養支援）が必要である。しかし、入院日数は短縮傾向にあり、自己管理が確立していない状態で退院する患者は増加傾向にある。A病院は慢性呼吸器・アレルギー疾患の専門病院であり、外来看護師は疾患を抱えながら地域で暮らす患者への療養支援を行う役割を担っているが、現状では支援を行う時間や場所、看護師の確保が難しく、継続的な療養支援を行うことができていなかった。

今回、外来での支援体制を見直し、療養支援を行った事例を考察することにより、党員での継続看護システムの課題や必要な支援内容・方法について検討した。

【方法】 2024年4月～2024年12月に外来で支援を行った4事例を後方的に検討した。

【結果】

入院中から病棟看護師と患者情報を共有し、外来看護師が支援を要する患者の早期介入ができた4事例の問題点を抽出した。入浴中に酸素吸入をしていなかった事例、在宅酸素療法導入後の行動制限による意欲低下を認めた事例など、退院後の生活をイメージした支援が必要であることが分かった。

【考察】

今回の事例を通して、入退院を繰り返す慢性呼吸器疾患患者の療養支援には、退院後の患者の生活の質を重視した看護介入の重要性が明らかになった。又、自施設での継続看護システムの課題は、病棟看護師が行った支援内容や残された問題、疾患や治療に関する患者の認識について、共有できるツールがないことや外来と病棟間の連携体制などが考えられる。今後、病棟外来間の患者情報ツールの検討を行い、退院後の患者情報や外来看護師の支援内容を病棟看護師へフィードバックすることにより、療養支援の向上に繋がることが期待できる。

【結論】

外来で継続した療養支援を行うためには、病棟看護師との連携の更なる強化や院内での継続看護システムの構築は急務である。

謝 辞

アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
エア・ウォーター西日本株式会社
江藤酸素株式会社
株式会社キシヤ
杏林製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
クラシエ薬品株式会社
株式会社小池メディカル
サノフィ株式会社
チェスト株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
南西医療器株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
パルモニクスジャパン株式会社
ファイザー株式会社
フィッシャーアンドパイケルヘルスケア株式会社
株式会社フィリップス・ジャパン
フクダライフテック九州株式会社

(50音順 敬称略 令和7年3月現在)

第12回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会九州・沖縄支部学術集会の開催に際して、
暖かいご支援を賜りました。会員を代表して心より御礼申し上げます。

第12回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会
会長 吉田 誠

地球の恵みを、社会の望みに。

 **エア・ウォーター・メディカル株式会社**



もっと活動的な毎日を 新しいHOTスタイルのご提案



- 安心のバッテリー標準搭載
- 家計にやさしい省電力設計
- 静かな運転音
- 火災防止機能

小夏3TM

SP

製造販売業者：エア・ウォーター・メディカル株式会社（埼玉県川越市南台一丁目5番地1）
製造業者：エア・ウォーター・メディカル株式会社 販売名：小夏3SP 医療機器認証番号：226ADBZX00229000 特定保守管理医療機器

PHILIPS

「変わりたい」その気持ちを、 あしたへつなげるDream Family

Dream Familyは活気に満ちた生活を目指す患者さんの、
陽圧呼吸療法に自ら取り組む気持ちをサポートします。
Together, we make life better.

innovation  you



ドリームステーション



ドリームマッパー



ドリームウェア
ネーザルマスク

製造販売業者
株式会社フィリップス・ジャパン
〒106-0041 東京都港区麻布台1-3-1
麻布台ヒルズ森JPタワー15階
www.philips.co.jp/healthcare

睡眠・呼吸製品のお問い合わせは地域の事業所まで
福岡支店 〒812-0018 福岡県福岡市博多区住吉3-1-80
Tel.092-283-3765
記載されている製品名などの固有名詞は、Koninklijke Philips N.V.
またはその他の会社の商標または登録商標です。©2024 Koninklijke Philips N.V.

販売名:ドリームステーション Auto
製造販売承認番号:30200BZX00299000
販売名:ドリームステーション Pro
製造販売承認番号:22800BZX00314000
販売名:ドリームステーション BiPAP Auto
製造販売承認番号:22800BZX00348000
販売名:ドリームウェアネーザルマスク
医療機器届出番号:1381X00221000113

TEIJIN

Human Chemistry, Human Solutions

患者さんの Quality of Life の向上が 私たちの理念です。



帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD026-TB-2407
2024年7月作成

MediChannel



欲しい情報がお好きな時にお手元に!
日常診療にお役立て頂ける幅広い情報をご提供。是非ご登録下さい。

探しやすい製品情報

添付文書やインタビューフォームなどの製品情報に加え、よくあるご質問を製品Q&Aとしてご紹介。簡単に目的の情報にたどりつくことができます。

疾患領域ごとのコンテンツを強化

各疾患領域ごとに素材やツールを数多く準備。日々の診療や、院内勉強会・学会発表などに幅広くご利用いただけます。

オンライン講演会

先方でご自身のPCやスマートフォンにてシンポジウムをリアルタイムでご視聴頂けるサービスも展開中!
(事前登録制)

患者さんへの診療に役立つ情報を提供

インフォームドコンセント資料や患者指導用資料が充実。日常診療でお使いいただけるツールや患者さんとのコミュニケーションで役立つ情報をご紹介します。

アストラゼネカ製品に関する 医薬品情報が検索できます!

AZmedicallはアストラゼネカ製品に関する医薬品情報(製品回答書)が検索できるサイトです。検索や製品・疾患フィルタにより、必要な医薬情報にアクセスできます。

ご登録は、申込み用紙を弊社MRIにお渡しいただくか、こちらのURLまたは二次元コードからお申し込みいただけます。

AZ医療情報

検索

<https://med.astrazeneca.co.jp/>



お申込み後、アストラゼネカより「登録確認のお願い」メールが届きますので、メールに記載されているリンクより本登録を完了させてください。このリンクは1週間のみ有効です。

アストラゼネカ株式会社

2021年8月作成

次の100年への願い。 貢献します。これからも。

健康は キョーリンの願いです。

Kyorin

キョーリン製薬グループ

杏林製薬株式会社

キョーリン リメディオ株式会社

キョーリン製薬グループ工場株式会社

<https://www.kyorin-pharm.co.jp/>

キョーリン製薬グループは
創業100周年を迎えました。



江藤酸素株式会社

本社 大分市乙津町1番16号
TEL:097-556-8111

業 務 内 容

- 各種医療用ガス販売
- 在宅医療サービス
- 各種医療機器の販売
- ガス設備保守点検サービス

福岡医療 糟屋郡新宮町新宮東2-15-1

博多オフィス 福岡市博多区博多駅前3-4-8-4F

佐賀医療 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町立野560-6

佐世保医療 長崎県佐世保市福石町8-1-201

福岡から九州の地に、
100年の歴史ある信頼の
医療をお届けします。



本社所在地 福岡県福岡市東区松島1丁目41番21号

TEL 092 - 622 - 8000 (代表) FAX 092 - 623 - 1313

URL <http://www.kishiya.co.jp/>

拠点一覧

本社(福岡)・福岡西・北九州・飯塚・久留米・
佐賀・長崎・大村・熊本・大分・鹿児島・鹿屋・
宮崎・在宅福祉サポートセンター

 明日を拓く総合医療商社
株式会社 **キシヤ**

医療機器販売事業

01 総合営業
専門営業
新規開業・病院建替事業
クラウドサービス事業

02 SPD事業 (院内物流管理システム)

SPD事業

03 福祉事業

ストーマ・障がい給付サービス

04 その他

アメリカン・エクスプレスのビジネス・カード
アスクル
施設基準管理システム「iMedy」

●

We chase
the *miracles*
of science
to improve
people's lives



●

私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

サノフィ株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー www.sanofi.co.jp

sanofi

Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ

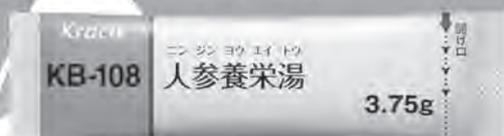
漢方製剤

ニンジンヨウエイトウ

薬価基準収載

クラシエ 人参養栄湯 エキス細粒

(KB-108)



(EK-108)



効能又は効果 病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、ねあせ、手足の冷え、貧血

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

医療用医薬品ウェブサイト「漢・方・優・美」 www.kampoyubi.jp

■「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む「注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

〒108-8080 東京都港区海岸 3-20-20

[文献請求先] 医薬学術統括部 TEL03(5446)3352 FAX 03(5446)3371
[製品情報] お客様相談センター TEL03(5446)3334 FAX 03(5446)3374
[お問合せ先] (受付時間) 10:00～17:00 (土、日、祝日、弊社休業日を除く)



注意—特例承認医薬品

抗ウイルス剤

薬価基準取載

パキロビッド[®]パック 600/300

Paxlovid[®] PACK

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

創薬、処方箋医薬品¹⁾

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「禁忌を含むその他の注意」等
については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467
<https://pfizerpro.jp/> にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

PAX72N003B
2023年8月作成

第 12 回 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会
プログラム・抄録集

会 長 吉田 誠 (国立病院機構福岡病院)

発行日 2025 年 3 月

編 集 第 12 回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
九州・沖縄支部学術集会 事務局
代表：下川満美・吉岡愛香

〒811-1394 福岡県福岡市南区屋形原 4-39-1
TEL：092-565-5534 FAX：092-566-0702
e-mail：yoshioka.aika.zs@mail.hosp.go.jp (吉岡)

印 刷 株式会社陽文社
<http://www.youbunsha.co.jp/>

GSK



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 100エリプタ
14・30吸入用

TRELEGI ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライバウダーインヘラー



3成分配合 喘息治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 200エリプタ
14・30吸入用

TRELEGI ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライバウダーインヘラー

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

専用アプリ「添文ナビ」で
GS1バーコードを読み取ることで、
最新の電子添文等を開覧できます。



(01)14987246783023
(テリルジー100エリプタ14・30吸入用、
テリルジー200エリプタ14・30吸入用)

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

PM-JP-FVU-ADVT-210001

改訂年月2023年9月(MK)

insmed®

医療従事者向け製品情報サイト

アリケイス.jp

<https://arikayce.jp/>



呼吸器内科医向けポータルサイト 最新知見がわかる

ARIKAYCE® Online Summit

<https://arikayce.jp/onlinesummit/>



アミノグリコシド系抗生物質製剤

薬価基準収載



アリケイス®吸入液590mg

ARIKAYCE®

アミカシン硫酸塩 吸入用製剤

処方箋医薬品[※]

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

インスメッド合同会社

東京都千代田区永田町二丁目10番3号

東急キャピトルタワー13階

<https://insmed.jp>

[文献請求先及び問い合わせ先]
メディカルインフォメーションセンター
電話：0120-118808

当社からの情報提供をご希望の方は
こちらよりお申し込みください。▶



Insmед®, Insmед logo, インスメッド®, ARIKAYCE® and アリケイス® are registered trademarks of Insmед Incorporated.

2024年10月作成
PP-ARIK-JP-01180
© 2024 Insmед GK. All Rights Reserved.
© 2024 PARI Pharma GmbH. All Rights Reserved.