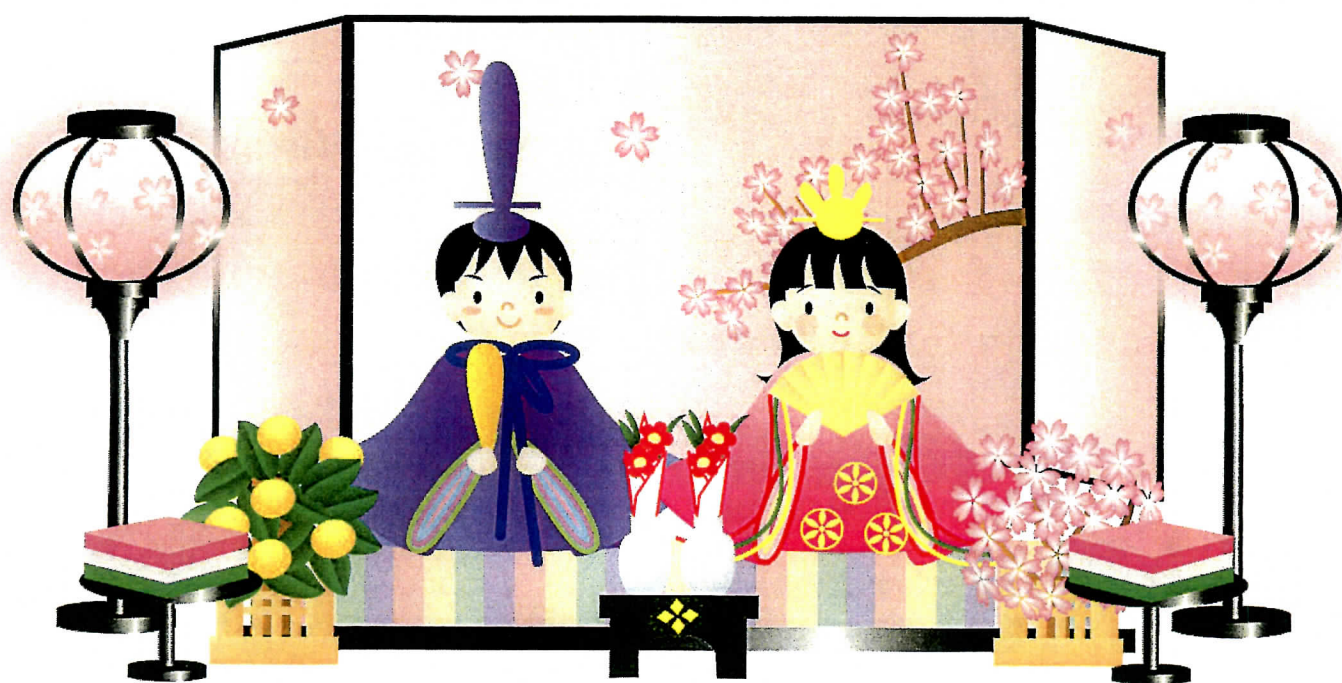


平成29年度

壱岐島医療福祉研究発表会

プログラム・抄録集



平成30年3月3日(土曜日)

14:00~16:20

壱岐の島ホール(中ホール)

H29年度

沓岐島医療福祉研究発表会 プログラム・抄録集

日時 平成30年3月3日(土曜日) 14:00~16:20 (受付開始 13:30~)

場所 沓岐の島ホール(中ホール)

司会 社会医療法人 玄州会 光武内科循環器科病院 西 喜博

14:00~

挨拶 在宅医療推進部会 会長 光武 新人

演題 I (発表6分/質疑4分/1人)

【座長】 医療法人 協生会 介護老人保健施設 沓岐

14:05~

坂本 千恵子/入所部部长 山内 弘美/リハ部主任

【1】口腔ケアに取り組んで

14:05~14:15

社会福祉法人 沓心会 特別養護老人ホーム 沓岐のこころ

介護福祉士 永田 祥子

【2】ありのままの 集団生活

14:15~14:25

有限会社 弦観光 グループホーム 沓岐の郷

介護福祉士 村田 真理子

【3】当院の骨粗鬆症対策の取り組み

14:25~14:

長崎県沓岐病院 リハビリ部門

理学療養士 小楠 裕一 赤星 睦美(共同研究者)

【4】がんリハチームの活動を振り返って ~がんリハビリテーションの現状~

14:35~14:45

社会医療法人 玄州会 光武内科循環器科病院

理学療法士 大島 諒悟 濱田 浩樹(共同研究者)

【5】沓岐での日常生活自立支援事業の現状と課題

14:45~14:55

社会福祉法人 沓岐市社会福祉協議会

生活支援専門員 柴田 正彦

座長 まとめ

14:55~15:00

休憩 交流会 コーヒーブレイク

15:00~15:15

演題 II

【座長】 社会福祉法人 沓心会 特別養護老人ホーム 沓岐のこころ

米村 賢一/ケアマネージャー 坂元 めぐみ/介護福祉士・ユニットリーダー

15:15~

【1】入所後 BPSDが消退するのは何故か?

15:15~15:25

社会福祉法人 光風会 特別養護老人ホーム 光の苑

生活相談員 岡本 奈穂美

【2】スタッフの意識改革についての取り組み

15:25~15:35

医療法人 協生会 介護老人保健施設 沓岐

介護福祉士 中尾 拓也

【3】レスパイト入院の利用状況とその効果 ~家族の介護負担軽減を目指して~

15:35~15:45

長崎県沓岐病院 4階療養病棟

看護師 市村 亜子

【4】メンタルケアに取り組んで ~神経難病の3事例を経験して~

15:45~15:55

光武内科循環器科病院 特別養護老人ホーム沓岐のこころ

看護師 山内 加代子 東谷 弘美

【5】元気の入口 ~イヤの発語に寄り添って~

15:55~16:05

社会医療法人 玄州会 介護老人保健施設 光風

介護福祉士 畑津 和男 綿井 美紀

座長 まとめ

16:05~16:10

総評 沓岐医師会長 江田 邦夫

16:10~16:15

研究テーマ：口腔ケアに取り組んで

所属施設名：特別養護老人ホーム 壱岐のこころ

研究者名：○永田祥子 摂食嚥下機能向上委員会

【目的】口腔ケアの技術を習得することで、誤嚥を防ぎその人らしく最期まで過ごして頂きたいと考えた。

【方法】1. 期間 平成29年3月～10月

2. 対象 介護スタッフ 看護師 協力歯科医

3. 方法 1) 歯科衛生士介入前にアンケートを取る。

2) 介入7ヶ月後にアンケートを取る。

3) 介入前後のアンケートを評価する。

【結果】1) 介入前アンケート

○口腔ケアで困っていること

介護スタッフからは、歯磨きを嫌がられる方への対応・残歯の磨き方・口腔内の乾燥、出血、痰がうまく取れない。

看護師からは、口腔ケアが不十分・絶食中の方の口腔ケアがされていない。

○指導して欲しいこと

介護スタッフからは、口腔ケアの手順、方法・義歯の汚れが酷い場合の有効な洗浄方・食事時、開口の小さい方の口腔マッサージ。

看護師からは、口腔ケアの大切さ・手技。

◎歯科衛生士が行ったこと

・全職員に対して口腔ケアの勉強会・各ユニット別に実技指導。

・定期的に口腔ケアの評価を行い、個別指導・歯科との連携。

2) 介入7ヶ月後のアンケート

○口腔ケアが始まって変わったこと

介護スタッフからは、開口が良くなり、食事介助がしやすくなった。

・口腔内に目がいくようになり汚れていたらすぐに対応できるようになった・口臭が少なくなった・残歯に食物が付きにくくなった。

看護師からは、舌苔、口臭が改善された・歯科との連携がスムーズになった・ユニットのケア介入にばらつきがある。

協力歯科医からは、口腔内がきれいな状態であることが多い・入居者の表情が良くなった。

【結論】口腔ケアを継続していくことの大切さを施設全体で共有し、実績を積んでいく必要がある。

研究テーマ : ありのままの 集団生活

所属施設名 : 有限会社 弦観光 グループホーム 老岐の郷

研究者名 : 介護福祉士 村田 真理子

【目的】 施設での集団生活の中で、施設側主体の行事ではなく、利用者とともに行事に向けて、気持ちを高めたり、準備をしていく。その中で、関係性を作り「まちどうしい」、「たのしみ」という気持ちを持って頂けるよう、促していく。またその中で、いかに個別的に対応出来るかを目指していくことを、目的とする。

【方法】 ・今回以下の行事への参加方法、活動内容をもとに、当施設の取り組み、方針などから、報告とする。

- 1 美濃谷見学から、うめしまへの焼き肉ランチ
- 2 海の家でのBBQ
- 3 家族会
- 4 RAN伴+2017 in いき
- 5 敬老会

【結論】 施設に入所するということが、結果集団生活を伴うことになる中で、いかに個人への対応が柔軟に出来るかが入所施設が目指しているところだと思います。うちの施設がどういう取り組みをし、実施しているか、問題点、今後の課題など、この場をお借りしてお伝えし、他の施設の取り組みに、なにか参考になることがあればと思います。

出来る、出来ないを議論せず、どうやったら出来るか？というところに、時間をさき、利用者様が楽しんで頂けたらということを考えています。

研究テーマ：当院の骨粗鬆症対策の取り組み

所属施設名：長崎県壱岐病院

研究者名：小楠裕一（発表者） 赤星睦美（共同研究者）

【目的】

高齢化が進む中、壱岐市でも、健康寿命を延伸のため、要支援・要介護状態の原因となる「骨折」を減少させることが必要とされている。当院では、骨粗鬆症対策の重要性に着目し、平成29年1月に骨粗鬆症対策準備委員会を立ち上げた。その取り組みと今後について報告する。

【経過】

1. 平成28年10月 品川病院との合同勉強会開催
2. 平成28年11月 骨粗鬆症対策準備委員会発足
3. 平成29年6月 骨粗鬆症専門外来診療開始
医師の診察の他、運動指導及び栄養指導実施
4. 平成29年10月 骨粗鬆症学術集会
骨粗鬆症リエゾンマネージャーレクチャーコース受講

【課題】

現在は、主に外来患者を対象に活動している。しかしながら、外来患者数および骨密度検査受診件数が増えてきていないのが現状である。その要因の一つとして、患者および職員の骨粗鬆症対策への認知度の低さが考えられる。まずは院内での認知度を上げるため、職員個々が、骨粗鬆症対策の重要性をより深く認識することが必要である。今後は、活動の域を入院患者へも拡大する予定である。入院期間中だけでなく退院後も積極的に関わっていくことで、骨粗鬆症治療率の向上が期待され、壱岐市の健康寿命延伸に繋がればと考える。

研究テーマ：がんリハチームの活動を振り返って ～がんリハビリテーションの現状～

所属施設名：光武内科循環器科病院 リハビリテーション課

研究者名： 発表者：大島 諒悟 共同研究者：濱田 浩樹

【目的】

がん患者はがんの進行に伴う筋力低下・廃用症候群・心身状態の低下・怠さ・苦痛があります。当院ではこのような症状を軽減し、QOLを高く保つためにがんリハビリテーションを導入しました。そして、この1年間をまとめて報告します。

【方法】

- 1 対象者 積極的に治療ができない方、治療を受けない方、手術ができない方、入院中のがん患者
- 2 方法 Drを中心としたがんリハチーム（Dr：2名・Ns：3名・セラピスト：9名）でアプローチを行い、月1回・週1回患者・業務についてのミーティングを行っていく。

【結果】

- ① 対象 52名（n=54）男性 20名 女性 32名 平均年齢±標準偏差 79.1歳±11.0歳
- ② Drよりリハビリ指示が出てから介入まで 5.4日±4.2日経っている。
- ③ 運動・体力テストにおいて介入前後（バランス：37.2±15.0VS39.1±15.5 歩行：18.6±6.7VS17.8±6.0）であり有意な結果がみられた。

【結論】

- ① 運動体力面での改善ができています。
- ② リハビリ指示から介入までの期間延長
- ③ 自宅でもできる運動の指導が行えた。
- ④ メンタル面での評価・アプローチの不足

研究テーマ： 毫岐での日常生活自立支援事業の現状と課題

所属名： 毫岐市社会福祉協議会

研究者名： 柴田 正彦 （生活支援専門員）

【目的】平成11年（1999年）地域福祉権利擁護事業（現：日常生活自立支援事業）が施行。

ここ5年では、長崎県でも本事業の利用者様は増加化の一途である。
この研究では、毫岐での本事業状況、課題を明らかにし、毫岐での本事業の今後について考察する。

【現状】1. 日常生活自立支援事業とは
2. 利用者の状況
3. 日常生活自立支援事業の課題

【事例】（男性81歳 生活保護受給 要介護3 通所・訪問介護・配食利用
福祉サービス利用援助、日常的金銭管理、書類等預かりサービス利用）

脳内出血により高次脳機能障害を発症した利用者。本事業契約後、主介護者の妻が、特別養護老人ホーム入所により一人暮らし。子ども5人は妻の連れ子で疎遠。認知の低下も認められ、サービス利用契約等、本人に代わって行えるよう後見人が必要と判断し、ケアマネジャー、生活支援員、包括成年後見担当等関係者と協議し、成年後見制度の利用が必要と判断。親族の了解も得て、毫岐市成年後見制度利用支援事業を利用し審判の申立てを市長に要請した。

【課題】1. 利用者の高齢化と長期利用、親族と疎遠な利用者の存在、家族からの放置や財産搾取など利用者を擁護する場面も多々ある。多問題を抱える利用者もあり、生活支援専門員だけでは解決できない問題も多い。
2. 日常生活自立支援事業から成年後見制度利用へのスムーズな移行が重要である。福祉関係者のみならず、利用者、家族も含め成年後見制度の周知も重要である。
3. 法人後見を行える体制作りが急務と考える。

【研究テーマ】 入所後 BPSD が消退するのは何故か？

【所属施設名】 特別養護老人ホーム 光の苑

【研究者名】 岡本奈穂美

【目的・方法・倫理的配慮】

自宅で BPSD が激しく入所に至ったが、入所後 BPSD が消退するケースが多くある。その中には、特別なケアなく落ち着かれたように見える方々がいる。入所後 BPSD が消退した A 氏と B 氏の、入所前の様子を家族や元 CM に再アセスし、入所前後の BPSD の変化を比較・検証、その理由を考察する。ケース発表にあたって、個人を特定できないように配慮を行った。

【ケース紹介】

A 氏、女性。息子宅の隠居で生活していたが、BPSD として、介護拒否、暴言、家族とのトラブルあり入所。入所後は不安感が強く、訴え頻回だったが、すぐに落ち着き BPSD 消退。B 氏、男性。妻の介護を経て独居。BPSD として、奇声、弄便、収集癖、事業所での暴言、暴力あり入所。入所後奇声あるも、他者とのトラブルは全くなし。弄便もなく、収集癖は介護用手袋を取る事があるも、すぐに消退。

【結果・考察】

再アセスにより、A 氏は、特別に思い込みの激しい性格だとわかった。介護拒否や暴言は新サービスに混乱し、家族とのトラブルは遠慮から出現していた印象。B 氏は、事業所での暴言、暴力が親戚の方のみであったとわかった。暴言・暴力は親戚の方との確執が原因と思われる。奇声は自制できず、FTD の診断で内服により軽減。収集癖と弄便は、介護経験から自分で摘便していた可能性あり。

【まとめ】

誰でも、これまで通りに生活を続けたいと望んでいる。

研究を通して、今回紹介した BPSD は、認知症を発症した事で余儀なくされる生活の変化、その中で自然に起こる“本人なりの対応、本人らしい反応”であると考えられる。一以上の事から、入所後 BPSD が消退した要因は、

- ①家族との生活から離れた為、家族に対する執着や強い想いから解放された事。
- ②認知症の知識を持つスタッフが関わる事で、不安や混乱、ストレスが減少し、認知症を理解してもらえない理不尽さや孤独感が消退した事。

ではないかと感じられた。

今後も様々なケースを考察し、よりよいケアを提供する事が課題だと考える。

研究テーマ：スタッフの意識改革についての取り組み

所属施設名：医療法人協生会 介護老人保健施設 竜岐

発表者：中尾拓也

目的

通所利用者定員の増加に伴い職員の業務負担が増加、それによりケアの質やスタッフの意欲低下が心配された。現状でできることは何かを検討し、通所スタッフを対象として意識改革に取り組み、サービスの質を維持・向上を図ることを目的とする。

方法

まず通所定員140名の施設を視察し、業務の流れや実際にうちでも取り組めそうな内容をスタッフ全体に伝達。現段階で足りない部分やスタッフの仕事に向き合う姿勢についてアンケートを3回実施。それを元に通所スタッフ対象とした気づき配慮ノートを作成し意識改革に取り組んだ。

結果

第1回アンケートより

- ・何事にも気配り、声かけ、周囲への配慮が必要である
- ・業務に関して1日の個人目標を立て、それに取り組んだ結果を振り返るために『気づき配慮ノート』の取り組みを開始する

第2回アンケートより

- ・個人目標から全体目標へ、スタッフ全員が同じ目標を持ち仕事に取り組む

第3回アンケートより

- ・目標の期間を1日から1週間へ延長し継続性を持たせ、できなかった部分を翌日に改善していけるような取り組みへと変更

まとめ

今回の取り組みでスタッフ間の連携がうまくいくようになり、職場環境の改善にもつながった。また利用者の声に対しても迅速に対応できるようになり利用者やその家族からもスタッフの対応や接遇に関していい評価をいただけるようになってきた。今後もこの取り組みを継続し、より過ごしやすい、より働きやすいデイケアを作っていきたいと思う。

研究テーマ：レスパイト入院の利用状況とその効果
～家族の介護負担軽減をめざして～

所属施設名：彦岐病院 四階療養病棟

研究者名：市村亜子 山口京子 小川美緒子 石橋和子 平尾明子

【目的】現在、高齢化社会により、高齢者が高齢者を介護する老々介護や、一人の介護者が複数の要介護者を看ている状況が少なくない。また介護に休日はなく、様々な事情で、一時的に在宅介護が困難になる場合がある。このような時、介護者を援助する手段の一つに、レスパイト入院という方法がある。当院でも平成28年4月よりレスパイト入院の受け入れを開始し、平成29年7月まで延べ152名の利用がある。利用者の年齢は80歳以上が7割を占め、脳血管疾患、骨折でADLが低下している方、認知症で自立した生活が困難となっている方が多かった。利用者の主介護者25名にアンケート調査を行い、レスパイト入院の利用状況と在宅での介護状況を把握し、レスパイト入院の必要性と効果を知り、今後の看護・介護に繋げる。

【方法】アンケート調査（退院後郵送）

- 1 期間 平成29年6月～同年7月
- 2 対象 平成29年6月～同年7月までのレスパイト入院利用者25名の主介護者
- 3 内容 要介護者の性別・年齢・利用期間・続柄、レスパイト情報源、利用理由、主介護者の状況、介護の状況（ザリットの介護負担尺度の短縮版8項目を使用）、再度利用の有無
4. 倫理的配慮
アンケートは無記名で個人が特定されないことや、結果で不利益を被らないこと、また看護研究以外に使用しないことを文章にして説明した。

【結果】アンケート調査（25名に郵送し、返信15名 回答率60%）

- 1) 主介護者と要介護者との続柄は、配偶者40%、子26.6%。仕事はしている60%、していない33.3%。介護者以外のサポート者はいる46.6%、いない46.6%であった。
- 2) レスパイト入院利用について情報源は、利用している事業所・担当ケアマネジャーが80%。活用理由は、介護者が島外へ行くための50%を占め、次に主介護者又はその家族の体調不良が30%であった。今後の活用の有無は、活用したい86.6%、活用するか検討する13.3%。今回の利用で用事を済ませる事、休養をとる事ができたが86.6%であった。自由記述欄には、病院にいるという事で安心感がある、休養できた、用事も済ませることができた、感謝しているとの声が聞かれた。
- 3) ザリット介護負担尺度で調査した結果、介護負担感は軽度66%、中等度20%、重度13%であった。

【結論】現在の島内における在宅での介護者にとって、レスパイト入院は精神的・身体的負担の軽減に有効である。

研究テーマ：メンタルケアに取り組んで～神経難病の3事例を経験して～
所属施設名：光武内科循環器科病院¹ 特別養護老人ホーム菅岐のこころ²
発表者名：○山内加代子¹ 東谷弘美²

【はじめに】私たちは、メンタルケアが弱くメンタルを知ることから始めた。
高齢者の心理について学び、3事例の神経難病患者の言動から心
の変化を推測した。キューブラ＝ロスの死の心理過程をもとに当
てはめてみた。今回、3事例の患者の言動について分析し、各段
階における対応について学んだ。

【キューブラ＝ロスの各段階の対処法】

第1段階 否認と孤立：黙って受け止め、相手の悲しみを理解す
る。

第2段階 怒り：患者の話をよく聞き、不合理な怒りを受け止め
容認。

第3段階 取り引き：患者が命を延ばしてもらうために、心の中
で決めた約束を察知する。

第4段階 反応的な抑うつ⇒話し合うことや、時には積極的な介
入。

準備的な抑うつ⇒黙って一緒にいるだけで十分なこともある。

第5段階 受容：やかましくいろいろな言葉をかけるよりも、患
者の手を握ったり、見つめたり、手をそえ肌を触れ合わせるだけ
で多くを語ることもある。

【終わりに】・各段階は順序を変えたり、繰り返したりする。

・各段階に適切な対応をすることが大切。

・ケースバイケース。

研究テーマ：

元気の入口
～イヤの発語に寄り添って～

所属施設名：社会医療法人 玄州会 介護老人保健施設 光風

研究者名： 畑津和男・綿井美紀

【目的】

毎日の食事介助中に発言される、失語症のあるAさんの「イヤ」の言葉・本人の思いを受けとめて多職種連携を図り、自力摂取可能となられた症例を報告する。

【倫理的配慮】

発表にあたっては個人を特定できないよう配慮し、ご家族へ研究目的や内容について説明を行い同意を得た。

【症例】

70代

疾患名：出血性脳梗塞・右半身完全麻痺・失語症

入院中は経管栄養から開始され、全介助で経口摂取が可能となられる。

光風入所時は全介助レベル（義歯あるも装着されていない）

食事介助中に「イヤ」の発語が多く聞かれ、左手が動く為自力で食べてもらうように取り組みを行った。

- ①食事形態の見直し
- ②自助具の検討
- ③食事の際のポジショニング検討
- ④義歯調整

等をはかり自力で毎食全量摂取可能となった。

【結論】

残存機能を活かし、本人の「イヤ」に寄り添ったケアをする事は、生活の質を高める重要な役割を果たしていると感じた。また、発語が無かった利用者が職員の名前を呼ばれたり、「おはよう」・「おう」の発語や笑顔が見られるようになったのもその成果ではないかと考える。