

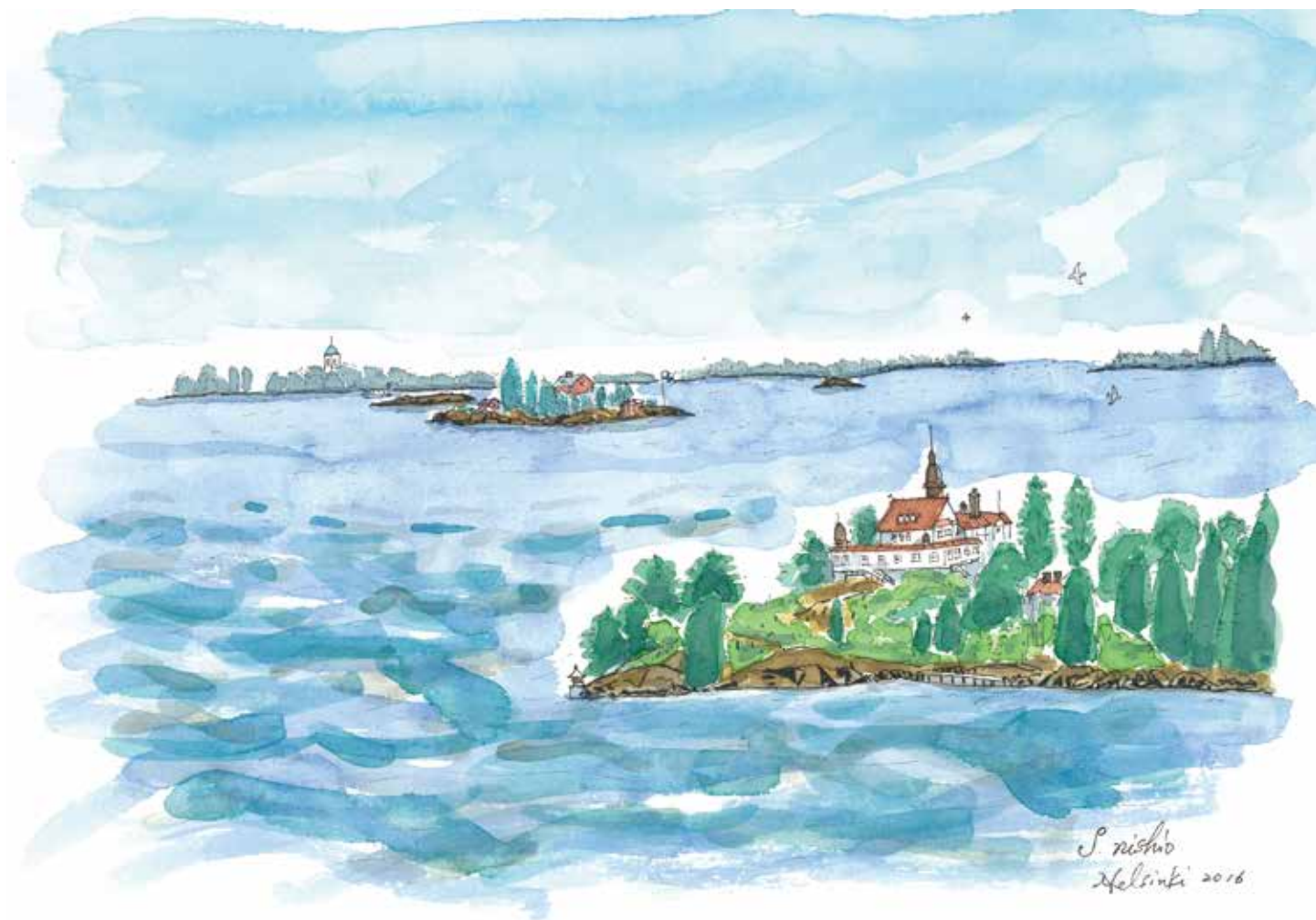
# 日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

154

vol.32 2024.8 隔月号

[特集] 大規模災害から慢性期医療・介護を  
どう守るか  
～令和6年能登半島地震の教訓を  
生かす～



S. Nishio  
Helsinki 2016

## Contents

### 論壇

愛和病院 院長 竹川勝治

1

### 特集 大規模災害から慢性期医療・介護をどう 守るか ～令和6年能登半島地震の教訓 を生かす～

“揺らぐ大地を支える人の輪”を支えるほうじゅグループの取り組み

ほうじゅグループ 代表 仲井培雄, ほか

2

富山のちから

富山県慢性期医療協会 会長 大西仙泰

8

令和6年能登半島地震災害における医療救護活動を、慢性期医療・介護の  
視点を中心に検討する

南多摩病院 医師 益子邦洋, ほか

10

日本災害リハビリテーション支援協会 (JRAT) と災害関連死ゼロを目指した  
医療支援活動 ～能登半島地震災害から見えてきた課題～

長崎リハビリテーション病院 理事長 栗原正紀

18

災害と少子高齢化対策 ～寺田寅彦から学ぶこと～

松山リハビリテーション病院 理事長 木戸保秀

23

### 日慢協リレーインタビュー

厚生労働省保険局医療課長 眞鍋馨

27

### 慢性期医療でのリハビリテーション

さがみりハビリテーション病院 リハビリテーション科 渡邊隼人

36

### 会員病院の取り組み

尾野病院 看護師 土岐慶子, ほか

40

袋井みつかわ病院 看護師 井口勝枝

44

上曽根病院 病院長 角谷千登士, ほか

48

### 投稿論文

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 理学療法士 高木武蔵, ほか

51

### JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第28症例

58

第29症例

60

### 日慢協 Topics

第6回アジア慢性期医療学会を終えて

日本慢性期医療協会 国際委員会 委員長 中村哲也

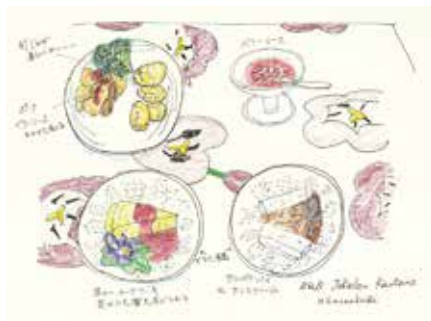
62

日本慢性期医療協会 第6回ハワイ研修

64

記者会見報告, 都道府県の活動, 2023年度研修参加優秀施設表彰, ほか

70



#### B&Bフィンランド料理

フィンランドの田舎で過ごしたB&Bでの夕食。デーブルクロスはマリメッコ風。

第154号表紙絵

ヘルシンキの沖合 (フィンランド)

「バルト海の乙女」の愛称を持つヘルシンキ沖合には要塞の島、スオメンリンナ (世界遺産) が見える。

南高井病院 院長 西尾俊治

## 慢性期医療についての提言と今後について考えてみた



医療法人社団愛育会 愛和病院  
院長 竹川勝治

### (1) 制度について

病床機能報告制度と地域医療構想策定のなかで、病床機能は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」と分けられることになったが、施策を進めるなかで、現場での医療提供との間で、齟齬が生じるようになってきている。

そもそも、この「〇〇期」というのは、患者の状態を表す言葉であり、病床に当てはめること自体に無理がある。「高度急性期」は別として、病床が果たす機能は「急性期」「回復期」「慢性期」と一律での色分けは難しいのだ。「急性期病床」に回復期に差し掛かった患者がいたり、「回復期病床」に急性期と言っていい患者や、慢性期と言っていい患者がいたりすることも珍しくない。その意味で、これらの患者をすべて網羅できる「生活医療期」という位置づけがあったほうが、医療現場の実情に即した分け方が可能になるだろう。

### (2) IT化について

医療・介護の分野において、IT化が促進されていることは確かである。また、そこから得られるデータを活用することによって、医療・介護の質を向上させることにもつながるだろう。

そうであるならば、現在、電子カルテをはじめとするITシステムの導入・運用について、ほぼすべての費用を各医療・介護機関が負担している現状は明らかにおかしい。国が責任をもって導入・運用の必要な費用を賄うのは当然である。

### (3) 人について

人が安心して暮らしていくには、医療は不可欠で

ある。そして、年を重ねれば、介護も必要になる。これらの充実は、ますます必要になるだろう。先進国のなかでも高齢者を大切にする風土のある日本ではなおさらである。

先日、大阪大学名誉教授の吉森保先生から、2016年にノーベル生理学・医学賞を受賞した大隅良典先生の「オートファジー研究」についてうかがった。それによると、日本人が有酸素運動を積極的にを行い、ラジオ体操などにも参加し、バランスの良い食事をとって肥満を回避できるようになれば、生産年齢人口は現在の15～64歳から、75歳までは延伸できる可能性があるそうだ。実際、70代、80代の施設長もいる。

そうなれば、皆保険制度もある程度維持したまま、2040年を迎えることができるかもしれない。医療費や介護費で国の財政が破綻するなどという話はまやかして、いくらでも支える手立てはあるのだ。それに、多少物忘れがあったとしても、きちんと年齢を重ねた人の意見は参考になる。「一億総活躍」のなかには75歳以上の方々が加わって然るべきなのである。

### (4) 世界の中での日本と日本人

人間は有史以来、常に「戦争・感染症・飢餓」に悩まされてきた。その克服も試みられてきたが、それが成功したとはいえない。ロシアによるウクライナ侵攻やガザ地区での悲劇を見ると、その思いは強くなるばかりだ。人類がいるかぎり、戦争はなくなるのではないかとさえ考えてしまう。

「感染症」も同じである。新型コロナウイルス感染症の猛威は記憶に新しく、終息したとは言えない状況である。「飢餓」は先進諸国では克服されつつあるが、行き過ぎて「肥満」の問題が影を落としている。

このように世界を見ればまだまだ課題山積だが、日本は80年以上戦争を経験せず、感染症も先進国の中では随一と言っていいほど抑え込みに成功した。そして今、「肥満」=生活習慣病の問題に臨もうとしている。日本人は優秀である。きっとこれも克服し、世界に良いお手本を示してくれると確信している。





## “揺らぐ大地を支える人の輪”を支える ほうじゅグループの取り組み

ほうじゅグループ 代表 仲井培雄

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院理事・石川県 JMAT 調整本部担当役員 佐久間寛

### 1. 【第1部】能登半島地震の概要と、 被災地と被災者への医療・介護支援

<ほうじゅグループ 代表 仲井培雄>

令和6年1月1日午後4時10分ごろ、石川県能登地方を震源に最大震度7、マグニチュード7.6の地震が発生し、同日午後4時22分、石川県に大津波警報が発令された。当院が立地する南加賀医療圏には津波は及ばなかったが、地震後5分程度で珠洲市を中心に4m以上の津波が襲いかかった。4mに至った輪島市沿岸の海底隆起は2千年に一度の規模とされる。「令和6年能登半島地震」と命名された本地震による被害は甚大で、6月27日現在、人的被害は1,491名、そのうち281人（うち災害関連死52名）が犠牲となられた。住宅被害は83,980棟にも上る。ご冥福を祈ると共に、被災された皆様に心よりお見舞い申し上げる。

医療法人社団和楽仁芳珠記念病院は、人口約5万人の石川県能美市にある許可病床数183床の一般病院であり、DPC対象急性期一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、障害者病棟からなる。介護医療院と訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等を法人内に有している。併設の社会福祉法人陽翠水には、介護老人保健施設陽翠の里、小規模多機能型居宅介護コミニケア緑が丘（以下CCG）、訪問介護、幼老障の共生型福祉施設G-Hills等を有している。

能美市は震源地から約170km離れているが、震度5強を記録した（図1）。発災時、津波を恐れて能美市の平野部に住む市民が、高台にある当院や幼老障共生型福祉施設G-Hillsに退避してきた。駐車場があふれるほど混雑し、トイレや自販機の利用を希望されたので、インフラに損傷がないことを迅速

に確認後、エントランスを開放して数百人が利用された。G-Hillsではホールやデイサービス、カフェを開放して約120人分のお茶やおにぎりを提供した。毛布や防寒具等もない中、市の避難所がほぼ開設されて津波も来なかったため、20時過ぎから順次終了した。芳珠記念病院は、高層階の窓ガラスのひびや新旧建物の繋ぎ目の破損、一部の階段や廊下が傾く等の被害があった。一方、併設介護老人保健施設陽翠の里はスプリンクラーの水道管が破断して浸水したが、元日夜にもかかわらず翌1月2日午前2時までに設備会社が電気と水道の全設備の復旧作業を完遂された。出社できるほうじゅグループの職員を募り、1月2日午前10時には、退避先の芳

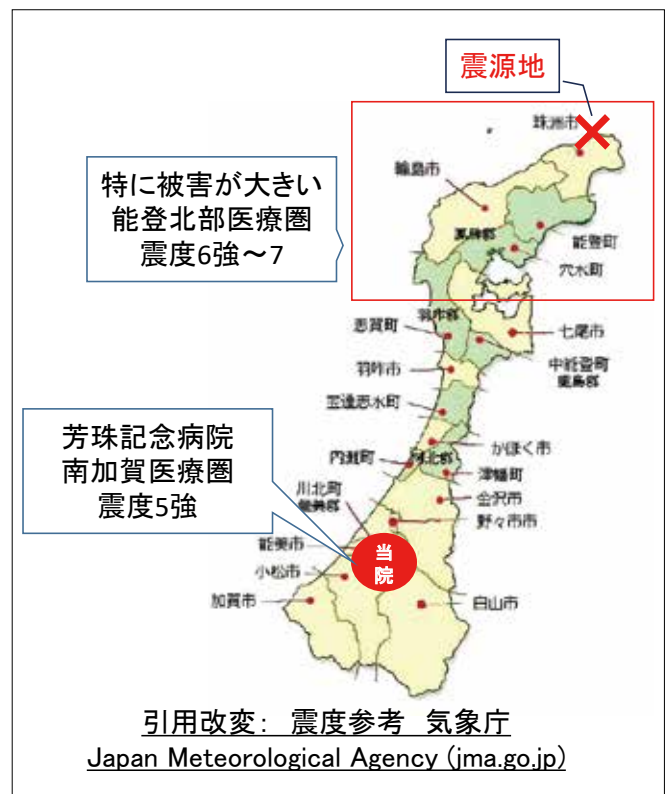


図1 南加賀医療圏の芳珠記念病院と能登北部医療圏との位置関係と震度

珠記念病院の講堂から全入所者を陽翠の里に移送した。幸い入院患者と入所利用者、職員の命に別状はなく、予防・医療・介護・福祉・子育て事業の運営へのハードウェアに起因する大きな支障は概ね解決した。そこで、1月5日には、石川JMAT第一陣に当院佐久間理事が率いる3人のメンバーを送りだし（第2部参照）、被災地からの患者の受け入れを開始した。事前のBCPは思った様に機能せず、「ほうじゅグループ 令和6年能登半島地震対策」を起草し、価値観の共有と課題解決を実践した（表1）。

1月9日には、能登以外の石川中央（金沢市を含む）と南加賀（能美市を含む）の両医療圏の病院を集めた、石川県主催の病院会議がweb開催され、これまでの情報を共有した。能登北部と中部の2医療圏では発災直後から、3万人を超える避難者が断水と停電で極寒の避難所生活を強いられていた。能登北部の4つの自治体立病院も、建物の一部や検査機器を利用できない状況であり、人手不足も深刻とのことであった。ある病院では病床縮小率が著しく、3割を切っていた。しかし、職員を派遣するにも、道路の著しい損壊と輪島市の沿岸部では4mに及ぶ海底隆起による港の閉鎖により、半島の先端までの移動は通常装備では難しいとされ、頼みの空路も冬の長い夜と風雪に遮られることが多かった。そ

のため、発災当初は県内外のDMATが支援の主力となった。1月4日までに一部を除き全透析患者や重症者が、金沢以南の透析可能医療機関や高度急性期病院等に陸路と空路で移送された。1月5日から石川JMATが組織され、第1陣が穴水町に向かった。1月7日から、道路状況は何とかバスが通れるように応急処置がなされ、金沢市に設置された1.5次避難所（県総合スポーツセンター）等への避難者の大量輸送が始まった。金沢以南におけるホテル、旅館等の2次避難所も開設され、民間旅行代理店が請け負うこととなった。1月15日に開催された、石川県「令和6年能登半島地震の影響により不足する病床の確保に関する会議」において、被災された患者や要介護者、要配慮者は、既に石川中央（金沢市を含む）や南加賀医療圏の病院や施設、1.5次避難所、宿泊施設を中心に受け入れ続けており、今後は高度急性期・急性期病院からのポストアキュートの受け入れ需要が逼迫するとされた。そこで、金沢以南の病院における後方支援病院や介護施設へのポストアキュート受け入れ調整が活性化された。ほうじゅグループは、急性期患者の受け入れから、ポストアキュート患者、透析患者、介護サービス利用者の受け入れ等の後方支援に切り替えた。

1月5日～3月末の期間に、芳珠記念病院では合

## ■ 価値観

- 1, ほうじゅグループの施設に関する地震の影響を素早く診断して、予防・医療・介護・福祉・子育てを可能な限り継続する。
- 2, 避難患者は最優先にまず診る受け入れる。
- 3, JMAT(日本医師会災害医療チーム)、JRAT(日本災害リハビリテーション支援協会)等に積極的に参画する。

## ■ 課題解決

- (1) 執務可能な職員を把握して、できる限りの支援と地域医療の持続可能性を追求する。
- (2) 建物の被害の程度とそれによるリスクを把握して、優先順位を付けて修繕計画を立てる。
- (3) 診療報酬特令やオン資のアクティブ化、災害支援病院からの避難患者受け入れ要請等の情報を組織的に現場職員に周知徹底する。
- (4) 病棟職員(看護師、介護士、事務職)不足を解消する。
- (5) 診療報酬特令を活用してベッドコントロール等を柔軟化する。
- (6) ほうじゅグループを挙げて、退院支援や在宅療養支援等を実践する。
- (7) 石川県や県医師会、能美市や市医師会と連携して被災者支援に尽力する。

表1 ほうじゅグループ 令和6年能登半島地震対策

計 32 人の入院患者と 6 名の透析通院患者を受け入れた。入院患者の詳細は図 2 を参照されたい。残念ながら高齢虚弱 multimorbidity と過剰なストレス、併存する重症疾患等から 5 人の方が入院中に亡くなった。人流が増加しており、病院や施設でのコロナ感染が目立っていた。当院でも複数病棟で感染が起こり、オーバーベッドにして避難患者・利用者を受け入れようにも、休職者が減少せず困難を極めた。そこに、私の母校である自治医科大学の卒業生が設立した地域医療振興協会から、避難患者の後方支援病院である当院への看護師派遣の打診があり、2月1日～3月15日の期間に7施設から看護師10名、延べ勤務日数118日に渡る支援を受けた。また、全国社会福祉協議会からは看護師・介護士派遣の受け入れ募集があり、芳珠記念病院から避難者4名を受け入れた併設介護医療院 陽だまりが応募した。3月4日～4月26日の期間に7施設から看護師3名、介護士5名、延べ勤務日数39日の支援を頂いた。2つの支援を受け入れるために、CCGの空いていた2階を宿舎とした。その際、能登の公立病院

支援を行う母校の同窓会からの依頼で、同窓生の前泊拠点としても宿舎が活用されることとなり、2月15日～4月3日の期間に7名の卒業生が利用した。尚、全国社会福祉協議会を通じ、当協会の武久洋三名名誉会長、安藤高夫副会長、斉藤正身理事の施設から職員を派遣して頂いたことをこの場をお借りして感謝申し上げる。その他にも、リハビリテーション療法士はJRAT、看護師は県看護協会、歯科医師はJDAT等、多職種が所属団体と連携して協働した。

社会福祉法人陽翠水の被災者支援は、1月11日にCCGに能美市2次避難所(温泉宿)から2名を受け入れた。地域包括支援センターは、1月13日から始まった能美市避難者受け入れネットワーク会議に参画して、2次避難所(温泉宿)の定期みまもりを担った。老健 陽翠の里では、1月16日に輪島市老健に2名を、1月31日に穴水町老健に1名を車で迎えに行き、受け入れた。ケアマネジャーは1.5次避難所のアセスメントを、介護職は1.5次避難所(県総合スポーツセンター)や2次避難所でのケアを行った。

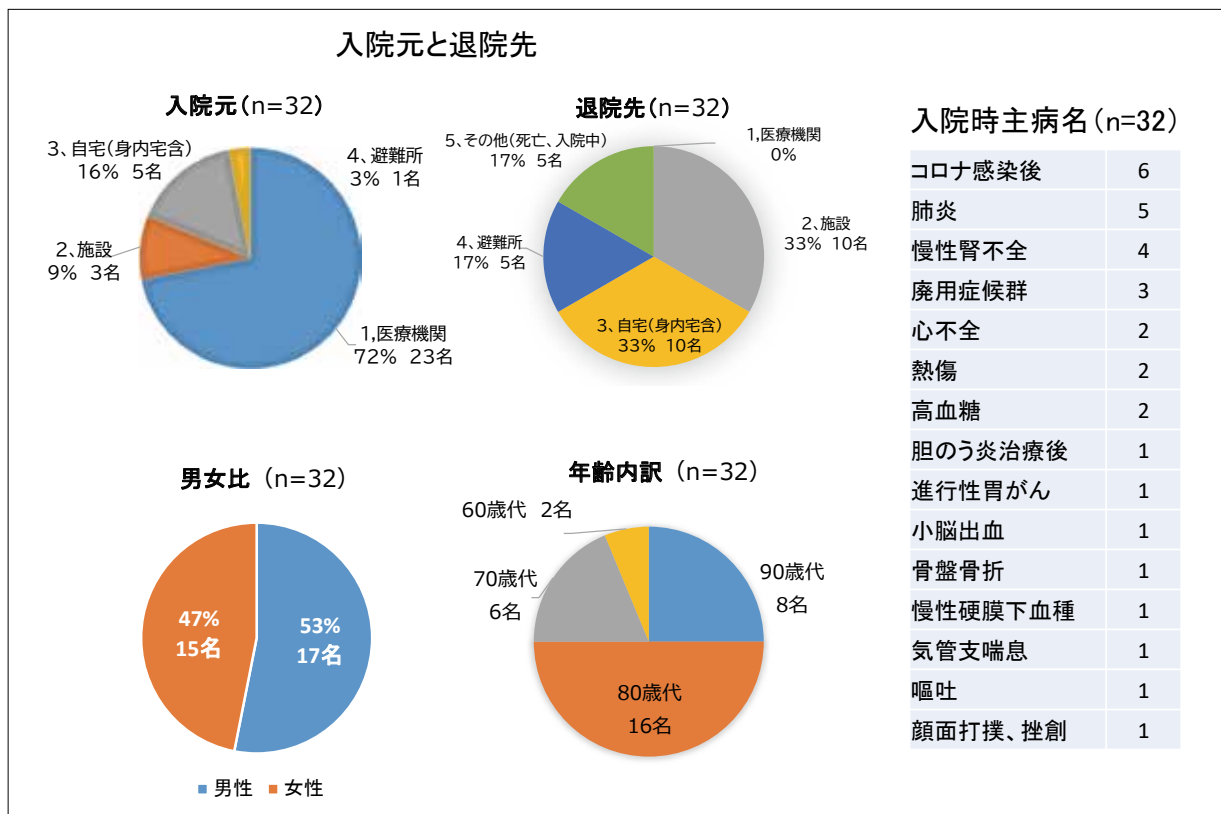


図2 病棟に受け入れた避難患者の特徴



## 2. 【第2部】能登北部への地域医療支援における石川 JMAT の活動

＜芳珠記念病院理事・石川県 JMAT 調整本部担当役員 佐久間寛＞

広域災害時における災害医療支援については、1996年の阪神淡路大震災、2011年の東日本大震災を教訓に、数多くの災害医療支援チームが組織され活動している。今回の能登半島地震でも、全国より多くの災害医療支援チームが石川県にて活動を行った。支援チームのうち、災害拠点病院より派遣される DMAT (Disaster Medical Assistance Team) は、発災直後より活動し急性期医療支援を担うことが主目的である。一方、JMAT (Japan Medical Assistance Team) は、日本医師会の指示で各都道府県医師会より派遣されるが、その主たる目的は被災地の公衆衛生の回復と地域医療の再生とされており、まさに被災地の慢性期医療の復興を担うための支援チームである。今回は、延べ 1,100 チーム、3,600 人の JMAT 隊が支援活動を行った。

さて、最近では被災した県も JMAT を結成し、自県内の支援をするという方略 (被災地 JMAT) が定着してきている。被災地 JMAT が担うのは、①発災直後で、他都道府県チームが準備し被災地に到着するまでの期間、②被災県全体の地域医療がある程度回復し、特に被害が多い地域への直接支援が可能となった段階とされている。被災地で崩壊した地域医療の長期的な復興には、その地域の状況を熟知している現地の医師会がその支援の主体となることが重要であるのは当然であろう。

能登半島地震では、被害が甚大であったのは能登北部地方であり、金沢以南 (石川県人口の 75% を占める) の被害は比較的少なく、医療へのダメージは軽度であった。そのため、発災直後も金沢以南の病院より JMAT を組織することは可能であった。発災 4 日目の 1 月 5 日には JMAT 3 隊が第 1 陣として能登北部の入口である鳳珠郡穴水町に入った。当院からも、医師 (筆者)、看護師、薬剤師、ロジスティクス担当よりなるチームを派遣した (写真 1)。震源に近い珠洲市、輪島市までは道路事情が悪いた



写真1 芳珠記念病院 JMAT 隊

め辿り着けなかった。穴水町では、町役場の被害 (建屋、職員を含め) により行政機能が著しく低下しており、また現地の診療所 (3カ所) では一般診療は不能で、公立総合病院のみが何とか機能している状態であった。そこで、先着の DMAT、県内より派遣された支援保健師チームと連携し、穴水町役場に避難所・高齢者施設等の支援を担当する「地域医療救護活動支援室」を立ち上げ、避難所 (約 60カ所、避難者約 4,000人) の巡回に着手した。これにより、現地の診療所は診療再開に向け自院の整理に専念することができた。公立総合病院において、診療所の医師、各医療支援チームを交えた合同ミーティング (写真 2) を常時開催し情報共有を行った。



写真2 穴水総合病院でのミーティング風景

1 月中頃には、県外 JMAT が順次支援に来県するようになった。またこの時期に、金沢以南に旅館・ホテル等に 2 次避難所が開設され、能登北部より多くの避難者 (最大 7,000 人) が移動してきた。これらの 2 次避難者の健康管理には、金沢以南の医療

機関の支援が必要であり、医師会からも日替わりで医師を派遣する地域 JMAT が組織され、延べ約 70 隊が活動した。これに県外 JMAT 隊も合流し、協働して医療支援を行った。この地域 JMAT 活動に注力するため、能登北部への石川 JMAT 派遣は一時中断することとなった。

能登北部への石川 JMAT 派遣が再開されたのは 2 月になってからである。金沢市医師会チーム、金沢以南の民間病院チームを中心とした石川 JMAT が組織され、地域医療の復興が遅れていた珠洲市・輪島市門前地区へ順次継続して派遣され、切れ目のない支援が続いた。当院は、3 隊（2 月 8～11 日、2 月 27 日～3 月 1 日、3 月 20～23 日）を珠洲市、輪島市に派遣した。この時期になると、避難所で生活する避難者の健康状態は概ね良好に管理されており、基幹病院の機能も回復傾向であったため、支援の主体は診療所の早期診療再開、高齢者施設、介護施設での健康管理に向けられた。診療スペースの損壊を補うための医療コンテナの手配、被災した看護

師・事務職員等の医療スタッフの不足を補うべく人材派遣などを行った。また、介護福祉施設等では褥瘡が悪化するケースが多く、このための巡回褥瘡処置支援も頻回に行った。石川 JMAT の能登北部への派遣は 3 月末までの 2 カ月に及び、延べ 37 隊が活動した（図 3）。

急性期を過ぎた被災地への医療支援の最大の目的は、災害関連死の防止であるといわれている。先の熊本地震で災害関連死が地震による死者の 4 倍発生したことが知られており、今回の震災ではこれを教訓として、慢性疾患を有する被災者のケアを多くの医療支援チームが担当した。6 月 27 日現在災害関連死の認定は 52 名 18.5% である。このことは、慢性期における医療支援活動が災害関連死の抑制に貢献した結果と考えられている。一方、災害関連死を防止するためには被災者の定期的な健康観察は不可避であるため、JMAT、日赤救護班、DHEAT などの各支援チームが独自で避難所や介護施設巡回を行ったが、施設側より訪問制限（「しばらく来ないでく

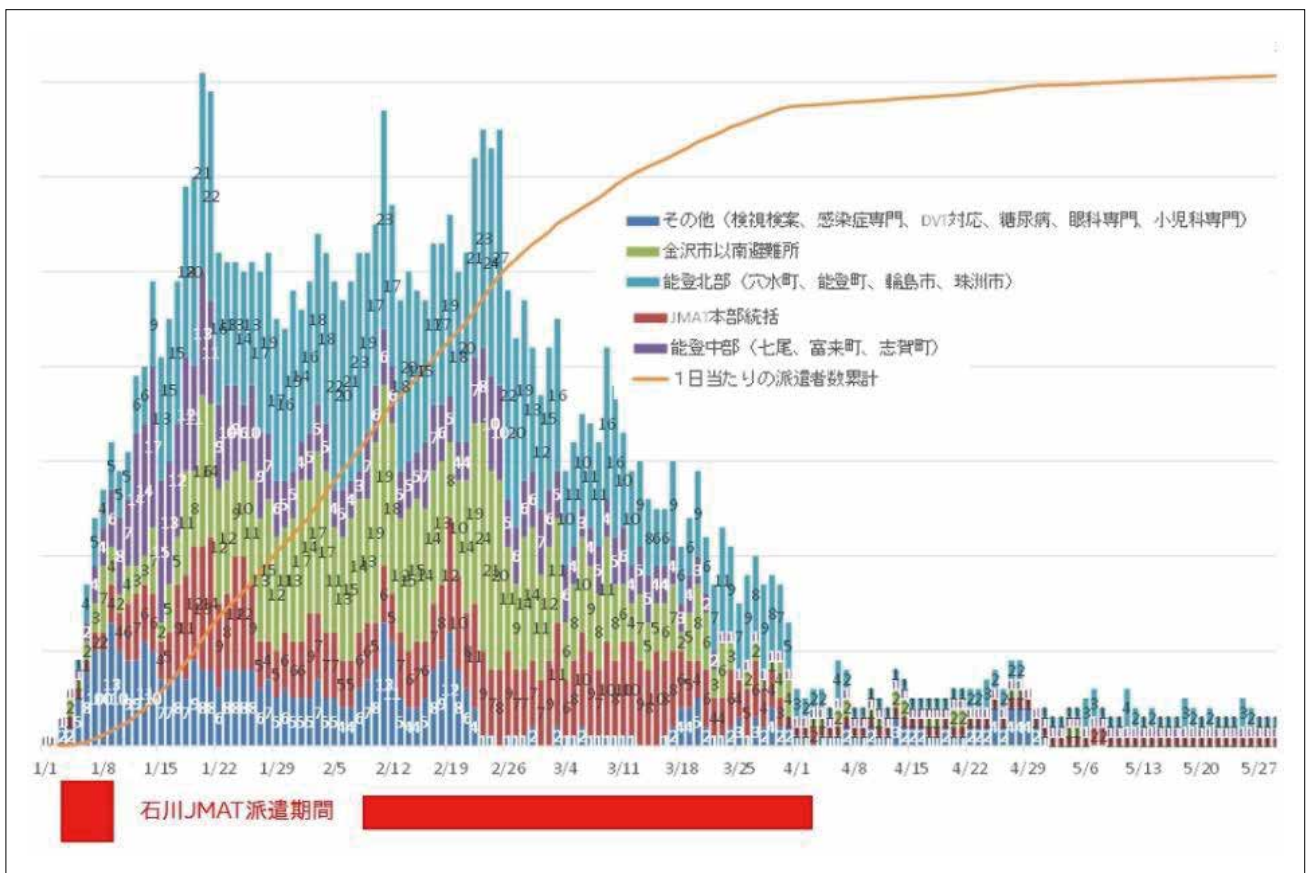


図3 JMAT 総数と石川 JMAT 派遣状況



れ」など)を求められた事例も多く発生したと聞いている。被災者にも避難施設を管理するスタッフにも、いわゆる「支援され疲れ」が起きていたのも事実であり、今後は、各支援隊が連携して情報共有を行い、被災地に負担をかけない支援体制の構築が必要であろう。

最後に、遠くは北海道、沖縄県を含め、ほとんどの都道府県からの医療支援チームがはるばる石川県まで来られ支援をいただいた。また、近隣の富山県・福井県からは非常に多くのチームを派遣いただいた。全国の各派遣団体および活動された医療支援チーム各位にはこの場をかりて厚く御礼申し上げたい。

### 3.【第3部】能登半島地震の振り返りとこれからの課題

本災害は、道路やライフラインが途絶し、孤立地域が多発し、支援者の投入や傷病者・避難者の搬送も困難を極めた。過疎地かつ高齢化率の高い地域での大地震であり、必要な支援は避難所・医療施設に留まらず介護施設にも及んだ。自分の代で家をしまわう覚悟のため、耐震化補助金利用が進まなかったことも、被害を大きくする要因の1つとなった。

能登北部では高齢者救急を主とする医療機関がほとんどである。そのため、発災まもなく要介護高齢者や重症疾患を抱える高齢者を金沢以南に緊急搬送したことにより、受診患者が激減する事態となった。地域コミュニティは一時的に崩壊し、医療・介護がなければまちづくりはできないが、人がいなければ医療・介護もいらないという状況が作り出されてしまった。一方、受け入れた金沢以南の医療機関では、本来在宅や施設でみられる患者が入院し続け、後方を担う介護施設も満床となって退院先が制限されたため、地域内救急搬送の受け入れを逼迫させていた。現在、高齢患者や要介護者、地域住民が少し

ずつ能登に戻り始めたことは良い兆しである。様々な困難が発生したが、県内外の医療・介護・福祉が総出で自分達のできることを実践し、苦労を分かち合い、災害支援・復旧を行ったことは大きな成果と考える。

一方、政府や各省庁は様々な予算を付けて復興支援を行っている。6月17日現在の被災地の状況について、国道や県道は概ね年内に復旧するとされる。仮設住宅は、8月中旬に希望者全員が入居できるよう目指している。5月中旬に上水道本管の復旧は終了したが、宅内配管工事が設備業者の不足により進まず、県は補助金を出して市外からの業者とのマッチングを図っている。

また、本地震ではいくつかのDXが実装された。いしかわ診療情報共有ネットワークでは、医療機関のID番号さえわかれば、ID-LINKのEMS機能を活用して患者の診療情報を閲覧できた。オンライン資格確認のアクティブ化により、保険証やマイナカードがなくても処方箋を確認できた。被災者に交通系ICカードのSuica 1.2万枚を配布し、氏名や住所を登録して、読み取り端末にかざして避難所の利用状況を把握した。デジタル庁は今後マイナカードにこの機能を持たし、避難所で活用する計画を立てている。

能登地方における災害ボランティアの活動実績は11.7万人に、義援金は705億円に上った。これからの能登復興支援は、私達一人ひとりができることを地道に続けることが大切である。国や県が実施する支援には、地域住民のありたい姿を共有できるような政策が用意されることを期待する。ほうじゅグループとしては、日本慢性期医療協会の皆様をはじめ多くの方々から人的支援を頂いたこと、たくさんの安心を職員に与えて頂いたことに深く感謝したい。今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。



## 富山のちから

富山県慢性期医療協会 会長 大西仙泰

富山県慢性医療協会は平成15年8月に初代会長秋山眞氏のもと立ち上げた。

当初は病院以外にクリニックの会員も含めてのスタートであった。協会の目玉として、全ての病院やクリニックから職員が参加して協会を運営すべく、核となる職種といえる看護師らによって看護部会を立ち上げた。

これは富山県介護老人保健施設協会が運営している部会を参考にしたものである。老人保健施設には看護、介護、リハビリテーション、管理栄養士、支援相談員、などの職種が在籍しているが、当協会としては全ての病院やクリニックに共通している看護師の部会を立ちあげた。

現在の会員数は37である。看護部会は富山県の中央部に位置する呉羽丘陵地帯を境に、呉東と呉西に大きく二分し、さらにそれぞれ3ブロック、2ブロックで活動しやすくしている。看護部会は年間を通して総会、役員会、ブロック部会、研修会を行い相互のコミュニケーションと情報共有、各病院の看護の質の向上を行っている。活動は今年で20年を迎える。

この活動の成功・成果もあり、3年前にはリハビリテーション部会、2年前には管理栄養士部会を立ち上げた。徐々にそれぞれの活動が活発になり、情報の共有化や合同研修も行われ、看護部会と足並みが揃い相乗効果が如実に表れている。

令和2年には新型コロナウイルス感染が発生した。

新型コロナウイルス感染の病原性も明らかではなく、当初



写真2 看護部会研修で講演する言語聴覚士



写真3 リハビリ部会の研修会

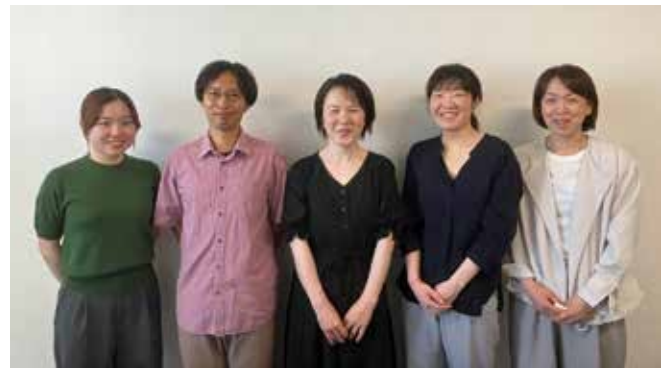


写真4 栄養士部会を支える管理栄養士の皆さん



写真1 講演中の大西会長

は急性期病院からの患者の受け入れが消極的な状況も有ったが、当協会は看護部会を通じ、受け入れ現場の核となる看護師の正確な共通理解のもと、積極的に受け入れる病院が徐々に増え、地域医療の混乱



はにわかには減少したように思う。

今年1月の能登半島地震の直後、看護部会を通じて全ての会員病院の、被災情報を集約し状況を共有した。

被災状況はさまざまであったが、ヒトやモノの積極的な支援はなかなか出来ないものの、共通の認識を持つことで更なる連帯感が得られた。

当時は早期に、石川県から富山県へ被災者の多くが自衛隊や協力機関により公的病院に搬送された。この後、公的病院から医療の必要な被災者を、会員病院が積極的に受け入れたことは、法人トップの理解と采配もさることながら、各病院の看護師の理解なくては成し得なかったことである。

公的病院からの転院のみならず、被災地から多くの被災者を直接受け入れる病院もあった。当時は輸送手段、掛かる費用の負担、保険診療の請求、キーパーソンの不在など多くの問題があったが、それでも全ての会員病院が積極的に高齢の被災者を受け入れてくれた。

残念ながら2月に開催を予定していた、ほうじゅグループの仲井培雄氏の記念講演は中止になったが、5月18日には被災した金沢医科大学氷見市民病院の、看護部長の向千春氏の講演『能登半島地震から看護管理者の役割を考える』を、看護部会にて開催した。この講演で当時の被害状況と震災対応を聴き、これから起こり得る不測の事態への対応のあり方を再認識出来た。

震災はいつ何処で発生するかは分からない。富山県に多くの療養病床があることは、たとえば富山県において震災が発生したとき、高齢の被災者の対応力に期待ができ、このことは当協会が築いてきた財産である。

富山市は富山市行政と富山市医師会が共同して富山市医師会急患センターを立ち上げており、夜間や休日の一次救急を担っている。同じく救急患者は急性期病院が輪番で二次救急を担っており、時間外の患者のたらい回しは基本的でない。富山市以外も同様のシステムで運用されている。

当協会会員病院は急性期医療からの受け入れ、高齢者施設や在宅高齢者の受け入れを積極的に行っている。

そして適切な医療の提供、在宅復帰も含めたりハビリテーション、栄養管理指導などを行っている。今後も各部会の活動を活かして、会員病院の職員レベルの連携を密に行うことで、会員病院による「富山県で暮らす高齢者へのサポート力の向上」を成し遂げていけると思う。



写真5 特別講師の向井氏



写真6 看護部総会にて



写真7 3部会の主要メンバー





## 令和6年能登半島地震災害における医療救護活動を、 慢性期医療・介護の視点を中心に検討する

医療法人社団永生会<sup>1)</sup>・南多摩病院<sup>2)</sup>

医師 益子邦洋<sup>1) 2)</sup>，安藤高夫<sup>1)</sup>，光永敏哉<sup>1) 2)</sup>，関裕<sup>1) 2)</sup>，飯田達能<sup>1)</sup>

臨床検査技師 森宏<sup>1) 2)</sup> 看護師 安藝佐香江<sup>1)</sup>，切手純代<sup>1) 2)</sup>

事務職 木下力<sup>1) 2)</sup>，大石慶<sup>1) 2)</sup> 救急救命士 金子翔太郎<sup>1) 2)</sup>

### 1. 和文抄録

令和6年能登半島地震災害に際し、永生会（東京都八王子市）ではAMAT隊、JMAT隊、JRAT隊、災害支援ナース、空飛ぶ捜索医療団“ARROWS”、介護福祉士等、合計34名の職員を被災地等に派遣したので、我が国における災害医療の課題と解決策を、慢性期医療・介護の視点を中心に検討した。被災地が過疎地で、集落を繋ぐ道路が寸断し、携帯電波不感地域が多かった事もあり、情報収集・状況把握に難渋し、医療救護活動を困難にした。多くの支援チームは自律的に活動したが、多くの組織を統括し、司令塔となる組織が存在しなかった。将来の大規模災害に備えるため、国はあらゆる災害に対応するオールハザード型の司令塔を設置し、指揮・命令系統を確立する必要がある。災害対応は全ての医療従事者に必須の素養であり、自施設BCPの中に具体的な受援計画を盛り込んでおく必要がある。被災地内の慢性期病院や介護施設で人材が不足した時、日本慢性期医療協会が主体的に支援する仕組み作りが望まれる。

### 2. Key words

- ・慢性期病院の災害医療支援
- ・事業継続計画（BCP）
- ・受援計画
- ・オールハザード型司令塔
- ・指揮，命令系統

### 3. はじめに

医療法人社団永生会は、永生病院（急性期一般病床、回復期病床、医療療養病床、地域包括ケア病床、

精神科病床など：548床）、みなみ野病院（回復期病床、医療療養病床、緩和ケア病床：205床）、南多摩病院（二次救急病院：170床）の他、4クリニック、3老健施設、2グループホーム、5訪問看護ステーション等を運営する医療法人であり、南多摩病院は東京都感染症診療協力医療機関及び東京都新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）入院重点医療機関の指定を受けている。

永生会では、発災直後の1月2日に南多摩病院AMATチーム（全日本病院医療支援班）が出動したのを皮切りに、多くの職員がさまざまな形で被災地支援活動に従事した。そこで今回の活動を振り返り、我が国における災害医療の課題と解決策について、慢性期医療・介護の視点を中心に検討する。

### 4. 令和6年能登半島地震災害における永生会の医療・介護支援活動

永生会では、発災直後の1月2日より6月25日まで、医師、看護師、救急救命士、言語聴覚士、理学療法士、臨床工学技士、臨床検査技師、介護職、等、合計34名のスタッフを断続的に現地に派遣して医療介護支援活動を行った（表1）。左側の表は南多摩病院の派遣実績、右の表は永生病院ほかの派遣実績であり、具体的な活動を以下に記す。

#### （1）急性期医療支援活動

南多摩病院では、1月1日の発災直後に安藤理事長から指示を受け、直ちにAMAT隊の出動準備を開始した。

1月2日12時に全日本病院協会災害対策本部から出動要請が発出されたのを受け、同日夕方には

## 令和6年能登半島地震災害における永生会の対応

### 派遣職種

医師、看護師、救急救命士、言語聴覚士、理学療法士、臨床工学技士、臨床検査技師、介護職、等（合計34名）

南多摩病院		永生病院ほか	
1月2日～5日	AMAT*1第1次派遣隊	1月16日～3月24日	JRAT（JRAT本部）
1月5日～8日	AMAT第2次派遣隊	1月21日～25日	東京都看護協会派遣隊
1月12日～17日	JRAT*2派遣隊	1月22日～29日	空飛ぶ捜索医療団“ARROWS”
2月14日～17日	東京JMAT*3第3次派遣隊	2月27日～3月1日	日本GH*4協会派遣（介護職2名）
*1 AMAT（全日本病院医療支援班） *2 JRAT（災害リハビリテーション支援チーム） *3 JMAT（日本医師会医療支援班） *4 GH（グループホーム）		3月14日～17日	東京JMAT第5次派遣隊
		4月8日～6月25日	日本慢性期医療協会看護師派遣

表1

AMAT 第1次隊として4名（医師，看護師，救急救命士2名）が八王子市から被災地に向けて出動した。第1次隊は富山西総合病院，富山県庁，石川県庁で被災状況の確認と医療ニーズの把握を行い，その後，能登総合病院を経由して市立輪島病院に向かい，現地 AMAT 本部を立ち上げ，病院の外来診療支援を行った<sup>1)</sup>。

AMAT 第2次隊の4名（医師，看護師，救急救命士2名）は1月5日に病院を出発して現地に向かい，途中，第1次隊との業務引継ぎを行い，その後，市立輪島病院においてDMAT 会議，AMAT 会議に参

加し，救急・発熱外来診療支援や入院患者管理，病棟看護支援を行い，1月8日まで活動した。

1月のAMAT 隊2チームの活動に引き続き，日本医師会災害医療チーム（JMAT）として，4名（医師，看護師，救急救命士，臨床検査技師）が2月14日から17日まで，能登半島北部地域において，主として急性期病院の医療活動を支援した。

また，安藤理事長が被災地を視察してJMAT 隊員を激励したのち，恵寿総合病院でヒアリング調査を行った（図1）。その結果，発災直後の迅速な対応，指揮命令・情報共有戦略，BCP から BCM への



図1

転換、バックアップ体制、被災地災害拠点病院の役割等について多くの貴重な知見を得た<sup>2)</sup>。特に、指揮命令・情報共有戦略については、マイクロソフトの「Teams」を活用して部門別の指揮者に情報を集中させて本部へ報告させ、その情報を基にタイムリーな指示を職員に周知徹底することの絶大な効果に目を見張った。更に、耐震構造の建物では医療活動が継続できなかったが、免震構造の建物では地震発生直後から病院機能の維持が可能であったことから、免震構造の重要性を改めて確認した<sup>3)</sup>。

## (2) 回復期・慢性期医療支援活動

永生病院から派遣されたJMAT隊の4名(医師, 看護師2名, 臨床検査技師)は、石川県輪島市の能登北部調整支部におけるロジスティクス活動に従事した。

また、東京都看護協会から災害支援ナースとして派遣された永生病院の看護師は、石川県珠洲市の正院小学校避難所において、避難所本部や他医療チームと連携して避難者の健康管理や衛生管理を担ったほか、日本慢性期医療協会からの要請に応じ、4月8日から6月25日まで、永生病院の看護師を断続的に派遣した。

一方、NPO法人ピースウィンズ・ジャパンの空飛ぶ捜索医療団“ARROWS”に参加した臨床検査技師は、石川県珠洲市周辺の避難所を巡回して被災者の医療・介護ニーズを調査すると共に、避難所の食事管理やペット同行避難所の設営に従事した。

## (3) リハビリテーション支援活動

永生病院からJRAT隊員として派遣された4名(理学療法士2名, 作業療法士, 言語聴覚士)は、東京都千代田区のJRAT中央対策本部において、本部ロジスティクス活動に従事した。

また、災害リハビリテーション支援チーム(JRAT)の一員として、言語聴覚士が1月12日から17日まで被災地に赴き、金沢JRAT活動本部ロジ活動、穴水地域の巡回・支援、志賀町避難所の巡回を行い、弾性ストックング配布、静脈血栓症の予防運動指導、避難所アセスメント、体操指導、誤嚥予防の指導などを行った。

## (4) 介護支援活動

八王子市のグループホーム寿限無から石川県羽咋市(はくいし)に派遣された2名の介護福祉士は、グループホーム施設利用者における生活全般の支援と介助ならびに訪問理美容支援を行った。

## 5. 永生会における災害医療支援活動の歴史

永生会における災害医療支援の取り組みは1995年1月の阪神・淡路大震災に遡る。この時は、特定非営利活動法人アムダ(AMDA: Association of Medical Doctors of Asia)のメンバーとして、神戸市長田区の避難所に、医師・看護師2名を2週間派遣した。

その後、2004年10月の新潟県中越地震災害、2007年7月の新潟県中越沖地震災害、2011年3月の東日本大震災、2016年4月の熊本地震災害、2018年7月の西日本豪雨災害、2019年9月の台風15号災害、同年10月の台風19号災害、そして今回の能登半島地震災害に至るまで、約30年間に145名の職員を被災地に派遣してきた。

即ち、災害医療支援は、30年の長きに渡って連続と受け継がれてきた永生会のDNAなのである(表2)。

## 6. 考察

### (1) 支援活動を通じて明らかになった課題

#### ①被災地が広域かつ医療過疎地域であったこと

今回の能登半島地震被災地は、広域かつ過疎地であり、様々な家屋や医療機関はまばらに点在しているほか、集落を繋ぐ数少ない道路は土砂崩れのために何か所も寸断していた。また、電波不感地帯があって携帯電話の使用制限地域が数多く存在していた事もあって、情報収集は困難を極め、状況把握には多くの時間を要した。

また、広域かつ多数の道路損壊により物流が大幅に停滞し、今後発生が危惧される過疎地や人口減少地域での災害時緊急対応に関して、大きな問題提起となった。



### 永生会における災害医療支援活動の歴史

✓1995年 1月	阪神・淡路大震災	(神戸市)	2名派遣
✓2004年10月	新潟県中越地震災害	(長岡市ほか)	7名派遣
✓2007年 7月	新潟県中越沖地震災害	(長岡市ほか)	8名派遣
✓2011年 3月	東日本大震災	(気仙沼市ほか)	49名派遣
✓2016年 4月	熊本地震災害	(熊本市)	26名派遣
✓2018年 7月	西日本豪雨災害	(倉敷市)	8名派遣
✓2019年 9月	台風15号災害	(富里市ほか)	8名派遣
✓2019年10月	台風19号災害	(世田谷区)	3名派遣
✓2024年 1月	能登半島地震災害	(輪島市ほか)	34名派遣

表2

#### ②全体を統括する指揮命令系統の不在

災害初動期においては、DMAT、AMAT、自衛隊、警察、消防、日赤医療救護チームなどが、被災地内で自律的に活動を展開して、救助・救急ならびに被災者支援を実施していた。

しかしながら、これらの組織を統括し、有機的に活用する司令塔の役割を果たすべき組織が存在せず、DMAT、AMAT、JMAT、DPAT、DHEATがバラバラに活動しているように見受けられた。即ち、国がしっかり責任を持つべき、全体最適化を目指す司令塔の設置が今後の課題である。

発災直後の災害対策本部では、行政との調整を含めたマネジメントを適切に行うことが出来るロジスティクスが不足しており、石川県庁内の災害対策本部と被災地内の現地対策本部との間で、ニーズの把握や情報共有がなされず、医療支援の指示が徹底しなかったため、現場で活動するスタッフは困惑し、精神的に疲弊した。

また、「何とか被災地のお役に立ちたい！」と意気込んで現地に入ったものの、「よそ者に来てほしくない。」という独特の閉鎖的文化に行く手を阻まれ、円滑な医療救護活動を行うことが出来なかったと悔やむスタッフもいた。

#### ③本部ロジスティクスの課題

前述した理由により、被災地の情報収集が滞った

上、県庁の災害対策本部で被災地の医療・介護ニーズの把握に難渋し、現地で活動するチームの動きを俯瞰的に把握できなかったため、本部ロジスティクス活動はどうしても場当たりのとなり、統一性に欠けていた。

また、マニュアルが多すぎて整理されていない上、本部ロジスティクス要員の中には、PCの操作に不慣れな者もいて、円滑なロジスティクス活動に支障をきたした。

#### ④派遣側と現地における医療・介護ニーズの不一致

発災後1か月半を経過した頃から入院患者数は減少し、一方、被災地の診療所機能は着実に再開しつつあり、現地では、次々とメンバーが交代する支援隊はもう必要ないとの声も聞かれた。

1.5次および2次避難所から戻ってくる被災者への医療支援や災害関連死を防ぐための医療介入ニーズも存在すると考えられたが、これら医療ニーズの把握は必ずしも十分でなかった。

マンパワー不足の問題（特に看護師や介護士）は特に深刻であり、住居が確保できない、生活再建がままならないといった理由で病院や診療所、或いは介護施設を離職するスタッフが数多かった。

#### ⑤避難所の課題

能登半島地震被災地内の避難所は石川県内で547箇所あり<sup>4)</sup>、当法人の医療救護チームが支援したの

はその一部に過ぎなかったことから、当施設スタッフの報告から被災地の全体像を断定することは出来ない。しかしながら、1995年の阪神淡路大震災当時と比べて、避難所の環境が大幅に改善したと言いが難い。

山間僻地で起きた地震災害のため、行政の災害対応要員は不足し、避難所の設置は遅々として進まなかった。そのため、発災直後は倒壊家屋の住民の一部が病院に殺到し、病院は一次避難所として機能せざるを得なかった。行政の支援で仮設トイレが院内に持ち込まれたものの、水が出なければ機能しないタイプであったため、時間を置かず、次々と使用不能に陥った。

病院内は患者と避難者が混在して診療に支障をきたしたため、DMATやAMAT隊員はゾーニングを指導して診療環境を整備するのが最初の重要な業務であった。

町内会レベルで自律的に立ち上げられた数多くの一次避難所は徐々に集約化され、物資や人員の支援が徐々に行き届くようになったが、それまでには多くの時間を要した。

避難者の身体・精神状態については、多人数の避難所生活に伴う活動性の低下や運動不足、自宅の倒壊や家族・知人の死亡などを受けて、ストレスが蓄積している被災者が増加傾向にあり、雪や気温低下による低体温や、車中泊に伴う下肢静脈血栓症の発生が危惧された。

身体機能低下に伴う被災地転倒者が増大し、リハビリテーションニーズは急速に増大したが、これに適切に対応するためのリハビリスタッフ増員が円滑に遂行できなかった。

また、ペット同行避難者においては、糞尿処理、獣毛や運動不足等への対応が課題であった。

#### ⑥支援を受ける被災地内医療・介護施設の課題

被災地内医療・介護施設では、発災直後から発生する臨時業務により、通常以上の操業が要求される<sup>5)</sup>。各々の施設では、予め策定したBCPに従って、リスクを分析し、緊急対応の戦略を策定し、具体的な行動に移る訳であるが、DMAT、AMATなどの医療

チーム受入れに関しては、DMAT等の医療チーム用本部の設置場所として、「○○○会議室」を提供する、とか、医療チーム用の待機・休憩場所として、「○○○室」を提供するといった程度の準備しかしていないのが実情である。

当法人の医療支援チームも、現地入りして直ちに病院のER業務支援活動を開始したが、IDとパスワードが必須の使用環境のため、電子カルテ入力が出来ず、結果として、被災医療機関常勤医師の業務負担を十分軽減できなかった。また、薬剤や医療器具の一覧表が無かったため、その都度、スタッフに確認せざるを得なかった。

#### ⑦派遣元施設の課題

救命救急センターを併設している災害拠点病院では、数多い救急医・看護師の中から被災地へ派遣する医師、看護師等を指名するのは難しい事ではない。一方、当法人が所有する二次救急病院やケアミックス病院では、多くのスタッフに外来診療や病棟管理、更には手術の予定などが入っているため、人選は決して容易ではない。医師・看護師・救急救命士が突如被災地へ派遣されるとなれば、彼らが担当すべき日常業務を誰かが肩代わりする必要があるからである。これは全国の慢性期医療施設・介護施設に共通する課題であろう。

#### (2) 課題解決策の検討

今回の地震災害対応を振り返ったとき、首都圏直下型地震や南海トラフ地震など、より大きな震災に備えるためには、最終的な責任と意思決定を行う組織を統一し、情報共有を図り、相互が有機的に連携できる体制を作ることが喫緊の課題である。ニューレジリエンスフォーラムが令和6年5月30日の「国民の命と生活を守る武道館1万人大会」において「国はあらゆる災害に対応するオールハザード型の司令塔を設置し、国・地方の指揮系統を確立すること」と提唱した事の意味はまさにここにある<sup>6) 7)</sup>。

先遣隊ならびに現場派遣隊、現地調整支部、都道府県庁内災害対策本部における情報共有と指揮統制の見える化は極めて重要であり、得られた情報を

ICT等の活用により関係者が共有し、チャット機能等を活用してリアルタイムに意見交換され、情報が更新される必要がある。

災害対策本部機能を適切に発揮するため、出務するスタッフは、DMAT, DPAT, DHEAT, JMAT,

AMAT, JRAT, JHAT, DICT, JDA-DATなどのチーム構成(表3)や具体的な活動内容について予め熟知しておくと共に、必要なパソコン技術についても習得しておかねばならない<sup>8)</sup>。

大規模災害対応は、急性期、慢性期を問わず、全

### 災害支援チームの名称

・ (厚生労働省) 災害派遣医療チーム	DMAT (Disaster Medical Assistance Team)
・ (厚生労働省) 災害派遣精神医療チーム	DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)
・ (厚生労働省) 災害時健康危機管理支援チーム	DHEAT (Disaster Health Emergency Assistance Team)
・ (日本赤十字社) 日本赤十字社医療救護班	
・ (日本医師会) 日本医師会災害医療チーム	JMAT (Japan Medical Association Team)
・ (独立行政法人国立病院機構) NHO 救護班	
・ (放射線医学総合研究所) 緊急被ばく医療支援チーム	REMAT (Radiation Emergency Medical Assistance Team)
・ (独立行政法人地域医療機能推進機構) JCHO 救護班	
・ (全国知事会) 全国知事会救護班	
・ (全日本病院協会) 全日本病院医療支援班	AMAT(All Japan Hospital Medical Assistance Team)
・ (国立大学附属病院) 国立大学附属病院救護班	
・ (済生会) 済生会救護班	
・ (日本歯科医師会) 日本災害歯科支援チーム	JDAT (Japan Dental Alliance Team)
・ (日本看護協会) 災害支援ナース	
・ (日本薬剤師会) モバイルファーマーシー等	
・ (日本災害医学会) 災害ロジスティクスチーム	
・ (日本透析医会等) 日本災害時透析医療協働支援チーム	JHAT (Japan Hemodialysis Assistance Team in disaster)
・ (日本環境感染学会) 災害時感染制御支援チーム	DICT (Disaster Infection Control Team)
・ (日本災害リハビリテーション支援協会)	JRAT (Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team)
・ (日本栄養士会) 日本栄養士会災害支援チーム	JDA-DAT (The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)
・ (日本DMORT) 災害死亡者家族支援チーム	DMORT (Disaster Mortuary Operational Response Team)

表3



での医療従事者が身につけておくべき危機管理の一環であり、慢性期病院のスタッフも最低限の災害医療に関する知見を蓄えておく必要がある。発災直後の急性期ではDMAT、AMAT、自衛隊、警察、消防などの活動が主体となるが、亜急性期以降のフェーズにおいては、災害関連死の予防と早期診断・治療が重要であり、メンタルケア対応を含め、慢性期病院の果たす役割は大きい<sup>9)</sup>。また、世界保健機関(WHO)の取り組みでは、リハビリテーションが災害現場における医療対応と、患者中心のケアにおいて、不可欠な要素であると指摘されている<sup>10)</sup>。災害対策本部に慢性期病院所属のロジスティクスが加わり、慢性期病院や介護・福祉施設の支援ニーズについて情報収集し、支援チーム派遣の計画立案を行うと共に、行政との調整を含めたマネジメントを行うことは、復興に向けての第一歩と位置付けることが出来よう。

山間僻地における災害に際しては、電波不感地帯における衛星電話の活用も必須であり、支援に赴くチームは衛星電話を含めた複数の通信回路を確保しておかなければならない。

地震多発国日本にあっては、全ての医療機関はいつ被災地内医療機関となるかもわからないことを自覚すべきであり、その際、他の地域から派遣された支援チームが病院内で円滑な活動を行えるよう、自施設BCPの中に受援計画を盛り込んでおく必要がある<sup>8)</sup>。即ち、支援を依頼すべき業務内容の整理と受援担当者(窓口)の選定、災害対策本部内に「受援統括者」の設置、「受援統括者」の役割明確化、受援の際に配慮すべき便宜内容、などを具体的に記載しておくことが大切である。その他、常勤医療従事者以外の電子カルテ入力制限を解除することによって、常勤医師・看護師等の業務負担を軽減することも有用な事前準備である。院内災害対応システムの構築や災害対策マニュアルの整備が重要であることは論を俟たないが、病院組織の結束力の醸成こそが未経験の事態におけるレジリエンスの源泉であり、危機管理対策の根底になければならない<sup>11)</sup>。

改正医療法の施行に伴い、災害支援ナース<sup>12)</sup>は2024年4月から「災害・感染症医療業務従事者」

としての登録ならびに派遣が始まった。災害発生時に都道府県と協定を結んだ医療機関等の災害支援ナースが公的費用で派遣されることになったのは大きな一歩と言って良い。

看護師や介護士等のマンパワー確保策について検討する際、被災地側にあっては、スタッフのメンタルヘルスマネジメント<sup>13)</sup>、離職防止のための施策(災害時一時離職支援金、避難者の在籍出向など)と共に、生活再建策(住居の確保、インフラの復旧、交通手段の確保、商店等の営業再開)などが重要となる。一方、派遣元側にあっては、通常医療と平行して派遣を続けるための計画(BCP)を、平常時より構築しておく必要がある。

災害初動期においては、現地の被災状況や医療・介護ニーズが明らかでないため、どうしても支援はプッシュ型にならざるを得ないが、亜急性期のフェーズに入ってからでは、地域の文化や慣習に寄り添った、息の長い支援を心掛ける必要がある<sup>14)</sup>。大規模災害の被災地域で慢性期病院や介護施設の人材が必要になった時、日本慢性期医療協会として、これを組織的に支援する事が出来れば素晴らしい社会貢献であり、そのための仕組み作りが、今、求められている。

## 7. 結語

今回の能登半島地震災害に際しては、多くの医療・介護支援チームが自律的な活動を展開したが、これらの組織を統括し、司令塔の役割を果たすべき組織は存在しなかった。今後、発生が危惧される首都圏直下型地震や南海トラフ地震に備えるためには、国はあらゆる災害に対応するオールハザード型の司令塔を設置し、国・地方の指揮系統を確立する必要がある。

災害対応は全ての医療従事者が身に付けるべき基本的素養であり、自施設BCPの中に具体的な受援計画を盛り込んでおくことは重要である。

被災地域において、慢性期病院や介護施設の人材が必要になった時、日本慢性期医療協会が主体的に支援する仕組み作りが望まれる。

【文献】

- 1) AMAT第1次先遣隊の医師, 4泊5日の経験語る. 医療維新, 2024年1月10日, <https://www.m3.com/news/iryoishin/1186185>
- 2) 安藤たかお 公式webサイト:2024年2月15日, <https://andotakao.jp/>
- 3) 「発災直後でも医療を止めない」震度6強に耐えた免震病院, 日経アーキテクチュア, No.11257:54-57, 2024.2.8.
- 4) 石川県防災ポータル, <https://pref-ishikawa.my.salesforce-sites.com/>
- 5) 東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課:大規模災害発生時における医療機関の事業継続計画(BCP)策定ガイドライン, 2012.
- 6) ニューレジリエンスフォーラム:国民の命と生活を守る武道館1万人大会決議, 令和6年5月30日
- 7) 松本吉郎:「オールハザード型」の司令塔を, ニューレジリエンスフォーラム1万人大会, 2024年5月30日, <https://www.cbnews.jp/news/entry/20240530182704>
- 8) 本間正人:医療機関のための災害時受援計画作成の手引き, 一般病院等へのBCP策定に関する研究報告書, 平成31年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「国土強靱化計画をふまえ, 地域の実情に応じた災害医療提供体制に関する研究」, 2020.
- 9) 村井映:平成28年熊本地震の経験と教訓, 日本慢性期医療協会雑誌, 107号:46-52, 2016.10.
- 10) Bhasker Amatya, Mary Galea, Jianan Li, et al: Medical rehabilitation in disaster relief: Towards a new perspective, J Rehabil Med 2017; 620-628.
- 11) 西川朋希:レジリエンスの源泉, 日本慢性期医療協会雑誌, 107号:53-58, 2016.10.
- 12) 内山綾子:令和6年能登半島地震への対応, 看護, 76(5):14-16, 2024.
- 13) Hiroyuki Nukui, Sanae Midorikawa, Michio Murakami, et al: Mental health of nurses after the Fukushima complex disaster: a narrative review, J Radiation Research, 59, No. S2, 108-113, 2018.
- 14) 木戸保秀:激甚災害と慢性期医療, 日本慢性期医療協会雑誌, 122号:27-31, 2019.4.



# 日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）と 災害関連死ゼロを目指した医療支援活動 ～能登半島地震災害から見えてきた課題～

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

栗原正紀

## 1. はじめに

2024年1月1日16時10分、能登半島地下16kmでマグニチュード7.6（最大震度7）の地震が発生し（令和6年能登半島地震）、石川県では災害関連死15人を含め、死者245人（4月9日現在）という甚大な被害が発生した。

本災害の特徴は、①高齢化率が非常に高い能登半島のほぼ全域が被災したこと（65歳以上人口が45%を超える市町が存在：「2市：珠洲市52.7%、輪島市47.6%、3町：能登町52.0%、志賀町46.5%、穴水町49.9%」）、また②地震による多くの家屋の倒壊のみならず、津波や火災が被害を大きくしたこと、③交通網が寸断（道路のみならず、港湾も含め）され、迅速な支援が困難であったこと（積雪による通行止めも加わった）、④ライフラインの損壊（停電・断水など）が過酷な避難生活をもたらした、復興の大きな妨げとなっていることなどが挙げられる。これらの様相は今までに経験した阪神・淡路大震災、東日本大震災そして熊本地震災害とも異なった、典型的な“半島型地震災害”といえる。

本稿では日本災害リハビリテーション支援協会の紹介と共に、令和6年能登半島地震災害に対する支援活動による学び・今後の課題について触れることにする。

## 2. 日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT: Japan disaster Rehabilitation Assistance Team）紹介

< JRAT 概要<sup>1)</sup> >

### (1) 設立経緯

JRATは東日本大震災（2011年3月11日）時に組織化された“東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体”による支援活動の経験を基に、2013年に13の関連団体によって“大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会”を結成し、「災害リハビリテーション」の概念を整理（注1）。その後の熊本地震災害等に対する支援活動を経て、2020年4月に一般社団法人化により、“日本災害リハビリテーション支援協会”（注2）と名称変更した。

被災者・要配慮者などの生活不活発病や災害関連死等を防ぐためにリハビリテーション医学・医療の視点から関連専門職が組織的に支援を展開することで、被災者・要配慮者などの早期自立生活の再建、復興に資する活動の全てをいう。（2013年JRAT定義）

### 注1 災害リハビリテーションとは

当法人は、平時から加盟団体が相互に連携し、各地域において地域住民とともに災害に立ち向かう仕組みづくりに寄与すると同時に、発災時には災害リハビリテーション支援チームを発足させ、被災者・要配慮者の生活不活性発病や災害関連死等の予防に関する適切な対応を可能とすることで被災者が早期に災害を乗り越え、自立生活を再建、復興できることを目指し、活動することを目的とする。

### 注2 JRAT 定款 第3条 目的



## (2) 組織化推進

全国 47 都道府県に支部的組織を設立（総称“地域 JRAT”（注 3））。人材育成のための研修会などを開催したり、支援チームの編成・組織化そして地域防災組織を含めた他支援団体（DMAT, JMAT, DHEAT, DWAT など）との連携強化や地域住民に対する啓発活動等を行っている。また各都道府県行政との協定締結を積極的に推進しているが、令和 6 年 5 月 9 日現在で、未だ 12 県に留まっているのが現状である（図 1）。

地域 JRAT は都道府県単位で組織化されたもので、その都道府県を代表して、平時には災害リハビリテーションチームの育成、関係各機関・団体との連携強化および地域住民への教育・啓発など、防災・減災活動を実施するとともに発災時には組織的かつ直接的支援を行う核となる。

### 注 3 地域 JRAT とは

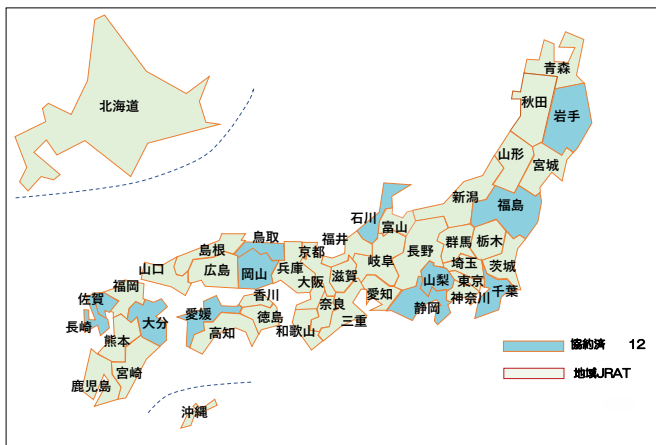


図 1 協定締結状況（令和 6 年 5 月 9 日現在）

## (3) 災害支援活動<sup>2)</sup>

発災後、速やかに被災地域 JRAT は情報収集・集約およびロジスティックス機能を果たすべく、現地 JRAT 対策本部を立ち上げる。なお、この段階で JRAT 代表の指示により、現地対策本部の支援（情報集約等）を担うための即応チームである RRT（Rapid Response Team（注 4））が派遣される。そして県災害対策本部更に保健・医療・福祉調整会議に代表者が参画、県の要請に基づき、避難所へ速や

かに支援チームを派遣するためのチーム編成・派遣調整を行うことになる。また JRAT 中央対策本部（通常は東京本部）は被災県の要請に基づき、ブロック単位（全国を 6 ブロックに分け、平時から情報交換や研修を行う体制を構築）或いは全国規模で支援チームを募集し、派遣のためのロジスティックス機能を担う。

被災地地域 JRAT 代表の要請により、中央対策本部 JRAT 代表が判断し、出動依頼（指示）を行う。被災地地域 JRAT 代表の指示の下、主に以下の支援活動を行う

- ①被災地域 JRAT 本部の立ち上げと運営に寄与
- ②被災地域 JRAT と JRAT 東京本部との連絡調整
- ③被災状況および避難所についての情報集約
- ④その他、被災地域 JRAT 活動に寄与する事項

### 注 4 RRT の役割

### 【具体的支援活動内容（図 2）】

災害医療支援の組織には被災者の救命救急等を担う DMAT（災害派遣医療チーム）、DPAT（災害派遣精神医療チーム）そして主に避難所等における救護を担う JMAT（日本医師会チーム）、生活機能等を担当する JRAT やその他専門職等支援団体が互いに連携して支援を展開する。以下、JRAT の主な支援内容を記す。



図 2 1.5 次避難所における支援活動 石川 JRAT より提供

### ①避難所環境評価、整備提案

要配慮者が安心・安全且つ活動的な避難所生活が続けられるように、冷・暖房および適切な換気（感染対策・衛生管理等）に十分配慮し、転倒・転落および孤立化防止を視野に環境評価および整備を行うと共に、避難者に助言・指導を行っていく。

#### 【能登半島地震災害からの学び：望まれる活動性を配慮した視点】

##### ・避難所におけるテントや段ボールハウスの弊害

今回、プライバシーを重視して避難所には多くのテントや段ボールハウスが導入されていたが、出入りの時につまずき・転倒のリスクがあると共に、内部が見えないが故に閉じこもり・孤立化が問題となった

##### ・段ボールベッド問題

破損しやすい段ボールベッドが存在していたり、上に敷くマットのサイズが一致せず、ずり落ちたり、転落そして骨折事故が起こったことはプッシュ型供給のあり方として今後の課題

##### ・仮設トイレ問題

避難所のトイレとして、簡易型トイレには立ち上がり時の手すりが必要である。また屋外に設置される仮設トイレは高齢者には非常に不便である。今後、創意工夫が望まれる

##### ・スリッパ問題

避難所に用意されたホテル用のスリッパは高齢者にとっては非常に危険であったために高齢者用の靴の調達が必要であった

##### ・自衛隊設営の入浴場問題

要配慮者にとっては設営されたテントや浴槽に入るところに段差（階段含め）があり、手すりが必要であった

### ②避難所等、要配慮者に関する災害リハビリトリアーシ<sup>3)</sup>

JRATは現地で活動する保健師やJMAT医師・看護師から情報収集を行うと共に、チームの一員であるリハビリテーション医は被災者の心身機能（健康状態：外傷・新たな疾病の有無、慢性疾患や合併症の有無：深部静脈血栓症など）に関して最初に診察（評価）する。そして主な生活機能である歩行・立ち上がり・食事・排泄について評価（リハビリトリアーシ）をチームで行い、ランクに基づき、支援・助言する。その際、必要な福祉用具（リハビリ医療資材等）などについても行政に提案し、適時・適切且つ迅速に供給され、活用されるように心がける。

#### 【能登半島地震災害からの学び：活動性に配慮した備蓄】

- ・ベッドや洋式トイレを安心して活用できるように、手すり等の備蓄についても検討が望まれる
- ・移動困難な避難者には杖・歩行器・車いすの提供が必要

### ③生活不活発対策と避難所生活における活動・参加の視点

災害は瞬時にして住民の生活環境を破壊し、被災者の「参加・活動の場・機会」を奪ってしまう。運よく直接死を免れても、避難者は大切な人を亡くしたり、明日への希望を失い茫然・自失の状態に陥る中、劣悪な環境下での生活を余儀なくされる。そして避難所で要配慮者は生活不活発<sup>4)</sup>となり、慢性疾患の悪化や新たな疾患を併発して、ついには災害関連死となりかねない状況になる。

このためJRATは生活不活発対策として、健康体操等を指導して日常の習慣にさせていただくような集いの場を提案する。また何らかの役割を担っていただき、作業に従事していただくといった避難所生活における活動・参加を重視した支援のあり方を意識する。

JRAT支援の目標は早期自立・早期復興である。喪失された活動・参加の機会・場を如何に創出・提案していくか、大切な観点である。

**【能登半島地震災害からの学び:自主避難所の運営】**

能登半島においては、指定避難所以外にも近隣住民同士が互いに支え合い運営していた自主避難所（発災前から存在するコミュニティー）が多く存在していた。何故に、そしてどのように自主避難所が運営されたのか等、今後の検証が必要と考えている。

**(4) 今までの主な活動 (表1)**

2011年3月11日に起こった東日本大震災時に結成された東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体は、5月の連休明けから全国規模で支援を開始した。その後、13のリハビリテーション関連の団体によって再組織化された大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会は、2016年4月に起きた熊本地震災害に対して発災翌日から情報収集を行い、全国規模の支援活動を展開した。その後も種々の局地災害に対しても被災地の地域 JRAT が、また災害規模により近隣県やブロック単位での支援なども展開、2020年に起こった熊本豪雨災害時には日本災害リハビリテーション支援協会として

初めての支援活動であった。この時は初めてのコロナ禍でもあった。そしてこれらの経験が2024年元日に起きた能登半島地震災害に対する全国的な支援活動に繋がっている。

**(5) 令和6年能登半島地震災害支援経緯概要**

発災後、1月3日石川 JRAT 対策本部開設、1月8日県庁より石川 JRAT および JRAT 本部に対して直接、支援依頼があり、東京対策本部より全国規模での支援チーム派遣を発信・募集した。能登半島の交通網の回復に従い、七尾市、穴水、輪島、珠洲と拠点を北上させながら、それぞれの地区に支援チームを派遣。更には1月8日に金沢市内に開設された1.5次避難所に対しても、支援を展開した。3月31日現在の延べ支援者数は5587人(延べ929チーム派遣)となった。また石川県医師会との相談の下で4月1日から12日までは派遣チームを縮小、13日以降は原則、活動を停止し、現地からの支援依頼に即応できる体制を取ることにした。そして石川県および県医師会との協議の結果、4月30日をもって JRAT 支援は終了とした。

発災	災害	支援活動	活動内容
2011年3月	東日本大震災	全国規模	3か所の避難所支援
2014年8月	広島市豪雨土砂災害		情報収集・集約・発信
2014年9月	長野県災害		情報収集・集約・発信
2015年5月	口永良部島火山噴火	鹿児島 JRAT	情報収集・集約・発信
2015年9月	台風17号 関東・東北豪雨災害	栃木 JRAT 茨城 JRAT	避難所支援 避難所支援
2016年4月	熊本地震災害	全国規模	避難所支援
2017年7月	集中豪雨 九州北部豪雨災害	大分 JRAT 福岡 JRAT	避難所支援 避難所支援
2018年6月	大阪北部地震災害	大阪 JRAT	避難所支援
2018年7月	西日本豪雨災害	西日本地域 JRAT 広島 JRAT 愛媛 JRAT	避難所支援 避難所支援 避難所支援
2018年9月	北海道胆振東部地震災害	北海道 JRAT	避難所支援
2019年8月	台風15号 佐賀豪雨災害	佐賀 JRAT	避難所支援
2019年9月	台風17号 千葉豪雨災害	千葉 JRAT	避難所支援
2019年10月	台風19号 豪雨災害	岩手・茨城・新潟 埼玉・千葉・長野 福島・宮城 JRAT	避難所支援 避難所支援 避難所支援
2020年7月	集中豪雨 熊本豪雨災害	熊本 JRAT	避難所支援
2024年1月	能登半島地震災害	全国規模	避難所支援

表1 主な JRAT 災害支援活動



### 【能登半島地震災害からの学び：撤退】

JRAT 支援は地域の医療・介護サービスそして地域リハビリテーション活動に移行した形で撤退することを原則としている。ところが、能登半島の医療・介護サービスは建屋の損壊や従事者の被災のためにサービス提供がほとんど不可能な状況となった。また地域リハビリテーション支援体制の再構築が必要なために JRAT の撤退が困難な状況を呈した。しかし徐々に、半島における医療機関等に勤務するリハビリテーション専門職による地域支援活動が展開され、また石川県理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会および石川県リハビリテーションセンターによる復興に向けた地域リハビリテーション支援体制の構築に向けた協議が進められていることから、4月30日をもって JRAT 支援を終了する運びとなった。災害リハビリテーション支援の観点からも、平時からの地域リハビリテーション支援体制の充実が切に望まれる。

## 3. JRAT が抱える重要な課題

### (1) 災害救助法等の法令にリハビリテーション専門職名の記載が必須<sup>5) 6)</sup>

災害救助法および関連法にリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の職名が明記されていない。これら一つをとっても現行の災害救助法関連の法令が超高齢社会となった我が国の実情に大きなミスマッチを生じていると言わざるをえない。

超高齢社会における災害には保健・医療・福祉に至る支援体制構築が必須であり、それを基本理念とした法律の抜本的見直しが危急の課題である。

そこで JRAT は令和6年4月3日、内閣府特命担当松本祥史大臣に災害救助法等の見直しに関する要望書を提出した。

### (2) 協定締結

超高齢社会となった我が国においては災害関連死対策としての災害リハビリテーション支援は非常に重要な役割を担う。今回の能登半島地震に際しては当初、協定締結前であったために支援依頼が困難という県からの回答であった。このために対策本部が立ち上がった後も速やかな支援活動に移れないジレンマが存在した。結局、1月8日になって急遽、県から協定締結を前提とした支援依頼が届き、石川 JRAT として自立した支援活動の展開となった経緯がある。

このような経験からも各都道府県との協定締結は必須である。各地域 JRAT は速やかな協定締結、そして災害支援・防災に関する会議や訓練への参画が望まれる。

### (3) 福祉用具・機材等の供給システム構築

避難所における環境整備は非常に重要であり、且つ個別のニーズに応じた福祉機材が迅速且つ適切に供給されることが重要である。供給のシステムは事前に福祉機器関連会社と市町が協定を結ぶ方法や国（内閣府など）が構築した供給システムなどが存在するが、平時から供給のシステムが明確で、支援団体が周知していることが重要である。

### 【参考文献】

- 1) 栗原正紀：地域包括ケアとリハビリテーション：地域リハビリテーションと災害。へるす出版、pp222-263, 2019
- 2) 栗原正紀：災害リハビリテーションの基礎知識 J. Clinical Rehabilitation Vol.30 No.3, pp226-234, 2021
- 3) (編) 一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会：災害リハビリテーション標準テキスト第2版、医歯薬出版、pp78-83, 2023
- 4) 大川弥生：災害時に多発する「生活不活発病」：その予防と回復における内科医の役割、日内会誌 106, pp857-864, 2017
- 5) 災害救助法 (bousai.go.jp)
- 6) 災害救助事務取扱要領 (bousai.go.jp)



## 災害と少子高齢化対策 ～寺田寅彦から学ぶこと～

医療法人財団慈強会 松山リハビリテーション病院

理事長 木戸保秀

災害とは自然現象や人為的な原因によって人命や社会生活に被害が生じる事態で、自然災害とは危機的な自然現象（例えば気象、火山噴火、地震、地滑りなど）によって、人命や人間の社会的活動に被害が生じる現象である。

その中でも、日本は地震大国である。過去、有史以来記録の残る最古のものとして日本書紀には684年の白鳳地震（M8.4～9程度）から始まり、1498年の明応地震（M8.6程度）では津波が鎌倉鶴岡八幡宮参道まで襲来し、高德院大仏殿は倒壊、鎌倉の大仏が露坐となった。1854年の安政地震（M8.4）で、下田では6日後に御救米が到着した。土佐藩は泥棒対策の高札を立て、盗賊対策のため番小屋を建てた。さらに米穀・諸物資の過度の値上げ禁止、職人の手間賃の過度の値上げを禁止した。商人である濱口梧陵が私財を投じて堤防を築いた。幕府は物価高騰抑制・大工の工賃値上げ禁止の町触を出した。しかし効果は薄く手間賃は平時の数倍から十倍以上に騰貴した。御救小屋が建てられ、炊き出しや御救米が支給された。

そして関東大震災は1923年9月1日正午2分前に発生、マグニチュード7.9と推定され、死者105,385、全潰全焼流出家屋293,387であった。現在の神奈川県小田原沖の北10kmを震源とする地震で、東京・神奈川・千葉などが被災した。約60万戸の家屋倒壊、また運悪く昼食時に発災したため、当時の東京市内では、把握されているだけでも約80ヶ所以上からほぼ同時に出火した。家屋密集地域では大火災となり、死者のうち約87%の9万2千人が焼死、死者・行方不明者は約14万5千人以上に及ぶ大災害となった。全国から救援物資・人材が被災地に送り込まれ、災害医療・救護活動が展開された。震災後には、済生会や日赤などが無料で巡回診療や看護活動を行った。その後、聖

路加や日赤が「社会看護婦」（現在の保健師）の養成を始めるなど、関東大震災の復興期における医療・看護活動は、地域保健の先駆けともなった。

軍は橋をかけ負傷者を救護した。警察は消防や治安維持の失敗により威信を失ったが、軍は治安維持のほか技術力・動員力・分け隔てなく被災者を救護する公平性を示して、民主主義意識が芽生え始めた社会においても頼れる印象を与えた。

震災後日本で初めてラジオ放送が始まった。避難の教訓からラジオは急速に普及し、国威発揚にも利用された。

山本権平首相を総裁とした「帝都復興審議会」の創設により、大きな復興計画が動いた。江戸時代以来の東京市街地の改造を行い、道路拡張や区画整理などインフラ整備も大きく進んだ。公共交通機関が破壊され自動車の交通機関としての価値が認識されたことから、1923年に1万2,765台だった自動車保有台数が震災後激増、1926年には4万70台となっていた。1929年の世界恐慌など逆風が続くなか、その後も漸増した。その一方で、第一次世界大戦終結後の不況下にあった日本経済にとっては、震災手形問題や復興資材の輸入超過問題などが生じた結果、経済の閉塞感がいっそう深刻化し、後の昭和恐慌に至る長い景気低迷期に入った。

未だ我々の記録に残る阪神大震災では、1995年1月17日5時46分52秒、兵庫県淡路島北部（～神戸市垂水区）沖明石海峡を震源、マグニチュード7.3の兵庫県南部地震が発生した。近畿圏広域が大きな被害を受け、特に震源に近い神戸市の市街地（東灘区、灘区など）の被害は甚大であった。犠牲者は6,434人に達し、第二次世界大戦後に発生した地震災害としては、東日本大震災に次ぐ被害規模であった。当時内閣総理大臣の村山富市首相には地震の一報がかなり早い時点で入っていたが、村山首相が地

震発生直後にテレビでニュースをたまたま見ていたこと（6時のNHKニュース）によるものであった。兵庫県からの自衛隊への災害派遣要請が、発生後4時間以上も後であった。交通渋滞や被災者がひしめく中で、部隊の移動・集結・宿営地の造営に手間取り、救助活動を開始するまでに3日間を要した。

最も早く救援体制を敷いたアメリカ海軍第7艦隊が政府に申し入れたところ、神戸市の受け入れ体制の未整備・政治的理由・接岸施設の被災による危険性などの要因により、拒否する事態が発生。当初から各国からの支援の申し出にも、政府として対応できていなかった。

行政による救援、救助活動が後手に回った一方、暴力団などによる現場での救助・支援活動は、神戸市内に本拠を置く日本最大の広域指定暴力団である山口組総本部が備蓄していた大量の食料を地元住民に供出し、多くの被災者が集まっていた。一方で、震災に乗じて災害援護資金を不正に受けたり、建設会社に対し工事の受注を要求したりするなどの触法行為を犯していた。「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会」が発足し、全国の都道府県ごとに「災害拠点病院」が設置・整備されることとなった。

そして東日本大震災である。2011年3月11日14時46分18秒、宮城県牡鹿半島の東南東沖130kmを震源とする東北地方太平洋沖地震が発生した。地震規模はマグニチュード9.0、日本周辺における観測史上最大の地震。東北地方を中心に12都道県で2万2000人余の死者（震災関連死を含む）・行方不明者が発生した。沿岸部の街を津波が破壊し尽くす様子や、福島第一原子力発電所におけるメルトダウン発生は、地球規模で大きな衝撃を与えた。

政府は地震発生から28分後の15時14分、史上初の緊急対策本部を設置、3月12日夜の持ち回り閣議で、政令により「平成23年東北地方太平洋沖地震等による災害」を激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律（激甚災害法）に基づく激甚災害に指定し、同じく政令により特定非常

災害特別措置法に基づく特定非常災害に指定した（いずれの政令も3月13日公布）。菅直人総理（第94代内閣総理大臣）は震災発生の翌3月12日に自衛隊の派遣規模を2万人から5万人に拡大するよう指示し、3月13日には自衛隊史上最大となる陸海空あわせて10万人規模の災害派遣を指示した。5日後の18日には10万人を超える態勢となり、最大時で約10万7千人規模の派遣となった。

しかし、被災地では、物流の拠点まで食料や燃料、水、薬品などが届かず、阪神淡路大震災発生時と比較して物資が大幅に不足した。その理由として、各地の港湾が被災し道路網が寸断、市や町の職員が犠牲になるなどして被災地側の受け入れ態勢が整わなかったこと、輸送車両の燃料が不足したこと、被害が広範囲に及び、避難者が指定避難所以外の施設に分散したことなどが挙げられる。特に燃料が不足し、被災地では自動車で移動したり暖を取ったりすることも困難な状態が長く続いた。福島第一原子力発電所事故では被曝を恐れてトラックが引き返すなどし、沿岸部を中心に物資が届きにくくなった。

このように地震の歴史を50年、100年のサイクルで見ると、同じような活動と失敗が繰り返されているようには感じないだろうか。

「天災は忘れた頃にやって来る」、高知県出身で戦前の日本の物理学者寺田寅彦の言葉である。彼は東京帝国大理科大学教授で随筆家、夏目漱石とも交流があり『吾輩は猫である』の水島寒月や『三四郎』の野々宮宗八のモデルとして知られている。

こんなに度々繰り返される自然現象ならば、何故未然に防ぐ事ができないのか。

寺田寅彦は、人間界の人的自然現象として、学者の立場から「うかうかしていると言うのはそもそも不用意千万」、罹災者の側からすると「何故津波の前に間に合うように警告を与えてくれないのか」と述べている。あるいは、「37年（昭和8年3月3日と明治29年6月15日に起こった明治・昭和三陸地震、即ち約37年後に同じ被害が繰返された）経つと、津波を調べた役人、科学者、新聞記者は大



概もう故人となっている。津波に懲りて、初めは高い処だけに住居を移していても、5年経ち、10年経ち、15年20年と経つ間に、やはりいつともなく低い処を求めて人口は移っていく」「個人が頼りなくて、では政府の法令で永久的な対策は、国は永続しても政府の役人は百年後には必ず入れ代わっている、災害記念碑も道路改修や市区改正の行われる度に、おしまいにはどこの山蔭、竹藪の中に埋もれないとも限らない」「自然の記憶の覚書、自然は過去の習慣に忠実である。頑固に、保守的に執念深くやって来る」「自然現象の不思議には、自分自身の目で脅威しなければならぬ。国家を脅かす敵として天災ほど恐ろしい敵はないはずである」等等、講演や書籍で繰り返し警鐘を鳴らしている。

我が国の災害対策関係には様々な法律が存在するが、その全てを理解できている人は行政関係者を含めてどれ位いるのだろうか。そして本当にその法律が機能できるのか甚だ疑問である。これらの多くの法律は日本の縦割り社会を示していると思う。それは「公助」が円滑に機能できない事を同時に示していると言える。「公助」が機能しなければ「共助(制度化された相互扶助)」が制約により支援が遅滞している事はないだろうか。

災害対策基本法でも、災害応急対策活動については内閣総理大臣の指揮監督下であり、住民等の円滑かつ安全な避難の確保や被災者保護対策の改善は市町村長の管轄である。また、廃棄物処理の特例措置は環境大臣の管轄である。

また、令和3年度から介護施設でも災害に対するリスクマネジメントとして安全対策体制加算が新設された。要は「公助や共助が間に合わないから、なんとか自前(自助)で頑張ってくれ」と言っているようなものである。

結局は、「文明が進むほど天災による損害の程度も累進する傾向があるという事実を(政府や国民が)十分に自覚して、そして平生からそれに対する防禦策を講じなければならないはずであるのに、それが一向に出来ていないのはどういう訳であるか。その主なる原因は、畢竟(ひっきょう、つまる所)そう

いう天災が極めて稀にしか起らないで、丁度人間が前車の転覆を忘れた頃にそろそろ後車を引き出すようになるからであろう。」これも寺田寅彦の言葉である。

日本は地震と並び台風大国でもある。近年は台風だけでなく季節に限らず豪雨、洪水、土砂災害は増えてきている。私が住む愛媛県でも2018年6月末からの台風7号並びに梅雨前線による集中豪雨のため、愛媛県西予市野村町では7月7日肱川上流の野村ダムが満水に近づいたため放流量を増大し、川は氾濫、逃げ遅れた5人が亡くなった。西予市によると7月7日午前5時10分に防災行政無線で住民に避難指示を周知したということであったが、多くの住民は大きな雨音のため、そのアナウンスは聞こえなかった。国土交通省四国地方整備局によると午前6時20分からダムの流入量と同じ量の放出を開始し、その放出量は7時50分には毎秒1797立方メートルにまで達した。その下流の鹿野川ダムでも7時35分から流入量とほぼ同じ水量で放流を開始したため、さらに下流の大洲市でも決壊、氾濫した。概算で大洲市では4600世帯の家屋浸水に及び、平成以降最大規模とされた。宇和島市吉田町では同じ7日、多数の土砂崩れが発生し11人が死亡、松山市の怒和島で7日0時50分頃住宅の裏山が崩れ一棟が倒壊し、3人が死亡した。

この西日本豪雨災害のちょうど1年前に、第28回全国介護老人保健施設大会愛媛 in 松山が開催された。愛媛県の各老人保健施設スタッフ等はオール愛媛で大会準備から取り組み、大会を成功裏に収めることができた。その成功体験が県内各施設間の距離を縮め、良好な連携関係が構築されていた。そのような中、集中豪雨が大洲市の愛媛県老人保健施設協会本部を直撃した。7月7～8日と氾濫した川の水は建物の2階下まで押し寄せ、土砂で1階を埋め尽くした。しかし、水が引いた翌9日には県内老人保健施設からボランティア有志が集結し、施設の清掃と物資支給を率先して行う姿があった。

この災害経験で少子高齢化、人口減少が進む地方では、要介護度の高い者より在宅生活を送る要支援

者や判定が出ない虚弱老人（障がい者）に対する支援体制が非常に難しかったことを強く感じた。即ち、担当者が把握しなくてはならない管轄は本来の地域包括ケアシステムだと中学校区のはずだが、このような人口減が激しい地方ではそのエリアがとても広く且つアクセスが非常に悪い。災害時には容易にライフラインが途絶し、復旧も非常に時間を要する。その中心的な役割を担う地域包括支援センターや各種相談窓口自体の数が少ないだけでなく、スタッフも不足している。また、その設置主体者である市町村での指導体制も脆弱な地域が少なくない。自治体や行政だけでなく、医療と介護間の支援体制においても縦割りので、地域連携には程遠い所も少なくない。また、愛媛県の場合、自然災害に対して機動性が取り難い地域が多い。例えば、離島が多く、山間部も険しい。河川も雨が少なくダムやため池が沢山作られているが、十分な水害対策は取られていなかった。この点は隣県で寺田寅彦出身の高知県とは大きく異なる。

私は能登半島地震のちょうど4ヶ月前の9月9日輪島を訪れていた。輪島を訪れたのは2度目で最初に訪れたのは50年程前であった。当時は険しい岩肌の海岸沿いを父の運転する車で何時間もかけてたどり着いたが、輪島は朝市でとても賑わっていた。そして旅館や旧家に置かれた輪島塗の家具や食器はとても美しかった。今回輪島には金沢でレンタカーを借り「のと里山海道」を通り、丁度2時間で着くことができた。しかし50年前の商店街と異なりシャッターの降りた店が並び、とても侘しい町に変貌していた。何軒目かの輪島塗の店で箸と一輪挿し

用に漆掻き用の樽と鎌を安く譲り受けた。その店もこの地震で完全に焼け落ちていた。

この能登半島地震で思い出されたのが、先の西日本豪雨災害であった。多くの人が近隣の市町村に避難する中、年寄りや家や避難所に取り残され、遮断された道路や電気の復旧は遅れていた。情報収集や物資支給も非常に困難であった。この能登半島地震で少子高齢化が進む地方における災害時の課題がより一層明確となった。それは正誤入り混じった情報の混乱と伝達の遅延、同時に人材・物資不足である。

そのため、今我々が出来ることは事業所毎のBusiness Continuity Planning、事業継続計画策定とPDCA（Plan Do Check Action）サイクルの活用と同時に、医療・介護・福祉の範囲だけで地域内の関係を作るのではなく、医療・介護・福祉と全く無縁な行政、町興しに関わる多くの人達への新たな働きかけが重要である。彼らとの地域交流を深め、さらに地域間交流、圏域を超えた交流と情報を共有できる範囲を広げ、自助互助力を高めていく。それが結果、共助力を高めていく事になると言える。

少ない人材と資源をどう補い活用するか、圏域を超えた様々な地域や人々との情報共有や連携も非常に重要であると思う。

#### 【参考資料】

- 1) 「介護リーダーのリスクマネジメント入門」 葛田一雄著 ぱる出版
- 2) 地震雑感／津波と人間 寺田寅彦随筆全集 中公文庫
- 3) 天災と日本人 寺田寅彦随筆選 角川文庫

## 令和6年度診療報酬改定を振り返って

インタビュー：厚生労働省保険局医療課長 眞鍋馨

インタビュアー：日本慢性期医療協会 副会長，池端病院 理事長 池端幸彦



令和6年度診療報酬改定を担当した厚生労働省保険局医療課の眞鍋馨課長と、中医協委員である当会の池端幸彦副会長が今改定を振り返り、今後の医療・介護の方向性について意見を交わしました。眞鍋課長は、今回の改定が多岐にわたる課題に対処し、急性期医療の集約化や質の向上を目指したものであると指摘。身体的拘束の最小化に向けた取り組みや栄養、リハビリの重要性を強調しました。

池端副会長は、高齢者救急への対応策として新設された地域包括医療病棟をはじめ、医療と介護の連携強化、急性期におけるリハビリや栄養管理の充実を図った点などを高く評価し、「私たち慢性期医療に携わる側の思いが多く具現化された改定」と述べました。

眞鍋課長は、武久洋三名誉会長が提唱された「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」という考え方に賛意を示し、「日慢協のこれまでの蓄積を踏まえ、今回の改定で多くの点を具現化することができた。日慢協の皆さんと一緒に取り組んだからこそ実現できた」と語りました。

### ■ 時代の激動期を反映している改定

○池端：今回の同時改定，お疲れ様でした。

○眞鍋：ありがとうございました。池端先生にも中医協委員として中医協の議論に御参画いただき，大変感謝しております。

○池端：私自身も非常に勉強になりました。今回の改定には多くの重要な要素がありました。今，改めて振り返ってみて，どのように感じていますか。一言では表せないと思いますが。

○眞鍋：確かに非常に広範にわたる改定で，多くの課題に対処することが求められました。時代の激動



期を反映している改定であったと思います。一つひとつの課題が非常に重く、また変化も激しいため、すべてに対してきちんとした対応が求められました。そういった意味で非常に難しい改定だったと振り返っています。

○池端：私もそのように感じています。本日のインタビューでは、診療報酬改定だけでなく、眞鍋先生の生い立ちや、これまでのご経験、そして医療に対するお考えもお聞かせいただきたいと思います。最後に、日本慢性期医療協会への期待についてのメッセージもお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

### ■ 多くの人の命を救うことができる

○池端：それでは早速ですが、簡単にご経歴についてお聞かせいただけますか。

○眞鍋：私は平成7（1995）年に医学部を卒業しました。当時は臨床研修制度がなかったため、そのまま厚生省（当時）に入省しました。同期が7人いましたが、現在まで残っているのは私を含めて2人だけです。

平成7年は阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件があった年です。社会が大きく揺れ動き始めた時期であり、バブル経済も崩壊していました。

○池端：研修制度がまだない時期で、前期・後期の区別もない中、普通はどの診療科を選ぶか非常に迷

う時期だと思います。その中で、あえて行政の道に進もうと考えたきっかけは何だったのでしょうか。

○眞鍋：大学時代、公衆衛生学の教授としておられた久道茂先生の影響が大きいです。久道先生はがん検診で有名な方で、既にお亡くなりになっていますが、その講義内容に非常に感銘を受けました。

もちろん、一人ひとりの患者さんと向き合い治療することも医療の醍醐味ですが、検診を通じて多くの人の命を救うことができると先生から聞き、非常に共感しました。また、実家が医療機関を営んでいることも影響しています。

もう一つの理由として、勉強しているときに先輩の先生方や指導していただく先生方から「これは厚生省がこう決めているから」と聞くことができました。その時に、「誰がその決定をしているのだろうか」と興味を持ちました。厚生省が決めているのであれば、その内部を見てみたいという気持ちがありました。

合格するとは思っていなかったため、とりあえず厚生省の試験を受けて、もしダメなら臨床研修をしようと考えていました。ところが、運よく合格できましたので、厚生省に行くことに決めまして4月1日に入省しました。

○池端：私も医師として、一対一で患者の治療に当たることにやりがいを感じていますが、厚労省の仕事は大規模に社会全体を改善できる点が魅力ですよ。

## Profile

眞鍋馨（まなべ かおる）

平成7年 厚生省（当時）入省  
平成11年 厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長  
平成14年 ロンドン大学留学  
平成17年 厚生労働省保険局医療課課長補佐  
平成21年 厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官  
平成24年 長野県健康福祉部長  
平成27年 厚生労働省保険局医療課企画官  
平成29年 文部科学省高等教育局医学教育課企画官  
平成30年 厚生労働省老健局老人保健課長  
令和4年 厚生労働省保険局医療課長  
この間他に臓器移植対策室、環境省石綿健康被害対策室等に勤務



## ■ 行政が対応すべき課題と現場の意見と

○池端：入省して、いかがでしたか。想像と違った点などはありましたか。

○眞鍋：端的に言えば、とても楽しかったです。最初に配属されたのは統計情報部でした。ここでは、患者調査や医療施設調査など、日本の医療の基礎的な数値を扱っていました。この仕事は非常に楽しく、新しい患者満足度調査を担当する機会もいただきました。当時はそれが新しい試みだったので、非常にやりがいがあり、私にとって良いスタートだったと思います。

今でも、統計を担当する部署がどのような調査を行っているのか、おおよその地図が頭の中にあります。「このデータはあそこで把握している」といった具合です。現在はNDBもありますが、それ以外にも様々な調査データがあります。それぞれの調査には特性があり、それに応じたデータが得られるという理解が身についたことは大きな収穫でした。

また、池端先生をはじめ臨床の先生方からお話を伺う中で、行政が対応しなければならない課題が浮かび上がってくることがあります。そういった課題に対処するためのヒントを得ることは私たちにとって学びになりますし、非常に興味深いです。

○池端：私も日本慢性期医療協会の仕事をするようになってから、厚労省の方々とお付き合いする機会が増えましたが、皆さん、現場によく足を運ばれますよね。

○眞鍋：そうです。現場に行きたい、知りたいという気持ちはみな同じです。私も積極的に現場に出向いて、多くの先生方のお話を伺うようにしています。

○池端：そのように現場をよく知ろうとしていただけるのは本当にありがたいです。

## ■ 長野県庁で医薬品や食品衛生行政も

○池端：出向経験はございますか。

○眞鍋：2012年から2015年まで長野県庁で健康福祉部長を務めさせていただきました。震災の後です。

この経験は、コロナ禍においても非常に役立ちました。医療・介護・障害の分野だけでなく、医薬品行政や食品衛生行政なども所管していました。それ

まで私の中で中心だったのは医療・介護でしたが、それ以外の厚労省の行政についても、頭の中で全体像を描くことができるようになりました。

○池端：まるで日本の縮図のような現場で、医師が関わる領域をトップで解決されたのですね。そういう素晴らしい経験を経て再び厚労省に戻られたわけですが、非常に大変なお仕事だと思います。息抜きは必要だと思いますが、ご趣味は何かありますか。

○眞鍋：音楽です。小学校から大学6年生まで、ずっと合唱をしていました。就職してからも合唱団に入りたいと思っていたのですが、なかなか時間が取れず、実現していません。現在も合唱団に入りたいという気持ちはあります。歌うのも聴くのも大好きです。



眞鍋馨氏

## ■ 官民交流など多様な手段で人材を集めた

○池端：多忙を極める中で今回の同時改定ですが、実に難しい改定だったと思います。財務省サイドからの提案もあり、賃上げの流れにも対応する必要がありました。

○眞鍋：一言で表せば「賃上げ改定」だったかもしれませんが、それだけではなく同時改定でもありました。入院料の全ての見直し、ポストコロナ対応、そして医療DXへの対応も含まれていました。このように、多岐にわたる課題に対応する必要があったため、非常に難しかったと思います。

今回の改定は賃上げに多くの財源が割かれていきます。確かに、賃上げは明確でわかりやすい仕組みです。しかし、診療報酬は非常に多岐にわたる現場に影響を与えるため、その全てに目配りをするのも非

常に難しかった点です。

特に入院医療については、今回の改定で財源が投入されているはずですが、それでも「厳しい」という声が多いようです。医療機関に対して機能を明確にするよう求めるメッセージが随所に込められているからでしょう。影響は大きいだろうと感じています。ただ、実際の影響については、6月に施行されて経過措置が終了してみないとわからない部分も多いところです。

○池端：確かに、今改定の一丁目一番地は賃上げでしたが、実際にふたを開けてみると、多岐にわたる課題に対して取り組まれましたね。やるべきことを全て手掛けられたという印象です。賃上げだけでなく、DX、働き方改革、地域医療構想に寄り添う施策など、様々な分野において緻密に対応されました。

○眞鍋：重いテーマが多かったことは間違いありません。中医協の資料にもそれが表れています。過去3回の改定と比べて、中医協総会に提出された資料の枚数が圧倒的に多かったです。1万6,000枚以上です。短冊（個別改定項目）の枚数も過去数回の改定に比べて1.5倍の769枚となり、非常に広範囲にわたる内容を網羅した改定でした。

このような改定を支えるためには人員の確保が必要不可欠です。現在、医療課の人員は100人を超えています。この人員を確保するために着任当初から多くの関係者に声をかけ、官民交流など多様な手段を用いて人材を集めました。その結果、何とかこの大規模な改定を乗り切ることができました。

### ■ 改定率までのプロセスが難しかった

○池端：多くのご苦労があったと思います。その中で、特に難しかった点はありますか。

○眞鍋：一番難しいと感じたのは、改定率の決定までのプロセスです。これは非常に難しかったですね。改定率は政府の予算に直結するため、多くの人に関心を持ちます。大臣にプレゼンを行い、その後、大臣折衝が行われるのですが、その過程は非常に大変でした。様々なお立場の方々から多くの意見を頂戴しました。

医療課長としては、財源がある程度、確保されて

いるほうが政策の意図を実現しやすいため、改定率は高いほうが望ましいと考えています。しかし、そうではないという立場もあり、その点が非常に厳しかったです。また、重症度、医療・看護必要度をめぐる問題も難しかったと感じています。公益裁定にしない方向で調整を試みましたが、どうしても事務局による調整では折り合いがつきませんでした。

○池端：重症度、医療・看護必要度は難しい議論でしたので、公益委員裁定は一つの落としどころとして、やむを得なかったのかもかもしれません。

特に難しかったらと感じたのは、改定率が決まる前の段階です。機動的調査などで財務省が非常に厳しい姿勢を見せ続けていました。

日本医師会でも様々な意見があったようです。私も福井県医師会の立場で議員会館を回り、議員さんたちに働きかけました。事前の根回しが非常に重要だと感じます。

○眞鍋：改定率を受けて、マイナスの部分について関係者のご理解を得ることも難しかったと思います。

○池端：大臣合意があって、やらざるを得ない状況からスタートしたということですね。特に生活習慣病に関する診療報酬などについては、非常にご苦労されたのではないかと思います。

### ■ 現場の負担を考慮して対応した

○池端：自信を持ってできた、または良かったと感じている点はありますか。

○眞鍋：診療報酬改定に関わるのは3回目ですので、過去の経験がある分野については、ある程度の土地勘がありました。また、関係者もほぼ同じ方々が多かったので、どこまでできるかという見通しが立てやすかったです。DPCと慢性期の分野はスムーズに進めることができました。

○池端：慢性期医療では、医療区分の大きな見直しがありましたが、会員の声を聞いても極端に大変だという意見は少なく、ある程度理にかなった変更だったように感じています。

○眞鍋：ありがとうございます。中医協で池端先生にご指摘いただいたように、現場の負担を考慮し、項目は変更せずに対応しました。「3×3」の形式に変



更するだけにとどめました。追加したい項目もありましたが今回は見送り、現行の項目をそのまま使うことにしました。現場の看護師さんにとっては、今まで通りの項目で対応できるので負担が少ないと思います。

## ■ 日慢協の取り組みが反映された改定

○池端：今回の改定では、当会の武久洋三名誉会長がずっと提唱してきた高齢者救急のあり方や、栄養とリハビリの重要性を踏まえた方向性が強く打ち出されています。私たちの思いが反映されたと感じています。

○眞鍋：平成18年から、武久名誉会長には多くのご指導をいただいております。当時の日本療養病床協会の活動も含めて、多くを学ばせていただきました。講演でも非常に明確に問題意識をお話しされていて、その点は共有させていただいているつもりです。

橋本康子会長も「われわれの思いがおおむね受け入れられた」とコメントしてくださり、非常にありがたく思っています。

池端先生にもご参加いただきました同時改定の意見交換会では、診療報酬と介護報酬の両方の立場から課題を抽出し、それを共通の認識とすることができました。武久先生が提唱し、日慢協で脈々と受け継がれている高齢者の急性期医療、栄養、リハビリテーションといった取り組みが、同時改定の意見交換会で一つの方向性として打ち出されたことも非常に良かったと思います。

○池端：われわれが求めていたことが、急性期医療のあり方にも色濃く反映されたと思っています。



池端幸彦氏

## ■ 身体的拘束の廃止に向けた意識の広がり

○池端：入院基本料を上げるための条件として、意思決定支援や身体的拘束の最小化なども盛り込まれました。これも非常に素晴らしいと感じました。

○眞鍋：ありがとうございます。病院にとって、特に身体的拘束の最小化に向けた取り組みはハードルが高いと感じるかもしれませんが、ぜひ進めていただきたいと思います。これは私が多くの講演で申し上げていることですが、最もやりたかったことの一つです。なぜかと言うと、私自身が介護保険制度の施行を経験しているからです。

平成12年の介護保険制度導入時、私は介護報酬係長として当時の幹部の動きを見ていました。制度施行時から、介護保険施設などにおいて高齢者をベッドや車椅子に縛りつけるなど身体を奪う身体拘束は、介護保険施設の運営基準において、「サービスの提供にあたっては、入所者の『生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き』身体拘束を行ってはならない」とされており、原則として禁止されています。

その後、現場を拝見すると、日本の介護者たちは非常に真面目で、身体的拘束を行わないために大変な努力をしていることが分かりました。当時はナースステーションの前や詰所に、高齢者がたくさんいて、その場で見守るという形で身体的拘束をしないようにしていました。そして、その後介護技術の向上やセンサーの導入などにより、状況は大きく変わりました。様々な環境の変化があり、居室でも身体的拘束を行わずに介護ができるようになってきています。これは非常に良い進展だと思います。

一方、医療の現場では、身体的拘束を行うことに対する心理的ハードルが低いと常々感じていましたので、何らかの対策が必要だと考えていました。これは、私の役所人生の中でどこかで必ず取り組まなければならないと思っていたことです。

ただ、これは私一人だけがやりたかったわけではなく、時代の流れもあったと思います。身体的拘束をやめようという意識が広がってきている中で、それが今回の改定で実現するタイミングだったのだと

感じています。担当者も強く賛同してくれており、私と担当者の考えも一致し、さらに周囲の応援もあって実現することができました。こうした人々が揃ったこともタイミングとして非常に良かったのだと思います。

### ■ 日慢協で蓄積されたノウハウを広げていく

○池端：介護保険制度がスタートした当初、私たちの会員病院の多くは医療療養病床のほかに介護療養病床も持っていました。その中で、介護療養病床は介護保険施設として身体的拘束が原則として禁止されました。当時、「それは無理だ」という声もありました。しかし、決まったことをやるしかないのです。どんどん努力を重ね、協会内でもリーダーシップをとる病院がたくさん出てきました。結果的に、今ではほとんどの会員病院で身体的拘束を最小化する考えが当たり前になっています。

○眞鍋：医療の現場では命を守ることが最優先されるため、点滴ラインを抜かれては困る状況や、「自傷・他害のおそれ」がある場合もあるでしょう。そのため、介護における身体的拘束よりも医療における身体的拘束の範囲を狭めています。具体的には、直接体を触る行為に限定し、「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」としています。

○池端：その点を明確にさせていただいたのは非常に素晴らしかったです。どこまでが身体的拘束なのかという点で不安になることが多かったのですが、医療の現場でこれが適用されるということを明確にさせていただいたことで、私たちも説明がしやすくなりました。

○眞鍋：ありがとうございます。私たちはそこから始めてもらいたいと考えています。介護の分野では進んだ理念を持つ施設が多くなっています。例えば、ベッドの柵も身体的拘束とみなされています。これは最近では当たり前の考え方になってきています。さらに、グループホームでは、入口に鍵をかけることや建物全体に鍵をかけることも身体的拘束とする事業所が出てきています。このように、理念が大きく発展しています。

医療の分野でも、今回の改定を機に、なるべく介

護の先進的な理念を追いかけていければいいと考えています。

○池端：当初、われわれの病院でも、点滴を抜かれないようにミトンをつけるなどの対応は仕方ないと思っていました。しかし、ミトンを外しても安全に対応できる方法がわかってくると、急性期病院からミトンや抑制の状態が入ってきた患者さんも、上手に対応することで外せるようになりました。

こうしたノウハウが蓄積されることで対応が可能になります。これからは急性期の医師や看護師も、そこからスタートして広げていけるとと思います。そういう意味で、今回の改定がスタート地点であると思っています。

○眞鍋：ぜひ各医療機関でルール化して、仕組みとして取り入れていただきたいと思っています。

### ■ リハビリと栄養に力を入れた

○池端：今回の改定では、栄養管理の面でも非常に素晴らしい方向性が示されたと思います。

○眞鍋：ありがとうございます。先ほど、短冊の枚数が過去最高だと申し上げましたが、「栄養」という文字の数をカウントしてもらいました。すると、令和2年度の診療報酬改定には及びませんでした。それでも非常に多かったです。それはさておき、リハビリと栄養の連携に関しては、歴代課長の中で最も力を入れたのではないかと自負しています。

○池端：眞鍋課長が老健課長として仕切られた前回の介護報酬改定で、「リハビリ」「栄養」「口腔」という言葉が最初に打ち出されたのが非常に印象に残っています。

### ■ 地域包括医療病棟の新設は重要

○池端：今改定では、高齢者救急をめぐる問題に一定の方向性を示された点も非常に良かったと思います。

○眞鍋：同時改定の意見交換会では、高齢者をどのような医療機関で受け入れるべきかという議論もありました。急性期病院の先生方から様々な意見も頂戴しました。

もちろん、三次救急の医療機関に入院しなければならない患者さんがいます。一方、地域包括ケア病

棟で対応できる疾患もあります。

○池端：意見交換会では、支払側の委員から「高齢者救急は地域包括ケア病棟で十分ではないか」という意見がありました。それに対する反論もありました。救急搬送される高齢者の中には、三次救急で対応しなければならない患者も一定程度いるという主張です。そうした議論の中で、一つの落としどころとして出てきたのが、地域包括医療病棟ですね。全体的に期待感が大きいと感じますが、「基準が厳しい」という声も少し聞こえてきていますが。

○眞鍋：今回の入院料に関する改定の中で、地域包括医療病棟は重要な目玉の一つと考えています。この病棟は主に高齢者の救急を受け入れることを想定しており、入院当初からリハビリテーションや栄養管理を行い、早期の在宅復帰を目指す機能を担っています。

理念として、軽症や中等症の高齢者救急患者が三次救急やICUを必要とする病院に行くことで、提供可能な医療内容と、必要とする医療内容に乖離が生じる問題に対応するものです。適切な機能を持つ病院に入院していただくことで、医療資源の効率的な使用と、高齢者のQOLやADLの向上につながると考えています。

様々な議論をいただきました。「基準が厳しい」というご批判がある一方で、この病棟の新設を「良かったね」と評価してくださる方も多いと感じています。

○池端：下り搬送についてもインパクトがあったと思います。

○眞鍋：下り搬送は、医療資源の効率的な利用に寄与します。三次救急のベッドが空き、重症患者を受け入れやすくなる方向に進むと思います。

## ■ リハビリのゴールデンタイムがある

○池端：急性期医療において土日のリハビリを取り入れ、充実を図った点も良かったと思います。

○眞鍋：急性期においても適切にリハビリを実施してほしいというメッセージです。様々な病院を見学させていただいた際に、ICUからリハビリを実施している病院も多く見受けられました。こうした病院では、在院日数が短く、高齢者のADLも向上しています。「朝から晩までリハビリだ」と評判の病院

もあるようです。そういう取り組みが広がればいいなと思っています。

特に脳梗塞や脳出血の患者さんにとっては、リハビリのゴールデンタイムがあります。その期間にリハビリを行わないのは患者さんにとって良くないことです。土日もリハビリを行っていただきたいと考えています。私が見ている例としては、年末に脳梗塞を発症し、6日間リハビリを受けられなかった方がいます。その影響で回復が遅れてしまいました。本来ならもっと回復していたはずですが、こうしたことは非常に問題だと感じています。リハビリは必要などきに必要だけ行うことが重要であり、その考えを今回のリハビリの加算に込めています。

○池端：急性期で早期にリハビリを実施することで退院日数が短くなります。急性期から送られてくる患者さんの状態が改善されることは望ましいと思います。私たち回復期や慢性期病棟の立場から見ても、ADLの改善や早期の在宅復帰など良い方向に進むだろうと思っています。

## ■ 医療課と老人保健課の緊密な連携で

○池端：今回の改定では、医療DXも大きな柱の一つでしたね。

○眞鍋：DXは政府全体で進めている取り組みです。医療だけの問題ではありません。厚労省としても本気で進めています。

私たちが医療現場にお願いしたいのは、ぜひマイナ保険証を活用していただくことです。将来的には標準型の電子カルテや共通算定モジュールなど、現場の負担を減らすためのアイテムを段階的に提供していきます。これらを活用することで、少ない人数でも同じパフォーマンスを発揮できて効率化が図れます。また、費用もなるべく抑える方向で進めていきたいと考えています。

○池端：今回は同時改定と言うことで、介護部門との連携の見直しについても素晴らしい点だと思います。老健局老人保健課の古元重和課長と緊密に連携して、介護保険施設と医療機関の連携を強化されましたね。要件化と加算を上手に組み合わせ、非常に効果的なテクニックだったと思います。



○眞鍋：ありがとうございます。具体的な設計については、医療課の職員が非常にうまく対応してくれたと思います。

古元課長とは2年違いです。彼は平成9年卒と年次が近いこともあり、何度か共に働いた経験があります。そのため、お互いの考えが大体わかりますし、意思疎通もしやすいと感じています。私たち医療課は老人保健課の意見を尊重し、彼らも医療課の意見をしっかり聴いてくれました。意見交換会の頃から協力体制を築いてきましたので、今回の連携に困難を感じることはありませんでした。項目や時期によって異なることはあったかもしれませんが、私としては特に問題なく進められました。

○池端：お互いに連携しなければならないという思いが、両課に共通してあったということですね。今後もさらなる連携を進めてほしいと思います。

### ■ 急性期医療の集約化を進める

○池端：今回の改定で特に強調したいポイントがあれば教えてください。

○眞鍋：日本の2040年やそれ以降を見据えたとき、サービス提供者の人的制約が出てくる状況に入ってきます。一方で、医療技術は必ず進歩します。その中で、国民皆保険のもと、国民がそれぞれ必要な医療にアクセスできる体制を守る必要があります。

特に急性期医療においては集約化が待ったなしだと感じています。集約化を進めることで、確かにアクセスが悪くなる場合がありますが、ドクターヘリなどの活用もあるでしょう。医療従事者の働き方改革や人材育成を進め、提供される医療の質を向上させる必要があります。

急性期充実体制加算や総合入院体制加算の診療報酬改定を見ていただければご理解いただけると思うのですが、私たちは日本の医療が危機に瀕しているという認識を持っています。強い危機感があります。だからこそ、集約化を進めなければならないと感じています。

総合入院体制加算や急性期充実体制加算については、手術件数を要件として厳しく設定しています。このようにして、急性期の患者が適切な病院に集ま

るようにしたいと考えています。ICUなども働き方に配慮しつつ対応できる環境を整えなければなりません。今後、急性期医療を集約化しなければ成り立たないと感じています。

○池端：課長のお考えはよく理解しましたし、日本の医療・看護の未来のために、それを実行しなければならないと思います。しかも、あまり時間がないということですね。

ただ、地方の小さな県では、乱立している公的病院が300床、400床くらいの規模で、この基準をクリアできない場合があります。地方の状況をもっと考えてほしいという声もあります。もちろん、私たちも真剣に受け止めなければならないと思います。公的病院が密集している地域では、病院をシャッフルし、適切に集約するなどのメリハリをつける必要があるということですね。

○眞鍋：そうです。高度な医療を提供する病院が、回復期や亜急性期の患者さんを受け入れる病院や地域包括ケアを実施していただける病院と連携することが重要です。

最初に上流をしっかりと集約化しなければならないというのが、今回の改定で私たちが強く感じていることです。だからこそ、各病院の立ち位置を早く決めていただきたいと思います。

○池端：総合入院体制加算、急性期充実体制加算、特定機能病院が純粋に高度急性期を担う形で、ほぼ決まりですよ。

○眞鍋：はい、そのようになっていく方向だと思います。総合入院体制加算と急性期充実体制加算を算定する医療機関に急性期医療はおそらく集約化されていくと思います。そして、集約化されない医療機関は次の役割をしっかりと考えなければならないでしょう。集約化が進めば、外科医のQOLも向上すると考えています。

### ■ 医療に生活の視点を

○池端：将来、日本の人口が減少する中で、急性期医療は集約化する。そろそろ、民間の「なんちゃって急性期」と言われるところも真剣に考えなければならない時期でしょう。その延長上で、日本の医療・

介護を含めた体制について、今後どうあるべきか、お聞かせください。

○眞鍋：重要なのは役割分担と連携です。毎回の改定で取り組んでいることですが、今後も続けていくしかないと思います。

医療・介護の将来像としては、やりがいのあるサービス分野なので、ぜひ皆さんにもやりがいを持って頑張っていたきたいと思っています。

○池端：今後、在宅医療のニーズがさらに高まりますが、医師の高齢化という問題が深刻化しています。在宅医療については今改定で適正化した部分もありますが、現時点でのお考えをお聞かせください。

○眞鍋：在宅医療については多くのことを考えなければなりません。とても難しいですね。日本全体の統計を見ると、在宅で亡くなる人の割合は増えています。

今回の改定の理念である「医療に生活の視点を」という観点からも、できるだけ自宅に近い場所で医療を受けられるようにすることが重要です。特に、通院が難しくなった場合には、在宅で最後まで希望に沿った医療を提供できる体制を整えることが必要です。

一方で、医師や看護師、介護スタッフなど、在宅医療を支える人材を確保し続けられるかどうかという大きな課題があります。今後も検討を続けていかなければならない重要な問題です。

○池端：限界集落のような場所で在宅医療を提供し続けることはほぼ不可能だと思います。在宅医療についても一定程度の集約化は必要でしょう。

○眞鍋：集住という選択肢もありますが、居住・移転の自由とも関わる問題ですので、地域のまちづくりや今後の方向性について、基礎自治体レベルで十分に検討していただく必要があります。

今回の改定で、ポジティブなメッセージとして掲げたのは「医療に生活の視点を」というテーマです。改定の一つの柱です。医療は生活を支えるサービスであり、介護も同様です。介護には医療の視点が必要です。このテーマを突き詰めて追求した改定だったと思います。

## ■ 私たちの思いが具現化された改定

○池端：今回の改定は、われわれにとって非常にメッ

セージ性が高く、私たちの思いが多く具現化された改定だったと思います。改めて、日本慢性期医療協会の会員である読者に向けて、明るいメッセージや期待を込めた発言をお願いします。

○眞鍋：日慢協は、先代の武久洋三会長の時代から、さらにはその前の日本療養病床協会の頃から、高齢化していく日本を見据え、患者さんを大切にする視点で活動してきたと思っています。特に、武久先生のリーダーシップは特筆すべきもので、「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」という考えはまさにその通りだと思います。その理念をブレークダウンすると、地域包括医療病棟やリハビリ・栄養・口腔の一体的推進になると思うのです。日慢協のこれまでの蓄積を踏まえ、今回の改定で多くの点を具現化することができました。これは日慢協の皆さんと一緒に取り組んだからこそ実現できたことだと思っています。

副会長の池端先生には、中医協や医療保険部会の委員として、また同時改定の意見交換会にもご参加いただき、本当に感謝しています。池端先生の発信されるメッセージには、ますます重みが増していくと思います。今後のご活躍と貴会の発展を心からお祈りしています。

○池端：大変もったいないお言葉をありがとうございます。眞鍋課長にはぜひ健康に気をつけていただき、頑張っていたきたいと思います。まだまだ長い厚労省での人生が続きますので、日本の医療の発展にご尽力いただければと思います。これからのますますのご活躍を祈念しつつ、このインタビューを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



対談を終えて（左）池端幸彦氏、（右）眞鍋馨氏



## 回復期リハビリテーション病棟での「さがみ神社」の 取り組みがもたらす影響

医療法人社団哺育会 さがみリハビリテーション病院（神奈川県相模原市）

リハビリテーション科 渡邊隼人

### 1. 当院概要

当院は神奈川県相模原市にある、130床の回復期リハビリテーション（以下、リハビリ）病棟を有する回復期リハビリ病院である（写真1）。かつては医療療養病棟を24床有していたが、2021年に全床回復期病棟へ移行している。また付帯施設として訪問看護ステーションや通所介護事業所、サービス付き高齢者住宅を有しており、地域に根差した「愛し愛される病院」を目標としている。リハビリスタッフは2024年4月時点で85名（理学療法士37名、作業療法士（以下、OT）33名、言語聴覚士15名）となっており、当院では回復期以外に外来と訪問でもリハビリを提供している。

当院では神奈川県各療法士会での活動も積極的に行なっている他、行政と連携した事業（短期集中予防サービスC等）にも取り組んでいる。また、入院・外来リハビリ内で机上検査に加えてドライブシミュレーターの活用や停止車両評価を含めた運転能力評価を中心とする自動車運転支援を行なっており、神奈川県警察や自動車教習所との連携にも力を入れている。



写真1 病院外観

### 2. 報告概要

当院では回復期・療養病棟に入院している患者全員を対象に、病棟単位での余暇活動「院内デイ」や小集団での作業活動や音楽療法士による音楽療法も活発に行なっていた。またリハビリ時間以外に季節感を感じることができるようなレクリエーションを、OTが中心となって多職種で企画・運営してきた。取り組み報告として挙げる「さがみ神社」はこの一環としてOTである筆者を中心に作製したもので、年末年始を病院で過ごすという状況の入院患者に少しでも正月感を感じていただきつつ、多くの日本人にとって特別な意味があると考えられる「初詣」ができる院内設置神社として、2014年から現在までほぼ継続して設置している。

コロナ禍以降はレクリエーションなどでの患者間の交流を抑え、敷地外訓練も行なえなくなるなど活動範囲も狭小化する中で、さがみ神社も一時的に中止せざるを得ない状況となった。しかし元々の企画内容に患者間交流がない事や病院としての理解・後押しもあり、「年末年始企画」として実施していたさがみ神社の設置は5類移行前に再開することができた。

今回、この「さがみ神社」作製における工夫や手作り神社が入院患者に及ぼす影響を、症例をふまえてOTの視点から報告する。

### 3. 「さがみ神社」の紹介

院内に設置するために作製した手作りの神社を、当院の名称をとって「さがみ神社」と呼んでいる。年末に機能訓練室（以下、リハビリ室）に設置することとし、1月中旬ごろまでの約2週間設置している。患者は基本的にはお一人でリハビリ室に来るこ



とができない為、リハビリ時間にリハビリスタッフか病棟スタッフと一緒に参拝する。参拝はほとんどの方が期間中に一回のみ行なうが、患者によってはリハビリの度や毎日参拝される方もいる。なお、さがみ神社には神様の御神体は入っていない。

現在のさがみ神社を構成する物はリハビリ室前の鳥居（写真2）、リハビリ室内の向拝柱（賽銭箱周辺の恒を支える柱：写真3）・扉を模した障子・賽銭箱・鈴・おみくじ筒・小物となっている（写真4・5）。鳥居にはさがみ神社の象徴となる神額を設置しており、木板の土台に紙粘土で加工した額縁・文字を組み合わせ、立体感を出している。扉として設置している障子の絵は毎年干支に合わせて描いた絵を貼っている。賽銭箱には手作りの紙製五円玉を入れる。おみくじ筒には手作りのおみくじを入れており、参拝した患者が自由にひくことができる。大吉4種類・吉2種類・中吉2種類で構成されており、引く楽しみとするためにも必ずしも大吉が出るとは限らないように準備している。おみくじは持ち帰る

こともできるが、おみくじかけにかけられることもできる。また同じリハビリ室内に絵馬も用意しており、書いた絵馬は持ち帰ってベッドサイドや車椅子にかけて飾られる。他にも、正月ということで年末から院内専用年賀状を作成できるように準備している。患者からご家族や患者同士・スタッフなどで送り合っており、元日にリハビリスタッフが対象の方に届けている。

鳥居は、作製当初は壁紙を傷つけないように養生テープを使用して塗装した段ボールを壁に貼り付けていたが剥がれ落ちやすく、元日から度々修復作業に追われた。そのため試行錯誤を重ね、実際の鳥居の形や質感に近づけるために建築資材のボイド管を複数サイズ使用し、見栄え・軽さ・強度を兼ね備えた現在の形を完成形とした。また、天井までの高さの影響で内側の高さが170cm程度しか確保できていないが、横幅は自走する車椅子でも通ることができるように設計した。倒壊に対しても、土台を重量のある木材で作製することで安全性に配慮している。加えて、設置期間以外に収納する場所が限られ



写真2 鳥居・神額



写真4 賽銭箱・賽銭



写真3 向拝



写真5 神社小物

ているため、可能な限り小さく分解が可能な設計にした。鳥居の作製方法に関しては神奈川県作業療法士会内の当院ブログ「つぶやき show !!」に掲載しているの、ご興味があれば確認いただきたい。

## 4. レクリエーションとしての取り組み

初詣という作業（活動）は個人での活動であり、患者が全く参加しない形で設置された神社に初詣をするだけではレクリエーションの一環とは呼べないと考えたことから、さがみ神社には患者が作製したその年ごとの作品も取り入れてきた。障子の張り紙の装飾を患者に行なっていただいたり、熊手などの小物を患者が作製したものを使用することで、患者も参加できる要素を作っている。

当初、さがみ神社では「実際の初詣」をいかに再現するかを重視しており、企画内でのリハビリ的な運動・精神賦活の要素は想定していなかった。しかし OT の視点から初詣の動作に着目すると、座位・立位保持能力や移動能力だけでなくおみくじを聞く・絵馬を書く中での手指巧緻性・書字能力なども必要であり、粗大から巧緻まで幅広い運動要素が含まれている。加えて参拝の話題を想起することには、日付を主とした見当識や記憶等の認知機能の賦活要素も含まれている。さがみ神社は患者がどんな移動手段・能力でも使用できるよう配慮して作製しており、参拝も概ね一般的な作法と同一となっている。その為、初詣に誘導するスタッフが患者に合わせて動作を促すことで、元々の運動・精神賦活要素を活かしリハビリに活用することができる。

## 5. アンケートの概要と結果

さがみ神社が患者に及ぼす影響や効果を確認するために、2023 年にアンケート調査<sup>1)</sup>を行なった。対象患者はさがみ神社を利用した患者とし、誘導したスタッフが患者名を記録用紙に記録しておきアンケート用紙を配布・

回収した（以下、患者用アンケート）。また 2023 年 1 月時点で回復期部署に所属しているリハビリスタッフにも、同様のアンケートを実施（以下、職員用アンケート）した。アンケートに関しては患者用・職員用ともに書面にて概要を説明し、同意を得ている。

患者用アンケートでは、宗教観や元々の初詣への認識からさがみ神社の利用状況・感想等を聴取した。職員用でも同様に宗教観や元々の初詣への認識を伺いつつ、患者に対し訓練の中でどのような目的を持ってさがみ神社を利用したかを聴取した。

患者用アンケートは 27 名から回答を得られた。回答いただいた方は元々信仰等は無いものの神社へはお祭り等の様々な理由で行くことが多くあり、初詣も半数以上の方が行っていた。そんな中でさがみ神社へはスタッフの誘導で行った方がほとんどで、自分の健康や家族のことを祈った方が多かった。また、「正月感を感じた」「楽しかった」などの感想が多く、利用後に患者間やスタッフとの話題としても挙げられていたと回答された（図 1・2）。

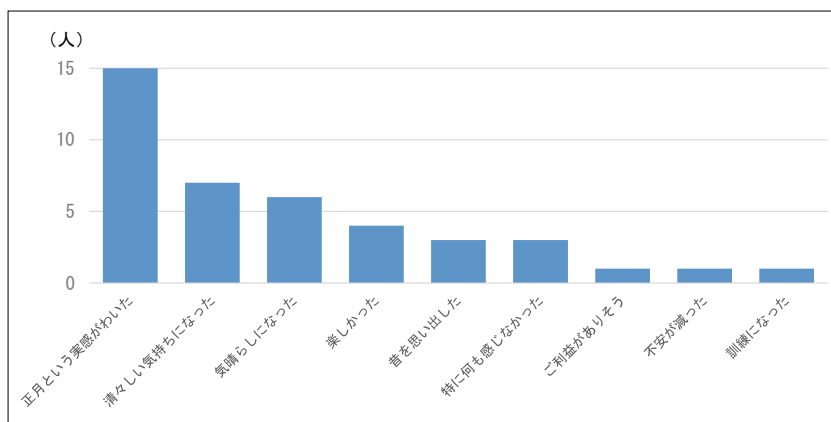


図 1 お参りしてどうだったか

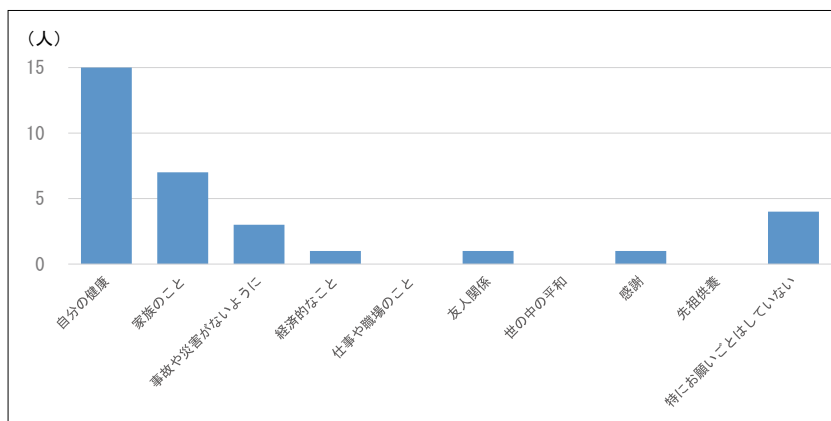


図 2 何かお願い事をしたか

職員用アンケートは57名から回答が得られた。職員用も同様に元々信仰等は無い方が多く、神社へはお祭り等の様々な理由で行き初詣も半数以上の方が行っていた。リハビリでさがみ神社を利用した場合に立位や歩行訓練、見当識・記憶入力、季節感・気分転換・楽しみなどを目的にしていることが多かった。

## 6. 事例紹介

さがみ神社を利用した患者の中で、スタッフから報告の挙がったさがみ神社の有用性を感じた事例を2名挙げる。

A氏(80歳代, 女性)は腰椎圧迫骨折で当院に入院されており、近所の神社での初詣が毎年の恒例行事になっていた方であった。今回の受傷により年末年始を病院で過ごすということになり、気分の落ち込みから悲観的な発言が多くなっており、リハビリ中も積極的な活動ができないまま年末を迎えていた。しかし、さがみ神社が設置されてからは「神社ができるのね」と元日を楽しみにしているような発言が増え、元日に初詣をした際には「入院中に初詣ができるなんて」と笑顔になり、以降のリハビリにも積極性が増し自宅へ退院されている。

B氏(80歳代, 女性)は脳梗塞で右片麻痺を呈しており、車椅子に乗車はできるものの日常生活動作に全介助を要している。リハビリ時に車椅子乗車をして刺激入力をするも閉眼したままのことが多く、ご本人が意欲的に何か活動をされることが少ない状態であった。しかし元日以降のリハビリで鳥居がある事をスタッフが伝えると開眼され「立派に作られた神社だ」と喜んでいただき、介助は必要だったものの鈴を鳴らすためや賽銭箱に五円玉を入れるためにご自身から手を伸ばす場面がみられた。記憶には保持されにくかったものの、その後もさがみ神社を撤去するまで毎日のように真剣にお祈りされた。

患者だけでなくリハビリスタッフや看護師からも「正月になった気がする」と声をかけてもらえることがあり、毎年さがみ神社のおみくじを楽しみにしている方もいる。年末年始に勤務に当たるスタッフ

にとっても、さがみ神社が正月の象徴として意味のある存在となっていると考えられる。

## 7. まとめ

初詣は設置期間も短期間であり活動の特性上複数回実施する方も少ない活動であるため、身体機能・日常生活活動や机上検査の結果などに直接的に影響を及ぼすものではないかもしれない。しかし金田<sup>2)</sup>が「特設神社という装置が障害を持った高齢者の身体機能、認知機能、精神機能の維持、生活の質の向上に役割を果たしている」と述べているように、さがみ神社での初詣でも患者の心理面の変化から運動機会や離床機会の増加に繋がり、最終的には身体機能や日常生活活動能力の向上から生活の質向上へと繋がっていく可能性があることが示唆されている。

初詣という行為・イベントは日本人にとってなじみが深いですが、入院中に正月を過ごす患者には特に実施が難しいものである。OTが専門性を活かして院内に神社を作製することで、どんな疾患であっても「初詣ができる」体験につなげることができ、初詣が患者に様々な効果をもたらす可能性があることが分かった。退院へ向けてリハビリにより前向きになっていただけるよう、「さがみ神社」で行なう初詣を今後も継続していきたい。

## 8. 倫理的配慮, 説明と同意

本報告のアンケート調査に関しては「さがみリハビリテーション病院 倫理審査委員会」及び「京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院医の倫理委員会(承認番号:R3519)」の承認を得ている。

### 【引用】

- 1) 渡邊隼人, 金田伊代:「院内特別設置神社『さがみ神社』が入院患者様に与える影響」日本慢性期医療協会, 第31回日本慢性期医療学会, 大阪国際会議場(大阪府大阪市) 2023. 10. 19
- 2) 金田伊代:「高齢者施設内特別設置(特設)神社の意義と役割」宗教と社会貢献, 2020. 10(2), p1-26



## 多職種による転倒転落リスク軽減に向けての取り組み

医療法人誠仁会 尾野病院（青森県つがる市）

看護師 土岐慶子, 桑村美千代 理学療法士 幡野克仁

リスクマネージャー 佐々木春子 医師 一戸淳

### 1. 病院の概要

当院は青森県つがる市に昭和11年に開院し、現在は療養病床43床、介護医療院222床を運営し地域の慢性期医療を担っている(写真1)。

病院の理念を「常に患者の心に寄り添いまごころと思いやりの精神で地域医療の充実を目指す」と掲げ、長期にわたる療養を必要とする患者様入居者様（以下患者）に対し、安心して治療療養できる場所であることを第一に考え、職員一同日々奮闘している。



写真1 医療法人誠仁会尾野病院

### 2. はじめに

当院は、患者の尊厳を守り、動きを妨げないようにするため、体幹ベルトや抑制帯による拘束はしていない。転倒転落防止策として、患者の行動を察知するために離床センサーやセンサーマットを使用している。また、転倒転落しても衝撃を軽減するため、ベッドを低床にしたり衝撃吸収マットをベッド横に敷く対応をしている。しかし、動きを制限しないことにより転倒転落リスクは常に隣りあわせになっている。

高齢者施設において、転倒転落は骨折や外傷などの重大な障害を招く恐れがある。患者の身体安全のためリスクを可能な限り回避、減少させることが重要である。そのために患者一人ひとりの転倒転落リスクを適切にアセスメントすることが必要である。

当院では転倒転落リスクを把握するため転倒転落アセスメントスコアシート（以下旧スコアシート）(図1)を活用し、危険度をⅠからⅢの3段階で判定していた。しかし、実際の患者の状況と危険度が一致しにくく適切な判定といえないことが見受けられた。また危険度を出し

転倒転落アセスメント・スコアシート

分類	特徴	評価スコア	患者評価					
			入院時	✓	✓	✓	✓	✓
A 年齢	70歳以上、9歳以下	2						
B 既往歴	転倒転落をしたことがある	2						
	失神したことがある	2						
C 感覚	視力障害がある、聴力障害がある	1						
	どちらか該当							
D 機能障害	麻痺がある、しびれ感がある	3						
	骨、関節に異常がある(拘縮、変形)	どれか該当						
E 活動領域	足腰の弱り、筋力の低下がある	3						
	車椅子・杖・歩行器を使用している							
	移動に介助が必要である							
F 認知力	ふらつきがある	4						
	寝たきりの状態である							
	見当識障害、意識混濁、混乱がある							
	認知症がある							
G 薬剤	判断力、理解力の低下がある	それぞれ1						
	不穏行動がある							
	記憶力の低下があり、再学習が困難である							
	□鎮痛剤 □麻薬剤 □睡眠安定剤							
E 排泄	□抗パーキンソン剤 □降圧利尿剤	それぞれ2						
	□洗腸緩下剤 □化学療法							
	□尿、便失禁がある □頻尿がある							
	□トイレ介助が必要 □尿道カテーテル留置							
	□夜間トイレに行く □トイレまで距離がある							
合計								
危険度								

<input type="checkbox"/> 危険度Ⅰ(0~5点) 転倒転落を起こす可能性がある	<input type="checkbox"/> 危険度Ⅱ(6~15点) 転倒転落を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 危険度Ⅲ(16点以上) 転倒転落をよく起こす
---	---	--

図1 旧転倒転落アセスメントスコアシート

でも、それに反映されたリスク管理を行えておらず、転倒後に急遽対策をすることもあった。そのような状況を改善するため多職種で小委員会を立ち上げ、旧スコアシートの改定ならびに転倒転落フローチャートの作成を行った。その取り組みについて報告する。

### 3. 転倒転落アセスメントスコアシート改定の取り組み

旧スコアシートは、点数がつきやすい構造であり、危険度と患者状況が合致しておらず、危険度Ⅰに当てはまる患者が一人も出ない判定結果となっていた。四肢麻痺や強い四肢拘縮がある患者やJCS 200～300でベッド上四肢を動かさず体動困難な患者であっても危険度ⅡやⅢになっていた。また、頻回な柵外しや実際に転倒歴がある患者でも危険度Ⅱになることも見受けられた。その理由として、設問数の少なさから患者の心身機能に差がある場合でも、同じような評価となっていたためと考えられる。

評価と現状の不一致の具体的な理由としては、旧シート分類（図1）において、

**A 年齢：**当院患者は平均年齢 81 歳であり、ほとんどの患者が該当することになり点数が入る

**D 機能障害：**麻痺や拘縮があれば、ベッド上体動困難でも歩行できる状態でも、部位程度に関係なく同じ点数が入る

**E 活動領域：**足腰が弱い車椅子や杖を使用すれば歩行できる患者から、寝たきり状態の患者と動きに大きな差があっても同じ点数が入る

**F 認知力：**ADL 低下などに伴い問題行動がなくなっても、認知症の既往があるだけで問題行動の有無に関係なく点数が入る

**E 排泄：**尿便意なくおむつ使用であっても、トイレに行き自力で排泄できている患者でも同じ点数が入ることがあげられた。

現状と危険度が一致せず危険度を把握しづらいため、改善の必要性を感じ、R5 年2月に医師、看護師、リスクマネージャー、理学療法士による転倒転落アセスメントスコアシート改定小委員会を立ち上げた。

心身機能などを総合的に判断し、多角的な視点から専門的な意見を踏まえ修正改善を行った。修正後のスコアシートをスタッフに使用してもらい意見を聴取し、さらに修正を繰り返し、R5 年6月より新しいスコアシート（以下新スコアシート）の運用を開始した（図2）。

医療法人 誠仁会 尾野病院 医療安全委員会 2023年作成		令和 年					
転倒転落アセスメントスコアシート							
□1F □2北 □2南 □3北 □3南 氏名: _____							
※各分類で1つ以上チェックがあれば評価スコアの点数となる。							
以下に該当する人は除外する(いずれかひとつでも該当すれば緑色の項目はチェックしない)							
1:意識レベルJCSⅢ200—300							
2:障害者日常生活自立度C2かつ、ベッド上の体動と四肢の挙上(柵以上)が困難である場合							
※自力で柵を把持する、ゆらす、持ち上げる等の行為をする人は除外しない。(上肢、下肢関係なく)							
分類	特徴	評価スコア	患者評価				
			入院時	1週間後	1か月後	3か月後	3か月後
上記に該当する人は除外(ノーチェック)							
認識力	不穏行動がある 判断力・理解力・記憶力の低下がある	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤	以下の薬剤のうち1つ以上使用している 睡眠安定剤・鎮痛鎮静剤・麻薬・下剤 降圧剤・利尿剤・抗パーキンソン剤	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者特徴	ナースコールを押さないで行動しがちである ナースコールを認識できない・使えない	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	目立った行動を起こしている(落ち着かない等) 何事も自分で行うとする	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状	環境変化(入院・入所生活など)に慣れていない	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38℃以上の熱がある 立ちくらみなど(起立性低血圧)を起こしやすい 浮腫がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リハビリ	ベッド上動作、歩行、ADL練習中である	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往歴	転倒・転落したことがある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚	平衡感覚障害がある	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	聴力障害がある 視力障害がある	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能障害	足腰の弱り、筋力の低下がある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	麻痺・痺れがある 骨・関節異常がある(拘縮・変形)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動領域	ふらつきがある	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車椅子・杖・歩行器を使用している	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自由に動ける	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	移動に介助が必要である(ストレッチャー含む)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排泄(尿・便失禁など)に対して訴えが頻回にある(1時間に1回以上)	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレまで距離がある 夜間トイレに行くことが多い(3回以上)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ポータブルトイレ・尿器を使用している 車椅子でトイレを使用している	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膀胱内留置カテーテルを使用している 排泄には介助が必要である(おむつ・ストーマ含む)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
危険度Ⅲ: 21～40点・・・転倒・転落をよく起こす 危険度Ⅱ: 11～20点・・・転倒・転落を起こしやすい 危険度Ⅰ: 1～10点・・・転倒・転落する可能性がある		合計					
		危険度					
		評価者					

図2 新転倒転落アセスメントスコアシート

大きく変えた部分は、JCS 200～300の患者、障害者日常生活自立度C2でなおかつベッド上の体動と四肢の挙上（柵以上）が困難な患者は、新スコアシートの緑色にしている項目は評価する必要性がないと判断し、評価を除外することにしたことである。また、新スコアシートに載っている特徴の内容を、患者の心身の状態によって分け、評価スコアの点数配分もその特徴に合わせ設定した。そうすることでより現状に合う評価に近づいたのではないかと考える。R6年3月に再評価し、新たに修正した評価シートを4月より運用している。

今後もスタッフの意見を聞き、危険度と転倒転落状況を比較考察し、より患者状況に合ったスコアシートを構築するため評価改善を繰り返していくつもりである。

#### 4. 現在の運営状況

新しい評価で運用を開始してから約1年となる。旧スコアシートでは、危険度Ⅰが0%、危険度Ⅱが56%、危険度Ⅲが44%だったのに対し、新スコアシートではR6年3月時点で危険度Ⅰが30%、危険度Ⅱが53%、危険度Ⅲが17%になっている（図3）。スコアシート変更後具体的な事例として、頻回にベッドから足を下ろし転倒歴がある患者がⅡからⅢになった。また重度の四肢拘縮がありベッド上体動困難の患者がⅢからⅠになった（図4）。

新スコアシート使用開始後R5年6月からR6年

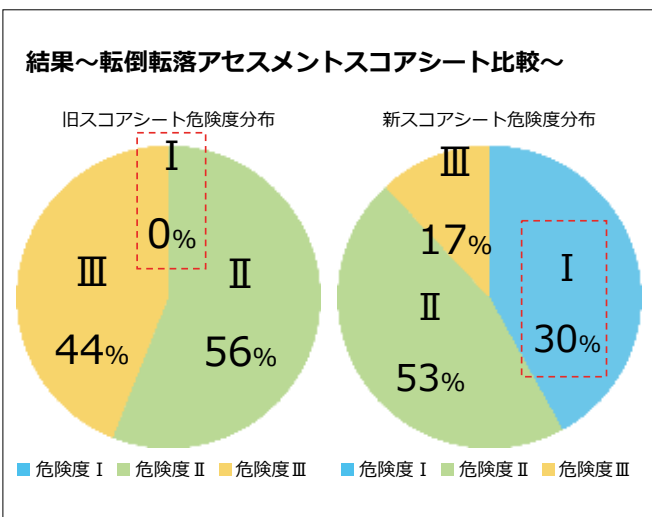


図3 新・旧スコアシート比較

事例1	85歳 男性 介護度4 高齢者の日常生活自立度B2 転倒歴あり 柵につかまり足を下ろす事がある	旧スコアシート 14点 危険度Ⅱ	➡	新スコアシート 21点 危険度Ⅲ
事例2	89歳 女性 介護度5 高齢者の日常生活自立度C2 四肢の拘縮重度であり自力体動困難 発語なく意思疎通困難	旧スコアシート 17点 危険度Ⅲ	➡	新スコアシート 5点 危険度Ⅰ

図4 新・旧スコアシート比較の事例

3月までに起きた転倒転落の件数は41件で、危険度Ⅰが0件、危険度Ⅱが28件、危険度Ⅲが13件になっている。この結果から新スコアシートの方が実情に合っているとと思われるが、更に現状と合うように追求していくつもりである。

#### 5. 転倒転落フローチャート

新スコアシートで危険度を割り出すことで、より実情に合った転倒転落リスクを出せるようになったと考える。更にその結果をそれぞれの患者の具体的な対応策として反映させるべきと考えた。そこでスコアシートの危険度と連動させたベッド周りの環境の対応をフローチャート化する事にした（図5）。

危険度Ⅰの場合、また危険度Ⅱでも認知機能に問題がない場合はベッド柵2本にした。危険度Ⅱで認知症を有する場合は立位、歩行可能、座位保持可能、ベッド上と分けそれぞれ対策を考えた。危険度Ⅲは危険度がより高いため、4本柵、低床に加えてさらに外傷予防グッズを個人の特徴に合わせ適宜使用することにした。危険度Ⅱでも患者の状況によっては、フローチャートの設定に外傷予防グッズを適宜合わせることにした。ベッドの設定に関しては、入院初日より看護師、介護士、リハビリスタッフの多職種で意見を出し合い初期設定し、1週間後、1か月後、その後は3か月ごとにスコアシートで評価し、状態変化がある時はフローチャートを参考に設定し直すことにした。このフローチャートはR6年4月より運用を開始している。スタッフの意見と現状を見極めながら評価改善を繰り返すことにしている。



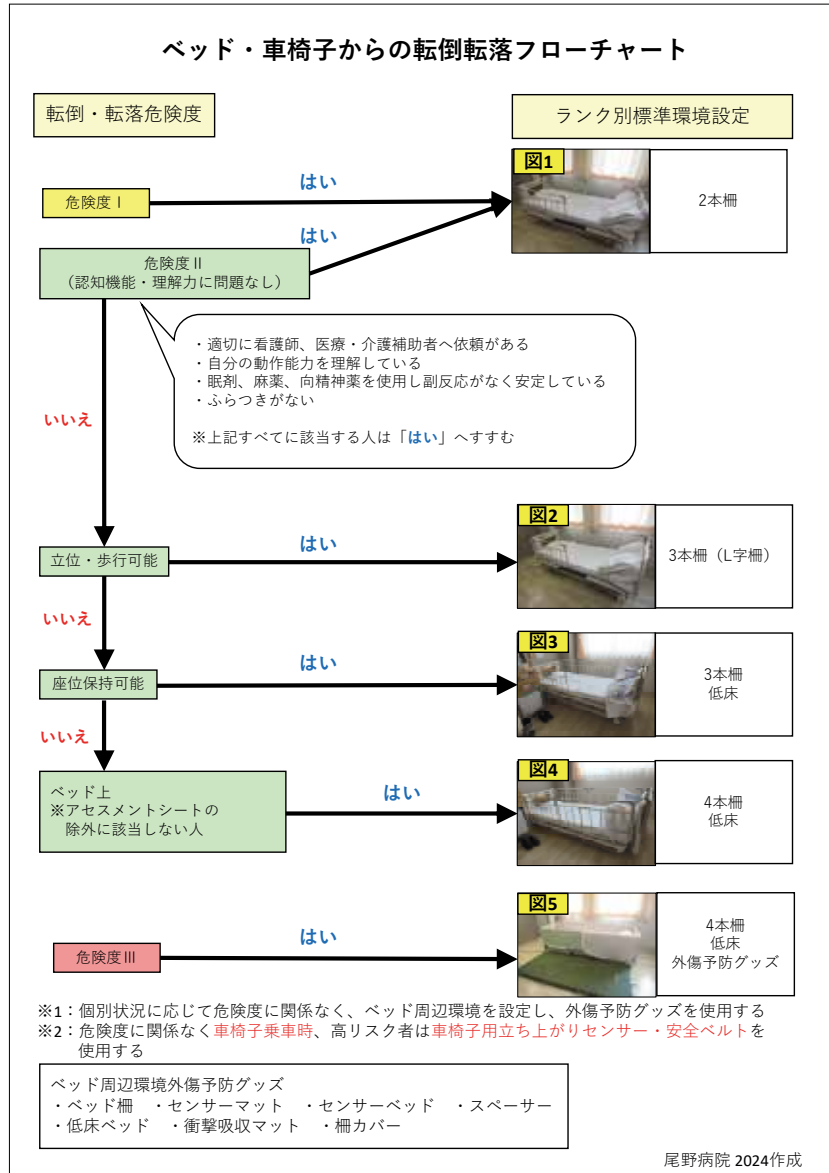


図5 転倒転落フローチャート

## 6. まとめ

R5 年度より小委員会を立ち上げ、個々の身体状況や危険要因をアセスメントし、より実情に合った危険度を見極めるため新スコアシートを改定した。まだ改善の余地があるが、患者状況に合った危険度を割り出せるようになったと考える。また、転倒転落を未然に防ぐためのツールとしてフローチャートの作成に取り組んだ。まだ運用開始して間もないが、今後の転倒転落防止に役立つと期待している。

転倒転落による事故は、医療機関にとっても患者

にとっても重要な問題である。受傷により ADL が低下し、今後の生活に大きな影響を及ぼす。転倒転落を全て防ぐことは不可能だが、いろいろな対策やシステムを作りリスク管理を行うことで、少しでも転倒転落を減らすことや外傷を防ぐことは可能であると考えられる。そのためには多職種で共通した認識と情報を持ち、協力してケアにあたるのが不可欠であり、各専門職が一体となりリスクを共有し、同じ目線で継続的に予防に取り組んでいくことが重要であると考えられる。



## 医療療養病棟において 多職種で「身体拘束見直し活動」の取り組みを行って

医療法人社団八洲会 袋井みつかわ病院（静岡県袋井市）

認知症看護認定看護師 井口勝枝

### 1. 当院の紹介

静岡県西部に位置する袋井市は温暖な気候のため、平地では田園地帯が広がり、米や茶、温室クランメロンの栽培が盛んである。北は遠州三山、南には遠州灘があり美しい自然環境に恵まれている。また、江戸時代においては、東海道五十三次の27番目のど真ん中の宿場町として栄えた。この袋井市に1995年、地域に根差した医療・介護・福祉を提供し、地域に貢献することを目的に当院は開設された。現在は一般外来と入院施設の医療療養病床(159床)、介護医療院(101床)合わせて260床を運営している。病院理念は“愛される病院”「困った人・病んでいる人に真心こもる奉仕」「地域住民・地域医療機関に密着した医療」「何人も平等に医療を受けられる病院」である。

急性期の治療を終えられた後も医療行為の継続が必要な患者、脳血管障害で後遺症が残り、在宅に向けてリハビリテーションの継続が必要な患者、また、要介護度が重度で自宅療養が困難な患者などに加え、認知症ケア、癌末期の緩和ケアなど様々な病態の患者が well-being を目指し、その人らしく安

心して生活できるケアを提供すべく、多職種が連携・協働し、日々奮闘している。

### 2. はじめに

「身体拘束」を行うことは人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のQOL(生活の質)は低下し、生きる意欲の喪失を招く。また身体拘束をされている患者の姿を見た家族の精神的苦痛や罪悪感、拘束を行う職員のジレンマやモチベーションの低下といった弊害が引き起こされる。

身体拘束はしたくないという思いはあるが、急性期病院からの身体拘束は継続され、インシデントを発生させたくない、業務多忙、マンパワー不足で常に看守することができないなどを理由に、経鼻経管栄養を受ける患者に対し、ミトン型手袋を用いた身体拘束は常態化し解除には至らなかった。そのため本来動いていた手指は拘縮・変形し清潔が保たれないといった弊害が起きていた。また、経鼻経管栄養チューブの固定テープは次回のチューブ交換日まで貼られ続け、剥がれかかっているにもかかわらずテープを重ねて貼るといったことが起きていた。

### 3. 「身体拘束見直し活動」に至るまでの経緯

院内では身体拘束廃止検討委員会を月1回開催し、身体拘束解除への検討会を行っている。また、院内研修会を開催し身体拘束の体験を行い、身体拘束廃止への意識を高める取り組みを行った。しかし、身体拘束者の大半を占める経鼻経管栄養を受ける患者のミトン型手袋の減少には至らず苦慮していた。

当院の医療療養病棟では、入院患者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上が8割を越える。また、脳血管障害、認知症から経口摂取が困難とな



写真1 医療法人社団八洲会袋井みつかわ病院

り、経管栄養を受けている患者が2割前後を占めている。認知機能の低下から経管栄養の必要性の理解は困難な状態であり、経鼻経管栄養チューブの自己抜去が起きていた。

そこで、認知症や認知機能が低下した患者が、その人らしく尊厳のある生活を送り、安全に身体拘束を行うことなく経鼻経管栄養の投与を受けることを目的に、常態化しているミトン型手袋を今一度見直す必要があると考え、身体拘束者数ゼロを目指し、多職種で連携・協働し「身体拘束見直し活動」の取り組みを行った。

#### 4. 「身体拘束見直し活動」の取り組み(図1)

身体拘束見直し活動をSTEP 1, STEP 2と2段階に分けて取り組みを行った。

##### 【STEP 1】

月曜日から金曜日の終日、ミトン型手袋廃止

2021年1月8日から1か月間施行

##### 【STEP 2】

2021年2月13日からミトン型手袋全面廃止

#### 5. 多職種連携・協働(図2)

##### 【医師】

週末、病棟医師が不在のため、経鼻経管栄養チューブの自己抜去時に備え、インスリン投与患者に対し事前指示を出している。

##### 【看護師】

経鼻経管栄養チューブの固定テープ体験を行い、身体拘束

束をされている患者やその姿を見た家族の思いを推察している。

経管栄養注入時に経鼻経管栄養チューブの抜去が起きないように、車椅子離床した患者を看護師同士でコミュニケーションを取りながら、交代で看守る時間を確保するための業務改善を行った。ただ見るのではなく手と目を使って見る関わり(看守り)をすることで、患者を観察し理解する時間を作っている。

経鼻経管栄養チューブの自己抜去時はSOAPで記録を行い、自己抜去が起きた時の患者の様子、チュー

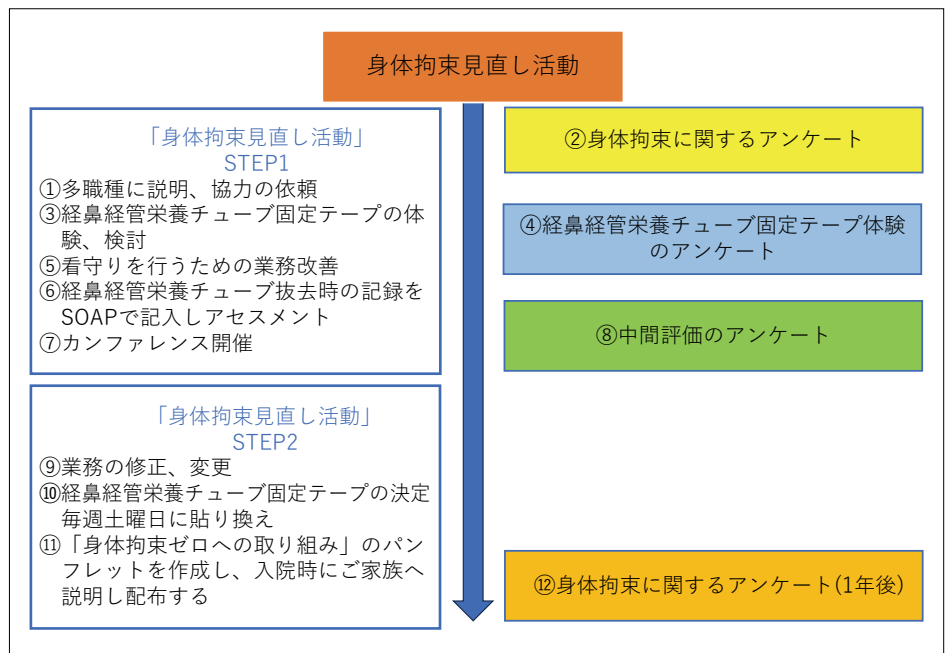


図1 身体拘束見直し活動の流れ



図2 多職種連携・協働



ブの固定位置、身体症状（排便コントロール、発熱、掻痒感、疼痛等）、睡眠・覚醒リズム、室温、湿度などの情報収集を行い、アセスメントを行っている。その記録を基に多職種でカンファレンスを開催している。

### 【理学療法士】

車椅子離床を行うために、機能訓練や移乗動作の指導を行っている。経口摂取をする患者と同様、経管栄養を受ける患者も日中、車椅子離床をしている。それは、覚醒を促し、夜間の十分な睡眠時間の確保、生活リズム調整となり、職員が看守りをしやすい環境作りにも繋がっている。

### 【作業療法士】

患者の能力を最大限に活かせるように車椅子のシーティングを行っている。シーティングにより座位姿勢が安定することで、安全かつ快適に過ごすことができている。日中車椅子に離床し、活動的に過ごすことで生活リズムが整うように関わっている。

### 【言語聴覚士】

常にどうしたら口から食べることができるのかとの視点を持って、嚥下評価と訓練を実施している。可能な限り早期に必要な栄養量が経口摂取できるように、姿勢や食形態、食事介助の方法など多職種の意見を積極的に取り入れながら機能訓練を行っている。また、誤嚥リスクに対しては嚥下造影検査を実施し、安全性にも十分留意している。

### 【介護士】

理学療法士の指導のもと車椅子離床を行い、作業療法士の設定したシーティングを守ることで患者を安全に車椅子に移乗し、安楽な姿勢で経管栄養を受けることができるよう取り組んでいる。

### 【歯科衛生士】

当院の歯科衛生士業務は多岐にわたる。口腔トラブルの早期発見、患者一人一人の口腔内の評価、それを基に職員への指導を行い、患者に合わせた口腔

ケアを提供している。適切な口腔ケアを行うことは、口腔内を清潔に保ち、口腔機能の維持向上となり、誤嚥性肺炎の予防になっている。これらは経口摂取に移行する準備となっている。

### 【管理栄養士】

患者の体格、活動量から適切な提供カロリーを算出し、食事内容の提案を行っている。経鼻経管栄養チューブを自己抜去してしまうケースでは、摂取カロリーが安定せず、栄養状態に影響を及ぼす場合があるため、栄養状態の推移を注視し、必要に応じ提供栄養量を再検討することで低栄養を予防し、経口摂取への移行に繋げている。

### 【放射線技師】

週末不在のため、胃液確認ができない患者は、週明け速やかにX線撮影を行っている。

## 6. 身体拘束見直し活動で行ったアンケート結果

### 【活動前（一部抜粋）】

- ・その人らしさが拘束すると失われている。身体拘束は自分達の業務の円滑化としか考えていない。身体拘束ゼロに向けて出来ないのではなく、出来るように一人一人が考えを改め見直していく必要がある。
- ・正直、自分だったら苦痛でしかないと思う。痒いところもかけないなんて地獄でしかない。自由を奪われることは自分の尊厳を否定されること。

### 【経鼻経管栄養チューブ固定テープ体験（一部抜粋）】

- ・人から見られた時の羞恥心を感じた。また、べたつきの不快感や剥がす時の痛みがあった。自分だったら貼られたくない。
- ・負担の少ないテープの選択、固定方法を考えていかなければならない。

### 【中間評価（一部抜粋）】

- ・車椅子離床することによって看守りができ、リハビリや刺激になって良いと思った。

- ・ 看守りの時、患者の手が鼻に向かったが鼻を掻いただけだった。痒いと思ったら掻く、あたり前のことができなくなる拘束は必要ないと思う。
- ・ 拘束するのがあたり前になっていた。取り組みを行い職員の中で意識の変化が現れている。

【1年後（一部抜粋）】

- ・ 患者の行動や様子を観察することで、何を考え、どういう思いでそのような行動をとったのか深く考えるようになった。患者を理解しようと職員の意識が少しずつ変わってきていると思う。
- ・ 身体拘束の数は圧倒的に減少した。病棟では危険行動がある患者も身体拘束ではなく、他のケアで対応できないかカンファレンスを開催して対応してきた。ミトン型手袋をすることで落ち着きがなくなる患者がいることも実感できた。

7. 「身体拘束見直し活動」の考察と結果

減少しない身体拘束をなんとかしたいという思いから、多職種へ向け「身体拘束見直し活動」の目的や取り組み方法を説明し協力を仰いだことによって、身体拘束見直しに向け共通理解が得られたと考える。

経鼻経管栄養チューブ固定テープの患者体験、車椅子離床を行い看守りのもと注入を行う業務改善、抜去時の記録の統一、記録を基にカンファレンスの開催と、多職種で連携・協働を行うことで、患者の視点に立って考える意識の変化が生まれ、安全な経

管栄養の投与が可能となり、身体拘束者数はゼロになった（図3）。「患者にとっての安心・安全な医療とは、医療者の業務を優先して身体拘束をすることではない。患者の立場から医療のあり方を考え、尊厳を守る医療の提供方法を考えることが重要である」と鈴木みずえ氏らは言っている。<sup>1)</sup>

今回の「身体拘束見直し活動」では、多職種が連携・協働することによって、ミトン型手袋を外すことだけに留まらず、多職種の専門性を発揮することによって、患者の覚醒状態は向上し、廃用症候群の予防、耐久性向上、筋力維持・増強に繋がったと考える。また、日々の丁寧なケアと機能訓練の継続、適時・適切な栄養調整、清潔な口腔環境は、誤嚥性肺炎の予防になるとともに、経口摂取移行の可能性に繋がることが推測される。

8. 終わりに

「身体拘束見直し活動」の成功体験や失敗体験の経験を活かし、多職種で専門性を持ち寄り、患者の体験していることに思いを寄せ、試行錯誤し、患者がその人らしく尊厳のある生活を送れるよう、多職種連携・協働していくことを続けていきたい。

【参考文献】

- 1) 鈴木みずえ，黒川美知代編集：認知症 plus 身体拘束予防 ケアをみつめ直し，抑制に頼らない看護の実践へ



図3 身体拘束者数



## 陰部清拭の新たな取り組み

医療法人錦会 上曽根病院（福岡県北九州市小倉南区）

病院長 角谷千登士 看護師 古後稔枝, 坂口陽子, 尾田真由子, 神垣麻依,  
森岡久美子, 角谷康恵 医師 青木信之, 北川雄大 理事長 西内哲教

### 1. はじめに

当病院グループは福岡県北九州市内に小倉中井病院（一般 58 床, 療養 107 床, 介護医療院 105 床）、門司田野浦病院（精神 384 床, 介護医療院 95 床）、陽光園（特養 110 床）、当院上曽根病院（療養 136 床）から成り立っている。

### 2. 当院の紹介

平成 15 年 2 月に上曽根病院は北九州市小倉南区に開院, 現在 136 床の療養型病院として診療を行っている（写真 1）。病院の理念として「**患者様も職員も心なごむ病院**」を掲げている。入院患者は近隣の基幹病院からの紹介が半数を占め, 他は近隣の開業医さんからの紹介と当院外来経由である。癌末期の患者も多く, 緩和ケアに力を入れている。また当院は産業医科大学脳神経外科の関連病院として, 脳腫瘍等の患者の化学療法も行っている。新しく発売された認知症治療薬レカネマブ（レケンビ）投与の施設基準を満たしており, 近日中に投与を行う予定にしている。



写真 1 上曽根病院外観

当院開院当初, 医師, 看護師も含め大部分の職員は療養型病院の勤務経験がなく, 自分たちの診療レベルがとても心細いものであった。そこで日本慢性期医療協会に入会させていただき勉強を積まないといけないと考え, 医師, 看護師ともに学会に参加して知識を増やすとともに, 学会で発表することにも心がけるようになった。昨年の学会での発表を中心に報告する。

### 3. 拭き取りクリームを使用した陰部清拭の新たな取り組み

#### (1) 目的

当院では高齢で寝たきりの患者が 9 割を占め, 24 時間オムツ着用により, IAD（失禁関連皮膚炎 Incontinence Associated Dermatitis）を起しやすい状況にある。今回我々は, 拭き取りクリームを導入したことにより, 微温湯での陰部洗浄と拭き取りクリームでの陰部清拭を比較し, IAD 発生の減少と, 業務負担の軽減について検討を行った（表 1）。

#### 目的

拭き取りクリームでの陰部清拭は

IAD発生の減少  
業務負担の軽減 につながるか

表 1

#### (2) 研究方法

対象者, オムツ着用患者 30 名。研究期間, 令和 4 年 5 月～9 月までは, 微温湯での陰部洗浄。令和 4 年 10 月～令和 5 年 3 月までは拭き取りクリームでの陰部清拭を行った。



同一患者 30 名で微温湯での陰部洗浄と、拭き取りクリームでの陰部清拭とで、① IAD 発生患者数、② 臀部の水分・油分量、③ 準備や片付けに掛かる時間を比較した。(表 2)

研究方法	
オムツ着用患者 30 名 微温湯での陰部洗浄と拭き取りクリームでの陰部清拭との比較	
1	IAD 発生患者数
2	臀部の水分・油分量
3	準備・片付けにかかる時間

表 2

(3) 使用物品

微温湯での陰部洗浄は、500ml のボトルで、フタに 3 箇所穴があるものに、38 ~ 39 度の微温湯を入れ、陰部に掛けて手で優しく汚れを落とし、ペーパータオルで押さえ拭きをする。

拭き取りクリームでの陰部清拭は、10 円玉大のクリームを皮膚に間隔を開けて付け、手でのぼし、汚れを浮かせたあと、ペーパータオルで優しく拭き取る (図 1)。

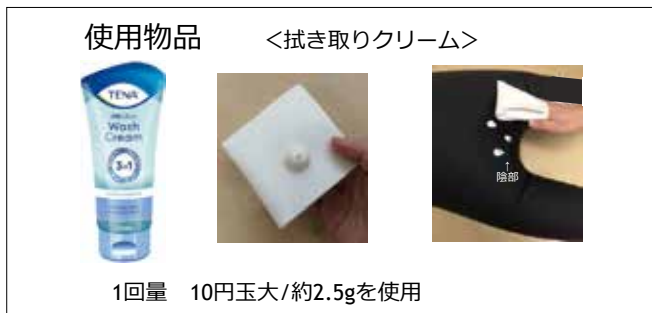


図 1

(4)

【結果 1】 IAD 発生患者数

微温湯での陰部洗浄で、IAD 発生患者は女性 2 名・男性 3 名。

症状は、3 名が陰部や臀部の発赤・掻痒感で、抗真菌薬や非ステロイド系抗炎症薬を使用。他の 2 名は、掻痒感のみ。5 名とも症状の軽減・増悪を繰り返していた。拭き取りクリームによる陰部清拭に変更後、IAD は 3 名が治癒、2 名が軽減した (表 3)。

【結果 2】 水分・油分量の測定

臀部の測定部位は肛門より約 15cm 離れた部位を、朝の陰部洗浄または清拭 2 時間後に皮膚チェッカーにて測定 (図 2)。



図 2

IAD 患者の、臀部の水分・油分量の比較では、拭き取りクリームで数値が全員上昇した (図 3)。

対象患者 30 名の臀部の水分・油分量の平均値の比較では、拭き取りクリームで、水分量は 15%、油分量は 8% 上昇した (図 4)。

結果1 IAD発生患者数						
患者	状態	排泄状態	オムツ交換	IAD発生状況		
				微温湯	→拭き取りクリーム	
A氏 (82) 女 慢性心不全	車イス	尿便失禁	2回/日	陰部真菌感染	→治癒	
B氏 (92) 女 脳梗塞	寝たきり	尿便失禁 時々泥状便	2~3回/日	臀部発赤	→治癒	
E氏 (82) 男 右視床出血	寝たきり	尿便失禁 軟便	2回/日	陰部発赤・掻痒感	→治癒	
C氏 (79) 男 糖尿病、脳梗塞	寝たきり	尿便失禁	2回/日	臀部発赤	→軽減	
D氏 (78) 男 脳梗塞、乾皮症	寝たきり	尿便失禁	2~3回/日	陰部掻痒感	→軽減	

表 3

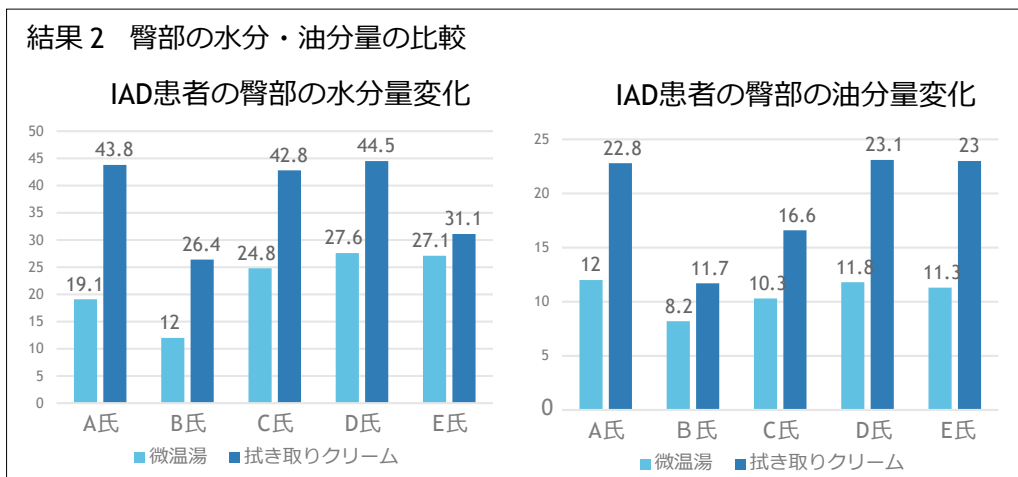


図3

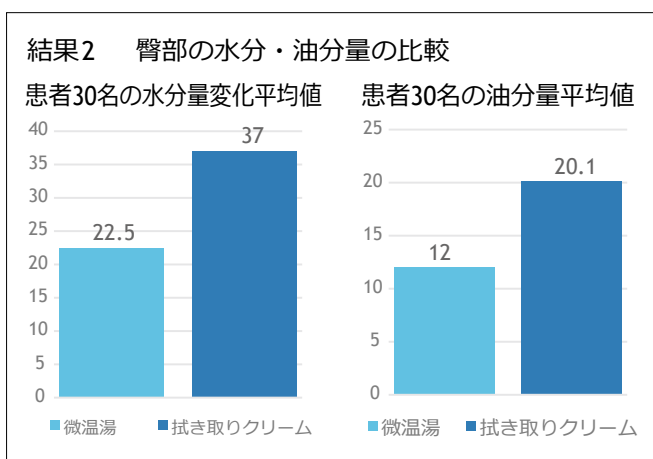


図4

【結果3】微温湯と拭き取りクリームの準備・片付けにかかる時間の比較

微温湯ではボトルの準備に15分、使用後の洗浄に10分、消毒に5分、消毒後の洗浄に10分で合計40分。拭き取りクリームでは、これらの時間が必要なく、40分の時間短縮が出来た(表4)。

結果3 微温湯と拭き取りクリームの準備・片付けにかかる時間の比較

所要時間	陰洗ボトル	拭き取りクリーム
ボトル準備 (38~39℃のお湯) 40本	15分	0分
使用済ボトルの水洗浄	10分	
ボトルの消毒 (0.1%テキサント6%)	5分 浸漬時間30分	
ボトル消毒後の水洗浄	10分 乾燥時間半日	
合計	40分	

表4

(5) まとめと考察

拭き取りクリームでの陰部清拭は、皮膚の汚れが取れやすく皮膚に対し保清・保湿効果が上がり、IAD発生が抑えられた。感染源になる洗浄水の飛散もなかった。今回の拭き取りクリームの使用は、準備や片付けの時間短縮により、より多くの時間を患者さんへの対応に費やすことが可能となり、とても有用である。(表5)

まとめと考察

拭き取りクリームに変更したことにより

- 1 IAD患者5名、治癒または症状が軽減した  
その他の患者にはIAD発生なし
- 2 対象患者30名の臀部の水分・油分量を測定し、拭き取りクリームでの陰部清拭で数値の上昇がみられた
- 3 職員の業務時間の短縮ができた

表5

今年度は寝たきり患者の下肢の保清保湿に着目し、拭き取りクリーム、3種類の保護クリームの違いにより水分・油分量の変化、皮膚の状態や感染の有無について報告する予定にしている。

4. 今後の抱負

当院では、急性期治療を行い自宅に帰る患者さんも少なくはないものの、多くの患者さんは看取りまで行うことが多い。「患者様も職員も心なごむ病院」の理念のように、患者さんや家族から「この病院で診てもらって良かったです」と言われるように、また職員にもゆとりを持って仕事に臨めるように努力していきたいと考えている。

## 療法士の暗黙知を用いた疾患非特異的に使用可能な回復期リハビリテーション病棟退院時運動FIM予測式の開発

IMS（イムス）グループ 医療法人社団明芳会

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院（神奈川県横浜市）

理学療法士 高木武蔵 医師 中尾健太郎

### 【和文抄録】

本研究は療法士の予後予測に関する暗黙知の明示化を通して、疾患非特異的に使用可能かつ予測精度の高い回復期病棟の退院時運動 FIM 予測式の開発を目的として行った。

当院回復期リハビリテーション病棟退院患者 126 例を対象に、暗黙知の明示化により独自に生成した 6 項目の評価結果を説明変数に、退院時運動 FIM 合計点を目的変数とした重回帰分析により退院時運動 FIM の予測式を開発し、予測精度や検者間信頼性、各項目が内包する要素について考察した。

予測式は  $24.27 + (10.41 \times \text{靴の着脱可否}) + (11.81 \times \text{3食離床可否}) + (24.78 \times \text{端座位保持可否}) + (12.52 \times \text{簡単な指示理解の可否}) + (-9.48 \times \text{抑制やセンサー類の使用有無}) + (-19.34 \times \text{つなぎの使用有無})$  となった ( $R^2=0.81$ )。

生成した項目の入院時の評価結果を用いることで、疾患非特異的に使用可能であり、先行研究と同等以上の決定係数を持ち、検者間信頼性が高い予測式が開発された。今後は条件の異なる他院の症例での予測精度の検討などが必要だと考えられる。

### 【Key words】

回復期リハビリテーション病棟, 退院時運動 FIM 予測, 暗黙知

### 【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟において、退院時の Functional Independence Measure (以下 FIM) を予測することは、退院後の生活を想定して早期から支援を行う上で欠かせないプロセスである。特に運動 FIM は回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に用いられる実績指数の算出にも利用されることから、退院時運動 FIM の正確な予測はとりわけ重要となる。退院時 FIM の予測に関する研究は複数報告されているが<sup>1-3)</sup>、その課題として予測精度が十分ではないことや、対象疾患が脳血管疾患に限定されている点などが挙げられる。回復期リハビリテーション病棟の入院患者の疾患割合は、令和 3 年の日本慢性期医療協会の調査では脳血管疾患 56.5%、運動器疾患 30.9%、廃用症候群

12.6%と報告されており<sup>4)</sup>、脳血管疾患以外の患者が 43.5%を占めていることから、これらの患者にも使用可能で予測精度の高い予測式が求められる。しかし、脳血管疾患以外を対象とした退院時運動 FIM の予測式に関する先行研究はほとんどみられない。

一方、転倒予測の分野では Haines らによって看護師の臨床判断が転倒予測に対して一定の有用性を持つことが報告されており<sup>5)</sup>、上内らも看護師の臨床判断を取り入れた歩行自立判定テストの有用性を報告している<sup>6)</sup>。他にも医療や介護の分野において現場の経験を基にした利用した取り組みが複数報告されている<sup>7-8)</sup>。これらの報告で利用されているような、経験などによって本人には認知されるが目に見える形で全てを表出することが難しい知識や技術などは「暗黙知」と呼ばれている<sup>9)</sup>。



このことから、理学療法士および作業療法士の予後予測に関する暗黙知を明示化して退院時 FIM 予測式の項目に取り入れることで、疾患非特異的に利用可能であり、なおかつ従来の予測式より精度の高い予測モデルを開発できるのではないかと考えた。これにより、疾患非特異的に退院時 FIM の予測が可能になるとともに、予後予測に対する暗黙知の有用性が検討できると考えられた。

### 【対象】

対象は著者が所属する病院の回復期リハビリテーション病棟を 2020 年度および 2021 年度に退院した患者 126 例とした。対象者の疾患は問わず予測式に使用した変数のデータが欠損していた者、死亡退院や急性転院となった者のみを除外した。

### 【方法】

予測式に使用する項目の生成に際して、注意すべき点がいくつか考えられた。まず第 1 に運動器疾患および廃用症候群を取り込むことによる患者の平均年齢の上昇が予測された。回復期リハビリテーション病棟に入院する脳血管疾患患者の平均年齢は 72.5 歳であり<sup>10)</sup>、低外傷性の股関節骨折受傷者の平均年齢は 80 歳程度であると報告されている<sup>11)</sup>ことから、対象患者の平均年齢が上昇することが考えられた。また加齢に従って身体機能の個人差が大きくなる傾向がみられることが報告されている<sup>12)</sup>。第 2 に疾患特異的な評価バッテリーを使用することができない点も考慮し、より各症例の実際の動作能力を直接反映する評価項目が必要であると考えられた。

Matthew らの脳卒中患者の退院時 BI および FIM 予測式のシステマティックレビューでは、入院時 FIM, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), 失語症, 衝動性, 無視, 脳卒中の既往, 年齢が有力な予測因子として報告されている<sup>13)</sup>が、本研究では脳血管疾患以外の対象を含むため、脳血管疾患の特異的なバッテリーである NIHSS に代わる項目が必要となる。また、鄭らは入院時の認知機能も予測に有効であることを報告している<sup>1)</sup>ことから、簡

便に認知機能を評価できる項目を用いる必要があると考えられた。

そこで、本研究で予測に使用する項目の検討にあたり知識創造プロセスのモデルである SECI モデル<sup>14)</sup>を参考に、まず当院で日常的に入院時の患者評価を行っている理学療法士および作業療法士を対象に、どのような動作や情報を用いて患者の退院時の能力を予測しているかを聴取した。聴取結果を表 1 に示す。

- 
- 身長・体重・BMI・栄養状態に問題はないか
  - 疾患種別
  - 入院前 ADL の自立度
  - 既往歴に何があるか
  - 指示理解ができるか
  - 運動麻痺の程度
  - 自分で靴の着脱ができるか
  - 座位保持・立位保持はできるか
  - 問題行動はあるか
  - 疼痛はあるか、あればどの部位にどの程度の強さか
  - 身体抑制やセンサー類の使用が必要か
  - つなぎの使用が必要か
  - 離床できているか
  - 意欲があるか
  - 指示・介入に対する拒否があるか
- 

表 1 退院時能力予測に用いる情報の聴取結果一覧

そこで得られた回答の中から複数の療法士が予測に用いている要素を列挙し、身体機能面と認知機能面に大別した。その後要素内で類似したものを統合し、有無や可否という形で評価可能な項目に明示化した。最終的に完成した項目は、身体機能面では靴の着脱可否（支持物使用可、自室ベッドでの端座位にて介助を受けずに靴が着脱できるか）、3食離床可否（食事時間に車椅子もしくは椅子に離床できているか、経口や経管などの摂取形態は問わない）、端座位保持可否（支持物使用可、介助を受けず自室ベッドにて 1 分以上保持）の 3 項目、認知機能面では簡単な指示理解の可否（その場で動作の指示を理解し実行できるか）、抑制やセンサー類の使用有無、つなぎの使用有無の 3 項目の計 6 項目を設定した（表 2）。

変数名	尺度
靴の着脱可否	可能 = 1、不可 = 0
3食離床可否	可能 = 1、不可 = 0
端座位保持可否	可能 = 1、不可 = 0
簡単な指示理解の可否	可能 = 1、不可 = 0
抑制やセンサー類の使用有無	有り = 1、無し = 0
つなぎの使用有無	有り = 1、無し = 0

表2 予測式の開発に用いた変数

FIMの原則と同様に入院から3日間の状態を評価し、変動があり可否および有無のどちらにも当てはまる場合には、可否の項目は不可、有無の項目は有りとした。なお測定は前述の基準に従って、各患者の担当理学療法士または作業療法士が行った。

分析において「可能」および「有り」は1、「不可」および「無し」は0のダミー変数として集計した上で説明変数とし、退院時運動FIMの合計点を目的変数として重回帰分析を行った。これにより得られた回帰式を退院時運動FIMの予測式とした。また説明変数間の多重共線性について、説明変数の分散拡大係数(VIF)を求めて検討した。さらに検者間信頼性の検討のために、無作為に選択した20症例について、別々の2名の検者による評価結果を用いてカッパ係数を算出した。

統計処理にはMicrosoft Excel 2016の分析ツールを使用した。

## 【結果】

対象者の疾患別データを表3に示す。全ての対象者の平均年齢は77.0 ± 12.8歳であった。

重回帰分析によって求められた予測式は、退院時運動FIM = 24.27 + (10.41 × 靴の着脱可否) + (11.81 × 3食離床可否) + (24.78 × 端座位保持

可否) + (12.52 × 簡単な指示理解の可否) + (-9.48 × 抑制やセンサー類の使用有無) + (-19.34 × つなぎの使用有無) となり、決定係数R<sup>2</sup>は0.81であった。回帰式および全ての説明変数の偏回帰係数のp値は0.05未満であった。

各説明変数のVIFは靴の着脱可否(1.44)、3食離床可否(2.32)、端座位保持可否(2.60)、簡単な指示理解の可否(1.09)、抑制やセンサー類の使用有無(1.16)、つなぎの使用有無(1.04)であった。

各説明変数のカッパ係数は靴の着脱可否(1.0)、3食離床可否(1.0)、端座位保持可否(1.0)、簡単な指示理解の可否(0.77)、抑制やセンサー類の使用有無(0.88)、つなぎの使用有無(1.0)であった。なお検者は経験年数1～13年目の療法士であり、平均年数と標準偏差は3.29 ± 3.07であった。

## 【考察】

本研究では予後予測に関する療法士の暗黙知を明示化することで、疾患を問わず使用可能であり、従来の予測式より予測精度が高い新たな回復期リハビリテーション病棟入院患者の退院時運動FIM予測式を開発した。予測式の精度と、各評価項目が内包する要素についてそれぞれ考察した。

### ①予測式の精度について

本研究で開発した予測式の決定係数R<sup>2</sup>は0.81であった。鄭らの退院時FIMの予測式ではR<sup>2</sup>は0.66<sup>1)</sup>、Tokunagaらの退院時運動FIMの予測式ではR<sup>2</sup>はそれぞれ0.52、0.54、0.62、0.76、0.81であり<sup>15)</sup>、本研究の予測式は先行研究と比較して高い水準の予測精度を備えていることが明らかになった。本研究では全疾患を対象としたため、脳血管疾患を対象とした先行研究で用いられた年齢、入

	脳血管群	運動器群	廃用症候群
平均年齢 ± 標準偏差	74.5 ± 13.6	78.8 ± 11.9	77.9 ± 12.5
患者数および割合	52人(41.3%)	65人(51.6%)	9人(7.1%)
退院時運動FIM平均 ± 標準偏差	59.8 ± 25.6	72.1 ± 17.3	70.2 ± 21.9

表3 疾患別データ

院時FIM, NIHSSなどに代わる項目として予後予測に関する暗黙知を明示化した評価項目を用いた結果, 高い予測精度を示した. 村田らの報告では, 虚弱高齢者において大腿四頭筋筋力が運動FIMと正の相関を示したが, それ以上に10秒椅子立ち上がりテストの回数がより強い相関を示している<sup>16)</sup>. また江連らは, 体幹機能の評価バッテリーである臨床的体幹機能検査 (Functional Assessment for Control Trunk: 以下FACT)<sup>17)</sup> やBrunnstrom recovery stage (以下BRS) と脳卒中片麻痺者のFIM合計点との相関および回帰関係について報告している<sup>18)</sup> が, 相関係数ではBRS (0.5~0.63) と比較してFACT (0.81) が高く, Stepwise法での重回帰分析ではFACTのみが投入済み変数として採択された. これらのことから, 筋力や運動麻痺のような身体機能の局所的な変数より, 椅子立ち上がりテストや体幹機能を強調した動作の評価であるFACTなどの動作パフォーマンスを変数として用いることでFIMの予測精度が高まることが推測される. 今回も実際の動作パフォーマンスの評価項目を用いたことで, 予測精度の高い退院時運動FIM予測式の開発につながったと考えられた. つまり, 療法士が臨床現場で行っている動作パフォーマンスを用いた予後予測は, 経験から導き出された有用な方法である可能性が示された.

また評価項目の検者間信頼性に関してだが, カッパ係数による検討ではLandisらが報告している基準<sup>19)</sup> ではほぼ全ての項目が「ほぼ完全な一致」とされ, 最も係数が低値であった「簡単な指示理解の可否」についても「かなりの一致」とされた. 簡単な指示理解の可否については, 評価結果が一致しなかった症例は指示理解能力に日内変動を認める症例であったため, 評価を実施したタイミングの差異による結果の不一致であったと考えられる. 評価項目全体の検者間信頼性としては, 項目の生成にあたり可否や有無で判断できる項目としたことによって, 検者間で高い一致度を示したと考えられる.

## ②各評価項目が内包する要素について

説明変数に使用した評価項目について, まず身体

機能面に関与する項目が内包している要素について考察した. 「靴の着脱可否」の項目には, 動的座位バランス能力, 上肢機能, 四肢および体幹の可動域の要素などが含まれる. まず動的バランス能力としては, FACTの評価項目のひとつである「左右どちらか片側の手で反対側の足首を握り, 戻ることができる」の項目に類似しており<sup>17)</sup>, この項目では動的端座位保持能力, 下側方への重心移動・リーチ, 軽度の体幹回旋, それに伴う体幹の従重力・抗重力活動の評価が目的とされている. さらにFACTの合計点はFIMの合計点や運動項目と高い相関が報告されている<sup>18)</sup>. これらのことから, 靴の着脱可否においても同様の体幹機能がスクリーニングされており, FIMの予測に有効であったと考えられる. また股関節の屈曲可動域に関して, 類似動作の靴下の着脱において股関節屈曲65°以下では動作が困難となり95°以上では大部分が容易に遂行可能であったことが報告されている<sup>20)</sup>. さらに上肢機能の面では, NIHSSは中枢部の運動麻痺に対する評価が主であり, 末梢に局限する運動麻痺が過小評価される問題が指摘されている<sup>21)</sup>. 靴の着脱では靴を把持し操作する必要があるため, 上肢末梢である手指機能まで求められることから, NIHSSと比較して「靴の着脱可否」の項目は日常生活に求められる上肢機能のスクリーニングとしても機能したと考えられる. さらにFIMは病棟での実際の実行状況の評価するため, 移乗動作などを自立して行うためにはベッドからの起居動作や靴の着脱なども含めて自立している必要がある. こうした側面から, 「靴の着脱可否」が運動FIMの予測に有意であったと考えられる.

「3食離床可否」の項目は一日を通した座位の耐久性の他, 病棟における離床への意識や協力体制も反映していることが考えられる. 在宅要介護者に関する研究では, 離床時間と正の相関があることが報告されている<sup>22)</sup>. またFIMは周囲の環境によって変化し得ると述べられており<sup>23)</sup>, 「3食離床可否」の項目は要介助患者において, 日常的に離床するための物的および人的環境の有無を評価することに繋がることから, 「3食離床可否」がFIMの予測に関与したと考えられた.



「端座位保持可否」の項目は標準偏回帰係数が全項目中最大の24.78であった。端座位保持は前述のFACTや、バランス能力の評価バッテリーであるBerg Balance Scale<sup>24)</sup>にも項目として採用されている。またFIMで評価するADL動作には座位で行われるものが多く含まれていることもあり、「端座位保持可否」が運動FIMの予測に対して最も影響が大きかったと考えられる。さらに本研究における端座位保持可否は、身体機能面を評価する項目の中で最も難易度が低いと考えられ、「端座位保持可否」が全身状態の不安定さや疼痛により動作が困難な状態などのスクリーニングとしても機能したことが推測される。

続いて認知機能面に関与する項目について、まず「簡単な指示理解の可否」では、ADLの実行に関与する動作性の認知機能が評価されたと考えられる。横井らは、歩行が自立している高齢者では、N式精神機能検査における中等度認知機能障害群に対して重度認知機能障害群のFIMは移動および階段昇降以外の全項目で有意に低値を示したと報告している<sup>25)</sup>。N式精神機能検査は年齢や日付などの見当識の他、視空間・時間の認知や自己の身体認知などを評価する動作性の項目で構成されている<sup>26)</sup>。本研究における指示理解は指示を理解し動作を実行する能力を評価しているため、N式精神機能検査と同様に動作性の要素を含んでいたと考えられる。これらのことから、「簡単な指示理解の可否」が運動FIMの予測に有用であったと考えられた。

「抑制やセンサー類の使用有無」の項目は、認知機能の中でも危険な状況を回避する能力を評価していると考えられる。抑制やセンサー類は、末梢点滴などのルート類の自己抜去や自己体動に伴う転倒・転落を防止する目的で使用されており、Matthewらの報告<sup>13)</sup>にあるFIM予測に関わる要素の中の衝動性に相当する部分の評価していると言える。危険行動が観察される患者は日常生活動作上介助や監視を必要とする設定になりやすく、結果的に退院時運動FIMの低下に関連したと考えられた。

「つなぎの使用有無」の項目については、抑制やセンサー類の使用有無と同様に問題行動に対する防

止策として使用されるが、標準偏回帰係数は「抑制やセンサー類の使用有無」の-9.48に対し「つなぎの使用有無」は-19.34と高値を示したことから、つなぎを使用している患者はより退院時運動FIMが低値になる傾向があったと言える。FIMの下位項目に着目すると、つなぎを使用することにより上下衣の更衣、排尿排便管理、トイレ移乗、トイレ動作の6項目において介助を受ける、もしくはオムツの使用などにより未実施となるため、結果として運動FIMの点数が大幅に低下すると考えられる。そのため、「つなぎの使用有無」は高い負の係数を示したと考えられた。

なお説明変数間の多重共線性については、全ての変数においてVIFは5未満となっており、変数を選定する段階で類似した項目は適切に統合できたと考えられる。

### ③本研究の意義と限界

従来までの退院時運動FIMの予測式の研究は、脳血管疾患のみを対象としたものがほとんどであった。それに対し本研究は疾患非特異的に使用可能で、簡便に評価できる動作パフォーマンスと環境設定の情報を用いた上で、先行研究と同等以上の予測精度を持ち検者間信頼性も高い予測式を開発できた点に意義があると考えられた。

さらに予測式に使用する変数として療法士の暗黙知の明示化を通して評価項目を生成したことで予測式の精度向上を認めたと考えられ、動作パフォーマンスの評価を中心とした暗黙知の明示化の有用性が示唆された。

本研究の限界点は、分析対象に1病院の患者のみが用いられている点である。病院毎の入院患者の年齢や入院時の能力・重症度などの患者層の相違や、介入時間・内容の相違、病棟環境の違いなどが退院時運動FIMに影響を及ぼすことが推測されるため、今後は条件の異なる他院の症例での分析を行い、一般化を図ることが必要だと考えられる。

### 【結語】

当院回復期リハビリテーション病棟退院患者の入

院時の動作パフォーマンスおよび環境設定の情報を用いて、疾患非特異的に使用できる退院時運動 FIM の予測式を開発し、決定係数  $R^2=0.81$  の予測式が得られ、予測式開発に対する暗黙知の明示化の有用性が示唆された。今後は他院の症例での予測精度の検証などを行う必要があると考えられた。

本研究は著者が所属する病院の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

COI 開示：本論文に関して、全著者に開示すべき COI 状態はない。

## 【引用文献】

- 1) 鄭丞媛, 井上祐介, 近藤克則, 他: 急性期と回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の退院時 FIM の予測式, *Jpn J Compr Rehabil Sci* 5: 19-25, 2014
- 2) Tokunaga M, Watanabe S, Sonoda S: A Method of Calculating Functional Independence Measure at Discharge from Functional Independence Measure Effectiveness Predicted by Multiple Regression Analysis Has a High Degree of Predictive Accuracy, *J Stroke Cerebrovasc Dis* 26: 1923-1928, 2017
- 3) Wada Y, Sonoda S, Okamoto S, et al.: Comparison of prediction accuracy of the total score of FIM motor items at discharge in post-stroke patients in a Kaifukuki rehabilitation ward, *Jpn J Compr Rehabil Sci* 10: 71-76, 2019
- 4) 日本慢性期医療協会: 「回復期リハビリテーション病棟 入院患者調査」集計結果まとめ, [https://jamcf.jp/enquete/2021/06\\_kaifukukiriha.pdf](https://jamcf.jp/enquete/2021/06_kaifukukiriha.pdf), 2023年1月3日アクセス
- 5) Haines TP, Hill K, Walsh W, et al.: Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 62(6): 664-672, 2007
- 6) 上内哲男, 志村圭太, 濱中康治, 他: 復期リハビリテーション病棟における歩行自立判定テストと自立後の転倒者率, *身体教育医学研究* 13 (1): 9-14, 2012
- 7) 坂口桃子, 作田裕美, 佐藤美幸, 他: 臨床判断能力の向上に向けた「暗黙知」伝授の一方略 Doctoral dissertation Shiga University of Medical Science, 2007
- 8) 矢口隆明, 岩田彰, 白石善明, 他: 介護・医療業務における現場知を基にした知識流通, *人工知能学会第二種研究会資料 KSN-004*: 4, 2009
- 9) 大崎正瑠: 暗黙知を再吟味する, *東京経済大学人文自然科学論集* 140, 79-99, 2017
- 10) Okamoto T, Anod S, Sonoda S, et al.: "Kaifukuki Rehabilitation Ward" in Japan, *Jpn J Rehabil Med* 51: 629-633, 2014
- 11) Akesson L, Woolf AD: Bone: Risk of death persists for years after hip fracture, *Nat Rev Rheumatol* 6: 557-558, 2010
- 12) 宇佐美慧, 菅原育子: 潜在曲線モデルを用いた日本の高齢者の身体的特性の変化と個人差に関する縦断的検討—MCMC 法に基づく全国高齢者縦断調査データの解析から—, *行動計量学* 39: 43-65, 2012
- 13) Matthew MJ, Pereira S, McClure A, et al.: A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation, *Disabil Rehabil* 37: 1316-1323, 2015
- 14) 野中郁次郎, 竹内弘高, 梅本勝博: 知識創造企業: pp83-141, 東洋経済新報社, 東京, 1996
- 15) Tokunaga M, Yamanaga H: Comparison of the accuracy of multiple regression analysis using four methods to predict the functional independence measure at discharge, *Jpn J Compr Rehabil Sci* 11: 65-72, 2020
- 16) 村田伸, 大田尾浩, 村田潤, 他: 虚弱高齢者用 10 秒椅子立ち上がりテスト (Frail CS-

- 10) とADLとの関連, 理学療法科学 26 (1): 101-104, 2011
- 17) 奥田裕, 荻野禎子, 小澤佑介, 他原田慎一: 臨床的体幹機能検査 (FACT) の開発と信頼性, 理学療法科学 21 (4): 357-362, 2006
- 18) 江連亜弥, 原田慎一, 小澤佑介, 他: 脳卒中片麻痺者の体幹機能と日常生活活動 (ADL) との関係について, 理学療法科学 25 (1): 147-150, 2010
- 19) Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data, *biometrics*: 159-174, 1977
- 20) 大森圭貢, 岡田一馬, 下田志摩, 他: 靴下着脱および足の爪切り遂行能力と股関節可動域の関連, 高知リハビリテーション学院紀要 13: 59-61, 2012
- 21) 上野貴大, 荻野雅史, 堀切康平, 他: NIH Stroke Scale を用いた早期転帰予測の可能性について, 理学療法 - 臨床・研究・教育 17 (1): 31-36, 2010
- 22) 佐藤和佳子, 鈴木みずえ, 山田紀代美, 他: 在宅要介護老人寝たきり予防に関する調査研究 - 離床時間とADL評価 (FIM) との関連を中心にして, 日本看護科学会誌 14 (3): 276-277, 1994
- 23) 千野直一: 脳卒中の機能評価—SIAS と FIM—基礎編: pp84, 金原出版, 東京, 2012
- 24) Berg K, Wood-Dauphine S, Williams JI, et al.: Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument, *Physiotherapy Canada* 41(6): 304-311, 1989
- 25) 横井輝夫, 岡本圭左, 櫻井臣, 他: 痴呆性高齢者の認知機能障害とADL障害との関連, 理学療法科学 18 (4): 225-228, 2003
- 26) 福永知子, 西村健, 野田俊作, 他: 新しい老人用精神機能検査の作成—N式精神機能検査—, 老年精神医学 5 (2): 221-231, 1988





## 第28 症例

下記治療について、会員の皆様と症例供覧を行い、治療方針を募集いたします。奮ってご投稿ください。

治療方針投稿締切：2024年8月26日 投稿先：info@jamcf.jp 文字数：2400字以内を目処（である調）

※投稿治療方針を掲載する際に、病院・執筆者名等は無記名をご希望の場合は、その旨をお知らせください。

レスパイトケア目的の短期入院を繰り返していたパーキンソン病患者が家族からの虐待により緊急入院したケースについて。

### 【症例】

年齢：71歳 性別：女性

現病歴：59歳時、両上肢の振戦を自覚。60歳時、当院受診、神経学的に両上肢の企図振戦を認めた。症状に明らかな左右差はなく、固縮も認められず、本態性振戦と診断し、 $\alpha$   $\beta$  遮断剤を投与、症状は軽減した。62歳時、右上肢優位の固縮が出現、パーキンソン病が疑われ、抗パーキンソン病薬の投与を開始、症状の改善を認めた。以後外来通院、症状は徐々に進行し、抗パーキンソン治療薬の投与量も多くなった。68歳時からオン-オフ現象が出現、さらにオフ症状が目立つようになったため、202X年2月、69歳時、アポカイン自己注射導入目的で入院した。オフ時間は軽減したが、鬱傾向が出現、ADL能力は徐々に低下し、家族の介護負担が増大してきたため、202X+1年9月から2、3か月に1回、2週間程度のレスパイトケア目的の入院を利用し、在宅療養を継続していた。202X+2年7月の入院時には希死念慮も見られた。

202X+2年9月Y日、レスパイトケア目的の入院予定であったが患者本人が拒否。その翌日、本人が気分不快を訴え、自ら救急搬送を依頼し、救急車が自宅に来たが「大丈夫」といって搬送を断った。しかし、その日の午後、本人がやはり入院したいと娘に訴え、改めて3日後に入院の予約をいれた。その2日後、「娘から虐待を受けている」と患者自身が警察に連絡、警察官が自宅を訪問し、患者の顔面および下肢に出血斑を確認し、保護された。

身体所見：意識清明。表情はやや乏しく、発語は小声。安静時振戦、固縮は明らかではなく、軽度のジスキネジアを認めた。端坐位で姿勢は前屈しているが安定、椅子からの立ち上がりは遅いが独力で可能、歩行は前傾し、両上肢の腕振りも低下、小刻みであった。Hoehn-Yahr 重症度分類3～4度と診断された。MMSE 25/30と認知機能は保たれていたが、GDS 11/15と鬱傾向が明らかであった。顔面および両下肢に出血斑があり、患者は娘に蹴られたために生じたと訴えた。

### 入院時のケアマネジャーからの聞き取り：

担当ケアマネジャーは「警察から1日でも早く病院に受け入れてもらうように指示された」と患者につき添って来院。患者は障害者等一般病棟に緊急入院した。担当ケアマネジャーの聞き取りから以下のようなことが判明した。

最近、患者から「気持ちが悪い」「痛い」などと電話連絡してくることが多かった。そのため日頃から担当ケアマネジャーは頻繁に患者宅を訪問するようにしていた。患者が入院を拒んでいたのは「本人が今の家を一人で建てた。自分の城であり、頑張ってきた証みたいなものだと言っていたことがある。だから家にいたいというのではないか」と話された。

### 入院時の患者の訴え：

体にある痣に対し「全部娘が叩いたからできた。早く帰って家の片付けしたい。娘は入院させてよかったと思っているのだらうけれど、私はやられている側なんだよ。暴力した方が楽になるっておかしいよね。警察だって動いてくれないし…。私は何も悪いことはしてないんだよ」と訴えた。

患者は施設入所に拒否的で「娘がいなくても、

大丈夫、自宅を出るのは娘のほうだ」と自宅での生活を強く希望していた。

#### 入院前の生活状況につき娘からの聞き取り：

緊急入院時、娘に電話で来院を依頼したが仕事が忙しく、すぐには来院できないと声を荒げた。入院翌日に来院。前腕に自傷行為の痕が認められた。聞き取りから以下のようなことが判明した。

娘が2、3歳の時に両親が離婚、以後、ずっと患者（母）との二人暮らしであった。自宅は患者が建てた。現在の職場は患者の伝手で仕事を心得ており、パート勤務。1年ぐらい前まで患者のADLはほぼ自立しており介護負担を感じることはなかったが、最近、症状が進行し要介護状態となり、夜間ほとんど寝ていないようで何度も起こされ、娘自身の睡眠を確保できない状況であった。

自宅のリビングを部屋として使っており、物が散乱し足の踏み場もない状態だが、患者が物をいじられるのを嫌がるため、掃除はできない。娘の勤務中にも患者から何度も携帯電話で連絡があることもストレスになっていた。

入院当日、「仕事に出たら警察から連絡が来て、保護しているって…。警察署に行ったら、色々話しを聞かれた。本人は私が殴ったって言っているみたいだけど、足は蹴ったけど顔は自分で転んで手摺りにぶつけて痣になった。これまでもレスパイトケア入院から自宅退院してしばらくは大丈夫だったけど、毎日寝ないし、手伝っても人を馬鹿にしたような言い方をするから、こっちもついカッとなって蹴っちゃう。ダメだって分かってるし、そんなことしたくないのに蹴ってしまう。でも母も仕返しをするから余計に頭にくる。そうしないように今度は自分を叩いてなんとか気持ちを落ち着かせようとするけど」と涙を流して話した。患者は自宅療養を希望しているが、娘として対応が可能かという問いかけに「とても無理です。入院の予定を組んでも本人が行かないって言い出す。無理矢理連れて行くにも動かない。だから予定を断ると今度は入院するって言い出す。話しが

どんどん変わる。本人は家がいいって言っているけど、ずっと面倒を見ているのは無理です」と答えた。

#### 入院時の対応1 地域包括支援センターへの連絡：

「虐待対応マニュアル」に則り、地域包括支援センターに連絡し、アドバイスを求めた。回答は、第1に病院の相談員はケアマネジャーと連絡を密にすること、第2に必要ななら地域包括支援センターが介入するというものであった。

#### 入院時の対応2 精神神経科に娘の診察依頼：

患者に暴力を振るってしまったあとは、罪悪感による自傷行為があった。患者への暴力は抑えることができないと涙ぐむ姿がみられた。これまで患者の入院期間中の面会においてはお菓子などの持ち込みをしており、患者に対しては穏やかに対応していた。患者に対して、精神的・経済的依存はあるが、暴力への抑制が利かないことに対し、精神神経科受診を促した。精神科医のアドバイスは、ある程度長期間にわたり二人の距離を保つことが望まれるというものであった。

#### 多職種カンファレンスでの検討：

「虐待対応マニュアル」に即して対応したが、現実的な解決策にならないと思われた。患者の言い分は、自分の家だから自宅で過ごしたい、1人で生活できると（現実には困難と判断）と話している。一方、娘は同居しているとストレスから虐待行為、自傷行為を繰り返している。レスパイト入院という機会が、互いの精神的安寧となっているが、双方とも在宅生活を希望しているのは共依存状態と考えられた。母娘を分離することが必要であるなら患者に対しては社会資源を利用して自宅療養環境を整え独居生活をサポートする、娘に対しては1人でアパートでの生活をしてみてはどうかの提案もしたが、経済状況からもアパート賃借による別居生活は困難だということであった。

母娘の分離をどのように実現したらよいか、具体的な対策が求められた。



## 第 29 症例

下記治療について、会員の皆様と症例供覧を行い、治療方針を募集いたします。奮ってご投稿ください。

治療方針投稿締切:2024年10月28日 投稿先:info@jamcf.jp 文字数:2400字以内を目処(である調)

※投稿治療方針を掲載する際に、病院・執筆者名等は無記名をご希望の場合は、その旨をお知らせください。

### 70代前半の高次脳機能障害と左片麻痺を呈した 右前頭側頭葉皮質下出血患者に対する回復期リハ ビリテーション

#### ■症例提示

症例：女性 73歳

#### 【既往歴】

A型肝炎、胆石にて手術、緑内障、白内障

#### 【入院の経緯】

X年4月25日早朝、散歩より帰宅し頭痛を自覚。昼過ぎから記憶が曖昧になり、16時45分頃に長男が訪問した際に呂律が回っておらず、救急要請。A病院に搬送され、右前頭側頭葉皮質下出血の診断で入院し、緊急で開頭血種除去術施行。5月15日リハビリ目的にて当院回復期リハ病棟に転院となる。

#### 【入院前の生活】

独歩にてADL、IADL自立し、独居。認知機能正常。自動車、自転車運転なし。仕事なし。

早朝に散歩に行くのが日課であった。友人や近隣に住む妹と電車を利用して食事に出かけたり、庭で花を育てるなど活動的に過ごされていた。戸建ての持ち家(2階あり)。寝室2Fから1Fへの変更も可能。リフォームしてバリアフリーとなっている(風呂、トイレ、段差なし)。退院後、長男(独身)は同居することも検討している。

#### 【前医での状況】

意識障害の遷延と左上下肢の運動麻痺が継続している。食事は経鼻胃管。右手は抜去予防にミトン着用。ADL全介助レベル。排尿は膀胱留置カテーテル、排便はオムツ着用。尿便意は曖昧。リ

ハビリではPT、OT、STにて標準型車椅子に離床し、関節可動域運動、端坐位保持練習、口腔器官訓練、嚥下訓練などを実施。

#### 【前医から持参薬】

アムロジピン 5mg 2錠 1日1回  
テレミンソフト坐薬 10mg 便秘時  
ロキソプロフェン Na 60mg 発熱時  
セパミット R 細粒 10mg/0.5g 必要時  
アローゼン顆粒 0.5g 便秘時  
ピコスルファートナトリウム内用液 0.75%便秘時

#### 【本人および家族の希望】

本人：「家に帰りたい。」

家族：「身の回りの事が自分でできるようになってほしい。施設と自宅で両方を考えている。」

#### 【入院時身体所見】

身長 160cm、体重 39.7kg、BMI 15.5  
KT 35.9℃、BP 121/70mmHg、HR 98/m、SpO<sub>2</sub> 97% (RA)

頭部 CT (5/2)：次ページの図 1 参照

意識レベル GCS：E4V4M6 簡単な会話・指示動作可能。

結膜：貧血なし、黄疸なし

胸部：副雑音なし、心雑音なし

腹部：平坦、軟、圧痛なし、グル音亢進

背部：褥瘡なし

下肢：浮腫なし





図1

### 認知機能

HDS-R：15点/30点

高次脳機能障害：見当識障害，記憶障害，左半側空間無視あり．会話ではつじつまが合わない発言みられる．注意の欠如，衝動的な動作あり．

FAB（前頭葉機能検査）：8点/18点

BIT（行動性無視検査）日本版：84点/146点

### 運動機能

運動麻痺：Brunnstrom Stage（左）II - II - II

ROM-t（右/左）：股関節外転 35°/20°

足関節背屈 20°/5°（膝伸展位）40°/20°（膝屈曲位）

MMT：右股関節外転2，右上下肢3レベル

握力：右 10.4kg

感覚障害（左下肢）：触圧覚 8/10，温痛覚 0/10，運動覚 0/5，位置覚 0/5

寝返り：一部介助

起居動作：中等度介助

座位保持：一部介助

移乗：一部介助

立位保持：一部介助

歩行：全介助

### 日常生活動作

FIM：26点（運動14点 認知12点）

食事：1点 3食経鼻胃管

更衣：1点 注意持続できず更衣手順想起困難

排泄コントロール：1点 便意曖昧で失禁あり（オムツ使用，膀胱留置カテーテル）

移乗（椅子）：2点 体幹の動揺みられ介助量多い

理解：4点 注意の問題もあり従命動作困難

表出：3点 明瞭度低く声量低下あり

社会的交流：3点 せん妄あり

問題解決：1点 ナースコール使用困難

日中の様子：ベッド臥床傾向でセンサー使用

### 嚥下機能

重症度：Gr4，Lv3，DSS4

機能面：覚醒状態不良に伴う先行期障害・口腔期障害あり．咽頭期障害は嚥下反射惹起遅延・喉頭閉鎖遅延・嚥下駆出力低下の疑いあり

能力面：食物認知不良，口腔から咽頭への食塊の移送不良，混合型誤嚥

### 【入院時検査所見 5/17】

検査項目	単位	X年5月	基準値
アルブミン	g/dL	3.3	3.8-5.2
尿酸 (UA)	mg/dL	1.6	2.7-7.0
尿素窒素 (UN)	mg/dL	28.2	8.0-20.0
クレアチニン	mg/dL	0.40	0.46-0.82
CK	U/L	27	50-210

### ■入院時の問題点

1. この患者の回復予後を含めたADLに関するゴール設定をどう考えるか。
2. 回復期リハビリテーション病棟において，この患者の安全性の確保とADLの向上・自立支援をどう考えるか。
3. 退院先の決定時期はいつ頃が適切か。

## 第6回アジア慢性期医療学会を終えて（開催報告）

日本慢性期医療協会 国際委員会 委員長 中村哲也

（IMS グループ 板橋中央総合病院 理事長）

2024年6月20日（木）・21日（金）に、第6回アジア慢性期医療学会が韓国の釜山港コンベンションセンターで約570名が参加して開催された。（写真1～3）



写真1 韓国慢性期医療協会の役員の方々と一緒に



写真2 第一会場



写真3 展示ブース

開会式では大会長となる韓国慢性期医療協会の金徳鎮（キムドクジン）会長が、コロナ禍という予測すらできなかった多様な変化を経験しながら、医療現場の新たな基準と思考すべき方向性について議論する機会といたく「慢性期医療、ニューノーマルを論じる」と学会テーマについて説明し、「少子高齢化だけではなく人材不足と選ばれるための工夫など、日本、中国、韓国は共通課題を抱えていることから、本大会を通じて20年前に高齢社会を迎えた日本のノウハウを学ぶ貴重な機会になることを希望する」と述べられた。（写真4）



写真4 学会長挨拶される韓国慢性期医療協会 金徳鎮会長

主催者挨拶としてアジア慢性期医療協会の中村哲也理事長が「慢性期医療に携わる医療者が真剣に議論出来る場になることを期待する」と述べ、ご来賓として日本慢性期医療協会の橋本康子会長、中国慢性期医療協会の郭躍会長がご挨拶された。（写真5・6）

基調講演では、小倉リハビリテーション病院名誉院長の浜村明德氏が「各国の高齢化が進む中で慢性期医療に期待されるもの」と題して講演され、「生があるかぎり自分らしく過ごせることを支えること」と締めたほか、韓国大韓医師協会前会長の季弼壽（イビルス）氏が「慢性期医療、大韓医師協会の方向性 - 医療中心のコミュニティーケア体系の構築 - 」と題し、超高齢化社会が急速に進展している韓国において、日本の地域包括ケアシステムの取り組みを参





写真5 主催者挨拶をするアジア慢性期医療協会理事長 中村哲也氏



写真7 トークショーに参加される橋本康子会長



写真6 ご来賓挨拶をされる日本慢性期医療協会 橋本康子会長



写真8 発表で登壇される医療法人大誠会 田中志子理事長

考にしつつ、韓国内で望ましいコミュニティーケア（医療世話体系）の構築を目指している現状を述べた。

基調講演後に大会史上初のトークショーとして「韓国、中国、日本の病院の現実」と題し、モデレーターを韓国のデイリーメディ編集長の朴大珍（パクデジン）氏が担当し、日本から橋本康子会長、韓国から大韓リハビリテーション医学会の趙康熙（チョガンヒ）理事長、中国は中国非公慢性期協会金衛医療薫事長の馮文（フェンウエン）氏ら3氏により、3カ国の病院の困難と問題点について、各国により制度は違えども率直な議論が交わされ有意義なお話が伺えた。（写真7）

大会2日目は、「看護」、「リハビリテーション」、「経営・人事」の3つのカテゴリで27題の発表が行われた。看護のカテゴリは、「予防を重視した臨床看護」、「長期患者の看護における新たな状況」の2つのセッションに韓国より5演題、中国より1演題、日本からは田中志子氏（医療法人大誠会理事長）（写真8）の「認知症患者とその生活」など3演題、合計9演題の発表。また、リハビリテーションのカ

テゴリも同様に、「療養期間中のリハビリテーション医療機関の現実」、「地域への回帰と地域へのつながり」の2つのセッションに韓国から5演題、中国より1演題、日本からは中尾健太郎氏（イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院・病院長）が、「日本回復期・療養病棟リハの在宅・社会復帰の現状と見通し」など3演題、合計9演題の発表があり、会場の韓国、中国からも具体的な質問があり、3カ国の意見交換の機会となった。一方で、経営・人事のカテゴリはすべて韓国からの演題のみで、「MZ世代と共生する医療サービス」、「消えて行く病院と医療人材：危機に瀕した病院組織をどう運営していくか」、「方針の変更、戦略の進化」のカテゴリに9演題の発表があり閉幕した。

アジア慢性期医療学会は、第1回目を2010年3月に国立京都国際会館で11カ国から約1,600名が参加して開催し、第2回目を2011年6月に韓国・釜山で、第3回目を2013年に東京で、第4回目を2015年に韓国・昌原（チャンウォン）で、第5回目を2019年に中国・上海で開催している。



## 日本慢性期医療協会 第6回ハワイ研修

日本慢性期医療協会 国際委員会 委員 高石義浩

日本慢性期医療協会国際委員会は、我が国において今後益々重要性を増す慢性期医療の在り方を検討するに際し、他国の高齢者医療・介護の制度や、提供体制について現地に赴き、実態を確認する必要があると考え、平成27年5月に第1回日本慢性期医療協会ハワイ研修を開催した。その後毎年5月に継続して開催し、研修後に参加者へアンケートのご協力をいただき、意見や要望を確認しながらプログラムの修正や、見学施設、訪問先の内容充実を図ることで、「新たな視点を得ることができ、多くの学びがある研修」と高評価をいただいている。残念なことに令和2年世界中を席卷した新型コロナウイルスのパンデミックにより、令和5年までの4年間やむなくハワイ研修を中止せざるを得なかったが、このような大変有意義な研修を4年間も休止せざるを得なかった状況は、日本慢性期医療協会会員にとり大きな損失であったと考えている。令和5年5月8日、日本におきましてCOVID-19は5類感染症に指定され、ようやく第6回ハワイ研修を開催するに至り令和6年5月14日から19日まで4泊6日で開催された。全国の病院介護関連施設からは31名、韓国慢性期医療協会からは11名のご参加があり、医療機器関連会社の方1名を含め合計43名と多くの方にご参加いただいた。私は第6回ハワイ研修に国際委員会委員として参加したので以下研修報告をさせていただきます。

前回に引き続き成田と関空の2カ所からのフライトでハワイ ダニエル・K・イノウエ国際空港に期待と喜びに一行は胸を膨らませながら5月14日9時13分に降り立った。多少の時差ボケをものともせず専用バスに乗りしハワイ視察へ向かった。飛行機の中でしっかり休んでおくことをおすすめする。まずはオアフ島を代表する絶景ポイント ヌアヌパリ展望台を訪れ、峠を吹き抜ける貿易風の荒々しさを体感するとともにワイキキの気候を理解した。その後1810年に戦国時代だったハワイ全島を統一した初代カメハメハ大王像と、彼に見守られているイオラニ宮殿を観てカフェ

リアに到着した。カフェジュリアは米国の国家歴史登録財に指定されているYWCAビルにあり、佇んでいるだけで気持ちが落ち着くような何とも言えないなつかしさが満ち溢れている。その落ち着いたクラシックな雰囲気の中ハンバーガーランチを堪能した。一行は余韻にひたりながらDFSワイキキに向かいお土産などの品定めし勤しむなどしつつ、その後宿泊ホテルであるハイアットリージェンシー ワイキキ リゾート&スパに到着した。八角形のツインタワーが特徴的な40階建てのホテルである。ワイキキビーチの紺碧の水と柔らかそうな白砂、世界的に有名なデューク・カハナモク像が眼前に広がり、一行はいつまでも癒されていた気持ちを押さえながら活気あふれるワイキキの街の鼓動に共鳴し各々の活動を開始した(写真1)。

2日目は、朝9時に専用バスに乗り込み、ハワイ大学イーストウエストセンターに向かった(写真2)。イーストウエストセンターは教育と研究を通じて、文字通りアメリカとアジアの相互理解を促進するために連邦政府が創設したものである。その中にある国際会議場にて、臨床看護学博士・ナースプラクティショナーである中村誠一氏による「ハワイ、アメリカの医療、ナースプラクティショナー」の講義を受講(1st Program)した(写真3)。中村氏は埼玉県立工業高校ご卒業後、再度看護専門学校卒業後4年目にハワイ留学を開始、10年



写真1 時が止まれば…美しいワイキキビーチのサンセット



写真2 ハワイ大学イーストウエストセンターに於いて 集合写真



写真4 1人1人へ中村氏より講義修了書授与



写真3 ハワイ大学イーストウエストセンター国際会議室に於いて 中村誠一氏の講義

写真5 小高い丘の上のHale Ho Aloha Nursing Homeで  
—空が近い—

目にナースプラクティショナーのライセンス取得, その6年後に臨床看護学博士となられた。ご講演の中で我々に, マタイによる福音書7章7~8節「求めなさい。そうすれば与えられる。探しなさい。そうすれば見つかる。門をたたきなさい。そうすれば開かれる。だれでも, 求めるものは受け, 探すものは見つけ, 門をたたく者には開かれる」の言葉を贈られた。活発な質疑応答の後中村氏より各受講者へ受講修了証書を授与いただいた(写真4)。

その後IMSグループの関連施設であるHale Ho Aloha Nursing Homeを視察(2nd Program)した(写真5)。小高い丘の上に立つ平屋建ての建物で, 外庭の南国らしい樹木の緑と青い空とのコントラストが鮮やかに出迎えてくれる。中に入ると暖かな交流スパー

スとりハビリテーションスペースが広がり, 開放的な窓に好みのカーテンといった優しさを感じる居室が展開されていた。また予防医学の観点から日々さまざまなアクティビティが実施されていることが, 掲示板に貼られているプログラムから知ることができた。施設の各部門の管理者の自己紹介と業務内容の説明を受けた後, 有意義な質疑応答が行われた(写真6)。

15時30分にホテルに帰り, つかの間の休息をとったのち日本慢性期医療協会のハワイ研修に燃える精鋭は19時に専用バスに乗り, 研修及び懇親会場である格式高いワイアラエ・カントリークラブに向かった。会場のあるゴルフクラブは, ハワイでも高級住宅地のカハラ地区にあり, 一般的に立ち入ることができないクラブハウスである。到着し胸を躍らせながら歩みを





写真6 Hale Ho Aloha Nursing Home ラナイにて



写真7 Waialae Country Clubに於いて 集合写真

進めると、どこからともなく何とも言えない香りの風が優しく吹いてきた。中庭の芝生の香りと混じりあい、それらは上等なハーブのような香りとなって精鋭たちを包んだ。清々しいハワイ。その香りと海辺の景色が素晴らしい中庭で記念撮影を行った(写真7)。その後バンケットルームに移動し、日本慢性期医療協会 橋本康子会長の特別講演「2024年トリプル改定 慢性期医療はこのプラス改定をどう活かすべきか」を拝聴した。日本慢性期医療協会がいかに日本の医療の質の向上に貢献してきたかが再確認でき、そして我々がこれから向かうべき医療の未来に向けて大いなる活力をいただいた。

懇親会にうつり、金会長をはじめとする韓国慢性期医療協会の皆様が拍手とともに会場に入場された。日本慢性期医療協会 橋本康子会長および韓国慢性期医療協会 金徳鎮会長にご挨拶いただき、国際委員会 中村哲也委員長の御発声による乾杯により懇親会が開宴された。初めて顔を合わす人がいる中で、ここで一気に親密感が増す。各々自己紹介の後、美味しい料理と美酒に舌鼓を打ちながら歓談し、これからの英気を養う。そこかしこから談笑が聞かれ、活発にそして和やかに意見が交わされている。大変革新的な医療機器のデモも行われ、日本慢性期医療協会の精鋭のみならず韓国慢性期医療協会の皆様もたいへん興味を抱き、熱心に質疑応答がなされていた。濃密で心地よい時間はあっという間に過ぎてしまい、日本慢性期医療協会事務局長である富家隆樹氏による閉会の



写真8 Waialae Country Clubに於いて 集合写真

ご挨拶にて閉幕した(写真8)。

3日目の午前中は希望者のみのオプション研修で(3rd Program)、午前9時に専用バスでホテルを出発し長期介護施設であるPaolo Chinese Homeを視察した(写真9)。文字通り最初は中国移民の高齢者をケアするために127年前に設立されたが、現在はハワイの特徴でもある多民族の高齢者のケアをしている。入居介護のみならず、ホスピスケア、デイケアサービス、ショートステイサービスなどのサービスも提供しており、ラウンドして視察することができた。

午後からは4th ProgramであるKuakini Medical Centerを訪問した。同病院は1900年に日本慈善協会によりJapanese Charity Hospitalという名称で設立され、時代の流れとともにJapanese Hospital→Kuakini





写真9 Paolo Chinese Homeに於いて

Hospital and Home→1975年Kuakini Medical Centerと名称が変わってきた。現在は212床の急性期病院で、内CCU12床、PCU(progressive care unit)26床を持ち週に350件もの手術が行われている。敷地内には長期治療・高齢者介護を担うHale Pulama Mauや、外来診療を担うKuakini Physicians Tower等が配



写真11 朝食会場の一つ 憧れる太平洋のピンク・パレス  
The Royal Hawaiian Waikiki

置されている。Kuakini Medical Centerのスライドによるバーチャルツアーの後、Clinical Risk Managementについて御講義いただき熱心な質疑応答が行われた。

最終日の朝、ホテルを出発して日本時間翌日の午後成田空港に到着した。以上報告する。

まだまだ語り尽くせないが、この報告をご一読し多くの協会会員の方々にご興味を持っていただければ幸いである。プログラムは、全員参加型の研修や希望者のみでのオプション研修もある。研修前の朝のひととき、憧れのロイヤルハワイアンホテルや近隣のホテルで利用可能なミールクーポンの朝食でゆったりとした時間を過ごしたり、オアフ島のシンボル ダイヤモンド・ヘッドに登るサンライズツアーや、古の王国とキラウエア火山を観るハワイ島ツアーなど、日頃の喧騒から離れて各々がリラックスしたオプションツアーも満喫できる内容となっている(写真10・11)。

今回の研修では、2040年を展望した医療体制構築の端緒でもある2024年診療報酬トリプル改定の直後、先進的な米国の医療・介護制度を学び理解を深めることができた。また急性期から慢性期までの医療・介護施設を視察し新たな見聞を広げる傍ら、南国の解放感の中、より前向きに向かっていく英気を養うこともできた。最後に研修に際し、参加者の皆様のご協力に対し心より感謝申し上げます。国際委員会では、次年度も更に充実した内容の有意義な研修を企画立案して参りたい。



写真10 朝食会場の一つ Moana Surf rider the verandaから望むパニヤツリー

## 日本慢性期医療協会 第6回ハワイ研修に参加して

IMS グループ 鶴川サナトリウム病院 検査科 主任 **山本朝日**

今回の研修には IMS グループから6名の異なる職種のスタッフが参加した。

施設見学ではハワイ大学をはじめ、長期介護施設や急性期病院を見学することができた。見学を通じてハワイ州では多職種がシームレスに患者へかかわり、復帰支援を行っていると感じた。特に病院や介護施設では医師、看護師のほかセラピストなどが率先して「アクティビティ」を計画して支援しており、チーム医療が根付いた環境であると感じた。

また、ハワイ大学ではナース・プラクティショナー（NP）である中村誠一氏からハワイ州の看護師医療制度の違いを教えて頂き、日本との違いに驚くことばかりであった。日本においてもタスクシフト/シェアを通して業務の移管や共同化が進んでいるが、効率的な患者支援のためにもこれまで以上にチーム医療の推進が必要であると感じた。

夕食研修会では韓国慢性期医療協会の金会長をはじめ、参加者の皆さんとお話する機会を頂き刺激を受けた。また最新の EMS 機器が紹介され、体験する機会を頂けた。寝たきりの高齢者にも使用でき、今後、医療現場での活用が期待できる機器であった。

今回の研修はこれまで経験することのなかった体験や、職種や国籍を超えた参加者との交流や意見交換ができてとても有意義なものだった。IMS グループの中村哲也会長をはじめ、研修会参加の機会を与えてくださった方々へ深く感謝申し上げたい。



IMS参加者と金会長ご家族 食事会にて

余談ではあるが、滞在期間中に車いす競技のイベントが開催されており、街にはハンディキャップのある方が多く滞在していた。ハワイ州の町はバリアフリー化が進んでおり、参加者は何も不自由することなく食事や買い物をして、観光客と楽しそうに会話をしていた。その様子を見てハワイ州には彼らが自由に日常を過ごせる風土が備わっているのだと感じた。日本も同じように変化していかなければならないと感じたとともに、次回ハワイに来た際は、輪に入って会話ができるほどの語学力を身につけたいと思った研修であった。

医療法人愛生館 小林記念病院 理事長 **小林清彦**

昨今、VUCA 時代と言われている現代において、慢性期医療というカテゴリーについても大きな変革の荒波に曝されている。このような時代だからこそ、日本以外の文化・価値観に触れなければならないと考え、コロナ後に再開された「第6回ハワイ研修」に参加させていただいた。

今回の研修で改めて感じたことは、日本の医療・介護制度というものが大変安価でありかつ高水準で提供される体制が整っていることであった。今回訪問させていただいた「ハレ・ホ・アロハ・ナーシングホーム」の入居費用は、168万円/月が最低必要であり、この水準は、ハワイの老人ホームの中では平均であるとのことだった。また、これだけの費用が必要なのは、高い人件費が大きな要因である。しかし、金額が高いことは問題ではない。

我々の提供するサービスは、利用される方々のために存在する。そしてそのサービスは、利用される方々が進んで支払う価格で提供できなければ失敗である。昨今、厚生労働省は「治す医療」から「治し、支える医療」



への転換が求められていると提言している。

「変化はコントロールできない。できるのは、その先頭に立つことだけである」～P.F. ドラッカー～

我々は、それぞれの時代・地域で日本を支えてきた。そして、これからも支えていく社会的責任がある。しかし、これまで事業の前提としてきたものが、現実にはそぐわなくなってきたかもしれない。だからこそ、事業の定義を定期的にモニターし、検証する必要がある。その一つに、今回のハワイ研修のような日本以外の文化・価値観に触れることは大変意義あることだと考える。そして、このような研修の中での出会いは、変化する時代を乗り越えるための大きな力となる。



ハワイ大学で、中村誠一氏(NP)の特別講義

医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル 副院長 田島紘己  
法人事務局 医療経営情報課 課長 菊池博之

鹿児島から空路羽田空港へ向かい、バスへ乗り換え成田空港に到着。都市部との利便性の違いを改めて実感するスタートとなった。成田空港のDX化が非常に進んでおり、とても驚いた。天気予報では現地は連日の雨マーク。不安の中、ダニエルイノウエ国際空港に到着。

翌日、2日目午前は University of Hawaii at Manoa にて、現地の NP (Nurse Practitioner) としてご活躍の臨床看護博士である中村雄一氏からアメリカの医療やハワイでの実際に関する講義であった。NP は独立した検査や処方が可能で、自身のクリニックを持つことも可能とのこと。保険制度も含め、日本との違いに非常に驚いた。午後は、IMS グループ運営の Hale Ho Aloha Nursing Home を訪問した。コロナの影響で内部見学はできなかったが、各部門の管理者から日頃の業務などに関して伺えた。夜は、日本慢性期医療協会と韓国慢性期医療協会との合同懇親会が、名門ゴルフ場のクラブハウスで行われ、束の間の国際交流を楽しんだ。

3日目午前は、長期介護施設 Palolo Chinese Home を見学。入所中は MSW が入所者の生活面全般を支援するが、入所前は受入専門職の Admission が対応し、役割が明確に分かれていた。診療面では、医師は直接採用ではなく、外部の契約医師が方針を決定しており、セラピストも全て外注であった。午後はハワイで唯一、急性期病院と高齢者施設が隣接した Kuakini Health System を訪問。こちらも医師は外部契約だが、救急外来等を含め、NP が一定レベルの診断や治療を担う。リハビリは入院患者のみで、患者の状態によって提供時間も決められ、医療体制の自由度を感じた。

日本は手厚い医療が身近にあるが、アメリカは必要な支援を、限られた制度・医療資源にて効率的に行っている印象を受けた。各職種は責任分界点がありながらも、垣根を越えたタスクシェアがあった。システム面も効率的で、タッチパネルでの選択式が多く、記録の負担軽減がなされていた。貴重な機会に感謝するとともに、良い部分を取り入れ、生活を支える医療・介護サービスに繋げていきたい。



視察先の現地スタッフと一緒に



## 2024年5月の記者会見 令和6年度改定の影響について見解 「次期改定で見直しも検討する必要あり」



当会は5月23日の定例記者会見で、令和6年度診療報酬改定で実施される医療区分の見直しや高齢者救急の受け入れ評価などについて見解を示した。橋本康子会長は「現場の感覚では実質的にマイナス改定」と改めて指摘。井川誠一郎副会長は分析結果を踏まえ「全体的に収入減となってしまう療養病棟が多いだろう」と懸念し、「次期改定では区分項目の追加や見直しも検討する必要がある」との認識を示した。

今回の会見は、中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の委員を務める井川副会長が説明を担当した。

テーマは「令和6年診療報酬改定からみた慢性期医療」で、主な内容は、▼療養病棟における医療区分に係る評価体系の見直し、▼急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価、▼高齢者救急における慢性期医療の役割（大阪緊急連携ネットワーク）一の3項目。

井川副会長は、医療区分の見直しによる点数の増減を分析。賃上げ分を「15点」と推定し、これを差し引いた実質的な引き上げ幅を示した。それによると、増点となっている区分でも上昇分はわずかで、

医療資源の投入量（疾患・状態）が低い区分になると大幅に引き下がる結果になっている。

### ■ 高齢者救急の解決につながる

井川副会長は、「今改定では医療資源投入量のみが反映されており、人的投入量の反映はなされていない」と苦言を呈し、「次期改定では、処置区分項目の追加や見直しも検討する必要がある」との考えを示した。

井川副会長はまた、高齢者救急に対応するために新設された「救急患者連携搬送料」について、受け入れ側の慢性期医療への評価が欠けている点を指摘。2008年から大阪府内で取り組んでいる高度急性期と慢性期との連携（大阪緊急連携ネットワーク）では、同加算の対象患者も受け入れている実績を報告した。井川副会長は「今後、搬送先に加算が付けば下り搬送がさらに加速し、喫緊の課題である高齢者救急問題の解決につながるだろう」と強調した。

橋本会長は「救急患者の搬送について高度急性期病院と他院との連携が強化されることはいい」と評価しながらも、「できれば私たち慢性期医療の側にも点数を付けてほしかった」と述べた。

## ■ 地域に選ばれる慢性期の病院を

急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価についても見解を示した。井川副会長は「従来からわれわれが提言してきた『多くの寝たきりは急性期でつくられる』という概念に基づいた改定であり、最上の評価に値する。慢性期病院での在院日数の削減、ひいては医療費の削減につながる」と述べた。

質疑では、「慢性期医療の運営にはどのような影響があるか」との質問があった。井川副会長は、リハビリの効果を高める上で低栄養などの改善が必須とし、「今後は療養病棟で必要な治療等ができるだ

け速やかに実施できるようになるだろう」と評価した。

橋本会長は「慢性期病院に転院する患者さんが少なくなるのではないかと思われるかもしれないが、患者さんにとって良いことであるし、医療費の削減にもつながる。しっかりしたリハビリでADLを上げて、早期の在宅復帰を目指すのが理想だ」と答えた。その上で、橋本会長は「慢性期医療の質を上げて、地域に選ばれる慢性期の病院をつくっていけば大丈夫だと思う」と語った。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=10576>

## 第49回通常総会を開催 令和5年度事業・決算等を報告 橋本会長，池端副会長が記念講演



当会は6月26日，第49回通常総会を開催し，令和5年度事業・決算等の報告のほか，役員を選任に関する議案などを承認した。通常総会後の記念講演では，橋本康子会長が2期目の抱負を述べたほか，池端幸彦副会長が慢性期医療の方向性などについて見解を示した。

橋本会長は開会のあいさつで「慢性期医療の質の向上を目指しながら皆さま方の病院や施設が今後も生き残っていただけるために，経営戦略などを共に考えていきたい」と述べた。

### 【橋本康子会長の発言要旨】

6月となり，今回の診療報酬・介護報酬等のトリプル改定の運営が始まっている。処遇改善やベースアップなどで苦勞されているのではないと思う。また，実質的にはマイナス改定と

なっているので，各病院や施設では経営にも大きく影響があるのではないかと考えている。経営状況が赤字に転落しないように，対策や戦略を立てていく必要がある。

当協会では，慢性期医療の質の向上を目指しながら，皆さま方の病院や施設が今後も生き残っていただけるために，経営戦略などを共に考えていきたいと思っている。また，そうした方向性を打ち出していかねばいけないと思っている。

本日の総会では，事業報告，決算報告，役員を選任などの3つの議案がある。ご審議，ご協力をお願い申し上げます。

本総会の議長は矢野諭副会長，司会進行は井川誠一郎副会長が務めた。令和5年度事業は事務局長の富家隆樹常任理事が報告。被災地支援，コロナ対応



などの取り組みをはじめ、学会や研修会等の実績を伝えた。令和6年度の同時改定に向けた議論に当会役員が参加したことや、関係団体との意見調整、国に対する提言など当会の幅広い活動を示した。

## ■ 慢性期医療を可視化する

2年前の総会で武久洋三名誉会長の後を継いだ橋本康子会長は、再任のあいさつで「慢性期医療を可視化する必要がある」との認識を示した。急性期医療の在り方が中心となった改定論議を振り返り、「私たち慢性期医療に携わっている者の努力も日本の医療に大きく寄与している。超高齢化の日本において、とても大切で重要な役割を担っている」と強調。慢性期医療の取り組みを広く伝えていく必要性を指摘した。

その上で、橋本会長は「データを集めて分析して、アウトカムを出す。武久先生が以前から言われているように、私たちがいなければ日本の医療は成り立たないというデータを出すことが必要だ」と訴え、慢性期医療のデータ収集に向けて協力を呼び掛けた。

橋本会長はまた、協会の組織図や各委員会を見直す方針を伝えた上で、「青年部会を立ち上げたい」と報告。病院の運営を父から承継した自身の経験を踏まえ、経営的な課題にも対応できる活動を進めていく意向を表明した。

## ■ 「慢性期治療病棟」の確立を

記念講演では橋本会長と池端副会長が登壇し、今改定を踏まえた慢性期医療の方向性を示した。橋本会長は「寝たきりゼロ」に向けた療養病床の役割の見直しについて、池端副会長は慢性期・回復期医療の役割の増大とその対応策などを述べ、共に「慢性期治療病棟」



の確立を訴えた。池端副会長は「一般病床と療養病床の区分を見直すべき」と改めて強調した。

今改定で新たに評価された急性期病院からの「下り搬送」についても言及があった。池端副会長は「高度急性期病院にとっては歓迎すべきであろう。日慢協にとってもウェルカムだ」と評価した。

橋本会長は、急性期病院に搬送されている患者の約半数が誤嚥性肺炎や尿路感染症など「慢性期病院で多く対応している疾患」と指摘。低栄養や脱水、褥瘡などの「6病態」を挙げ、「慢性期医療の役割や目的を明確化すべき」との考えを示した。

その上で、橋本会長は「6病態を療養病棟で引き受けるようになれば、急性期病棟からの下り搬送として慢性期病院に来る」とし、「慢性期治療病棟を明確に位置付ければ、現在の療養病床で引き受ける道筋ができるだろう」と指摘。今後に向けて、「私たちの慢性期医療は役に立つ医療であると示していきたい。私たちのスキルや知識、技術を目に見える形で表現し、伝えていく必要がある」と締めくくった。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=10723>

## 神奈川県慢性期医療協会

## 「第 17 回神奈川県慢性期医療協会 講演会」を開催

医療法人社団三喜会 理事長，鶴巻温泉病院 院長 鈴木龍太

(神奈川県慢性期医療協会 会長)

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 伊勢正輝 (事務局)

2024年6月28日(金)ユニコムプラザさがみはら(相模原市)にて、当協会とニュートリー株式会社の共催により、第17回となる神奈川県慢性期医療協会講演会を実施した。

程塚明副会長(平成横浜病院・院長)の開会挨拶から始まり、特別講演では「患者経験価値(PX)と対話的コミュニケーション～病院で役立つコーチングスキル～」と題して医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 副院長の出江紳一氏にご講演を頂いた。

出江氏からは、①コーチングは患者さん・家族の主体的な行動を促進して医療目標の達成を支援すると考えられる。②コーチングは医療組織の活性化と患者安全にも寄与する可能性があるが、機能するための仕組みを用意することが大切である。③PXは患者中心性を具現化する概念であり、医療の質全体と関係する。④対話的コミュニケーション(職員間、職員と患者)は、PXに直接的に影響するだけでなく、患者中心医療における課題の解決策の立案・実践の鍵である。⑤慢性期医療の存在意義を再定義し持続可能な病院に向けた鶴巻温泉病院コーチングプロジェクトがスタートする。以上についてのお話を頂いた。

講演の最後にあった。「慢性期病院は急性期病院の“後方”ではなく、未来の生活再建に向かう“前方”病院であり、高難度医療を担う」という言葉が印象的であった。

また講演会終了後には情報交換会の場を設けた、出江氏も交えて、参加者とざっくばらんに意見交換ができる場となった。閉会挨拶は小松幹一郎副会長(小松会病院・名誉院長)より、次回の幹事病院と

しての意気込みが語られたほか、当協会が設立して10年が経過したことに触れられ、会員・賛助会員の皆様の支援とご協力に感謝を申し上げられ、盛況のうちに終了した。

※PX: ペイシェント・エクスペリエンスとは患者一人ひとりに最適な医療サービスを提供することで、患者中心の医療を実現するイギリス発祥の考え方です。日本語では「患者経験価値」と訳されており、「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義づけられています。



写真1 集合写真



写真2 講師 出江紳一氏

## 大阪府慢性期医療協会

大阪府慢性期医療協会 活動報告  
2024年定時総会・特別講演会について大阪府慢性期医療協会 会長 鹿島洋一  
(事務局 小澤陽子)

この度、大阪府慢性期医療協会は「令和6年度定時総会・特別講演会」を開催したのでご報告する。特別講演として日本慢性期医療協会常任理事、医療法人社団富家会 富家病院 理事長 富家隆樹氏に講師をお願いし、「身体拘束・抑制ゼロに向けた取り組み」をご講演いただいた。

令和6年定時総会・特別講演会

日時：2024年7月4日(木) 14:00～16:30

場所：大阪府病院年金会館 4階 大会議室

I. 定時総会 14:00～14:30

II. 講演会 15:00～16:30

講師：日本慢性期医療協会 常任理事、  
富家病院 理事長 富家隆樹氏演題：「身体拘束・抑制ゼロに向けた取り組み」  
～富家病院の取り組みに学ぶ～

3年ぶりの対面開催で、定時総会の成立も過半数を超えるかどうかと懸念したが、委任状承認を含め43会員病院中23病院の出席をいただき成立することができた。オンラインが普及し、わざわざ遠方まで出かけなくてもいい環境が整ったこともあり、今後、定時総会等の会議について「対面で行う」ことの意義を考える必要性を痛感した。

特別講演は今回の診療報酬改定で重要事項となった「身体的拘束を最小化する取組の強化」に対して、グループ全体で身体拘束・抑制ゼロを10年続ける富家病院 理事長 富家隆樹氏にご講演いただいた。身体拘束・抑制をなくし、かつ患者の尊厳と安全を確保するためには、組織全体での意識改革と

継続的な努力が必要とのことで、重度慢性期医療に取り組み、患者を選ぶことなく身体拘束・抑制廃止を維持されている富家病院の取り組みをお話いただき、考え方や手法について学んだ。特に、鼻腔チューブの患者に対してミトン等の拘束をしないで見守ること等には、会場の参加者からも多数の質問や驚きの声が上がった。特別講演には会員病院の医師・看護師等も多数参加され、非常に有意義な特別講演となった。



写真1



写真2



## 奈良県慢性期医療協会

## 令和6年度 奈良県慢性期医療協会総会・記念講演会開催

奈良県慢性期医療協会 会長 鉄村信治

令和6年7月5日(金) ホテル日航奈良において、令和6年度奈良県慢性期医療協会総会ならびに記念講演会を開催した(参加人数 65人)。

総会では、事業計画や予算案の審議、新副会長就任の決議に加え、本年より新たに地域で在宅医療を含め慢性期医療や介護に熱心に取り組んでおられる有床診療所に参画いただく事となった。今回、この件につき定款の変更、すなわち会員を病院だけでなく診療所の加入を認める事につき審議いただきお認めいただいた。当会においては、今後も慢性期医療に尽力いただける診療所や老健施設などにも広く会員として参加いただけるよう柔軟に運営していきたいと考えている。

総会に引き続き、本年度は日本慢性期医療協会の池端副会長をお招きし、記念講演会を開催した。演題名は「令和6年度診療報酬改定の概要と慢性期医療の将来像」であり、各会員病院がトリプル改定への対応に腐心している中で、非常にタイムリーなテーマでご講演いただいた。また、池端副会長は中医協委員として、まさに本改定の中心的な議論を重ねてこられたお立場から、改定の内容や決定までのプロセスや裏話といった、まさに当事者ならではのお話も交えていただき大変興味深く拝聴した。質疑では、今後進められる新しい地域医療構想についての質問に対し、「かかりつけ医(病院)」の在り方がポイントとなる事を提言された。また、今改定では日本慢性期医療協会が以前より提言されてきた内容が随所に盛り込まれており、改めて今まで積み重ねてこられた取り組みは本当に大きな物であったと再確認した。講演後には懇親会が開催され、池端副会長にもご参加いただき大変盛会となった。

今後もこのような会を通じ、日本慢性期医療協会との交流、会員同士の情報共有を通じ「慢性期医療の質の向上」を目指していきたい。

最後に、大変ご多忙の中ご参加いただいた池端副会長に改めて感謝を申し上げるとともに、今後とも奈良県慢性期医療協会をよろしくお願い申し上げます。



写真1



写真2

## 愛媛県慢性期医療協会

# 愛媛県地域包括ケアを考える会（第10回愛媛県慢性期医療研究会）

## 特別企画 報告

愛媛県慢性期医療協会 会長 西尾俊治

2024年6月14日（金）18時より松山市医師会館 いきいきホールにて上記特別企画が開催された。参加者は90名であった。今年度の医療・介護・障害福祉におけるトリプル改定に関して、厚生労働省保険局 医療課長の眞鍋馨氏に来松していただき「令和6年度診療報酬改定について ～慢性期医療への期待」と題して特別講演をして頂いた。眞鍋氏は前回の介護報酬改定を担当されており今回の診療報酬の改定では介護と診療をみごとに調和させた改定であったと言える。今後の医療・介護・障害福祉のあり方を非常に分かりやすく解説していただいた。エビデンスに基づいた改定を今後も継続されるとの発言に感銘を覚えた。特別講演に続き、コメンテーターとして武久洋三名誉会長、橋本康子会長を交えて討議がなされた。また、参加者からの事前質問にも眞鍋氏から直接お答えをして頂いた。武久名誉会長、橋本会長からはリハビリ評価の問題点、今

後の急性期・慢性期医療の在り方についてご意見を述べられた。慢性期医療の情熱を会場のすべての方が受け取ったと信じる。最後まで活発な討議がなされた。



写真1 会場風景



写真2 眞鍋馨課長



写真3 武久名誉会長、橋本会長を交えての質疑応答



## 令和5年度 事業実施状況

### 1. 総会

第48回通常総会（第15回定時社員総会）

### 2. 理事会

第64回通常理事会（第30回通常理事会）

第65回通常理事会（第31回通常理事会）

### 3. 常任理事会

第291回 日時：令和5年4月13日

第292回 日時：令和5年5月18日

第293回 日時：令和5年7月20日

第294回 日時：令和5年9月14日

第295回 日時：令和5年10月18日

第296回 日時：令和5年11月16日

第297回 日時：令和5年12月14日

第298回 日時：令和6年1月11日

第299回 日時：令和6年2月8日

### 4. 第48回通常総会記念講演

日時：令和5年6月28日

講師：橋本康子（日本慢性期医療協会 会長）

### 5. 機関誌「JMC」の発行

### 6. 第31回日本慢性期医療学会

日 時：令和5年10月19・20日

場 所：大阪国際会議場

テーマ：超少子高齢化時代と慢性期医療

Well Beingを目指した予防という役割

### 7. 研修会

(1) 第9回総合診療医認定講座

※総合機能評価加算 該当研修

(2) 医師のための総合リハビリテーション講座

※回復期リハ病棟入院料1・2「体制強化加算」

該当研修

(3) 医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座

※排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料 該当研修

(4) 看護師特定行為研修

対象特定行為（9区分16行為）

・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連

・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連

・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連

・創傷管理関連

・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

・感染に係る薬剤投与関連

・血糖コントロールに係る薬剤投与関連

・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

①第13期研修

開講式 日時：令和5年4月1日（WEB開催）

②看護師特定行為研修指導者講習会

③特定行為研修修了者フォローアップ研修

④看護師特定行為研修管理委員会・研修委員会合同開催

(5) 看護師のための認知症ケア講座

※認知症ケア加算2・3 該当研修

(6) 医師事務作業補助者研修

※医師事務作業補助体制加算 基礎知識研修 該当研修

(7) リスクマネジメント研修

※安全対策体制加算 該当研修



- (8) メディカルケアマネジャー研修
- (9) 千里リハビリテーション病院見学会  
日時：令和5年8月24日
- (10) 令和6年度診療報酬・介護報酬改定説明会  
日時：令和6年3月8日～（WEB配信）

## 8. 慢性期医療展2023

日時：令和5年4月19～21日  
場所：インテックス大阪

## 9. 委員会等

- (1) 三役会
- (2) 広報委員会
- (3) 学術委員会
- (4) 慢性期救急委員会  
3次救急施設と療養病床の連携カンファレンス  
「大阪緊急連携ネットワーク」

## 10. 日本介護医療院協会

## 11. 地域病病連携推進機構

## 12. 日本慢性期医療協会 都道府県支部

北海道慢性期医療協会  
東北地方慢性期医療協会  
茨城県慢性期医療協会  
群馬県慢性期医療協会  
埼玉県慢性期医療協会  
千葉県慢性期医療協会  
東京都慢性期医療協会  
神奈川県慢性期医療協会  
富山県慢性期医療協会  
石川県慢性期医療協会  
福井県慢性期医療協会  
山梨県慢性期医療協会

長野県慢性期医療協会  
静岡県慢性期医療協会  
東海慢性期医療協会  
京都府慢性期医療協会  
大阪府慢性期医療協会  
奈良県慢性期医療協会  
島根県慢性期医療協会  
岡山県慢性期医療協会  
広島県慢性期医療協会  
山口県慢性期医療協会  
徳島県慢性期医療協会  
愛媛県慢性期医療協会  
高知県慢性期医療協会  
福岡県慢性期医療協会  
鹿児島県慢性期医療協会  
沖縄県慢性期医療協会  
(計28組織 35都道府県)

## 13. 調査・研究事業

令和5年4月 会員病床数確認アンケート  
令和5年4月 介護医療院 賃上げおよび物価高騰状況に関する緊急アンケート  
令和5年8月 介護医療院 賃上げ・物価高騰・離職者等に関するアンケート  
令和5年7月 日本介護医療院協会 2023年度調査  
令和5年10月 賃上げ等の状況に関するアンケート \*役員対象  
令和5年11月 人材紹介手数料に関するアンケート

## 14. 日本病院団体協議会への参加

- ①代表者会議
- ②診療報酬実務者会議
- ③病院薬剤師確保に関するワーキンググループ

## 15. 日本地域医療学会への参加

## 16. 地域医療を守る病院協議会への参加

### 17. 日本地域包括ケア学会への参加

### 18. 他団体への支援

日本リハビリテーション医学教育推進機構，日本医療安全調査機構，日本臨床倫理学会，ささえあい医療人権センターCOML，日本地域医療学会

### 19. 外部の審議会・委員会等への委員派遣

### 20. 慢性期医療の広報に関する活動

日慢協BLOG，慢性期ドットコム

### 21. その他関係機関との連絡調整等

## 令和5年度 資金収支計算書

自 令和5年4月 1日

至 令和6年3月31日

収入合計 521,763,405 円

支出合計 521,763,405 円 (内次期繰越収支差額 366,187,922 円)

## 収入の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1. 事業収入			129,500,000	91,379,670	△ 38,120,330	
	1. 学会収入		65,000,000	42,071,520	△ 22,928,480	
	2. 研修会収入		60,000,000	44,690,950	△ 15,309,050	
	3. 出版物収入		500,000	37,400	△ 462,600	機関誌販売
	4. 広告料収入		1,000,000	0	△ 1,000,000	機関誌掲載広告料等
	5. 貸会議室収入		3,000,000	4,029,800	1,029,800	東京研修センター利用料
	6. その他事業収入			550,000	550,000	
		1. 共催金収入		550,000		慢性期医療展共催金
2. 会費・入会金			83,000,000	76,345,000	△ 6,655,000	
	1. 会費		80,000,000	75,545,000	△ 4,455,000	
	2. 入会金		3,000,000	800,000	△ 2,200,000	
3. 助成金			3,000,000	0	△ 3,000,000	
	1. 助成金		3,000,000	0	△ 3,000,000	
4. 寄付金			100,000	0	△ 100,000	
	1. 寄付金		100,000	0	△ 100,000	
5. 雑収入			2,000,000	45,274	△ 1,954,726	
	1. 雑収入		2,000,000	45,274	△ 1,954,726	役員懇談会ご祝儀、 受取利息等
6. 不動産 賃貸収入				39,600	39,600	
	1. 不動産 賃貸収入			39,600		事務所賃貸収入
7. 地域病病連 携推進機構				0	0	
	1. 地域病病連 携推進機構			0		
8. 経常外収入				1,542,276	1,542,276	
	1. 経常外収入			1,542,276		大規模漏水に係る 損害金収入
9. 未収還付 法人税等				30	30	
	1. 未収還付 法人税等			30		令和4年度分
10. 前受金				2,813,360	2,813,360	
	1. 研修会収入			2,750,000		研修参加費
		1. 看護師特定行為研修		2,750,000		
	2. 出版物収入			63,360		機関誌販売
11. 預り金				355,639	355,639	
	1. 預り金			355,639		社会保険料
12. 繰越金			348,000,000	349,242,556	1,242,556	
	1. 繰越金		348,000,000	349,242,556	1,242,556	前期繰越収支差額
収入合計			565,600,000	521,763,405	△ 43,836,595	



支出の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1.	事業費		161,000,000	82,909,927	△ 78,090,073	
	1.	学会費	65,000,000	41,030,478	△ 23,969,522	
		1. 日本慢性期医療学会		40,316,578		
		2. 慢性期リハビリテーション学会		713,900		
	2.	研修会費	50,000,000	20,831,610	△ 29,168,390	
		1. 看護師特定行為研修		16,228,799		
		2. 看護師のための認知症講座		647,167		
		3. 医師のための総合リハビリテーション講座		1,239,265		
		4. 医師のための排尿機能回復に向けた治療と講座		342,796		
		5. 総合診療医認定講座		1,923,492		
		6. 医師事務作業補助者研修		228,137		
		7. リスクマネジメント研修		132,939		
		8. 千里リハビリテーション病院見学会		89,015		
	3.	調査研究事業費	22,000,000	3,981,516	△ 18,018,484	
		1. 実態調査費	6,000,000	1,321,079	△ 4,678,921	調査票入力・発送代 調査設計コンサルティング料等
		2. 研究会費	8,000,000	2,660,437	△ 5,339,563	諸会費、会合費、研究会諸経費
		3. 集計費	8,000,000	0	△ 8,000,000	
	4.	出版広報事業費	19,000,000	16,224,836	△ 2,775,164	
		1. 機関誌発行費	15,000,000	13,045,726	△ 1,954,274	原稿代、印刷代、発送代等
		2. ニュース発行費	4,000,000	3,179,110	△ 820,890	原稿代、ニュース配信委託費
	5.	貸会議室費	2,000,000	386,826	△ 1,613,174	東京研修センター諸経費
	6.	地域病病連携推進機構	3,000,000	297,061	△ 2,702,939	HP管理費、会場費、旅費等
	7.	その他事業費		157,600	157,600	
		1. 慢性期医療展		157,600		旅費

2. 管理費			103,000,000	65,251,940	△ 37,748,060	
	1. 会議費		3,500,000	1,725,811	△ 1,774,189	
		1. 総会費	500,000	232,232	△ 267,768	総会資料印刷発送代等
		2. 理事会費	1,000,000	441,689	△ 558,311	理事会諸経費
		3. 諸会議費	2,000,000	1,051,890	△ 948,110	役員懇談会費、 打合せ諸経費
	2. 人件費		51,500,000	39,669,569	△ 11,830,431	
		1. 給料	36,000,000	28,380,000	△ 7,620,000	職員給料
		2. 諸手当	2,000,000	1,620,000	△ 380,000	役職手当
		3. 賃金	5,000,000	4,799,491	△ 200,509	臨時雇用賃金
		4. 旅費交通費	2,000,000	573,180	△ 1,426,820	通勤手当、外勤交通費等
		5. 厚生費	6,500,000	4,296,898	△ 2,203,102	社会保険料、健康診断料等
	3. 需用費		42,000,000	20,762,693	△ 21,237,307	
		1. 通信費	4,000,000	1,110,783	△ 2,889,217	郵便代、宅配運賃、電話代等
		2. 広告宣伝費	10,000,000	7,675,178	△ 2,324,822	HP管理費、広告掲載料等
		3. 印刷費	3,000,000	497,376	△ 2,502,624	封筒・年賀状印刷代等
		4. 消耗品費	4,000,000	1,369,744	△ 2,630,256	コピ機諸費用、 事務用備品消耗品代
		5. 備品費	2,000,000	0	△ 2,000,000	
		6. 光熱水料費	2,500,000	1,266,489	△ 1,233,511	電気代、ガス代、水道代
		7. 家屋管理費	5,000,000	3,832,800	△ 1,167,200	事務所管理費
		8. 修繕費	2,000,000	467,500	△ 1,532,500	コピ機保守料、 事務所設備修繕代
		9. 研究費	1,000,000	35,500	△ 964,500	専門誌購読料、書籍代
		10. 雑費	1,500,000	796,630	△ 703,370	清掃・ゴミ処理費等
		11. 委託管理費	7,000,000	3,710,693	△ 3,289,307	データ管理費、士業報酬等
	4. 諸支出金		6,000,000	3,093,867	△ 2,906,133	
		1. 交際費	1,000,000	392,928	△ 607,072	お花代、贈答品代、 慶弔費用等
		2. 公租公課	3,000,000	2,700,600	△ 299,400	固定資産税、中間消費税
		3. 法人税等	2,000,000	339	△ 1,999,661	預金利子に係る源泉所得税

3. 支払助成金			5,000,000	3,330,000	△ 1,670,000	
	1. 支払助成金		5,000,000	3,330,000	△ 1,670,000	都道府県支部助成金
4. 経常外費用				1,542,276	1,542,276	
	1. 経常外費用			1,542,276		大規模漏水に係る 会場費及び復旧諸費用
5. 前払費用				452,140	452,140	
	1. 需用費	1. 研究費		448,800		MEDIFAX年間購読料
		2. 委託管理費		3,340		ドメイン更新料
6. 未払法人税等				70,000	70,000	
	1. 未払法人税等			70,000		令和4年度分
7. 未払消費税等				1,919,200	1,919,200	
	1. 未払消費税等			1,919,200		令和4年度分
8. 仮受金				100,000	100,000	
	1. 仮受金			100,000		能登半島地震お見舞金
9. 予備費			5,000,000	0	△ 5,000,000	
	1. 予備費		5,000,000	0	△ 5,000,000	
10. 繰越金			291,600,000	366,187,922	74,587,922	
	1. 繰越金		291,600,000	366,187,922	74,587,922	次期繰越収支差額
支 出 合 計			565,600,000	521,763,405	△ 43,836,595	



## 2023 年度日本慢性期医療協会 研修参加優秀施設表彰 一覧

日本慢性期医療協会主催の学会ならびに研修会に多くの参加者を数えた施設から  
下記の8病院を2023年度研修参加優秀施設として表彰致しました。

**【金賞】** 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数20名以上 (計1件)

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
群馬県	医療法人大誠会	内田病院	21

**【銀賞】** 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数15名以上19名以下 (計2件)

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
埼玉県	医療法人社団富家会	富家病院	17
大阪府	医療法人社団和風会	千里リハビリテーション病院	15

**【銅賞】** 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数10名以上14名以下 (計5件)

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
千葉県	医療法人社団ふけ会	富家千葉病院	12
福井県	医療法人池慶会	池端病院	14
山口県	医療法人愛の会	光風園病院	12
香川県	医療法人社団和風会	橋本病院	12
佐賀県	医療法人天心堂	志田病院	10

※100床あたりの参加者数は小数点以下切り上げ



写真 令和6年6月26日に開催した第49回通常総会で2023年度研修参加優秀施設を表彰した。

当会会長の橋本康子氏（写真左）より、授賞病院を代表して内田病院理事長の田中志子氏（写真右）に表彰状を授与された。

## Event

### 第12回リスクマネジメント研修

(令和6年6月13・14日)

令和6年6月13・14日に「第12回リスクマネジメント研修」がオンライン研修として開催された。本研修は令和3年度介護報酬改定で新設された「安全対策体制加算」の該当研修である。

講義については、介護保険施設に限らず、病院、施設、在宅などでも役立つリスク管理についての内容となっている。本加算は、介護医療院などの介護保険施設において、施設内に専任担当者一名を配置することによって算定できる。当日は154名が受講された。



---

### 看護力アップ講座

(令和6年6月19日)

令和6年6月19日に「看護力アップ講座」がオンライン研修として開催された。本研修は「看護補助体制充実加算」の該当研修である。本加算を算定するには、看護職員の負担の軽減および処遇の改善に資する十分な体制が整備されていることが求められる。日本は少子高齢化が進んでおり、医療の質を保つためには、医療従事者の確保が重大な課題となっているが、限られた職員数の中では、医療職の多職種連携とタスクシフトによって、適切な医療を提供できるよう業務を見直していくことも求められている。当日は53名が受講された。



## 看護補助者のための ケア業務レベルアップ講座

(令和6年7月9・10日)

令和6年7月9・10日に「看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座」がオンライン研修として開催された。本研修は「看護補助体制充実加算」の該当研修である。令和6年度診療報酬改定では本加算に、直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者（介護職員）を一定数配置する評価が新設されている。各講師からは、介護職員の方々が介護専門職としてのキャリアを、今後さらに積み重



ねていけるような内容でご講演いただいた。当日は187名が受講された。

## 第7回経営対策講座

(令和6年7月14・15日)

令和6年7月14・15日に「第7回経営対策講座」が開催された。令和6年度診療報酬・介護報酬改定のスタートから数カ月が経過した。今回の改定では、地域包括医療病棟が新設され、機能の明確化がより進められた。しかし、現代の医療経営環境においては、診療報酬に縛られずに自立した経営を目指すことは非常に重要な課題である。

高度急性期病床から療養病棟、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟などの慢性期病床、介護医療院などの介護保険施設、在宅医療に至るまでの医療をどのようにスムーズに連携させ、地域医療を守っていけばよいのか。



今回の講座では11名の講師の先生方に、今後の医療経営の未来を見据え、持続可能な経営戦略をお話しいただいた。当日は全国各地から54名の参加者が集い、最後まで熱心に受講され、大変盛況のうちに終わった。

## 医療経営塾 富家病院見学会

(令和6年7月19日)

令和6年7月19日に「医療経営塾」として、埼玉県ふじみ野市にある富家病院の見学会が開催された。富家病院は、当会の常任理事・事務局長の富家隆樹先生が理事長を務める病院である。

当日は富家病院の多様な取り組みをご覧いただき、スタッフとの質疑応答やディスカッションを行った。また、見学後はナラティブバスにご乗車いただき懇親会会場に移動し、参加者同士の交流や情



報交換がなされ、大変盛況のうちに終わった。当日は全国各地から37名が参加された。



## 開講講座のご案内

**看護師特定行為研修** ※6カ月のeラーニングを含む

【第14期日程】2024年4月1日～

**第18回看護師特定行為研修 指導者講習会**

【日 程】2024年9月7日

【場 所】オンライン研修

**第9回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座**

※「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」該当研修

【日 程】2024年10月5日

【場 所】東京研修センター

**第12回 看護師のための認知症ケア講座** ※「診療報酬 認知症ケア加算2・3」該当研修

【日 程】2024年10月24～25日

【場 所】オンライン研修

**第10回総合診療医認定講座** ※「総合機能評価加算」該当研修

【日 程】2024年11月30・12月1日, 12月21・22日,

2025年1月25・26日

【場 所】東京研修センター&オンライン研修

**第32回日本慢性期医療学会**

【テ ー マ】“治し・支える”良質な慢性期医療 ～サイエンス・アートの調和と統合～

【日 程】2024年11月14・15日

【場 所】パシフィコ横浜

【学 会 長】矢野諭 (平成扇病院 院長)

【併 催】・第12回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病病連携推進機構シンポジウム

各研修会の詳細情報は<https://jamcf.jp/symposium.html>からご確認ください。

## 編集者からのメッセージ

能登半島地震発生後、いまだ多くの方が被災され、そして多くの医療従事者が日常を取り戻し、支えることを続けている。いつ起こるかかわからない災害に対して慢性期医療、介護の現場で果たすべき役割を私たちは常に考えていなければならない。11月14日、15日は第32回日本慢性期医療学会が矢野諭学会長のもと開催される。事前参加登録はお済みでしょうか。多くの皆様にお会いできることを楽しみに横浜に集いたい。

■三役会■ 橋本康子(会長)・池端幸彦(副会長)・安藤高夫(副会長)・  
矢野諭(副会長)・井川誠一郎(副会長)・富家隆樹(常任理事・事務局長)

□編集委員□ 田中志子(委員長・内田病院)・安藤正夫(副委員長・金上病院)・  
中川翼(定山溪病院)・成川暢彦(桜ヶ丘病院)・志田知之(志田病院)

◇学術委員◇ 鈴木龍太(委員長・鶴巻温泉病院)・中川翼(副委員長・定山溪病院)・木田雅彦(副委員長・福島寿光会病院)・  
中西克彦(定山溪病院)・浦信行(札幌西門山病院)・田中讓(みなみ野病院)・矢野諭(平成扇病院)・  
高木賢一(緑成会病院)・加藤寛(泉佐野優人会病院)・松本悟(豊中平成病院)・鉄村信治(奈良東病院)・  
齋藤淳(周南高原病院)・保岡正治(保岡クリニック論田病院)・木戸保秀(松山リハビリテーション病院)・  
市川徳和(永井病院)



日本慢性期医療協会  
常任理事・事務局長  
富家隆樹

## 日本慢性期医療協会誌 JMC 第154号

(2024 August volume32 No4)  
ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

Tel: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@jamcf.jp

URL: http://jamcf.jp BLOG: http://manseiki.net 慢性期.com: http://manseiki.com

編集 柳田直己(日本慢性期医療協会事務局)

慢性期医療の今が分かるWebサイト

# 慢性期.com

X(旧Twitter)で新着記事をチェック!

Check

医療・福祉の情報がたくさん



病院運営

すべては現場のために——新しいアイデアを柔軟に取り込むHITO病院の営手法とは

社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長/石川ヘルスケアグループ 総院長 石川 賀代先

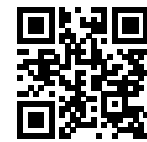
診療報酬の引き締めなど、病院経営は非常に厳しい状況に置かれています。そのようななか、HITO病院（愛媛県四国中央市）では他業界の考え方を柔軟に取り込み、従来の医療業界の常識や慣習にとられない手法で病院経営を行っています。社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長/石川ヘルスケアグループ 総院長の石川 賀代（いしかわ かよ）先生に、石川先生のあゆみ、病院経営についてお話を伺いました。

思いもよらない帰郷、院長に就任

医師を目指した最初のきっかけは、父と対等に話したいと思ったことでした。父は無医村で診療所に勤務し、日々多忙を極めていました。そんな父に自身の話を聞いてもらうには、父と同じバックグラウンドを持つ必要があると思っていたのです。

フォローして慢性期医療の仲間を増やそう!

X(旧Twitter)のフォローはこちら!



Facebookはこちら



Check

病院運営、キャリアなどの情報も

Check

インタビューも多数掲載



インタビュー

長い歴史とともに地域に貢献する会上（かながみ）仁友会のあゆみと展望——安藤正夫先生に聞く慢性期医療の醍醐味とは



講演

第30回日本慢性期医療学会 長講演「日本慢性期医療協 目指す道」レポート  
2022年11月17日（水）～18日（金）  
立派郡医師会館にて実施。



知って

知っておきたい巻き爪ケア・対策——ペディグラスによる矯正や足の環境改善法とは

多くの方が悩んでいる巻き爪。特に高齢者の場合、自分で観察...



インタビュー

“体内病院”で自宅でも診療を——ナノ医療イノベーションセンターの取り組み

医療の世界では、新しい検査や治療するべく日々研究が...

## 慢性期.comとは?

日本慢性期医療協会が運営する、慢性期医療に関する情報発信サイト。慢性期医療をもっと良くしていくために最新動向や情報を発信中。



# 第32回 日本慢性期医療学会

併催 第12回慢性期リハビリテーション学会

● 会 期

2024年  
11月14日(木)・15日(金)

● 会 場

パシフィコ横浜ノース

● 学会長

矢野 諭 (平成扇病院 院長)

“治し・支える”  
良質な慢性期医療

～サイエンス・アートの  
調和と統合～

併 催：

日本介護医療院協会セミナー

地域病連携推進機構シンポジウム

会 長：鈴木 龍太 (鶴巻温泉病院 院長)

理事長：上西 紀夫 (一般財団法人多摩緑成会 総長)



主 催：一般社団法人日本慢性期医療協会 〒162-0067 東京都新宿区富久町 11-5 シャトレ市ヶ谷 2 階

運営事務局：株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町 7-3-101 TEL：03-3496-6950 FAX：03-3496-2150 E-mail：jamcf32@gakkai.co.jp

<https://www.gakkai.co.jp/jamcf32/index.html>