

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

157

vol.33 2025.2 隔月号

[特集1] 第32回日本慢性期医療学会（前編）

[特集2] 日慢協トップ座談会



Contents

論壇

新栄会病院 院長 永田雅治 1

特集1 第32回日本慢性期医療学会（前編）

開会式 2

シンポジウム1：どうなる？今後の医療・介護提供体制 7

第12回慢性期リハビリテーション学会 シンポジウム：
これからの慢性期リハビリテーション ～チームリーダーとしての医師のあり方～ 15

学会長対談：サイエンス・アートの調和と統合 34

特別講演：診療報酬・介護報酬同時改定とリハビリテーション・口腔・栄養
の一体的取組 46

日本介護医療院協会セミナー：介護医療院の現状と経営戦略 61

学会長招宴 81

第32回日本慢性期医療学会を終えて

第32回日本慢性期医療学会 学会長 矢野諭 83

2022年度・2023年度優秀論文表彰、優秀演題表彰 講評

日本慢性期医療協会 学術委員会 委員長 鈴木龍太 84

第32回日本慢性期医療学会 総評

日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長 富家隆樹 86

特集2 日慢協トップ座談会

厚生労働省保険局医療課長 林修一郎，老健局老人保健課長 堀裕行
日本慢性期医療協会 会長 橋本康子，副会長 池端幸彦 88

会員病院の取り組み

宮地病院 看護補助者 安部博子，ほか 102

井野口病院 看護師 村田宗子 106

湯田内科病院 看護師 小中野竜治，ほか 111

投稿論文

美原記念病院 作業療法士 石森卓矢，ほか 116

たたらリハビリテーション病院 医師 梶原敬義，ほか 121

JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第29症例 126

投稿治療方針 128

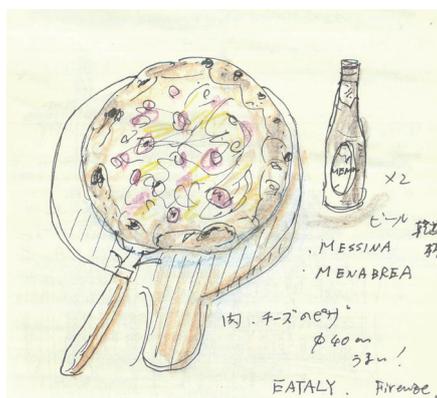
実際の治療内容 大久野病院 理学療法士 河野博之，ほか 132

治療のポイント 松山リハビリテーション病院 院長 木戸保秀 133

第30症例 135

日慢協 Topics

記者会見報告，都道府県の活動，ほか 139



肉とチーズのピザ 店Eataly フィレンツェ
直径40cmのピザ，Messinaビールと一緒に乾杯！

第157号表紙絵

フィレンツェ イタリア 2024

5月初め，ミケランジェロ広場の近くにバラ園があり，
ここからの町並みは素敵です。朝は多くの燕が飛び
交っていた。

南高井病院 院長 西尾俊治

高齢者救急問題のゆくえ ～“下り搬送”目のつけどころ～



社会福祉法人小倉新栄会 新栄会病院
院長 永田雅治

総務省消防庁の「令和5年版 救急救助の現況」によると、全国の救急車搬送人員は平成29年の約574万人に対し、令和4年は約622万人に増加しており、うち65歳以上は337万人から386万人と5年で49万人も増えている。なかでも85歳以上の超高齢者はそれぞれ112万人から152万人と顕著に増加し、令和4年における全搬送人員の24.4%、つまり全体の4分の1は超高齢者であった。

次に急性期病院に入院した高齢者をみると、令和4年度における急性期一般病床の入院患者のうち、75歳以上は66%、85歳以上は37%を占めていた、超高齢者が全体の4割にのぼる状況では、高度先進医療が必要な患者や重症患者が急性期病院に入院できず、医療資源が適切に配分できない問題が浮き彫りとなってくる。また搬送された高齢者の重症度も問題であり、回復期・慢性期病院で十分対応可能な軽症～中等症の高齢者も急性期病院に長期入院する、といったことも生じてくる。

こうした状況を踏まえ、2024年6月の診療報酬

改定で急性期病院から回復期・慢性期病院への早期搬送、いわゆる「下り搬送」を評価する制度が導入された。この制度のメリットを整理すると、急性期病院は重症患者への対応に集中でき、回復期・慢性期病院は新規患者を獲得し、早期のリハビリ介入、在宅復帰に注力できる点であろう。しかし「下り搬送は広く定着する」と考える回復期・慢性期病院は少ないのではないだろうか。

福岡県北九州市にある当院（地域包括ケア病床27床、療養病床78床、介護医療院定員60名）でも複数の急性期病院と連携しているが、実際の下り搬送の受け入れはまだ少なく、地域差はあるだろうが周辺の回復期・慢性期病院でも受け入れは進んでいないと聞く。ここで下り搬送のデメリットを考えると、急性期側は「報酬面でのインセンティブが低い」「ベッドが埋まってなければ搬送を急ぐ必要がない」「同乗する看護師を確保してまで搬送する利点がない」などがあるだろう。慢性期側のデメリットも「自宅等からの入院患者割合の低下」など様々なことが考えられるが、どちらかという急性期側のデメリットの方が多く感じる。下り搬送を定着させ各病院の機能が発揮された地域包括ケアシステムを構築していくためには、急性期病院側のデメリットの見直しを行うことが先決であろう。

それはさておき、高齢者救急問題は喫緊の社会問題であり、慢性期側が積極的に働きかけないと解決には繋がらない。そのために慢性期病院として注力すべきポイントは3つある。①急性期病院との平時の連携 ②地域住民、入院患者・家族、療養者等へ救急時の対応について情報提供 ③受け入れ体制の構築である。残された課題は多いが、大阪緊急連携ネットワークなどを手本にして前向きに取り組んでいきたい。



開会式

第32回日本慢性期医療学会を開催 テーマは「“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～」



当会は2024年11月14・15日の2日間にわたり、「第32回日本慢性期医療学会」をパシフィコ横浜ノースで開催し、「第12回慢性期リハビリテーション学会」を併催とした。また、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も併催し、会場は満席となった。開会式には、厚生労働省や医療・介護団体の幹部をはじめ、多くの関係者が集まった。

開会の挨拶で、橋本康子会長は「寝たきり高齢者を減らす」を目標に掲げ、健康寿命の延伸と慢性期医療の質向上の必要性を強調した。矢野諭学会長は、地域医療や在宅医療との連携を重視し、本学会を通じた課題解決への取り組みを述べた。

来賓の挨拶では、厚生労働省医務技監の迫井正深氏が医療と介護を社会インフラとして支える重要性を語り、社会的課題への対応を呼びかけた。日本医

師会の釜范敏副会長は、多職種連携を通じた地域医療の改善などを課題に挙げ、当会との協力体制を積極的に進める意向を示した。日本病院団体協議会議長で地域包括ケア推進病棟協会会長も務める仲井培雄氏は、災害時の医療提供や人手不足などの課題を挙げ、慢性期医療の役割を強調。韓国慢性期医療協会の金徳鎮会長は、日韓間の知識と経験の共有による慢性期医療の発展に期待を寄せた。



■ 寝たきり高齢者を減らす —— 橋本康子会長

主催者を代表して、橋本康子会長は今学会の開催に向けた関係者の尽力に謝意を示し、演題数が614題、参加人数は約2000名に上る盛会となったことを伝えた。

その上で、2024年6月の診療報酬・介護報酬などのトリプル改定を経て厳しい経営環境が続く中、人材不足や物価高騰、光熱費の上昇による課題に直面している現状を指摘。「泣き言ばかり言っているも仕方がない」と前向きに進む必要性を強調した。

また、日本慢性期医療協会の目標として「寝たきり高齢者を減らす」ことを掲げ、それが介護する側の負担軽減や質の維持につながると説明。本学会のテーマ「“治し・支える”良質な慢性期医療」への第一歩として重要な意義を持つと語った。

さらに、96歳になる自身の母のリハビリテーション体験を例に挙げ、高齢でもリハビリによって生活の質を保つことが可能であると強調。日本の国民皆保険やアクセスフリーの医療・介護制度の重要性を再認識し、その維持に現場の取り組みが不可欠であるとした。平均寿命と健康寿命の差を縮める目標を掲げ、寝たきり期間を短くする取り組みを進めることで「健康寿命世界一」を目指すべきとの考えを示した。



橋本康子氏

【橋本康子会長の挨拶要旨】

第32回日本慢性期医療学会の開催にあたり、演題数614題、参加人数約2000名と、多くの職種の方々にご参加いただいたことに感謝する。また、準備に奔走してくださった矢野学会長や事

務局の皆さまにも深くお礼を申し上げる。

2024年6月からの診療報酬や介護報酬などのトリプル改定から半年が経過し、私たちを取り巻く状況は非常に厳しいものである。人材不足や物価、光熱費の高騰による経営難が続くが、泣き言ばかり言っているも仕方がない。前に進むことが求められている。

日本慢性期医療協会では、「寝たきり高齢者を減らす」を目指している。この取り組みは、介護される側を減らし、結果として介護する側の負担を軽減し、人材不足への対策ともなる。加えて、介護や医療の質を保つためにも必要である。本学会のテーマである「“治し・支える”良質な慢性期医療」の第一歩とも言えるだろう。

高齢になれば寝たきりになる、病気になれば寝たきりになるという認識は誤りである。例えば、私の母は現在96歳で、数年前に軽い脳梗塞を患ったが、毎日のリハビリテーションを続けた結果、現在も週1回、お気に入りのスーパーマーケットで買い物を楽しみ、時折、映画鑑賞にも出かける。このような生活を支えるリハビリテーションスタッフの努力に感謝している。

日本は世界一の長寿国であり、この成果は国民皆保険やアクセスフリーの医療・介護保険制度といった、日本独自の制度の賜物である。この制度を維持するためには、現場に携わる私たちが寝たきりを減らし、平均寿命と健康寿命の差を縮める努力が欠かせない。現在、両者の差は8年から10年ほどと言われているが、この差を年単位ではなく月単位、さらには週単位で縮めることを目指すべきである。

ADLを向上させ、亡くなる直前までの寝たきり期間を短縮することで、健康寿命世界一の国を目指そう。この学会には、そのためのヒントや答えが散りばめられている。明日からの仕事に活かせる多くの学びが得られるだろう。

■ 慢性期医療の真髄はサイエンスとアート —— 矢野諭学会長

矢野諭学会長は冒頭、「誠に光栄であるとともに非常に感慨深い」と武久洋三名誉会長との出会いから



矢野諭氏

今日までの歩みを振り返った。矢野学会長は2007年の神戸大会で日本療養病床協会（当時）と関わりを深めた経緯を紹介。療養病床の削減や医療区分の導入などの大規模な改革が断行された翌年の神戸大会シンポジウムでの登壇経験

がその後の活動の礎となり、2013年には東京に拠点を移して協会とともに歩む決意をしたと述べた。協会の活動を支えてきた多くの人々への感謝を改めて表明し、「今日ここに立てているのは皆さまの支えがあったからだ」と語った。

本学会のテーマ「“治し・支える”良質な慢性期医療」は、2008年に武久洋三名誉会長が掲げた理念を受け継ぐものであり、当会が一貫して追求してきた方向性を示していると説明。今回の診療報酬改定でも、当会が長年主張してきた内容が政策に反映される成果が得られた点に触れ、「厳しい改定の中にも希望がある」との認識を示した。

さらに、学会に寄せられた614題の演題のうち、87.5%を占めるポスターセッションを通じて、充実した発表や討論が行える場が提供されていることを強調。「サイエンス・アートの調和と統合」というサブタイトルには、「慢性期医療の真髄はサイエンスとアートのバランスにある」という信念が込められていると語った。

【矢野諭学会長の挨拶要旨】

第32回日本慢性期医療学会と第12回慢性期リハビリテーション学会の学会長を務める矢野諭である。現在、日本慢性期医療協会の副会長および慢性期病院である平成扇病院の院長を務めている。この場に立つことは誠に光栄であるとともに、非常に感慨深い。

日本慢性期医療協会との関わりが深くなったのは17年前、2007年9月に神戸で開催された、日慢協の前身である日本療養病床協会の第15回

全国研究会に遡る。武久洋三名誉会長が学会長を務めた。

2006年度の同時改定は非常にドラスティックな改定であった。療養病床38万床を大幅に削減する方針が進む中で、医療区分が導入されるなど、大きな変革の時期であった。私は北海道の病院で療養病床の転換に取り組み、シンポジウムに登壇する機会を得た。この時の経験が、私と協会との関係を深めるきっかけとなった。

2007年の神戸大会のシンポジウムで、「介護療養型医療施設の今後」というシンポジウムがあり、シンポジストは公募であった。私は北海道の小樽市出身。当時、協会では無名の私が応募したところ、幸いにもシンポジストとして登壇することができた。私は、介護療養病床を医療療養病床に転換するためには質の向上が欠かせないという内容を発表した記憶がある。シンポジウムが終わった後、武久先生が後ろからポンと私の肩を叩いた。全く面識がなかったのだが、「いやあ、インパクトあったよ」とおっしゃってくれた。

私はその後、日慢協の様々な事業に関与し、2013年には東京に拠点を移し、活動を続けてきた。今日、この場に立てるのは、橋本会長、武久名誉会長、そして多くの方々の支えがあったからである。

本学会のテーマは「“治し・支える”良質な慢性期医療」である。このテーマは、2008年に武久先生が会長になった際に示された理念を継承しており、協会の勢いを象徴している。診療報酬改定でも、長年追求してきた主張が政策に反映され、厳しい状況の中にも成果が見られる。

今回の学会には614題の演題が寄せられ、そのうち188題が慢性期リハビリテーション学会の演題である。ポスターセッションが全体の87.5%を占め、じっくりと発表や討論が行える場となっている。また、サブタイトルとして「サイエンス・アートの調和と統合」を掲げたが、これは「サイエンスとアートをバランスよく臨床に適用するのが慢性期医療の真髄だ」という信念を込めたものである。学会が有意義なものとなることを祈りつつ、2日間の開催に向けて、皆さまの協力をお願いします。

■ 医療・介護を支える社会インフラとして —— 迫井正深医務技監



迫井正深氏

来賓の挨拶で、厚生労働省医務技監の迫井正深氏は本学会の開催を祝福し、医療行政への日頃の理解と協力に感謝を述べた。迫井氏は「激動の時代を迎えている」とし、政治や安全保障問題、エネルギー価格の高騰などが人々の生活に大きな影響を及ぼしていると指摘。一方で、医療は科学技術の進歩を最も身近に人々へ還元する重要なサービスであり、新しい治療法や薬品、ケアの質向上への期待が高まっていると述べた。

その上で、医療や介護は社会インフラとして欠くことのできない財産であり、人々を支える責任があると強調。そのためには行政の努力だけでなく、現場で支える医療従事者の力が必要不可欠であると述べた。また、日々の事業における困難に目を向けるだけでなく、「ゆっくり、しかし着実に変わっていく社会の変化にも目を向けていただきたい」とし、2025年以降も続く課題への対応が重要であると指摘した。

その上で、医療や介護は社会インフラとして欠くことのできない財産であり、人々を支える責任があると強調。そのためには行政の努力だけでなく、現場で支える医療従事者の力が必要不可欠であると述べた。また、日々の事業における困難に目を向けるだけでなく、「ゆっくり、しかし着実に変わっていく社会の変化にも目を向けていただきたい」とし、2025年以降も続く課題への対応が重要であると指摘した。

特に、2040年に向けて顕在化する医療と介護の同時ニーズに対応するため、「慢性期医療、在宅医療、長期療養といった社会を支えるサービスインフラをいかに維持し発展させるか」が大きな課題であると強調。本学会の議論が現場における具体的な取り組みの参考となり、医療と介護の発展につながることを期待すると語った。最後に、「実りのある学会になることを祈念する」と締めくくり、医療と介護が引き続き社会を支えるインフラとしての役割を果たすための議論を呼びかけた。

■ 地域医療を支える慢性期医療 —— 釜范敏副会長

日本医師会の釜范敏副会長は日本医師会を代表して祝辞を述べ、今学会のテーマ「“治し・支える”



釜范敏氏

良質な慢性期医療」の重要性を強調した。

釜范副会長は、少子超高齢社会における救急搬送件数の増大や搬送受け入れ困難事例、医師偏在、大規模災害への対応が大きな課題となっていると指摘。さらに、南海トラフ巨大

地震や首都直下地震などのリスクも踏まえ、地域医療の体制強化が求められていると述べた。2040年頃を目途とした新たな地域医療構想では、地域における治し・支える医療機能の在り方が議論されており、慢性期医療が果たす役割が大きくなっていると語った。

その上で、慢性期医療は地域医療を支える柱であり、「支える医療」と「治す医療」をともに考える本学会のテーマはこうした課題に対応するもので非常に意義深いと述べた。特に、多職種協働で取り組む慢性期医療は、急性期医療から介護に至るまでを緊密に連携させる要として期待されており、その役割が今後さらに大きくなると強調した。

また、日本医師会は地域医療の現場で働く医師を支え、患者が安心して療養に専念できる環境を整えるため、国や関係各所との対話を継続していると説明。当会との緊密な連携にも言及し、定期的な意見交換の場を持ち、現場の課題解決に取り組んでいることを伝えた上で、「これからも引き続き力を合わせ、医療界を挙げて全力でさまざまな課題に対応していく」と述べた。

■ 新たな知見を重ねて慢性期医療の良さを —— 仲井培雄議長

日本病院団体協議会（日病協）の仲井培雄議長は「“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～」という考え方について、「文化の時代にこそ必要な安定感を醸し出す、日慢協にふさわしい素晴らしいテーマ」と賞賛。これまでの学会等を通じて慢性期医療を世界的に高めてきた協会の取り組みに敬意を表した。



仲井培雄氏

仲井議長は昨今の自然災害に触れ、能登半島地震や豪雨災害が地域医療の在り方に大きな影響を及ぼしていると指摘。特に、救命から生活支援へと移行する際の医療の重要性を改めて認識する必要性を強調した。また、東日本大震災以降、地域医療

や過疎地での医療提供の在り方についての議論が深化していると述べた。

さらに、2024年度診療報酬改定や物価高騰が病院経営に深刻な影響を与えていることを報告。加えて、診療報酬外での病床環境料の徴収や控除対象外消費税による補填状況のばらつき、医師偏在の是正、新たな地域医療構想への対応など、多岐にわたる課題について日本病院団体協議会で議論が行われていると紹介した。人口減少や医療機関の撤退が進む地域での医療提供体制の維持は急務であり、働き方改革や人手不足を考慮した基準の再評価が必要である点も挙げた。こうした議論に当会も積極的に参加し、橋本康子会長と池端幸彦副会長が委員として活躍していることに触れ、当会の貢献に感謝の意を表した。

仲井議長は最後に、「新たな地域医療構想検討会の中で、2040年に地域ごとに求められる病院機能の案として3類型が示されたが、療養病床を主に届けている病院の機能が、この原案では見当たらない」と指摘。「日本慢性期医療協会は、慢性期医療の視点にこそ急性期医療を改善するヒントがあるとして数々の提言をされてきた。今日から始まる本学会において、新たな知見を重ねて慢性期医療の良さを発信し続け、2040年においても慢性期医療を持つ病院として輝き続けることを大きく期待する」と述べた。

■ 日韓協力で慢性期医療の発展を —— 金徳鎮会長

昨年の第31回学会に続いて今回もご臨席を賜った韓国慢性期医療協会の金徳鎮会長は、当会が長年にわたり高齢社会におけるさまざまな課題を解決し、慢



金徳鎮氏

性期医療の発展に大きく貢献してきたことを称賛し、その献身的な取り組みに敬意を表した。

今学会テーマについて、金会長は「非常に興味深いテーマであり、現代の慢性期医療の方向性を示すもの」と評価。「従来の一方的な医療提供システムから、患者やその家族とのコミュニケーション、多職種が協力するチームアプローチへの転換が進む中、本テーマは慢性期医療が進化する中での重要な視点を示している」と述べた。

また、金会長は急速に進化するAI技術の積極的活用が患者への温かい姿勢や医療への敬虔な心構えと組み合わせられることで、「慢性期医療が美しいハーモニーを奏でることができると確信している」と期待を寄せた。その上で、「本学会を通じて科学と芸術の調和が慢性期医療において一層発展することを期待し、韓国慢性期医療協会としてもその取り組みを参考にしながら慢性期医療の発展に貢献していきたい」と語った。

さらに、日本と韓国は慢性疾患の管理や高齢者医療の質向上といった共通の課題を抱えており、それを通じて両国が国民の健康とQOLを守る共通の目標を持つと指摘。日韓両国の慢性期医療が密接に協力し、経験や知識を共有することの重要性を強調し、「今後も日韓両国の良好な協力関係が続くことを願う」と述べた。



会場全景



シンポジウム1

どうなる？ 今後の医療・介護提供体制

座長：小山秀夫 兵庫県立大学大学院 特任教授
基調講演：迫井正深 厚生労働省 医務技監
シンポジスト：安藤高夫 日本慢性期医療協会 副会長 *録画
池端幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
田中志子 日本慢性期医療協会 常任理事



本シンポジウムでは、地域包括ケアシステムを基盤とした医療と介護の連携強化や、慢性期医療における課題と将来展望が中心に議論された。はじめに、厚生労働省医務技監の迫井正深氏が地域医療構想「これまで」と「これから」をテーマに基調講演。将来を見据えた社会保障の持続可能性を高めるために必要な取り組みについて語った。安藤高夫氏は、事前に録画されたビデオで慢性期を中心とした地域密着型多機能病院である永生病院における取り組みを紹介した。

また、2024年度の同時改定を踏まえた視点から、中医協委員として診療報酬改定に関わった当会副会

長の池端幸彦氏、介護給付費分科会の委員として議論に参加した当会常任理事の田中志子氏が自院の取り組みを通じた今後の展望を語った。総合討論では、座長を務める小山秀夫氏の問題意識を踏まえた議論が交わされた。

■ 創意工夫も生かしていく体制を —— 迫井正深氏

基調講演で迫井氏は、地域医療の課題と今後の方向性を中心に見解を示した。迫井氏は、少子高齢化の進行により、2040年に向けて医療・介護の需要が増大する一方、労働力の減少が深刻化することを



迫井正深氏

指摘し、効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築の必要性を指摘した。

講演で迫井氏は、これまでの地域医療構想が2025年を目標に病床機能の分化などを進めてきたことに触れ、今後はさらに在宅医療と

の連携強化や、医療DXの活用による効率化が求められるとした。また、地域ごとの医療機能の明確化を進める必要があるとし、高齢者救急や在宅医療を担う施設の重要性を指摘した。

さらに、85歳以上の高齢者の急増に伴い、医療と介護が一体となった包括的な対応が不可欠であると述べ、データに基づく合理的な政策決定と、多様な関係者間の協力が求められると強調。地域医療構想は単なる制度ではなく、社会的課題に対応するための基盤としての役割を持つという視点を提示した。最後に、現場の声を反映させながら持続可能な医療体制の実現を目指すべきとの認識を示し、「日本の医療の良い点である創意工夫もしっかり生かしていく体制が重要ではないか」と締めくくった。

■「地域包括ケア基本法」の制定に意欲 —— 安藤高夫氏



安藤高夫氏

安藤氏は「慢性期を中心とした地域密着型多機能病院の立場から」と題し、地域医療における慢性期病院の役割と課題、さらにその未来像について言及。東京都八王子市を中心に、病院、クリニックのほか、在宅医療および介護事業など20以上の事業所を運営し、疾病予防・医療・介護・福祉の切れ目ないヘルスケアを提供している永生会の取り組みを通じて、地域医療を支える仕組みの必要性を

強調した。

永生会は、「医療・介護を通じた街づくり・人づくり・思い出づくり」という理念のもと、急性期から慢性期、さらに在宅医療・介護に至るまで、各段階で適切なサービスを提供している。講演では、自宅退院を希望する患者へのリハビリ支援や、家族介護者の負担を軽減するレスパイトケアの導入など、具体的な方策が紹介された。また、認知症患者のケアにも重点を置き、精神科病棟を活用した治療と在宅支援の両立を図る取り組みも挙げた。

安藤氏は、慢性期病院における救急対応の拡充を重要視。安藤氏が提唱した「慢性期救急」の取り組みにより、軽度な救急患者を地域で受け入れ、救急医療の負担軽減につながっている状況も示された。

今後の慢性期病院の方向性については、単なる療養病床にとどまらず、急性期・慢性期・在宅医療を包括的に担う「地域多機能病院」への移行が求められると指摘。地域医療の担い手としての慢性期病院の重要性を改めて強調し、現場の声を反映した政策の実現が必要であると結論付けた。

また第50回衆議院議員総選挙で当選したことを報告するとともに、今後の目標として、「地域包括ケア基本法」の制定に向けての意欲を示した。同法が超高齢社会に対応する医療・介護体制の整備に向けた政策の柱となるとし、「全世代型の医療・介護・福祉を踏まえた街づくりをしっかりとやっていきたい。そのために、さまざまな制度に横串を刺すことが重要だ」と述べた。

迫井氏、安藤氏に続いて、2024年度の同時改定に関わった当会副会長の池端氏、常任理事の田中氏が講演し、今改定を踏まえた方向性について見解を示した。

池端氏は、当会の提言が今改定に反映されたと評価した上で、慢性期医療の課題、医療・介護提供体制の将来像について語った。地域医療を支える医師が不足している現状にも触れ、医学生や研修医を対象とした教育活動を紹介したほか、「一般病床」「療養病床」という区分について「転換期」との考えを改めて示した。

田中氏は、地域住民と連携して医療・福祉を支える取り組みを紹介。小児から高齢者、障害を抱える人々を包括的に支援する施設などを通じて、地域のニーズを的確に捉えながら必要なサービスを柔軟に提供している取り組みを伝えた。小児リハビリ、多職種連携、栄養・口腔ケアの一体的な取り組みで地域の課題に幅広く対応し、「一貫通貫したサービスをしていく必要がある」と語った。

池端氏、田中氏の講演要旨は以下のとおり。

■ 2024年度改定を踏まえた医療・介護体制は

○池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）



池端幸彦氏

令和6年度診療報酬改定は、日本が直面する高齢社会への対応策として、医療と介護の統合的な改革を模索する重要な転機となった。日本は2025年に75歳以上の高齢者人口がピークを迎えるが、その後も85歳以上の人口は増加を続けると予測されており、2040年には新たな高齢化の局面に突入する。このような背景から、医療・介護提供体制の見直しが急務とされ、今回の改定はその第一歩として注目された。

今回の改定では、物価上昇や人件費の確保を考慮し、診療報酬は0.88%のプラス改定となった。しかし、この増額は主に医療従事者の賃上げに充当され、病院経営には十分な余裕が与えられなかった。とりわけ慢性期医療を担う施設にとっては、運営資金の不足が引き続き深刻な課題である。医療従事者の待遇改善が優先された一方で、慢性期医療の現場では限られたリソースを効率的に活用する工夫が求められている。

その中でも注目すべきは、入院基本料の改定である。新たに導入された栄養管理体制の基準の明確化、意思決定支援の指針策定、身体的拘束の最小化とい

う3つの基準は、慢性期医療の質向上に直結するものである。これはまさに当会が長年訴え続けてきたことだ。急性期から慢性期まで全ての入院基本料にこの3点セットが入ったことは大いに評価している。特に、GLIM基準を基にした栄養評価の推進は、リハビリテーションや早期の在宅復帰を促進する重要な要素である。身体的拘束に関する基準の導入は患者の尊厳を守るための重要な進展といえる。

医療と介護の連携強化も今改定の重要なテーマとなった。訪問診療や訪問看護の質向上が図られ、介護保険施設との連携体制を整備するための加算要件が設定された。これにより、医療と介護の一体化が進められ、地域包括ケアシステムの構築に向けた基盤が強化された。これらの取り組みは、慢性期医療の現場で長年訴えられてきた課題に応える形で進められており、高齢社会に対応する持続可能な医療・介護体制の構築に向けた第一歩といえる。

■ 医療資源投入量を中心にした評価には課題も

今改定では、高齢者救急の受け皿として地域包括医療病棟が創設された。これは急性期医療と地域医療の連携を強化するための試みであり、早期の在宅復帰を目指すモデルとして注目されている。地域包括医療病棟は、急性期治療を継続しながらリハビリテーションや栄養管理を行い、患者が住み慣れた地域での生活に戻るための橋渡し役を果たすだろう。

また、医療資源投入量に基づく評価が新たに導入された点も今改定の重要な特徴である。急性期病棟では、従来のストラクチャー評価からプロセスおよびアウトカム評価への移行が試みられており、医療の質を数値的に評価する取り組みが進んでいる。しかし、この評価方法の実現には、現場での多職種連携や適切なリソースの確保が求められ、運用上の課題が指摘されている。一方で、慢性期医療における療養病床の評価は、処置区分が高い施設に有利な構造となり、在宅復帰支援を重視する施設には不利な状況を生じさせるかもしれない。今後の検証が必要であろう。

地域包括ケア病棟は、急性期医療と回復期医療を

繋ぐ役割を担う。この病棟では、リハビリテーションや栄養管理に加えて、プロセスおよびアウトカム評価が導入され、多職種連携を基盤としたケアが求められている。この取り組みにより、患者の回復状況や在院日数が詳細に管理されるようになり、質の高い医療提供が実現しつつある。

今回の改定は在宅医療の重要性を改めて浮き彫りにした。住み慣れた地域で高齢者が生活を続けられるよう、訪問診療や訪問看護がより一層充実される必要がある。地域包括ケアシステムは、このような在宅医療を支える枠組みとして位置づけられ、地域医療構想の具体化に向けた基盤整備が進められている。これにより、医療と介護の一体化が進み、高齢者が地域で安心して暮らし続けるための環境整備が期待されている。

■ 治し・支える良質な慢性期医療に向かって

今改定は、医療と介護の融合を加速させる重要な契機となった。地域密着型の医療提供体制の強化が求められる中で、急性期・回復期・慢性期の各機能が連携し、患者に適切な医療を提供する仕組みが整備されつつある。その中心的な役割を果たすのが、かかりつけ医機能の充実である。特に、訪問診療や往診を含む在宅医療の役割は拡大を続け、地域医療における重要な柱となっている。

注目すべき進展として、介護福祉士の資格が診療報酬上で初めて明確に評価された点が挙げられる。大きな前進であり、さらに広げていきたい。日本看護協会とも緊密な連携を進めたい。今回の評価により、介護職の役割が医療現場で再評価されるきっかけとなり、医療と介護の連携がより深まることが期待される。また、地域密着型病院としての役割の強化が求められ、リハビリテーション、終末期ケア、在宅医療を中心に据えた取り組みが重要視されている。特に、在宅支援が重要な鍵になる。地域包括ケアを支える機能を果たすべく、そろそろ「一般病床」と「療養病床」という医療法上の区分けを改める転換期ではないか。

地域医療構想の具体化が急務となっている。急性

期医療、地域包括ケア病棟、療養病床などの各機能が地域の実情に応じて柔軟に連携することが求められている。住み慣れた地域で生活を続けられるよう、医療と介護のさらなる統合が進められるべきである。この改定により、医療と介護が分断された体制から統合的な提供体制への移行が加速することが期待されている。

地域包括ケアシステムを中心に据え、患者中心の医療を実現するためには、多職種連携の推進やアウトカム評価の強化が必要不可欠である。この取り組みによって、地域密着型の医療機関が持続可能な形で機能し、高齢化社会に対応した新たな社会モデルが形成されることが期待されている。当院では研修医や学生を積極的に受け入れている。彼らが将来、私たちと共に地域の医療を支えてくれることを願っている。

最後に、私の座右の銘を紹介して講演を終える。夢なき者に理想なし、理想なき者に計画なし、計画なき者に実行なし、実行なき者に成功なし。故に夢なき者に成功なし。今こそ夢を持って、皆さんと一緒に頑張りたい。治し・支える良質な慢性期医療に向かって頑張ろう。

■ 地域に根差した医療・福祉の統合的アプローチ

○田中志子氏（日本慢性期医療協会常任理事）



田中志子氏

私は、医療法人大誠会の理事長を務めている。また、群馬県認知症疾患医療センター内田病院のセンター長、社会福祉法人久仁会の理事長でもある。今回は、介護給付費分科会の委員としての経験を踏まえ、今後の医療・介護提供体制について述べる。また、地域包括ケアシステムの中で、慢性期医療機関として重視すべき事項についても考察する。

私たちの大誠会グループは群馬県沼田市に位置す

る。この地域は、観光農産物が主産業の小さな地域都市である。内田病院は父が創設したもので、私はその後継者として理事長を務めている。建物は6階建てであり、下の1～3階が病院、上の4～6階が老健施設である。この構造は、土地不足の制約から生まれたものであるが、医療と介護の連携を自然と強化する結果となった。この歴史が現在の私たちの強みである。

時代のニーズに応じて、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅などの施設も併設した。直近では、学校に通えない子どもを支援するフリースクールも展開している。

当グループでは、小児リハビリにも注力している。私自身の育児経験から、子どもの預け先や障害のある子どもを持つ職員が安心して働ける環境の重要性を感じ、20年以上前から保育園や学童保育、放課後デイサービスを一体的に運営する仕組みを整えてきた。現在では、健康な子ども、障害のある子ども、高齢者が共生する地域共生型施設「いきいき未来のもり」を展開している。このような取り組みを通じ、幅広い世代や障害の有無を超えて支え合える社会を目指している。

障害者就労支援事業にも力を入れている。地域の声に応え、障害を抱える方々の就労支援や住まいの提供を行う施設を設立した。これには温泉施設やレストラン、カフェなども含まれ、地域住民との交流や観光客の受け入れを目的としている。これらの施設では、知的障害のある高齢者や認知症初期の方々が働き、生きがいを持ちながら社会参加できる環境を提供している。また、障害のある方々が障害の有無や世代を超えて一緒に生活できる場も整備した。障害のある若者が学校を卒業した後の就労や住まいの選択肢を広げるための取り組みも進めている。

■ 医療・介護連携の新たな方向性

今回の介護報酬改定では、医療と介護の連携が重視されている。協力医療機関との連携体制の構築が必須とされており、具体的要件が定められている。入所者が急変した場合に、医師や看護職が相談対応

を行う体制の常時確保や診療の要請があった場合に診療を行う体制の常時確保。そして、入所者の急変時に必要な入院を原則として受け入れる体制である。医療と介護の連携は単なる施設間のつながりではなく、日常的な情報共有や顔の見える関係づくりが求められている。テレビ会議や相談員、看護職による連携も柔軟に認められており、現場の実情に応じた対応が可能となっている。

感染症対策と平時の連携も重要だ。コロナ禍で明らかになった課題として、高齢者施設と医療機関の連携不足が挙げられる。この問題を解消するため、平時からの連携強化が改定の要点の一つとなっている。具体的には、協力医療機関の指定や定期的な連携会議の実施が推奨されている。また、感染症対策の観点から、地域医療機関や介護施設間での情報共有も欠かせない。

今後、各施設の取り組みと課題は何か。介護施設や病院では、医療と介護の垣根を越えたサービスの提供が求められている。例えば、リハビリテーション、口腔ケア、栄養管理などの取り組みを強化する必要がある。また、ターミナルケアにおいても、施設内での看取りの質を向上させるための加算制度が整備されており、十分な対応が必要である。

一方で、これらの取り組みを実現するための人材不足やコストの問題も課題として残る。特に、管理栄養士や歯科衛生士などの専門職の確保が難しい現状があり、地域全体での協力が求められる。

■ 次世代を育成し、支えていきたい

介護現場の生産性向上を目的としたICTの導入も注目されている。見守り機器やインカムの導入により、効率的なサービス提供が期待されているが、現場では課題も多い。例えば、機械化による見守り不足や人員換算の不備によるコスト増加などである。このような問題を解決するには、現場の声を反映した柔軟な運用が必要である。

ICTの評価については、予算をかけたのに期待した収益が出ていないとの声もある。今まで頑張っていた取り組みに対して点数が付いたように見えるが、いわば薄氷だった。薄い氷をいくら集めても、

かき氷にはならないと感じている。今後の課題であろう。

私たちの使命は、地域包括ケアシステムを推進し、地域住民が安心して暮らせる環境を提供することである。そのためには、医療と介護の連携を一層強化し、新たな課題に柔軟に対応していく必要がある。トリプル改定の中で得られた経験を活かし、未来を見据えた取り組みを進めていきたい。若い世代への期待を込め、次世代を育成し、支えていきたい。

人はどうしても過去と現在を比較しがちである。しかし、今の若い世代は過去を知らず、彼らにとっては今こそが唯一の現実である。だからこそ、若い世代が未来を見据えれば、明るい未来を切り開くことができる。かつて私たち自身が若かった頃、そう考えていたように、今の若い世代にも大いに期待している。私たち先輩世代が暗い話ばかりをせず、研修医や学生、そして若いスタッフをしっかりと育てていくことこそ、私たちの責務である。と考える。

■ ドラスティックに変わる—— 小山座長

○座長:小山秀夫氏（兵庫県立大学大学院特任教授）



小山秀夫氏

現在の日本は非常に厳しい経済状況にある。円安が進行し、ドルは150円を超える状況となっているが、インフレは依然として収まらない。また、病院経営の悪化も深刻である。開会式の挨拶で橋本康子会長が述べたように、報酬に関する不満を

述べるだけでは状況は改善しない。気持ちを切り替えて行動するしかないと思う。

本日の最初のシンポジウムは、明日までの全てのシンポジウムの内容を網羅していると言える。特に、リハビリテーション・口腔ケア・栄養の一体的取り組みに関しては、明日の午前中に特別講演が予定されており、三浦公嗣先生が登壇する。三浦先生は日本健康・栄養システム学会の理事長であり、私は事

務局長を務めている。私は三浦先生と25年間、ともに取り組んできた。

リハビリ・栄養・口腔などの取り組みは、しっかりとエビデンスに基づいて構築されている。しかし、経営的に厳しいからといって中身を十分に確認しないままでは、次の改定で不利な状況を招く可能性がある。例えば、栄養ケアや口腔・栄養リハビリテーションの改革は、急性期を優先して評価している面があり、療養病床などの慢性期医療には十分な対応がなされていないのではないかと。また、通所リハビリでは点数がついている一方で、通所介護には十分な点数が付与されていないという問題もある。

こうした改革は、一部で成功した取り組みが検証され、その後、全面展開されることが多い。したがって、各セグメントの内容をしっかりと見極め、現状の動きを注視することが次の改定に向けて重要である。

介護報酬については、田中先生が述べられたように、現時点で多くの課題が残されている。一方、診療報酬に関しては、入院基本料の1を例にとると、回復期リハビリテーションの入院基本料の1を除いて、全て増点された結果、経営状態が改善された。しかし、1以外の基本料、つまり2や3・4・5などは依然として厳しい状況にある。たとえばサンダーバードのようなもので、中心となるメインだけが注目され、ほかが軽視されているような印象である。

また、急性期充実体制加算や総合入院体制加算について触れると、これらを取得している病院は全国で670ほど存在する。この中には大学病院や私立医科大学病院も含まれており、一部の病院では収支が非常に良好である。しかし、これが全ての病院に当てはまるわけではなく、経営が危機的状況にある大学病院も存在する。

過去と比較すれば、医療機関全体の経営状態は確実に悪化している。今年度、赤字計上を余儀なくされる病院も多いだろう。そして、赤字が3年間続けば資金繰りが行き詰まり、借入れも困難となり、最終的にはドミノ倒しのように経営破綻に至る危険

性がある。

このような状況の中で、次回の改定に期待しつつ、今後の方針を考えなければならない。今回のテーマだが、今後の医療・介護提供体制はどうなるのか。冒頭、迫井先生の基調講演があった。その中で、体制が大きく変わる必要性を指摘された。かなりドラスティックに変わるということだ。現状のままでは駄目であり、マーケットが変化し、世界が変わる中で、従来通りの取り組みを続けても意味がないという指摘であろう。

■ 医学生らに地域医療の魅力を伝える

○小山（座長）：

総合討論に入る。最初に私から池端先生にお伺いしたい。講演の最後に、医師養成の在り方に言及された。もう少し詳しくお聞かせ願いたい。

○池端：

私が最後に伝えたかったのは、これから地域医療を支える医師についてである。総合診療医的な感覚を持ち、自ら進んで地域医療に取り組む医師が、特に私たちの地方では非常に少ない。

現状を踏まえると、ただ待っていても増えることはないと考えている。そこで、私は現在、県の医師会長という立場にあることを活かし、学生や研修医に対する教育に力を入れている。具体的には、医学部の新入生、4年生、研修医に向けた3コマの講義を担当し、オリエンテーションも実施している。そして、その中で地域医療の魅力を盛んに伝え、「地域医療は面白い」と感じてもらうことに努めている。

また、当院では研修医を積極的に受け入れており、今年から（地元の福井大学以外に）金沢大学の医学生にも来ていただいている。さらに、来年からは埼玉とのご縁もあり、埼玉からも研修医を受け入れる予定である。研修に来た学生たちからは、「こういう医療こそ、自分が医者になったときにやりたかったものだ」と言っていたりすることもある。このように、ただ待つだけではなく、私たち自身が医師を育てるつもりで取り組むことが必要であると考えている。このことを伝えたかった。以上である。

■ 「慢性期ケアミックス」で地域に貢献

○小山（座長）：

田中先生にお尋ねする。結局のところ、地域全体を自分事として捉えなければ病院経営は成り立たないと、多くの皆さんがおっしゃっている。田中先生はいかがだろうか。

○田中：

そのとおりである。私が父から当院を継いだとき、また父を手伝い始めた当初は、いわゆる老人病院であった。そのため、地域の方々にとって何をしている病院なのかが非常にわかりにくかったのではないかと考えている。

そのような状況の中で、「あの病院がなくなったら困る」と地域の方々に思っただき、守っていただくためには、私たち自身が地域の役に立ち、地域の方々と一緒に医療や福祉を変えていかなければならないと考えた。あえて「介護」という言葉は使わない。地域のために必要なことを積極的に実行すべきだと思った。

また、当院が位置する地域は私自身の故郷である。そのため、自分ができること、やれることは積極的に取り組んでいこうと決意した。その結果、当初は考えもしなかった小児リハビリという分野にまで支援の輪を広げるに至った。地域外の病院まで片道1時間かけて通い、わずか30分ほどのリハビリを受けて再び1時間かけて帰る子どもたちがいた。これを知ったとき、私たちに何かできないか、当院に多くいるセラピストが力を発揮できるのではないかと考えた。

こうした視点で地域の医療や福祉を見ていくと、私たちが持つ「慢性期ケアミックス」という技術やマインドは、まだまだ地域に貢献できる可能性を秘めていると感じている。

したがって、自分たちの病院が特定の分野だけに集中すれば良いという考え方ではなく、「地域にどのような不足があるのか」を考え、それに応じた行動をとる必要がある。それぞれの地域ごとにニーズは異なり、私たちと全く同じサービスが求められる

わけではない。しかし、地域の課題に一步踏み出して取り組むことは、急性期医療ではなく慢性期医療を専門とする私たちだからこそ、得意とする領域なのではないか。

■「療養病床」という区分の意味が薄れている

○小山（座長）：

池端先生が講演の中で指摘した「一般病床」と「療養病床」の区分について、補足していただきたい。

○池端：

医政局の管轄事項になると思うが、私の考えを述べる。現行の医療法上では、一般病床と療養病床が区分されている。この区分が設けられた当初は、一般病床は急性期医療を主とし、療養病床は長期療養を主とするという考えに基づいて命名されたのだろうと推察している。しかし、現在ではその機能が細分化され、統廃合も進んでおり、その役割が曖昧になっているのが現状ではないか。

例えば、長期療養が必要な患者に対しては、介護保険制度下で介護医療院が対応することになる。また、在宅支援やポストアキュートの患者を受け入れる場合は、地域包括ケア病床が主な役割を担うだろう。一方で、これらに該当しない療養病床については、具体的には人工呼吸器を必要とする患者など、医療が必要で長期療養が不可欠な患者が多いのではないか。

このように機能で区分するのではなく、「療養病床」という名の下に一括りにしている現在の状況は、その名称の意味が薄れているのではないかと考えている。一般病床と療養病床の区分について「転換期」と述べたのは、そのような意味である。

■多職種の取り組みも包括的に

○小山（座長）：

リハビリ・栄養・口腔の一体改革について、田中先生の病院や施設ではどのような視点で取り組まれているか、ご紹介いただきたい。

○田中：

リハビリ・栄養・口腔の一体的な取り組みは、単に「歯科衛生士がいる」「セラピストがいる」「栄養士がいる」というだけでは成り立たない。それぞれの専門職が患者を中心に据え、同じ時間、同じフロアで、同じ景色を共有することが重要である。

この取り組みには、理学療法士も当然関わる。例えば、どのようなシーティングで食事をしたらよいかという点である。また、看護師も「今日は患者に熱があるので、食事の際は注意して見守る必要がある」といった配慮を行う。

つまり、この取り組みはリハビリ、栄養、口腔の3職種だけで完結するものではなく、多職種が連携して「口から食べる」「生きる」という患者の基本的な営みを支えることが重要である。このような包括的な取り組みは、池端先生が述べたように、まさに日慢協の得意とする分野であると考えている。

○小山（座長）：

今回のシンポジウム1は、第32回学会における全てのシンポジウムに通じる内容が網羅されたのではないか。本日、明日と開催される講演や各シンポジウムでは、リハ・栄養・口腔の一体的な取り組みをはじめ、介護医療院などの課題も非常に重要であると感じている。これからの方向性については、明日の昼に行われるランチオンセミナーで、武久洋三名誉会長が示唆を与えてくれると期待している。

迫井先生をはじめ、非常にお忙しい中で公務の合間を縫ってご参加いただいた3人の先生方に深い感謝の意を表したい。



第12回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム

これからの慢性期リハビリテーション ～チームリーダーとしての医師のあり方～

座長：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長・慢性期リハビリテーション協会 会長
シンポジスト：近藤国嗣 東京湾岸リハビリテーション病院 院長
吉尾雅春 千里リハビリテーション病院 副院長
中村春基 千里リハビリテーション病院 副院長



2024年度診療報酬改定における回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しなどを踏まえ、チーム医療における医師の役割に焦点を当てながら今後の在り方を探った。シンポジウムでは、最初に座長の橋本康子会長が今回のテーマを設定した背景につ

いて述べた後、3人のシンポジストがそれぞれ医師・理学療法士・作業療法士の立場から見解を示した。総合討論では、標準化に向けた取り組みの必要性のほか、会場からは医学教育における課題などが提示された。

■ 病棟専従医の意義を問う

○座長：橋本康子氏（慢性期リハビリテーション協会 会長）



橋本康子氏

本シンポジウムを企画した背景には、2024年の診療報酬改定がある。回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算が廃止されたことは、参加者の多くがすでにご存じであろう。

この廃止の理由は複数あるが、主な要因の一つとして、「加算1」を算定している医療機関において、専従の医師が病棟に常駐することの意義が十分に評価されなかったことが挙げられる。具体的には、「加算1」を算定する医療機関と算定しない医療機関を比較した際、平均在院日数が変わらない、もしくはむしろ長い場合があることが指摘された。また、医師が常駐していてもFIMの改善に有意な差が認められなかったと判断されたことも要因である。

これらの背景を踏まえ、今回のシンポジウムでは「チームリーダーとしての医師のあり方」に焦点を当てて議論を深めたいと考え、このテーマを選定した。

【講演1】 これからの慢性期リハビリテーション医療 ～チームリーダーとしての医師のあり方～

全国デイ・ケア協会 会長

東京湾岸リハビリテーション病院 院長 近藤国嗣

近藤国嗣氏は、リハビリテーション医療における医師の役割とその重要性について語った。慢性期のリハビリテーション医療では、目標設定と達成のための戦略が不可欠であり、医師は患者の障害や機能を総合的に評価し、訓練課題を適切に指示する責任を負うと述べた。また、リハビリテーションにおける「能動的訓練」「課題の特異性」「難易度調整」「量の確保」の重要性を指摘し、あわせて患者や家族とのコミュニケーションを重視する姿勢を強調した。

さらに、リハビリテーションマインドを持つことの重要性について述べ、単なる症状への対応ではなく、患者の将来を見据えた生活の再構築を目指すべきと提言。チームリーダーとしての医師の役割についても触れ、多職種の意見を尊重しつつ、最終的な意思決定者として患者の未来を支える責任があるとした。具体的には、外来診療における継続的な評価や患者との信頼関係の構築が、リハビリテーションの成功に直結すると述べた。講演の締めくくりとし

て、近藤氏は、患者とともに将来の目標を設定し、それを実現するための設計図を明確に示すことが医師の使命であると結論付けた。

■ 医療・教育・研究そして地域との融合

○近藤国嗣氏（東京湾岸リハビリテーション病院院長）



近藤国嗣氏

私はリハビリテーション科の専門医であるため、今回の講演内容もその視点から述べる。慢性期リハビリテーション医療におけるチームリーダーとしての医師の役割については、主に2つの側面があると考え、1つ目は、組織全体をマネジメントするリーダーとして

の役割、2つ目は、リハビリテーションチームをマネジメントするリーダーとしての役割である。今回の講演では後者を中心に述べるが、前半では私が日々、どのような業務を行っているかについて説明する。

当院は160床を有するリハビリテーション専門病院であり、開院から18年目を迎えている。特徴的な点として、リハビリテーション科専門医が多数在籍しているが、その中でも30代の若手医師が6名と、若手を中心とした体制で運営している。

療法士の教育については、新卒採用を重視しており、9割が新卒採用である。また、リハビリテーション単科病院としては珍しく、看護師の4割が新卒採用である。このため、当初は全国を回りながら看護師の採用活動に私自身が奔走していたが、現在ではその必要性は徐々に減少してきている。在宅分野における療法士の役割も重視しており、当院の運営における大きな柱の一つとなっている。

当院の理念は、「医療・教育・研究、そして地域との融合」を掲げている。この理念に基づき、病院開設以来、安全で質の高い医療の提供を目指し、常に高い目標を追求する挑戦的な医療を実践してきた。また、切れ目のないリハビリテーションサービスを提供すること、科学的証拠に基づいた医療を実践すること、さらには科学的証拠を創出する医学の実践に取り組むことを重視している。これらと同時に、良質な医療人材を社会に送り出すための教育の充実にも力を注いできた。

これらの基本方針を達成することが組織全体のマネジメントの核心であり、病院運営の根幹をなしている。

■ 個人の技術を向上させる教育

良質な医療者を社会に提供するための教育の充実について述べたい。本日のシンポジウムではチームについての議論が中心となるが、チームが機能すればそれだけで最大のリハビリテーションゴールが達成できるのか、という問題意識を持っている。

例えば、男子バレーボールの例を挙げる。オリンピック前にはチームとしての連携が非常に良好で、

優勝も期待されていたが、結果としてはベスト8にとどまった。個人技が突出した選手がいないことが一因と考えられる。一方で、ワールドシリーズで優勝したドジャースには、3人のMVP選手がいた。このことから言えるのは、チームが機能するだけでなく、チームを構成する個人の技術力が伴わなければ高い目標の達成は難しいという点である。つまり、医療においても、患者を良くするためには個々の技術を確実に向上させる教育が必要不可欠である。

では、「優れた技術」とは何か。この問いに対する答えは一筋縄ではいかない。例えば、経験に基づくもの、長年続けてきた手法、特定の技法、教科書に記載された内容、講習会で得た知識、あるいは先輩や教師から教えられたこと、さらには個人が偶然に思いついたものなどが挙げられる。しかし、これらはどれも「優れた技術」としては十分な根拠を持たない場合が多い。

ここで「技術」という言葉の定義を辞書で紐解くと、「科学を実地に応用して自然の事物を改変・加工し、人間生活に役立てるわざ」とある。つまり、「技術」とは科学を実践することである。この定義に基づけば、教育の場で重視すべきは、科学的根拠に基づき、実地で応用可能な技能を体系的に習得させることである。これが、良質な医療者を育成する教育の核となる。

■ エビデンスをつくる病院でありたい

「科学」とは何かと問われれば、観察や実験といった経験的手続きによって実証された、法則的・体系的な知識であると定義できる。すなわち、「実証」されたものが科学である。

では、リハビリテーション医療は本当に実証された内容を確実に実践できているのか。現状では非常にグレーな部分が多いと感じる。少なくともガイドラインを活用し、その中で推奨度Aの項目が複数回にわたって示されている内容については、各施設で確実に実践できる体制を整えることが組織として重要であろう。

教育の観点から見ると、当院では学術的な教育にも力を注ぎ、職員を大学院に積極的に進学させてい

る。本年4月時点で法人内で修士号を取得しているリハビリテーション専門職は19名、修士課程に進学中の者が7名、博士号取得者が3名、さらに博士課程進学中の者が2名である。また、開院以来の18年間で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のみで約20名が大学教員として輩出されており、教育面で一定の成果を上げていると自負している。

さらに、「科学的証拠に基づいた医療」と「科学的証拠を作り出す医学の実践」を基本方針として掲げる当院では、エビデンスを創出する病院でありたいという理念のもと運営を行っている。その結果、開院から現在までにPubMedに掲載された当院職員が筆頭著者または共著者として執筆した論文は114本に達している。

また当院では、職員が筆頭発表者として学会発表を行う際には、出張費や学会参加費を回数を問わず病院が負担する体制を整えている。英文での論文投稿に際しては、投稿料や校正料を病院が負担する仕組みを構築しており、学術的活動を積極的に支援している。

■ 安全で質の高い医療の提供

当院の基本方針の一つである「安全で質の高い医療の提供」について述べる。リハビリテーション医療が重度化・重症化する中で、コメディカルスタッフからは、医師に対して「リスク管理を確実にやってほしい」「緊急対応体制を整えてほしい」という要望が強く寄せられている。また、リスクのある患者については、禁忌事項やリハビリテーション中止基準を簡潔でもよいので明示してほしいという意見もある。これらは、リスク管理を容易にするために医師へ当然のように求められる役割である。

特に急変リスクへの対応としては、併存疾患のリスクを把握し、適切に管理することが重要である。「リハビリテーション病棟に移ったからもう安心だと思っていたのに、なぜ急変したのか」と指摘されることがないように、事前に十分な説明を行い、適切な評価を通じて予防策を講じる必要がある。また、リスクが発生した場合には迅速に対応することが求められる。

合併症の評価は極めて重要である回復期リハビリテーション病棟は包括報酬である中当院では、多種の入院時スクリーニング検査を実施し、これに基づいてより適切な治療方針の策定を目指している。

また開院以来、退院後のリハビリテーションの充実に力を注いでいる。その結果、現在では外来でリハビリテーション科医師による診療のみを行っている患者数が約200名に達しており、加えて外来リハビリを利用している患者は約130名である。また、通所リハビリには360名が通い、訪問リハビリは約70名の患者を対象としている。

■ 「活動」を育む医学

「常に高いゴールを目指す挑戦する医療」という基本方針は、リハビリテーションチームをマネジメントするリーダーとしての医師の役割と深く関わる内容である。

そもそもリハビリテーション医療・医学は何を治療するのか。この問いに対し、一般的な医療・医学とリハビリテーション医療の違いを明確にする必要がある。一般的な医療・医学は、人が生まれ持った機能や構造、いわば植物的機能を治療の対象とする。これには、消化吸収、ガス交換、循環、尿産生、免疫、内分泌、筋・骨格などの機能が含まれる。

一方で、リハビリテーション医療が対象とするのは、人が成長の過程で獲得する機能や能力、すなわち動物的機能である。これには、認知、コミュニケーション、活動、身体動作、排泄、摂食嚥下、さらには心・肺機能が含まれる。例えば、心臓と肺が基本的な働きを維持していることは植物的機能であるが、運動に応じて心肺拍出量を高めたり呼吸回数を調整したりする能力は後天的に獲得された動物的機能である。

したがって、リハビリテーション医療は、一般的な医学に加えて、「動物的機能（活動）」の障害を有する患者の治療を行う。さらに社会復帰という医学と社会との境界を橋渡しする役割も果たしている。

診療報酬の「リハビリテーション 通則」においても、リハビリテーション医療は「諸活動の実現を目的として行われる」と規定されている。また、回

復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項では、「ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的」とされており、活動の中核であるADLの向上を通じた家庭復帰が重要な目標とされている。さらに、介護保険法においては、要介護状態であっても、その人が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持・向上に努めることが求められている。

要するに、リハビリテーション医療は「活動の治療」を目的としているということである。これを踏まえ、日本リハビリテーション医学会では、機能を回復し、障害を克服するだけでなく、その先の「活動」を育む医学を目指すことを掲げている。

■ リハビリテーション科医の役割

リハビリテーション科専門医の数は、年々増加している。2023年の時点で、その数は間もなく3,000人に達する見込みである。

リハビリテーション科の医師が担う主な業務は、診断・評価、予後予測、ゴール設定が挙げられる。それに加えて、リハビリテーション処方、医学的な安全管理、各種治療技術の提供、チームマネジメント、患者や家族への指導、さらに定期的なチェックや見直し、社会参加に向けた準備など、広範囲にわたる。

障害の評価に関しては、診察による主観的な評価と検査による客観的な評価の両面が必要である。診察による評価では、関節可動域、筋力、麻痺の程度、嚥下機能、認知機能、動作、ADL、生活環境、心理面などを総合的に判断する。一方、検査による評価では、画像診断、心機能検査、呼吸機能検査、電気生理学的検査、嚥下機能検査、神経筋組織化学検査などが求められる。これらの手法を組み合わせることで、患者の状態を正確に把握することが可能となる。

臨床の評価は極めて重要であり、特に初回の診察においては、全ての患者に対して包括的な評価を実施することが基本とされる。これにより、適切な治療方針の策定と目標の設定が可能となり、患者のリハビリテーション計画を的確に進めることができる。

また、画像診断も大事である。画像を適切に活用することで、予後予測を補助することが可能である。脳画像を評価する際、私は病側だけではなく健側の状態にも注目する。非障害側の正常性は、リハビリテーションにおいて非常に重要な指標である。なぜなら、リハビリテーションとは、代償的機能をどのように活用するかが大きな鍵を握るからである。

心機能の評価も重要である。心機能を把握することで、運動負荷の制限を確認し、適切なリハビリテーション計画を立てることが可能となる。

膀胱機能に関しては、当院では医師が症例によってはシストメトリーを実施し、脊髓損傷などの症例に対しては膀胱造影も行っている。これらの検査は必須ではないが、脊髓損傷患者においては排尿ケアプランを適切に立てる上で非常に有効であると考えている。

■ 医師の診療とリハビリテーション処方

診療とリハビリテーション処方を行う際には、まず診察において運動機能（筋力を含む）の低下だけでなく、神経学的診察、整形外科的診察、呼吸・循環器の診察を統合することが重要である。

脳卒中の患者の中には、他の神経疾患を併発しているケースが少なくない。また、循環器疾患や整形外科疾患の存在は、リハビリテーションの効果を大きく低減させる要因となる。したがって、これらの側面を包括的に評価する必要がある。

さらに、動作を困難にしている原因として、神経・筋・骨関節の異常や心肺機能の低下を把握することも診察の重要な要素である。

診察を通じて得られた情報をもとに、患者の問題点を整理する。具体的には、認知機能や高次脳機能、運動（筋力）や感覚、関節可動域、疼痛の有無、基本動作、ADL、IADL、さらには患者の生活環境といった要素を体系的に整理し、診療方針を立てる。この過程を丁寧に行うことがリハビリテーションの成功につながる。

診療計画を立てる際のポイントについて述べる。現在抱えている問題をICF（国際生活機能分類）の障害モデルに基づいて整理することが有効である。

具体的には、それが機能に関する問題なのか、活動に関するものなのか、あるいは参加、環境、個人の要因によるものなのかを明確にすることで、適切な対応方法を見出すことができる。

また、当該疾患から生じる機能障害を事前に把握しておくことが必要である。私も、自身の知識が不足している疾患で受診される患者がいる場合には、まずその疾患に関連して生じやすい障害を事前に把握する。かつては教科書を参照していたが、現在ではインターネット等を活用して確認している。これを診察前に行うことで、評価のポイントが的確になり、診察の精度が高まる。

■ 機能障害に対する治療の限界を知る

残念ながら、機能障害に対する現時点のリハビリテーション治療では、改善が見込めるものと困難なものが存在する。そのため、リハビリテーション治療の適用範囲と限界を正しく理解することが重要である。

例えば、不動（廃用）症候群による筋力低下、痙縮を伴わない関節拘縮、複合性局所疼痛症候群（CRPS）を伴わない関節拘縮、心肺疾患を伴わない体力低下は、リハビリテーションにより比較的良好な改善が期待できる。

一方で、加齢による筋力低下（サルコペニア）、中等度までの末梢神経障害による運動麻痺、中軽度以下の中枢神経疾患（脳・脊髄など）による麻痺、痙縮を伴う関節拘縮、CRPSを伴う関節拘縮、心肺疾患を有する体力低下については、一定程度の治療効果が期待できるが、その改善には限界がある場合も多い。こうした現実を踏まえた上で、適切な治療計画を立てることが求められる。

リハビリテーションによる治療がほとんど困難とされる機能障害も存在する。具体的には、重度の末梢神経障害による麻痺、中等度以上の中枢神経疾患（脳・脊髄など）による麻痺、骨性病変を伴う関節拘縮、長期間経過した関節拘縮、四肢変形、切断、さらには運動が困難となる心肺疾患を伴う体力低下などである。

このように、治療可能な機能障害と治療が難しい

機能障害を正しく理解しておくことが重要である。実際、治療可能な機能障害を最も多く対象とするのは急性期であり、回復期では一定の割合が見られるものの、慢性期においては治療可能な機能障害を対象とすることは少ない。

では、機能障害が残存している場合、活動や動作の改善は見込めないのか。障害が後遺している状況下でも活動向上を図るリハビリテーション治療には重要なポイントが存在する。それは、①能動的訓練の実施、②課題の特異性の確保、③難易度の適切な調整、④訓練量の十分な確保、という4点である。これらを的確に実施することで、障害が残る中でも活動の質を向上させることが可能となる。

■ 課題に特化した訓練の量・頻度を増やす

「脳卒中治療ガイドライン2023」では、脳卒中後の運動障害に対して「課題に特化した訓練の量または頻度を増やすことが推奨される」と記載されている。また、入院中にどれだけステップ数を重ねたかが最終的に歩行能力を決定するという報告もある。さらに通常の訓練に加えた訓練時間の効果に関する研究もある。その結果、通常の訓練量を倍以上増加させることで効果が現れるとされている。これは、質だけでなく量の増加がリハビリテーションの効果を大きく左右することを示している。

しかし、2024年度の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション入院料における運動器リハビリテーションが原則6単位までに制限されることとなった。この制限は、効果的なりハビリテーションには逆行するものであるが、そのような中でも適切な訓練量を確保する必要性を強調したい。

リハビリテーションの量を確保するためには、リハビリテーション専門職だけでなく看護職や介護職とも連携し、病棟全体で訓練を進めることが求められる。たとえば、FIMにおいて2点差が生じた場合には、問題の原因を特定し、看護職や介護職に積極的に生活の場で実践してもらうことが重要である。

さらに、病棟生活の中でも訓練を行うことも必要である。当院では、主治医が看護師に療法士の1段

階下の活動課題の指示を出し、Covid-19感染拡大前までは家族には2段階下の指示を出す体制を整えており、病棟全体で活動量を増加させる取り組みを行ってきた。

また、他院での取り組みを参考に、下肢筋力の改善と活動量の増加を目的に、集団で立ち上がりを100回行う訓練を導入している。こうした集団訓練は、患者のリハビリテーション効果をさらに高めるための有効な手法と考えられる。

■ 医師は「戦略」を立てる

これまで述べてきた①能動的訓練、②課題の特異性、③難易度調整、④量の確保といった要素を実践することは重要である。しかし、それだけでは十分ではなく、時間配分の適切な管理も欠かせない。

多くの場合、リハビリテーション計画は項目の羅列に終始しがちである。全国デイ・ケア協会による訪問リハビリの調査結果によれば、2年前の時点で要支援の利用者に対して、30～40分間にわたり機能訓練を延々と続けている事例が一定数見られた。一方で、要介護者へのADL訓練時間が乏しいという実態があった。

具体的には、要支援者に対し基本動作や機能訓練を30分以上行う群が3～4割存在した。一方で、要介護者におけるADL訓練が10分以下にとどまるケースが最も多いという結果が得られている。

さらに興味深いのは、基本動作訓練や機能訓練を30分以上実施した場合、IADL (FAI) の改善が要支援者・要介護者でも有意に低下した点である。一方で、ADLやIADL訓練を30分以上実施した場合、要支援者のADL (バーセルインデックス)を除くと、ADL、IADL、LSAは全ての群で有意に改善が見られた。これは、適切な訓練時間が成果に直結することを示している。つまり、リハビリテーションにおいては訓練の量だけでなく、内容や時間配分を適切に調整することが不可欠である。

しかし、実施計画書には多くの場合、項目の羅列が記載されているだけで、具体的に「何分間実施すべきか」という時間の指示が記載されていないことが多い。この点については、カンファレンスの場

でしっかりと議論を重ね、訓練内容を具体化することが重要である。つまり、「誰が、いつ、何に対して、どのような手法で、どの程度、どのくらいの時間、どこで実施するのか」という戦略を明確に立てることが求められる。この戦略を策定することこそ、医師の重要な役割である。

■ 陸軍の士官と空軍のパイロット

戦術と戦略は本質的に異なる概念である。戦術とは、戦闘実行上の具体的な方策を指し、個別の戦闘における戦闘力の使用法である。そして、一般的には戦略に従属するものである。たとえば、映画『ランボー』のように、1人で敵地に乗り込み、マシンガンを駆使して捕虜を救出し、ヘリコプターで帰還するというのは戦術の例である。しかし、そのような戦術だけでは全体の勝利を得ることはできない。

一方、戦略とは、戦術よりも広範な作戦計画であり、複数の戦闘を統合し、全体の戦争を運用する方法である。高度な戦略は、より広い視野で、より深い洞察をもって、そして遠い未来を見据えて立案されるべきである。日本の歴史でいえば、徳川家康がその典型例である。彼は大きな敗戦を経験したが、最終的に250年の平和体制を築いた。

リハビリテーションにおける戦術は、療法士が日常的に行う訓練の具体的な実施方策、すなわち身体局所における治療手技の使用法である。一方、戦略は、個々のアプローチを統合し、障害者を全身的に支援する治療計画を指す。リハビリテーションの高度な戦略は、「障害者をいかに座らせ、立ち上がらせ、歩行させ、ADLを拡大し、さらに社会参加を促進するか」という視点を基軸に、より広範かつ効果的な計画を立てる必要がある。これには、長期的な視野を持つことが求められる。

ただし、戦略を立てる技術は一朝一夕で身につくものではない。現代においては不適切なたとえかもしれないが、多くの医師は空軍のパイロットのように、少人数を指揮する経験しか持っていない。彼らは数人の部下を指揮し、その指示が直接行動に結びつく状況に慣れている。一方で、リハビリテーション医療は陸軍に例えるとわかりやすい。医師自身が

自らの手で直接治療することは少なく、複数の職種で構成された大規模なチームを指揮する必要がある。

したがって、従来の医師としての技術と、リハビリテーションのチームリーダーとしての技術は本質的に異なるものである。陸軍の士官と空軍のパイロットが全く異なる役割を担うのと同様である。リハビリテーション医療におけるリーダーシップには、特有の技術と視野が求められる。

■ 各専門職の技術を知り、意見を尊重

医師は、自身のチームの各専門職、すなわち「コーチ」たちの技術を監督として正確に理解する必要がある。まずは一人ひとりの技術や能力を把握することが求められる。

各専門領域において、専門職は医師以上に優れた技術を持つ場合が多い。そのため、多職種の意見を尊重する姿勢が重要である。しかしながら、薬剤と異なり、専門職の技術には個人差がある。したがって、すべての専門職による介入が同一の効果をもたらすわけではない点を十分に理解しなければならない。リハビリテーション処方画一的な効果を担保するものではなく、出した指示の結果が一様に得られるわけではないという現実を踏まえる必要がある。

こうした点を考慮したうえで、患者を総合的に捉え、専門職の技術を活用して得られる効果を最大化するとともに、期待された結果が得られなかった部分についてはどのように対応するかを検討する必要がある。

この対応策として、他の職種に任せるのか、手段や方法そして環境を変更するのかといった選択肢を含む戦略を立てることが求められる。

以上のように、医師は多職種との連携を重視しながら、状況に応じた柔軟かつ的確な戦略を構築する必要がある。

■ FIMの総得点がりハビリの真の目標か

慢性期リハビリテーション医療において、医師が担う役割は明確である。まず、患者の目標を明確に

設定し、その目標達成に必要な機能や動作・活動を分析する。そして、それが訓練によって改善可能であるかどうかを判断する。

さらに、動作訓練と機能訓練のいずれがより効果的であるかを見極める必要がある。また、個別リハビリテーションが絶対的に必要なのか、それとも自主トレーニングや集団トレーニング、看護・介護職や家族との訓練でも改善が可能であるかを判別する。そして、福祉用具の活用を含む環境改善も併せて検討する。これらを通じて適切な訓練課題を設定し、十分な訓練量を確保するとともに、生活環境を整えることで目標達成を目指す。

では、目標の設定とは何を指すのか。果たして、FIMの総得点がりハビリテーションの真の目標であるのだろうか。多くのスタッフはFIMの点数を重視するが、私はそれが目標の全てではないと考える。例えばFIM移動項目は車いすでも歩行でも一つの評価となっている。しかし、退院後の活動向上を考えれば、屋外歩行を目指すことは重要である。

オーストラリアの研究によれば、脳卒中患者が屋外歩行を可能にするためには、6分間歩行で367メートル以上の距離を歩けること、秒速0.8メートル以上の歩行速度を持つこと、FIM「階段」の項目で6点以上を獲得すること、不整地を歩行可能であることが要件とされている。しかし、これらの条件を満たせる患者は全体の25%に過ぎないとされている。

また、QOL評価の観点からも、移動能力は「EuroQol 5 Dimension」にて5分の1の重要性を占めている。この目標を達成しなくても良いのかという点は、医師として深く考えるべき課題である。

したがって、回復期リハビリテーション病棟を退院することを回復の終了とみなしてはならない。慢性期における継続的なりハビリテーション診療が不可欠であり、それを支える医療体制が重要である。

■ 外来診察時のコツがある

外来診察において重要なポイントがいくつかある。私は初診時に時間をかけることを重視している。特に注目するのは認知機能であり、これが患者の全

体的な状況を大きく左右する重要な要素であると考えている。

認知機能とともに、座位バランスの評価も必須である。この2つの項目は、診察の際に必ず確認すべき基本的な要素である。また、非麻痺側の握力や歩行速度の評価は、簡便かつ定量的な評価手法として非常に有効である。

さらに、訓練で実施している動作よりも高いレベルの限界動作(最大動作)を実際に行わせ、その能力を把握することも重要である。そして、患者本人や家族との会話を通じて、目標や問題点を見つけ出し、訓練によって解決可能な課題を特定する。この際、具体的な動作を実際に試してもらい、その可能性を検討する。

また、外来患者の場合、次回までに予定されている生活イベントを記録し、カルテにメモとして残しておく。この情報を基に、次の診察時に「旅行はいかがでしたか」といった形で話題にする。

こうした取り組みを通じて、患者との信頼関係が築かれる。信頼関係は、診療を円滑に進めるための基盤となるものであり、外来診察において欠かせない要素である。

再診時には、自分なりの診察パターンを構築することが重要である。毎回、一定の項目を計測することで、患者の状態変化や変動の幅を把握することが可能となる。私の再診時のパターンとしては、まず前回からの生活におけるイベントを確認し、心身機能の変化を評価する。そのうえで、宿題として出した課題の進捗状況を確認する。一連の評価を毎回実施することで、患者の状態を的確に把握し、適切な治療方針を立てることが可能となる。再診においても体系的なアプローチが重要である。

■ リハビリテーションマインドとは

外来診察時に毎回詳細な評価を行う理由は、機能障害の変化を把握し、それに基づいて治療効果や活動低下、新たな障害の出現を確認するためである。さらに、現在の機能障害と活動・動作との関係性を診断し、治療可能な機能障害の有無を確認したうえで、新たな機能・動作訓練課題を指示することが目

的である。

私は、患者の歩行を観察しただけでは、状態を正確に把握することはできない。実際に手を使って患者の身体に触れることで、問題のある部位を特定することが可能となる。そのため、診察において手を抜くことは診療技術の低下を招くと考えている。

また患者には、宿題を出して機能と活動の改善を促すが、口頭での指示だけでは効果が得られないことが多い。そのため、「リハビリカレンダー」を活用し、日々の自主トレーニングの結果を記録してもらおう。このカレンダーには、具体的な項目や回数を書き込み、毎日だけでなく、1週間や1カ月単位での記録も求める。この記録を基に患者の努力を評価し、実際に身体に触れて変化を確認したうえで褒めることを継続している。

さらに、介護者や家族の支援も重要である。家族支援において最も重要なことは、介護の負担感や大変さに共感し、負担を軽減する方法を共に考えることである。日頃から家族がどのように患者に向き合うべきかについて、一緒に働きかけることが求められる。これらによって、家族が後悔することがない介護生活を支援することも医師の責任である。さらにその先に何が起こるかを予測し、丁寧に説明することが、医師としての重要な役割であると考えている。

私が考えるリハビリテーション医療における優れた医師とは、まず療法士、患者、そしてその家族と円滑なコミュニケーションが取れることである。自身を常にアップデートし、最新の科学を理解することも重要である。そして何よりも、リハビリテーションマインドを持つことが欠かせない。このリハビリテーションマインドとは、単に目の前の患者の障害に対処するだけでなく、患者を全体として捉え、将来の生活を患者や家族と協力して再構築する心構えを指す。

リハビリテーション医療においては、患者とともに将来の目標を定め、その目標に向けた設計図を明確に患者や家族に示すことが求められる。これこそが、リハビリテーションマインドの核心であると考えている。

また、チームリーダーとしての医師の役割は俯瞰的かつ長期的な視点を持ちながら、患者の未来を形作る最終決定者となることである。医師は単なる治

療者にとどまらず、患者の未来を創造する責任を担う存在でなければならない。

【講演2】 「これからの慢性期リハビリテーション」 チームリーダーとしての医師のあり方

千里リハビリテーション病院 副院長 吉尾雅春

吉尾雅春氏は具体的な症例を紹介しながら、医師が患者の障害の原因を正確に診断し、予後予測を行うことの重要性を強調した。また、理学療法士に求められる知識と医師の責任の違いを指摘し、科学的根拠に基づく判断が医療の質を向上させるとの認識を示した。リハビリテーション医療を「人間としての尊厳を回復する連続的な過程」と位置づけ、患者を社会的な存在として捉える視点の重要性を指摘した。個々の立場や関係性が持つ意味を深く理解する必要性に触れながら、医師が率先して指導力を発揮し、根拠を持った判断とリーダーシップを通じて患者に寄り添い、社会の中での自立を支援する姿勢が求められると語った。

■ 「調和と統合」が達成されているか

○吉尾雅春氏(千里リハビリテーション病院副院長)



吉尾雅春氏

もし日本の病院すべてに近藤先生のような方がいらっしゃれば、こうした問題に悩む必要もないかもしれない。しかし、現実はそのようではない。そのため、理学療法士の立場から意見を述べたいと考える。

本日の日本慢性期医療学会のテーマは、「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～」である。このテーマはリハビリテーションにおいても最も重要な課題の一つであると考えている。しかしながら、現状ではこの調和と統合が十分に達成されているとは言い難い。

チームリーダーとしての医師のあり方について、本日は特に重要な二つの点を挙げたい。障害の原因に関する診断を責任をもって行っていただきたい。そして、生活を営む社会的動物である人間の持つ可能性に積極的に取り組んでいただきたい。

すなわち、医師は第一に患者の状態を的確に把握し、その原因を明確にする役割を果たすべきである。第二に、生活を営む社会的動物としての人間が持つ可能性に積極的に取り組む姿勢が必要である。リハビリテーション医療においては、単に疾患や障害への対応にとどまらず、患者の可能性を最大限に引き出し、社会生活の向上を目指す視点が不可欠である。

■ 知識や情報を活かして予後予測を

日本にCTが導入されたのは1973年であり、約50年前のことである。当時、私が担当した患者の一人について話をしたい。その患者は公立病院に1年半入院していた。リハビリテーションとして理学療法を継続していたが、実際には歩行ができない状態であった。その後、外来で私が週に1回から2回理学療法を行い、徐々に回復して杖なしで歩けるようになった。しかし、なぜその患者が回復したのか、当時の私は正確に説明することができなかった。

一方で、なぜその患者が入院中の1年半もの間に回復できなかったのかについても理解できなかった。加えて、当時の知識では脳画像からは限られた情報しか得られなかった。画像を見ても、「ここが白い」「ここが黒い」という程度の認識にとどまり、それ以上の情報を得ることは困難であった。これは約40年前の話である。

当時、脳は「ブラックボックス」と呼ばれていた。形状は分かるものの、脳の働きについての理解は不十分であった。しかし、その後の研究により、反射生理学を通じて脳の機能局在が次第に解明されるようになった。それでもなお、脳の理解は容易ではなかったが、神経線維の走行を詳細に追跡する技術が発展し、どの部分がどの部分と結びついているかが明らかになり始めた。このような進展を通じて、脳のシステムを図示できるようになった。神経のつながりや機能の解明が進み、脳の働きについての理解が徐々に深まっていったのである。

脳はシステムとして機能するということが、近年ますます明らかになってきている。脳内で出血や梗塞が発生した場合、それがどのような問題を引き起こすのかを理解することは、リハビリテーション医として不可欠である。

しかし、現実にはそうした知識が十分に活用されていない場面が多いと私は考えている。私自身は脳画像を確認するようにしているが、本来、脳画像を基に判断を下すのは医師の役割である。脳画像の解釈を含めた責任を負うのは医師であり、その際には神経線維だけでなく血管の状態にも注意を払う必要がある。

たとえば、血腫や浮腫がどのように圧排を引き起こすか、また梗塞や出血がどのような影響を脳に及ぼすかといった点は、医師が的確に把握しているべき知識である。これらの情報をもとに予後を予測し、適切な治療計画を立てることが求められる。脳画像や血管の評価を活用し、リハビリテーション医療の質を向上させていく必要がある。

■ 夜は明けていない

予後に関する多くの論文は、現象を中心に多数の

症例を対象とした研究が多く、信頼できる資料として評価される。しかし、これらの研究は確率論に基づいており、現象の原因が明確にされていないことが多い。また、個別的な検討が不足している場合が多々見受けられる。

さらに、それぞれの症例が抱える原因に対して適切な治療が行われたかどうか不明である。こうした不確実なデータに基づいてガイドラインが作成されるケースも少なくない。ガイドラインには学ぶべき点が多く存在するが、一方でその限界についても理解する必要がある。

だからこそ、個々の事例について深く考察し、根拠を持った推論(reasoning)を行うことが重要である。単なる確率論ではなく、臨床現場においてしっかりと理由付けに基づいた判断が求められる。

しかし、実際の臨床現場では、セラピストたちが不確実な情報に基づく憶測で患者にアプローチしているケースが多い。そのため、医師がこれを見抜き、適切な指導を行うことが不可欠である。医師はセラピストに対しても指導を通じて教育を行い、現場での質を向上させる責任を担っている。

この写真は私の故郷の風景であり、「あさまだき」という言葉が記されている。「あさまだき」とは、太陽がすでに昇っているものの、まだ暗さが残り、完全な朝が訪れていない状態を指す言葉である。太陽が出ていながら朝が来ていないという状況を表現している。

リハビリテーション医療も同様である。すでに長い年月が経過し、多くの進歩が見られたものの、夜明けが訪れているとは言い難い。リハビリテーション医療においては、朝が来ているように見えながら、実際には夜が明けていないという段階にあると感じる。

このような状況において、医師の診断は極めて重要である。医療は医師の正確な診断を基盤として進められるべきものであり、その診断がなければ医療そのものが成り立たない。特に脳卒中を中心とした問題においては、脳内で何が起きているのかを明確に把握する必要がある。

脳内の状態を理解し、それがどのような問題を引

き起こしているのかを明確にしたうえで、適切な戦略を立てることが重要である。このようなプロセスを確立し実践することが、リハビリテーション医療の本当の夜明けを迎えるために不可欠であると考えられる。

先ほど近藤先生もおっしゃっていたが、良い方の状態についてももっと注意深く観察すべきである。このような視点を医師が持ち、予後の判断や診断、予後予測を的確に行うことが求められる。適切な診断ができなければ予後予測を行うことは不可能である。診断と予後予測は医師の責任であり、この役割を果たすべきは他でもなく医師である。

理学療法士に対して予後予測を求める意見も多く聞かれるが、理学療法士は脳の内部で何が起きているのかを詳細に教育されていないのが現状である。基本的な教育は受けているものの、細部にわたる専門的な知識を持つ機会は限られている。

したがって、予後予測に必要な高度な診断は、科学者の代表ともいえる医師が担うべきであると私は考える。医師が責任を持ち、科学的根拠に基づいて正確な診断と予後予測を行うことで、リハビリテーション医療の質を向上させることができる。

■ 可能性への挑戦を

リハビリテーションとは、人間としての尊厳を回復するための連続的な過程である。この過程を確実に進めるためには、リハビリテーション医が障害の原因に関する診断を責任をもって行い、生活を営む社会的動物としての人間が持つ可能性に積極的に取り組むことが求められる。

「生活を営む」とは、自分自身で決断し、その行動に責任を持つことである。「社会的」とあるとは、一人で生きているわけではなく、他者とのつながり

の中で生活していることを意味する。人間が持つこうした可能性に向き合い、それを引き出す努力を積極的に行うことが、リハビリテーション医療の重要な使命であると考えられる。

しかしながら、このような取り組みは現状ではまだ十分ではないと感じる。現場ではこうした視点が大きく欠けている場面が多いのではないかと私は思う。そのため、近藤先生のような医師にさらに尽力していただく必要があると強く感じる。

リハビリテーション医療における課題は多く、現場ではまだまだ改善の余地がある状況である。こうした現実に対して、医師が率先して行動し、課題に取り組むことが求められている。

この写真は北海道の斜里にある「天に続く道」である。この道は全長28キロにわたってまっすぐに伸びており、その壮大さに圧倒される光景である。

リハビリテーション医療においては、根拠をもって可能性に挑戦し、患者の未来を見据えて取り組むことが求められる。その先には、「動物としてのヒト」、そして患者に寄り添う「人」、さらに社会や地域の中で活動する「人間」の姿がある。

人間の「間」という言葉は、ディスタンス、つまり距離あるいは間隔を意味する。「ディスタンス」の「ディ」は2つ、「スタンス」は立場を指す。すなわち、2つ以上の立場があることで「間」が生まれるのである。この「間」において人間は生きており、そうした関係性や立場を深く理解し、支えるのがリハビリテーション医療の役割である。

このような視点を持ち、医療現場でしっかりとリーダーシップを発揮することを先生方をお願いしたい。リハビリテーション医療の未来を築くには、医師が率先して指導力を発揮し、患者を取り巻く環境を支えていくことが重要である。

【講演3】 これからの慢性期リハビリテーション医療 ～チームリーダーとしての医師のあり方～ — 作業療法士の立場から —

千里リハビリテーション病院 副院長
認定作業療法士、日本作業療法士協会 前会長 中村春基

中村春基氏は、リハビリテーション医療における医師の役割と今後の方向性について、人権モデルを軸に論じた。リハビリテーションを「全人的復権」の理念を掲げて発展してきたものと位置づけ、医療者が患者を単なる障害のある存在として見るのではなく、「人」として全体的に捉える視点の重要性を強調した。

講演では、2023年に国連の人権委員会が日本の障害者権利条約の履行状況を評価し、障害の人権モデルを考慮したハビリテーションおよびリハビリテーション制度の拡充を勧告したことに触れた。この指摘を受け、リハビリテーションはADLやIADLの改善にとどまらず、患者の生き方や生活全体を支える視点を持つべきであると述べた。さらに、医師には患者の障害だけでなくその背景にある人間性や人権に焦点を当て、チーム医療のリーダーとして、患者の「人」としての尊厳を重視したサービスの提供を求めた。医療は患者の生活を見据えた包括的なものであるべきとの視点が一貫して提示された。中村氏は、患者を中心に据えたりハビリテーション医療を進めるには、医師が原点に立ち返り、真に「人」に焦点を当てた采配を振るうことが不可欠であると語った。

■ 恩師である澤村誠志先生の教え

○中村春基氏(千里リハビリテーション病院副院長)

近藤先生や吉尾先生のお話を拝聴し、私が思い描いていた内容と重なる点が多く、大変共感する部分が多かった。そこで、私は少し趣を変えて別の視点から述べたい。

医師という職業は、日本において非常に影響力の大きい集団であると考えている。医師は社会を動か



中村春基氏

す重要なキャストイングボートを握っている存在であり、その役割は極めて大きい。今回のテーマである「チーム医療におけるチームリーダー」として、医師はこの国のリーダーの一角を担う存在であると確信している。

私がこのテーマを受け取ったとき、まず頭に浮かんだのは恩師である澤村誠志先生のことであった。澤村先生はまさにチームリーダーの模範であり、日本のリハビリテーション医療を形作った存在の一人である。こうした医師が増えていくことを心から望むものである。

澤村先生がいつもおっしゃっていたのは、「Patient First」という言葉である。先生は「君たちは何のためにいるのか。それは患者さんのためにいるのだ」と語り続けていた。医療は臓器や障害ごとに分割して診ることが多いが、その対象が人であることを忘れてはいけない。

私たちが向き合うべき相手は、病院で治療を受ける「患者」という存在であると同時に、治療を終えた後に生活に戻る「人」でもある。医療者として、その先を見据える視点が欠かせない。「Patient First」という理念は、まさにこの点を指し示しているのである。

■ 不平不満は「宝物」

先ほどガイドラインの話があったが、医療の中で

どこまで人を深く見ているかという点については、まだ十分ではない部分が多いと感じる。利用者の不平や不満は、単なる課題ではなく、「宝物」として捉えるべきものであると考えている。

澤村誠志先生が常におっしゃっていたことの一つは、「患者さんは教科書」であるということである。すべての学びは患者から始まるという考え方である。

澤村先生は実践を重んじる方であり、「やってなんぼや」という言葉を口癖のようにしていた。医療者はゆっくりと学ぶ必要がある一方で、学びを利用者にどれだけ還元できるかが重要であると教えられた。先生の言葉で特に印象的だったのが「な」と「か」である。「やってるな」と「やってるか」を問う言葉であり、それが実践の姿勢を問うものであった。

澤村先生から「やってるか？」と尋ねられることは、しばしば厳しい指摘の形を取るものであった。しかし、この言葉がかけられること自体が、医療者としての自分を問い直すきっかけとなるものであり、良い意味での緊張感をもたらしていた。「やってるな」と評価される瞬間は非常に喜ばしいものであり、実践へのモチベーションを高めるものであった。澤村先生の言葉と指導は、医療者として何を大切にすべきかを考える上での指針となっている。

■ 訪問リハのない時代から50年

私は今年で作業療法士として49年目を迎える。当時から澤村先生は、作業療法や医療、リハビリテーションは在宅や地域にこそあるべきものだとして強調されていた。病院はその基盤を支える役割を果たすものであり、作業療法士であれば病院を出るべきだというのが先生の教えであった。

作業療法士の活動の場は、病院内でも重要であるが、「在宅や地域に行きなさい」という指導を澤村先生は50年以上前からされていた。この視点は非常に先進的であり、現在の在宅医療や地域包括ケアの考え方の基礎となるものである。

先ほど吉尾先生が「変わったかな」と述べていたが、制度上は作業療法士が在宅や地域に出られる環境が少しずつ整いつつある。しかし、現状ではまだ

十分とは言えないのが実情である。

ここに映っている写真は今年の4月、澤村先生をスタッフの送別会にお招きした際のものである。澤村先生は現在94歳で、私が初めてお会いした頃はまだ40歳前後の若々しい先生であった。その後もお元気に活躍されており、今回のパーティーでも「やってるか」とまた指摘を受けてしまった。先生の健在ぶりには感銘を受けた。この写真を改めて見て、健康の重要性を痛感している。健康であることが医療やリハビリテーションに携わる者にとって、そしてその指導を受ける患者にとっても何よりの基盤であると感じている。

この写真は、訪問看護や訪問リハビリがまだ存在しなかった時代に撮影されたものである。当時、ある保健師から「こんな人がいるので見てほしい」と依頼を受けて訪問した際のものである。

写真に映る人物は、有名な市立病院や他の有名な病院を退院してから7年が経過した姿である。右の上肢の状態、そしてベッドの状況をご覧いただきたい。右下には、この方の要求に応じるため、常に付き添っているお母様の姿が見える。これこそリハビリテーションの敗北を示す光景であると言わざるを得ない。

一方で、写真の左側には車椅子や玄関のスロープが映っている。これは理学療法士や作業療法士が一度は関与した証といえる。しかしながら、7年後のこの姿は、リハビリテーションが十分に機能しなかった結果を示している。このような状況を決して繰り返してはならないと強く感じる。

訪問時に「病院でどのような生活をしていたのか」と尋ねたところ、「一度も自分で食事をしたことがない」との答えが返ってきた。病院で自ら行動する経験が全くなかったため、在宅に戻った後に自分から能動的に動くことは期待できなかったのである。

この写真が示しているのは、リハビリテーションの本質的な課題であり、私たちが何をすべきかを明確に物語っている。このような失敗を繰り返さないための取り組みが、今後のリハビリテーション医療において極めて重要である。

■ 「おもい」

2つ目にお伝えしたいのは、「おもい」である。本日、シンポジウム1において厚生労働省の迫井正深医務技監が基調講演を行われた。迫井医務技監とは、介護保険課長時代から長いお付き合いがあり、多くの議論を重ねてきた。迫井医務技監が厚生労働省のホームページで提示している「医師の使命」について触れたい。それは、「社会を支え進化する保健医療を次世代に引き継ぐ」というテーマのもとに、「健康な生活の確保」や「命を守り、社会に貢献する」といった内容である。この考えこそ、私も医師の使命であると強く思っている。

かつて迫井医務技監と「リハビリテーションとは何か」という議論をした際、彼は「医療の中に生活を持ち込むことがリハビリテーションだ」と述べた。この言葉は今でも私の心に深く残っている。

しかし、現状のリハビリテーションにおいて、私たちは生活の視点を十分に持ち込めているだろうか。リハビリテーションがFIMの達成を目標として終わってしまっているのではないかと危惧している。生活に焦点を当てた視点は、まだまだ不十分であると考えている。

このような現状を踏まえ、リハビリテーション医療の中で私たちが何をすべきかを問い続ける必要がある。リハビリテーションにおける本当の目標に向けて、私たちはまだ道半ばにあるのだと強く感じている。

■ 共有したいこと

3つ目にお伝えしたいのは「共有したいこと」である。近藤先生や吉尾先生も述べられたように、チームリーダーとして相手のことをよく知る必要がある。ただし、職種ごとにその役割や活動内容は異なり、それに応じた理解が求められる。

1965年に制定された「理学療法士及び作業療法士法」における作業療法の定義では、「身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作、その他の作業を行わせることをいう」とされ

ている。しかし、これは当時の法律の文面に過ぎず、作業療法の実際の活動内容とは大きな乖離があると感じる。

この状況を踏まえ、2010年に厚生労働省医政局から「作業療法の作業とは何を意味するのか」について通達が出された。その内容には、以下のようなものが含まれている。

移動、食事、排泄、入浴などのADL訓練、家事や外出などのIADL訓練、作業耐久性の向上や作業手順の習得、就労環境への適応など職業関連活動の訓練、福祉用具の使用に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、さらには発達障害や高次脳機能障害へのリハビリテーションなどが挙げられている。

これらが現在の作業療法における「作業」の定義であり、作業療法士が担うべき具体的な役割を示している。医師におかれては、こうした活動内容を十分に踏まえた上で適切な処方を行っていただければ幸いであると考えている。

■ 作業療法は進化し続けている

では、日本作業療法士協会が定めた作業療法の定義はどのようなものであるのか。この定義が制定されたのは1985年、老人保健法が施行された時期である。当時、退院後の患者を地域で支援しようという取り組みが、老人保健法の中で本格化し始めた背景があった。そのため、この定義は地域でのケアを意識した内容となっている。

協会が示した作業療法の定義は以下のとおりである。すなわち、「作業療法とは、身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行うことをいう」とされている。

この定義には、障害を持つ者だけでなく、障害が予測される者も作業療法の対象とすべきだという考え方が反映されている。協会が独自に作業療法の定義を作成した背景には、作業療法の対象範囲を広げ、より多くの人々の生活を支える必要性を訴求する意図があったといえる。

2018年に示された新しい作業療法の定義は、次

のような内容である。「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」

この定義は画期的なものであると考えている。「人々」という表現が用いられている点が特に重要である。これは、障害を持つ人や病気の診断を受けた人だけを対象とするのではなく、住みにくさや作業のしにくさを感じている全ての「人々」を作業療法の対象とすることを示している。

さらに、この定義では目標を「健康と幸福」と明確にしている点も特筆すべきである。このような視点から作業療法は教育が行われており、今後の臨床の方向性もこの考えに基づいて進んでいくと考えられる。

作業療法の基本には、共有することや相手を理解することがある。現在の作業療法がこうした観点で進化し続けていることを、ご理解いただければ幸いである。

■ 先をよむ

4つ目にお伝えしたいのは「先をよむ」ということである。これには人権モデルが重要な視点となる。2023年10月、日本の障害者権利条約の履行状況について、国連の人権委員会が評価を行い、その総

括所見を発表した。この条約の第26条には「ハビリテーション（適応のための技能の習得）及びリハビリテーション」という規定があり、それに基づき日本に対して勧告がなされた。

勧告の内容は、障害の人権モデルを考慮したハビリテーションおよびリハビリテーション制度のさらなる拡充を求めるものである。この指摘は、人権を重視する視点からリハビリテーションのあり方を再考すべきだという重要な提言である。

吉尾先生のお話とも重なるが、リハビリテーションは「全人的復権」という理念を掲げて発展してきたものである。この人権モデルはまさにその理念を前提としており、リハビリテーションの本質を改めて見直す必要性を示唆している。

これからのリハビリテーションは、単に障害を診るだけでなく、その人のADLやIADL、さらには生き方全体を視野に入れる必要がある。こうした視点は、リハビリテーションの初期から唱えられてきたものであると考えている。

医師にお願いしたいのは、原点回帰ではないが、まず人そのものを見ることである。患者が家に帰れば「障害を持つ人」であり、その「人」に焦点を当てたサービスを提供することが必要である。チームリーダーとしての役割を果たし、人権を尊重した采配を振るっていただければ幸いである。

総合討論

講演を踏まえた総合討論では、リハビリテーション医療における医師の役割と、患者の生活全体を視野に入れた取り組みの重要性が議論された。座長である橋本康子氏は、患者にとって病院は「アウェイ」であり、リハビリの本質は在宅や地域での生活にあると述べ、医師の関与をさらに深める必要性を指摘した。

近藤国嗣氏は、標準化された診察手順の重要性を

強調し、医師が患者に直接触れることが技術向上の鍵であると述べた。また、地域でのリハビリ現場を学生にも見せることで、彼らの興味を引き、医師としての視点を広げる重要性を示唆した。

吉尾雅春氏は、訪問リハビリが患者の生活に密着し、彼らの望みを実現する場であることを強調し、医師の関与がこうした場面でも欠かせないと語った。

中村春基氏は、リハビリテーションの現場で生



総合討論風景

活の視点を取り入れることの重要性を挙げ、特に IADL 評価の拡大が患者支援に有効であると述べた。

リハビリテーション医療における医師の役割は患者の生活に寄り添い、チーム医療を通じて社会復帰を支援する方向性に向けて深化する必要があることが再確認された。

■ 全身状態を整えるだけでなく

○橋本（座長）：

3人の講演を拝聴し、私自身もリハビリテーションに携わる医師として多くの気付きを得た。チームリーダーとしての医師のあり方について、自分ではある程度できているのではないかと思っていたが、実際にはまだまだ不十分であると感じた。

リハビリ病棟を運営している中で感じるのは、リハビリに関わる医師の多くが、リハビリ専門医や認定医ではなく、内科、外科、脳神経外科、整形外科など他の分野の医師であるという現状である。そのような医師たちがリハビリに関わり、患者の全身状態を整えることに尽力している。具体的には、痛みがあれば緩和し、高血圧を下げ、血糖値を管理し、栄養状態を改善するなど、リハビリに取り組める状態を作るための努力がなされている。

しかしながら、今日のご講演を通じて、これだけでは十分ではないことを改めて実感した。全身状態

を整えることは重要であるが、リハビリテーションに必要な視点や取り組みはそれ以上の広がりを持つべきである。

医師として、チームリーダーとして、患者の生活や将来を見据えた包括的なアプローチが求められていると感じた。これからさらに努力し、リハビリテーション医療の質を高めていきたいと考えている。

■ 個別的に根拠ある評価・診断を

○橋本（座長）：

では、まず私から質問させていただく。リハビリの分野においては、先生方が言及されたように、医師の技術や知識にレベル差があるのが現状である。

リハビリ専門医の先生方は高度な知識を持ち、適切な指示を出すことができるかもしれないが、一般診療科からリハビリに関わるようになった医師にとっては、指示を出すことが難しい場合も少なくない。このような状況を踏まえると、指示を出す際の標準化が必要ではないかと考える。標準化は、医師がリハビリテーションにおいて的確な指示を出すための一助となり得るのではないかと思うが、近藤先生はどのようにお考えだろうか。

○近藤：

初診においては、各病院で一定の型を定めるべき

であると考えている。具体的には、「これとこれを診る」というように、自らの手で触れ、動作を観察し、診察を行うべき項目を標準化する必要がある。この標準化は、リハビリテーション診療の基盤として欠かせないものである。

ご指摘のとおり、重度・重症の患者が増加している現状においては、対応に手がかり、日常的な経時的変化を追う余裕が持てない場合もあるかもしれない。しかしながら、そのような状況下でも、週に一度は訓練室で患者の状態を直接確認する努力を行うべきであると考えている。こうした取り組みが、リハビリテーション医療の質を向上させるために必要であると信じている。

○橋本（座長）：

医師によるクリニカルパスの活用も一つの手段であるが、近藤先生の施設で実践されているような取り組みを参考にしつつ、そのような形で導入を進めることが、普及を広げるためには有効ではないかと考えるが、吉尾先生はいかがであろうか。

○吉尾：

クリニカルパスを構築し活用することは非常に重要であると考えている。整形外科手術においては多くの場合でクリニカルパスが用いられており、このような仕組みを参考にすることが有用である。

しかしながら、脳卒中患者の場合、クリニカルパスに適合しないケースも少なくない。このような患者に対しては、個別的な対応が求められるため、根拠に基づいた評価や診断を的確に行うことが必要である。このような取り組みが、患者一人ひとりに適したリハビリテーション医療を提供するための重要な要素であると考えている。

○中村：

私も標準化は必要であると考えている。作業療法では生活を重視し、患者の生活背景をどれだけ深く理解するかが非常に重要である。そうした背景を把握するためのツールとして「MTDLPシート」（生活行為向上マネジメントのプロセスとシート）が作

成されている。このシートは、生活背景を理解し、適切な目標や問題点を導き出すための有効な手段である。

具体的には、経験年数にかかわらず、3年目の作業療法士が使っても10年目の作業療法士が使っても、ほぼ同じ目標や問題点が抽出されるように設計されている。このようなツールを活用することで、作業療法の質を一定に保つことができると考える。内容には多少のばらつきが生じる場合もあるかもしれないが、標準化を目指す一助として、このツールを積極的に活用していただければ幸いである。

■ 地域リハビリテーションの研修も

○橋本（座長）：

会場の皆さまからご質問やご意見はあるだろうか。

○会場

病院で理学療法士をしている。先生方のお話を拝聴し、私自身、リハビリ職としてチームリーダーである医師の存在に大変助けられていると実感している。午前中のシンポジウムでは、これからの医療を担う研修医や医学生の教育の重要性について語られていた。そこで質問だが、チーム医療におけるリーダーとしての役割を担う医師を育てるために、リハビリの観点から研修医や医学生にどのように関わればよいか。私自身、研修医や医学生向けのプログラム作成に一部携わっているため、これらのプログラムにおいて効果的なアプローチについて助言をいただければ幸いである。

○近藤：

現在の若い医師は、プライマリ・ケアに興味を持つ者が多い。そのため、病院内でのリハビリ科医の姿だけでなく、地域でどのような診療が行われているのかという現場を見せることが、生活そのものを理解する感覚を養い、より大きな関心を引くのではないかと考える。したがって、医学生にも地域におけるリハビリテーションの現場をぜひとも見学させていただきたいと思う。

■リハビリの原点は在宅にある

○橋本（座長）：

近藤先生、吉尾先生、中村先生がお話しされた内容にも関連するが、リハビリテーションの原点とは、患者が社会へ戻ることである。病院内で行われるリハビリは、あくまで練習の場であり、実際の場合は在宅や社会の中にあると考える。

これからのリハビリテーション医療では、在宅や社会における慢性期医療の重要性がますます増し、そちらに重点が置かれる方向へシフトしていくのではないかと考える。その中で、私は特に在宅リハビリテーションにもっと注力し、真剣に取り組むべきであると感じている。

患者にとって在宅は「ホーム」であり、病院は「アウェイ」である。病院という環境では、自立性を求められたり、「何がしたいか」と問われたりしても、アウェイの場ではなかなか自分の意思を表現することが難しい。病院では患者が主役になりにくい状況が生じている。

そうした観点から、在宅でのリハビリテーションの重要性は非常に高いと考える。しかしながら、在宅へのシフトが進むことで、医師の関与が薄れる可能性がある点については危惧を抱いている。この点について、先生方のご意見を伺いたい。

○近藤：

回復期リハビリテーション病棟入院料で、いわゆる「専従医加算」が廃止された現状を踏まえ、すべての医師には、少なくとも週に半コマ程度は外来診療または訪問診療に携わることを求めたい。

その中で、重要なのは患者に直接触れることである。繰り返し患者に触れることで診察技術は向上し、診療のスピードも速くなる。触れることを恐れず、積極的に行うべきである。

私自身、3時間で15人ほどの患者を診察している。このように診察を効率よく進めるためには、練習を重ねることが何よりも大切である。診察技術も他のスキルと同様、努力と繰り返しによって上達するものである。どうか各医師には、診療においても

練習を重ね、より速く、的確な診察ができるよう努めていただきたい。

○吉尾：

東京でクリニックを運営しており、訪問リハビリを長く続けてきたが、病院でのリハビリとは異なり、非常に興味深い点が多いと感じている。訪問リハビリは、生活そのものに直結しており、患者が「こうしたい」と望むことを具体化する活動である。

ご質問の中で、医師の関与について挙げられたが、私のクリニックでは橋本先生が主治医として関わり、非常に密接に患者に寄り添った医療を提供している。このような形での関与も十分可能であり、実際に有意義な結果をもたらしていると考えている。訪問リハビリのような活動においても、医師が積極的に関与することで患者との関係を深め、彼らの生活に直接寄与することができるのではないかと期待している。

○中村：

先ほどの講演で迫井医務技監の話を紹介したが、「病院に生活を持ち込む」という考え方の一つの方策として、現在はIADLの点数が取得可能である。具体的には3単位が認められているが、これが6単位や9単位まで拡大されれば、病院から職場に出向いて評価を行い、再び病院に戻るといった取り組みが、より患者に合わせた形で実現できるようになると考えている。

このような仕組みが整備されることで、患者に対するリハビリテーションの幅が広がり、効果的な支援が可能になると期待している。この方策は、理解を得て枠組みを広げるだけで実現可能であるため、ぜひその実現を目指していただきたいと考えている。

○橋本（座長）：

限られた時間の中で多くの視点が示されたことに感謝したい。私自身、リハビリテーションに携わる医師として、近藤先生がおっしゃったように、さらに患者に直接触れる機会を増やしていきたいと考えている。



学会長対談

サイエンス・アートの調和と統合

対談：山本則子 東京大学医学系研究科 教授

矢野 諭 第32回日本慢性期医療学会 学会長



■ きっかけは「診療の質」

○矢野諭氏（第32回日本慢性期医療学会学会長）

本対談では、今学会のサブタイトルである「サイエンス・アートの調和と統合」というテーマについて、さらに深く掘り下げて考察したい。今学会のメインテーマとサブタイトルには意図的に同程度の比重を持たせたので、本対談が学会のメッセージを伝える中心的な内容となることを期待する。まず、この対談が実現した経緯を述べる。

2013年、私が東京に赴任した際、第21回日本慢性期医療学会が東京・お台場で開催されていた。その際、シンポジウム「診療の質」に関する議論があり、私はそこで発言する機会を得た。その後、東京大学の研究者二名から声をかけられた。そのうち

の一人が山本先生であり、それがきっかけで、山本先生との交流が始まった。

診療の質、とりわけ在宅医療の質指標に関する研究について、山本先生が取り組まれている内容は非常に示唆に富む。質的研究の方法論に関しても、外国の文献を翻訳するなどの活動をされており、私自身も2013年以降、質的研究への関心を深めるきっかけとなった。

質的研究は、対照的な概念として量的研究が挙げられる。医療にも定量的と定性的、自然科学と人文社会科学、客観と主観、理論と実践などといった、一見二項対立と考えられる概念が重層的に存在する。これを契機に「サイエンス・アート」というテーマが持つ深い意味合いを再認識した。

■ 医療はサイエンスを基盤にしたアート

私は元来外科医であり、医師となった当初、「医療とはサイエンスを基盤にしたアートである」とのウィリアム・オスラーの名言に深く感銘を受けた。ただし、当時の私は「アート」を手術手技そのものと捉え、それ以上の広がりを持つ概念として考えることはなかった。しかし、急性期医療から慢性期医療、特に高齢者を対象とした慢性期医療に取り組む中で、「サイエンス・アート」という概念の奥深さについて考える機会が増してきた。

今回の学会テーマを選定するにあたり、このテーマを掘り下げる上で最も適任であるのは山本先生であるとの考えに至った。山本先生の研究者としての視点、看護師としての実務経験、さらには医療と介護、キュアとケアの融合という視点において、まさにこのテーマにふさわしい対話ができるお相手であると確信している。また、看護師が患者に寄り添う姿勢から、「サイエンス・アート」という考え方が自然と浸透しているのではないかという印象も持っている。

以上のような背景から、本対談を通じて「サイエンス・アート」の意義について議論を深めていきたいと考えている。そこで、まず山本先生に、これまでの歩みや現在の考え方についてご説明いただく。

■ 急性期医療から訪問看護まで

○山本則子氏（東京大学医学系研究科教授）



山本則子氏

あった。昨日のこのようにその場面を思い出す。

初めて矢野先生にお会いしたのは2013年。私は同僚とともに初めて日本慢性期医療学会に参加した。当時、広い会場で誰に声をかけてよいかもわからず戸惑っていた中、最初に目が合い、お話しても差し支えなさそうだと感じたのが矢野先生で

それ以来、ご縁が続き、今日このような場でお招きいただく運びとなった。今回の対談がうまく進むかはわからないが、「アート」に関心を寄せていただいているとのことで、私が看護師として考えている「サイエンスとアート」について、最初の話の種をお話ししたい。「サイエンス・アートの調和と統合」というテーマに基づき、看護学からの視点を発信させていただく。

私は東京大学の理科二類から医学部保健学科に進学し、そこで看護師資格を取得した。その後、東京白十字病院という特例許可老人病院にて看護実践を開始した。

さらに、虎の門病院で急性期医療を学びたいと考え、内科・外科混合病棟にて実践経験を積んだ。幼少期から漠然と海外に憧れを抱いていたこともあり、博士課程をカリフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）で修了した。その後UCロサンゼルス校でナースプラクティショナーのプログラムを修了した。

その後は訪問看護の実践を経て教員として勤務し、2023年から日本看護協会の副会長を務めている。

■ 質的研究、量的研究を通じて

看護師としてのキャリアは1986年に始まった。当時、准看護師や看護助手の方々から多くのことを学んだ。特に印象深かったのは、私が接しても対応が難しかった患者が、担当が変わった途端に驚くほど穏やかになる姿である。この現象がなぜ起こるのか理解できず、教科書を読みあさる日々が続いたが、明確な答えを得ることはできなかった。振り返れば、これこそが看護における「アート」の部分であり、これを理解しなければ良い看護は実現しないと考えるに至った。

その後、修士課程に進学し、初めて研究に取り組んだ。当時は「尺度」を用いた定量的な研究が主流であり、私は家族介護者に関心を持って文献を調査していた。しかし、介護負担感尺度などの研究成果が実践現場と乖離していると感じることが多く、次第に違和感を覚えるようになった。

そんな折、博士課程の先輩が質的研究手法である「グラウンデッド・セオリー法」を發表された。しかし当初、私はそれをサイエンスとみなさず軽蔑していた。後に博士課程での留学を通じて質的研究の意義を再認識し、それが私の研究テーマに合致していると理解した。最終的に、質的研究を用いて博士論文を完成させ、その後、再び量的研究に取り組んだ。

量的研究を通じて介護の肯定的認識が介護者のQOLに影響を与えることを数値で示すことはできたものの、それ以上の洞察を得ることは難しかった。最終的には、個々の実践を詳細に解析する事例研究の重要性に気づき、現在に至っている。

ここで申し上げたいのは、患者や家族の生身の体験を通じて学ぶ重要性である。尺度を用いた研究では、この個別の体験を深く理解することは難しく、質的研究に向き合う必要があった。さらに、複数の事例を収集する中で、実践に光を当てるためには一つひとつの事例を丁寧に解析することが重要であると確信した。

以上で私の発表を一区切りとしたい。ここまでの内容について、矢野先生からご意見をいただければ幸いである。

■ 「科学ではない」と感じた背景は



矢野諭氏

○矢野：

山本先生にこれまでの歩み、とりわけ研究を中心としたご経験についてお話しいただいた。特に印象に残ったのは、大学院に進学された際に質的研究を「科学ではない」と感じられたという点である。

「科学ではない」と感じる背景には、研究において質的研究が統計分析に基づく量的研究よりも一段低く見られる風潮があるのではないかと推察する。私自身も学会発表を始めた当初、一例報告や事例報告

からスタートしたが、どうしても統計データを用いた比較研究と比べて「格下」と見られるような雰囲気があった。現在でもそのように考える人がいるかもしれない。

しかし、一例報告をインパクトのある形で記述することは非常に難しいものである。この点について、大学時代の指導医から「一例報告の論文を面白く書くのが最も難しい」と教えられたことを思い出す。確かに、医師の間でもそのような認識はあったように感じる。

山本先生が当初、質的研究を「科学ではない」と捉えられた背景には、いわゆる科学的でないものを受け入れがたいという姿勢が影響していたのではないかと思われる。この点が非常に興味深く感じられる。

○山本：

医学部保健学科を卒業後、最初は多くの論文を読む機会があり、それらはすべて量的研究で、それらに基づいて学び、考えてきたため、質的研究について最初に聞いた際には非常に懐疑的であった。再現性が乏しく、妥当性の確保方法も明確でなく、同じ現象が再び起こるとも思えなかった。このような点から、「これは駄目だ」と直感的に感じていた。

しかし、一人ひとりの患者の状況や経験を目の当たりにする現場に身を置いた経験から、尺度化された研究や統計的なデータでは捉えきれない重要な要素が存在することも強く実感していた。その要素を理解し、学ぶことこそが看護実践やケアの質を向上させる鍵であると確信し、その結果として自分の考え方も変化していった。

■ 「普通の医者になるな」

○矢野：

日本の医学教育においては、大学受験の時から大半の学生が、理科系科目重視の勉強を強いられることが一般的である。医学部は通常6年間の課程を有し、その間に学生には研究の重要性が強調される。研究に興味のある者や学位の欲しい者は大学院に進学し、専門的な研究を進める場合も多い。大学医学

部の役割としては、実験、研究、臨床すなわち診療、そして教育が挙げられ、それらがどの大学でも当たり前に行われている。

印象に残っている話として、文学部を卒業後に医学部に入り直した人の事例がある。その先生は開業医の家庭に育ち、地域医療を担う医師を志していた。しかし、医学部に入学した際、教授から「普通の医者になるな」と指導を受けたという。「普通の医者」とは、ただ患者を診て治す医師のことであり、研究をしない者は駄目だという価値観に強い反発を覚えたという。このエピソードは非常に印象深い。

現在では医学部のカリキュラムも大きく変わり、卒業後の教育体制も以前のように医局制度が根強く残っていた時代とは異なる。臨床研修制度も改善され、若い医師たちと接する中で、自分の時代より医師としてのバランスが取れているという印象を持つ。

一昔前は、サイエンスを重視し、アートの視点をほとんど考慮しない教育が主流であったように感じる。しかし近年、「治し、支える」という言葉が国の政策にも反映され、「支える」という視点が重要視されるようになってきた。この支えるという考え方が取り入れられるようになったのは比較的最近のことであると思う。

現在では「治す」という行為が当然とされる一方で、必ずしも治癒が目標とならない病気が増加している。生活習慣病のように「治す」というよりも「コントロールする」あるいは「寛解」といった概念が中心となる疾患が増え、医療が追求すべき方向性も変化してきた。

その中で特に注目されるのが、看護師による実践知である。看護師が日常的に行うケアを普遍的な形で伝えることの重要性を、山本先生は強調している。ここに至るまでには、山本先生ご自身も多くの課題に直面されたと推察する。では、スライドの続きをお願いしたい。

■「実践のアート」を共有可能にする挑戦

○山本：

確かに看護教育においては、「サイエンス」とと

もに「アート」の要素が医学教育に比べてより前面に出されているといえる。特に患者の全人性や個別性に焦点を当てた教育が行われており、看護基礎教育の初日からそのような視点で患者を捉えることが求められる。

しかし、研究となると看護学の中でも課題がある。「事例研究は研究ではない」といった意見や、量的研究のほうが優れているとされる傾向が根強く存在している。この点については、看護学として反省すべき課題であり、今後はよりバランスの取れた研究が求められると考えている。

事例研究を通じて「実践のアート」を何とか共有可能な形にしたいと考えた際に何が起きたのか、その点について述べたい。

私の研究者としての原点は、現場において自身が苦勞して看護しても事態が好転しなかった患者が、担当が変わった途端に変化し笑顔で退院する姿を目の当たりにした経験にある。このとき、自分と何が違ったのかを深く探ろうと試みたが、その説明は非常に困難であると感じた。

実践は対人関係に基づくものであり、患者や医療従事者の多様な文脈が密接に絡み合う。その中で、一つの行為が複数の目的を持つこともあれば、一つの目的のために多様な行為が試みられることもある。生身の人間同士が織りなす関係性は、ジャズのセッションのようなライブパフォーマンスに似ており、同じ実践が繰り返されることはないといえる。

究極的に目指すアウトカムは、単に血圧が下がる、褥瘡が治るといった物理的な成果にとどまらない。例えば、自殺未遂をした患者がケアを通じて心を開き、最期には家族に「わしは幸せだった」と手紙を残して旅立つような、深い人間的な成果を目指すのである。

一つのケア実践において、例えば看護師が患者に「お風呂に入りましょう」と声をかける行為には、多くの目的が含まれている。その行為が単に身体の清潔を保つためだけでなく、患者との関係性を築くためや、乳がん患者が初めて手術痕を見る瞬間を自然に迎えるため、高齢者のリハビリを進めるきっかけをつくるためなど、さまざまな意図が含まれるこ

とがある。

このように、看護師の実践は表面的には単純に見えても、背後には多様な目的と深い意義が存在しているのである。

■ 訪問看護における意思決定支援

訪問看護での事例を紹介する。以前、訪問看護師に「意思決定支援として何を行ったのか」と尋ねたところ、「排便処置をした」と答えた。私が「排便処置が意思決定支援に該当するのか」と尋ねると、「患者や家族には考える余裕が全くなかったため、少しでも余裕を持ってもらうことが最優先だと考えたので、一番大変だったケアを私たちが代わりに行うことが重要だと思い、排便処置を行った」という回答であった。また、意思決定が終わった時点で話が終わるのではなく、胃瘻造設後にゼリーを試食した際、患者本人が「うまい」と言ったことで、家族が「この意思決定は良かったのだ」と自分たちの決定を肯定できたという。そのような排便処置も食事介助も含めたプロセス全体を含むのが看護師の行う意思決定支援である。

このような事例をもとにネットワーク図を作成している。看護師と患者の多様な文脈が相互に影響し合い、積み重ねられた介入が様々なアウトカムを生み出す。そのアウトカム同士も関連しており、例えば傷が治癒したことで患者が外に出て散歩を始め、人と会話するようになるなど、すべてが繋がりが合う形で実践が展開されていく。

■ 実践のアートと哲学の導入

こうした実践を何とか可視化しようと試みる中で、事例研究だけでは不十分であることを痛感し、さらなる学びを得るために哲学の専門家と共同で研究を行うようになった。そして「実践のアート」の本質は、アリストテレスが説いたフロネーシス（実践知）であると気づいた。アリストテレスの時代から、フロネーシスは共有可能にすることが難しいとされていた。

人の人生を丸ごと支えるケアとは、単に医療行為を提供するだけでなく、患者が自分らしく生きるこ

とを支援するものである。たとえ明日が人生の最期であっても、患者が風呂に入ること、痛みがないこと、人々とともに過ごすことを可能にする全人的なケアが必要である。このような視点に立つと、尺度化や実証科学の方法論には限界があることを痛感する。

このような難しさを抱えながら、さらに学びを深めていく中でハイデッガーやメルロ＝ポンティの哲学を学び、「人はどのように物事を知るのか」という問いに向き合う必要性を感じるようになった。今現在もそのような問いの中に身を置いている。

フッサールという現象学者は、「近代科学がそぎ落とした『知』は、実証科学による繁栄によって人間を幻惑させたが、その繁栄は真の人間性にとって決定的な問題から目をそらし、無関心にさせた」と述べている。この言葉に触発されながら、ケアを共有可能にする研究のあり方について模索しているところである。

■ アートの進化のための取り組み

実践のアートを「個人芸」で終わらせず、学問的に探求することがこれからの時代に求められる課題である。単に「アート」として語るだけでなく、それを何とか共有可能な形にするための研究的取り組みが必要であると考え、新しい事例研究の方法を現在開発しているところである。

この方法では、一つひとつの事例に注目し、ケアの意味や意義、患者にとってのそのケアが持つ意味を包括的に捉え、全人性や個別性に合った形で表現することを目指している。そのために「大見出し」や「小見出し」といった構造を用い、事例を体系的かつ共有可能な形で発表する新しい事例研究の枠組みを提唱している。以上が、アートをいかに進化させるかについての取り組みである。

アートとサイエンスの調和が今回のテーマである。この時考えることは、ケアの「アート」を個人の職人芸としてとどめるのではなく、共有可能にするために、「サイエンス」の要素を少しでも取り入れつつ発展させる必要があるということだ。同時に、ケアの実像に忠実であるためには、「サイエンス」のほうも工夫を凝らしながら活用すべきである。そ

の一環として、ケアの質という非常に測りにくい要素を定量化する試みである「VENUSプロジェクト」について説明する。

このプロジェクトは、「Visualizing Effectiveness of Nursing and Long-term Care (看護および長期ケアの効果の可視化)」を目的として進められているものである。ケアのアウトカムやプロセスを定量化可能な指標として開発し、長期ケアの質管理システムを構築することを目指している。看護の質評価指標を開発するプロジェクトを進める上で2013年に開催された日慢協の学会に出席し、そこで診療の質に関する発表をされた矢野先生との出会いがあった。

■ 看護の人間観に基づく指標

本プロジェクトの一つの重要なポイントは、長期ケアが提供される多様な場、すなわち在宅、施設、医療機関などを問わず適用可能な指標やシステムを構築することである。また、その指標を設計する際に、看護の人間観に基づくことが重要であると考えた。

指標の設計にあたっては、ゴードンの機能的健康パターンを基盤としている。この理論は、看護学校で1年生が学ぶ基礎理論であり、人間をどのように捉えるかという枠組みを提供するものである。具体的には、健康知覚や栄養・代謝、排泄といった身体的側面に加え、自己概念、役割、セクシュアリティ、価値観や信念といった精神的・社会的側面を含んでいる。

私たちはこの枠組みにこだわり、それをもとにVENUSの質指標の項目を作成した。特に、指標の中で最も重視したのは「人としての尊厳の追求」という要素である。この要素は、長期ケアにおいて欠くことのできない要素であると考え、指標に盛り込んだ。

このように、アートとサイエンスを融合させる試みとして「VENUSプロジェクト」を進めている。この取り組みを通じて、ケアの質をさらに向上させ、看護の実践に新たな価値を提供したいと考えている。

■ 患者本人の主観を尊重する

現在開発しているものは、全体で8つのドメイン(大枠)を設け、それを21のアウトカムに整理している。最も重要視しているのは「尊厳の追求」である。また、苦痛の最小化や日常生活の支援、家族のウェルビーイングの追求といった項目も含まれている。

もう一つ重要視しているのは、主観と客観に関する視点である。指標の中で赤く示した部分は、利用者やその家族に直接聞く形で評価を行う、いわゆる「Patient Reported Outcome」(患者報告アウトカム)である。この手法は特にがん領域で注目されているが、私たちはこれを介護や長期ケアの領域でも重視している。認知症の患者であっても多くの方が回答できるような設問を工夫することで、要介護4や5の方でも有用なデータを得ることができている。このように、患者本人の主観を尊重することに特にこだわっている。

■ 共有可能な知、実践に潜む知

今後の医療においてアートとサイエンスの統合を進めるためには、双方に努力が必要である。アートの側では共有可能性を高めるためにサイエンスの要素を取り入れる努力が求められ、サイエンスの側でも全人的なアプローチを追求することが必要である。

特に、VENUSプロジェクトで扱っている「尊厳」の項目は非常に主観性が高いため、評価者間の信頼性については他の項目と比べて課題が残る部分がある。主観的な評価はどうしても測定が難しい現実があるが、それでもガイドブックなどを作成し、可能な限り同一基準で評価を行えるよう努めている。「測定が難しいから不要とする」のではなく、「測定が難しくても重要である」という視点を持つことが、サイエンスに求められる新しい方向性であると考えられる。

このように、アートとサイエンスの双方が歩み寄ることで初めて調和と統合が実現する。これが現時点で私たちが考えているところである。

結論として述べたいのは、アートとは実証性や法則性に基づかないがゆえに、近代科学が取り扱うことの難しい領域であり、全人性・個別性・一回性を特徴とする人間の実践であるという点である。

患者の全人性や個別性を重視し、そのウェルビーイングを追求するこれからの医療、特に慢性期医療においては、近代科学に基づき実証性・法則性を追求する知（サイエンス）と、個別の医療者の実践に潜む知（アート）の双方を大切に、両者の知を共有していくことが不可欠である。両者がともに努力を重ね、歩み寄りながら進化していくことで、矢野先生が提唱されている「調和」と「統合」が可能になると考える。

以上が本日の提案である。



対談風景

■ 看護の視点はアートそのもの

○矢野：

現在の質指標は、サイエンスに偏っている印象がある。しかし、その中でも QOL 指標、患者満足度、患者報告アウトカムといった視点が含まれている。これらの視点を取り入れなければ、慢性期医療の質を十分にカバーすることは難しい。

2019 年頃、指標の絞り込みが難しい状況に対して、私案として 100 指標を作成した。この中から、各施設が実現可能なものや目標とするものを選択する形を提案した。しかし、この 100 指標や日慢協が 2010 年に作成した 10 領域・62 項目の臨床指標、2014 年に 10 領域・67 項目に改訂した臨床指標と

比較すると、VENUS の質評価は生活の視点がより強調されている。

例えば、1 週間の入浴回数、苦痛の最小化、食生活の維持、排泄行動の維持といった指標は、急性期医療には見られない。これらは生活の視点を反映しており、特に看護師や訪問看護の視点が強く表れている。また、「人としての尊厳の追求」や「家族のウェルビーイングの追求」といった項目も含まれているが、これらは医師の視点からは浮かびにくい内容である。

看護の視点はアートそのものであるともいえる。診療の補助や療養上の世話を職務とする看護は、その基本的な役割においてアートを内包している。これらの視点は看護教育において自然に取り入れられており、学生時代から一貫してトレーニングが行われている。

看護学と医学は同じ医療分野に属するが、その教育内容や価値観は大きく異なる。医学教育では、アートの視点があまり重視されてこなかった歴史がある。私自身も学生時代、入学試験制度の影響もあって、勉強が物理学や数学、化学などの理系科目に偏りがちで、人文社会科学、特に哲学や倫理学、心理学といった分野の学びが不足していたことを痛感し、後になって必死に勉強したことを覚えている。

■ 総合診療の視点と慢性期医療の課題

現在自分は特に、臨床倫理や文化人類学、医療人類学、質的研究に注目している。これらを学ぶことは、医療や看護における多領域の学問的基盤を強化する上で重要である。高度急性期医療の重要性は変わらないが、慢性期医療では「治す」だけでなく「支える」ことが求められる。支える部分をアートと捉え、多様なアプローチを含む形で取り組む必要がある。

山本先生が進められているアートを学問的に追求し、個人の主観的なケアを共有可能な形で広める取り組みは極めて意義深いものである。また、「自然科学的・医学的なものの見方を一つ一つ棚上げする」という表現は、専門職としての視点を見直す重要な試みであると感じる。

○山本：

現在、さまざまな医師と共に仕事をしているが、「アート」という言葉が医学の中で取り上げられることは確かにある。しかし、矢野先生ほどこの言葉を真剣に受け止めておられる医師は少ないように感じる。矢野先生がそのように「アート」を重視される理由について、ぜひお考えをお聞かせ願いたい。何か特別に思われる点があるのだろうか。

○矢野：

私が外科医の頃、「アート」というと技術的なものに限定されていた。しかし、慢性期医療に携わるようになり、特に2015年から特定行為研修の指導を始めて以降、「アート」の概念について考える機会が増えた。その一方で、看護師は卒業後も得意不得意の分野があり、その理由を探ると、看護教育の良い面がある一方で、サイエンスの部分が苦手であることが多いと感じる。

■サイエンスの基盤を強化する

○矢野：

基礎医学の領域を基盤とする、例えば臨床病態生理学や臨床薬理学などは、看護師にとって時に非常に難易度が高いと感じられるようで、これらを必修科目として学ばなければならないことは大きな負担となる。ポイントを受講生にいかにかかりやすく伝えるかという点では大いに苦勞し、今も教育方法を工夫している。やはり非常に優秀な看護師であっても、サイエンス的なアプローチに対する理解が弱い場面が見られる。これは、現在の看護教育が4年制になっても、診療の補助や療養上の世話といった複雑な看護過程を学ぶ中で、すべての分野を十分に網羅することが時間的に難しいからであると考えられる。一定の能力があっても、一人の人間が限られた時間で膨大な領域の全てを習得することは現実的ではなく、弱い部分が出るのは自然である。

特定行為研修の共通科目の中で、フィジカルアセスメント、医療安全は、看護師が比較的対応できる分野である。しかし、臨床推論や臨床薬理学、疾病臨床病態概論となると難易度が格段に上がる。特に

臨床推論については、医師も十分な教育を受けていない場合が多い。最近の医学教育では改善されつつあるが、われわれのような古い世代では体系的に学ぶ機会が限られていた。

特定行為を行う看護師には、高度な知識と技術が要求されている。区分別科目に分類される手技は習得が早く、例えばPICCや陰圧閉鎖療法といった技術では、看護師が医師よりも早く習得している場合も多い。一方で、理論に関する理解については課題が残る。特定行為を行う看護師にとって、論理的思考能力、すなわちサイエンスの基盤を強化することが重要であると感じる。

■より優れた看護教育へ

○山本：

UCLAでナースプラクティショナーの教育を受けた際、初めて臨床推論に接した経験がある。その際、看護と医療における視点の違いがこれほどまでに大きいのかと実感した。

確かにナイチンゲールは「サイエンス・アンド・アート」と述べており、両者の重要性を指摘している。しかし、医学教育と比較すると、看護教育では論理的な思考力やそれに基づくトレーニングが必ずしも十分であったとは言えない。特定行為研修の教育において、こうした論理的思考力の強化が進んでいくものと思われる。

今後、看護師の論理的思考力が不十分であると感じられる場合は、ぜひトレーニングを充実させていきたい。その際、看護師が従来から持っている全人的な人間観やアートとしての看護の価値を十分に評価し、両者がうまく調和するような形で教育を進めていただければと考える。そのようなアプローチが、より優れた看護教育につながると信じている。

■アートへの関心を広めていくために

○山本：

矢野先生は慢性期医療に携わる中でアートの部分への関心を高められた。その関心を矢野先生個人の領域にとどめず、さらに広げていくためには、私たち看護師を含め、慢性期医療の実践においてどのよ

うに活動していくべきか。

私も、慢性期医療をより良質なものに進化させるための必要な道筋の一つであると考えているが、いかがだろうか。

○矢野：

慢性期医療の質をどのように評価するかをテーマとした場合、評価方法は非常に難しい課題である。しかし、難しいからといって放置することはできず、評価方法を模索する必要がある。臨床指標は定量的な性質を持つため、どうしてもサイエンスに基づいたものになる。質評価のための医療の質指標、Quality Indicatorにも、アートの視点をもっと積極的に導入することが絶対に必要である。

質の評価において、最もわかりやすいのはQOL指標である。QOLは個別性が強く、人それぞれに異なるため、主観を源とするアートの視点と重なる。単純に患者満足度だけで評価するのは不十分である。満足度は「まあまあ満足している」という回答が多くなりがちだが、医師の説明の質や看護師の対応の具体的な問題点を細かく把握できる項目を設けることで、より実態に即した評価が可能となる。また、Patient Reported Outcome（患者報告アウトカム）を質指標に取り入れることも、慢性期医療では重要である。

さらに、QALYs（質調整生存年）という概念もある。これは単なる生存年数ではなく、健康な状態のQOLを1、死亡を0とする指標である。例えば、QOLが0.6で5年間生きた場合は3QALYとなり、健康な状態で3年生きたのと同等とみなされる。新薬の評価では、このQALYを用いた増分費用対効果が議論される。例えば、1QALYを得るために必要な費用が1000万円であれば、「健康な状態で1年生きるために1000万円を支払う価値があるか」という問いが生じる。

しかし、日本ではこの議論が進みにくい背景がある。QOLを金銭的価値に置き換えることに対する反発や、「命をお金に変えるのか」という倫理的な懸念が根強いためであろう。

慢性期医療の質を評価するためには、QOLや

QALYsを含めた多角的な指標の活用が必要であると考えている。これにより、より適切で実践的な評価が可能となるだろう。質評価にアートの視点を導入するには、多角的な視点が必要である。

■ 慢性期医療におけるジレンマ

○山本：

QALYに関する検討について非常に関心を持っている。これまでの「命が伸びさえすれば良い」という考え方から、少しずつ脱却しつつある点は重要である。この変化は、患者が大切にしているクオリティ・オブ・ライフや尊厳を重視する方向性に近づいていると考えられる。

これは、サイエンスが進化する中で、アートの要素が徐々に取り入れられている過程の一つであると感じる。しかし、QALYだけでは十分に捉えきれない要素が依然として存在するのも事実である。このような視点を踏まえ、さらなる議論が求められると考える。

○矢野：

ご講演の中の多様な概念や多様な文脈という言葉が非常に印象的である。確かに、医療の現場では常に文脈が存在している。その文脈を無視して結果だけを見るのでは不十分である。例えば、「10%の救命率がある心肺蘇生は是か非か」という問いに対しても、その背後には「家族が5分で到達できる状況かどうか」といった文脈がある。このように、個人にはそれぞれのストーリーがあり、その背景を重視しなければならない。

サイエンスとアートの観点から言えば、Evidence-Based Medicine (EBM) とNarrative-Based Medicine (NBM)の融合が求められる。Narrative-Based Medicineは、先生の質的研究にも近いものである。一人ひとりの人生に向き合い、その人に最適な治療を選択することは時間がかかるが、重要なプロセスである。

エビデンスに基づく医療だけで物事を進めると、例えば「この治療を使えば脳梗塞のリスクが8%から5%に下がる」という説明はできるが、自分がどちらのグループに属するかを保証するものではな

い。それでも、医療現場では「エビデンスはあるのか」と問われる場面が多く、標準治療やガイドラインを守らなければならないというプレッシャーがある。

特に慢性期医療や高齢者医療では、このジレンマが顕著である。98歳の患者に対して、60歳を基準に作られたガイドラインが適切かどうかは、現場で大きな悩みとなる。生活習慣病のガイドラインも、欧米を基準に作られているため、日本人には適さない部分が多い。例えば、脂質異常症の治療ではLDLを100未満にすることが推奨されているが、これを厳守すると治療薬が増え、ポリファーマシーの問題が発生する。

ガイドラインに従えば、心筋梗塞でステントを挿入した患者には抗血栓療法が2剤、さらに脂質異常症治療薬、降圧薬、糖尿病薬と、少なくとも5剤以上の治療が必要になる。「ガイドラインは欧米の60代を基準にしており、98歳には適用すべきではない」と指摘する意見もあるが、元気な98歳の患者も存在するため、一律に適用を避けることも現実的ではない。

このようなジレンマを抱えつつも、現場では慎重に判断を行っている。例えば、90歳以上の患者であれば抗凝固療法を中止しても問題ない場合があるのではないかと考えることもあるが、その結果再発リスクが高まる懸念もある。このように、サイエンスに偏らざるを得ない状況で医療を進めている現実がある。

■ ガイドライン活用における個別性とアート

○山本：

ガイドラインとは確率に基づくものであり、それを個別の患者にどう適用するかが問題である。例えば、98歳の患者がどのような治療を望むのかについて考える際、認知症があるために本人が答えられないかもしれないと思う場合がある。しかし、そのような状況でもあえて本人に尋ねることが重要であり、そこにサイエンスとアートが交わる可能性が生まれるのではないかと考える。

また、ガイドラインを見る際に、アウトカムとし

て何が重視されているのかを理解することが大切である。それが単に死亡率の低下なのか、それともQALYのような指標が考慮されているのかによって、ガイドラインの解釈は変わる。こうした点を考慮しながらガイドラインを活用することが、アートの視点を取り入れる一つの方法となり得るのではないかと考えるが、この点についていかがであろうか。

○矢野：

これこそが、いわゆるサイエンスとアートをバランスよく臨床に適用することの重要性であり、慢性期医療の新時代を築く鍵であると考え。この考えは、総合診療医としての経験でも、特定行為研修の指導においても一貫して述べてきた。しかしながら、実際の現場では、自分も含めてガイドラインに忠実に従って治療を進める医師も少なくない。

例えば、「この薬を服用しなければ血管が詰まる可能性があります」と患者に説明した場合、患者が「詰まろうが私は好きなことをしたい」と選択することもある。このような場合、患者の意思を尊重することがアートの要素であるといえる。

一方、治療方針を説明する際にはサイエンスの視点やエビデンスデータが求められる。「薬を使用しない場合、脳梗塞のリスクは8%ですが、使用すれば5%に低下します」といった具体的な数値を提示することが必要である。しかし、サイエンスは患者がどちらのグループに属するかを確定的には教えてくれない。この状況で患者に判断を委ねる際、例えば「5%のリスクが残るが、95%は発症しない」といった見方も共有し、患者の意向を十分に確認したうえで、それに基づいて治療を進めるというアプローチも存在する。

こうしたプロセスが、サイエンスとアートをバランスよく臨床に適用することであり、慢性期医療においては欠かせない取り組みであると考え。

■ アートの部分をさらに高めるために

○山本：

アートの部分をさらに高めていくための取り組みについて考えたい。以前、矢野先生が日本慢性期医

療学会で「看護師の学会発表がまだ少なく、もっと増やしたい」と述べていた。私はこの課題に関連して、素朴な事例研究を推進することを提案したい。ここで事例研究とは、単に患者のケーススタディではなく、実践そのものを対象とした事例研究である。私たちはそのような実践に関する事例研究の方法を構築している。これを学会発表の一つの方法として正式に認めていただければ、看護職の方々にとって非常に取り組みやすくなると思う。その結果、発表の数も増加し、学会全体の活性化にも寄与するであろう。

また、学会内でこのような実践に関する事例研究が一般的に語られるような雰囲気形成されれば、看護師たちの活動がさらに広がると思う。

○矢野：

特定行為の中で強調されているのは、チーム医療におけるキーパーソンとしての看護師の役割である。これは特定行為研修を修了した看護師だけがキーパーソンであるという意味ではなく、すべての看護師がチーム医療における重要な存在として位置づけられているという点が重要である。

特に慢性期医療では、多職種の協働が欠かせない。学会でも見られるように、リハビリ職には3つの職種があり、さらに医師や看護師との連携が求められる。また、最近では薬剤師との協力がますます重要となっている。例えば、マルチモビディティの患者に対して、専門外の薬剤を処方する際に薬剤師のアドバイスが役立つ場面が多く、医師のアンケートでもその有用性が明らかになっている。

特定行為研修を修了した看護師は、最新のガイドラインや標準的な治療について教育を受け、それを実践に活かす役割を担っている。例えば、肺炎のガイドラインは2017年版を用いていたが、今年2024年版が発表されたため、すぐにその内容を取り入れる必要がある。また、敗血症のガイドラインは2016年に改訂されており、それ以前の内容を学んだ者に新しい知識を教育することも求められている。抗菌薬の適正使用に関しても、過去には不適正な使用が多く見られたが、現在では標準化された治療が推進されている。

こうした中で、総合診療医や特定行為研修を受けた看護師が中心となり、多職種の連携を支えている。その連携の中には、リハビリ担当者、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、社会福祉士や在宅医療におけるケアマネジャーなども含まれる。過去には医師とケアマネジャーが互いに相手の知識不足を問題視する面もあったが、現在では互いに補完し合う関係が求められている。これもサイエンス・アートの調和と統合の概念と重なる。医療と介護の現場では、自ら必要性を感じて互いに学ぶ姿勢が重要である。

また科学的介護の一環として、2021年から導入されたLIFE（科学的介護情報システム）は、まさにサイエンスとアートを統合した取り組みである。しかし、その運用上の課題もある。この点では、VENUSプロジェクトと同様に、サイエンスとアートの調和と統合を目指した方向性として注目すべき取り組みであるといえる。

■ アートの視点と高齢者のケア

○矢野：

最後に、会場の皆様からご意見があればぜひお聞かせいただきたい。

○会場

私は長年医師として高齢者医療に携わってきた。現在も診療を続けている。認知症の患者さんや身体が不自由で助けを必要とする方々のケアを重視している。認知症の患者さんでも、山本先生がおっしゃったように、時折見せる素晴らしい笑顔に感動することがある。山本先生が初めて看護師として働かれた際に、担当が変わることで患者の状態が大きく変わるのを目の当たりにされたというお話に深く共感する。

医師の立場として、治療を通じて患者を治すことが基本である。しかし、高齢者医療では認知機能の低下や自力ではどうしようもない状況に直面することが多い。このような場合、患者と向き合い、その意思を最優先することが何より重要であると思う。患者が何かをできない、あるいは認知症のため判断ができないとしても、その希望や笑顔に見られる感情を尊重しなければならない。

多くの患者は「自宅で最期を迎えたい」と考えている。しかし、介護ができないという現実から施設に入所したり、在宅診療を受けることになったりする場合が多い。訪問診療を行っている若い医師たちの間でも、患者の希望を尊重する重要性が理解され始めているが、さらに看護師やケアスタッフなど、実際に患者に寄り添う立場の意見をもっと取り入れるべきである。

高齢者医療では、もはや治すことが主目的ではなくなりつつある。年齢的な寿命もあり、サイエンスや統計、ガイドラインだけでは解決できない課題が多い。そのため、患者を精神的にも支え、人生の最期に「良い人生だった」と思っていただけのようなケアが必要である。わがままを許容することも、その人らしい人生を支える一環である。

私自身、高齢者医療を通じて患者が短い寿命であっても幸せを感じられるようにすることを使命として診療を行っている。日本慢性期医療学会でも、現在の医学だけでは解決できない課題が多いと感じる。そのような状況の中で、アートの力を用いて患者を支える取り組みをもっと進めていただきたいと思う。

先生のお考えをさらに広めていただき、私たち医療従事者が学ぶべき点も多いと感じる。逆に、教えていただきたいという思いも強い。今後、慢性期医療の発展に向けて、アートの視点をより一層取り入れた取り組みが進むことを期待している。

○矢野：

認知症や終末期ケアの課題については、アートの視点を取り入れる中でさらに深く考えるべき多くの重要な論点があると感じる。引き続き議論を深めていく必要があると考える。

■サイエンスとアートの実践を

○山本：

看護や介護に携わる方々は、患者がどのような場面で笑顔を見せるかを最もよくご存知であると思う。そのため、他職種と連携しながら、情報を共有することが非常に重要である。また、もしこの場に看護や介護の方がいらっしゃれば、ご自身のバック

グラウンドに自信と誇りを持ち、ぜひその知識や経験を活かしていただきたい。

看護や介護の現場では、どうしても発言が控えめになりがちであるが、ここで力を合わせ、より良いケアを目指して頑張っていきたい。これを最後にお伝えしたかった。

○矢野：

私がずっと言い続けているのは、チーム医療のキーパーソンとして看護師の存在が不可欠であるということ。当然のことながら、看護師がいなければチーム医療は成り立たない。

これまでの経験を通じて学んだことをさまざまな場面で話しているが、その一つにナイチンゲールの功績がある。一般的にナイチンゲールは「白衣の天使」というイメージで語られるが、実際には彼女は「天使とは美しい花をまき散らすものではなくて、苦悩する者のために闘う者」と語っていた人物である。最近の看護師が主役のテレビドラマの冒頭でも、この表現がナレーションで使われていたが、彼女は臨床指標を最初に導入した先駆者であり、医師ではなく看護師として実践的な統計学の発展にも寄与した。クリミア戦争の際、ナイチンゲールは院内の衛生状態の改善に取り組み、42%という院内死亡率を2%にまで下げた。医師と闘いながら衛生環境を整備し、臨床指標の基盤を築いた彼女は、統計学の先駆者とされる一方で、「ランプの貴婦人」として看護師の献身の象徴的存在でもある。

ナイチンゲールはすでにその時代において、サイエンスとアートを見事に実践していた。この点は意外に知られていないが、非常に感銘を受ける話である。臨床指標を学ぶ中で、看護師こそがまさにサイエンスの象徴でもある統計学の先駆者であったことを知り、改めて看護師の重要性を感じた。

私たちは昔から看護師を「白衣の天使」として認識しているが、それ以上に、彼女たちはサイエンスとアートの両方を早くから習得し、現場で実践しているのである。これは医師にはない独自の視点であるといえる。

このことを強く訴えて本対談の結びとしたい。



特別講演

診療報酬・介護報酬同時改定と
リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組

座長：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長

演者：三浦公嗣 日本健康・栄養システム学会 代表理事



介護保険制度の施行に関わり、厚生労働省の老健局長など数々の要職を歴任した三浦公嗣氏が令和6年度診療報酬・介護報酬の同時改定を中心に、栄養ケア・マネジメントの重要性と学会の取り組みについて講演した。三浦氏が代表理事を務める日本健康・栄養システム学会は、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に注力し、エビデンスに基づく政策提案を続けており、診療報酬や介護報酬への反映を実現してきた。「早期栄養介入管理加算」や「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制

加算」の新設、栄養管理体制の強化など、現場での実践を報酬上の評価につなげた。

講演では、栄養ケア・マネジメントの取り組みが利用者や家族に良好なアウトカムをもたらすだけでなく、専門職のモチベーション向上にも寄与する点が強調された。また、現場での取り組みをエビデンスとして提示し、それを基に政策提案を行う学会の役割についても触れられた。一方で、課題として専門職間の連携不足やICT活用の難しさを指摘。情報共有の促進やチームケアの改善に向けた活動の重

要性を強調した。さらに、令和4年度の医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂により、「栄養ケア・マネジメント」や「疾患別の栄養療法」が医学生への学習内容に加えられたことに触れ、将来的に栄養管理を理解する医師の増加に期待を寄せた。

最後に、介護や医療現場での努力に敬意を表しつつ、報酬制度等を通じて多くの現場で実践可能な取り組みを推進し、より良いアウトカムを目指す重要性を訴え、講演を締めくくった。

■ コロナ対応、勇気ある大変な貢献

○座長：橋本康子氏（日本慢性期医療協会会長）

本講演は非常に興味深く、有益な内容となると期待している。三浦公嗣先生のご略歴を紹介する。1983年に慶應義塾大学医学部を卒業し、同年厚生省（当時）に入省した。その後、2000年の介護保険制度施行に向けた準備に約3年間従事した。さらに文部科学省高等教育局、農林水産省消費・安全局などを経て、2014年から16年まで厚生労働省の老健局長を務めた。2016年9月から学校法人藤田学園顧問および藤田医科大学教授、同年10月から慶應義塾大学医学部教授を務め、2021年10月から2023年3月まで同大学特任教授を歴任。2023年4月より藤田医科大学特命教授、また2019年から一般社団法人日本健康・栄養システム学会代表理事を務めている。

○三浦公嗣氏（日本健康・栄養システム学会代表理事）



三浦公嗣氏

本日、第1会場での講演であることを先ほど知り、このように広い会場で講演するとは予想していなかった。小規模の会場と思っていたが、大きく取り上げていただいたことに感謝するとともに少々驚いている。講

演前の打ち合わせで橋本会長と大いに盛り上がり、すでに講演が終わったような気分になってしまった。そのため、講演内容がどこか終了後の雑談のように感じられる部分があるかもしれないが、ご了承ください。

初めに、橋本会長をはじめ日本慢性期医療協会の皆さまに深く感謝していることを伝えたい。これは新型コロナウイルス感染症の流行初期の出来事である。2020年1月に横浜港を出港したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の乗客が新型コロナウイルス感染症に感染していたことが確認され、2月に横浜港沖へと到着した。

この時、厚生労働省では、乗客を船内にとどめ続けることができないと判断し、下船して国の施設へ移動していただく必要が生じた。その際、移動した方々の健康管理をどのように維持し、適切に提供するかが大きな課題となった。そこで、私は日本慢性期医療協会に赴き、理事会の場で協力をお願いする旨を説明したことを鮮明に記憶している。

当時、協会の会長は武久洋三先生、副会長は橋本先生であった。武久先生はいつものように軽快な返答で協力を承諾された。もっとも、その引き受けが決して簡単なものではなかったことは言うまでもない。クルーズ船の乗客は埼玉県和光市の税務大学校和光校舎に移り、経過観察を受けることとなった。同施設に入られた方々の日常は多くの困難に満ちていたが、そのような状況下で橋本先生は現地に泊まり込み、尽力された。その献身的な姿勢には感謝の念に堪えない。橋本先生の行動は、まさに医療人としての強い気概を示すものであった。「根性」という表現が適切であるかはわからないが、私はその姿勢から強い意志を肌で感じた次第である。

あのような危機的状況下で、医療や介護の関係者がどこまで力を発揮できるかが問われた。特に当時は初期段階であり、検査体制も十分ではなく、治療方法についても呼吸管理や対症療法など、限られた選択肢しかなかった。また、ワクチンや治療薬も存在しない状況であったが、関係者の尽力は勇気あるものであり、大変な貢献を果たしていただいた。

■ ライフサイエンスとヒューマンアート

では、内容に入りたい。まず、求められる保健医療福祉について、ライフサイエンスとヒューマンアートをどのように組み合わせていくかが課題である。最先端のライフサイエンスと、変わることはない人と人とのつながり、あるいは多様な価値観の共有を利用者や患者が求めているとするならば、これをいかにして実現するかが問われる。そのフレームワークとしていくつかの要素が挙げられるが、その一つが本日のテーマでもある報酬制度である。ただし、報酬だけで全てを解決できるわけではない。

保健医療福祉サービスの特徴として、まず「人」を対象とし、生命・人生・生活に関与する点が挙げられる。これに加え、資格制度によりサービスの品質確保の仕組みが内在し、それが品質確保の基盤となっている。また、非営利組織が重要な役割を果たし、公的な経済活動や科学の社会への適用といった枠組みと基盤に基づいて、これらのサービスが提供されている。これを社会に提供するにあたり、サイエンスが重要な役割を果たすと考えられる。したがって、慢性期医療の根幹は、先に述べたライフサイエンスとヒューマンアートの融合にあるといえる。

特にヒューマンアートの重要性については、多くの方々が非常に重視されていると思われる。一方で、本日の学会のように、サイエンスの領域をいかに磨き上げるかという点も重要である。この二つが相まって初めて、慢性期医療がより一層充実したものになると考える。

■ 満足度の高いサービスを提供するために

今後は、満足度の高いサービスを提供することが必要であると同時に、イノベーションを着実に実践していくことが重要である。その具体例をいくつか挙げる。

満足度の高いサービスへの国民の指向や、科学技術の進歩がその一例である。AI、DX、ゲノム医療などが含まれるが、これらに限られるものではない。

さらに、最先端技術に限らず、日々、新たなイノベーションが生まれていることを考慮する必要がある。そのような日々のサイエンスの成果やイノベーションをどのように実践し、活用していくかが問われる。

最終的には、これらを基盤として、1人ひとりに適したサービスを展開する必要がある。画一的なサービスではなく、私たちでなければ提供できないサービス、さらに個々の利用者に最も適したサービスを目指すことが求められる。この方向性は、いわば「少種類大量処理から個別化への転換」であるといえる。

その基本となるエビデンスを収集する仕組みとして、例えば介護保険において展開されているのが科学的介護情報システム「LIFE」である。「LIFE」へのデータ入力が煩雑であるとの声がある。そのフィードバックをどのように行うべきかについて、行政も頭を悩ませている状況である。

「LIFE」の考え方について述べると、私が担当していた当時、特に強調したのは「よくする介護」という概念を推進することである。すなわち、介護そのものが利用者の身体的・精神的状態を向上させるだけでなく、利用者自身の自己実現をどのように達成させるかという点である。自己実現を支援することは、利用者自身にとって重要であるのみならず、介護や医療を提供する側にとっても自己実現につながる。これを成し遂げることが極めて重要であると考えられる。

「LIFE」により収集されたデータを用いた研究については現在、私も関与しており、その分析に取り組む人々を間近で見ることがある。重要なことは、これらの膨大なデータを活用し、利用者に最も適した介護や医療を提供する仕組みを構築することである。そのために現場の皆さまが日々入力されるデータが大きな役割を果たしている。最終的には、利用者の状態に最も適した介護の提案がいくつか提示される仕組みを実現することが理想である。「LIFE」を提案した背景にはこうした将来像がある。ご理解いただき、データの入力にご協力いただきたい。

■ 医学・医療の進歩を支える社会保障制度

現在の日本は超高齢社会と称される状況である。毎年、100歳以上の高齢者が増加しており、長寿社会が現実のものとなっている。高齢者が増加する状況は、まさに人類の夢である長寿の実現といえる。

しかし、その実現にはいくつかの課題や要因が関与している。ここでは、経済、医療・医学の進歩、そして社会保障制度という3つの要因を挙げる事ができる。非常に有名な論文がある。アメリカの人口学者が第二次世界大戦後に急速に健康状態が改善した複数の国を分析した結果、最も大きな要因となったのは経済の成長であることが示された。経済の成長によって健康な国民を生み出す基盤が整うという結論であった。

ただし、この分析の対象国の中で例外とされた国が1つだけ存在している。それが日本である。日本においては、医学・医療の進歩、そしてそれを支える社会保障制度が極めて大きな貢献を果たしてきたことが指摘されている。

その一例として挙げられるのが、1980年代前半に日本でCT（コンピュータ断層撮影装置）が認められ、保険償還の対象となったことである。当時、CTは非常に高価であったが、頭部を輪切りにする画像を提供できるという夢のような機器であった一方、保険外での利用には多大な自己負担が伴っていた。

当時、疾病の死亡原因の一つとして脳血管疾患が挙げられ、その対応が大きな課題であった。私が大学で学んでいた頃の神経内科の教科書には、「脳梗塞と脳出血の見分け方」として「頭が痛ければ脳出血」といった簡略的な記載があったほどで、診断は極めて難しく、治療法も全く異なるこれらの疾患への対応は困難を極めていた。

CTはその解決策として期待されていたが、導入当初の診療報酬上の評価額は非常に低く、多くの人々に驚きを与えた。この金額では普及が難しいと考えられていたものの、その後、低価格で運用可能なCT機器が次々に開発され、普及が進んだ。

現在、日本のCTの保有台数は世界の中でも圧倒的に多く、脳血管疾患対策としての導入がその契機となった。この背景には、脳血管疾患を制圧するという健康政策と、CTを保険償還の対象に含めるといふ診療報酬制度の両立があった。政策目標に向けてイノベーションと制度が相互に作用した結果、日本の健康水準の向上に寄与し、高い評価を受けている事例であろう。

■ 社会保障が経済を発展させてきた

別の評価やデータもある。日本の平均寿命の推移である。1950年代に日本の健康水準が急速に向上し、平均寿命が大幅に伸びている。しかし、当時の日本の経済状況を示すデータを見ると、GDPの推移において、経済が本格的に上昇したのは1960年代以降であり、日本の経済が改善する以前から、日本人の健康水準は著しく改善していたという事実がある。

すなわち、日本が高度経済成長を成し遂げることができた背景には、健康な労働力が豊富に存在していたことが大きな要因であった。健康な国民が経済を推進する力となった。さらに言えば、社会保障は経済を圧迫するものではなく、むしろ経済を発展させる手段である。どちらが先であったかを問うならば、少なくとも日本においては社会保障が経済発展を促進する役割を果たしたと言えるのではないか。

世界銀行と日本の関係についても触れたい。世界銀行は国連に関連する機関と位置づけられ、日本は1952年の国連加盟と同時に世界銀行にも加盟している。翌1953年から日本は世界銀行から融資を受け始めた。この銀行は主に開発途上国への融資を業務の中心としているが、当時の日本においても融資の対象となったのは重厚長大産業であった。例えば、東名・名神高速道路や東海道新幹線といった重要なインフラも世界銀行からの融資によって建設された。このような融資を受けることで、日本は成長を重ねることができた。

しかし、融資の返済が完了したのは1990年であった。この年はバブル経済の終盤にあたり、日本が経済的によりやく安定した時期である。日本は「経

済は一流」と言われてきた時代もあったが、その一方で、実際には足下は必ずしも安定していたわけではないことは、世界銀行からの融資返済に時間を要したという事実が象徴していると言える。

■ 慢性期こそ、医療の基盤

先ほど述べたように、高齢化は「人類の夢が実現した」と言える現象である。ここで、介護保険制度の創設に尽力された井形昭弘先生について触れたい。井形氏は東京大学神経内科で医局長を務めた後、鹿児島大学に赴任し、最終的には同大学の学長を務めた人物である。井形先生は「高齢化そのものが悪いわけではない」とよく語っていた。「高齢化とは、知恵や知識、経験が豊富な人々が多く存在する豊かな社会を意味する」との見解を示し、高齢化を肯定的に捉えていた。

一方で、高齢化の進行速度は非常に速く、地域差が大きいことや、資源が不足していることも課題として挙げられる。「潮目が変わった」と感じざるを得ない状況である。疾病構造の変化によって医療ニーズが質的にも量的にも変化し、医療の主流が急性期医療から慢性期医療へと移行している。

この点については、これまでもさまざまな場で述べてきたことであり、本日の日本慢性期医療学会に特化した主張ではない。慢性期医療こそが、医療の基盤としての重要性を高めつつある現状がある。さらに、慢性期医療は最終的に人生の最期の過ごし方に深く影響を与えるという意味で、最も貴重で価値の高い存在である。この重要性は今後も継続し、さらに高まるものと考えられる。

医療提供体制のパラダイム・シフトがある。学生時代に病院管理学で学んだもので、医療の階層構造を示している。高度専門医療を担う大学病院などが三次医療、入院医療が二次医療、外来医療が一次医療とされ、その下には多くの健康な人々が存在している。当時は、若い世代の人々が病気を治療することで健康を回復し、生産活動に戻るという循環が成立していた。しかし、現在の状況を見れば、慢性期医療が基盤となり、その上のがんや脳血管疾患などの急性期疾患が重なっている構造が見られる。

ただし、一次医療、二次医療、三次医療という役割分担が消滅したわけではなく、これらが成り立っているのは、慢性期医療という基盤があるからこそである。この基盤があって初めて従来の医療体制が機能しているといえる。このような観点から、本学会および日本慢性期医療協会の活動は、日本の基盤的な医療そのものを支えていると考えられる。そして今後、この分野のさらなる発展が不可欠である。繰り返しになるが、今や慢性期医療は医療の基盤である。この基盤をいかにしてより強固なものとするかが重要な課題であり、その取り組みが大いに期待される。

■ 医療・介護は社会保障の一部

OECDの定義によれば、社会保障とは人々の厚生水準が極端に低下した場合に、財政的支援や給付が行われる仕組みである。この仕組みには社会的な目的があり、個人間の所得再分配を伴う制度であることが要件となっている。つまり、富裕層から低所得者層へと所得が再配分される仕組みを備えている必要があるということだ。また、この仕組みには強制力があり、すべての人がいや応なく参加しなければならない。医療保険や介護保険はまさにこのカテゴリーに属する。

ただし、医療や介護は社会保障全体の中のごく一部に過ぎない。社会保障には、高齢、遺族、障害、保健、家族、積極的労働市場政策、失業、住宅など、幅広い分野が含まれる。例えば、公的住宅も社会保障の一環として捉えられている。社会保障は非常に多岐にわたる領域をカバーしている。この幅広い社会保障制度があるからこそ、安全で安心な生活が維持される。

社会保障の根拠をどこに求めるかといえば、それは憲法第25条にある。「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」が明記され、さらに「社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されている。この表現が興味深い点は、「増進しなければならない」ではなく「努めなければならない」ということで、社会保障に取り組む努力義務にとどまっている。国には一定の裁

量権が認められているという解釈が成り立つが、社会保障がないがしろにされることは決してあってはならない。社会保障は、国民の生活を支える不可欠な基盤であり、その重要性は言うまでもない。

■ 介護を医療が引き受けてきた

社会保障給付費の推移を見ると、グラフの上半分は年金が占めており、その割合は全体の5割程度である。続いて医療が約3割、介護を含む福祉が約3割という構成になっている。1970年代の数値は非常に小さいが、現在では大幅に増加し、社会保障給付費が長期的に拡大してきたことが明らかである。

各国との比較はどうか。社会保障給付費の部門別の国際的な比較（対GDP比）を見ると、日本はOECD加盟国の中間に位置している。開発途上国を含まない先進国間での比較だが、日本は平均的な水準にある。

国ごとの特徴を見てみると興味深い。例えば、スウェーデンは社会保障制度のモデル国とされることが多いが、実は医療分野の比率が低い。医療に重点を置かない代わりに、介護や福祉制度が非常に充実している。一方、日本は過去に高齢者医療費無料制度を実施したこともあり、高齢者の介護を長期間、医療が引き受けてきた歴史がある。この点において、日本の医療が社会保障の「切り札」として機能してきたことは間違いないと考えられる。

2019年時点のOECD加盟国における医療費の状況を見ると、全体の医療費総額は確かに大きいですが、1人当たりの医療費に換算すると、日本は中間的な位置にある。日本の医療が効率的に展開されていることを示しているのではないかと。

しかし、社会保障給付費は今後も増加することが予測されている。平成30年時点のデータによれば、2040年にはさらに高額化する可能性が示唆されており、この課題に対処するための議論が行われてきた。

医療費と介護費の推移については、2000年から2022年度までの約20年間で、国民医療費が1.5倍に増加している。一方で、介護総費用額の増加は約3倍に達している。この間、金額的には国民医療

費の伸びが大きいものの、介護費の増加が極めて顕著であることは明らかである。

このように、高齢化と介護の関係は極めて密接であり、切り離すことはできない。今後の課題として、国民医療費の増加への対応とともに、介護総費用額の動向をどのように管理・調整していくかが重要な論点となる。

■ 薬価の効率化を維持できるか

診療種別医療費の伸びの要因分解に関する図がある。かつて厚生労働省が作成したものであり、平成16年と平成26年のデータに基づいている。やや古いデータではあるが、当時の状況を示しており興味深い。

それによると、平成16年時点の実額で見た医療費は、入院、外来、調剤の3つに分けられる。一方、平成26年のデータも同様に、入院、外来、調剤に分類されている。ここで注目すべきは、平成16年の診療報酬に基づき平成26年の人口構造に合わせて平成26年の医療費を推定した金額と実際の給付額との比較である。入院と外来については、ほとんど変化が見られず、高齢化によってほぼ説明可能である。一方で、調剤費は大幅に増加しており、この増加は高齢化や人口構造の変化だけでは説明できない。

このような背景から、調剤費用に関連する薬価の問題が日々大きな議論を呼んでいる。特に、薬価の毎年改定、すなわち中間年改定の是非についての議論が現在も続いている。薬価が医療費の財源として重要な役割を果たしてきたことを考慮すると、従来の考え方をそのまま維持することができるかが問われている。日本における創薬力の低下が指摘されている中で、薬価に依存した効率化を今後も維持できるのか、慎重な検討が必要である。

■ 日本の経済が成長していれば

講演前に橋本会長と話した際に、このスライド「主要国の経済成長と社会保障給付費」が今日の講演の中で最も重要であると指摘した。スライドの左半分は名目国内総生産（GDP）の値を示している。単位

は「兆 US ドル」で表記されている。現在、GDP の順位では1位がアメリカ、2位が中国、3位がドイツであり、日本はかつて上位に位置していたが、現在は4位となっている。

このスライドは1990年と2023年のデータを比較したものであり、このおよそ30年間で各国がどのように経済成長を遂げたかを示している。いわゆる「失われた30年」がどのような結果をもたらしたかを見て取ることができる。

アメリカはこの30年間でGDPが4.6倍に増加している。この値は名目GDPであるため、物価上昇などの影響を受けているが、それでも顕著な成長である。中国は44倍に増加しており、もともとの規模が小さかったことも要因ではあるが、極めて高い成長率を記録している。ドイツも2.8倍に成長している。

一方で、日本のGDPはこの30年間で1.3倍の増加にとどまっている。1990年当時、日本のGDP（3.2兆USドル）はドイツ（1.6兆USドル）の約2倍であった。しかし、成長の鈍化により、最近ではドイツに抜かれる結果となっている。

一方で、表の右半分は社会保障給付費の推移を示している。日本の社会保障給付費総額は1990年から2023年までの間に2.8倍に増加している。医療費についても2.5倍に増加している。「2.8倍」という増加率は、先ほど述べたドイツのGDP成長率と同じである。仮に日本の経済がドイツと同じ成長率で推移していた場合、現在の社会保障制度は容易に運営可能であったと考えられる。

しかし、日本の経済成長率はこの30年間で1.3倍にとどまったため、その中で2.8倍の社会保障給付費を支えることは極めて困難な状況であったと言える。すなわち、日本の経済が健全に成長しなければ、社会保障制度の維持が極めて厳しいものであることを示している。

一方で、経済成長を促進するために、さらなる努力が必要であるという視点もある。本日、医療や介護に従事する多くの方々が集まっている場で、この話題に触れることは恐縮であるが、現在の社会保障制度がいわば「つま先立ち」の状態で開催されてい

ることを改めて強調したい。社会保障が極限まで切り詰められた状況で運営されている中で、何とか今日まで制度が維持されてきた。「爪に火をともし」という表現が適切であるかはわからないが、それに近い状況下で、社会保障制度を維持する努力が続けられてきたと言える。

これからも現状のままで社会保障制度が維持できるのかと問われることが多い。その際、「医療費や介護費用を効率化せよ」「自己負担を増やせ」「給付を削減せよ」といった意見が各方面から挙げられる。しかし、こうした議論は、日本の経済成長率が1.3倍にとどまっている現状に起因しているとも言える。仮に日本の経済がドイツ並みに成長していれば、このような議論自体が生じる余地はなかっただろう。

これからさらに高齢化が進む中で、社会保障給付費、特に医療や介護に対する風当たりが弱まることはないと考えられる。そのような状況において、現状を踏まえたうえで、何らかの抜本的な対応が求められている。

一方で、文部科学省が調査した日本の学術論文数や、そのインパクトの高い重要論文数について、日本全体としては増加しているものの、その成長が鈍化しているとの指摘がある。その最大の原因の一つとして、企業による研究開発活動の低下が挙げられている。つまり、企業が本来期待されるべきイノベーションを実現することが極めて重要であり、それが経済の発展にも直結する。企業のさらなる努力が求められている点を踏まえた議論や取り組みが必要な状況にある。

■「予算編成過程を通じて決定する」とは

診療報酬は2年に1回、介護報酬は3年に1回の改定が実施されている。私が担当したのは最初の同時改定であり2006年のことであった。この改定では介護保険側を担当したが、正直なところ、大変厳しい取り組みであった。当時の状況を振り返ると、その結果は医療・介護関係者にとっても厳しいものであったかもしれない。

その厳しさの理由は、全体の社会保障費が増加し

ない中で、医療と介護の両方を同時に改定するという非常に難しい作業であった点にある。いわばゼロサムゲームである。それぞれ単独で改定を行う場合には、「今年は介護報酬に注力する」「今年は診療報酬に注力する」といった対応が可能であった。しかし、同時改定では、医療と介護の双方が互いに「こちらがより重要だ」と主張し合う構図が生じ、調整が難しい状況となった。

診療報酬改定は、社会保障審議会の医療保険部会や医療部会において基本的な政策が審議され、その基本方針が示される。その後、中医協で議論され、個別の具体的な項目について検討される。最終的な全体の改定率は内閣によって、予算編成過程を通じて決定される。

一方、介護報酬改定についても同様に、基本方針について介護保険部会において議論が行われ、介護給付費分科会での議論を経て具体的な単位数として決定される。介護報酬の改定率についても、最終的には予算編成過程で決定される点は医療保険と共通している。

では、予算編成過程とはどのようなものか。翌年度の予算は、当年の5月から議論が始まる。例えば、新しい年度が4月に始まると、5月には省内で翌年度の予算検討が開始され、6月には経済財政諮問会議において「骨太の方針」が策定される。この「骨太の方針」には、翌年度の予算で重要とされるポイントが記載される。そのため、改定前年の5月や6月の段階で、ある程度の方向性が決まると言っても過言ではない。この時点で、大きな議論が既に開始されている。

■ 11月頃に要求しても遅い

6月に「骨太の方針」が策定された後、財務省は各省庁に対して、来年度の予算要求の上限額を提示する。あくまでも「要求してよい」というものであり、実際に予算が認められることを保証するものではない。各省庁は、この枠内で予算要求を行う。予算要求においては、基本的には青天井の要求は許されず、財務省が設定したキャップ（上限）の範囲内で調整が求められる。この制約の中で、診療報酬や

介護報酬の改定率も検討されるのが基本的な流れである。

厚生労働省も、介護報酬や診療報酬の改定について、「これだけの内容を実現したい」と主張する。しかし、その具体的な数字が最終的に実現するかどうかは別の問題である。この段階では、いわば実現に向けた努力を示す意味合いが強い。

9月から12月は、財務省による査定が行われている段階である。この期間において、財務省は「この要求は認められない」「これは削減すべきだ」といった厳しい対応を示すことが多い。一方で、「これを認める」という肯定的な判断はあまり期待できない。このように、予算編成をめぐる激しい議論と交渉が進行している。

約2週間前にたまたま財務省内を歩いていた際、自治体の関係者が書類を持って財務省内を移動している場面に遭遇した。ふと目にした封筒に「要望書」といった記載が見えた。その内容までは確認できなかったが、要望書を財務省の関係部署に配布している様子であった。

しかしながら、11月の段階でそのような対応をしては遅いのではないかと正直感じた。このような要望は、もっと早い時期に財務省に提出しなければならない。例えば、公共事業であれば、国土交通省などに早期に働きかける必要がある。11月に入ってからでは、既に内々で金額が決まっている可能性が高い。

12月には、「予算編成の基本方針」が経済財政諮問会議によって策定される。この段階で診療報酬や介護報酬の改定率がほぼ確定する。そして、翌年1月には国会に予算案が提出され、予算委員会での審議を経て正式に確定する流れとなる。

■ 概算要求の自然増分が減っている

昨年の「骨太の方針」において、同時改定に関してどのような内容が記載されていたか見てみると、次のような記述があった。

「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要

なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う」

この記述の前半部分、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性」までは、診療報酬や介護報酬を引き上げる必要性を示唆している。

一方、後半部分の「患者・利用者負担・保険料負担への影響」では、引き上げることで負担が増大する可能性について懸念が示されている。いわば、両論併記の形で議論の基礎を示しているといえる。特に「支え手が減少する中での人材確保の必要性」については、重視する方針が明確に示されている。この点については、少なくともこの段階で一定の方向性が見えていると考えられる。

一方で、「経済・財政一体改革を着実に推進する」とも記載されている。これは、国の財政状況を改善する必要性を強調する内容であり、診療報酬や介護報酬の引上げには慎重である姿勢を示している。

近年の「骨太の方針」は、かつてのような大枠だけの「骨太」ではなく、細かな要素である「小骨」も含まれるようになっており、政策の幅広い視点を示しているといえる。

厚生労働省の令和6年度概算要求基準では、年金・医療は34.8兆円規模である。自然増分については認められる方針であり、ここで言う「自然増」とは、人口構造の変化に伴う社会保障費の増加分である。

しかし、実際には前年度の当初予算額に加えて高齢化等に伴う自然増（5,200億円）が認められているものの、年々その額が減少している。その減少の主な理由は人口減少である。日本の総人口が減少している一方で、高齢化が進行するという現象が自然増の額に影響を与えている。令和7年度では4,900億円程度とされており、いずれにせよ縮小傾向にある。つまり、人口減少は社会保障費の縮小をもたらす要因となっている。この現状をそのまま放置してよいのかという問題が残されており、さらなる議論が必要である。

■ 財務省の調査には明確な仮説がある

改定率は闇雲に決定されているわけではない。エビデンスの一つとして挙げられるのが「医療経済実

態調査」である。この調査は、診療報酬に関連し、病院、一般診療所、歯科診療所、および保険薬局における医業経営などの実態を明らかにすることを目的としている。医療機関等がどの程度の収益を上げているのかを調査し、社会保険診療報酬の基礎資料を整備する役割を果たしている。

令和6年度改定では、令和5年3月末までに終了する直近の2事業年度のデータを対象とした。結果が公表されるのは令和5年11月。令和6年度改定の予算が令和5年12月に決定されることを考えると、調査結果が示されるのは改定率が決まる直前のタイミングである。したがって、医療経営の厳しさなどが世間で広く認識されているとしても、具体的な数値が確定し、政策に反映されるまでの期間は非常に短い。つまり改定率の調整はギリギリのタイミングで行われる。

介護報酬についても同様に、介護事業経営実態調査が行われている。令和6年度改定においては、令和4年度決算が調査対象であり、公表は令和5年11月だった。

診療報酬・介護報酬の改定率は非常にタイトなスケジュールで調整が進められる。12月には財務大臣と厚生労働大臣が最終的な調整を行い、改定率を決定する。まさにギリギリのタイミングでの決定が常態化している。

福祉医療機構による経営状況報告のデータもある。この調査は、この政府系金融機関から資金を借り入れている医療・介護・福祉事業所の経営状況を把握することを目的としている。調査対象は資金を借り入れている事業者限定されており、十分な内部留保を有しているため無借金経営を行っている事業所は対象外となる。

一方、財務省は、予算執行状況調査を自ら実施している。この調査は、財務省が関心を持つ特定の内容について、地方財務局を通じて調査する。財務省が明確な仮説を持ち、「こうではないか」と考えられる点を確認するような目的がある。その結果、ピンポイントで「ここに無駄がある」という結論に至るケースも多く、いわば狙い撃ち型の調査となる傾向がある。

財務省は、このような独自調査を実施するだけでなく、経営実態調査などの既存のデータとあわせて、財政に関する詳細な数字を提示している。これらのデータは、財務相の諮問機関である財政制度等審議会において、財務省の公式な数字として提示されることが多い。

こうした状況の中で、診療報酬や介護報酬の改定率についても、大臣折衝の場で検討される。最終的な改定率の決定に至るまで、緊迫したやり取りが続く。

■「栄養」が表舞台に立った

振り返ると、令和4年度の診療報酬改定では、いくつもの大きな問題が浮上していた。令和4年度改定等に関する大臣折衝事項には、「看護の処遇改善」「リフィル処方箋」「不妊治療」「小児の感染防止対策」などが具体的に盛り込まれていた。この内容を踏まえて改定率が決定されたが、この手法が中医協において問題となった。

本来、中医協で議論されるべき事項が大臣折衝事項の中で取り上げられたからだ。改定率の決定に影響を与えているとの批判があった。改定率は予算編成過程で決定されるが、リフィル処方箋や不妊治療といった具体的な施策については中医協で議論されるべきであり、大臣折衝事項で扱うことへの懸念が示された。

令和6年度の診療報酬改定の基本方針では、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進」という事項が新たに盛り込まれた。特に「栄養」が全体の基本方針に明記されたのは、おそらく初めてであろう。これまで、栄養は重要視されない、あるいは小さな事項として扱われてきた。しかし、今回の基本方針で明確に位置付けられたことで、栄養がようやく医療政策の表舞台に立ったと言える。この変化は、医療の質向上に向けた大きな一歩であると考えられる。本日のテーマである「リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組」は、診療報酬改定の基本方針に盛り込まれた重要事項である。

令和6年度の診療報酬改定の個別改定項目として中医協総会で示された資料は769ページにも及ぶ

膨大なものであった。PDF検索を利用して「栄養」というキーワードを調べたところ、234回も出現していた。平均すると3ページに1回以上の頻度である。新旧対照表によるダブルカウントがあるかもしれないが、「栄養」という項目が非常に多く取り上げられていることは明らかである。

介護報酬についても、介護保険部会で議論された基本方針に基づき、概要が決定されている。その中で「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等」として、栄養が明確にハイライトされている。介護給付費分科会においても、具体的な単位数が記載された「費用の額の算定に関する基準」は全体で888ページにわたり、この中で「栄養」というワードが366回も出現している。

このように、「栄養」という項目は単に基本方針や概要の中で触れられるだけでなく、実質的にも多くの箇所で具体的に記載されている。これは中医協や介護給付費分科会の委員の皆さま方のご尽力と理解の賜物であり、この場を借りて深く感謝を申し上げる次第である。

■低栄養状態の足踏みを改善していく

栄養に関する興味深いデータがある。1998年のデータではあるが、要介護高齢者に対して「日常生活で何が楽しみか」を尋ねた調査結果である。1位に挙げられたのは「食事」であった。一方で、高齢者の低栄養状態は深刻な問題として広く存在している。例えば、1990年代のデータによれば、入院している高齢者の約4割が低栄養状態にある。当時から大きな課題であった。

近年、低栄養状態にある高齢者の割合は減少傾向だが、ここ数年はその改善が停滞している。足踏み状態になっている。現在、この低栄養状態の改善をさらに進めることが求められている。

また、何らかの介護サービスを居宅で受けている高齢者の約7割が低栄養状態、または低栄養状態になる可能性があるという調査結果がある。高齢者の間で低栄養状態が広がっている現状は見逃せない課題である。

海外で低栄養状態に関する発表を求められた際、抄



三浦公嗣氏

録を作成した経験がある。その際、私は「Malnutrition」という言葉を使用したが、厚生労働省の担当者から、Malnutritionには「Overnutrition（過栄養）」と「Undernutrition（低栄養）」の2つの意味があるため、誤解を避けるために「Undernutrition」と明記するよう指摘を受けた。このような注意点も踏まえ、低栄養に関する問題を明確に伝えることの重要性を感じている。

高齢者の低栄養状態の改善は、私が代表理事を務める日本健康・栄養システム学会（以下「システム学会」という。）にとって最優先課題であると認識している。いわば「1丁目1番地」の問題であり、何よりも早急に解決すべき重要なテーマである。

低栄養状態の患者が在院日数の延長傾向を示しているデータがある。たんぱく質やエネルギーが欠乏している患者において、その傾向が顕著である。また、低栄養状態にある人は死亡率が高くなる傾向を示すデータもある。低栄養状態が死亡の近因であることを示唆しているわけではないが、低栄養状態を改善することが結果として死亡や入院を防ぐための重要な手段となり得ることを示している。低栄養状態の改善が医療の質向上や高齢者の健康維持に不可欠であることは明白である。

■ ヒューマンアートの世界へ

近年、PDCAサイクルというマネジメント手法が広く言及されている。これは管理や改善を効率的に行うための手法の一つであり、多くの分野で活用さ

れている。では、このPDCAサイクルを栄養管理の分野に適用するとどうなるか。それが「栄養ケア・マネジメント（Nutrition Care and Management：NCM）」という考え方である。

栄養ケア・マネジメントとは、個々人に最適な栄養ケアを提供するためのシステムであり、その実務を効率的に遂行するための機能や方法、手順を含む。このシステムの目的は、栄養状態を改善し、QOLを向上させることである。さらに、条件として明示されているのは、QOLの向上が栄養状態の改善よりも優先される場合には、QOLを優先させるという点である。この考え方は、「栄養こそが生きる力の源である」という理念に基づいている。そして今やNCMは栄養に関する診療報酬・介護報酬の基本概念となっていることに留意する必要がある。

栄養ケア・マネジメントのプロセスは、PDCAサイクルを栄養管理に置き換えたものである。具体的には、Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Action（処置・改善）という一連の流れを、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、実施・チェック、モニタリング、評価という形で実行する。本日は、栄養ケア・マネジメントの基本構造について詳細な説明は省略するが、このようなプロセスに基づくシステムが構築されていることを理解していただきたい。

栄養ケア・マネジメントを進めていく中で、管理栄養士の業務にも変化が求められている。従来のような献立作成や調理を主体とする「給食業務」から、利用者個々のニーズに基づく「栄養ケア業務」への転換が進んでいる。もちろん、給食業務が不要になるわけではない。しかし、今後はAIなどの技術革新が進む中で、人間にしかできない、人と人とのつながりを重視した役割がますます重要になる。

管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの中心を担い、ケア現場におけるイノベーションに取り組むことが求められる。具体的には、個人の栄養状態を評価・判定し、それに基づいて栄養ケアプランを実施し、さらにその効果を評価するというサイクルを実践する役割である。これらの取り組みの中で、先に触れた「ヒューマンアート」の分野をさらに磨き上

げる。人間同士のつながりを基盤としたケアを進化させることが、これからの管理栄養士にとって欠かせない課題であろう。

■ 近年の改定で拡大した栄養の評価

システム学会では、これまで診療報酬や介護報酬の改定に際してさまざまな取り組みを行ってきたが、まず令和2年度の活動を紹介したい。

令和2年度の診療報酬改定において、システム学会が提案した内容の一つが、集中治療室等における重点的な栄養管理に対する診療報酬上の新たな評価である。具体的には、集中治療室で早期に経口栄養または経腸栄養を導入するという取り組みを提案した。提案の内容は、患者がICUに入室してから48時間以内に専従の管理栄養士による栄養管理体制を整備し、その取り組みに対して診療報酬上の評価を行うものであった。

この提案に先立ち、システム学会内部での分析を行った結果、早期に栄養介入を行うことによって死亡率が低下し、ICUでの在室日数が短縮されることが判明した。これにより、患者本人のQOLが向上するだけでなく、医療の効率化にも寄与する可能性が高いという結論に至った。

これらの結果を踏まえシステム学会では提案を行い、令和2年度改定では「早期栄養介入管理加算」が新設された。1日400点という高い評価を受けたことは、私たちの提案が医療現場における重要な改善策として認められた証であると考えられる。

令和3年度の介護報酬改定では、介護保険施設における栄養管理の強化を提案した。それまで、栄養士・管理栄養士の配置基準は入所者100人に対して1人であったが、管理栄養士を一人増員し50人に1人に倍増させた場合に報酬が加算される「栄養マネジメント強化加算」の提案である。医療分野では長年、100人1人の配置基準が維持されてきたが、この改定により、介護分野が医療分野を超える基準を実現したといえる。栄養管理において特に介護分野が重視されるようになったことは注目すべき変化である。

■ 関係学会と連携した共同提案も

そのほか、認知症対応型共同生活介護における栄養管理の強化や、通所系サービスにおける栄養管理の強化の提案も行い、それぞれ加算が新設された。通所系サービスにおいては、管理栄養士と介護職員等が連携して行う栄養アセスメントの取り組みが評価され、新たに「栄養アセスメント加算」が設けられた。介護保険における栄養情報の連携強化も重要な成果である。管理栄養士が栄養情報の連携に関わることが明記され、この取り組みが制度的に位置付けられたことは大きな進展である。

令和4年度の診療報酬改定では、関係学会との共同提案を行うことができた。具体的には、周術期患者に対する栄養管理の強化について日本外科代謝栄養学会と共同で提案した。また、重症熱傷患者に対する栄養管理の強化は日本熱傷学会と、早期栄養介入管理加算の対象拡大については日本集中治療医学会とそれぞれ共同で提案した。これらの提案のうち、周術期患者に対する栄養管理の強化については、「周術期栄養管理実施加算」として新たに評価された。この加算により、1手術につき1回270点が算定可能となった。早期栄養介入管理加算においては、対象が拡大される成果が得られた。早期の栄養管理の重要性が広く認識され、診療報酬においても評価されるようになった。

令和4年度診療報酬改定における栄養関連事項は、幅広い内容となった。早期栄養介入管理加算の見直し、周術期の栄養管理の推進、栄養サポートチーム加算の見直し、病棟における栄養管理体制への新たな評価の導入などである。その結果、令和4年度改定では栄養分野に対して非常に高い関心が寄せられ、多くの施策が導入・見直しされた。これらの成果を基盤として、令和6年度にはさらに進化した改定が行われたといえる。

■ 改定の1年前にシナリオはできていた

令和6年度の同時改定に際して、システム学会では、特に重要な事項と重要な事項だけでもあわせて24項目を提案した。提案の時期は、改定前年の7

月に間に合うように準備した。

これに先立ち、令和4年度には厚生労働省から研究費を受け、「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」と「通所事業所における口腔・栄養関連サービスに関する調査研究事業」を実施していた。この事業は令和5年度にも継続され、学会の活動における重要な基盤となっている。

令和6年度の同時改定に向けて開催された中医協および介護給付費分科会の委員による意見交換会では、リハビリテーション・口腔・栄養に関するテーマが入り、これらの分野が大変重要であるという認識が共有された。

振り返ると、「骨太の方針2023」には「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る」との記述がある。骨太の方針は6月に策定されるが、昨年6月の時点で、この一体的取り組みを推進することが示されていた。この時点で既に改定の方向性は明確化されていたともいえる。つまり、骨太の方針に明記された内容を踏まえれば、改定の約1年前にはシナリオができていたと考えられる。

■ 一体的取組のエビデンスを示した

当学会で実施した「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」を紹介する。この調査は施設の種類ごとに1,000を超える施設・事業所に協力を依頼した。

調査の結果、一体的な取組を実施している施設は全体の約半数にとどまるものの、取組が行われている施設・事業所では、口腔および栄養関連の専門職の配置状況、関連サービスの算定状況、専門的実務の取り組み、職種間のコミュニケーション、さらには栄養・口腔・ADL・IADL・QOLなどの改善、誤嚥性肺炎による入院の減少において良好な成果が得られていることが明らかになった。つまり、一体的取組が進むことにより、このような成果が得られることがエビデンスとして示された。

また、先駆的に一体的取組を行っている特別養護老人ホーム9施設、介護老人保健施設10施設、通所介護事業所8カ所、通所リハビリテーション事

業所9カ所の職員を対象に、グループインタビュー調査も実施した。

この調査では、施設において口腔専門職の配置が、事業所においては栄養および口腔の専門職の配置が十分に進んでいない状況が明らかになった。しかし、雇用形態を工夫することで、必要なサービスを提供している事例も見られた。

一方で、一体的取組をさらに連携・強化するためには、ICTを活用した情報の共有化や、各専門職による有機的な連携、さらには共同作業としてのチームケアの改善活動が必要であるという課題も指摘された。

私たちの学会では、これらの先駆的事例をまとめた事例集を本学会のウェブサイトで公表している。必要に応じてご参照いただければ幸いである。

■ 現場での実践を提案し、改定に

一体的取組において重要な点は、利用者およびその家族に良好なアウトカムが得られる可能性が示唆されていることである。この取組は、専門職のモチベーション向上にも寄与しており、具体的に実践することで高齢者の状態が改善し、喜ばれる成果をもたらすという特徴がある。

しかし、このような取組を進めるためには、現場で努力を続ける施設や事業者だけでは限界がある。すべての現場でこの取組を実現するには、加算の導入が不可欠である。こうした提案の結果、この一体的取組がさまざまな報酬制度に反映され、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の新設へとつながった。この成果は、現場での実践がエビデンスとして示され、それを踏まえてシステム学会が提案するという一連のプロセスによって実現したと考えている。

提案する上で留意している点がある。多くの施設や事業者が取り組める内容でなければならない。容易に実行できる内容というより、一定の努力を要しつつも過度な資源を必要としないことが重要である。このバランスの中で、報酬制度の役割があると考えられる。さらに、一体的取組によるアウトカムの向上、例えば誤嚥性肺炎の減少といった成果が得られ

れば、それに対する評価が一層進むだろう。

■「したい」を支えてくれる制度に

制度化に至るまでには、法律や予算、補助金、診療報酬・介護報酬といった多岐にわたる手段がある。その中で、大きな動きの一つとして挙げられるのが、令和4年度の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂である。これは、すべての医学生が在学中に学ぶべき内容を規定したものであり、最終的には医師国家試験に関連する内容となることが想定される。

この改訂において、「栄養ケア・マネジメント（中略）について理解していること」が新たに盛り込まれた。これにより、今後、養成される医師たちは栄養ケア・マネジメントについて十分に理解した上で臨床の場に出てくることが期待される。管理栄養士の方々や、会場におられる施設長、病院長、その他責任ある立場にある方々にとっても、栄養ケア・マネジメントの知識が欠かせない。若い医師たちから「知らないのですか」と問われることがないよう、改めてその重要性を認識する必要がある。

私は厚労省老健局の若い職員に「これから介護保険をどうすべきか」と尋ねたことがある。その回答の中で、「自分の『したい』を支えてくれる制度にしたい」という意見があった。「美味しいものを食べたい」という希望を実現できる制度でありたい、また「介護が必要な状態になっても安心できる制度にしたい」という声もあった。

最後に、私が福島県立医科大学を訪問した際の出来事を紹介したい。ドクターヘリに搭乗する看護師たちの控え室に掲示されていた「フライトナース10の心得」というものが印象的であった。その中で、特に私の心に残ったのは次の言葉である。「大変なのは承知の上である。大変であることを口にしない。」

この言葉に大きな敬意を抱いた。介護を担う方々や医療を展開する皆さまが、日々どれほど困難な状況に直面されているかは計り知れないが、私はそのご努力に深い敬意を表するものである。以上で私の講演を終える。ご静聴に感謝する。

■在宅医療を支える管理栄養士を育てたい

○橋本（座長）：

三浦先生、さすが、素晴らしいご講演であった。少し時間があるので、会場から質問をお受けしたい。では、鈴木先生、どうぞ。



橋本康子氏

○鈴木邦彦氏（日本慢性期医療協会常任理事）



鈴木邦彦氏

近年、診療報酬や介護報酬において栄養に関する取り組みが大きく評価されていると感じていた。その背景に三浦先生のご尽力があったことを本日、初めて知った。

医療機関や介護施設における栄養改善は比較的实现しやすいと考えるが、在宅で生活している方々の低栄養を改善するには、いくら栄養指導を行っても、実際の日々の食事を作る現場で改善が進まなければ十分な成果は得られないのではないか。この点について、どのようにお考えか。

○三浦：

ご指摘のとおりである。人材面についてお話しすると、介護保険には「居宅療養管理指導」という仕

組みがあり、管理栄養士が在宅を訪問して栄養管理を行う場合に報酬が設定されている。しかし、この制度の利用は伸び悩んでいるのが現状である。

その背景には、地域における管理栄養士の確保が十分でないという課題がある。例えば、病院や介護施設で働く管理栄養士は多く存在するが、日々の業務が非常に多忙であり、在宅訪問まで手が回らないという現実があるのではないかと。

今年度、厚生労働科学研究費を活用して、「地域医療構想における在宅医療を支える管理栄養士」に関する研究をシステム学会として取り組んでいる。研究代表者は私ではないが、このプロジェクトが採択されたことを報告する。この研究が進展すれば、地域における在宅医療を支える管理栄養士の数や役割について具体的な議論が可能となると期待している。最終的には、「地域でこのような管理栄養士が必要だ」という結論に至り、それを踏まえて在宅医療を支える人材を育成し、地域に定着させる仕組み

を構築することが理想である。ご指摘のように、在宅医療における栄養管理を担う人材を地域で育て、定着させることが喫緊の課題である。研究の枠組みではあるが、こうした仕組みを具体化するための提案を進めていきたい。

また、具体的に居宅に食べ物を届ける仕組みが欠かせない。特に高齢化が進んでいる中山間地域等において、食材の確保やその配達など、総合的な取り組みが求められており、地域での創意工夫を支える仕組みが必要であると考えている。

○橋本（座長）：

慢性期医療が基盤となっているというお話をいただき、大変励みになった。また、今後も慢性期医療の発展に向けて努力を続けていかなければならないと改めて感じた。それでは、三浦先生に感謝を申し上げて特別講演を終了とする。



日本介護医療院協会セミナー

介護医療院の現状と経営戦略

座長兼演者：鈴木龍太 日本介護医療院協会 会長

演者：野村秀幸 原土井病院 院長・みどりの介護医療院

進藤 晃 大久野病院 理事長



本セミナーでは、介護医療院の現状や課題、経営戦略など、多岐にわたる視点から論じられた。まず、鈴木龍太会長が最新の調査結果を踏まえた今後の展望が示された。介護医療院が医療と介護の狭間で行き場のない高齢者を受け入れる「最後の砦」として重要な役割を果たしている現状が紹介されたほか、医療区分や要介護度の実態と報酬体系の課題も指摘された。

続いて、野村秀幸氏は、独立型でⅡ型の介護医療院の具体的な経営戦略について報告し、ユニット型個室やリハビリテーション、ポリファーマシー対策、積極的な栄養管理などの取り組みによる健全経営の

実現を紹介した。初期投資や夜間対応の課題についても触れた。

進藤晃氏は、病院併設型介護医療院における尊厳ある看取りの実践や、患者・家族からの高い満足度を紹介。正面玄関からの「最期の退院」による尊厳保障の姿勢が職員の意識改革にも寄与していることを報告した。

総合討論では、リハビリテーションの必要性や査定問題、医療療養病床から介護医療院への転換の重要性が議論され、政策的・運営的課題が浮き彫りとなった。介護医療院への早期転換を決断する必要性を指摘する声もあった。

【講演1】 日本介護医療院協会2024年度調査結果

日本介護医療院協会 会長
鶴巻温泉病院 理事長・院長 鈴木龍太

■ 介護医療院は5万床を超えた

○鈴木龍太氏（日本介護医療院協会会長）



鈴木龍太氏

本日のテーマは「介護医療院の現状と経営戦略」と題し、経営的な視点を含めた議論を進めたいと考えている。

まず、私から毎年実施している日本介護医療院協会のアンケート調査結果を説明する。その後、原土井病院の野村秀幸先生からご講演をいただく。野村先生は独立型のⅡ型介護医療院を運営しており、ユニット型施設として特に優れた経営戦略を展開している点についてお話しいただく。

続いて、大久野病院の進藤晃先生にご登壇いただき、回復期病棟を持つ病院における介護医療院の活用方法についてお話しいただく。講演後、討論の場を設ける。

では、介護医療院の開設状況について説明する。このデータは、厚労省が発表した2024年4月1日時点の統計である。現在、全国で926施設が開設され、介護医療院の療養床数は5万3183床に達している。この3カ月間で施設が110施設増加し、療養床数は2634床増加した。Ⅰ型が71%、Ⅱ型が29%を占める状況である。

その内訳について詳しく見る。まず、介護療養病床であるが、介護医療院に移行していなかった残りの病床がすべて介護医療院へ転換した。まさに駆け込みと言える状況であり、この時点で介護療養病床はゼロとなった。

■ 経過措置病床の多くは介護医療院を選ばず

転換型老健は、もともと9000床程度が存在していたが、移行が約半数にとどまり、残りの半分は転換型老健として維持されていると推測される。

さらに、医療療養からの移行については、最後の3カ月間で大幅に増加し、最終的に6739床に達した。

経過措置病床は、かつて「医療療養病床2」として経過措置の対象となっていたものであるが、介護医療院が設立された当初には約6万床存在していた。しかし、これらの病床の大部分は介護医療院へ移行せず、最終的には1727床しか移行しなかった。経過措置6万床のうち、5万8000床が介護医療院を選択しなかった。これらの病床は医療療養病床に移行したのではないか。

医療療養病床以外については、一般病床からも一部が介護医療院に移行しており、その数は599床である。また、「その他」として分類される従来型老健の病床数も大幅に増加している。特に2022年頃から顕著な増加が見られ、現在では1390床となっており、1年間で464床の増加が確認されている。

新設された介護医療院の療養床数も著しく増加している。現在2257床であり、直近の3カ月間だけで422床、過去1年間では1126床増加している。特に2023年12月から2024年初頭にかけて、これらの数は急激に増加しており、いわゆる「駆け込み」の状況が見受けられる。

介護療養病床からは2万2634床増加し、合計で3万3724床が介護医療院へ移行した。一方で、2017年時点で5万床存在していたため、約1万7000床は別の道を選んだことになる。

また、先ほど述べた経過措置病床は14床増加したものの、最終的に1727床しか介護医療院に移行

しなかった。つまり、6万床あった経過措置病床のうち、約5万8000床が介護医療院以外の道を選んだことになる。

近年では、従来型老健の定員数と新設の介護医療院が増加傾向にある。厚労省の計画どおり、2024年3月31日をもって介護療養病床および経過措置病床は廃止された。この結果、介護療養病床はゼロとなった。以上が現在の状況である。

■ II型の要介護度が上がっている

日本介護医療院協会では毎年調査を実施しており、今年もその結果がまとまったので報告する。今回の調査では、対象となった介護医療院は全国で770施設（2023年12月時点）である。そのうち、当協会の会員施設が319施設、非会員施設が451施設。回答を得られたのは174施設で、回答率は22.6%であった。回答した施設の療養床数は合計で13,192床である。

全国的な分布では、I型が71%、II型が29%を占めているが、今回のアンケート調査における回答では、I型が74%、II型が25%、混合型が1%という結果であった。稼働率は全体で93.0%。内訳として、I型は93.7%、II型は90.4%とやや低い数値を示している。平均要介護度については、I型が4.28、II型が4.02となっている。II型の要介護度はI型よりも低いですが、設立当初に比べて上昇し、現在では4以上となっている。

この背景には、設立当初、II型は老健からの移行が多かったことが挙げられる。移行当初は平均要介護度が3台であったが、時間が経つにつれ新たな入所者が増え、その中で要介護度の高い方が多くなったため、全体の要介護度が上昇していると考えられる。

また、I型の特徴として、約95%が病院内の建物や敷地内にある施設である。一方、II型には独立型の施設が21%存在している。II型は老健などから移行したものや、新設された独立型施設が含まれており、そのタイプが多岐にわたることから、I型とは性質が異なる場合が多い。

2024年5月時点における介護保険算定単価（1人/日）について、I型介護医療院の介護報酬は平

均14,891円、II型は13,396円となっている。II型は徐々に報酬単価が上昇しており、現在では最も高い水準に達している。2021年には移行定着支援加算が廃止された影響で、大幅な減少が見られた。しかし、その後、I型は漸減傾向を示す一方、II型は漸増し、現在では最高値に達している。

入所経路については多様性が見られる。I型、II型ともに自院や他院の病院からの入所が多い。しかし、II型は他院からの入所が少なく、代わりに老健からの入所が全体の16%を占めている。特に従来型老健からの移行が増加している点が、II型の特徴として挙げられる。

■ リハビリで約10%が在宅に復帰

死亡退所が最も多いのはI型であり、全体の63%を占めている。ただし、I型では約10%の入所者が在宅へ戻るケースも見られる。このことから、リハビリテーションを適切に実施することで在宅復帰が可能である例も存在することが示されている。

死亡退所率については、I型が高く、II型は比較的低い傾向にある。特にII型の中でも独立型施設では、死亡退所率が約25%と最も低い。II型の病院施設内では医師が24時間体制で配置されており、看取りが行われていると考えられる。一方、独立型のII型介護医療院においては、死亡退所率が低い代わりに、約30%が近隣の病院へ移るケースが確認されている。おそらく夜間や休日に医師が不在のため、状態が悪化した際に病院へ移り、そこで看取りが行われていることが要因であると考えられる。このように医師が配置されているかどうか、介護医療院の看取りに対する対応に大きな影響を与えていることを示している。

■ 意思決定支援は進んでいるが

介護医療院の施設基準においては、入所者等のターミナルケアに関する計画の作成が求められている。2024年の介護報酬改定では、この基準に一部変更が加えられた。

具体的には、本人および家族との十分な話し合いを行い、さらに他の関係者との連携を強化すること

を目的として、介護医療院の基本報酬の算定要件および施設サービス計画の作成において、次の取り組みが義務付けられた。

すなわち、本人の意思を尊重した上で、原則として入所者全員に対し「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行うことである。この基準は、2024年以降、原則としてすべての入所者を対象に適用されることとなった。

介護医療院において、入所者がどの程度意思決定に参加できているかを調査した。

それによると、意思確認カンファレンスは合計で3734件開催されている。そのうち、本人が実際に参加し、自身の意思を表明したカンファレンスはわずか3.1%であり、延べ開催回数は116回にとどまっている。本人が参加できた割合は全体の3%に過ぎないという結果である。

この背景には、入所者の平均要介護度が4.3から4.5と非常に高いことが影響している。要介護度の高さから、本人が意思を表明する機会が限られるという現実が浮き彫りになっている。

一方で、介護医療院入所前にACPを実施していたケースは14.5%に達しており、また事前指示書を作成していた例は8.6%であった。このことから、少しずつではあるが、意思決定支援の取り組みが進展していると言える。

■ 本人参加の意思確認に課題

厚労省は以前から、介護医療院においてACPやガイドラインに沿った家族との話し合いを行うよう求めている。そして2024年度の介護報酬改定では、すべての入所者に対してACPを実施することが義務付けられた。

しかし、この取り組みを介護医療院で行うのであれば、より早い段階で、例えば本人の状態が良い時期にACPを開催することを推奨すべきである。本人がまだ元気で意思を明確に表明できる段階で、このような話し合いを100%行うように求めるべきではないか。

例えば、要介護認定を受ける時期や、ケアマネ

ジャーが初めて介入する際にこうした話し合いを行う。また、急性期のがんや脳卒中治療の初期段階でもACPを実施する機会を設ける。このような取り組みの推進を望む。現状、介護医療院で本人の意思確認を進めるには、タイミング的に遅いと考えられる。

■ 身体拘束ゼロ対策に苦勞している

尊厳の保持に資する取り組みの実施状況も調査した。「尊厳」とは、入所者の人格や権利を尊重し、その人らしい生活を支えるために守るべき事項を指す。調査結果を通じて、回答者が「尊厳とは何か」を改めて認識する契機となることを目指している。

調査の結果、最も高い評価を得た取り組みは「身体拘束ゼロへの取り組み」であり、平均点は4.2点であった。一方、最も低い評価を受けたのは「人生の最期の医療・ケアに本人が参加している（ACP）」で、平均点は2.5点にとどまった。

その他の取り組みについては、「お金の管理」「選挙権の行使」「子ども扱いをしない」「プライバシーの保護」「生理現象の放置や我慢をさせない」といった項目が挙げられるが、これらの平均点は3点台と、やや低い評価にとどまっている。

身体拘束ゼロへの取り組みについては、平均点が4.2点と最も高い評価を得ており、積極的な取り組みが行われている。しかし、実際に身体拘束を行ったかどうかを尋ねたところ、回答施設の64%が身体拘束を実施していると答えている。

取り組み自体は評価されているものの、現状では身体拘束を完全にゼロにすることは達成できていない。この点は、現場で特に苦勞している課題の一つとして挙げられる。

身体拘束の主な理由としては、「経鼻栄養等のチューブトラブル防止」が最も多い。この理由に関連する措置として、ミトンの使用が挙げられる。

■ 医療行為の多くが「持ち出し」

リハビリテーションについては、以前から非常に頻繁に実施されており、その重要性が高く評価されている。リハビリの実施頻度は非常に高い。1カ月に理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚

士（ST）が最大それぞれ10回ずつ、合計で30回程度実施できるが、具体的には、PTは80%以上の施設で実施されており、例えば100床あたり77例に対して577回のPTが行われている。このデータを基に計算すると、1人あたり平均7.49回のPTが実施されていることになる。また、月単位で見ると、PTやOTは7～8回、STは6～7回程度実施されている。さらに、減算対象となるリハビリテーションも実施されており、施設による積極的な取り組みが続けられている。

2024年4月から6月までの3カ月間における医療行為の実施状況はどうか。まず、実施されている医療行為として、末梢点滴治療、インスリン投与、褥瘡治療、酸素投与、経管栄養投与、持続モニター、膀胱カテーテル管理、単純レントゲン撮影が挙げられる。これらは多くの施設でルーティンに実施されているため、今回の分析からは除外している。

調査結果によれば、I型施設で多く実施されている医療行為には、中心静脈栄養（IVH）、麻薬使用、内視鏡検査、CTおよびMRIの実施が含まれる。一方、II型施設では、他病棟や他院への緊急転院が多く見られる。これは、医師の配置状況が影響していると考えられる。また、中心静脈ラインを使用している施設は、I型で32.0%に達しており、比較的高い割合で実施されていることがわかる。

歯科治療については、I型、II型のいずれの施設でも約7割の実施率であり、多くの施設で対応している状況が確認される。

以上のように、介護医療院では多岐にわたる医療行為が実施されている。しかし、これらの医療行為の大部分は包括報酬の対象となっており、施設側の持ち出し（費用負担）が発生しているのが現状である。CTやMRI、麻薬や抗がん剤に関しては報酬が算定可能であるが、それ以外の医療行為については施設側の持ち出しとなるため、費用負担が増加しているのが実情である。

■ 看護補助者の処遇改善も「持ち出し」

現場で特に苦勞している点として、第一に挙げられるのは介護職の確保である。次に、看護師の確保

が大きな課題となっている。三番目には拘束ゼロへの取り組みが挙げられる。

拘束ゼロ対策については、多くの施設で積極的に取り組んでいるものの、現実には拘束を完全に避けることが難しい状況にあり、ここが現場での大きな苦勞となっている。「尊厳の保持に資する取り組み」の実施状況では、平均点が4.2点と高い割合で取り組まれているが、それでも64%の施設で身体拘束が実施されている。実際には拘束ゼロを完全に実現することは簡単ではない。

一方で、介護職員の処遇改善加算に関しての苦勞は大幅に減少している。介護職員の処遇改善加算は多くの施設で取得されている。介護職員等処遇改善加算（I）を取得している施設の割合は47.4%に達している。2023年度の調査では、処遇改善加算を「受けていない」と回答した施設にその理由を尋ねたところ、73%が「併設の病院における看護補助者との不公平感」を挙げていた。

では、併設病院の病床で働く看護助手や介護職員に対する処遇改善はどのような状況か。2024年の診療報酬改定により、看護補助者にも診療報酬のベースアップ評価料が付与された。しかしながら、介護職員の処遇改善と比較すると依然として格差が存在している。

現在、介護職員の処遇改善加算のほうが高いため、不公平感が生じている。

診療報酬のベースアップ評価料を支給している施設は42.8%に上る。しかし、それに加えて病院が持ち出し分を追加して支給している施設も40%存在している。これらの施設では、看護補助者に対して補助的な支給を行い、依然として存在する格差を緩和しようとしている状況である。介護職員について、2022年は不足率が30%であったが、2024年度には41%に増加している。介護職員の不足が毎年悪化している。介護職員および看護職員に外国人を採用している施設の割合は48.2%である。外国人の採用は一定の割合で進んでいる現状が伺える。

■ 稼働率と要介護度を上げる

介護医療院を開設して良かった点について尋ねた

ところ、最も多かった回答は「介護施設にも病院にも入ることができない方々の最後の砦となっている」（63.3%）であった。開設から6年が経過し、介護医療院が「医療が必要な介護難民の最期の砦」としての役割を果たしていることが改めて明確となった。「良かったこと」として、この回答を挙げた割合が63%と最も高かった。

次いで多かった回答は、「医療区分1の利用者の居場所ができた」（42.2%）である。そのほか、「移行支援加算がもたらえた」（36.1%）、「収益が増加した」（30.1%）、「助成金で改修、新築ができた」（22.9%）といった意見も多く寄せられた。

また、介護医療院の開設が収益面でどのような影響を与えたかについても調査した。「移行前より収益が増えた」という回答は、2024年に前年より増加していることが確認された。

特に「収益が増えた」という回答はI型で多く、主にI型施設で収益性が改善していることが伺える。一方で、II型では収益が減少した施設が少数見られたが、これは2024年の介護報酬改定の影響によるものと考えられる。

収益に関する調査では、「わからない」という回答も一定数見られた。この理由として、介護医療院が病院内に設置されている場合、介護医療院としての独立した収益が把握しにくいことが挙げられる。

全体として、介護医療院の収益状況は比較的良好であると考えられる。「介護医療院単独では黒字である」と回答した施設の割合は、I型では前年の50%から今年は45%に減少した。一方、II型では前年の35%から今年は43%に増加している。

また、「どちらともいえない」と回答した施設も約3分の1存在している。これも、病院施設内に設置されているケースが多く、介護医療院単独での経営状況を把握しにくいことが背景にあると考えられる。

特筆すべきは、独立型のII型における黒字割合が67%と高い点である。この結果は、独立型施設の収益性が良好であることを示している。

経営状態が黒字の施設と赤字の施設の違いについて比較すると、その差は稼働率にあることが明らか

である。赤字の施設は黒字の施設と比べて稼働率が低い傾向にある。特にI型施設では、稼働率の高い施設が黒字を維持しており、稼働率が低い施設は赤字である。このことから、入所者をどれだけ確保できるかが、経営に大きく影響していると考えられる。

一方、II型施設では稼働率に加え、平均要介護度の低さも経営状態に影響している。II型施設においては、稼働率を上げるだけでなく、要介護度の高い入所者を増やすことが重要である。

総じて、II型施設の経営を改善するためには、稼働率と要介護度の両方を向上させることがポイントであると言える。

■ 「介護医療院をやった良かった」74%

介護医療院を開設して「良かったか」という認識について、毎年調査を行っているが、今年は74%と最も高い割合で「良かった」と回答している。過去5年間の調査結果を振り返ると、2019年および2020年は「良かった」との回答が70%台を維持していたが、2021年度には64%に減少した。この減少は、移行定着支援加算が廃止されたことと関連していると考えられる。

その後、2022年度は67%、2023年度は69%と徐々に改善し、2024年度には74%と最高値に達した。一方で、「悪かった」と回答した施設は全体の1%に過ぎず、特にI型では「悪かった」と回答した施設がゼロであった。介護医療院の開設は、全体的に見て成功していると評価されている。

「良かった」と回答した施設をI型とII型で比較すると、I型の方が「良かった」と答えた割合が多い結果となっている。また、「悪かった」という回答は、I型ではゼロであった。

新しい制度がここまで高い評価を得ているのは非常に珍しい。「良かった」との回答が74%に達していることは、極めて良好な結果であると考えられる。介護医療院の創設は好意的に受け止められている。

■ 自治体との話し合いが重要

自由記載欄に寄せられた「施設からの要望や声」について紹介する。主な要望として挙げられている

のは、介護人材の不足、ならびに介護・看護職の賃金が低い点である。また、医療行為の増加に関する課題も指摘されている。具体的には、算定対象とならない医療行為が多く、経営が困難であることや、医療行為の増加により業務負荷が高まっていることが挙げられる。

介護医療院の特徴として、治療のために転院する必要が少なく、自施設で対応できる点が利点とされている。しかし、その結果として医療行為や業務量が増加している現状も課題として浮かび上がっている。特養や老健では治療のたびに転院を検討する必要があるが、介護医療院ではその必要がない分、負担が施設内に集中している状況である。さらに、介護医療院の周知が十分ではないとの指摘も多く寄せられており、さらなる周知活動が必要であるという声が挙がっている。

自治体に対して介護医療院を新設したいと申し出ても、すぐに承諾を得られるとは限らない現状がある。これまで介護医療院の必要入所定員総数は総量規制の枠外であったが、今年4月からは総量規制の枠内に含まれることとなった。この変更により、介護医療院の設立についても、他の新設施設と同様に自治体の許可が必要となる。

先ほど役員の方々とは話題となったが、自治体は予算や計画の都合があるため、こちらが「介護医療院を新たに作りたい」と申し出ても、「今年は予算がありません」「計画に含まれていません」といった理由で拒否されるケースが多いという。老健から介護医療院へ移行しようとしても、同じ「介護」分野での移行であるにもかかわらず、「待ってください」と言われるケースが少なくないようである。

そのため、施設側が新たな計画を立てようとする際には、まず自治体や都道府県に相談を行う必要がある。自治体から「来年なら予算を確保します」「早めに予算を取ります」といった回答が得られれば、その計画を具体化できる可能性が高まる。施設側だけで計画を決定せず、必ず自治体へ早めに相談を行うようお願いしたい。

最近では、ある自治体が公募を実施し、その公募に応募して介護医療院を設立した事例も報告されて

いる。自治体との話し合いが極めて重要である。

■要介護度が低いままの「アンマッチ」

「施設からの要望や声」として、以下の意見が寄せられている。まず、IT化やDX化に対する補助を求める要望がある。また、「病院にも従来の介護施設にも入ることができない人々の最期の砦となっている」との意見も寄せられている。さらに、「医療行為が可能な介護施設として理想的な形態であるが、医療費が施設側の持ち出しとなっている」という指摘も挙がっている。

もう一つの重要な意見として、「入所時の要介護度が低いまま医療や看取りを実施するアンマッチの是正」が挙げられる。具体的には、救急搬送などを経て病状が悪化した状態で介護医療院に入所した場合、本来の要介護度は高いにもかかわらず、要介護度認定の切り替えが間に合わないため、要介護度1のまま入所してしまうケースがある。この結果、低い報酬にとどまってしまうという問題が発生している。これらの声から、実際の状態と要介護度の間に「アンマッチ」が生じている現状が浮かび上がっている。何らかの改善や対応が必要であろう。

■「介護医療院は理想形」との新聞報道

昨年7月の日経新聞朝刊に、有吉病院介護医療院と鶴巻温泉病院介護医療院に関する取材記事が掲載された。記事では、「医療と介護は、高齢者の状態に応じて一体的に提供されるのが理想である」と述べられている。一方で、特養や老健の入所者が病気になった際、施設内で対応できる医療は極めて限定的である現状が指摘されている。そのため、入所者は病院に移って治療を受け、病状が安定したら再び施設に戻るといった移動を頻繁に繰り返すことが多い。そのたびに家族は手続きや立ち会いを求められるという負担が生じている。この記事では、こうした現状を踏まえ、「医療と介護の両面で高齢者の生活を支える介護医療院は理想的な形態である」と評価されていた。

介護医療院が全国紙で取り上げられることはまだ少ないが、このような形で評価されたことは非常に

喜ばしいと感じている。しかし、介護医療院についての周知が依然として不足しているという課題もある。

■ 医療療養5万床からの移行も

今後の介護医療院について、展望を述べる。介護療養病床および経過措置病床が廃止された現状を踏まえ、今後どのような動きが見られるのかが注目される。

私の予想では、これから医療療養病床から介護医療院への移行が一定数進むのではないかと考えている。現在、病床転換助成金が2年間継続されることとなっており、この助成金が移行を促進する要因となることを期待している。

その背景には、経過措置の約5万床が廃止されたことが挙げられる。これらの病床はおそらく医療療養病床に移行したと考えられるが、今後、医療療養病床の運営が困難になる局面が訪れると、介護医療院への移行を検討する動きが出てくる可能性がある。この5万床は、介護医療院の新たな受け皿となる余地を持っているのではないかと。

今後の介護医療院の展望としては、従来型老健からの移行、一般病床からの移行、そして全くの新設が主な選択肢として挙げられる。これら以外の選択肢はほとんど残されていないため、このような形で介護医療院の整備が進むだろう。

なお、現在は総量規制の枠内に含まれるため、新設と同様の手続きがすべての施設で必要となる。これに伴い、一時的に介護医療院の新設が減少する可能性が指摘されている。しかし、医療を必要とする重度要介護者のために、介護医療院の存在は今後も不可欠である。自治体には、この点を十分に理解し、適切な判断を行っていただきたい。

■ 介護医療院の存在価値が明確に

介護医療院の現状についてまとめる。介護医療院は、病院と介護施設の狭間に位置し、どちらの施設でも受け入れが難しい患者を支える受け皿としての役割を果たしている。

入所者は、医療処置が多く、要介護度が高い方

が中心である。また、日常的な医学管理に加えて、CT・MRI、中心静脈栄養、麻薬・抗がん剤の使用など、医療施設に匹敵する医療行為が提供されている。

一方で、これらの医療行為の大部分は包括報酬の対象であり、施設側の持ち出しとなっているのが現状である。死亡退所が多い一方で、本人の意思表示が難しい入所者も多いため、家族や後見人と丁寧に話し合いながら看取り対応が行われている。

さらに、介護医療院ではリハビリテーションが積極的に実施されており、在宅復帰が可能となった事例も確認されている。このことから、介護医療院は在宅復帰機能も担える施設であることが示されている。

介護医療院は、病院と異なり「生活施設」としての側面を持つ施設である。そのため、身体拘束ゼロへの取り組みや、食事にこだわった対応、外出訓練など、入所者一人ひとりの尊厳を大切に生活支援が行われている。これらの取り組みは、介護医療院が人生の最期まで尊厳を重視する理念を反映したものである。

私が運営する鶴巻温泉病院介護医療院では、ほぼ満床の状態が続いており、外部からの入所希望者が常に5～10名待機している。では、どのような人々が待機しているのか。最近、特に増えているのは、急性期の大学病院や本格的な急性期病院からの要望である。その背景には次のような流れがある。まず、特養や老健に入所している高齢者が病状悪化により急性期病院へ転院する。その後、急性期病院での治療が終了した段階で、医療行為が増加しているため、元の特養や老健では「対応できない」と判断されるケースが多い。

このような場合、行き場を失った患者が介護医療院に頼らざるを得なくなる。この状況こそが、介護医療院が「最後の砦」として機能している現状を表している。こうしたケースが近年、非常に多くなっている。介護医療院がこうした患者を受け入れる施設であるという認識が広まり、その存在価値がますます明確になっている。

一方で、前述のように、医療行為が増加するほど施設の経営には課題が生じる。この点についても、今後さらなる対応が求められる。

【講演2】 独立型介護医療院Ⅱ型の経営戦略

原土井病院 院長・みどりの介護医療院 野村秀幸

野村秀幸氏は、独立型介護医療院「みどりの介護医療院」を運営する中で得た経験と、健全経営を実現するための取り組みを中心に講演した。介護医療院の運営において、ユニット型個室の採用や契約率の維持、積極的なリハビリテーション、ポリファーマシー対策、口腔管理および栄養管理の重要性を強調したほか、経口摂取の推進による点滴削減や支出抑制を具体例として挙げ、健全経営に向けた取り組みの成果を説明した。

特に、独立型Ⅱ型介護医療院の課題として、夜間看取り時の医師確保や建築費用の高さ、人件費の負担を挙げた一方、ユニット型個室による収入増や柔軟な設計の利点を指摘。さらに、要介護度が高い利用者を無理に優先するのではなく、要介護度3や4の利用者にリハビリテーションを提供することで収益を確保する重要性を述べた。野村氏は、不利とされる独立型Ⅱ型でも収益を上げることが可能であるとし、各施設の規模や状況に応じた柔軟な運営の工夫が必要であると結論付けた。

■ 療養病棟を介護医療院に

○鈴木（座長）：

野村先生は、福岡でユニット型のⅡ型独立型介護医療院を運営されている。また、最近では原土井病院院内にも介護医療院を設立された。

○野村秀幸氏（原土井病院院長・みどりの介護医療院）

私からは、独立型でⅡ型を選択した介護医療院の経営戦略について述べる。原土井病院は、昭和42年に原寛理事長によって現地で開設された。現在、許可病床数は、一般病棟が44床（DPCの10：1）、地域包括ケア病棟156床、回復期リハビリテーション病棟120床、緩和ケア病棟30床、特殊疾患一

般病棟46床を有し、合計396床である。当院はもともと約470床の療養病棟を有する病院であったが、2020年から療養病棟の一部を介護医療院へ転換し、昨年11月には療養病棟をすべて廃止している。

本日、ご紹介する「みどりの介護医療院」は、2020年11月に開設した80床の施設である。また、「となりの介護医療院」は、2023年11月に原土井病院に併設する形で新たに80床を設けた。これら2つの介護医療院の計160床を加え、現在の原土井病院の総病床数は556床となっている。

■ 医療・介護・在宅の三本柱



野村秀幸氏

私たちは、2025年問題、すなわち75歳以上の高齢者の増加という問題に直面している。75歳以上の高齢者が増加することで、医療や介護の需要がさらに高まる。

2025年問題に対応するため、医療保険分野では2014年に地域包括ケア

病棟が新設され、今年にはさらに急性期の高齢者を受け入れる地域包括医療病棟が設けられた。一方、介護保険分野では、2018年に介護医療院が新設され、高齢者の生活の場を支えるための施策が進められている。

しかし、今後は85歳以上の超高齢者がさらに増加する「ポスト2025年問題」が待ち構えている。この問題は一過性のものではなく、2040年頃まで続く長期的な課題であると考えている。

その理由として、85歳以上の高齢者は通院が困難になるケースが増え、病気の後の生活の場をどの

ように確保するかが重要な課題となる。このような高齢者が安心して暮らせる生活の場を提供する仕組みが必要である。

超高齢者が入院すると、その後の在宅復帰は非常に困難である。在宅復帰とは、自宅に帰る、高齢者施設に戻る、または介護医療院に入所する、という選択肢を指す。自宅に戻る場合、訪問診療や在宅医療を受けながら訪問看護を利用することになる。

一方、高齢者施設に戻る場合には、施設内での診療や介護を受けるほか、在宅医療と同様に訪問看護が提供される場合もある。施設によっては、介護サービスが付随していることもある。

介護医療院は、医療、介護、在宅という三本柱で構成されている施設である。このため、回復期医療を経て介護医療院に直接入所し、安心して生活を続けることが可能な仕組みが整っている施設であるといえる。

■ 介護医療院の役割は

介護医療院について、今年の診療報酬と介護報酬の同時改定において特に注目された点が2つある。1つ目は「生活の場」の確保である。具体的には、高齢者が安心して生活を送ることができる場を提供するという考え方である。2つ目は、従来の「医療で治す」から「医療が治して支える」への転換である。この理念は、本日の講演でも繰り返し触れられているように、医療と介護が一体となって高齢者を支える必要性を示している。したがって、医療と介護、さらに在宅ケアの見直しが不可欠であり、これらの分野における密接な連携が求められている。

介護医療院には、要介護高齢者の生活を医療と介護の両面で支える役割がある。特に重要な理念として、利用者の尊厳の保持が挙げられる。先ほどのシンポジウムでも身体拘束の問題が議論されたように、身体拘束を避ける取り組みだけでなく、今後はプライバシーの保護をより一層重視することが必要であると考えられる。

また、自立支援も介護医療院の重要な役割である。医療提供施設としての機能を持ちながら、同時に生活施設としての役割を果たすことが求められる。さ

らに、医療と介護の連携にとどまらず、在宅支援をも包括することで、利用者の多様なニーズに応える施設であることが介護医療院の特徴である。

■ 効率的な経営を目指す

では、本日のテーマである経営戦略について、特に収支に焦点を当てて述べる。収支において最も重要な指標は稼働率であるが、当院では「契約率」を用いて状況を把握している。稼働率のみでは正確な状況を把握するのが難しいためである。例えば、一部の入所者が一時的に入院したり、1週間程度自宅に帰ったりすることがあるため、契約率を基にした計算が適していると考えている。

また、サービス費と居住費も収入に含まれる。医療分野では差額ベッド代が別途請求されるが、介護保険の場合はこれらの費用が包括されている。さらに、I型とII型の介護医療院では、入所者の要介護度が高いほど報酬が高くなる仕組みがある。

部屋ごとの居住費の設定も収支に影響する。加えて、介護医療院ではリハビリテーションがオプションとして提供されており、医療行為として請求が可能であるため、重要な収入源となる。

このほか、介護医療院の経営において重要なのはポリファーマシー対策である。薬剤の適正使用を推進し、無駄な支出を抑えることで効率的な経営を目指している。

■ ユニット型個室にメリットあり

介護医療院の報酬体系について説明する。I型とII型が存在し、要介護度が上がるほど報酬が高くなる。この点は広く知られている基本事項である。

また、I型とII型では配置基準に違いがある。例えば、医師の配置がI型では50人に1人、II型では100人に1人とされるなど、医療職や介護福祉士の配置基準に違いがある。このため、医療区分が重い患者ほど「I型」に入所するよう調整される傾向がある。その結果、I型の方がII型よりも報酬が高い仕組みとなっている。

では、具体的にどの程度の差があるのか。I型とII型の差額については、要介護度3～5の場合でお

およそ2万8,000円から3万5,000円程度である。また、要介護度3と4の差は約3万円、要介護度3と5の差は約5万9,000円とされている。

これらのことから、I型とII型の区分以上に、要介護度の高い入所者を受け入れることが施設の収益向上において重要であるといえる。医療区分にかかわらず、要介護度5の入所者を積極的に受け入れる姿勢が求められる。

当院では今回、ユニット型個室を新たに設置した。このユニット型個室について説明する。居住費は介護報酬に含まれているが、病院にある従来型個室と比較すると、ユニット型個室は要介護度5で7万7,000円、要介護度3でも7万円となる。すなわち、ユニット型個室を採用することで、7万円から7万7,000円のメリットがあるといえる。

また、要介護度3と5の差は2万9,000円から5万6,000円程度である。このことから、ユニット型個室を採用し、プライバシーを尊重することが、より高い報酬につながる。

では、介護医療院の報酬体系において最も効果的な組み合わせは何か。最強の組み合わせは以下の条件を満たす施設である。

1つ目は病院の近く、もしくは病院併設であること。これにより、夜間の当直医が特別に必要なくなり、効率的な運営が可能となる。2つ目は、I型を採用すること。I型では介護報酬が高いため、収益性が向上する。3つ目は、全室をユニット型個室にすること。そして最後に、要介護度の高い利用者を受け入れることである。

これらを組み合わせた施設が、介護医療院として最も収益性に優れた形態であると考えられる。

■ 契約率 50%から 100%へ

当院が運営する独立型の「みどりの介護医療院」は当初、手探りの状態であったが、「ユニット型が良い」との評価を聞いて、私もその考えに共感していた。当院は556床を有する大規模な病院であるため、その中に新しい施設を設置することは現実的に難しかった。そのため、病院から約700メートル離れた場所に独立型施設として建設を進めること

となった。

「みどりの介護医療院」は2020年11月に開院した。建築計画は2019年頃から開始。独立型の介護医療院として運営するにあたり、夜間の当直医の確保や人件費の負担が課題であったため、II型を採用した。80床を有する全室ユニット型個室として設計し、利用者のプライバシーと快適な環境を提供することを目指している。

当院は以前、サテライトクリニックを運営していたが、駐車場が不足しており、運営に苦戦していた。このクリニックを「みどりの介護医療院」に併設する形で再構築している。施設の入口は広々としており、明るく快適なリハビリ施設を備えている。室内にはトイレと洗面台を設置し、広々とした設計。車椅子でも自由に動き回れるように配慮した。共有部分で食事やその他の活動が可能。利用者が快適に過ごせるような工夫を凝らした。

開設当初の契約率は約50%と低調で苦戦を強いられたが、半年ほどで契約率が98%から100%に達した。それに伴い、月ごとの収入も安定的に増加している。

■ 積極的なリハビリで収益向上

リハビリテーションは積極的に実施している。当院から6～7名のリハビリスタッフを派遣しており、「みどりのクリニック」でも外来を通じて様々なリハビリが可能である。リハビリスタッフが併任する形で運営している。

具体的な実施内容としては、理学療法12単位、作業療法12単位として月に24単位施行している。しかし、リハビリには減算もある。日曜・祝日を除き、毎日1単位ずつ施行可能であり、希望者は週2～3回、40分程度のリハビリを受けることができる。ただし、PT・OTそれぞれ10単位までしか認められないため、2単位分が減算対象となる。

一方で、体制加算を取得することで、約36,000円の増収が見込める。また、現在は言語聴覚士1名も派遣しており、嚥下機能訓練を十分に実施できる体制を整えている。これにより、リハビリ関連の収入は月額300万円以上に達している。

■ ポリファーマシー対策, 口腔管理

開設当初からポリファーマシー対策に注力している。療養病棟に入院していた患者と同様の患者80名を「みどりの介護医療院」で受け入れた場合を想定し、内服薬剤費を比較したところ、療養病棟時代には1カ月あたり約96万円の費用がかかっていた。

これに対し、「みどりの介護医療院」ではポリファーマシー対策を実施した結果、内服薬剤費が約48万円となり、半額近くの削減に成功している。具体的には約50万円近いコストの削減が実現している。

口腔管理にも力を入れている。当院には歯科医が3名在籍し、長年にわたり高齢者医療に携わってきた。その経験を活かし、介護医療院でも指導を行っていただいている。

栄養管理も欠かせない。栄養士による積極的な管理を徹底した結果、注射剤費において月平均で約140万円の削減を達成。点滴の使用を減少させたことによる効果である。

月別の収入額と月平均の支出額を見ると、支出が一定の範囲に抑えられている一方、収入はこれを上回っており、健全な経営が維持されている。支出は年間で約4億5,000万円だが、収入は年々増加している。

■ 独立型の利点と欠点は

入所者の要介護度について、入所時点では平均3.4程度であったが、年々少しずつ上昇している。入所者の状態が徐々に変化することに加え、状態が悪い方を積極的に受け入れていることが要因である。要介護度の上昇に伴い収入も増加している。

支出の内訳では、全体の70%が人件費を占めている。病院とは異なり、介護医療院では手術を行わないため特有の経費は発生しないが、医師の夜勤当直代は経営において負担となる部分である。さらに、今年度から人件費の増加が見込まれており、この点についても検討を進める必要がある。

Ⅱ型介護医療院の「外だし」（独立型）の利点と欠点について述べる。独立型を選択して良かった点

として、まず挙げられるのは、介護医療院が病院併設ではなく独立した施設であるため、スタッフ全員が病院から移行できたことである。患者についても、約40名が病院から移った。

この結果、入所者やその家族、また医師、看護・介護職員らのスタッフが早い段階で「介護医療院は病院ではなく在宅である」という認識を共有することができた。この点が独立型の大きな利点である。

ユニット型個室を選択しやすい点も特徴である。新規建築であるため、設計の自由度が高く、入所者のニーズに応じた設計が可能であった。

一方で、課題もある。その1つが夜間の看取り対応であり、オンコール医師の確保が必須となる。休日や祝日においては私自身もその対応に加わっているが、本院や在宅医療を専門とするクリニックの協力を得て、当番制を導入している。

もう1つの課題として、建築費や改装費が高額である点が挙げられる。これらは独立型運営における大きな負担となっている。

■ 健全経営の理由は何か

「みどりの介護医療院」の契約率は約98%である。サービス費および居住費については、Ⅱ型を採用しており、入所者の平均要介護度は3.8である。また、全室ユニット型個室を採用している。リハビリの実施やポリファーマシー対策による支出抑制も現在進行中である。

「みどりの介護医療院」が健全経営を維持している理由を考察した。まず、ユニット型個室を採用しており、居住費による収入増加が1人当たり7万円から8万円となっている。次に、リハビリテーションでは理学療法12単位、作業療法12単位を月に24単位施行している。減算はあるものの、体制加算が取得可能であり、1人当たり約36,000円の増収につながる。さらに、言語聴覚士を配置して嚥下訓練を行うことで、さらなる加算が得られる。このように、複数の取り組みが健全経営を支えている要因であると考えられる。

要介護3と4の差額は29,400円、要介護3と5の差額は56,400円である。この差額について、要

介護3の入所者に対して月24単位のリハビリテーションを施行すれば、要介護度の差額に近い収入増が見込まれる。このため、無理に要介護度の重い入所者を積極的に受け入れる必要はないと考えている。

また、医療区分は関係がないため、医療区分1の方でも要介護度が3または4であれば入所可能であり、リハビリテーションを受けることができる。これにより、施設運営において柔軟な対応が可能となると考えられる。

積極的にポリファーマシー対策を実施することで、80床規模の施設では毎月おおよそ50万円前後の支出削減が可能である。入所者に対して積極的な口腔管理および栄養管理を行い、経口摂取を推進することで点滴の使用を減らすことができる。この取り組みにより、80床規模で毎月約140万円前後の支出削減が実現している。食事を通じて入所者に喜びを感じてもらい、健康を維持しながら長生きしていただくことを目指している。

一方で、人件費の割合が全体の70%を超えており、特に医師の人件費が独立型I型介護医療院における大きな課題となっている。

■ 介護医療院の健全経営を目指して

最後に、介護医療院の健全経営を目指す上での「Take Home Message」を伝えたい。まず、収入を確保するためには、契約率を少なくとも95%以上に維持することが重要である。当施設でも若干苦戦している部分があるが、この95%という目標を必ず達成することが求められる。また、I型介護医療

院を独立型として運営する場合、医師の当直にかかる人件費が大きな負担となる。特に注意が必要である。

支出削減に関しては、要介護度5の入所者が多い場合、医療区分3に近い入所者が増える傾向にある。その結果、サービス費が一時的に高額となるものの、看取りの割合が高く、入所後1カ月程度で亡くなるケースも少なくない。

このような場合、看取り後にすぐ次の入所者を確保できなければ、2～3週間、多いときには1カ月以上、空床が発生し、稼働率が低下する。したがって、要介護度5の入所者を優先的に受け入れることが最適解であるとは限らず、慎重な判断が必要である。

収入を向上させるためには、ユニット型個室の導入が最も効果的である。要介護度3または4の入所者に対して積極的にリハビリを実施することで、収益の向上が期待できる。ポリファーマシー対策も欠かせない。積極的な口腔管理および栄養管理を行い、経口摂取を推進し、点滴の使用を減少させる。ぜひ、口腔管理と栄養管理を徹底し、経口摂取の促進に努めていただきたい。

不利とされる独立型の介護医療院「II型」においても、さまざまな工夫を施すことで十分に収益を上げることが可能である。最も理想的な形態としては、より大規模な施設で「I型」を採用し、運営することが挙げられる。これが実現すれば、さらに効果的な経営が可能となると考える。各施設の規模や条件には差異があるため、それぞれの状況に応じた柔軟な考え方と工夫をもって取り組む必要がある。

【講演3】 介護医療院の現状と経営戦略（回復期と併営の場合）

大久野病院 理事長 進藤晃

進藤晃氏は、介護医療院を含む病院全体の取り組みとして、患者の「最期の退院」を正面玄関から行う取り組みを紹介した。従来、亡くなった患者は裏玄関から退院することが一般的であったが、これが必ずしもご家族の希望に沿った方法ではなかったことが院内アンケートなどで明らかになった。正面玄関からの退院は、ご家族から「満足」との声が多く寄せられ、故人への感謝や敬意を示す重要な場となっている。

この取り組みの実現に向けて、職員全員で手順を作成し、職員意識調査やご家族の希望を確認するなど、多面的な準備を実施。正面玄関からのお見送りが始まった後、職員の意識にも変化が生じ、職員一同が故人の人生と最期に対して深い敬意を抱くようになった。この取り組みは、入院中にトラブルがあったご家族との関係改善にも寄与し、多くのクレームを解消する効果があるという。進藤氏は、「最期の退院」という形で故人とご家族に寄り添うことが病院全体としての重要な使命であると強調し、講演を締めくくった。

■ 回復期プラス介護医療院

○進藤晃氏（大久野病院理事長）

鈴木先生から介護医療院の展望について、野村先生からはリハビリの重要性や経営戦略に関する貴重な示唆があった。私からは、やや情緒的な話を中心にお話ししたい。尊厳を守ることなど、倫理的な側面にも焦点を当てたい。

当院の介護医療院は、病院内に併設された形態である。所在地は東京都西多摩郡。都内ではあるが、新宿のような都心部ではなく、自然豊かな山間部に位置している。西多摩郡は人口約40万人を擁し、東京都の面積の約25%を占める広大な地域。山間部と都市部が共存する地域特性を持つ点が特徴である。



進藤晃氏

この地域には療養型病院が非常に多く集中している。その背景には、都心部では土地価格が高く、療養型病院を新設することが難しいため、西多摩や八王子といった地域に療養型病院が集中する傾向があることが挙げられる。こうした地

域特性の中で、療養型病院をどのように運営していくかが課題となり、その解決策の一つとして「回復期プラス介護医療院」という形態を選択した。

当院は158床の病院で、回復期リハビリテーション病棟50床、医療療養病棟50床、介護医療院58床で構成されている。また、西多摩地域リハビリテーション支援センター、高次脳機能障害者支援センター、日の出町認知症疾患センター、認知症短期集中支援チームを委託されている。

少し離れた場所に「進藤医院」というクリニックを運営している。このクリニックは機能強化型在宅支援診療所として、在宅医療や往診を中心にしながら、外来診療も実施しており、業務は多岐にわたる。

また、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、ケアマネジメント事業も運営しており、今年2月には看護小規模多機能型居宅介護施設を新設した。加えて、今年4月には青梅市の地域包括支援センターを新たに開設し、業務を開始している。これらの事業を法人全体で運営しており、職員数は約240名に上る。

■ 在宅から幅広く受け入れる

では、当院がどのように介護医療院としての形態

を形成してきたのか。当院は、1996年頃に「介護力強化病院」として運営を開始した。この名称は、古くから医療に携わっている方でなければあまり馴染みがないかもしれないが、当時は慢性期の患者を中心とした病院であった。いわゆる老人病院としての役割を果たしていたが、2000年頃に増改築を実施し、この時点からリハビリテーションを本格的に開始した。これが、現在の介護医療院運営の基盤となっている。

2000年は、介護療養型病床への移行が推奨されていた時期。当院では、医療療養病棟2棟を介護療養病棟へ転換した。しかし、その後の政策で介護療養病床の廃止方針が示されたため、再び介護療養病床を医療療養病床へ転換することとなった。その後、回復期、医療療養、介護療養という形で病棟構成が変遷してきた。

介護医療院制度が創設された際には、介護療養病床をそのまま介護医療院へ移行させた。回復期リハビリ病棟で在宅復帰を目指す一方で、復帰が困難な患者を医療療養や介護医療院で受け入れる体制を整えている。この3つの機能により、患者の多様なニーズに対応している。

また、在宅からの受け入れにおいても柔軟な対応が可能である。例えば、医療療養病床で医療区分1の患者でも要介護度が認定されれば介護医療院へ移行が可能である。また、一時的な寝たきり状態や廃用症候群を回復期病棟でリハビリを通じて改善するなど、幅広い患者を受け入れる体制を構築している。地域リハビリテーション支援センターや高次脳機能障害者支援センターなどの指定も受けている。

■ 在宅をしっかり支える体制

2011年に開設した進藤医院というクリニックは、私の2代前まで運営されていたが、約30年間閉鎖されていた。その後、再開を決意し、現在の形態で運営している。

進藤医院は慢性期の診療に特化しているが、以前は急性期寄りの診療を行っていた。クリニックでありながら19床を有する有床診療所として、高齢者の診療にも対応していた。この経験から、私の父が

慢性期の病院を開設する必要性を感じ、病院設立に至ったのが当院の始まりである。

当院では、新たに看護小規模多機能型居宅介護施設および青梅市の地域包括支援センターを請け負った。これにより、地域において独居や貧困の高齢者が増加する中で、在宅療養がさらに増えると予測される。

当院はクリニック、訪問看護ステーション、ケアマネ事業所、看護小規模多機能型施設、地域包括支援センターの各機能を活用しながら、在宅療養を支援する体制を整えている。この仕組みによって患者が発生した場合、回復期病棟や療養病床で受け入れる体制を構築している。

在宅療養を利用する患者は、急性期医療を受けた後に再び当院を利用するケースが多く、こうした循環が形成されている。退院後は在宅療養に戻し、在宅療養を支える機能を活用して支援を行う体制を維持している。

訪問看護については、看護師が10名在籍している。また、ケアマネジャーは現在5名で運営しているが、地域の在宅療養をしっかりと支える体制を確立していると考えている。

■ リハビリで在宅復帰につなぐ

介護医療院における入所および退所について説明する。まず、入所に関しては、回復期から介護医療院への転院が2021年、2022年、2023年でそれぞれ5名、4名、3名程度となっている。

次に、退所に関しては、死亡退所者数が2021年は14名、2022年は22名、2023年は21名である。在宅への退所者数は、2021年が11名、2022年が13名、2023年が6名となっている。これらの数字からも、一定数の入所者を在宅に戻していることが確認できる。2023年の在宅復帰者はやや少ないが、在宅への退所は引き続き重要な取り組みであると考えている。

当院では回復期病棟を運営しているため、介護医療院に入所した後もリハビリテーションに力を入れている。ただし、野村先生の施設ほどの規模でリハビリを提供しているわけではなく、提供単位数は

10単位を超えるかどうかという水準である。

回復期リハビリテーションだけでは在宅復帰が難しい患者に対しても、介護医療院が在宅復帰を支援する役割を担っていると考えている。

■「最期の退院」の取り組み

ここからは情緒的な話となるが、当院では介護医療院に限らず、病院全体で亡くなった方を正面玄関からお送りする取り組みを行っている。この取り組みについてご紹介したい。

多死社会を迎える中で、これまでは逝去された方が裏玄関からひっそりと退院される場面を目にしてきた。これに対し、看護職員の間から「私たちが生きる現代社会の礎を築き、人生を捧げて最期を迎えられた患者様にとって、裏玄関から退院するというのがふさわしいのだろうか」という疑問の声が上がった。その結果、「正面玄関から皆で送り出す形にするべきではないか」という意見が出され、この提案をもとに現在の取り組みが実現した。

当院では平成30年から、亡くなられた方を正面玄関からお送りする取り組みを開始している。この内容について紹介する。

まず、正面玄関からの退院を実施するにあたり、どのような手順が適切であるかを検討し、退院手順やフローを職員全員で作成した。次に、職員の意識についても調査を行った。具体的には、「正面玄関からの退院についてどのように感じるか」というテーマで職員意識調査を実施した。実際に正面玄関から退院された方のご家族にもアンケート調査を実施し、その意見を収集した。退院経路は、ご家族の希望を確認する形を取っている。

正面玄関からの退院手順について説明する。まず、ご遺族の迎えが到着すると、医事課が準備を開始する。具体的には、霊安室の準備、パーテーションの設置、葬儀社の車両誘導などを行う。次に、全館放送でオルゴールの音楽が流れる。この音楽が流れると、手の空いている職員が玄関に集まり、お見送りを行う。

この取り組みが可能となった背景には、霊安室と正面玄関が比較的近い位置に配置されていることが

ある。当初は霊安室が別の場所にあったが、正面玄関の近くに移設したことで、このような見送りの手順が実現可能となった。

■職員の意識に確かな変化

正面玄関からの見送りに関しては、当初、職員から戸惑いや否定的な意見も多く寄せられた。具体的には、「自分が逝去した際には正面玄関から退院したくない」「日中は人目があるため、裏口からの退院が望ましい」「静かな環境で見送る方が適切ではないか」「受付に他のご家族や患者がいる場合、対応はどうすべきか」といった意見が挙げられた。

しかし、正面玄関からの見送りを開始して以降、職員の意識には確かな変化が見られた。まず、逝去された患者に対して尊厳と敬意を伝えることが可能となった。また、退院方法についてご家族の意向を取り入れる体制が整備されたことも大きな成果である。さらに、ご逝去された患者の退院時に病院全体で見送りができるようになった。事務職員や薬剤師、リハビリスタッフを含む院内の全職員が見送りに参加する体制が構築された。

外来患者との関係においても変化があった。外来患者からは、「いつか自分も通る道なので、このように見送られたい」といった声が寄せられ、自身の死に向き合う契機となっている。このように、患者との関わりを通じて、病院全体で死を受け止める文化を育むことに意義があると考えられる。

退院時のご家族の希望を確認した結果、63名中55名が正面玄関からの退院を希望した。これは全体の約9割に相当する。正面玄関から退院された後の満足度について調査を行ったところ、「満足」と回答した方が79%、「やや満足」と回答した方が12%であり、非常に高い満足度が得られていることが分かった。

アンケートの自由記載欄には以下のようなご意見が寄せられている。「大勢の皆様に見送られ、母も喜んでいと感じました。私たち家族も明るく前向きに進むことができます」との声があった。また、「母の人生を祝福されたように感じました」「堂々と最期を迎えることができ、故人も喜んでいと思ひ

ます」「亡くなったら終わりではなく、最期の瞬間まで患者に寄り添っていただけたことが本当に嬉しかったです」「他の患者のお見送りを見て、私たちも同じように皆さんに見送っていただきたいと思いました」など。正面玄関からの退院がご家族や患者にとって大きな意義を持つ取り組みであることが分かる。

最期の退院に関する取り組みを考察する。まず、従来当たり前のように行われていた裏玄関からのお見送り方法は、必ずしもご家族の希望に沿ったものではなかったと判断できる。また、正面玄関からの退院はご家族の満足度が非常に高いという結果が得

られた。

この取り組みを通じて、故人の人生への感謝を示し、人生の最期に敬意を払うことの重要性を職員一同が再認識した。結果として、ご家族に寄り添い、わずかでも支えとなることができたのではないかと。入院中にトラブルや感情的なすれ違いがあったご家族に対しても、このお見送りを行うことで、大半のクレームが解消されるという効果が見られた。

以上のように、正面玄関からの退院を「最期の退院」として実施するこの取り組みは、介護医療院において大きな意義を持つと考える。

総合討論



総合討論風景

■ 早期の決断が良い結果につながった

○鈴木（座長）：

では、総合討論を始めたい。まず私から質問をさせていただきます。野村先生のユニット型施設は経営面で非常に優れた成果を挙げておられるが、初期投資や職員確保においてはどのような課題があったのか伺いたい。

○野村：

介護医療院の開設が2018年に決定した際、計画段階ではこの分野に詳しい方がほとんどいなかった。当時は、現在のようにさまざまな意見を述べる状況ではなかったと記憶している。

当院では、療養病棟80床を「みどりの介護医療院」へ移行することを決定したが、どの程度の運営が可能かを検討した。その中で、重度の「医療区分

3」に該当し、多くの医療処置が必要な患者に関しては、介護医療院での対応が難しいのではないかという判断に至った。また、患者側の費用負担が療養病棟よりもやや上昇する可能性があったため、入所定員を35名から40名程度に設定し、移行を進めた。

移行した介護医療院のスタッフについては、病院職員がそのまま異動し、介護職員のみ新たに増員した形で運営を開始した。医師については、もともとサテライトクリニックに所属していた医師が当初から介護医療院に従事していた。しかし、1名のみでは負担が大きいと判断し、療養病棟の廃止に伴い、同病棟で勤務していた医師に週2回、午前中のみ勤務していただくなどの体制を整えた。このような形で医師の診療体制を補強し、対応している。

当初は試行錯誤の連続であった。要介護度の高い患者を積極的に受け入れた結果、看取りとなるケースが増え、厳しい状況に直面した。そのため、要介護度3から4程度の患者を中心に入所させ、リハビリテーションを熱心に行う方針に転換した。介護医療院は在宅と同様の環境であるため、患者には可能な限り長生きしてもらうことを目標とした。この取り組みの結果、開設から半年程度でほぼ100%の稼働率を達成し、その後も良い方向に進んでいる。

もう1つの成功要因として、ユニット形式を採用したことで、報酬が非常に高かった点が挙げられる。さらに、当時の病床削減政策により補助金を受け取ることができたことも大きな助けとなった。これらの要因を踏まえ、早期に投資を決断したことは、結果として良い選択であったと評価している。

■ リハビリの必要性を説明する

○進藤：

野村先生に質問したい。東京都では現在、介護医療院に入院している要介護度4・5の患者に対し、作業療法を軽視する傾向があるのではないかという問題が浮上している。作業療法を実施する際には、その目的を明確に記載するよう指導される。

作業療法の必要性を説明しても、作業療法についての理解が不十分な方々からは、「家事や趣味活動といった内容が要介護4・5の患者に本当に必要な

のか」という疑問が投げかけられることがある。野村先生の施設では20単位ものリハビリを実施されているようだが、東京のような問題は生じていないだろうか。

○野村：

詳細は把握していないが、要介護度5の方に対しては、リハビリをそれほど積極的には行っていない。主にSTが中心となり、嚥下訓練を主体としている。

基本的には、要介護度3の方を対象としている。医療区分1～2程度で要介護度が3の方は比較的元気であるため、その方々に長く健康で過ごしていただくことを目的にリハビリを実施している。

要介護度4の方への作業療法について、かつては脳卒中の患者が非常に多かったため、PTとOTがしっかりと連携してリハビリを提供していた。在宅復帰を目指すために、利き手の障害がある場合の利き手交換や、食事動作の改善、家事訓練など、さまざまな訓練を実施してきた。陶芸などの作業を取り入れることもあった。

しかし、現在では片麻痺の患者が圧倒的に減少しており、対象者の多くが高齢者である。そのため、「家事訓練が必要ない」との意見もあるかもしれないが、そうではなく、理学療法や作業療法として、箸の使い方や特殊なスプーンを用いて自分で食事を取る訓練など、高齢者にとって必要な機能回復を支援する取り組みは重要であると考え。これらの訓練は今後も高齢者に必要であるから、審査担当者に対して十分に説明することで、理解を得られるのではないかと思う。

○鈴木（座長）：

当会の調査によると、最も査定される項目はリハビリ、特に作業療法であるというデータがある。今後、理解していただくための適切な説明について、検討が必要であろう。

○会場：

私は島根県で今年から介護医療院を運営している。当院は医療機関をバックに持たないため、リハ

ビリの返戻が発生することが多い。作業療法では整形外科系の疾患、特に下肢の疾患が対象外とされる場合がある。また、理学療法では認知症の方が対象外とされる場合もあり、これにより毎月3～4件の返戻が発生しているのが現状である。

■ 入所後、短期間で看取りになる問題

○鈴木（座長）：

猿原先生が会場におられたら、質問したい。猿原先生は独立型の介護医療院「I型」を運営されており、非常に珍しいケースである。経営上のご苦労などについてコメントをお願いしたい。

○猿原大和氏（医療法人社団和恵会理事長）

当院はI型の介護医療院を運営しており、229床の規模で独立型として活動している。比較的大規模で、かつ独立型という点が特徴である。

最近、特に困っていることは、看取りのみを目的として入所される方が非常に増えている点である。おそらく急性期病院の在院日数が短縮されていることが原因と考えている。少し前であれば急性期病院入院中に亡くなっていたような状態の方々が、入院期間短縮のためすぐに退院日が決められ、介護医療院に入所となり、数日で亡くなってしまう。

近年、病院と介護施設との連携が非常にスムーズになったこともあり、急性期病院から介護医療院への転院が以前より速やかに行われるようになった。とてもいいことではあるが、その結果、介護医療院に入所してから2週間程度で亡くなる方が増加しており、負担が大きくなった。しかも、要介護度が低いことが多く、負担が増えたのに十分な介護報酬を頂けない。

調べてみると、もともと

要介護度が低い状態、たとえば要介護1や2でなんとか在宅生活を送られていた高齢者が、救急搬送により急性期病院に入院し、そこで嚥下機能が失われたため、末梢点



猿原大和氏

滴だけの状態となり、ターミナルケアの目的で介護医療院に入所されるケースが多いことが分かった。入所後に、すぐに要介護度の変更申請を出すようにしているが、介護認定調査員が間に合わない場合も多い。このような場合は、実際の要介護度は4以上の重介護状態でありながら、介護報酬は低いままになる。つまり、実際の臨床像と要介護度との間に大きなギャップが生じている。この問題は、介護医療院を運営する上で、今後、改善しなければいけない大きな問題であると考えている。

■ 介護医療院への移行、「早く決断を」

○鈴木（座長）：

会場から、小山先生にコメントをお願いしたい。

○小山秀夫氏（兵庫県立大学大学院特任教授）

会場にいる多くの方々がまだ気付いていないかもしれない。医療療養病床よりも介護医療院の方がはるかに優れている。進藤先生のご発表にもあったように、経営的な観点以上に、利用者が介護医療院を高く評価している点が挙げられる。

政策的な観点もある。現在は医療療養病床を介護医療院へ転換する時期であり、これを先延ばしにすればするほど不利な状況となる。早急に決断すべきである。

また、リハビリについて医療療養病床では1日13単位しか実施できない一方で、介護医療院ではほぼ制限なく実施可能とされている。こうした点からも、医療療養病床から介護医療院への転換が望ましい。

リハビリも実施せず、単なる「お預かり」の状態で運営している医療療養病床の病院においては、今後の運営がさらに困難になることが予想される。そのような状況にありながら、介護医療院への移行を決断できずにいる現状は問題である。決断を遅らせることは、施設の存



小山秀夫氏

続を危うくする可能性がある。

先ほど、リハビリについて議論があった。要介護度4・5の方にはリハビリが不要であるというのであれば、その旨を明確に示すべきである。要介護度は、介護の手間を示す尺度である。したがって、介護の手間がかかる人にリハビリが不要であるとする論理は、明らかに矛盾している。この点については、改めて医学的な視点から見直すべきであり、その考えをはっきりと示す必要がある。

また、リハビリに関して、これまで査定を経験したことがない方々には馴染みがないかもしれないが、47都道府県それぞれで対応が異なっている。例えば、回復期リハビリテーションでは通常9単位が認められるが、ある県では80歳以上の場合に6単位しか認められないといったローカルルールが存在する。各地で異なるため、一概には言えない。

医療療養で13単位しか認められない現状についても、症状詳記を医師が丁寧に記載すれば13単位以上が取れる場合もあるが、基本的には制約が多い。

一方で、介護医療院ではより多くの単位が認められる。なぜ医療療養で13単位に制限されているのに介護医療院ではそれ以上が可能であるのかを考えれば、医療療養病床よりも介護医療院の方が優れていることが見えてくる。

本日は3名の先生方に大変貴重なお話をいただき、多くの学びがあった。今後の検討材料とさせていただきます。

○鈴木（座長）：

介護医療院の制度がスタートしてから6年が経過し、医療と介護の狭間に位置し、行き場のない方々が介護医療院を選ぶようになってきた。入所後すぐに亡くなるケースも多いが、それでも介護医療院の必要性が一層認められてきたと考えられる。

小山先生からのご指摘にもあったように、現在悩んでいる方は早めに介護医療院への転換を検討すべきと考える。本日の意見交換が皆さまの今後の参考となれば幸いである。



学会長招宴

第32回日本慢性期医療学会・学会長招宴 平成扇病院の特別編成バンドによるライブ演奏



第32回日本慢性期医療学会の前夜祭となる「学会長招宴」が2024年11月13日、ヨコハマグランドインターコンチネンタルホテルで開催された。本学会長を務める矢野諭副会長は開会に際し、「明日からの議論に向けて鋭気を養っていただき、実りある学会にしたい」と挨拶。会場には、多くの関係者や来賓が出席し、明日からの学会開催に向けて交流が行われた。本招宴では、来賓からの祝辞や当会の取り組みの報告のほか、矢野学会長が院長を務める平成扇病院の「歌を愛する会 特別編成バンド」による演奏があり、大いに盛り上がりを見せた。

■ 対面での開催は非常に感慨深い

開会に際し、矢野学会長が主催者を代表して挨拶。参加者に感謝の意を示し、今回の学会開催について「私の大好きな街、横浜で学会を開催できることを心から嬉しく思っている。2013年第21回東京



矢野諭氏

大会以来の、関東地区での久々の対面での開催は非常に感慨深い」と喜びを見せた。

矢野学会長は、過去の開催地やコロナ禍での対応などを振り返りながら、良質な慢性期医療の実現に向けた取り組みの継続性を強調。今学会のテーマである「“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～」を紹介した上で、「明日からの議論に向けて鋭気を養っていただきたい」と語った。

続いて、橋本康子会長が日慢協の新たな取り組みについて報告した。「都道府県慢性期医療協会会長会議」の設置について橋本会長は、「地域ごとの課



橋本康子氏

題を共有し、解決策を見つめる場として設けた」と述べ、各地域における慢性期医療の連携強化を図る方針を示した。さらに、「青年部会」の設立にも触れ、「若い世代に自由な発想を発揮してもらい、次世代の担い手を育成したい」と説明した。

橋本会長はまた、医療療養病床の機能の明確化に言及。「医療療養病床が何をやっているのか、その役割をはっきり示す必要がある」とし、慢性期医療の必要性や重要性を社会に広く伝えるべきとの認識を示し、エビデンスに基づく提言につなげるためのアンケート調査などへの協力を呼び掛けた。

■ 医療提供体制をリードしている



釜范敏氏

来賓としてご出席を賜った日本医師会の釜范敏副会長は、わが国の医療や介護の現状に触れ、「経済が回復し、必要な財源が確保されることが不可欠である」と述べ、医療・介護の仕組みを維持するための必要性を訴えた。また、釜范副会長

は自身が次期参議院選挙への挑戦を控える立場として、今後も医療政策に取り組む姿勢を示した。

また、厚生労働省保険局医療課長として2024年度の診療報酬改定を主導した同省大臣官房厚生科学課の眞鍋馨課長は、これまでの診療報酬や介護報酬の改定に関する経験を振り返りながら、データに基づく

医療政策の重要性を強調。「リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な推進や連携が大事だ」という思いを今回の改定に込めた」と語った。

乾杯の挨拶を務めたのは、東邦大学医学部名誉教授の小山信彌氏。小山氏は、急性期医療に携わった立場から武久洋三名誉会長との出会い、慢性期医療との関わりなどを紹介した。当会の役員が厚労省の審議会に委員として多く参加していることに触れ、「素晴らしい意見を述べ、大活躍している」と高く評価。「日本の医療提供体制をリードしているのは、この学会ではないか」と述べ、本学会のさらなる発展と関係者の連携に期待を寄せた。

■ 慢性期医療は永遠に不滅



西尾俊治氏

本招宴では、平成扇病院の特別編成バンドによる演奏が行われ、矢野学会長も加わった。同院の事務長や看護師らによる演奏は「患者の離床活動の一環として行われている」との紹介があり、「入院生活を少しでも楽しいと思ってもらえるように一生懸命に取り組んでいる」との挨拶があった。

厚生労働大臣政務官に就任した衆議院議員の安藤高夫氏も会場に駆けつけ、「国民のために力いっぱい闘いたい。日慢協のためにも大いに頑張りたい」と挨拶した。

最後に、次回の第33回日本慢性期医療学会の学会長を務める西尾俊治常任理事が登壇。「慢性期医療は永遠に不滅であると確信している。来年また皆さんとお会いできことを楽しみにしながら、この1年間、がむしゃらに頑張りたい」と学会成功への意気込みを示し、閉会の挨拶とした。



第32回日本慢性期医療学会を終えて

第32回日本慢性期医療学会 学会長 矢野 諭

筆者が学会長を務めた第32回日本慢性期医療学会が、2024年11月14日（木）・15日（金）に、パシフィコ横浜ノースで開催された。第12回慢性期リハビリテーション学会も併催となり、今回から2つの学会を一人の学会長が務めることになった。二日目の朝は少し小雨がちらついたが、初日は晴天に恵まれ会員の皆様をはじめ、関係者の方々の熱意と絶大なご支援・ご協力により、恙無く2日間の学会を終了することができた。一つの病院から30人以上の方々の参加を含め、2日間合計で2000人弱の方々にお集まりをいただいた。この場を借りて皆様に改めて感謝の気持ちをお伝えする次第である。一般演題の発表総数は614題で、そのうち慢性期リハビリテーション学会の演題が188題であった。今回の学会の大きな特徴の一つは、ポスター発表形式を重視し、全体の87.5%にあたる537題がポスター発表となったことである。

学会の内容に関してはJMCの中で詳細に紹介されるので、ここでは、学会が終わった今だから語ることが出来る現在の率直な心境をお話したい。

自分は臨床医であり専門の研究者ではないが、学生の頃から「学術・アカデミズム」に対する特別な思い入れ（憧れのようなもの）が人一倍強かったと感じている。大学の医局（外科）に入ってから、多くの人間が敬遠する「学会発表」はむしろ望むところであった。大学医学部の役割は臨床・研究・教育であり多様性と変化に富んでいた。当時はまだ封建的であり（特に外科は）、多くの医師にとって決して居心地が良いとは言えなかった大学医局の雰囲気も決して嫌いではなかった。さいわい、外科の全国学会での発表もかなり経験させていただいた。学

位取得のための実験（転移性肺腫瘍）も順調に終わり、一般市中病院に勤務するようになってからも、自らが学会発表をしたり、研修医にテーマを選んで発表の機会を与えたりしていた。この方向性は慢性期医療の道に入ってから変わらなかった。北海道小樽市の病院の院長時代には、多職種に声をかけて、2010年の「第1回アジア慢性期医療学会」（京都）に病院から9題の演題を提出したことがあった。北海道から単身上京後の2013年以後は、学会発表ではなく、むしろ日慢協関連の業務としての研修会の講師や学会・セミナーの講演、執筆、取材などの機会がどんどん増加していった。武久洋三名誉会長、橋本康子現会長はじめ、会員の方々の多大なサポートのおかげである。外科医の時よりも視野は格段に広がり、内容や質は異なるものの、大学と同じように臨床・研究・教育を日々実践できる環境が整っていった。北海道とは大きく事情が異なる東京で、臨床医としても病院管理者としても、何とかやっていける自信がついてきた3年前に、第32回学会長を拝命した。小樽にいたら絶対に実現しなかったことであり、私は本当に幸運な人間だと思う。「学術・アカデミズム」に対する思い入れは40年以上前から変わらず、自らが学会長となることの意義をかみしめ、学会テーマとプログラム構成には時間をかけて自らの意向を反映させた。学会期間中は重圧が半端なものではなく、不眠と口内炎と坐骨神経痛に悩まされた。学会の評価はこれから出てくると思うが、批判は甘んじて受け、『この学会を自らの再スタートの契機としたい』と考えている。自分はまだまだ未熟であり、これからが勝負である。



第32回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰 講評 第12回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰 講評 2022年度・2023年度優秀論文表彰 講評

日本慢性期医療協会 学術委員会 委員長 鈴木龍太

2024年11月15日、第32回日本慢性期医療学会（パシフィコ横浜 矢野論学会長）の閉会式で2022年度・2023年度優秀論文表彰と第32回日本慢性期医療学会優秀演題表彰、第12回慢性期リハビリテーション学会優秀演題表彰を行った。

1. 日本慢性期医療協会誌「JMC」 優秀論文表彰

2022年と2023年にJMCに掲載された査読を経た学術論文12編を対象とした。日本慢性期医療協会学術委員会委員15名が採点し、順位点を付け、順位点合計が一番少ないものを優秀論文とし、2番目を準優秀論文とした。今回は下記論文が選ばれた。

【優秀論文】

氏名：橋本病院 医師 石川明美（いしかわ あけみ）

タイトル：脳卒中患者における高次脳機能障害と自宅退院との関係について ～認知関連行動アセスメントを用いて～

【準優秀論文】

氏名：永生病院 言語聴覚士 白波瀬元道（しらはせ もとみち）

タイトル：医療療養病床の摂食嚥下リハビリテーション体制が入院患者の摂食嚥下機能に与える影響

優秀論文は橋本病院回復期リハビリテーション病棟医師の石川氏の論文で、脳卒中患者の自宅退院と高次脳機能障害との関連性を検討したものである。自宅退院と認知行動関連アセスメント（CBA）の結果が優位に関連があり、特に注意、判断、病識の項目が良好であることが自宅退院に繋がった。自宅退

院の指標として今後有用になると思われた。

準優秀論文は永生会言語聴覚士の白波瀬氏の論文で、医療療養病棟で、摂食機能療法を算定し、言語聴覚士配置が1.1名以上である嚥下リハ体制充実群で、栄養摂取状況が有意に良好であることが示された。医療療養病床でも嚥下リハを充実させることが有用であることを示したものである。

どちらも慢性期医療ならではの課題を研究し、医療の進歩に役立つものがある。これからの活躍に期待したい。



写真1 2022・2023年度優秀論文・準優秀論文表彰

2. 第32回日本慢性期医療学会、第12回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰

優秀演題選考は発表された一般演題を、座長と評価者2名の採点者が評価し、合計点数が高い演題を選んでいく。2名の採点者が同じ演題を選ばないと受賞できない仕組みになっているので、適切な評価ができていないと考えている。第32回日本慢性期医療学会は一般発表演題426題から10題、第12回慢性期リハビリテーション学会からは一般発表演題188題から5題を選出した。第32回日本慢性期医療学会からは医師・看護師・社会福祉士・管理栄養士・

理学療法士・言語聴覚士・歯科衛生士，第12回慢性期リハビリテーション学会からは理学療法士・作業療法士・臨床心理士と幅広い職種から選出されて

おり，それぞれの学会の特徴がよく表れていると考えられた。是非 JMC に投稿していただきたい。



写真2 第32回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰



写真3 第12回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰

第32回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰

演題番号	都道府県	施設名	職種	氏名	演題名
13-1	滋賀県	琵琶湖養育院病院	看護師	沖田 聡嗣	看護師特定研修修了者を中心とした医療療養型病床での取り組み～長期人工呼吸器ケアユニット開設～
24-4	北海道	札幌西円山病院	社会福祉士	加藤 彩芳	回復期・慢性期病院が推進する病診連携とは ～整形クリニックへの広報分析から相談・紹介・逆紹介に着目して
56-3	神奈川県	鶴巻温泉病院	医師	椎木 一彦	当院での排尿自立支援活動の紹介と実績報告
58-1	栃木県	日光野口病院	医師	目黒 浩昭	透析患者に対するHIV 検査の標準化に向けた取り組み～スティグマ（偏見）を解消する試み～
59-1	愛知県	福祉村病院	理学療法士	鈴木 颯太	当院の転倒・転落防止に向けた取り組み
66-2	東京都	永生病院	管理栄養士	岡部 貴代	当院における栄養情報提供書作成の取り組みと課題
66-4	福島県	福島寿光会病院	理学療法士	林 美保子	慢性期病棟における高齢入院患者の栄養状態と生命予後との関係
67-2	兵庫県	平成病院	言語聴覚士	小川 けい	地域在住高齢者におけるオーラルフレイルのコーチング介入に関する予備的調査
67-4	広島県	ナカムラ病院	歯科衛生士	山根 次美	開口障害を有する認知症患者の口腔清掃介助時における病棟職員による2列歯ブラシ使用の検証
71-6	大阪府	千里リハビリテーション病院	看護師	中村 祥子	慢性期医療，リハビリテーションの視点は災害支援現場でも活かせる～能登半島地震災害支援を通して～

※演題評価は各セッションの座長・評価者によって行われ，5項目各20点，合計100点満点で評価されたうち，上位10演題を優秀演題として表彰いたしました。

第12回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰

演題番号	都道府県	施設名	職種	氏名	演題名
6-3	大阪府	千里リハビリテーション病院	理学療法士	高橋 航	複数の転倒歴がある進行性核上性麻痺の症例―自宅退院を見据えた回復期リハビリでの取り組み―
77-1	徳島県	徳島平成病院	理学療法士	浜中 貢輔	軽度認知症及び軽度認知障害を有する入院患者に対するPhysibo Gaitの即時効果の検証
82-1	富山県	公立南砺中央病院	作業療法士	松本 華世	療養病棟で意味のある作業の提供により患者の主体性を尊重した取り組み
83-3	滋賀県	近江温泉病院	作業療法士	清河 華月	介護医療院で，少しでも自分らしさのある生活を取り戻す作業療法の関わり
96-6	宮城県	西仙台病院	臨床心理士	渡辺 正美	通所リハビリテーションでの公認心理師による「心理プログラム」の効果1 ―心理状態の変化に着目して―

※演題評価は各セッションの座長・評価者によって行われ，5項目各20点，合計100点満点で評価されたうち，上位5演題を優秀演題として表彰いたしました。



第32回日本慢性期医療学会 総評

「治し・支える良質な慢性期医療」への挑戦と未来への指針

日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長 富家隆樹

1. 熱気あふれる二日間：学会の概要

2025年11月14日・15日、パシフィコ横浜ノースを会場に第32回日本慢性期医療学会が開催された。日本慢性期医療協会副会長である矢野 諭学会長が掲げたテーマ「“治し・支える”良質な慢性期医療」のもと、全国から1,971人、約2,000人に上る参加者が集まり、多くの著名な先生方によるご講演や会員施設職員の発表が行われた。どの会場でも、慢性期医療の方向性について熱気あふれる議論が展開され、テーマに沿った多彩なプログラムで充実した二日間となった。

2. トリプル改定を乗り越えて：示された未来像

今回の学会は、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス報酬という厳しいトリプル改定を乗り越え、2040年に向けた慢性期医療の未来像を共有する重要な場となった。学会のサブテーマである「サイエンス・アートの調和と統合」では、医療の科学的側面と、看護や介護、そして患者といった人間性に基づくアートの側面が歩み寄ることの意義が改めて示された。これにより、患者や利用者を「治し、支える」慢性期医療の真髄が具体的に掘り下げられたと感じた。こうした学会のテーマと内容は、慢性期医療の本質を再認識するきっかけを与えるものであった。

3. 議論と連携の深化：ポスターセッションと併催イベント

特筆すべきは、一般演題614題のうち8割以上を占めたポスターセッションの充実である。会場には537題ものポスターが所狭しと並べられ、そのどれもが発表者の熱意と創意工夫にあふれていた。発表者と参加者が膝を突き合わせ、近距離で活発な

議論が繰り広げられるこの形式は、慢性期医療の現場における課題と解決策を共有する場として非常に有意義であった。そしてそれぞれの発表からは診療報酬改定や介護報酬改定により限られた予算や人材の中でも、患者様に寄り添い、質の高い医療を提供しようとする強い意志が各演題から伝わってきた。

さらに、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といった併催イベントでは、慢性期医療を支える多職種が集まり、多角的な視点で議論が行われた。これにより、地域包括ケアの中で多職種連携の重要性が再確認され、慢性期医療のさらなる質向上に向けた新たな視点が提供された。これらの併催イベントは、慢性期医療を支える「チーム医療」の在り方を示すものとして、非常に意義深いものであった。

4. 学会を通じて得られた課題と展望

学会全体を通じて、「治し、支える良質な慢性期医療」に向けた具体的な取り組みや課題が多岐にわたって議論された。その中で、地域密着型医療の強化、多職種連携の深化、科学と患者への思いやりの調和、慢性疼痛管理の改善、特定看護師をはじめとする各職種の人材育成、そして持続可能な経営戦略の重要性が浮き彫りとなった。これらの課題を克服するためには、柔軟で革新的なアプローチが求められると同時に、患者中心の医療を提供するための協働と地域特性を考慮した対応が必要であることが確認された。

最後に、本学会が今後の慢性期医療の進化を支える重要な一歩となったことに感謝するとともに、この場で得た知見や議論が、それぞれの現場でより良い医療の実現につながることを期待する。未来を見据えた慢性期医療の発展に向け、多くの学びと示唆を得ることができた意義深い学会であった。

慢性期.com

慢性期医療の今が分かるWebサイト

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 賀代先生

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わ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。

Check

インタビューも多数掲載



介護・福祉

長い歴史とともに地域に貢献する金上(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



学会

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(木)~18日(金) 立京都国際会館にて第3...



病院

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...



インノベーション

“体内病院”で自宅でも診断 療を——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、新しい検査や治療をするべく日々研究が...

Check

病院運営、キャリアなどの情報も

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。



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



令和7年 JMC 新春特別企画

日慢協トップ座談会 ～人生100年時代の医療と介護～

出席者：厚生労働省保険局医療課長 林 修一郎
厚生労働省老健局老人保健課長 堀 裕行
日本慢性期医療協会 会長 橋本 康子
聞き手：日本慢性期医療協会 副会長 池端 幸彦



「人生100年時代の医療と介護」をテーマに、日本慢性期医療協会のトップと厚生労働省の両課長が意見を交わしました。診療報酬などを担当する保険局医療課の林修一郎課長は、医療と介護が「連携」から「統合」に向かうべきであると述べ、医療における生活の視点が今後ますます重要になると指摘しました。また、介護報酬などを担当する老健局老人保健課の堀裕行課長は、急速な高齢化が進む中で地域における医療と介護の協力体制を整備する必要性が高まっているとし、制度面での支援強化に取り組む意向を示しました。

当会の橋本康子会長は、民間病院として地域で生き残るためには質の向上が不可欠であり、患者に選ばれる病院づくりを進めるべきだと述べ、協会全体での質向上への取り組みの意義を強調しました。また、池端幸彦副会長は、人材不足が深刻化している医療・介護現場で効率的かつ質の高いケアを提供するため、業務の見直しや人員配置の工夫が必要であり、協会としても積極的に協力していきたいとの考えを示しました。

■ 海外研修で政策の重要性を感じた



池端幸彦氏

○池端：

本日はお忙しい中、誠にありがとうございます。司会を務めさせていただきます日慢協副会長の池端でございます。今回の企画では、現在、当会として最もお話を伺いたかった

お二人にご参加いただくことができました。厚生労働省保険局医療課長の林修一郎様、そして厚生労働省老健局老人保健課長の堀裕行様にお越しいただき、大変感謝しております。

今回の座談会は、令和7年2月号の新春特別企画として「日慢協トップ座談会」を企画いたしました。テーマは「人生100年時代の医療と介護」としました。幅広く意見を交わしていただけるよう、あえて大きなテーマを設定しています。医療と介護の今後の展望について、それぞれのお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

また、当会会長の橋本康子も加わり、3名で新春にふさわしく大きなビジョンも含めて語っていただければと思っております。

はじめに、簡単なご略歴をお話いただき、厚生省に入省されたきっかけ、今後の抱負などがあればお聞かせいただければ幸いです。それでは、林様、よろしく願いいたします。



林修一郎氏

○林：

私は京都で生まれ育ちました。大学進学を機に東京に移り、卒業後の2年間は内科や救急を中心に臨床研修をいたしました後は、2000年に入省しました。

入省のきっかけと言えば、大学5・6年生の頃、海外での実習を経験する機会がありました。非常に印象深かったのは、どの国でも同じような試験問題を解き、国家試験も日本と似た内容であるにもかかわらず、実際の医療提供のあり方が全く異なっていたことです。

Profile

●林 修一郎（はやし しゅういちろう）

厚生労働省保険局医療課長

東京大学医学部卒業。厚生省（当時）入省後、介護保険、疾病/難病対策、感染症対策、がん対策など諸分野を担当。その後、保険局医療課課長補佐（診療報酬改定を担当）、奈良県医療政策部長、厚生労働省健康局健康課予防接種室長、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長、医政局医事課長を経て、令和6年7月より現職。

●堀 裕行（ほり ひろゆき）

厚生労働省老健局老人保健課長

筑波大学医学専門学群卒業・環境省環境保健部、厚生労働省保険局医療課、医政局総務課、老健局老人保健課、岐阜県健康福祉部長、感染症対策部予防接種課長等を経て、令和6年8月より現職。

例えば、イギリスで経験した実習では、ジェネラルホスピタルの救急で肺炎を聴診器だけで診断していました。聴診器で肺炎の音がはっきりと聞こえたのです。私は一瞬、自分の身体所見の技術が向上したのかと勘違いしましたが、日本では、音が出るほど悪化した肺炎を聴診器で確認する機会はほとんどありません。

これは、イギリスのGPの診療体制によるものでした。GPの診療所にはX線装置がなく、聴診で肺炎と診断されて初めて救急に紹介され、入院となります。エージェント（緊急）でなければ数日後の外來受診に回されるため、自然と進行した肺炎が聴診で確認できるわけです。

この経験を通して、学ぶ内容は同じでも、実際に行われる医療の形は、その国の医療提供体制に依存し、さらにそれは医療政策によって大きく左右されることに気づきました。もちろん、現場で医療を支えることも重要ですが、医療全体を変革するためには政策の役割が極めて重要であると感じ、大きな関心を抱くようになりました。

入省した2000年は介護保険制度が創設された年です。入省当初、私は介護保険を担当する部署に配属され、当時の上司は眞鍋馨・前医療課長（当時は主査）でした。4月に配属され、最初の業務は5月10日の請求に向けて全国から寄せられる問い合わせに対応することでした。眞鍋課長が回答する様子を見ながら、ひたすら1日中質問に応じるというのが私の初仕事でした。

その後は、福祉系の部署や健康局での勤務が多かったのですが、診療報酬に関しては今回で2度目の保険局医療課勤務となります。

■ 医療制度の違いによって変わる

○堀：

私は埼玉県出身です。林課長のお話を伺い、私も似たような理由で入省したことを思い出しました。私も大学の最終学年時に海外で臨床実習を経験し、同じような気づきを得ました。医学として学ぶ内容は共通しているものの、医療提供の仕組みが日本とは大きく異なり、制度の違いによって提供される医



堀裕行氏

療がこれほど変わるものかと強く感じました。この経験がきっかけで行政の役割に興味を持ち、入省することを決めました。

大学入学当初は内科医を目指していましたが、今申し上げた経験を通して行政に興味を持ち、2002年に入省しました。初期研修を終えた後、すぐに行政で勤務することとなりました。

○橋本：

お二方のお話を伺い、私も同様に感じています。先日、ニューヨークの病院などを見学しました。日本で同じような体制が導入されると厳しい状況になるだろうと感じました。



橋本康子氏

アメリカの医療制度はもともと厳格ですが、ニューヨークでは特にその傾向が強く、費用に関する話ばかりが聞こえてきた印象です。特に驚いたのは、股関節の手術が全身麻酔ではなく局所麻酔で行われ、早期退院を促進している点です。入院期間は1.5日で、人工骨頭の置換手術でも同様でした。非常に驚きました。

退院後はホテルなどに滞在して通院するのではなく、自宅に帰ります。早期退院を徹底しています。また、包括払い制度ですから、例えば股関節の手術費用が30万円と決まっていれば、1日入院でも1週間入院でも同額が請求されます。手術費用として15～20万円ほどがかかるため、残りの予算を病院側で確保するためにも、可能であれば当日中に退院してもらいたいという考え方が強いようです。そのため、全身麻酔はなるべく使用せず、早期退院を

促すのです。患者が痛みを感じないのだろうかと心配ですが、それほどまでに厳しい医療環境であることを改めて実感しました。

■ 質・コスト・アクセスの両立は

○池端：

お二人の課長と橋本会長も海外の医療事情を見てこられたかと思いますが、まず日本の医療の良い点、そして改善すべき点について、どのようにお考えでしょうか。人生100年時代を迎えるにあたり、ご意見をお聞かせください。日本の医療の良い点について、一般的には国民皆保険制度を堅持すべきとの意見が多いですが、その点はいかがでしょうか。

○林：

まさにそのとおりだと思います。日本には国民皆保険という制度があり、質の高い医療が広く普及している点が大きな特長だと思います。

もちろん、完全なシステムではありませんが、日本では「質」「コスト」「アクセス」という3つの要素をある程度バランスよく両立させていることが特徴です。一般的には、質とアクセスを高めながらコストを抑えることは難しいと言われ、これら3要素を同時に満たすことは他国でもほとんど例がありません。日本では、この3要素が相互にバランスよく機能しており、これが日本医療の大きな特長であり、良い点であると考えています。

○堀：

私は現在、介護保険を担当しています。介護保険は日本の社会保障制度の中では比較的新しいものですが、さまざまな議論を経て制度として確立され、高齢者の、安定した生活を支える重要な社会インフラとして定着してきたと感じています。

日本の医療・介護制度の良い点としては、医療も介護も、社会情勢や人口構成の変化に対応して、定期的に見直しを行う仕組みが制度内に組み込まれている点が挙げられると思います。関係者と十分に議論を重ねながら、制度を絶えず見直し、改善していく仕組みがあることは非常に重要であると考えています。

■ データに基づいて議論を重ねていく

○池端：

林課長は介護保険制度の創設時にも携わっていらっしゃったとのことですが、制度設計において、対象年齢をどこに設定するか、現物給付にするか現金給付にするかなど、さまざまな議論があったかと思います。結果として、現在の体制が整いましたが、現在の体制について、どのように評価されていますか。

○林：

私は介護保険の創設直後に入省し、最近では介護保険を担当しているわけではないのですが、介護の提供体制が平成の時代に大きく充実したことは、日本の社会にとって本当に意義の大きいことであったと感じています。その財源確保を含め、早くから制度設計に関わられた諸先輩を、今もたいへん尊敬しています。財源が別になったことで、医療と介護の提供体制の連携が当初進みにくかった面があると感じていましたが、平成20年代以降はこの点も徐々に克服してきています。今後については、時代に応じて様々な課題が出てくると思いますので、見直しが常に可能な状況を保ち、関係者の方々とデータに基づいて議論を重ねていく仕組みが整っていることが重要であると考えています。

○池端：

橋本会長は介護保険部会の委員を務めていらっしゃいますが、いかがお考えでしょうか。

○橋本：

もちろん、医療分野においても国民皆保険制度が最も重要な基盤であり、これがあるからこそ現在の医療制度が成り立っているのだと思います。国民が安心して生活できる環境が整えられています。

日本が世界一の平均寿命を誇ることは、この制度の成果を象徴しているといえます。ほかにも医療従事者の尽力や優れた公衆衛生環境など、さまざまな要素が寄与しているとは思いますが、国民皆保険制

度に加え、介護保険制度が整備されたことが大きな要因ではないかと考えています。

■ 人口減少の影響により新たな局面へ

○池端：

介護保険制度が創設される以前は、医療保険の財源で寝たきりの方を医療でケアしていたため、その負担をどうするかが課題でした。医療保険とは別の保険で対応すべきだという考えから、新たに保険制度を設けることになったのだと思います。税金による負担よりも、保険制度の方が適しているという判断があったのでしょうか。

私も、この介護保険制度は非常に大きな成功を収めたと思います。しかしながら、介護保険も拡大し続けており、2040年、そして人生100年時代に向けて、現在の医療・介護保険制度が持続できるのか、不安を感じるころでもあります。その点について、どのようにお考えでしょうか。

○林：

先ほどのお話に関連して申し上げますと、国民皆保険制度のもとで質・コスト・アクセスのバランスが保たれてきた背景には、現場で働く方々の勤勉さ、ご努力や、献身的な姿勢が大きく関わっているといます。こうした日本人の国民性も制度を支える重要な要素だったと感じます。

制度面でも継続的に見直しが行われ、診療報酬の改定が2年に1回行われる中で、「少しずつ良くしていこう」という意識のもと、医療提供の在り方が調整されてきました。結果として、いわば薄利多売のような形での医療提供をお願いすることも多く、現場には時に負担を強いることもあったかと思えます。

しかし、こうした小さな見直しが少しずつ進んでいくことで、現場の皆さんが真摯に医療を提供し続けてくださり、その結果、安価で質の高い医療サービスが国民に広く普及してきたのだと考えています。

○橋本：

それは一種の作戦なのでしょう。2年ごとに少

しずつ財政サイドの方針が変わることで、私たちも努力を重ねています。薄利多売のような形で対応していますが、もし急激に大きな変化があれば「もう無理です」と断念してしまうかもしれません。少しずつ変化が進むため、私たちも少しずつ慣れ、対応している部分があると思います。これは意図的にそうされているのでしょうか。

○林：

いえ、誰かが意図してそのような制度設計をしたわけではないと思います。結果的に、そうした変化の積み重ねが社会に受け入れられ、制度が長く続いているのだと考えています。人口が増加し、患者数が増える中で、医療提供体制を拡充しようとした際には、コストを抑えながらも質の高い医療を提供する体制が非常にうまく機能していたと思います。

しかし、今後は人口が減少する局面を迎えるため、この方法が引き続き効果的かどうかは、まだ試されていないと感じています。2040年問題に直面する中、地域ごとに異なる人口減少の影響によって、医療・介護提供体制は大きな試練を迎えていると考えられます。

■ 世界の中で全く前例がない

○池端：

林課長のおっしゃるとおりだと思います。(人口が)右肩上がりの時期には問題が少なかったものの、今後は患者数が減少する一方で、医療従事者の数も減少していくと予想されます。介護分野では、既に人手不足が深刻化しており、求人を出しても応募がほとんど集まらない状況です。これまでの微調整では限界があり、今後は抜本的な見直しが必要になるのではないかと感じています。

また、先ほど林課長から「医療機関も努力している」というお言葉をいただき、非常に励みになりました。医系技官の方々が現場の努力を理解して下さっているのは心強く思います。とはいえ、私たちの努力にも限界がある中で、今後どのように対応していくかが課題です。特に介護の人材不足については、極めて深刻な状況となっています。

○堀：

ご指摘のとおり、非常に厳しい状況の中で現場の皆様にご尽力いただいていると感じています。私は入省以来、国際課に二度勤務した経験がありますが、超高齢化の課題に日本がどのように対応しようとしているかについては、海外から非常に高い関心が寄せられていることを実感しています。

日本は世界に先駆けて高齢化が急速に進んでおり、人口減少も進む中で、どのように介護の提供体制を維持するのかについても、各国から熱心な質問を受けています。海外では、日本の取り組みが成功すればそれを参考にし、逆に課題があれば反面教師とする意向で注目しています。そういった意味で、日本は前例のない課題に挑戦し、模範ともなるべき事例を築いていると考えられます。

これまで厚労省として様々な取り組みを行ってきましたが、今後はさらに一步踏み込み、急速に人口が減少する地域でどのように対応できるか、また、都市部を中心に急激に高齢者が増加する中でどのような対応が可能かなどについて、現行の体制や対応に不足があるかも含め、現場の先生方からもご意見をいただきつつ、十分に検討していく必要があると考えています。

■ 時代に応じて医療保険制度を守っていく

○池端：

日本は模倣が得意で、真似できるところは取り入れてきましたが、今や前例がなく、トップランナーとして模索する時期に差し掛かっているように思います。

私の考えでは、そろそろ国民の皆様にも、高福祉・高負担を望むのか、中福祉・中負担、あるいは低福祉・低負担で進むのか、選択していただく必要があるのではないのでしょうか。提供者側、保険者側、行政側だけの議論では、結論を出すのが難しいと感じています。いかがでしょうか。

○堀：

おっしゃる通り、負担の問題は非常に重要です。

特に人口減少が進む中で、どの地域にどの程度のサービスを維持していくのかは、住民の皆様のご理解を得ながら進めなければならない難しい課題だと考えています。

○池端：

その点に関連して一例を挙げますと、今後、高額な薬剤が導入された際に、どこまで保険でカバーするかについて、国民がどこまでを望むのかを考慮しながら決めていく必要があると思います。医療費全体に関して、落とすところと言いますか、何かお考えがあればお聞かせください。

○林：

医療保険は常に財源が不足しがちな制度です。財政面の課題が常に存在します。医療保険の歴史は、こうした財政不足にどのように対処するかという改革の連続だったといえます。私が生まれた昭和48年以前は制度の拡充期でしたが、その後、医療保険は常に財源不足と向き合う歴史だったと実感しています。

医療保険の制度改革は、必ずしも全てのご要望を満たす改革にはなり得ませんが、少しずつ負担を分かち合いながら進めてきました。抜本的な改革をすれば簡単に解決するものではなく、その時々々の社会情勢や経済状況に合わせ、全員で制度を維持していく姿勢が求められます。時代に応じた制度設計をしつつ、国民全体で知恵と我慢を出し合い、この医療保険制度を守り続けていくことが制度の宿命であると考えています。

■ 質の高い医療が評価される仕組みを

○橋本：

いろいろな言い方があるかと思いますが、日本の良さは、全ての国民が一定程度まで平等に医療を受けられる点にあると思います。

アメリカでは、ある種の「切り捨て」のような側面が見られ、高齢になり生産能力が低下すると、医療にお金をかけなくてもよいという考えが垣間見ることがあります。しかし、このような考え方は、

日本人のマインドにはなじまないものだと思います。

一方、日本では、そうした考えはなく、全ての人が平等に医療を受けられるべきという意識が強くなります。しかし、医療を提供するための財源が限られており、先ほど課長がおっしゃったように、その中で工夫を求められる状況です。そうしますと、頑張っている施設には応援して、そうでない施設には異なる対応をする、といった方向性も考えられるのでしょうか。

○林：

質の高いサービスには、その質に応じた報酬が設定されるのが理想的だと考えています。もし、質にかかわらず同じ報酬であるとすれば、例えば50年前に建設され、借入金の返済も終え、人員も最低限に抑えた施設であれば、現在の報酬でも十分黒字を確保できるでしょう。財務状況だけを見れば健全で見栄えの良い病院となるかもしれません。

しかし、厳しい状況下でそのような施設だけが生き残り、収支ギリギリで良質なサービスを提供している施設が淘汰されるような事態は避けるべきです。そのため、報酬制度を担う者としては、質の高い医療とは何かを的確に評価できる感覚を持つことが求められると考えます。

そこで難しい点は、質の高い医療とそうでない医療とを見分ける基準を構築することです。今後、そのような基準づくりに取り組み、質の高い医療を提供する施設が報酬面で適切に評価される仕組みを引き続き追求していきたいと思います。

■アウトカム重視の方針に転換するか

○橋本：

おっしゃるとおり、50年前の建物のような施設であれば黒字化は容易でしょう。

一方、病院を増改築したり、新たな職員を採用したりして質を向上させようと努力を重ね、積極的な取り組みを進めると、赤字に転じやすくなっています。新しい設備を導入し、何かを改善しようとするほど財政面での負担が増え、結果として赤字

になってしまうのが現状です。このような状況を放置していいのか疑問が残ります。

そこで、各医療機関の取り組みを見える形で示し、データとして明らかにする必要があります。すなわち、今後の診療報酬体系においては、アウトカム指標が不可欠であると考えます。医療の成果を数値化して示すことで、今後、アウトカム重視の方針への転換が進むように思いますが、いかがでしょうか。

○林：

それも理想の一つの形だと思います。私も以前、診療報酬の改定を担当した際、同じようにアウトカムを報酬に反映させたいと考え、取り組んだことがあります。

ただし、アウトカムを基準として報酬に反映させることは、基準づくり自体が非常に難しく、限界もあるのが現実です。介護報酬においても毎回アウトカム重視の方針が掲げられますが、実際に基準を策定するとなると多くの課題が出てきます。

私自身の経験として、回復期リハビリテーション病棟における実績指数の導入があります。リハビリの価値は単に20分間の提供時間や回数にあるのではなく、患者さんの機能がどれだけ回復するかにあると考えました。これは一例ですが、そうした価値を数値化して評価する仕組みを導入することが重要だと思います。このような取り組みが他の領域でも広がればよいと感じています。

■アウトカム評価には難しい課題も

○池端：

現在、医療や介護の報酬は、基本的に施設基準に基づいて設定されています。人材が十分に確保できる状況であればこの方法で問題ないかと思いますが、今後は人材不足が深刻化していくことが予想されます。現状では、基準を満たすために多くの労力や費用をかけてスタッフを確保し、施設基準をクリアする努力が続いています。現在の仕組みでは、将来的に持続可能ではないと感じています。

むしろ、施設基準を少し緩和し、プロセスやアウトカム評価に重点を移すべきではないでしょうか。

例えば、大型電器店でも利用客が多い時期には人員を増やし、少ない時期には減らすなど、季節変動に応じた柔軟な対応をしています。病院も季節ごとに患者数変動するため、こうした変動をうまくコントロールしたいところです。しかし、現行の仕組みでは、患者数にかかわらず、施設基準を満たさなければ報酬が得られません。この点について、施設基準の緩和など、ある程度の見直しができるのでしょうか。

○林：

私も、そうした報酬体系が実現できればいいと感じていますが、アウトカム評価の基準を策定するのは非常に難しい課題です。たとえアウトカムが測定できたとしても、さらに難しいのはリスク調整の問題です。アウトカムの高さや低さだけで評価を行うと、軽度の患者のみを受け入れ、アウトカムが上がりやすい患者を優先するというような行動が生まれやすくなります。

このリスクを適切に調整した上でアウトカムを評価する基準が確立できれば理想的ですが、それを実現することは非常に困難です。重度の要介護者のみを受け入れる、軽度の患者を優先するといった、患者の選別につながりうるため、アウトカムの指標を作る際に難しさが伴うと考えています。

■ 報酬体系が複雑になってしまう

○堀：

池端先生がご指摘のように、人材の確保が難しい中で、ケア現場の生産性向上や少人数での対応が求められています。厚労省でも、これまで、見守り機器等を導入した場合の人員配置基準の緩和などの対応を進めてきましたが、さらなる支援のあり方については大きな課題です。

アウトカム評価については、介護分野でも利用者の日常生活動作等に着目した評価を導入してきていますが、改善が見込まれる利用者を選別する可能性があることや、高齢者は状態像が変化しやすく、評価を行う時点の設定が難しいことなどの課題があります。また、林課長がおっしゃったように、指標を

策定するのも非常に難しい作業です。新たにアウトカム評価に基づく支払い方式を導入した際に、現場で不都合や偏りが生じず、さまざまな利用者が従来通りサービスを受けられることが重要です。

冒頭で橋本会長がおっしゃったアメリカの短い入院期間の話にも関連しますが、報酬が1入院ごとに支払われる場合、早期退院できそうな患者を優先するインセンティブが働きやすくなります。こうした課題に対応するため、DPCなど日本の包括払い制度では、現在は1入院ごとに支払われていません。新たなアウトカム評価方式の導入により、軽度の患者や、アウトカムに結びつきにくい患者を受け入れなくなるような状況が生まれることがないように、さまざまな工夫を凝らしながら対応していくことが求められています。

また、橋本会長がおっしゃった、努力を重ねている施設の評価についてですが、これには常にジレンマがあります。包括払いが多く報酬で導入されていますが、施設の良い取り組みを個別に報酬で評価していくと、どんどん出来高払いに近づき、報酬体系が複雑化していきます。

介護分野では、もともと報酬体系がシンプルでしたが、近年は診療報酬の影響を受けて算定構造が複雑化しています。自治体が保険者として運営する制度であるため、様々な項目について評価のご要望がある一方で、分かりやすく簡潔な制度も重要です。こうしたバランスを適切に保つことを意識しながら検討を進めるべきであると考えています。

○池端：

最終的には金銭的な評価になりますが、その評価自体が非常に難しいものです。包括払いと出来高払いのバランスは、常に揺れ動いているように感じます。

今回の診療報酬改定で感じたことですが、全体的に医療資源投入量という観点から見直されました。医療資源投入量が多ければ報酬が高く設定されるという形です。そのため、出来高の要素が増えることで、包括払いの利点が薄れてしまう可能性も現場で感じています。どちらが優れているかではなく、ど

のように組み合わせるのが最も適切かが重要なポイントだと思います。これはおそらく永遠のテーマであり、悩みながら調整していくことが大切であると考えます。

■ 国民皆保険制度を守るために

○池端：

診療報酬の仕組みに関連して、介護では原則として混合介護が認められています。この点について、医療分野でもどのように対応していくべきかが、今後の課題となるでしょう。どこまでを医療保険のセーフティネットでカバーし、どの部分から自己負担とするのか、介護と同様に検討が必要になるかもしれません。どのようにお考えでしょうか。

○林：

医療保険の財源が不足してくる際に、どの部分を守り、どこで負担を分かち合うかが重要な課題となります。将来的な可能性として、二つの考え方がありと思います。

第一は、保険の本質は個人では支払えないような大きなリスクに備えることである、ということを中心とする視点です。保険財政が厳しい場合、保険本来の機能に影響を与えるのではなく、小さなリスクについては自己負担をお願いするという方向性も考えられるでしょう。

第二は、極端に高い治療費を共同体の構成員で負担することは、共助の理念に基づく保険制度として適切なのかという視点です。高額医療費を、いわば同じコミュニティの方々に負担していただくことは社会保険の機能を越えるのではないかという議論もあり得ます。高額な医療や非常に費用のかかる治療については保険適用外とし、どうしても利用したい方には自己負担をお願いするという方向性もあるでしょう。

以上のような考え方には、それぞれにメリットとデメリットがあると感じます。

さらに、「民間保険で対応すればよいではないか」という意見もあります。ただ、民間保険は医療費そのものよりも、保険制度を維持するための間接的な

費用が非常に高くつく仕組みです。実際に保険料が給付として還元される割合は、おそらく3割程度で、残りの約7割は保険会社の運営コストや利潤となる場合が多いと思われますので、民間保険のみで対応するのは現実的ではないという考えもあります。

我が国は、受診時の定額負担や高額医療の保険適用外といった措置を取ることなく、国民皆保険の維持に努めてきました。しかし、財源がさらに逼迫するような状況に陥った場合には、こうした選択肢も含め、その時点での最適な制度を検討する時期が来るかもしれません。

○池端：

徐々に選定療養や自己負担が生じる項目も増えてきていますが、まだ非常に限定的です。

○林：

そうですね。例えば、リハビリテーションが一定回数を超えた場合や、後発医薬品ではなく先発医薬品を選択した場合など、ご自身の判断で追加の自己負担が発生するケースもあります。しかし、こうした自己負担はごく限られた範囲にとどまっています。

現状では、国民皆保険の下で、全ての人々が平等に質の高い医療を受けられる体制が維持されています。私たちは、この制度をできるだけ守る方向で検討し、議論を進めているところです。

○池端：

介護報酬については、上乘せ分を自己負担すれば追加のサービスを受けることが可能であり、いわゆる混合介護が禁止されているわけではありません。この点に関して、現在のところ大きなトラブルは見られないように感じますが、実際の状況はいかがでしょうか。

○堀：

課題を完全に把握できていると言われると、難しい部分もありますが、介護保険は、利用者の希望に応じて、保険外サービスも利用することが可能で

あり、買い物困難者や移動困難者など高齢者の多様なニーズに対応するため、保険外サービスも活用して地域の課題に対応している事例もあります。課題の把握を行いつつ、バランスの取れた運用を促していく必要があると考えています。

○池端：

介護保険には一般企業が参入しており、医療とは異なる倫理観が影響し、モラルハザードが生じることがあります。この点で医療保険とは異なる部分があり、しっかりと監視していただく必要があるかと思いますが、いかがでしょうか。

○堀：

ご指摘のとおりだと思います。介護保険だけでなく、住宅系サービスなど周辺領域も含めて、さまざまなサービスが展開されているため、課題が増えている状況です。こうした点も含め、広い視野で注意深く見守る必要があると考えています。



(左) 堀裕行氏, (右) 林修一郎氏

■ 改善したら報酬減になるジレンマ

○池端：

私たち医療者は通常、保険事故を増やすような努力はしませんが、介護の場合、いわゆる介護事故や要介護状態の利用を煽り、利用を促すケースがあり得ます。こうした事例は時々摘発されることもあります。

訪問看護でも、介護保険を利用した訪問が毎日の

ように行われるケースがあり、疑問を感じるケアプランが見受けられます。こうした点は、介護保険における深刻な問題かもしれません。

○橋本：

要介護度が5から4に下がると経営的に不都合と捉え、改善を望む意識が低下する側面もあります。

介護保険が2000年に導入された当初から、要介護度の判定基準はほとんど変わらず、現在も同様の基準で測定されています。当初は、介護にかかる時間や労力をコンピュータに入力し、そのデータに基づいて要介護度を判定する方式が非常に効果的だったと思います。人材が豊富で、多少資金が限られていても労力を十分に投入できる時期にはこの基準で問題ありませんでした。

しかし現在、介護サービスの利用者数が増加する一方で、介護スタッフの数や労力は大幅に減少することが見込まれています。そのため、提供するサービスの量や時間だけで介護報酬が決まる現行のシステムに限界があると感じています。具体的には、介護サービスの量が多い利用者の方が報酬も高くなるという仕組みが根強く残っており、これがジレンマを生む原因となっています。

リハビリを提供する立場から見ると、少し努力をすれば要介護度3が2や1まで改善する可能性があるケースも多くあります。例えば、リハビリテーションをすれば歩行が可能になったり、食事ができるようになったりする人もいますが、要介護度が改善されることで報酬が減ってしまうため、積極的に改善を図ろうとする動機付けが弱くなる現実があります。

○堀：

その点は、先ほどのアウトカム評価の話とかぶる部分が多いように思います。以前、老人保健課に在籍した際にも、介護報酬における質やアウトカム評価について調査を行いました。指標の設定の難しさに加え、施設が指標の改善の見込みが低い方の受入を避けることに対する懸念が、市町村調査でも施設調査でも示されていたと記憶しています。

良いケアを評価することと、現場のサービス提供を歪めない、ということのバランスを見ながら、あるべき評価については引き続き検討したいと思います。

■ 連携から一体化・統合へ

○池端：

令和6年度の診療報酬・介護報酬の同時改定では、医療と介護の連携がかなり進んだと感じています。今後も引き続き連携を深めていく必要があると考えます。

○林：

今回の同時改定では、医療と介護の連携が強調されていると思います。歴史を振り返ると、昭和の時代には医療が介護の役割を代替していた時代がありました。当時は介護制度が整備されていなかったため、医療の中で介護的な支援も含めて対応していたという状況でした。

平成に入り介護保険制度が創設され、新たな財源が確保されましたが、初期の頃は医療と介護が別々の制度であるがゆえにサービスが分断され、それぞれが独立して提供されるような体制に誘導されてしまった面があります。平成20年頃までの厚労省の制度改正にも、そうした側面があったと思います。

こうした背景の中で、「地域包括ケア」という概念が平成20年頃に提唱され、医療と介護の連携が進められてきました。この連携の方向性は、今回の改定に限らず、今後も非常に重要で揺るぎないものと考えています。

さらに言えば、「連携」と言っている現状では、まだ医療と介護がそれぞれ独立した領域にある状態です。令和の時代には、これらが統合される方向へ進んでいくことが目標ではないかと考えています。「統合」と申し上げましたが、あくまでも財源としては現在の医療保険と介護保険の枠組みを前提に、現場レベルでの一体化を進める必要があるという意味です。

医療の専門知識を持つ従事者と介護の専門知識を持つ従事者がそれぞれ存在しています。互いに顔の見える関係をつくり、地域の関係者がいわば同じ職

場で共に仕事をするような体制を築いていくことが必要でしょう。これは、単なる連携を超えた医療と介護の一体化・統合の方向性だと考えています。

今改定のスローガンでもありますが、医療の場で生活をきちんとサポートすることが医療側のニーズであり、介護側も医療の視点を取り入れることが重要です。医療は、病気を治すことに加えて、生活をしっかり支えるという役割にも回帰していく必要があると感じています。

■ 本人の意思を尊重する医療を

○池端：

とても重要な御示唆をいただきました。日本慢性期医療協会はまさにそのような方針で取り組んできました。今回の同時改定は、私たちにとっても重要なステップになると考えています。

○林：

もう一点、ここで問題提起をさせていただきます。私は、ご本人の意思を尊重する医療がより重要視されるべきだと考えています。医療では、どうしても病気の治療が優先され、ご本人の意思や生活の視点から離れてしまうことが少なくありません。しかし、「生活の視点」を重視するという観点からは、ご本人の意思をどのように聞き取り、あるいは汲み取り、サービス提供に反映させるかが非常に重要です。

うまく機能している事例として、ACPの取り組みなどが挙げられ、こうしたポジティブな動きが進んでいることを心強く思っています。この方向性をさらに推進していくことが大切だと感じています。

一方で、身体拘束の問題は、ご本人の意思がまったく反映されていない典型的な例だと思います。ご本人が望んで身体拘束を受けたいと思うことは、通常あり得ません。自宅で「ベッドから落ちるのが怖いので縛って寝ます」という人は、まずいらっしゃらないはずですが、身体拘束は、ご本人の意思と真逆の方向の問題です。

身体拘束をせずにケアを行うことは医学的にも可能であり、実際にそれを実践している病院もあります。たとえば、日本慢性期医療協会に所属する病院

の中にも、身体拘束を行わずにケアを実施している施設があることを承知しています。この点は注目されるべきでしょう。

現在の実施状況と実現可能なケアのあり方には乖離があります。しかも、その現状がご本人の意思を全く尊重していない形で進んでいることについては、今後も皆さんと共にしっかり取り組んでいきたいと考えています。

■ 慢性期医療の重要性が高まっている

○池端：

連携から統合、本人の意思の尊重、身体拘束の最小化などは私たち協会が進めてきた取り組みであり、長年の念願でもありました。そういう意味では、介護保険は一步先を進んでいると感じます。

○堀：

近年の報酬改定を振り返ると、医療側では高齢者や慢性期医療の重要性がますます高まっていると感じます。そのような中、医療と介護の連携が益々重要になってきています。

私は昨夏まで、岐阜県の健康福祉部で、新型コロナ対応の開始から感染症法上の5類に移行するまで勤務していました。特にオミクロン株が流行して以降は、県の健康福祉部局でも高齢者福祉施設でのクラスター対応や、それを契機に急性期医療への影響に対処することが非常に重要な業務となっていました。

新型コロナ対応での経験も踏まえ、今回改定において、協力医療機関の取り組みが介護側・医療側の双方で進められましたが、今後はそれがしっかりと機能していくかを見守ることが重要です。

また、先ほど、林課長から人生の最終段階における意思の確認、ACPに関する御指摘がありました。介護においても非常に重要なテーマです。高齢になるほど、医療だけで解決できる問題は限られており、ケアの中でどのようにその方を支えていくかが課題となります。その際、ご本人がどのように考えているか、ご意向を尊重し、ケアを進めていくことが非常に重要です。

これは非常に時間や手間のかかる取り組みだと思

います。制度の中でどのように支援できるかが重要な視点だと考えています。今後も、しっかりと対応できる体制を整えていきたいと思っています。

■ 研修会「身体的拘束最小化大作戦」を開催

○池端：

ありがとうございます。当会では先日、「身体的拘束最小化大作戦 ～根性論だけでは進まない具体的なテクニックを学ぼう～」をテーマに研修会を開催しました。まさに、両課長がおっしゃった内容に沿って、私たちも今こそ実力を発揮すべき時だと感じています。橋本会長、この点についていかがでしょうか。

○橋本：

今回の研修会では、身体拘束に関する講義だけでなく、実技も行いました。そのため、WEB開催よりもリアルな場での研修が適していると判断し、100人収容可能な会場で開催しましたが、約120～130人の応募がありました。とても好評だったため、2025年2月に再び開催することになりました。関心が非常に高いと感じています。

今回の参加者は、ほとんどが病院の看護師でした。医師の参加もみられました。これまで、当会で身体拘束廃止に関する研修を幾度か開催してきましたが、医師が参加することは少なかったように思います。ところが、今回は医師も参加しており、関心度が高いことを実感しています。

当会の理事の先生方の病院や介護施設では、かなり前から身体拘束ゼロに向けた取り組みが進められています。身体拘束ゼロは一朝一夕で実現できるものではなく、達成までには数年の取り組みが必要です。職員の意識改革も必要ですし、身体拘束を最小化するためには技術も求められます。そのような取り組みを行っている病院も多くあります。当会会員ではありませんが、看護部長の熱心な取り組みで身体拘束ゼロを実現できた大学病院もあります。

一部の医療者の中には、「危険だから抑制する」「患者を守るために抑制する」という考えもありますが、

これは大きな誤解です。身体拘束ゼロを実現している施設では、別の方法や工夫によって安全を確保しています。どのような医療やケアであっても、技術やスキルを身につけなければ実践できません。決して素人にはできないことです。ただ言葉にするだけでは実現は難しく、適切な技術やスキルを習得することが重要だと感じます。多くの医療機関が高い関心を持ち、学んでいただけることは非常に意義深いと思います。

○池端：

技術を身につけるのは現場のスタッフですが、最終的にはトップ層の意識が変わらなければ、現場も変わりません。当協会の取り組みは先進的であると思いますので、今後も積極的に取り組みたいと考えています。引き続きご指導をいただければ幸いです。

■ 本人の意思確認を早期から進める

○橋本：

当会では、ACPの取り組みも進めています。課題もあります。ご本人の意見や考え方に基づいて医療や介護を提供すべきですが、現場ではACPのタイミングが遅れることが多いように感じます。本人の意思を確認する時点で、すでに意思を表明できない状態になっていることが少なくありません。重度の入所者が多い介護医療院では、6～8割が明確な意思を表せない状態であるようです。

日本人は遠慮深く、医療に対する希望を積極的に表明することに抵抗を感じる傾向があります。意識がはっきりしている段階で「どのような医療を受けたいか」と尋ねても、「先生にお任せします」「病院にお任せしています」という答えが多く、気持ちがあってもなかなか言葉にしていけないのが現状です。そのため、患者さんがもっと若い頃や元気な時期から、少しずつ医療に対する意識を高めていく取り組みが必要だと感じます。もう少し早い段階で、人生の最終段階における医療・介護について話し合えるのがよいと思います。

ただ、健康な時や病気になり始めた頃にそのような話をすると、「まだこんなに元気なのに、もう亡

くなる話をするのか」とか、「本気で治療をしてくれないのだろうか」といった印象を持たれてしまうことが少なくありません。また、「どのような治療を希望されますか」と尋ねても、「最善の治療をしてください」とか、「それが当然でしょう」といった返答が返ってくるが多く、その点で認識のズレもあると感じます。

○池端：

私も早期からACPに取り組むべきとの考えに賛成です。繰り返し行うことがACPの本来の姿だと思います。しかし、急性期病院では、死の間際になって「人工呼吸器をつけますか」と聞くことがACPだと思っている先生方も依然として多いのが現状です。これはACPの本質ではありません。外来の時期や入院初期から何度も本人の意思確認を行い、少しずつ本音を引き出していく過程が重要です。この取り組みを私たちも広めていきたいと考えています。

両課長からのご意見を私たちへのメッセージとして受け止め、今後も努力を続けていきたいと思えます。

■ 慢性期医療のリーダーとして

○池端：

最後に、日本慢性期医療協会の会員をはじめ読者の皆さまに向けて、それぞれ応援のメッセージをお願いしたいと思います。また、差し支えない範囲で、課長としての今後の夢や目標、やりたいことなどがあればお聞かせください。

○堀：

私が日本慢性期医療協会の先生方に初めてお世話になったのは、診療報酬調査専門組織「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」が設置された頃、木下毅会長の時代だったと思います。皆さまには高齢者医療と慢性期医療のリーダーとして、それぞれの現場で地域の医療をリードしていただきたいと願っています。私も制度面や報酬面の整備にしっかり取り組んでまいりますので、引き続きご指導いただければ

ば幸いです。今後ともよろしく願いいたします。

○林：

私も以前から先生方と関わらせていただき、さまざまなご指導をいただいております。日本慢性期医療協会の印象や特徴について申し上げますと、「医療を良くしよう」という思いを会のミッションとして掲げ、長年にわたり真摯に取り組んでいらっしゃる点が際立っています。その姿勢が非常に明確で、私自身も深く感銘を受けていますし、ありがたく思っています。

会のリーダーシップを取られている先生方、そして加盟されている医療機関等の皆さまがその良さを守り、さらに広げていただくことで、良質な医療・介護を共に築いていければいいと願っています。これまでの活動に心から感謝申し上げますし、今後も大いに期待しています。

○池端：

大変ありがたいお言葉をいただきました。会の創設以来、私たちはそうした考え方を意識して活動しています。武久洋三名誉会長が繰り返しおっしゃっていたのは、「何かを要求して勝ち取る団体にはしたくない」という姿勢です。良い医療・介護を提供し、それに応じて制度や報酬が後からついてくるという考え方を共有してきました。橋本会長もその方針を引き継いで活動されています。ぜひ、両課長からの励ましのお言葉を胸に、今後も邁進していきたいと思っております。最後に橋本会長、決意表明をお願いいたします。

○橋本：

私たちの協会には多忙な先生方が多くいらっしゃいます。理事長や院長を務める先生方が毎月のように手弁当で当会の役員会に集まり、熱心に活動していただいています。こうした先生方のご尽力に報いるためにも、みんなでしっかり考え、質の向上を目指す方針をさらに進めていきたいと考えています。

質を高めなければ、私たち民間病院は生き残っていくことができません。国公立や自治体病院のよう

に補助金が入るわけではありません。赤字になれば、すぐにでも経営が立ち行かなくなってしまう。そのため、診療報酬や介護報酬を確保する取り組みも必要でしょう。

しかし、質を向上させれば、診療所や在宅医療を提供している施設も含めて、患者さんに選ばれる存在になれます。その地域で信頼され、生き残っていくためには、「あの病院に行けば安心だ」と思ってもらえるように質を担保することが最も重要です。患者さんにとって嫌なことはしない。しっかりと治療やケアを提供する。こうした姿勢を貫けば、患者さんは来てくれると思います。地域で最良の病院を目指そうという方針は、前会長の武久洋三先生の時代からずっと大切にしてきた考え方です。これが私たちにとって、生き残るための唯一の手段だと感じています。

毎月の役員会では、「このように取り組めば、質がさらに向上するのではないか」「患者さんに選ばれる病院になるのではないか」といったアイデアを少しでも持ち帰っていただきたいと考えています。役員会では、多くの課題について白熱した議論が交わされています。活発な議論があるからこそ、当会には大きな力があると自負しております。これからも努力を続けてまいりますので、引き続きご指導のほど、よろしくお願いいたします。

○池端：

皆さま、本日はありがとうございました。以上で新春座談会を終わらせていただきます。



座談会を終えて 左から池端幸彦氏、堀裕行氏、林修一郎氏、橋本康子氏



災害初期行動カードを使用した避難訓練の取り組み —職員が悩まず行動できるために—

医療法人明倫会 宮地病院（兵庫県神戸市）

看護補助者 安部博子 看護師 東美由紀, 松本満枝

看護師長 永井真奈美 副院長兼看護部長 中川裕美子

1. はじめに

近年、日本では全国各地で自然災害が多発しており、甚大な被害をもたらしている。宮地病院は兵庫県神戸市に位置し創業70周年を迎えるが、1995年に発生した阪神淡路大震災で被災し全壊したため、1997年に病院を再建した経緯がある。震災後30年が経過しており、被災を経験したスタッフは少なく、いつ発生するか分からない災害発生時の対応に漠然とした不安を抱いている。

当院には一般病棟と医療療養病棟があり、医療療養病棟にはADL全介助や終末期の患者が多く入院されているため、災害発生時にはスタッフ一人一人の初期行動が重要となる。そこで医療療養病棟で看護師・看護補助者（21名）を対象として、災害発生時の初期行動カードを作成し、初期行動カードを使用した避難訓練を行い、防災知識と防災意識を高め、災害発生時に悩まず行動ができることを目標に取り組んだので、その結果を報告する。

2. 病院概要

医療法人明倫会宮地病院は、兵庫県神戸市の南東部に位置し、一般病棟44床（一般病床36床、地域包括ケア病床8床）、医療療養病棟44床で構成



写真1 病院外観

されている。（写真1）

病院理念は、「WE ARE ONE 共に未来を拓く」であり、その心は、「その人らしく生きる」を支え続けるために、わたしたちはともに医療と福祉から地域の未来を拓きますである。

看護部理念は「創造性豊かな人間性と専門性を駆使した看護・介護を提供する」である。

3. 方法

（1）病棟職員の防災知識を高める

病院において消火・避難訓練の実施は法で定められた義務であり、当院でも病院全体での消火・避難訓練を年1回実施している。災害発生時のマニュアルはあるが、行動レベルまでは記載されておらず、現場での行動は各スタッフが判断しなければならない状態であった。また、医療療養病棟単独での避難訓練は実施していなかった為、スタッフは災害発生時の現場での対応に不安があった。そのため、まず防災設備を学び、朝のカンファレンス時に防災クイズを行うことで防災知識を高めることから始めた。

（2）初期行動カードを作成し、初期行動カードを利用した避難訓練を実施

災害発生時に個々の職員が行動できるように、火災発生時は通報役、初期消火役、避難誘導役、地震発生時はリーダー役、メンバー役と役割別に初期行動を記載したものを初期行動カードとして作成した。初期行動カードの作成はできたが、実際に初期行動カードを使用した避難訓練が行えなかったことから、取り組み2年目に初期行動カードを使用した避難訓練を実施した。療養病棟の夜間勤務体制が看護師2名と看護補助者1名の3人体制であることか

ら、看護師 14 人、看護補助者 7 人を 3 人 1 組のグループとして避難訓練を行った。

(3) 初期行動カードを利用した避難訓練実施後にアンケート調査を実施

初期行動カードを使用した避難訓練で、スムーズに行動できたか、自分の役割を果たせたか、出来なかった理由、初期行動カードの改善点などについてアンケート調査を実施した。

(4) アンケート結果をもとに、勉強会と防災ツアーの実施 (写真 2)

勉強会の内容は、当院の防災設備について (防災倉庫と備蓄、防火扉の場所、火災報知機と通報方法、スプリンクラー設備について) や病棟の設備 (担架の数と保管場所、消火器・消火栓の数と場所、救急カート・AED の場所、停電時の非常灯や延長コードの場所) などとした。防災ツアーは、病棟を一周しながら実際に防災設備の場所を自分の目で確認していった。

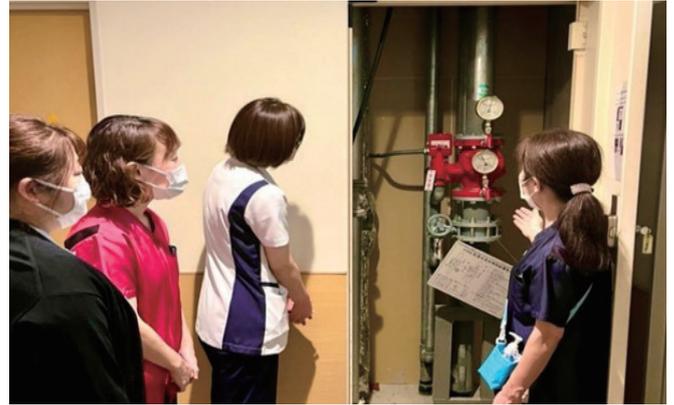


写真2 防災ツアーの実施

(5) 初期行動カードの修正 (図 1)

初期行動カードは、リーダーとメンバーの役割が混在している部分があったため見直しを行った。実際の動きに応じた順番に変更し、内容の矛盾点や不足部分の修正を行った。

(6) 避難方法のお手本動画の作成 (写真 3)

職員全員が、初期行動を理解して同じ行動がとれるように、火災と地震発生時の避難行動の模範演技をお手本動画として作成した。また、繰り返しいつ

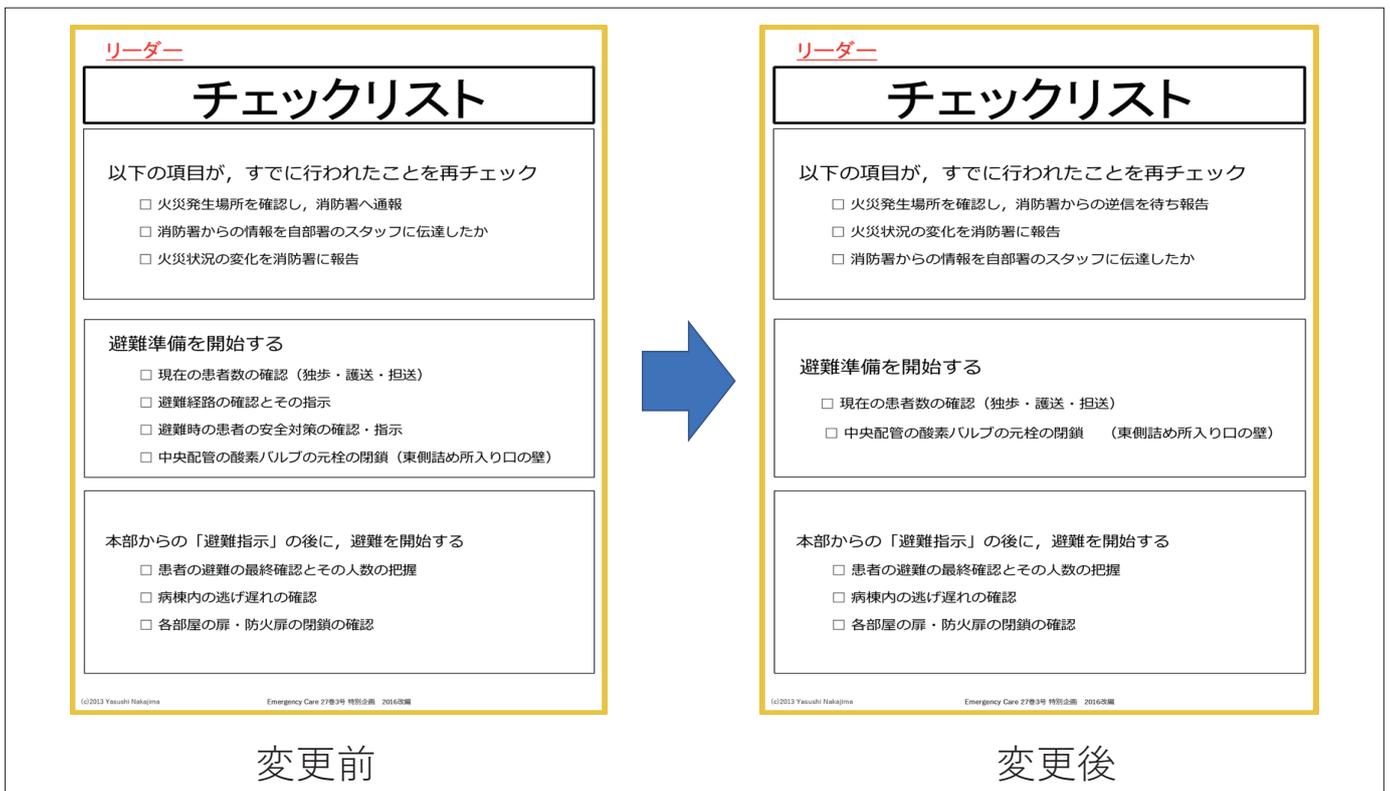


図1 初期行動カードの修正

会員病院の取り組み

でも見られるようにポスターにQRコードを付け、ナースステーションに掲示して視聴できるようにした。

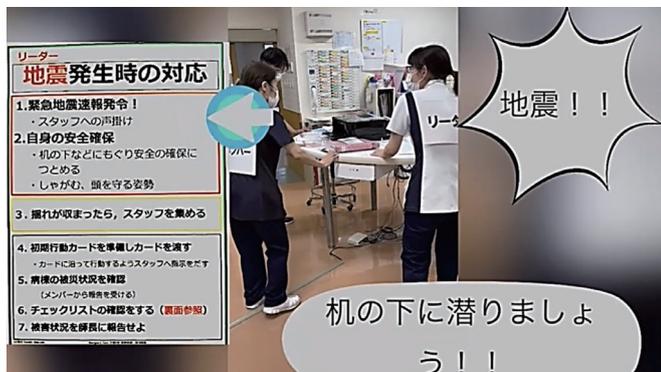


写真3 お手本動画の作成

(7) 対策実施後の評価

対策実施後、再度初期行動カードを使った避難訓練を行い、その後に看護師14名と看護補助者7名を対象にアンケート調査を実施した。

4. 結果

初回の初期行動カードを使用した避難訓練実施後のアンケートの結果、スムーズに行動できなかった人は95%、自分の役割が果たせなかった人が71%で、できなかったと回答した人が多数を占めた。理由としては、「焦った」「優先順位が分からなかった」「役割分担ができなかった」「指示出しができなかった」などがあげられた。

初期行動カードのチェック項目は全部で52項目あり、全体の割合では「できた」が68%、「できなかった」が32%だった。また、火災訓練では26項目中できた項目が15項目で、できた割合は60%、地震訓練では26項目中できた項目が19項目で、できた割合は74%となり、地震訓練に比べ火災訓練のできた割合が低いことが分かった。役割別のできた割合は火災訓練の通報役が62%、初期消火役が67%、火災訓練の避難誘導役が43%、地震訓練のリーダー役が79%、地震訓練のメンバー役は72%と火災訓練の避難誘導役が一番低いことが分かった(図2)。また、火災訓練と地震訓練で

できなかったと答えた項目の内容は、防災設備の場所や使い方、避難経路の確保と患者の誘導、ライフライン損壊の確認、非常用コンセントの差し替え、メンバーへの指示出しであった。

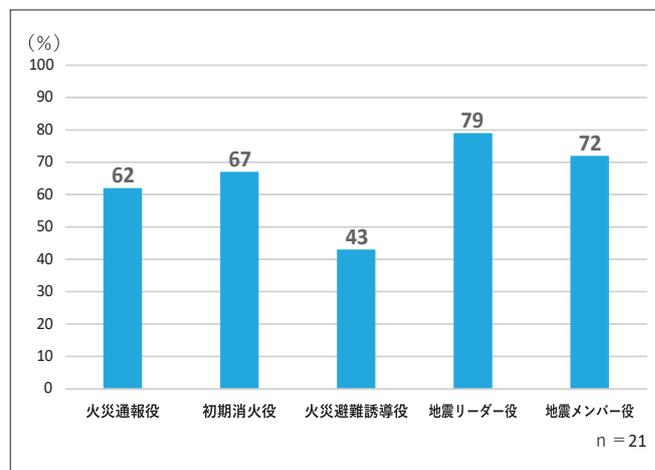


図2 役割ごとのできた項目割合

できた項目割合は、全体：前68%・後91%、地震発生時：前74%・後95%、火災発生時：前60%・後86%であり、いずれの項目もできた割合が大きく増加した。(図3)

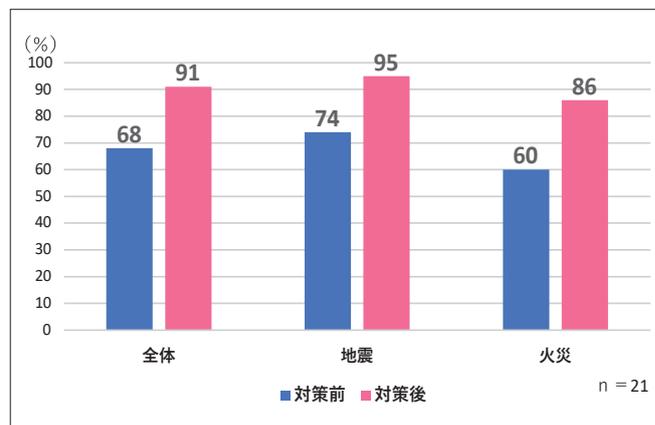


図3 対策前後のできた項目割合

役割ごとのできた項目の割合は、火災通報役：前62%・後84%、初期消火役：前67%・後85%、避難誘導役：前43%・後90%、地震リーダー役：前79%・後84%、地震メンバー役：前72%・後93%であり、いずれの項目もできた割合が増加した。特に避難誘導役は47%と大きく増加した。(図4)

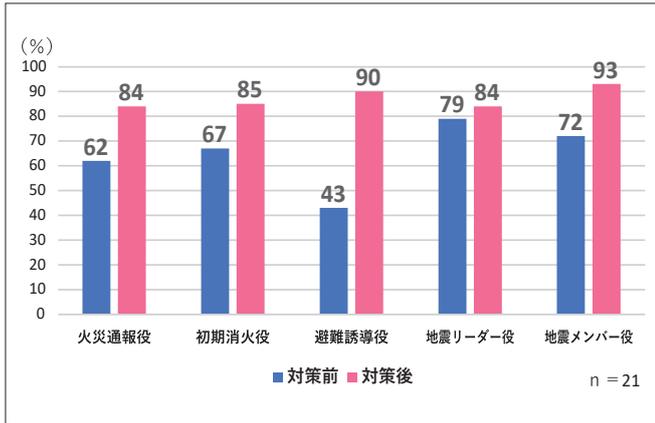


図4 対策前後の役割ごとのできた割合項目

スムーズに行動できた人は、前5%・後76%、自分の役割が果たせた人は前29%・後62%であり、それぞれ増加が見られた。できなかった理由は、「焦った」「指示出しが難しい」「カードを持っていてもチェック項目の見落としがあった」などであった。(図5)

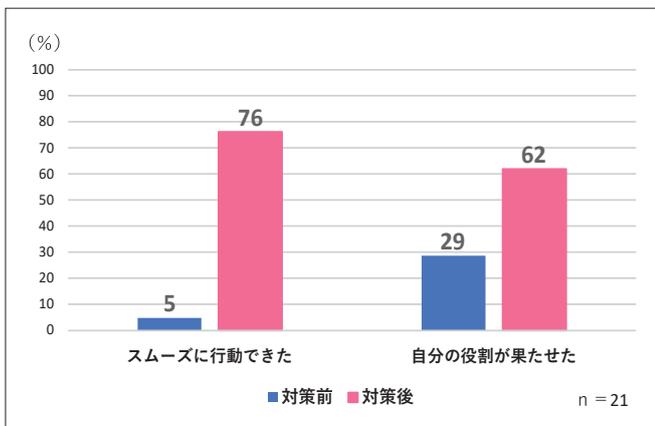


図5 対策前後の行動が出来た割合

5. 考察

カードを使った避難訓練の実施とアンケートの結果、初期行動がとれないと感じたスタッフが依然として多いことが分かった。勉強会や防災ツアーを行ったことで知識が身に付き、普段から防災設備を確認するようになる等の意識の向上が見られた。初期行動カードを使用した避難訓練を実施すること

で、初期行動カード内容の矛盾点や不足部分の改善ができた。またお手本動画を作成したことにより、災害時の初期行動について視認することで、共通認識を図ることができたと考える。お手本動画の視聴がいつでもできるようにQRコードを作成し病棟内に掲示したことで、災害発生時の事故の役割を認識し行動に移しやすくなっていると考えられる。日頃から初期行動カードを見る機会を多く持ち、訓練回数を増やす必要があるため、年1回は必ず病棟内での避難訓練を実施するように計画した。

初期行動カードを使った避難訓練を実施することで、災害発生時の初期行動が具体的にイメージできた。しかし、更に悩まず自己の役割を担うためには、継続した定期的な訓練が必要であると考えられる。

6. おわりに

国の地震調査委員会の研究によると、南海トラフでマグニチュード8～9の巨大地震が今後30年以内に発生する確率が70～80%とされており、発生時期は2035年±5年と予測されている。また、南海トラフ巨大地震が起これば、太平洋沿岸部では、最短で3分後に高さ最大34mの津波が襲ってくると予測されている。災害規模も大きく個人の判断力や統率力が重要になるため、今後も災害に備え、カードを使用した避難訓練を実施し、患者様が安心して入院生活を送れるように病院全体で取り組んでいきたい。

【参考文献】

- 1) 小尾口邦彦：そのまま使える災害対策アクションカード+初めての病院BCP，中外医学社Ver.2，2017
- 2) 国土交通省：南海トラフ沿いの地震に関する評価検討会，2017
- 3) 総務省消防庁：消防法第36条
- 4) 中島康：アクションカードで減災対策，日総研，2016



ターミナルケアに対するスタッフの意識の変化 ～看取りチームの活動を通じて～

社会医療法人千秋会 井野口病院（広島県東広島市）

看護師 村田宗子

1. はじめに より良いターミナルケアを目指して

当院は広島県東広島市にあり、「元気はつらつ、あたたかい心の病院をめざして」という病院理念のもと、地域密着型の医療を提供している。

一般急性期病棟から地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、そして医療療養病棟を擁するケアミックス型の病院として188床を有し、地域における多種多様な医療ニーズに対応しており、二次救急を含む急性期医療、予防医学の一貫としての健診事業にも積極的に取り組んでいる。

筆者の勤務する病棟は、療養病棟入院料1を算定し、病床数42床で20対1の看護配置をとっている。医療療養病棟として生活や治療を支え地域に帰ることを支援しており、同時に人生の最終段階を過ごす場としての役割も担っている。当病棟の死亡退院者は常に一定の人数がおり（図1）、ターミナルケアの重要性を感じている。

WHOは2002年に緩和ケアについて「緩和ケア

とは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOL（Quality of Life）を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」¹⁾と定義している。

一方で国の政策として、医療療養病棟の施設基準は人員配置が20対1であり、入院基本料は1964点となっている。人生の最終段階を過ごす場所として挙げられる緩和ケア病棟と比べると、人員も入院基本料も倍以上の差がある。そのため、組織として配置できる人員も決まっている。当病棟には基準以上のスタッフの配置はあるが、限られた人員の中で、麻薬の管理や細かい配慮が必要なターミナル期の患者と、慢性期ではあるがケアの必要度が高い患者をかかえ、現場は疲弊している。加えて、当院の死亡退院患者数の約30～50%が当病棟からの退院となっており（図1）、当病棟の役割としてターミナル期の患者の支援は重要なものとなっている。

筆者は日常的に勤務する中で、スタッフの疲弊し

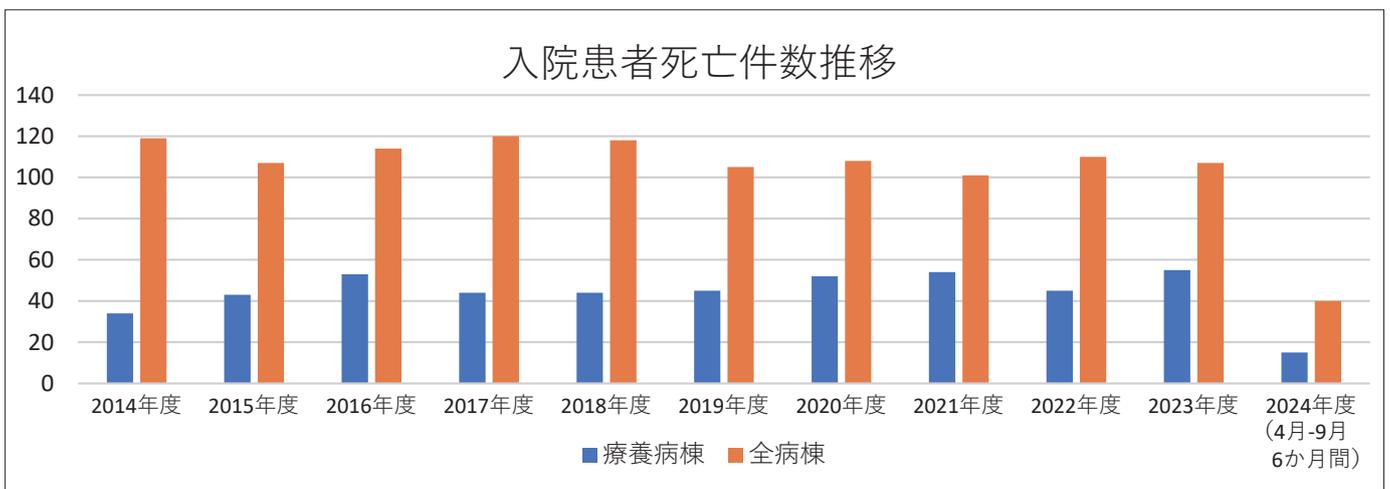


図1 本院の年度別死亡退院患者件数

本院では各年度100～120人の死亡件数があり、その内30～50%が療養病棟での死亡である

た姿を目にしたり、ターミナルケアに対して苦手としている声を聞き、WHOの定義とはほど遠く、このままでは自分たちの目指す看護実践は難しいと感じていた。

そこで、人生の最終段階を過ごす場所としてより良いケアが提供できるようになり、ターミナルケアに自信が持てる病棟を目指そうと考え、看取りチームを結成した。

病棟全体の意識を変えるためには、長期的なかかわりが必要である。看取りチームで5年間の長期計画を立て、評価修正しながらさまざまな活動を行った。2018年からの5年間の活動を通じて、スタッフの意識に変化が見られた。その経過を報告する。

2. 私たちが実践したこと

まずターミナルケアに関する意識を見える化するため、アンケートを実施した。看取りと聞いてどんなイメージをもつか、積極的に関わっているか、関わる中で困っていること等を聞き取り、その結果「重い」「関わりが難しい」「ゆっくり関わる時間がない」というマイナスなイメージをもつスタッフが多く、ターミナルケアに対して苦手意識を持っていることが明確になった。マイナスなイメージの要因として、重症度が高くケアにかかる時間と人手の負担が多いことと、声のかけ方や接し方が分からないという心理的な負担と両方の側面があることがわかった。

看取りチームのメンバーに自身の思いを伝え、「1人ひとりの患者さんに寄り添える病棟」という病棟目標のもと、「ここで最期を迎えられてよかった、と思ってもらえる病棟を目指す」というチームの目標を設定し、様々な計画をたてた。主に、①看取りパンフレット作成、②情報共有シートの作成・運用、③看取りカンファレンス、④デスカンファレンス、⑤勉強会（エンゼルケア、エンドオブライフケア、疼痛マネジメント等）の5つの項目に取り組んだ。

①看取りパンフレット作成

アンケート結果から抽出した、「患者・家族と、死についてどう話したらいいかわからない」という意見に対し、同地域にある病院で使用しているもの

やインターネットの情報を参考に、オリジナルの看取りパンフレットを作成した。まず最初に、患者本人のことや家族の思いを書き込むページを作り、次に臨死期の変化について説明した。モルヒネを使用することに対する不安や、せん妄についての知識や対処についての説明と、亡くなられた後の対応についても記載した（表1）。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. これからの過ごし方について
今心配なこと。どうしてほしいか。これまでの仕事や趣味など。 2. これからどうなるのか
臨死期の身体の変化について。 3. 苦しさは増すのか
眠っている時間が長くなること。麻薬や睡眠薬の使用について。 4. いつもと違う行動をとる
せん妄についての説明。 5. これからの準備について
亡くなる前に決めておいてほしいことや、死の瞬間、亡くなった後のことについて。 |
|--|

表1 看取りパンフレットの内容

<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf>

OPTIM がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」参考

このパンフレットを用いて説明を行うようにしたことで、話すきっかけを作りやすくなっただけでなく、スタッフ自身が終末期の患者がたどる経過を理解することにもつながった。また経過の説明だけでなく、今までの生活歴やこれからどう過ごしていきたいか等を問うページがあることで、コミュニケーションのきっかけにすることができた。はじめは、単に内容の説明と質問の書いてあるページを一緒に読むだけになっていたが、どんな仕事をしてどんなことが好きだったのか、患者本人のことを聞くことで、自然と興味を持つようになり、情報収集ができるようになった。得た情報をスタッフ間で共有することが増え、自然とどう関わっていくかを話す機会も増えた。また、患者が死に向かう過程をどう支えるかを、家族や患者本人と考える機会にもなり、「家族や患者に、死に関わる話をしにくい」「家族と何をどう話していいかわからない」という声が少なくなり、積極的に関わる姿がみられるようになった。

②情報共有シートの作成と運用

当病棟では看護師とともに介護福祉士・看護補助者が配置されており、協力してケアを行う機能別看護体制と、プライマリーナーシングの混合体制をとっている。

介護福祉士や看護補助者はカルテを見る機会が少なく、情報共有が十分に行えていない部分があった。スタッフ全員が簡単に情報収集ができ、同じ認識でケアに当たれるようにするためのツールとして、情報共有シートを作成した。

シートは人体図を用いてわかりやすく表し、告知の有無や本人・家族の思いも記入できるようになっている(図2)。患者や家族と接して得た新しい情報はどのスタッフでも書き加えてもらえるように、ナースステーションの見えやすい場所に置くようにした。このシートがあることで、情報共有が簡単にできるようになり、介護福祉士や看護補助者も患者の状態がわからないという不安がなくなった。加えて、どんな情報の共有が必要かを認識することもできた。必要な情報を認識できたことで、患者・家族と積極的にコミュニケーションをとることにつながった。

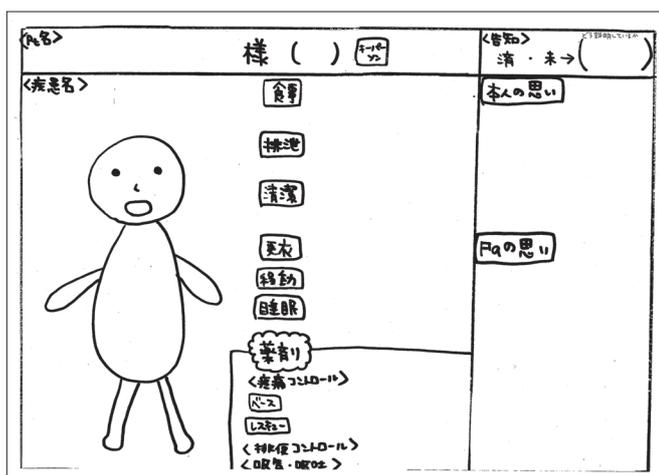


図2 情報共有シート

人体図に病態やカテーテル類を記入することで、介護福祉士や看護補助者にもわかりやすくなるように工夫した

③看取りカンファレンス

前述の情報共有シートができたことで、職員間で患者に対する認識は統一できるようになった。さら

にケアの統一を図るために、看取りカンファレンスを行った。情報共有シートに書いてある内容の周知に加えて、新たな情報の共有や今後どんな情報が必要か、今の問題点に対してどうケアしていくのが最善かなどを話し合った。ケアの内容や声かけの仕方など、具体的な話をする事ができた。以前から日勤者全員が揃って昼の時間にカンファレンスを行っていたため、その時間を利用することで抵抗感が少なく実施することができた。

④デスカンファレンス

湯山はデスカンファレンスを「結果的にそこで明確な答えは出せなくても、チームでケアの振り返りのために共有できる時間を持つことでスタッフ全体が成長し、より良いケアの提供につながっていくものと捉えている²⁾と述べている。

自分たちのケアがどうだったのかを振り返り、フィードバックする事で苦手意識を改善し、自信をもてるようになるのではないかと考え、デスカンファレンスを行った。最初は何を話せばいいのかわからず、戸惑いややらされ感があり、意見もなかなか出なかった。「ああすればよかった」「もっとこうすればよかった」という反省会になっていた。反省を次に活かせるという意見もあったが、目的のカンファレンスにはなっていなかった。

そこで看取りチームで話し合い、方法を検討した。トータルペインを中心とした6つの視点で振り返ることで、患者の全体像をとらえられるのではないかと考え、それをういてカンファレンスをする事に変更した。当日参加できないスタッフの意見も聞けるように、項目別の意見を記入できる用紙を作成し、カンファレンス予定日までに提出してもらうよう呼びかけた(表2)。項目が何を意味するのか難しいという意見もあったため、トータルペインの考え方については具体例を記載し掲示した(図3)。

患者の全体像を捉えられるようにはなってきたが、多い時は1か月に9名の死亡退院があり、その都度カンファレンスを実施することで開催頻度が高くなり、1回のカンファレンスにかけられる時間も少なくなった。内容も浅く、ただこなせばいいとい

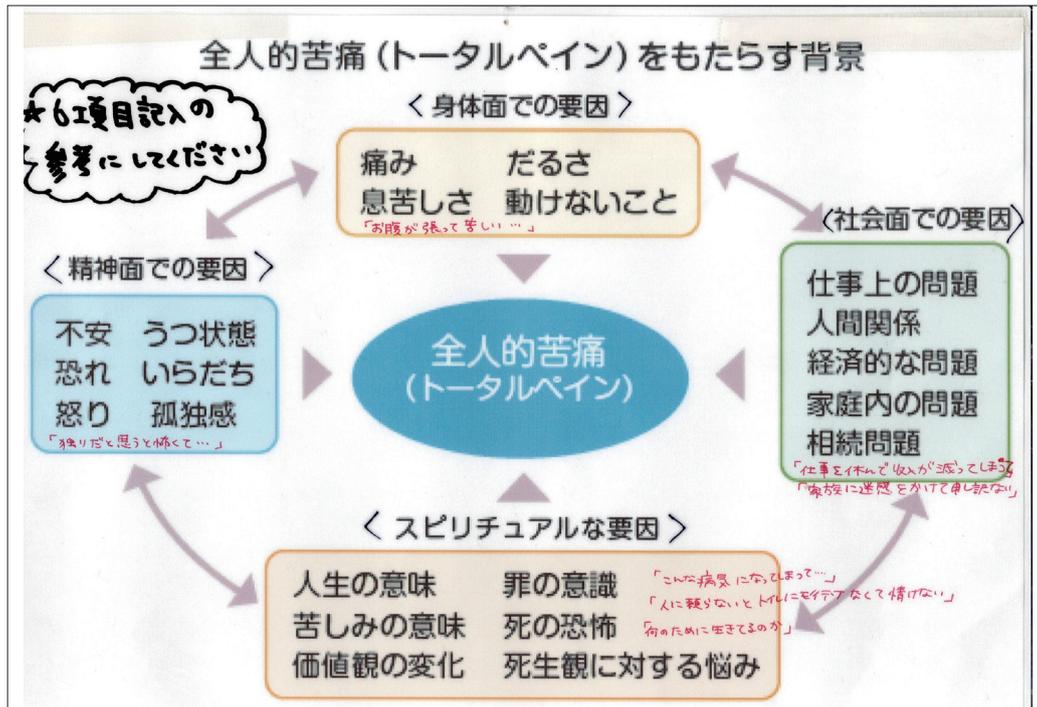


図3 トータルペインについての解説
患者の苦痛を様々な面から捉えられるように、項目の解説を掲示した

1. トータルペイン(身体面) 治療面・症状コントロール
2. 精神面 せん妄・不安・うつ症状など
3. 社会面 経済的問題・家族間の問題・遺産の問題など
4. スピリチュアル面 死への恐怖・生きる意味・苦しみなど
5. 家族ケア
6. その他 医療者間の問題・入院の目的など

表2 デスカンファレンス用紙に記載した項目

う感覚になってしまった。入院期間が短い患者だと意見も少なく、行うことに否定的な意見もあった。

そこで、デスカンファレンスの対象患者を限定した。麻薬を使用していた患者、関わりが難しかった患者、経過の長かった患者、に対して実施することとし、看取りチームメンバーがプライマリー看護師に声をかけるようにした。

また、意見を出しやすくするためにグループワーク方式に変更した。まず少人数のグループでトータルペインの項目に沿って話し合い、まとめた意見を発表してもらうことにした。少人数で話すことで意

見も出やすくなり、「こんなこと言ってたね」「あの時、こうしたのが良かったと思う」など良かったことも話せるようになった。患者との関わりを振り返ることができるようになり、充実したカンファレンスになった。

⑤勉強会の実施

上記の活動と並行して、知識を増やし、認識を変えるために勉強会を行った。疼痛コントロール、エンゼルケア、患者・家族への声かけのしかた、エンドオブライフケアとは、現状確認ツールIMADOKO、予後予測指標など、主に看取りチームのメンバーが研修会に参加したり調べたことを、伝達講習という形で伝えた。例えば、自身が受講したエンゼルケアの研修は、これまでの自身のエンゼルケアに対する考えとは明らかに視点を変える内容を学ぶことができた。病棟に伝えることで、看取りに対するスキル向上、病棟全体の質を高めることになった。

3. 得られた成果

2018年から始めた活動で毎年アンケートをとり、評価を行い、改善をしてきた。当初は、活動内容そのものに対する意見が多くあったが、だんだんとターミナルケアに関する意見が出るようになった。

2022年のアンケート結果では、「日々の看護に生かしている」という意見が半数以上を示す結果となり、「以前に比べ、看取りの患者に対して後悔のないよう関わりたいと考えるようになった」「同じようなケースに活かしている」など、スタッフのターミナルケアに対する意識の変化が明確となった。また、活動の内容、実績を年に1回法人内で実施される発表会で発表することにより、自分たちの活動を他職種に知ってもらうことができ、スタッフ全体の自己効力感の上昇にもつながった。

日々の業務でも、処置や保清の方法がどうすれば苦痛にならないか、安楽に過ごせるか、という視点で考えられるようになってきている。これは、患者や家族の苦痛に寄り添い、より良く過ごすためにどうするかと考えられるようになってきているということだと思われる。

4. まとめ

5年間の活動を通じて、知識も経験も増え、ターミナルケアに対する苦手意識が少なくなった。その

人の背景を知ろうとし、日常業務の中でも、自然とどんなケアをしていくのがその人にとってベストなのか、を話すことが増えた。特にデスカンファレンスでは、フィードバックができ、自分たちのケアがどうだったのか認め合い、次に活かすにはどうしたらいいのかを考えられるようになった。

私たち看護師は、診療の補助や医療処置・日常生活援助など、常に多重課題をこなしている。日々の業務に追われ、忙しく一日が終わってしまうこともあるが、常に患者の一番近くにいる医療従事者として、患者に寄り添える存在でありたい。ターミナルケアが業務の一環にならないよう、その人らしい最期とは何か、患者・家族にとってどう過ごすのが良いのかを常に考え関わっていけるように、看取りチームから発信し続けていきたい。

【引用文献】

- 1) 大坂巖, 渡邊清高, 志真泰夫, その他: わが国における WHO 緩和ケア定義の定訳 ―デルファイ法を用いた緩和ケア関連 18 団体による共同作成―, Palliative Care Research, 14(2), 2019, 61-66
- 2) 湯山邦子: デスカンファレンス実施の意味とその実際, 緩和ケア, 青海社, 19, 2009, 61-65

病院から地域へつなぐ退院支援 ～地域と病院が一体となり患者さんの未来を支える～

医療法人健誠会 湯田内科病院（鹿児島県日置市）

看護師 小中野竜治 看護師長 尾曲正彦

1. はじめに

当院は鹿児島県の西部、薩摩半島のほぼ中央に位置する人口4万6千人の日置市にある。東は県庁所在地の鹿児島市に隣接、西は日本三大砂丘の一つ吹上浜がある自然豊かな地域である。鹿児島県の高齢化率は33.80%、日置市は高齢化率36.45%、当院が置かれている東市来町は41.40%で、全国平均と比較しても高齢化率が高い。

2. 法人の概要

当院は1979年に現在の東市来町湯田地区の内科病院30床として開院。以前はこの地域には内科専門の病院がなく、そのニーズに応えるため開院した。現在、一般病棟（障害者施設）50床、療養病棟（医療療養病床）60床で診療科目は内科、神経内科、消化器内科、呼吸器内科、整形外科、リハビリテーション科となっている。

- ・1998年介護老人保健施設「アンダンテ伊集院」を開設
- ・2003年新病棟を増築
- ・2004年「グループホームすこやか」を開設
- ・2016年「住宅型有料老人ホームクローバー湯田」「メディカルフィットネスプライム」を開設



写真1 湯田内科病院外観

- ・2017年11月地域包括ケア病床を11床開設
- ・2023年7月4床増床、地域包括ケア病床15床

3. これまでの取り組みについて

2016年、日本慢性期医療協会誌JMCにて「当院における認知症への取り組み」を発表し、認知症ケアの重要性を発信した。高齢化が進む地域において、地域医療連携の発展、在宅復帰支援の充実のため、当院は2017年に地域包括ケア病床を新開設した。私たち、医療従事者は地域住民の健康と暮らしを守るため、多職種と連携し地域社会に少しでも貢献できるよう努力してきた。

本稿では、これまでの取り組みを振り返りここに報告する。

4. 地域における当院の役割

高齢者が安心して暮らすには、行政、医療、地域住民など様々な主体が協力することが重要である。社会との繋がりが薄れることで、孤立感を感じやすくなり、認知症、鬱病の発症リスクが高まることが予想される。また、活動量の低下に伴い身体機能が低下したり、病気の早期発見が遅れ重症化することもある。地域高齢化が進む中で、住み慣れた地域で安心して暮らすには、地域包括システムの構築が不可欠である。

当院は病院基本理念の一つである「医療を通じて地域社会に貢献する」という理念を基に、医療、介護、福祉など様々な職種と連携を図り包括的なケアを提供している。

5. 地域包括ケア病床について

地域包括ケア病床は、急性期と違い短期間で退院できるケースは少なく、家庭環境や経済状況など社

会的な背景も入院期間に影響を与える。そのため、入院当初から一人一人の状態に合わせた看護計画を作成しなければならない。

6. 地域包括ケアでの取り組み

当院は地域包括ケア入院医療管理料1を算定し、在宅復帰率70%達成を目標に、他職種と連携した退院支援に力を入れている。地域包括ケア病棟では、60日以内の退院を目標としており、入院当初から退院に向けた支援を行っている。毎週月曜日と金曜日の週2回のカンファレンスを開催し、患者の状態や課題を共有し、多角的な視点から退院支援を行っている。メディカルソーシャルワーカー、退院支援看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、ケアマネジャーなど、様々な専門職が参加している。詳細な情報を共有することで、患者のニーズに合致した個別性のある看護計画を立案している。また、訪問看護や介護事業所とも連携し、地域社会へ円滑な復帰に向けた支援も行っている。



写真2 多職種カンファ



写真3 病棟ラウンド

7. 地域包括ケア病床の特徴とその多職種について

(1) 地域包括ケア病床で働く看護師の役割

当院では30～40歳代の看護師が中心となり活躍し、これまでのキャリアで培ったスキルを生かしながら看護業務に尽力している。経験豊富な看護師が多く、患者との信頼関係を築くこと、患者一人ひとりに最適な看護計画を作成すること、さらに多職種との連携を進めるコミュニケーション能力の高さなど、総合的な看護師の質の高さを感じる。看護師の思いは、働く場所や状況によって異なるが、共通しているのは、患者の思いにより添い、質の高い看護を提供したいという思いである。

地域包括ケア病床で働く看護師へのヒアリングを実施したところ、退院支援に関する複数の課題が浮き彫りになった。家族の状況によって退院支援の内容は大きく変動するため、患者と家族が密にコミュニケーションを図れる環境を作り、円滑な退院支援を目指す必要がある。また、より効果的なりハビリを提供するため、リハビリスタッフとの連携が不足しないように定期的なカンファレンスを行い、情報共有しなければならない。そして、主治医と看護師が連携し患者の治療方針について共通認識を持ち、より良い医療・看護を提供しなければならない。このような課題に対して、患者・家族とのコミュニケーションをしっかりと行い、ACPの作成、患者・家族との信頼関係の構築、多職種と情報共有し、患者が地域で安心して生活できるように退院支援する事を目標とした。課題も指摘される一方で、多くのスタッフは患者の在宅復帰、目標達成、ADL向上といった成果を実感し、大きなやりがいを感じている。

(2) 退院支援看護師が抱える現実とは？

患者本人の退院に向けた円滑な移行をサポートするため、医師、看護師、リハビリ担当者、社会福祉士、ケアマネジャーなど、多職種と連携してアプローチを行う。それぞれの立場や専門性の違いから、患者本人のケアに関する意見や希望が一致しない場面

もある。認知機能を考慮したりハビリ目的での入院後も、ADLの改善が見られないケースは少なくない。このような状況下で介護保険の申請に至ることも考えられる。しかし、介護保険の申請手続きには約1～2ヶ月程度かかることもあり、60日以内に間に合わない事もある。要介護認定の遅れは、退院後の生活を支えるためのケアプランの作成や、福祉用具の選定、訪問介護サービスの調整など、必要な計画を遅らせてしまう。その結果、患者本人は退院後の生活に不安を抱え、家族の負担も増大するといった問題が生じる。また、入院前の生活実態が十分に把握できないため、退院基準が不明確となり、自宅退院の可否判断に苦慮する。特に、家族からの情報収集に頼らざるを得ない場合、情報が不完全なことが多く、同居していない場合にはさらに困難となる。

(3) 地域包括専従リハビリスタッフが課題と感 ること

ご家族は、リハビリをすることである程度のADL能力を回復することを期待する。しかし、60日という短い入院期間の中で、内科的な治療とADL能力の改善を両立することは容易ではない。そのため、家族の期待と現実のギャップ、ADL能力改善の難しさ、転倒リスクの管理といった、現状の課題に向き合わなければならない。限られた入院期間の中で、現状の問題を解決するには、リハビリスタッフも協力し、患者の状態に合わせて看護師と共に問題を解決することが重要である。

8. 認知症患者の在宅復帰成功事例紹介

85歳女性 病名：アルツハイマー型認知症 尿路感染症 気管支炎

< ACPでの患者の想い> 自宅で夫と過ごしたい

夫と2人暮らし、新型コロナウイルス感染症に罹患し、自宅療養を続けていたが徐々に食欲が落ち、尿路感染症・気管支炎を併発し入院となった。

新型コロナウイルス感染症による1週間の臥床が原因で下肢筋力が低下し歩行時にふらつき、転倒のリスクが高い状態であった。入院当初、家族は自宅へ退院することを希望していたが、認知症の進行や

下肢筋力の低下を鑑み、在宅退院への不安を強く抱いていた。そこで、入院中は離床を促し、耐久性の向上を図るとともに、認知機能の維持・向上を目指し、空いた時間には回想法を取り入れるなどのケアを行った。入院2週間後、認知機能の状態を評価するため、長谷川式スケールを実施したところ、計算



写真4 住環境調査1



写真5 住環境調査2



写真6 住環境調査3

問題や記憶に関する問題で誤答が多く、14点という結果だった。この結果から、記憶力や計算能力の低下が確認され、回想法に加え、折り紙や計算練習、塗り絵などの多様な活動を取り入れた。さらに、理学療法士と連携し、リハビリテーションの目標設定と計画立案を行った。日常生活動作の自立を目指し、下肢筋力強化のための運動や、安全な歩行のための訓練なども実施。しかし、下肢筋力が安定してきた一方で、家族からは在宅での転倒や徘徊への不安の声が上がり、在宅復帰ではなく施設入所も検討しているという思いの変化もあった。住環境調査、家族との面談、リハビリ見学、社会資源の活用の見直しを行い、家族の不安軽減に努めた。その後、短期的な施設入所を経て、最終的には在宅復帰を実現することができた。

今回の事例は、家族の協力が不可欠であること、多職種連携の重要性、地域包括ケアシステムの活用など、在宅復帰支援の成功につながった。この事例を生かし、今後もより多くの高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、支援を続けて行くことが重要と考える。

9. 地域包括ケア病床の実際

2024年4月～9月までの6ヶ月の期間において、当院の地域包括ケア病床からの退院患者数は88名であった。このうち、在宅復帰された患者は62名と、全体の70.5%を占めている。残りの患者に関しては、他の医療機関への転院、転棟、または介護老人福祉施設や超強化型老健施設への入所となった。入院日数については、平均23.8日であり、1日から40日までの比較的短期間の入院が72名を占めるなど、早期の在宅復帰を目指した医療提供が行われている。これらの結果から、当院の地域包括ケア病床は、在宅復帰支援に力を入れており、その成果が数値として表れていることがわかる。平均入院日数が比較的短いことも、早期の社会復帰を目指した取り組みの成果とも言える。地域連携室は今後もより多くの患者が在宅で安心して生活できるよう、多職種と連携し患者のニーズに合わせた支援を継続していくことが必要である。

10. ACPが退院支援にもたらす効果

7～8年前より緩和ケアを希望する患者が少しずつ増え、疼痛コントロールやせん妄、呼吸困難感等、緩和ケアの領域にも地域の要望が増えてきている。これらの課題を解決するため、医療従事者間で知識を共有し、より効果的な緩和ケアを提供する目的として、緩和ケア委員会が設立された。また、患者の意思決定を尊重するACPの重要性が高まり、2020年にACP委員会へと名称も変更し、当院独自の「わたしの想い」を同年に完成させる。看取りに関する指針、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する指針も作成した。2021年4月より「わたしの想い」を各部署で本格的に運用開始とした。院内の講義では「尊厳死と緩和医療」などの勉強会も積極的に導入している。

ACPの導入で患者と家族と一緒に、今後の医療について話し合い、もしもの時に備え「わたしの想い」から医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカーなど、多職種が連携して退院支援に取り組んでいる。ACPは、患者中心の医療へと意識改革され、患者一人ひとりの価値観や希望に対応している。地域包括ケア病床の看護師は、ACPを通じて、看護計画を作成し、患者の退院支援に携わっている。ACPは退院支援における重要な役割のひとつである。

11. おわりに

退院支援は、医療・介護・福祉など多職種が連携することで、患者が安心して地域社会へ復帰できるよう支援する重要な取り組みである。特に、看護師は、医療機関内外の調整や患者・家族とのコミュニケーションなど、退院支援の全般に関わる重要な役割を担っている。地域包括ケアシステムにおいては、多様な主体が関わるため、患者や家族との円滑なコミュニケーションが不可欠である。患者の退院後の生活を支援するために、患者や家族の希望や不安を聞き取り、それに応じた支援計画を立てる必要がある。また、多職種での情報共有も円滑に行う必要がある。今後も質の高い退院支援を実現するためには、多職種間の連携を強化しなければならない。

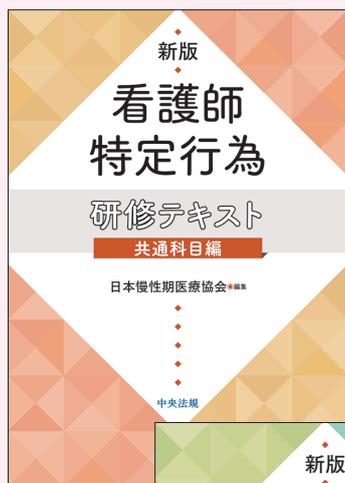
新版

看護師特定行為 研修テキスト

一般社団法人日本慢性期医療協会 編集
中央法規出版 発行

「特定行為に係る看護師の研修制度」の指定研修機関である日本慢性期医療協会により、研修のテキストとして企画されたのが本シリーズです。すべての受講者に必須の共通科目と、慢性期医療や在宅医療に必要な12の区分別科目について解説しています。執筆者は講師や指導者として研修に関わる医師が中心となっており、具体的でしかも実践的です。研修のテキストとしてはもちろん、修了者のフォローアップとして、そして、これから受講を希望している看護師の皆様に役立つ内容です。

2023年
3月刊行



共通科目編 8844

B5判／横組み／カラー／488頁
定価7,920円(本体7,200円+税10%)

主要目次

- 第1章 臨床病態生理学
- 第2章 臨床推論
- 第3章 フィジカルアセスメント
- 第4章 臨床薬理学
- 第5章 疾病・臨床病態概論
- 第6章 医療安全学
- 第7章 特定行為実践

日慢協会員
特価を
設定しました。



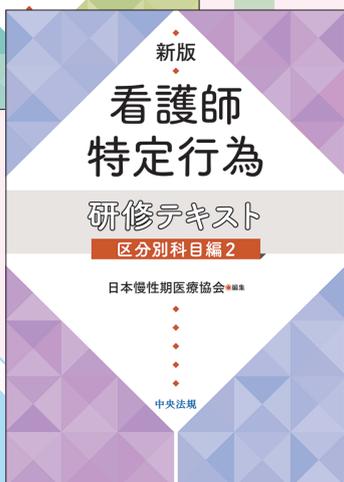
区分別科目編 1 8845

在宅・慢性期パッケージ対応

B5判／横組み／カラー／332頁
定価6,270円(本体5,700円+税10%)

主要目次

- 第1章 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連
- 第2章 ろう孔管理関連
- 第3章 創傷管理関連
- 第4章 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連



区分別科目編 2 8846

B5判／横組み／カラー／682頁
定価8,800円(本体8,000円+税10%)

主要目次

- 第1章 呼吸器(気道確保に係るもの)関連
- 第2章 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連
- 第3章 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
- 第4章 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
- 第5章 動脈血液ガス分析関連
- 第6章 感染に係る薬剤投与関連
- 第7章 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- 第8章 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

スマートフォンでお申込み

右のQRコードをスマートフォンで読み取り、画面上で注文書籍を選んで、ご住所・お名前等の必要事項を入力してお申し込みください。



パソコンでお申込み

URL → <https://forms.gle/Z1W1Y9uHMfBUpVEY7>

回復期リハビリテーション病棟入院直後と退院間際のリハビリテーション提供量のADLへの効果について

公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

リハビリテーション部 作業療法士 石森卓矢, 門脇一樹, 飯野雄太
理学療法士 野本正仁 言語聴覚士 腰塚洋介 脳神経内科 医師 美原盤

【和文抄録】

回復期リハビリテーション（リハ）病棟に求められるのは、一定期間の高密度のリハ提供によりADL能力を向上させ、在宅復帰を促進することである。今回、当院回復期リハ病棟に入院した脳卒中患者を対象とし、入院後1週間と退院前1週間それぞれのリハ提供量によるADL能力への効果について検討した。目的変数をFIM利得点数、説明変数を1週間のリハ単位数、入院時FIM運動項目、認知項目合計点数などとして重回帰分析を実施した。ADL能力の向上については、入院後1週間はリハ提供量に依存するものの、退院前1週間はリハ提供量に依存しないことが示された。回復期リハ病棟はADL能力の向上のみならず、在宅復帰の促進も求められ、家屋調査や個々の患者・家族に応じた家族指導が不可欠である。本研究結果を鑑みて、回復期リハ病棟退院間際の時期においては、個別のリハ提供量にとらわれず、退院後の在宅生活を見据えた多様なアプローチを行っていく必要があると思われた。

【Key words】

回復期リハビリテーション病棟, ADL, リハビリテーション量

【はじめに】

回復期リハビリテーション（リハ）病棟の役割は、一定期間の密度の高いリハによりその効率化を図り、日常生活動作（ADL）能力の向上による寝たきり状態となることを予防するとともに、早期退院、家庭復帰することに集約される¹⁾。平成28年度診療報酬改定において、回復期リハ病棟では入院基本料の算定要件の基準に実績指数が導入され²⁾、令和2年度の診療報酬改定では、回復期リハ病棟入院料1の算定要件における実績指数の基準値が37から40へと引き上げられ、ADL能力のより効率的な向上が求められた。実績指数は、機能的自立度評価法（FIM）における運動項目の退院時と入院時の差である利得（FIM利得）を分子とし、在院日数を算定上限日数で除したものを分母として算出する³⁾。この実績指数が高いほどADL能力向上の効率性が高いと評価されることから、FIM運動項目の利得を高

める、あるいは在院日数を短縮することが、実績指数を高くする仕組みとなっている。すなわち、回復期リハ病棟に求められる役割は、密度の高いリハを実施し、効率的なADL能力の向上と円滑な退院支援を行うことであると言える。

回復期リハ病棟協会の調査より、回復期リハ病棟の役割であるADL能力の向上とリハの単位数との関連については、1単位未満の実施を除き、単位数が多くなるにつれてFIM利得が大きくなることが報告されており、疾患別にみても脳血管系、整形外科系ともに3単位以上では同様の結果であることを示している⁴⁾。当院先行研究において、脳卒中患者を対象とし、退院時のFIM合計点数から入院時のFIM合計点数を引いたFIM合計利得点数を目的変数、1日あたりのリハ単位数などを説明変数とし、重回帰分析を実施した。その結果、1日あたりのリハ単位数が抽出され、回復期リハ病棟の役割であるADL能力の向上には、疾患別リハの提供量を投

入することが重要であることを報告している⁵⁾。さらに、入院から退院まで1週ごとのFIM合計点数、リハ単位数の経時的推移を調査したところ、FIM合計点数は入院から退院まで右肩上がりて向上しているが、退院間際に回復幅は鈍化することが示された。一方、リハ単位数は入院から退院まで変化がないことが示された(図1)⁵⁾。このように、ADL能力の向上には十分なリハ提供量が重要であるが、入院からの時期によってその効果は異なると考えられる。しかし、入院からの時期によるリハ提供量のADL能力への効果に関しては詳細な分析がなされていない。

今回、入院後1週間と退院前1週間におけるリハ提供量の効果について、多変量解析を用いて検討したので報告する。

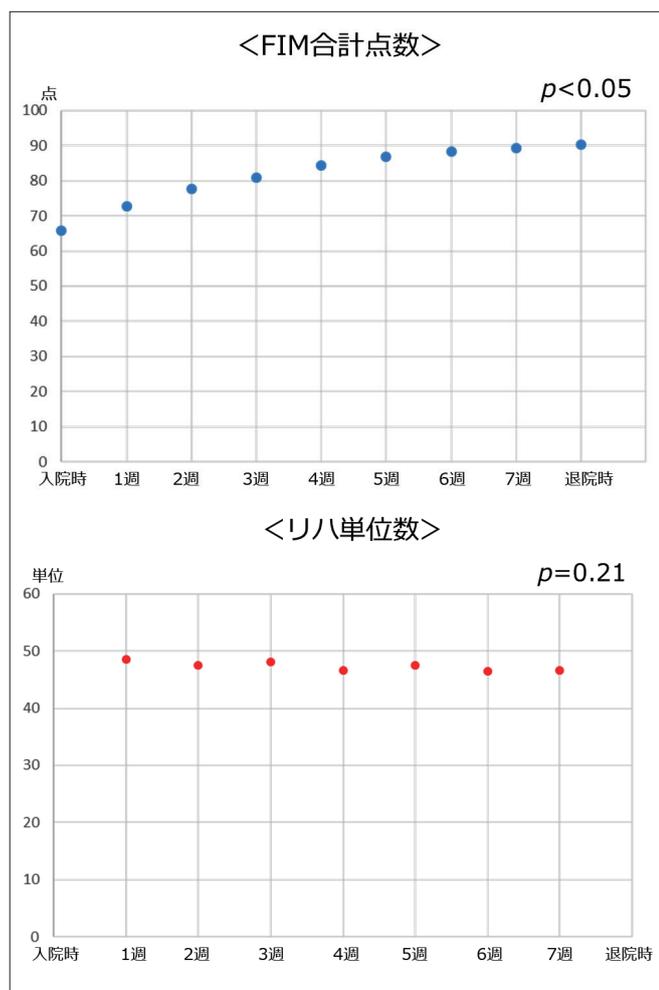


図1 FIM合計点数とリハ単位数の推移

【美原記念病院の概要】

当院は、群馬県南部に位置する伊勢崎市において、脳神経内科、脳神経外科、循環器内科、リハ科を主な診療科とし、脳・神経疾患に特化した専門病院であり、Stroke Care Unit 9床、一般病棟36床、地域包括ケア病床16床、回復期リハ病棟83床(2病棟)、障害者施設等一般病棟45床、計189床で構成されている。ケアミックス型の病棟構成により、急性期治療から回復期リハ、在宅支援まで一貫した治療にあたることを使命として展開している。

当院の回復期リハ病棟は2病棟ともに回復期リハ病棟入院料1を算定しており、2病棟83床あたり、専任医師2名、看護スタッフ49名、理学療法士28名、作業療法士29名、言語聴覚士9名、医療ソーシャルワーカー3名、管理栄養士2名を専属配置している。リハは、365日体制で、令和5年度における入院患者1人1日あたりの平均実施単位数は平日7.7単位である。1日あたりのFIM利得は0.41点、実績指数は53.7(除外対象は設けていない)である。また、当院のリハ部では、入院した患者の基本情報と専門的評価(理学療法評価・作業療法評価・言語聴覚療法評価)から構成されるデータベースを構築している⁶⁾。基本情報は、発症日や診断名等の基礎的な情報を収集し、専門的評価は、身体機能や高次脳機能、ADL能力、嚥下機能などのデータを収集し、蓄積している。

【対象】

令和2年4月以降に当院回復期リハ病棟に入院し、令和4年3月までに退院した脳卒中患者752名の内、入院期間が2週間以上であった患者730名(男性418名、女性312名、年齢72.2±12.4歳)を対象とした。疾患の内訳は脳梗塞481名、脳出血205名、クモ膜下出血44名であった。平均入院日数は61.9±31.6日であった。なお、死亡や入院中に状態悪化した患者は除外した。

【方法】

本研究は、リハ部データベースに加え、診療録を用い、後方視的に調査した。なお、対象患者への説明と同意に関しては、インフォームドコンセントを省略する代わりに、当法人ホームページにて研究情報を公開し、対象者が拒否できる機会を保障し、当法人倫理委員会の承認を受けた(受付番号 119-04)。

1. 入院後1週間のFIM点数向上因子の抽出

入院後1週目のFIM合計点数から入院時のFIM合計点数を引いたFIM合計利得点数を目的変数、入院後1週間のリハ1日あたりのリハ単位数、交絡因子として発症から入院までの日数、入院日数、入院時FIM運動、認知項目合計点数を説明変数とし、重回帰分析を実施した。

2. 退院前1週間のFIM点数向上因子の抽出

退院時のFIM合計点数から退院1週間前のFIM合計点数を引いたFIM合計利得点数を目的変数、退院前1週間のリハ1日あたりのリハ単位数、交絡因子として発症から入院までの日数、入院日数、入院時FIM運動、認知項目合計点数を説明変数とし、

重回帰分析を実施した。

これら全ての解析は、統計解析ソフトのExcel統計2013を用い、統計学的有意水準は5%未満とした。

【結果】

1. 入院後1週間のFIM点数向上因子の抽出

説明変数である入院後1週間のリハ1日あたりのリハ単位数、交絡因子として発症から入院までの日数、入院日数、入院時FIM運動、認知項目合計点数の各変数は分散拡大係数(VIF)が5以下であり、多重共線性を認めなかった。重回帰分析により抽出された入院後1週間のFIM点数向上の規定因子は、入院後1週間のリハ単位数($\beta = 0.08$)、入院時FIM認知項目合計点数($\beta = 0.15$)であった($p < 0.05$) (表1)。

2. 退院前1週間のFIM点数向上因子の抽出

説明変数である退院前1週間のリハ1日あたりのリハ単位数、交絡因子として発症から入院までの日数、入院日数、入院時FIM運動、認知項目合計点数の各変数はVIFが5以下であり、多重共線性を認めなかった。重回帰分析では、退院前1週間のFIM点数向上因子は抽出されなかった(表2)。

項目	β	B	95%CI	p値
入院後1週間のリハ単位数	0.08	0.09	0.01~0.16	$p < 0.05$
年齢	-0.01	-0.02	-0.06~-0.03	$p = 0.53$
発症から入院までの日数	-0.02	-0.05	-0.06~0.03	$p = 0.22$
入院時FIM運動項目合計点数	0.001	0.005	-0.03~0.03	$p = 0.94$
入院時FIM認知項目合計点数	0.15	0.19	0.06~0.24	$p < 0.05$

表1 入院後1週間のFIM点数向上因子

項目	β	B	95%CI	p値
退院前1週間のリハ単位数	0.02	0.03	-0.04~0.08	$p = 0.48$
年齢	-0.03	-0.06	-0.06~-0.01	$p = 0.11$
発症から入院までの日数	-0.01	-0.03	-0.04~0.02	$p = 0.4$
入院時FIM運動項目合計点数	-0.001	-0.01	-0.03~0.03	$p = 0.91$
入院時FIM認知項目合計点数	-0.04	-0.06	-0.12~0.04	$p = 0.31$

表2 退院前1週間のFIM点数向上因子

【考察】

本研究では、入院後1週間と退院前1週間におけるリハ提供量の効果について、多変量解析を用いて検討した。結果、入院後1週間では、十分なリハ単位数を提供することによってFIM点数の向上が期待でき、退院前1週間では、リハ単位数の提供量にFIM点数の向上は依存しないことが示された。JorgensenらはADL能力障害の回復過程から、発症から1カ月程度は比較的良好な回復を示すが、次第に回復は緩徐となり、発症から3カ月でほぼプラトーになると報告している⁷⁾。この先行研究と本研究結果より、回復期リハ病棟入院からの日数が短い時期は、良好な回復経過が期待できるとともに、この時期にリハ提供量を多く投入することは当該病棟の役割が最大限に発揮され、ADL能力の向上が図りやすくなることが示唆される。一方、退院間際の時期は、発症からの日数の経過とともにリハ提供量に応じたADL能力の向上が得られにくくなっていると考えられる。

回復期リハ病棟の役割はADL能力の向上のみならず、円滑に在宅復帰を目指すことも必要である¹⁾。Langhorneらは、早期退院支援の一環として家屋調査の重要性を強調している⁸⁾。また、影近らは介助を要する患者の家族に対し、疾患や障害について十分理解してもらい、退院後の在宅生活のイメージ

を持てるように家族指導を行うことが必要であると述べている⁹⁾。これらの報告から、回復期リハ病棟における家屋調査と家族指導は必須であると思われる。当院先行研究においても、家族に介助方法を直接指導することは退院後の介護負担感軽減につながることを報告しており、回復期リハ病棟退院後の円滑な在宅生活への移行に対する家族指導の有用性を報告している¹⁰⁾。

令和6年度診療報酬と介護報酬の同時改定では、ADL能力の効率的な向上に加えて、在宅復帰をする際にリハにおける医療・介護連携の推進を図り、退院後早期に連続的で質の高いリハを提供することが推進されている。具体的には、リハ実施計画書または、リハ総合実施計画書、目標設定等支援・管理シートを訪問リハや通所リハへ提供し、在宅サービス事業所との情報共有を行うことが求められている¹¹⁾。すなわち、円滑な在宅生活への移行には、退院間際の直接的なリハ提供のみならず、在宅サービス事業所との情報共有を行い、十分な連携を図ることが重要であることを指摘するものである。

以上より、本研究結果を鑑みた回復期リハ病棟におけるリハ提供のあるべき姿を図に示す(図2)。入院初期に関しては、リハ提供単位数に応じたADL能力の向上が期待されるため、個別リハの量を十分に提供し、身体機能・ADL能力の向上を図るべきであると思われる。そこから退院時期に合わ

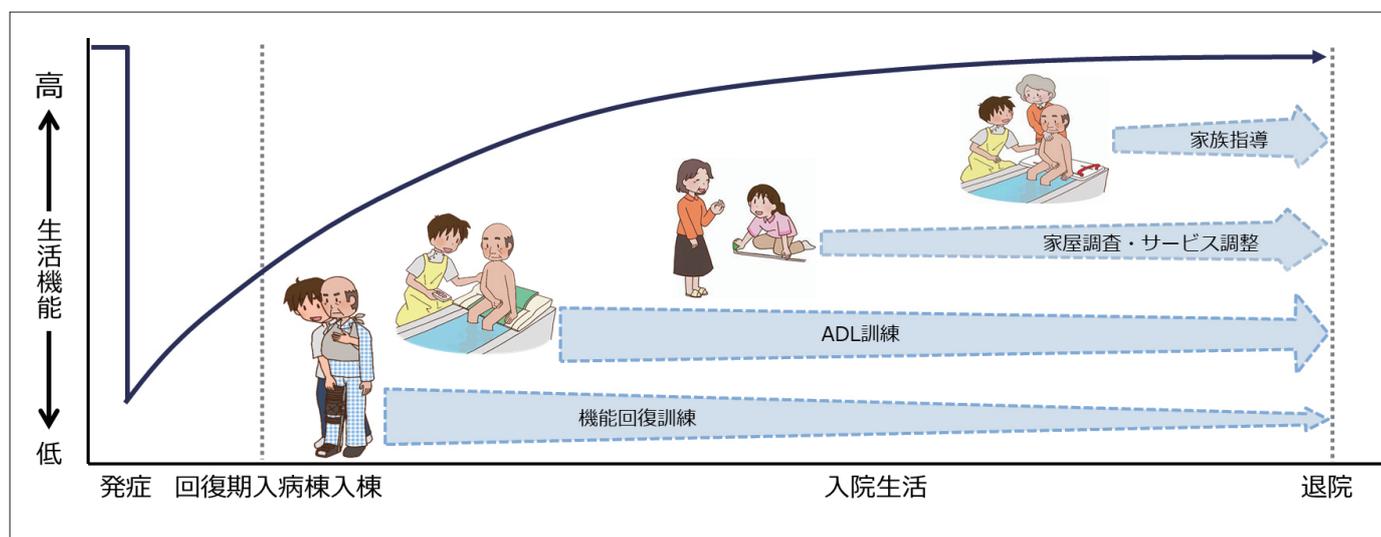


図2 回復期リハ病棟におけるリハ提供のあるべき姿

せた家屋調査や在宅サービスの調整が開始され、リハ提供単位数に応じたADL能力の向上が得られにくい退院間際においては、リハ提供に加えて、家族指導、在宅サービス事業所との連携を密に行い、在宅生活へのスムーズな移行を図るべきであると思われる。しかしながら、現行の回復期リハ病棟における診療報酬制度では、理学療法や作業療法、言語聴覚療法のいずれかを患者へ個別に20分投入することを1単位として算定できる疾患別リハは評価されているものの、家屋調査や家族指導、在宅サービス事業所との情報共有においては診療報酬制度上評価されていない。そのため、前述したような退院間際におけるリハ提供のあり方を変更するためには、家屋調査や家族指導、在宅サービス事業所との連携が診療報酬上評価される仕組みが必要であると考えられる。

【結語】

回復期リハ病棟の役割であるADL能力の向上、スムーズな在宅復帰を推進するためには、入院初期はADL能力の向上を目的に十分なリハ量を提供すべきである。そして、退院時期を見越して徐々に退院調整を行っていき、退院間際においては、個別のリハ量を提供することのみにとらわれず、退院後の在宅生活を見据えた多様なアプローチを行う必要があると考えられる。これら入院時期に応じたリハの提供を推進するためには、疾患別リハに加え、スムーズな在宅生活への移行に向けたリハの関わりが評価されるような政策的誘導が適切に行われることを期待したい。

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。

【文献】

- 1) 石川誠：回復期リハビリテーション病棟への意義一，日本臨床64：774-777，2006
- 2) 社会保険研究所：医科点数表の解釈（平成28年4月版）：pp214-224，社会保険研究所，東京，2016
- 3) 社会保険研究所：医科点数表の解釈（令和2年4月版）：pp179-184，1157，社会保険研究所，東京，2020
- 4) 近藤國嗣：回復期リハビリテーション医療ーこれまでの20年，これからの20年ー，The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 58：468-481，2021
- 5) 石森卓矢，他：回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション料包括化に関する検討，社会保険旬報2896：6-12，2023
- 6) 鶴井慎也，他：リハビリテーション部の患者データベースシステムの見直し～効率性と質向上への取り組みに向けて～，リハビリテーション医療DX研究会第1回学術集会抄録集：74，2023
- 7) Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, et al: Recovery of walking function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil 76: 27-32, 1995
- 8) Langhorne P, et al: Early supported discharge services for Stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 365: 501-506, 2005
- 9) 影近謙治：家庭復帰が難渋する脳卒中例への家族教育，総合リハ33：153-158，2005
- 10) 野本正仁，他：回復期リハビリテーション病棟における家族への直接指導の有用性～COVID-19の感染拡大により訓練中止を余儀なくされた経験から～，日本慢性期医療協会誌JMC30（6）：50-56，2022
- 11) 医学通信社：診療点数早見表2024年度版：pp620-647，医学通信社，東京，2024

百寿者（100歳以上）に対するリハビリテーションの効果： 地域包括ケア病棟へ入院した症例の検討

公益社団法人福岡医療団 たたらリハビリテーション病院（福岡県福岡市）

医師 梶原敬義，岩元太郎

【和文抄録】

【はじめに】百寿者に焦点を当てた入院時リハビリテーション介入による Activity of Daily Living (ADL) を評価した報告は見受けられない。地域包括ケア病棟へ入院した百寿者（100歳以上）症例に関して、リハビリテーションによる ADL の変化と改善項目につき調査した。

【方法】対象は百寿者 21 症例である。平均年齢 101.4 歳、平均入院日数は 42.5 日で在宅復帰は 20 例（95.2%）であった。疾患別リハビリテーション又は補完代替リハビリテーションを全例に実施した。ADL の指標として Barthel Index (BI) を入退院時で比較検討した。

【結果】BI 総合点は入院時 29.3 ± 21.1 点から退院時 43.5 ± 25.9 点へと有意に上昇していた。BI の上昇は 21 例中の 18 例（85.7%）で認められた。BI 下位項目別では食事、移乗、トイレ動作、歩行、着替え、排便管理及び排尿管理の 7 項目で有意に上昇が認められた。

【結語】地域包括ケア病棟への入院が必要な百寿者症例に対して積極的にリハビリテーションを行う事は ADL 改善に有効であると考えられる。

【Key words】

地域包括ケア病棟，百寿者，リハビリテーション，Activity of Daily Living (ADL)

【はじめに】

厚生労働省の資料「令和 6 年百歳以上高齢者等について」¹⁾によると、住民基本台帳に基づく 100 歳以上の高齢者（百寿者）総数は老人福祉法が制定された 1963 年に 153 人であった。1970 年の 310 人以降は 53 年連続で最多を更新し続け、2024 年 9 月 1 日時点で 95119 人に達している。近年における百寿者の在宅率は著者の調べ得る範囲では知り得る事ができなかったが、2000 年時点で 66% と報告されている²⁾。資料「令和 6 年百歳以上高齢者等について」内の「地域で話題の高齢者」は全員が百寿者であり、在宅で元気に充実した生活を送られている様子が紹介されている。昨今では、「人生 100 年時代」が様々な分野のキーワードとなっており、健康長寿の要因解明を目的とした研究がますます重要になってきている³⁾。健康長寿の指標

の 1 つとしては、日常生活活動 (Activities of Daily Living: ADL) が挙げられる。Tokyo Centenarian Study⁴⁾によると 100 歳を超えて ADL が完全に自立していた方は男性で 18.5%、女性で 5.9%、全体で 8.6% であり、寝たきりは男性で 20.0%、女性で 33.9%、全体として約 8 割の百寿者が日常生活に何らかの介助が必要であったと報告されている。「人生 100 年時代」を充実させるためには ADL の向上・維持が重要であり、ADL の低下した百寿者に対しては改善を支援できる場が必要であると思われる。

地域包括ケア病棟は、生活支援を必要とする患者を受け入れる役割を有し、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを支える病棟としての役割を担っている。百寿者人口の増加に伴い、在宅生活を営んできた百寿者が治療、リハビリテーション、療養を目的として地域包括ケア病棟へ入院し在宅復帰支援を受ける機会が増えて行く事が予想

される。そのため百寿者症例に対する地域包括ケア病棟入院中のリハビリテーション効果やADLの変化が、どの様なものであるか認識しておく必要がある。地域包括ケア病棟に関するものに限らず、百寿者症例に焦点をあてて入院中のADL変化やリハビリテーション効果に関して検討した報告は、著者の調べ得る範囲では確認することができなかった。

今回、当院地域包括ケア病棟へ入院した百寿者症例に対してリハビリテーション介入を行い、ADL変化と改善項目に注目した検討を行ったため報告する。

【対象】

対象は2016年10月～2024年5月に当院地域包括ケア病棟へ入院した3008例中、入院時年齢が100歳以上の百寿者23例(0.7%)のうち死亡退院2例を除いた21例である。同時期に当病棟へ入院した各年代別割合を図1に示した。対象者の性別、入院期間、入院前住居などの基本情報を表1に示す。平均年齢101.4歳、男性5例、女性16例であった。平均入院日数は42.5日。入院前の住居は自宅が15例、居宅系施設が6例であった。転入元は急性期病院からが10例と、約半分の症例は急性期病院で加療後のポストアキュート入院であった。当院は急性期病棟を有さないため、急性期病棟からの転入は全例とも他院からの転院である。自宅や施設からの入院はサブアキュート入院やリハビリテーション目的入院などであった。主病名は廃用症候群と運動器疾患が8例ずつと多くを占めた。認知機能は

症例数	21例
年齢	101.4±1.8 (100~107) 歳
性別 男性/女性	5例/16例
入院日数	42.5±20.0 (8~69) 日
入院前住居	
自宅	15例
施設	6例
転入元	
自宅	7例
急性期病院	10例
施設	4例
主病名	
廃用症候群	8例
運動器疾患	8例
気管支肺炎	2例
イレウス	1例
脳梗塞	1例
悪性腫瘍	1例
MMSE	13.4±9.3 (0~28) 点
在宅復帰 (率)	20例 (95.2%)

MMSE : Mini-Mental State Examination

表1 入院時基本情報

Mini-Mental State Examination (MMSE 30点満点)が平均13.4点であった。在宅復帰したのは20例、在宅復帰率は95.2%であった。処方薬内容に関して図2に示した。降圧薬(70%)と制酸薬(60%)、緩下剤・整腸薬(52%)を半数以上の症例が内服していた。処方薬剤数は平均7.0剤で、10症例は5剤以下であった。

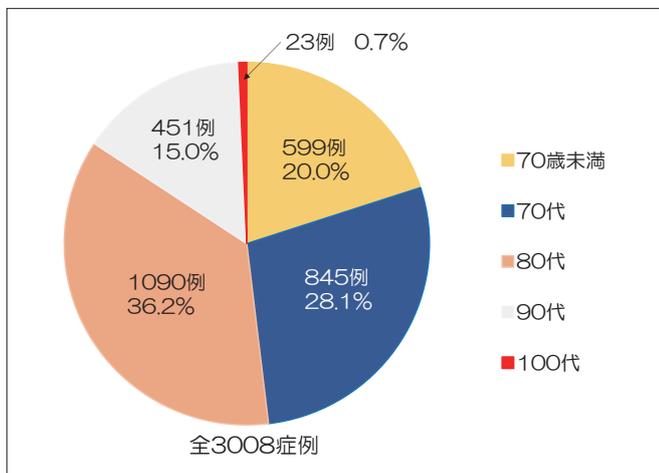


図1 各年代別症例数の割合

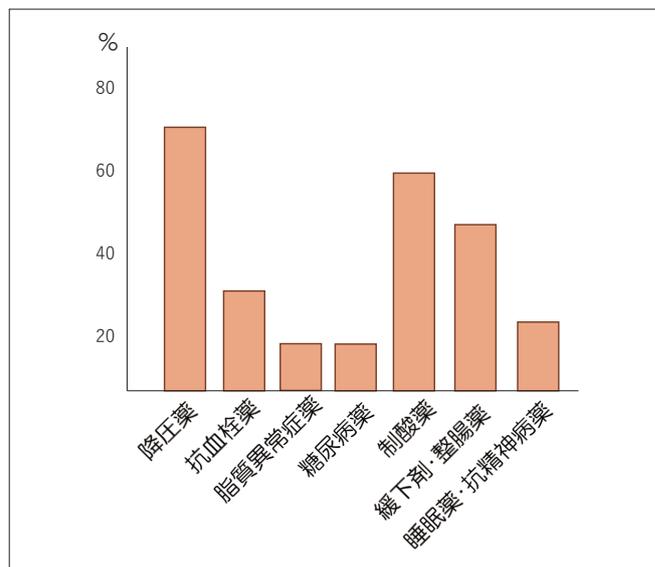


図2 処方薬の種類と割合

【方法】

対象 21 症例全例に対してリハビリテーション介入を行った。リハビリテーションは 1 日平均 2 単位以上介入する疾患別リハビリテーション又は補完代替リハビリテーションを実施した。当病棟では症例毎に認知機能や当院入院時の ADL、入院の原因となった疾病前の ADL、基礎疾患、栄養状態などを基に医師とセラピスト等とで総合的に評価・判断してリハビリテーション介入方法を決定している。また理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士以外の病棟スタッフによるレクリエーションや体操、作業、認知訓練などをグループ若しくは個別対応で行った。

ADL に関して Barthel Index (BI: 100 点満点) を指標として入院時と退院時に評価し、総合点及び下位 10 項目について、それぞれ入院時と退院時の比較検討を行った。

統計学的検討には SPSS for Windows ソフトウェア (SPSS Inc. シカゴ, イリノイ) を用いた。連続変数は平均値±標準偏差にて表記した。入院時と退院時 BI の差の検定に関しては、対応ありのため Wilcoxon の符号付き順位検定を用いて解析している。有意水準は 0.05 未満とした。

なお、本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、たたらリハビリテーション病院倫理委員会の承認を得て行われた (2024 年度第 3 回医療倫理委員会 議題 I)。

【結果】

図 3 に BI 総合点の入退院時比較を示す。BI 総合点は入院時 29.3 ± 21.1 点と比べ、退院時 43.5 ± 25.9 点と有意な上昇が認められた。21 例中の 18 例 (85.7%) で BI 総合点に有意な上昇が認められ、総合点が低下した症例は無かった。BI の上昇が認められなかった 3 症例はいずれも MMSE 0 点であった。BI 下位項目別点数の入退院時比較を表 2 に示す。食事、移乗、トイレ動作、歩行、着替え、排便管理及び排尿管理の 7 項目で有意差をもって上昇が認められた。また、点数が低下した項目は無かった。

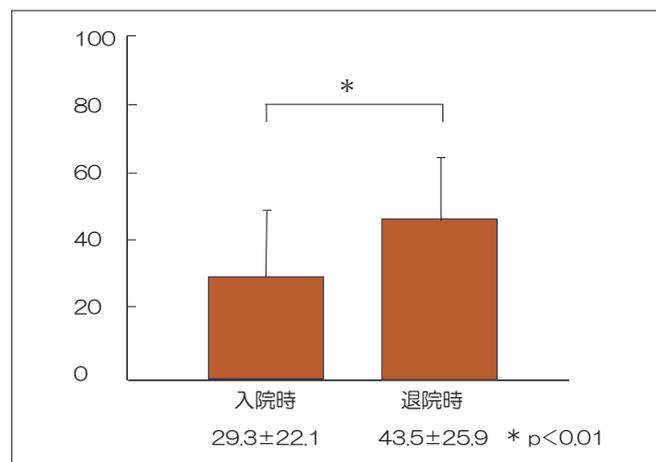


図 3 入退院時 Barthel Index の比較

	入院時	退院時	
食事	5.7 ± 3.8	7.4 ± 3.8	p < 0.05
移乗	6.1 ± 4.8	9.8 ± 5.1	p < 0.01
整容	0.4 ± 1.4	1.2 ± 2.2	NS
トイレ動作	3.5 ± 3.2	5.5 ± 3.8	p < 0.01
入浴	0 ± 0	0 ± 0	NS
歩行	2.8 ± 4.5	6.0 ± 5.6	p < 0.01
階段昇降	0.2 ± 1.0	1.0 ± 2.0	NS
着替え	2.4 ± 2.6	3.6 ± 3.2	p < 0.05
排便管理	3.3 ± 3.6	4.5 ± 3.6	p < 0.05
排尿管理	2.6 ± 2.6	4.3 ± 3.6	p < 0.05

表 2 Barthel Index 下位項目別点数の入退院時比較

【考察】

当報告では当院地域包括ケア病棟へ入院し、リハビリテーションを受けた百寿者症例に対する ADL 変化を検討した。その結果、BI 総合点は入院時と比較して退院時には有意な上昇が認められ、BI 総合点が上昇した症例は 21 例中の 18 例 (85.7%) であった。転入元は急性期病院からの症例と自宅や施設からの症例がほぼ半数ずつで、主病名は多岐に渡っていた。この事から地域包括ケア病棟へ入院して療養、リハビリテーションを行うことは様々な異なる病状にある百寿者症例に対して ADL の改善に効果的であると考えられた。

今回の症例群での MMSE は 13.4 ± 9.3 (0 ~ 28) 点であったが、BI の上昇が認められなかった 3 症例はいずれも MMSE 0 点であった。認知機能低下症例は

ADLの改善が得られ難いであろうことは容易に想像できるかもしれない。認知機能の程度がBIの改善を左右するのかどうか、MMSEとBIの変化度の検討も考慮したが症例数が少ないため、標準偏差が大きく相関関係などの解析には至らなかった。在宅百寿者症例の研究においてBIとMMSEとの間に有意な相関関係が認められるとの報告⁵⁾、施設入所高齢者の検討にて認知症の有無が理学療法の有効性に大きな影響を与えたとの報告⁶⁾や、脳卒中後のMMSE低下症例では病棟退院時の患者のBIを含めた身体機能テストの改善度が少なかったとの報告⁷⁾がある。百寿者の認知症有病率は男性51.7%、女性62.1%との報告⁸⁾があり、認知機能低下症例は認知症と診断された症例よりも当然多くなるため、百寿者症例では身体的な側面からだけでは無く、認知機能面からもADL改善を得るのは難しいと考えられる。しかしながら、リハビリテーションを行うことで認知機能及びADLともに改善されるとの報告⁹⁾¹⁰⁾があり、相乗効果を期待できる可能性がある。

BIの下位項目別では10項目中の7項目（食事、移乗、トイレ動作、歩行、着替え、排便管理、排尿管理）で有意に点数が上昇していた。点数が有意に上昇した7項目は点数が上昇を認めなかった3項目（整容、入浴、階段昇降）と比較して、入院中に助言や訓練を行う機会を多くもつことができる動作である事が介助量軽減につながったと思われる。稲垣らの東京都内に住民登録された百寿者に対して行った調査報告⁵⁾において、百寿者ではBI項目のうち階段昇降や入浴、歩行の項目で自立している人の割合が低いという結果が示されている。当報告の症例で入浴や階段昇降はBIが入院時に低く、入退院時で有意差が認められなかった項目である。在宅で入浴や階段昇降が必要となる症例以外は、入院中にこれらの訓練を行う機会を積極的には設けていない事が原因の1つであるのかもしれない。さらにこれらの項目は上下肢・体幹の筋力やバランス維持が他の項目以上に求められる事が、介助量の軽減を難しくしている様にも思われる。歩行に関しては介助を要する症例が多い項目ではあるものの、移乗等とともに筋力訓練だけでなく動作指導、補助具の適切な利

用方法の助言・訓練を繰り返し行う事により、介助量の軽減が見込める項目という事が言えるかもしれない。トイレ動作など他の項目を実施する際にも必要で、活動量が増えADL全体の向上に寄与した可能性がある。さらに排便・排尿管理に関して緩下剤・整腸剤及び排尿に関する薬剤調整の効果が当然あると考えられるが、運動療法の増加はADL全般に良好な結果を与えるとの報告¹¹⁾があり、リハビリテーション実施に伴う活動量の増加も、これらの介助量軽減につながっている可能性がある。これら10項目中7項目と多くの項目で有意にBI点数が上昇している事から、百寿者症例に対してリハビリテーションを行うことは、日常生活を送るうえで必要な多くの項目で介助量軽減が可能であると考えられた。

今回の症例群ではポストアキュート入院も多く認められるが、もともとのADLが良い集団であればリハビリテーションの効果が上がりやすく、ADLが悪い集団で見ると効果は限定的となると推測されるかもしれない。当院は慢性期病院であり、急性期からのポストアキュート入院は全例が他院からの転院であった。そのため急性期病院へ入院以前のADL状況の確認が困難であり、検討することができていない。発症以前のADL状況も患者および家族などの介護者から情報を得たうえで、一連のADL変化が比較・検討できるよう改善していきたいと考えている。また、症例数が少ないことにより検討項目が限られ、強いエビデンスが得られているとは言えない可能性がある。処方薬内容・変更とADL変化との関連等も症例数が多ければ、ある程度の傾向が把握できていたのかもしれない。引き続き当院での症例を増やす事に加えて、他院と共同した研究計画も含めて今後の課題としたい。

本研究の対象症例は全例在宅（自宅または居宅系施設）で生活を営んでいたものの、何らかの必要があって地域包括ケア病棟へ入院に至った症例群であるが、必要に応じて介護サービス利用や家族の介助などにより在宅生活を続ける事が可能と判断されて在宅退院に至った症例が多い。ポストアキュート入院、サブアキュート入院を含め活動量低下などが原

困と考えられる事象により ADL が低下してしまった症例に対して、百寿者症例であっても患者本人や家族の希望があれば、在宅を目指して医療者側が積極的に介入・助力して行く事が必要であると考えられた。

【結語】

当院地域包括ケア病棟へ入院した百寿者症例に対してリハビリテーション介入を行い、ADL 変化に注目した検討を行った。今回の症例群では 21 例中の 18 例で ADL の改善が認められた。地域包括ケア病棟への入院が必要な百寿者症例に対して積極的にリハビリテーションを行うことは、ADL 改善に有効であると考えられた。

本論文に関して、全著者に開示すべき COI 状態は無い。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：百歳の高齢者へのお祝い状及び記念品の贈呈について、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_43585.html/001306744-2.pdf, 閲覧 2024/10/20
- 2) 荻原隆二, 前田清, 辻林嘉平, 他：悉皆調査によるわが国の百寿者の生活実態, 日本公衛誌 47 (3) : 275-283, 2000
- 3) 荻原俊男：健康長寿と老年医学, 日老医誌 58 : 323-332, 2021
- 4) Gondo Y, Hirose N, Arai Y, et al: Functional status of centenarians in Tokyo, Japan: developing better phenotypes of exceptional longevity, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 61: 305-310, 2006
- 5) 稲垣宏樹, 権藤恭之：百寿者のバイオメカニズム —機能的側面とサクセスフル・エイジング—, バイオメカニズム学会誌 27 (1) : 18-22, 2003
- 6) Kowalska J, Mazurek J, Kubasik N, et al: Effectiveness of physiotherapy in elderly patients with dementia: a prospective, comparative analysis, Disabil Rehabil 41 (7) : 815-819, 2019
- 7) Guzek Z, Dziubek W, Stefańska M, et al: Evaluation of the functional outcome and mobility of patients after stroke depending on their cognitive state, Sci Rep 14 (1) : 1515, 2024
- 8) Leung Y, Barzilai N, Batko-Szwaczka A, et al: Cognition, function, and prevalent dementia in centenarians and near-centenarians: An individual participant data (IPD) meta-analysis of 18 studies, Alzheimers Dement 19 (6) : 2265-2275, 2023
- 9) Dutzi I, Schwenk M, Kirchner M, et al: Cognitive Change in Rehabilitation Patients with Dementia: Prevalence and Association with Rehabilitation Success, J Alzheimers Dis 60 (3) : 1171-1182, 2017
- 10) Chori M, Kim J, Yi E: Development and validation of exercise rehabilitation program for cognitive function and activity of daily living improvement in mild dementia elderly, J Exerc Rehabil 14 (2) : 207-212, 2018
- 11) 宮原拓也, 平林弦大：回復期リハビリテーション病院における重症脳血管疾患患者の ADL 改善項目の検討, 理学療法科学 28 (2) : 165-169, 2013



第 29 症例

JMC 第 154～156 号で、下記の症例に対する治療方針や具体的な進め方を募集したところ、2 件の治療方針が投稿された。今号では投稿された治療方針と実際の治療内容、治療のポイントを紹介する。

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，SpO₂ 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。



投稿治療方針 1



医療法人社団永生会 永生病院（東京都八王子市）

医師 飯田達能, 近藤公一 看護師 樋沢まみ

理学療法士 佐々木良 作業療法士 清水竜太 言語聴覚士 五十嵐将隆

総合支援室 MSW 夏目麻美 管理栄養士 梶英里衣

【本症例の回復予後を含めた ADL に関するゴール設定について】

本症例は発症後（4月25日午前6時と仮定）、約11時間後に救急搬送され、左前頭側頭葉皮質下出血と診断され、緊急で開頭血腫除去術を施行された症例である。皮質下出血の原因には高血圧に加えて脳動静脈奇形や脳アミロイドアンギオパチーなど様々なものがあり、ガイドライン上は必ずしも手術が推奨されるわけでない。本症例では救命目的で手術が行われたと考えられ、頭蓋内圧が高く、脳全体に圧迫性障害があると推測される。通過症候群の段階にあると見られるため、現段階での予後予測は困難であると考えられる。今後、運動機能、構音・摂食・嚥下機能、高次脳機能など各種パラメータを定期的に測定し評価する必要がある。

(1) 高次脳機能障害について

意識障害のため現時点では詳細な検査が困難だが、劣位半球皮質下病変により、前頭葉障害由来の注意配分や空間的注意、感情や情動の抑制不全が認められる。病変部位から、脱抑制が予測され、通過症候群を脱した時点でさらに顕著になる可能性がある。また、劣位半球側頭葉の障害により視覚空間認識の障害（配置や物体の大きさ、距離感の認識など）が生じることもあるが、本症例では重度の運動麻痺があるにもかかわらず立位保持が一部介助で可能であるため、影響は比較的軽度と推測される。高次脳機能障害の障害特性から長期的なりハビリが必要と考えられる。

(2) 運動機能について

脳浮腫の改善により運動・感覚麻痺の改善の可能性は残されているが、大幅な改善は難しいと思われる。触圧覚以外の感覚は脱失しており、深部感覚が失われているため視覚への範囲外での運動制御は困難で、運動や姿勢の制御に重大な制約が生じている。また、患肢の管理は特に注意が必要である。まずは低栄養状態や血圧管理に留意しつつ、離床時間の拡大を目指す。モジュラー型車椅子や除圧クッションを選定し、健側の活用を中心とした訓練を進め、麻痺の改善に合わせて患肢の参加を促す。最終的には、屋内一定条件下で ADL 遂行が可能な状態を目標とする。マン・ウェルニッケ姿勢での歩容が予測され、杖や足関節装具、アームスリングなど装具の検討が必要となる。

(3) 摂食・嚥下、栄養状態について

BMI 15.5, ALB 3.3g/dL とるい瘦が顕著で、体重維持、可能であれば増加が目標となる。目標エネルギーの設定にはハリス・ベネディクトの式を用いる。車椅子離床が可能なため活動係数 1.3, ストレス係数 1.0 で算出した目標エネルギーは 1300kcal/日だが、経過が良好であれば体重増加を目指し 1500kcal/日を目標とする。便秘傾向が見られるため水分摂取量は 30～35ml/kg で調整する。現在は 3 食経鼻胃管で経管栄養だが、片側大脳皮質病変のため経口摂取への移行も十分に可能性がある。食形態を段階的に評価し、安全な栄養摂取を目指す。免疫予備能低下が懸念されるため、訓練後の呼吸の変化などの観察も必要である。

【回復期リハビリ病棟における安全確保とADL向上・自立支援をどう考えるか】

脳出血では再発予防のため血圧管理が重要で、内服薬管理や運動機会の増加に留意する。皮質下出血のため症候性てんかんのリスクがあり、チーム全体でリスクを共有し観察を行う。前述した脱抑制の傾向が助長されてくる可能性があり、突然立ち上がる等の突発的行動が予想されるため、看護師等の観察や傾聴が必要となる。転倒予防のため、各種センサーの活用や環境調整を行い、転倒スコアも定期的に評価する。日中は可能な限り車椅子で離床し、他患者との交流やレクリエーション等を通じて生活リズムを整え、昼夜逆転の予防や認知機能低下予防を図る。

【退院先の決定時期はいつ頃が適切か】

意識障害や高次脳機能障害のある脳血管疾患患者であり、発症から3か月程度を目安に機能予後や必要となる介護量を予測する。回復期リハビリテーション病棟では定期的にFIMを測定しており、その推移や前述したパラメータを回復予測に使用する。

この間に介護保険の申請や家屋情報、家族構成などの情報収集を進め、患者の「家に帰りたい」という希望に基づいてソーシャルワークを展開する。ご家族は「身の回りのことは自立してほしい」との意向を持っている。施設と自宅の両方を検討する中で、同居することも検討されており在宅復帰に協力的な側面が伺える。在宅復帰には一定の介護や見守りが必要となる可能性が高い。実際の介護の負担等を家族とご本人で介護体験をしていただき決定できると良い。通所サービス等を併用しながら自宅で生活している実例等、具体的に将来のイメージが湧く様な具体的なプラン提示が大切になると思われる。また、自宅介護以外の選択肢として、看護小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護、有料老人ホームや病院での療養についても検討する。

【結語】

予後予測が困難であるため、定期的なカンファレンスと情報共有が不可欠である。本症例の治療方針にご協力いただいた各職種の皆様に深謝したい。



投稿治療方針2



医療法人社団淡路平成会 平成病院（兵庫県南あわじ市）

医師 片山直弥 看護師 木内美紀子 管理栄養士 岩城達也 臨床検査技師 森脇奈々

薬剤師 中田雅之 理学療法士 河内佑哉 作業療法士 大谷篤史

はじめに

各部門より、治療方針や回復予後を含めたゴール設定、退院先の決定時期について、検討した。

治療方針

【医師】

栄養全てを経口で補うのは困難と思われ、家族の許可が得られれば胃瘻の造設を進める。可能な限り直接的な嚥下訓練を施行し、誤嚥性肺炎については早期に発見フォローしていく。

動作に関しては、出血部位から想定して運動麻痺は残存することが予想され、体幹及び右側の筋力増強を図っていく。リハビリは術翌日より行うことが望ましい。

高次脳機能障害に伴う情動の変化には内服で対応していくが、家人の協力も不可決であり、ここが自宅に戻れるか否かのポイントとなることが多い。半側空間無視が生じると考え、食事・リハビリ等のフォローが必要である。不穩の程度によっては内服コントロールに加えて、センサーマットの設置が必要である。また、転倒・転落を防ぐため移乗動作の手順をある程度固定化し、体感していただき行動の順序を確認していく。

皮質下出血の原因は高血圧や外傷、脳動脈溜の破裂等が原因であり、血圧コントロールを十分に行った上で、出血が吸収、浮腫の減圧を確認の上、3～6カ月が妥当と考える。

【看護師】

在宅復帰を視野に入れるのであれば、胃瘻造設から経口摂取と併用が望ましい。早期から膀胱留置カテーテルの抜去を検討する。家族から「身の回りのことが自分でできるようになってほしい」という発

言があるため、日常生活のケア指導を実施していく。せん妄があるため日中のケア、観察評価、環境整備をしていく。

【管理栄養士】

栄養プラン 必要栄養量：1130kcal 1000cc

経管栄養メニュー：ラクティア 1.5 250 × 3 白湯：150 × 3

投与栄養量：1143kcal 1028cc

低体重をエネルギー蓄積量で補正する。短期的には経鼻経管栄養で問題はないが、誤嚥性肺炎のリスクはもちろん、経口摂取での訓練や楽しみ程度の経口摂取など進める場合は、胃瘻造設が必要と考える。

【検査技師】

入院時の検査では脱水と考えられるBUNの上昇がみられているが、UA低値で希釈がみられる。膀胱留置カテーテル挿入中のため、IN・OUTを測定し、蛋白異化亢進が除外できれば、投与水分量を決定する。

【薬剤師】

- ・誤嚥性肺炎予防効果も期待してACEIの追加を検討する。
- ・せん妄に対して、興奮状態等の要因となる膀胱留置カテーテル抜去に向けてウラピジルの処方検討。必要に応じて非定型抗精神病薬等の検討をする。
- ・発熱時にロキソプロフェンNaが処方されているが、胃腸障害等を考慮しアセトアミノフェンへの変更は可能か検討する。
- ・便秘時の頓服が複数剤形で処方されている。使い分け確認と、1種類にまとめられないか検討する。

・緑内障と白内障に対して点眼薬の有無や、眼科でのフォローが必要か確認する。

【リハビリテーション】

＜基本動作・ADL＞

病巣より半側空間無視・運動麻痺は残存する。起居動作は麻痺側の半側空間無視・運動麻痺により介助が必要となる。歩行は、歩行補助具と短下肢装具で後方介助で訓練レベルで留まり、自立は困難かと思われる。運動麻痺の改善にもよるが、意識障害、半側空間無視の影響により基本動作・ADLにおいて麻痺側上下肢の参加は難しいように考える。

安全確保のための滑落防止策や介助体制を強化し、リスクを最小限に抑える。非麻痺側を主導とした代償動作の定着を図り、ADLにおける監視レベルの到達を目標とする。環境調整を継続する。

＜嚥下＞

方針は覚醒状態を改善し、嚥下リハビリテーションを進める基盤を構築する。経鼻胃管を用いながら、嚥下訓練の頻度と種類を増やして適応を拡大する。

嚥下反射の改善と食塊移送機能の向上を目指す。経口摂取の一部を導入する（ゼリー状の食物から開始する）。経鼻胃管から部分的に経口摂取に移行可能か検討する。安全かつ効率的な嚥下機能の回復を目指し、最低限の経口摂取を達成する。完全な経口摂取が困難であれば、経腸栄養（胃瘻など）の導入を含む栄養管理方針を検討する。認知機能障害との兼ね合いで、自立した摂取が困難な場合は介助体制の確立やケア指導を視野に入れる。

＜高次脳＞

見当識訓練（カレンダーや時計の使用）を通じて、日常の時間や場所の認識を高め見当識や注意障害の一部改善が期待されるが、大きな進展は難しい。衝動性や半側空間無視への適応を目指し、外部刺激や環境調整による補助を実施する。記憶と認知の補助のために、家族や介護者とともに、認知障害を補助する具体的なルーチンを作成し、メモや視覚の手がかりを活用することで日常生活への適応を促す。注意訓練から注意力を段階的に向上させ、短時間のタスク遂行を目指す。適切な環境調整や補償手段（家族支援やデジタルデバイスの活用）を定着させるとともに、家族への障害理解の支援と具体的な対応策の指導。社会的行動の改善：家族や支援者の協力のもと、日常生活や社会的交流の範囲を広げ社会的交流を続けられるよう支援する。

【まとめ】

退院の決定時期や今後の見通しについては、半側空間無視、運動麻痺は残存することからADLは監視レベルの獲得が予測される。高次脳機能障害の回復程度に応じて3か月で転帰先の検討を開始する。

嚥下機能は回復期リハビリテーション中に一定の改善が期待されるが、認知機能障害があるため、経口摂取への完全移行は慎重な評価が必要となる。自宅退院または施設入所を視野に入れた栄養管理と介助体制の整備が重要である。家族のサポート状況や環境を活用した段階的な自立支援を促進する。継続的リハビリ嚥下訓練の継続はもちろん、姿勢調整や認知機能の改善を含む包括的アプローチが必要となる。高次脳機能障害は一定の適応能力を獲得することを方針とする。



実際の治療内容



医療法人財団利定会 大久野病院（東京都西多摩郡日の出町）

理学療法士 **河野博之**，**工藤弘之** 作業療法士 **土方優花**

言語聴覚士 **高鳥俊介** 看護師 **松本和奈** 医師 **高梨博文**，**進藤晃**

【入院時カンファレンスでの治療方針】

現状では介助量が多いが、非麻痺側上下肢の機能が残存している事、基本動作などで協力動作が得られる事、年齢が比較的若い事、発症から間もない回復期である事などから、リハビリが十分に行えれば ADL の改善が見込めると判断された。ただし高次脳機能障害は長期化する事が予想され、ADL 見守りレベルを目標としてリハビリテーションが計画された。キーパーソンは今後の退院先について施設か自宅で迷っており、双方を視野に入れて支援していく事となった。

【問題点の抽出と介入】

左上下肢運動麻痺

入院初期より長下肢装具を使用して立位・歩行練習を実施し、抗重力筋と中枢神経への刺激入力により神経・筋の促通を図った。立位から始め、段階的に歩行練習の量を増加させた。

基本動作・ADL 動作困難

運動機能改善に合わせ、動作の難易度を調整しながら反復練習を中心に介入した。注意障害があるため動作に集中できるように環境を配慮して行った。ADL に反映されやすいように病棟生活の実際の場面での練習量を増やした。

排泄障害

主に医師・看護・リハビリにて連携を図り、膀胱留置カテーテル抜去後の再尿閉を予防するため、水分摂取量の確保、トイレ誘導、服薬調整などに取り組んだ。

経口摂取困難

言語聴覚士が中心となり、経口摂取再開に向けて嚥下機能評価・直接訓練を実施した。安全な経口摂取のため食形態の選定と、詰め込んでしまう等の食

事場面での注意点を看護師・介護士と情報共有しながら介入した。

高次脳機能障害（記憶障害・注意障害・左半側空間無視）

日常生活動作全般に注意の欠如と衝動性がみられており、突然の車椅子からの立ち上がりや不十分な態勢でのベッドからの起き上がりなどがみられていた。患者の安全確保のため、一時的な安全措置も余儀なくされたが、離床センサー、オートブレーキ式車椅子、緩衝マットなど自立支援に向けた環境設定を病棟スタッフとリハビリスタッフで検討・導入した。

【入院後の経過】

- 5月 15日 当院回復期リハ病棟に入院
- 19日 経鼻胃管併用で経口摂取訓練開始
長下肢装具での立位・歩行練習開始
- 25日 経鼻胃管抜去
- 6月 1日 膀胱留置カテーテル抜去
- 16日 トイレ誘導開始
※頻回な転倒がみられ、家族の了承のもと車椅子上での安全ベルトを開始
- 7月 12日 移乗動作見守り
- 20日 安全ベルトの日中一部解除を開始
- 8月 4日 左金属支柱付き短下肢装具と四点杖で歩行 15m 見守り
- 11日 歩行浴へ移行
- 9月 2日 終日で安全ベルト終了
トイレ動作見守り
- 10月 3日 特別養護老人ホームへ退院



【退院時評価】

HDS-R：22/30

運動麻痺（左）：Brunnstrom Stage. IV - IV - IV

ROM-t（左）：足背屈 0°（膝伸展位）

感覚障害（左下肢）：温痛覚 8/10 運動覚 2/5

移乗：見守り（ブレーキなど安全管理困難）

歩行：プラスチック短下肢装具と四点杖にて 30m
歩行見守り

食事：見守り ※経口摂取（米飯、きざみ菜）

整容：見守り

清拭：一部介助

排泄：トイレ動作見守り 日中失禁なし

FIM：78点（運動 57点 認知 21点）

高次脳機能検査：FAB12/18, BIT124/146

【退院先の決定について】

元々独居だが、息子の気持ちとしては、できれば同居し元の自宅退院を希望していた。8月4日の面談では息子は施設か自宅で迷っている状況であった。9月8日に医師との面談にて「見守り下での車椅子主体の生活になる」と説明を受け、息子は施設への入所方向を決めた。

【退院後の様子】

退院後、施設にて半年以内にトイレ介助時に転倒され、入院されたところ家族よりお聞きした。



治療のポイント



医療法人財団慈強会 松山リハビリテーション病院（愛媛県松山市）

院長・リハビリテーション専門医 木戸保秀



【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟で重度高次脳機能障害の場合、最長 180 日の入院リハビリテーションが可能である。言い換えれば、それだけ時間と手間がかかる障害と言うことである。しかし、実際のところ高次脳機能障害患者が無事自宅退院できても、入院中でできていた事が同じように家や職場ではできない、あるいはしてくれない。さらに、そのような言動が多く、誤解を生み、家庭や職場での人間関係が悪化してしまうケースも決して少なくない。

この症例は、73 歳の脳出血患者で退院後はリハビリも含めて介護サービス提供が優先されることになる。65 歳以上の高齢者や 40 歳以上で脳卒中のような特定疾病対象者は、回復期リハビリテーション病棟入院早期に介護申請を通して、利用できるサービスの青写真を描くべきである。入院最初の目標設定は退院時の最上ゴールだけでなく、最低ゴールも視野に入れて準備を進めていく。この患者は左片麻痺が重度な状態で残存、左半側空間無視や注意障害、衝動的な動作等の高次脳機能障害により、杖

や装具を使用しても平地歩行は可能となるが、転倒事故のリスクはかなり高い状態となる事が予測される。また年齢や脳卒中部位から推定して経口摂取までの回復は見込まれるが、高次脳機能障害による先行期の障害のため、誤嚥性肺炎や窒息のリスクもまた同時に残っていくであろう。

したがって、症例供覧で挙げられていた入院時の問題点に対して、下記のように述べさせていただく。

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

①の問題については、「最低のゴール設定も想定する」が正しい。この患者の最低ゴール設定は誤嚥性肺炎を繰り返し重度の麻痺と高次脳機能障害が残存するため、胃瘻造設を視野に入れた重介護状態からスタートとなる。仮に経口摂取や歩行が可能となったとしても独居、ADL、IADL 自立までのハードルは相当高い。

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

②の問題については、残念ながら回復期リハビリテーション病棟入院中のみの事は考えられても、退院後の事は相当難しい。特に高次脳機能障害について回復予測は2年後を想定して考えるべきである。ここだけの話、高次脳機能障害で回復期リハビリテーション病棟算定限度日に180日は不要である。むしろ外来リハビリテーションを通して長期に関われる制度改定が望まれる。介護保険対象者の場合、デイケアや訪問リハビリを利用して長期に関わる事が可能であるが、実際限度額を超えた介護サービス提供が必要となり、リハビリテーションが不足する事も決して少なくない。また、施設入所しても施設

内で事故やトラブルにより退所となるケースも非常に多い。高次脳機能障害は別名「見えない障害」とも言われ、多くの患者が理解されずに行き詰まりの生活を強いられる事となる。しかし、同時にこの障害の難しさは患者本人も病識が障害され、退院後のリハビリテーションや介護サービスに同意がなかなか得られない事にある。また、最初は渋々同意して利用開始しても途中で中断してしまう事が非常に多い障害でもある。

したがって、この患者の安全性確保については、回復期リハビリテーション病棟で完結するのではなく、繋いだ先との連携が非常に重要である。退院先で失敗しても、同病棟あるいは同病院で再度サービス調整やリハビリテーションをやり直す位の事が出来なければ、回復期リハビリテーション病棟を名乗る資格もない。多くの回復期リハビリテーション病棟で退院後の再受け入れができていない現状は甚だ残念である。

③退院先の決定時期はいつ頃が適切か

③の問題について、答えは入院時である。入院時、最低の退院先を想定したスタートで始まり、入院中だけでなく退院後もやり直しができる事が大切で、特に高次脳機能障害患者は幅広く柔軟な対応が求められる。

【終わりに】

回復期リハビリテーション病棟はあくまで通過地点である。同じ通過地点である地域包括ケア病棟や老人保健施設も活用し、退院先は柔軟に対応していく事が大切である。特に高次脳機能障害を有する患者の回復は2年以上必要である。その間様々なトラブルや事故を繰り返すことが推測される。そのため、その都度幅広いゴールの選択が求められる。



第 30 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：2025 年 4 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。

精神疾患を有する若年者の墜落外傷 ～回復期リハビリ病棟での対応～

【症例】

18 歳 女性

【既往歴】

小学 5 年生（10 歳時）より某心身クリニックへ通院。（詳細不詳）

202X 年 2 月 12 日より自宅近くの別のクリニックに転医。こだわり、感覚過敏、コミュニケーションの質的障害などから軽度精神遅滞（FIQ65）、「自閉スペクトラム症」と診断され通院中だった。ブレクスピラゾール 1 mg、クロナゼパム 0.5 mg が処方されていた。『TikTok できらきらした人を見ると気持ちが悪くて死にたくなる』といった訴え、慢性的な抑うつ気分、希死念慮が認められたとのこと。服薬アドヒアランスも不良で怠薬傾向であった。

【現病歴】

202X + 2 年 9 月 30 日に自宅 3 階より飛び降り、某市立医療センターへ救急搬送されたが、対応困難で某医科大学総合医療センター救命センターへ転院。

腰椎（L2）破裂骨折に対して後方固定術（Th 12-L4）施行。

右踵骨骨折に対して 10 月 1 日に創外固定、10 月 10 日に観血的固定術が施行された。

精神科面接では、自殺念慮については明確に否定し、飛び降りについては「後悔しています」「二度としません」と話されたとのことである。

入院後は、アリピプラゾール 6 mg で治療が開始されたが、衝動性抑制のため 10 月 8 日より中止、リスペリドン 2 mg へ変更、不眠に対してレンボレキサント 5 mg 開始。

「悪口をいわれた」「手術が失敗した」等の訴えがあり、当初は拒薬があった。

10 月 9 日より個室対応、耳栓・ワイヤレスヘッドホンを利用することで拒薬がなくなり、穏やかに過ごされていた。

10 月 15 日に「目が上を向く」との訴えあり、リスペリドンによるジストニア疑いでピペリデン 2 mg が追加されたところ症状は消退した。

202X + 2 年 10 月 24 日に初診の某市立医療センターへ転院。転院後は基本的に落ち着いて過ごされており、錐体外路症状は認めなかった。

術後より膀胱直腸障害が残存しており、尿閉に対して尿道留置カテーテル留置。

10 月 7 日より 15 日まで尿路感染症として CTRX 投与、10 月 15 日 RBC4 単位の輸血が施行された。

心身共に状態が安定したため、202X + 2 年 11 月 19 日、当院回復期リハビリテーション病棟に転院となった。

【当院転院時の様子】

両親の付き添いのもと車椅子で来院。

質問に対して簡単な返答あり、口数は少ないが時折笑顔あり。

【入院時現症】

身長 163 cm・体重 36.5 kg（BMI 15.6）

意識清明、36.2℃、脈拍 65/分、血圧 87/57（通常でも 80～90 台）、酸素飽和度 97%、尿道カテーテルが留置されている。

右下肢：疼痛自制内、しびれの訴えなし。腫脹、熱感なし。

踵部に 2 cm 台の発赤あり。乾燥高度。

左下肢：踵部の発赤なし。第一足趾付け根周囲に発赤あり。

背骨周囲の創部、仙骨・大転子部：皮膚トラブルなし。

【入院時 ADL】

- ・移乗：一部介助，右踵は免荷の状態の手すりなどを使用し，軽介助で可能。
- ・移動：車椅子全介助
- ・食事：自立
- ・排泄：尿道留置カテーテル，黄色尿流出良好
一旦セミ留置された際，尿意なく患者自身で定期的にキャップを外して排尿する必要があることの説明を受けているが，あまり理解出来ておらず患者自身も自信がなかったとのこと。前医では自己導尿は難しいと判断されている。
排便は酸化マグネシウムを内服し，前医では連日自然排便あり。ただし便意ははっきりせず，適宜オムツ内を確認して対応していた。
- ・更衣：一部介助
- ・入浴：コルセットについて確認取れ次第

【家族状況】

両親，母方祖父母との5人暮らし

父：キーパーソン。就労あり（22：00～9：00）

母：就労なし，祖父母：同居

家族は退院後の生活について，特に排尿障害についてはかなり心配しており，尿道カテーテル除去に期待していることは明らかであった。

【家屋状況】

戸建3階建て

3F：寝室（布団）

2F：リビング・浴室・トイレ

1F：祖父母生活スペース・トイレ

階段には昇段時に左側手すり。基本的には2Fで過ごしていたとのこと。

【経済状況】

詳細未聴取，本人就労なし

【制度等利用状況】

- ・精神保健福祉手帳2級（交付：202X年3/9，有効期限：202X+4年3/31）
- ・自立支援医療（精神通院）（有効期限202X年+2年3/1～202X+3年2/28）
精神科かかりつけ医あり

【入院時持参薬】

- ①ロキソプロフェンナトリウム錠60mg 3錠 3×毎食後
- ②リクシアナOD錠15mg 1錠 1×朝食後
- ③クエン酸第一鉄Na錠50mg 2錠 2×朝・夕食後
- ④ファモチジンD錠20mg 2錠 2×朝・夕食後
- ⑤酸化マグネシウム錠330mg 3錠 3×毎食後
- ⑥リスペリドン内用液分包0.5mg 2包 2×朝・夕食後
リスペリドンOD錠1mg 1錠 1×就寝前（リスペリドン計2mg/日）
- ⑦デエビゴ錠5mg 1錠 1×寝る前
- ⑧アキネトン錠1mg 2錠 2×朝・夕食後
- ⑨デエビゴ5mg 1錠 1×就寝前
- ⑩頓用：ピコスルファートNa内用液0.75% 便秘時

入院後，すぐに当院精神科医（週2回非常勤）が介入。面接の結果，「やや過剰適応気味にも見えるが，精神的には穏やかである。ストレス耐性は低い方で，無理はさせず保護的な対応が必要そうであるが，今のところは大丈夫のようである。このままの処方内容を継続して経過観察」という方針となった。

整形外科医（週1回非常勤）も介入。前医から提示された，踵骨骨折に対しての免荷スケジュールは以下の通りである。

- ・11/21日まで免荷（荷重をかけたいときはグラフィン装具固定）
- ・11月22日～12月6日 1/3荷重
- ・12月7日～12月21日 2/3荷重
- ・12月22日～疼痛に応じて全荷重
コルセットは12月30日まで装着の指示。

【身体機能】

- ・ROM：（右/左）
右足関節背屈（5/-）
- ・筋力：（右/左）
上肢3～4/3～4レベル，右前脛骨筋MMT4レベル
- ・疼痛（NRS）：荷重時に右踵部，腓腹部に疼痛出現する。
- ・BBS：10点

【入院時検査所見】 [202X +2年/11月19日]

* LD (IFCC)	147 U/L	* 白血球数	5600/ μ L
* AST (GOT)	18 U/L	* 赤血球数	339 \times 10 ⁴ / μ L
* ALT (GPT)	37 U/L	* ヘモグロビン	10.5 g/dL
* ALP (IFCC)	63 U/L	* RDW-SD	45.7
* γ -GT (γ -GTP)	11 U/L	* ヘマトクリット	31.8 %
* CK	58 U/L	* MCHC	33.0
* 血清アミラーゼ	119 U/L	* MCV	93.8fL
* TG (中性脂肪)	58 mg/dL	* MCH	31.0
* 総コレステロール	158 mg/dL	* RDW-CV	13.0 %
* HDL- コレステロール	67 mg/dL	* PDW	12.2
* non-HDL	—	* MPV	9.7
* LDL- コレステロール	88 mg/dL	* 血小板数	18.4 \times 10 ⁴ / μ
* 総蛋白	6.1 mg/dL	* P-LCR	23.7
* アルブミン (BCP)	4.0 g/dL	* W-SCR	24.7
* A/G (BCP)	1.90	* W-MCR	10.5
* 総ビリルビン	0.42 mg/dL	* W-LCR	64.8
* 尿素窒素	15.6 mg/dL	* PCT	0.18 %
* 尿酸	3.9 mg/dL	* 総リンパ球数 (X)	14.0 \times 10 ² / μ L
* クレアチニン	0.43 mg/dL	尿色調 痰黄色	
* Cre・推算 GFR (eGFR)	157.5 mL/分	尿混濁 (—)	
* グルコース	103 mg/dL	尿ウロビリノーゲン定性：正常	
* CRP 定量	0.01 mg/dL	尿潜血反応 RBC (1 +)	
* HbA1c (NGSP)	4.64 %	尿糖定性 (—)	
* ナトリウム	143.2 mEq/L	尿蛋白定性 (—)	
* カリウム	4.05 mEq/L	尿 PH 8.0	
* クロール	106.6 mEq/L	尿比重 1.010	
* 乳び	(—)	赤血球 5 ~ 9/HPF	
* 溶血	(—)	白血球 1 ~ 4/HPF	
* 黄疸	(—)	血尿 (+)	
* PT-INR	1.21	均一赤血球 大部分	
* フィブリノーゲン	280mg/dL	尿培養：Escherichia Coli 1.0 \times 10 ⁴ CFU/mL	
* D ダイマー	0.88 mcg/mL	感受性結果は省略	
* 梅毒定性 RPR 法 (—)			
* 梅毒定性 TP 抗体法 (—)			
* HCV 抗体 3 : LPI 判定 (—)			
* HBs 抗原 CLIA 判定 (—)			

入院時の問題点

1. 精神疾患の存在 (認知症でも統合失調症でもうつ病でもない若年者の自閉スペクトラム症) と症状悪化の可能性：精神科常勤不在
2. 膀胱直腸障害, 特に尿道カテーテル留置について：泌尿器医は不在
3. ポリファーマシー
4. 自宅退院後の問題点

今後の治療方針・具体的対応

左記の問題点に対し, 回復期リハビリ病棟において, 患者の在宅復帰に向けて, 多職種 (医師, 看護師, リハビリ担当者, 介護職, 薬剤師, 管理栄養士, 臨床検査技師, 社会福祉士) がどのように関わるべきか, 治療計画と具体的対応について検討してください。

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！

良質な慢性期医療が日本を強くする！

慢性期.com

これからの慢性期医療には、地域に密着し、高度急性期医療以外のあらゆる疾病を持つ患者にケアも含めた医療を提供していくことが求められております。時代とともにその役割はますます拡大していくでしょう。

慢性期ドットコムは「慢性期医療とは？」を知ることができるオウンドメディアです。このメディアでは、学術面、実践面、ICT活用など、様々な角度から第一線で活躍する方々が慢性期医療にアプローチいたします。

慢性期医療の
「いま」を伝える
医療メディア

<https://manseiki.com/>



日慢協 BLOG

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！

日慢協ブログでは、日本慢性期医療協会が行っている記者会見や厚生労働省の審議会などで提言している「これからの慢性期医療」を発信しております。

日慢協を知る
メディア

<http://manseiki.net/>

学会

第33回日本慢性期医療学会

日程 2025年11月6・7日(木・金)

会場 大阪国際会議場

テーマ 慢性期医療の匠になろう! : 坂の上をめざして

併催 第13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

研修会

総合診療医認定講座、医師のための総合リハビリテーション講座、看護師特定行為研修
リスクマネジメント研修、他オンライン研修多数開催中

運営組織

慢性期リハビリテーション協会、日本介護医療院協会、地域病病連携推進機構

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.コム <https://manseiki.com>

2024年12月の記者会見

医療機関外（院外）リハビリをデザインする ～生活の場での実践リハビリ強化～



当会は12月12日、「医療機関外（院外）リハビリをデザインする ～生活の場での実践リハビリ強化～」をテーマに定例記者会見を開催し、患者の社会復帰を円滑に進めるため、実践的な訓練としての院外リハビリテーションの拡充が必要であるとの見解を示した。

橋本康子会長は、現行制度の課題としてリハビリ内容や時間制限の問題を挙げ、制度の見直しと包括的な評価方法の導入を提案した。記者からは、地域医療構想との関連性や院外リハビリが普及しない要因について質問が寄せられ、橋本会長は地域医療の現状を踏まえた対応の重要性について言及した。

■ 生活の場での実践リハビリ強化

会見で橋本会長は、院外リハビリの役割について、「患者の社会復帰に向けた実践的な訓練として極めて重要であり、病院内のリハビリだけでは気づけない生活課題を明確化する機会となる」と述べた。病院内でのリハビリは実際の生活とは異なる環境で行

われるため、在宅復帰後の生活上に必要な課題や能力を見極めるために院外でのリハビリが必要不可欠であると強調した。

具体例として、移動手段の獲得や復職準備、家事能力の向上だけでなく、復学の準備や趣味活動の支援も挙げた。特に、若年層の患者については、学校復帰を目指す支援が必要であることを強調。また、現行の3単位（60分）の時間制限が患者の多様なニーズに対応する上で大きな障害となっていることを指摘し、時間の緩和とリハビリ内容の拡充を訴えた。

さらに、リハビリの内容が生活必需の動作にとどまらず、趣味や余暇的活動の支援にまで広がることで、患者のQOL向上につながると説明した。例えば、ゴルフや旅行といった余暇活動が可能となることで、生きがいや目標を持つ生活が実現する。このような活動を含むリハビリテーションを支えるためには、現行制度を見直し、包括的な評価方法を取り入れる必要があると提案した。

■ 患者のニーズに合わせたリハビリ

質疑応答では、記者から「地域医療構想との関連性」について質問が寄せられ、橋本会長は「地域医療構想の方向性を踏まえた提案である」としたうえで、「院外リハビリの拡充は地域医療全体の中での重要な位置づけであり、今後の制度設計においても重要なテーマとなる」と述べた。

さらに、「院外リハビリの普及が進まない要因」についての質問に対しては、算定要件の厳しさや患者の状態の多様性が影響していると説明。高齢者や重度障害を持つ患者にとって、現行のリハビリ制度では対応が十分でない場合があると指摘した。

一方で、実施率が40%にとどまる現状については、診療報酬の算定要件などを踏まえた経営面での制約などが影響していることを指摘し、課題解決のための柔軟な制度設計が求められるとした。

また、退院直前に患者が入所予定の施設や自宅を訪れ、実際の生活環境で課題を確認する取り組みの重要性についても触れ、「生活環境での課題を早期に把握することで、退院後のリハビリテーションにスムーズに移行できる」と述べた。具体的には、階段の高さが異なることで歩行が困難になるケースや、入所施設での環境適応の難しさを挙げ、これらを事前に把握し、次のリハビリ計画に反映させる必要があると説明した。

さらに、趣味や余暇活動への支援についても、「患者の希望に応じた支援を保険外診療として提供することが現実的な選択肢であり、『選定療養リハビリテーション』として運用する仕組みが適切である」と提案。これにより、患者一人ひとりのニーズに合わせたリハビリが提供可能となることを強調した。

■ 社会参加や職場復帰を円滑に

橋本会長は、会見の最後に、「院外リハビリを活用することで、患者の社会参加や職場復帰がより円滑に進む」と述べ、現行制度の課題解決に向けた取り組みの必要性を改めて訴えた。

具体的には、現行の算定要件や時間制限を緩和し、リハビリ内容の拡充を行うことで、患者が退院後も社会にスムーズに適応できる体制を整えるべきと提案。また、院外リハビリの評価を包括的に見直し、個別の患者ニーズに対応できる仕組みを構築することの重要性を強調した。

橋本会長は2024年度改定を踏まえた今後の政策に期待を寄せながらも、現行制度が抱える課題を正面から捉え、より柔軟で実効性のある制度設計を進める必要性を指摘。次期改定などに向けた来年の活動に意欲を示した。

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=10981>

2025年1月の記者会見 介護保険におけるアウトカム評価 「要介護度改善加算」の創設を提言



当会は1月9日、今年最初の定例記者会見を都内のホテルで開き、「介護保険におけるアウトカム評価 ～要介護度改善加算の創設を～」と題して見解を示した。橋本康子会長は、現行の介護保険制度が要介護度の改善に対する評価として不十分であるとの認識を示し、改善を促進するための新たな加算制度を創設する必要性を強調した。

橋本会長は会見で、介護職員の減少が進む中で、介護の質をいかに維持するかが重要な課題であると指摘。現場における改善へのインセンティブを高めることが不可欠であるとの考えを示した。

現在、要介護度の改善や維持に対する評価として「ADL維持等加算」が存在するが、橋本会長は「最大でも60単位で、施設側の負担軽減には不十分。現行の評価では、施設や事業者が積極的にリハビリに取り組むモチベーションが保てない」と述べ、報酬上のさらなる評価を求めた。その際、改善による減算を上回る加算を設定することで経営的な負担を軽減し、リハビリやケアの質向上につなげるべきだとした。

橋本会長は、東京都が実施している「要介護度等改善促進事業」を参考に、加算に加えて報奨金制度を導入する方法も提案。要介護度の維持・改善に取

り組む施設に対して追加の財政的支援を行う仕組みについて、「現場のモチベーションを高める効果が期待される」とした。

橋本会長はまた、要介護度5や4といった重度要介護者に対しても、適切なリハビリを行うことで状態を改善し、生活の質を高めることが可能であると主張。加えて、リハビリによって要介護度2や3の利用者を維持・軽度化することで、介護保険全体の費用抑制につながるとし、その効果は月額100億円以上になるとの試算を示した。これにより、持続可能な介護保険制度の実現に向けて、改善を評価する仕組みの導入が急務であると結論付けた。

■ 「全面的に賛成なので頑張してほしい」との声

質疑応答では「要介護度改善加算」について多くの意見や質問があった。全国紙の記者は「介護保険法の目的自体が自立支援であるから、ご提案のように、要介護度を改善したときにはインセンティブを付けるというのは、そのとおり」と賛同。別の記者からも「全面的に賛成なので頑張してほしい」との声があった。現行の「ADL維持等加算」について「評

価が小規模であるため、より効果的な加算制度が求められる」という意見もあった。

橋本会長は、現状では要介護度が改善することで報酬が減少し、施設側にとっての経済的なインセンティブが不足していると改めて強調。報酬体系を見直し、少なくとも現行の減算を上回る加算を付与することが必要と述べた。さらに、現場のモチベーションを高めるためには、単なる加算だけでなく、東京都のような報奨金制度の導入も有効であるとした。これにより、介護施設や事業者がリハビリに力を入れるモチベーションが期待できるとの考えを示した。

■ 身につければすぐにできる知識や技術

リハビリテーション介護士の育成についても多くの質問が寄せられた。橋本会長は、介護福祉士だけでなく、すべての介護職員を対象にした研修が必要であるとの認識を提示。「食事介助や移乗介助など、日常生活で重要な場面における基本的な技術を習得することで要介護者の自立支援を促進できる」と期待を込めた。

食事介助の例では、誤嚥を防ぐための姿勢や角度の重要性を挙げ、適切な方法を学ぶことが必要であると指摘。リハビリテーション介護士の役割を明確にすることで介護現場の質を向上させ、要介護度改善につながると説明した。来年度から実技を含む研修を再開する予定であることも紹介した。

橋本会長は「リハビリの専門家になる必要はない。リハビリは専門職だけがするものではなく、医師も含めて、他の医療関係者、介護関係者、みんながリハビリの認識を持って取り組む必要がある」とし、移乗の場合を説明。「重心をどこに置けばいいか、誰でも身につければすぐにできる。そういう知識や技術を広げていくべき」と説明した。

■ 他業界と比べて業務効率が低い

医療・介護連携や在宅医療などの地域医療構想に関連して、「慢性期医療は介護との橋渡し、ハブになると思うので、介護とのつながりで日慢協はどのような役割を果たすのか」との質問もあった。橋本会長は、急性期から慢性期、さらには在宅医療へと続く患者の流れは本来シームレスであると指摘。現状では医療と介護

の連携が不十分であり、これを改善することで患者にとって負担の少ない体制を構築できると述べた。

また、慢性期医療の役割として、マルチモビディティ（多疾患併存）への対応が必要であると説明。急性期医療では特定の疾患に対処するが、慢性期医療では複数の疾患を同時に管理することが求められるため、総合診療的な視点を持つ医療チームの育成が重要であるとの考えを示し、「それが地域包括ケアの中心になるのではないかと述べた。

また、介護現場の人手不足に関する質問に対し、橋本会長は「医療・介護業界は他の業界と比べてIT導入が遅れており、業務効率が低い」と指摘。「事務作業の煩雑さが現場の負担を増加させており、本来患者や利用者に向けられるべき対人サービスの時間が削減されている」と指摘した。橋本会長は、電子カルテの普及や情報共有システムの導入などによって限られた人材を有効に活用し、介護サービスの質を向上させるべきだと述べた。

■ リハビリマインドを現場に浸透させる

今後に向けて橋本会長は、要介護度改善加算を含む報酬体系の見直しやリハビリテーション介護士の育成を通じて要介護者の自立支援を進めていく必要性を改めて強調。「慢性期、在宅期、生活期など、すべての時期でリハビリが必要」とし、通所系や施設系に限定せずに広く要介護度改善加算を適用すべきとした。

質疑を踏まえ、矢野諭副会長は、今後の記者会見を継続して開催し、各回で具体的なテーマを掘り下げながら議論を重ねていく方針を示した。また、医療と介護の現場における連携強化を一層推進する必要性を強調し、リハビリテーションの重要性に言及。「医療職が介護を理解し、介護職が医療を理解することで、より質の高い慢性期医療が実現できるとの考えを示し、それを支えるためにリハビリマインドを現場に浸透させる取り組みが求められる」と述べ、現場の声を反映しながら、医療・介護分野の課題解決に向けた提案を続けていく意向を表明した。

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=11032>

Event

令和7年日慢協役員新年会

(令和7年1月9日)

令和7年1月9日に、日本慢性期医療協会の役員新年会が開催された。新年会には役員のほか、賛助会員企業やマスコミ関係者なども出席した。

橋本康子氏（日本慢性期医療協会会長）、角田徹氏（日本医師会副会長）、仲井培雄氏（日本病院団体協議会議長）からのご挨拶の後、上西紀夫氏（地域病連携推進機構理事長）に乾杯のご発声をいただいた。安藤たかお氏（衆議院議員・厚生労働大臣政務官）も会場に駆けつけて祝辞を述べた。



ご列席者からもスピーチを賜り、西尾俊治氏（第33回日本慢性期医療学会学会長）の挨拶により閉会の運びとなった。

第2回都道府県慢性期医療協会 会長会議

(令和7年1月10日)

令和7年1月10日に「第2回都道府県慢性期医療協会 会長会議」が開催された。都道府県の慢性期医療協会として活動している28組織の会長にお集まりいただいた。

当日の会議では、各都道府県での活動状況などの報告、今後の慢性期医療の課題などについて話し合った。参加者同士で活発な意見交換が行われ盛会裏に終了した。



第10回総合診療医認定講座

(令和6年11月30・12月1日、12月21・22日、
令和7年1月25・26日)

令和6年11月から令和7年1月にかけて、地域医療の要となる医師を養成する第10回総合診療医認定講座（PART I・II・III）が開催された。「総合機能評価加算」（医師）に関する施設基準の研修にも該当する本講座には、26名が参加した。全6日間26講義および8時間に及ぶ症例検討のすべての科目を履修された方には認定証が発行される。



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15期日程】2025年4月1日～

第2回身体的拘束最小化大作戦

～根性論だけでは進まない具体的なテクニックを学ぼう～

【日 程】2025年2月6日

【場 所】東京研修センター

第19回看護師特定行為研修指導者講習会

【日 程】2025年2月8日

【場 所】オンライン研修

慢性期医療展2025

【日 程】2025年4月16～18日

【場 所】インテックス大阪

第33回日本慢性期医療学会

【テ ー マ】慢性期医療の匠になろう！：坂の上をめざして

【日 程】2025年11月6・7日

【場 所】大阪国際会議場

【学 会 長】西尾俊治（南高井病院 院長）

【併 催】・第13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

2024年11月14・15日の2日間にわたり、第33回日本慢性期医療学会と第12回慢性期リハビリテーション学会が、パシフィコ横浜ノースで開催された。今回は、10数年ぶりの首都圏での現地開催でもあり、約2000人の参加者と614題の演題数を認めた。

2024年6月からの診療報酬改定・介護報酬改定は、我々医療介護業界にとって非常に厳しいものであり、さらに、昨今の人材不足や物価・光熱費の高騰も重なり経営難が続いている。そのような状況の中で、今後も日本慢性期医療協会誌JMCは、「“治し・支える”良質な慢性期医療」というテーマを基に、様々な情報を発信していきたい。



桜ヶ丘病院 理事長
成川暢彦

■三役会■ 橋本康子(会長)・池端幸彦(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(札幌西円山病院)・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誌 JMC 第157号

(2025 February volume33 No1)

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

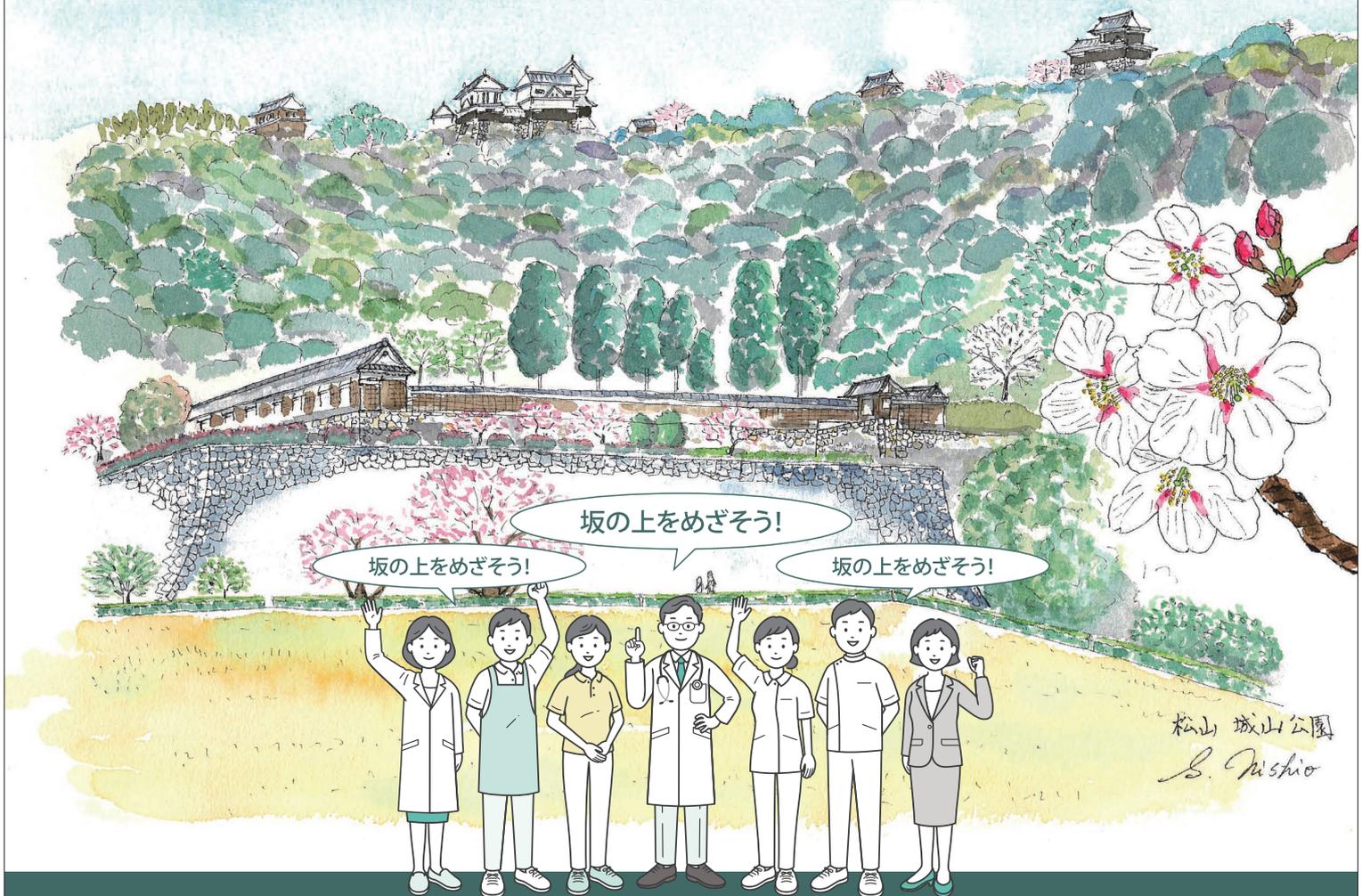
URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net> 慢性期.com: <http://manseiki.com>

編集 柳田直己(日本慢性期医療協会事務局)

第33回 日本慢性期医療学会

(併催) 第13回 慢性期リハビリテーション学会

テーマ 慢性期医療の匠^{たくみ}になろう! : 坂の上をめざして



会期

2025年
11/6木・7金

会場

大阪国際会議場

学会長

西尾 俊治 (南高井病院 院長)

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

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: jamcf33@gakkai.co.jp

<https://www.gakkai.co.jp/jamcf33/index.html>

第15回 超高齢社会を支える慢性期医療の専門展

慢性期医療展

2025

主催

慢性期医療展実行委員会

(日本慢性期医療協会・テレビ大阪・テレビ大阪エクスプロ)



来場登録
受付中

日本慢性期医療協会セミナー

「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」

講師 日本慢性期医療協会 会長 橋本康子

座長 日本慢性期医療協会 副会長 矢野諭

「米国の医療DXから見たこれからの日本のDXの方向性」

「困っていませんか？ 夜間頻尿」

「座る、歩く、握る、生活の基本動作の衰えを防ぐ筋力アップ」

「認知症の方への介助・コミュニケーション技術」

「お口の健康が長寿の秘訣！」

「かくれ栄養失調にならないために」

「知って得する介護保険の在宅サービスと病院・介護施設の活用方法」

西日本最大級！ 介護・福祉・医療・看護の総合展示会

2025年4月16日(水) ▶ 18日(金)

インテックス大阪

お問い合わせ

慢性期医療展事務局

〒540-0008 大阪市中央区大手前1-1-7 (株)テレビ大阪エクスプロ内

TEL: 06-6944-9913 E-mail: infobmk2025@tvcoe.co.jp

入場無料



同時開催

バリアフリー-2025 看護未来展2025 在宅医療展2025

防犯防災総合展2025