

第50回 全国デイ・ケア研究大会 2025

in 川越

プログラム・抄録集

JUST

KEEP

前進あるのみ！

GOING!



2025年6月27日(金)・28日(土) 会場：川越プリンスホテル

主催：一般社団法人 全国デイ・ケア協会 主管：医療法人 真正会 霞ヶ関南病院

第 50 回 全国デイ・ケア研究大会 2025 in 川越

Day Care Studies Convention in Kawagoe



日 時 2025 年 6 月 27 日(金)～28 日(土)

会 場 川越プリンスホテル

〒350-8501 埼玉県川越市新富町 1-22 TEL：049-227-1111

名誉大会長 齊藤 正身（一般社団法人全国デイ・ケア協会 名誉会長、医療法人真正会 理事長）

大会長 岡野 英樹（一般社団法人全国デイ・ケア協会 理事、医療法人真正会 本部付部長）

主 催 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

主管（大会事務局）：医療法人 真正会 霞ヶ関南病院内

〒350-1173 埼玉県川越市安比奈新田 283-1 TEL：049-234-2517

目 次

大会長挨拶	3
大会スケジュール	4
会場アクセス	6
会場案内	7
参加者へのご案内	9
座長・演者へのご案内	12
プログラム	16
大会長講演	30
第 50 回大会記念特別対談	32
講演Ⅰ	34
講演Ⅱ	36
シンポジウムⅠ	38
シンポジウムⅡ	46
協会企画シンポジウム	55
口述発表	64
ポスター発表	106

大会長挨拶



第 50 回 全国デイ・ケア研究大会 2025 in 川越

大会長 岡野 英樹

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 理事
医療法人真正会 本部付部長

このたび、第 50 回全国デイ・ケア研究大会を、2025 年 6 月 27 日（金）・28 日（土）の 2 日間にわたり、川越の地で開催することになりました。

私たちを取り巻く背景として、85 歳以上の割合の急増により医療や介護を必要とする人が増えているだけでなく、介護期間の長期化や高齢単身世帯あるいは老々介護の増加、地域の支え合いが難しくなるなど、ここ数年でさまざまな課題に直面しています。こういった複合的なニーズに応えるために関係機関が協働することに期待が寄せられ、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のネットワークが重要になってきました。

これまで全国デイ・ケア協会が掲げてきたデイ・ケア 4 つの柱（医学的管理、心身・生活活動の維持・向上、社会活動の維持・向上、介護者等家族支援）は、普遍的な機能でありながらも地域や社会情勢の変化にあわせてより深化したことで、今や地域に欠かすことのできないサービスとなり、介護報酬においても改定ごとに要件が強化されるなど、ますます期待も膨らんでいるのは間違いありません。

そこで第 50 回の記念大会となる本大会は、テーマを『JUST KEEP GOING! next 50th（前進あるのみ!）』として、本協会の成り立ちから古きを尋ね、これから一層期待されるデイ・ケアを多角的に検証することで新しきを知り、地域共生社会の中でデイ・ケアが大きく前進するための方策を皆さんと共有したいと思います。

会場となる川越市は、1922（大正 11）年に埼玉県で初めて市制がしかれ、2022 年に市制 100 周年を迎えた県下随一の城下町です。古くからサツマイモをはじめとする特産品開発が盛んで、河川を利用し江戸を含む近郊への物資の供給地として「江戸の台所」と呼ばれ、豪商も多く、民間銀行や商工会議所、医師会設立なども川越市が県内初であると言われています。また県内で初めて「電灯」が燈った先進的な街でもあります。今や観光地としても名高い川越で歴史情緒あふれる街並みを堪能しながら、本大会会場に足を運んでいただければ幸いです。

小江戸 川越でお待ちしております。

大会スケジュール

2025 年 6 月 27 日 (金) 【1 日目】

ダイヤモンド・エメラルド(3F)		マリー (3F)		ゴールド (3F)		サファイア (3F)		
メイン会場		口述会場1		口述会場2		ポスター&企業展示会場		
12:30								企 業 展 示
13:00	12:50～13:20 開会式							
13:30	13:20～14:00 大会長講演 JUST KEEP GOING! 前進するため に私たちはどう考え対応するか 講師：岡野 英樹							
14:00								
14:30	14:10～15:40 第 50 回大会記念 特別対談 これまでのデイ・ケア、 これからのデイ・ケア 登壇者：斉藤 正身 登壇者：井上 崇							
15:00								
15:30								
16:00	15:50～16:50 講演Ⅰ 主体性を尊重したケアの実現 ～在宅医療から見るデイ・ケア の可能性～ 講師：長谷川 幹 座長：近藤 国嗣	15:50～16:50 口述Ⅰ リハビリテーション① 座長：岡田 悠介	15:50～16:50 口述Ⅱ 口腔・栄養①／短時間利用 座長：高見千百里	15:50～16:50 ポスターⅠ 人材育成・教育／DX・ICT／ その他① 座長：金森 毅繁 ポスターⅡ 社会参加／地域支援活動 座長：小川 彰				
17:00	17:00～18:00 講演Ⅱ 要介護者の個性に応じた デイケア・デイサービスの 選択支援 講師：田中 志子 座長：富塚 隆樹	17:00～18:00 口述Ⅲ リハビリテーション② 座長：高橋 洋子	17:00～18:00 口述Ⅳ 医療介護連携／経営・運営① 座長：瀧村 友貴	17:00～18:00 ポスターⅢ 口腔・栄養② 座長：大久保智明 ポスターⅣ 業務改善①／その他② 座長：佐々木洋平				
18:00								
18:30	18:30～ 懇 親 会 ティーローズ (5F)							

2025 年 6 月 28 日 (土) 【2 日目】

	ダイヤモンド・エメラルド(3F) メイン会場	マリー (3F) 口述会場 1	ゴールド (3F) 口述会場 2	サファイア (3F) ポスター&企業展示会場	
8:30					
9:00	09:00~10:40				
9:30	シンポジウム I 地域共生社会実現に向けた私たちの取り組み 座長：森山 雅志 特別提言：浜村 明徳 シンポジスト：岡持 利亘 富田 雅子 猪鼻紗都子	09:30~10:30 協会企画シンポジウム 認定デイ・ケアマスター・在宅リハEGコース修了者実践報告 座長：野崎 隆司 演者：島野 幸枝 飯沼 洋子 高取 隆至	09:30~10:30 口述 V 自立支援①／認知症 座長：西田 宗幹	09:30~10:30 ポスター V リハビリテーション③ 座長：野長瀬高志 ポスター VI 経営・運営② 座長：赤間 優	企 業 展 示
10:00					
10:30					
11:00	10:50~12:20 シンポジウム II 災害時、我々はどう動くか 座長：平井 政規 特別提言：栗原 正紀 シンポジスト：土井 勝幸 野尻 晋一 西村 一志	10:40~11:40 口述 VI アクティビティ／リハビリテーション④ 座長：横島 健太	10:40~11:40 口述 VII リハビリテーション⑤ 座長：森本 卓也	10:40~11:40 ポスター VII 自立支援② 座長：井野 甫洋 ポスター VIII 業務改善② 座長：山口 愛	
11:30					
12:00					
12:30	12:30~12:45 閉会式				
13:00					

会場アクセス

川越プリンスホテルの周辺地図

- 土・日・祝日は周辺道路および駐車場の混雑が予想されます。
時間に余裕をもってお出かけください。



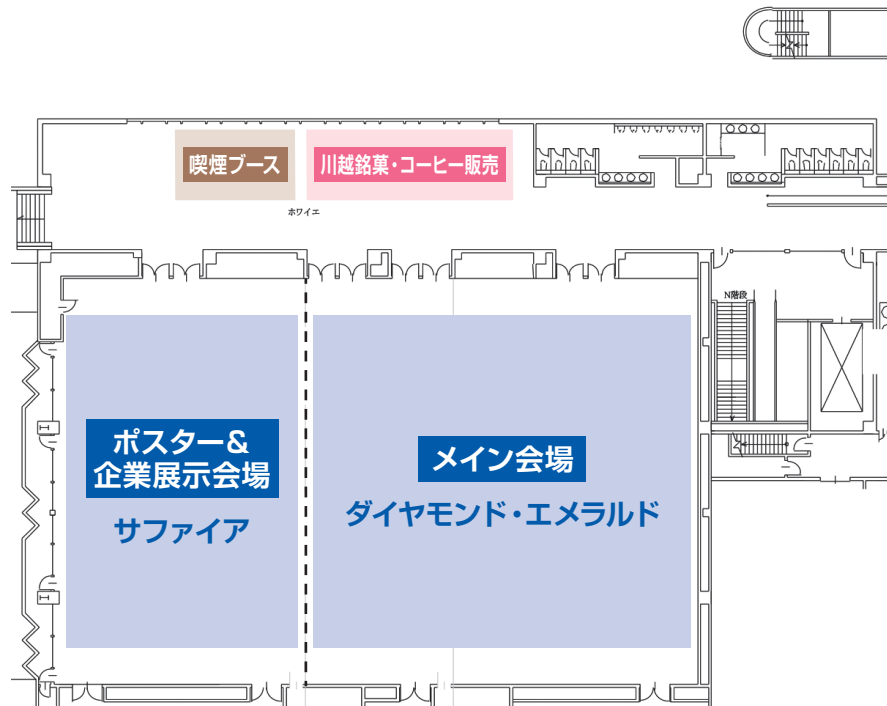
西武新宿線「本川越駅」と直結しており、アクセスに便利です。

電車でお越しの場合は

駅名／路線名	出口	所要時間
本川越駅／西武新宿線	蔵のまち口（東口）	直結（天候に左右されず、おすすめです。）
川越駅／JR線、東武東上線	東口	徒歩10分
川越市駅／東武東上線	改札口	徒歩5分

会場案内

3F

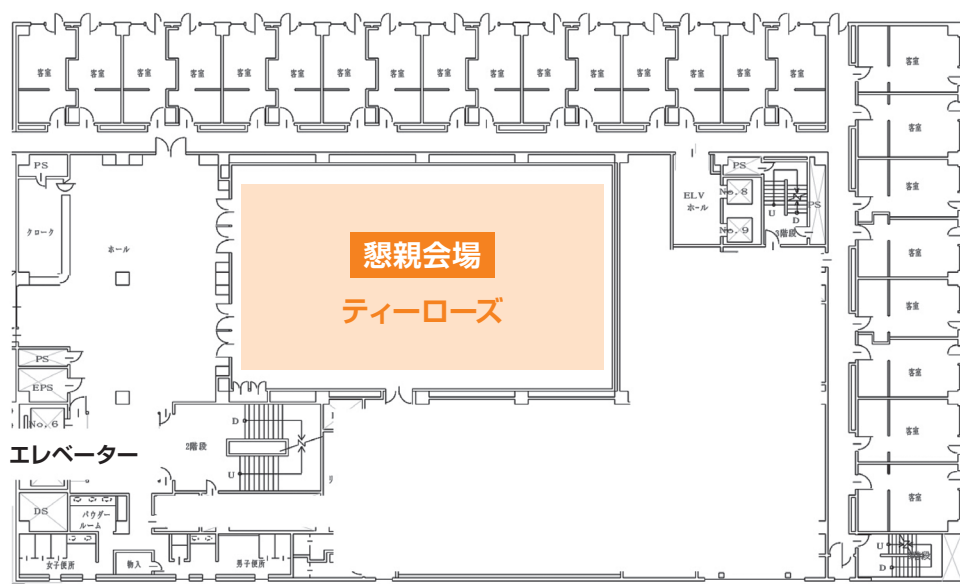


会場案内

3F



5F



参加者へのご案内

I. 総合受付（参加者・演者・座長・講師・来賓）

場所：川越プリンスホテル 3F ホワイエ

時間：2025 年 6 月 27 日（金）11：30～17：30

2025 年 6 月 28 日（土）8：15～11：30

II. 開催形式

今大会は川越プリンスホテルでの現地開催となります。

ライブ配信、オンデマンド配信は予定しておりません。

III. 大会参加費

参加区分	早期登録 (5/31 まで)	通常登録 (6/1 以降)	備考
会 員	13,000 円	15,000 円	抄録集（PDF 版）1 部を含む。
非会員	15,000 円	17,000 円	抄録集（PDF 版）1 部を含む。
懇親会	8,000 円	—	定員に満たない場合は 6/1 以降も受付いたします。
学 生	無料 (事前参加登録不要)		当日直接会場でお手続きください。 学生証のご提示をお願いします。

- 会場へお越しいただく前にオンラインにて参加登録（支払い）をお済ませください。
- ネームカードの事前郵送はありません。参加登録（支払い）が完了しますと、受付用 QR コードがメールに届きますので、当日は受付用 QR コードをプリントアウトもしくはスマホ等に保存いただき、総合受付にお越しください。専用のリーダーにかざしていただくと、ネームカード（参加証明書付き）が発行されます。ネームホルダーは受付周辺にご用意いたします。
- 「抄録集（PDF 版）」は大会ホームページ上に掲載しております。参加登録（支払い）が完了された方には開封用パスワードをご案内いたします。
- 「ポケットプログラム（印刷紙）」は受付周辺にご用意いたします。（無料）
- 当日参加受付も行いますが、原則、オンライン決済とさせていただきます。（ご自身のスマホなどでその場で事前参加登録システムにアクセスしていただきお手続きをお願いいたします）

IV. クローク

ホテルクロークをご利用ください。貴重品はご自身で管理をお願いいたします。

V. 会場内での撮影・録音について

会場内でのカメラ撮影、ビデオ撮影、録音などは講演者や発表者の著作権保護や対象者のプライバシーの保護のため禁止します。

ご協力をお願いいたします。

VI. 単位について

対象団体は下記の通りです。それぞれ付与される単位、ポイント及び申請方法が異なりますので、対象となる方は各自で申請をお願いいたします。

1. 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

協会認定制度のポイント付与対象学会となります。参加証が証明書類となりますのでご自身で保管していただき、お手続きをお願いいたします。

※演題発表の証明については抄録のコピーが必要です。

2. 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハ看護師・認定セラピストマネージャー認定資格更新のためのポイント付与対象学会となります。参加者ご自身で各コースのポイント申請月に申請手続きをお願いします。（回復期リハ看護師認定者は8月、セラピストマネージャーは1月）ポイント申請の手続き方法はオリエンテーションテキストまたはホームページ専用サイト「リハ看護師の広場」、「セラピストマネージャーの広場」にてご確認ください。

3. 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会

認定訪問療法士の更新要件のポイント対象学会となります。演題発表者は抄録のコピーを、参加者は参加証を提出することで、発表5ポイント、参加3ポイントの更新ポイントが付与されます。ご自身で保管していただき、お手続きをお願いいたします。

4. 一般社団法人 日本言語聴覚士協会

日本言語聴覚士協会のポイント取得対象学会です。参加：1ポイント、研究発表：1ポイントが付与されます。※参加証、発表の証明については発表したことが証明できる資料（抄録のコピーなど）を生涯プログラム修了申請の証明書類としてご提示ください。ご自身でお手続きをお願いいたします。

※共同研究発表の場合は筆頭者のみ対象です。

5. 一般社団法人 日本作業療法士協会

本大会の参加及び筆頭発表者は、生涯教育基礎研修制度のポイント付与の対象となっております。

参加の場合は参加証や領収書、筆頭発表者は発表したことのわかる資料（抄録集など）が証明書類となります。ご自身の協会会員ポータルサイトからお手続きをお願いいたします。

VII. 企業展示

日時：2025 年 6 月 27 日（金）12：50～18：00

：2025 年 6 月 28 日（土） 9：00～11：40

場所：川越プリンスホテル 3F 「サファイア」

VIII. その他

- 会場内での食事をご遠慮ください。
- 本大会では託児所の準備はありません。予めご了承ください。
- 喫煙はホテル内の喫煙ブースをご利用ください。

IX. 期間中のお問い合わせ

大会期間中（会場での）のお問い合わせは 3F の総合受付へお問い合わせください。

X. 服装

本学会はクールビズを奨励しています。ご参加の際はノーネクタイ、軽装でお越しください。なお、学会スタッフもクールビズに取り組みますので、ご理解の程、お願い申し上げます。

座長・演者へのご案内

指定プログラムの座長・講師の皆様へ

- 担当セッション開始 30 分前までに 3F「総合受付」へお越しください。受付終了後、控室へご案内いたします。

一般演題座長の皆様へ

- 担当セッション開始の 30 分前までに、3F 総合受付内「座長受付」にてご来場の確認をお願いいたします。
- 担当セッション開始時刻 10 分前までに各会場「次座長席」にて待機をお願いいたします。
- セッションの進行については、すべて座長に一任いたします。各発表を予定時間内に終了するよう進行をお願いいたします。
- 一般演題の発表時間は 1 演題 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）です。

一般演題口述発表の演者の皆様へ

- セッション開始の 30 分前までに、3F 総合受付内「演者受付」にてご来場の確認をお願いいたします。
- セッション開始 10 分前までに各会場「次演者席」にて待機をお願いいたします。
- 発表時間は 1 演題 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）です。
- 時計は発表終了 1 分前に黄色ランプが点灯し、終了時に赤色ランプが点灯してお知らせします。
- 発表スライドについては予め提出いただいておりますので受付は不要です。
万が一差し替えがある場合は、ご自身の発表される会場のオペレーターに直接データをお渡しいただけますようお願いいたします。
- 不測の事態に備えて、必ず USB フラッシュメモリー等にバックアップデータはお持ちください。
- 会場では Windows PC（Microsoft365）を使用して表示いたします。
- 発表時のスライド操作は演台上のモニターを見ながら、ご自身でマウス・キーボードを操作ください。またレーザーポインターをご用意いたします。
- 「発表者ツール」、「キーノート」の使用は出来ませんので、予めご了承ください。

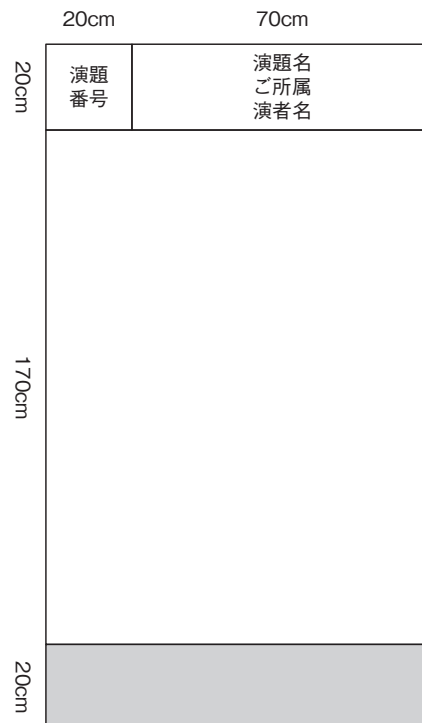
一般演題ポスター発表の演者の皆様へ

- (1) セッション開始の 30 分前までに、3F 総合受付内「演者受付」にてご来場の確認をお願いいたします。
- (2) セッション開始 10 分前までに、ご自身の発表ポスター周辺で待機をお願いいたします。
- (3) ポスター掲示および発表、撤去時間は以下の通りです。

	6/27 (金)	6/28 (土)	備考
掲 示	11:30 ~ 15:00	8:15 ~ 9:00	発表日が 2 日目であっても、初日から貼付可能です。
発 表	15:50 ~ 18:00	9:30 ~ 11:40	*発表 7 分+質疑応答 3 分
撤 去	—	11:40 ~ 13:00	

*発表終了 1 分前にベルを 1 回、終了時にベルを 2 回鳴らしてお知らせします。

- (4) 演題番号、指示棒、押しピンは事務局で用意いたします。マイクは使用しません。
- (5) 演題番号をご確認の上、所定の位置に展示をお願いいたします。
- (6) ポスターの展示範囲は幅 90cm、高さ 170cm です。この範囲内で収まるように作成してください。
- (7) 演題名・所属・演者名（縦 20cm × 横 70cm）は各自でご用意ください。なお、各パネル左上（20cm × 20cm）は演題番号（大会事務局準備）に使用します。
- (8) 円滑な進行のため、ご発表は時間厳守をお願いいたします。



- ・個人情報の保護には十分注意し、写真などを載せる場合には、本人の許可を得るか、または個人が特定されないようにしてください。肖像権が保護されるとは限らないことについても、承諾を得るようにしてください。
- ・撤去時間を過ぎてポスターパネルに残っているポスターは、運営事務局にて廃棄いたします。

プログラム

大会長講演

第 50 回大会記念特別対談

講演Ⅰ・Ⅱ

シンポジウムⅠ・Ⅱ

協会企画シンポジウム

大会長講演

2025年6月27日(金) 13:20～14:00 3F ダイヤモンド・エメラルド

JUST KEEP GOING！ 前進するために私たちはどう考え対応するか

全国デイ・ケア協会理事／医療法人真正会本部付部長 岡野 英樹

第50回大会記念特別対談

2025年6月27日(金) 14:10～15:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

これまでのデイ・ケア、これからのデイ・ケア

全国デイ・ケア協会名誉会長／医療法人真正会理事長 齊藤 正身
介護老人保健施設伸寿苑施設長代理 井上 崇

講演Ⅰ

2025年6月27日(金) 15:50～16:50 3F ダイヤモンド・エメラルド

座長：近藤 国嗣（全国デイ・ケア協会会長／東京湾岸リハビリテーション病院院長）

主体性を尊重したケアの実現～在宅医療から見るデイ・ケアの可能性～

全国デイ・ケア協会顧問／世田谷公園前クリニック名誉院長 長谷川 幹

講演Ⅱ

2025年6月27日(金) 17:00～18:00 3F ダイヤモンド・エメラルド

座長：富家 隆樹（全国デイ・ケア協会副会長／富家病院理事長）

要介護者の個性に応じたデイケア・デイサービスの選択支援

医療法人大誠会 理事長／社会福祉法人久仁会 理事長 田中 志子

シンポジウムⅠ

2025年6月28日(土)

地域共生社会実現に向けた私たちの取り組み

9:00～10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

座長：森山 雅志（全国デイ・ケア協会理事／小倉リハビリテーション病院地域リハビリテーション部部长）

特別提言

全国デイ・ケア協会顧問／介護老人保健施設伸寿苑施設長／小倉リハビリテーション病院名誉院長 浜村 明徳

S1-1 埼玉県地域リハビリテーションと県9期計画での重点項目：
短期集中予防サービスなど

埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター霞ヶ関南病院センター長 岡持 利亘

S1-2 川越市の地域包括ケアシステム推進に向けた取組

川越市役所 福祉部参事 地域包括ケア推進課課長 富田 雅子

S1-3 住民・生活の場によりそう地域での取り組み
～ Hauskaa の実践からみえる地域づくりの可能性～

一般社団法人 Hauskaa（ハウスカ） 猪鼻 紗都子

シンポジウムⅡ

2025年6月28日(土)

災害時、我々はどう動くか

10:50～12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

座長：平井 政規（全国デイ・ケア協会理事／介護老人保健施設鴻池荘 理事長）

特別提言

日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）代表／長崎リハビリテーション病院理事長 栗原 正紀

S2-1 被災者支援とは何か・当事者の立場、支援者の立場から学んだこと

医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 土井 勝幸

S2-2 熊本地震での災害対応 - 支援者と被災者の経験から

全国デイ・ケア協会副会長／介護老人保健施設清雅苑施設長 野尻 晋一

S2-3 能登半島地震での災害支援～被災県の医療機関による支援活動～

やわたメディカルセンター 顧問 西村 一志

協会企画シンポジウム

2025 年 6 月 28 日（土）

認定デイ・ケアマスター・在宅リハ EG コース 修了者実践報告

9:30～10:30 3F マリー

座長：野崎 隆司（医療法人社団三友会いしかわ内科）

AS-1 在宅 EG コースを受講した私の実践～通所リハでの業務を通して～

医療法人社団 輝生会 在宅総合ケアセンター元浅草 たいとう診療所 理学療法士 島野 幸枝

AS-2 在宅リハ EG コースを受講した私の実践～訪問リハでの業務を通して～

医療法人真正会 デイリビング 作業療法士 飯沼 洋子

AS-3 在宅リハ EG コースを修了して認定デイ・ケアマスターとなった私の実践 ～介護老人保健施設でのデイケア業務を通して～

介護老人保健施設 花の丘 通所リハビリテーション 作業療法士 高取 隆至

プログラム

一般演題（口述）

一般演題（ポスター）

口述発表プログラム

2025年6月27日（金）

口述Ⅰ：リハビリテーション①

15:50～16:50 3F マリー

座長：岡田 悠介（介護老人保健施設いぶき）

01-1 通所リハビリにおける自動車運転支援を振り返って

医療法人尚豊会 みたき総合病院 みたき在宅ケアセンター 寺西 元

01-2 もう一度あの場所へ グラウンドゴルフ再開までの軌跡

～“生き生きチャレンジ”と“生活行為向上リハビリテーション”への期待～

社会医療法人関愛会 大東リハビリテーションセンターもみの木 帆足 将直

01-3 サルコペニアの可能性のある通所リハビリテーション利用者への介入

—運動指導、栄養指導の結果に関する報告—

医療法人和光会川島病院 通所リハビリテーション 奥西 貴之

01-4 新しく導入したマシンを活用して 充足感と利用者の身体能力の向上を目指す

社会医療法人生長会 介護老人保健施設 ベルアモール 東樹 人哉

01-5 デイケア利用者における慢性疼痛と転倒歴の関連性の検討

医療生協さいたま生活協同組合 所沢診療所 通所リハビリテーション結 山口 淳子

01-6 デイケアにおける自主トレーニングと動機付けが心身機能に与える影響

医療法人社団旭豊会 介護老人保健施設 旭泉苑 徳川 夏歩

口述Ⅱ：口腔・栄養①／短時間利用

15:50～16:50 3F ゴールド

座長：高見 千百里（藤田医科大学病院）

02-1 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組による低栄養予防と早期介入の効果

医療法人慶友会 城東病院 黒崎 禎巳

02-2 リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取り組み ～食事記録が効果的だった事例～

介護老人保健施設 通所リハビリセンター清雅苑 池島 由貴

02-3 多職種連携とリハビリ会議を通して全身状態が安定した症例

～リハビリ・口腔・栄養の一体的取組を通して～

医療法人財団 善常会 善常会リハビリテーション病院 黒川 拓海

02-4 食事用エプロン装着方法の考案にて自己着脱が可能となった症例

医療法人社団 三友会 祇園デイサービスセンター 柳田 千穂

02-5 短時間通所リハビリ利用者の目標と目標達成状況から推察される早期終了者の傾向

社会医療法人慈恵会 聖ヶ丘病院 本間 荘大

02-6 当施設における生活行為向上リハビリテーションの実績報告 ～介入契機に着目して～

医療法人香徳会メイトウホスピタル通所リハビリセンター 井手 七央子

口述発表プログラム

2025年6月27日(金)

口述Ⅲ：リハビリテーション②

17:00～18:00 3F マリー

座長：高橋 洋子（南小倉デイケアセンター）

03-1 介護者の心身に負担がかかる状況を把握する試み

医療法人社団同仁会 介護老人保健施設 ケアリゾート金光 平田 英嗣

03-2 回復期退院後、デイケア利用及び訪問リハ利用により、著明な改善を示した事例について

医療法人財団善常会 老人保健施設シルピス大磯 井手窪 俊一

03-3 山間部在住高齢者における転倒不安感と歩行パラメータの関連性：AI 歩行解析アプリを用いた検討

医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑 榮田 翔太

03-4 介護士が担うリハビリテーションの一端～サーキットリハビリへの取り組みとその影響～

老健リハビリセンタークローバーヴィラ 竹内 亮

03-5 アロマオイルのフットマッサージで生き生きとした生活

医療法人福嶋医院 介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター 渡邊 圭子

03-6 リハビリテーション機器（プレミアムジム）を用いたリハビリテーションプログラムとその効果

医療法人あすか会 介護老人保健施設ハビリス 徳丸 由香

口述Ⅳ：医療介護連携／経営・運営①

17:00～18:00 3F ゴールド

座長：瀧村 友貴（富家在宅リハビリテーションケアセンター）

04-1 令和6年度介護報酬改定後のデイケアにおける医療と介護の連携について

医療法人鴻池会 鴻池荘 福岡 由規

04-2 医療介護連携における通所リハビリ・訪問リハビリの一体的運営と取り組み

医療法人博仁会 大宮フロイデハイム 大宮デイケアセンター 國井 崇洋

04-3 退院時共同指導における当事業所の課題～より円滑な在宅生活への移行を目指して～

医療法人共和会 介護老人保健施設「伸寿苑」伸寿苑デイケアセンター 村上 万里

04-4 当施設通所リハビリテーションにおける退院時共同指導加算の算定状況に関する調査

医療法人社団筑波記念会 介護老人保健施設 つくばケアセンター 山口 愛

04-5 共生型自立訓練（機能訓練）の指定にチャレンジしたくなる話

～ 指定までの取り組みと課題 & 初月請求額公開 ～

医療法人福嶋医院 介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター／
社会福祉法人ドルフィン福祉会 障がい者グループホーム ドルフィン三ツ山 早川 真一

04-6 新規利用者紹介元からみた当通所リハビリテーションの傾向と課題

社会福祉法人こうほうえん 錦海リハビリテーション病院 通所リハビリテーションきんかい 生田 陽介

口述発表プログラム

2025年6月28日(土)

口述Ⅴ：自立支援①／認知症

9:30～10:30 3F ゴールド

座長：西田 宗幹（鴻池荘通所リハビリテーション）

05-1 退院直後からの通所リハ介入と家族連携により町内への外出が自立した症例

医療法人社団 輝生会 船橋市リハビリセンター 石塚 優平

05-2 デイサービスにおける活動意欲向上への支援～利用者の興味に寄り添った関わりを通して～

医療法人社団富家会 富家デイサービスセンター 田辺 有香

05-3 今こそ試される 介護予防のあり方

医療法人社団 東北福祉会 せんだんの丘ぷらす 多田 友則

05-4 就労支援にあたって、リハビリテーション会議が有効に機能した事例について

医療法人社団富家会 介護老人保健施設いぶき 狩谷 寿一

05-5 認知症の方への服薬自立に向けて ～近隣に身寄りがない独居の方の1症例～

医療法人社団三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション 山下 浩蔵

05-6 認知症の方が自分らしく生きる 個人要因を意識し、その人らしく取り戻す

(医) 東北福祉会 せんだんの丘 Le Thi Huong

口述Ⅵ：アクティビティ／リハビリテーション④

10:40～11:40 3F マリー

座長：横島 健太（富家デイサービスセンター苗間）

06-1 通所リハにおける発語失行事例への参加支援について —「うまく話せるようになりたい」から「少し伝わる」まで—

医療法人珪山会 通所リハウカイ 河野 真由美

06-2 通所リハビリテーション利用者への生活行為向上マネジメントが身体活動量と家事参加を促進した一例

医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑 井上 琴美

06-3 デイケア利用者の自立（律）支援に対する取り組み ～すべての時間をリハビリに～

医療法人慶友会 城東病院 通所リハビリテーション 市川 毅衡

06-4 通所リハビリテーション利用者の「してみたいこと」に焦点をあてた支援の効果 ～いちご作りにより QOL が向上した事例より～

医療法人真誠会 通所リハビリテーション弓浜ゆうとびあ 西中 麻衣

06-5 充実した通所リハビリテーションをめざして ～デイ訓練発足から現在まで～

社会医療法人 杏嶺会 老人保健施設 やすらぎ 後藤 武

06-6 集団プログラムにおけるリズム体操の導入とその効果 —認知症利用者に変化を与えた事例の紹介—

医療法人慶友会 城東病院 通所リハビリテーション 龍川 香織

口述発表プログラム

2025 年 6 月 28 日 (土)

口述Ⅶ：リハビリテーション⑤

10:40～11:40 3F ゴールド

座長：森本 卓也（医療法人社団永生会介護老人保健施設オネスティ南町田）

07-1 介護度の高い施設入居者の活動量向上を図った症例～寝たきりから歩行再獲得まで～

医療法人社団富家会富家病院デイケアセンター 熊谷 琴音

07-2 入院中からの訓練を短時間通所リハビリで適切に継続した事により、食事形態の幅が広がり、時間および摂取量が増加した一例

藤田医科大学病院 リハビリテーション部 長谷川 久美世

07-3 1-2 時間型通所リハビリテーション利用者における、複合運動の効果に関する横断的及び縦断的な検討

東京湾岸リハビリテーション病院 勝又 耕作

07-4 要支援者の通所リハ修了に向けての取り組み～目標設定と修了を意識した振り返り～

医療法人鴻池会 介護老人保健施設鴻池荘サテライト蜻蛉 山中 美里

07-5 在宅支援における高次脳機能障害および介護負担の関連性 ～在宅における高次脳機能障害による介護負担への支援について～

医療法人財団 善常会 善常会リハビリテーション病院 大野 弘貴

07-6 在宅生活における最適な褥瘡ケアを目指して

医療法人福嶋医院介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター 下浦 淳平

ポスター発表プログラム

2025年6月27日（金）

ポスターⅠ：人材育成・教育／DX・ICT／その他①

15:50～16:50 3F サファイア

座長：金森 毅繁（筑波記念病院）

P1-1 相談業務の分担が利用者および職員満足度の向上につながった取り組み

財団法人脳神経疾患研究所 東京リハビリテーションセンター世田谷 通所リハビリテーションセンター梅ヶ丘 生田 誠子

P1-2 「目指すべき方向を示す教育の重要性」 ～理念の紐解きとチームづくり研修～

医療法人銀門会 在宅支援センター甲州ケア・ホーム 保坂 和輝

P1-3 セラピストがデイサービスを兼務する利点 ～シームレスな連携を目指して～

社会医療法人 河北医療財団 多摩事業部 あいクリニック デイケア科 オリーブ 野田 祥平

P1-4 Chatwork 導入と活用成果について ～ Chatwork を使って連携の質を高める～

医療法人和会 介護老人保健施設 日高の里 宮崎 徹

P1-5 満足度調査からみえた当事業所のニーズと役割について

社会福祉法人真正会 デイサービスセンター小仙波 佐藤 貴子

P1-6 山間部在住高齢者における生活空間と歩行パラメータの関連性：AI 歩行解析アプリを用いた検討

医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑 金子 祐紀

ポスターⅡ：社会参加／地域支援活動

15:50～16:50 3F サファイア

座長：小川 彰（南小倉デイケアセンター）

P2-1 演題取下げ

P2-2 リハビリ会議での情報共有と短期目標設定の重要性を感じた一症例

医療法人社団永生会 介護老人保健施設オネスティ南町田 山崎 汐美

P2-3 神経難病患者家族サポート事業「ぐり～んカフェ」を運営して

～ピアサポートの在り方を検討する～

医療法人埼玉成恵会病院成恵ケアセンター 三浦 慶彦

P2-4 通所型短期集中予防サービスCの実践報告 ―「頑張れ自分」を応援プロジェクト―

社会福祉法人真寿会 老人保健施設リハビリセンターあゆみ 富田 恭輔

P2-5 デイケア利用者におけるご当地体操の効果（第1報）

～ご当地体操の認知度と実施率に関するアンケート調査～

医療法人社団富家会 富家在宅リハビリテーションケアセンター デイケア室 石井 啓介

P2-6 中山間地域におけるリハビリテーション支援の取り組み ～山梨県丹波山村での7年間の実践～

医療法人銀門会 在宅支援センター 甲州ケア・ホーム 宮下 大佑

ポスター発表プログラム

2025年6月27日(金)

ポスターⅢ：口腔・栄養②

17:00～18:00 3F サファイア

座長：大久保 智明（介護老人保健施設清雅苑）

P3-1 利用者の特性を考慮した口腔ケア支援の実践

社会医療法人河北医療財団あい介護老人保健施設 河合 摩由美

P3-2 利用者の自己管理意識向上につなげる口腔嚥下機能への関わり

医療法人真正会霞ヶ関南病院 通所リハビリテーションデイホスピタル 小室 響未

P3-3 通所リハ利用者への適正な栄養ケアマネジメントとは

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 伊藤 裕哉

P3-4 口腔栄養管理についての当院通所リハビリテーションにおける取り組み

医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城 佐藤 歩

P3-5 リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取り組み

～通所リハビリテーションセンター清雅苑での多職種連携～

社会医療法人 寿量会 通所リハビリテーションセンター清雅苑 辻本 真也

P3-6 通所リハビリテーションにおける歯科衛生士の関り

医療法人 真正会 霞ヶ関南病院 大塚 真奈美

ポスターⅣ：業務改善①／その他②

17:00～18:00 3F サファイア

座長：佐々木 洋平（西武川越病院）

P4-1 通所リハにおける送迎時の感染対策に関する意識調査

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 赤瀬川 志保

P4-2 当施設通所リハビリテーションにおけるインシデント事例について

日本赤十字社 高山赤十字介護老人保健施設はなさと 望月 崇伯

P4-3 デイサービスにおける在宅生活をサポートする関わり

社会福祉法人真正会 デイサービス真 猪爪 和美

P4-4 当事業所における訪問リハビリと通所リハビリの併用の課題

医療法人社団富家会 富家在宅リハビリテーションケアセンター 横山 悠輝

P4-5 当院の訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションとでの合同でのリハビリテーション会議の取組みについて

社会福祉法人 こうほうえん 錦海リハビリテーション病院 川上 紘司

P4-6 通所リハビリテーションにおけるサービスの質向上にむけた業務改善
～LIFE フィードバックからみえたもの～

医療法人慶友会 城東病院 荒木 亜樹

ポスター発表プログラム

2025 年 6 月 28 日 (土)

ポスターⅤ：リハビリテーション③

9:30～10:30 3F サファイア

座長：野長瀬 高志（医療法人社団永生会介護サービス スマイル永生）

P5-1 通所リハビリテーションセンターにおける転倒事故のインシデントレポートの分析と転倒指標の検討—後ろ向き調査研究—

医療法人財団健貢会 総合東京病院 阿部 美紗子

P5-2 「食」の楽しさを支援する取り組み

医療法人真正会 ケアラウンジ南大塚 永崎 木の実

P5-3 重複障害が進行し独居が危ぶまれる症例の身体機能改善に向けた取り組み

医療法人寺尾会 寺尾病院 河野 志織

P5-4 訪問リハビリと通所リハビリの併用が屋外の活動範囲拡大に繋がった一例

医療法人社団輝生会 船橋市リハビリセンター 五十嵐 琢麻

P5-5 きっかけづくりから活力ある生活へ 利用者主体のクラブ活動を通して

社会福祉法人 真正会 デイサービスセンター寿 近藤 千絵

ポスターⅥ：経営・運営②

9:30～10:30 3F サファイア

座長：赤間 優（札幌溪仁会リハビリテーション病院）

P6-1 通所リハビリ体験利用がもたらす効果

医療法人八女発心会 介護老人保健施設 舞風台 坂井 健一郎

P6-2 目標達成による通所リハビリテーションの利用修了に向けた関わり

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 通所リハビリテーションデイホスピタル 小坂 遥子

P6-3 外来・短時間通所リハビリテーションにおけるマネジメント業務の重要性と役割

医療法人社団 輝生会 在宅総合ケアセンター成城 中筋 祐輔

P6-4 通所リハビリテーションにおける中断者支援と顧客生涯価値（LTV）向上に向けた取組

医療法人鴻池会 介護老人保健施設鴻池荘 植田 隆敏

P6-5 デイサービスの利用終了者 ～退所理由からの検討～

医療法人社団ふけ会 富家リハビリセンター花見川 望月 建吾

P6-6 当短時間通所リハビリ事業所の立ち上げから5年間の取組～シニア人材の活用に着目して～

医療生協さいたま生活協同組合 行田協立診療所通所リハビリたびくら 北谷戸 春樹

ポスター発表プログラム

2025年6月28日(土)

ポスターⅦ：自立支援②

10:40～11:40 3F サファイア

座長：井野 甫洋（医療法人真正会デイホスピタル）

P7-1 デイケアでの要支援利用者 ～フレイルの早期発見と対応～

医療法人 埼玉成恵会病院 成恵ケアセンター 畠田 朋宏

P7-2 日課の再開と通リハ修了後に地域サロンのボッチャへの移行に向けた生活行為向上リハビリテーション実施加算の実践

医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 葵の園・柳生 石井 柊希

P7-3 当院通所型サービスC「アクシブ」参加により健康管理・習慣に変化を認めた一例

医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院 野間 貴雄

P7-4 デイケアで開催するイベントの効果～食イベントの提案～

医療法人社団 CMC コールメディカルクリニック広島 山田 亜紀子

P7-5 評価訪問を繰り返し行いケアハウスでの入浴が再獲得できた症例

～不安を取り除くために必要なこと～

医療法人社団 東北福祉会 介護老人保健施設 せんだんの丘 千葉 舞華

P7-6 在宅での夜間排泄ケア問題解決に向けて

～介護福祉士が直接居宅での介助指導を行った症例～

(医) 三友会 いしかわ内科 健幸くらぶ万智 鶴田 千秋

ポスターⅧ：業務改善②

10:40～11:40 3F サファイア

座長：山口 愛（つくばケアセンター）

P8-1 通所リハビリテーションに支援相談員を配置したことによる生産性の向上

医療法人ユア・メディック よりしま内科外科医院 野坂 寿子

P8-2 当事業所における業務改善に対する取り組み～効率的な報告書業務の手順書作成に向けて～

社会医療法人 祥和会 脳神経センター 大田記念病院 柳井 淳一

P8-3 通所リハビリテーション勤務看護師の業務改善に向けて ～県内通所リハビリテーションへのアンケート調査から～

(医) 三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション 日高 美佐子

P8-4 多職種連携の取り組み ～利用者目標と運動の共有～

医療法人 銀門会 在宅支援センター 甲州ケア・ホーム 丸茂 高明

P8-5 業務改善に向けた送迎支援システムの開発と運用の現状

一般社団法人是真会 在宅支援リハビリテーションセンターぎんや 通所リハビリテーション銀屋通り 田原 靖子

P8-6 通所リハの看護師がつなぐ医療と生活 ～体重変化から始まる再入院予防の実践～

医療法人真正会 デイリビング 中村 貴子

抄 録

大会長講演

第 50 回大会記念特別対談

講演Ⅰ・Ⅱ

シンポジウムⅠ・Ⅱ

協会企画シンポジウム

大会長講演

2025 年 6 月 27 日（金） 13:20 ～ 14:00 3F ダイヤモンド・エメラルド

JUST KEEP GOING !

前進するために私たちはどう考え対応するか

岡野 英樹（おかの ひでき）

全国デイ・ケア協会 理事
医療法人真正会 本部付部長



略歴

【主な職歴】

1990 年 理学療法士免許取得 医療法人真正会霞ヶ関中央病院 入職
1994 年 訪問看護ステーション「やさしい手」異動
1998 年 霞ヶ関南病院リハビリテーション部理学療法課長
2001 年 訪問看護ステーション「スマイル」副所長（居宅介護支援事業所 管理者兼務）
2006 年 霞ヶ関南病院 リハビリテーション部次長
2009 年 医療法人真正会 コミュニティケア部副部長
2015 年 医療法人真正会 コミュニティケア部部長
2018 年 医療法人真正会 本部付部長（日本リハビリテーション病院・施設協会に出向中）

【主な委嘱】

2015 年～現在 全国デイ・ケア協会 理事
2016 年～現在 全国リハビリテーション医療関連団体協議会 報酬対策委員会委員

【厚生労働省研究班 ※ 2020 年以降のみ記載】

2020 年 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
2021 年 LIFE を活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所における LIFE の活用可能性の検証に関する調査研究事業
2022 年 科学的介護情報システム（LIFE）検討委員会
2022 年 生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業
2023 年 科学的介護情報システム検討委員会
2023 年 LIFE の活用状況の把握および ADL 維持等加算の拡充の影響に関する調査研究
2023 年 生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業

【主な著書 ※ デイケア関連のみ記載】

2009 年 分担執筆 「維持期リハビリテーション」三輪書店
2010 年 分担執筆 「通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド」中央法規出版
2011 年 分担執筆 「大規模災害リハビリテーション対応マニュアル」医歯薬出版
2013 年 分担執筆 「通所リハビリテーション 居宅訪問実践ガイド」中央法規出版
2015 年 分担執筆 「生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル」中央法規出版
2021 年 分担執筆 「リハビリテーションマネジメント実践マニュアル」中央法規出版 他

JUST KEEP GOING !

前進するために私たちはどう考え対応するか

川越での大会は3回目となる。前回は2014年に「デイケア新時代／地域プロデュース元年」をテーマとして、口腔ケアや医療介護連携、認知症ケアや先進的通所サービスの実践など、現場で活かせるキーワードで多くの講師にお話しいただいたことを記憶している。それから10年の時を経て、記念すべき第50回の大会長という重責を仰せつかったので、テーマである「JUST KEEP GOING ! (前進あるのみ)」のために私たちはどう考え、どう対応していくのかをご参加の皆様と考えてみたい。

介護サービスの現場は入院などの医療現場と異なり、限られたスタッフ数で週に1～2回、しかも限定的な提供時間の中での対応が求められる。さらにデイケアは自宅とは違う事業所内の環境で受け入れ、尚且つ生活期としての効果（自立支援・重度化防止）も期待されているだけに一筋縄ではいかない。だからこそ、一人ひとりの利用者や家族のこと、日々の暮らしや住まう地域のこと、取り巻く関係因子のことなどを知り、多職種が協働して対応にあたることが肝要であるが、実態はどうだろうか。

2000年の介護保険制度導入からの経過の中で、自立支援とはほど遠い「してさしあげる」サービスが散見されていたことで、とりわけデイケアは、2003年の「高齢者リハビリテーション研究会」をはじめ、厚生労働省の会議体などでそのあり方などさまざまな議論から課題が浮き彫りとなり、制度改正や報酬改定を通じて質の向上に向けた多くの方策が示され現在に至る。ではその背景を踏まえて、この20年で私たちの当事者への向き合い方はどこまで質を上げられたのだろうか。

デイケアは地域の拠点的な役割として、4つの普遍的機能（医学的管理、心身・生活活動の維持・向上、社会活動の維持・向上、介護者等家族支援）をもって多目的な方々にサービスを提供している。本講義が改めてその役割を見直すきっかけとなれば幸いである。

第 50 回大会記念特別対談

2025 年 6 月 27 日（金） 14:10 ～ 15:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

これまでのデイ・ケア、これからのデイ・ケア

斉藤 正身（さいとう まさみ）

全国デイ・ケア協会 名誉会長
医療法人 真正会 理事長



略歴

昭和 31 年生まれ

- 1983 年 帝京大学医学部卒業
- 1985 年 埼玉医科大学附属病院入局（放射線科および第 3 内科研修）
- 1988 年 医療法人真正会 霞ヶ関中央病院入職
- 1990 年 医療法人真正会 霞ヶ関南病院 病院長就任（2010 年まで）
- 2000 年 社会福祉法人真寿会（現在 社会福祉法人真正会）理事長就任（現職）
- 2002 年 医療法人真正会 理事長就任（現職）

主な社会活動

日本リハビリテーション病院・施設協会 会長

全国デイ・ケア協会 名誉会長

厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 臨時委員（歴任）
日本医師会地域包括ケア推進委員会 委員
日本病院会 理事
日本慢性期医療協会 理事
埼玉県地域医療構想アドバイザー
埼玉県地域リハビリテーション推進協議会 会長
川越市医師会 会長
川越市介護保険事業計画等審議会 会長
コミュニティケアネットワークかわごえ 会長

主な資格

社会医学系専門医・指導医、認知症サポート医、日本リハビリテーション医学会認定臨床医

井上 崇（いのうえ たかし）

医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院
介護老人保健施設伸寿苑 施設長代理



- 職歴 昭和 56 年 医療法人共和会南小倉病院（現 小倉リハビリテーション病院）MSW として就職
- 昭和 59 年 //
- 平成 11 年 //
- 平成 18 年 //
- ～現在に至る

- 現役職 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議 構成員
- 小倉介護サービス事業者連絡会居宅サービス部 部長
- （福老健）北九州ブロック介護老人保健施設協会 事務局長

■歴任した主な役職

一般社団法人全国老人デイ・ケア協会 理事
福岡県介護老人保健施設協会研修企画委員会 委員長

- その他 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科（昭和 56 年）卒業
- 厚生省国立医療・病院管理研究所専攻科（平成 6 年）卒業
- 北九州市立大学大学院人間文化研究科（平成 18 年）卒業

これまでのデイ・ケア、これからのデイ・ケア

全国デイ・ケア協会 50 回大会を記念し、老人デイ・ケアが誕生した時代背景、運営状況、当会前身である全国老人デイ・ケア連絡協議会の設立時を振り返る。さらにこれらが今につながったことは何か、これからのデイ・ケアについて現状を踏まえ考えていきたい。

老人デイ・ケア設立の背景

我が国は昭和 40 年代からの高齢化に伴い要介護高齢者が急増した。行政の支援は脆弱で介護は家族が行うのが当たり前の時代にあり、相談の行き場がない患者・家族が病院を訪れた。こうした時代背景を受け、老人デイ・ケアは 1983（昭和 58）年老人保健法施行により制度化された。

当時、対象は痴呆性老人、実施する医療機関は精神科の標榜が求められるなど条件が限られた。報酬単価一日 100 点の中、開設施設は昭和 58 年に 1 施設、3 年後の 1986（昭和 61）年に 14 施設とまだまだ少なかった。

開設当初の役割は「参加の場」「家族の介護負担軽減」

デイ・ケアの運用はこれまで様々に議論され、2000（平成 12）年の介護保険制度後はその役割など考え方が整理されてきた。しかしながら当初のデイ・ケアは健康管理を基本としながら、「参加の場」「家族の介護負担軽減」としての役割が優先された。

デイ・ケアは地域と共に発展

初代会長の矢内伸夫先生は「建物をつくって高齢者を預かればいいってもんじゃない。デイ・ケアは利用者が生活する地域を基盤に活動しなければならない…」と地域と共に発展することを促した。

その一つとして開設 3 周年を機に市民集会（デイケア研究集会）を開催した。市民 200 名が集まり、痴呆症のこと、抱える家族の苦労などをディスカッションした。デイ・ケアの活動を通じ市民に理解を得ることで地域全体の課題として取り組むことを訴えた。

集会は 4 回開催するが、会を重ねる毎に従事者の参加が増えた。職員の研鑽の場・運営を検討する場が求められ、1994（平成 6）年に全国老人デイ・ケア連絡協議会発足に至った。

高齢者像や暮らしぶりの変化に対応するデイ・ケア

今後デイ・ケアの対象となる高齢者像、その暮らしぶりが変化してくる。85 才以上の高齢者が増加することで重度化、多疾患化してくる。さらに一人暮らしによる孤立化、そして貧困化が拍車をかけ生活力が低下する。こうした課題にデイ・ケアとしてどのように対応していくか考えていきたい。

（お断り）

※現在、「痴呆・ボケ」の言葉は人権への配慮から使用しませんが、一部当時のまま表現することをご理解ください。

また資料にある新聞記事は各社著作物利用の許可を得て使用しています。

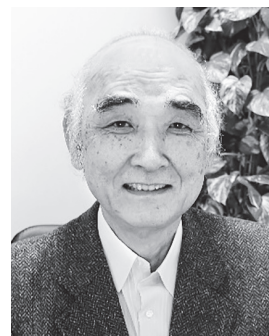
講演Ⅰ

2025年6月27日（金） 15:50～16:50 3F ダイヤモンド・エメラルド

主体性を尊重したケアの実現
～在宅医療から見るデイ・ケアの可能性～

長谷川 幹（はせがわ みき）

全国老人デイ・ケア協会 顧問
世田谷公園前クリニック 名誉院長



略歴

- 1974年 東京医科歯科大学医学部卒
- 1975年～数ヶ所の整形外科勤務
- 1982年 玉川病院リハビリテーション科勤務
- 1998年 桜新町リハビリテーションクリニック開設
- 2011年 三軒茶屋リハビリテーションクリニック院長
- 2022年 世田谷公園前クリニック名誉院長
- 2015年 一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会 代表理事
- 2019年 社会デザイン大賞

著書

- 2009年 「主体性をひきだすリハビリテーション」 著（日本医事新報社）
- 2010年 「通所リハビリテーション 様態別プログラム」 分担執筆（中央法規）
- 2019年 「リハビリ 生きる力を引き出す」 著（岩波新書）
- 2019年 「主体性をひきだす訪問理学・作業療法」 分担執筆（日本医事新報社）
- 2023年 「脳卒中・脳外傷者のためのお助けガイド」 分担執筆（青海社）

主体性を尊重したケアの実現 ～在宅医療から見るデイ・ケアの可能性～

人は人との交流を通じて自己を確認し生活している。脳損傷などの中途障害になると発症前と現状を比較してギャップに愕然として「元に戻らないのでは」と考えるとうつ状態になりやすい。そして、極めて自信がなくなり近所の人に会いたくなくなり、人との交流が途絶える。

それを打開するのに、本人は歩行などを「元に戻す」願望のために療法士に依存する。この時、療法士は支援の「支え手」、本人は「受け手」になり、療法士が新たな方向を見出だせないと、両者の関係が「受け手」と「支え手」に固定する。

演者は1982年から世田谷区で地域活動を展開し、中途障害のある人が「障害のある人と街に出よう」、多摩川の遊びや旅行などのイベントに参加し、あるいは会の司会、体験談の発表などをすると、「何もできない」と思っていることから「できた」という体験、「ダメな人間になった」と思っていることから「自分にも役に立つことがある」と実感できたときに「少し自信がついた」、「何かできそう」などの言葉を発し、「主体的な行動」に転換することが少なくない。

これらの経験をもとに、2003年、クリニックの外来を入浴、昼食がない3～4時間コースのデイ・ケアに変更した。理念は「楽しく過ごす」中心から「主体性への転換」として、プログラムは利用者の個別性を重視し、自己選択・決定を尊重したものを実践する。例えば、一日中新聞を読んだりテレビを見たりする、食事作り、手芸、俳句作り、書道、歌の会、あるいは買い物に行く、などのプログラムも選択できるように、さらに利用者の望むことに対応できる体制作りをした。ただし、演者を含めて医療、福祉職の考えの転換、実践は容易ではなく、体制を構築するのに3年以上かかった。

2015年から日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会で「主体性研究」を本人、医療、福祉職、心理学者などで始めて、現在全国規模で研究調査などを行っている。

講演Ⅱ

2025 年 6 月 27 日（金） 17:00 ～ 18:00 3F ダイヤモンド・エメラルド

要介護者の個性に応じたデイケア・デイサービスの選択支援

田中 志子（たなか ゆきこ）

医学博士、医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
群馬大学医学部臨床教授



【略 歴】

1991 年 帝京大学卒業
2004 年 介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007 年 社会福祉法人久仁会 理事長
2009 年 群馬大学大学院修了
2010 年 医療法人大誠会 副理事長
2011 年 同 理事長
2023 年 同 理事長・内田病院 院長

【主な資格】

日本内科学会総合内科専門医、
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

要介護者の個性に応じたデイケア・デイサービスの選択支援

同じ要介護度、同様の身体機能や認知症状を持つ方であっても、その人が日々心地よく過ごせる「通いの場」は様々ではありません。私たちがケアプラン作成の際に重視しているのは、利用者の性格や価値観、活動への嗜好です。たとえば、親密な雰囲気を求める方には小規模施設が適し、多様な交流を好む方には大規模な環境が向いています。また、レクリエーションや交流を楽しみたい方、あるいは積極的に身体機能の維持向上を目指す方など、望まれるサービスの方向性も異なります。さらに、活動の中身についても、感謝されるような就労的要素を重視する方、自分が純粋に楽しめる時間を求める方など、価値観の違いが明確に表れます。

そのため、面談時にはこうした背景まで丁寧に聞き取るよう心がけており、単に病状に応じたサービス選択ではなく、「その人らしさ」に基づく施設選択ができるよう支援しています。

こうした選択肢を支えるため、私たち大誠会グループでは特色ある複数の通所施設を運営しています。たとえば、「いきいきデイサービス」（社会福祉法人久仁会）では、身体を動かすレクリエーションゲームを中心に、利用者が主体的に活動を選べる楽しい時間を提供しています。併設する保育園との日常的な交流により、子どもたちからの元気を受け取り、自然な笑顔が生まれる場でもあります。一方、デイケア「元気になぁ〜れ」（医療法人大誠会 内田病院併設）では、専門スタッフによる個別リハビリやマシンを活用した機能訓練に重点を置き、短時間から長時間まで利用者の希望に応じた柔軟なプログラムを提供しています。

私たちは、介護保険サービスを「ただ預かる場」ではなく、利用者が生きがいを見出せる場として位置づけています。今後も多様な選択肢を提供し、利用者一人ひとりの尊厳と生活の質を支える支援を続けていきます。

シンポジウム I

2025 年 6 月 28 日 (土) 9:00 ~ 10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

地域共生社会の実現に向けて ～誰もが自分らしさを感じながら暮らせる社会を目指して～

座長 森山 雅志 (もりやま まさし)

全国老人デイ・ケア協会 理事
医療法人共和会 共和会地域リハビリテーションセンター



我が国では、少子・高齢化の進展、人口の減少、世帯構成の変化等により、家族や地域の繋がりが希薄化し、地域社会における支え合いの基盤が脆弱化してきている。このような状況に鑑み、国は「制度・分野ごとの縦割りや支え手・受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会（地域共生社会）」の実現に向けた施策を推進している。その骨子としては、「地域課題の解決力の強化」、「地域丸ごとのつながりの強化」、「地域を基盤とする包括的支援の強化」、「専門人材の機能強化・最大活用」があげられており、地域社会の再構築に向け多面的かつ柔軟な取り組みの重要性が示されている。

元来、地域社会には乳幼児から高齢者に至る各世代の人々、障害のある人や介護を要する人、父子・母子家庭といった多様な年代や背景の異なる人々が暮らしている。これらすべての人々が孤立することなく、地域社会の一員として自分らしく暮らしていける社会こそが当たり前の社会であり、あるべき姿といえる。

市区町村は住民に最も身近な行政機関であり、地方自治の原則（団体自治）の観点からも地域ごとに異なる課題解決に取り組むことが求められる。しかし、今後は行政機関等と地域で暮らす住民自身が、地域課題の解決に向け主体的かつ一体的に取り組むことが肝要である。そして、私たち専門職は、地域共生社会の実現に向け、地域で暮らす同じ住民として、また専門職として伴走型支援を展開する必要がある。

本シンポジウムでは川越市での取り組み、埼玉県下における地域リハビリテーション活動についてご報告いただき、これまで先駆的な地域リハビリテーション活動を推進・展開されてきた浜村先生から提言を頂戴することで、地域共生社会の実現に向けた一助になれば幸いである。

略歴

1989 年 3 月 宮崎リハビリテーション学院卒業
1989 年 4 月 九州大学医学部附属病院
1991 年 4 月 大東市役所
1996 年 4 月 宮崎市社会福祉協議会
2001 年 4 月 玉野総合医療専門学校
2005 年 4 月 友愛病院
2009 年 4 月 小倉リハビリテーション病院
2009 年 6 月 現職

委員等

1998 年 宮崎県身体障害者介護等サービス体制整備検討委員会委員（2000 年 3 月まで）
1998 年 宮崎県理学療法士会地域リハ推進委員会委員長（2000 年 3 月まで）
2013 年 全国デイ・ケア協会研修委員会委員長（2016 年 3 月まで）
2016 年 全国デイ・ケア協会理事

シンポジウム I

2025 年 6 月 28 日 (土) 9:00 ~ 10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

特別提言

浜村 明德 (はまむら あきのり)

全国デイ・ケア協会 顧問
介護老人保健施設伸寿苑 施設長
小倉リハビリテーション病院 名誉院長



【略歴】

1947 年 鹿児島県鹿児島市生まれ
1975 年 長崎大学医学部卒業後、長崎大学医学部整形外科教室入局
長崎労災病院整形外科、国立長崎中央病院整形外科
1979 年 国立療養所長崎病院整形外科、理学診療科医長 (1982 年)
1992 年 国立療養所長崎病院副院長
1998 年 南小倉病院 (2001 年、“小倉リハビリテーション病院”に改称) 院長
2000 年 介護老人保健施設“伸寿苑”施設長
2003 年 日本リハビリテーション病院・施設協会会長 (2012 年まで)
2007 年 特別養護老人ホーム“こくらの郷”理事長
2011 年 全国老人保健施設協会副会長 (2012 年まで)
2012 年 日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長
2013 年 小倉リハビリテーション病院 名誉院長

【現職】

医療法人共和会会長、小倉リハビリテーション病院名誉院長、介護老人保健施設“伸寿苑”施設長、社会福祉法人松寿会特別養護老人ホーム“こくらの郷”理事長
日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長
福岡県介護予防市町村支援委員会委員長、北九州ブロック介護老人保健施設協会会長、北九州市地域リハビリテーション推進会議代表

【長崎県における活動】

1978 年～1998 年 「長崎県リハビリテーション協議会」代表、1998 年 長崎県知事より「長崎奉行」
拝命

【専門領域】

地域リハビリテーション、高齢者リハビリテーション、地域包括ケア

【主著等】

「地域リハビリテーションプラクシス」(編著)(医療文化社)
「地域リハビリテーション白書3」第1章 地域リハとは一現状と展望(三輪書店)
「これからのリハビリテーションのあり方」(共著)(青海社)
地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方(全日本病院出版会)

シンポジウム I

2025 年 6 月 28 日 (土) 9:00 ~ 10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 1

岡持 利亘 (おかじ としのぶ)

埼玉県地域リハビリテーション・ケア サポートセンター霞ヶ関南病院センター長



略歴

昭和 63 年 4 月 医療法人真正会 入職
平成 13 年 4 月 医療法人真正会 リハビリテーション部 部長
平成 20 年 7 月 医療法人真正会 キャプテン (運営企画推進部長)
平成 29 年 3 月 医療法人真正会 地域リハビリテーション推進部長
平成 30 年 5 月 埼玉県地域リハ・ケア サポートセンター霞ヶ関南病院 センター長

公益社団法人 埼玉県理学療法士会 副会長
一般社団法人 埼玉県リハビリテーション専門職協会 会長
公益社団法人 日本理学療法士協会 理事
埼玉県 地域包括ケアシステム・ステップアップアドバイザー

平成 25 年から埼玉県の地域包括ケアシステムの構築に資する地域リハビリテーション業務を担当し、現在は「埼玉県 地域包括ケア ステップアップ・アドバイザー」として、地域包括支援センター・市町村職員向けに、地域支援事業 (介護予防・自立支援型地域ケア会議・生活支援体制整備・医療介護連携・認知症施策等) および総合事業等の立ち上げや見直しの支援に従事。地域で支え合う地域リハビリテーションの体制づくりについて、技術的助言及び事業デザイン・企画・運営・人材育成などの支援を実施中。

埼玉県地域リハビリテーションと県 9 期計画での重点項目： 短期集中予防サービスなど

埼玉県では、地域包括ケアを推進するため、「地域リハビリテーション支援体制」を整備し、年間 5,000 件を超える市町村支援を実施している。支援内容は、介護予防（サポーター養成・自主グループの立ち上げ・継続支援等）、地域ケア個別会議による自立支援・重度化予防、地域ケア推進会議による地域課題の解決、生活支援体制整備による住民同士の見守りや支え合い活動への協力、認知症施策や医療介護連携など多岐にわたる。その他、地域資源（フォーマル・インフォーマル）の評価・活用、個別支援や短期集中予防サービスの創出・再構築への協力など、リハビリテーション専門職が現地に出向いて実践的に関与している。また、こうした支援を担う人材の育成にも注力し、地域に出て関係機関と協働できる人材の裾野を広げている。

県内 63 市町村において軽度の要介護認定者（要支援 1・2、要介護 1 程度）が増加・悪化しているという課題を受け、第 9 期埼玉県高齢者支援計画では、自立支援と介護予防・重度化防止を図る施策として、短期集中予防サービスの全市町村展開を掲げている。対象者が望む暮らしを実現し、地域における Well-being（ウェルビーイング）の向上を目指している。

これらの推進にあたっては、市町村や地域包括支援センター等に対し、事業デザインに向けた伴走型の支援を実施し、関係者との対話や他自治体の情報提供などを通じて、効果的な取り組みの実装を内外から支援している。具体的には、「通所や訪問による短期集中予防サービス」を活用し、軽度の要介護認定者の望む暮らしの実現に向けた事業の構築や見直しのため、総合事業等の地域デザインの再考、関わる多様な関係者との情報共有、取組実施のための関係者の対話を通じた検討やモデル的活動の実施等がある。本発表では、これらの取組の全体像と実践から得られた課題、今後の展望について報告する。

シンポジウム I

2025 年 6 月 28 日（土） 9:00 ～ 10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 2

富田 雅子（とみた まさこ）

川越市役所 福祉部参事 地域包括ケア推進課課長



【略歴】

看護師にて都立病院勤務（消化器内科、内分泌科、小児科）。

平成 6 年 4 月 保健師にて川越市入庁。

健康福祉部高齢福祉課、総合保健センター健康増進課、保健所保健予防課（精神保健）、健康づくり支援課（健康づくり、地域保健、地区担当保健師活動）を経て、平成 30 年から福祉部地域包括ケア推進課に配属。主幹、副課長、課長、参事として、介護保険事業計画の策定や地域支援事業の取組を推進している。

川越市の地域包括ケアシステム推進に向けた取組

川越市では、地域包括ケアシステムの推進に向けて、介護保険事業計画に基づき、5つの構成要素を整備し、体制づくりを進めてきました。特に、コロナ禍においても、感染拡大防止に努めながら、関係機関と定期的な情報交換を行い、オンラインの活用など工夫をし、地域への支援を継続しました。

現在も、市の委託先である「地域包括支援センター」や「在宅医療拠点センター」、地域の支え合い活動を進める「生活支援コーディネーター」や県の「地域リハビリテーション・ケアサポートセンター」と密に連携し、高齢者一人ひとりの「well-being」を叶えられるよう、事業の在り方等の情報交換、情報共有を日常的に行っています。また、庁内各課との横断的な協力体制を築き、各事業が有機的に連動するよう努めています。令和7年度から新たな取組の1つとして、各地域において、実情に応じた介護予防の取組をより強化するため、各地域包括支援センターにリハビリテーション専門職を配置しました。

また、本市は、医療・介護関係者のネットワークづくりや顔の見える関係性の構築、資質の向上を目的として設立されている「コミュニティケアネットワークかわごえ（CCN かわごえ）」の協力を得て、多職種連携の強化を図っています。CCN かわごえは、川越市医師会が事務局となり、医療・介護関係団体や商工会議所など27団体で構成されています。CCN かわごえが開催するエリアミーティングや研修会、市民向けの医療介護フォーラムなどを通じ、医療・介護従事者が一堂に会する機会が増えることで、連携がよりスムーズに進んでいると感じています。

本市の第9期介護保険事業計画では「つながり」を重視し、高齢者が安心して暮らせるまちの実現を目指しています。地域包括ケアシステムの推進において、これらの取組が高齢者の生活の質の向上に繋がるよう、行政だけでなく、地域、関係機関、市民が一丸となって各種事業を引き続き推進していきます。

シンポジウム I

2025 年 6 月 28 日 (土) 9:00 ~ 10:40 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 3

猪鼻 紗都子 (いの はな さとこ)

一般社団法人 Hauskaa (ハウスカ)



略歴

慢性期医療機関・急性期医療機関の MSW として勤務
平成 10 年 医療法人真正会 医療ソーシャルワーカーとして勤務
平成 13 年 在宅介護支援センターかすみへ異動
平成 18 年 川越市地域包括支援センターかすみ センター長
平成 28 年 地域リハビリテーション部 部長
令和 元年 一般社団法人 Hauskaa に異動

社会福祉士・介護支援専門員

平成 19 年～平成 28 年 埼玉県社会福祉協議会 CSW 養成講師活動
平成 20 年～平成 30 年 埼玉県地域福祉計画策定委員・支援委員活動

住民・生活の場によりそう地域での取り組み ～ Hauskaa の実践からみえる地域づくりの可能性～

当グループは 2017 年、高齢化率が 43%を超える地域で、制度にとらわれない柔軟な事業・活動を行う一般社団法人を設立し「まちづくり」を事業の柱として事業を展開、推進している。2019 年には、地域の拠点となる「Hauskaa かすみ野」を竣工し、30 戸の賃貸マンションと多世代交流の空間「パサージュ」を整備した。そこは地域にとっての「居場所・行く場所・座る場所」としてミクロからメゾレベルで多様な機能を果たしている。

公的保険や制度外のまちづくりとしての活動は困難もあるが、自由度の高さが創造性と充実感を生み、スタッフと共に面白さや楽しさを感じている。地域に暮らす生活者の支援として意義が深まっており、年齢を重ねても、「やりがい」や「生きがい」を得るには相互理解と、社会資源の能動的創出が重要であり、またニーズの変化に対応する力も求められる。

今回のシンポジウムでは、Hauskaa での実践を通して地域づくりの可能性について考えたい。パサージュは世代や立場を超えて交流・発信できる場として利用されており、地域住民はもちろんのこと通所リハ利用者が社会参加への一歩を踏み出すリハビリテーションの場として利用されている。半面、通所リハ事業所はマンション入居者が歳を重ねても役割を得る活動の場を創出する役割を担うという双方向の利活用が進んでいる。また、買い物支援バスの地域貢献により移動支援と地域活動の場を提供しているが、コロナ禍をきっかけにモバイルマーケットという新たな買い物支援と通所施設での展開を実施したためその効果について改めて検討した。これらの取り組み事例を通して、地域共生社会における一企業が果たすべき役割と可能性について考えていきたい。

シンポジウムⅡ

2025 年 6 月 28 日 (土) 10:50 ~ 12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

災害時、我々はどう動くか

座長 平井 政規 (ひらい まさき)

全国デイ・ケア協会 理事
医療法人鴻池会 介護老人保健施設 鴻池荘 理事長



本シンポジウムでは、近年発生した3つの大規模災害（東日本大震災、熊本地震、能登半島地震）における医療・介護現場の実践と課題を共有し、通所リハビリテーションをはじめとする地域支援のあり方を多角的に考察します。災害時には即応性と柔軟性が求められますが、通所系サービスは平時から地域に根ざした支援を展開しており、その延長線上に“災害支援”が存在するとも言えます。また、JRATをはじめとする災害リハ支援体制との連携や人材育成、地域とのネットワーク構築も今後の重要なテーマです。

現場での実体験に基づく多様な立場からのご発表は、参加者の皆さまにとって具体的かつ実践的な学びとなるのではないのでしょうか。本シンポジウムが、参加される皆さま一人ひとりの施設や地域での「災害への備えと行動」を見直す契機となることを願っております。

そして、災害時においても「住み慣れた地域で自分らしい生活を続ける」ために、私たちは今、何を準備し、どのように動くべきかを共に考える場としたいと思います。

【略歴】

- 1999年 医療法人鴻池会 理事
- 2000年 厚生労働省 国立医療・病院管理研究所 病院管理研究科 修了
厚生労働省 国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部 研究生
- 2003年 広島大学大学院社会科学部経済学専攻 博士課程前期 修了
修士（経済学）
- 2004年 医療法人鴻池会 専務理事
- 2023年 医療法人鴻池会 理事長

【社会活動等】

- 2015年～現在 (一社) 全国デイ・ケア協会 理事
- 2016年～現在 (一社) 日本災害リハビリテーション支援協会 (JRAT)
広報委員会委員・研修企画委員会委員
- 2019年 厚生労働省老健局 令和元年度 介護サービス事業（医療系サービス分）における生産性向上に資する調査研究及びガイドライン改訂等一式 検討委員会委員
- 2020年～現在 (公社) 日本医業経営コンサルタント協会 奈良県支部 支部長
- 2022年～現在 (公社) 日本医業経営コンサルタント協会 理事
- 2024年～現在 (公社) 日本医業経営コンサルタント協会 教育研修委員会 委員長

【資格等】

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会 認定登録 医業経営コンサルタント
認知症対応型サービス事業開設者研修 修了

シンポジウムⅡ

2025 年 6 月 28 日 (土) 10:50 ~ 12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

特別提言

栗原 正紀 (くりはら まさき)

日本災害リハビリテーション支援協会 (JRAT) 代表
一般社団法人是真会 理事長



略歴

1978 年 長崎大学医学部卒業、
1990 年 長崎大学脳神経外科講師
十善会病院脳神経外科部長
1999 年 同病院副院長
2001 年 近森リハビリテーション病院院長
2006 年 社団法人是真会理事長
2008 年 長崎リハビリテーション病院開設 (同院長・理事長)
2019 年 一般社団法人是真会 理事長。

現在に至る。

役職

- ◎日本災害リハビリテーション支援協会 代表理事
- ◎全国リハビリテーション医療関連団体協議会 代表
- ◎日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長
- 長崎大学医学部医学科 (総合診療) 臨床教授
- 日本病院会 理事・長崎支部長
- NPO 地域の包括的医療を考える研究会 理事長
- 長崎県医療審議会 委員
- 長崎県保健医療対策協議会 委員
- 長崎県脳卒中検討委員会 委員
- ◇長崎回復期リハビリテーション連絡協議会 代表世話人
- ◇長崎県の包括的な地域医療を考える研究会 副代表

著書

「救急車とリハビリテーション」 荘道社 1999
「続・救急車とリハビリテーション」 荘道社 2008
「救急車とリハビリテーション③ 地域包括ケアとリハビリテーション」 へるす出版 2019

シンポジウムⅡ

2025 年 6 月 28 日 (土) 10:50 ~ 12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 1

土井 勝幸 (どい かつゆき)

医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 施設長



プロフィール

○現職

医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 施設長

株式会社リエンズ 代表取締役

学校法人梅檀学園 東北福祉大学 特任教授

○関連団体の役職

一般社団法人 日本作業療法士協会 介護報酬改定対策委員会 委員長

一般社団法人 宮城県老人保健施設協会 監事

○行政等、関連機関の主な委員

認知症介護研究・研修仙台センター運営委員会 委員長

宮城県地域医療介護総合確保推進委員会 委員

仙台市介護保険審議会 委員

仙台市地域密着型サービス運営委員会 委員

仙台市地域包括ケア連絡協議会 委員

○歴任した関連団体の役職

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 副会長

公益社団法人 全国老人保健施設協会 理事

一般社団法人 日本作業療法士協会 副会長

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 理事

被災者支援とは何か…当事者の立場、支援者の立場から学んだこと

3月11日14時46分18秒、東日本大震災は突然の地響きから始まった…あれから14年の月日が経過した現在の死者数は1万5,900人（内、宮城県は9,544人）、行方不明者2,520人、さらに「震災関連死」が3,808名にも上る未曾有の大災害であった。

時が経ち、それぞれの置かれた環境の中で見た目には平穏な生活を取り戻していると表現できるだろう。一方で、地元紙の朝刊には、新聞社名の下に“震災から14年「再生へ 心ひとつに」”というフレーズが今でも毎日必ず大きな文字で掲載されている。

そう、忘れてはいけないのである…次の世代に何を残し、どう伝え続けるべきなのか、そのことを胸に刻み、言葉にし、行動することが必要であるとメッセージを出し続けているのである。

震災直後にはあらゆる視点から被災者支援が必要であり、一定期間の継続性が重要であるが、もっと大切なことは、地域そのものが自力で立ち上がる、動き出すことを支援しなければならないことを被災者支援から学んだ。急性期状態から慢性期の生活障害に変わっていく被災者、地域に対して、リハビリテーションに携わるものとして、今回はデイ・ケアの視点からあらためて振り返り、考えてみる機会としたい。また、このシンポジウムを通じて、デイ・ケアだからこそ出来る、やるべき被災者支援の一つを提示してみたい。

シンポジウムⅡ

2025 年 6 月 28 日 (土) 10:50 ~ 12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 2

野尻 晋一 (のじり しんいち)

全国デイ・ケア協会 副会長
社会医療法人寿量会 介護老人保健施設清雅苑 施設長
ホームケアサポートセンターセンター長
熊本機能病院総合リハビリテーションセンター副センター長



労働福祉事業団九州リハビリテーション大学校 (1982) 卒業後、社会医療法人寿量会熊本機能病院に入職、その後介護老人保健施設清雅苑、通所リハビリテーションセンター清雅苑、訪問リハビリテーションセンター清雅苑の立ち上げと運営に関わりながら、産学官協働による評価機器や福祉用具の開発、研究開発のアドバイザーの他、厚生労働省、経済産業省の事業のリハビリや福祉用具、科学的介護情報システムに関わるテーマの委員等に従事する。教育活動としてはリハビリや看護の大学、大学院での講義、教科書作成や単書の出版活動を行ってきた。

【現職の主な社会活動】

全国デイ・ケア協会副会長、全国老人保健施設協会在宅推進部会、研修委員会委員、熊本訪問リハビリテーション研究会会長など

【賞罰】

厚生労働大臣表彰：老人保健施設功労者 (2009)、全国老人保健施設協会会長賞 (2008)

【災害支援の経験】

リハビリテーション支援 10 団体 (2011 年 5 月 - 石巻桃生とトレーニングセンター、熊本地震)

熊本地震での災害対応 - 支援者と被災者の経験から

私の災害支援の経験は、JRAT の前身「リハビリ支援 10 団体」として石巻の福祉避難所に入ったことに始まる。熊本地震では被災者として、外部支援を受けながら施設や在宅サービスの利用者支援とスタッフ体制の立て直しに取り組んだ。支援者と被災者の双方を経験した者として熊本地震の対応を振り返り、日常の災害への備えを再考したい。

熊本地震は、2016 年 4 月 14 日の前震と 16 日未明の本震、いずれも震度 7 が連続した観測史上初の例であり、4000 回超の余震にも見舞われた。死者 278 人（災害関連死含む）、負傷者 2700 人以上、住宅被害は約 20 万棟。水道・電気・ガスも広範囲で停止し、熊本城などの文化財も損壊した。

前震後、スタッフと共に安否確認、ライフライン確保、施設点検、避難支援、家族への連絡、在宅利用者の確認、備蓄確認、勤務体制再構築などに追われた中、本震が発生。参集スタッフは激減し、併設病院も甚大な被害を受けた。通所リハ職員の多くは入所支援に回り、残る数名で在宅利用者への物資支援を行った。

大規模災害では「日本中の善意と悪意が集まる」と言われる。実際、本協会をはじめ多くの個人、団体から支援を受ける一方、窃盗やフェイクニュースへの対応も必要だった。水道やガスの復旧は遅れたが、当法人は台風被害を教訓に自家発電所を設置しており電力を確保できた。北区は物流路の復旧が早く、外部支援を受けやすかった。その後、当法人は JRAT の最初の拠点となり、全国から集まった支援が益城や阿蘇にも広がった。

発災から 9 年が経過した今も熊本は復興の途中である。日奈久断層帯では 3 度目への警戒も必要とされるが、「喉元過ぎれば」で備えが薄れているのが現状である。災害は季節や時間帯、天候などで様相が大きく変わる。あらゆる想定には限界がある。基本を押さえ、個々の対応力を高めることが重要である。

シンポジウムⅡ

2025 年 6 月 28 日 (土) 10:50 ~ 12:20 3F ダイヤモンド・エメラルド

シンポジスト紹介

シンポジスト 3

西村 一志 (にしむら ひとし)

特定医療法人社団 勝木会 やわたメディカルセンター 顧問



略歴

1983 年 東京慈恵会医科大学卒業
金沢大学医学部附属病院 整形外科入局
1991 年 肢体不自由児施設 第二石川整肢学園 園長
1996 年 肢体不自由児施設 石川整肢学園 園長
2004 年 やわたメディカルセンター リハビリテーション科 医長
2006 年 やわたメディカルセンター 診療副部長
2009 年 やわたメディカルセンター 副院長
2023 年 やわたメディカルセンター 顧問

医学博士

日本リハビリテーション医学会認定臨床医、専門医、指導医
日本整形外科学会専門医
回復期リハビリテーション病棟協会 常任理事
日本災害リハビリテーション支援協会 (JRAT) 福祉用具委員会 委員長
石川 JRAT 副会長
石川県回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 監事
小松地域リハビリテーション連絡会 顧問

能登半島地震での災害支援～被災県の医療機関による支援活動～

令和6年1月1日16時10分に半島の先端部を震源とする能登半島地震(マグニチュード7.6、最大震度7)が発生しました。高齢化率が50%を超える奥能登(2市2町)では1万棟を超える住宅の全・半壊が発生し、いたる所で道路が寸断され被災地に行くことができない状況でした。また、病院や介護施設の建物の損壊に加え、広域に断水となったため病院避難を必要とする施設が多く発生し、金沢市以南に一時待機所(介護施設の入所者を一旦受け入れ、新たな介護施設に繋げる)、1.5次避難所(健康面などでホテル・旅館での生活に不安のある避難者を一旦受け入れアセスメントし、適切な2次避難所に繋げる)、2次避難所(ホテル・旅館など)が開設されました。

当法人は被災県の医療機関として、1月2日からJRAT活動、1月4日から被災地医療機関の患者や避難者の入院受入れ、1月6日から2次避難者(小松市内)の訪問調査、1月16日から2次避難者(小松市内)の一般介護予防、2月17日から2次避難者(小松市内)の介護予防通所サービスを行いました。発災後比較的早期から医療機関としての支援活動を開始することができた要因として、2019年法人内に災害支援活動を想定し「大規模災害支援推進会議」を設置したこと、2016年に「小松市地域リハビリテーション連絡会」を発足し、地域リハビリテーション活動を通して行政や関係機関との良好な連携が構築されていたことがあげられます。今回は、医療機関として平時から行ってきた災害支援活動への備えについて報告します。

協会企画シンポジウム

2025 年 6 月 28 日 (土) 9:30 ~ 10:30 3F マリー

認定デイ・ケアマスター・在宅リハ EG コース終了者の
実践報告

座長 野崎 隆司 (のさき たかし)

医療法人社団三友会 本部付 リハ・介護統括部長 兼事務次長



昨年の札幌大会に続き、当会が認定するデイ・ケアマスターと、在宅リハビリテーションエキスパート・ジェネラリストコース（以下、在宅リハ EG コース）の修了者の方々に、日々の実践について発表いただく本シンポジウムを企画しました。各々の立場や役割は違いますが、日々現場で取り組んでいることについて、発表していただきます。聴講される皆様にとっても、ご自身の業務に参考となる内容が多く盛り込まれたシンポジウムになると思います。

本シンポジウムでは在宅リハ EG コースの修了者から、1) 在宅 EG コースを受講した私の実践～通所リハでの業務を通して～、2) 在宅リハ EG コースを受講した私の実践～訪問リハでの業務を通して～、3) 在宅リハ EG コースを修了して認定デイ・ケアマスターとなった私の実践～介護老人保健施設でのデイケア業務を通して～、と様々な角度から報告をいただきます。実践者の報告をもとに、デイケアとしての役割、我々が現場で取り組むべき課題について考えてみたいと思います。

「認定デイ・ケアマスター」とは、当協会が介護保険分野の通所系サービスにおいて、サービスの質の向上や利用者の自立支援、地域住民の自助・互助活動の支援、地域リハビリテーションの普及・啓発を促す通所系サービス従事者の育成を目的とし、一定の水準に達した方を認定デイ・ケアマスターとして認定する独自の制度です。在宅リハ EG コースは、2021 年度より開講しました。本コースは全 36 講座から構成され、講座の内容は、在宅支援に特化し、制度の理解から疾患特性とその対応、在宅における ADL の理解、各種サービスの役割と理解、意思決定支援の考え方等、非常に多岐に渡ります。当協会会員以外にも日本訪問リハビリテーション協会及び日本リハビリテーション病院・施設協会会員の方も受講可能であり、コースを受講し、在宅リハビリテーションの多角的視点を身に付けた修了者が、全国で活躍されています。

当協会のホームページ内「会員名簿」を検索いただくと、全国のデイケア事業所の中で認定デイ・ケアマスターが従事している施設はどこなのか、在宅リハ EG コースを修了された方が在籍されている施設はどこなのかといった確認が出来るようになっていきます。また上記在宅リハ EG コースの講義一覧も閲覧が可能になっています。興味のある方は是非ホームページをご覧ください。

略歴：

昭和 61 年 宮崎県宮崎市生まれ
 平成 20 年 宮崎リハビリテーション学院 理学療法学科卒業
 医療法人三和会 池田病院入職
 平成 28 年 医療法人社団三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション 入職
 生活行為向上リハビリテーション研修会 修了
 平成 31 年 認定デイ・ケアマスター 修了
 いしかわ内科 通所リハビリテーション 主任
 令和 5 年 在宅リハビリテーションエキスパート・ジェネラリストコース 修了
 令和 6 年 認定デイ・ケアマスター更新
 令和 7 年 本部 リハ介護統括部長 兼事務次長

資格：理学療法士、地域理学療法認定理学療法士、フレイル対策推進マネージャー、介護支援専門員、福祉住環境コーディネーター 2 級

協会企画シンポジウム

2025 年 6 月 28 日（土） 9:30 ～ 10:30 3F マリー

在宅 EG コースを受講した私の実践
～通所リハでの業務を通して～

島野 幸枝（しまの ゆきえ）

医療法人社団 輝生会 在宅総合ケアセンター元浅草 たいとう診療所 理学療法士



略歴

2006 年 鹿児島大学卒業 理学療法士免許取得
2006 年 医療法人社団協友会 屏風ヶ浦病院入職
2010 年 医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院入職
回復期病棟勤務
2017 年 医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城 異動
外来・短時間通所リハ勤務
2022 年 医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター元浅草 異動
外来・短時間通所リハ勤務

在宅 EG コースを受講した私の実践～通所リハでの業務を通して～

今回、在宅 EG コースを受講した私の実践として、通所リハビリテーションでの業務を通しての学びについて話をさせていただきます。

講義においては、「在宅リハビリテーション総論」「地域共生社会を支える地域リハビリテーション」「通所リハビリテーションの果たすべき役割と他事業所連携」等を受け、在宅生活を支えていくための背景や全体像・介護保険を取り巻く現状や通所リハビリテーションの役割などを学ぶことができました。

当センターでは、「リハビリテーション・口腔・栄養」の連携を強めて三位一体で取り組むため、2022 年 4 月より「認定栄養ケア・ステーション」を開設しています。認定栄養ケア・ステーションでは、要支援者や介護保険非該当の方に対し InBody 測定と栄養相談、身体機能測定を 3 か月に一度実施しています。また介護保険報酬改定の毎に、通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実が図られてきており、2024 年報酬改定ではリハマネジメント加算（ハ）が新たに設定されています。当センターでも一部コースのみですがリハマネジメント加算（ハ）を算定しております。講義では、生活期での食事や栄養だけでなく、急性期・回復期での入院中の状況や疾患特性も含めて体系的に学ぶことができ、退院後の利用者様がどのような状況にあるのかイメージしやすくなり、多職種協働して関わる必要性の認識を深めることができました。

講義を受けフレイル・サルコペニアへの知識を深め、運動・口腔・栄養の連携が、介護予防や重度化防止など様々な時期に必要であると実感をもって理解しました。制度のことやフレイル・サルコペニアについて、学んだ内容の一部としてスタッフへ伝達講習を行う等、よりよい通所リハビリテーションの実践ができるよう取り組んでいます。

協会企画シンポジウム

2025 年 6 月 28 日（土） 9:30 ～ 10:30 3F マリー

在宅リハ EG コースを受講した私の実践
～訪問リハでの業務を通して～

飯沼 洋子（いいぬま ようこ）

医療法人真正会 デイリビング 作業療法士



【略歴】

2012 年 作業療法士資格取得 医療法人真正会霞ヶ関南病院入職 医療療養型病棟配属
2013 年 回復期リハビリテーション病棟へ異動
2021 年 訪問リハビリ事業所へ異動
2023 年 在宅リハ EG コース修了

在宅リハ EG コースを受講した私の実践 ～訪問リハでの業務を通して～

今回、在宅リハエキスパートジェネラリストコース（以下 EG コース）を受講し、自分の評価の視点と、利用者の言葉の背景にある気持ちを汲み取る視点に広がりを持つ事ができた。私が EG コースを受講した当時は、訪問リハビリ事業所へ異動して 3 年目であった。当時利用者に、認知症による不安が強く、活動範囲を広げる事に課題のある方の関わりに悩んでいた。EG コースで得られた事を活かし、きっかけ作りに繋げられた実践を、事例を通して発表したい。

事例は「外を歩けるようになりたい」という主訴で訪問リハビリが開始になった 90 歳代の女性。頸髄損傷不全麻痺と認知症の診断あり。生活場面は車いすを使用しているが、歩行器歩行見守りの能力を有していた。ご本人の希望に合わせ、屋外歩行練習を提案すると、認知症による不安症状が強くなり「外にはでないよ」と拒否が続いた。そこで、EG コースでの認知症と、訪問リハビリの役割についての講義を活かし、まずは「外を歩きたい」という背景を探る事に重きを置いて評価した。その中で、「近所の方達に会いに行きたい」という思いが見えてきた。そこで、外に出る前の声かけの方法を「近所の方に会いに行くための練習」「〇〇の前を通過して帰ってきましょう」と具体的に説明するよう変更したことで、ご本人の不安を取り除く事ができ意欲的に外に出られるようになった。訪問リハビリ時にできた経験を家族やケアマネジャー等の在宅チームと共有することで、外出機会も増え、外出を楽しめるようになった。

また、EG コースの講義だけではなく、グループディスカッションでも多くのヒントをもらい、実践につながった。知識だけでなく、「明日やってみよう」と思える活力を得たと感じている。今回のコースで学んだことを、利用者、家族、多職種、地域に還元できるように努めていきたい。

協会企画シンポジウム

2025 年 6 月 28 日（土） 9:30 ～ 10:30 3F マリー

在宅リハ EG コースを修了して認定デイ・ケアマスターと
なった私の実践 ～介護老人保健施設でのデイケア業務を
通して～

高取 隆至（たかとり たかし）

介護老人保健施設花の丘 作業療法士



略 歴

平成 15 年 広島大学 医学部保健学科 作業療法学専攻 卒業
平成 15 年 西広島リハビリテーション病院 入職
平成 24 年 併設の介護老人保健施設 花の丘へ異動
平成 30 年 花の丘 通所リハビリテーション 所長

学術論文

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中クリニカルパスの導入と課題, 日本クリニカルパス学会
誌 .2012.Vol.14.No.1.11-15

在宅リハ EG コースを修了して認定デイ・ケアマスターとなった私の実践 ～介護老人保健施設でのデイケア業務を通して～

「令和 5 年度在宅リハビリテーション エキスパート・ジェネラリストコース」（以下、EG コース）を受講し、自身にどのような変化や気づきがあったかについて報告する。

まず、デイ・ケア協会が掲げる EG コースの目的は、「多様な知識・技術が求められる在宅リハビリテーションにおいて、自職種の知識のみに捕らわれず、あらゆるケースに対し対応可能なオールラウンドの能力を身につける。また在宅リハビリテーションマスターとして、生活期（在宅）リハビリテーションの質の向上に貢献する」とされている。これを踏まえ、到達目標としては、「在宅リハビリテーションの支援に求められる疾患特性の基本的な考え方を理解し、求められる能力について説明できる。リハビリテーションの本質について理解し、他職種を巻き込み地域でリハ前置主義をベースとした活動を実践することができる」と設定されている。

この目標を達成するために、EG コースでは 90 分間の講義が全 36 コマ実施された。講義内容は、ICF（国際生活機能分類）でいう「心身機能」に関するものから、「活動」、「参加」に関わるものまで多岐にわたり、包括的な視点で学びを深められる構成となっている。また、各日グループワークが行われ、講義内容を振り返り、参加者同士で意見交換を行うことで理解を深める機会が設けられていた。

このように、各分野のエキスパートから広い視点での知見を得ることができ、自身の知識を体系的に整理・習得することができた。その結果、対象者への理解が深まり、対応の引き出しが増えたと実感している。他職種と協業する際には、相手の立場や思考をより想像しやすくなり、会話が一層円滑に進めることができた。

生活期では、一人の力だけでは解決が難しい事例が多い。しかし、知識と選択肢が頭の中にあることで適切な支援先へ引き継ぐ判断がしやすくなる。今後もこの EG コースで得た学びを活かし研鑽を続けていきたい。

抄 録

一般演題（口述）

一般演題（ポスター）

口述 I

01-1

通所リハビリにおける自動車運転支援を振り返って

施設名 医療法人尚豊会 みたき総合病院 みたき在宅ケアセンター
発表者 寺西元（作業療法士）

【はじめに】

脳卒中発症後の自動車運転支援は生活や社会復帰において必要なものになりうる。生活期においても自動車運転再開は移動手段獲得や生活範囲拡大において重要な要素となる。今回当院通所リハビリ利用者から「自動車運転再開（コンビニに行く）」の要望が聞かれた。先行研究より、通所リハビリ利用者の運転支援に関しての報告は少なく、机上評価の症例報告が中心であった。通所リハビリの自動車運転支援において、生活期の背景を踏まえた一連の関わりを紹介し、一部考察を含め報告する。

【方法】

- 対象：脳卒中発症後、回復期リハビリテーション病棟を経て、当院通所リハビリを利用している 50 代女性
（対象者には口頭及び書面にて同意を得て、当院倫理審査委員会の承認を得ている）
- 当院作成の「自動車運転支援における評価」に基づき、机上評価とドライビングシュミレーター（以下 DS）実施

【結果】

- 机上評価、DS 評価共すべての項目に対し、基準値を上回った
- 評価実施中の気付きや注意点をフィードバック
- 免許センターにて適性検査合格

【振り返りから】

自動車運転再開に向けて不安な様子は伺えたが、評価結果に加えて気付きや注意点を伝えたことで、適性検査を臨む上で後押しになったところはみられた。生活期においては発症後の経過からも、身体や生活機能の安定、居宅生活での習慣化から課題や目標が明確化しやすく、具体的な介入に繋がっていくことができると思う。

【おわりに】

本利用者は適性検査を合格したが、目標達成（コンビニに行く）までには至っていない。活動から参加に繋げるには今後も動向を確認し適宜対応していきたい。自動車運転支援に際し、生活期の背景や本人の心境にも配慮が必要であったが、具体的な目標の聴取や達成後の新たな目標も生まれやすかった。このことから活動・生活範囲の拡大や役割の獲得にも繋げる必要性が生活期リハビリとしては求められるものだと思う。

口述 I

01-2

もう一度あの場所へ グラウンドゴルフ再開までの軌跡 ～“活き生きチャレンジ”と“生活行為向上リハビリテーション”への期待～

施設名 社会医療法人関東会 大東リハビリテーションセンターもみの木
社会医療法人関東会 坂ノ市リハビリテーションセンターもみの木
社会医療法人関東会 こうざきデイケアリハビリテーションセンターもみの木
社会医療法人関東会 大東よつば病院

発表者 帆足将直（理学療法士）

共著者 川野剛士、石丸初美、高橋春美、岡本拓也、立川洋一

【はじめに】

坐骨神経痛により社会参加まで制限を受けた症例に、グラウンドゴルフ再開を活き生きチャレンジとして立案した。生活行為向上リハとの相乗効果が得られたため報告する。

【症例紹介】

80代女性、要支援1。散歩や畑、グラウンドゴルフが楽しみ。腰・両下肢痛、痺れにて、連続した立位作業や歩行は困難。転倒の危険性が高く、段差昇降時には四つ這い移動。

【初期評価（R5.10）⇒最終評価（R6.10）】

握力：右）16.8⇒18.1kg / 左）15.4⇒12.6kg、膝伸展筋力：右）10.4⇒24.2kgf / 左）12.1⇒18.7kgf、CS-30：4⇒13回、開眼片脚立位：右）1.6⇒0.5秒 / 左）2.2⇒2.4秒、TUG（T字杖）：26.4⇒12.5秒、5m歩行（T字杖）：通常）18.3⇒6.6秒 / 最大）16.3⇒5.0秒

【経過】

労作時の疲労、疼痛や痺れにて活動量は低かった。グラウンドゴルフ再開への意志を再確認し、活き生きチャレンジとして取り組みを開始。応用的な動作練習も必要があり、通所訓練期と社会適応訓練期の2段階アプローチが行える生活行為向上リハを提案。歩行や模擬競技などを段階付けながら実地練習を進めたことで、できることが増え、生活意識も変化し、行動変容が見られた。生活行為向上リハ導入の6ヶ月後、競技復帰でき目標達成。

【考察・まとめ】

活き生きチャレンジは、利用者の想いに寄り添い、どんな障害を負っていてもその人の“やってみたい”という主体性を基に、自己選択と自己決定、自己実現をサポートしていく当事業所オリジナルの取り組みである。気持ち動けば行動や生活が変わり、生きがい生まれる。この良循環を構築するために目標立案をきっかけとして、通所リハでは補完できなかった、訪問による実生活場面でのリハ展開が行える生活行為向上リハが有効だった。通所、訪問リハのメリットを兼ね備え、将来性を見据えながら臨機応変に対応できることは強みである。利用者の想いや主体性を尊重し、在宅生活における“その人らしさ”を支援していきたい。

口述 I

01-3

サルコペニアの可能性のある通所リハビリテーション利用者への介入 —運動指導、栄養指導の結果に関する報告—

施設名 医療法人和光会川島病院 通所リハビリテーション
発表者 奥西貴之（理学療法士）
共著者 齋藤雄太

【目的】

本研究の目的は、サルコペニアの可能性のある利用者に対し、当通所リハビリテーション（以下、デイケア）が短時間かつ食事を提供しないものの、運動・栄養指導を行うことで改善が可能か明らかにすることである。

【方法】

令和5年12月～令和6年5月の間に利用者に対し握力、Short Physical Performance Battery（以下、SPPB）を測定し、サルコペニアの可能性が示唆された方から「食事制限を受けていない」「食事管理者とコミュニケーションが図れる」「歩行自立」の条件の下、一症例を選出。①握力②SPPB③四肢骨格筋量（Skeletal Muscle Mass Index以下、SMI）④等尺性膝伸展筋力⑤Timed Up & Go Test（以下、TUG）⑥栄養状態を評価した。運動指導は片脚立位、スクワットを指導。栄養指導はエネルギー必要量と目標たんぱく量を満たす献立例を作成し、症例の食事管理を行う夫に指導を行った。

【結果】

（介入前⇒介入後）

握力：9.6 kg⇒12.0 kg SPPB：7⇒7
SMI：4.20⇒4.35
等尺性膝伸展筋力：5.6 kgf⇒6.3 kgf
TUG：16.7秒⇒15.4秒
栄養状態：TP 6.6, Alb 3.4⇒TP 7.2, Alb 3.7

【考察】

サルコペニアの可能性のある状態からの脱却とは至らなかったが、身体機能評価においては改善が示唆された。先行研究では筋肥大には8～12週を要するとされており、本症例も同様の経過を辿っていると考ええる。さらに、栄養指導においてもTP, Albの数値の改善が認められていることから、「食事の提供を行わない」「短時間のリハビリ提供」という特徴の当院デイケアであっても身体能力や栄養状態の改善に一定の効果があり、有効性が示唆された。

【まとめ】

今後も継続的に介入を行っていき、利用者のサルコペニアの可能性からの脱却、健康寿命の延伸に繋がっていく。

口述 I

01-4

新しく導入したマシンを活用して 充足感と利用者の身体能力の向上を目指す

施設名 社会医療法人生長会 介護老人保健施設 ベルアモール
発表者 東樹人哉（介護福祉士）

【目的】

個々のパートナーに合ったリハビリや効果的な筋力増強を行うために新たなマシンを導入した。マシン運用システムを構築することで、リハビリを目的としている利用者の充足感と身体能力の向上に繋がる事を目的とした。

【方法】

- ①運用方法を組み込んだ業務分担を作成
 - ②参加者の選定及び負荷量など記載した個人カードの作成
 - ③リハビリ職員から介護職員へマシンの使用方法の勉強会を実施
 - ④リハビリ職員と介護職員で運用方法を検討し、シラバスを作成
 - ⑤運用フローチャートを作成
- ①～⑤は 2024/5/1 ～ 8/31 まで実施
- ・利用頻度の確認
 - ・利用者の満足度調査の実施
 - ・参加者の体力測定を 3 ヶ月毎に実施

【結果】

5 月の参加総数は 149 人、1 日平均 5.52 人。11 月は参加総数 220 人、1 日平均 8.46 人となり増加した。満足度調査では参加者 42 人にアンケートを実施。その結果満足度は 100%、日常生活での効果実感 85.8%、継続希望者 100%と結果になった。

9 月と 12 月に歩行能力測定器、握力、TUG (Timed Up & Go Test)、HHD (Hand Held Dynamometer) の 4 項目の体力測定を実施し、能力値が上昇した利用者は、歩行能力測定器約 58%、TUG 66.7%、握力 48.5%、HHD 69.7%であった。

【考察】

マシン運用システムを活用した事で、安心安全に利用でき、利用者が継続して参加し、体力測定の結果 50%以上の参加者に身体能力の向上が見られた。アンケートでは「利用が楽しみになった」「体も楽になり楽しい」と言う声も多数あり参加者の QOL の向上にも繋がったと考えられる。

【まとめ】

通所リハビリテーションとしての役割はリハビリを目的とし、利用者に充足感や在宅の支援である。これからも利用者の希望に応える様、マシントレーニングを通じて、利用者の希望に寄り添い、貢献していけるケアを取り入れていきたい。

口述 I

01-5

デイケア利用者における慢性疼痛と転倒歴の関連性の検討

施設名 医療生協さいたま生活協同組合 所沢診療所 通所リハビリテーション結

発表者 山口淳子（作業療法士）

共著者 遠藤茜、荒井克仁、奥田香奈、小島育美、橋本有佳、大久保みどり、
鈴木佐知子、山口舞尋、和田稔、岡田和広

【はじめに】

高齢者における転倒は、骨折や ADL 低下、要介護状態への進行などにつながる健康課題である。デイケアを利用する高齢者の中には、運動器疾患に起因する慢性疼痛を抱えるケースも多く、痛みが日常生活や転倒リスクに影響を及ぼす可能性がある。今回は、デイケア利用者の慢性疼痛と転倒歴の関連性を検討した。

【方法】

2025 年 3 月 1 日～ 22 日にデイケア利用者 175 名を対象に調査を実施し、記録に欠損のなかった 174 名（男性 57 名、女性 117 名、平均年齢 82.7 ± 6.6 歳）を分析対象とした。慢性疼痛は「3 か月以上持続する痛みの有無」、転倒歴は「過去 1 年間の転倒経験の有無」に基づき分類した。両者の関連性についてカイ二乗検定を行い、年齢・性別の影響を調整したロジスティック回帰分析も実施した。

【結果】

慢性疼痛あり群の 50.9% に転倒歴があり、慢性疼痛なし群では 33.3% であった。カイ二乗検定により有意差が認められた ($p = 0.035$)。ロジスティック回帰分析の結果、慢性疼痛は転倒歴と有意に関連していた（オッズ比 = 2.09、95% 信頼区間: 1.10-3.97、 $p = 0.025$ ）。年齢 ($p = 0.863$)、性別 ($p = 0.205$) は有意な関連を示さなかった。

【考察】

慢性疼痛を有する通所リハ利用者は、痛みのない利用者よりも転倒しやすい傾向にあり、痛みは転倒の独立因子であることが示唆された。慢性疼痛は身体活動の制限、筋力・バランス能力の低下、さらには「動くと痛む」「転ぶのが怖い」といった運動恐怖 (kinesiophobia) など心理的側面にも影響し、転倒と関連していると考えられる。よって、デイケアにおける転倒予防には、痛みの評価と支援、心理的ケアを含めた多面的な取り組みが重要である。

【おわりに】

デイケア利用者における慢性疼痛は転倒と関連する重要な因子であり、今後は痛みを踏まえた支援体制の構築が求められる。「痛みがあっても安心して動ける」環境を整えることが、安心・安全な在宅生活の継続に寄与すると考える。

口述 I

01-6

デイケアにおける自主トレーニングと 動機付けが心身機能に与える影響

施設名 医療法人社団旭豊会 介護老人保健施設 旭泉苑
 発表者 徳川夏歩（作業療法士）
 共著者 齋藤麻希、村上陽一

【目的】

当事業所では廊下歩行を自主トレーニングとして利用者に提案している。また、運動への動機づけ、継続意欲の向上を目的に「スタンプカード」や「ダービー」等のイベントを企画し、開催している。今回、その効果を心身機能の変化と併せて検討する。

【方法】

令和3年8月から全利用者に、TUG、5m歩行、握力、HDS-Rを3ヵ月ごとに測定。令和6年1月から令和7年2月までの1年間で4回分のデータがある利用者を対象とし79名中、歩行可能な50名（補助具や介助は問わず）を自主トレーニング実施群（以下、実施群）19名、自主トレーニング非実施群（以下、非実施群）31名に分けデータを分析。また、実施群に対し「やる気」「楽しみ」「会話」「継続」「効果」に関するアンケートを実施した。

【結果】

群間比較では有意差はなかったが、両群とも全項目で1回目から4回目のデータに高い相関が見られた。変化量の平均値は実施群でTUG-0.4秒、5m歩行-0.5秒、握力+1kg、HDS-R+0.8点、非実施群でTUG+0.1秒、5m歩行+0.1秒、握力+0.7kg、HDS-R+0.2点であった。アンケートでは、「やる気が増えた」68%、「楽しかった」79%、「会話が増えた」63%、「続けたい」100%、「効果があった」95%であった。

【考察】

アンケート結果から、自主トレーニング、イベントへの参加により楽しさや意欲の向上、利用者同士の交流が促進されたと考えられる。また、実施群の改善傾向のデータ結果からも、この取り組みによる活動量の向上が身体機能の維持・向上に寄与した可能性が示唆され、イベントの導入が運動の動機付けや意欲の向上に効果的に働いたと考える。

【まとめ】

今回の検討から自主トレーニングやイベントの開催は、運動の動機付けとなり心身機能の維持・改善につながる可能性が示唆された。引き続き定期的なイベントを実施するとともに、非実施群でも取り組める活動を提案し、全体の活動量向上を図ることが今後の課題となる。

口述Ⅱ

02-1

通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組による低栄養予防と早期介入の効果

施設名 医療法人慶友会 城東病院

発表者 黒崎禎巳（管理栄養士）

共著者 佐藤仁美

【目的】

低栄養は早期に介入しないと急速に悪化し、回復が困難になる。当通所リハビリテーションでは、令和3年より栄養・口腔支援を導入し、令和6年6月からリハビリテーション・栄養・口腔の一体的実施計画書を活用して介入を強化した。令和6年4月のLIFE結果ではADLは維持されていたが、低栄養リスク者が多かったため、さらなる支援強化を検討した。

【方法】低栄養のリスクは、高リスク20.7%、中リスク45.1%、低リスク、34.1%と判明。摂取不足や代謝低下が予測されたため、以下の対策を実施した。

①通所開始時と6か月ごとのMNA-sf評価、②毎月の体重減少・食事量低下者の抽出、③栄養講座とリズム体操による栄養教育と口腔機能・運動支援、④栄養補助食品（以下ONS食品）の活用、⑤実施計画書ごとの栄養アセスメント、である。令和7年2月のLIFEの結果と比較し、効果を検証した。

【結果】

10か月後、ADLは維持され、低栄養高リスク者は0%に改善。低リスク者は48.9%（+13.9%）に増加。要介護度の維持・改善は74%、期間中の利用継続率97%を達成した。特に90歳以上のONS食品利用者5名のデータでは、BMIは 18.5 kg/m^2 以上を維持・改善し、体重減少率10%以上のリスクはなかった。口腔機能の舌圧はほぼ維持され、一部向上。筋肉量も維持・増加が確認された。

【考察】

利用者、職員の低栄養への意識が低いことが課題であったが栄養講座が本人・職員双方の意識向上に寄与した。ONS食品の活用により、低栄養者の早期発見と適時介入が可能となり、要介護度の維持・改善につながったと考えられる。

【まとめ】

リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組による早期介入は低栄養予防に有効であり、高齢者特有の疾患発生を防ぎ、転倒・骨折リスクを低減する。継続的な在宅生活の維持・向上が期待できる。

口述Ⅱ

02-2

リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取り組み ～食事記録が効果的だった事例～

施設名 介護老人保健施設 通所リハビリセンター清雅苑
 発表者 池島由貴（理学療法士）
 共著者 真栄城一郎、大久保智明、野尻晋一、時里香

【はじめに】

栄養スクリーニング評価の栄養状態リスク分類にて高リスクと判断され、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を行った結果、生活機能向上を図り、在宅生活の安定や社会参加の継続が可能となった事例を経験したので報告する。

【対象者】

90歳代女性、要介護3。消化器症状、食欲低下、倦怠感によりサービス利用が約4ヶ月間減少。体重減少（BMI18→16.5未満）と転倒が短期間に発生した。

【介入内容】

令和6年6月栄養状態を中リスクと判断され、医師の指示のもと家族への食事記録の提案と栄養補助食品の紹介を行い、独自の食事記録パンフレットを用いた支援を開始。しかしながら3ヶ月後に高リスクへと移行した。欠食状況の可視化とエネルギー不足の把握のため介入5ヶ月目より食事記録を開始。そうすると欠食の改善とともに、家族・本人の意識変化が見られ、栄養補助食品の導入や摂取支援が自宅でも定着した。さらに、自宅での昼食へMCTオイル添加の活用方法や商品情報の提供を行った。食事記録1ヶ月後には必要栄養量を達成し、リスク分類が中リスクへと改善。9か月後にはBMI18台に回復し、栄養状態が低リスク傾向まで改善し転倒なく在宅生活の維持が図られた。

【成果と考察】

欠食やエネルギー不足の数値化により、食事リズム維持への意識向上が促され、本人・家族の行動変容につながった。多職種による連携と継続的なフィードバックが有効であった。

【まとめ】

早期発見・把握の為には食事状況の可視化、専門職の連携による継続支援が栄養改善と在宅生活の安定に寄与した。本事例を通じ、スクリーニング方法や介入時期、サポート体制の構築方法の検討を行い、課題を共有し、専門的なアプローチを行うための体制作りの重要性を感じた。

口述Ⅱ

02-3

多職種連携とリハビリ会議を通して全身状態が安定した症例 ～リハビリ・口腔・栄養の一体的取組を通して～

施設名 医療法人財団 善常会 善常会リハビリテーション病院
名古屋葵大学
発表者 黒川拓海（理学療法士）
共著者 大野弘貴、伊藤実那、石田和人

【はじめに】

令和6年度の介護保険改訂によりリハビリ・口腔・栄養の一体的取組を推進し、自立支援や重症化防止を効果的に進める観点から新たな加算が設けられた。当事業所においても算定を開始している。今回、口腔機能低下、低栄養がありリハビリに難渋した利用者に対して、多職種でのアプローチが重要と認識した事例について報告する。

【症例】

80代男性 要介護3 BMI 20.2

通所介護を利用していたが、転倒が徐々に増え、X月より当事業所の利用を開始。

疾患名：左上腕骨近位骨折

既往歴：心房細動、高血圧、鉄欠乏性貧血、脳梗塞

【経過】

利用開始時は食事の摂取量は7割程度であり、リハビリも実施できていた。X月+2ヵ月より食事のムセが増え、食形態を変更。X月+3ヶ月から体重が3kg程度減少しており、朝食を食べずに利用する日もあったため、運動量を調整していた。また倦怠感の訴えが強く、臥床時間も増えていた。利用時の不調について、家族・ケアマネジャーへ何度も電話での連絡を行うが、改善されず誤嚥性肺炎で入院となった。退院後(X月+4ヶ月)に当事業所を再開したが、低血糖で緊急搬送され、体調が安定しなかった。X月+5ヶ月に当事業所より自宅でのリハビリ会議を提案し、家族・ケアマネジャー、当事業所の介護福祉士・作業療法士・管理栄養士が参加のもと、X月+6ヶ月にリハビリ会議を開催した。

会議では、口腔や栄養の重要性を説明した。開催後、健康管理を目的とした訪問看護の導入や食事指導を行ったことで全身状態が安定した。

【考察】

今回、自宅でのリハビリ会議を行い、多職種から利用者・家族に丁寧に説明や改善点を伝えたことで、全身状態が安定したと考える。利用者・家族はリハビリの重要性を認知していても、口腔や栄養に関しての認知は不十分なことが多い。今回においても電話での連絡だけでは改善されなかったため、自宅でかつ多職種協働でのリハビリ会議が有用であったと考える。

口述Ⅱ

02-4

食事用エプロン装着方法の考案にて自己着脱が可能となった症例

施設名 医療法人社団 三友会 祇園デイサービスセンター
 医療法人社団 三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション
 医療法人社団 三友会 いしかわ内科
 発表者 柳田千穂（作業療法士）
 共著者 河原良尚、中藺真美、嶺井寛子、蒲生菜摘、道本純子、田原公彦

【目的】

アテトーゼ型脳性麻痺を呈し頸椎後方固定術施行している症例は、食事中の食べこぼしを気にされエプロンの使用を希望されるが自己着脱が困難であり献立によっては台所のシンクで摂取していた。エプロンの装着方法を考案したことで自己着脱が可能となり食事環境が改善されたため報告する。

【方法】

60歳代女性、要介護2、独居。

アテトーゼ型脳性麻痺を呈し、X-3年に頸椎症のため頸椎後方固定術施行。両肩関節に可動域制限があり左肩関節は最終域で疼痛がみられた。食事はスプーンまたはフォークにて食物をすくい口腔内まで運ぶ間に肩周囲の筋緊張亢進、上肢・口唇・舌の不随意運動が起こり口腔内に食物を完全に取り込めず食べこぼしがみられ、動作が努力的になることで筋疲労もみられた。機能訓練や自助具にて食べこぼしを軽減することが困難であったため、環境の改善とエプロンを装着したいという希望に沿って自己着脱可能なエプロンを作成する事とした。装着部は口元までのリーチが可能なおことから前方から着脱でき両手持ち可能なものにした。材料は市販の円形のエプロンホルダーを使用。首の周径に合わせてカットし、その両端を把持し広げながら首の前方から嵌める、引っ張る動作で着脱できるようにした。

【結果・考察】

着脱動作時、肩周囲の筋緊張亢進、上肢の不随意運動はみられるが自己着脱可能となり左肩関節の疼痛も軽減した。食事はテーブルで行う環境となり、症例より「これなら楽に着脱ができる」と前向きな感想を聴取できた。困難な動作と症例の負担になる動作、可能な動作を分析し残存機能を活かした自己着脱可能なエプロンを作成したことで食事環境が整い食事満足度向上に繋がったと考える。

【まとめ】

症例は独居であり、継続した自立支援が必要である。今後も症例のニーズを踏まえ生活で可能な動作と困難な動作を把握・分析し、解決方法を考え在宅生活を支えていきたい。

口述Ⅱ

02-5

短時間通所リハビリ利用者の目標と 目標達成状況から推察される早期終了者の傾向

施設名 社会医療法人慈恵会 聖ヶ丘病院

発表者 本間荘大（理学療法士）

共著者 中原義人、十鳥献司、米内山清貴

【はじめに】

当事業所は1～2時間の短時間通所リハビリを提供している。早期に目標達成し終了する利用者がいる一方で、目標達成後も利用を継続する方も存在する。今回、利用者のリハビリ目標とその達成状況に着目し、終了者と利用継続者の傾向について調査した。

【方法】

対象は2023年1月～2024年12月に当事業所を利用し、開始から1年以内に終了した25名（以下、終了群）と2年以上継続利用した79名（以下、継続群）。利用者のケアプランからリハビリの目標をA：身体機能、B：転倒予防、C：疼痛軽減、D：ADL、E：趣味・社会参加、F：通いの場の6項目に分類し、目標達成の割合を調査した。 χ^2 検定を用いて比較検討した。（*： $P < 0.05$ ）また、介護度、平均利用月数、終了理由についても集計を行った。

【結果】

各目標の達成割合（終了群：継続群）はA(67%：49%)、B(81%：41%)*、C(86%：17%)*、D(100%：75%)、E(100%：75%)、F(100%：100%)。平均介護度は終了群が1.6、要支援割合は32%、継続群が1.7、要支援割合は53%。平均利用月数は終了群が9.5ヵ月、継続群が57.3ヵ月。終了理由は自立、他サービス移行の順に多かった。

【考察】

本研究では1年以内に終了する要因として転倒予防や疼痛軽減の目標達成による関連性が示唆された。疼痛の軽減や転倒リスクの減少は自立した生活やQOLの向上に繋がるとの先行研究もあり、終了者の自立に繋がったと考えられる。また、D・E等の個別性が高く具体的な目標の場合も終了に繋がりがやすい傾向があり、終了を目指す場合は具体的な目標設定が有用と考えられる。一方で、長期間利用を継続している方の中には、通所リハビリの利用を身体機能の維持を目的とする場合や通いの場の1つとして捉えている場合も想定された。

【まとめ】

短時間通所リハビリ利用者が早期終了する要因として転倒予防や疼痛軽減の目標達成による関連性が示唆された。

口述Ⅱ

02-6

当施設における生活行為向上リハビリテーションの実績報告 ～介入契機に着目して～

施設名 医療法人香徳会メイトウホスピタル通所リハビリセンター
発表者 井手七央子（理学療法士）
共著者 種坂信吾

【目的】

当施設は3-4時間の短時間型で運営している。当施設における生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下、生活行為向上リハ）の介入事例をまとめたので報告する。

【方法】

当施設で生活行為向上リハを算定した症例を介入契機・介入期間・介入内容を整理し、分類・考察を行った。期間は2022年4月～2024年7月とした。

【結果】

生活行為向上リハの算定件数は22件であり、うち3件は複数回の介入が行われた。介入契機は、①転倒や骨折などによるADLの一時的低下（以下、アクシデント群）11件、②歩行器や入浴用福祉用具の導入（以下、福祉用具導入群）9件、③利用開始時の環境調整（以下、環境調整群）2件の3つに分類された。介入期間は平均2.0ヶ月であり、アクシデント群が1.7ヶ月とやや短い介入だった。

【考察】

本研究では当施設における生活行為向上リハの介入を3つのパターンに分類し、それぞれの特性が明らかになった。アクシデント群では早期の環境調整と動作指導によりADL回復を促し、重度化を防ぐアプローチをした。福祉用具導入群では適切な補助具選定により活動範囲の拡大と安全確保が図れた。環境調整群では利用開始時の適切な介入が円滑な適応を支援した。

これら3つのパターンに共通するのは、「必要なタイミングに適切な期間だけ介入する」という方針であり、その結果、介入期間は平均2.0ヶ月と短期間であった。また、状態の変化に応じて再介入が可能であり、3症例で複数回の介入が実施された。これは生活行為向上リハが柔軟に活用できる点を示している。

【まとめ】

当初はリハビリスタッフ主導での介入提案が多かったが、施設内での情報共有や院内症例発表を通じて、介護スタッフからの提案も増加している。また、ケアマネジャーからの介入依頼もあり、生活行為向上リハの認知度が向上していることが示唆された。

口述Ⅲ

03-1

介護者の心身に負担がかかる状況を把握する試み

施設名 医療法人社団同仁会 介護老人保健施設 ケアリゾート金光
発表者 平田英嗣（理学療法士）
共著者 平井知里、平田香奈

【目的】

認知機能が低下している要介護者との生活は、介護者にとって先の見えない戦いの様な状況で、心身にかかる負担が増大すると、介護者は状況を客観的に判断することが難しくなる。そのため、介護者が介護生活への限界を感じる前にレスパイトを提案する等、双方の心理面を含めた生活状態を整えることが望ましい。そこでこの度は、介護者が要介護者の在宅生活を諦める前に支援者全体で対応することを目的として、介護負担が原因で在宅生活を終了した症例を振り返り、介護者の心身に負担がかかる状況を把握することを試みた。

【方法】

対象は2024年1月1日から12月31日までにサービスの利用を終了し、施設に入所した7名。対象者の年齢は70代が1名、80代が2名、90代が4名、介護度は要介護1が1名、要介護2が3名、要介護3が1名、要介護4が2名、性別は男性2名、女性5名、知症機能が低下していたのは6名。主介護者の年齢は30代が2名、50代が1名、60代が3名、70代が1名。担当1名は電話を用いて主介護者に「介護生活で負担に感じた事」を自由回答にて聴取した。

【結果】

主介護者の多くは、昼夜逆転、繰り返す転倒・転落、排泄の失敗への対応を負担に感じていた。その他に、主介護者の介護態勢の変化、協力者不足、利用者との関係悪化、転倒転落時自分で起き上がれない等が挙げられた。

【考察】

要介護者から常時目を離せない状況は介護者の心身に強い負担となる。そして、排泄の失敗や転倒・転落の回数が増加すると、介護者の心身が疲弊し、介護生活に限界を感じることになる。要介護者の在宅生活の継続を支援するために、サービス提供者は介護者の有形無形のサインを捉え、その情報を支援者全体で共有し、適時適切に介入することが望ましい。

口述Ⅲ

03-2

回復期退院後、デイケア利用及び訪問リハビリ利用により、 著明な改善を示した事例について

施設名 医療法人財団善常会 老人保健施設シルピス大磯
医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院
名古屋女子大学
発表者 井手窪俊一（理学療法士）
共著者 熊谷泰臣、石田和人

【はじめに】

デイケアを約2年半利用し、回復期退院時は要介護4であったが、その後歩行を獲得し要支援2のレベルに改善した事例を経験した。その経過を考察し、報告する。

【事例紹介】

85歳、女性。自宅階段で転倒。第8胸椎破裂骨折、第9胸椎圧迫骨折にて、胸椎除圧固定術を受け、約5か月の回復期入院加療後に自宅退院となった。デイケアを週2回、訪問リハを週1回利用。退院時、日常生活自立度B1、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅱa、要介護4、移動は車椅子で自立。歩行は、個別対応時のみに実施し、両短下肢装具と固定式歩行器にて30m程度可能。入浴は機械浴。自宅内での歩行導入と簡単な家事が一人で行えることを目標に開始した。

【経過および結果】

自宅退院の約3ヶ月後、ベッドから転落し立位や歩行時の膝折れが著明となり、3m程の歩行で座り込むようになった。夫の入院も重なり、精神的にも落ち込んだ状況を訪問リハと共有。2か月程で徐々に改善し、家族と一日一度歩行する機会を持ちたいと希望があり、夫へ自宅内の歩行注意点を訪問リハで伝達した。また、デイケア利用中に3回居宅訪問を実施し、自宅での動作や課題を適宜確認し、訪問リハと共有した。

デイケア利用終了時は、屋内歩行は伝い歩き、屋外歩行は歩行車を使用し、付き添いのもと近所のスーパーまで歩行可能となり、入浴も見守りレベルとなった。日常生活自立度A1、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準自立、要支援2、立位での調理も可能となり、デイケアを終了した。

【考察】

訪問リハとの連携を密に行い、デイケアでの状況や機能面の変化だけでなく、本人や家族の発言等も共有した。それにより、訪問リハと一体となって、変化を見逃すことなく、適切なタイミングでの環境設定やリハビリの提供が可能となることで、著明な改善へ進めることが出来たと考える。

口述Ⅲ

03-3

山間部在住高齢者における転倒不安感と歩行パラメータの関連性： AI 歩行解析アプリを用いた検討

施設名 医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑
医療法人大誠会 内田病院
(株)H & M サービス

発表者 榮田翔太（理学療法士）

共著者 金子祐紀、小此木直人、井上宏貴、田中志子

【目的】

山間部在住高齢者において、AI 歩行解析アプリ「シニアライフ」で測定した詳細な歩行パラメータと転倒不安感の関連性を明らかにし、従来の TUG 測定では捉えられない質的側面から効果的な介入方法の示唆を得ることを目的とした。

【方法】

令和7年4月時点の通所リハビリテーション利用者で、65歳以上で監視下または自立歩行が可能な者（杖の使用は可、押し車は不可）のうち、重度の認知機能低下者を除外した30名（平均年齢78.3±6.5歳、男性12名、女性18名）を対象とした。シニアライフアプリを用いたTUG測定（歩行時間、歩行スコア、歩行速度、歩幅、分あたり歩数、バランススコア、頭部ふらつき、肩・腰バランス）と転倒不安感尺度（FES-I日本語版）を実施し、Pearsonの相関係数を用いて分析した。

【結果】

転倒不安感と分あたり歩数の間に有意な負の相関を認めた（ $r=-0.362$, $p=0.049$ ）。統計的有意差は認められなかったが、転倒不安感と歩行時間（ $r=0.344$, $p=0.062$ ）、歩行速度（ $r=-0.334$, $p=0.071$ ）、歩行スコア（ $r=-0.321$, $p=0.083$ ）、頭部ふらつき（ $r=-0.312$, $p=0.093$ ）との間にも相関傾向がみられた。

【考察】

分あたり歩数（ケイデンス）が転倒不安感と有意に関連したことから、歩行の「リズム」が心理的安心感に影響している可能性が示唆された。山間部特有の不整地や傾斜地での歩行において、安定したリズムの維持が難しい高齢者は転倒不安感が高まる傾向にあると考えられる。単純な歩行速度や歩幅よりも、歩行のリズム性が主観的な不安感により強く関連している点は臨床的に重要な知見である。

【まとめ】

山間部在住高齢者において、歩行のリズム（分あたり歩数）が転倒不安感と最も関連していることが明らかとなった。この結果から、メトロノームを用いたリズム歩行訓練など、歩行リズムの改善に焦点を当てたりリハビリテーションプログラムの開発が重要であり、地域特性を考慮した介入方法の確立が期待される。

口述Ⅲ

03-4

介護士が担うリハビリテーションの一端 ～サーキットリハビリへの取り組みとその影響～

施設名 老健リハビリセンタークローバーヴィラ
 発表者 竹内亮（介護福祉士）
 共著者 赤生和彦、土居忍

【目的】

当通所リハビリテーション（以下、通所リハビリ）では、サーキット形式の集団リハビリテーションを運営している。今回、介護士がリハビリの一部を担う体制を導入することで、介護士のリハビリテーションへの意識向上と職員全体の知識とスキルの向上を図ったので以下に報告する。

【方法】

2020年より、セラピストが主導するサーキット形式のリハビリテーションを実施している。プログラムは①歩行、②いきいきエクササイズ、③健口フレッシュ、④マットの4コーナーで構成され、各コーナーを10分程度で回る形式とした。2023年12月には、④マットコーナーを「元気はつらつコーナー」に再編し、介護士がリハビリを一部担当する体制を導入した。内容構成や利用者・職員への周知は、セラピストの助言を受けながら介護士が主体的に行った。

【結果】

○良かった点

利用者：楽しみながらリハビリができるようになったと好評を得た。

職員：介護ケアに加えリハビリに関与することで、通所リハビリの本来の目的を再認識するきっかけとなった。再編準備に携わった介護士を中心に、スキル向上に繋がった。

○悪かった点

利用者：職員間のリハビリの質にばらつきが見られ、不安を感じたりサービス低下と捉える声があった。
 職員：担当介護士によりスキルのばらつきがみられる。また、プログラム作成や周知に多くの時間を要し、業務負担が増加。

【考察】

介護士がプログラムをリハビリの目的に沿って設計することができ、楽しみながらリハビリに真剣に取り組む利用者が増加した。

職員については通所リハビリの本来の役割を再認識するとともに、介護ケア以外にリハビリにも関与することで、介護士自身の資質向上に寄与していると実感している。

【まとめ】

介護士の関与により、利用者の参加意欲が向上した一方、介護士間でスキルのばらつきや業務負担が課題となった。今後は指導体制の強化や業務効率化を図り、改善に取り組みたい。

口述Ⅲ

03-5

アロマオイルのフットマッサージで生き生きとした生活

施設名 医療法人福嶋医院介護老人保健施設いるかの家
リハビリテーションセンター
発表者 渡邊圭子（介護福祉士）
共著者 中田英理、早間智

【目的】

アロマオイルでのフットマッサージがフレイル予防の視点で「生き生きとした生活」につながるのかを検証する。

【方法】

カウンセリングで本人の気持ちを傾聴し、足の観察・足浴・フットマッサージの施術を行う。施術後に本人の想いを確認する。

【結果】

通所リハビリ利用時は、PT 指導の下、機能訓練を行い、各自の決められた運動に取り組んでいる。思うように体が動かせないことでネガティブな発言が聞こえてくる。

カウンセリング結果、浮腫・痛み・冷え性・転倒しそう・足が前に出にくい・足裏がフアフアする・踏ん張りが効かないなど複数の悩みを持っている。自分の足で歩きたい・周りの人に迷惑をかけたくないと希望を持っている。在宅で入浴実施の方に酷い汚れが見られる。皮膚病や巻き爪が放置状態になっている。アロママッサージ施術後、一時的ではあるが浮腫の改善がみられる。施術後に気持ちよかった・足が軽くなった・ゆっくり寝られた・次回も受けたいと好評を受ける。オイルの香りで気分が優れない人が出る。

【考察】

足浴とアロママッサージを施術することで血行促進・体内循環の改善に繋がり、一時的ではあるが、浮腫や疲労感の軽減・足の軽さ・睡眠改善が見られる。しかし効果は短い時間のみとなる。マッサージ後は心地よさを味わうことで次回も施術を希望される。

【まとめ】

オイルからの香りとマッサージでのタッチ効果から、穏やかな表情になり緊張の緩和に繋がる。悩みや不安が表出しやすくなる。痛みや不安が心地よさに変化する。足の観察を行うことで皮膚病や巻き爪が早期に発見出来、医療につなげることが出来る。足浴やマッサージで足の軽さや明るい声を聞けたことはフレイル予防の視点で生き生きとした生活の一つの助けになると感じる。

今後足の改善状態でリハビリへ繋げていくと運動効果のアップも期待される。

フットマッサージの大切さが浸透し継続して行える環境づくりの構築を切に希望する。

口述Ⅲ

03-6

リハビリテーション機器（プレミアムジム）を用いた リハビリテーションプログラムとその効果

施設名 医療法人あすか会 介護老人保健施設ハビリス
発表者 徳丸由香（作業療法士）

【目的】

デイケアご利用者に対して、個別のリハビリテーション以外にリハビリテーション機器（パワーリハビリ）を用いた運動を行っている。セラピストを中心に心身機能を評価し、介護士が中心に実施している。今回、リハビリテーション機器のプログラムの一つとして、パワーリハビリ以外にプレミアムジムを取り入れた。それぞれ能力と目的に合わせた小集団プログラムを実施、その効果を確認することを目的に検証した。

【方法】

それまでパワーリハビリを実施していたご利用者の中から安定した動作、バランス能力の向上を目的としたご利用者に対し、プレミアムジムにプログラム変更を行った。その後カンファレンスで、主観的評価：日常生活上感じる変化と、客観的評価：体力測定 (TUG・FRT)、日常生活動作評価 (Barthel Index)、認知機能評価 (HDS-R) を行った。

【結果】

客観的評価では、TUG 値において半数以上が向上、主観的評価では、「ふらつきが軽減した」、「デイケアに通って運動することが楽しみのになった」というご利用者やご家族の前向きな声を聞くことができた。

【考察】

個別のリハビリテーション以外の運動プログラムにおいて、定期的な評価のもと、目的に合わせたプログラムへ内容を見直すことは重要である。今は様々なリハビリテーション機器があり、それをうまく活用することで、どのスタッフもより手軽に運動を行うことができる。また、カンファレンスでは、セラピストの客観的評価以外にも他職種での気づきをご本人、ご家族にフィードバックする事でご利用者自身がよくなってきたという事を実感し目標達成に近づくのではないかと考える。

【まとめ】

今後、LIFE を用いた個々の利用者のフィードバックを検証することで、今以上にご利用者の目標に合わせたプログラムの提供が可能となる。それらを生かし、引き続きデイケアのサービスの質の向上を目指した取り組みにチャレンジしていきたい。

口述Ⅳ

04-1

令和 6 年度介護報酬改定後のデイケアにおける 医療と介護の連携について

施設名 医療法人鴻池会 鴻池荘
医療法人鴻池会 秋津鴻池病院
発表者 福岡由規（理学療法士）
共著者 西田宗幹

【目的】

当荘デイケアは、病院からのリハビリテーション（以下、リハ）実施計画書の受け取りや退院時共同指導の実施を目的として、令和 6 年 5 月～7 月に病院のリハ職や外部の介護支援専門員（以下、CM）と退院前からの連携方法を確立するため、訪問や電話にて協力を依頼した。今回、連携状況の調査を行ったので、考察を加え報告する。

【方法】

対象は、令和 6 年 6 月 1 日～12 月 31 日に退院後デイケアを利用した 56 名。調査項目は、年齢、性別、介護度、利用までの日数、利用者種別として新規または再開、連携医療機関として法人内または外部、入院中のリハの有無、リハ実施計画書の受け取りの有無とし、退院時共同指導では、共同指導の有無、利用者種別、連携医療機関、CM 種別として法人内または外部とした。

【結果】

年齢 81.1 ± 9.2 歳、男性 22 名、女性 34 名、介護度 2.4 ± 1.2 、利用までの日数 7.8 ± 11 日、利用者種別は新規 21 名、再開 35 名、連携医療機関は法人内 20 名、外部 36 名、入院中のリハは 56 名中 49 名（87.5%）実施、リハ実施計画書は 49 名中 41 名（83.7%）で受け取りがあった。退院時共同指導は 49 名中 21 名（42.9%）実施、利用者種別は新規 14 名、再開 7 名、連携医療機関は法人内 12 名、外部 9 名、CM 種別は法人内 18 名、外部 3 名であった。

【考察】

利用までの日数は機能回復が高いとされる 2 週間より短く、リハ実施計画書の受け取りは、8 割以上で行われ、事前の連携方法の確立によるものと考えられた。しかし、利用者のリハ実施計画書の紛失もあり、事業所間で行える受け取り方法の検討が必要と考えられた。退院時共同指導は 4 割以上で実施も、大半が法人内の病院や CM であり、外部との連携をより進めるために、事例紹介による広報などを行い、共同指導の利点を共有していく必要があると考えられた。

【まとめ】

介護報酬改定後の連携状況の調査を行い、リハ実施計画書の受け取り方法や退院時共同指導の外部との連携について課題を確認できた。

口述Ⅳ

04-2

医療介護連携における通所リハビリ・訪問リハビリの 一体的運営と取り組み

施設名 医療法人博仁会 大宮フロイデハイム 大宮デイケアセンター
医療法人博仁会
発表者 國井崇洋（理学療法士）
共著者 鈴木邦彦

【はじめに】

病院併設型の介護老人保健施設として、超強化型を算定し、大規模型通所リハビリ、訪問リハビリを行っている。今回は病院併設型老健としての法人内連携、他法人との法人外連携、通所リハビリ・訪問リハビリでの一体的な運営と取り組みについて発表する。

【取り組み】

法人内連携では在宅退院となる場合には、退院直後から通所リハビリと訪問リハビリでフォローできる体制を取っている。入院中に退院後サービスの利用可能性がある患者情報を法人内システムで情報共有を行っている。情報共有を行うだけではなく、担当のリハビリ専門職と通所・訪問のリハビリ専門職のカンファレンス、通所・訪問のリハビリ専門職が病院リハビリへ介入し、退院後にスムーズに在宅生活が行えるよう取り組んでいる。法人外連携では連携パスなどの共通のツールでの情報共有、令和6年度介護報酬改定により義務化された医療機関のリハビリテーション計画書の受け取り、新設された退院時共同指導加算を活用し在宅生活の支援を行っている。法人内、法人外とも退院前から協働することにより、退院直後から利用者に合わせ通所リハビリ・訪問リハビリの適切なサービス提供が出来ている。また、医療連携だけではなく、通所リハビリ・訪問リハビリ卒業を目指し、通所介護や地域サロンとの連携も行っている。

【まとめ】

在宅での生活を支えるためにも医療介護連携は重要である。令和6年度介護報酬改定により義務化された医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りでは開始直後は医療機関との調整で苦労する点があったが現在はスムーズに行えている。また、退院時共同指導加算では医療機関の連携室だけではなく、退院調整看護師、リハビリ専門職とのコミュニティ形成などを行い新設され半年が経過し連携できる医療機関も増えた。改定後の取り組み内容については当日合わせて報告する。

口述Ⅳ

04-3

退院時共同指導における当事業所の課題 ～より円滑な在宅生活への移行を目指して～

施設名 医療法人共和会 介護老人保健施設 「伸寿苑」 伸寿苑デイケアセンター

発表者 村上万里（作業療法士）

【目的】

当事業所における退院時共同指導加算の算定状況等を分析するとともに、当該加算を算定した事例への取り組みを再考し、当事業所における当該加算の算定に向けた課題を明らかにすることを目的とした。なお本研究は当法人倫理委員会の承認を受けた。

【対象】

令和6年度介護報酬改定以降、医療機関・介護保険施設を退院・退所し、当事業所を利用開始した17名。

【方法】

①診療録、各種計画書等より、基本情報、当事業所利用歴、利用相談から退院までの日数、退院前カンファレンス（以下カンファ）・退院前訪問（以下訪問）への参加有無、参加依頼状況、不参加理由等について調査。②算定要件を満たした者（以下A群：6名）、満たさなかった者（以下B群：11名）に分け、①について群間比較。③B群について算定要件を満たさなかった要因を調査した。

【結果】

①平均年齢82.5歳、平均要介護度3.88、紹介元は同一法人内14名（82.5%）、入院・入所直前に当事業所利用歴のある者6名（35.3%）、相談から退院までの平均日数43日で、当事業所利用歴のある者程、相談から退院までの日数が長い傾向にあった。カンファへの参加6名（35.3%）、訪問への参加6名（35.3%）、参加依頼はカンファ8名（47%）、訪問9名（52.9%）。

②A群のほうが相談から退院までの平均日数が長かった。③すべてカンファへの不参加が要因であった。不参加理由は、参加依頼なし（カンファ未開催）9名（81.8%）、リハ専門職以外の参加2名（18.2%）であった。

【考察】

カンファ自体が開催されないことや退院・退所直前で相談を受けるケースも多く、介護保険事業所側からの働きかけに再考の必要性を感じる。また、より円滑な医療・介護連携の実現においては、訪問同行等実際の暮らしの場での連携や、事例によってはリハ専門職以外の職種のカンファへの参加や訪問同行も、より円滑な在宅生活への移行を目指す上で重要であると考ええる。

口述Ⅳ

04-4

当施設通所リハビリテーションにおける 退院時共同指導加算の算定状況に関する調査

施設名 医療法人社団筑波記念会 介護老人保健施設 つくばケアセンター
医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 リハビリテーション部
医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 婦人科
発表者 山口愛（作業療法士）
共著者 神保敦史、山倉敏之、金森毅繁、長澤俊郎、小關剛

【目的】

令和6年度の介護報酬改定において、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーション（以下、リハ）を実施する観点から、退院時共同指導加算（以下、指導加算）が新設された。今回、当施設通所リハにおける指導加算の算定状況を調査し、医療と介護の連携について考察する。

【方法】

2024年6月から2025年2月の間に通所リハを利用開始した50名を対象に、利用開始前の状況、介護度、指導加算の算定の有無を調査した。指導加算の算定割合を、病院を退院した利用者数と介護度別に比較した。

【結果】

新規利用者50名の利用開始前の状況は、自宅13名、病院30名、老健7名であり、病院退院後に利用した30名の介護度は、要支援1:0名（内算定者0名）、要支援2:1名（0）、要介護1:6名（1）、要介護2:10名（1）、要介護3:6名（3）、要介護4:5名（1）、要介護5:2名（1）であった。指導加算を算定したのは計7名で23.3%の算定状況となり、内訳は完全新規2名、再開5名であった。介護度別算定割合は、要介護1:16.7%、要介護2:10%、要介護3:50%、要介護4:20%、要介護5:50%となった。

【考察】

指導加算の算定者で再開利用の割合は71.4%であった。これは、入院当初よりリハ専門職が介護支援専門員と連携し、入院期間中の状況を随時確認していた事が、カンファレンス参加に繋がったと考えられる。今回、介護度別算定割合を比較し、より重度介護の方ほど算定率が高かった事から、書面以外で直接的に医療と介護相互に情報共有を行い、在宅生活にむけた課題解決や具体的な指導が求められていたと考えられる。指導加算の算定者は退院後に利用した方の23.3%であった。今後、共同指導の機会を増やす為には、入院中で介護支援専門員が選定済の方において、カンファレンス等の参加をシステム化する必要があると考える。住み慣れた地域で質の高いサービス提供を行うには、医療と介護の連携を促進していく必要がある。

口述Ⅳ

04-5

共生型自立訓練（機能訓練）の指定にチャレンジしたくなる話 ～ 指定までの取り組みと課題 & 初月請求額公開 ～

施設名 医療法人福嶋医院 介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター
医療法人福嶋医院 福嶋医院
社会福祉法人ドルフィン福祉会 障がい者グループホーム ドルフィン三ツ山
発表者 早川真一（事務長、理学療法士、サービス管理責任者）
共著者 福嶋真弥

【はじめに】

令和6年度の介護保険制度改定により、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの一つである自立訓練（機能訓練）（以下、自立訓練という）が、共生型自立訓練（機能訓練）（以下、共生型自立訓練という）として通所リハビリテーション事業所でも実施可能となった。当施設同一敷地内にグループ法人の運営する障がい者グループホームがあり、自立訓練の対象者となり得る方がご入居されたため速やかに指定申請の手続きを行い、令和7年5月1日付で共生型自立訓練の指定を受けた。

【目的】

医療法人が共生型自立訓練の指定を受けるまでの過程や、行政とのやりとりで直面した課題や指定を受ける利点について報告し、今後同様の指定を目指す事業所の一助となることを目的とする。

【課題と利点】

（課題等）

- ・ 行政に聞いてもホントに何もわからない。
→ 申請書は県担当者と二人三脚で作り上げた印象。
- ・ 現行定款に必要事項の記載がない場合は定款変更を求められる。
→ 定款変更にかかる日数が約1か月。理事会社員総会まで含めるとそれ以上。
- ・ 定款変更を行政書士、司法書士に依頼するとウン万円
→ 案外簡単なので自力でやりましょう。

（利点等）

- ・ 話題性抜群
→ 社会福祉協議会や相談支援事業所へ営業に行く
と興味持っていただける。
- ・ 共生型の場合は障害者総合支援法における自立訓練の各基準はフル無視
→ 要するに共生型自立訓練の利用者0でも経営リスクなし。

【まとめ（経営・運営の視点から）】

結論、『共生型自立訓練の指定はできるだけ早く受けるべきである。』その最たる理由は共生型の特徴である“通所リハビリテーションの人員基準を満たしていれば、自立訓練の人員基準は求められない”また、“指定を受けたからと言って追加の経費はかからない”事であると考える。共生型自立訓練の指定を受け、いつでも受けられ可能な状態にしておくことにより、機会損失を防ぎ、事業所の増収に繋がるものと考えている。

口述Ⅳ

04-6

新規利用者紹介元からみた当通所リハビリテーションの傾向と課題

施設名 社会福祉法人こうほうえん 錦海リハビリテーション病院
 通所リハビリテーションきんかい
 社会福祉法人こうほうえん 錦海リハビリテーション病院
 発表者 生田陽介（作業療法士）
 共著者 岡本悦子、北山朋宏

【目的】

現在、当通所リハビリテーション（以下通所リハ）の利用者数は新型コロナウイルスが流行する前の8割程度である。過去3年の新規利用者紹介元を分析し、新たな利用者獲得にむけた足掛かりを探ったため以下に報告する。なお当報告は当院倫理委員会の承認を得ている。

【方法】

令和4年4月から令和6年12月までに紹介があった包括支援センター（以下包括）、居宅事業所（以下居宅）212件から、介護度、紹介前の状況、当院との関連性を比較、分析した。

【結果】

紹介元は鳥取県西部で一番人口の多い地区のA包括28件、当院の地区のB包括21件、法人内のC包括14件、法人内のD居宅13件、法人外のE居宅12件、法人内のF居宅12件の順であり、その他の事業所は10件未満であった。介護度は要支援105件、要介護107件であり、要支援1から要介護2までの利用者が全体の8割程度を占めていた。紹介前の状況としては回復期入院が67件、自宅が45件、急性期入院が26件であった。当院との関連性は紹介件数の半数程度の105件が過去に当院を利用していた。

【考察・まとめ】

当通所リハは全利用者に個別リハビリを提供しており要支援利用者の紹介、包括からの紹介が多いと考えられ、回復期、急性期病院から自宅へ退院はしたが更なる機能の底上げや生活関連動作の自立を目指すサービスとして期待されているためだと思われる。また紹介の半数が当院の利用歴がある利用者であることから、入院中の満足度の高さが影響していると考えられる。

【まとめ】

今回分析を行い、病棟スタッフとの連携、情報共有が円滑に行え、退院後もスムーズなリハビリが提供できることがアピールポイントであると再確認ができた。

また今後、当院に関連はないが紹介件数が多かったE居宅などに対して当通所を選択した理由や期待する事などアンケート調査を行うことで、当通所に求められている事を明確にしていきたいと考える。

口述V

05-1

退院直後からの通所リハ介入と家族連携により 町内への外出が自立した症例

施設名 医療法人社団 輝生会 船橋市リハビリセンター
発表者 石塚優平（理学療法士）
共著者 目黒遼介、尾下真志

【目的】

回復期病棟退院直後から通所リハビリを導入し、活動・参加に焦点を当てた支援を家族含めて行った結果、家族内役割の遂行、活動範囲の拡大に至った事例を経験した。支援経過を振り返り考察する。

【方法】

症例は70歳代女性。頸髄損傷により不全四肢麻痺を呈した。回復期病棟にて入浴以外のADLと一部IADL自立、屋外歩行は見守り～自立で自宅退院。物事に慎重な性格や転倒への不安が、退院後の活動の障害因子になる懸念があった。入院中より家屋調査への同行、退院前カンファレンスに参加等で関わり、退院後4日目から通所リハビリを週2回で開始。屋外歩行自立を目指し、部分免荷式トレッドミルトレーニングと、外出に付随する動作訓練を実施。通所リハに家族が付き添っていたため、状態に合わせた活動の提示、自宅での活動状況の確認等、必ずコミュニケーションを取るようにした。

【結果】

屋外歩行は家族見守りで行われ、徐々に行先も増えていった。通所開始から5か月後には町内の外出が自立した。心身機能は10m歩行13.1秒→7.9秒、6分間歩行距離300m→390mへと改善を認めた。

【考察】

入院中から関わり、十分な情報収集を行い、ニーズと在宅課題をとらえ、的を絞った支援ができたことで、生活の再構築がスムーズに行われたと考える。また、通所リハの見学やセラピストとのコミュニケーションを通じて、家族が症例の心身機能や活動の理解を深められたことも、活動の継続・多様化を促進したと考える。こうした支援の積み重ねで外出への不安が軽減し、活動の広がりにつながったと考える。

【まとめ】

早期からの通所リハ介入により切れ目のない支援を行うこと、家族支援を手厚く行うことが、入院生活から在宅へのソフトランディングを実現する上で有効である。

口述Ⅴ

05-2

デイサービスにおける活動意欲向上への支援 ～利用者の興味に寄り添った関わりを通して～

施設名 医療法人社団富家会 富家デイサービスセンター
医療法人社団富家会 富家病院デイケアセンター
発表者 田辺有香（理学療法士）
共著者 瀧村友貴、軸屋幸子、丸山圭介、鈴木佐知子

【はじめに】

当デイサービスでは、利用者個々の興味・関心や経験に寄り添い、主体的な活動参加を促す選択性アクティビティや自立支援活動を提供している。今回、これらの取り組みを通して利用者の活動意欲向上に繋がった症例に関わる機会を得たため報告する。

【症例】

70歳代女性。関節リウマチによる手指の重度変形、左人工股関節全置換術、両膝人工膝関節全置換術施行。ADLは自宅内：ピックアップ歩行器、屋外：車椅子介助、移乗は軽介助。要介護度3。週3回デイサービス利用。

【方法】

症例の活動参加状況や発言、在宅生活状況を情報収集し、興味・関心に基づき活動に参加しやすい環境を整えた。

【経過】

選択制アクティビティ

手作業への抵抗感があったが、他利用者のアイロンビーズの作品に興味を示し、職員の働きかけに応じて参加。ピンセットの把持やビーズ配置を工夫し、1回約50個のビーズを使用した作品が作れるようになる。カラオケは「好きだけど声も出なくなった」と敬遠していたが、参加し積極的に歌うようになる。またカラオケルームまでの移動も「皆と同じように歩いていきたい」と車椅子からピックアップ歩行器へ変更。歩行練習を併用して移動範囲の拡大を図った。

自立支援活動

「タオルなら畳めるかも」との発言を契機に、洗濯物たたみを開始。以降、在宅でも洗濯物を畳む習慣が定着。自宅での役割の獲得により臥床時間が短縮し、脳トレ本に取り組む様子がみられ、通所や受診時も玄関までの歩行が継続して可能となる。

【考察】

身体的制限により消極的だった活動に対し、利用者の興味に寄り沿った支援により、残存機能を活用し、自己選択した活動への参加が促進された。これにより主体性が尊重され、成果を確認することで自信や達成感を得ることができ活動意欲が向上した。また、活動意欲の向上は在宅生活での活動量増加に繋がった。今後も利用者の興味を尊重し、新たな自己実現の機会を提供していきたい。

今こそ試される 介護予防のあり方

施設名 医療法人社団 東北福祉会 せんだんの丘ぷらす

発表者 多田友則（リハビリテーション体育士）

【目的】

当事業所は、開所から現在まで15年以上介護予防特化（事業対象者・要支援者のみ）事業所として利用者の身体機能のみならず、生活全般を意識した運営を続けてきた。

しかし、徐々に利用者層の変化を感じている。それに伴い、サービス内容も変化している。特にコロナ禍以降は変化が顕著であると感じている。

本発表では、介護予防の返還を振り返り、今後の運営について検討する。

【方法】

当事業所の利用者層やサービス提供内容などの変化について、過去と現在を比較しながら、時代の変化に合わせた今後の介護予防のあり方について考察する。

【結果】

過去と現在では、サービス利用を開始する年齢や利用年数に大きな変化がみられた。利用を開始する年齢は遅くなり、利用終了までの年数が短くなっている。言葉だけでは良い傾向にも聞こえるが、その内容には現在の介護予防の課題が表れていると感じた。

その結果、提供できるサービス内容やサービス利用開始後の利用者の生活や行動の変容にも大きな変化がみられており、今後の介護予防事業の役割や立ち位置、あり方について検討が必要であると感じた。

【考察】

介護予防の普及啓発が進む中で、サービス以外でもフィットネスや地域住民による地域活動に参加することで介護予防に取り組む高齢者が増えている。これにより、身体機能に関しては維持できている高齢者が増えてはいる。しかし、動作や活動といった身体機能以外の視点を持っている専門職が介入していないことにより、生活課題への対応が遅れ、QOLの低下につながるケースも増えている。

【まとめ】

選択できるサービスや地域活動などが増えている反面、介護予防サービスの利用が遅れてしまっている状況である。つまりは、専門職の介入が一足遅れている。

今後は、介護予防サービスだけではなく、介護予防としての地域活動に対しても専門職の早期介入が重要だと考える。

口述V

05-4

就労支援にあたって、リハビリテーション会議が 有効に機能した事例について

施設名 医療法人社団富家会 介護老人保健施設いぶき
発表者 狩谷寿一（理学療法士）

【はじめに】

リハビリテーション（以下リハ）会議とは、リハ計画書作成のために、利用者、家族および、医師、セラピスト、ケアマネージャー（以下CM）、その他関係者により構成される会議であり、リハに関する専門的な見地から利用者の情報を共有し、適切なサービスを提供するためのものである。今回、就労支援にあたって、リハ会議が有効に機能した事例を経験したので報告する。

【事例紹介と経過】

40代女性、要介護5

疾患名：くも膜下出血、左大腿骨頸部骨折。発症から1年1ヶ月で実家に退院。その1年3ヶ月後から、当施設の通所リハビリテーション（以下デイケア）を利用開始。当施設のデイケアは4年5ヶ月利用されたが、利用開始から3年8ヶ月、計19回のリハ会議を開催した。

利用開始時は覚醒が低く、易疲労、嘔気があり、ADLはほぼ介助が必要な状態であった。利用開始1年後から徐々に覚醒、ADLが向上。就労希望があり、ケアプラン、リハ計画ともに就労を目標とした。利用開始3年半経過した頃から、就労支援センターに通い始め、リハ会議は終了。就職が決まり、デイケア終了となった。

【考察】

厚労省調査によると、40歳以上50歳未満のデイケア利用者の割合は0.6%である。また、デイケアにおける最も優先順位の高い課題領域について、「仕事」を含む「社会適応」を挙げているのは2.1%である。

就労支援において、リハ会議が情報共有や目標を設定する上で有効に機能した。変化する身体機能や生活機能、ご本人やご家族の希望を評価し、目標を設定し直し、その時に必要なプログラムを提供できたと考える。また、CMは介護保険サービスを選択する上で、リハ会議で得た情報が役立ったと考える。

【おわりに】

デイケアにおいて、就労支援を経験した。就労に必要な条件は多岐にわたり、それらを検討、情報共有する場としてリハ会議は有効だと感じた。就労支援に限らず、今回の経験を自立支援に活かしていきたい。

口述V

05-5

認知症の方への服薬自立に向けて ～近隣に身寄りがない独居の方の1症例～

施設名 医療法人社団三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション
発表者 山下浩蔵（介護福祉士）
共著者 道本純子、野崎隆司

【はじめに】

通所リハの役割として非介入日の在宅生活に対してもマネジメントする必要がある。今回、認知症であるご利用者様の服薬状況において、通所リハや訪問介護等の介護サービスが非介入日に薬が飲めていない事例があった。服薬自立に向けて取り組んだ1例を報告する。

【症例】

70歳台男性。要介護2。独居。既往歴：アルツハイマー型認知症。令和5年9月初旬から利用開始後間もなく骨折の為入院。入院時のHDS-R16点。10月に独歩自立、病院内ADL自立し自宅退院となる。退院後は当院通所リハを週3回利用、訪問介護週3回。令和7年3月Barthel Index80点、TUG11.9秒、体重84.3kg、MMSE18点。

【経過】

10年前から一人暮らし。介護サービス介入前は見当識障害、金銭管理困難もあり通院困難・服薬管理困難な状態。通所リハ・訪問介護での服薬管理を実施。介護サービス非介入日の日曜・祝日に服薬出来ない事を確認。見守りカメラやテレビ電話による服薬管理方法をご家族に提案するが実施困難。理由として介護サービス利用開始前にご家族が自宅に見守りカメラを設置するもカメラを自己撤去されていた。服薬管理の中で日付の間違い、服薬時間も間違えが多かった。居宅内評価を行うと「時計なし」「カレンダーなし」の状態の日付・曜日も自動で変わるデジタル時計の導入を行った。

【結果】

常時確認できる場所にデジタル時計を置くことで、時間、曜日の感覚の改善が見られた。介護サービス非介入日にも服薬が出来ることが多くなった。

【考察】

自宅の部屋にデジタル時計・服薬カレンダーを置くことで服薬の改善に繋がったと考えられる。また服薬カレンダーも設置する場所の評価、服薬ができているかの定期的な評価をする必要がある事が考えられた。

【まとめ】

本症例の羞恥心やプライバシーの侵害というデメリットがある事も発見することが出来た。本症例を通して服薬管理においても定期的な居宅内評価の必要性を感じた。

口述Ⅴ

05-6

認知症の方が自分らしく生きる 個人要因を意識し、その人らしく取り戻す

施設名 (医)東北福祉会 せんだんの丘

発表者 Le Thi Huong (介護福祉士)

【はじめに】

せんだんの丘では一人ひとりが持つ、生活への意欲を引き出せるよう、本人の言葉に耳を傾けることから私たちの支援が始まります。今回、介護福祉士として認知症の方の個人要因によるケアを取り組み、その人らしく取り戻すことについて報告する。

【事例紹介】

80代男性・話好きで社交的。3年前にアルツハイマー型認知症と診断。2年前から通所リハビリテーションを利用開始。当初は明るく周りとのコミュニケーションが取れていた。

【現状】

- ・他者と話す頻度が減り、言葉が出づらい、かみあわずに混乱する様子が増える。
- ・午後から不安な様子がみられる。

【原因・要因】

- ・認知症の症状：中核症状（失語、理解力低下）
BPSD：不安
- ・個人要因：1. 話好きで社交的な性格
2. 社会への参加・及び交流の影響
集団への体操参加
同じテーブルの方とのコミュニケーション
3. 妻と2人暮らし

【対策】

個人要因に対してのケア：

一人で過ごす時間をなくす為、積極的にかかわる。
楽しい雰囲気をつくり、本人の話をじっくり聴き、ゆっくりと話し、共感する。
テーブルの位置やメンバーを変更しない。
個別体操を中心に（または一緒に体操する）。
家族と情報のやり取り（連絡帳に様子の記入・送迎時に様子をうかがう）

【結果】

社交的な性格を徐々に取り戻すことが出来た：

- ・不安な様子はまだ見られるが、他者と話す頻度が増え、言葉はゆっくり、途中で止まるが、昔の話や数日前に病院に行った話、医者から言われた白内障の内容等も明るく笑顔で話す様子が増えた。
- ・利用時に家族の話をし、また帰宅後に職員がその日、助けてくれたことも妻に話したと家族より連絡を頂いた。

【まとめ】

認知症の方でもその人らしく取り戻すことが介護職として大きな役割だと改めて実感できた。今後とも一人一人の個人要因を意識し、多くの認知症の方へ支えていきたい。

口述Ⅵ

06-1

通所リハにおける発語失行事例への参加支援について —「うまく話せるようになりたい」から「少し伝わる」まで—

施設名 医療法人珪山会 通所リハウカイ
医療法人珪山会 鵜飼リハビリテーション病院
発表者 河野真由美（言語聴覚士）
共著者 伊藤梓、大島規世子、小粥崇司

【目的】

左被殻病変により言語障害を生じ、発症から約2年後に通所で初めて言語リハを開始した発語失行事例を経験した。参加支援において生活期STとして必要な視点について報告する。

【事例紹介】

80代女性、X年ラクナ梗塞・左被殻梗塞と診断。徐々に構音障害が憎悪し、発症から約2年後に通所リハで言語リハを開始。中等度発語失行を認め、理解は良好だが表出は頷きや首振りの返答が主であった。病前より独居、IADL自立。人の縁を大切にする性格で、高齢期から絵手紙の講師をし、カルチャーセンターにも通っていた。

【介入・結果】

①利用開始1～2か月の目標「STから通所スタッフとの交流拡大」。STとの会話では音声表出が増加していたが、他スタッフとは頷きが主で交流機会も少なかった。そこで事例の趣味作品を通所内に飾り、趣味を話題に他スタッフから話しかけてもらうよう依頼。挨拶の返答が音声で見られ、立ち話をする変化があった。②利用開始3～4か月の目標「失語症者との交流拡大」。通所リハの失語症者1名とリハビリの場を3度設定後、自主的に挨拶や作品を見せにいく行動がみられた。また法人内の患者会の参加を提案し、参加方法を通所OTや患者会担当STと相談した。趣味の作品作りで交流を図る事、交流グループは物作りに興味がある少人数の女性で編成したことで、事例は複数の失語症者と一部音声も用いた主体的なコミュニケーションをとり、「少し話せた」と感想を述べた。

【考察】

本事例は段階的に交流する人や環境を上げたことによる、小さな成功体験の積み重ねと、事例の人の縁を大切にする性格が相まって、発話に対する前向きな発言と主体的なコミュニケーションの頻度が増加したと考える。

【まとめ】

通所リハにおける参加支援は、事例の「できること」や、通所内外の環境因子に着目して目標設定をすることが重要である。限りある資源を最大限に活用していくには、多職種の視点を得る事でその介入も充実する。

口述Ⅵ

06-2

通所リハビリテーション利用者への生活行為向上マネジメントが 身体活動量と家事参加を促進した一例

施設名 医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑
医療法人大誠会 内田病院
長野保健医療大学
(株)H & M サービス

発表者 井上琴美（作業療法士）

共著者 服部未玖、金子裕紀、小此木直人、土屋謙仕、井上宏貴、田中志子

【目的】

通所リハビリテーション利用者は在宅時の活動性低下が課題となっている。本研究では、意欲低下により身体活動量が減少したデイケア利用者に対し、生活行為向上マネジメント（MTDLP）を用いた介入が身体活動量と家事動作に与える効果を検証した。

【方法】

対象は80歳代女性、腰椎圧迫骨折後の独居生活者。要支援2で通所リハを週2回利用。初期評価時、BBS 44/56点、GDS 8点、Apathy Scale 21点、METs 9.7METs時/週。「家のことを出来るようになりたい」という希望から、MTDLPは①ヘルパーと一緒に掃除・家事をする、②転ばないように活動量を維持する、を合意目標とした。介入は基本的プログラム（スケジュール確認、パワーリハビリ、集団体操）、応用的プログラム（応用歩行訓練等）、社会適応プログラム（多職種連携、環境調整、やることリストの掲示等）を約1年間実施した。自宅環境調整として、ベッド柵へのごみ袋設置や掃除用具の配置を行った。

【結果】

最終評価では、BBS 46/56点、GDS 4点、Apathy Scale 9点と改善し、METs値は23.5METs時/週と2.4倍に増加。合意目標①の実行度・満足度は0→4/10、②は2→6/10に向上。自宅での掃除や整理整頓の頻度が増加し、支援者と協働した活動が可能となった。使用済みパットの適切な廃棄などの実施が確認できた。

【考察】

MTDLPを用いた介入により、対象者の意欲向上と環境調整が図られ、在宅での活動性が高まった。「やることリスト」の掲示や環境調整による成功体験が自己効力感を高め、活動参加を促進した要因と考えられる。また、ケアマネジャー・ヘルパーとの連携による支援体制の構築が、継続的な活動量向上を支えたと推察される。

【まとめ】

MTDLPを活用した生活マネジメントは、通所リハ利用者の身体活動量向上と家事活動の再獲得に効果的であった。METs計による定量的評価と多職種協働による支援は、在宅高齢者の活動性向上において有用な手段であると示唆された。

口述Ⅵ

06-3

デイケア利用者の自立（律）支援に対する取り組み ～すべての時間をリハビリに～

施設名 医療法人慶友会 城東病院 通所リハビリテーション
発表者 市川毅衡（理学療法士）

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以下、通りハ）は利用登録者 120 名を有し、要支援者は全体の 13.6% を占めている。通りハでは、卒業後の地域活動への参加や、自主的なリハビリテーションの継続を通じて、生活能力の維持、向上を図ることが重要な役割となる。しかし、予防対象者の興味関心チェックシートの結果では、運動に関心があると回答した割合は 13.3% と低く、生活の中の運動意識が低いことが分かった。そこで、利用状況や環境を見直し、運動の習慣化を促すとともに、主体性を引き出す自立（律）支援の取り組みを実施した。

【方法】

対象は要支援 1、2 の利用者 14 名（82.2 歳、男性 5 名、女性 9 名）。通りハ内に自主訓練内容を提示したパネルを設置。これを利用中の隙間時間に活用できるように、自主訓練スペースを設けた。パネルは難易度ごとに色分けし、視線誘導を活かしたデザインとした。また、職員の画像を使用することで親しみやすさを演出した。評価指標は、通りハの定期評価を用いて比較検討を行った。

【結果】

身体機能・栄養・口腔機能は維持傾向を示し、意欲・関心については全項目で向上を認めた。自主訓練スペースを自主的に活用した利用者に関しては、全項目において向上傾向を示した。

【考察】

パネルの活用により、視覚的な刺激を通じて運動を促す効果が得られたと考える。また、利用者が自身の能力に合ったメニューを難易度別に選択できる環境を整えたことで、自主的な取り組みを後押しすることができた。その結果、通りハ利用中の隙間時間を有効に活用し、自主訓練を実施することで運動の習慣化や活動量の増加に繋がったと考える。

【まとめ】

本取り組みにより、利用者自身が選択しながら運動に取り組むことで主体性を引き出すことができた。これは、日常生活におけるさまざまな活動への意欲が高まり、生活の中での運動意識も高まったのではないかと考える。

口述Ⅵ

06-4

通所リハビリテーション利用者の「してみたいこと」に 焦点をあてた支援の効果 ～いちご作りにより QOL が向上した事例より～

施設名 医療法人真誠会 通所リハビリテーション弓浜ゆうとぴあ
医療法人真誠会 通所リハビリテーションゆうとぴあ
発表者 西中麻衣（理学療法士）
共著者 米山美希、岩崎綾、吉木なるみ、米井美貴

【目的】

地域で生きがいのある生活を支援するためには、運動に加えて家事や余暇活動などの生活活動にアプローチをすることが必要である。本事業所では利用者の活動意欲を引き出すために「してみたいこと」に焦点をあて介入・支援を行っている。今回事例より提案があり事業所で一緒にいちご作りに取り組んだ結果、介入後の QOL 評価結果に向上が認められた為介入の実際と考察を報告する。

【事例及び方法】

事例は 80 歳代男性、ADL は自立しているが転倒歴が多い為屋外活動は消極的である。悲観的な発言も多く聞かれ活動意欲低下がみられていた。対象期間は令和 5 年 6 月～令和 6 年 12 月とし、活動内容は興味関心チェックシートを活用し聞き取りを行い決定した。QOL 評価として WHOQOL - OLD を用いて活動開始前、中、活動後に評価を行った。

【経過及び結果】

興味関心チェックシートより以前は畑仕事をしていたと情報を得る。事例よりいちご作りの提案があり活動を開始する。苗植え実施後「職員の子どもにいちご狩りをさせてあげたい」と新たな目標を立てる。令和 6 年 5 月に職員の子どもといちご狩りをすることができ、事例からは「来年は土作りからやろうかな」と活動に前向きな声が聞かれた。QOL 評価は開始前 99 点で活動後 103 点とわずかであるが向上した。

【考察】

今回の活動を通して個々の活動をデイケア生活の中で習慣化・定着させていき、周りからの正当な評価を受け達成感を感じることで自己効力感を高めていく必要があると考えた。またその活動状況をリハビリ会議等で報告することや生活行為向上で練習し活動を実際に見てもらい家族の理解・受け入れ態勢を作り、自宅での活動に繋げ充実した生活が過ごせられるように支援を行っていく必要があると考える。

【まとめ】

本事例を通して諦めている利用者の想いを聞き取り、実現に繋げるためにデイケア内での活動から自信をつけてもらうことは QOL 向上を図るために有効であったと考える。

口述Ⅵ

06-5

充実した通所リハビリテーションをめざして ～デイ訓練発足から現在まで～

施設名 社会医療法人 杏嶺会 老人保健施設 やすらぎ
発表者 後藤武（介護福祉士）

【目的】

当施設の定員は入所 100 名、通所リハビリテーション 100 名である。デイケアに関しては、月曜日から土曜日まで要支援から要介護までの方が利用している。午後の過ごし方として様々なレクリエーションやクラブを実施しているが集団での活動をあまり好まない利用者もいるため、その人らしさに重点を置きより個別性を高めたケアに挑戦している取り組みをここに報告する。

【方法】

リハビリテーション計画書に基づき、その人に必要な目標を設定しリハビリスタッフと共に 10 分～15 分で実施できる訓練内容を検討。

1 日 15 件程度、1 ヶ月 350 件を目標に設定
屋外歩行などの個別対応や小グループでゲームを行い認知面へのアプローチも行った。

2023 年 4 月発足当初、80%ほどあった達成率も職員の欠員や利用者の入れ替わりを繰り返し、次第に意識が薄れ 2024 年 5 月頃には 40%台まで減少した。

対策として実施者氏名を記入する事、その日の責任者を設定する事で達成率が 60%～70%まで改善している。

【結果】

認知面でのアプローチを行っていた利用者の HDS-R に大きな変化はみられなかったが、集中して取り組む事が出来なかった方が集中して取り組めるようになるなど、変化がみられた。また、施設内歩行などに関しては、利用者から声をかけてくれる事があり意欲を感じた。

【考察】

多職種がチームで取り組む事で、限られた利用者ではあるが余暇活動とは違う明確な目標を持って取り組める活動を提供する事ができた。実施出来る利用者が増やせる方法や、当日やりたくても実施できなかった利用者への対応が今後の課題として残された。

【まとめ】

今回、デイ訓練を発足した事で日頃の業務だけではない取り組みを始める事ができた。新しい事を始める際は職員間で意見交換や業務の見直しが必要であり、職員が業務を見直すきっかけや意識向上にも繋がっていると思う。

今後も利用者と職員にとってより良い環境となる挑戦を続けていきたい。

口述Ⅵ

06-6

集団プログラムにおけるリズム体操の導入とその効果 — 認知症利用者に変化を与えた事例の紹介 —

施設名 医療法人慶友会 城東病院 通所リハビリテーション
 発表者 龍川香織（介護士）
 共著者 弦間亮太

【目的】

当事業所は利用者数 120 名（平均年齢 85.1 歳、平均介護度は 2.1）を対象にサービスは 3 単位で 7～8 時間は全体の約半数、3～4 時間、4～5 時間は各 1/4 の利用である。多様な訓練の中、介護士による口腔体操や発声練習の懐メロ合唱は昼食前の楽しみである。新たな取組として当院のコミュニティ広場『でらいとステーション』にて、集団プログラム『リズム体操（カオダン！）』と栄養講座を開始した。特に自発性の乏しい認知症利用者の変化を報告する。

【方法】

95 歳女性 要介護度 3 主病名アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折後の廃用症候群、食欲不振、低栄養、右下腿周囲径 24.5 cm と著しいい瘦がみられた。日中はほとんど動かず仙骨部に褥瘡を形成。毎月第 3 週目水金の午前、約 30 分のリズム体操を実施。流行りのポップスにダンス形式で誘導した。当初、無表情で、言葉も少なく、座位保持も困難であったがプログラムを重ねるうち、笑顔が増え、自ら声をかけ、他者との交流が自然となった。

【結果】

LIFE の結果は、身体的、精神的、栄養状態の維持が確認され、体重増加もみられた。今回、全員の調査では音楽・体操・ダンスへの興味関心は半数以下であり、プログラム稼働後のアンケートでは「楽しい」70.4%「効果を実感」71.6%、「今後も参加したい」76.5%と意欲向上を認めた。

【考察】

この認知症利用者にとって集団での一体感は安心や孤独感の軽減になったと考える。音楽とリズムはその相乗効果より感情の刺激により、終了後のシェアリングも会話は弾み、連帯感や仲間意識が意欲向上につながったと考えられる。

【まとめ】

リズム体操は非言語コミュニケーションの手段として認知症においても有効であり、身体的・精神的な健康促進に寄与する可能性がある。さらに、セッションの一体感が利用者同士の関係構築を助け、通リハの枠を超えた交流の場となることが期待される。

口述Ⅶ

07-1

介護度の高い施設入居者の活動量向上を図った症例 ～寝たきりから歩行再獲得まで～

施設名 医療法人社団富家会富家病院デイケアセンター
発表者 熊谷琴音（理学療法士）
共著者 瀧村友貴、阿部恭之

【はじめに】

当法人で運営しているサービス付き高齢者向け住宅（以下：サ高住）へ入居されている方々の介護度は高い方が多く、ADL や活動量の向上へと繋げるため、医療・介護サービスとの連携が重要である。今回、介護度の高いサ高住入居者が短時間型通所サービスを利用し、歩行の再獲得、活動量の向上へと繋げる事が出来た症例に関わる機会を得たので報告する。

【症例】

80 歳代男性、要介護 4。

R5 年 X 月 急性腎障害で他院入院。尿閉あり膀胱留置カテーテル挿入。膀胱癌による水腎症疑いあるが積極的治療は行わない方針。

X 月より 2 か月後 在宅生活困難、施設入居検討の為、富家病院へ転院

X 月より 4 か月半後 当法人運営のサ高住へ入居同時に「歩けるようになりたい」との希望から短時間型の当通所リハビリテーション（以下：デイケア）を週 1 回利用開始。

立位保持困難であり移乗は中等度介助、移動は車椅子自操可能。

【経過】

体力向上、起立・移乗の介助量軽減を目標に起立練習、立位での運動を開始。サ高住では食後に座位で行う自主トレーニングを提案。経過の中で下肢筋力向上し支持物用いた立位保持が可能。

利用開始 3 ヶ月後、歩行車歩行練習が可能。また体力向上に伴いデイケア週 2 回利用へ増回。

6 ヶ月後、移乗は支持物用いて見守り、デイケア内の移動手段として歩行車移動可能。

ケアマネジャー、サ高住スタッフへ情報共有し歩行車レンタルへ向け動作確認実施。歩行車への着座時にふらつきあるが、1 ヶ月間練習し改善。レンタル開始となり昼食時のホール移動から使用可能となった。

【考察】

デイケアご利用時だけでなく、日々の生活の中で出来る自主トレーニングを実施する事で、筋力や体力を効果的に向上させる事が出来、デイケア増回、ADL 向上へ繋がった。また施設間での情報共有、サ高住での動作確認を行うことで、歩行再獲得へ円滑に繋げることができた。住環境に合わせたプログラム提案、施設間連携の重要性を学んだ。

口述Ⅶ

07-2

入院中からの訓練を短時間通所リハビリで適切に継続した事により、 食事形態の幅が広がり、時間および摂取量が増加した一例

施設名 藤田医科大学病院 リハビリテーション部
藤田医科大学保健衛生学部 リハビリテーション学科
藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学講座
発表者 長谷川久美世（言語聴覚士）
共著者 高見千由里、松岡裕樹、樋口明香、稲本陽子、松浦大輔、
大高洋平

【はじめに】

当院は「1 時間以上 2 時間未満」の短時間通所リハビリテーション（通所リハ）で ST による個別訓練、口腔機能向上サービスを提供している。入院中から継続した訓練を実施し活動範囲の拡大を認めた症例について報告する。

【症例】

脳動脈瘤術後の下位脳神経麻痺により嚥下障害を呈した 70 代女性。X 日に発症，X+7 ヶ月，当院の特定機能病院リハビリテーション病棟（リハ病棟）を退院，通所リハ開始。開始時の摂食嚥下障害臨床重症度分類（DSS）は 3（水分誤嚥），人工口蓋床を装着し，リクライニング 80 度・体幹左回旋，全粥・咀嚼調整汁とろみ食，水分中間とろみを自己摂取していた。体成分測定では，筋肉量 34.6kg，骨格筋指数（SMI）5.6 kg/m²であった。

【経過】

リハ病棟から嚥下障害の病態と訓練方針・内容を引き継ぎ，喉頭挙上，咽頭収縮力強化目的の嚥下間接練習を個別訓練および自主練習で継続した。X+9 ヶ月，嚥下造影検査で DSS3・顕性誤嚥を認め，ムセを指標にしながら水分濃度を薄いとろみに変更する方針となった。しかし本人の誤嚥に対する恐怖心があり中間とろみ形態に留まった。薄いとろみでの直接訓練を追加，姿勢調整時の注意点や嚥下の意識化を指導し，ムセないという成功体験を増やした。

X+12 ヶ月，水分は薄いとろみ，副食は軟菜食相当に改善した。形態変更に伴い食事時間短縮と摂取量増加が認められ，X+13 ヶ月，体成分測定で筋肉量 38.4kg，SMI 6.4 kg/m²，サルコペニアの改善（SMI 基準値：女性＜5.7 kg/m²）を認めた。また，外食機会が増え，活動範囲が拡大した。

【考察】

リハ病棟と通所リハ ST で連携を図ったことで，通所リハ介入早期から適切な訓練を実施，継続することが出来たと考える。また，個別訓練での成功体験が増えた事で本人の自信に繋がり，さらなる食形態の変更が実現した。食形態の幅が広がることは，食事内容の種類が増え，また，食事時間の短縮や摂取量の増加にも影響し，体成分の改善にも繋がると考えられる。

口述Ⅶ

07-3

1-2 時間型通所リハビリテーション利用者における、 複合運動の効果に関する横断的及び縦断的な検討

施設名 東京湾岸リハビリテーション病院

発表者 勝又耕作（作業療法士）

共著者 松永玄、長井大悟、赫眞聖、三浦明梨、佐久間克也、近藤国嗣

【目的】

令和5年12月より既存の3-4時間型通所リハビリテーション（通所リハ）に加えて、運動麻痺などを有さない、要支援者に対してフレイル・転倒予防を目的とした、1-2時間型の通所リハプログラムを新設した。当院の通所リハは軽度者（要支援1・2）を対象に持久力トレーニング、バランストレーニング、筋力トレーニングからなる、複合運動を実施している。そのため本研究の目的は新設した本プログラムの効果に関して、後方視的に検討することである。

【考察】

従来の筋力、持久力に加えて、バランストレーニングを加えた本プログラムの実施は、身体機能だけでなく、活動・参加の拡大にもつながる可能性が示唆された。今後はさらに、症例を増やし、長期的な効果も含めて検討していきたい。

【方法】

対象は、2023年12月から2025年3月までに、当通所リハを利用した者とした。アウトカムは身体機能、活動／社会参加、栄養に関する各指標を用いた。はじめに、ベースライン時の調査として記述統計を実施した。さらに、ベースライン時と3ヶ月後の各アウトカム指標の比較をするために、対応のあるt検定、Wilcoxonの符号付き順位検定を実施した（ $P<0.05$ ）。本研究は、当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

解析対象者は49名、年齢は80(75.5-84.0)歳であった。以下に、ベースライン時の身体機能、生活機能に関する代表的な指標の数値を示す。Short Physical Performance Battery (SPPB) は 10.6 ± 1.6 点、Five times SIT to stand test (FTSS) は 10.4 ± 3.9 秒、Frenchay Activities Index (FAI) は 22.4 ± 9.2 点であった。3ヶ月後では、SPPBは 11.0 ± 1.4 点、FTSSは 8.5 ± 3.1 秒、FAIは 24.1 ± 7.4 点といずれも有意な変化を認めた（ $p<0.05$ ）。

口述Ⅶ

07-4

要支援者の通所リハ修了に向けての取り組み ～目標設定と修了を意識した振り返り～

施設名 医療法人鴻池会 介護老人保健施設鴻池荘サテライト蜻蛉
発表者 山中美里（作業療法士）

【目的】

令和5年から当施設通所リハビリテーション（通所リハ）で実施している「修了を意識した具体的な目標設定」「修了に向けての同意」について、取り組みを踏まえ紹介する。

【方法】

具体的な目標設定：興味関心チェックシート等を用いて、生活状況や活動への想いなど聞き取る中で、何を達成したら通所リハを修了なのかという視点を意識し行動目標を具体化。また、利用の度に目標を伝え、達成への意識が薄れないようにした。

修了説明：目標の進捗確認と利用の意味について振り返りを行った。また、職員にも修了の重要性について再認識する場を設けた。CMへの啓発として、事業所発行の便りによる発信や目標共有・進捗状況の報告を行った。

【結果】

目標達成による修了者は、令和5年8月～令和7年1月までで10名。目標はバスで買い物に行く等のIADL向上、登山などの余暇・役割活動、手芸教室への移動手段獲得などの外出支援等であった。難易度を低く設定した短期目標を積み重ね、最終目標達成に向けアプローチを行った。IADL評価であるFAIでは修了時に平均4.7±4.2点の向上を認めた。

【考察】

令和4年度までの修了者数は1～2名であったが、取り組み後は6名と増加した。短期目標を細分化し、難易度を低くして達成する経験を重ねることで、自信の回復に繋がり、最終の目標達成に至ったと考える。同時に、利用の意味についての振り返りも、通所リハに通うことがゴールでないことを意識させる一助となったと考える。

【結語】

日々の関わりの中で「通所リハの修了」への意識の高まりと、修了にはならなくても目標を意識し生活を送る利用者が多く見られるようになった。一方で、通所リハが「交流の場」となり通うことが目的になっている利用者も多い。今回の取り組みは継続しつつ、修了に向けたサポートとして、1ヶ月お試しの休みや修了後の能力評価等、安心して修了できる体制を検討していく。

口述Ⅶ

07-5

在宅支援における高次脳機能障害および介護負担の関連性 ～在宅における高次脳機能障害による介護負担への支援について～

施設名 医療法人財団 善常会 善常会リハビリテーション病院
中部大学

発表者 大野弘貴（作業療法士）

共著者 黒川拓海、伊藤実那、高橋春城、岡野昭夫

【はじめに】

高次脳機能障害と介護負担の関連について調査した。そして、今後評価ツールとして導入し、在宅介護の支援に繋がらないかを検討する。

【目的】

在宅支援を充実させるため、高次脳機能障害は認知関連行動アセスメント（以下、CBA）、介護負担は短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版（以下、J-ZBI_8）を使用し、高次脳機能障害の重症度と介護負担の負担度から傾向を見た。

【対象と方法】

2022 年 8 月に当事業所の 1 日コースを利用しており、介護者が同居、または半同居している利用者に対して療法士が CBA を評価した。そして、介護者へ J-ZBI_8 の回答を依頼した。いずれも評価できた利用者 41 名を対象とした。対象者を脳卒中群とその他の疾患群で分類し、2 つの群で CBA の重症度と J-ZBI_8 のカットオフ値から傾向を見た。

【結果】

CBA では、脳卒中群は重度 2 名、中等度 6 名、軽度 10 名、良好 2 名であり、その他群では、重度 1 名、中等度 7 名、軽度 10 名、良好 3 名であり、どちらも軽度の対象者が最多だった。CBA の最重度に該当する対象者は、両群共に見られなかった。

また、J-ZBI_8 は脳卒中群は 4 名、その他群は 4 名がカットオフ値を上回った。その中の CBA 重症度は両群共に良好の対象者は該当しなかった。

本調査では、両群間で CBA の重症度および J-ZBI_8 の介護負担の負担度に差は見られなかった。

【考察】

渡邊（2018）は、高次脳機能障害の重症度が介護負担に影響を与えると報告している。しかし、本調査では、疾患の種類および CBA の重症度と J-ZBI_8 の介護負担との間に明確な関連は認められなかった。これより、本調査の対象者には医学的・機能的な重症度以外に複数の心理・社会的要因などが関係していると考えられた。

【まとめ】

本調査では関連を認めなかったが、CBA と J-ZBI_8 を評価して机上検査では分からない高次脳機能障害や聴取では気づかない介護負担を確認できた。そのため、評価ツールとして導入し、今後の支援に繋がってきたい。

口述Ⅶ

07-6

在宅生活における最適な褥瘡ケアを目指して

施設名 医療法人福島医院介護老人保健施設いるかの家リハビリテーションセンター

発表者 下浦淳平（理学療法士）

共著者 福島啓祐、福島真弥、横山忍、中田英理、三宅麻絵、米谷信哉

【目的】

通所は入所と違い 24 時間での姿勢ケアや全身状態の管理が難しい現状にある。今回通所を利用していただく方で褥瘡を発症し、多職種連携を行いリハビリ介入によって改善が見られた経過を報告する。

【方法】

男性 90 代要介護 5

寝たきり度 C 2

認知症高齢者Ⅳ

R3 年 5 月糖尿病による両下肢切断

R5 年 1 月仙骨部腰部褥瘡

BrannstromStage 上肢Ⅰ手指Ⅰ下肢Ⅰ

FIM25/126 点

研究対象期間

R 5 年 1 月～R7 年 1 月

ブレイデンスケール、DESIGN—R を使用し状態の評価を実施。リハビリ介入時にクッションを使用しポジショニングを作成、通所利用、在宅生活、訪問リハビリ、訪問看護で 24 時間での姿勢ケアや全身状態を管理し、褥瘡状態の変化を記録。

【結果】

ブレイデンスケール DESIGN—R 共に点数に改善が見られた。

【考察】

本症例は、褥瘡が仙骨部、表皮剥離が腰椎直上に見られる。問題点として麻痺による感覚障害の影響で重心の傾きが見られ、自己体動により前方への座位ズレ、長時間の座位による圧迫及び重心の傾きによる姿勢アライメント不良により仙骨部、腰椎直上への剪断力が考えられる。長時間の座位に対しては除圧力のクッション変更し、安静臥床を行い除圧実施。両下肢切断により下肢での座位コントロールが不可能なため車椅子角度調整を行い背中と臀部の設置面積を増やすことで圧分散を行い、重心の傾きに対して右側背面にバックサポートをつくり支持性の向上と座位コントロールが可能になったが下肢切断の影響により自身での座位修正が難しいためリハビリ、移乗時、パット交換などの介助による修正を情報共有し実施。在宅ではエアマットを導入し、訪問リハビリ、訪問看護と連携してポジショニングを実施し、在宅での負担軽減を行ったことで評価の点数に改善がみられた。

【まとめ】

通所は入所と違い 24 時間の姿勢ケアや全身状態の管理が難しいが、多職種連携や家族協力、情報共有を細かく行うことが出来れば褥瘡改善は可能であると考えらる。

ポスター I

P1-1

相談業務の分担が利用者および職員満足度の 向上につながった取り組み

施設名 財団法人脳神経疾患研究所 東京リハビリテーションセンター
世田谷 通所リハビリテーションセンター梅ヶ丘
発表者 生田誠子（理学療法士）
共著者 西田結花里、渡辺重人

【目的】

当事業所は1日あたり定員75名、提供時間3時間以上4時間未満2単位および6時間以上7時間未満1単位のデイケアを、職員21名で提供している。職員の人員配置が支援相談員2名から1名体制になり、相談員業務を整理・分担した結果、利用者および職員満足度向上につながったため、報告する。

【方法】

当事業所の支援相談員の主な業務は、利用者および家族、事業所内外の相談・連携業務、新規利用相談・調整業務、請求業務、LIFE管理業務の4点であった。2名体制で行っていた業務内容を一部整理し、セラピストと介護職員6名で分担した。体制変更前後の利用者満足度調査、および職員に対して成長状況や職場環境の満足度調査を行った結果を比較検討した。

【結果】

利用者満足度調査の結果(5点満点)は、「職員の接遇は適切か」が4.2から4.6、「意見・苦情・要望の言いやすさ」「素早い対応」「相談のしやすさ」の項目がそれぞれ0.1改善した。職員満足度調査では、「社内の人間関係は良好である」が3.2から4.0に、「チーム内でうまくコミュニケーションができている」が3.0から3.5に、「スキルや能力が身につけられる仕事だと感じる」が3.5から3.7に改善した。

【考察】

セラピストや介護職員が相談業務の一部を担うことが、利用者にとって相談しやすい環境となり、満足度が向上したと考えられる。職員は相談業務を通して、相談援助のスキルアップや介護保険制度の知識向上につながったこと、事業所内の情報共有の頻度が増加し、コミュニケーションが活性化したことが満足度向上に寄与したと考えられる。専門職による相談支援は必要であるが、分担可能な業務を多職種で担うことにより、提供サービスの向上および職場環境の改善を図ることが可能であることが示唆された。

【まとめ】

相談員業務を多職種で分担することにより、利用者満足度および職員の働きがい、働きやすさが改善された。

ポスター I

P1-2

「目指すべき方向を示す教育の重要性」 ～理念の紐解きとチームづくり研修～

施設名 医療法人銀門会 在宅支援センター甲州ケア・ホーム
発表者 保坂和輝（作業療法士）
共著者 小林史和、磯野賢

【はじめに・目的】

昨今、人口減少や働き手不足など日本では多種多様な課題を抱える時代を迎えている。医療・介護業界内においても同様であり、多くの組織が岐路に立たされている。そこで、私たちが目指すべき方向はどのようなのか、描きたい未来に向かって改めて専門職の本質を理念と合わせて考え、対話を基本としたチームづくりに力を入れた研修を行ったため報告する。

【方法】

年度始めに施設内の全職員を対象に理念・チーム作りについて研修を開催し、その後、各課に対話の活性を促した。

【結果】

職員からは、理念の本来の意味が理解できたとの意見やチームづくりにおいて関係性の重要性や対話の大切さを知ることができたとの意見が出た。さらに、現場レベルで対話時間を意図的に向ける部署もできており、主体的に理念共有やチームづくりに取り組む流れも生まれた。

【考察】

今回の研修を通じて明らかになったのは、理念の理解が単なるスローガンではなく、現場での行動やチームの在り方に直結するという点である。専門職一人ひとりが「なぜこの仕事を選んだのか」「何のためにこの職場にいるのか」といった原点に立ち返る機会を設けることが、モチベーションや協働意識の向上に寄与することが示唆された。また、実際の職場において対話の時間が意図的に設けられるなど、受講者の「受け身」から「主体的」な姿勢への変化を促した結果であり、理念を軸とした研修の意義を強く裏付けるものといえる。

【まとめ】

本研修は、理念の再確認とチームづくりを軸に、医療・介護現場が抱える課題への対応力を高めることを目的とした取り組みであった。参加者の反応や現場での変化からは、理念と対話を基盤とするチームマネジメントが、これからの組織づくりにおいて不可欠であることが確認された。今後も管理職を中心とした対話文化の定着と、理念の「伝達」ではなく「共感・共有」へと発展させる工夫が今後必要となる。

ポスター I

P1-3

セラピストがデイサービスを兼務する利点 ～シームレスな連携を目指して～

施設名 社会医療法人 河北医療財団 多摩事業部 あいクリニック
デイケア科 オリーブ
発表者 野田祥平（理学療法士）
共著者 圓城寺健太

【目的】

当通所リハビリテーション（以下、通所リハ）を利用開始し、身体機能が向上した利用者のさらなる運動機会の確保、通所リハとの併用先や卒業先が見つからないという課題があった。今回、法人初の試みとして通所リハで勤務している理学療法士が運動特化型のデイサービスと兼務する機会が得られたので報告する。

【方法】

2023年4月から2025年3月までデイサービスへPT2名を兼務として派遣した。

【結果】

通所リハとデイサービス間を併用や移行したケースが8例あった。リハビリテーション会議にて利用者や家族から「もっと運動がしたい。でも今後のことを考えて通所リハには繋がってほしい」と意見があった。デイサービスを紹介し、セラピストが兼務で勤務していることを伝え、スムーズな導入に至った。また、デイサービスから利用を開始した利用者は、食事量低下により体重が減少し、CMや家族より通所リハ併用の相談があった。本人は新しい所に行くことを躊躇していたが、セラピストが兼務しており、担当が一緒になることに安心されて利用を開始した。リハマネ加算（ハ）を算定し、栄養士との連携も行った。

【考察】

通所リハでは3ヶ月に1回はリハビリテーション会議を実施するが、デイサービスでは介護保険更新時や変更時等でしか関係者が集まる機会がない。利用者がデイサービスと併用した際にリハビリテーション会議は定期的に行われる為、会議を通じて家族やCMと情報共有、課題を共有することができる。

【まとめ】

通所リハのセラピストがデイサービスと兼務することで、双方のサービスの役割や利点を活かし、身体状況やニーズに合わせて検討し、柔軟に対応することができた。リハビリテーション会議を通し、役割分担を明確にすることで利用者の目標に沿ったより良いプランを提供できる。また、通所リハからデイサービスへ移行した際もスムーズに切れ目のない支援が可能である。

ポスター I

P1-4

Chatwork 導入と活用成果について ～ Chatwork を使って連携の質を高める～

施設名 医療法人和会 介護老人保健施設 日高の里
発表者 宮崎徹（介護福祉士）
共著者 長谷優子

【はじめに】

当法人では DX 推進の一環として 2020 年にビジネスチャット「Chatwork」を導入した。2021 年からはデイケア部署内で業務情報の共有に活用し、情報伝達の効率化が図られたため報告する。

【目的】

Chatwork 導入前後の業務を振り返り、業務改善の内容を明らかにする。

【方法】

導入前は当日のリーダーが各職員から情報を集約し、紙に記載して申し送りを行っていた。送迎時は私用 SNS を連絡手段としていた。導入後は部署内に Chatwork グループを設け、申し送りや送迎連絡をチャット上で実施した。

【導入の成果】

部署内の申し送りでは、リーダーに口頭で報告および集約していた情報が、チャットを活用する事で個々が任意のタイミングで情報発信できるようになった。写真や動画の添付も行える事で、歩行形態やポジショニングなど視覚的な共有も可能となった。入力紙よりも迅速で、情報はキーワード検索や振り返りが容易になり、送迎時の遠隔連絡にも活用された。

また、日高の里施設全体で共通業務において複数部署が参加するグループが協議の上で新設された。リハスタッフ・ケアマネ・デイケア職員が所属するチャットグループでは新規利用者情報や利用者の ADL、ショートステイ（SS）情報の共有が行われた。施設全職員が参加するグループでは、デイケアと施設入所を併用している利用者の SS 中の様子や入退所状況、在宅での情報が共有された。

【考察】

Chatwork の活用は、情報発信の容易さ、検索性、拡散性に優れ、効率的な情報共有が行えた。送迎対応時などの遠隔においてもタイムリーな発信が可能になり、検索で必要な情報が迅速に得られる事で、欲しい情報へのアクセスが容易になったと考える。また、チャットに情報を送ることで 1 対多の共有により伝達の重複や漏れが防げ、リーダーの負担軽減にもつながったと考える。

【おわりに】

Chatwork の活用は効率的かつ円滑な情報共有を実現するための一助と成り得る。

ポスター I

P1-5

満足度調査からみえた当事業所のニーズと役割について

施設名 社会福祉法人真正会 デイサービスセンター小仙波

発表者 佐藤貴子（介護福祉士）

共著者 横山和由、秋久文彦、岩井聖子、笛木達也、大河原義和

【はじめに】

当事業所はその人らしさに寄り添う個別的なケアや1日でも長く住み慣れた地域での生活が継続できるようにチームケアを提供している。今回、事業所でおこなった満足度調査アンケート（以下、アンケート）結果をふまえ、当事業所の役割を振り返る。

【方法】

1. 2024年4～12月に利用された108名（男性42名、女性66名）の利用者状況をケアプランを基に調査。
2. 2024年12月に利用者の居宅介護支援事業所（以下、居宅）へ満足度調査のアンケートを送付、回答してもらった。
3. 利用者へのかかわりを、上記の結果とともに振り返る

【結果】

1. 利用者の平均年齢は86.3歳、平均介護度は2.1。高齢者世帯は37人、独居世帯（日中独居含む）は78人。利用目的は「外出や対人交流機会（102人）」が最も多く、次いで「日常生活動作（食事・入浴等）の継続（87人）」、「運動機会」「介護負担軽減」（共に49人）であった。
2. アンケート結果は11事業所から回答。「利用者・家族の要望、希望」の質問には「入浴」が9件と最多。また、「紹介したいデイサービスは」のに対する自由記載では「半日入浴有」「家族の個別の事情などに柔軟に対応して頂ける」の回答がみられた。
3. 利用中におけるADL場面等において、スタッフ間で評価・実践し、ケアマネジャーや家族へ共有。利用日以外の様子を適宜確認し、利用日に再度実践した。

【考察】

デイサービス利用において、介助負担や不安が大きい入浴や、介護負担軽減を目的としたケースは多いと思われる。また、高齢者世帯や独居世帯も多く、本人や家族も含めた生活背景に柔軟に対応することが求められていると考える。

【おわりに】

在宅生活を支えるために利用者や家族の事情に合わせ必要な支援を行うことが重要である。利用日以外の生活の幅や質を高めるために、日々のかかわりの中で情報収集し、共有・実践することで、本人の望む暮らしが継続できるように事業所としてかかわっていきたい。

ポスター I P1-6

山間部在住高齢者における生活空間と歩行パラメータの関連性：
AI 歩行解析アプリを用いた検討

施設名 医療法人大誠会 介護老人保健施設大誠苑
医療法人大誠会 内田病院
(株)H & M サービス

発表者 金子祐紀（理学療法士）

共著者 榮田翔太、小此木直人、井上宏貴、田中志子

【目的】

山間部在住高齢者において、AI 歩行解析アプリ「シニアライフ」で測定した詳細な歩行パラメータと生活空間評価（Life Space Assessment: LSA）の関連性を明らかにし、従来の TUG 測定では捉えられない質的側面から効果的な介入方法の示唆を得ることを目的とした。

【方法】

令和 7 年 4 月時点の通所リハビリテーション利用者で、65 歳以上で監視下または自立歩行が可能な者（杖の使用は可、押し車は不可）のうち、重度の認知機能低下者を除外した 30 名（平均年齢 78.3 ± 6.5 歳、男性 12 名、女性 18 名）を対象とした。シニアライフアプリを用いて TUG 実施中の従来指標（歩行時間、速度、歩幅）に加え、分あたり歩数（ケイデンス）、頭部ふらつき、肩・腰バランス、歩行・バランススコアを測定した。生活空間は LSA の各レベル点数（Lv1: 寝室内、Lv2: 家の中、Lv3: 自宅の外、Lv4: 近隣、Lv5: 町内）と合計点数を評価し、各歩行・バランス指標と Pearson の相関係数を用いて分析した。

【結果】

LSA 合計点は、年齢（ $r = -0.380$, $p = 0.038$ ）とのみ有意な相関関係を示した。Lv2（家の中の移動）とケイデンス（ $r=0.355$, $p=0.054$ ）、頭部ふらつき（ $r=0.347$, $p=0.060$ ）、バランススコア（ $r=-0.312$, $p=0.094$ ）に有意傾向の相関が認められた。これは従来指標である歩行時間（ $r=-0.441$, $p=0.015$ ）、歩行速度（ $r=0.398$, $p=0.029$ ）、歩幅（ $r=0.390$, $p=0.033$ ）と同様の傾向を示した。

【考察】

家の中の移動能力が従来の TUG 時間・速度・歩幅だけでなく、ケイデンスやふらつきなどの指標とも関連していた点は新たな発見であり、歩行リズムや姿勢制御能力が生活空間の広さを規定する重要因子であることが示された。

【まとめ】

AI 歩行解析により従来評価できなかった歩行の質的側面と生活空間の関連が明らかとなった。特に家の中の移動において、適切なケイデンスと頭部の動的安定性が重要であることが示唆されたため、今後の生活指導に活用していく。

ポスターⅡ

P2-1

演題取下げ

ポスターⅡ

P2-2

リハビリ会議での情報共有と短期目標設定の重要性を感じた一症例

施設名 医療法人社団永生会 介護老人保健施設オネスティ南町田
発表者 山崎汐美（理学療法士）

【はじめに】

今回、右上下肢麻痺と失語症を呈した利用者で「歩いて写真を撮りに行きたい」という高い長期目標に対し、リハビリテーション会議（以下リハビリ会議）での情報共有と段階的な短期目標の設定をした。現在、目標の達成には至っていないが、身体機能と日常生活動作（以下 ADL）・手段的日常生活動作（以下 IADL）は向上しているため経過を報告する。

【症例紹介】

50代男性。左被殻出血を発症。自宅退院され当通所リハビリの利用を開始。利用開始時は施設内移動車いす見守り、自宅内移動車いす自立。自宅出入りはスロープを使用し車いす介助。歩行は金属支柱付き短下肢装具にて平行棒内軽介助。

【経過及び結果】

利用開始時の本人は長期目標を達成するために何をすれば良いか等の具体的な道筋がない状態であった。リハビリ会議では長期目標は変更せずに短期目標を設定することとした。利用10ヶ月目には生活行為向上マネジメントにて玄関段差昇降と座席乗車の獲得及び見守りでの自宅周囲歩行の実施を目標とし達成、利用16ヶ月目には施設内歩行自立を目標とし達成した。現在は車いすと歩行の併用での自宅内移動自立及びシャワー浴自立を目指している。

【考察】

本症例では難易度の高い目標を目指すだけでは達成状況が不明瞭になり、意欲低下や ADL・IADL の自立度が向上しない可能性があった。そのため、リハビリ会議にて短期目標を設定し本人や家族等と共有し支援することに力を入れた。なによりも本人と家族が前向きに取り組み、努力されたことが身体機能及び ADL・IADL 向上に繋がったと考える。

【まとめ】

本症例より、地域で生活されている方の目標達成に向けては、リハビリ会議でしっかりと意見交換をした上で本人や家族、他職種の理解協力が必要不可欠であると再確認した。今後も丁寧な情報共有と適切な目標の設定を行い、長期目標の達成を目指したい。

ポスターⅡ

P2-3

神経難病患者家族サポート事業「ぐり～んカフェ」を運営して ～ピアサポートの在り方を検討する～

施設名 医療法人埼玉成恵会病院成恵ケアセンター
発表者 三浦慶彦（理学療法士）
共著者 石田芳江、斉藤あや

【目的】

当施設で実施している神経難病患者家族サポート事業「ぐり～んカフェ」を運営し、どのような悩みや相談があがっているか傾向や内容を分析し、今後の運営に活かすことを目的とした。

【対象・方法】

令和6年度に実施した計7回、合計66名を対象とした。各30～45分の交流会を患者側・家族側に分け実施した。交流会の記録を①症状、②治療、③生活について分析し、共通点や差異を検討した。

【結果】

①では、無動・すくみ足症状・嚥下障害・幻覚・発汗の話が挙がった。②では、薬の話が中心であったが、患者側では主治医との関係性についての話が聞かれた。③では、患者側では好きなことや自分が工夫しているリハビリの話が聞かれた。家族側では介護負担や介護保険サービス、症状に対する対応方法、出来ているADLの話が挙がった。

【考察】

①に関しては、パーキンソン病特有の無動やすくみ足、嚥下への不安が感じられた。また、自律神経症状などの非運動症状に対する不安が聞かれたのが印象的であった。

③に関しては、患者側・家族側で大きく異なり、特に生活面で困っていることに対し差異があるように感じた。家族側の介護負担に関する話では、施設入所も含めたサービス利用など切実な話が聞かれた。介護者という同じ立場で共有・相談できる場として「ぐり～んカフェ」は有用であり、開催後に「勉強になった」「自分だけじゃないと分かって安心した」などの声が多数聞かれていた。

【まとめ】

今回、求められている内容が患者側・家族側で異なることが分かった。特に、家族の声はピアサポートの重要性の確認と今後のカフェの運営の参考になると考える。患者にとって介護者にとってより良いサポートの場となるよう今回の分析結果を活かした運営に繋げていきたい。

ポスターⅡ

P2-4

通所型短期集中予防サービス C の実践報告 —「頑張れ自分」を応援プロジェクト—

施設名 社会福祉法人真寿会 老人保健施設リハビリセンターあゆみ
社会福祉法人真寿会 地域密着型小規模特別養護老人ホームのとがわ
社会福祉法人真寿会 特別養護老人ホーム能登川園
発表者 富田恭輔（理学療法士）
共著者 深津良太、狩谷ちずる、三上亮、中川寛一、宮川紗利、長谷川由佳子

【目的】

令和5年度まで東近江市が実施していた通所型短期集中予防サービスCは、対象者に要支援者を含んでいなかった。東近江市として今後の健康増進を推進する為には、要支援者への集中介入が必要であると認識があり、新たに通所型短期集中予防サービスC(以下、真寿会モデルC)を当法人に委託した。今回、地域住民の身体機能、生活状況把握を通じて東近江市における地域課題が明らかになったので報告する。

【方法】

対象は、真寿会モデルCを利用した基本チェックリストの該当者(以下、事業対象者)と要支援1、要支援2の方で通所系サービスを利用していない地域住民16名(男性7名、女性9名、平均年齢 80.4 ± 4.5)とした。評価は、身長、体重と身体機能は、E-SAS、握力、TUG、長座体前屈、片脚立位、足踏み回数、日本語版フレイル基準(以下、J-CHS基準)を1クール毎に初期、中間、最終の計3回実施した。

【結果】

送迎は、参加者全体の9名(47%)の方が利用した。平均握力は初期 $18.0 \pm 4.0\text{kg}$ 、中間 $19.0 \pm 6.3\text{kg}$ 、最終 $20.4 \pm 3.8\text{kg}$ 。歩行速度(1 m/s)は初期 $2.2 \pm 0.7\text{ m/s}$ 、中間 $2.3 \pm 0.7\text{ m/s}$ 、最終 $1.9 \pm 0.4\text{ m/s}$ 。足踏み回数は、初期 8.5 ± 7.9 回、中間 9 ± 5.9 回、最終 10.3 ± 5.8 回。

生活の広がり(初期 68.4 ± 31.5 点、中間 63.6 ± 25.7 点、最終 66.6 ± 27.2 点)。人との繋がりは初期 12.3 ± 3.8 点、中間 11.9 ± 4.9 点、最終 12.8 ± 4.9 点。J-CHSは初期 2.8 ± 0.4 、中間 2.9 ± 1.1 、最終 2.6 ± 0.5 だった。

【考察】

握力、歩行速度は、先行研究同様3カ月間で向上を認めた。身体機能が向上しても、生活の広がりや人との繋がりが向上しなかったのは、要支援1,2の方だけでなく事業対象者とされる方も交通手段が制限されていることが要因と考えられた。

【まとめ】

3カ月間の短期的集団活動は、握力、歩行速度に対して変化を与えることが示唆された。我々は、真寿会モデルCにより地域住民の実態把握、特徴、地域課題を把握した。今後は、卒業後の社会参加先確保、移動手段の課題等住み慣れた地域での生活維持ができるように行政と一緒に進めて行きたい。

ポスターⅡ

P2-5

デイケア利用者におけるご当地体操の効果（第1報） ～ご当地体操の認知度と実施率に関するアンケート調査～

施設名 医療法人社団富家会 富家在宅リハビリテーションケアセンター
デイケア室

発表者 石井啓介（理学療法士）

共著者 瀧村友貴、岳本幸星、大野千里、哲翁孝博

【目的】

当デイケアの所在する埼玉県ふじみ野市では介護予防のための『ふじみんぴんしゃん体操』を作成・推奨しており、地域自主グループの活動支援をしている。今回の目的は、当デイケアでの利用者への『ふじみんぴんしゃん体操』の普及と実施の強化による、介護予防、健康増進、社会参加の促進である。

【方法】

当デイケアに通所していて、目的を理解し、返答が可能なふじみ野市在住の利用者 46 名に書面でのアンケート調査を実施した。今回は第1報として、『ふじみんぴんしゃん体操』の認知度や実施率を把握することとした。

【結果】

『ふじみんぴんしゃん体操』を、【知っている：35 名（76.1%）、知らない：11 名（23.9%）】、【実施したことがある：26 名（56.5%）、実施したことがない：20 名（43.5%）】、【実施したことがある方のなかでの実施頻度は、ほぼ毎日：1 名（3.8%）、週 3～4 回：1 名（3.8%）、週 1～2 回：7 名（26.9%）、月 1～2 回：2 名（7.7%）、ほぼしていない：15 名（57.7%）】となった。

【考察】

『ふじみんぴんしゃん体操』の認知度は 76.1%だが、実施経験者は 56.5%、週 1 回以上継続して実施している利用者は 19.6%と少なく、それぞれのフェーズ（認識→実施→継続）での課題が考えられる。告知方法と情報の取得方法、実施場所や交通手段、実施時間、その後の継続性が重要であるが、定期的に通所しているデイケアであれば、情報が取得しやすく、職員のもとで実施ができ、また実施方法の確認や修正も可能で、継続もしやすくなる。デイケアでの経験をもとに、自宅での自主トレーニングの実施や地域開催場所への参加にも繋がるのではないだろうか。

【まとめ】

今回、改めて当デイケア利用者の『ふじみんぴんしゃん体操』に関する認知度や実施率を確認することができた。今後、デイケアでの普及と実施の強化により、身体機能の向上に加え、認知機能の向上や社会参加の促進などの一助になればと考える。

ポスターⅡ

P2-6

中山間地域におけるリハビリテーション支援の取り組み ～山梨県丹波山村での7年間の実践～

施設名 医療法人銀門会 在宅支援センター 甲州ケア・ホーム
発表者 宮下大佑（理学療法士）

【目的】

当法人は2017年より、山梨県丹波山村において、機能訓練事業を通じた僻地リハビリテーション支援を実施している。丹波山村は高齢化率が43%を超える中山間地域であり、集落は点在し、福祉サービス資源も極めて限られている。本発表では、当法人が当該地域の課題に対して継続的に取り組んできた活動の経過と成果について報告する。

【方法・経過】

事業は年6回実施。午前は、社会福祉協議会（以下、社協）が運営するデイサービスにおいて、利用者の身体機能評価およびスタッフ向け研修を実施。午後は、村の保健師に同行し、個別家庭訪問による住環境評価、福祉用具の提案などを行った。また、村主催の健康イベント等にも参加し、転倒予防やフレイル予防に関する啓発活動を実施した。

2023年度には、地域コミュニティへの介入を強化すべく、活動の方向性を村に提案。2024年度からは、社協主催のサロンに参加し住民との意見交換を行ったり、集落を訪問するなど地区のコミュニティとの交流を始めた。

加えて、一体化事業として年3回（うち2回は当院での実施）を実施。鴨沢地区の住民7名（平均年齢84.3歳）を対象に、フレイル予防に関する講義および歩行速度、片脚立位バランス、握力等の身体機能測定、機能維持のための体操を実施し、約半年間の経過観察を行った。

【結果】

デイサービスでは、スタッフが単独で認知症評価や運動機能評価の実施、個別計画に反映できたことで利用者の経時的評価が可能となった。また、地域コミュニティや一体化事業への介入では、参加者の多くが身体機能を維持または改善し、フレイルに関する知識の普及や整理にも寄与した。

【考察・結論】

本事業は、地域における福祉資源の限界を補完しつつ、支援の質の向上と持続可能性の確保に寄与している。専門職による支援の提供にとどまらず、地域住民や福祉スタッフの主体的関与を促すことで、地域全体としての住民を支える力の底上げが期待される。

利用者の特性を考慮した口腔ケア支援の実践

施設名 社会医療法人河北医療財団あい介護老人保健施設

発表者 河合摩由美（介護福祉士）

共著者 麦倉真介

【目的】

A氏（70歳代男性、HDS-R12点）は頬の筋力低下、口腔内感覚の鈍麻、認知機能の低下によりブクブクうがい（以下：含嗽）が困難で、残渣が口腔内に残る状態が続いていた。A氏がうがい方法を習得することで、正しく口腔ケアが行える状態となることを目的とする。

【方法】

含嗽の困難な要因を分析し、多職種（ST、PT、NS、CW）が協議の上、以下の方法を実施した。本取り組みは、日本歯科医学会の研究⁽¹⁾を参考にし、適切な口腔ケアが誤嚥性肺炎のリスク低減に寄与することを前提とした。

頬を膨らませる練習：含嗽の前に口を閉じて空気をため、頬を膨らませる動作を習得。

適切な水量の調整：コップの水を半分にし、全量を口に含むよう指示。

視覚的フィードバック：職員が見本を示し、週2回4週間練習。

【結果】

初期段階でA氏は口頭指示の理解が難しく、頬を膨らませる動作も困難であったが、視覚的フィードバックと反復練習により徐々に改善した。特に、水量調整を工夫し、少量ずつ口に含む方法に変更したことで、水を適切に確保できるようになった。練習を重ねることで、最終的には「コップの水量」「全量を口に含む」の2点の声かけのみで適切な含嗽が可能となった。

【考察】

うがいは当然の動作と思われがちだが、高齢者にとっては様々な要因で困難になる。今回の介入では、段階的な動作指導と視覚的フィードバックが適切なうがいの習得に有効であった。これはA氏の課題に対して、機能的改善と動作学習の両面支援が重要であることを示唆している。

【まとめ】

高齢者にとって口腔ケアは、健康維持に直結する重要な要素である。本研究を通じ、利用者ごとの課題を把握し、適切な支援策を検討する重要性を認識した。今後も多職種連携を活かし、より質の高い口腔ケアの実践に努めていく。

【参考文献】

1) 米山武義, 鴨田博司. 口腔ケアと誤嚥性肺炎予防. 老年歯学, 第16巻, 第1号. 2001.

ポスターⅢ

P3-2

利用者の自己管理意識向上につなげる口腔嚥下機能への関わり

施設名 医療法人真正会霞ヶ関南病院 通所リハビリテーションデイホスピタル
 発表者 小室響未（言語聴覚士）
 共著者 土橋野百合、大島大輔、森脇里実、大塚飛鳥、鈴木小百合

【目的】

当事業所は平均介護度 1.3 の短時間型通所リハビリテーションである。言語聴覚士（以下：ST）が配置され、本人からの訴えや他職種から指摘があった場合、口腔・嚥下機能の評価を行っている。しかし、明確な訴えがない場合は機能低下の把握が困難であった。そこで、要介護者を対象に実態を把握し、多職種にて潜在的な口腔嚥下機能低下の早期発見や、本人への知識の普及と自己管理に向けて取り組みを行ったので報告する。

【方法】

2024 年 6 月分の LIFE からフィードバックがあった要介護者 187 名を対象に、口腔嚥下機能の状況を確認し、全国平均と比較した。加えて、2024 年 6 月より利用者への口腔嚥下機能への取り組みを開始。リハマネジメント加算を算定した要介護者 142 名について、2024 年 6～8 月と 2024 年 12 月～2025 年 2 月の 2 期間で口腔嚥下機能の状況を比較した。なお、定期的な評価は ST が実施。その他スクリーニングは、多職種が行えるよう評価時の留意点を伝え、機能改善に向けたポイントを本人へ伝えられるよう配布資料や自主トレメニュー表を作成した。

【結果】

2024 年 6 月時点のフィードバック票（かかりつけ医あり）における口腔機能評価での課題は、舌苔 80.2%、歯の汚れ 28.4%、ムセ 28.4%、食べこぼし 21.0%、口腔乾燥 17.3%、舌の動きが悪い 17.3%、義歯の汚れ 13.6%、ぶくぶくうがい 1.2%などであった。また、舌苔の割合が全国平均と比較して、当事業所にて高かった。なお、取り組み後には、舌苔の割合が 73.2%へ減少した。

【考察】

当事業所の利用者は口腔ケアや食事が自立している一方で、加齢に伴う嚥下機能の低下がみられるケースもあり、疾患の有無にかかわらず多職種による定期的な評価が重要である。利用者が自身の口腔嚥下機能を認識し、状態に応じた正しい口腔ケアの方法や食事の注意点などを理解することで、自ら意識的に口腔嚥下機能の維持に努めることができる。

ポスターⅢ

P3-3

通所リハ利用者への適正な栄養ケアマネジメントとは

施設名 医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院
発表者 伊藤裕哉（管理栄養士）
共著者 岩間克氏

【目的】

リハビリ・口腔・栄養の一体的取り組みを推進し、自立支援・重度化防止を進める体制が求められていることから、あらためて管理栄養士による通所リハ利用者への適正な栄養ケアマネジメントの見直しを行う。栄養問題を抱えている利用者のリハ会議に参加し、問題点の発見と重度化防止を目指す。

【方法】

①初回利用時の聴取
②リハ会議への参加
③アセスメントシートの改定
④症例 80 代男性、脳梗塞で入院し退院後通所介護を利用していたが、自宅で転倒することが増えてきたため当事業所の利用を開始した。利用当初から食事摂取量不足であり低栄養状態中リスクとなった。家族とケアマネジャーを介しての支援では栄養状態が改善されなかった為、自宅でのリハ会議を開催した。食事聴取を行うと医師の指示より食形態がアップされたものを摂取していたため、家族へ適正な食形態と低栄養予防の指導を行った。

【結果】

通所リハでの滞在時間を捻出し、アセスメントの実施とリハ会議により一体的な情報共有をすることができた。症例ではリハ会議後に利用者の食事摂取量が増加し、管理栄養士が関わることによる栄養改善がみられた。

【考察】

リハ会議に参加するだけでなく居宅訪問することで、家族と顔の見える関係を築くことができ低栄養予防への食事提案が受け入れやすくなったと考えられる。通所リハ利用者への適正な栄養ケアマネジメントを行うことが、在宅での低栄養の重度化を食い止められる可能性があることがわかった。

【まとめ】

リハビリ、口腔、栄養の一体的取り組みを機会に、管理栄養士がリハ会議へ参加し利用者に必要な栄養ケアマネジメントを行う事で改善可能な栄養問題がある。
現在は病院業務と通所リハ業務を並行して行う為、通所リハ介入を増加させるには業務全体の見直しが必要である。課題である業務の割り振りや DX 推進に取り組み、今後も通所リハ利用者への栄養改善に尽力していきたい。

ポスターⅢ

P3-4

口腔栄養管理についての当院通所リハビリテーション における取り組み

施設名 医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター成城
 発表者 佐藤歩（理学療法士）
 共著者 小嶋友樹、岩熊麻美

【目的】

2024 年度 10 月から当院の通所リハビリテーション（以下通所リハ）1 日コースにおいて口腔栄養加算の取り組みを開始した。今回、管理栄養士と協同したこれまでの口腔栄養管理の取り組みを報告する。

【対象及び方法】

対象は 1 日コースの利用者全員である。口腔栄養加算取得は 2024 年 10 月から開始し、リハ実施計画書の配布時期と合わせ、約 3 ヶ月かけて全員取得を進めた。取得のために①口腔状態の把握（新規利用者は開始時に義歯の有無や歯科受診について確認、既存利用者は再確認を実施した）②栄養状況の確認（月 1 回の体重測定に追加し、新しく喫食量など栄養についてのアンケートを実施した。内容は 3 ヶ月毎に換わり喫食量、タンパク、塩分、栄養素を確認）③口腔栄養会議の開催（管理栄養士と体重減少者等の利用者を上げ、担当者にも情報を共有することを実施）④アセスメント表の配布（リハ実施計画書配布月に合わせて配布出来るよう工夫）を行った。

【結果】

既存利用者の口腔状態を十分把握できておらず改めて確認が必要であった。現在は担当者が中心となり義歯の有無や歯科受診歴を把握する運用に変更した。栄養状況は通所と在宅で喫食量異なる利用者、活動量と必要栄養量が合っていない利用者が確認できた。訪問栄養指導へ繋がったケースもあった。

【考察】

以前より体重測定は実施していたが、口腔栄養加算取得にあたり利用者の栄養面の聴取し、その情報を会議で共有することで訪問栄養指導等へ繋げることが出来たと考える。聴取した結果はリハ実施計画書に包括することも検討したが、別紙面としたことも利用者や家族が注目しやすかったと考える。

【まとめ】

口腔栄養加算取得は開始後 6 ヶ月が経過し流れについても改良が必要と考える。食事提供がある 1 日コースだからこそ、実際場面での介入や評価もしやすい。また会議のメンバーも多職種に増やし、通所チーム全体でよい取り組みに繋がっていただければ考える。

ポスターⅢ

P3-5

リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取り組み ～通所リハビリテーションセンター清雅苑での多職種連携～

施設名 社会医療法人 寿量会 通所リハビリテーションセンター清雅苑
発表者 辻本真也（理学療法士）
共著者 真栄城一郎、大久保智明、野尻晋一、時里香

【はじめに】

通所リハビリテーションセンター清雅苑（以下、当苑）では、多職種が連携し、リハビリテーション・栄養・口腔のアセスメント（以下、一体的取り組み）を実施し支援を行っている。令和6年6月から取り組みを開始したので紹介する。

【おわりに】

生活機能が好転する利用者を経験し今後効果検証を実施していきたい。L I F Eの個別フィードバックと合わせて利用者への効果的なフィードバックを検討し、リハビリ会議のブラッシュアップ、利用者の生活機能改善に努めていきたい。

【活動内容】

令和6年6月の要介護の利用者は実人数268名で6月にリハビリテーション会議（以下、リハビリ会議）を実施した121名に一体的取り組みが算定要件のリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定した。同様にリハビリ会議を実施した7月に191名、8月に245名の算定になった。3か月間で取得率は約90%になりその取得率を維持している。具体的には栄養は管理栄養士が、口腔は歯科衛生士、言語聴覚士、看護師が、生活機能は理学療法士、作業療法士、介護福祉士がアセスメントを実施した。そのアセスメント結果を基にカンファレンスを実施しリハビリテーション計画書を作成している。一体的取り組みの開始時はアセスメントをリハビリテーション計画書に反映させるのみであったが3か月経過後のリハビリ会議では栄養・口腔のアセスメント結果で改善が必要な利用者には栄養では体重管理、栄養バランスを考慮した生活習慣、口腔では口腔ケアの手順、誤嚥性肺炎の予防のパンフレットを配布しリハビリ会議を実施した。また栄養・口腔に課題のない利用者には興味関心チェックリストから活動を選択し必要栄養量に見合う生活習慣を提案している。必要栄養量に見合う生活習慣の作成には業務効率を考慮し人工知能を活用し素案を作成している。

ポスターⅢ

P3-6

通所リハビリテーションにおける歯科衛生士の関り

施設名 医療法人 真正会 霞ヶ関南病院

医療法人 真正会 通所リハビリテーションデイリビング

発表者 大塚真奈美（歯科衛生士）

共著者 佐藤寿美恵、澤江貴子、三田優子、外口徳秀、須永亜矢子、
江口由希

【はじめに】

2024年6月の介護報酬改定により、利用者の自立支援および重度化防止を目的として、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取り組みが推進されている。現在、当通所リハビリテーションでは、外来所属の歯科衛生士が兼務により関与している。そこで、限られた時間の中で効果的に関わるための取り組みを実践したので報告する。

【方法】

方法①：2024年12月時点の当通所リハビリテーション利用者180人を対象に、口腔機能および口腔衛生状態の評価、口腔ケアの実施状況、歯科の通院状況に関するアセスメント調査を実施した。

方法②：上記より、口腔衛生不良かつ口腔ケア動作が自立している利用者に対して、ミニ講義と個別の歯ブラシ練習を行なった。その取組前後の状況を、口腔スクリーニングツールであるOHAT-Jを使用し評価した。

【結果】

結果①：全利用者のうち口腔衛生不良と評価した利用者は89%であった。そのうち、口腔ケア動作自立の利用者は16人だった。

結果②：OHAT-J評価0点（健全）の利用者の割合は、取り組み前0人から、取り組み後に3人となった。また、評価項目の1つである口腔清掃では、15人に改善が見られた。

【考察】

約9割の利用者は口腔衛生が不良であり、口腔状態の評価は重要である。歯科衛生士が限られた時間で、適切な評価に基づく利用者個々へのアドバイスが効果的であった。利用者が住み慣れた地域でいつまでもお口から安心・安全に食べられるよう、専門職としての口腔評価が求められている。

【おわりに】

今回、介助を必要とする利用者への関わりとして、多職種と連携して「口腔カードにワンポイントアドバイスを記載する取り組み」も行っている。より効果的な支援を行えるよう、多職種での継続的な支援を実施していきたい。

ポスターⅣ

P4-1

通所リハにおける送迎時の感染対策に関する意識調査

施設名 医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院

発表者 赤瀬川志保（介護福祉士）

共著者 佐治陽子、丹羽京子、岡由加里

【目的】

感染を持ち込まない水際対策として乗車前の体調確認、体温測定、手指消毒、不織布マスクは継続している。近頃では対策に対し意見が寄せられるようになった。そこで送迎時の感染対策を見直すことを目的に意識調査を実施した。

【方法】

期間は2025年3月。対象は送迎に従事する職員28名、日常会話が可能な利用者86名。

調査は①感染経験の有無、②感染情報の入手先、③職員からの説明有無、④乗車前の感染対策の必要性、⑤意見など、アンケートをもとに半構造化面接を実施。分析は単純集計と自由回答のテキストマイニング。当院倫理審査委員会承認を得た。

【結果】

利用者平均年齢80.8歳（±8.8歳）。調査①「有」職員24名・利用者39名。調査②利用者「デイクア」15名（19%）。調査③「受けてない・覚えていない」76%。調査④ほぼ全員が「必要」。「不要」と答えた中で「自分も周りも感染していないから」「手指消毒は降りた後でよい」「手が荒れる」などと利用者から回答があった。職員からは「車外での体温測定は夏や冬、エラーが出る」との意見があった。調査⑤利用者より「流行りの感染症について教えてほしい」など、様々な回答を得られた。

【考察】

通所リハとして医学的根拠をもって最新の情報をわかりやすく発信する役割がある。しかし、利用者がどの程度説明を理解しているか確認ができていなかった。日常会話などから理解度を繰り返し確認していく必要が示唆された。高齢者である利用者に伝わりやすい媒体を使用した説明方法を検討していくことや、感染対策の方法も一元化せずに流動的かつ個別的に対応する汎用性が時に必要である。

【まとめ】

今回は日常会話ができる利用者が対象であり、他の利用者や家族が研究に参加できず、結果は参考にしかない。研究により感染対策の課題、情報発信といった通所リハの役割が明らかになった。この研究を証明するには今後、業務改善や職員教育などで検証していく必要がある。

ポスターⅣ

P4-2

当施設通所リハビリテーションにおけるインシデント事例について

施設名 日本赤十字社 高山赤十字介護老人保健施設はなさと

発表者 望月崇伯（理学療法士）

共著者 澤裕佳、宮原和美、田中智也、山下加奈、重盛紀子

【目的】

当施設は岐阜県高山市に位置し、定員 40 名の通所リハビリテーション（以下デイケア）を有する施設である。現在は在宅強化型施設として地域の要介護者及び要支援者に対し、積極的な在宅療養支援を行っている。今回 2021 年度より 2024 年度までに報告された当施設デイケアにおけるインシデント事例 15 例の分析及び検討を行った。

【方法】

2021 年度 4 例、2022 年度 1 例、2023 年度 なし、2024 年度 10 例のインシデント事例を転倒転落関係、内服薬関係、事務関係、その他に分類し分析した。

【結果】

4 年間 15 例のうち転倒転落関係 9 例、内服薬関係 2 例、事務関係 2 例、その他 2 例との結果が得られた。転倒転落関係の内訳から 2 例は送迎中の事例であった。事務関係とその他の内訳からは、異食が 1 例、予約の連絡共有の不徹底が 1 例、返却書類の利用者違いが 1 例、備品の搬入業者による運搬中の確認不足 1 例であった。またインシデントレベルとしては、レベル 0 が 2 例、レベル 1 が 2 例、レベル 2 が 10 例、レベル 3a が 1 例であった。入所部門のインシデント報告数に比べ、圧倒的に報告数が少なかった。

【考察】

デイケア部門のインシデント報告数が、入所部門に比べ圧倒的に少ない結果から、デイケア職員の報告意識が低いこと、中でもインシデント 0 レベル（未然に防いだ事象）の報告が少ないことが関連していると思われる。また、デイケアは限られた時間の関わりであるのに対し、入所ケアは日常生活全般に関わることもその要因と考えられた。

【まとめ】

安全かつ安心のできるデイケアを提供するためには、日ごろから職員が予測的行動について意識することが大切であると思われる。最も多い転倒転落関係事象についても、地域の特性を考慮した冬季の転倒予防対策を講じ共有することが重要である。今後は、ヒヤリ・ハットを含めたインシデント 0 レベルからの報告が行えるように啓発し、デイケアの質向上につなげていきたい。

ポスターⅣ

P4-3

デイサービスにおける在宅生活をサポートする関わり

施設名 社会福祉法人真正会 デイサービス真

発表者 猪爪和美（介護福祉士）

共著者 竹内修美、衛藤春乃、長峯博紀、吹上総一

【目的】

デイサービスセンター真（以下、デイサービス）では、デイサービス利用中の支援にとどまらず、在宅生活全般を見据えた支援に努めている。今回、送迎時に得られるご家族の困りごととその対応について一年間の事例を振り返ると共に、家族構成別の傾向を明らかにすることで今後の取り組みに生かす事を目的とする。

【方法】

2024年4月から2025年3月までの期間に、送迎時にご家族から寄せられ記録された相談内容を抽出し、家族構成別に相談件数の割合を算出した。また、同様の期間にご家族から寄せられた在宅での具体的な困りごとと、それに対するデイサービスの対応を記録から分類・分析した。

【結果】

ご家族から困りごとが寄せられた割合が最も高かったのは日中独居の方で、全体の54.5%を占めた。困りごとの内容は、認知機能の低下や身体を動かすにいくと内容が多かった。対応としては、ご家族への丁寧な傾聴や、デイサービスでの利用者の様子を具体的に伝えることで、ご家族の不安軽減に繋がった事例が多く見られた。また、ケアマネジャーと連携し、具体的な手すりやスロープの設置に至ったケースもあった。

【考察】

日中独居世帯からの困りごとの相談が多かった背景には、日中の家族によるサポートが困難な状況において、ご家族が問題解決の糸口を求めていることが示唆された。特に認知機能低下に関する困りごとは、ご家族にとって対応が難しい場合が多いと考えられる。スタッフによる傾聴やデイサービスでの様子を伝えるといった関わりが有効であったことは、ご家族が安心感を得て、在宅での課題を乗り越える上で重要な要素であると言える。送迎時のコミュニケーションは、ご家族との信頼関係を築き、在宅生活をサポートする上で欠かせない機会である。今後は、ケアマネジャーをはじめとする多職種との連携をより密にし、包括的な在宅生活支援に繋げていきたい。

ポスターⅣ

P4-4

当事業所における訪問リハビリと通所リハビリの併用の課題

施設名 医療法人社団富家会 富家在宅リハビリテーションケアセンター
 医療法人社団富家会 富家病院
 発表者 横山悠輝（理学療法士）
 共著者 前田有輝、竹澤梢、小川佳代子

【目的】

一般社団法人全国デイ・ケア協会による「通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業」（令和元年度調査）によると訪問リハビリ（以下、訪リハ）新規利用者の通所リハビリ（以下、通リハ）との併用率は 19.4%（n=407）となっている。同調査によると両サービスの併用も効果的であると述べられているが当事業所において訪リハ利用者は通リハとの併用が少ない傾向にある。ケアプランを作成するケアマネジャー（以下、CM）の訪リハと通リハ併用についての認識を理解することで当事業所における訪リハ利用者が通リハとの併用が少ない要因を知ることが目的とし調査を行った。

【方法】

当法人内の居宅CM21人に訪リハと通リハの併用についての認識を調査するアンケートを事業所SNSで配布しFAXでの返送を依頼した（16名から回収）。アンケート内容は訪リハと通リハは併用可否の認識や併用する場合の課題等である。

【結果】

訪リハと通リハが併用可能であると12名が認識していた。12名のうち、併用したことがあるが7名、併用したことがないが5名だった。併用不可と認識していたのが4名だった。併用したことがある、ないに関わらず併用プランとする際の課題としては自治体によって見解が違ふことや併用する場合は理由書が必要なこと等、自治体に関係する内容を7名のCMが記載していた。

【考察】

訪リハと通リハを併用できないと認識、併用したことがないCMは併用したことがあるCMより多かった。要因としては自治体によって併用が原則認められていないということや、併用のためには理由書の提出を求められるなど事務的な課題があることがわかった。

【まとめ】

訪リハと通リハの併用可否のCMの認識や、併用する際の事務的な課題が当事業所の訪リハと通リハの併用が少ない理由と考えられた。訪リハと通リハの併用が効果的だと思われる利用者には今後併用しやすい仕組み作りが必要だと考えられる。

ポスターⅣ

P4-5

当院の訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションとでの 合同でのリハビリテーション会議の取組みについて

施設名 社会福祉法人 こうほうえん 錦海リハビリテーション病院
発表者 川上紘司（作業療法士）
共著者 生田陽介、北山朋宏

【目的】

当院の訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）ご利用者については、定期的往診を実施しているが、当院は通所リハビリテーション（以下、DC）も併用しておりリハビリテーションマネジメント加算を算定している要介護者の方は、合同で医師を中心にリハビリテーション会議（以下、リハ会議）を実施している。リハ会議の取組みの現状をまとめたので報告をする。本報告に際し、当院倫理委員会の同意を得ている。

【方法】

2025年3月時点、過去3年間、訪問リハご利用者のリハ会議実施者数をまとめた。リハ会議の所見については、リハ会議調整をしている訪問リハとDCの各担当セラピスト（以下、Th）へ聴取を実施した。また、リハ会議参加ご利用者やケアマネージャー（以下、CM）についても一部聴取を実施した。

【結果】

訪問リハでの2023年度の要介護のご利用者数は、157名のうち16名がリハ会議該当者であった。2024年度は146名のうち15名、2025年度は144名のうち22名であった。所見については、ThやCM、ご利用者・ご家族からは共通して、長所は、医師が居ること、現状や課題を共有でき、直接医学的な見解やリスク管理等を伺うことができる点や、医師を中心にご利用者の現状を共有し、目標に向かって訪問、DC共に各担当者の役割が把握しやすい点等が挙げられた。短所としては、リハ会議の時間制約がある、訪問リハとDCの各担当Thの日程調整が難しい等といった点が挙げられた。

【考察】

リハ会議については、時間調整等難しい点があるが、医師の役割は、藤本（2020）は、身体状況や障害に関する予後の説明、在宅生活における見通しやリスクの説明に加え、居宅サービス計画書への医学的視点による助言等と述べている。この度の肯定的な意見から医師を中心としたリハ会議は期待が窺え、また、訪問リハとDCとの合同でのリハ会議は訪問リハやDC、CM等それぞれの役割が明確となり、生活に基づいたサービスの質の向上へつながると考える。

ポスターⅣ

P4-6

通所リハビリテーションにおけるサービスの質向上にむけた業務改善 ～ LIFE フィードバックからみえたもの～

施設名 医療法人慶友会 城東病院

発表者 荒木亜樹（理学療法士）

【はじめに】

当通所リハビリテーションは通常規模型で 120 名の利用登録がある。自立支援と在宅生活継続のため、医学的管理のもとリハ・栄養・口腔の一体的取組に力を入れてきた。リハマネ加算は対象者に 100%取得するとともに、体重推移や食事摂取状況より低栄養リスク者を把握。口腔支援では定期評価と口腔ケア推進、口腔体操等の包括的支援と併せ必要に応じ提携歯科への紹介受診を行っている。サービスの質向上のため科学的介護が推進される中、2021 年の運用開始当初から LIFE のデータ提出を行ってきた。今回は LIFE フィードバックより現状を振り返り、質の向上にむけた業務改善を行った。

【方法】

令和 6 年度の LIFE フィードバック（科学的介護推進加算）より口腔・栄養のデータを全国と比較。口腔関連項目では「むせ」に関しての比率が高く、歯の汚れと歯肉の腫れ・出血に関しては低かった。口腔機能に課題のある利用者が多いと推察され、改めて全利用者に調査を行うと、約 60%が何らかの問題を抱えていた。一方で口腔機能向上加算の算定率は 12%と全国同様に低かった。口腔機能に課題がある利用者を提携歯科へつなぎつつ、口腔機能向上加算を取得していたが、サービス担当者である看護師に業務が集中しており、必要性はあっても課題のある全員に支援が行えていなかった。全体業務の見直しを行い、サービス担当者である看護師が口腔支援に対応できる体制を整えた。

【結果】

全体業務の中で看護師が行っていた業務を整理し、代わりに医療処置や口腔支援等看護師でなくてはできない業務に集中して取り組める体制を整えた。個別計画の立案と訓練の実施が可能となり、口腔機能向上加算の取得率改善につながった。

【まとめ】

LIFE フィードバックの活用により課題が可視化され、現状を振り返るきっかけとなった。口腔機能の支援体制が確立され、リハ・栄養・口腔の一体的取組をより強化でき、質の向上につながると考える。

ポスターV

P5-1

通所リハビリテーションセンターにおける転倒事故の インシデントレポートの分析と転倒指標の検討 —後ろ向き調査研究—

施設名 医療法人財団健貢会 総合東京病院
発表者 阿部美紗子（作業療法士）
共著者 宮野佐年、原島宏明

【目的】

転倒はQOLを著しく低下させ「寝たきり」「活動範囲の狭小化」を招くとされており、当施設でも課題である。転倒指標を示し事故防止に努めるべく、転倒群と非転倒群で比較した。

【方法】

2年間の施設内転倒事故28件のインシデントレポートから対象者や発生因子を分析。

2024年4月から2025年3月の在籍利用者244名が対象。男性102名、女性142名、平均年齢79.4歳±9.2。転倒群63名、非転倒群181名に分け後ろ向きに調査した。調査項目は介護区分、認知症高齢者の日常生活自立度、外出頻度、TUG、握力、10mWT快適、最大速度、歩数とし、2群間で比較検討した。統計解析にはt検定、Mann-Whitney U検定を用い有意水準は5%未満とした。

【結果】

レベル3以上4件（内3件が90代女性）、発生月は4月・7月・1月が同数で5件と最多。介護区分に差はなく、移動手段は独歩12件、杖8件、歩行器8件。発生時間は9時から10時が最多9件。状況は発見が19件、近位監視6件、リハビリ中3件。転倒群と非転倒群では、快適速度の歩数にのみ有意差を認めた。

【考察】

重大事故4件中3件は90代女性で高齢者ほど姿勢反射障害が高率であると指摘されており、受け身がとれず重大事故になったと考えられる。ティディクサー、レインらによると発生時間帯は一般的に昼間6時～10時に多いとされ、当施設でも9時～10時の時間帯に多かった。独歩自立の方が、なんらかの不注意や環境により転倒し発見という状況が多かった。

2群間比較では快適速度の歩数に有意な差を認めた。斎藤らによると、1歩幅と転倒とは関連があるとされており、快適速度の歩幅が転倒に影響していることが示唆された。

【まとめ】

今後は、傾向を全職員に周知し転倒事故そのものを減少させ、転倒群に対してアプローチが必要。

ポスターⅤ

P5-2

「食」の楽しさを支援する取り組み

施設名 医療法人真正会 ケアラウンジ南大塚
 発表者 永崎木の実（看護師）
 共著者 小川彩乃、横田真有、丹羽敦史

【目的】

食育における高齢期の役割は「食」を通じた豊かな生活、食文化や食の知識・体験を次世代に伝えることとされている。各家庭には「おふくろの味」や「故郷の味」があり、どこか懐かしい味は心の中に記憶されている。ケアラウンジ南大塚（以下、当施設）に通う利用者も、過去には家庭料理に携わり家族に料理を振舞っていた方は多い。そこで今回、「食」に関する聞き取りを行い、当施設においても楽しく「食」を支援できる方法を検討したので報告する。

【対象と方法】

対象は当施設に通う利用者 101 名（男性 30 名、女性 71 名、平均年齢 82.7 歳）とし、「食」に関する聞き取り調査を行った。内容は①過去と現在の料理の実施状況について②料理をしなくなった理由③料理への意欲④料理過程でできることの 4 項目とした。

【結果】

①過去は料理をしていたが、現在はしていない方が 42 名（41.6%）で一番多く、次いで過去も現在も料理をしている方 38 名（37.6%）、過去も現在も料理をしていない方 21 名（20.8%）だった。②料理をしなくなった理由として、役割がなくなった、体力がない、意欲がない、家族に止められたなどであった。③料理をしたい方 59 名（58.4%）であった。④後片付け、献立、味付け、加熱調理、下準備の順に多かった。

【考察】

現在料理をしていない方は、聞き取り調査にて、さまざまな理由により料理ができなくなっていることが分かった。しかし機会があれば料理をやりたいと思う方も多いことが分かった。特に家庭で作っていた料理を思い出とともにお話をされる方が多く、当施設として思い出のある料理を再現できるエピソードレシピ集を作成したいと考えた。

【まとめ】

「食」の楽しさを支援するため、思い出の料理を再現するためのエピソードレシピ集を作成する取り組みを始めた。

ポスターV

P5-3

重複障害が進行し独居が危ぶまれる症例の 身体機能改善に向けた取り組み

施設名 医療法人寺尾会 寺尾病院
発表者 河野志織（理学療法士）
共著者 岡さやか

【目的】

本症例は、脳梗塞、糖尿病、腎不全を有し、腎機能の悪化とともに身体機能の低下が進行している。自宅での転倒が増加し、60代と若年であるが独居継続が危惧される。本研究では、InBody270（以下InBody）を用いた体成分分析およびリハビリの取り組みを報告する。

【方法】

InBodyを用いた体成分分析および3ヶ月間のリハビリによるアプローチ

○対象者

60代女性、独居、要介護1

既往歴：脳梗塞（2009年、右不全麻痺）、腰椎後縦靱帯骨化症（2015年）、2型糖尿病、腎不全（CKDステージ4）

サービス利用状況：通所リハ・訪問介護各週3回

○初期評価

- ・BMI：30.3kg/m²（肥満度2）、体脂肪量 25.4kg（41.6%）、骨格筋量 18.7kg
- ・右下肢筋力：MMT3 レベル ・座位・歩行姿勢：体幹前屈位 ・5m歩行：13.3秒
- ・握力：12.7kg

○アプローチ内容

- ・パワーリハ4機種（最大筋力50%→60%負荷へ変更）
- ・ニューステップ10分×2セット
- ・一本杖歩行訓練（手引き介助）15m
- ・バランスクッション体幹トレーニング
- ・食事指導（タンパク質・ミネラル摂取提案）

【結果】

3ヶ月後のInBody測定結果：体重 58.6kg（-2.4kg）、体脂肪量 24.6kg（-0.8kg）、体脂肪率 42.0%、内臓脂肪レベル 15、骨格筋量 17.8kg（-1.5kg）。握力 12.1kg（-0.6kg）、5m歩行 11秒（-2.1秒）

【考察】

体重・体脂肪減少とともに骨格筋量の低下も認められた。腎不全によるタンパク質制限や糖尿病の影響が要因と考えられる。歩行速度の改善は体重減少による動作のしやすさの影響が推測されるが、筋力低下は姿勢保持や歩行耐久性の低下を招く可能性がある。減量と筋肉量維持の両立が重要となる。

【まとめ】

体成分分析に基づく介入により、体重と歩行速度の改善が見られたが、骨格筋量の低下が要因だと考えられるため筋肉量の維持を図る必要がある。食事管理の難しさが課題となってくるが、運動療法や日常活動の工夫を継続し、他職種と連携しながら安全な生活の支援を進めていく必要がある。

ポスターV

P5-4

訪問リハビリと通所リハビリの併用が屋外の活動範囲拡大に繋がった一例

施設名 医療法人社団輝生会 船橋市リハビリセンター
 発表者 五十嵐琢麻（理学療法士）
 共著者 尾下真志、泉水泰良、橋本慈樹

【はじめに】

訪問リハで屋外歩行自立の能力を得ながら、生活場面では十分に実現できなかった症例に対し、短期的に通所リハを併用した。結果、屋外歩行自立範囲の拡大に至ったため、経過をまとめ報告する。

【対象と方法】

症例は 70 歳代男性。視床出血を発症し、回復期病棟入院を経て自宅退院。屋内 ADL は自立、外出は T 字杖、プラスチック短下肢装具装着で見守り～自立。退院直後より屋外歩行自立を目的に訪問リハを週 2 回開始。1 年が経過した時点で、見守り下での屋外歩行距離は延長できたが、転倒への恐怖心や横断歩道への不安から、単独での歩行範囲は変化がみられなかった。そのため、通所リハを開始し、トレッドミルを用いた歩行訓練を中心に行い、歩行スピードの向上を図った。同時期の家族の体調不良をきっかけに、食材の買い物に行きたいとの希望が聞かれたため、訪問リハでは横断歩道の通行に加えて、買い物を想定した運搬歩行等応用的動作訓練を行った。

【結果】

6 ヶ月間の通所リハ、訪問リハ併用で、横断歩道の通行が必要なコンビニやスーパー等へ 1 人で買い物に出かけられるようになった。歩行速度は 10m 歩行で 22.4 秒から 22.1 秒、活動範囲は LSA18 から 22.5 へ向上した。症例より、自覚的な変化として「足が前に出やすい」「歩幅が広がった」などの発言が聞かれた。

【考察】

訪問リハは、実際に活動が行われる環境にて具体的訓練が可能。対して通所リハは、対象の最大能力や心身機能に合わせた訓練を行うことに適している。訪問リハで活動に必要な能力を得た上で、通所リハで最大能力の発揮、傍に人がいない状況での歩行を経験したことで、身体予備力を知覚し、転倒への恐怖感軽減、活動範囲の拡大につながったと考える。

【まとめ】

生活課題に対して、訪問リハと通所リハを併用し、各々の特徴を活かした関わりを行うことは有効である。

ポスターⅤ

P5-5

きっかけづくりから活力ある生活へ 利用者主体のクラブ活動を通して

施設名 社会福祉法人 真正会 デイサービスセンター寿
発表者 近藤千絵（ケアワーカー）
共著者 増子侑希、山中一輝、馬崎加奈絵、林田有里

【目的】

高齢化が進む現代において、高齢者の孤立や社会参加の低下は深刻な問題となっている。利用者主体のクラブ活動は、高齢者の生きがいづくりや健康維持に繋がる可能性が期待されるが、活動への参加を促すための効果的な「きっかけづくり」に関する発表は限られている。本発表では、デイサービスセンター寿（以下：デイ寿）における利用者主体のクラブ活動を対象に、参加を促すための「きっかけづくり」を実施し、その効果を検証した。

【考察】

本発表の結果から、利用者主体のクラブ活動における「きっかけづくり」は、利用者の活動・参加、また活力ある生活を促進する上で重要な役割を果たすことが示唆された。高齢者はきっかけがないと新しい活動に参加することを躊躇しがちである。しかし、アンケートや個別声掛け、体験会の実施のように利用者の状況やニーズに合わせた「きっかけづくり」を行うことで、参加者へのハードルを下げ参加意欲を高めることができる。

【方法】

デイ寿における利用者主体のクラブ活動を対象に、参加を促すための「きっかけづくり」を実施した。具体的にはアンケートの実施、職員が個別に利用者へ声掛け、クラブ活動の情報発信、クラブ活動体験会の実施、活動場所の提供を行いクラブ活動への参加を促した。これら取り組みからクラブ活動参加を経てデイ寿、自宅での生活にどのような影響を及ぼすか検証した。

【結果】

「きっかけづくり」を実施した結果、クラブ活動への参加意欲が向上しさらにデイ寿、自宅での生活がより活動的になった。特に、アンケートや個別声掛け、体験会の実施は利用者の参加意欲を高める上で有効であることが明らかになった。アンケート、個別声掛けでは、職員が利用者の趣味や興味関心に合わせてクラブ活動を紹介することで、参加へのハードルを下げる事ができた。また体験会の実施では参加することが億劫になっている利用者の参加につながった。

ポスターⅥ

P6-1

通所リハビリ体験利用がもたらす効果

施設名 医療法人八女発心会 介護老人保健施設 舞風台
 発表者 坂井健一郎（理学療法士）

【目的】

当施設では、通所リハビリの体験利用を積極的に受け入れており、利用者本人および家族の希望を尊重し、原則として依頼を断らない方針を掲げている。本研究では、体験利用を通じた新規利用者獲得と定着促進に向けた取り組みについて検討した。

【まとめ】

通所リハビリ体験利用は、利用者・家族の安心と満足度向上に繋がり、新規利用者獲得と定着促進に有効な手段であると考えられる。今後は、体験利用者の長期的な利用状況や効果を分析し、より効果的な体験利用のあり方について検討していく。

【方法】

体験利用時には、自宅までの送迎、バイタルサイン確認、施設概要説明、入浴サービス、口腔体操、昼食、レクリエーション、体操など様々なサービスを提供し、体験利用者の意向や不安を聴取することで安心して参加できる環境を整えている。体験利用後にはアンケートを実施し、バイタルサイン、利用者の意向、活動内容や様子などをまとめたサンクスレターを作成して体験利用者に持ち帰っていただいている。また、本人の意向、基本情報、問診、基本的な動作や健康状態などを確認し、個別リハビリの内容をシミュレーションしている。

【結果・考察】

通所リハビリの体験利用中に個別リハビリを実施することはできないが、個別リハビリのシミュレーションやサンクスレターの提供により、利用者や家族が通所リハビリに対する理解を深め、利用決定を促進する効果があることが示唆された。体験利用者を対象としたアンケートでは、施設の柔軟性やサービスの充実度に対する高い評価を得ており、体験利用の仕組みが新規利用者の獲得および定着に大きく貢献していることが示された。

ポスターⅥ P6-2

目標達成による通所リハビリテーションの利用修了に向けた関わり

施設名 医療法人真正会 霞ヶ関南病院 通所リハビリテーションデイ
ホスピタル

発表者 小坂遥子（理学療法士）

共著者 大島大輔、細野祥、井野甫洋、牧田晨慈、鈴木小百合、
中川美佳、小原綾

【目的】

当事業所は短時間型通所リハビリテーションを提供し、在宅生活での自己管理の支援に取り組み、その効果を報告してきた。しかし、自己管理が可能となっても利用修了に難渋することも多い。そこで、修了が困難な理由を調査し、結果を踏まえ各職種の支援内容を早期から修了を意識した関わりに見直したため、事例を通して報告する。

【方法】

対象は令和5年5月時点で当事業所を利用していた300名。方法①：令和6年4月までに生活の安定や目標達成により修了した人数を記録から後方視的に調査。方法②：目標達成後も利用を継続した方について、職員へのアンケートにより修了困難な理由を調査・分析した。

【結果】

結果①：修了者は17名（5.7%）であった。結果②：目標達成にもかかわらず修了が困難だった方は、57名（19%）。その理由は、「本人・家族が身体機能低下を懸念」23名（40%）、「当事業所の利用を楽しみにしている」15名（26%）などであった。

【事例】

80代男性。脊柱管狭窄症術後、腰痛改善と農作業再開を目標に、1年で修了と合意形成して利用を開始した。腰痛は改善したが健康管理への不安が残り、段階的に自己効力感を高める支援を実施。また、農作業は断念したが、代替目標を自ら設定し、病院内の備品清掃等のボランティア活動を選択。利用開始から1年で当事業所の利用は修了に至った。

【考察】

目標の達成後も「利用すること自体」が目的化するケースが存在する。利用開始時から修了に向けた合意形成を図り、早期から自己管理の習慣化を促す支援が必要である。また、段階的に自己効力感を高め、地域資源を活用した活動の選択肢を提示することで、本人が主体的に目標を設定・実行できるよう支援することが重要である。早期から修了を意識しつつも本人に合わせた段階的な関わりは、利用者が自立への手応えを感じ、地域での新たな役割や活動へと前向きに踏み出す一助となる。

ポスターⅥ

P6-3

外来・短時間通所リハビリテーションにおける マネジメント業務の重要性と役割

施設名 医療法人社団 輝生会 在宅総合ケアセンター成城
医療法人社団 輝生会 本部
発表者 中筋祐輔（理学療法士）
共著者 松原徹

【背景と目的】

当センターは、病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を併設した複合型施設であり、医療・介護サービスを一体的に提供している。昨今、受け入れ相談件数が増加しており、初期対応を担うマネジメント業務の重要性が高まっている。本研究では、外来リハビリテーション（以下、外来リハ）および短時間通所リハビリテーション（以下、短時間通所リハ）の受付・相談の現状を把握し、今後求められるマネジメント業務の役割について検討した。

【方法】

2024年4月1日～2025年3月31日までの1年間に当センターで対応した新規相談・利用実績について、件数、サービス種別、相談元、相談から利用までの期間などを集計・分析した。本研究は倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：成 2025-2）。

【結果】

新規相談件数は240件で、新規利用に至ったのは225件、不適合やキャンセルは15件であった。サービス別では外来リハ173件、短時間通所リハ52件。外来リハ相談元は急性期病院・医療機関が88件、当院整形外科が57件と多かった。短時間通所リハは地域包括支援センターからが29件、外部居宅介護支援事業所からが19件であった。相談件数は2022年（201件）と比較して増加がみられた。相談から利用開始までの期間は外来リハ8.2日±5.7、短時間通所リハ18.0日±8.6だった。

【考察】

新規相談件数の増加には、医療・介護を要する高齢者増加およびニーズの多様化が影響していると考えられる。医療機関退院後からリハ利用開始までの期間が短いほど機能回復が大きい傾向にあるため、複合的なサービスを提供する当センターにおいては、初期対応を担うマネジメント業務がサービス導入の鍵を握っており、シームレスで早期リハ提供を実施する視点を持ち対応していく必要性が求められている。

【まとめ】

今後もマネジメント業務と関係機関との連携を深め、より早期に円滑なサービス導入に寄与し、地域に貢献していきたい。

ポスターⅥ

P6-4

通所リハビリテーションにおける中断者支援と 顧客生涯価値（LTV）向上に向けた取組

施設名 医療法人鴻池会 介護老人保健施設鴻池荘
発表者 植田隆敏（事務）

【はじめに】

当デイケア事業所（2 か所）の1日あたりの利用者数は約85名であり、事務員は請求業務に加え、稼働に関する情報の集約・発信といった多様な役割を担っている。今回、ビジネス分野で重要性が高まるLTV（顧客生涯価値）の視点から、中断者支援の取り組みについて整理した為、報告する。LTVとは「1人の利用者が利用期間を通じてもたらす総収益」であり、「顧客」は利用者、「生涯」は利用期間、「価値」は総収益と定義する。また、中断者は「3カ月以内の中期的なお休みが続いている利用者」と定義した。

【方法】

①お休みの連絡は事務所で一括して受け、誰が対応してもお休み理由を確認し、可能であれば振替利用を提案する。②中断の連絡を受けた際には、その経緯を丁寧に聞き取り、一覧表にまとめてリハビリ職に共有する。③リハ職はケアマネジャーや利用者との連携し、現状の把握と今後のリハビリの必要性について説明、必要時はカンファレンスの開催。④定例会議では中断理由の傾向や稼働率への影響を分析し、改善点がないかを検討する。

【結果】

令和6年の集計では、新規利用者数120名、中断者は201名、そのうち再開者は73名であった。中断理由として最も多かったのは、「入院・入所・全身状態の悪化」であり、次いで、自己都合による中断が25件、修了が14件であった。

【考察】

デイケアにおける「お休み」は顧客単価を下げる要因となり、それが中断や解約につながるケースも少なくない。その為、日頃から利用者との信頼関係を築き、継続利用の必要性を伝え、実感して頂くことが求められる。

今回の支援が再開者数の増加に直接影響したかは分析できていないが、当デイケアではお休みや中断を「気づきの契機」として捉え、再開や新たな支援の起点とする姿勢を重視している。一時的にサービスを離れたとしても、生活のなかで再びつながる動線を模索することが、LTV向上と支援の質の両立につながると捉えている。

ポスターⅥ

P6-5

デイサービスの利用終了者～退所理由からの検討～

施設名 医療法人社団ふけ会 富家リハビリセンター花見川
発表者 望月建吾（理学療法士）

【はじめに】

富家リハビリセンター花見川（以下、デイサービス）では様々な利用者の方が来所されている。今回、デイサービスの利用終了になった理由を踏まえ検証し、利用者獲得、退所者を減らす事を目的とする。

【方法】

令和2年4月から令和6年3月までの期間のデイサービス利用者情報・中止理由を調査した。

【結果】

令和2年4月調査開始時より、デイサービスの総利用者は239名、利用終了者は147名、現利用者が92名となる。

介護度別の退所者は要介護Ⅰ 24.5% 要介護Ⅱ 27.2%

要介護Ⅲ 23.1% 要介護Ⅳ 12.2% 要介護Ⅴ 8.8%

要支援Ⅰ 2.0% 要支援Ⅱ 2.0%

終了理由として他サービス利用 32名 転居【施設】 72名 死亡退所 27名

上記理由でデイサービスを終了している。

また、長期入院後に通所日数の調整難により 16名の退所者がでた。

【考察】

デイサービスにおける役割として在宅で自立した生活を送るために入浴介助、身体機能の維持・向上のための機能訓練が重要となる。

今期間の利用終了者の半数を占めるのが要介護Ⅰ、Ⅱとなり、施設へ転居よるものが中心となる。

原因として考えられるものは身体機能の低下による在宅生活の継続が困難となった利用者が終了となるケースを多く感じる。「デイサービス時間外の介護が難しい」、「施設を探しながらデイサービスを利用する」といった話が聞かれた。

また、長期入院後、在宅生活を継続するために以前のサービス日程への調整ができず、他サービスへの変更を余儀なくすることもあった。定期的な家族、ケアマネージャーからの情報収集が重要と感じる。

ポスターⅥ

P6-6

当短時間通所リハビリ事業所の立ち上げから 5 年間の取組 ～シニア人材の活用に着目して～

施設名 医療生協さいたま生活協同組合 行田協立診療所通所
リハビリたびくら
発表者 北谷戸春樹（理学療法士）

【目的】

当事業所は診療所に併設した短時間通所リハとして 2000 年に開所した。本発表では、当通所リハ事業所の立ち上げから 5 年間の取り組みと成果を報告する。特に事業所の職員としてシニア人材を積極的に採用しサービスの安定と拡充に寄与したので報告する。

【方法】

開所からの延べ利用者数の推移を追跡し、サービス拡充に向けた戦略や取り組みを分析した。
事業立ち上げと拡充のため、相談業務の専門化による外部関係者との連携強化、経営指標の共有による職員参加型運営を行った。また、送迎ドライバーやリハビリ助手にシニア世代の人材を積極的に採用し、研修や OJT の実施、ミーティングの参加による利用者情報の共有等の育成を行った。

【結果】

当事業所の登録利用者数は 5 年間で 9 名から 164 名に増加し、延べ利用者数は前年度比 2021 年 2.63 倍、2022 年 1.30 倍、2023 年度 1.12 倍、2024 年度 1.16 倍と増加した。事業の拡充に伴い職員は 4 名から 12 名へと増加し、その内の 6 名が 65 歳以上のシニア人材であった。

【考察】

安定した介護サービスの提供において、サービスを提供する人材の採用と育成は重要度の高い課題であるが、近年介護需要に対しサービス提供側の人材が不足しており今後その傾向は一層拡大する見込みとなっている。当事業所も開設当初より職員の募集に対し迅速な応募が得られない等の課題があった。その対応としてシニア人材を送迎ドライバーやリハビリ助手として積極的に採用し、送迎運転に加え簡単なリハビリ助手業務を担えるよう育成した。結果として介護職やリハビリ職員がより専門的な対応に時間を割くことができるようになった。副次的にドライバーの接遇や移動介助の技術が向上し、送迎対応が可能な利用者層を広げることができた。当事業所の取り組みはシニア人材の活用は介護人材の不足やシニア世代の雇用の創出に対して有効な手段となり得るモデルケースであると考えられた。

ポスターⅦ

P7-1

デイケアでの要支援利用者 ～フレイルの早期発見と対応～

施設名 医療法人 埼玉成恵会病院 成恵ケアセンター

発表者 畠田朋宏（介護福祉士）

共著者 畠田朋宏、石田芳江、三浦慶彦、斉藤あや、菅井日菜

【目的】

日本は高齢者が国民の約3割を占める超高齢社会である。その中で、フレイルが大きな問題の1つとなっている。

要支援の方には、月1回の個別リハビリ、3ヶ月毎にリハビリ会議・口腔機能の評価・体力測定を行っている。集団体操では、当施設オリジナル体操やOK指体操を行っている。今回、要支援の方24名を対象にフレイルになっている方がいるか調査し、早期対応に繋げる事を目的とした。

【方法】

フレイルの評価はJ-CHS基準を使用した。

- ・体重：2024年（9月）と2025年（3月）の体重を比較した。
- ・筋力：2025年（3月）の握力で評価した。
- ・疲労感：本人に（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがするかを確認した。
- ・歩行速度：10m歩行を行い、1mの歩行速度を算出した。
- ・身体活動：デイケア以外での運動の程度を確認した。

合わせてHDS-Rの比較を行った。（2024年と2025年）

【結果】

フレイル4名、プレフレイル14名、健常6名となった。

【考察】

フレイルが4名、健常が6名とフレイルの人数が少なかった要因として、モニタリング、リハビリ会議、入浴サービスなど多職種で関わる事が多く、体重の変化や疲労感に早期に気づき対応している結果と考えられる。身体活動においても、各々に合った自主トレ等の提案が身を結んだと考えられる。握力、歩行速度は、運動器疾患の方の該当が多かった。しかし、体力測定の結果では、少しずつ記録が上がっている為、集団体操の効果も要因と考えられる。HDS-Rに関しては、生活上では記憶面に変化があった方もいたが、生活に支障をきたすことはなかった。

【まとめ】

J-CHSを行った事で、フレイルの早期発見を行う事ができた。フレイルが少数だったのは、その方に合ったケアやリハビリの提案・提供をすることができていたと考えられる。転倒や病気などにより要介護状態にならないように多職種で情報共有を行い、質の高いサービスの提供を行っていきたい。

ポスターⅦ

P7-2

日課の再開と通りハ修了後に地域サロンのボッチャへの移行に向けた 生活行為向上リハビリテーション実施加算の実践

施設名 医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 葵の園・柳生

発表者 石井 証希（作業療法士）

【目的】

生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下、生活行為）は、対象者固有の生活場面で介入できる加算であり、通りハ修了後も健康を継続出来るように移行先の提案が求められる。今回、生活行為を算定し日課の再開と地域サロンへの移行に向けた実践を報告する。

【対象】

70代後半女性、要介護1.5人暮らし、二女が隣町に在住。X年Y月、夫とウォーキング中に転倒し右膝蓋骨骨折を受傷、介護保険を申請し、Y+3月、週2回通りハの開始。右膝痛があるがBI100点、調理が役割で、スポーツ好き。受傷前の日課は、夫とウォーキング、自転車を運転し二女宅でのガーデニングであった。

【方法】

生活行為を算定し、生活場面で介入することで、自転車の運転とガーデニングの再開が見込め、通りハ修了後も健康を継続出来るように興味がある地域サロンへ移行する計画とした。

【結果】

通所訓練期（1-2か月）では、万歩計を活用し、疼痛と歩数をモニタリングした。結果、一日5000歩のウォーキングを行っても右膝痛は自制内で、電車を利用した外出に繋がった為、通りハを週1回へ減らした。

社会適応訓練期（3-5か月）では、20分しゃがんでガーデニングの作業を行えることを確認した。自転車の運転では、上り坂でペダルを踏むと右膝痛が出現した為、二女宅へのルート変更を行った。結果、二女宅まで自転車を運転し、ガーデニングの再開に繋がった為、通りハを隔週へ減らした。通りハの修了に向け、地域サロンでボッチャ開催の情報提供をするに興味を示した。通りハを修了後に地域サロンへ訪問し、地域住民とボッチャを楽しむ姿を確認できた。

【考察】

万歩計で歩数と疼痛の関係をモニタリングしたこと、生活場面で動作を確認できたこと、通りハ修了に向け利用回数を減らし、対象者の興味に合わせた地域サロンの情報提供を行ったことが、日課の再開と地域サロンのボッチャへ移行したと考える。

【まとめ】

生活行為の算定は、地域で健康を継続出来るように、対象者固有の支援内容を考える機会となった。

ポスターⅦ

P7-3

当院通所型サービスC「アクシブ」参加により 健康管理・習慣に変化を認めた一例

施設名 医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院
医療法人社団輝生会 船橋市立リハビリテーション病院
発表者 野間貴雄（理学療法士）
共著者 御代川英己、澤潟昌樹

【はじめに】

当院では2024年度より渋谷区における総合事業・通所型サービスC「アクシブ」の提供を開始した。「アクシブ」の参加を通して、健康管理や生活習慣に変化を認めた事例を経験したため、活動内容とともに報告する。

【活動内容】

渋谷区の通所型サービスCガイドラインに基づきサービスを計画した。開始前の自宅訪問にて「アクシブ」の内容や概要を説明、介護予防ニーズの把握を実施した。全24回（各回90分、週2回）で、運動、栄養、口腔、社会参加の各プログラムを一体的に提供した。開始時と終了時にTUG、握力、片脚立位、栄養摂取の多様性スコア、オーラルディアドコキネシス、社会参加（CIQ）を測定・評価した。セルフマネジメント支援として個人ノートを活用して目標や取り組みを共有し、1ヶ月ごとの個別面談で目標達成を支援した。終了後6ヶ月にフォローアップ調査を実施した。

【事例紹介】

要支援2の70代男性。9年前に脳梗塞を発症し、中等度の左片麻痺を呈している。独居で、ADLは自立、T字杖と装具を使用し屋外歩行、公共交通機関利用も自立。平日の午前中は就労継続支援B型に通所。「アクシブ」参加前、継続的な外出機会はあったが、ほぼ毎日外食で、野菜の摂取は週1回程度、口腔ケアが不十分など、健康管理面で課題を有していた。

全24回「アクシブ」に参加。終了時、フォローアップ時で身体機能に大きな変化なかったが、栄養面や口腔ケアへの意識が向上した。また、歩数や自主トレーニング、摂取食品数や口腔ケアの記録が習慣化した。終了時には血糖降下薬が中止となるなど、健康面で改善がみられた。社会参加では、区主催の運動講座に参加したが、本人のレベルに合わず継続利用には至らなかった。

【考察】

運動、栄養、口腔、社会参加への支援を一体的に提供したことに加えて、個人ノートや参加者同士の課題共有などのセルフマネジメント支援が、本人の行動変容を促す一助になったと考えられた。

ポスターⅦ

P7-4

デイケアで開催するイベントの効果～食イベントの提案～

施設名 医療法人社団 CMC コールメディカルクリニック広島

発表者 山田亜紀子（言語聴覚士）

【目的】

当クリニックの訪問リハビリ・デイケアの利用者で身体障害や嚥下障害を理由に外出制限が生じている方を対象に、デイケア施設にて食のイベントを開催した。通所リハビリだからこそ提案できたイベントの効果について検討した。

【方法】

計 4 回の食イベント（出張寿司・afternoon tea）に参加した利用者・家族について患者背景・移動手段等を分析し、イベントの効果、今後の課題について考察した。

【結果】

実人数：19 名（男 7、女 12）。同行者：17 名（配偶者 10、子 5、孫 1、ヘルパー 1）。介護度：要介護② 6 名、④ 5 名、⑤ 6 名、非該当 2 名（呼吸器・吸引機 2 名）。食形態：普通食 11 名、嚥下調整食④ 7 名、嚥下調整食② 1 名。移動手段：自家用車 7 名、タクシー 6 名、スタッフ送迎 6 名。本イベントが久しぶりの家族との外出、もしくは 1 人での外出になったのは 7 名。本イベント以降、家族だけで外出できたのは 3 名。複数回参加 7 名のうち移動手段が変化したのは 2 名。

【考察】

デイケアという親近感のある場所が患者・家族の外出への不安を軽減でき、久しぶりの外出に至った例があった。高齢者の外出にとって重要な、安全な外出環境を整えるという点では、デイケアは外出練習に適している。また高齢者にとって「食」のイベントは関心が高く、患者本人はもちろん家族の動機づけにも効果的であった。特に嚥下障害者の外出要素として大きな意味があると感じられた。事前の準備や、患者の体力・疲労の評価をスタッフと一緒に行ったことで外出への自信がつき、その後の家族だけでの外出につながったり、デイケアスタッフに頼らない移動手段に変化した例もあった。

【まとめ】

デイケアでの食イベントが高齢者の外出を促進できた。場所・人の問題を解決できる外出による成功体験が、患者の「行きたい所がない」「やりたいことがない」という「慣れ」や「諦め」からの脱却に繋がる可能性が示唆された。

ポスターⅦ

P7-5

評価訪問を繰り返し行いケアハウスでの入浴が再獲得できた症例 ～不安を取り除くために必要なこと～

施設名 医療法人社団 東北福祉会 介護老人保健施設 せんだんの丘
発表者 千葉舞華（理学療法士）

【目的】

せんだんの丘通所リハビリテーションでは、自宅での入浴を目的に個別計画を元に、入浴支援を実施している。当症例は通所リハご利用開始時、ケアハウスでの入浴に漠然とした不安を抱えていた為、実場面での評価を繰り返し行い問題点を明確にしたことでケアハウスでの入浴が再開できた症例を報告する。

【対象】

80代女性、左皮質下出血、右麻痺
障害高齢者自立度：A1、認知症高齢者自立度：I

【利用までの経過】

構成障害や歩行能力低下によりケアハウスでの生活が困難となり、リハ目的で当施設の入所を利用。入所中にはケアハウスでの自立生活を想定し、更衣動作や投薬管理、歩行補助具選定などを実施。改善したことにより退所。ケアハウスでの入浴動作を獲得したいとの希望があり通所利用開始。

【方法】

初回評価を通所で実施。身体機能の予後とおおよその期間を設定。入浴の写真提供がなく評価後に訪問して確認。その後1か月に1度ケアハウスに訪問し動作評価を実施。当症例の一番不安な点、リハビリとして実施する項目、入浴介助とし重点を置く場所を評価ごとに抽出し、CM、家族に報告。入浴開始前にはCM、ヘルパー同行で入浴を行っていただき、直接及び紙面での入浴介助についての申し送り実施。

【結果】

ケアハウスでの動作評価を繰り返したことにより、当症例自身で移動が一番の問題点だと理解することができた。予後予測を行い、リハ内容も評価時に明確にしたことで目標を持って通所リハを利用できた。手を借りればできそうだと現状を把握し、およそ3か月でケアハウスでの入浴を再開できた。

【まとめ】

反復して実場面での入浴動作評価を行ったことで、当症例自身が問題点の把握ができたこと、リハビリに明確な目標を持てたことが重要だったと考える。また、予後予測を行っていたことで、当症例もご自身の介助量を理解し、ケアハウスでの入浴時に現状に納得して開始できたと考える。

ポスターⅦ

P7-6

在宅での夜間排泄ケア問題解決に向けて ～介護福祉士が直接居宅での介助指導を行った症例～

施設名 (医)三友会 いしかわ内科 健幸くらぶ万智
(医)三友会 いしかわ内科
発表者 鶴田千秋 (介護福祉士)
共著者 牛嶋祐美、野崎隆司

【はじめに】

今回ご家族より夜間尿量が多く尿汚染が増え、全行為・ベッドカバー交換を負担に感じているとの相談があった為、介護福祉士が直接居宅訪問し介護指導を行った件について報告する。

【対象】

利用開始日 R3.7 月。70 代後男性・要介護 2。既往：ラクナ梗塞。脳血管性認知症。前立腺肥大症。通所介護週 4 回利用し短期入所生活介護と訪問リハ併用。奥様と 2 人暮らしだったが、奥様の介護疲れ・ストレスから R6.6 月頃より娘様も同居開始。MMSE16 点。Barthel Index65 点。

【経過】

R3 年 11 月頃から外出先や夜間に失禁が見られ始めた。R6 年 6 月担当者会議の際に突然ご家族より介護負担の相談があった。その時の排泄状況として自宅では日中自立し夜間失禁。短期入所施設では日中自立し夜間帯はリハビリパンツで 2 日に 1 回は失敗。当施設では日中職員付き添いのもと監視。

【結果】

自宅、短期入所施設、当施設で日中の排泄動作への対応の違いが見られていた。夜間帯の失敗に関して当施設は把握が出来ていない状況であり直接介護福祉士が居宅訪問し評価と介助指導を行った。本症例にオムツの使用方法を直接指導した。現在軽い失敗はあるが、最小限に留まっている。短期入所施設には日中、夜間帯の排泄状況の聞き取りを行い情報共有を実施。

【考察】

自宅での夜間帯の排泄失敗はご家族に対してオムツの使用方法を指導することで比較的短期間で問題改善に至った。しかし、R6 年 6 月の担当者会議の際にご家族からの相談が無ければ、ご家族の介護負担を把握できていない状況に問題を感じた。また、日中の排泄動作が自立している方への夜間帯の排泄動作の評価も大切である事が確認できた。

【まとめ】

今回、夜間帯などの通所介護利用時間以外の排泄パターンの把握不足や、各施設・家族間の情報共有が不足していた事が問題として浮き上がった。また今後はオムツ導入等相談しにくい内容でも相談できるように関係性を築いていきたいと思った。

ポスターⅧ

P8-1

通所リハビリテーションに支援相談員を配置したことによる 生産性の向上

施設名 医療法人ユア・メディック よりしま内科外科医院

発表者 野坂寿子（理学療法士，社会福祉士，介護支援専門員）

【目的】

通所リハビリテーション（以下デイケア）マネジメント業務は多岐にわたる。当院デイケアでは、現場の専門職が利用者へのサービス提供と並行してマネジメント業務を行うことは難しく、業務終了時刻が遅くなる傾向にあった。そのため、多職種ネットワークのマネジメントを担う支援相談員（以下相談員）を配置した。当院はデイケア開設から25年を迎え、相談員の重要性を改めて認識したため報告する。

【方法】

当院デイケアの相談員は、社会福祉士、介護福祉士、言語聴覚士の3名で構成され、現場業務を一部兼務している。相談員は、利用に関する相談援助業務全般に加えて、各サービス現場からの問い合わせに対応し、情報を集約し、多職種間の合意形成に関与し、決定事項を関係部署に伝達する。サービス担当者会議への参加、調整、各種書類の下準備、情報入力、実績などの事務も担う。相談員全体の業務は基礎資格と専門性によって細分化され、誰が、いつ、何を行うか等について一定のルールが定められている。

【結果】

相談員の配置により、専門職は現場業務に集中できるようになり、専門職の残業時間が削減された。また、情報処理、職種間の合意形成までの時間が短縮したことにより新規利用受け入れまでの時間が短縮し、新規利用者数が増加した。

いずれの相談員も国家資格を持つ専門職であるため、利用者の多様なニーズに対して必要な情報収集・提供が可能となり、現場対応力を向上させた。加えて、現場の事情が分かる相談員が現場マネジメントを行うことで、現場運営も安定した。

【考察】

介護現場における生産性の向上が話題になる昨今、生産性の向上を実現するには、マネジメント機能を担う職種の活用が鍵となるのではないかと考えている。

【まとめ】

デイケアには相談援助業務を担う職員の配置義務はないが、当院デイケアでは相談員の配置により、業務の効率化や多職種協働、安定的な現場運営が実現できている。

ポスターⅧ

P8-2

当事業所における業務改善に対する取り組み ～効率的な報告書業務の手順書作成に向けて～

施設名 社会医療法人 祥和会 脳神経センター 大田記念病院
発表者 柳井淳一（理学療法士）
共著者 梶原秀明、埜下哲央、安倍佳子、赤繁加栄

【目的】

当事業所は利用状況について、毎月末に多職種で協働して報告書（目標達成度、評価結果など）を作成し、介護支援専門員に報告している。介護福祉士は主にコメントを自由記載しており、個人の裁量に任されている。結果、記載内容にばらつきが散見され、かつ作成に時間を要していた。

今回、コメント記載に関する手順書（介護福祉士に対する）を作成することで、①作業時間の短縮を図ること、②作業の標準化を図ること、上記2点を目的として取り組みを行ったので報告する。

【方法】

- ① 2024 年 12 月：
 - ・課題抽出のためアンケートを実施（介護福祉士）。
- ② 2025 年 1 月：
 - ・報告書の作成にかかる作業時間を測定。
 - ・手順書を作成（1. 記入の項目数を限定、2. 定型文を利用、3. 優先する項目を設定、4. 具体的な記載例を明記）。
- ③ 2025 年 2 月：
 - ・手順書に基づいた作成方法で作業時間を測定。

【結果】

2025 年 1 月（1 月 13 日～23 日）

- ・利用者数：88 人。
- ・合計時間：688 分 1 秒（11 時間 28 分 1 秒）。
- ・1 利用者あたりの作業時間：約 7.81 分。

2025 年 2 月（2 月 10 日～22 日）

- ・利用者数：89 人。
- ・合計時間：375 分 57 秒（6 時間 15 分 57 秒）。
- ・1 利用者あたりの作業時間：約 4.22 分。

【考察】

コメント記載は日々の記録を参考に記載している。アンケート結果では「日々の記録に記載されている情報が少ない」との回答が上位に挙がり、限られた情報から多数の項目を記載することとなり、結果として時間を要していたと考えられる。今回の取り組みでは、記載する項目数を限定し、かつ、優先する項目を整理した。また、定型文の利用や具体的な記載例などを明示することで記載すべき内容が整理され、その結果、時間の短縮を図れたと考える。

【まとめ】

今回の取り組みによって、作業時間の短縮や一定の標準化は図れた。しかし、記載内容に関して優先する項目の漏れがあり手順書の修正等、今後の課題として挙げられる。

ポスターⅧ

P8-3

通所リハビリテーション勤務看護師の業務改善に向けて ～県内通所リハビリテーションへのアンケート調査から～

施設名 (医)三友会 いしかわ内科 通所リハビリテーション
(医)三友会 いしかわ内科
発表者 日高美佐子(看護師)
共著者 野崎隆司、田原公彦

【はじめに】

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）において、ご利用者の健康管理や医療行為に加え、介護・リハビリのサポートなど、看護師の業務内容は多岐にわたる。通所リハの他事業所の看護業務を知ること、業務改善に繋がるヒントが得られるのではないかと考えアンケートを用い調査してみた。

【方法】

対象：宮崎県内通所リハ全事業所 85 施設
調査方法：アンケート調査
期間：2025 年 3 月 12 日～ 2025 年 3 月 29 日

【結果】

1) アンケート回収数

回収件数 34 件 回収率 40%

2) アンケート各項目結果

- (1) 施設医からバイタル指示をいただくことができているかについて、出来ている所が 68%、出来ていないところが 32%であった。
- (2) 他職種へ利用者様の疾患に対する注意点の説明について、初回時のみが 24%、定期的に報告している所が 76%であった。
- (3) 記録整理や診療情報提供書依頼について、業務時間内にできているが 32%、時間外にしているが 9%、時間無くできていないが 18%、看護師以外が実施しているのが 62%であった。

【考察】

多くの事業所が看護的観察事項等カンファランスを通し、他職種に伝えることで看護師でなくてもバイタル測定・記録を実施できているのではないかと考え事業所はカンファランスを含むコミュニケーションが不足していた。結果においても医療的指示をしっかりと共有できている施設でやめたいと思った事のある看護師がおらず業務時間内に看護業務を終えることが出来ている結果も見られた。多職種連携をうまくこなす事が看護的ケアを提供できる時間・記録に費やす時間の確保に繋がる道筋が見えてきた。今後、他職種で業務に当たるために必要なコミュニケーションの場を確立していく必要がある。

【まとめ】

他職種とコミュニケーションの場を設け、業務の連携を図り、看護業務の効率化とともに利用者様に医療的個別ケア・看護記録ができるよう今後も業務改善に努めていきたい。

ポスターⅧ

P8-4

多職種連携の取り組み ～ 利用者目標と運動の共有～

施設名 医療法人 銀門会 在宅支援センター 甲州ケア・ホーム

発表者 丸茂高明（理学療法士）

共著者 武藤千聖、古川佳男

【目的】

当法人では、定員7名半日型の通所リハビリテーション事業所と定員45名の一日型デイサービス事業所を運営。グループ内の関連事業所との機能分化、リハビリテーション（以下リハ）サービス強化を図るため、2024年1月に定員45名の通所リハビリテーションに統合した。デイサービスから通所リハへの切り替えもあり、サービス内容の変更や多職種での統一した関りの必要性を感じ、効果的な多職種での運営を目指し、リハビリサービスの強化を行うため、取り組みを行った。その取り組み内容と効果について今回報告する。

【対象・方法】

取り組み1：リハスタッフがやっている内容について多職種で情報共有するため、一覧表（以下リハ版）を作成。内容は①利用者目標、②目標に対してリハの実施内容（個別・自主・移動訓練・集団・トレーニングマシン）、③リハを行う上での注意点・介助の有無。リハ版は多職種が利用者のリハを実施する際に、必ず確認してから実施し、リハ実施後はリハ実施内容にはチェックを入れるように実施した。

取り組み2：トレーニングマシンを効果的に使用できるよう職員へ①使用方法と効果、②使用方法の注意点について学習会を実施した。

【結果】

リハ版については常に修正を行い、職種間での情報共有が行えるようになり、多職種でのリハの関わりを明確にする事が出来た。更に業務改善として、項目の並び替えを行い、電子カルテへの入力時間の短縮、運動の有無・量を把握し易くなった。また、トレーニングマシンの使用方法については職員向けに動画を作成し、配信と勉強会を実施し、多職種で使用方法・効果・注意点について共有が図れた。

【まとめ】

2つの取り組みを実施したことでデイサービスから異動となった職員も利用者の状態を把握し不安なく関われるようになった。リハに特化した内容を行う上で多職種間での情報共有と業務改善が行えた。今後は利用者の効果判定を明確にしていきたい。

ポスターⅧ

P8-5

業務改善に向けた送迎支援システムの開発と運用の現状

施設名 一般社団法人是真会 在宅支援リハビリテーションセンターぎんや
通所リハビリテーション銀屋通り
一般社団法人是真会 DX 推進本部
発表者 田原靖子（理学療法士）
共著者 佐藤公紀、出口克己、松坂誠應

【はじめに】

今回、業務改善に向けて独自の送迎支援システムを開発し導入した。開発に至った背景や内容、運用の現状について報告する。

【開発に至った背景】

当事業所は、午前・午後 1 単位各 40 名定員。送迎は車両 8 台と徒歩で行い、送迎実施率は 7 割である。日々の送迎計画作成の準備として、曜日別の「利用者一覧表」と車両毎に利用者を振り分けた「送迎表」を共に Excel で事前に作成。「利用者一覧表」は前週に紙媒体で準備し、前日までのキャンセルは、利用者名に取消線を記入。一方、「送迎表」は前日に紙媒体で準備し、「利用者一覧表」の情報を元に、キャンセル利用者名に取消線を記入し、送迎車や送迎順の変更も手書きで記入。前週以前に把握したキャンセル情報は専用のカレンダーに手書きで記入する等、手順が煩雑で、間違えて迎えに行く、逆に迎えに行き忘れるといったミスも散見されていた。

このような煩雑さやミスを解消するべくプロジェクトを立ち上げ、課題を整理し、点在化している送迎計画に必要な情報の一元管理化を図るべく、システム開発に着手した。

【システムの内容】

PC 上で入力・管理できるよう Access を使用。利用者毎に利用曜日や送迎手段等入力し、送迎計画作成に必要な情報を一元化。キャンセル時はいつでも誰でもシステム内のカレンダーに入力可能。送迎表作成時には、キャンセル者名といった不要な情報は削除された状態で表示され、送迎順や車両変更もシステム上で入力・変更が可能。また、送迎実施後の実績も入力し、送迎実施率等運営に必要なデータも集積。また、開発を進める中で、新規利用相談時から情報が入力できる機能を追加した。

【運用の現状と課題】

情報の一元管理により、手順が簡略化され、結果、間違えて迎えに行くなどのミスも減少し、計画作成時間の短縮が図れている。一方、独自システムのため、継続的に機能の追加・改善を行う体制の整備が課題と考える。

ポスターⅧ

P8-6

通所リハの看護師がつなぐ医療と生活 ～ 体重変化から始まる再入院予防の実践 ～

施設名 医療法人真正会 デイリビング

発表者 中村貴子（看護師）

共著者 須永亜矢子、黒谷怜子、河田美紀、佐藤大志、野部早織、
白子佳代

【目的】

当事業所は、医療依存度の高い中重度の利用者を積極的に受け入れている通所リハビリテーション（以下、通所リハ）事業所であり、看護師を多数配置して支援を行っている。しかし、利用中に状態悪化や入院に至るケースも少なくない。今回、入院歴のある利用者を対象に振り返りを行い、再入院防止に向けた取り組みの実践事例を通じて、その結果を報告する。

【方法】

対象は、2021年4月から2025年2月までに通所契約を締結した総数383名のうち、病状悪化（尿路感染、肺炎、心疾患の増悪等）による入院歴のある68名。方法は、患者記録より後方視的にデータを収集。入院理由や複数回入院歴の有無を中心に分析した。

【結果】

入院歴のある68名における延べ入院件数は85件であった。そのうち、複数回の入院歴を有する利用者は11名（16%）であり、全員に体重減少が確認された。

事例紹介：A氏（80歳代・男性）は、新型コロナ感染後に尿路感染および脱水を繰り返し、度重なる入退院を経験していた。2023年10月16日より、リハ目的で当事業所を利用開始。一時的に栄養状態の改善がみられたが、再度食欲不振により体重が減少、低栄養と脱水を疑う症状で入院。退院後も低栄養状態が継続したが、家族を介して看護師が主治医と連携し、管理栄養士とも協働しながら支援を行った結果、体重は改善傾向を示し、以降は再入院なく在宅生活を継続している。

【考察】

通所リハにおける看護師は、バイタルサイン、食事摂取量、体重変化、排泄状況に着目し、病態の早期予測・介入を通じてリハマネジメントに貢献している。特に「体重」は脱水や低栄養の指標として重要であり、日常的な観察とアセスメントが再入院の予防につながる。今回の事例においても、看護師の的確なアセスメントと多職種・家族・主治医との連携が奏功したと考えられる。今後も、日々の支援の質を振り返りながら、再入院防止と在宅生活の継続支援に努めていきたい。

後 援

(順不同・敬称略)

埼玉県
 川越市
 公益社団法人 日本医師会
 公益社団法人 日本歯科医師会
 公益社団法人 日本薬剤師会
 公益社団法人 日本看護協会
 公益社団法人 日本理学療法士協会
 一般社団法人 日本作業療法士協会
 一般社団法人 日本言語聴覚士協会
 公益社団法人 日本栄養士会
 公益社団法人 日本介護福祉士会
 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
 NPO 法人 日本リハビリテーション看護学会
 公益社団法人 全国老人保健施設協会
 一般社団法人 日本慢性期医療協会
 一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会
 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会
 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
 全国地域リハビリテーション研究会
 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
 公益財団法人 日本訪問看護財団
 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
 一般社団法人 埼玉県医師会
 一般社団法人 埼玉県歯科医師会
 一般社団法人 埼玉県薬剤師会
 公益社団法人 埼玉県看護協会
 公益社団法人 埼玉県栄養士会
 公益社団法人 埼玉県理学療法士会
 一般社団法人 埼玉県作業療法士会
 一般社団法人 埼玉県言語聴覚士会
 一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会
 一般社団法人 埼玉県介護福祉士会
 公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
 一般社団法人 埼玉県慢性期医療協会
 公益社団法人 埼玉県介護老人保健施設協会
 一般社団法人 埼玉県老人福祉施設協議会
 一般社団法人 埼玉県訪問看護ステーション協会
 社会福祉法人 埼玉県社会福祉協議会
 一般社団法人 川越市医師会
 社会福祉法人 川越市社会福祉協議会
 コミュニティケアネットワークかわごえ

協賛企業・団体

(順不同・敬称略)

展示

Wismettac フーズ株式会社
DUPLODEC 株式会社
パナソニック カーエレクトロニクス株式会社
パラマウントケアサービス株式会社
パラマウントベッド株式会社
株式会社ワイズマン

広告

株式会社アオキケアサポート
株式会社カナイ消防機材
有限会社クラックス
株式会社サイサン
サンメディックス株式会社
株式会社トヨタレンタリース埼玉
フクダライフテック関東株式会社
税理士法人藤井会計

寄付

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
医療法人愛和会愛和病院
株式会社 E 保険プランニング
株式会社ウインライフ
株式会社内田産業
株式会社エコーステーション
株式会社 エスト・コミュ
株式会社大高商事
株式会社オカヤ
川木建設株式会社
有限会社クレヨン
埼玉県信用金庫霞ヶ関支店
株式会社サンテックス
社会医療法人社団尚篤会赤心堂病院
第一生命保険株式会社
株式会社タップ
株式会社トヨタレンタリース新埼玉
並木造園株式会社
日新器械株式会社
株式会社ビー・エム・エル
株式会社美創
株式会社フカワビジネス
税理士法人藤井会計
有限会社みさき薬局
株式会社 八甕
ヤマダ産業株式会社
ユタカ環境衛生
株式会社埼玉りそな銀行川越支店
医療法人社団和風会

第52回 全国デイ・ケア 研究大会 2026

in 名古屋・愛知

テーマ **Let's Create!**
ーリエゾンで紡ぐ明日のデイ・ケアー

会期

2026 **5.15** (金)・**16** (土)

会場

ウインクあいち
(愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38)

大会長

岡田 温
(医療法人財団善常会 理事長)

主催／一般社団法人 全国デイ・ケア協会

大会ホームページ <https://www.k-gakkai.jp/daycare2026/>



主管
(大会事務局)

医療法人財団善常会
〒457-0046 名古屋市中村区松池町1丁目11番地
TEL:052-811-9101(代表) FAX:052-811-9390
E-mail: daycare2026@zenjokai.jp

運営事務局

株式会社コムラ「第52回全国デイ・ケア研究大会2026」係
〒501-2517 岐阜県岐阜市三輪ふりんとびあ3
TEL:058-229-5858(代表) FAX:058-229-6001
E-mail: daycare2026-office@kohmura.co.jp

リハビリテーション・ケア 合同研究大会 大阪2025

動かな
あきまへんで

動いてナンボ!
動かしてナンボ!

—「動く」が支える 人・地域・日本—

2025年11月21日(金)・22日(土)

マイドームおおさか(大阪府中央区本町橋2番5号)

大会長

島田 永和

はあとふるグループ代表

大会顧問

宮井 一郎(社会医療法人大道会 副理事長・森之宮病院 院長)

実行委員長

古賀 阿沙子(八尾はあとふる病院 在宅事業マネジャー)

主 催

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 / 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 / 一般社団法人 全国デイ・ケア協会
一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 / 全国地域リハビリテーション研究会 / 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
NPO法人 日本リハビリテーション看護学会

大会事務局

はあとふるグループ(大阪府羽曳野市榎山100-1) TEL:072-953-0046 / FAX: 072-953-1552

運営事務局

〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原2-14-14 新大阪グランドビル6F 株式会社エー・イー企画内
TEL: 06-6350-7247 / FAX: 06-6350-7164 / E-mail: rc2025@aeplan.co.jp

©cui-daore



Register Here

High quality & Low cost

介護する人、される人の「快適」を目指し、
安心して気軽にご利用いただける企業でありたい

ACS
(株)アオキケアサポート

〒350-1331 埼玉県狭山市新狭山2-24-1

TEL 04-2900-1120

FAX 04-2900-1122

人に優しく 自然に優しい 医療介護福祉業界を通じ社会に貢献致します

消防・防災事業を通して
皆様の安心と安全をお守りします

消火器・防災防犯用品・消防設備設計施工保守管理

株式会社カナイ消防機材

本社

埼玉県川越市今福970-4

TEL:049-242-5327 FAX:049-243-1908

フリーダイヤル：0120-427-119

E-mail: skanai@apricot.ocn.ne.jp

さいたま市営業所

埼玉県さいたま市岩槻区西町2丁目2-4

TEL:048-812-4770 FAX:048-812-4772

営業内容

消火器・消火設備・避難設備・自動火災報知設備・消防ポンプ

消防服・各種消防用品・産業用各種標識板及び各種保安用品

安全用品・災害用非常用品・住宅用火災警報器

上記の販売及び設計施工と保守業務 他



身近な生活・高齢者ケアのお手伝い

有限会社クラックス

Community Life & Aged Care Support

事業内容：

- 病院、施設への介護用品、紙おむつ、消耗品の販売
- 日用雑貨販売
- 川越市委託事業（紙おむつ給付事業）
- 施設利用者洗濯物請負

主な取扱メーカー：ユニチャーム 白十字 大王製紙 クレシア
リブドゥコーポレーション 光洋
花王プロフェッショナルサービス

所在地 埼玉県川越市かすみ野2-1-14

T E L 049-237-5585 F A X 049-237-5531

E-MAIL info@clacs.co.jp

身近な生活・高齢者ケアのお手伝いをテーマに、住み慣れた我が家で安心して暮らせるように、ご利用者様に最適の福祉用具等を提供しています



『カーボンニュートラル』に向けて
わたしたちは取り組んでいます



私たちは、豊かで持続可能な社会の実現を目指しています。
低炭素型の製品・サービス・行動など、地球温暖化防止の推進に取り組んでいます。

実質再エネCO₂フリー電力

Ene One 明日の地球へ
カーボンニュートラル
でんき

カーボンニュートラルでんきとは

地球温暖化の原因となる CO₂の削減に向けて
環境価値* を組み合わせた電力です。

様々な発電所で発電された電力に CO₂排出量ゼロの
環境価値* をプラスし実質再エネ CO₂フリー電力を
皆さまにお届けします。*非FIT非化石証書(再エネ指定)



<https://eneonedenki.net/renewable.html>

カーボンニュートラルでんき



Water One[®]
みず、からだ、まいにち。

お好みに合わせて
選べるサーバーは3種類



ホワイト

ブラック

ワインレッド

<https://waterone.jp/>

ウォーターワン



Gas One

株式会社サイサン

<https://www.saisan.net/>

サイサン



かけがえない命の手助け…



より良き健康と医療を目指して

サンメディックス株式会社

本社 〒104-6136

東京都中央区晴海1-8-11 晴海トリトンスクエアY棟36階

TEL 03-5144-0855(代) FAX 03-5144-0850

□東京第一支店	〒179-0075	東京都練馬区高松6-35-15	TEL:03-5923-6235(代)	FAX:03-5393-3057
□東京第二支店	〒130-0014	東京都墨田区亀沢4-17-12	TEL:03-5619-4551(代)	FAX:03-6859-0016
□東京第三支店	〒168-0063	東京都杉並区和泉1-22-19	TEL:03-6680-0460(代)	FAX:03-6680-0538
□多摩支店	〒187-0004	東京都小平市天神町1-9-27	TEL:042-348-5011(代)	FAX:042-348-5015
□千葉支店	〒261-0023	千葉県千葉市美浜区中瀬1-3	TEL:043-296-1063(代)	FAX:043-296-1067
□川崎支店	〒216-0005	神奈川県川崎市宮前区土橋1-21-5	TEL:044-870-6377(代)	FAX:044-866-3813
□横浜支店	〒240-0005	神奈川県横浜市保土ヶ谷区神戸町134	TEL:045-348-7260(代)	FAX:045-348-7261
□相模原支店	〒252-0334	神奈川県相模原市南区若松1-1-3	TEL:042-767-3771(代)	FAX:042-767-3773
□厚木支店	〒243-0016	神奈川県厚木市田村町10-12	TEL:046-296-2822(代)	FAX:046-222-1563
□宇都宮支店	〒320-0074	栃木県宇都宮市細谷町388-1	TEL:028-616-1580(代)	FAX:028-623-7350
□とちぎ支店	〒329-4404	栃木県栃木市大平町富田石川5100番3	TEL:0282-45-3701(代)	FAX:0282-44-0891
□首都圏物流センター	〒144-0042	東京都大田区羽田旭町11-1 羽田クロノゲート内	TEL:03-5735-7111(代)	FAX:03-3743-8811

□水戸営業所 029-305-6125(代)
 □筑波営業所 029-850-5185(代)
 □前橋営業所 027-280-4433(代)

□埼玉営業所 048-640-6621(代)
 □埼玉西営業所 0493-21-7310(代)
 □山梨営業所 055-242-0301(代)

□長野営業所 026-229-8030(代)
 □松本営業所 0263-24-1125(代)
 □名古屋営業所 052-218-2735(代)

URL : <https://www.sunmedix.co.jp>



トヨタレンタリース 埼玉

おすすめウェルキャブ



● シエンタ ●

3名＋車いすの方1名

6時間：6,500円

12時間：7,500円

24時間：9,200円



● ハイエース ●

8名＋車いすの方2名

6時間：16,800円

12時間：21,600円

24時間：27,000円



「レンタカー」

お問い合わせはこちら

0120-66-0100

トヨタレンタカー

さいたま予約センター

(受付 9:00～18:00)

「カーリース」

お問い合わせはこちら

048-645-2349

トヨタレンタリース 埼玉

総合営業部

(受付 9:00～17:45)

カーリースメリット
説明動画はこちら
(2分)



QRコードをスキャンして
ご覧ください

パルスオキシメータ Anypal Walk

ATP-W03

医療機器認証番号：228ADBZX000008000

測定できないシーン **0** を目指したパルスオキシメータ



入浴中も測定可能

用途に合わせた3つのモード

METs 測定機能搭載

スムーズな歩行試験が可能

法人・個人の永続的繁栄をサポートします！



税理士法人

藤井会計

所長税理士 藤井 靖

会長税理士 藤井 潔

次長税理士 藤井 幸乃

川越市仲町 13-7 TEL049-224-1223

URL <https://fujiikaikeijimusho.tkcnf.com/>

■主催・主管

主催 一般社団法人全国デイ・ケア協会

主管 医療法人真正会霞ヶ関南病院

■大会実行委員会

名誉大会長	齊藤 正身	(医療法人真正会 理事長)
大会長	岡野 英樹	(医療法人真正会 本部付部長)
実行委員長	武居 和明	(医療法人真正会)
副実行委員長	砂田 夏子	(医療法人真正会)
実行委員	馬崎 昇司	(医療法人真正会)
	古澤 悠宜	(医療法人真正会)
	外口 徳秀	(医療法人真正会)
	鈴木 裕子	(医療法人真正会)
	酒井 太郎	(医療法人真正会)
	大島 大輔	(医療法人真正会)
	丹羽 敦史	(医療法人真正会)
	西田 尚史	(医療法人真正会)
	大谷 利明	(医療法人真正会)
	白子 知	(医療法人真正会)
	駒井 敦	(医療法人真正会)
	山本 雅一	(医療法人真正会)
	田村 茂	(医療法人真正会)
	高橋 由紀	(医療法人真正会)
	大原 匠	(医療法人真正会)
	矢田 浩一郎	(社会福祉法人真正会)
	飯島 大介	(社会福祉法人真正会)
	大内 伸浩	(社会福祉法人真正会)
	吹上 総一	(社会福祉法人真正会)
	高木 龍輝	(社会福祉法人真正会)
	吉田 和正	(社会福祉法人真正会)
	大塚 亜耶子	(社会福祉法人真正会)
	新井 翔太	(社会福祉法人真正会)
	小野塚 淳一	(一般社団法人 Hasukaa)
	倉内 大輔	(株式会社ドウ・コンベンション)

