

第 7 回チーム医療推進学会 抄 録 集



令和8年3月1日(日)

(オンデマンド3月7日(月)～4月3日(金))

チーム医療推進協議会
公益社団法人日本診療放射線技師会内
東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル

第7回 チーム医療推進学会

(第2報)

テーマ：認知症予防について - チーム医療の観点から -

会 期：2026年3月1日（日）10:00～16:30 **参加登録受付中**

大会長：横地 常広 （一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 会長）

形 式：オンライン配信 （オンデマンド配信予定：3月7日～4月3日）

開会挨拶(10:00-10:10)

第7回チーム医療推進学会大会長(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会会長) 横地 常広

チーム医療推進協議会代表(公益社団法人日本診療放射線技師会会長) 上田 克彦

特別講演(10:10～11:20)

チーム医療の観点からの認知症予防

座長： 第7回チーム医療推進学会大会長(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会会長) 横地 常広

講師： 鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座教授(一般社団法人日本認知症予防学会前代表理事) 浦上 克哉

基調講演(11:30-12:40)

「認知症と診断された私たちからのメッセージ～よりよく生きていける可能性は未知数、ともにチャレンジを～」

座長： チーム医療推進協議会代表(公益社団法人日本診療放射線技師会会長) 上田 克彦

講師： 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事 山中しのぶ

認知症介護研究・研修東京センター 副センター長 永田久美子

シンポジウム(12:50～14:20)

「チーム医療で行う認知症の診断と支援」

座長： チーム医療推進協議会理事(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会理事) 小松 京子

チーム医療推進協議会副代表(公益社団法人日本公認心理師協会理事) 花村 温子

シンポジスト

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. 臨床検査技師として | 熊谷 佳奈江 |
| 2. 診療放射線技師として | 児玉 直樹 |
| 3. 作業療法士として | 鴻 真一郎 |
| 4. 公認心理師として | 扇澤 史子 |
| 5. 医療ソーシャルワーカーとして | 中村 奈奈 |
| 6. 視能訓練士として | 延原 明子 |

主 催：チーム医療推進協議会
(主幹：一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会)

お問合せ：チーム医療推進協議会事務局
108-0073 東京都港区三田 1-4-28
三田国際ビル22階 日本診療放射線技師会内
E-mail：gakkai@team-med.jp

(公社)日本公認心理師協会 専門認定単位
【承認番号】25B-0013 保健医療2単位
※他団体でも生涯学習単位となる場合がありますので、ご所属の各協会に
お問い合わせ下さい。

一般演題発表(14:30～16:25)

セッション1(14:30～15:15) 座長： チーム医療推進協議会副代表 (公益社団法人日本理学療法士協会副会長) 吉井 智晴

- ① 認知症に合併するてんかんの診療支援～多職種協働の重要性～ (浅野 太貴)
- ② 認知症ケアチームの介入症例から分かった認定認知症領域検査技師の重要性 (玉木 俊治)
- ③ チームで学び、心で支える医療— 認知症ケアとユマニチュードについて — (木村 聡)
- ④ 行動分析学に基づくラポール構築と運用 (渡辺 修宏)

セッション2(15:25～16:25) 座長： チーム医療推進協議会 副代表 (公益社団法人日本視能訓練士協会 副会長) 丸林 彩子

- ⑤ 造影CT/MRI検査にお5るタスク・シフト/シェアの推進 (他職種連携による静脈路確保教育体制の構築 (遠藤和之)
- ⑥ チーム医療で行う認知症の診断と支援 (久木野 津恵子)
- ⑦ 肝炎医療コーディネーターがつなぐ多職種連携の実践 (藤田 望)
- ⑧ 離島基幹病院における肝炎受診勧奨の立ち上がり過程で見えてきた課題 (菊池 康男)
- ⑨ 先行実習生の困難事例を用いた動画グループワークによる学外実習レディネス向上の試み (稲垣 尚恵)

閉会挨拶(16:25～16:30)

日本臨床衛生検査技師会専務理事 深澤恵治

※ 詳細は、随時、チーム医療推進協議会ホームページに掲載しますので
ご参照ください。 URL：<https://www.team-med.jp/>

チーム医療推進協議会とは

チーム医療推進協議会は、平成 21 年に北村善明日本放射線技師会会長(当時)を代表として、医療専門職団体や患者会、そしてチーム医療に関心のある方々によってスタートしました。本協議会では、チーム医療の理念を社会に広く理解していただくため、各職種の専門職が連携し、チーム医療の活動を通じてより良い医療を国民の皆様にお届けできるように努力しております。

チーム医療の定義

われわれが目指す「チーム医療」とは、医師をはじめとするメディカルスタッフが、患者とともに、それぞれの専門性をもとに、高い知識と技術を発揮し、互いに理解し目的と情報を共有して、連携・補完しあい、その人らしい生活を実現するための医療である。

1. 患者中心の医療の推進

- 1)我々は、常に患者中心の医療を提供します。
- 2)我々は、我々の業務の対象を疾病だけではなく、人格ある人間とし、尊厳をもって接します。
- 3)我々は、患者の社会的背景や家族的背景、そして個人の思想信条さえも配慮した医療を提供します。
- 4)我々は、患者及び家族の意向を十分に反映した医療を提供します。

2. 高いレベルの専門性の推進

- 1)我々は、専門職として、それぞれの専門性において、高いレベルの知識と技術の習得に努めます。
- 2)我々は、それぞれの専門的技術の標準化を果たします。
- 3)我々は、高いレベルの専門性に基づいて、安全で効果的な業務を遂行します。

3. 情報共有の推進

- 1)我々は、常にチームとしての方針を共有します。
- 2)我々は、カンファレンス等に積極的に参加し、情報共有に努めます。
- 3)我々は、実践した業務を適切に記録・保管管理します。
- 4)我々は、患者情報の漏えいに最大の注意を払います。

4. チーム医療の推進

- 1)我々は、他のメディカルスタッフの業務に関心を払い、医療チーム全体の統合性の確立に努めます。
- 2)我々は、他のメディカルスタッフの専門性に敬意を払います。
- 3)我々は、自らの専門性を堅持しつつさらなる高みを目指すと共に、他のメディカルスタッフとの協働意識を育てます。
- 4)我々は、チーム医療の結果を統合的に評価します。
- 5)我々は、学生教育の段階から、チーム医療の概念を発達させるために連携教育を推進します。



チーム医療推進協議会

代表 ご挨拶

上田克彦

(公益社団法人日本診療放射線技師会 会長)

平素より、チーム医療推進協議会の活動に多大なるご支援とご協力を賜り、心より厚く御礼申し上げます。

チーム医療推進学会は、チーム医療推進協議会の加盟 16 種の職能団体が交代で大会長実行委員長を務め、開催時には担当団体がチーム医療に関係し、テーマを選んでいただいています。

第7回チーム医療推進学会は、一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会に担当いただき、「認知症予防について -チーム医療の観点から-」という極めて重要なテーマを掲げて開催する運びとなりました。開催にあたり、多忙な業務の中、多大なるご尽力をいただきました大会長の横地常広先生(日本臨床衛生検査技師会 会長)をはじめ、小松京子先生(本会理事)、ならびに運営に携わられた関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

超高齢社会を迎えた我が国において、認知症への対応は喫緊の課題です。今回の特別講演では、認知症予防学の権威である鳥取大学医学部教授の浦上克哉先生をお招きし、チーム医療の観点から最新の知見をご講演いただきます。また、基調講演では、一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ代表理事の山中しのぶ氏に、認知症当事者の視点からメッセージをいただき、認知症介護研究・研修東京センター副センター長の永田久美子氏にそのサポートとしてご登壇いただきます。当事者の声を直接聴き、その生活を支える支援のあり方を学ぶことは、私たち医療従事者にとって極めて貴重な機会となると確信しております。

シンポジウム「チーム医療で行う認知症の診断と支援」では、臨床検査技師、診療放射線技師、作業療法士、公認心理師、ソーシャルワーカー、視能訓練士といった多様な職種が登壇します。

各専門職がその知見を共有し、職種の垣根を越えて議論を深めることで、質の高い医療の提供と患者さんの社会活動の維持に寄与する、まさに「チーム医療」の実践に資する学会となることを期待しております。

本学会が、ご参加いただく皆様にとって実り多く、今後の地域医療や介護の現場において有益なものとなることを願い、開催のご挨拶とさせていただきます。



チーム医療推進学会 大会長ご挨拶

第7回チーム医療推進学会開催にあたって

大会長 横地 常広

(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 代表理事会長)

チーム医療推進学会は、2020 年を第1回とし、今回の開催で第7回となります。

今回の学会テーマは、医療界だけでは語れない「認知症予防について—チーム医療の観点から—」といたしました。

急速な高齢化の進展に伴い、我が国の認知症患者数は増加し、厚生労働省の調査によれば、令和4年の認知症の高齢者数は約 443 万人(有病率 12.3%)、軽度認知障害(MCI)の高齢者数は約 559 万人(有病率 15.5%)と推計され、その合計は約 1,000 万人を超え、高齢者の約 3.6 人に 1 人が認知症またはその予備群といえる状況にあります。また、令和 22 年(2040)年にはその人数が約 1,200 万人(認知症約 584 万人、MCI 613 万人)となり、高齢者の約 3.3 人に 1 人が認知症または MCI になると見込まれています。

病院の中では、認知症はもとより、他の疾患による受診で医療従事者と接触する機会がこれまで以上に増加していくことが見込まれます。患者さんや家族の方々への対応には、各メディカルスタッフの専門的知識と技術の進歩を土台としながら、患者さんの意思を尊重した多職種の連携による医療を展開する必要があります。

また、認知症に関する予防医学は、社会的な関心を集めており、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和 5 年 6 月に成立し、令和 6 年 1 月より施行されました。

この基本法による認知症施策基本計画は、国民の理解、保健医療・福祉、相談体制、研究、予防、多様な主体の連携を含む 12 の項目の基本的施策により構成され、全国的に取り組むこととされています。

このような背景と当会が実施している認知症領域検査の認定制度も 10 年程度経過し、多数の会員が取得したことから、この学会テーマを設定させていただきました。

今回の学会では、多職種連携により認知症に対する予防、検査、治療、患者さんへのサービスの向上に繋げることができればと考えております。学会の内容は、認知症予防について御高名な浦上克哉先生(鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座教授)に特別講演をいただくとともに、チーム医療・多職種連携等に関する一般演題を公募致しました。基調講演は、認知症の患者さんと支援されている方からご講演をいただくこととしております。シンポジウムは「チーム医療で行う認知症の診断と支援」をテーマとしており、幅広い情報を得ることができると思います。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

最後に本学会の開催にあたり、チーム医療推進協議会の上田克彦代表をはじめ関連団体の多くの皆様にご支援とご協力を賜りましたことに心より感謝申し上げます。

第7回チーム医療推進学会

「認知症予防について-チーム医療の観点から-」

【プログラム】

開 会 挨 拶 (10:00～10:10)

主催者挨拶 チーム医療推進協議会 代表 上田 克彦

大会長挨拶 第7回チーム医療推進学会 大会長 横地 常広

1. 特別講演(10:10～11:20)

座長:第7回チーム医療推進学会 大会長 横地 常広

講演テーマ:「チーム医療の観点からの認知症予防」

講師:鳥取大学医学部認知症予防学講座教授 浦上 克哉

2. 基調講演(11:30～12:40)

座長:チーム医療推進協議会 代表

(公益財団法人日本診療放射線技師会 会長)

上田 克彦

講演テーマ:「認知症と診断された私たちからのメッセージ

～よりよく生きていける可能性は未知数、ともにチャレンジを～」

講師:一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事

山中 しのぶ

認知症介護研究・研修東京センター 副センター長

永田 久美子

3. シンポジウム(12:50～14:20)

「 チーム医療で行う認知症の診断と支援」

座長:チーム医療推進協議会 理事

(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 理事)

小松 京子

チーム医療推進協議会 副代表

(公益社団法人日本公認心理師会 理事)

花村 温子

シンポジスト

(1)臨床検査技師として 越谷市立病院

熊谷 佳奈江

(2)診療放射線技師として

診療放射線技師会副会長・チーム医療推進協議会理事

児玉 直樹

(3)作業療法士として 三宿病院リハビリテーション科

鴻 真一郎

(4)公認心理師として 東京都健康長寿医療センター

扇澤 史子

(5)医療ソーシャルワーカーとして 相模原市認知症疾患医療センター

中村 奈奈

(6)視能訓練士として 医療法人 田中眼科医院(日本視能訓練士協会理事)

延原 明子

4. 一般演題発表(14:30～16:25)

指定テーマ

- (1) 認知症に関連したチーム医療
- (2) 認知症予防に対する専門性・多職種協業
- (3) チーム医療/多職種連携について(一般)
- (4) その他

【セッション1】(14:30～15:15)

座長 チーム医療推進協議会副代表

(公益社団法人日本理学療法士協会副会長)

吉井 智晴

① 認知症に合併するてんかんの診療支援～多職種協働の重要性～

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院

浅野 太貴,橋本 茂樹,佐藤 憲章,益田 泰蔵,高尾 昌樹

② 認知症ケアチームの介入症例から分かった認定認知症領域検査技師の重要性

社会医療法人社団 十全会 心臓病センター榊原病院

玉木 俊治

③ チームで学び、心で支える医療― 認知症ケアとユマニチュードについて ―

順天堂大学医学部附属 順天堂医院

木村 聡・木暮 陽介

④ 行動分析学に基づくラポール構築と運用

国際医療福祉大学

渡辺 修宏

【セッション 2】(15:25～16:25)

座長 チーム医療推進協議会 副代表

(公益社団法人日本視能訓練士協会 副会長)

丸林 彩子

- ⑤ 造影 CT/MRI 検査におけるタスク・シフト/シェアの推進:他職種連携による静脈路確保教育体制の構築

東海大学医学部附属八王子病院

遠藤和之、福井浩、田島隆人、梶原直、大、塩洋平、

由地良太郎、大塚勇平、白倉響

- ⑥ 救急外来での臨床検査技師による支援業務とチーム医療への貢献

済生会熊本病院

久木野 津恵子、山本 多美、尾形 裕里、

久木野 拓己、寺園 結貴、佐々木 恵亮、

満瀬 亜弥、古賀 恵、田上 圭二

- ⑦ 肝炎医療コーディネーターがつなぐ多職種連携の実践

徳島大学病院医療技術部¹ 臨床検査技術部門¹、感染制御部²

藤田 望¹、中尾 隆之¹、松岡 賢市²

- ⑧ 離島基幹病院における肝炎受診勧奨の立ち上がり過程で見えてきた課題

長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院

菊池 康男

- ⑨ 先行実習生の困難事例を用いた動画グループワークによる学外実習

レディネス向上の試み

愛知淑徳大学健康医療科学部医療貢献学科視覚科学専攻¹

愛知淑徳大学健康医療科学部医療貢献学科理学療法専攻²

稲垣 尚恵¹、望月 浩志¹、林 久恵²

5. 閉会挨拶(16:25～16:30)

日本臨床衛生検査技師会 専務理事 深澤 恵治

学会抄録 目次

1. 会長挨拶	
チーム医療推進協議会 代表ご挨拶 上田 克彦	p.1
チーム医療推進学会 大会長ご挨拶 横地 常広	p.2
2. プログラム	p.3
3. 目次	p.6
4. 特別講演「チーム医療の観点からの認知症予防」 浦上 克哉	p.8
5. 基調講演「認知症と診断された私たちからのメッセージ」 山中しのぶ・永田久美子	p.9
6. シンポジウム	
(1) 臨床検査技師として 熊谷 佳奈江	p.11
(2) 診療放射線技師として 児玉 直樹	p.12
(3) 作業療法士として 鴻 真一郎	p.13
(4) 公認心理師として 扇澤 史子	p.14
(5) 医療ソーシャルワーカーとして 中村 奈奈	p.15
(6) 視能訓練士として 延原 明子	p.16
7. 一般演題	
セッション 1	
一般演題 1 認知症に合併するてんかんの診療支援～多職種協働の重要性～	p.17
一般演題 2 認知症ケアチームの介入症例から分かった認定認知症領域検査技師の重要性	p.18
一般演題 3 チームで学び、心で支える医療― 認知症ケアとユマニチュードについて ―	p.19
一般演題 4 行動分析学に基づくラポール構築と運用	p.20

セッション 2

一般演題 5 造影 CT/MRI 検査におけるタスク・シフト/シェアの推進：他職種連携による 静脈路確保教育体制の構築	p.21
一般演題 6 救急外来での臨床検査技師による支援業務とチーム医療への貢献	p.22
一般演題 7 肝炎医療コーディネーターがつなぐ多職種連携の実践	p.23
一般演題 8 離島基幹病院における肝炎受診勧奨の立ち上がり過程で見てきた課題	p.24
一般演題 9 先行実習生の困難事例を用いた動画グループワークによる学外実習 レディネス向上の試み	p.25
8. チーム医療推進協議会役員一覧	p.26
9. 第 7 回チーム医療推進学会運営委員一覧	p.27

特別講演

チーム医療の観点からの認知症予防

鳥取大学医学部認知症予防学講座
浦上克哉

現代の医療においてチーム医療の重要性が叫ばれているが、認知症医療ほどチーム医療が必要な病気はないと考える。

まず、予防についてであるが、予防というと発症予防だけを予防と考えられている。これは、狭義の予防であり、広義の予防の概念では、一次予防が発症予防、二次予防は早期発見、早期治療・早期対応、三次予防は病気の進行防止である。この一次予防から三次予防までを切れ目なく行うことが重要である。

2023 年 6 月 14 日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立した。あらゆる職種が認知症対策に前向きに取り組むことが期待されている。2025 年には日本の認知症患者数は 700 万人に達すると推測されていたが、最新の調査では 472 万人と報告され減少していることが分かった。これは、認知症が予防できている可能性を示している。一方軽度認知障害(MCI)は増加していることが報告され、これからは MCI 対策が重要と考えられる。MCI はこれまで医療の対象となっていなかったが、抗アミロイドβ抗体薬が発売されて、MCI も治療対象となった。抗アミロイドβ抗体薬は病気の進行を変えることができる可能性があり、今後の進歩が期待される。抗アミロイドβ抗体薬の対象にならない MCI には非薬物的アプローチで対応する。Lancet の 2017 年版の報告により修正可能な危険因子が 35%あることが示され、その後 2020 年版で 40%、2024 年版で 45%と増加している。修正可能な危険因子の中で最も高いパーセンテージを示したのが難聴であった。高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病対策が重要であり、食生活や運動などの対策が求められる。認知症予防プログラムとして「とっとり方式認知症予防プログラム」を鳥取県・日本財団、鳥取県伯耆町と鳥取大学とで開発し、認知機能や身体機能が有意に改善することを見出した。プログラムは運動、知的活動、コミュニケーションを中心とした内容である。現在は、普及活動を行い、鳥取県のみならず、全国、海外へ広がっている。

昨年からは厚生労働省研究班に加えて頂き、「認知症の早期発見・早期対応モデルの確立」といテーマで鳥取・島根フィールドで実施しております。令和 6 年度は鳥取県琴浦町と島根県隠岐の島町で実施しました。その結果、認知機能より嗅覚機能の低下している人が多いことが分かりました。今年度は、鳥取県北栄町で同様の調査を行っている。今後の MCI、さらには前臨床期認知症の早期発見に嗅覚検査が役立つと考える。

基調講演

認知症と診断された私たちからのメッセージ
～よりよく生きていける可能性は未知数、ともにチャレンジを～

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)
山中しのぶ
認知症介護研究・研修東京センター
永田久美子

私、山中しのぶは2019年41歳の時、若年性アルツハイマー病と診断された。自分自身そして多くの仲間達の体験と活動をもとに、医療職の皆様には今回は特に以下4点をお伝えしたい。

1) 診断前の時期がづらい: 専門職が地域に出向き、早期からの出会いと相談の機会を

私は診断にいたる前、あれ？何かおかしい・・・という自分の中の不確かさが募り、不安でストレスの多い日々が続いた。加えて『病院にいきたいけど、どうしたらいい？』『病院にいつて診断されたらどうしよう？』等々、受診をめぐる不安も強く、診断されるまでの3～4年が一番辛かった。私と同様に診断にたどり着けず苦しんでいる本人がとても多い。近年、専門職が地域に出向いてくれることで、診断前の本人が気軽に相談できてその関係を通じて受診に踏み切れる人たちが増えてきている。専門職が病院や相談機関で待っているだけではなく、行政等と協働して、早期からの出会いの機会作りにも乗り出してほしい。

2) 古い認知症観の殻を破るために背中を押して: 専門職が新しい認知症観を実践で示す

診断は本人にとっては人生の一大事だ。私もそうだったが、診断されたことで落込み、ひきこもり、どん底に陥る人が後を絶たない。私はそこから這い上がることができたが、そのまま状態悪化の一途をたどる人も多い。本人、家族、地域の人たちに根強い『認知症になったらおしまい』といった古い認知症観を、『認知症になってからもできること、やりたいことがあり、地域の中で自分らしく暮らし続けることができる』という新しい認知症観に刷新していくことが急務だ。専門職の認知症観が、関わりや診断・治療のその時々の一言や対応に滲み込んでいる。専門職が自身の認知症観を常に問い直し、新しい認知症観を実践で示してほしい。

3) 前向きに生きる先輩との出会いが生きる力を高める: ピアサポート活動をともに

私が絶望から立ち直れたのは、今を笑顔で生きる先輩に出会えたからだ。専門職の支えは重要だが、ピアサポートの威力は図りしれない。『自分が体験したような辛い思いを誰一人感じてほしくない』とピアサポート活動に乗り出す本人が私も含めて全国で増えている。病院の中で本人がピアサポートに踏み出す後押しをしてほしい。病院以外でも、地域の中での本人によるピアサポート活動を応援している医療職が増えており、期待が高まっている。

4)本人がやりたいこと(ささやかな望み)をともにかなえる:希望の実現に向けて、ともに私は、自分が安心して利用したいと思える「でいさあびすはっぴい」設立。利用者が増え続け現在は2つのデイサービスを運営している。基本法が施行され、医療も介護も本人の声をもとに見直しと刷新が急がれ、企画段階からの本人参画が不可欠な時代だ。本人が声と力を出せ、やりたいことにともにチャレンジする頼もしい医療職が全国で増えている。超高齢社会の活路をともに拓いていこう。

シンポジウム 1 チーム医療で行う認知症の診断と支援

臨床検査技師として

医療法人 越谷市立病院
熊谷 佳奈江

厚生労働省の研究では 2040 年には認知症高齢者は約 584 万人になると推計が出されている。認知症患者数は以前の想定より減ったが、新たに推計した軽度認知障害(MCI)は約 613 万人となり、65 歳以上の約 3.3 人に1人が認知症又は軽度認知障害になると見込まれている。令和6年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本的施策ひとつ「認知症の予防等」の中では早期発見、早期診断および早期対応の推進のための施策が挙げられている。予防や早期発見、診断には臨床検査が寄与できるひとつだと思われる。

日本臨床衛生検査技師会でも増え続ける認知症発症予防への社会的な要請に応えるため、2014 年度に“認定認知症領域検査技師制度”を創設し、現在 413 人の認定技師が誕生している。この制度を機に従来臨床心理士や作業療法士等が行っていた「神経心理学的検査」にも参画するようになった。

臨床検査技師が携わる認知症関連検査は、検体検査として血液検査、脳脊髄液検査、生理検査として脳波検査や超音波検査、そして神経心理学的検査、その他嗅覚検査や睡眠検査など多岐にわたる。特別な難しい検査ではなく多くの方が勤務する病院やクリニックにて実施されているような検査項目にも認知症診断に有用な検査項目がある。例えば、血液検査で甲状腺関連項目を実施することにより認知症様症状がみられる治療可能な疾患を見つけること、認知症診断のためにそれらを除外することができる。認知症発症リスクのひとつである動脈硬化の評価においては、頸動脈超音波検査も有用である。一方、アルツハイマー型認知症の診断に有用なアミロイド β の測定などは、多くが外部委託となっている。

本シンポジウムでは、診断に直結する検査、除外するための検査を含め市中病院で勤務する臨床検査技師がどのように認知症診断に関わっているのか、検体検査、生理検査について紹介する。

診療放射線技師の立場から

新潟医療福祉大学 医療技術学部 診療放射線学科

児玉 直樹

2023年6月14日の認知症予防の日に、認知症の人が希望を持って暮らせるように国や地方自治体の取り組みを定めた認知症基本法が成立した。国には認知症施策の基本計画の策定が義務づけられ、都道府県や市町村には認知症の人や家族などから意見を聞いた上で計画を策定することが努力義務とされた。また国民には、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努めることとされている。認知症患者に対する診療放射線技師としての支援は非常に限定されたものであるが、認知症の早期診断や確定診断を目的とした画像診断技術は非常に重要である。

2023年9月と2024年9月に抗A β 抗体薬がそれぞれ承認された。抗A β 抗体薬はアルツハイマー型認知症の原因物質といわれているアミロイド β に結合し、認知症の進行を遅らせる効果が確認されている。日本における抗A β 抗体薬による治療の対象は「アルツハイマー型認知症による軽度認知障害または軽度の認知症」に限定されており、軽度認知障害を早期にかつ正確に診断することが重要である。抗A β 抗体薬の投薬患者では、鑑別診断を含めた適応の検討やアミロイド関連画像異常(amyloid-related imaging abnormalities: ARIA)などの副作用のモニタリングにMR画像の果たす役割は大きい。また、抗A β 抗体薬の副作用であるARIAはMR画像のみで診断され、ARIA発現時には、その重症度により抗A β 抗体薬の投与の継続、中断、中止、再開を判断する必要がある、MR画像所見の知識に加え、ARIAに関する知識が診療放射線技師にとって必要である。

また、アミロイドPETは2023年に認知症の治療対象者の選択に必要な検査として保険収載され、認知症診療の中で実装された。抗A β 抗体薬を投与するためには、アミロイドPET又は脳脊髄液検査を実施し、アミロイド β 病理を示唆する所見が確認されていることが必要である。そのため、アルツハイマー型認知症の診断のためにアミロイドPETを実施する診療放射線技師も増えてきている。

認知症診断のための画像診断技術について診療放射線技師の果たす役割については増加してきているが、診療放射線技師がチームとして認知症の診断や支援に貢献している場面は残念ながら少ないのが現状である。本シンポジウムでは、認知症診断における診療放射線技師の役割、診療放射線技師が関わるチーム医療について概説する。

シンポジウム3 チーム医療で行う認知症の診断と支援

作業療法士として

国家公務員共済組合連合会三宿病院リハビリテーション科

鴻 真一郎

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常生活を自立し継続 できるよう推進する。」とされている。

入院患者に対して行われるリハビリテーションにおいては、患者の当面の生活の場である病棟生活に ADL プログラムを組み入れ、生活レベルでの定着を図ることが肝要である。既往に認知症があり身体疾患で入院した患者に対しては、認知機能の程度を把握したうえで現在の病態やプログラムを可視化するなどの患者が理解しやすい方法を取り入れ、身体的治療を最大化することが求められる。同時に認知症の悪化を防ぐために長期の入院は避けつつ、身体機能や生活行為の回復度合いに合わせて他職種と連携のうえ、自宅の環境を整備して退院時期を決めることが重要である。急性期脳卒中患者では軽度の意識障害によって認知機能が低下している場合がある。リハビリテーションを実施する際には生活障害の要因を見極め、生活リズムや環境の適正化をチームで図ることが求められる。また時間的経過によってその機能が改善していくことが多いため、変化に合わせてプログラムを変えていくことが重要である。

地域で生活している認知症者に対して行われる訪問リハビリテーションにおいては、実生活に即したより具体的な生活課題に対してアプローチする。課題となるのは対象者が「したいこと」「するように期待されていること」「しなければならないこと」といった価値や関心のある生活行為であり、作業療法士は第一にこれを把握する。次に国際生活機能分類に基づいて認知機能、身体機能、日常生活の活動や参加といった生活機能に加えて、住環境や家族関係、生活信条、趣味等の背景因子を把握し各項目の結びつきを統合・解釈した上で改善の可能性を見立てる。そして介入においては 3 つの観点、すなわち①視覚や手続き記憶などの残存能力を活かして物理的な環境を調整し、②課題とする行為を日常生活の中で反復練習し、③その際の関わり方を家族等へ指導しながら課題の解決を図る。現在その効果が検証されつつあり、評価や支援方法に関する研修会が日本作業療法士協会主導で実施されている。

入院においても地域においても認知症の作業療法の役割は、生活に焦点を当てて対象者の機能・能力を客観的に評価し、症状の程度に合わせて残存能力を活用して環境を設定し、支援者間で関わり方を共有しながら動作や行為を練習して生活を改善・維持することである。症状が進行した段階でも生活行為を部分的に行うなど対象者ができることと難しいことを見分け、他職種と連携しながらその人の生活がその人の方法で継続できるよう支援することが重要である。

日本公認心理師会の立場から

東京都健康長寿医療センター 臨床心理科
扇澤 史子

2023 年末、アルツハイマー病(Alzheimer's Disease:AD)に対するアミロイド β 抗体薬が承認され、認知症医療は新たなステージに入った。従来治療対象ではなかった軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment:MCI)が対象となったことで、早期診断の重みが一層増し、新しい治療に期待を寄せて、早期に受診する人も増えている。

新薬は、AD の原因物質(アミロイド β)を除去する作用を持ち、18 か月間の点滴投与により、軽い症状の時期を 5 か月超延ばす効果が報告されている。一方で、治療対象は、AD 病理が背景にあり、MCI～軽度認知症に限定され、定期的な本人への種々の検査と家族からの情報提供を条件とする厳密な基準が設けられている。加えて、脳の微小出血や浮腫といった副作用のリスクもあり、現場では実に多様で複雑な課題が生じている。例えば、わずかに心理検査(MMSE)の基準を満たさないケース、治療に対する希望が本人と家族の間で一致しないケース、期待したほど効果が得られず落胆したり憤ったりするケース、治療中に情報提供者の認知機能低下が明らかとなるケースなどである。

新しい医療を求めるか否かにかかわらず、かつての「自律性を損ない、何もわからなくなる」という古い認知症観は依然として根強く、本人・家族が認知症と診断された事実を受け入れることは容易ではない。認知症とは「脳の疾患」であると同時に、進行性の「認知機能障害・生活障害」でもある。ゆえに支援においては、医療モデルのみならず、介護サービスを含む生活モデルの視点が不可欠である。

診断が早期化したことで、診断までの「空白の期間Ⅰ」は短縮されたが、本人・家族の求めが医療(治療)にはあっても、介護サービスにはないことも多い。サービスにつながるまでの「空白の期間Ⅱ」がただ延長されただけにならぬように、診断という医療の入口でのチームによる支援は極めて重要である。

当センターでは、発表者である心理士の他、ソーシャルワーカー、看護師、医師が認知症疾患医療センターに所属し、受診前相談から受診、診断後支援プログラムまで本人・家族への切れ目ない支援を提供している。加えて、初期集中支援チームへの支援や自治体の要請によるアウトリーチ、医療圏内の専門職への研修や他機関を含む事例検討会なども担っている。多くのメンバーは、院内の認知症ケア・精神科リエゾンチームも兼務しているため、日常的に顔を合わせて患者さんや家族のサポートについて意見を交わし、互いの専門性を補い合って連携している。

認知症と診断された本人・家族が、その後の生活の展望を自ら描けるようになるためには、医療と介護をつなぐチームによる支援は不可欠である。本シンポジウムでは、診断と支援を一体的なプロセスとして捉え、チーム医療による実践を提示し、その意義と課題を検討する。

シンポジウム5

チーム医療で行う認知症の診断と支援

医療ソーシャルワーカーの立場から

北里大学病院 相模原市認知症疾患医療センター

中村奈奈、澤山恵波、蛸名由加里

高齢化の進展とともに、認知症のある人は今後も増加すると考えられている。厚生労働省は令和元年 6 月に「認知症施策推進大綱」を策定し、認知症のある人が住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けられる社会の実現を目指している。その中では、認知症に対する正しい知識及び正しい理解を深めることとされ、偏見や誤解を減らすことの重要性も示されている。

私が勤務する認知症疾患医療センターは、平成 20(2008)年度から、国庫補助を受けて都道府県・指定都市に設置されている専門医療サービスである。その目的は、「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制を構築すること」とされ、①鑑別診断とそれに基づく初期対応、②周辺症状と身体合併症への急性期対応、③専門医療相談(診断前から診断後まで)、④医療介護連携協議会の設置及び運営、⑤研修会の開催を実施している。医療ソーシャルワーカー(以下 SW)が主に担う専門医療相談は、月に 30～40 件の新規相談があり、その 7 割近くが鑑別診断を目的とした受診相談である。その中には、認知症への理解不足によるものも時に含まれており、適切な受診勧奨のために、医療職である医師や看護師への相談が欠かせない。また、一人暮らしの方等の鑑別では、実際の生活状況の情報を SW が事前に収集しておくことで、鑑別の精度に寄与することもある。診断後の生活支援では、徐々に進行し、記憶や判断力、思考力、理解力が低下していく病気の特徴上、その人らしく、一人の人として尊重し続けるために、その人のあらゆる面を通してアセスメントし続けることが重要であり、チームによる関わりが認知症に対する偏見の解消に効果的であると考え

る。

本セッションでは、認知症疾患医療センターの役割を果たす上で、より良いチーム医療のあり方について意見交換をしたい。

シンポジウム 6 チーム医療で行う認知症の診断と支援

視能訓練士として

医療法人 田中眼科医院
延原 明子

私たちは外界からの情報の 8 割を視覚から得ていると言われている。視能訓練士は、視覚機能のスペシャリストとして、国民の目の健康を守る役割を担っている。近年、視覚機能と認知症の関連性については多くの報告がなされている。奈良県の高齢者を対象とした疫学研究「藤原京スタディ」では、視力不良群において認知症のリスクが 2.9 倍高く、様々な因子を考慮しても 2.4 倍高いと報告されている。また、白内障手術群と非手術群の 2 群間の分析によると、白内障手術群は MCI(軽度認知機能障害)のリスクを約 2 割軽減させ得ることが示唆されており、視覚機能の維持や適切なタイミングでの白内障手術は認知症リスクの軽減につながる。

視能訓練士は、認知症リスク軽減のために眼科受診の必要性や視覚機能維持の重要性について啓発活動を行っている。日常診療において、眼科では矯正視力を測定するが、矯正視力は良好であっても、日常生活で使用している眼鏡の度数があっていないこともあるため、PVA (Presenting Visual Acuity: 常用視力)の確認を行い、必要に応じて適切な眼鏡矯正を行っている。

さらに、認知症によって生じる視覚認知機能障害は、高齢者に多くみられる眼疾患との鑑別も必要である。白内障や加齢黄斑変性、斜視などの疾患の有無、主訴と検査結果の整合性を精査し、見極めていく。また、より良い視環境のためにコントラストを意識した環境整備を行うこともある。まぶしさを軽減することでコントラストが良くなることもあり、遮光眼鏡などの特殊なレンズの選定も実施している。

将来にわたる視覚機能の維持のためには、定期的な眼科受診と治療の継続が不可欠である。特に緑内障においては点眼治療の継続が必須である。認知症を発症しても検査方法を工夫することで視覚機能評価が可能な場合もあり、認知症により受診が途絶えないような通院支援も重要である。当院では通院が継続できるように送迎サービスを行ったり、通院が困難になった場合は訪問診療で対応する。また、点眼指導や点眼薬の管理についても地域の他職種やケアマネージャーと連携して取り組んでいる。

視覚機能と認知症は密接に関係しており、眼科医療が及ぼすベネフィットは大きい。「年をとったら、見えにくいのは当たり前」「眼鏡は危険だから装用を禁止する」といった固定観念を払拭し、“眼は後回し”という現状が少しでも改善できるよう、私たち視能訓練士もチームの一員として貢献していきたい。

【一般演題 1】

認知症に合併するてんかんの診療支援～多職種協働の重要性～

【発表者・共同発表者】 浅野 太貴¹, 橋本 茂樹¹, 佐藤 憲章¹, 益田 泰蔵¹, 高尾 昌樹²

【国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院臨床検査部 技師】¹,

【同臨床検査部 医師】²

【はじめに】

認知症患者では、行動・心理症状（BPSD）に加え、意識障害や反応性低下など多様な臨床症状がみられる。これらはてんかん発作と類似するため、鑑別が困難となる。当院での脳波検査を含む診療支援の取り組みと課題を通して、認知症に合併するてんかんの早期発見に向けた体制整備の重要性を報告する。

【認知症とてんかんの関係】

認知症におけるてんかん発症には、複数の病態生理学的要因が関与している。アルツハイマー型認知症でみられるアミロイドβやタウ蛋白の蓄積は、シナプス機能障害や神経回路の不安定化を生じ、てんかんの発症に寄与すると考えられている。また、脳梗塞や微小梗塞などの血管性病変は皮質構造の破壊をもたらし、脳萎縮などによる器質的変化も発作の要因となる。これらの要因により、認知症患者におけるてんかん合併率は健常高齢者の約2～4倍に達するとされる。

【取り組み】

当院は「地域連携型 認知症疾患医療センター」を運営しており、他院・地域からの紹介患者の受診に対応し、てんかんが合併する可能性がある場合は「総合てんかんセンター」と連携して治療にあたっている。当院の脳波検査では、患者・家族から得られる情報も参考にし、検査中の行動や反応を注意深く観察した上で報告書に記載している。また、通常の脳波検査で発作症状が捉えられない場合には、長時間脳波検査を実施し、評価を行っている。

【課題】

認知症にみられる意識障害や記憶障害などの症状は、てんかん発作に伴う一過性の認知機能低下と混同されやすい。また、脳波検査を施行した場合であっても、1回の記録のみではてんかんの有無を判断できないケースが多い。さらに、認知機能低下により患者本人が発作を自覚しにくいことも病状把握を困難にする要因となる。これらの背景から、患者のADLを維持・向上させるためには、認知症に合併するてんかんを早期に診断し、適切な治療へつなげる体制の構築が課題である。

【考察】

認知症に合併するてんかんの診療支援には、日常診療における継続的な観察と繰り返しの評価が重要である。多職種カンファレンスなどを通じて情報を継続的に共有することで、必要に応じて追加検査や長時間脳波検査へつなげる体制を整えやすくなる。こうした取り組みにより、継続的な介入を実施しやすい環境が期待される。

【一般演題 2】

認知症ケアチームの介入症例から分かった認定認知症領域検査技師の重要性

玉木 俊治¹

社会医療法人社団 十全会 心臓病センター榊原病院 診療支援部 臨床検査科¹

【はじめに】当院は、病床数 297 床の心臓・大血管疾患に特化した急性期病院であり、認知症と関係ないように思われるが、認知症と心機能には関連があることなどから、2016 年 1 月、認知症ケアサポートチーム（D-CAST ; Dementia Care Support Team）を発足した。チームメンバーは様々な職種のコメディカルで構成され、私も認定認知症領域検査技師として参画した。D-CAST での認定認知症領域検査技師の役割は、①MMSE-J などの神経心理学的検査の実施、②認知機能低下に関連する代表的な検査項目で構成された「認知症セット」の構築および管理、③認知症薬による副作用の確認、④他職種への検査データの説明や助言である。今回、具体的な症例を挙げ、認定認知症領域検査技師の D-CAST での関わり方について紹介する。

【症例】糖尿病治療のために定期的来院する 73 歳男性。最近、よく物忘れを認め、直近の言動を忘れたり、インスリン注射の打ち忘れもあったりした。手段的日常生活動作の低下が考えられ、日常生活自立度はⅡb と推測された。

【検査所見】HbA1c、グリコアルブミン（GA）ともに前回値より悪化傾向で、TSH は高値、FT4 は基準値下限であった。心電図は、洞調律で完全右脚ブロックを認めた。心エコー図検査は、有意所見は認めなかった。甲状腺エコー検査では、実質組織が粗雑だが、明らかな腫瘍エコー像は認めなかった。MRI 検査では、海馬の軽度萎縮と、大脳白質に軽度の慢性虚血変化を認めたが、eZIS は特に問題なかった。MMSE-J は、数年前より点数が低くなっていた。

【考察・結果】MRI 検査での海馬の軽度萎縮などから、D-CAST では認知症である方向に傾いた。しかし、血液データや甲状腺エコー検査から甲状腺機能低下が疑われ、これにより認知機能低下が生じ、インスリンを打ち忘れるようになり、糖尿病が進行した可能性もあると認定認知症領域検査技師として助言した。その後、甲状腺機能の改善に伴い、認知機能の改善や糖尿病治療の正常化に繋がった。

【結語】甲状腺機能低下症による認知機能低下症例を経験し、認定認知症領域検査技師としての的確に助言ができた。認知症に関わる臨床検査技師に必要な力量は、数多くの検査データを解析できる力量だと考える。この解析力には、検体検査から生理機能検査まで幅広い知識と経験が必要になる。さらにその解析により、認知機能低下の原因と予想される疾患を列挙し、画像検査や服薬状況等との相関性の有無についても判断する力量が必要である。その後 D-CAST での話し合いの中で、原因の列挙漏れが無いかわり他職種からの意見も参考にし、認知機能低下の最重要原因の解決に向けて取り組める言動力が必要になる。以上から、今後とも認知症関連に特化した認定認知症領域検査技師の存在が重要であると考えます。

【一般演題3】

チームで学び、心で支える医療

— 認知症ケアとユマニチュードについて —

【発表者・共同発表者】木村 聡・木暮 陽介

【所属】順天堂大学医学部附属 順天堂医院

【背景】令和6年1月に施行された「認知症基本法」では、認知症の人が尊厳を保持し、希望を持って自分らしく暮らし続けられる「共生社会」の実現が求められている。しかし、臨床現場では周囲の理解不足や偏見といった「バリア」が依然として存在し、患者の不安や混乱を招く要因となっている。特に診療放射線技師の業務においては、限られた時間内で正確な検査を遂行する必要がある、患者との迅速な信頼関係の構築が重要な課題である。

【目的】診療放射線技師養成校に在籍する医療系大学の初学者を対象に、認知症サポーター養成講座およびケア技法「ユマニチュード」の基礎を講義し、認知症患者に関わるチーム医療の一環として「学ぶ」「知る」ことの教育的・実践的意義を検討することを目的とした。

【方法】認知症の仕組み（認知機能障害およびBPSD）に関する基礎的な講義に加え、ユマニチュードの4つの柱（見る・話す・触れる・立つ）を軸とした具体的なコミュニケーションの考え方と関わり方を解説した。講義では動画教材を活用し、関わり方の違いによって患者の反応が変化する様子を視覚的に提示した。講義中および講義後の学生の反応や意見交換を通して、理解度や共感の程度を把握した。

【結果】受講者の多くは、医療現場での実践経験が乏しい初学者であったが、ユマニチュードの基本的な考え方や関わり方について高い共感を示した。特に、動画教材を通じて示された患者反応の変化は理解を促進し、「患者の不安や緊張を和らげる関わりが医療行為そのものを円滑にする」という認識が共有された。また、「目を見る」「声の調子を整える」といった基本的な関わりは、専門的な技術や経験を必要とせず、将来どの職種に進んでも実践可能である点が、チーム医療の共通基盤として受け止められた。

【考察】本講義を通じ、ユマニチュードは臨床経験の少ない医療系大学の初学者においても理解・共感が得られるケア技法であることが示唆された。これは、ユマニチュードが単なる理念ではなく、「どの職種でも、どの段階からでも共有可能な関わり方」であることを意味している。チーム医療の一環としてユマニチュードを「学ぶ」「知る」機会を設けることは、認知症患者への適切な関わりを早期から意識づけるだけでなく、将来的な多職種連携の質を高める基盤形成につながると考えられる。

【結論】ユマニチュードについて「知り」「学ぶ」ことは、医療系大学の初学者にとっても理解しやすく、共感を得やすい教育内容であり、認知症患者に関わるチーム医療において有効である。多職種が共通の価値観と関わり方を早期から共有することは、「新しい認知症観」に基づく質の高い医療の実現に向けた重要な土台となる。

【一般演題 4】

行動分析学に基づくラポール構築と運用

Building and Managing Rapport on Behavior Analysis

【発表者】 渡辺 修宏¹

【所属】 国際医療福祉大学¹

【背景】医療、保健、福祉、保育、療育、教育などの対人援助領域では、クライアント（患者・利用者等。以下 C1）やその家族ら、さらに、連携をとる他（多）職種及び他機関とのラポール構築に努めながら、各専門職は各々が担う使命を果たす。ラポールがあれば、治療、援助、支援などのサービスの質が高まると考えられるからである。一方、ラポールがどのように生起、増大されうるかは曖昧模糊になりやすく、時にひどく主観的にもなる。近年、ラポールについて、再現性、反証可能性、客観的評価に耐えうる捉え方について理論的な研究が萌芽しつつあり、このような取り組みは、いわゆる Evidence-Based Practice (EBP) の観点に基づくラポール構築とその評価と指摘できる。

【目的】本研究は、対人援助領域におけるラポールに着目し、その生起及び変遷について、一事例をもとに定量的に捉え、客観的に評価することを試みる。

【方法】本研究は、radical behaviorism（徹底的行動主義）、又は functional contextualism（機能文脈主義）を哲学的基盤とする行動分析学に基づき、ラポールの捉え方及び運用方略を検討する。行動分析学に依れば（行動翻訳）、特定の環境条件下（antecedent）、特定の行動（behavior、行為・反応）、そしてその行動の結果事象（consequence）という、時空間的に系列している 3 項目を、形態ではなく機能的関係（関数関係）として一元化する事態掌握（3 term-contingency）によって、ラポールが捉えられる。すなわち、特定の関係を、特定の場面における随伴性で分析し、かつ、それら随伴性の操作が、ラポールの運用方略となる。

【結果】本研究では、C1 とのコミュニケーション場面（相談援助場面）を対象に、分析及び運用を試みた。C1 の来訪、接近、笑顔、報告、挨拶、アイコンタクト、注視、信頼評価発言、従事などの特定行動群（便宜上の指標となる標的）の生起消失、増加増大、低下低減、または変容によって、ラポールの発生、変遷を定量化し、かつ、それらの運用方略が整理できた。

【考察】本研究の分析とそれに基づく検討は、相談場面という、いわば「関係を捉える一場面」を切り取った範囲での取り組みであったが、科学的に定義された行動が定量化されることによって、ラポールを具体的に運用する道筋が明らかとなった。今後は、さらに拡張した検討が必要とある。さらに、対人援助実践にかかわる当事者（C1、その家族、各専門職）はそれぞれ異なる立場（役割、所属機関及び部署、職位・権限、業務範囲等）におり、当然、それぞれが担う内容にも差異がある。そのような違いは軽微ではないため、ラポールにかかわる随伴性は複雑化する。すなわち、ラポールは常に多重評価されるのであって、一方にとっては十分なラポール構築（と評価できる随伴性）であっても、他方ではそうではないと評価されることも生起しやすい。したがって、複雑な相互随伴性（inter-contingency）の分析と実施の上では、同時並行的な視点に基づく随伴性制御とそれへの評価を考慮する必要がある。

【一般演題 5】

造影 CT/MRI 検査におけるタスク・シフト/シェアの推進：他職種連携による静脈路確保教育体制の構築

【発表者・共同発表者】

遠藤和之¹、福井浩¹、田島隆人¹、梶原直¹、大塩洋平¹、由地良太郎¹、大塚勇平¹、白倉響¹

【所属】東海大学医学部附属八王子病院 診療技術部 放射線技術科¹

【背景】2021 年の診療放射線技師法改正「診療放射線技師法施行規則等の一部を改正する省令」（令和 3 年厚生労働省令第 119 号。以下「改正省令」）により、静脈路確保が診療放射線技師の業務範囲に追加された。当院の CT や MRI 検査室においても、医師の働き方改革への対応や、造影検査を一手に担う看護師の業務負担軽減が課題となっていた。しかし、これまで穿刺業務を行ってこなかった技師が安全に手技を実施するためには、法的な告示研修の修了だけでは不十分であり、臨床に即した高度な技術習得と強固な安全管理体制の構築が不可欠である。そのため、多職種が連携して教育と運用を支え合う新たな体制構築が強く求められていた。

【目的】多職種連携による持続可能な「静脈路確保教育体制」および院内認定制度（以下、IVRT）を構築し、その教育効果と臨床における安全性・有用性を検証することである。

【方法】2024 年に、既存の組織である「医療安全ワーキンググループ」の下部組織（小委員会）としての「IV ワーキンググループ」において、IVRT の運用指針や手順書を整備した。認定要件には法的要件に加え、独自の院内研修合格を義務付けた。研修では薬剤師、画像診断医、看護師が各専門分野の講師を務め、多職種で教育を支える体制とした。特に実技指導では熟練看護師（IVRNs）によるシミュレーター練習から臨床 OJT のサポート、最終判定には医師監督下での実技試験と多職種合意によるラダー制度を採用した。

【結果】本プログラムにより計 15 名の IVRT が育成され、2025 年 4 月からの 8 ヶ月間で 3,000 件以上の穿刺を実施した。血管外漏出は極めて良好な安全性を示した。また、技師による即時の穿刺支援が可能となり、看護師の負担軽減（静脈路確保割合も減少）しタスク・シェアにも寄与した。

【考察】既存の小委員会を通じて多職種連携教育を展開したことは、技師が安全な手技を習得する上で極めて有効であった。組織的な安全担保と合意形成を丁寧に行ったことが、低率な偶発症と円滑なタスク・シェアの実現に繋がったと考えられる。

【結論】多職種連携による教育・認定体制は、安全な業務拡大を実現し、チーム医療の質向上に寄与した。今後も本体制を維持し、施設内におけるタスク・シェアを定着させていきたい。

【一般演題6】

救急外来での臨床検査技師による支援業務とチーム医療への貢献

【発表者・共同発表者】

久木野 津恵子¹、山本 多美¹、尾形 裕里¹、久木野 拓己¹、寺園 結貴¹、佐々木 恵亮¹、満瀬 亜弥¹、古賀 恵¹、田上 圭二¹

【所属】¹ 済生会熊本病院 中央検査部

【背景・目的】

当院は三次救急を担う高度救命救急センターであり、心血管・脳血管障害を含む急性期疾患や緊急手術症例を多数受け入れている。救急医療の高度化に伴い、診療の迅速化と医療者負担軽減が課題となる中、2018年から臨床検査技師の救急外来派遣を開始した。当初は週0.5日の体制であったが、現場の要望を受けて拡大し、2025年9月からは午前オンコール・午後常駐の営業日全日対応を実現した。本報告では、その取り組みと効果を検証する。

【業務内容と方法】

技師は超音波検査を中心に、心電図、バイタル取得、採血分注、検体搬送、血液ガス分析、POCT機器管理などを担当した。救急隊からの入電時より事前情報を把握し、受入れ時の検査計画の提案、搬入直後の初療時から診療プロセス全体に参画した。救急外来業務に従事する多職種の業務量調査を行い、その効果を確認した。

【結果】

検査技師常駐化により看護師が対応していた超音波室との時間調整や搬送が不要となったことで、合計56.2分/日の看護師対応業務削減につながり、看護ケアに専念できる時間が生まれた。診療の観点からは、ベッドサイドで即時結果報告が可能となったことで救急診療がシームレスになり、次の診療ステップまでの時間は平均90分から21分へと大幅に短縮した。また、医師は超音波検査から解放され、診察・治療方針決定・家族説明に専念できるようになり、特に急性心血管疾患や緊急手術前評価では迅速なリスク把握が可能となった。さらに、技師による画像ファイリングとレポート作成で診療記録の精度も向上した。

【結論】

臨床検査技師の救急外来常駐は、診断時間短縮、医師・看護師の負担軽減、患者移動リスク回避など救急医療の質向上に寄与した。今後は超音波検査人材育成や研修医教育への介入を進め、さらなるチーム医療への貢献を目指す。

【一般演題 7】

肝炎医療コーディネーターがつなぐ多職種連携の実践

【発表者・共同発表者】藤田 望¹、中尾 隆之¹、松岡 賢市²

【徳島大学病院 医療技術部 臨床検査技術部門】¹、【徳島大学病院 感染制御部】²

【背景】肝炎ウイルス陽性者が未受診・未治療のまま放置される背景には、検査結果の理解不足、受診のきっかけの欠如、専門医療への紹介体制の不備、医療費助成制度の認知不足など、複合的な要因がある。当院では肝炎ウイルス検査陽性者に対する電子カルテのアラートシステムを導入しているが、文書での患者への結果説明や、B型肝炎再活性化予防策として既往感染者への定期的なモニタリングの施行は、担当医に委ねられているため十分に活用されていなかった。この課題に対応するため、肝炎医療コーディネーター(肝 Co)が中心となり、肝炎ウイルス陽性者の拾い上げから専門医への受診、治療開始、フォローアップまでを院内横断的に支援する取り組みを開始した。

【取り組み内容】患者支援センターでは、肝 Co がウイルス性肝炎に関する情報収集を目的とした肝炎スクリーニングシートを作成し、2023 年 10 月より入院サポート室の看護師が患者の問診で活用している。事前のスタッフ教育により、肝炎ウイルス陽性患者の情報が迅速に共有され、担当医への介入もスムーズになり、患者の早期受診と継続的な治療やフォローアップにつながる支援が可能となった。

検査部は、2022 年 6 月に肝疾患相談室と安全管理部が中心となり立ち上がった「B型肝炎再活性化に関する WG」に参加し、当院独自フローの作成に関わった。この運用開始により、各科担当医が B型肝炎の罹患状況を患者に説明し、肝臓専門医が精査・加療を行うこととなり、役割を明確化することができた。また、今回新規作成した HBV 再活性化セット(HBsAg、HBsAb、HBcAb)を依頼することで、検査結果説明書作成ツールが自動起動し、検査結果が反映された報告書が出力可能となるシステムを構築した。これにより、安全管理部では、リスク患者の抽出後、職種毎のフォローアップ対応が可能となった。さらに、HBV-DNA のモニタリングについては、免疫血清検査室の機器更新に伴い院内導入し、1.0 LogIU/mL 未満であっても検出時には検査部から肝疾患相談室ならびに安全管理部へ連絡する体制を整えた。検査部内にてフォローアップフローを作成したことで、室員の対応についても均てん化することができた。

【まとめ】院内の肝 Co 連携は、情報の橋渡し、早期介入、継続的支援といった強みを活かし、職域を超えた協働体制の構築を推進してきた。これにより、情報共有や対応の標準化が進み、特定の担当者に依存しない、部署全体で継続的に対応できる仕組みが整いつつある。今後もスタッフの教育と職種間の協働を深めながら、患者が安心して治療を受けられる肝疾患医療の提供を目指して取り組みを継続していく。

【一般演題 8】

離島基幹病院における肝炎受診勧奨の立ち上がり過程で見えてきた課題

【発表者】菊池 康男¹、

【所属】長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院¹、

【背景・目的】肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨は、全国的には多職種チームによる体系的な取り組みが進められている。一方、当院においては、各職種がそれぞれの裁量で対応を行ってきた結果、受診勧奨の運用が個別の判断に依存する構造となっていた。本取り組みでは、肝炎受診勧奨の立ち上がり過程を振り返り、運用が進む中で多職種が集まり現状を整理・共有することで、初めて意識化された課題を明らかにすることを目的とした。

【取り組みの概要】2025 年 7 月より、B 型・C 型肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨を開始した。検査科による陽性者抽出を起点とし、電子カルテのポップアップ表示機能を活用することで、主治医が検査結果を認識しやすい仕組みを整備した。院長主導の後押しもあり、医師への周知や勉強会は比較的円滑に進み、組織として一定の方向性が共有された。

【見えてきた現状】運用が日常化する中で、ポップアップが表示されていても次の対応に至らない事例が散見されるようになった。多職種で現状を整理・共有する過程において、その背景として、検査データの解釈に迷う場面や、他業務との優先順位の中で対応が後回しになる状況が示唆された。また、受診勧奨の状況を俯瞰する中で、検査結果と診療情報を照合し、可能な範囲で対応を補完する動きが、一部の職種や個人により生じている実態が明らかとなった。

【考察】原則として、すべての患者を見落とさない体制づくりは重要であり、チームで協力して受診勧奨を進めることは医療の質の観点からも不可欠である。一方で、その実現を個別の裁量や努力に委ねる運用では、負担が集中し、継続性に課題が生じる可能性がある。本取り組みでは、すべての症例を一律に追跡するのではなく、カットオフ値周辺で推移する結果や、経過判断に迷いやすい検査データなど、「一度立ち止まって共有すべき可能性のある情報」をチームで共有する視点が重要であると考えた。臨床検査技師が、検査データの中で判断が分かれやすい境界を提示することは、次の適切な意思決定につながる可能性がある。

【まとめ】肝炎受診勧奨を進める中で、多職種が集まり現状を整理・共有することにより、対応の判断に迷いやすい場面や、次の行動につなぐににくい状況が生じている可能性が示唆された。これらは、受診勧奨の運用を進める過程で初めて意識化された課題であり、個々の対応の不足というより、体制づくりの過程において生じ得る課題と捉えられる。こうした停滞は、「できていない状態」を示すものではなく、判断や責任が特定の地点に集中していることを示すサインと考えることができる。離島という制約の中で受診勧奨を継続していくためには、停滞が生じている局面に目を向け、チームで共有しながら役割や判断の視点を明確にしていくことが重要であると考ええる。

【一般演題 9】

先行実習生の困難事例を用いた動画グループワークによる学外実習レディネス向上の試み

【発表者・共同発表者】稲垣 尚恵¹、望月 浩志¹、林 久恵²

【所属】¹ 愛知淑徳大学健康医療科学部医療貢献学科視覚科学専攻

【所属】² 愛知淑徳大学健康医療科学部医療貢献学科理学療法学専攻

【背景・目的】近年、医療ニーズの多様化に伴い指定規則が改正され、学校教育にはより高度で実践的な「実習前教育」の強化が求められている。一方で実践教育における実感としては、学生の場合面適応能力が低下傾向にあり、学外実習において困難や課題を抱える者が少なくない。本研究では、既に学外実習を経験した学生の困難事例を基に動画を作成し、それを用いたグループ学習を学外実習の前に行うことにより、学生の客観的な状況把握能力と対応力を養うことを目的とする。また、対象を言語聴覚学専攻（ST）および視覚科学専攻（CO）とすることで、職種による課題への取り組みや思考プロセスの共通性と相違点を明らかにし、レディネス強化に向けた教育的有効性を検討する。

【方法】2024 年度に学外実習を修了した学生対象にアンケートと聴き取り調査を行い、学外実習で直面した困難事例を抽出し、課題動画を作成した。次に 2025 年度に学外実習を予定している両専攻の学生のうち、研究協力に同意が得られた者を対象として、課題動画によるグループワークを実施した。

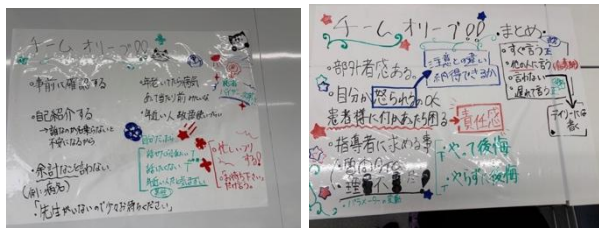


図 1. グループワーク発表例

定量評価はメタ認知質問紙法短縮版 MCQ-30

(Wells & Cartwright-Hatton, 2004)を用い、統計解析は R を用いた二元配置分散分析によって専攻間および課題間の比較検討を行った。定性評価として学外実習終了後、専攻別に半構造化インタビューを行い、逐語録を作成した。質的記述的分析を行い、意味内容の類似性に基づいてコード化・カテゴリー化を行い、専攻間における意識の共通性と相違点を抽出した。なお、本研究は倫理委員会の承認を得て実施し、個人情報情報は匿名化した上で解析を行った。

【結果】MCQ-30 を用いたメタ認知スコアにおいて、専攻間およびグループ学習による主効果、交互作用ともに有意な差は見られなかったが、半構造化インタビューの結果から、各専攻の特徴が明らかとなった。ST 専攻では小児・急性期など領域による実習内容の差異が大きく、学生間で、互いの経験に対する「驚き」や「発見」と言った反応が目立った。これに対し CO 専攻は職場環境特有の緊張感に対し「共感」や「同意」を示す傾向がみられた。共通の課題として、実習記録による睡眠時間の圧迫、および事前学習や積極性の不足に対する自己省察（メタ認知）が抽出された。

【考察】定量的な指標である MCQ-30 において有意差が認められなかった要因として、2 ヶ月間に 3 回という短期間の介入であったため、統計的な変化を捉えきれなかった可能性が考えられる。しかし、定性指標からは動画を用いたグループ学習が、学生の実習体験の意味づけや省察を促す教育的価値を有することが示唆された。グループ学習に対する学生の満足度は高く、実習前のレディネスを高めるプログラムとしての有用性は十分に認められた。

本研究は、愛知淑徳大学研究助成金の交付を受けて実施した。

チーム医療推進協議会 役員

代 表

上田 克彦 (公益社団法人 日本診療放射線技師会 会長)

副代表

花村 温子 (公社 日本公認心理師協会 理事)

吉井 智晴 (公社 日本理学療法士協会 副会長)

丸林 彩子 (公社 日本視能訓練士協会 副会長)

理 事

小林 毅 (一社 日本作業療法士協会 常務理事)

鈴木 哲司 (一社 日本救急救命士協会 理事)

児玉 直樹 (公社 日本診療放射線技師会 副会長)

齋藤 慶子 (公社 日本医療ソーシャルワーカー協会 副会長)

肥田 泰幸 (公社 日本臨床工学技士会 副理事長)

島崎 寛将 (一社 日本作業療法士協会 理事)

後藤 直生 (公社 日本義肢装具士協会 副会長)

小松 京子 (一社 日本臨床衛生検査技師会 専務理事)

江端 清和 (公社 日本診療放射線技師会 業務執行理事)

監 事

中村 春基 (日本理学療法士協会所属)

佐原 まち子 (本協議会 元副代表、日本医療ソーシャルワーカー協会所属)

顧問

谷垣 禎一 (元自由民主党 総裁)

相澤 孝夫 (一般社団法人日本病院会 会長)

猪口 雄二 (公益社団法人全日本病院協会 会長)

相談役

半田 一登 (本協議会 元代表、日本理学療法士協会所属)

中村 春基 (本協議会 前代表、日本作業療法士協会所属)

田口 空一郎 (NPO 法人 医療の質に関する研究会 統括研究員 兼 事務局長)

アドバイザー

小嶋 修一 (TBS・ジャーナリスト)

小島 正美 (毎日新聞・ジャーナリスト)

患者会

山梨まんまくらぶ

あすなろ会

日本失語症協議



チーム医療推進学会 運営委員会

大会長

横地 常広 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会会長

運営委員会委員

日本臨床衛生検査技師会

小松 京子 チーム医療推進協議会 理事
一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 専務理事
深澤 恵治 日本臨床衛生検査技師会 専務理事
益田 泰蔵 日本臨床衛生検査技師会 常務理事
宮原 祥子 日本臨床衛生検査技師会 執行理事

チーム医療推進協議会

上田 克彦 チーム医療推進協議会 会長
(公社 日本診療放射線技師会 会長)
児玉 直樹 (公社 日本診療放射線技師会 副会長)
江端 清和 (公社 日本診療放射線技師会 業務執行理事)
花村 温子 (公社 日本公認心理師協会 理事)
吉井 智晴 (公社 日本理学療法士協会 副会長)
丸林 彩子 (公社 日本視能訓練士協会副会長)
小林 毅 (一社 日本作業療法士協会 常務理事)
江田 哲夫 チーム医療推進協議会 事務局
潮田 陽一 チーム医療推進協議会 事務局





チーム医療推進協議会

公益社団法人日本診療放射線技師会内

東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 22 階