

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

158

vol.33 2025.4 隔月号

〔特集〕 第32回日本慢性期医療学会（後編）



Contents

論壇

小林記念病院 理事長 小林清彦

1

特集 第32回日本慢性期医療学会（後編）

シンポジウム2 慢性期医療における緩和ケアと慢性疼痛管理

2

シンポジウム3 慢性期医療における特定看護師の活躍の場

19

シンポジウム4 慢性期医療の現場における臨床倫理

34

シンポジウム5 慢性期医療の質をいかに評価するか

49

地域病病連携推進機構シンポジウム
高齢者救急における病病連携の現状と課題

70

ランチョンセミナー これからどうする

91

日慢協リレーインタビュー

社会医療研究所 所長 小山秀夫

105

会員病院の取り組み

土浦リハビリテーション病院 介護医療院 看護師長 高田千春, ほか

122

富山城南病院 看護主任・認知症看護認定看護師 盛田大樹, ほか

126

脳神経筋センターよしみず病院 看護師 市倉千恵, ほか

130

JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第30症例

135

日慢協 Topics

記者会見報告, 都道府県の活動, ほか

138



ワインショップ トスカーナ地方 イタリア
キャンティワインは有名である。試飲ができるワイン
ショップが多い。

第158号表紙絵

オルチャ渓谷 トスカーナ州 イタリア 2024

フィレンツェの南100kmに広がるオルチャ渓谷。その雄大な景色に圧倒される。遠くにピエンツァの町が見える。壮大な草原では羊が放牧され有名なペコリーノ・チーズが作られる。真っ赤なポピーが咲き始めていた。

南高井病院 院長 西尾俊治

多職種協働が求められる時代の現場リーダー育成 ～法人内 MBA スクール「i-school」の開講～



医療法人愛生館 小林記念病院
理事長 小林清彦

「良質なサービス」を提供するためには、「良い従業員」は欠かせない。その思いから私は、「従業員を育てることではなく、従業員が育つ環境をつくる」ことを目指している。今回、職場環境に大きな影響を与える現場リーダーに必要な「マネジメント力」を身につけることを目的として、法人内 MBA スクール「i-school」を 2017 年に開校した経緯と現在をお伝えする。

1. 法人内マネジメント研修「i-school」の導入

当法人では、以前から管理職へのマネジメント研修を積極的に行っていた。しかし近年、法人内の研修の軸足を判断基準となる「考え方(フィロソフィ)」に重点化したことにより、若手管理職が法人内でマネジメントスキルを学ぶ機会が極端に減ってしまった。けれども、現在のような激動の時代の中、職種を超えたマネジメントを行う現場リーダーにはマネジメントスキルの向上が不可欠と考え、マネジメントスキルを習得できる新たな研修の導入を決意した。

とはいえ、従業員の負担増や研修効果に対する懐疑的な意見もあった。それでも、研修講師を依頼したハイズ株式会社の裴英洙氏の臨床経験や知識、人間的魅力によって幹部からの信頼を得ることができ、無事に研修の企画が法人内で承認された。研修名は法人名である愛生館から「i-school」と命名した。

2. i-school の内容と成果

本研修の内容は、一般的な MBA カリキュラムをベースとして、人材マネジメントを中心に医療機関・介護施設向けにアレンジしたものである。それをマネジメント研修を受けたことがない若手リーダーに、月 1 回のペースで 11 ヶ月開催した。また、研修では講義をできるだけ減らし、リアルな問題解決を目指したケースディスカッションを導入することで、ロジカルシ

ンキングやプレゼンテーション能力の強化を図った。

全従業員を対象に行った研修の公募には、16 名の定員に対し、理学療法士や介護福祉士など、22 名の応募があった。全員を受講させたかったが、研修の効果を考え、書類選考し、予定通り 16 名で研修をスタートした。

3. 研修の成果と参加者の声

参加型の研修スタイルであることから、「本当に参加者から積極的な発言があるだろうか」との心配は、全くの杞憂に終わった。研修会場は活力に満ち溢れており、研修を重ねるほどにその活力は強くなり、講師が誰にコメントをもらおうか悩む場面が常にあった。

参加者アンケートでは、「十分理解できた」が 70%、「現場で活用できる」が 71% と高評価を得た。参加者からは「後輩への指導に役立った」「短時間での意思決定力が向上した」との声が寄せられた。さらに、研修で得た知識を活かし、他部署の管理者に志願する従業員も現れた。

また研修を通じて、同世代の若手リーダー達が事業所や職種を超えた交流が活発になり、法人内のコミュニケーション向上にも寄与した。

4. i-school の今後

本研修を開始してから 7 年が経過した現在では、マネジメント研修も幅広いリーダーを育成できるよう、外部講師による「i-school BAS/ADV」と内部講師による「管理者実務者研修（基礎編 / 応用編）」の 4 つに広がった。また 2024 年には、i-school の卒業生 3 名が MBA（経営学修士）/MPD（事業構想修士）を卒業した。そして、修士課程を卒業した彼らは、習得した知識をベースに、私が十分に伝えられないことを翻訳して関係各所に伝えてくれた。

日本の高齢化・少子化が進む中、医療・介護業界では限られた人材で質の高いサービス提供が求められている。今後も愛生館は「良い職場は、良いリーダーが居る職場」という考えのもと、人材育成に注力し続ける。そして、全従業員のベクトルを合わせ、日本の未来貢献を目指していく。



シンポジウム2

慢性期医療における緩和ケアと慢性疼痛管理

座 長：池端幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
基 調 講 演：成田 年 日本緩和医療薬学会 代表理事
シンポジスト：大石醒悟 真星病院 副院長・循環器内科部長
保岡正治 保岡クリニック論田病院 理事長

共催：日本緩和医療薬学会



本シンポジウムは日本緩和医療薬学会との共催で、慢性期医療における緩和ケアと慢性疼痛管理について、多角的な視点から患者のQOL向上を目指す取り組みが議論された。基調講演で同学会理事長の成田年氏は、痛みと免疫応答の関係を中心に、Cancer Neuroscience（腫瘍神経科学）という新しい分野を紹介。痛みは生体の防御反応としては重要ではあるが、慢性化すると生体防御機能が鈍化し、がんの進行を助長する可能性を指摘し、適切な痛みの管理ががんや慢性疾患の進行を抑制する効果をもたらすことを基礎研究や臨床例から明らかにした。

大石醒悟氏は、心不全患者の緩和ケアについて、治療と緩和ケアの並行実施の重要性を伝えた。特に多職種連携や地域医療との連携を強調し、患者の意思を尊重した包括的なケアが患者のQOLを向上させると説明。医療現場での適切な麻薬使用の促進についても言及した。

保岡正治氏は、地域医療を支える視点を踏まえながら高齢者に多い慢性疼痛の管理を中心に講演した。慢性疼痛が運動機能や心理状態に与える悪影響をデータとともに説明し、リハビリテーションやポリファーマシー対策、多職種連携を通じた包括的ア

アプローチを提唱。带状疱疹後神経痛や認知症患者の疼痛管理においても早期介入の重要性を強調した。

総合討論では、高齢者のポリファーマシー対策をはじめ、慢性期医療における緩和ケアと疼痛管理の

重要性、そして多職種連携や地域医療の役割について認識を共有。患者中心の医療を進めるため、適切な痛みの管理や包括的アプローチが不可欠であるとの方向性を確認した。

【基調講演】がん性疼痛を含む慢性疼痛管理の科学的意義と疼痛免疫学研究の進展

日本緩和医療薬学会 代表理事，星薬科大学薬理学研究室，
国立がん研究センター研究所 がん患者病態生理研究ユニット 成田年

成田年氏の基調講演では、ストレスおよび痛みが免疫応答に与える影響と脳内報酬系の役割についての知見が報告された。ストレスや痛みは免疫機能を抑制し、がんの進行を助長する一方で、ポジティブな体験を介した脳内報酬系の活性化が免疫機能を賦活する可能性が示された。

また、脳内の μ 受容体を刺激するモルヒネは脳内ドパミン神経を活性化させ、免疫応答を向上させる可能性がある一方、末梢の μ 受容体への刺激は免疫抑制作用を誘導することが確認された。さらに、脳内報酬系の活性化が免疫細胞の活性化や T 細胞の疲弊化の抑制を通じて、全身性免疫機能を改善することが実験的に示された。

これらの研究は、星薬科大学薬理学研究室および国立がん研究センター研究所において実施されている。本講演では、こうした研究成果をもとに、緩和医療や鎮痛薬の新たな方向性が提示された。

■第 4 期がん対策推進基本計画と緩和医療

○座長：池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）

成田先生は、日本緩和医療薬学会の代表理事，日本疼痛学会の副理事長を務められている。本演題におけるトップランナーとしてご講演いただけることは意義深い。

○成田年氏（日本緩和医療薬学会代表理事）



成田年氏

慢性期医療における緩和ケアについて、日本緩和医療薬学会の取り組みを中心に述べる。科学的根拠に基づく医療の構築を目指し、国立がん研究センター研究所の試みや最近の研究についても触れる。

第 4 期がん対策推進基本計画では、がん医療における支持療法の推進やがんとの共生が示されている。従来の計画では、がん予防，がん医療，そして治療の最終段階におけるいわゆる支持療法としての緩和医療が主要な柱とされていた。また、患者を包括的に支える取り組みが、副次的な要素として位置づけられていた。しかし、その具体的な枠組みや役割が曖昧であり、支持療法や緩和医療ががん治療の一環として認識されるか否かについて明確な線引きがなされていなかった。

第 4 期計画では、この点が明確化された。具体的には、がん治療の中における支持療法の推進およびがんとの共生における緩和医療の充実が新たに独立した要素として位置づけられている。この新たな方向性は、がんとの共生時代を見据えたものであり、がんサバイバーシップの支援，ライフステージに応じた医療の充実化，そして患者支援に重点を置いて

いる。さらに、これらの取り組みを支える基盤として、科学的根拠に基づいた情報提供が不可欠であると考え、患者一人一人に適した医療や薬物治療をクリエイトすることが、この計画の核心であろう。

■ 腫瘍神経科学領域の進展

日本緩和医療薬学会は2007年に薬剤師および薬学研究者を中心に発足した。緩和薬物療法の提供と支援を目指す学会であり、緩和医療の発展や薬物療法の充実に向けて活動している。

痛みやメンタル、ストレスとがんには密接な関係があると考えられている。痛みを和らげ、患者のQOLを向上させることや、ストレスを軽減し穏やかな環境を提供することは、患者やその家族にとって重要である。

2020年以降、「Cancer Neuroscience（腫瘍神経科学）」という研究領域が急速に発展している。この領域では、がんの増殖や転移に神経活動が重要な役割を果たしていることが明らかになりつつある。従来、がんへの栄養補給やがんの転移は主に血管がその役割を担っていると考えられていたが、神経の活動ががん微小環境に深く関与し、がんの進行を促進する要因であることが最近注目されてきている。

腫瘍神経科学は、主としてがんと神経の相互作用を研究する領域であり、がんの成長や転移に対するストレスや疼痛が与える影響を探る。例えば、痛みが長引くと、がんの増殖や浸潤による転移の促進が誘導されることや、ストレスががんの進行に寄与する可能性が示されている。これらの知見は、がん治療やケアの新たな可能性を切り開く重要なテーマとなっている。

■ 痛みががん患者の生命予後に影響を及ぼす

国立がん研究センターは昭和37年からがん予防、診断、治療の三本柱で研究を進めてきたが、平成21年にはがん患者の病態を包括的に捉える新たな柱を加えた。これにより、マクロな視点とミクロな研究の両面から患者の病態を深く理解する取り組みが始まった。

私は「がん患者病態生理研究分野」の2代目の分野長として、リバーストランスレーショナルリサー

チを進めてきた（2024年の3月に退官し、その後は研究ユニットと名を変えた「がん患者病態生理研究ユニット」の一員として現在も研究に携わっている）。我々の研究グループでは、患者由来の細胞やがん組織を用いる研究と動物モデルを組み合わせ、神経学的要因、ストレス、情動ががんや痛みに及ぼす影響を研究している。この領域は医療と学術の双方において重要である。

これまでに、がん細胞が知覚神経を利用して栄養やエネルギーを得ていることや、軸索反射を介してがんの進行を促進することが判明している。これらの知見は、従来の血管中心の考え方を補完し、神経の役割が極めて重要であることを示している。

2010年にThe New England Journal of Medicineで発表された研究では、転移性非小細胞肺癌患者において早期の緩和ケアが生存期間を延ばすことが示された。標準治療のみの生存期間中央値は緩和ケアの介入で大幅な改善が見られた。

また、ASCO（米国臨床腫瘍学会）の報告では、痛みが予後不良の重要因子であり、痛みの有無が生命予後に大きな影響を与えることが明らかにされている。我々の研究でも、痛みが残存すると予後が悪化し寿命が短縮する傾向が確認されている。

さらに、非がん性疾患でも痛みが生命予後に影響を及ぼすことが分かっている。知覚神経が免疫関連分子などを介して免疫反応に関与していることが背景として挙げられる。動物モデルを用いた研究では、神経障害性疼痛ががん進行を促進し、反対に神経反射を抑制することで生存期間が延びる結果も得られている。

■ がん病態モデルを用いた基礎研究の成果

持続的な痛みや刺激が腫瘍増殖に与える影響について調査した結果、腫瘍内で転移や増殖に関わる因子が発現することが確認された。

痛みの管理が寿命の延長につながることから、国立がん研究センター研究所では患者由来腫瘍組織移植（PDX：Patient-derived xenograft）モデルを活用して、現在研究を行っている。このモデルは従来の細胞株由来移植と比較して抗がん剤の効果予測精

度が高く、患者ごとの最適な治療法の研究を進める上で重要である。

また、次世代のがんモデルとして免疫応答を復元した動物を用い、術後の痛みが腫瘍増殖に及ぼす影響も検証している。

一方、がんが進行すると、末期には悪液質が発症する。悪液質とは体重減少や食欲不振、気力の低下を伴う状態で、患者の生活の質を大きく損なう。モデルマウスを用いた研究では、がん悪液質の進行に伴い腸内細菌の構成が大きく変化し、終末期には内毒素 (lipopolysaccharide) の増加が確認された。さらに、悪液質末期では免疫機能が著しく低下し、敗血症に似た状態が引き起こされることが分かっている。これらの知見は、がんの進行と全身状態の悪化の関連を解明する上で重要である。

■ ストレス応答が高まるほど、がんは増悪化する

担がん動物モデルを使用して、脳内炎症の時間的な変化を調査した結果、ミクログリアががん定着後に炎症を引き起こすサイトカインやケモカインを増加させることが確認された。特に、がん悪液質状態の終末期に特有のタンパク質が発現することが分かっている。

また、免疫チェックポイントの抑制性受容体が脳内で発現低下することで、特定の炎症性物質が遊離し、神経原性炎症のような状態が脳内で誘導されていることが示唆された。

我々は一連の研究結果から、こうした脳内炎症は視床下部に強い影響を及ぼし、リポカリン-2 というタンパク質の増加を誘導することでストレス神経の活動を促進すると考察した。通常、終末期状態では脳機能が低下すると考えられるが、ストレスホルモンに關与する脳内ネットワークが過剰に応答していることが判明した。この知見は、ストレスとがん病態の関係を解明する上で重要である。

遺伝子改変技術を用いて、脳内のストレス神経を人工的に活性化する実験を行った。その結果、ストレス神経の活性化によってがんが増大することが確認された。また、ストレス応答の増加ががん増悪因子の発現を増加させることが判明している。

このように、ストレス神経の過剰応答ががんの進行や脳機能障害を引き起こし、最終的には患者の全身状態の悪化につながる。

■ 脳内報酬系の活性化はがん病態を軽減する？

一方、ストレスを取り除くことで、患者の状態が大きく改善する可能性がある。笑いや喜び、家族との触れ合いなどポジティブな体験が脳内報酬系を活性化し、がん病態に良好な影響を与える。この報酬系はドパミンが主役であり、痛みの緩和や感情の制御に重要な役割を果たしている。

脳内報酬系の側坐核領域においてドパミン受容体を持つ中型有棘神経細胞を刺激すると、がんの体積が縮小するという結果が得られた。この実験では、脳内報酬系の活性化が免疫系にも影響を与え、T細胞の増加や疲弊化の抑制が確認された。

これらの知見は、ストレスが免疫応答に与える負の影響を示すとともに、ポジティブな体験が免疫機能を賦活することを示唆している。

我々の結論としては、ストレスが不幸をもたらす一方で、喜びや痛みの緩和が介護や看護、医療において極めて重要な位置を占めることが最新の研究によって科学的に裏付けられてきていると考えている。日本緩和医療学会では、学術年会などにおいて、こうした科学的根拠を交えて、緩和医療や介護が患者の生活の質向上に与える影響や、日常のケアが患者にとってどれほど重要であるかを多角的に討議している。

■ 実態を伝え、研究を進め、臨床に還元する

以上のように、意欲の重要性、そしてストレスや痛みが免疫機能に大きな影響を与えることが明らかになってきた。

一方、麻薬性鎮痛薬は、モルヒネ受容体である μ 受容体を刺激することで、免疫応答を多様に変動させる可能性があるものの、痛みをとることによるメリットの方ががん治療に優位となる可能性が高いことが示唆された。

私の研究室では、現在 100 人を超える学生が日々

研究に励んでいる。私たち世代が緩和医療の正しい意義を伝えることが、次世代の医療人や研究者を育てるうえで重要である。

現在日本の研究は停滞していると言われるが、こうした包括的ながん治療・緩和医療研究を進め、臨床への還元を通じて、その使命を果たすことが求められている。

○池端（座長）：

「Cancer Neuroscience」という分野は、私自身にとって聞き慣れないものであったが、がん治療に大きく寄与する可能性を秘めた、非常に興味深い研究である。

【講演1】 心不全における緩和ケアと疼痛管理

真星病院 副院長・循環器内科部長 大石醒悟

大石醒悟氏は、心不全治療と緩和ケアの同時進行の重要性について述べた。心不全患者の症状管理では適切な水分コントロールや利尿剤の使用が重要であり、患者が自然な形で最期を迎えるためのケアが求められると指摘した。また、緩和ケアを提供する際には、多職種連携や地域医療との連携が不可欠であり、慢性期や回復期の病院、在宅療養支援病院が果たす役割が強調された。

さらに、急性期病院と在宅医療の間に位置する病院の重要性についても触れ、患者が自宅で生活を続けられるような支援体制の構築が必要であるとした。大石氏は、在宅医療の推進に向けた診療報酬の動向や、静注強心薬の在宅使用への期待についても言及。心不全治療と緩和ケアを融合し、患者のQOLを向上させるための課題と取り組みが具体的に示された。

■ 心不全患者を回復期や慢性期で

○大石醒悟氏（真星病院副院長・循環器内科部長）

私はこれまで国立循環器病センターなど急性期の循環器病専門病院で勤務してきたが、昨年、神戸市近郊の在宅療養支援病院へ移り、心不全診療に携わっている。

急性期病院では年間600～700名の心不全患者が入院していたが、地域医療での対応が不可欠となっている。これは循環器関連学会でも共通の課題とされて



大石醒悟氏

いる。一方で、回復期や慢性期における心不全診療の具体的手法は十分に確立されていない。本日は現場に根差した具体的な事例を交えながら、心不全患者に対する緩和ケアの取り組みについて述べる。

■ 心不全診療を地域医療で支えたい

前任地は「はりま姫路総合医療センター」である。同センターは姫路循環器病センターを統合した中核病院であり、急性期医療および三次救急を担っていた。10数年勤務した後、現在の真星病院に移った。同院は156床を有する地域の在宅療養支援病院であり、一般病床40床、地域包括ケア病床26床、療養病床90床、介護医療院18床を擁する。また、訪問看護ステーションも併設されている。私自身も訪問診療を行いながら学んでいる。急性期患者をいかに地域医療に移行させるかについて議論できれば幸いである。

2015年に姫路循環器病センターで立ち上げた「心不全の緩和ケアチーム」と「患者支援・緩和ケアチーム」の取り組みにおいて、心不全患者の多くが息苦しさの中で最期を迎える状況に疑問を持ち、

緩和ケア医を招いて320例以上の心不全患者へのコンサルテーションを行った。

心不全における緩和ケアと疼痛管理については、まず心不全の緩和ケアを体系的に整理することが必要である。また、薬剤を用いた症状緩和の方法論についても整理する必要がある。さらに、心不全の緩和ケアを地域に普及させる取り組みが課題である。地域医療における心不全診療の充実、緩和ケアの普及と密接に関連しているが、急性期病院のみで対応を完結することは難しい。地域医療として心不全診療をどのように構築するか、具体的な方策を検討する必要がある。

心不全の現状について述べると、慢性期病院にも心不全患者がいるはずだが、診療に積極的に取り組む風潮が十分に広がっていない。息苦しさを訴える患者に対する対応が不明確な病院も多い。

慢性期病院でも重要な役割を担うべきであり、現在の認識を改めることで、地域医療全体での心不全診療の充実が図られる。

■ 心不全は慢性の進行性疾患

2017年に日本循環器学会と心不全学会は以下の定義を提示した。「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」

この定義は、心不全を単なる症候群ではなく、慢性の進行性疾患として捉えるべきであることを示している。また、平易な言葉で説明され、心不全が命を縮める病気であることを強調している。

心不全患者は、息苦しさを訴えて入院し、利尿剤や強心薬で一時的に改善して退院する。しかし、最終的には生命を失う段階を迎える。したがって、心不全は慢性の進行性疾患として捉える必要がある。

心不全の経過はステージAからDに分類される。ステージAは高血圧や糖尿病、動脈硬化性疾患が存在する心不全の前段階である。ステージBは心筋梗塞や心筋症があるが、心不全の症状が出ていない状態であり、「前心不全」と呼ばれる。ステージCでは心不全の症状が発症し、繰り返しながら進行し、最終的にステージDの難治性段階で命を終える。

これが心不全の一般的な経過であり、この進行を食い止めることが循環器領域での重要な課題である。

「心不全は4回予防できる」と言われるが、患者がどのように生き、その生活をどう支えるかが重要である。この点が循環器領域での取り組みの中心である。

心不全は増悪と寛解を繰り返す疾患であり、この特性を理解することが基本であり、切れ目のない医療とケアの提供が求められる。生活の場を含めた対応が必要であり、病院内外の医療連携が不可欠で、地域医療がなければ完結しないという前提で対応することが求められる。

■ 疾患に関する問題を対象としている

緩和ケアはがんに限らず適用されるものであり、この点は広く知られている。2002年のWHO定義によれば、「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を、痛みや身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し、的確に評価し対応することで、苦痛を予防し和らげることを通じて向上させるアプローチ」である。

心不全も生命を脅かす疾患である。この定義に基づけば、疾患に関する問題を丁寧に対象とすることが求められる。しかし、循環器領域では、治療をやめて緩和ケアに移行するという誤解が存在する。

実際には、利尿剤や強心薬を用いた息苦しさを倦怠感の緩和も心不全治療の一環である。心不全治療を大前提としつつ、苦痛に対して丁寧に介入することが緩和ケアの本質である。このアプローチを理解しなければ、循環器領域で緩和ケアの意義を正しく伝えることはできない。緩和ケアは、疾患に関連する問題を包括的に対応するアプローチであると認識する必要がある。

■ 揺れる経過の中で意思決定を支える

心不全では、心不全治療を実施することが基本であるが、患者にはさまざまな苦痛が存在する。例えば、取れにくい息苦しさを精神的苦痛があり、これらが身体的苦痛を引き起こし、病状を悪化させることがある。また、社会的苦痛やスピリチュアルペイ

ンも見られることがある。

心不全に関するガイドラインはこの10年で大きく変化している。ステージC（心不全の症状が出現した段階）では、疾病管理や運動療法と並行して緩和ケアが推奨されている。以前はステージD（末期段階）の治療選択肢としてのみ言及されていたが、ステージCの時点から緩和ケアの必要性が認識されている。

心不全の経過は増悪と寛解を繰り返す揺らぎのあるものであり、その経過を患者や家族と共有し、意思決定を支援することが重要である。また、患者の意向は経過に伴い変化するため、それを適切に説明しながら対応する必要がある。緩和ケアはステージDで初めて行う医療ではなく、経過を説明する段階から始まり、治療の中断を意味するものではない。この点を明確にし、循環器領域での理解を広めることが求められる。

■ 心不全の緩和ケアトレーニングコース

症状緩和の方法論について述べる。循環器領域における症状緩和の議論は、まだ十分に成熟しているとは言えない。私たちは数年前より「心不全の緩和ケアトレーニングコース」を実施している。このコースは、久留米大学の先生方を含む同世代の医師たちとともに構築したものである。現在は厚生労働省の委託事業として運営され、日本心不全学会が開催主体となり、2021年からeラーニング形式で月2回開講されている。

このコースは、心不全緩和ケアの医師要件にも認定されている。内容は「概論」「身体症状」「精神症状」を学び、さらにACP（アドバンス・ケア・プランニング）や臨床倫理についてグループワークを行う形式を採用している。研修はオンラインを活用して実施している。このコースは医師限定であるが、受講いただければ症状緩和について具体的に学べる内容となっている。

■ 心不全の症状緩和は最後まで継続

心不全における身体症状の中でも、特に呼吸困難が最大の課題である。また、倦怠感や痛み、悪心・

嘔吐、抑うつ、不安といった症状も頻繁にみられる。これらの症状に対する緩和ケアの一環として、オピオイドの使用が注目されている。

心不全の症状緩和では、治癒的治療と緩和的治療を並行して進めることが基本である。治療薬を継続しつつ、オピオイドや状況によって鎮静薬を用いることが必要となる。難治性の呼吸困難に対してオピオイドが使用されるケースはこの10年で増加している。

当院および国立循環器病研究センターのデータでは、当院での使用例90例、国循での使用例43例が報告されている。平均年齢は当院82歳、国循74歳と差があり、患者背景にも若干の違いが見られる。NYHA class IVの患者は両施設でほぼ全例を占め、疾患は虚血性心疾患や心筋症が多い。腎機能の低下も一般的で、eGFRは当院36、国循26という結果であった。オピオイドの平均開始量は当院6.4mg、国循6.3mgであり、がん性疼痛に比べて少量で使用される傾向がある。また、利尿剤や強心薬が8～9割の患者で併用されている。

有効性と安全性の評価では、多くの患者で改善傾向が確認されている。評価方法は当院がFace scale、国循がNRSを用いている。血圧や脈拍に大きな変化はなく、呼吸抑制もみられない。維持期において有害事象による使用中止例はなく、開始直後の重篤な副作用も報告されていない。呼吸困難の緩和を目的としたオピオイド使用は、有効性と安全性の両面で一定の成果を上げている。

■ 薬剤投与のコンセンサスも必要

当院では、難治性の呼吸困難に対し、悪心・嘔吐やせん妄への対策として、少量の制吐薬をモルヒネに混注して投与している。また、国立循環器病研究センター（国循）でも、緩下剤や制吐薬を併用するなど、副作用への対策が実施されている。

注意すべき点として、モルヒネを少量（約5mg）で使用するが推奨されるが、「モルヒネを使用すると呼吸が止まる」といった事例が稀に報告される。そのようなケースを調査すると、既に意識障害が発生している、血圧が低下している、あるいは呼吸抑制が進行している状態でモルヒネを使用した例

が多い。このような状況では、使用が遅すぎた可能性が考えられる。

意識があり息苦しさが強い患者には、点滴での使用が適切である。当院ではプロトコルにおいて、意識障害や著しい血圧低下がある患者を除外基準としている。モルヒネは生命が危機に瀕した段階で使用する薬剤ではなく、息苦しさを軽減するために使用する薬剤である。この点に関するコンセンサスの形成が必要である。

姫路循環器病センターにおける塩酸モルヒネ使用経験の変遷について述べる。2011 年から 5 年間で 53 例、その後の 2 年半で同じく 53 例と、使用頻度が増加している。投与経路についても変化がみられ、以前は静注のみであったが、持続皮下注の割合が 4%から 57%に増加した。また、使用日数は 6.5 日から 10.8 日に延長し、開始量は 7.3mg から 5.3mg に減少している。薬剤中止の割合は 20%であり、中止後に退院できる患者も一定数確認されている。

このように、使用経験の蓄積が頻度の増加や投与方法の多様化に寄与している。ガイドラインにおいてもオピオイドの使用が言及されており、経口塩酸モルヒネは量が多くなりがちのため、粉末化して使用することが推奨されている。注射の場合、5～10mg を基本とし、腎機能に応じて減量することが示されている。また、コデインリン塩酸の使用も可能である。

緩和的鎮静は、オピオイドとは異なる治療であり、意図的に意識を低下させる方法である。その適応には、耐え難い苦痛が存在すること、他の治療法がないこと、予後が非常に短いことが求められる。時間や鎮静の程度を調整する「調節型鎮静」として、倫理的観点を含めた厳密な判断が必要である。

■ 地域包括ケア病棟が大きな役割

心不全の緩和ケアをどのように広げるかが課題である。患者の QOL（生活の質）や QOD（死の質）を向上させるためには必要不可欠であるが、治療が優先される現状があり、その間に患者が亡くなるケースが多い。全国的にこの状況を改善する必要性が認識されているが、具体的な実現には課題が多い。

ステージ C における緩和ケアの実現方法も今後の重要な取り組みである。

「脳卒中と循環器病克服 5 ケ年計画」に基づき、2016 年に循環器病対策基本法が制定され、心不全診療の方向性が議論されている。従来の医師中心の病院完結型医療から、患者の QOL や QOD を重視し、多職種によるチーム医療、地域完結型のシームレスな医療への移行が求められている。

慢性期や回復期の病床が協力し、在宅医療の提供体制を整える必要がある。高度急性期と在宅医療だけでは患者を支えることが難しく、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟が重要な役割を果たす。

具体的には、急性期治療後の慢性心不全患者の受け入れ、リハビリテーションを通じた社会復帰の支援、意思決定支援の実施などが求められる。地域包括ケア病棟の役割は特に重要であり、200 床未満の在宅療養支援病院が注目される。

軽症の心不全患者や急性期治療後の患者、在宅療養で困難を抱える患者を受け入れる体制が求められる。高度急性期、回復期、在宅医療に加え、心臓リハビリテーションや地域包括ケア病床の活用が不可欠であり、地域包括ケア病床を活用した受け入れ体制作りが重要である。

■ 外来リハビリを地域で充実

当院は 156 床の山間部に位置する施設である。このような環境で心不全診療を現実的に行う方法を検討する必要がある。心不全チームの構成として、医師、看護師、薬剤師など多職種によるチーム医療が求められる。心不全にはさまざまな増悪因子があり、患者が精神的負担を抱えることも多いため、多職種が連携して対応することが重要である。

しかし、チーム医療の実現には、週 1 回の会議開催や診療報酬上の加算などを含め、実現可能性を慎重に検討する必要がある。試算では、通常の運営では赤字になる可能性があり、この課題を補う手段として心臓リハビリテーションが挙げられる。

特に外来心臓リハビリは重要であり、多くの病院で実現可能であると考えられる。外来リハビリでは、運

動機能の評価や患者の生活に合わせた指導が可能である。また、外来通院を通じて心不全患者の診療を継続することで、患者の生活の質が向上し、病院の収益性も高まると考えられる。外来リハビリを地域で充実させるとともに、回復期の診療体制を整備する必要がある。

■ 急性期病院と在宅だけでは難しい

当院における心不全地域連携の一例を紹介する。2023年に心不全で当院へ2回入院した患者で、僧帽弁逆流が認められたため、近隣の大学病院でカテーテル治療を9月に実施した。その後、当院との連携のもと訪問看護および訪問診療を導入しながら心臓リハビリを継続した。最終的に消化器がんで亡くなったが、入院中の診療を経て自宅に帰ることができた。

このように、心不全患者を地域の医療機関と連携し、自宅療養へと繋ぐことは重要である。急性期病院と在宅医療だけでは対応が難しいケースがあるため、これらを繋ぐ中間的な役割を当院のような病院は果たすことが求められる。

別のケースでは、70歳男性の末期拡張型心筋症の患者がいた。三次救急医療機関で診療を受け、在宅療養と通院加療を予定していたが、家族の介護疲れからレスパイト入院の依頼があった。当初、心不全患者へのレスパイト入院は想定外であったが、介護疲れが心不全患者にも起こり得ることを認識し、受け入れた。患者は最終的に在宅で亡くなったが、入院中は診療を提供しながらADL（活動の維持）を支える取り組みを行った。これらの事例は、地域連携における病院の役割と、心不全患者への包括的な支援の必要性を示している。

■ 病状に合わせた生活強度を共有

在宅医療への移行について述べる。退院支援は非常に重要な課題である。退院支援の流れとして、はりま姫路総合医療センター地域連携課の認定看護師が作成したスライドを参考にする。まず、退院支援カンファレンスを実施し、病棟看護師や多職種が現在の状態、今後の方向性、必要なケアについて情報

を共有する。その後、必要に応じて地域の医師や訪問看護師を交えた合同カンファレンスを開催し、患者や家族、病院・在宅スタッフが集まり、患者の状態、必要なケア、療養生活上の注意点、患者・家族の意向について話し合う。

退院前カンファレンスでは、患者が望む医療を中心に据え、病状に合わせた活動度や生活強度を共有することが重要である。また、患者の希望に沿った医療の実現可能性や、薬剤投与を含めた選択肢、病状が悪化した場合に過ごしたい場所についても議論する。

患者が望む医療を提供するためには、医療資源が限られる在宅においても可能性を模索することが求められる。

患者にとっては自宅が日常であり、「最期は家で過ごしたい」という希望を持つ方が多い。これまで医療者がその可能性を制限してしまうことがあったかもしれないが、在宅医療の可能性を探ることが重要である。

本年6月には「重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針」が策定され、在宅での静注強心薬の使用が進むと考えられる。この指針には1,500点の診療報酬が設定されており、在宅での心不全管理がさらに広がることが期待される。また、在宅での麻薬使用にも診療報酬が認められている。

病院で心不全患者に麻薬を使用する際には診療報酬請求において激しい咳嗽が条件とされるが、在宅ではその条件がなく、心不全であれば診療報酬が認められる。在宅医療においても心不全患者を適切に診療する体制の構築が求められている。

■ 慢性期・回復期でも受け入れる

療養病棟、介護医療院、施設でどのように看取するかは依然として課題であり、今後取り組むべき重要なテーマであると考えられる。2年間の経験から、水分コントロールを適切に行うことで急性肺水腫の発生を抑制できる可能性があると感じている。

心不全患者を診る際、ついボリュームを補給しがちであるが、輸液量を少量に調整し、患者が自然な形で最期を迎える支援が負担軽減につながると考えられる。息切れがある場合には身体的負荷を避け、

利尿剤の使用を検討することで症状を管理できるケースもある。この分野におけるさらなる経験知の蓄積が求められる。今後、関わられる方々には是非ご指導をいただきたい。

心不全の緩和ケアは地域医療連携を基盤として提供されるべきである。在宅療養支援病院が果たす役割は極めて重要であり、慢性期・回復期の医療機関が心不全患者を積極的に受け入れることが今後の課

題である。

○池端（座長）：

非がん領域の緩和ケアとして、心不全の治療を中心に講演いただいた。緩和ケアと治療を同時並行的に進めることの重要性、そして多職種連携やチーム医療の必要性について、また慢性期医療における「治し・支える」の実践に関するお話であった。

【講演2】 慢性疼痛へのアプローチ

保岡クリニック論田病院 理事長 保岡正治

徳島市内でペインクリニック（痛みの外来）を主体に一般内科診療とリハビリテーションを通じた地域医療に取り組む保岡正治氏は、高齢者における慢性疼痛の特性と治療法について講演した。慢性疼痛は、通常の治癒期間を超えて持続する痛みであり、心理的要因が深く関与する複雑な病態であると指摘。慢性疼痛の治療には、リハビリテーション、特に運動療法が重要であり、運動による鎮痛効果や身体機能向上のエビデンスを提示した。運動は患者のQOL向上に寄与し、特に高齢者において適切な介入が重要であることを具体的な事例を通じて紹介。ポリファーマシーの問題や、認知症患者における疼痛管理の課題についても触れ、多職種連携による包括的アプローチの必要性を強調した。慢性疼痛治療の目標は単なる疼痛緩和ではなく、患者のQOLを高めることであり、学際的チーム医療やIT・AIの活用が鍵になると指摘された。

■ 慢性疼痛は年齢に関係ない

○保岡正治氏（保岡クリニック論田病院理事長）

私は45年以上にわたり、ペインクリニックを基盤とした痛みの診療に従事している。また、痛みの治療を医療体系に適切に位置づけ、診療全体の質を高める必要性を提言してきた。

まず、「慢性疼痛」という言葉にどのようなイメージ



保岡正治氏

をお持ちだろうか。疼痛関連学会が定義する慢性疼痛とは、通常の治療期間を超えて継続する痛みであり、心理的要因が深く関与する痛みを指す。

慢性疼痛という表現から高齢者特有の痛みを連想されることが多い

が、年齢には関係がない。実際、子どもでも採血やワクチン接種後に慢性疼痛を発症することがある。すなわち、慢性疼痛とは痛みの伝達系における異常によって生じる病態である。この点を基本的な知識として理解していただきたい。

一方で、高齢者における慢性疼痛の多くは、加齢に伴って併発する運動器疾患に起因する痛みが占める。本シンポジウムでは、慢性期医療の現場で日常的に直面する高齢者の慢性疼痛に対するアプローチについて述べたい。

■ 慢性痛は難治化する

痛みの伝達は、侵害受容器が刺激を受けることで始まり、信号が脊髄後角を通り、大脳皮質に伝達される。この過程で重要なのが下行性疼痛制御系であ

り、痛みを抑制・制御する仕組みが備わっている。このシステムにより、痛みが過剰に続くことが防がれる。大脳が痛みを認識すると、セロトニンやノルアドレナリンが分泌され、脊髄後角で過剰な痛みを抑制する。この調整機能が痛みを和らげる役割を果たす。

痛みは、発生機序によって3つに分類される。侵害受容性疼痛は外傷や組織損傷によるもので、日常的に経験する痛みがこれに該当する。神経障害性疼痛は、疼痛伝達経路に生じた病変や疾患によって起こり、痛覚変調性疼痛は明確な原因が特定されない痛みである。かつて「心因性疼痛」と呼ばれていたが、現在ではこの用語が使われない。

臨床症例を通じた具体例を挙げる。侵害受容性疼痛には、外傷や手術後の痛み、がん性疼痛などが含まれる。これらは痛みの原因が明確で患者数も多い。代表的な疾患として、変形性脊椎症、関節症、骨折などが挙げられる。

神経障害性疼痛には、帯状疱疹後神経痛やCRPS（複合性局所疼痛症候群）が含まれる。また、がんの転移による痛みや肥満が原因となる場合もあり、肥満には特に注意が必要である。痛覚変調性疼痛の代表例は線維筋痛症である。このタイプの痛みは原因が明確でない場合が多い。

痛みの持続時間による分類では、急性痛と慢性痛に分けられる。急性疼痛は生体の防御反応としての役割を持ち、通常は生理的な期間内に収束する。一方、慢性疼痛は急性疾患の経過や損傷の治癒を超えて3カ月以上持続する、または通常の治癒期間後も続く痛みと定義される。

急性痛が慢性化する要因には、侵害受容性因子、神経障害性因子、心理社会的因子の影響が繰り返し加わることが挙げられる。これにより痛みは複雑化し、慢性疼痛へと移行する。特に問題となるのは慢性疼痛が難治化することである。この難治化が慢性疼痛の重要な課題であり、治療上の大きな壁となっている。

■ 運動で鎮痛効果が得られる

痛みが発生すると破局的思考を招き、恐怖や不安

を伴い、抑うつや廃用症候群といった負のサイクルに至る。この悪循環を断ち切り、治癒・回復へ向かわせることが治療の重要な目標となる。

2018年に「慢性疼痛治療ガイドライン」が発刊され、2021年に「慢性疼痛診療ガイドライン」として改訂版が公表された。この改訂版は、日本疼痛関連学会が発行した多くのガイドラインを集約し、慢性疼痛に対する普遍的な対策を示したものである。

さらに、2022年にWHOが発表した国際疾病分類「ICD-11」では、慢性疼痛が独立した疾患として初めて分類された。これは「痛み」が疾患として明確に位置づけられた画期的なものであり、慢性一次性疼痛と慢性二次性疼痛に分類される。前者は、痛覚変調性疼痛を病態とする身体器質的原因のない痛みの疾患群として設定され、“情動の問題と関連している痛み”と定義されている。

痛みと運動療法は相互に影響し合う。痛みは運動を抑制し、運動療法は慢性疼痛を緩和する効果を持つ。「運動は最良の薬」と言われるように、運動は痛覚感受性を低下させる運動誘発性鎮痛（EIH）をもたらす。この効果には脳の報酬系や内因性疼痛調節系が関与している。運動は脳内報酬系や下行性疼痛抑制系を活性化し、脊髄での中枢感作を抑制する。また、末梢神経の炎症軽減や全身の疼痛閾値上昇も報告されている。

「慢性疼痛診療ガイドライン」では、有酸素運動と筋力増強運動の併用が推奨されている。さらに認知行動療法を組み合わせた集学的アプローチがより効果的であるとされる。慢性疼痛への介入は、活動促進や認知改善を目的とし、集学的アプローチを取り入れることが重要である。

■ 高齢者の痛みに対応しているか

リハビリテーション対象疾患の多くが運動器疾患であり、腰痛が最も多い。2007年および2022年の国民生活基礎調査では、腰痛と肩こりが男女共に主要な健康問題として挙げられている。

ノルウェーの9万4,000人を対象とした研究によれば、6カ月以上続く慢性疼痛は加齢、喫煙、う

つ傾向、基礎疾患などに関連し、運動習慣が痛みの発生を抑える効果を持つことが示された。しかし、過剰な運動は逆効果となる可能性があるため、適切な頻度で行う必要がある。高齢者では、計画的かつ適度な運動が慢性疼痛の予防と緩和に有効である。

18 年前に行われた要介護認定申請者 1,050 例を対象とした調査によれば、痛みに関する記載がある事例は全体の 53.4% で、特に女性に多かった。痛みの発生部位は腰や下肢が中心で、これが移動動作に関連していることを示唆している。また、要支援および要介護 1 の人々が痛みを抱えるケースは全体の 70% を占めていた。

一方で、痛みに対する適切な対応がなされていないケースが 67% に上ることが明らかとなった。対応が記録されていた 29% のうち、大半が薬物療法に偏り、装具の使用や運動療法の指示はわずか 3% に留まっていた。この結果から、適切な対応が行われれば、介護予防につながる可能性が示唆される。

2021 年に徳島県で介護支援専門員を対象に行った意識調査では、8 割以上が痛みの基本的な知識を有し、鎮痛薬の使用を含めたケアプランを作成していることが確認された。

■ 運動を主体とした介入でロコモ予防

痛みが持続すると、運動機能や身体活動量が低下するだけでなく、転倒への不安感が増す。一方、運動を主体とした介入は運動機能を改善し、痛みの軽減や身体活動量の増加をもたらすことが報告されている。さらに、運動を継続することで、新たな痛みの発生率が低下する傾向も確認された。

フレイルやロコモティブシンドロームの予防についても重要性が強調される。加齢による身体機能障害は要介護状態を経て死に至ることが多いが、適切な介入によって身体機能の維持や向上が可能である。特に、運動器疾患は要支援や要介護の原因の 24.8% を占め、日本整形外科学会はその予防を推進している。

ロコモティブシンドロームに関しては、"ロコモ度 1" 以上の該当者が日本国内で約 4,500 万人にのぼると推計されている。このため、ロコモの進行を

抑え、運動器を保つことが健康寿命の延伸に直結する取り組みとして重要視されている。

■ 地域のかかりつけ医が中心になって

厚生労働省は 2023 年に「アクティブガイド + 10」を発表した。これは座りがちな生活を改め、1 日 10 分から運動を始め、最終的に 1 日 40 分の運動を目指す内容である。運動は連続して 40 分行う必要はなく、1 日 6,000 歩を目標としている。

徳島県では、「令和 5 年度とくしま高齢者いきいきプラン」の一環として、「阿波踊り体操」や「いきいき百歳体操」といった地域特有の活動が行われている。ただし、これらの取り組みには課題も多い。例えば、適切な指導を提供する医療機関の不足、参加者間のコミュニケーション不足、時間的制約や駐車場の不足、運動への恐怖感が挙げられる。また、難聴や視覚障害を持つ参加者への対応や、活動から取り残される人々への支援も重要な課題となっている。

日本慢性期医療協会の会員施設にも、地域住民を集めた介護・フレイル活動を推進していただきたい。こうした取り組みを広げることで、高齢者の健康維持と生活の質向上に寄与すると確信している。

■ 高齢者の安全な処方が課題

薬物療法においては、ポリファーマシー、高齢者施設での服薬回数、認知症患者の服薬管理が問題となっている。特に、高齢者の安全な処方基準が確立されていないことが課題である。子どもや成人には体重や年齢に基づく処方量の基準があるが、高齢者は腎機能や肝機能の低下、胃腸障害を抱えることが多く、指針が未整備である。

75 歳以上の高齢者では、1 カ月に 1 つの薬局で 7 種類以上の薬を処方される割合が 25% に上るとの報告がある。ポリファーマシーの弊害について、秋下雅弘氏は薬物有害事象や転倒が 6 剤以上で顕著に増加することを指摘している。

2024 年を見据えた「高齢者施設の服薬簡素化提言」では、服薬回数を減らすことで誤薬リスクの低下、医療安全性の向上、服薬のアドヒアランス改善、

施設職員の負担軽減が期待されている。さらに、服薬を昼 1 回にまとめることが提案され、長時間作動薬の活用が推奨されている。高齢者の薬物療法を見直し、安全性を確保するとともに、患者の負担軽減を図る取り組みが求められている。

■ 認知症には適切なマニュアルがない

米国議会は 2000 年からの 10 年間を「痛みの 10 年」と宣言し、痛みの研究が進められ、多くの知見が得られた。一方で、オピオイド薬の過剰処方が原因で、多数の死亡者や依存者を生むオピオイドクライシスが発生した。現在、米国では年間 4 万から 5 万人がオピオイド関連で死亡しており、コロナ禍でさらに増加傾向にある。日本でも高齢者を含む多くの患者にオピオイド製剤が使用されており、適切な使用が強く求められている。

慢性疼痛と栄養の関連性も指摘されている。不健全な食事や栄養不足は、免疫力の低下や関節への負荷、メタ炎症、生活習慣病リスクの増加を招く。国際疼痛学会（IASP）は、栄養士の適切な介入を提言している。

認知症患者の疼痛管理も重要な課題である。適切な管理マニュアルが整備されておらず、患者は痛みの記憶を失いやすいため、再現性のある評価が難し

い。鎮痛薬の管理が不十分なケースも多く見られる。また、認知症患者の介護者が抱える負担が増大することで、介護者自身の痛みの閾値が低下するというデータも報告されており、今後の具体的な対策が必要とされる。

■ 「多様性と調和」に満ちた専門職の育成を

終わりに、日本ペインクリニック学会代表理事の井関雅子先生の言葉を紹介する。

「日本ペインクリニック学会は、高齢化の進展に伴い、慢性疼痛に対する心理的・社会的アプローチの重要性を認識し、傾聴やケアを重視する方向へ進化してきた。また、『生活の質の向上』を疼痛緩和の目標として治療にあたっている。具体的な治療アプローチでは、多職種チーム医療が推進され、治療ガイドラインも策定された。さらに、IT や AI の活用が不可欠となる一方で、『多様性と調和』を基盤とした専門職の育成が求められる時代を迎えている」というものである。

この言葉は、今回の日本慢性期医療学会で矢野諭学会長が掲げたテーマ「サイエンス・アートの調和と統合」と深く共鳴する内容であると感じ、ここに紹介したい。

総合討論

■ オピオイドの使用には厳格な適正管理

○池端（座長）：



池端幸彦氏

本日は、学術的な内容、非がん患者への緩和ケア、慢性疼痛へのアプローチと、多岐にわたる議論が展開され、私自身も多くを学ばせていただいた。

緩和ケアにおける共通の課題として挙がるのは、麻薬やモルヒネの適切な使用である。保岡先生のご発表にもあったとおり、日本の麻薬使用量は依然

として欧米諸国に比べて少ない。加えて、アメリカのオピオイドクライシスの影響や、麻薬使用に対する否定的なキャンペーンが適切な使用を阻む要因となっているのが現状である。この点について、まず成田先生のご意見を伺いたい。

○成田：

日本には多くの疼痛関連学会が存在するが、「鎮痛薬・オピオイドペプチドシンポジウム」というオピオイドに特化した会がある。この会は現在、研究会から学会へと移行しつつある。また、国際麻薬研究会議（INRC）では、私も国際理事を務めた経験があり、欧米と日本における麻薬に対する考え方の違いを強く感じた。

欧米では、メガファーマ主導の手続きやストリートドラッグに関連して麻薬の規制が強化されてきているが、多くの死亡事例や裁判が発生した歴史がある。これを背景に、国際疼痛学会（IASP）でも、世界各国での麻薬使用の在り方が議論されてきた。

一方、日本では、適正な使用を行えば依存が生じないことが分子薬理学の研究からも明らかとなって

いる。実際、NHKでもこれを取り上げられた。しかし、「ダメ。ゼッタイ。」というスローガンに代表されるように、オピオイドへの極端な拒否感と適正使用の重要性との間に、白黒をつけたがる風潮があると感じる。

適正使用の重要性を基礎研究の観点から述べると、痛みがあるときに限って用いる場合、依存は形成されにくいことは明らかである。一方、痛みがない状況や不安を理由に乱用する場合、動物実験でも依存が生じることが示されている。このことから、オピオイドの使用には厳格な適正管理が求められると考える。

■ 適切な使用を広げていきたい

○池端（座長）：

特に非がん領域においてはオピオイドの使用が難しい印象もある。その使用方法についてご説明された大石先生、いかがだろうか。

○大石：

オピオイドは循環器領域において、心筋梗塞治療で以前から使用されている薬剤であり、近年は呼吸困難にも慎重に用いられ始めている。ただし、依然として「最後に使う薬」という印象を持つ医師も多く、適正な使用についての認識を広げる必要があると考える。

アメリカでは、かつてオピオイドの乱用が社会問題化した。日本ではPEACEの枠組みの中でオピオイドの使用拡大が推進された経緯がある。その後、適正な使用を求める方向に舵を切る動きが見られるが、乱用を防ぎつつ、適切に活用する道筋があるはずである。

心不全においても、現在は慎重ながらも現場での適正使用が進められており、その普及に取り組むべき段階にあると考える。一方で、心理的依存のリス

クも無視できない課題である。循環器領域においても、このリスクを共有し、適正使用の重要性をさらに周知徹底していきたい。

■費用や手続き上の問題もある

○池端（座長）：

保岡先生、療養病床や在宅での麻薬使用についてご意見をいただきたい。

○保岡：

麻薬と覚醒剤の区別がつかない方も少なくない現状があり、適正使用を進めるには、大きな課題があると感じている。

緩和ケアの場合では、麻薬系の薬剤を広く使用してきたが、その使用はすでに確立されたステージで行われている。一方で、慢性期医療で麻薬を使用する際には、適切な選択肢を広げる必要がある。例えば、貼付薬のような使いやすい製剤もあるが、コスト面での課題がある。モルヒネは比較的安価であるため、使用される場面が多いが、これは使いやすさに起因している。

また、規制や手続きの煩雑さが、医師や薬剤師にとってハードルとなり、実際の現場で使用がためられる要因ともなっている。現場では、より簡便に使用できる製剤の活用が進む傾向にあるが、適正な運用を支える仕組みが求められると考える。

■慢性痛には早期介入が必要

○池端（座長）：

成田先生の講演を拝聴し、痛みが免疫に与える影響について学術的に証明されている点に感銘を受けた。特にこの分野の今後の展望や方向性について、具体的にご説明いただきたい。

○成田：

「Cancer Neuroscience」という新しい領域では、痛みと免疫の関係が注目されている。痛みは自己防御反応の一部として免疫細胞を活性化させるなど、炎症の寛解を促す役割を担っている。しかし、痛みが慢性化した場合、正常な防御反応が機能不全に陥

り、がん細胞などに利用されることがある。

慢性的な痛みが続くと、脳機能にも変化を及ぼし、遠心性に免疫に悪影響を与える。適度なストレスは防御反応として有用だが、過剰なストレスは生体に負のサイクルを生む。慢性痛やストレスが長期化する前に、早期の治療介入が必要であることは明白である。痛みやストレスが適切に制御されることで、免疫系の健全な働きを維持し、患者の生活の質を向上させる可能性がある。この分野のさらなる研究が重要である。

○池端（座長）：

治療と緩和ケアを同時進行で行う重要性は、まさに大石先生も指摘されたとおりである。

2011年に「Science」誌に掲載された「Happy People Live Longer」という論文では、幸福を感じる人々が不幸を感じる人々よりも14%長寿であり、幸福な人は7.5～10年長生きするという疫学データが示されていた。この結果には非常に感銘を受けた。

在宅医療を実践している先生方も感じることだが、がん末期の患者が急性期医療を経て在宅に戻ると、予想以上に予後が良くなり、元気を取り戻すケースがある。これを「おうちパワー」と呼ぶことがあるが、こうした現象が科学的にも裏付けられつつあるのではないかと。本日は、その重要性を再確認できて大変感激した。

■多職種が「乗り合いの医療」で

○池端（座長）：

大石先生のご発表は、本学会において非常に重要なポイントを的確に押さえ、多職種連携の重要性を強調いただいた。特に、緩和ケアにおいて、医師や薬剤師のみならず、さまざまな職種が痛みに対して同じ目線でアプローチすることが必要だというお考えに大変共感する。具体的な取り組みについて、ご意見を伺いたい。

○大石：

患者の意向を聞く役割は特定の職種に限らず、多

職種が担うべきであると考え、例えば、栄養士が食事や生活に関する話をする中で、患者が自身の思いを吐露することもある。また、理学療法士がリハビリを行う20分間の中で、患者と病気についての考えを共有する場面も生まれる。

心不全診療では、患者が自ら病気を理解し、セルフモニタリングを行い、適切な薬の服用や生活管理を行うことが重要である。そのプロセスを支えるために、多職種が患者の思いを聞き、適切に対応することが求められる。

さらに、ソーシャルワーカーは在宅医療へつなぐ役割を担いながら、患者の意向を把握することができる。このように、それぞれの専門領域を活かしつつ、誰が担ってもよい部分に積極的に踏み込む「乗り合いの医療」の姿勢が重要であり、多職種による連携が慢性疾患や心不全診療において不可欠であると考えている。

■ 早期介入と適切なアプローチで

○池端（座長）：

何もできなくても話を聞く、傾聴するだけでストレスが軽減されるという視点は極めて重要であると考え、先ほど別の発表でも同様の内容が示され、非常に感銘を受けた。立体的な緩和ケアを進めていくことが必要であると考え。

保岡先生、最後にフレイルや予防、慢性疼痛について強調されていたが、それについてもう少し具体的にお聞かせいただけるだろうか。

○保岡：

高齢になることで、経験を通じてわかることが多くなる。しかし、実際に経験しなければ理解が難しい部分も存在する。

私が最後にお伝えしたかったのは、帯状疱疹後神経痛（PHN）の増加についてである。当院ではこれを専門に診療しているが、近年特に増加している。PHNは一定期間を経て進行すると治療が困難になり、患者の精神的負担も非常に大きい。

さらに、ポストコロナ患者や高齢者にも同様の傾向が見られる。これらの症状が慢性化や難治化に至

らないよう、早期介入が不可欠である。医療従事者はこの点を認識し、適切なアプローチを通じて対応することが求められると考える。

■ 慢性期医療の現場で幅広く検討を

○池端（座長）：

フロアから矢野学会長、どうぞ。

○矢野諭氏（第32回日本慢性期医療学会学会長）

今回のシンポジウムは、日本緩和医療薬学会との共催で実現した。成田先生には貴重なお話をいただき、深く感謝する。

緩和ケアは「生命を脅かす疾患」を対象とするという定義があるが、保岡先生が指摘された慢性疼痛も、厳密にいうと緩和ケアではないが慢性期医療の現場において極めて重要な領域であると認識している。

また、非がんの終末期ケアについての課題も、今後さらに重要性を増していくと思われる。特に心不全はその代表例であり、大石先生が精力的に取り組まれていることから、本シンポジウムにご登壇いただいた。またさらに、呼吸不全や腎不全といった疾患では、それぞれ終末期に至る過程が異なっており、これらも含めた検討が求められる。

加えて、神経難病のような疾患についても、各疾患の特性を考慮した緩和ケアの在り方を議論する必要がある。本シンポジウムでは議題をある程度絞って議論したが、今後の学会ではこれらの課題についても幅広く検討を進めていくべきであると考え。

■ 多職種連携における薬剤師の役割は

○池端（座長）：

突然の指名で恐縮だが、フロアから武田泰生会長にコメントをお願いしたい。

○武田泰生氏（日本病院薬剤師会会長）

本日の日本慢性期医療学会において、成田先生をお招きいただき、日本緩和医療薬学会との連携のもとでこのような場を設けていただいたことに感謝する。私も数年前から本学会に参加しているが、薬剤

師の参画が非常に少ないと感じている。

現在、病院では薬剤師不足が深刻であり、チーム医療の実践において他職種に負担をかけている現状がある。そのため、薬剤師の確保に向けた取り組みに力を注いでいる。今後、人口減少や少子高齢化が進む中で、医療提供者の減少が避けられない。こうした課題に対応するため、AIやデジタル化、ロボットの活用が重要視されている。特に終末期医療の現場において、これらの技術が患者のストレス緩和やケアの質向上に寄与する可能性が高いと考える。

AIの活用により、医療職種の役割がどのように変化していくのかが問われる時代である。薬剤師としても、これらの技術を適切に活用し、患者に寄り添ったケアを実現することが求められる。

○成田：

薬剤師の役割について包括的に考えると、研究を通じて医療の発展に貢献することが極めて重要であると考えている。近年、日本の研究力が低下しているとの指摘があるが、そうならないことを業界全体で考え、研究推進の必要性を改めて示していく必要がある。

研究成果を臨床現場に還元する、いわゆるリバー・ス・トランスレーショナル・リサーチの推進が日本全体の医療の質を高める鍵となる。

■ AIや機械にない役割がある

○大石：

現在、薬剤師の多くが調剤薬局に流れ、病院薬剤師は業務の忙しさに対して給与が低いという状況にあり、全国的に薬剤師の減少が問題となっている。しかし、薬剤師は豊富な知識と経験を持ち、薬に関する助言を提供できるという点で、医療にとって欠かせない存在である。

私どもがこれまでお願いしてきたのは、薬剤指導の枠を超えて、患者の生活背景に踏み込んで考えていただきたいという点である。薬を飲めない理由や家庭に薬が余ってしまう背景など、患者が抱える問題に寄り添い、その根本的な原因を理解しようとする姿勢が求められる。

また、今後は薬剤師の業務の多くがAIに取って代わられる可能性があると言われている。その中で、薬剤師が自身の価値をどこに見出し、機械では代替できない分野にどのように貢献していくのかが問われている。われわれとしても、薬剤師の不足という現状の中で新たな要求をするのは難しい状況にあるが、人間ならではの役割を共有し、共に考えながら医療を進めていければと考えている。

○保岡：

私の娘は薬剤師として私の病院で働いており、その働きぶりは非常に頼もしく感じている。医療知識を持ちながら診療のサポートを行い、学術的な助言を提供するとともに、患者のそばで直接説明をする役割も担っている。

このような姿を見ていると、知識、気力、優しさを兼ね備え、単なる配薬にとどまらず、薬剤師の立場から患者の生活を支える存在が必要だと強く感じる。

また、薬剤師だけでなく、栄養士や口腔ケアの専門家など、特別な技術を持つ方々が一堂に会し、知見を共有できる場が広がれば、医療の未来はさらに明るくなると期待している。

○池端（座長）：

本日は素晴らしいご発表とディスカッションをいただいた。皆さまから盛大な拍手をお願いしたい。



シンポジウム 3

慢性期医療における特定看護師の活躍の場

座長：井川誠一郎 日本慢性期医療協会 副会長
シンポジスト：水谷小百合 鶴巻温泉病院 看護科長
吉野 牧子 あおぞら内科訪問看護ステーション 管理者
大嶋 玲子 特別養護老人ホームまごころ 施設長代行
中山由紀子 多摩川病院 看護スーパーバイザー



○座長：井川誠一郎氏（日本慢性期医療協会副会長）

当会は、看護師の特定行為研修制度の発足時から積極的な推進に向けて取り組んでいる。すでに 14 期生に達し、これまで多くの優れた人材を送り出している。

本日は、4 人の特定看護師から現場での実践や取り組み、課題などを提示していただく。演者は皆、制度が動き出した初期の段階で研修に取り組み、多くのご苦労があったに違いない。本日は、そのような経験や取り組みについてお話を伺える貴重な機会である。

【講演 1】 慢性期多機能病院での活動報告

鶴巻温泉病院 看護科長 水谷小百合

■ Cure を包含した Care を提供する

○水谷小百合氏（鶴巻温泉病院看護科長）



水谷小百合氏

当院は、回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患病棟、障害者難病病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟、緩和ケア病棟の6機能と、介護医療院を含む551床の慢性期多機能病院である。神奈川県公認ゆるキャラ「鶴のまきちゃん」もいる。

2024年10月1日現在、常勤医師30名、看護職209名、介護職138名、リハビリスタッフ197名、その他事務職やソーシャルワーカー、管理栄養士、臨床検査技師、薬剤師、放射線技師などが従事し、その中で特定看護師は7名である。

チーム医療について当院では、「Cureだけでなく、Cureを包含したCareを提供する医療」という考え方を掲げている。治すだけでなく、生活の質向上や予防の観点を持ちながら、患者・家族と各職種がチームで患者のQOLを支援するチーム医療を目指している。

■ 特定看護師7名で5行為を実施

私は日本慢性期医療協会の看護師特定行為研修の4期生として、15行為8区分を修了した。

特定行為研修の受講前後で、どのような変化があったか。特定看護師が実施する特定行為の流れについて、脱水を繰り返すAさんのケースで説明する。

受講前では、看護師がAさんを観察し、脱水を疑った場合、医師に報告し、医師から点滴の指示を受ける。その後、点滴を実施するという流れであった。

一方、受講後は、報告と指示受けの二つのプロセ

スが、手順書に示された病状の範囲内であることを特定看護師が確認する一つの行為となり、より迅速に点滴を実施できる。

当院では2015年度から毎年1名ずつ、日本慢性期医療協会の看護師特定行為研修を受講しており、2024年度現在で9名が受講。うち1名は関連施設へ転属し、1名は現在受講中である。その他、修了した特定看護師7名は院内の看護管理部門や各病棟に配置されている。1期生は病棟科長として療養病棟に所属し、気管カニューレ交換および創傷管理関連の行為を実施している。

2期生は副看護部長で、1期生と同様の行為を実施している。3期生は障害者難病病棟の科長として勤務しており、実践内容は1・2期生と同様である。4期生である私は回復期病棟に科長として所属し、1～3期生と同様の行為に加え、CVカテーテルの抜去を実施している。

当院は慢性期病院であり、食事、排泄など日常生活全般の管理が必要な患者が多く入院している。単一の疾患に限らず複数の慢性疾患を併せ持つ患者が多い。特に、気管カニューレや褥瘡形成が見られる患者が多いため、実施行為としては気管カニューレ交換および創傷管理関連の実績が大半を占めている。当院での特定行為の実践は、2017年下半期に創傷管理関連から開始し、18年に気管カニューレ交換を追加。現在では、特定看護師7名で5行為を実施している。

■ 看護を通じて患者の苦痛を軽減したい

特定看護師として従事し、約6年。次のような変化を感じている。一つ目は、診療の過程に直接介入することで、患者と治療の方向性をタイムリーに共有でき、不安の軽減に寄与していること。従来は患者と医師をつなぐ橋渡し役であったが、特定行為を実践することで、患者の不安をその場で察知し、迅

速に対応できるようになった。

ある事例では、麻痺側の下肢に褥瘡が形成されていた患者が、装具を使用した歩行訓練に支障が出ることを不安に思っていた。装具使用の開始時期や注意点をリハビリスタッフと患者で共有しながら進めた結果、褥瘡の治癒が遅延することなく歩行訓練が進み、歩行が可能となった。

二つ目は、看護職への指導教育のきっかけを提供していること。受け身で指示を待つ看護師から、アセスメントした内容を特定看護師に相談する形で主体的に行動する看護師が増えてきた。

三つ目は、他職種からの相談依頼が増えた点である。医師からは気管カニューレの種類に関する相談を受けることが多くなり、粘膜の状態やカニューレの種類に関する情報を伝えることで、抜管に向けた医療チームとしての検討が可能となった。また、関連施設からは褥瘡予防に関する指導教育の依頼も受けている。

四つ目は、チーム医療のキーパーソンとして、コミュニケーションの重要性を再認識した点である。特定行為研修で医師の思考過程を学ぶ中で、自身の無知に気づき、指示の意味や理由を理解する姿勢が身についた。理解できない場合には理由を尋ねるなど、積極的にコミュニケーションを取るようになった。特定行為を通じて他職種と意見交換する機会が増え、意見が伝わらないもどかしさを感じることもあるが、何を求めているのか、何を言いたいのかを理解する努力を重ねるようになった。

五つ目は、新たな知識と技術を身につけ、看護について改めて振り返ることができた点である。私が特定行為を受講した動機は、侵襲的処置における患者の苦痛を軽減することであった。単なる医師の補

助ではなく、看護を通じて患者の苦痛を軽減したいという思いがあった。実践を通じて苦痛を軽減するにはさらなる鍛錬が必要だと感じているが、看護師特定行為は看護の心を体現するものであり、看護の専門性を向上させる良い機会であると考えている。

■ 人々の豊かな生活を支えたい

特定行為研修制度は、少子高齢化の進展に伴い需要が増大する在宅医療の推進を目的として創設された。

新興感染症などの緊急時にも適切な医療提供体制を維持するため、重症患者に対応可能な看護師を平時から計画的に養成することが重要である。また、令和6年4月から医師の時間外休日労働の上限規制が適用されるにあたり、特定看護師によるタスクシフト・タスクシェアが医師の労働時間短縮に大きく寄与することが期待されている。

この制度の目的を看護師自身が正しく理解し、医師の代理という役割にとどまらず、看護師として生活の視点を重視した実践を行うことが課題である。

今後は、関連施設や地域において実践可能なシステムの構築を進めていくことを目指している。また、看護師を含む多職種への看護師特定行為の啓発活動を継続し、チーム医療のキーパーソンとして活躍するための管理能力を強化する必要がある。さらに、行為を実践するだけでなく、その効果を測定し、評価することも重要である。加えて、看護師特定行為研修の受講に向けた支援をしていくことが課題である。

これらの取り組みが人々の豊かな生活を支えることに繋がると信じ、今後も看護師特定行為を実践していきたい。

【講演2】訪問看護ステーションにおける特定行為について

あおぞら内科訪問看護ステーション 管理者 吉野牧子

■ 子どもから大人まで集まるコミュニティ

○吉野牧子氏（あおぞら内科訪問看護ステーション 管理者）



吉野牧子氏

当ステーションが所在する徳島県吉野川市の高齢化率は38.9%と高く、人口減少が懸念される地域である。県内で最も発展した市街地である徳島市から約25キロ離れた地域で、人口約3.6万人。ステーションの設立当初は、認定コースを修了し

た私一人で訪問看護を始めた。診療所は在宅支援診療所であり、午前中は外来診療、午後は訪問診療を行う医師1名と共に地道に活動を開始した。その後、患者数が徐々に増加し、2012年1月の法人化に伴いステーション化された。現在の年間在宅看取り人数は70名から80名に達している。看護師20名のうち、在宅ケア認定看護師が3名、特定行為看護師は4名。研修中の看護師も在籍するなど、大規模な訪問看護ステーションとなっている。

併設するデイサービスでは毎年、お盆の時期にイベントを開催し、地域の方々が楽しみにしている。このデイサービスは療養通所で、子どもから大人まで利用できるコミュニティとなっている。障害のある子どもたちが放課後に生活介護を受けられる場であり、同時に介護保険の利用者も参加している。定員は10名だが、そのうち約半数が呼吸器を使用しており、小児の利用者もいる。

ある利用者の事例では、人工呼吸器を装着して手足を動かすことが困難な方が、イベント中に他の利用者と共に踊るを楽しむ姿が見られた。このような体験が利用者にとって大きな喜びとなり、サービス

の意義を再確認する機会となっている。

■ 信頼関係を築く武田信玄の戦術

在宅医療が進んでいる背景に、医療機器の進歩がある。呼吸器を装着している患者やリスク管理が必要な患者も在宅での療養が可能である。胸水を家庭で排出する事例もある。高カロリー輸液やオピオイドのシリンジポンプを使用するケースもあり、ある患者はこれを携行して子どもと夏休みを過ごし、ボウリングに出かけることができた。

しかし、課題もあった。患者やスタッフの増加が進む中で、医師は一人のまま。この状況に危機感を抱き、医師の負担を軽減することで患者の受け入れを維持できるのではないかと考えた。ファーストコールは訪問看護が対応し、医師の指示を受けて看護師が動く体制を整え、医師が予定の訪問診療を終えた際には、現場が落ち着いた状態となるよう努めた。

ある時、徳島市内の基幹病院の医師から「徳島市内の在宅医師が手一杯で受け入れを断られて困っているが、あおぞらさんは急な依頼にも必ず対応してくれる」との声をいただいた。当ステーションの方針として、依頼を基本的に断らないことを伝えた。20名の看護師と介護・リハビリスタッフが入る体制が整っており、医師が診療方針を決定すれば、その実行が可能だからである。

この体制が可能となった理由を考える中で、武田信玄の戦術に着目した。武田信玄は戦国時代の大名で、最強の軍を持っていたとされる。その戦術は現代の「ミッション・コマンド」に相当する。トップは大枠の命令を決め、詳細な指揮は現場の判断に委ねるものであった。

信玄は「人は城、人は石垣、人は堀」という言葉で人材の重要性を説き、有能な家臣を見つけて育て、信頼関係を重視していた。いくら強い作戦や軍隊が

あっても、信頼がなければ強い軍にはならないという理念を持っていた。この考え方を医療に応用し、チーム全体で信頼関係を築くことが、質の高い在宅医療を支える鍵となっている。

■ 特定看護師は在宅チームにおける「通訳者」

信玄の戦術である「ミッション・コマンド」の考え方を在宅医療に当てはめて考えた。本学会で私がお伝えしたいことは、この1枚のスライドにすべて凝縮されている。

すなわち、任務（治療）の目的（目標）を明確にし、命令（指示）に基づく分散型のアプローチで軍事作戦（在宅医療）を遂行する。具体的な実行方法よりも作戦（治療）の目的に焦点を当てて行動できるよう指示を行い、意思決定を可能な限り部下（特定行為看護師）に委任する。これにより、指揮官（主治医）の意図を理解した上で、部下（特定行為看護師）が主体的に意思決定を行うことができる体制を築く。

ミッションパートナー（特定看護師）との協働によって行動の調和とシナジー効果が生まれる。このような環境では、指揮関係よりも人間関係が重要となる。

指導官（主治医）主導のワンチーム精神を在宅医療の環境に浸透させ、統一された努力を実現する。ストレスが生じる状況でも多様性を受け入れ、意見交換を続けることで、主治医が個人的な信頼関係を構築し、重要な任務（治療）の実現に向けたミッションパートナーへの依存度を適切に決定することが可能となる。

手順書については、患者向けではなく特定看護師個人用に作成することで、リスク許容範囲を明確にできる利点がある。しかし、手順書を作成する主治医や受け取る看護師にとってもストレスとなる側面があると感じている。

患者も在宅医療チームの輪の中に入ることが重要であり、規律ある自発性が発揮されるとチーム全体が動き出す。難しい医療用語をわかりやすく患者や

家族、他のスタッフらに伝える役割を担うのが看護師である。

その中で、特定看護師はベストの通訳者になれるはずだ。目標とは何か、何のためにこれを行うのか。それが明確になって初めてチーム全体が力を発揮し、治療効果が最大化されるのではないかな。

■ すべての命が輝けるコミュニティ

ある日、お亡くなりになる前に患者が語った言葉がある。退院後のことだった。「帰ってきて本当に良かった。先生や看護師さんがこんなに来てくれて、家でいろんなことをしてくれて」と話していた。医師の訪問は月に2回程度であったが、「しんどいときもあるけれど、今が一番幸せ」と語った。亡くなる4日前には、「入院したままだったら、私もうおらんわ。今、入院している人に、家に帰ってもこんなにしてくれるんだって教えてあげたい」と話してくれた。

また、「先生と看護師さんの信頼関係がすごいね。先生が看護師さんを信頼して任せているのがよくわかる」とも。その患者は、何かが起こった際に医師を待たず、看護師が即座に対応してくれることを感じ取っていた。TPNを含む様々な処置を通じて、その信頼を深めていった。「信頼関係があるけん、看護師さんがみんなこんなに良くしてくれるんやな。出会えてよかった」との言葉もいただいた。

看取りの依頼を受けたものの、数年間を自宅で過ごした患者もいた。別の神経難病の患者は、デイサービスで浴衣を着て楽しむ機会を得た。人工呼吸器を装着していた患者は、本人が希望する場所に出かけて一緒に楽しむことができた。また、別の人工呼吸器装着患者は、好きなブランドの買い物のため、徳島にはない大阪や関東の店舗に出かけることができた。

在宅医療はありきたりな日常を支える地道な活動。そこには、患者や家族、そして私たち医療者、すべての命が輝けるコミュニティがある。

【講演3】 施設で働く特定看護師の活動

特別養護老人ホームまごころ 施設長代行 大嶋玲子

■ 特定看護師の指針を策定し、目標を共有

○大嶋玲子氏（特別養護老人ホームまごころ施設長代行）



大嶋玲子氏

私たちの大誠会グループのある沼田市は中山間地域に位置し、人口は4万6720人。高齢化率は34%と、全国平均の29%前後と比較して若干高い。当グループは病院を中心に、老健や特養、保育園などの施設を運営しており、さらに周

辺には温泉やレストランなどの商業施設も展開している。今年は新たにフリースクールを開講し、地域における医療・介護・福祉の拠点を目指している。

私が現在勤務している特養「まごころ」では、同じ建物内に放課後デイサービスを併設しており、高齢者と子供が共存する賑やかな施設となっている。

私は日本慢性期医療協会の研修センターで第1期生として研修を受けた。実施可能な行為は7区分14行為である。当法人では、私を含めて5名の特定看護師が活動しており、所属部署は在宅系施設部門に3名、病棟部門に2名が配置されている。

特定看護師が法人内に増えたため、活動の指針を策定した。自立・主体性を重視することで医師との連携や交渉が円滑にでき、患者や家族に説明を行い、同意をきちんと得ることができるようにする。疾患への対応では、必要な情報を迅速に収集し、実施行為を安全に行うことを目的としている。予後予測の視点では、実施行為に至らなくても悪化をさせないように予防の視点を持つ。

また、コストの管理については、実施施設で可能

な保険制度の活用や使用薬剤・使用量等の理解と管理を行うことを指針として掲げている。そして、特定看護師の活動の場を拡大し、特定看護師としての役割や展望を実現するための行動を促進する。このように、目的を明確にすることで意識の向上を図りながら、活動が続いている。

■ 多職種連携による早期対応や疾病予防

特定行為の実施の主な流れは、病棟でも施設でも大きな違いはない。対象者の確認、病状の判断、実施、そして実施後の報告という手順で進める。ただし、施設では予定して行う行為が非常に少ない。

異常の発見から始まるケースのほか、繰り返される症状に気づくことが実施につながる場合も多い。また、生活の場である施設では検査データが少ないため、実施の判断には採血などを行い、検査結果を確認して根拠を得る必要があることもある。これが最も時間を要する部分ではないかと感じている。

私は今年4月までの5年間、老健に従事していた。この老健は病院と同じ建物内にあり、施設長が常勤の医師であるため、信頼関係を構築しやすい環境であった。そのため、実施は非常に円滑に行うことができた。

一方で、老健は保険制度上、医療保険との併用に制限があるため、検査や薬剤の使用が施設の負担になることもあった。このような制約の中での実施には困難も伴った。だからこそ、エビデンスに基づいた早期対応や疾病予防が重要となり、多職種の協力を得て悪化を防ぐ工夫が必要であった。

具体的には、尿路感染に対し抗生剤投与を特定行為で実施した際、介護職には必要な水分摂取量や清潔保持を具体的に説明して依頼した。また、リハビリ職とは離床を促す工夫や排泄動作の確認について連携し、治療が長引かないよう努めた。このような取り組みこそが、特定看護師が老健で果たす意義で

あると感じている。

■ リロケーションダメージを抑えられる

一方、特養ではどうか。当施設では、予定して行う行為が非常に少ない。予定して行える行為は、皮膚科と連携した壊死組織の除去が主である。生活重視の施設では、医療行為が限られる場合も多い。

特養は病院から離れた立地にあるため、異常の発見から特定行為の実施に至るまでが病棟のようにスムーズにいかないことも少なくない。検体を採取して結果を確認し、薬剤を取りに行き行って実施するなど、1人で対応するには時間がかかる場合もある。

しかし、それ以上に特養の最大のメリットがある。利用者に体調の変化があった際、外来受診や入院のような慣れない環境にさらされることなく、慣れた介護職員によるケアを自分の部屋で受けられる点である。顔見知りの看護師による処置を安心して受けることができる。不安や混乱、食欲の低下、認知症の悪化といったリロケーションダメージを最小限に抑えることが可能である。特定行為は、利用者にとって非常に意味のある行為であると感じている。

特定行為研修を修了後、ここでの学びや得た知識を活かし、多職種と連携することで、様々な意見交換や活動が円滑に行えるようになった。具体的には、栄養ケアマネジメントチームとの活動、皮膚科医師や褥瘡委員会との協力による褥瘡回診や予防への取り組みが挙げられる。医療安全の観点からは、事故対策委員会やリスクマネジメント連携会議にも参加している。また、看護教育委員会において、市内の看護師教育や研修生の病棟研修、レポートの指導を行っている。さらに、特定研修修了者と認定看護師との連携活動も実施している。他の職員向けの勉強会を開催することも活動の一環である。

このように、特定行為を広めるためには、行為の実施にとどまらず、研修で学んだ思考を多職種連携に活かすことができる。その結果、チーム医療において特定看護師の活動は、ケアとキューアの質の向上に寄与するものと考えられる。

■ 看護・ケアの質向上に寄与している

今年初めて、当施設の主催で地域の特定看護師による合同会議を開催した。開催の経緯として、私が大学の演習指導に関わる中で、研修修了者から「自施設に特定看護師が少なく、話し合いができず悩むことが多い」という声を多く聞いた。また、市内の近隣施設では、1人の患者が病院、施設、在宅を回る過程で特定看護師が関わることもあるため、相談し合える場が必要ではないかと感じ、地域の特定看護師が繋がる機会を設ける必要性を感じたことで、この開催に至った。

参加者はまだ少数ではあったが、参加施設からは様々な意見が寄せられた。例えば、「活躍できる体制が整っていない」「病棟ではカンニューレ交換が実施できるが、訪問看護では実施が難しい」など。このほか、「病院内での意思決定プロセスが複雑で、多くの関係者への説明と承認が必要なため、現時点では特定行為が実施できていない」といった課題も報告された。

さらに、「手順書を交わす医師の判断に委ねられる部分が多く、実施に至らないケースが多い」「同意書や手順書の期間設定が未完成である」との報告もあった。特定行為の実施を始めたばかりの施設では、組織の違いや実施前の段階での問題が多いことが明らかになった。

看護師業務の負担に関する意見も挙げられた。「通常業務に加えて特定行為を実施することで負担を感じる」「取得した行為を実践できない場合、今後実践できるのか不安がある」といった声が聞かれた。また、「研修制度やキャリアパスが明確でなく、特定看護師になりたい希望者が少ない」という課題も指摘された。

これらの意見から、病院の組織形成や医師の考え方、特定行為としての経験値が円滑な活動の障壁となっていることが分かった。一方で、訪問看護では環境調整や経口補水液で対応できるケースが多く、点滴や薬剤投与の必要性を感じにくいとする意見もあった。また、外来受診が多いため実践機会が少ないものの、医師への的確な状態報告を行うことで薬剤投与がスムーズに進む好事例も共有された。

特定看護師としての知識と実践力を発揮することで医師の信頼を得て、行為の実施に繋がる可能性がある。行為の実施に至らない場合でも、その専門知識は活用され、看護師としての質やケアの質の向上に寄与していると考えられる。

■ 垣根を越えたシームレスな活動で

各施設と情報を共有することで、問題点や課題が明確化される。特定看護師の魅力やキャリアパスに繋がる取り組みを考慮する必要がある。今後は、情報交換を目的とした定期的な開催を通じて、連携を強化していく必要がある。また、特定行為に関する知識や技術を共有し、それぞれの施設で活用できるように、身近な場所での研修や勉強会の開催も検討している。

さらに、法人や医療機関、部署の枠を超え、地域

全体で繋がりを構築する。このような活動は、利用者にとってケアの継続がより的確に行われる結果に繋がる。1人で活動し、孤独を感じている特定看護師や経験の少ない看護師にとっては、不安の軽減やケアの拡大に寄与するだろう。垣根を越えたシームレスな活動を通じて、特定看護師の可能性を深めていきたい。

最後にまとめとして、施設で働く特定看護師の活動を拡大するために必要な課題を示す。まず、制限ある環境の中でエビデンスに基づいて早期対応、疾病の予防、多職種との情報共有を行うこと。そして、利用者の個別性を理解し、リロケーションダメージを最小限にとどめ安心できる環境で医療と看護ケアを提供すること。地域で繋がるネットワークを作り活躍の場の拡大を考えていくこと。こうした課題を踏まえ、今後も活動していきたい。

【講演4】慢性期医療における特定看護師の活動と今後の展望

多摩川病院 看護スーパーバイザー 中山由紀子

■ 日慢協の研修は時代を先取りしている

○中山由紀子氏（多摩川病院看護スーパーバイザー）



中山由紀子氏

私は平成医療福祉グループで活動しており、日本慢性期医療協会の看護師特定行為研修の第1期生である。

日本慢性期医療協会の研修は、当初から慢性期医療で活用できる内容に特化しており、時代を先取りした内容である。

受講当時は行為の多さに負担を感じていたが、修了後に現場で活動する中で、全ての行為を学んでおいて良かったと実感している。

令和4年10月現在の特定行為研修修了者の主な

活動場所を示すデータによると、半数以上が病院で勤務しており、高度急性期や急性期の手術関連の領域に従事する修了者が大半を占めている。一方で、慢性期病棟や訪問看護など、慢性期医療に関連する領域での勤務者は少数である。

医師の働き方改革の影響で集中治療室や手術室での麻酔管理、外科系の管理における特定看護師の需要が高まっており、病院内で研修を受けた看護師がそのまま同じ現場で勤務するフローが確立されている例も増加している。

慢性期医療や在宅領域での受講が進まない理由として、看護師の人員不足や研修を受講させる余裕がないこと、特定看護師がいないために必要性を感じていないことが挙げられる。今後、このような状況を改善し、より多くの看護師が特定行為研修を受講できる環境を整える必要がある。

■ 特定看護師チームを発足、フォローアップ研修も

平成医療福祉グループには令和6年9月現在、127名の特定看護師が在籍している。病院には2～5名程度が在籍し、最も多い施設では11名が活動している。一方、施設や訪問看護ステーションでは、ほとんどが1名体制で活動している。

当グループにおける同年8月現在の特定行為実施件数を見ると、病院では気管カニューレ交換が大部分を占めているが、PICC挿入も比較的多く実施されている。特定看護師の人数と実施件数には相関性がなく、人数が少ない施設でも実施件数が多い場合がある。これは病床機能の違いや、その時点で入院している患者の状況に依存する部分が大きいと考えられる。

当グループの特定看護師は、平成28年10月に日慢協の1期生が修了し、各病院で特定看護師の活動を開始。平成30年4月には、各病院・施設で活動する特定看護師の情報共有を目的に当グループの特定看護師チームが発足した。令和5年4月からは、グループ内で特定看護師向けのフォローアップ研修も開始されている。

発足当初、関東・関西・徳島淡路エリアから代表者を選出し、各担当病院を受け持つ体制が整備された。横の繋がりが乏しいという課題や、各エリアの活動報告の中で手順書の発行フローや特定行為の実施フロー、記録内容などの運用に違いがあることが確認された。また、各病院・施設によって特定看護師へのサポート体制が異なることも明らかになった。

こうした情報を踏まえ、グループで最初に統一したのは手順書の書式である。電子カルテから発行できる形式に統一し、実施後の特定行為記録についても複雑で時間がかかるためテンプレートを作成した。一部ではあるが、運用を開始している。

■ グループ内で気軽に参加できる研修

令和4年度に、各病院の看護管理者と特定看護師を対象にアンケートを実施した。その結果、看護管

理者が特定行為の実施や特定看護師の院内活動を円滑に行えるよう配慮していることが明らかになった。看護管理者は特定行為の実施件数を増やすことよりも、院内の看護師の質の向上や特定看護師が学んだ知識を生かした活動を期待していることもわかった。

アンケート結果によると、特定看護師は看護管理者からのサポートに概ね満足している一方で、特定行為を実施するための時間確保や業務調整をより容易にする配慮を求めていることが分かった。

医師に対しては、意外にも多くの特定看護師が協力を得られていると感じているとの結果が得られた。また、1人で活動している特定看護師からは、グループ内での情報共有を求める意見が多く寄せられた。アンケートで最も多かった意見は、スキルアップに関する取り組みが個人の力では不十分であると感じているという内容であった。

コロナ禍では、外部のフォローアップ研修が開催される機会が減少し、その後オンライン形式で少しずつ再開されたが、所属する病院がコロナ対応に追われる中では参加が難しい場合も多かった。また、人員配置がギリギリの状況では長時間の研修への参加が困難であるとして、申し込みを控えるケースもあった。さらに、外部研修の内容が急性期向けであることが多く、自分の勤務する病院や施設での活用が難しいと判断して参加を見送る事例も確認された。

こうした状況を受け、グループ内で特定看護師が気軽に参加できる研修を2023年に開始した。研修の講師にはグループ内の医師や企業の協力を得ており、多くの講師が快く引き受けている。

■ 特定看護師向けのポータルサイトを作成

今年度の研修内容はすべて2時間以内で終了するように設計されており、業務時間内に参加可能である。また、実技を伴わない研修については、全エリアの特定看護師が同じ時間にオンラインで参加できる。一方、実技を伴う研修は、各エリアで2時間以内の集合形式で実施している。

オンライン研修は、グループ職員専用のポータル

サイトに研修動画と資料を掲載し、いつでも視聴可能な形にした。この形式は特定看護師から好評を得ている。

さらに、特定看護師の活動をまとめてアウトプットする目的で、昨年度から各病院に年度末の症例発表を開始した。この発表内容もポータルサイトに掲載し、随時閲覧可能にしている。

昨年度の発表では、褥瘡治療に関する内容が多く、特定行為の実施件数が多い事例や目に見えて改善が分かる事例が共有された。このような取り組みを進める中で、グループ内で特定看護師向けのポータルサイトを作成する運びとなった。サイトの運営は特定看護師チームが担当しており、見やすいレイアウトを心掛けている。

■ コミュニケーションスキルが求められる

特定行為以外の活動についても、令和4年度にグループ内でアンケートを実施した。コンサルトや提案については、医師や看護師から多く受けている。褥瘡やNST（栄養サポートチーム）、身体抑制廃止などの委員会においても中心的な役割を担っている。看護師や他職種からのコンサルトが特定看護師に向かう理由として、「医師に聞くほどではないが少し気になることを相談したい」といった気軽さや、適切な回答が得られるという期待が背景にあると考えられる。

また、医師からのコンサルトが多い理由としては、医師が必要とする情報を特定看護師が的確に提供できるという期待があるためである。

特定看護師は共通科目の中で臨床推論や臨床薬理学など、医師が学ぶ内容を学習している。これにより、看護師の視点を生かしながらも、医師が求める回答を提供できていると考えられる。

以上のことから、特定看護師には様々な職種と積極的かつ友好的にコミュニケーションを取るスキルが求められる。また、区分別科目で学んだ知識を活用し、特定行為に至る前の予防的な段階で提案するケースも多く見られる。これらの活動は特定行為のように表立っていない部分であるが、特定看護師の活躍が見られる重要な領域である。看護管理者が特

定看護師に期待する部分は、このような活動にあると考えられる。しかし、こうした取り組みはアピールしなければ気づかれにくい部分でもある。

■ 慢性期医療での成果を発信し、多く理解を得る

最後に、特定行為研修の目標を踏まえた今後の展望を述べる。厚生労働省の施行通知で示された到達目標を見ると、共通科目では、多様な臨床場面において重要な病態の変化や疾患を包括的にいち早くアセスメントする能力を身につけることや、必要な治療を理解し、ケアを導くための基本的な能力を身につけることが挙げられている。また、必要な特定行為を安全に実践する能力を身につけること、多職種との効果的な共同や、自らの看護実践の見直しについて標準化する能力を身につけることが明記されている。

これらの目標は、特定行為の実施以外の活動にも通じるものであると考えられる。区分別科目についても、特定行為を行うために必要な知識、技術、および態度の基礎を身につけることが求められており、単に特定行為を実践するだけではなく、日々学び続け、知識の更新を行いながら、患者や多職種からの信頼を得る中で、安全な活動を行うことが必要である。

今後、慢性期医療において特定看護師が活動するためには以下の点が重要である。小規模な病院や施設、在宅で働く看護師が研修を受講しやすい環境を整備するため、幅広く活動を発信する広報活動を推進すること。少人数で活動している特定看護師が孤独を感じないように、所属する現場や指定研修機関でのサポート体制を検討すること。特定行為の実施に限らず、臨床現場で学んだ知識を生かした行動を心掛けること。そして、日々学び続ける姿勢を保つこと。

さらに、慢性期医療での特定看護師の活動成果を学会発表やその他の形式で発信し、多くの人々の理解を得ることが求められる。私自身も含めて、活動を続けるとともに、グループ内外でのサポート体制の強化を図っていきたいと考えている。

総合討論

総合討論では、特定看護師の役割や課題について意見が交わされた。井川座長は、特定行為の中で「判断系」と言われる行為の実践が進まない現状や手順書の作成が十分に進んでいない点を問題提起し、その背景や解決策について意見を求めた。これに対し、医師が常駐する環境では医師が即座に判断を行うため、判断系行為が特定看護師によって実践される機会が限られていることや、手順書の作成が遅れる実情が報告された。

一方で、特定看護師がフィジカルアセスメントを活用し、点滴や他の医療行為を予防的に回避できるケースが増加している点や、研修を通じて医師の思考過程を理解し、多職種との連携を強化できたことが成果として挙げられた。

今後の課題としては、判断系行為の実践機会の拡大、手順書の整備、特定看護師の役割に応じた適切な業務分担、そして後進の育成が示された。討論を通じて、特定看護師が慢性期医療の現場で医療の質を向上させる重要な存在であるとの認識を共有した。

■ 実施可能・不可能の決定方法は

○井川（座長）：



井川誠一郎氏

ご登壇いただいた4名のシンポジストは、慢性期多機能病院や訪問看護ステーション、特養や老健など多様な現場で活動されている。横断的な活動を展開している方もいる。

皆さんの発表によると、実施されている行為は実技系が非常に多い印象を受ける。一方で、判断系の行為があまり見られないように感じた。実施可能な

行為と不可能な行為について、各施設でどのように決定しているのだろうか。

○水谷：

当院は慢性期病院で医師が常駐しているため、判断系の行為に関しては、その場で医師が即座に判断して実践することが可能な環境にある。結果として、判断系行為の実践が進まない。

また、通常業務を並行して行う必要があることを考えると、どうしても時間の捻出が難しい場面があり、判断系行為の進捗が滞る要因となっている。

○吉野：

当院では、目に見える形での数値としてはあまり上がってこないが、水谷氏と同様に、医師に対して提案を行う機会は非常に増えている。ただ、すぐに連絡が取れる医師が常にいる環境のため、提案が数値として反映されることは少ない。提案を受けて、医師が「そうなんだ」と理解を示す場面は増加している。

また、患者が重症化し、急いで往診を行わなければならない状況は減少していると考えられる。一方で、手順書をいつ発行するかという点には課題が残されていると感じる。

○井川（座長）：

訪問看護などで使用される手順書について、事前に発行されていないという理解でよろしいだろうか。

○吉野：

そのとおり。200名以上の患者全員に対して手順書を発行するとなると、様々な問題が発生し、なかなか進まないのが現状である。

○大嶋：

施設は生活の場であるため、医療的な行為が行われることは少ない。人工呼吸器を装着するような利用者はおらず、介護職が中心となってケアを提供する利用者が多い。そのため、特定看護師が関わる場面は、実施行為に至る以前の予防的な段階であることが多いのが現状である。

○中山：

私も同じ意見である。病院では医師が直接実施することが多く、私たちが提案を行うことは多いが、実際の処方や行為の実施は医師が担っている。例えば、PICC 挿入後に高カロリー輸液の処方を行うことは多くの特定看護師が関わる場面であるが、その後の変更となると、提案はしても最終的には医師が実際に処方を行う。

抗菌薬に関しても同様である。医師が処方を行った後、培養結果を基に「こちらの抗菌薬の方が適しているのではないか」と提案を行うことはあるが、その際も「じゃあそれで出しておいて」となるのではなく、医師が自身で確認し、処方するという形が一般的である。

■ 手順書を記載する医師が少ない

○井川（座長）：

手順書について、判断系の内容をドクターがあまり記載しないという状況に繋がっているのだろうか。手順書があれば、その時点で発見した内容について報告を行う前に、行為を実施できるようになる。

本来、手順書はそのために存在するものである。しかし、判断系に関しては手順書を記載する医師が少ないと考えてよいのだろうか。

○中山：

医師は手順書を書かずに、自分で行為を実施した方が早いと考えているのかもしれない。本来であれば、手順書があれば迅速に行える状況が整うはずである。

○井川（座長）：

水谷氏の施設ではいかがだろうか。病院という環境であれば、医師が常駐している状況だと思う。

○水谷：

環境としては非常に学びの多い環境であると感じている。また、医師に対して積極的にお願いすれば、手順書の作成に協力してくださる先生方が多いと思う。しかしながら、現状としてその実現は難しい部分もある。

■ 特定看護師の行為を増やすためには

○井川（座長）：

手順書をしっかり記載していただくための工夫や取り組みとして、どのようなことを考えているだろうか。現在、皆さんは非常に多くの行為を実施可能な能力を持っている。しかし、実際に表に出ている行為はそれほど多くない。おそらく、現状では5つ程度にとどまっている。

すなわち、他の行為については実施されていない。例えば血糖コントロールや輸液管理、TPN、人工呼吸器管理、さらには血糖管理など、これらについて特定看護師が十分な知識を持ち、医師と同等の実施能力があるのであれば、私であれば手順書を記載して任せの方が簡単であると考え。しかし、現状では手順書が記載されていない状況にあるように思う。

この状況をどのように解決し、特定看護師の行為を増やしていくか。各施設に多くの特定看護師が所属している状況であれば、このような課題について話し合いを行う機会は多いように思うが、いかがだろうか。

○水谷：

依頼すれば手順書を記載していただけるだろう。ただ、点滴が必要なほどではない予防的な段階で発見し、飲水量を増やすことで点滴まで至らなかった症例も実際には多く存在する。

そのため、回復期の病棟やその他の施設では、点滴処方に至らないケースが多いのではないかと。また、

施設でも同様に、飲水を促すことで点滴が不要な状況で終わる場合が少なくない。

○井川（座長）：

つまり、予防的な対応がすでに行われているため、習得している行為の中でも、手順書があまり必要とされない場合が多いという理解でよいのだろうか。

○水谷：

そのように思う。特にフィジカルアセスメントが可能になったことが大きな要因であると考えられる。

■ 総合診療医と連携し、慢性期医療の質を高める

○矢野諭氏（第 32 回日本慢性期医療学会会長）



矢野諭氏

現在、私は現場で回復期病棟を担当しており、優秀な特定看護師が何人もいるため、感染症対応などを積極的に依頼している。ただし、難易度の高いケースや敗血症に近い患者がいるほか、軽度の感染症であっても勤務の関係上、3日目や4日目に判断を迫られる際に担当者が不在である場合など、様々な状況を考慮する必要がある。

判断系の行為では、例えば PICC 挿入後の輸液処方を特定看護師に任せることは一般的である。感染症についても、できるだけ経験を積ませるようにしているが、症例の難易度や状況に応じて医師が直接対応する場面も多い。

私は以前、医師がもっと特定看護師に業務を任せべきだと考えていたが、実際に現場で患者を担当すると、特定看護師の経験と力量に応じた調整が必要であると感じている。判断や効果判定が3日目以降になる場合に、その日の担当者が不在であることもあり、こうした状況を踏まえつつ、できるだけ特定看護師に経験を積ませよう取り組んでいるものの、ジレンマを感じる場面も多い。

また、行為の実践に至らない場合や行為の数が少ない場合でも、その前段階での提案や職種間のコンサルト対応など、特定看護師が期待以上の役割を果たしていることを嬉しく思う。もちろん、行為の実践数が増えることは必要であるが、それ以上に特定看護師の役割は多岐にわたっており、その重要性が認識されている。

高度急性期では、タスクシフトやタスクシェアが働き方改革と関連して進んでいる。例えば、レスピレーター の条件変更や動脈ラインの管理など、医師の負担軽減に直結する業務が多い。しかし、慢性期医療では、そうした状況とは異なる働き方が求められる。慢性期では、チーム医療の中で質の向上を目指すべきである。

慢性期医療における特定看護師の役割は、総合診療医との連携が重要である。医師の負担軽減だけを目的とせず、多職種によるチーム医療のキーパーソンとして特定看護師がその役割を果たすことが求められる。

現在、日慢協輩出の特定看護師として 339 名が活躍している。私自身も体が続く限り、この取り組みを継続していくつもりである。研修修了者自身が後進を育て、特定看護師の活動をさらに発展させていくことを願っている。

■ フォローアップ体制や連携の構築に向けて

○井川（座長）：

矢野先生のお話の中で印象に残ったキーワードとして、総合診療医との連携やチーム医療が挙げられる。例えば、抗生物質を投与する際には、1日目に行った後、その日のうちに結果が出ない場合、数日後にフォローアップを行う必要がある。その際、担当者が不在であった場合、他の特定看護師に申し送る体制が構築されているのか、またその体制がどのように運用されているのかについて伺いたい。

○水谷：

現在、7名の特定看護師が在籍しているが、全員が不在となる日もある。ただし、例えば PICC 挿入

に関しては、7名中3名が実施可能であり、相談があった際には直接返答できない場合もあるが、調整や連絡を通じて翌日に繋げる仕組みがある。明確なシステムとしての整備は不十分であるものの、チームとして連携を図る文化は醸成されている。

○吉野：

抗生剤については、すぐに医師に連絡が取れる環境にあるため、特定看護師が処方権を持たない現状では、病院から処方を受ける形となる。そのため、自身の判断での対応は難しく、訪問看護の基本として、薬剤は必要時に取りに行くことが主流である。今後、井川先生の指摘のように、ステーションに薬剤を常備する時代が来るかもしれない。

○大嶋：

横断的な活動は月に1回定期的に行われているが、そこで感染症に遭遇し、抗生剤投与が必要となるケースは稀である。

一方、施設内では尿路感染が比較的多く、その際には尿検査や採血を行い、結果と判断を医師に伝えることで抗生剤を処方してもらう流れとなっている。医師の承認後、外来看護師が迅速に報告を行い、処方が完了する。その後、薬剤を取りに行き、利用者は移動することなくベッドで治療を受ける環境が整っている。

特定看護師は、これらのプロセスを一人に対応し、薬剤の受け取りは他のスタッフに協力を仰ぐこともあるが、システムが構築されて以降、大きな負担とは感じていない。また、薬剤使用後には再度、尿検査や採血を行い、改善の報告を医師に行う。

○井川（座長）：

グループ内での対応について、中山さんの施設では統一されているだろうか。

○中山：

統一されていない状況である。1名もしくは少人数で対応する施設では、他の病棟で処方を行わない場合、自分が不在の日に処方が切れる場合には、医

師と連携し、結果を伝えた上で対応をお願いする。また、自分の担当以外の患者については対応が難しい場合も多く、他のスタッフに依頼するケースは少ないと感じる。

一方で、自身が担当する患者については、抗菌薬や高カロリー輸液、脱水に関連する点滴などについて、全て責任を持って対応しているという状況も聞いている。

■研修の魅力を伝え、特定看護師の増加を

○井川（座長）：

本日、様々な取り組みを聞くことができた。皆さんの活躍は素晴らしく、特定看護師の研修を希望する後輩たちが増えるように思う。

○水谷：

研修希望者の増加は望ましい。ただ、病棟の配置人数を満たさなければいけないという制約を考えると全員が参加できるわけではない。事前に十分に面談して、本人の意向やキャリアを踏まえた上で選定することも必要だろう。

○水谷：

希望者は確かに増えているが、病棟の状況や業務の負担から意思表示をすることが難しい職員も多いのが現状である。「やってみたい」という声が届いているのは事実である。

○吉野：

研修に参加し、知識を得ること自体が大変意義深いことであり、特定看護師の増加を期待している。ただし、地元で受講可能な環境が魅力であり、県外での研修となると希望者が減少する可能性がある。

○大嶋：

研修の魅力を伝えることが私たちの使命だと思う。ただ、家庭環境や本人の意思が大きく影響するため、研修参加への働きかけだけではなく、十分な話し合いや情報の共有なども必要だと感じる。

○中山：

活躍している特定看護師が多い施設では、研修を希望する声が多い。ただし、「なぜ研修を受けたいのか」を事前に明確に話し合うことが重要である。単に技術を習得するだけではなく、学んだ知識を指導やチームの中で生かす役割を期待している。

看護部長たちも研修前に面談を行い、目的を明確にした上で送り出している。また、適性があると考えられる職員には具体的な役割を伝え、研修を受講してもらうよう働きかけている。強制ではないが、継続的に誰かが研修に参加できる体制を整えている。

■ 特定看護師の存在はチームケアを充実

○井川（座長）：

各施設で特定看護師がなかなか増えない現状について、その原因をよく考える必要があると改めて感じる。当会の研修でも定員に満たないが、課題を解決して、次世代の後継者が増えるように進めていきたい。

その上で、最後に一点だけ質問したい。現在、実技を行っている3名の方々は特定行為を実践されているが、中山さんに関しては立場が変わり、現在はほとんど実践されていない。特定行為を実施すること以外で、研修を受講して良かったと感じる点があれば教えてほしい。

○水谷：

研修を通じて医師の思考過程を理解できるようになったことが大きい。医師が何を伝えたいのかが明確に分かるようになり、こちらが伝える際にも要点を明確に伝えられるようになった。さらに、管理職としてスタッフ育成においてもポイントを的確に指導できるようになり、この点は非常に大きな収穫である。

○吉野：

私も同様である。特定行為を取得する前から管理

者として指示を出していたが、特定看護師が増えたことで、隣の看護師が特定看護師に相談する場面が増えた。また、報告内容も「指示を仰ぐ」から「こう考えたが、どうだろう」という形に変わり、ステーション全体の質向上を実感している。さらに、在宅ケアでは他職種、例えばヘルパーやデイサービス、ケアマネジャーとも連携しやすくなり、地域全体の質向上にもつながっていると感じている。

○大嶋：

研修等で得た思考過程や知識は、医師との会話をより充実させることができた。また、他の職種の方々と円滑に会話ができるようになり、コミュニケーションが一層スムーズになった。

私は施設で働いているため、介護職の方々に対して専門的な根拠を持ちながら分かりやすく説明することを心がけている。その結果、介護職の方々から信頼を得ることができ、チームケアが特定看護師の存在によって充実していると実感している。

○中山：

私も同様で、多くの人に患者の病状をわかりやすく説明できるようになった。また、新しく特定行為研修を修了した看護師に対して、どのような活動を期待されているのかを看護部長の意見を踏まえながら伝える機会が増えた。

さらに、チームラウンドを行う際に、特定行為研修を修了した看護師がどのような発言をすべきかを具体的に指導することができるようになった。このように、研修で学んだ知識やスキルを生かし、周囲に伝えることが最近できるようになったと感じる。

○井川（座長）：

会場にいらっしゃる看護師の中で、まだ特定看護師になっていない方がいれば、ぜひ日本慢性期医療協会の研修に参加していただきたい。以上で、本セッションを終了とする。



シンポジウム4

慢性期医療の現場における臨床倫理

座 長：西尾 俊治 南高井病院 院長

基 調 講 演：新田 國夫 日本臨床倫理学会 理事長

シンポジスト：大磯義一郎 浜松医科大学医学部 医療法学教授



倫理とは何か，臨床倫理問題とは何か，医療安全や患者家族の対応をどのように線引きするのか，そこには何か違いや共通する点はあるのか——。本シンポジウムでは，日本臨床倫理学会の理事長で在宅ケアに精通する新田國夫氏が「慢性期医療における臨床倫理的課題」をテーマに基調講演。慢性疾患の領域から導き出す臨床倫理とは何かを問いかけた。

シンポジストとして，医師であり弁護士資格も有

する大磯義一郎氏が「介護・医療現場における転倒・転落～実情と展望～」と題して講演。2023年11月に当会を含む医療・介護11団体による声明にも関わった大磯氏は，現場の実態と法的な観点を踏まえた課題を具体的な判例を通じて示し，法曹界や社会が現場の実情を理解する必要性や，過剰な責任追及を避けることの重要性を訴えた。

【基調講演】 慢性期医療における臨床倫理的課題

日本臨床倫理学会 理事長 新田國夫

■ 臨床倫理は緩和ケアの一側面である

○座長：西尾俊治氏（南高井病院院長）

「臨床倫理」という言葉に馴染みのない人もいるかもしれないが、日常業務の多くが臨床倫理に基づいている。近年、ACPの実施や身体拘束廃止など臨床倫理関連の取り組みが進んでいる。本シンポジウムでは、今学会のテーマである「治し・支える」という視点も踏まえながら、慢性期医療における臨床倫理について皆さんと共に考えたい。

○新田國夫氏（日本臨床倫理学会理事長）



新田國夫氏

臨床倫理は難しい課題だが、臨床倫理学会では基礎から上級編まで全国の大学病院や基幹病院で臨床倫理の起点が形成されつつある。

本日は慢性期医療における臨床倫理の課題について考える機会を得た。

「臨床倫理は緩和ケアの一側面」という考え方がある。本年9月、臨床倫理学会は『高齢者の慢性疾患における緩和ケア』という書籍を出版した。慢性期における緩和ケアは、がん領域から拡大しつつある。

倫理的に重要なのは患者を全人的に捉え、患者や家族の価値観、人生観に焦点を当て、尊厳に配慮することである。「全人的」とは、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を含む包括的アプローチを意味する。特にスピリチュアルは人生の意味を考えることであり、緩和ケアは全ての人が受ける権利を有する。

■ 日本における「医の倫理」

日本で緩和ケアが十分に行き渡っているとは言えない。この点について、超高齢社会では改めて考え直す必要がある。

慢性期医療の倫理として、2000年以上続くヒポクラテス時代の徳倫理を中心とした“医の倫理”が存在し、20世紀後半には患者の権利を重視した倫理へと変遷した。これがインフォームド・コンセントやACPに繋がる。

少子高齢化社会において求められるのは、患者の尊厳への配慮と地域住民からの信頼である。また、倫理的に適切な意思決定プロセスを踏んだ在宅看取りも重要であり、在宅分野では特に遅れているため、この点を強調する。

病院では多職種協働が進む一方、在宅では主体や進行方法が不明確である現状が課題である。倫理的ジレンマを考えることは、医療やケアの質向上や専門職の心のケアにも繋がる。

倫理的ジレンマとは、多職種が対話を通じて解決策を導き出す過程である。臨床事例には個別性があり、ケースごとに異なる解決策が必要となる。多職種や家族が持つ異なる価値観の中で、対話を通じて解決を図る必要がある。倫理には正解がなく、実践現場で活用するための倫理的ツールが重要である。

■ 慢性疾患における緩和ケアの目標

慢性期医療には常に倫理的問題が発生し得る。緩和ケアの目標を再考し、疼痛の除去や苦痛の軽減だけでなく、機能維持や快適さの最大化、そして暮らしの場での生きがいを支える医療が求められる。

高齢者への治療が本人のバランスを崩す可能性もある。QOLの向上は医療の重要な目的であり、命、暮らし、生きがいを柱に考える必要がある。

倫理的に適切な意思決定支援は緩和ケアの柱であ

り、自立の尊重や苦痛の軽減を含む課題解決に繋がる。臨床倫理は医療の本質的な一側面であり、倫理的考慮は診断や治療と同様に欠かせないものである。日常の臨床ケースに応じた医学的事実と倫理的価値を基に適切な判断を行うことが重要であり、後述する「4分割法」はその工夫の一つである。

■ どのような状況で緩和ケアが必要か

若手医師による心不全治療に関するアンケートがある。どのような状況で緩和ケアが必要かを調査している。

それによると、身体的苦痛として多いのは呼吸困難、倦怠感、食欲不振、疼痛であり、精神的苦痛としては不安、うつ、せん妄、不眠、自殺念慮が挙げられる。倫理的問題には意思決定支援、治療中止や差し控え、病状告知が含まれる。

治療中止と差し控えの違いについては議論が多く、アメリカ大統領府の倫理委員会はこれらを同義としたが、臨床現場ではしばしば直面する課題である。その他、オピオイド使用やグリーフケアが課題として挙げられる。

心不全のステージCでは症状コントロール、QOL改善、入院予防、死亡回避を目的とした緩和ケアが必要であり、ステージDでは終末期ケアが課題となる。基本的緩和ケアは全ての医療従事者が提供すべきであり、ステージC後半以降では専門的緩和ケアが必要である。基本的対応には症状緩和、病状理解促進、意思決定支援、ACPが含まれる。必要に応じて専門家への相談を行い、複雑な症状の緩和や心理的支援を提供する協力体制が重要である。

肺炎は市中肺炎、院内肺炎、医療・介護関連肺炎（NHCAP）に分類される。ガイドラインでは疾患末期や老衰患者を早期に見極めることが推奨されているが、学会が策定するガイドラインには利害が含まれる可能性があり、慎重な判断が求められる。例えば、透析ガイドラインも現状に即しているか疑問が生じる可能性がある。ガイドライン遵守による法的免除の有無や正当化の判断についても慎重に議論すべきである。

■ 海外のガイドラインを日本に持ち込めるか

2014から2018年にかけて、終末期医療やDNAR指示、人生の最終段階における意思決定プロセスなどについてガイドラインが策定されている。DNR指示に関する調査では、心肺停止発生前から治療が差し控えられるケースや、多職種協議が行われていない問題が指摘されている。倫理的課題はCEC（臨床倫理委員会）などで協議し、適切な助言を行うことが求められる。

「みなし末期論」という議論がある。実際には末期でない患者を末期とみなして対応することであり、日本国内で多く見られる状況である。この問題を見直すことは終末期医療の重要な課題である。

「人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスアルゴリズム」では、本人の意思を確認し、医療従事者と話し合い、合意内容を文章化する流れを示している。その後、医療行為の開始・不開始、内容変更などが行われる。

先日、日本在宅救急医学会の学術集会で、終末期患者に対する心肺蘇生の是非が議論された。かかりつけ医と患者が心肺蘇生を行わないと合意していても、約30%のケースで心肺蘇生が実施される現状が報告された。この対応の不備は、リビング・ウィルやACP、DNARに関する日本の課題である。

患者を医学的対象から社会的存在として捉えることが必要である。医学的適応を判断する際には、善行・無危害原則を基本としつつ、QOLや患者の意向、周囲の状況を総合的に考慮する必要がある。これが4分割法の基本的な考え方である。

患者を社会的存在として捉え、地域全体が関与する。例えば、在宅介護を受ける患者を市中肺炎として分類するか否かという問題がある。アメリカでは終末期の患者に対し、事前指示書に基づいて肺炎のガイドラインの対象外とするケースが多い。

一方、日本では終末期の肺炎も重症肺炎として治療される傾向がある。海外のガイドラインを日本にそのまま持ち込むことはできない。海外で始まったACPを日本に持ち込むことには慎重な検討が必要

である。

■「終末期」の判断は難しい

超高齢者の終末期における対応を考える上で示唆に富む事例を2つ挙げる。皆さんも考えてほしい。

事例①は、95歳の男性患者。認知症および脳梗塞後遺症の診断を受け、主介護者は娘であった。通院困難のため訪問診療を開始し、3年間継続された。

2024年7月8日、「洗面所で動けない」との連絡を受けて看護師が訪問。38度の発熱とCOVID-19陽性が確認され、補液とアセトアミノフェンで対応したが、食事摂取困難が続いたため、点滴治療を開始した。同月18日、再度発熱と意識障害が見られ、採血結果で気管支炎と診断され、抗菌薬治療を追加。症状が改善し、8月2日に点滴を終了した。26日間の在宅点滴治療により患者の状態は回復し、訪問診療を継続中である。患者自身の意思は不明だが、家族と医療者の判断で点滴治療が行われた。

事例②は、96歳の男性患者。認知症および便秘症の診断を受け、92歳の時にインフルエンザ罹患後、ADL低下と食欲減退が見られたため、往診を依頼された。血液検査で甲状腺機能低下および副腎機能不全が判明し、治療開始後に状態が改善。訪問診療を4年間継続する中で認知症が進行した。2024年8月9日、COVID-19陽性と診断され、点滴とゾコーバを処方。翌日には食事摂取不能となり、補液とHOTを導入。家族には末期である可能性を説明したが、「あきらめないでほしい」との要望で点滴を継続。少量の点滴を続けた結果、食事摂取が回復し、9月2日に点滴を終了した。25日間の治療を経て患者は回復し、訪問診療を継続しながらデイケアにも通所している。

これらの事例は、「終末期」の判断が難しいことを示している。

■入院により低栄養、そして在宅療養

在宅療養者は低栄養状態にあることが多く、高齢者の70%が低栄養またはそのリスクを抱えている。在宅で食欲がなく、食事を楽しめない患者への対応が課題である。患者の笑顔や幸せ、元気、介護者の

満足といった文化的評価と、体重や血液データなどの科学的評価を組み合わせることが必要である。

栄養状態の改善は生命予後の向上だけでなく、本人および家族の満足度を高める。カルチャーとサイエンスの両立が求められ、多職種がそれぞれ「食べる力」「食べる物」「食べる意欲」「望みを叶える」といった側面に関わる。これらの取り組みがなければ慢性期医療や在宅医療の改善は難しく、緩和ケアの議論も成立しない。倫理的問題の議論に先立ち、この基礎的課題に取り組む必要がある。

■家族の判断で栄養等の補給を中止

家族の代理判断で人工的水分・栄養補給を中止した事例を紹介する。90歳の男性で、12年前に小脳梗塞、10年前にアルツハイマー型認知症と診断された。FASTスケール7bの重度状態である。

2カ月前に大腿骨頸部骨折手術を受け、入院中に経口摂取が禁止され、経管栄養が開始された。医師は「経口摂取は肺炎を繰り返し、死期を早める可能性がある」と説明し、「経口摂取を希望するなら、退院して家族の責任で行うように」と指示した。また、経口摂取のみでは必要な栄養量を確保できないとも述べた。

患者は重度の認知症で治療に関する明確な意思表示は不可能だったが、以前「胃瘻や経管栄養はせず自然な形で過ごしたい」と発言していたことが家族の記憶に残っていた。家族は患者が口をもぐもぐさせる様子を見て「食べたいのでは」と考えたが、医療者は「その行為は必ずしも意思を示すものではない」とした。

患者は経鼻経管栄養チューブを嫌がる様子を見せ、不快感を抱いていた可能性がある。家族は経口摂取禁止に納得せず、食べられないままであることを強い不安を感じ、退院後に自宅療養へ移行した。

介護の中心は長女が担い、家族は「口から食べさせたい」と強く希望し、摂食嚥下の評価と指導を求め、歯科医師にコンサルトを依頼した。在宅支援チームは主治医、歯科医師、訪問看護師、介護支援専門員で構成され、この体制の下で療養が行われた。

■ 倫理的ジレンマが多い場面で

この事例における問題点として、以下の3点が挙げられる。第一に、誤嚥性肺炎発症時に行われた経口摂取禁止および経管栄養に関するインフォームド・コンセントが適切であったかどうか。FAST分類7で患者本人による理解が不可能な状況で、家族2名にどのように説明が行われたかが焦点となる。医療者の判断が当然であったとしても、家族に十分な説明がなされたかが重要である。

第二に、経管栄養を中止し経口摂取のみにすることが倫理的に問題なかったかである。経口摂取だけでは十分な栄養補給が困難と評価されていたが、他に考えられる選択肢についても課題が残る。第三に、患者のQOL改善を目的とした最適な方法が何であったかについてである。どの選択肢が最適かを家族と十分に話し合わなければ納得は得られない。これらの倫理的論点は特別なものではなく、一般的な倫理的ジレンマとして多くの場面で生じ得るものである。

これらの問題については、入院中に病院の医師と十分に話し合い、家族が納得した上で在宅療養に移行することが望ましい。「死んでもいいから食べたい」という希望への対応も重要な課題である。医療者は窒息リスクを認識しており、簡単には許可できない。また、この判断は本人の意思に基づくべきであり、家族が決定権を持つものではない。本人が明確な意思を示していた場合にのみ、その意思に基づいた対応が求められる。

■ 倫理的問題への最初の気づき

オランダにおける安楽死は分かりやすい例である。アルツハイマー型認知症の患者が意思決定を行えなくなった場合、安楽死は実施されない。安楽死は本人の意思決定に基づくものであり、事前に安楽死を希望する意思を示すことも認められていない。不確定な未来に対する意思決定が許容されないためである。

この問題を倫理的・法的にどう考えるべきか。

「非日常」とは人生の最終段階を指し、これに関

するガイドラインが存在する。非日常で本人の意思が不明な場合、法的プロセスに基づき対応する必要がある。たとえば、意識障害を伴う緊急事態では、意思が不明確でも医療者は救命措置を行う可能性が高い。

アメリカでは「POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment)」という制度があり、事前に患者と医療者が詳細な意思を記載する取り組みがあるが、日本では整備されていないため、医療者の判断に委ねられる。

一方、「日常」では本人が意思決定を行える状況が多い。ただし、認知症など意思決定が困難な場合には代理人が意思決定を行う。日常生活における意思決定を支援するガイドラインも存在し、たとえばデイケアへの通所や施設への入所などが本人の意思に基づいているかが問われる。

本人の意思を形成し、尊重することが極めて重要であり、ガイドラインは具体的な方法を示している。もう一度考えるべきは、直感的に立ち止まり、主題化し、対話の中で理由を示すプロセスを実践することである。「何かおかしい」「何か困った」という感覚を持つことが、倫理的問題への最初の気づきである。

■ 医療・臨床倫理の4原則

医療・臨床倫理には4原則および4分割法が存在する。これに基づき倫理的問題を言語化し、適切な対応を図る。そして、次の一手を示すことで問題解決と理由づけを行う。最終的には臨床状況に応じた対応について妥当性を確認し、その判断が正しいかをチェックすることが重要である。

タスキギー梅毒実験は、倫理の4原則が作られる契機となった事件である。黒人男性600人を対象に梅毒治療を行わずに臨床研究が実施された。十分な説明と同意はなされなかった。この事件は人種差別による不正義を象徴し、アメリカの倫理原則確立に繋がった。

倫理の4原則とは、①善行、②無危害、③正義・公平、④人格・自立の尊重——である。しかし、これらの原則の間には倫理的対立が生じることがあ

る。具体的には、自律と善行、自律と無危害、自律と公平といった対立構造が日常的に発生する。このような対立の中で、いかに適切な対応を取るかが倫理的課題となる。

■ 自立尊重原則

自立尊重原則とは、意思決定能力を持つ個人が自己決定を行うことができるという原則である。これは日本国憲法やドイツ憲法でも保障されており、個人を自律的主体として扱い、熟慮の上での判断を尊重し、行動の自由を認め、判断に必要な情報を提供することが求められる。

一方で、自律が弱まった個人は保護を受けるべきであり、この評価が難しい場合もある。意思決定能力とは、選択を表明し、情報を理解し、認識し、論理的に思考する能力を指し、その評価と支援が課題となる。

特に認知症患者の場合、選択や情報理解能力が十分かどうかは問題となる。Shared Decision Making（共有された意思決定）は重要であり、医師と患者が情報を共有し、共に意思決定を行うことが推奨されている。ただし、大量の情報提供が患者の判断を難しくする可能性があるため、適切な情報を選び、判断しやすい環境を整えることが必要である。意思能力がない場合には、感情面や最善の利益を考慮した代理判断が求められる。

■ 善行原則・無危害原則・公正原則

善行原則とは、善を促進し、害を防ぎ除去することであり、患者の価値観を尊重し「善い行為」を行うことを求める。医療者は患者の利益と幸福のために行動することが求められる。無危害原則は「害をなすな」「害を避けよ」とするもので、善行原則と無危害原則は密接に関連している。

公正原則には「等しいものは等しく扱う」という考えが基礎にあり、何を基準として等しく扱うかが課題となる。例えば、アメリカで透析治療開始時に治療対象を決定した「神の委員会」や、新型コロナウイルス感染症流行時の人工呼吸器配分問題は、公正原則の難しさを示している。

倫理原則の解釈は立場によって異なる。医師は善行・無危害を重視し、看護師は患者の意向やQOLを重視するため、対立が生じることがある。看護師の倫理綱領では、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和が基本責任として掲げられ、文化的権利や尊厳の尊重が看護の本質とされている。

急性期救急では迅速な治療が優先される一方、慢性期や在宅医療では自立尊重とQOL向上が重視される。このように倫理問題の捉え方は立場や状況によって異なる。

今後、このようなジレンマに対する検討会を設置し、議論を深めることが求められる。

■ 4分割法の使い方、利点と限界

4分割法の使い方について説明する。記載はどこから始めても構わず、多くの情報を記載することが重要である。記載場所が明確でない場合には周囲の状況欄に記載する。家族の意思は患者の選好欄やQOL欄に記載可能である。QOLを評価する際には基準や過去・現在・将来を比較し、患者本人と家族のQOLを考慮する。

医学的適応には善行・無危害の原則に基づく事項を含め、患者の病歴、診断、予後、治療目標、適用基準、成功確率を評価し、患者が得られる利益を明確にする。QOLについては、治療の有無や成功時の身体的・精神的・社会的影響を評価し、偏見や倫理的問題も考察する必要がある。

周囲の状況は正義・公正の原則を適用し、専門職や職種間の利害関係や家族の関心を検討する。また、守秘義務と第三者の利益の関係も重要である。4分割法は経験を通じて理解が深まる。

4分割法の利点は、情報共有の機会を提供し、簡便で誰もが貢献できる点である。一方、必要な情報が揃わない場合や集約しても方策が導き出せない場合がある。このため、倫理コンサルテーションが各地で開かれている。ガイドラインが策定されており、参考にされたい。

4分割法は時間の流れの一断面ではなく流動的である。

■ 本人の推定的意思と最善の利益は異なる

本人の推定的意思と最善の利益が異なる場合、意思決定能力を失った本人の意思を尊重しつつ、最大の利益を追求することが求められる。

重要なのは、本人が意思決定能力を回復した場合にどの選択肢を望むかを推定することである。提示すべき選択肢を考慮し、本人の最善の利益を導き出す必要がある。その際、本人の立場に立ち、本人が望む選択を考えることが最も重要である。

しかし、臨床の間では本人の主観的な利益と医療者や家族が考える最善が異なる場合があり、注意を要する。

家族の推定的意思と本人の最善の利益も異なることがある。家族との話し合いでは、家族の意見をそのまま受け入れるのではなく、背景や価値観、不安、患者への思い、過去の言動を引き出し理解することが必要である。

また、家族が患者の意思を代弁する場合、それが本当に患者の意向を反映しているかを確認する必要がある。患者がどの場面でどのような表現をしたかを具体的に確認することが求められる。

長期間患者を介護され家族と協力して対応した場合でも、後から別の家族が異議を提起し、問題が訴訟に発展するケースもある。そのため、その場にいる家族が本当に代行権者であるか確認することが重要である。

■ 患者の意思は時間とともに変化する

最後に ACP について述べる。現在、ACP が話題となっているが、これは米国の社会文化や法制度を前提にしたものである。日本では自己決定や意思形成に関する課題が多い。和辻哲郎は「個人は周囲との関係性の中で存在する」と述べており、この考えを再認識する必要がある。

倫理的には、本人に意思決定能力があるうちに話し合いを行い、自律尊重を促し、願望を共有することが求められる。インフォームド・コンセントはこの思想に基づいて導入されたが限界があり、アドバ

ンス・ディレクティブ、さらに ACP が登場した。

しかし、ACP の普及とともに否定的な研究結果が出始め、「継続的な話し合いが必要」との意見もある。ガイドラインに従っても最終段階の評価が難しく、効果的に機能していない。地域では ALP（Advance Life Planning）の考え方が提唱され、現状の在り方を基礎に ACP へ進める発想が重視されている。

日本では病院や医師主導の ACP が多く、「何のための ACP なのか」という疑問が患者や家族から生じている。意思決定能力がない患者の場合、家族が代わりに意思決定を行い、本人の意思が反映されない事態もある。また、行政の意向が影響しているとの批判もある。

ACP がうまくいかない理由には、リビング・ウィルが一方的で家族や医師が十分関与していないことが挙げられる。患者の意思が時間とともに変化する可能性もあり、仮の選択にとどまる場合も多い。台湾ではアドバンス・ディレクティブの法制化が進み、若年層からの作成が可能となったが、運用には課題がある。このように、時間的な問題が ACP の課題として浮上している。

■ 生命に関する話し合いを避けずに

患者は生命に関する話し合いを避けがちであり、家族も何をどう話せばよいか分からず意思決定が難航することが多い。生命の危機に直面すると患者は現実的に捉えられず、意思決定能力を失うことができる。

代理決定者が患者の価値観や選好を十分理解していない場合も多く、家族間の会話不足により患者の意向が不明なまま意思決定を進めざるを得ないこともある。このため、抽象的な答えに終始し、患者の意向に沿わない決定が課題となる。

これは実際の事例でも見られる。岐阜に住む 90 代の男性は「病院に入らず、心肺蘇生もしなくてよい」と明言したが、家族での話し合いでは在宅の介護への不安が表明され、議論が白熱した。このような話し合いが日常的に行われることが望ましい。

優れた医療・ケアが適切な意思決定支援を担保するわけではない。法的な権利義務という関係は、患

者と医療者との関係では好ましくない。アメリカでは「患者の権利」と「医療者の免責」というアプローチが一方的なりビング・ウイルを生み、医療者が関与しないために機能しなかった事例がある。意思決定支援には、患者の立場に立ち、丁寧な対応と繰り返しの話し合いが必要である。適切な時期に適切な

内容を適切な関係者と何度も繰り返す。

DNAR や POLST の議論を経て、現在は慢性期医療に関する倫理コンサルテーションや高齢者医療に関するワーキンググループが活動している。臨床倫理学会という組織の存在も知っていただければ幸いである。

【講演】 「介護・医療現場における転倒・転落 ～実情と展望～ 11団体共同声明」の意図

浜松医科大学医学部 医療法学教授

日本医療安全学会 理事長 大磯義一郎

大磯義一郎氏は、慢性期医療現場で多発する転倒・転落事故に焦点を当て、法的責任、予防策、倫理的課題について講演した。高齢者に頻発する転倒・転落は完全な予測や防止が困難であり、実態に即した対応の必要性を強調した。

近年、転倒・転落事故に関する訴訟は増加傾向にあり、予見可能性や結果回避義務を争点とする裁判では、現場の制約を無視した判決が散見される。大磯氏は、11 団体共同声明を通じて、転倒・転落事故に関する現場の声を社会に届ける活動を展開している。法曹界や一般市民が現場の実情を理解し、過度な責任追及を避けるための法的・社会的支援体制の整備を求め、転倒事故が医療・介護現場に過剰な負担を与えない環境の構築が必要であると訴えた。

■ 認識のずれを埋めるためには

○大磯義一郎氏（浜松医科大学医学部医療法学教授）

昨年、11 団体による共同声明を発表した。この声明は、日本医療安全学会をはじめ、全国老人保健施設協会や日本慢性期医療協会など、11 の団体が共同で出したものであり、本日はその内容を皆様と共有したい。

この声明を発表するきっかけとなったのは、少数ではあるが近年、転倒・転落に関する訴訟において驚くべき判決が出されたことである。このような判決が続



大磯義一郎氏

くと、現場の萎縮を招くのみならず、身体拘束を減らすために行われている多くの努力が無駄になる可能性があるという懸念を抱き、声明の発表に至った。

転倒・転落事故に関する訴訟においては、現実の医療・介護現場の制約

を踏まえて判断することが重要であり、理想的な医療・介護現場を基準として判断を行うことは、現場の萎縮や混乱を引き起こす。医療安全の名を借りた懲罰的な責任追及を再び呼び起こす結果となるため、厳に慎むべきであるとの強い言葉をうけている。

転倒・転落は防ぐことが困難な事故であるという認識は、医療・介護従事者には広く共有されている。しかし、国民や司法の現場では依然として「転倒・転落はあってはならない事故」という考えが根強く残っている。

この認識のずれをどのように埋めていくかが重要な課題である。医療・介護従事者と国民・司法との間の認識の齟齬を解消するための取り組みが求められている。

■ 転倒・転落をすべて防ぐことは不可能

医療訴訟は1999年以降、医療バッシングの影響もあり、5年間で倍増した。しかし、その後はピークアウトし、現在は年間約800件前後で推移している。

とはいえ、近年の訴訟内容は2000年代初頭とは大きく異なる。2000年代には整形外科や産婦人科における大量出血による死亡が主な争点であったが、産科医療補償制度の導入後、産科関連の訴訟は急減した。一方で「その他」と分類される転倒・転落や誤嚥に関する訴訟が2.5倍以上に増加している。

近年の増加背景には、法律家がこれらを新たなターゲットとしている現状がある。2000年代の医療バッシング時代には医師の行為が広く非難されたが、福島県立大野病院事件などを契機に医療への理解が広がった。それでも法律家にとって医療・介護現場は訴訟対象とされ続け、診療行為ではなく転倒・転落や誤嚥が新たな争点となっている。

65歳以上の高齢者を対象とした統計では、令和2年に交通事故による死亡者数が2199人であるのに対し、転倒・転落による死亡者数は8851人と約4倍に上る。転倒後の骨折や誤嚥性肺炎による死亡も含まれ、転倒・転落を起点とする死亡は一般的である。

転倒・転落をすべて防ぐことは不可能であり、訴訟においては「結果予見可能性に基づく結果回避義務」が問題となる。しかし、「要介護高齢者の転倒リスクを予見できたはず」とする主張が強調されると、現場では身体拘束をせざるを得なくなる可能性がある。

転倒リスクが特に高い個人を選別する明確な方法論は確立されていない。このため、抽象的な予見が可能であっても現場での対応は困難である。

■ 過剰な注意義務、現場と乖離

転倒・転落事故における病院や施設の法的責任は、予見可能性を前提とした結果回避義務違反が問題とされる。しかし、このスキームには問題があり、明

確に示していく必要がある。

この判断スキームは交通事故を基準にした過失論に基づいている。いわば「事故を防ぐためには運転をしなればよい」というような前提が極端な注意義務を求める結果を生んでいる。現場では過剰な注意義務が課され、現実と乖離した状況が生じている。

福岡地裁では、「赤信号を無視して進入する車両への注意義務はない」とする判決が下され、過剰な予見可能性を否定した。

転倒・転落についてまで、このような過剰な注意義務や結果責任を問われる状況では対応が不可能となる。また、声明では、「具体的な予見可能性がないとして責任を否定する裁判例がある一方、抽象的な予見でも予見義務が認められる場合があり、裁判所ごとにばらつきが大きい」という状況も指摘している。

高齢者に関する予見可能性も同様で、完全に転倒を予測できないことは明らかである。実際、予見可能性のある状態でも適切な対応が困難なケースは多い。

結果回避義務については、日本老年医学会と全国老人保健施設協会が共同声明で「転倒は老化による症候群であり、事故ではなく疾患と捉えるべき」との見解を示している。転倒予防策として運動や薬剤見直し、同声明では、ビタミンD投与などが試みられているが、転倒リスクを確実に低下させるエビデンスは得られていないとしている。多くの施設で転倒予防の施策が実施されているが、その効果の有効性は示されていない。

■ 転倒リスクの減少は法的な因果関係か

全老健では、2017年9月以降に発表された334本の論文を追加で検証した結果、運動について「転倒リスクを減少させる一定の効果が期待できる」という評価に変更した。現在では、ロコモ体操や高齢者にプロテインを摂取させて筋力トレーニングを行うなどの取り組みも進められている。

これらの取り組みにより、転倒防止のエビデンスが積み上がってきた。ただし、転倒リスクは有意に減少する可能性があるものの、完全にゼロにすることは難しい。

さらに、リハビリによって歩行が可能になった患者が転倒リスクを増加させる場合もある。リハビリによる新たな転倒リスクが生じるため、単純に「運動で転倒を防止できる」とは言えない。

また、処方薬の見直しによる転倒リスクへの影響についても報告されている。

しかし、介入効果が示される論文が存在する一方で、これらの介入によって転倒が完全になくなるわけではない。100件の転倒が80件に減少するに過ぎず、患者に対し「転倒が確実に防止できる」ということは難しい。転倒リスクが20%減少するデータは法的な因果関係を立証するものではない。この点について十分理解していただきたい。

■ 転倒・転落訴訟で争点となるのは

転倒・転落に関する訴訟で争点となるのは、アセスメント、看護計画、実施の三段階である。アセスメントでは、利用者や患者が入院時に適切な評価をアセスメントシート等を用いて行っているかが問われる。放置して転倒事故が発生した場合は責任を問われることとなるが、その上で評価を行った際は看護記録に残すことが必要である。

看護計画では、アセスメントに基づき適切な計画が立案され、その計画に基づいた実施が行われたかが争点となる。特に注意すべきは、実施困難な内容を記載しないことである。真面目な看護師は真面目が故に「転倒・怪我を防ぐ」と目標を立てがちだが、防げないと分かっている内容を記載すると患者が誤解し、責任を問われる可能性がある。実際の事例では、「歩行中は見守りや介助を行う」「自室でも見守りを行う」と記載され、「24時間体制で見守る義務がある」と解釈され訴訟となった。しかし、裁判所は「専従職員を配置することは現実的ではなく、常時付き添う義務はない」として被告を救済した。ただし、同様の判決が出るとは限らず、過剰な記載は紛争を招く可能性がある。

曖昧な表現を避け、実施可能な内容のみを記載することが重要である。

また、看護計画に基づき正しく実施されたかという点で重要なのは記録である。高松高裁の事例では、

麻痺脳炎で入院した患者に対し、転倒予防のため2時間おきに体位変換を実施する計画が立てられた。しかし、看護記録には日に2回程度しか記載がなく、それが問題となった。

記録は裁判において重要な証拠であり、「2時間おきに実施していた」という証拠が提供できず、記録上認められなかったため敗訴した。看護現場で十分に注意すべき教訓である。

別の事例では、日常的な2時間ごとのラウンドで、シートに押した印が全て同じ角度だったことが問題視された。「作業終了後にまとめて印を押したのではないか」と指摘され、最終的に認められたものの「印の角度まで裁判で討論されるのか」と驚かされた。終了後に一括して印を押す場合、印の角度を変える工夫が話題になるほどである。このように、記録の問題は訴訟の証拠として重要であり、いかに正しく実施していても記録が残されていないと判断される恐れがある。

■ 身体拘束の三要件を慎重に確認すべき

転倒・転落事故に関する訴訟では、問題のある判決が散見される。こうした判決が繰り返されると、「身体拘束を行わなければならないのか」といった懸念が生じる。身体的拘束に関する診療報酬改定も影響し、現場では不安が広がっている。萎縮医療につながる流れは避けたい。

転倒・転落に関する訴訟では時折、「身体拘束をすべきだった」との主張が見られる。しかし、転倒・転落を確実に予測する方法がない現状では、適切に対象を絞った身体拘束は困難である。結果的に転倒が生じた事実を基に身体拘束義務を主張することは慎むべきであり、人権尊重の観点からも問題がある。

臨床現場の実情を知らない法律家や市民に現場の実態を正しく理解していただく必要がある。

身体拘束に関しては、「一宮身体拘束事件」として知られる最高裁判例が現在の規範を形作っている。この判例では、「医療機関による身体拘束も、患者の同意を得ない場合は原則として違法」との規範が示されている。この規範は当然であり、特別な法的根拠がない限り、他者の身体を拘束することは

違法とされるべきである。

ただし、「患者が点滴を抜去するなど、疾病の悪化や他者への危害が差し迫り、回避手段がない場合には、緊急避難行為として例外的に許される」としている。

この考え方を踏まえ、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たし、慎重な確認手続きを行うことが、身体拘束を許容する最低限の基準である。この点は身体拘束ゼロを目指す現場においても忘れてはならない。

■ いかなる基準で、どこから違法か

一宮身体拘束事件最高裁判例では、「当時、当直の看護師3名が27名の入院患者に対応しており、深夜に長時間看護師1名が患者Xに付きっきりで対応することは困難だった」として非代替性が認められた。一方で高裁判決では非代替性を認めず、驚きをもって受け止められた。

国民皆保険制度下では、人的・物的資源の制約を前提に非代替性を判断することが許容されてしかるべきである。この点について裁判官に現場の限界を正確に理解してもらう必要がある。

また、非代替性が否定された別の裁判例として、病室に入室後2時間半で患者Xを拘束したものの、転倒・転落のアセスメントや医師への相談を行わなかったケースがある。この事例で非代替性が否定されたのは妥当な判断である。

今後、議論が求められるのは、一般病床での高齢患者やせん妄患者を対象とした身体拘束の切迫性および非代替性について、どの基準で認めるべきか、どこから違法とされるのかという線引きである。この点については、現場の意見を反映しながら慎重にすり合わせる必要があり、重要な課題である。

一時性の要件は、身体拘束期間の長さが主な判断基準となる。過去の訴訟では、入院初日から死亡まで約1週間にわたり身体拘束が継続され、拘束軽減や解除の記録がなかった事例で敗訴に至った。この事例では、拘束開始時はやむを得なかったとしても、継続中に観察や必要性判断が行われていなかったことが問題とされた。

一時性の判断には、拘束期間の長さ、定期的な診察、継続の必要性判断が重要である。そして、これらの実施内容を看護記録に記載することが求められる。記録作成が現場の負担になることは理解できるが、怠らないことが重要である。

最近の新聞報道では、愛知県警において精神疾患の疑いがある逮捕者を約140時間拘束し、結果として死亡させた事案が取り上げられた。拘束中に飲食を与えず、必要な医療措置も取られておらず、遺族は虐待に該当すると主張している。この行為は虐待を超え、殺人に等しいともいえる。

警察官側は「医学的知識がなく予見できなかった」と主張したが、罰金80万円の略式命令のみで済み、他の関係者は不起訴となった。医療従事者であれば逮捕されるであろう事例であり、このような事例を見ると、現場で適切な対応を徹底する必要があると感じる。

■ 医療・看護・介護崩壊を回避するために

限られた人的物的資源の中で、転倒・転落を可能な限り減少させる努力を医療・介護従事者が続ける必要がある。しかし、人間である以上、転倒は避けられず、高齢者では老年症候群の一つとして捉えるべきである。

不幸にも転倒・転落事故が発生した場合、その結果に着目し、予見可能性や結果回避義務を理由に医療機関や介護事業所の法的責任が認められると、現場は萎縮し、過度な身体拘束や行動制限を招き、患者の不利益につながる。こうした状況を防ぐため、法曹界には現実に応じた判断を行うべく再考を求める。

2000年代の過度な司法介入による医療崩壊を経験した私たちは、同様の現象が看護・介護分野にも波及する危険性を予見している。司法判断が現場の実態を無視すれば、看護・介護崩壊を招き、国民の生命と健康を脅かす可能性がある。現実の臨床場面に即した判断を行い、医療・看護・介護崩壊を回避することを法曹界に強く望む。

総合討論

総合討論では、施設や病院における責任の所在や家族との連携、職員個人の責任について具体的事例などをテーマに議論した。新田氏は、神戸の施設での事例を紹介し、現場では倫理的コンサルテーションと記録の徹底が不可欠であると指摘。大磯氏は、個人の責任が問われる傾向を指摘し、診療契約や介護契約に基づく妥当な法律構成の必要性に言及した。

また、会場からの質問を踏まえ、禁食患者への誤嚥事例や見守りセンサー導入に伴う責任の変化についても議論され、裁判所の判断が現実と乖離している点が指摘された。11団体共同声明については、現場の声を法曹界や社会に伝える意義が改めて伝えられ、医療訴訟における法律家の専門性不足への対応も課題に挙がった。臨床倫理と法的課題を解決するには、現場の実情を正確に反映する枠組みの整備が必要との認識も確認された。

■ 転倒・転落事故における家族の責任は



西尾俊治氏

○西尾（座長）：

まず、新田先生に質問したい。日本臨床倫理学会の理事長を務めておられ、四つの項目を基にした意思決定支援および協働支援の重要性について述べられた。また、学会として臨床倫理コンサルテーションチームを設立

するために、認定医師の養成を進めている。

そうした現在の取り組みや進捗状況なども踏まえながら、問題提起をお願いしたい。

○新田：

大磯先生は、転倒・転落および誤嚥の問題、さら

にそれに対する対照的な問題としての身体的拘束について述べた。これらはおそらく日常において、臨床倫理的ジレンマとして必ず直面する課題であり、施設や病院と在宅との違いが問われる話題である。

在宅において転倒や誤嚥、転落が発生し、それにより骨折が生じたとしても特に問題とはならない。この場合、責任は家族にあるとされるが、その家族が他の家族から責任を問われることはないのであろうか。

○大磯：

法的には、家族であったとしても当然ながら保護責任を負うため、法律構成上は責任を問うことが不可能であるわけではない。しかし、警察実務においてはその点には触れないという運用がなされているに過ぎず、それ以上でも以下でもない。

○新田：

おそらく家族同士が裁判となる事例はほとんど経験がないと推察される。また、施設と病院では状況が異なり、特に施設の方が裁判に発展しやすい傾向がある。

施設は介護を行うことが当然という常識論で運営されているが、先日、神戸の施設で看護師個人が訴えられた事例があった。この事例では、看護師が朝の業務を行っている最中、少し目を離した際に利用者が転倒したという日常的な出来事を理由に訴えられたものである。

こうした事例を踏まえ、法的社会や家族を含めた環境の中で、これらの事象が日常的に発生していることは明らかであり、その対応として倫理的コンサルテーションを家族も交えて徹底的に行い、記録として残すことが重要である。ここで問題となるのは、その記録が法的根拠となり得るかどうかという点である。この点について、大磯先生はどのようにお考

えか。

○大磯：

新田先生が言及された「あずみの里事件」では、利用者約40名を2人で介助していた際、視界に入っていなかった利用者が傷害を負い、看護師個人の刑事責任が問われ、一審で有罪判決が出た。この判決は施設内における保護責任や善管注意義務が個々の職員に求められることを浮き彫りにした。

問題は、それが職員個人の責任に該当するかどうかという点である。不法行為に基づく場合、個人が責任を負うことはあり得る。法律構成上は、まず個人の不法行為が前提とされ、その上で雇用者側が管理監督責任を負う形となるため、第一義的には個人が責任を負う形となる。

ただし、現実的には診療契約や介護契約上の債務不履行に関する問題が多い。そのため、これらの事例は債務不履行に基づく構成に立て直す必要がある。ただし、一部の転倒・転落事例ではその構成が十分に整備されておらず、予見可能性を巡る議論が法廷で展開されているのが現状である。

■ 裁判官の思考と現場との乖離

○新田：

先日、ある大学病院で発生した事例であるが、禁食中の患者に対し、家族が持ち込んだ食べ物を食べさせたことで誤嚥が生じ、その結果患者が亡くなったという事案があった。この件について、責任は誰にあるのかという議論がなされた。

結果として、大学病院側に責任があるとされたわけだが、大学病院は禁食の指示を出していたにもかかわらず、管理ミスであるとされた。こうした事例を見ると、現場での対応がいかに難しいかを痛感させられる。

○大磯：

裁判官の思考は非常にパターンリスティックであると言わざるを得ない。基本的に、病院内で発生した事象についてはすべて病院側の責任とされてしまう傾向にある。例えば、家族が食べさせるのを止め

ることができたはずだという論理で責任を追及される。また、近年では様々な民間療法や、正直に言えば疑わしい治療法が流布しており、人体に悪影響を及ぼす可能性のあるものを服用していた場合に、その確認を病院側が怠ったとして訴訟に発展することがある。

こうした事例においては、「もっと丁寧に聞けばわかったはずだ」といった論調で争われ、最悪の場合病院側が敗訴することもある。このような現状を見る限り、裁判所の考え方は依然として古典的であり、医療・介護現場との乖離を感じざるを得ない。

■ 多くの団体と協力し、広範な取り組みを

○新田：

11団体による共同声明は極めて重要な意義を持つ。大磯先生が指摘されたように、単に二つの学会のみの声明では説得力に欠け、広範な団体による声明が必要であったことは明白である。

この点は非常に重要な論点であり、超高齢社会において日常的に発生する事象に対し、二つの学会が貴重な声明を発した意義をどう捉え、現場としてどのように対応すべきかという疑問が生じるのも自然である。このような疑問に対して、今後どのような具体策を講じていくべきかが問われている。

○西尾（座長）：

最近、日本医療機能評価機構から公表されたデータによれば、大規模病院でDPCを導入している施設においても、調査対象期間である3カ月間に骨折を伴う転倒事故（重症度レベル3B以上）が平均で3%発生しているという事実が明らかとなった。

基幹病院や急性期病院においても、ある程度、身体拘束を行っているかもしれないが、身体拘束を行っていない施設では転倒・転落事故が非常に多い現状が見えてきた。このような現状を踏まえ、より多くの関連団体と協力し、広範な取り組みを進めていくべきではないか。これは一つの提案であるが、現場にとって有効な方策となり得るだろう。

■ 医療訴訟における法律家の専門性は

○西尾（座長）：

患者や家族が訴訟を起こす際、初期段階で引き受ける弁護士は医療や介護現場について詳しくないことが多いと感じている。そのため、当方から何度も書面を提出し、最終段階になってようやく専門知識を持つ弁護士が加わり、最終的に裁判が終了するという流れが多いように見受けられる。現状について、大磯先生はどのようにお考えか。

○大磯：

医学が高度に専門的であるがゆえに、たとえ医療分野に特化して活動している弁護士であっても、医師の先生方との知識レベルには大きな差がある。そのため、医療従事者の方々が忸怩たる思いを抱かれている。

一方、ギリギリの争点で白黒が決まる訴訟というのは、実際にはそれほど多くない。特に東京地裁に設置されている医療集中部では、裁判官が医療訴訟において十分な経験を積んでいる。原告側の弁護士によって提出される書面の中には、内容が不十分で驚くようなものも見受けられるが、そうした場合には裁判官の側で適切に制止が入ることも多い。こうした対応が進んでいるため、以前と比べて現場におけるストレスは減少しているのではないか。

■ 訴訟リスクは完全に避けられない

○西尾（座長）：

ACP に関連する事項について、例えば栄養補給を中止し、末梢点滴の量も極めて少なくするなど、いわゆる最終段階の医療処置に関する判断が問題となり、裁判に発展することはあるのだろうか。

○大磯：

過去に経験した事例がある。呼吸器の使用を中止するか否かといった問題に関する事例であり、私自身は直接関与していないものの、過去の事例の中で非常に衝撃を受けた。当時の話であり、現在のように高度な記録機能が備わった機器ではなかったが、

15～16年前の新型の呼吸器が導入されていた時期であった。

その事例では、いわゆる「阿吽の呼吸」として死腔換気に切り替えたことが呼吸器の記録に残されており、相手方から呼吸器の設定記録の提出を求められた。「記録は残っているか」と確認したところ、「残っている」との返答があり、提出した記録を見て驚愕したという経緯である。

現在ではこうした対応は行われていないと思われるが、当時はこのような事例が実際に争点となり、非常に緊張感を伴う対応を余儀なくされたこともあった。

○会場：

最近、介護施設を中心に見守りセンサーのような機器を導入する事例が増えている。このような機器の導入によって、施設側の責任にどのような変化が生じているのか、あるいはその責任の所在がどのように議論されているか。

○大磯：

類似した事例として心電図モニターに関する争いが挙げられる。重症患者に心電図モニターを装着していた場合、「装着した以上は24時間監視しなければならない」という主張がなされ、監視を怠ったとして敗訴するケースが見られた。

特に、循環器系疾患を抱える患者に対してモニター管理を行っていた際、心室頻拍（VT）が発生していたにもかかわらず発見が遅れ、治療が遅延した結果として責任を問われる事例がしばしば見受けられた。このような経緯から、現場では「監視できないモニターを安易に使用しない」という運用が一時的に行われることもあった。

見守りセンサーについても同様に、一度設置すればセンサーが反応した際には即座に対応する義務が生じるとみなされる可能性が高い。そのため、過度に設置することは慎重にすべきであると考えられる。しかし、センサーを設置せずに転倒事故が発生した場合には「設置すべきだった」として争われる可能性も否定できない。結果として、転倒・転落事

故においては、どのように対応しても訴訟リスクを完全には避けられないという厳しい現実がある。

■ 共同声明等で現場の声を反映させる

○矢野諭氏（第32回日本慢性期医療学会学会長）

私は以前から、本学会で臨床倫理について、特にACPや摂食嚥下障害に関する倫理について取り上げたいと考えていた。新田先生が述べられたように、摂食嚥下障害の倫理は肺炎治療との関係性とも密接に関連しており、またDNAR（心肺蘇生拒否指示）についても医師の間にも多くの誤解があるため、次の機会に改めて深く議論する場を設けていただきたいと思う。以前から日慢協が重要性を強調している総合診療医にとっても、臨床倫理は必須の知識であると改めて感じている。

また、11団体による共同声明については、法律の専門家が作成した文書であり、患者への説明においても非常に参考になる内容である。

さらに、法曹界における現場との意識の乖離についても触れておきたい。弁護士は依頼人の利益を最優先する立場にあり、裁判官は白黒を明確に判断しなければならないという役割を担っている。このような状況下においては、我々医療現場の感覚とは異なる判断が下されることも少なくない。そのためこそ、今回のような共同声明が必要であり、現場の声を適切に反映することが重要である。

臨床倫理において、特に終末期医療に関連する問題は非常に多岐にわたるため、今後も引き続き真剣に考え、対応していく必要があると考える。

シンポジウム 5

慢性期医療の質をいかに評価するか

座長兼演者：矢野 諭 第32回日本慢性期医療学会 学会長

シンポジスト：飯田達能 永生病院 院長

武久敬洋 平成医療福祉グループ 代表



本学会を締めくくる基調講演で矢野諭学会長は、慢性期医療の質向上にはクオリティインディケーター（QI）の活用が重要であり、病院内での比較やPDCAサイクルの実施が基本であるとの考え方を強調。総合診療医と特定看護師によるチーム医療の推進にも言及した。

飯田達能氏は、QIのデータ収集における電子カルテの活用の課題を指摘し、診療報酬データを用いた収集の可能性を示した。また、病棟ごとの比較により誤嚥性肺炎や転倒などの改善につながる事例も紹介した。

武久敬洋氏は、病院の質はチーム医療の質であり、

特に総合診療医の育成が重要と述べた。離床時間の確保や栄養管理、ポリファーマシーの是正を通じ、患者のQOL向上を目指すべきとした。

総合討論では、会場から電子カルテの仕様によるデータ抽出の課題や、診療報酬データ活用の可能性についての意見があった。また、病棟ごとのデータ比較による改善の有効性や、職員満足度の指標化の重要性について発言があった。今後に向けてシンポジストからは、日本慢性期医療協会誌（JMC）における症例の共有などがチーム医療の質向上に寄与するとの提案もあった。

【学会長基調講演】 慢性期医療の質をいかに評価するか ～ Quality Indicator (QI) の現状と展望～

第32回日本慢性期医療学会 学会長 矢野諭

矢野諭学会長は、慢性期医療の質向上にはQIの活用が不可欠であると指摘し、病院内でのデータ比較やPDCAサイクルの実施が基本であると強調。総合診療医と特定看護師がチーム医療を牽引する役割を果たすべきとの考えを示した。

矢野学会長は医療の質評価について解説した上で、プロセスの最適化を課題として提示。医療療養病棟においては治療成績だけでは評価が困難であり、患者満足度や栄養改善率など多様な指標を用いる必要があるとした。慢性期医療ではエビデンスに基づく標準化が求められるが、個別対応の重要性も考慮する必要があるとし、サイエンスとアートの視点を統合した取り組みの必要性を示した。

■「良質」とは何か

○矢野諭氏（第32日本慢性期医療学会学会長）



矢野諭氏

本学会最後のシンポジウムは、慢性期医療の質をいかに評価するか。“治し・支える”良質な慢性期医療の集大成となるような内容を目指している。まず、私からQuality Indicator (QI) の現状と展望について述べたい。

QIは、現在では広く定着しているが、2008年、当会の名称が変更された年に「診療の質委員会」が設立され、私もその活動に参加することとなった。これが最初の活動であり、当時、まずは慢性期医療におけるCI（Clinical Indicator）を策定することから始めることとなった。

各病院から医師だけでなく、看護職、薬剤師、事

務職、管理栄養士、臨床検査技師など、多職種の専門家が集まり、質を測るための指標策定に取り組んだ。

また、この時期に「慢性期医療」という言葉が初めて広く認識されるようになった。急性期との違いを明確にし、今後の医療の方向性を定める中で、「質が高い医療とは何か」を示すことが求められた。

■多様な概念、いかなる指標を策定するか

医療には多様な概念が存在する。「救命救急」は以前から使われており、「高度先進」、「移植」、「再生」などの用語も一般的になった。比較的新しい概念としては「チーム医療」があり、これも現在では広く普及している。さらに、「急性期」「慢性期」「周産期」「終末期」といった医療の提供時期に関する用語や、「外来」「入院」「在宅」「介護施設」といった提供される場を示す用語もある。

また、「患者中心の医療」、「安全・安心な医療」、「満足度の高い医療」といった修飾語を「医療」の前に付けることで、新たな概念が生まれてきた。これらの表現は、共通して理想や願望を示しているが、具体性に欠ける点が課題である。「患者中心」とは具体的に何を指すのか、「安全・安心」とは何を意味するのかといった点を明確にしなければならない。

医療には多様な目的や手段があり、急性期と慢性期、周産期では求められるものが大きく異なる。そのため、どのような指標を設定すべきかが、活動の初期段階における大きな課題であった。

現在、医療の提供時期の大部分が慢性期であることが明らかになっている。また、地域包括ケア、医療療養病棟、介護施設、在宅といった場においても、医療の質の担保が求められるのは必然である。

■ プロセスの最適化が中心的な課題

医療の質を論じる際には、古くから提唱されてきた概念がある。Avedis Donabedian が 1966 年に提唱した「Structure（ストラクチャー）、Process（プロセス）、Outcome（アウトカム）」の3要素、いわゆる「ドナベディアンモデル」である。医療の質を語る際には、このモデルの枠組みから外れずに議論されることが一般的である。

ストラクチャーは、建物・設備・資金などの物的資源や職員数を指す。また、診療報酬や介護報酬の中で人員基準が規定されており、これを満たすことが求められる。

最も重要なのはプロセスである。プロセスには、チーム医療やインフォームド・コンセントによる納得できる医療の実施、クリニカルパス（標準化）の導入などが含まれる。医療の質向上において、このプロセスの最適化が中心的な課題となる。

アウトカムは結果を指し、患者満足度、治療効果、死亡率、待ち時間、診察時間、平均在院日数、医療費など、多岐にわたる指標が含まれる。これらの測定方法を検討し、適切な評価を行うことが医療の質向上に直結する。

■ 標準化が重要なキーワード

慢性期医療において、いかなる指標を設定すべきか。初期の段階では、各病院や施設から多様な指標が持ち寄られ、その数は 276 にも及んだ。各施設が「この指標を入れるべきだ」と提案し、多くの時間をかけて議論が重ねられた。

医療の質を向上させるためには、適切な評価が不可欠である。まず、アウトカム評価を行い、ベンチマークを活用して他の施設との比較を行うことが重要である。さらに、第三者評価の導入も欠かせない。現在も実施されている病院機能評価のように、外部からの客観的な評価が必要である。

また、診療報酬の支払いにおいて、「Pay for Performance」の仕組みが求められる。

さらに、医療の可視化と透明化も極めて重要である。誰にでも分かりやすい形で情報を提示すること

が、質の確保と向上に不可欠である。特に診療ガイドラインに関しては、それから安易に逸脱することが容認され難くなり、標準化が重要なキーワードとなる。

■ プロセスの改善がアウトカムに直結するか

臨床指標の定義も明確にする必要がある。現在では CI よりも QI のほうが一般的となっているが、わかりやすく定義すると、ドナベディアンが提唱したストラクチャー・プロセス・アウトカムのいずれかについて数値化・定量化・点数化し、可視化または客観化したものである。

客観的に評価可能な指標の例として、急性心筋梗塞の救命率が挙げられる。これは文字通りアウトカム指標であり、極めて重要である。この指標を改善するためには、来院から血栓溶解療法や再灌流療法までの時間を短縮することが求められる。

この時間短縮に関する指標はプロセス指標に該当する。例えば、患者が搬送されても医療スタッフの対応が遅れ、検査開始までの時間が長引けば、アウトカムは悪化することが容易に想像できる。この場合には、プロセスがアウトカムに与える影響は明白であるだろう。しかしながら、すべての場合においてプロセスの改善が、アウトカムの向上に直結するという確固たるエビデンスがあるわけではない。それでも、まずはプロセスの改善から取り組むことが不可欠である。この点が指標策定の際に最も重視された部分である。

■ 治療成績だけでは評価できない

臨床指標の開発は急性期医療から始まった。我が国においては、日本救急医学会がその先駆者である。急性期では、救命率・死亡率・生存率といった指標が重視され、救急搬送後の生存率が評価の中心となる。

一方で、慢性期医療においては、急性期と同じ指標を用いても意味をなさない。医療全体に共通する部分もあるが、慢性期には独自の評価基準が必要である。

慢性期医療に携わる者なら理解できると思うが、治療成績だけでは評価しきれない要素が多い。むしろ、それこそが慢性期医療の特性である。この点は、学会の副題である「サイエンス」と「アート」の調和と統合につながる視点である。在宅医療と入院医療においても求められる評価軸が異なる。

こうした視点に立ち、どのように指標を決定するかが重要である。QI は「医療の質指標」や「診療指標」とも呼ばれ、「質評価指標」と表現されることもある。また、Clinical Indicator（臨床指標）という用語もあり、臨床行為に特化した指標として区別される場合もある。いずれにせよ、指標の点数化と可視化が極めて重要な特徴である。

■ 2006 年度改定が大きな転換点

2006 年度の診療報酬改定では、「医療区分」の導入が決定され、適切な治療を行っていない施設に対して改善の必要性が指摘された。この施策は、結果として医療の質の向上に寄与したといえる。

病院は、本来、適切な治療を提供し、早期退院を目指す場であり、単なる長期療養や看取りの場ではない。しかし、実際には、療養病床の中には「老人収容所」とも言われるような施設が多く存在していた。当時、13 万床あった介護療養病床は、6 年後にはすべて廃止されることとなった。

現在では介護療養病床は廃止され、介護医療院が創設されている。医療療養病床の 25 万床も 15 万床に削減するという方針が示され、その際に導入されたのが医療区分制度であった。

この制度は、導入当初から評価が分かれ、37 行為の選定が無作為であり、処置と診断が混在しているとの批判もあった。しかし、結果的には、一定の重症患者を受け入れなければ経営が成立しない構造となり、病院本来の治療機能を強化する契機となった。

■ 低栄養の改善率など試行錯誤で

こうした流れの中で、日慢協の病院では CI の整備が進められ、最終的に 10 領域 62 項目に絞られることとなった。この策定には多くの時間を要した

が、この指標を基に認定審査が実施され、基準を満たした病院が認定病院として認定された。

その結果、認定された病院は全国で 37 病院のみと、非常に厳しい基準となった。認定のハードルは高かったが、これが医療療養病床の質向上の一助となったことは間違いない。

これに呼応し、厚労省も臨床指標を用いた質指標の導入を開始したのが平成 23・24 年（2011・2012 年）である。これは、協会のクリニカルインディケーターが策定された翌年にあたる。

慢性期医療においても、厚労省の質の評価事業に参加し、調査が実施された。その際、62 項目のうち 27 項目が選定された。具体的には、患者満足度、肺炎治療における新規感染発生率、カテーテルの 1 カ月後の抜去率、褥瘡患者の持ち込み比率と治癒率、リハビリテーションの提供時間、低栄養の改善率、経管栄養から経口摂取へ移行した患者の割合などが含まれる。

ただ、それぞれの団体において、済生会は済生会、日慢協は日慢協といったように、指標の数や内容は必ずしも統一されておらず、当時は試行錯誤の時期であったといえる。

■ 医療療養病床は複雑で多様な機能

当時の調査では、介護療養病床のほうが重症事故の発生率が低いという結果が出た。介護療養病床には重症患者が少ない。そのため、尿路感染の新規発生率などの数値も低くなる傾向がある。また、回復期病床の特徴や認知症病床における抑制実施率が高いことが示されたが、これはそれぞれの病床の特性を反映したものである。一方、医療療養病床については明確な特徴が見られなかった。

つまり、医療療養病床は非常に複雑で多様な機能を持つ病床であることが明らかになった。診療機能や患者層が異なる病床同士で、単純に数値を比較しても適切な評価にはならないことが判明した。その後、厚労省をはじめ各方面からの意見を参考にし、2014 年に 10 領域 62 項目に疾患指標を追加し、67 項目へと改訂を行った。

この改訂では、ストラクチャー指標 7 項目、プ

プロセス指標 38 項目、アウトカム指標 22 項目という構成となり、治療病棟化が進む中で一部の疾患指標が追加されたものの、大幅な変更は行われなかった。

■ 病院・病棟別に分類した新指標

地域包括ケア病棟の設立が進む中で、指標の見直しと追加修正の必要性が指摘された。こうして策定されたのが、「日慢協臨床指標（Ver. II）」である。他団体との大きな違いは、病院指標と病棟指標に分類している点である。

また、慢性期医療特有の指標として、尿道カテーテルの抜去状況、入浴回数の適切性、体位変換の実施状況などが含まれている。加えて、多職種で構成される NST（栄養サポートチーム）が定期的に活動しているか、低栄養の改善率なども指標の一部となっている。

現在、これら 67 項目は当協会のホームページでも閲覧可能であり、この指標を積極的に活用する病院とそうでない病院の差が見られる状況にある。

悪性腫瘍に対する支援機能として作成した指標を紹介する。疾患別に初発または再発が認められる場合、手術不能例が少なくとも 1 名いる場合には、適切な疼痛対策、チューブマネジメント、多職種による治療計画・ケアプランの見直し、病態・予後についての急変時の治療と説明が行われているかを評価し、点数化する。

例えば、認知症患者の対応では、身体合併症の治療状況、BPSD への対応の有無など、慢性期特有の指標を組み込んでいる。

■ 質の向上を目的とした評価体系へ

2018 年の同時改定では、長期療養と急性期医療を段階ごとに分け、医療区分患者の割合、リハビリテーションにおける包括評価の割合、自宅からの受け入れ実績などを評価対象とした。これにより、「20 対 1」「15 対 1」「10 対 1」といったストラクチャーに加え、プロセスやアウトカムも重視される診療報酬の評価体系となった。

このように、質評価を明確に診療報酬改定へ取り

入れる方針が続いており、2 年ごとの改定でも質の高い医療機関を評価し、質の低い施設は評価を得られない方向性が維持されている。診療の質を評価する基本部分と実績部分の組み合わせによる評価が求められており、急性期・慢性期を問わず、医療の質の担保・向上が必要とされる。

2018 年改定では重症度、医療・看護必要度の見直しが行われ、急性期医療において大きな影響を与えた。また、慢性期においても、地域包括ケア病棟の基準見直し、DPC データの義務化などが進められた。

さらに、「治せる病気を治す」「治る病気を確実に治療する」という視点が強調されるようになり、2022 年改定ではこの動きがさらに加速した。本年度の改定では医療区分制度の見直しも実施され、病院によっては厳しい改定と捉えられる一方で、質の向上を目的とした評価体系が構築された。

例えば、漫然と中心静脈栄養を行っている場合、かつては無条件で医療区分 3 の評価だったが、現在は状況によって医療区分 2 の点数へと引き下げられている。経口摂取の取り組みを行わないことが減点対象となるため、広い意味での質の評価に基づき、医療機関には経口摂取支援の強化が求められるようになった。

このような改定により、単なる制約ではなく、質の向上に資する制度設計が進められている。さらに、これまで協会が主張してきた内容が適切に評価される流れが強まりつつある。

■ アウトカム評価だけでは公平性を欠く

質の高い診療が評価されることに対して、国民も医療機関も異論はないはずである。そして、医療の適正化や効率化が求められるが、これは必ずしも医療費の削減を意味するものではない。

もちろん、無駄を省くことは重要であるが、必要な医療には適切な資源を投じるべきであり、単純に医療費を削減すればよいというものではない。また、Pay for Performance についても、パフォーマンスが良い医療機関が高い報酬を受ける仕組みは、広く受け入れられている。

ただし、パフォーマンスの評価はアウトカムのみならず、プロセスも含むものである。パフォーマンスが優れていれば報酬も高くなるという考え方自体は合理的であるが、アウトカムを過度に重視すると問題が生じる。

アウトカム評価だけで比較すると公平性が損なわれるため、リスク調整を行い、患者群を揃えた上で評価が必要となる。アウトカムのみを重視すると、その数値が独り歩きする恐れがある。ただし、数値の適切な解釈ができれば問題は生じにくい。そうでない場合には慎重な対応が求められる。

また、加算が付与されるから実践するのではなく、実績を示し、医療の質向上につながる取り組みを行うことである。その結果として、加算が付与されるような仕組みを構築することが望ましい。実際、この方向に医療政策が進んでいることは間違いない。

■ エビデンスに基づく診療の標準化

理想的なQIとは、現場の努力や実情を反映したものであることが望ましい。加えて、目標設定が容易であり、具体的で取り組みやすいことが求められる。透明性や見える化が重要である。さらに、診療報酬への反映が望まれる。

現在、医療区分はPay for Processの考え方に基づいているが、より具体的な指標が必要である。ただし、医療の質と収益・採算性は必ずしも相関しない。そのため、Pay for Performanceの導入にあたっては慎重な議論が必要である。

慢性期治療病棟では、肺炎、脱水、尿路感染症などに対して、急性期のQIを適用することが可能である。しかし、心筋梗塞、脳卒中、多発外傷、緊急手術が必要な疾患に関しては、高度急性期での対応が前提であり、慢性期での実施は想定されていない。それ以外の疾患については、多くの場合、対応可能であるため、積極的に取り組むべきである。

慢性期医療の担当領域は拡大し、進化（複雑化・多様化・高度化）している。軽度から中等度の急性期機能を担うとともに、高齢者特有の非感染性疾患（NCDs）、すなわち生活習慣病的な疾患群も対象に含まれる。

なお、「生活習慣病」という表現は日本独自のものであり、国際的にはNCDs（Non-Communicable Diseases）と呼ばれる。認知症、フレイル、サルコペニア、さらには人生最終段階における医療・ケアまで、多岐にわたる内容を包括する必要がある。

このような広範な領域をカバーするQIの策定は非常に困難である。そのため、医療において最低限求められるのは、エビデンスに基づく診療の標準化である。

医療にはアートの要素が求められる側面も存在する。集団を対象としない個別のケアをどのように評価するかが課題である。

■ 医療の質可視化プロジェクト

昨年、厚労省と日本医療機能評価機構によるオールジャパンのプロジェクトとして本格的に始動した。全国8238の病院を対象とし、指標を活用した評価を全国規模で実施する。各病院が独自に評価を行うのではなく、全国的な枠組みのもとで統一的な指標を用いて評価を行い、その結果を公表していく。

指標の策定には2年以上の期間を要し、最終的に9区分の指標が決定された。指標作成委員には、大学教授をはじめ、医療経営学や診療の質を専門とする研究者が参加していたが、現場の視点を持つ委員はほとんどおらず、私のみが実務の観点から関与していた。

今年から「身体抑制率」は「拘束」に名称変更されたほか、「65歳以上の患者の入院早期アセスメント実施率」や「通常の褥瘡発生率」などの指標が含まれた。特に栄養に関する指標については、他の委員には理解が難しかったようだが、重要性を強調した結果、採用されることとなった。

このプロジェクトは、急性期・慢性期の区別なく、全国の医療機関が統一的に9指標を用いて評価を行う。急性期病院にとっては「身体拘束率」の指標が課題となることも想定されるが、慢性期病院においても「血液培養2セット実施率」などの指標が適用される。また、「インシデント影響度分類レベル3b以上の発生率」や「入院患者の転倒・転落発生率」

など、慢性期病院にも関連性の高い指標が含まれている。

この評価の結果は、毎年日本医療機能評価機構の「QI 標準化・普及部会」によって取りまとめられる。また、参加病院の一覧も公開される。

■ 超高齢社会における慢性期医療は

医療の質向上への意識の高まりの背景には、医療・介護分野の改革がある。2013年に公表された社会保障制度改革国民会議の報告書において、特に重要なのが「病院完結型」から「地域完結型」への移行という考え方である。ここで、「治し、支える」という医療の在り方が明確に示された。

この改革の中で、生活の視点を取り入れるという考え方が初めて打ち出された。報告書には「社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではない」と記されているが、もちろん「慣性」とは、「外から力が働かなければ、何も変わらずに同じ状態が続く」という批判的な意味である。ここには従来型の「治す」一辺倒の治療への反省が込められている。まさにこのパラダイムシフトの必要性を明確にした流れが新たな方向性として示された。

■ サイエンスとアートの多様性

健康の概念もその意味が転換しつつある。20世紀においては、病気と認められない状態であればよかった。しかし、超高齢社会においては、生活上の問題を抱える人々への支援が治療医学だけでは成り立たないことが認識されている。

この背景のもと、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）という概念が登場する。ライフとは、人生、生活、生命を意味し、QOLとは人生の質、生活の質、生命の質を指す。QOLは極めて多様であり、個人によって異なるため、「サイエンス」より「アート」の領域が重要となる。

医学、保健・看護の分野は、自然科学、人文科学、心理学、行動科学など、といった多くの学問領域に支えられている。サイエンスを基盤としながらも、アートの要素を含む分野であり、これほど多領域にまたがる分野は他に例を見ない。

文系・理系という大まかな分類の中で、いわゆる文系の代表である人文科学は、歴史学、社会学、倫理学、哲学、宗教といった分野も関わり、臨床倫理も当然含まれる。さらに、最近では文化人類学や医療人類学といった視点も取り入れられている。理系と言われる自然科学は物理学、化学、生物学、数学などが含まれる。医学、保健・看護においてはこれらの学問領域が比重はさまざまだが色々な形で関わってくる。両方の視点から物事を捉えることが不可欠である。

サイエンスは「Body」、アートは「Soul」や「Mind」を象徴する。サイエンスは「Disease（疾病）」を、アートは「Illness（病）」を扱い、前者は生物学的（Biological）、後者は社会文化的（Behavioral & Socio-cultural）な視点を持つ。

また、フィジカルとエモーション、集団と個人、Cure（治療）と Care（ケア）といった対比も存在する。サイエンスは分析に優れるが、アートはアプローチやコミュニケーションに長けている。このように、「サイエンスとアート」という概念は文脈によって多様な捉え方ができるものである。また、両者は明確に区別することが難しい場合もあり、時に調和と統合が必要な所以でもある。

■ 慢性期における QOL の尊重

慢性期における QOL の尊重とは、結果だけでなくプロセスを重視することである。生涯を診る慢性期医療において、死は必ずしも敗北ではない。死というアウトカムも一つの要素であるが、良質な終末期医療が提供されなければ、もう一つの重要なアウトカムである患者満足度は著しく低下する。

Life とは、生活・人生・生命を指し、クオリティとは個別性を持つ概念であり、人それぞれ異なる。その人の価値観、人生観、嗜好によって大きく左右される。

ここで重要となるのが、CGA（高齢者総合機能評価）の視点である。従来の医療モデルでは根本治療による完全治癒を目指すことが基本であったが、慢性期医療においては身体的側面、精神・心理的側面、社会経済的側面からの包括的なアプローチが必要と

なる。これは「全人的医療」とも称され、治し支える医療へのパラダイムシフトが必要となる。

このため、臓器別専門医の役割も重要であるが、CGAの視点を持つ医師、すなわち総合診療医の比重が増している。

■ 客観的な指標と主観的な指標

Donabedian は、先に述べた三つの要素に加え、絶対主義的定義・個別的定義・社会的定義という分類も提唱した。これは、医療者の視点、患者の視点、集団の視点の三つに分けられる。

絶対主義はサイエンスの視点、個別主義はアートの視点、社会的視点は地域包括ケアに関連するものである。Donabedian は、これらの概念を提唱した20 数年後に、質評価に関する二つの指標を示した。

一つは Technical な指標であり、客観的な指標を指す。これはガイドラインに基づいた医療の提供など、標準化された評価基準に沿うものである。

もう一つは Interpersonal な指標であり、主観的な指標を指す。これは患者満足度（PS）や Patient Experience（PX）といった概念を含み、質問紙を用いて患者の主観的な評価を収集するものである。

PX は患者経験を示すプロセス指標であり、患者満足度はアウトカム指標とされる。患者経験とは、医師が適切に説明を行ったか、患者が理解できるよう配慮したかなどを患者に尋ねるものであり、「たいてい説明された」「時々説明された」などの評価が含まれる。このような指標を取り入れる流れが進んでおり、前述の「QI 標準化・普及部会」においてもその導入が検討されている。

■ 医療の質と費用対効果の関係は

QOL とは何か。改めて説明するまでもないが、「生活の質」「生命の質」「人生の質」の訳語として用いられる。QOL は、身体面、心理面、社会面、役割・機能面に加え、生存の質に関わるスピリチュアリティなど、複数の要素を包括する概念である。

また、QOL と類似した概念として PRO（Patient-Reported Outcome）がある。QOL は多様な解釈が存在し、共通言語として統一しにくい側面があるが、

PRO は異なる視点から捉えられている。

PRO とは、臨床医や第三者の解釈を介さず、患者自身が直接報告する健康状態の指標を指す概念であり、特にアメリカにおいて注目されている。

QOL と PRO は同義ではなく、目的や対象に応じて使い分ける必要がある。両者の違いとして、PRO は患者に直接質問することで得られる指標であり、一方の QOL は、患者だけでなく一般の人々の主観的健康感も含み、より包括的で深い健康の捉え方を含意する。

また、PRO は病気に関連する限定的な健康感を扱うことが多く、臨床試験におけるエンドポイントとして QOL の代替指標として使用されることがある。

一方、QOL 尺度というものがある。その中で、費用対効果の概念がある。費用対効果とは、支出したコストに対して得られる効果がどの程度あるかを評価するものであり、医療に限らず広く用いられている。この評価において QOL 尺度を活用することが一般化している。

医療の質を考える際には、診療の質はもちろんのこと、付帯サービスの質、供給体制の質、さらには経済性や費用対効果も含まれる。いかに質の高い医療を提供しても無制限にコストがかかる場合、それが必ずしも高品質な医療とは言えなくなる。これは、診療の質と医療の質が必ずしも相関しないケースである。

■ 費用対効果に用いる QALY（質調整生存年）とは

費用対効果の考え方として、QALY（質調整生存年）がある。これは単に生存年数を延ばすだけでなく、QOL と生存期間を考慮したパラメータである。

QOL の完全な健康状態を1、死亡を0とし、その間の状態を0.5などの数値で表す。例えば、QOL が0.6の状態でも5年生存した場合、 0.6×5 で3.0QALYとなる。これは、健康な状態で3年間生存した場合と同等と考えられる。

費用対効果を測る際には、増分費用対効果が用いられる。これは、標準治療と比較し、新治療におい

て費用がどの程度増加し、効果がどの程度向上したかを示すものであり、数値が低いほど費用対効果が高いと判断される。

例えば、新薬が1億円かかり、それによって10QALYが得られるとする。一方、従来の標準治療では8000万円で8QALYが得られる場合、増分費用対効果は1QALYあたり1000万円となる。つまり、新薬を用いた場合、健康な状態で1年間生存するために1000万円が必要となる。日本ではこのような費用対効果の評価がまだ十分に進んでいないが、世界的にはQALYの考え方を取り入れる動きが広がっている。

QOLの尺度には複数の種類があるが、その中でもEQ-5D-5Lは1987年にEuroQolグループが策定した指標であり、102の言語バージョンが存在し、日本語版も用意されている。

この尺度は5つの項目で構成されており、移動の程度、痛み・不快感の有無などを評価する。各項目の評価は1から5までの5段階であり、5つの項目すべてを組み合わせると、5の5乗で3125通りの評価が可能となる。このようにしてQALYの計算が行われる。

■ 標準化された診療だけでは不十分

急性期指標は66項目あり、2017年に奈良県立医科大学の今村教授によって公表された。急性期医療では何を行うのか、どのような処置が含まれるのかを示すものであり、ハイリスク分娩や人工心肺の使用などが代表的な項目として挙げられる。

これにならい、慢性期医療に特化した指標を策定する試みを実施した。慢性期病院における診療全般を網羅する指標を作成しようとし、その結果、約100項目に及ぶ内容となった。ただし、これらすべてを実施する必要があるわけではなく、各病院が適用可能な指標を選択できるように設計されている。

具体的には、がん、脳卒中、心筋梗塞といった疾患以外の診療領域を含む指標が策定されている。10領域67項目に対応する形で、入院患者の受け入れ状況（術後2週間以内の患者受け入れの有無）、

簡易懸濁の実施、薬剤師によるミキシングの実施状況など、多職種連携を評価する指標が含まれる。

また、インフォームド・コンセントの実施状況、デスカンファレンスの開催頻度、安らかな死に向けた環境の整備状況といった要素も評価の対象となる。さらに、DPCデータの算定や経口摂取回復機能算定など、診療報酬に関連する指標も含まれる。これらを活用することで、指標を基に自院の目標設定が可能となり、今後の診療の方向性を定めるきっかけとなる。

患者の病態に関する指標としては、気管切開患者の数、5剤以下の薬剤管理の実施、体位変換の頻度、抑制の有無などがある。これらの指標は、単に数値が多ければ良いというものではなく、適切な診療の基準として活用されるべきである。

各病院がこれらの指標を活用し、標準化された診療を推進することが求められる。慢性期医療においても、標準化が不可欠となっており、「慢性期だから」という理由で例外を設けることはもはや通用しない。

標準化された診療は、科学的根拠に基づく（サイエンス中心の）アプローチが基本となるが、それだけでは十分とは言えない。アートの視点の導入と、加えて総合診療医の役割も重要であり、診療の質を向上させるためには、特定看護師の活用も不可欠である。両者が密接に連携しながら、慢性期医療の質向上を目指すことが求められる。

■ QIのみが質評価の指標ではない

これからの慢性期病院における「総合診療医」に求められる能力について述べる。まず、プライマリケアの実践が求められる。次に、不必要な多剤併用を回避する能力が不可欠である。また、治る病気は適切に治療することが前提となるが、それに加えて臨床倫理学の知識も必須である。さらに、サイエンスとアートをバランス良く臨床に適用することが重要であり、これこそが慢性期医療の神髄であると考えられる。総合診療医には特にこれらの能力が求められる。

DPCの意義は、診療の標準化と可視化にある。

この点はQIの目的と多くの部分で重なる。したがって、DPCデータを適切に活用し、臨床指標へ組み込む動きが進んでいる。今回の診療報酬改定を機に、この方向性がより明確になりつつある。この点については、当会の理事会でも議論が交わされた。導入に難色を示す意見も多い。しかし、質の低い病院は今後、淘汰されていくことになる。

QIの今後については、その活用を常識化・習慣化する必要がある。また、患者満足度やPX（Patient

Experience）の概念、QALY（質調整生存年）やQOLスコアといった指標についても、慢性期医療の現場に導入される日は遠くないであろう。

この後、永生病院および平成医療福祉グループの発表が行われる。それぞれの独自の視点から、慢性期医療における「質」とは何か、また質を評価する手法としてQIのみが唯一の指標ではないことが明らかになるであろう。

【講演1】 永生病院 TQM センターの取り組み ～臨床指標収集活動を中心に～

永生病院 院長 飯田達能

本講演で飯田達能氏は、永生病院 TQM センターにおける臨床指標収集の取り組みを紹介し、慢性期病院における医療の質評価の重要性を強調した。

2005年に設立されたTQMセンターは、臨床指標を活用した医療の質評価、委員会活動の支援、第三者評価への対応などを行っている。2010年の「老人の専門医療を考える会」の指標策定を受け、2022年には独自の6つの臨床指標を作成し、翌年には12指標へと拡充した。これらの指標は、転倒・転落防止、肺炎発生率、褥瘡管理など多岐にわたり、ベンチマークデータとの比較を通じて、医療の質向上を目指している。

飯田氏は、病院機能評価の受審結果を踏まえ、医療関連感染のデータ収集や、ホームページでの診療実績の公開を進めていると紹介。臨床指標の収集を通じて、自院に適した評価方法を模索し、医療の質向上を図る姿勢を示した。

■ 慢性期病院における質評価の充実に向けて

○飯田達能氏（永生病院院長）

永生病院の20年間の取り組みを踏まえ、各病院で

活用可能な内容を提供したい。永生病院は7つの機能を持つ病院である。このような多機能病院で臨床指標をどこまで活用できるのかという視点で取り組んでいる。当院のTQMセンター（Total Quality Management センター、総合的質管理センター）の活動を通じて、慢性期病院における医療の質評価の充実に向けた一助となることを期待する。

当院は東京都南多摩医療圏のほぼ中央に位置する八王子市にあり、142万人の人口を抱える二次医療圏の中で、八王子市は56万人を占める。TQMセンターは、2005年4月に設立された。センター長は私が務め、副センター長は当初、薬剤科長が担

当し、データの収集・分析に尽力した。その後、検査科長が2代目の副センター長を務め、継続してデータ運用を推進している。

2007年12月からは、TQMセンターを複数部門のメンバーが担当する方式へと移行した。



飯田達能氏

ただし、すべてのメンバーが兼務で業務を行っているため、他の病院でも兼務体制での運用が十分に可能であることを強調したい。

TQM センターの主要業務は、臨床指標を活用した医療の質評価である。かつての永生病院の組織図では、TQM センターの下にすべての委員会が配置されており、医療安全や感染管理などの各委員会に対してデータを提供する仕組みとなっていた。現在は、各委員会が院長の指揮下に配置される体制へと移行している。

また、第三者評価への対応も重要な業務の一環である。病院機能評価や、日本慢性期医療協会による病院評価など、過去にはさまざまな外部評価に対応してきた。さらに、質の向上に関する情報収集やその他の業務も担っている。

■ 永生病院の臨床指標を策定

2010 年、「老人の専門医療を考える会」質の評価プロジェクト委員会が発足し、同年に慢性期医療の Clinical Indicator (CI) が策定された。永生病院はこれを踏まえ、2022 年に 6 つの臨床指標を作成した後、同年の医療の質可視化プロジェクトに参加し、23 年には 12 の臨床指標を策定し、現在に至っている。

「老人の専門医療を考える会」では、8 つの臨床指標を設定し、指標が右肩上がりに推移すると医療の改善が実感できる仕組みを目指した。当時は、有熱回避率や身体抑制回避率など、改善すると数値が増加する指標が中心となっていた。慢性期医療の CI では、62 の指標が設定されている。矢野先生を中心に策定されたが、項目数が多く、包括的な評価が可能となっている。

2022 年には、永生病院独自の 6 つの臨床指標を策定した。そこには、Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率、入院患者の転倒・転落による骨折または頭蓋内出血の発生率、肺炎の新規発生率、入院時に膀胱留置カテーテルが留置されていた患者の 1 か月以内の抜去率、抑制率、介護職・看護補助者充足率が含まれる。

これらの指標を選定した背景には、人員不足に対する問題意識があった。「自院の人員は十分確保さ

れているのか」「この状況は妥当なのか」という課題を明確にするために、データを収集し、分析した。

その結果、どの項目も 100% 以上の充足率となった。しかし、これは実態と乖離している可能性がある。法定人員数の算定基準が適切なのか、再考する必要があると考えられる。法定人員数が「十分である」と感じる病院は少ないのではないだろうか。この問題について、関係者が改めて検討する契機となることを期待する。

当院では、現場の人手不足を反映できないため、このデータ収集を中止し、試行錯誤を重ねながら改良を進めている。

■ 永生病院のデータを公表

2022 年、日本医療機能評価機構により、医療の質可視化プロジェクトの 9 項目が策定された。永生病院ではこれを基に、翌 2023 年に 3 項目を追加し、計 12 項目の指標を策定した。12 項目の計測手順や計算式は、可視化プロジェクトを参考にしながら明文化を進めた。

TQM センターでは、臨床指標の手順を明確化し、どのデータを用い、どの計算式で値を算出するのかを明示した。これにより、数値の正当性が不明瞭な指標を排除し、信頼性を確保した。ベンチマークが存在する指標については、その情報を併記した。ただし、ベンチマークは急性期・慢性期を問わず、すべての病院のデータを含んでいるため、自院のデータとは異なる部分がある。

本日は、永生病院のデータをありのままに公開する。「永生病院でさえ、ここまでできていないのか」と思われる点もあるかもしれないが、率直に示すことで他院の参考になればいい。

まず、12 項目のうち最初の指標について述べる。医療安全の観点から「入院患者の転倒・転落発生率」を全数調査している。「全数」とは、レベル 0（転倒・転落には至らなかったが、危険があった事例）も含めた数値である。KYT（危険予知トレーニング）の意識を高めるため、レベル 0 の事例もインシデント・アクシデントレポートとして報告するよう指導を行ってきた。その結果、報告数が大幅に増加した

が、この増加が評価すべき点なのかどうかは今後の分析が必要である。

2023年度の全数調査では、月別データが示されている。全国の平均ベンチマークが2.75であるのに対し、永生病院の2023年度の数値は8.87と大幅に上回っている。本シンポジウムでこのようなデータを公表することに戸惑いもあるが、勇気を持って公開することとした。12指標等は当院のホームページに掲載しているため、指標の設定方法やデータの収集方法についても、参考にいただきたい。

■ 病院機能評価受審後の課題も

今年2月、6回目の病院機能評価を受審した。その際、サーベイヤーからのコメントとして、「院内で12項目の臨床指標を定め、主要な医療関連感染の把握を開始した」と評価された。さらに、人工呼吸器関連肺炎、尿道留置カテーテル関連尿路感染症、カテーテル関連血流感染、手術部位感染の把握も望ましいとの指摘を受け、現在、手術部位感染に関するデータをどのように収集できるか検討している。

日本慢性期医療協会でも病院機能評価が実施されているが、現在の日本病院機能評価のサーベイヤーは、以前とは異なり、職員の努力を評価しながら、今後の改善点を提案するスタイルに変わりつつある。これにより、評価プロセスがより建設的になったと感じている。

前回の評価に関するサーベイヤーのコメントでは、「TQMセンター会議において12項目の臨床指標を挙げ、対応を進めているが、一部は収集・検討を開始した段階である」と指摘された。

また、「今後も慢性期病院として必要な指標を継

続的に検討し、自院の年報やホームページで診療実績を広報すると、さらに良い」との助言を受け、今年7月にホームページで臨床指標の収集方法、計算式、データの詳細を公開した。

■ 自院に適した臨床指標や収集方法を

まとめとして、臨床指標の収集による医療の質評価は重要である。しかし、慢性期病院の入院患者の多くは複数の疾病を併発する高齢者であるため、明確な治療成績を評価することは容易ではない。

それでも、さまざまな臨床指標収集事業に参加することで、自院に適した臨床指標や収集方法を見出すきっかけとなると考えている。

今後も臨床指標収集事業に積極的に参加し、情報収集を進めながら、永生病院の医療の質評価に活用していく方針である。臨床指標については、固定化するものではない。さまざまな臨床指標収集事業に参加し、現場で容易に収集・評価が可能な指標を見極め、適宜取り入れていくことが重要である。

○矢野（座長）：

TQMセンターの立ち上げから現在に至るまで、クリニカルインディケーターをさまざまに活用し、自院の特色に応じた適宜の追加・変更を行いながら、試行錯誤を重ねてこられたことがよく理解できた。

次に、平成医療福祉グループの代表である武久敬洋先生のご講演である。先ほども触れたが、QIは質評価の重要な要素の一つである。しかし、それにとどまらず、グループ全体としての質向上への取り組みも大きな役割を果たしている。本日は、規模の大きなグループとしてどのような工夫を行っているのか、ご紹介いただきたい。

【講演2】平成医療福祉グループにおける質向上への取り組み

平成医療福祉グループ 代表 武久敬洋

本講演で武久敬洋氏は、病院の質はチーム医療の質であり、多職種の連携が不可欠であるとの考えを示した。また、慢性期・回復期病院では総合診療医の役割が重要であり、同グループではその育成に注力していると紹介。誤嚥性肺炎などの治療においても、低栄養や廃用症候群を防ぐため、早期離床や適切な栄養管理を重視し、理学療法士や言語聴覚士、管理栄養士らと協力する必要があると強調した。ポリファーマシーの是正や身体抑制の廃止にも積極的に取り組んでおり、患者のQOL向上が最終的な目標であるとした。

また、病院の統一的な方針を示すため、「HMW VISION BOOK 2024」を作成し、全職員が共通の理念を持つことの重要性を説いた。さらに、栄養管理の質を高めるため給食業務を外注せず、自前で運営する体制を紹介。病棟薬剤師や特定看護師を積極的に配置し、チーム医療の質向上を図るほか、離島プロジェクトや国際医療活動などを通じてスタッフの視野を広げる機会を提供する取り組みを伝えた。最後に武久氏は、グループの取り組みを積極的に広報し、優秀な人材を確保することが病院の成長につながると述べた。

■ チーム医療はなぜ大事？

○武久敬洋氏（平成医療福祉グループ代表）

当グループでは、どのような取り組みを通じて質の向上を図っているのか。病院の質を語る上で、最も重要な要素はチーム医療であると考えている。

まず、当グループが重視しているチーム医療の概念を説明するために作成した漫画を紹介したい。「チーム医療はなぜ大事？」というタイトルで、85歳の女性患者の症例を挙げている。患者は施設入所中で、つかまり歩きは可能だが不安定であり、最近では活気がなく、食欲も低下している。このような状態の患者が、ある日、誤嚥性肺炎を発症し、入院す



武久敬洋氏

るケースである。

昔ながらの病院の対応として、医師が肺炎に効果のある抗菌薬の点滴を指示し、誤嚥の危険性を考慮して安静・絶食の指示を出すことが多い。この対応により、数日後には抗菌薬と絶食の効果で炎症反応が落ち着き、呼吸状態も安定する。しかし、これで治療が終了となる場合、患者が元の生活環境に戻れない可能性が高い。

最大の問題は「低栄養×廃用症候群」である。昔ながらの病院では、疾患のみに注目し、患者全体の状態を見ない医療が行われることが少なくない。

低栄養と廃用症候群が進行すると、全身臓器の機能が急速に低下し、回復が困難な状態に陥る。低栄養の影響については、ここにいる医療関係者には説明するまでもないが、そもそも人間の身体は食事を通じて構築されるものであり、栄養が不足すれば、臓器機能は衰え、リハビリを実施しても筋肉がつかない。

例えば、絶食状態で末梢点滴のみの対応では、1日に摂取できるエネルギー量はせいぜい400kcal程度である。一方で、必要なエネルギー量を基準に考えると、毎日約1000kcalが不足する計算となる。このエネルギー不足が7000kcalに達すると、体重が1kg減少することが知られている。

もともと低栄養状態にあるフレイルの患者が入院し、適切な栄養管理が行われない場合、さらに状態が悪化する。このような対応では、患者の回復どころか、逆に健康状態を損ねる結果になりかねない。

■ 医師はトータルコーディネーター

私は普段8時間ほど睡眠をとるが、残りの16時間はベッドから離れ、仕事をしたり歩き回ったりしている。しかし、病院に入院し、「安静」の指示が出ると、この16時間の活動が一気にゼロになる。

回復期リハビリテーション病棟など、本来であれば患者の状態を改善し、在宅復帰を目指す施設でさえ、「離床」の重要性を十分に認識していない場合がある。廃用症候群を生じさせないことが、リハビリテーションの現場で最も重視すべき課題である。

栄養が不足すれば臓器の機能が維持できず、さらに活動しなければ機能が低下する。この相乗効果によって、身体機能は急速に衰える。筋肉の萎縮に加え、排泄機能も低下し、バルーンカテーテルの使用により膀胱機能が著しく衰える。食事を摂らないことで嚥下機能も低下し、栄養不足によりさらに悪化する。刺激のない生活環境では認知機能も低下し、長時間の臥床によって心肺機能も衰える。

また、自律神経機能が低下することで起立性低血圧を発症し、リハビリテーションが困難になる。このような多方面の機能低下に配慮しなければ、肺炎が治癒しても元の生活に戻ることはできず、在宅復帰が困難になる。現在でも、こうした「昔ながらの医療」を実践している病院は少なくないのではないかな。

では、どうすべきか。特に回復期病棟では、多職種がチームを組み、患者ごとに話し合いながら治療を進めることが重要である。回復期の医師は、単に診療を行うだけでなく、トータルコーディネーターとしての役割を担うことが求められる。必ずしも医師がチームのリーダーになる必要はないが、多くの場合、主導的な立場を取ることが多い。

■ チーム医療の質が病院の質

医師が行うべきことは、狭義の「医療」としての抗菌薬の点滴だけではない。誤嚥性肺炎であっても呼吸不全がなければ、できるだけ早期に離床し、リハビリテーションを開始することが重要である。

ここで、PT（理学療法士）・OT（作業療法士）の

役割が大きくなる。廃用症候群の予防のため、積極的な離床活動を推進し、個別リハビリテーションや集団リハビリテーションを通じて身体機能の向上を図る。

入院前から衰えていた患者については、単に元の状態に戻すのではなく、入院前よりも元気になってもらうという意識でリハビリテーションを行う。

ST（言語聴覚士）と歯科衛生士は、咀嚼・嚥下機能の改善を担当する。STは、入院初日または遅くとも翌日には嚥下機能の評価を行い、早期に嚥下訓練を開始する。

歯科衛生士も病棟に配置されており、口腔内のチェックを行い、義歯の調整や口腔内の異常の有無を確認する。また、管理栄養士はミールラウンドを行い、患者ごとに適切な食事内容を調整し、食欲が低下している場合でも摂取しやすい食品を選ぶ。

STと管理栄養士は連携しながら、食形態や食事を決定し、適宜調整を行う。

薬剤師も病棟に配置されており、入院時に持ち込まれた薬剤を評価し、嚥下障害の原因となる薬剤が含まれていないかを確認する。また、必要に応じて減薬を検討し、適切な薬物療法を提供する。

介護士や看護師は多様なケアを担いながら、排泄機能の維持・向上にも取り組んでいる。排泄パターンを評価し、適切なタイミングでトイレ誘導を行うほか、必要に応じてリハビリスタッフによる専門的な排泄リハビリも実施する。

退院を見据えた取り組みとしては、在宅復帰支援が挙げられる。グループ内にはソーシャルワーカーや在宅支援看護師が在籍しており、看護師が中心となって退院支援を行っている。退院後も安心して生活を継続できるよう、必要なサービスの調整、家屋改修の手配、事業所間の連携体制の構築など、周回の準備を整える。

これだけの支援がなければ、もともと体力の低下した高齢者の在宅復帰は困難である。これらの取り組みを医師一人で担うことは不可能であり、多職種が連携するチーム医療の重要性がここにある。

チーム医療の質こそが、病院全体の質を決定していると考えている。そのため、当院ではチーム医療の質

を向上させるためのさまざまな取り組みを実施している。

■ チーム医療の目的は QOL 向上

では、回復期・慢性期病院の質とは何か。先ほどの漫画でも触れたが、病院の質とは医療の質を指すのだろうか。

狭義の医療とは、薬や手術による治療を指す。しかし、我々が担当する病院では高齢者の患者が多く、そもそも完治する病気を抱える患者は少ない。回復期リハビリテーションに来る患者の多くは、何らかの疾病によって生じた障害を抱えており、それは完全に治癒するものではない。

このような状況では、高度急性期病院での医療が占める割合は、病院全体の取り組みの中で 1 割程度に過ぎないを考える。その代わりに、ケア・リハビリ・栄養が全体の 9 割を占める。

病院の質とは、すなわちチーム医療の質である。そして、チーム医療の質とは、医療・ケア・栄養の質が高いことである。ただし、それぞれの職種が単独で高い質を維持していても、チームとして機能していなければ意味がない。

では、医療・ケア・リハビリ・栄養の質が高いとは具体的にどういうことか。また、チームの質が高いとは何を意味するのか。これらの問いに対する明確な答えを見つけることは容易ではない。

回復期・慢性期病院において、医療・ケア・リハビリ・栄養の目指すものは、患者の QOL の向上である。QOL を考える際、幸せの基準は患者ごとに異なり、これまで送ってきた人生や背景も異なる。例えば、100 万円をもらって幸せだと感じる人もいれば、お金に興味がない人もいる。

QI（質指標）などで病院の質を数値化することは非常に重要であるが、それはごく一部を捉えるに過ぎない。この点を理解しておくことが必要である。

最も重要なのは、QOL 向上につながる取り組みを、がむしゃらに実践することである。その視点を持ち、多様な取り組みを推進している。

■ 平成医療福祉グループのビジョンブック

質の向上に取り組む中で、特に病院数が多い当グループでは、理事長や本部によるトップダウン型の進め方には限界がある。すべての職員が同じ方向を目指すためには、明確な指針が必要である。そこで、平成医療福祉グループのビジョンブック「HMW VISION BOOK 2024」を作成した。本書は約 50 ページにわたり、Vision（ビジョン）、Mission（ミッション）、Action（行動指針）、Value（価値観）について詳細に説明している。

ビジョンとは、組織が目指す方向性であり、ミッションとは理念を指す。当グループでは「じぶんを生きるをみんなのものに」というミッションを掲げている。そして、どのような道筋をたどり、どのような行動指針に沿い、どのような価値観を持ち、どのような仲間とともに進んでいくのかを、旅に例えて説明している。

その中の Action（行動指針）の一つに「病院都合ではない患者中心の診療方針を徹底する」という項目がある。当グループでは「病気」ではなく「人」を診ることを重視する。「人」の全体を見ずに行われる医療は、時として患者の生きる力を奪い、回復を困難にする。

医療とは本来、患者の QOL を向上させるために存在するものである。この視点を欠くと、医療が患者を不幸にする可能性すらある。

■ ケアの視点で患者を診る

当グループでは、まずケアの視点で患者を診る。QOL 向上という視点を持ち、その上で「この治療をすれば QOL が向上する」と判断できる場合に治療を行う。この方針を徹底することが重要であると考えている。この診療方針は、単なる治療の話ではなく、ケアやリハビリテーションを中心とした内容が多くなっている。

例えば、廃用症候群の予防については、通常 16 時間離床している患者が、肺炎で入院すると急激に活動量が低下し、結果として身体機能が衰える。これについては、QI としても設定されており、各病

院では平均して10時間程度の離床を維持できている。

また、身体抑制の廃止にも注力している。身体抑制は虐待行為に等しく、徹底的に排除するための取り組みを強化している。

さらに、食事に関する取り組みも長年にわたり重視してきた。栄養が不足すれば臓器機能が低下し、病からの回復やリハビリによる機能向上が困難になる。食事は医療の根幹であるにもかかわらず、これまで十分に重視されてこなかった。

特に高度急性期病院では、救命が最優先されるため、栄養に関する教育が医学部のカリキュラムにおいても軽視されがちである。しかし、「食べなければ生きられない」という当たり前の事実こそ、最も重要な要素であると認識している。

■ 給食や厨房業務を外注しない

当グループの特徴の一つとして、給食や厨房業務をすべて自前で運営している点が挙げられる。外注業者は一切使用せず、これによりさまざまな対応が可能となる。例えば、常時80種類以上の付加食を提供できる体制を整えており、うどん・そうめん・そば・パワーライス・菓子パンなどを選択できる。また、マグロの刺身なども常時提供可能な状態にしている。

このような柔軟な食事提供は、外注業者では採算が合わないため実施が困難である。しかし、利益が減少することを承知の上で、自前の運営によって実現している。

また、カルテもグループ内で独自開発している。特徴として、付加食や栄養強化食のリストが並び、プルダウンメニューから簡単に選択できるようになっている。例えば、朝8時の食事では軟飯とソフト食にヨーグルト100mLを付加し、プロテイン蒸しやMCTパウダーを加えて栄養強化する。さらに、カルシウムやマグネシウムのふりかけを軟飯にかけ、温泉卵を追加してタンパク質を補給する。このようなオーダーを容易に行える仕組みが整っている。

このシステムの重要性は、業務の中でできないこ

とは次第に行われなくなっていくため、機能として確立させることが不可欠である点にある。オーダーの仕組みを整えることは、継続的な質の向上につながる。質を向上させるために献立調理コンクールなども実施している。

■ 「慢性期医療のすべて」を発行

また、排泄は人間の基本的な活動であり、自立した排泄の可否は尊厳にも直結する。しかし、これまで十分に重視されてこなかった領域であるため、意識を高めるための取り組みを推進している。

ポリファーマシーの解消についても、当グループでは20年以上前から取り組んでいる。さらに、退院後のケアも重視し、退院して終わりではなく、継続的な支援を提供している。

認知症ケアについても、標準的な医療として位置付けている。当グループでは80歳以上・90歳以上の患者が多数を占めており、認知症の割合も高い。認知症ケアが十分にできない状況では、適切なケアを提供できているとは言えない。そのため、認知症ケアを当たり前のものとして実践する体制を整えている。

また、診療指針として「慢性期医療のすべて」という書籍を2017年に発行した。疾患ごとの標準治療については既存の医学書が参考になるが、ケアを含む慢性期医療については適切に記述された書籍が少なかったため、自ら作成した。この書籍は、常勤の医師や病棟に配布し、実務の参考にしてもらっている。

■ 専門性を拡張し、チームで成長し続ける

チームの質はそのまま病院の質に直結する。チーム力の最大化を目指すためには、スタッフの専門性を拡張し、チームで成長し続けること、すなわちチーム力の向上である。

チーム力を高める要素として、第一に、専門職としての成長が挙げられる。第二に、視野の拡大が重要である。全人的な医療を提供するためには、専門性だけにとどまらず、他職種の知識も一定程度理解

しようとする姿勢が求められる。第三に、チーム力の向上には組織が環境を整備することが求められる。

専門職としての成長を支援するために、当グループでは外部研修の受講費を全額補助している。また、研究活動のサポートとして「平成医療福祉グループ総合研究所」を設置し、企業との共同研究や臨床試験のフィールド提供にも力を入れている。

役職者研修も重視している。役職者は本来、スタッフを教育する立場にあるが、慢性期医療の現場では教育機関のような明確な体制が整っていない場合が多い。管理業務に偏ることなく、教育の視点を持つことの重要性を再定義し、来年度の課題として取り組む予定である。

■ オリジナルライセンス制度も導入

また、当グループには約16,000名のスタッフが在籍し、リハビリ職だけでも数千名を擁している。グループ内には病院が25か所あり、各病院の職種を横断的に統括する「リハビリ部門」を設置している。リハビリ部門内では、PT・OT・STの各チームがそれぞれの専門性向上に取り組んでいる。

新人教育についても、リハビリ職に限らず、看護・介護など各分野で体系的な教育体制を整備している。

特定看護師の育成にも取り組んでおり、現在100名以上がグループ内の病院で勤務している。25病院で平均すると、各病院に4名ずつ配置される計算であり、各病棟に特定看護師を配置することを目標としている。

認定看護師には手当が支給され、リハビリ職も各種認定資格取得に応じた手当が設けられている。

調理師に対しては「オリジナルライセンス制度」を導入している。6つの厳しい試験をクリアすると「マイスター」として認定される仕組みを設け、職種の質向上に貢献している。

病棟薬剤師についても、昨年より認定薬剤師制度を導入し、試験を実施して認定証を発行することで、その専門性を評価・向上させる取り組みを進めている。

■ 視野を広げる機会を提供する

チームの力を最大化するためには、視野の拡大が

重要である。当グループでは「HMW大学」というオンラインセミナーを実施し、さまざまなゲストを招いて講演を行っている。これはグループ職員が自由に参加できる形式であり、毎回何百人もの職員が参加している。

多様な話を聞くことは、知見を広げるうえで極めて重要である。これに加え、越境学習やグループプロジェクトへの参加も積極的に推奨している。例えば、「離島プロジェクト」では、伊豆七島のうち三つの島にリハビリスタッフを1人ずつ派遣している。もともとリハビリスタッフが不在であった地域に、当グループから派遣し、1年間にわたり業務を担当する。

病院にいと、PTやOTといった専門分野ごとに縦割りの業務になりがちである。しかし、離島ではそのような区分を超えて、幅広い業務を担うことが求められる。リハビリのみならず、地域の農業の手伝いや各種地域活動にも関与する。このような環境での経験は、個々の成長に大きく寄与するだけでなく、病院に戻った際の組織全体の発展にもつながる。

また、2025年1月頃にはインドネシアにクリニックを開設する予定であり、日本国内にとどまらない国際的な医療活動を展開している。このプロジェクトには日本からもスタッフが派遣され、1年単位で交代しながら業務を行う。

このように、日本とは異なる環境での医療経験は、視野を広げる機会として非常に有益であり、医療従事者としての成長に大きく寄与すると考えている。

■ 幅広い分野で「交換留学」

私は現在、当グループの代表を務めているが、徳島県の神山町という田舎に住んでいる。神山町は「奇跡の田舎」とも称される地域であるが、そこでの課題の一つに「最期を迎えられる場所がない」という問題があった。

住民は皆、神山町を愛しているが、病気になると市内へ出ていき、最終的に病院で亡くなるケースが多い。地域で看取りができない状況にあり、この課題を解決すべく、町全体で取り組みを進めている。

都市部では「地域医療」といっても、そもそも「地域」という概念自体が曖昧であり、地域医療の実態が見えにくいことが多い。しかし、田舎における地域医療は非常に明確であり、課題が可視化されやすい。このため、より多くの人に関心を持ってもらい、実際に足を運んで学んでもらえるような取り組みを推進している。

一方、7月にリニューアルオープンした大内病院では、従来の精神医療における構造的な問題を解決することを目的としたプロジェクトを推進している。この取り組みには、さまざまなスタッフが参加し、貢献できる機会がある。

当グループでは、精神医療に限らず、特別養護老人ホームや障害者支援事業など、幅広い分野に取り組んでいる。これらの異なる業態間での交流を「交換留学」のような形で促進すれば、スタッフが多様な経験を積むことができ、より広い視野を持つ医療・福祉の実践につながると考えている。

■ チーム力向上のための環境づくり

チームの力を最大化するためには、多職種が常に近くにいることが重要である。病棟薬剤師、管理栄養士、特定看護師は病棟に配置している。また、チームの中でドクターの存在が威圧的であると患者の報告や提案がしづらくなることがある。このようなチームでは、意見交換が阻害されるため、心理的安全性を高める取り組みを進めている。その一環として、啓発ポスターの掲示や研修の実施を行い、また、業務に限らず日常的な対話を促進するため、役職者を中心とした 1on1 ミーティングを実施している。

職種間のヒエラルキーの解消も重要な課題である。医師は白衣を着用し、看護師や介護士も異なる制服を着用することで、無意識のうちに上下関係が形成されることがある。このため、グループ内では、全職種が同じユニフォームを着用する取り組みを進めている。特別養護老人ホームや介護老人保健施設では、利用者とスタッフが対等な関係であることを重視し、制服を廃止した。

また、病院内においても、できる限り「病院らしくない」空間を設け、人と人としての関わりが自然

に生まれるような環境づくりを意識している。

さらに、当グループでは、西日本と東日本に合宿所を設け、2泊3日の合宿を実施している。プロジェクトごとにチームを編成し、メンバーが合宿に参加する。この短期間の合宿を通じて、数年かけても築けないような関係性が短期間で形成される。この合宿の効果は非常に大きく、今後も継続していく予定である。

■ グループの取り組みを広報する

チームの質向上のために優秀な人材を採用することも重要である。では、優秀な人材をどのように採用するのか。その鍵となるのが広報である。

優れた取り組みを広報することで、優秀な人材の応募が増え、結果として病院の質が向上する。そして、さらなる取り組みを広報することで、好循環が生まれる。

当グループで行っている広報活動の一例として、当グループのホームページ内の特集記事がある。我々の重要視する取り組みについて、ライターや写真家の協力を得てジャーナリストティックに紹介している。また、世田谷記念病院では、病院広報大賞のWeb部門で大賞を受賞し、漫画を用いた医療の分かりやすい説明を行うホームページを運営している。

さらに、note というブログ形式のプラットフォームでも積極的に取り組みを発信している。情報を伝えなければ、取り組みが存在しないのと同じことである。見る側の視点に立てば、発信されない情報は存在しないに等しい。したがって、伝えることの重要性を強く認識すべきである。

広報部、人事部、システム事業部など、多くの部門が連携し、広報活動を支えている。医療に直接関わる職種だけでなく、すべての業務が医療の質向上に寄与しているという認識を持つことが重要である。

○矢野（座長）：

すべての取り組みが質の向上につながるという視点が印象的であった。チーム力の最大化に向けて、ぜひ参考にさせていただきたい。

総合討論



総合討論風景

総合討論では、QIの活用や病院の質向上に向けた取り組みについて議論が交わされた。矢野論学会長は、QIの比較は病院間ではなく、院内での推移を重視すべきと指摘。総合診療医と特定看護師がチーム医療の中心になる必要性を述べた。

飯田達能氏は、QIのデータ収集における電子カルテの活用の課題を指摘し、診療報酬データを用いる方法も有効であると説明した。病棟ごとの比較を通じて誤嚥性肺炎の予防策が改善された事例を紹介し、データの活用が重要であると述べた。

武久敬洋氏は、慢性期病院では総合診療医の役割が重要であり、育成と雇用を進める必要があると述べた。また、チーム医療の質向上のためには多職種連携が不可欠であり、職員満足度の指標化も検討すべきとした。

会場からは、永生病院TQMセンターの担当者らが発言。臨床指標のデータ収集を習慣化する必要性や、電子カルテの仕様によるデータ抽出の課題、職員満足度を指標化する際の難しさについて意見があった。飯田氏は、JMC（日本慢性期医療協会誌）における症例等の共有・活用によりチーム医療の質向上を図るべきと提案した。

■ QIの収集に電子カルテが不可欠か

○矢野（座長）：

慢性期医療の質について考えると、その奥深さが

改めて実感される。質とは何かを考えれば考えるほど、多様な視点が必要であり、サイエンスとアートの両側面が関与してくるのではないかと。

まず、QIについて飯田先生にお聞きしたい。データの収集は非常に大変かと思うが、電子カルテの導入状況は、日本全体で50%前後といわれている。QIの収集には電子カルテが不可欠であると考えているが、先生のお考えを伺いたい。当然ながら、永生病院では電子カルテを活用していると思うが、紙の記録と比較してどのような利点があるか、ご意見を伺いたい。

○飯田：

データをどこから、どのように収集し、それが適切であるかどうかを明確にすることが重要である。また、データを出しやすくする仕組みも求められる。こうした点で、TQMセンターの副センター長が私以上に苦勞してきたため、その経験を共有していただきたい。

■ 臨床指標のデータ収集を習慣化する

○佐藤れい子氏（永生病院TQMセンター副センター長）

当院には、臨床指標を収集する部署が複数存在し、例えば、褥瘡・抑制・転倒・転落は看護部、血液培養2セット以上の割合は検査科が担当している。電子カルテを導入しているからといって、必ずしも自動的にデータが取得できるわけではない。特に看護部では、指標の種類が多いため、現場での負担が大きいのが現状である。

当初はデータの収集に不慣れであったものの、様々な指標の収集事業に参加することで、徐々にデータを出すことに慣れていった。重要なのは、各部署が求められている分母・分子の数値を毎月適切に収集し、それを比較・分析する習慣を確立することである。

毎月のデータは病棟単位でも全体平均でも出されるため、年度ごとの推移を確認しながら、問題点を

特定できる。例えば、誤嚥性肺炎に関しては、病棟ごとに患者の特性が異なるため、発生率にも違いが生じる。寝たきりの患者が多い病棟では、誤嚥性肺炎の発生率が高くなる傾向がある。全体の平均値と比較することで、A病棟とB病棟では誤嚥性肺炎の発生率に大きな違いがあることがわかる。

この数値をもとに、関係する職種——看護師、介護職、リハビリスタッフ、医師などが、該当病棟の誤嚥性肺炎の発生率が高いことを認識し、口腔ケアの頻度や方法の見直し、患者の特性に応じたケアの改善を進める。

また、入院患者の特性は年度ごとに変化するため、「今年は重症患者が多い」「医師の交代によって治療方針が変わった」などの要因も影響する。これらを数値で比較・分析し、改善につなげることが、臨床指標の活用方法として重要である。そのため、まずは臨床指標のデータを収集し、毎月出すことを習慣化することが不可欠である。

■ 現場の負担を軽減しながら収集・活用

○飯田：

数値を出す作業については、比較的容易に取得できるものも存在する。TQM センターの事務局を担当している水島氏に説明をお願いしたい。

○水島啓氏（永生病院 TQM センター事務局）

臨床指標の多くは本来であれば電子カルテから自動的に取得できることが望ましいと考えている。しかし、当院の電子カルテのバージョンがやや古いため、必要なデータを十分に抽出できないという課題がある。

今回、医療の可視化プロジェクトに参加した際、診療報酬データから集計できる項目が多いことに気づいた。これは新たな発見であり、電子カルテだけに依存せずにデータを取得する方法があることを確認できた。

私は臨床検査技師および臨床工学技士として勤務しているため、診療情報の取り扱いには必ずしも精通しているわけではない。しかし、最終的に扱うのは数値データであるため、それをどのように集計し、

活用するかをデータサイエンスの視点で考えれば、現場の負担を軽減しながら指標の収集・活用が可能になると考えている。

■ 職員満足度などの指標は検討課題

○矢野（座長）：

続いて、会場からお願いしたい。

○会場：

私は理学療法士をしている。今回のテーマは臨床指標を用いた慢性期医療の質評価についてであるが、従業員の状態を指標に組み込むことについて、今後の方向性やその重要性についてのお考えがあれば、ご教示いただきたい。

○武久：

私が考えていることとして、QI と同様に、職員満足度の評価も非常に難しいという点が挙げられる。例えば、職場環境が過度に緩ければ、職員満足度の数値は高くなる可能性がある。一方で、適度な負荷があり、やりがいと一定の厳しさを伴う環境の中で成果を上げるチームにおいては、必ずしも共通した指標を適用できるとは限らない。

また、離職率なども職員の状態を測る指標になり得るが、その数値は時期によって大きく変動する。例えば、当グループでは M&A 直後の病院では離職率が一時的に大きく上昇する傾向があるが、一定期間が経過して組織が安定すると、離職率は落ち着いてくる。このように、職員の状態を測る指標は単純に数値化できるものではなく、状況に応じた解釈が求められる。

現時点では、職員の状態を評価するための最適な指標について、決定的な答えは見つかっていない。ただし、今後もこの課題について検討を重ね、適切な評価手法を模索していく必要があると考えている。

■ 若手の総合診療医を増やしていく

○矢野（座長）：

離職率については、最初の CI 策定時に提案として挙がっていたが、さまざまな要因が影響するため、

指標として用いるのは難しいかもしれないが、スタッフの専門性を高め、チーム医療全体の質を向上させるという考え方に深く共感する。

ただ、医師に関する話あまり出ていない点が気になっている。先ほど「医師が怖いので」という話があったが、実際のところ、医師の関与の仕方は病院やグループごとに異なると思われる。医師はどのように関与しているのか。現状では、医師が何をしているのかがやや見えにくい印象を受ける。リーダーとしての役割を果たしているのか、お聞かせ願いたい。

○武久：

この点については、なかなか言いにくい部分もあるが、まさに矢野先生が指摘されたとおり、「総合診療ができる医師を増やしたい」と考えている。そのため、グループ内の医師が総合診療の重要性を理解し、それを実践するための取り組みが必要であると認識している。

現在、グループ内ではまだ十分な対応ができていないが、回復期・慢性期医療においては、臓器別の専門医よりも総合診療医の方が求められる場面が多いと考えている。もちろん、臓器別専門医の知識や経験もバックボーンとしては役立つが、総合診療の視点を持つことがより重要である。そのため、グループ内の医師に総合診療の技術を身につけてもらうとともに、総合診療医の採用、特に比較的若手の総合診療医を増やしていくことを目標に掲げ、少しずつ取り組みを進めている。

■ 特定看護師と総合診療医がチーム医療を牽引

○矢野（座長）：

当会の総合診療医認定講座は第 10 回を迎えた。総合診療医向けのテキストも 2016 年に発行され、私が執筆したあとがきには「QOL を最大限に維持・向上できる方策を作り出すこと」が明記されている。この点は、先ほどの武久先生の発言とも共通する部分がある。

もちろん、総合診療医だけでなく、専門性も一定のレベルが必要である。さらに、特定看護師と総合

診療医が「車の両輪」となり、チーム医療を牽引する形が理想であると考えます。日慢協の特定行為研修では 9 区分 16 行為を必修としており、これは総合診療の視点とも深く重なる。

チーム医療の中で、リーダーやキーパーソンとして最適な人物が適切な役割を担うことが理想的である。慢性期医療において、チーム医療こそがその本質であり、総合診療医がいなければ日常診療が成立しないといっても過言ではない。

QI に関しては、どうしても他院との比較がされがちである。先ほど飯田先生が「恥ずかしながら」と述べていたが、本来はベンチマークを自院内で設定し、前月や過去のデータと比較しながら PDCA サイクルを回していくことが基本である。しかし、公表時には他院との比較が避けられないため、慎重な取り扱いが求められる。

公表の際には、患者層の違いや病院の特性を考慮し、単純な数値比較に陥らないことが重要である。他院との比較よりも、自院のデータを基にした継続的な改善に焦点を当てるのが、真の質向上につながると思っている。比較したくなる気持ちは理解できるが、指標の本来の目的を見失わないようにすることが重要である。

■ JMC の症例を活用してチーム医療を

○飯田：

チーム医療の教育に関して、日本慢性期医療協会が発行する JMC という雑誌をご存知だろうか。その JMC の雑誌には、さまざまな症例が掲載されている。これらの症例では、現場で生じた課題や悩みが提示され、それに対して各病院のチームがどのように検討し、対応したのかが紹介されている。

このような情報を活用することで、チーム間の連携が向上し、それぞれの職種がどのような視点を持っているのかを理解しやすくなるのではないかと考える。ぜひ積極的に活用していただきたい。

○矢野（座長）：

本シンポジウムで得た知見が、明日からの日常診療や介護の現場で役立つことを願っている。



地域病病連携推進機構シンポジウム

高齢者救急における病病連携の現状と課題

座長：小山信彌 東邦大学医学部 名誉教授
高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授
基調講演：眞鍋 馨 厚生労働省大臣官房 厚生科学課長
シンポジスト：松本 悟 豊中平成病院 院長
益子邦洋 南多摩病院 院長
具嶋泰弘 済生会熊本病院 管理運営部長



本シンポジウムでは、高齢者救急医療に関する課題と、地域連携による解決策が議論された。高齢者の増加に伴う救急医療の逼迫に対し、地域包括医療病棟の役割や「急慢連携」の重要性が指摘された。

基調講演で眞鍋馨氏は、令和6年度の診療報酬改定の背景や考え方を紹介。地域包括医療病棟の新設、新たな地域医療構想に向けた方向性などを示した。

松本悟氏は、三次救急の逼迫を解消するため慢性期病院との架け橋となる「大阪緊急連携ネットワーク会議」の取り組みなどを紹介。地域全体での連携が機能していることを伝えた。益子邦洋氏は、東京・八王子市で病院救急車を医師会事業として運用する

取り組みなどを通じて、急性期病院の負担軽減に寄与していることを示した。具嶋泰弘氏は、熊本市の医療体制について、適切な機能分化により効率的な医療提供が実現されていることを報告した。

座長を務めた高橋泰氏は、地域ごとの課題を踏まえた柔軟な対応が求められるとまとめ、今後の診療報酬改定や医療提供体制の変化に適応することが重要であると指摘した。小山信彌氏は、次回のシンポジウムで地域包括医療病棟を運営する関係者を交え、さらなる議論を深めることを提案し、本シンポジウムを締めくくった。

■ 救急本来の役割を十分に果たすためには

○座長：小山信彌氏（東邦大学医学部名誉教授）

令和6年度の診療報酬改定において、高齢者救急が大きな話題となった。問題の本質は、高齢者救急が増加の一途をたどる中、それをどのような機能を有する病棟で受け入れるべきかという点にある。一般の救急病院に搬送されると、高齢患者は入院期間が長期化する傾向があり、結果として救急本来の役割が十分に果たせなくなる恐れがある。

当初、高齢者救急に重点的に対応する病棟として「地域包括ケア病棟」が適しているのではないかと、いう意見もあった。しかし、「高齢者救急」と一口に言っても幅広く、13対1の看護配置で対応できるのかについて、中医協において議論が行われた。その結果、高齢者救急を重点的に受け入れる病棟として、新たに10対1の病棟基準が設けられ、「地

域包括医療病棟」が創設されるに至った。

本シンポジウムでは、最初に、令和6年の改定時に医療課長を務め、現在は厚生労働省大臣官房厚生科学課長である眞鍋氏に、この経緯についてご講演いただく。

その後、3人のシンポジストから、現状の課題や実際の運用について具体的な報告をいただく。



（左）小山信彌氏、（右）高橋泰氏

【基調講演】 高齢者救急における病病連携の現状と課題 ～令和6年度診療報酬改定と新たな地域医療構想～

厚生労働省保険局 前医療課長

厚生労働省大臣官房 厚生科学課長 眞鍋馨

令和6年度診療報酬改定を担当した眞鍋馨氏は、新たな地域医療構想を踏まえた今後の課題を示した。今改定については、高齢者救急の受け皿となる地域包括医療病棟の新設や、救急患者連携搬送料の創設をはじめ、入院医療の機能分化・連携の強化を推進する方針の背景を詳細に解説。2040年以降の医療需要を見据え、地域医療構想の見直しが必要であると指摘し、病床数の増減だけでなく、外来・在宅・介護との連携を含めた総合的な医療提供体制の構築が求められるとの認識を示した。

また、急性期・回復期・慢性期の区分を見直し、高齢者の救急医療に適した病棟の整備が進められるべきと指摘。マンパワーの制約を考慮し、効率的な

医療提供を実現する必要があるとした。

■ メッセージを込めた令和6年度改定

○眞鍋馨氏（厚生労働省大臣官房厚生科学課長）



眞鍋馨氏

令和6年度改定を担当した立場から、高齢者救急に関する議論の経緯と、それを踏まえた改定の内容について述べたい。今改定では、高齢者救急の受け入れ先として、地域包括ケア病棟だけでなく、新たに地域包

括医療病棟を設置し、さらに下り搬送の評価として救急患者連携診療料を新設した。医療・介護現場へのメッセージを込めた改定内容も盛り込んでいる。本日は、これらの改定内容について詳細を説明するとともに、今回の診療報酬改定がどのように進められるのかを紹介する。

また、学会や病院団体において、今後どのようなデータを準備すれば厚生労働省が中医協で紹介できるのか、それを次回の改定にどのように反映できるのかについても説明する。

後半では、新たな地域医療構想についても触れる。現在、新たな地域医療構想の策定に向けた議論が進んでおり、その中で高齢者救急は重要な柱の一つとなっている。この構想は、中医協での議論も踏まえている。高齢者救急の受け入れをめぐることは、以前の改定でも継続的に議論されていた。当時、医療課長を担当した森光敬子氏は現在の医政局長であり、地域医療構想の議論を主導している。診療報酬改定と医療制度改革は、このような継続性を持って進められている。このような観点も踏まえながら、本講演を聞いていただければ幸いである。

■ 高齢者の救急搬送は今後も増える

本題に入る。まず日本の人口推移について。高齢者の総数は今後大幅には増加しないものの、より高齢の層が増加する傾向にある。特に、85歳以上の人口が増加し、同時に若年層は減少する。高齢者人口の増加に伴い、高齢者の救急搬送人員も増加している。特に、軽症および中等症の患者が増加傾向にある。この10年間で、小児および成人の救急搬送件数は減少しているのに対し、高齢者の救急搬送、特に軽症および中等症の搬送が増加している。

確かに、中等症・軽症と分類される中にも重症患者が含まれることは指摘されているが、全体の傾向を理解するために、統計としてこのように示している。

救急搬送の疾病について、10年前と現在を比較すると、脳血管疾患の項目と並んで、「症状・兆候、診断名不明確」という分類で搬送される患者が増加している。

私自身も地方の病院を訪問する機会が多いが、地域によっては「高齢者救急搬送は増えていない」という報告も出始めている。しかし、人口の多い地域では今後も高齢者の救急搬送が増加すると思われる。

■ 平成25年の報告書の「基本的な考え方」

今改定の議論の背景として、平成25年8月6日の社会保障制度改革国民会議報告書を紹介する。この報告書は、医療提供体制の改革を進める方針を取りまとめたものであり、「地域医療ビジョン」として示されたものが、現在の「地域医療構想」へと発展した。この国民会議は税と社会保障の一体改革の一環としてまとめられたものであり、消費税率を5%から10%に引き上げることが決定され、その増収分の活用法のほか、医療改革の方向性が示されている。基本的な考え方として、「病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要である」と記されている。さらに、「これまで長く求められてきた要望に応え、『地域完結型』の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直す」とされている。

また、「機能分化とネットワークの構築」に関しても言及されており、「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床で適切な医療を受けられるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入する」という方針が、すでに10年前の段階で示されていた。

こうした経緯を踏まえ、現在、急性期病院の機能集約などの取り組みが進められている。今改定も、これらの方針を背景として進められている。

■ 同時改定に向けた意見交換会で議論

こうした経緯を踏まえ、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」が開催された。そのテーマ3「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療」の議論において、委員から「要介護の高齢者に

対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべき」との意見や、「医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべき」などの指摘があった。すなわち、改定の約 1 年前から、このような議論が進められていた。

中医協では、令和 5 年 7 月に「入院について（その 1）」をテーマに議論がなされ、高齢者の急性期医療に関して多くの意見が交わされた。誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療に関しては、地域包括ケア病棟の対応強化が求められるものの、看護配置が 13 対 1 であることから救急医療の対応には限界があると指摘された。また、2025 年に団塊世代が後期高齢者となることを見据え、病床の機能分化と連携を進める必要があり、高齢化の進行に伴い急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合が増加していることから、機能分化による効率的な医療の評価をより一層強化すべきであるとの意見もあった。

また、高齢者の救急搬送を効率的に行うためには、医療機関同士の連携や医療機関と高齢者施設の協力が不可欠であり、救急隊による適切なトリアージを行うことが重要であるとの指摘もあった。これらの議論は改定に向けた方向性を示すものとなった。

■ 急性期でリハビリ提供「0～2%」も

同時改定の意見交換会では、安静臥床の弊害に関する資料も示した。安静臥床は筋力低下をはじめ、全身に悪影響を及ぼす。

これに関連して、入院料ごとのリハビリ 1 日平均単位数を見ると、リハビリを実施している患者に対する 1 日平均単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する病棟では 5.36 単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料 1 を算定する病棟では 2.00 単位であった。これは、病棟ごとに提供されるリハビリテーションの量に大きな差があることを示している。

リハビリを担当するスタッフは、地域包括ケア病

棟や回復期リハビリ病棟に多く配置されている。一方で、急性期一般入院料 1 の病棟では、リハビリスタッフの配置が少なく、結果としてリハビリの提供も限定的となっている。また、65 歳以上の入院患者に対するリハビリ実施率の分布を示すデータでは、中央に分布のピークがある一方で、0～2%の実施率にとどまる病院も存在している。急性期一般入院料 2～6 におけるリハビリ実施率では、0～2%の病院が非常に多く、10 対 1 の病院ではリハビリの実施が極めて少ない。逆に、リハビリを積極的に実施している施設もあり、そのような違いが明確に示されたことも重要である。

■ 「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の新設

今改定では、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」を新設した。リハビリ・栄養管理・口腔ケアを一体的に考える必要があるという方針は前回の介護報酬改定でも打ち出しており、今回の診療報酬改定においてもその推進を図るものである。

急性期における休日リハビリの有効性は示されており、アウトカムの改善が確認されている。一方で、一次脳卒中センターの 24%では土日にリハビリが提供されていない実態がある。

入院時の高齢患者の栄養状態に関する調査では、42%が低栄養リスクを指摘され、26%が低栄養状態であった。また、高齢入院患者において、栄養状態の不良と生命予後の悪化には関連がみられることが確認されている。

高齢者施設に入所している場合は別として、自宅で生活する高齢者は自身で食事を整えることが多く、改善の機会が限られている。その結果、低栄養の状態が持続する傾向にある。このような状況に対し、管理栄養士などの専門職が介入し、栄養状態の改善を図ることが重要である。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理の効果については、急性期病院において入院後 48 時間以内に全患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある患者に対して管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個

別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の臨床的悪化や全死亡率の低下が報告されている。

また、管理栄養士の病棟配置による効果として、病棟に管理栄養士が配置されている場合、入院後に管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短縮され、入院期間中の体重減少量および体重減少率が抑制されることが示されている（出典：日本臨床栄養学会雑誌）。この因果関係については、論文化されるほどのメカニズムとしては証明されていないが、管理栄養士が配置されているほうが臨床アウトカムが良好であることは明らかである。

病院団体による調査などを通じて、より厳密な研究が進められることが望ましいが、私たちは日々、リアルワールドに近い判断を求められている。したがって、このようなレベルのデータでも構わないので、提示されることは有意義であると考えられる。

■ 地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟

入院料全体の見直しについては、先ほどの報告書に示されているとおり、急性期医療の集約化を進めるとともに、回復期においてもよりメリハリをつける方向で進められた。療養病床については医療区分の見直しを実施した。

平成18年の診療報酬改定時に私は医療区分の担当を務めたが、その際に「もう少し踏み込みたかった」と感じた点を今回の改定で反映することができた。18年ぶりにこの分野に関与できたことは、行政官として非常に感慨深いものであった。

今改定における重要なトピックとして、地域包括医療病棟が挙げられる。急性期医療の集約化を進めると同時に、高齢者救急を適切に受け入れる病棟タイプの整備を図った。特に、看護配置13対1では対応に限界があるため、10対1への移行を推進する方針とした。

今回の改定により、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟が高齢者救急の中心的な役割を担うことが期待されている。この方針を明確に示すことが、本改定の重要なメッセージである。

■ 身体的拘束を最小化する取組の強化

入院基本料については、点数を引き上げるとともに、新たな要件を追加している。私が老人保健課長として介護報酬改定を担当した経験から、強く推進したいと考えたのが「身体的拘束を最小化する取組の強化」である。

身体的拘束を最小化することにより、患者の尊厳を保持することが最大の目的であるが、それだけでなく、褥瘡の発生を防ぎ、安静臥床による障害を減少させる効果も期待される。確かに、これには一定の手間がかかるが、医療の質の向上に寄与する重要な取り組みである。

急性期病院の医師にとっては、この要件の追加により「ハードルが高くなった」と感じる場合もあるかもしれない。

しかし、こうした身体的拘束の最小化の取り組みは、急性期病院においても積極的に推進すべきものである。

■ 地域の救急がどう変わるか

地域包括医療病棟の新設当初から、「非常に厳しい」という指摘を受けている。では、どのような病棟から転換することが想定されているのか。

まず、複数の7対1病棟を有し、救急も受け入れている病院において、高齢者の救急患者の割合が高い場合、そのうちの1病棟を地域包括医療病棟に転換することが考えられる。

もう1つの典型的な転換パターンとしては、複数の地域包括ケア病棟を持ち、実質的に10対1の看護配置を維持し、看護加算を取得している病院が、1病棟を地域包括医療病棟に転換するケースがある。これらの病院では、セラピストの配置も充実しているため、スムーズな移行が可能と考えられる。

今後の課題として、地域包括医療病棟を有する病院の状況を検証し、さらなる改善に努めることが求められる。具体的には、どのような病棟から移行したのか、地域の救急体制がどのように変化したのかを分析し、次回の改定に生かしていく必要がある。

地域包括医療病棟の新設とともに、初期診療後の

救急患者の転院搬送を評価する「救急患者連携搬送料」を新設した。適切なトリアージを行い、必要な医療を見極めた上で、高度急性期医療機関での対応が不要と判断された場合に、地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟へ搬送することを評価する仕組みを設けた。今後、算定回数を分析し、この評価がどの程度活用されているかを検証しながら運用を改善していくべきであろう。

■ 今改定の資料は過去平均の1.5倍

今回の中医協の資料は、過去の改定と比較して相当な分量となっている。私自身、秋から冬にかけて資料を確認する中で、これまでの医療課長のプレゼンテーションと比べても、今回の改定では新しい資料が次々と追加され、1回のプレゼン資料が100枚にも及ぶことがあった。その膨大なデータを読み解きながらプレゼンを行う必要があり、これまで以上に詳細なデータを示した。エビデンスベースの改定になったと考えている。

途中で「ついていけない」との指摘を受ける場面もあったが、こうしたデータに基づく改定は、次回以降の改定や将来の振り返りにおいて重要な資料となる。これらのデータを基に入院料の設定や各種評価指標の妥当性を検証できるよう、詳細な資料を作成することが求められる。

中医協に提出した資料の総枚数は、過去の平均と比較して1.5倍であったとの報告もあり、今改定の規模の大きさを改めて実感している。

このようなデータは、厚労省としても日々調査を進めており、各学会にもデータ提供を依頼することがある。改定に向けた議論は、厚労省内ではすでに年明けから始まっており、再来月には中医協において「改定の進め方」に関する資料が提示される見込みである。

この時期には内部での具体的な議論が始まっているため、医療課の担当者との定期的な意見交換や、必要な資料の確認、情報共有を進めていただくことが望ましい。

改定論議の山場は11月から12月であるが、その時期になってから資料を準備すると間に合わない

ことが多いため、スケジュールを考慮し、早めの準備を進めることが重要である。

■ 回復期機能が議論の焦点

最後に、新たな地域医療構想について説明する。現在の地域医療構想は、国民会議の報告書を経て、地域医療ビジョンから地域医療構想へと発展した。地域医療構想は、中長期的な人口構造の変化や地域の医療ニーズの質・量の変化を踏まえ、医療機関の機能分化・連携を推進し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を目的としている。

病床機能については、都道府県が各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の医療機能ごとに推計し、地域医療構想として策定している。

各医療機関は、現在の病床機能と今後の方向性を「病床機能報告」として都道府県に報告する。これに基づき、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議が実施される。また、都道府県は「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援している。

2023年度の病床機能報告の結果によると、現行の地域医療構想の評価は8月に行われた。

地域医療構想は2025年、すなわち来年度までを目標としている。資料を見ると、病床数は減少し、おおむね目標を達成していると評価されている。しかし、その中で特に指摘されているのが、回復期の機能をより明確化すべきであるという点であり、今後の議論の主な焦点となりつつある。

■ 圏域の重層性も含めて議論

現行の地域医療構想が策定された際、高度急性期・急性期・回復期・慢性期という区分は、病棟ごとの医療資源投入量を基準として設定されたものである。したがって、どのような患者が入院しているのかを精緻に分析したものではない。

しかし、急性期病棟では高度な医療資源が投入されており、その観点から機能を区分する手法は一定の妥当性があったと考えている。また、慢性期医療

の区分を明確にした点も評価できる。一方で、医療機能の性格付けやあり方を議論する上で、特に検討が必要なのは回復期の区分である。

現行の地域医療構想の評価については、2040年の人口構成を地域ごとに分析した資料を提示している。それによると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少する一方、大都市部では高齢人口が増加し、過疎地域では減少する傾向にある。地方都市部においては、高齢人口が増加する地域と減少する地域が混在している。

では、新たな地域医療構想の基本的な方向性はどのような内容か。病床の機能分化・連携を中心とした現行の地域医療構想を発展させ、2040年以降を見据え、すべての地域・すべての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築する。そのため、入院医療に限らず、外来医療・在宅医療・介護との連携を含めた、医療提供体制全体を視野に入れた新たな地域医療構想を策定する。単に病床数の増減を議論するのではなく、外来・在宅・介護との連携を強化し、地域全体の医療提供体制を俯瞰した構想を目指す。また、「限られたマンパワーのもとで、より効率的な医療提供の実現」を図るため、制約条件も考慮する必要がある。

2024年3月には、この方針に関する資料を提示し、地域の特性を考慮しながら、郡部や都市部の違いにも対応した計画を検討すべきであることを示した。

■ 高齢者救急は変革が求められる分野

新たな地域医療構想においては、病床機能・医療機関機能の整理を進める必要がある。その際、①病

床区分ごとの必要量、②医療機関機能の明確化、③医療機関の報告等の3つの観点を基に、医療提供体制の構築を進める方針である。

すなわち、「高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能」「在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能」「救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能」の3つの機能が鍵となる。

これらの機能は、それぞれ異なる圏域の広さを持つ。ここにいる医療関係者であれば、この違いを容易に想像できるだろう。例えば、救急医療等の急性期医療は広域な視点が求められる一方、在宅医療はより小規模な圏域で展開される。このように、圏域の重層性を考慮しながら、地域医療構想の議論を進めることが求められる。

スケジュールとしては、本年中に検討をまとめ、来年度にガイドラインを策定する。都道府県に対しては、令和8年度に新たな地域医療構想の策定を実施し、令和9年度からの運用開始を想定している。

まとめとして、将来の医療需要に対応するため、提供体制の転換が必須である。また、医療の質の向上も求められており、高齢者救急はまさにこうした変革が求められる分野である。この変革は、病院のみならず、自治体、消防機関、診療所、高齢者施設など、広範な関係者の合意のもとで実現していくことが重要である。

○小山（座長）：

まさに今回の改定は、非常に大きな変革を伴うものであった。データを基に新たな枠組みを構築するという大変な改定であったと思う。感謝を申し上げる。

【講演 1】 3次救急医療機関と慢性期病院との架け橋 ～大阪緊急連携ネットワーク会議からの報告～

豊中平成病院 院長 松本悟

松本悟氏は、大阪緊急連携ネットワーク会議の活動、三次救急医療機関と慢性期病院の連携などを通じて取り組みを報告した。ネットワーク会議は2008年に発足し、三次救急の負担軽減を目的に、慢性期病院への転院を支援する。現在、大阪府内のほとんどの三次救急医療機関が参加し、慢性期病院の協力のもとで運営されている。松本氏は、連携を通じて約1900例の相談が寄せられ、約1200例が転院に至ったものの、慢性期病院への転院が困難な症例も存在し、社会的背景が不明な患者の受け入れや、支払い能力の確認に時間を要することが課題であると指摘。また、救急患者連携搬送料の対象となる「下り搬送」は一定数存在するが、入院調整や病状説明に時間を要し、迅速な対応が難しい実態があると伝えた。このほか、慢性期病院ではベッドコントロールの関係上、空床が限られており、当日入院の受け入れが困難な場合が多い状況を報告した。

■ 軽症・中等症の救急で逼迫

○松本悟氏（豊中平成病院院長）



松本悟氏

大阪における三次救急医療機関と慢性期病院のネットワークは15年以上にわたり運用されており、日本慢性期医療協会の発案を受けて立ち上げられた。その経緯と成果について、ご報告させていただきます。

「大阪緊急連携ネットワーク会議」が始まったのは2008年。私が豊中平成病院に勤務する以前、急性期病院で勤務していた当時のことである。2007年、大阪において脳出血

を発症した妊婦が、約20の医療機関で受け入れを断られた末に、国立循環器病研究センターに搬送され、分娩後に死亡するという事例が発生した。これが社会的な問題となり、三次救急の逼迫が指摘されるようになった。

当時は救急搬送件数の増加が顕著で、大阪府では二次救急の受け入れ数が激減していたこともあり、2008年頃にはその影響がピークに達しており、三次救急機関の疲弊が深刻化していた。この問題は新聞報道でも大きく取り上げられ、「救急医療の危機」や「救急体制の崩壊」といった見出しが目立った。

国立病院機構大阪医療センターの当時の資料によれば、三次救急医療機関における受け入れ拒否の主な要因は、「処置中で対応が困難」「収容可能な病床が不足」「三次救急の適応外患者の増加」などであった。特に、二次救急の減少により、軽症・中等症の患者が三次救急医療機関に搬送されるケースが増加し、それに伴い病床が逼迫する状況が生じていたとされる。

■ 武久前会長、「なんとかできないか」

2008年、当時の三次救急の逼迫に対し、何らかの対応が必要であるとの認識が広がっていた。これを受け、日本慢性期医療協会の武久洋三会長（当時）が「三次救急の逼迫を慢性期病床で、なんとかできないか」と提案し、現在の副会長である井川誠一郎先生が大阪で中心となって対策を講じることとなった。

その第一歩として、「急性期病院と療養病床との連携カンファレンス」の第1回が2008年10月に開催された。このカンファレンスには、大阪府内の三次救急病院および日本慢性期医療協会に所属する病院が参加した。

対象患者は、三次救急で急性期治療を終え、慢性期病棟で受け入れ可能と判断された患者の早期転院を目的とするものであった。また、三次救急の適応外である軽症・中等症の肺炎、尿路感染、脱水、食欲不振などの患者を、症状が完全に安定する前の段階でも速やかに受け入れ、三次救急病院の病床逼迫を緩和することを目指した。この取り組みは、「大阪緊急連携ネットワーク会議」と呼ばれ、現在も活動を続けている。

■ 三次救急と慢性期、「スムーズに連携」

2008年当時、国立病院機構大阪医療センターが三次救急の中心的役割を担い、大阪市立総合医療センター、大阪急性期・総合医療センター、大阪府泉州救命救急センター、千里救命救急センターの計5つの三次救急医療機関が連携して取り組みを開始した。

当時、慢性期医療機関は約20施設が参加していたが、現在では大阪府下のほとんどの三次救急医療機関が参画し、慢性期医療機関も37病院に増加し、広範囲にわたるネットワークを形成している。慢性期医療機関については、当グループが中心となって運営を担っている。

豊中平成病院が「大阪緊急連携ネットワーク会議」の本部として運営をしてきた。先述の5つの三次救急医療機関が中心となり、徐々に参加施設が増加していった。当初は、三次救急医療機関にとって、慢性期病院や療養病院がどのような役割を果たし、どのような治療を提供しているのかが明確でなかったため、情報共有の必要性が指摘されていた。実際、当時の議事録には「慢性期病院について詳しく知りたい」との要望が記録されている。

このような背景から、本部である当院が三次救急医療機関からの患者の受け入れ先を調整し、連携を主導してきた。しかし、長年にわたるネットワーク会議の継続により、現在では三次救急医療機関と慢性期医療機関との連携が各地域で確立され、スムーズな連携が実現されている。

■ 連携相談数は1986例、実務者会議は32回

このネットワーク会議は、具体的には、実務者会議と全体会議がある。実務者会議は、社会福祉士や看護師などの地域連携担当者を中心となり、春と秋の年2回開催される。一方、全体会議は医師も交え、夏と冬の年2回開催され、併せると年間4回、3カ月ごとに実施されている。

実務者会議では、地域連携担当者が主体となるが、私は本部として井川先生とともに参加している。これらの会議では、ネットワークを通じて対応した患者の報告や、意見交換が行われている。

2008年12月から2024年10月までの連携相談数は1986例であり、男性1187名、女性799名、年齢は6～105歳（平均70.9歳）であった。三次救急から慢性期病院への相談までの日数は0～353日、平均23日。疾患別内訳では、脳血管疾患（25%）、整形外科疾患（15%）、外傷・その他（17%）が多く、呼吸器疾患（14%）、心肺停止後の蘇生後脳症（8%）も含まれる。脳血管疾患には外傷性出血や、整形外科疾患では外傷性骨折が含まれるので、実際の外傷例の割合はさらに高い可能性がある。病態については、人工呼吸器管理が12.3%、気管挿管が1%、気管切開が約30%、酸素投与が30%、頻回吸引が40%と、処置を要する重症例が多い。

これらのデータから、三次救急と慢性期病院の連携において、重症患者の受け入れが重要な役割を果たしていることがわかる。

■ ネットワークで調整して61%が転院

救急入院から転院依頼までの期間については、入院後1週間が経過し、2～3週間の時点での相談が多いが、早期に相談が入る症例も一定数存在する。

1986例のうち、当ネットワーク会議に参加する病院へ転院した症例は1213例（61%）であった。一方、「調整前キャンセル」（223例、11%）および「調整後キャンセル」（442例、22%）の合計が665例（約33%）となり、これらは他の病院に決定した例や病態悪化によるキャンセルを含む。「完全不調」（105

例、6%）は、患者の病態が慢性期病院での受け入れが困難であった場合や、家族の意向で転院が見送られたケースを指す。

転院調整が完了した 1213 例については、相談から慢性期病院への入院までの期間を短縮することが課題となっている。ネットワーク会議においても、転院までの期間を短縮する方策が議論されているが、現状では平均 12 日を要しており、実際には 1～2 週間の調整期間が必要となっている。今後、さらなる迅速化が求められる。

■ 生存退院は 51～64%、「頑張っている数字」

転帰についてはどうか。慢性期病院に転院した 1213 例のうち、自宅または施設へ退院した患者は全体の 51%であった。この数字の評価は難しいが、療養病棟の死亡率が約 50%とされることを踏まえると、重症例の多い三次救急からの患者転帰として、51%の生存退院率はそれなりに頑張っている数字で、一定の成果を示していると考えられる。大阪府内の慢性期病院ネットワークに属する病院の治療成績として、この数字が一つの指標となる。なお、転院後の死亡率は 33%であった。

また、急性期病院・三次救急から慢性期病院へ転院し、病状が安定した後、半年から数年にわたり入院を続ける患者も一定数存在する。そのうち、3 カ月以上経過後に死亡した患者は「遠隔期死亡」として分類され、全体の 20%を占める。

遠隔期死亡の多くは、急性期の治療を乗り越え、安定した状態を維持していた患者であり、慢性期病院での長期療養の中で死亡に至ったケースである。

この円価格期死亡と、転院後に他の病院へ移動し追跡不能となった患者を除外した場合、自宅または施設への退院率は 64%となる。この数字は、慢性期医療機関が果たしてきた成績であり、評価されて良い数字だと考えている。

■ 三次救急の不応需は減少

2007 年～2008 年当時、大阪医療センターの不応需件数は月 50 件を超えるほど増加し、深刻な状

況であった。その後、2018 年～2019 年には 10～20 件程度にまで減少し、コロナ禍の影響を除けば、以前の水準に戻ったと報告されている。三次救急機関の対応努力に加え、当ネットワーク会議の活動も一定の貢献を果たしている可能性がある。

一方で、高齢患者の入院は著しく増加しており、三次救急機関では一晩で 100 歳以上の肺炎患者が 3 名入院するケースも報告されている。病床逼迫の状況は依然として厳しく、対応の難しさが続いているのが現状である。

■ 独居高齢者、外国人患者などの課題も

三次救急医療機関が直面する現状と課題について述べる。依然として不応需は一定数発生しており、高齢者の入院が急増している。特に独居高齢者が多く、社会的背景が不明なケースが増加している。

高齢患者の中には、数日前まで自立して生活していたが、急変し救急搬送される事例が少なくない。しかし、こうした患者については、介護保険の適用状況や受診歴、さらには支払い能力の有無など、必要な情報が不足していることが多い。

これらの情報を確認するには時間を要し、その結果、転院調整が遅れる要因となる。また、民間の慢性期病院が中心となる受け入れ体制では、経済的背景が不明な患者の受け入れが困難となり、転院が円滑に進まない場合がある。このような課題が、三次救急医療機関と慢性期病院の連携における障壁となっている。

近年、外国人患者の受診が増加している。社会問題として取り上げられることが多い。病院側の負担で治療を行った後、回復次第速やかに帰国してもらうケースが多い。一方、留学生や技能実習生については、支払い能力に関する課題がさらに深刻であり、今後も医療機関にとって重要な問題となることが予想される。

また、最近の 1 年間では、自殺企図や極端な体重減少による衰弱状態で救急搬送される摂食障害のケースが増加している。これらの患者は治療を通じて症状が安定することが多いが、基礎に精神疾患を有しているため、慢性期病院での受け入れが困難な

場合が多い。

慢性期病院の多くは精神科医のサポート体制が整っておらず、救急医療機関でも転院調整が難航するケースが少なくない。これが現在の三次救急医療機関における大きな課題の一つとなっている。

■ 救急搬送3日以内の相談は約15%

今改定で新設された「救急患者連携搬送料」では、三次救急からの治療後3日以内の転院に加算が適用されることとなった。先日 of 連携ネットワーク会議において、三次救急機関に「対象となる症例がどの程度あったか」と尋ねたところ、数例が報告されるにとどまり、大幅な増加は確認されなかった。

これまでのネットワーク会議における相談件数約1900例のうち約1200例が転院に至っている。その中で、三次救急から受診後3日以内に慢性期病院へ相談があった症例は289例（約15%）であった。

特に当日中に相談があった症例111例のうち当日中に転院できた患者は71例と、一定の割合で迅速な対応が可能となっている。一方で、受診翌日に相談があった症例は69例で、入院後の転院調整には時間を要する傾向が見られた。

下り搬送の加算が導入されたことで、三次救急機関がどのような運用を行うかが今後の課題であろう。慢性期医療機関としても、できる限り迅速な受け入れに対応したいと考えているが、当日中の受け入れは施設の負担が大きく、現状ではすべての慢性期病院が即時対応できる状況ではないのが実情である。

■ 下り搬送、「3日はかかる」「当日は難しい」

三次救急医療機関からの意見として、社会的背景の確認には3日程度を要するため、その確認が完了しない段階では慢性期病院への相談が難しいという指摘があった。また、入院に際しては病状説明や紹介状作成などに時間を要するほか、当日搬送では搬送後のスタッフの帰還時間も考慮する必要があるため、実質的に15時までの対応が限界であるとの報告があった。さらに、週末の搬送は可能ではある

が、対応できる症例が限定的であるとの意見も示された。

一方、慢性期医療機関側の意見としては、当日入院の受け入れは困難であるとの指摘が多い。慢性期病院では満床に近い稼働を維持しており、受け入れ可能な空床がない場合も多い。

さらに、社会的背景が不明な患者の対応も課題となっている。金銭的な支払い能力や家族の状況が把握できないケースでは、対応が困難であり、「ある程度の面談を経た上で入院を決定したい」との意見が多数を占めた。

以上をまとめると、大阪緊急連携ネットワーク会議は、三次救急医療機関からの転院促進に一定の貢献を果たしているが、慢性期病院への転院が困難な症例は依然として存在する。また、救急患者連携搬送料の対象となる症例は一定数確認されているものの、運用面においては課題が残されている。以上である。

○小山（座長）：

非常に意義のある取り組みであると考えます。そこで、私から質問したい。二次救急病院が連携ネットワークに含まれていないように見受けられるが、二次救急病院の役割はどのようになっているのか。

○松本：

連携ネットワークは三次救急の患者を適切に振り分ける目的で開始されたため、当初から三次救急病院のみが対象となっている。

ただし、発足当初、大阪府泉州救命救急センターや千里救命救急センターなど、単独で運営されていた救命救急センターが存在していた。現在では、それらの病院も急性期病院と統合されており、二次救急の役割も担うケースが増えている。

そのため、実際には三次救急病院から二次救急病院のベッドへ移動する患者も存在していると推測されるが、二次救急病院は正式にはネットワークに組み込まれていない。

○小山（座長）：

当日の下り搬送に対する診療報酬の評価が高いが、実際の運用は難しいように思われる。

○松本：

1～2施設は積極的に対応しているが、ネットワーク会議で「当日搬送の受け入れは可能か」と尋

ねても、手を挙げる慢性期病院はほとんどなかったのが現状である。

○小山（座長）：

後ほど、総合討論で議論したい。後半の司会是高橋先生に願う。

【講演 2】 高齢者救急の課題解決に向けた八王子市の取り組み

南多摩病院 院長 益子邦洋

益子邦洋氏は、高齢化の進行に伴い救急搬送件数が増加し、搬送時間の延長や消防救急の逼迫などを課題として提示。これに対応するため、八王子市医師会は 2014 年より病院救急車を活用した搬送事業を開始し、慢性期病院等の受入件数が増加したと報告した。また、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）の活動により、ACP の認識が広がり、市内の医療機関、介護施設、行政、消防が協力し、医療・介護・福祉の連携体制を構築することで、高齢者救急に関わる課題の解決を目指していると説明した。

財政面では、「救急患者連携搬送料」の適用範囲が限定的であり、病院救急車の運用拡大には制度改革と行政の支援が必要であると指摘。救急搬送時間短縮のため、Mobile ER（ERmo）の活用を進め、重複要請時の迅速な患者管理を実施している取り組みを伝えた。

■ 新たな地域医療構想に焦点

○座長：高橋泰氏（国際医療福祉大学大学院教授）

続いて、南多摩病院院長の益子邦洋先生に講演をお願いする。益子先生は、日本医科大学を卒業、一貫して救急医療の第一線で活躍している。2014 年には南多摩病院の院長に就任した。

特筆すべき点は、同院における救急患者数の急増である。私自身も、データを確認しながらその推移

を注視してきたが、その成長は驚異的であった。今回のテーマである高齢者救急のあり方も、この期間に急速な変化を遂げている。その実情についても触れられることと思う。

○益子邦洋氏（南多摩病院院長）

厚労省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」において、今後の高齢者の増加や人口減少を見据え、入院医療のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携を含む医療提供体制全般の基本的な方向性が示された。今回の講演では、この点に焦点を当てたい。

具体的な内容としては、我が国の高齢者救急システムが直面する危機的状況、病院救急車を医師会事業として運用する取り組み、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）の活動、そして病院救急車の課題と今後の展望について述べる。

■ 高齢者救急システムは危機的状況

厚労省の 2040 年救急搬送推計では、75 歳以上の搬送は 36%、85 歳以上は 75% 増加すると見込まれている。一方、消防庁のデータによれば、東京都・全国ともに 2023 年の救急出動件数は過去最多である。

東京消防庁のデータでは、75 歳未満の搬送数は横ばいだが、75 歳以上のみが増加を続け、令和 5



益子邦洋氏

年は前年比約8%増である。これに伴い、119番通報から医師へ引き継ぐ時間も延び、2022年は全国平均47.2分、東京都は66.9分で最長となり、1時間以内の治療が困難な状況である。2014年の八王子消防署

の調査では、慢性期医療機関の傷病者受け入れ率は昼5.1%、夜2.6%にとどまり、慢性期病院の救急受け入れが困難であることが示された。

救急搬送人員と救急病院数を1992年と2018年で比較すると、搬送人員は279万人から596万人へ2.1倍増加した一方、救急病院数は4,378から3,949へ10%減少している。減少した病院が倍増した患者を受け入れざるを得ず、慢性期病院を含む受け入れ体制の整備が急務である。

東京消防庁は本年5月に「救急車ひっ迫アラート」を発令し、適切な利用を呼びかけた。この問題は東京都に限らず、全国的に深刻であり、高齢者救急システムの危機は明白である。

■ 病院救急車事業を2014年から開始

高齢者の受け入れ困難や救急搬送のたらい回しが増加した結果、高齢の救急患者が遠方の救急病院へ搬送され、住み慣れた地域に戻れない、いわゆる「さまよえる老人問題」が深刻化した。

こうした問題を受け、八王子市医師会は、在宅療養中の市民が病院での治療を要する際、病院が保有する病院救急車を活用し、市内の医療機関へ搬送することで地域内での医療完結を目指す「病院救急車事業（八王子在宅療養救急搬送支援事業）」を2014年12月に開始した。

事業開始から本年6月までの9年7カ月間における病院救急車の運用状況を見ると、搬送症例数は4,079例、平均年齢は79.1歳である。出動要請者の大半は病院またはクリニックの医師であり、訪問看護師を含む「その他」は39名であった。出動先

は病院が2,833名、自宅が1,142名、高齢者施設等が104名となっている。

■ 55%が慢性期病院等に搬送

病院救急車の要請理由は、骨折・整形疾患が最も多く、次いで消化器疾患、呼吸器疾患、末期がん・緩和ケア、脱水症、介護者急病・レスパイト、脳卒中後遺症、心不全の順である。搬送の種類では、「病院間下り搬送」が1549例、次いで「自宅から病院」1136例、「病院間水平搬送」734例、「病院間上り搬送」546例である。

搬送先を急性期病院と慢性期病院等に分けると、全体の55%が慢性期病院等であり、救急受入割合の増加が明らかとなった。これに伴い、病院救急車の搬送増加により消防救急車の搬送が減少する傾向がみられる。しかし、2022年・2023年は病院救急車の搬送減少に伴い、消防救急車の搬送が再び増加している。

八王子消防署のデータによれば、平成31年から令和4年の間に消防救急車で搬送された症例の78%が市内医療機関へ搬送されており、慢性期病院等の受入増加により救急病院のベッドに余裕が生まれ、救急受入の円滑化が示唆される。

病院救急車の運用は、高齢救急患者を地域で支えるとともに、消防救急の負担軽減に寄与する。加えて、急性期・慢性期医療機関の連携促進、地域内完結型医療・介護システムの構築、消防救急の負担軽減と救急救命士のモチベーション維持、病院所属の救急救命士の職業的誇りの向上、高齢者が安心して暮らせる街づくりに貢献している。

■ 「オール八王子体制」でチャレンジ

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）は、高齢者や高齢者施設利用者の救急要請に迅速かつ適切に対応し、急性期医療機関への早期受け入れと医療資源の効率的活用を目的に、2011年4月に設立された。「八王子市救急業務連絡協議会」の下部組織として、医療・介護・福祉など20の団体・組織が連携し、「オール八王子体制」で地域課題に取り組んでいる。このスキームはコロナ禍でも有効

に機能した。

具体的な活動として、在宅高齢患者や高齢者施設利用者向けに、医療情報、リビングウイル、家族連絡先、かかりつけ医を記載した救急医療情報シートの活用を推奨した。この取り組みは、厚労省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」（令和 6 年 8 月 8 日）でも取り上げられた。

また、慢性期病院等の間で、日中対応可能な場合はかかりつけ患者を受け入れることを申し合わせ、対応可能な疾患や医療処置の一覧表を作成し、急性期病院と共有した。さらに、令和 4 年 12 月には WEB シンポジウム「高齢者施設等の緊急時の対応について考える」を開催し、令和 5 年 12 月には一般市民向けの救急講演会「臨床倫理から見る ACP」を開催。市役所、医療機関、高齢者施設等にポスターを掲示し、継続的な市民啓発活動を展開している。

■ 医療機関と介護施設の連携へ

八高連の取り組みにもかかわらず、高齢者の救急活動時間は年々延長し、令和 5 年には救急車出動から医師引継ぎまでの時間が 67 分 42 秒に達した。293 の高齢者施設から過去 5 年間に 6,520 例が救急搬送され、そのうち有料老人ホームと特別養護老人ホームからの搬送が特に多かった。また、搬送事例の 85% が中等度または軽症であった。この状況を踏まえ、医療機関と介護施設の連携の利点と課題を検討した。

医療機関にとって、連携はベッド稼働率向上や在宅復帰率の確保につながるが、重症度や医療・看護必要度の低下、入院の長期化による収入減が課題となる。さらに、突然の受入要請に対応できない場合もある。

一方、介護施設側の利点は、健康悪化時の相談、往診対応、急変時の受け皿病院の確保が容易になる点である。しかし、入院長期化による ADL 低下や医療処置が必要な患者の受け入れ困難、緊急時の医師との連絡の難しさが課題となる。

このため、介護施設と医療機関の間で契約を締結し、定期カンファレンスを実施し、医療・生活・ADL 情報を共有することが求められる。こうした

観点から、高齢者施設管理者向けの研修会を開催した。

■ 救急要請前にできること

研修会では、八高連会長が「介護施設と病院等の連携対策：救急要請前にできること」について講演。消防救急車の適正利用および病院救急車の活用について現場の担当者が詳細に説明した。

救急救命士が示した病院救急車の運用方法では、要請者の資格は問わず、搬送先病院を決定した後に病院救急車を要請することで、迅速な出動が可能である。そのため、要請をためらう場合でも気軽に相談するよう促した。

さらに、90 名が出席する八高連主催の研修会では、診療報酬改定に伴う医療と介護の連携についての講演が行われ、続いて、八王子消防署が高齢化社会における救急逼迫の現状について説明した。

■ 質の高いプレホスピタルケア

今年 10 月、病院救急車の不応需事案は 8 件で、うち 3 件は病院救急車が出動中の重複要請であった。「数時間待機可能であれば対応できる」と説明しても、医療関係者が不在の施設では入所者の経過観察に不安を感じ、要請者はやむを得ず他の搬送手段を選択せざるを得なかった。

このような事例に対し、救急救命士が迅速に現場へ向かい、患者の容態観察と必要な処置で時間を確保し、その後、出動を終えた病院救急車が搬送を行う仕組みを検討した。

具体的には、普通乗用車型緊急自動車「Mobile ER (ERmo)」を病院救急車支援に活用する取り組みを開始した。病院救急車が出動中の重複要請に際し、ERmo が先行出動して患者管理を実施し、その後、病院救急車が合流し搬送を行う体制である。救急救命士が判断に迷う場合は、携帯電話で MC 担当医に連絡し、指示・助言を受けることで、質の高いプレホスピタルケアを確保している。

■ 病院救急車の法整備、支援を

病院救急車には財政的課題が残されている。新設

された「救急患者連携搬送料」の算定対象は、三次救急医療機関等からの下り搬送に限られ、「水平搬送」や「上り搬送」は含まれていない。

また、東京都では病院救急車による転院搬送の一部を補助しているが、対象経費は限定されている。

さらに、八王子市では在宅療養患者の搬送が補助対象となる一方、高齢者施設からの搬送や病院間搬送は補助対象外である。

病院救急車の公的運用に向けた法整備を進め、行政の資金支援を強化し、その運用を全国に拡大することで、高齢者救急搬送に関する課題の抜本的な解決が期待される。

■ 地域急性期病院は地域包括ケアのハブ

最後に、市内の医療機関を巻き込んだ全員参加型の取り組みを紹介する。まず、在宅療養中または施設入所中の高齢者が急変した場合、患者が作成したリビングウィルやACPを基に、かかりつけ医が、看取りが必要か医療介入が必要かを一次トリアージする。医療が必要と判断された場合、病院救急車や消防救急車の出動を要請する。

二次救急医療機関では、診察、検体検査、画像検査などを実施し、入院の必要性や最適な医療機関を判断する二次トリアージを行い、適切な病院へ搬送

する。

全員参加型の高齢者救急医療体制である。病院救急車を運用する地域急性期病院は地域包括ケアのハブとして機能し、地域包括ケアシステム構築の中心的役割を担う必要がある。

以上をまとめると、高齢社会の進展に伴い、救急搬送件数の増加により搬送時間が延長し、消防救急が逼迫する危機に直面している。

そこで、八王子市医師会は2014年に病院救急車を活用した搬送事業を開始し、その結果、慢性期病院等の受入件数が増加し、「急慢連携」が加速、消防救急の負担軽減につながった。「オール八王子」で高齢者救急問題の解決を目指す八高連の活動を通じ、ACPの認識が介護施設内で広がり、医療機関と介護施設の連携が強化された。地区医師会、医療機関、介護施設等が役所や消防と協働し、医療・介護・福祉の連携体制を構築することで、高齢者救急に関わる諸課題の解決が可能である

○高橋（座長）：

八高連の救急車は、下り搬送の先行事例として意識されたものと思われる。実際にこのシステムが十分に機能していることがよく理解できた。

【講演3】 高齢者救急における病病連携の現状と課題 ～急性期病院の立場から～

済生会熊本病院 管理運営部長 具嶋泰弘

具嶋泰弘氏は、高齢者救急の急増に対応するため、地域医療連携の強化と新たな取り組みについて述べた。熊本市では、85歳以上の人口が2040年に向けて増加し、医療と介護の複合ニーズへの対応が求められている。そこで同院では、医療機関との連携を強化する「SACS4」を立ち上げ、誤嚥性肺炎などの高齢者救急における早期介入の仕組みを構築。従

来の急性期病院主体の連携から、在宅や介護施設を含めた循環型の連携体制への移行を進めている。また、回避可能な入院を減らすため、心不全の早期診断・治療の基準を設定し、病診連携を強化。急性期病院におけるACPの推進を図り、患者の意思に沿った医療提供の取り組みを伝えた。未来を見据え、若手医師を中心に地域全体で救急のキャパシティコン

トロールを行う仕組みを構築する必要性も指摘した。

○高橋（座長）：

済生会熊本病院は、下り搬送を受け入れてくれる医療機関との連携が国内で最も密接であり、効率的な医療提供を実現している病院の一つであると感じている。具嶋先生には急性期病院の立場から、高齢者救急に関する現状や課題について講演していただく。

■ 全国に先駆けて高齢化が進展

○具嶋泰弘氏（済生会熊本病院管理運営部長）



具嶋泰弘氏

私は地方の急性期病院の立場から、高齢者救急にどのように関与しているかについて報告したい。

本講演では、救急医療の現状と済生会熊本病院を取り巻く環境、自分らしく最期を迎えるための取り組み、新たな地域連携のあり方について述べる。

まず、救急医療の現状と当院の周辺環境について説明する。わが国では、2040 年に向けて 85 歳以上の人口が 2015 年比で 2.1 倍に増加すると予測されている。この年齢層の特徴として、要介護認定率が高く、緊急入院の割合も高い点が挙げられる。これにより、高齢者救急や入院の増加に対応することが喫緊の課題となっている。

救急搬送数を年齢別に見ると、高齢者の搬送件数は 20 年で 1.5 倍に増加している。さらに、全国的な救急車の出動件数はこの 20 年間で 1.58 倍となり、熊本市では 1.8 倍に達している。熊本市における高齢化の進行は全国よりも早く、それが救急搬送数の増加に影響を及ぼしていると考えられる。

■ 医療・介護複合ニーズが増加

当院は救急医療を基本方針の一つとして掲げ、熊本県内 3 つの救命救急センターのうちの一つに指定されている。

病床数は 400 床で、救命救急センター 42 床、

ICU18 床、ハイケアユニット 12 床を備え、救急および重症患者への対応に重点を置いている。2023 年度の救急搬送数は年間 7,600 件、救急患者数は 1 万 5,900 人で、平均在院日数は 9.9 日、病床利用率は 90.9% と高回転型の運営を行っている。

入院患者の年齢区分別増減を 2012 年と比較すると、生産年齢人口の入院は減少傾向にある一方、85 歳以上の入院患者は 120 ～ 130% に増加している。

高齢者救急はすでに増加しており、今後の課題として、患者や家族が望まない救急搬送・医療行為への対応、および超高齢者の増加に伴う医療・介護の複合ニーズへの対応が求められる。

■ 急性期病院で自分の最期を考える

患者が自分らしく最期を迎えるために、当院ではどのような取り組みをしているか。厚労省の調査によると、一般国民の 43.8%、医療従事者の過半数が自宅での最期を希望している。しかし、実際の死亡場所を見ると、希望と実態には大きな乖離がある。

この乖離が高齢者救急の現場に影響を及ぼしていると考えられる。救急の現場では、患者の意思とは無関係に搬送される事例も多い。真の意思に沿った医療を提供するためには、患者と家族が意思決定を行い、それを記録し、関係者間で共有することが必要である。

急性期病院において、短い入院期間で信頼関係を築くことは難しい面がある。一方で、患者が健康なときに自身の最期を考える機会は少なく、急性期病院の受診が意思決定の契機となる可能性があると考え、取り組みを進めている。

■ 電子カルテに「急変時方針」

当院では 2010 年に事前指定書を作成し、院内カンファレンスやニュースを通じて周知を図った。2012 ～ 2013 年度には 60 件以上の取得実績があったが、その後減少傾向にある。コロナの影響に加え、平均在院日数が 10 日未満の環境では、時間をかけて取得することが難しい状況である。

この課題に対応するため、当院では電子カルテに「急変時方針」のテンプレートを作成した。職員が

知りたいのは、患者がどのような医療行為を希望するかという点であり、高齢患者にはほぼ全例で「急変時方針」を確認し記録する運用としている。

このテンプレートには、事前指示の有無、心肺停止時や状態悪化時の対応方針、希望する医療行為、患者・家族の意向を記載する。職員は「急変時方針」を押すだけで情報を共有でき、迅速な対応が可能となる。

■ 侵襲的な治療、50%以上が希望しない

今回の発表にあたり、当院の救急総合診療センターに入院した75歳以上の患者の「急変時方針」を調査した。

このデータによると、DNAR（胸骨圧迫および気管挿管を行わない）が年々増加しており、一昨年度、昨年度は50%以上の患者が侵襲的な治療を希望しなかった。これは、一定数の患者が本来は救急搬送を望んでいなかった可能性を示唆している。

情報共有の重要性を踏まえ、当院では診療情報提供書のテンプレートを作成している。急変時の対応方針やDNARの有無を記載し、紹介元、紹介先、連携医療機関、介護施設に送付することで、患者の意思を明確に伝える仕組みを整えている。

■ 地域で「患者が希望する対応」を全うできるか

熊本市では、行政が人生の最終段階に向けた検討や普及啓発活動を行っており、私も委員として参画している。「いまを生きる。あなたへ 人生の最終段階に受けたい医療とは」という熊本市版メッセージノートを作成し、現在普及活動を進めている。

当院も独自に取り組み、市民向け広報誌を年3回発行し、連携機関の医師とともに「人生会議」をテーマに対談を行い、市民へ配布している。さらに、行政と連携し、医療関係者や市民向けの講演も実施している。

意思決定支援の取り組みは広がっているが、今後の課題は、患者が意思を書面に残しても、地域で患者さんが希望する対応を全うできるかである。この点が医療介護連携の重要性につながると考えている。

■ 転院を集中的に引き受ける「アライアンス」

当院では「新たな地域連携のかたち」を模索している。2010年に「医療連携部」を発足し、急性期と回復期を中心とした「アライアンス連携」モデルを構築した。これにより後方連携が強化された。

当院からの転院先214施設を調査したところ、転院の約半数が上位8施設に集中していた。そのため、この8施設を「アライアンス」と位置づけ、空床情報の共有、個別連携会議、救急外来からの直接転院などの施策を進め、データを活用しながら関係を強化している。

「アライアンス」との会議では、単なる「顔の見える連携」とどまらず、双方がデータを提示し、それに基づき課題や要望を本音で議論する「一定の緊張感を持つ関係性」を重視している。

■ 2040年を見据え、「SACS4」を構築

当院の医療圏に含まれる熊本市および周辺市町村の人口動態を見ると、手術後に自宅へ戻る65～74歳の前期高齢者は全ての地域で減少が予想されている。一方で、85歳以上の人口は増加し、熊本市では2040年に1.7倍に達する見込みである。85歳以上の層は介護ニーズが極めて高い。

この課題に対応するため、アライアンス病院の中でも特に連携の強い上位4病院との関係を深める目的で、「Strategic Alliance Conference of Saikuma with 4HP」の頭文字を取った「SACS4」という会議体を設立した。

■ 「一方向型」から「循環型」のアライアンスへ

「SACS4」の会議の初回では、2040年を見据えた経営方針の共有、Post Acuteの課題（転院調整期間の短縮）、Sub Acuteの課題（高齢者救急の下り搬送強化）を協議した。また、急性期ニーズの集約による転院患者数の安定化を目指し、共同集患についても議論した。

第2回以降は具体施策を推進し、疾患別アプロー

チ（多職種による尿路感染症・誤嚥性肺炎の連携）や職種別アプローチ（看護部、薬剤部、リハビリ、栄養部門の連携）を進めている。現在は病院間の協議にとどまるが、今後は在宅部門や行政を巻き込んだ連携システムの構築を目指している。

「SACS4」のパートナーである 4 医療法人は、いずれも医療と介護を併せ持つ複合体である。一方、当院は病院機能のみで在宅・介護部門を持たないため、「SACS4」との連携を強化し、医療・介護の複合ニーズに対応する考えである。

従来のアライアンスは、急性期から回復期、慢性期、在宅への「一方向型」であった。しかし、超高齢者の増加に伴い、急性期ニーズの増大が予想される。今後は Post Acute に加え、Sub Acute や医療介護連携を含む「循環型アライアンス」の構築が必要だろう。

■ 入院させない予防的連携

「無駄な高齢者救急を減らす」ことを目的に、高齢者救急の急増に備え、回避可能な入院の対策を試行的に進めている。プロアクティブな介入により、心不全の発症を防ぎ、早期の病診連携を促進する取り組みを実施している。

例えば、循環器内科における事例では、当院の循環器内科医と非専門医の診療所医師による座談会を通じて、心不全予防のための早期紹介を推進している。具体的には、BNP が 35 を超えた時点で診療所から病院へ紹介する基準を設定し、連携機関に広報を行っている。

これまで急性期病院の前方連携は、入院が必要な患者の紹介が中心であったが、本取り組みでは「入院を防ぐ予防的連携」という新たな前方連携の形を導入した。

■ 地域全体でキャパシティコントロール

慢性期の患者が増加する中、要介護高齢者の急増によって急性期病院への流入が増えることが予想さ

れる。産業医科大学の松田晋哉教授は「地域レベルの Rapid Response System」の必要性を提唱している。

当院では「SACS4」の枠組みの中で、誤嚥性肺炎患者の救急搬送の流れを見直している。従来は、誤嚥性肺炎が発症すると救命救急センターのような高次医療機関に救急搬送され、緊急入院するケースが多かった。

これに対し、施設内で「体温 37.5 度以上」「酸素化 92% 以下」などの閾値を設定し、これを超えた患者を早期に地域包括ケア病棟へ入院打診する仕組みを検討している。状態が安定すれば施設へ帰設する方針であり、救命救急センターへの搬送、入院は回避される。

一部の患者は救命救急センターとの連携が必要となるが、地域全体でキャパシティコントロールを行うことで、救急搬送の負担軽減が可能になると考え、現在検討を進めている。

2040 年を見据え、病院を支えるのは若手医師である。「未来連携フォーラム」は、当院が年に 1 回、連携医療機関を招いて開催するイベントである。これまではロボットや AI など最先端技術が主なテーマであったが、今回は 40 歳前後の若手医師が演者となり、地域で高齢者の誤嚥性肺炎、脳血管疾患、心不全といったコモンディジーズを共に診ていくことを呼びかけ、大きな反響を得た。

高齢者救急はすでに増加しており、患者の意思に沿った医療提供が求められている。当院では、急性期受診を起点とした ACP の推進を重視している。また、地域全体で救急のキャパシティコントロールを行う新たな連携を推進し、今後の課題に備える考えである。

○高橋（座長）：

大変貴重な取り組みをご紹介いただいた。では、続いて総合討論に移りたい。

総合討論



総合討論風景

■ 地域包括医療病棟の評価は

○高橋（座長）：

まず私から眞鍋先生に質問する。今回の改定は、財源が限られ、人件費（賃上げ）に多くが割かれる状況の中で、多方面に配慮された内容ではないかと考える。

3月の勉強会で迫井正深医務技監と話す機会があり、改定についての意見を求められた。「病院の立場から見ると収益が上がらないので厳しい評価であろうが、収益とは関係なく改定の内容そのものを評価する私の立場から見るとよくできた改定であり、85点から90点の評価に値する」と答えた。

一方で、改定後の状況を見ると、地域包括医療病棟への移行に手を挙げる医療機関が少ないなど、要件の厳しさが指摘されている。「絵に描いた餅」との厳しい声もある。私は全体としてよくできた改定であると思うが、現時点で想定と異なる手応えを感じたり、今後改善すべき点などについての見解を伺いたい。

○眞鍋：

令和6年度改定について、これほど高い評価をいただけるとは思っていなかった。感謝を申し上げる。

想定外の事態や手応えの違いについては、特に大きなものは感じていない。地域包括医療病棟について、最新の情報では関東甲信越地域において9月時点で90を超えており、全体では100を超えている可能性がある。

今回の改定は、理解を深めるのに時間を要するものであり、病院の体制整備にも一定の期間が必要と考えている。そのため、改定の影響が明確になるには、あと1～2年の経過を見守る必要があると考えている。

○高橋（座長）：

私は、2006年度改定の医療区分の新設による医療療養病棟の劇的な変化が生じた時と同様に、多くの病院が工夫をして怒涛のごとく地域包括医療病棟に移行することを期待していた。しかし、今回は長期的な視点を持って進められたということだと理解した。

■ 連携の在り方、「時代が変わった」

○高橋（座長）：

続いて松本先生に伺う。大阪は二次救急が非常に活発な地域であるが、どのような形で連携を図っているのか、ぜひ聞かせていただきたい。

○松本：

本会議は三次救急との連携を主とした取り組みであり、二次救急については当院と豊中地域に限定した話題となる。豊中地域には市民病院や済生会病院など二次救急の病院が多く、地域連携室や医師会の活動を通じて緊密な連携を構築している。転院患者数は二次救急のほうが多く課題はあるものの、個人的には大きな問題は生じていないと感じている。

○高橋（座長）：

二次救急と三次救急の連携は、別々に考えた方がわかりやすいだろうか。つまり、三次救急は特殊なケースとして緊密な連携を取っているという理解でよいのか。

○松本：

二次救急については、このネットワーク会議で議論する機会は少なく、それぞれの地域での研修会、医師会活動などを通じて、あるいは症例毎に電話でのやり取りが頻繁に行われているように思う。私自身も二次救急とのコミュニケーションは常に取れていると感じている。

当院の周辺にはどんな患者も受け入れる二次救急病院が増えている。当院の回復期・療養病棟では、こうした二次救急からの患者を積極的に受け入れ、後方連携や自宅復帰の支援に取り組んでいるが、より迅速に進める必要があると考えている。

○高橋（座長）：

私は1990年代に老人病院で勤務した経験がある。当時は急性期病院からの受け入れが主で、連携の意識はほとんどなかった。救急対応も行われていなかったが、現在は大きく変化していると感じてい

る。

■ 連携の裾野を広げる令和6年度改定

○高橋（座長）：

続いて益子先生に伺う。益子先生の病院が開設される前は、周辺には大学病院が2施設あったが、急性期病床が不足していた。現在も十分とは言えない状況だが、病院開設後、八王子の急性期医療の状況はどのように変化したか。以前より改善されたのか、また、連携が機能しているかについて伺いたい。

○益子：

本日のシンポジウムで永生会の安藤理事長が述べたとおり、八王子では行政と医師会の連携が非常に良好であり、急性期病院と慢性期病院も密接に連携している。

しかし、慢性期病院は救急患者を受け入れる体制が整っていないため、救急対応は急性期病院に集中し、病床の逼迫が続いていた。これが「八高連」設立の背景である。八高連の設立により「急慢連携」が進展し、病院救急車の導入を含めた連携が強化された。その結果、急性期から慢性期への患者移動が促進され、急性期病院の病床に一定の余裕が生まれている。

○高橋（座長）：

高齢者の増加に伴い、医療界全体の危機意識が高まり、急性期病院では慢性期への適切な移行を意識し、栄養管理やリハビリの重要性が認識されるようになった。

慢性期病院も急性期からの高齢患者の積極的受け入れを進めており、今回の診療報酬改定にはその流れが反映されている。

本来ならば、より厳しい状況が想定されたが、地域の連携強化により、円滑な運用が実現している。本日のシンポジウムでは、こうした地域の取り組みが診療報酬を通じて全国に広がる可能性が示唆されたと感じる。

■ 二次救急・三次救急のすみ分けも

○高橋（座長）：

最後に具嶋先生に伺う。熊本の事例は、病院の生き残りにおける重要な示唆を含む地域の一例と考える。

熊本ではかつて、市民病院の建て替えに反対の声が上がったことがあるが、市民病院が新設され、結果として熊本の医療環境は維持されている。患者の満足度も高く、医療機関の倒産もほとんど見られない。熊本では医療費の増加が懸念されるものの、独自の医療体制のもとで持続的な医療提供が実現されている。

具嶋先生は、熊本で医療を提供する立場として、医療過剰の感覚を持っているか。また、熊本の医療密度は全国的に高いが、連携が機能しているように見える。この点について、どのように感じているか。

○具嶋：

熊本市市民病院の開院により、当院と医療圏が重複し、救急患者数は開業前と比較して減少している。そのため、経営面では課題があるが、当院は救命救急センターとして三次救急を主に担っている。

一方、熊本市市民病院は一次・二次救急の受け入れが中心であり、機能分化が進み、すみ分けがうまくなされている。

○高橋（座長）：

熊本の医療体制は「すみ分け」という言葉に集約され、各医療機関がそれぞれの役割を果たしている。病院間での地域連携が確立されており、熊本の医療は他地域にとって参考となるモデルと感じる。本日の議論を通じて、その点が改めて明確になった。

■ 次回は地域包括医療病棟を中心に開催

○高橋（座長）：

高齢者の増加により医療現場の負担が増大しているのは事実であるが、本日の議論を通じて、現場の努力が着実に成果を上げていることが明らかとなった。

働き方改革の際には、全国的に混乱が生じると予想されたが、実際には4月1日を迎えても「たらい回し」などの問題はほとんど発生しなかった。同様に、高齢者救急の問題も、現場が適切な対策を講じていたことで、より深刻な状況を回避できていると感じる。

慢性期病院の機能向上により、医療システムの中での役割が強化され、先進的な地域では救急医療の負担軽減につながっている。武久洋三先生がかつて指摘していた慢性期医療の重要性が、10年、15年の時を経て、現実のものとなりつつあることが、本日の議論からも伺えた。

今後、診療報酬が厳しくなる中で、病院経営の課題は増えるが、生き残るためには、地域の状況を把握し、適切な連携を構築することが不可欠である。患者のニーズを的確に捉え、柔軟に対応する病院が、今後の医療環境において優位に立つと考えられる。

本日のシンポジウムで示された事例からも分かるように、全国の医療現場では着実に取り組みが進んでいる。現状を困難と捉えるのではなく、地域ごとに適応し、実践的な対策を講じることで、より良い医療体制の確立が可能となるのではないかと。

○小山（座長）：

本日は貴重なご講演に感謝申し上げたい。眞鍋先生の講演を踏まえ、地域包括医療病棟の在り方についてさらに議論を深めたいと考えたが、現時点では導入からまだ4カ月程度であり、十分な検討には時間を要する。

次回の地域病病連携推進機構のシンポジウムでは、地域包括医療病棟を運営する関係者に参加いただき、より具体的な議論を進める場としたい。

ランチョンセミナー

これからどうする

座長：池端幸彦 日本慢性期医療協会 副会長

演者：武久洋三 日本慢性期医療協会 名誉会長



日本慢性期医療協会の特別企画として学会2日目に開催されたランチョンセミナーに武久洋三名誉会長が登壇した。講演で武久名誉会長は、地域密着型の病院経営、慢性期医療の価値、病棟の移行方針、医療従事者の役割強化、そして将来の医療体制の変化について具体的な提言を行った。

まず、地域に根ざした病院運営の重要性を指摘し、地域住民に信頼される医療サービスを提供することが病院の存続に不可欠であると述べた。その上で、「急性期後症候群」の概念を提唱し、急性期治療後に生じるさまざまな問題を包括的に捉える必要性を指摘。これを克服することが日本の医療の発展に寄与すると述べた。

また、日本の病院が進化し続ける必要性について強調し、療養病床や慢性期病床の存在を恥じるべきではないと強調。むしろ、中途半端な急性期病院よりも、慢性期医療に特化し、確実な治療を提供する

ことが重要であるとした。患者が「有意義な余生を送ることができた」と感じられる医療を提供することが、慢性期病院の使命であると指摘した。

病院経営の方針については、上位病棟への改棟（上り改棟）と下位病棟への改棟（下り改棟）の選択肢があることを示し、それぞれの対策について具体的に述べた。特に、急性期一般入院料2～6の病棟は、地域包括ケア病棟への移行を検討すべきであり、慢性期病棟も地域包括医療病棟への移行を進めることが求められるとした。

さらに、薬剤師および管理栄養士の役割についても言及し、病棟における薬剤師の常勤配置が適正な薬剤管理につながることを示した。医師の処方内容を薬剤師が適宜チェックすることで、薬剤の適正使用が進み、結果として薬剤費削減にも寄与するとした。管理栄養士については、患者の栄養状態を常に把握し、必要に応じて医師に対し栄養管理の提案が

できるスキルを持つことが重要であると指摘した。

最後に、地域医療構想の変化について言及し、2030年以降、現在の「回復期」という概念が「地域包括期」に統合される可能性が高いと見通した。これにより、急性期・地域包括期・慢性期という枠組みが明確になり、病院運営の方向性が明確化されたとの認識を示した。

○座長：池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）

本日、ご登壇いただくのは、皆様もよくご存じの武久洋三先生である。当協会の名誉会長を務めるとともに、平成医療福祉グループの会長も務めておられる。

武久先生は、日本慢性期医療協会の発展に多大な貢献をされ、その成長を牽引してきた存在である。まさに、本協会の礎を築かれた人物であり、その影響力は計り知れない。

本セミナーはランチョンセミナーではあるが、本学会における隠れた基調講演ともいえる内容である。ぜひ、皆様にはご期待のうえ、ご聴講いただきたい。

講演の演題は、まさに治し支える良質な慢性期医療のために、「これからどうする」である。



池端幸彦氏

■療養病床でも救急指定を取る

○武久洋三氏（日本慢性期医療協会名誉会長）

これからどうする？何を？われわれの病院の今後をどうする？

今年の診療報酬改定は厳しいものであった。で



武久洋三氏

は、どうする？

2030年をどうするか。

2040年をどうするか。皆がこれらの課題について考えているはずである。

われわれ日本慢性期医療協会は慢性期医療を中心に取り組んでいるが、実は20年前（2005年）、現在の衆議院議員

である安藤たかお先生が大会長を務めた東京大会において、「慢救」がテーマになった。

「慢救」とは慢性期救急を指す。この概念は20年前から提唱されていたのである。安藤先生には先見の明があったのかもしれない。

慢性期医療は単に急性期病院から転院してきた患者を受け入れて治療するだけのものではない。現在、急性期病院においても高齢者の割合が約8割を占める状況にあり、慢性期医療においてはその割合が9割に達している。高齢者医療を担うのであれば、救急からリハビリまで一貫して引き受けるべきである。

そのために、ぜひ各病院において地域での救急指定を取得することを推奨する。消防署に、「外科的な処置は行えないが、高齢者の内科的疾患による急変時には対応可能である」と伝えれば、消防署側も歓迎するであろう。

このような患者を医療センターや県立病院に搬送しても、必ずしも適切な対応を得られるとは限らず、かえって状態が悪化することもある。したがって、積極的に救急指定を取得し、高齢者医療の役割を果たしていくことが求められる。

■改革の波は慢性期医療や回りハへ

2024年診療報酬改定により、急性期病院に対して栄養・リハビリ・口腔清潔の要件が追加されるとともに、身体拘束やADL低下に関する減算措置が設けられた。ADLの低下防止や身体拘束の禁止を定めたとしても、急性期病院において直ちに対応することは困難である。しかし、介護職員の夜勤対応

に対する大きな加算は、次第に浸透していくであろう。急性期看護補助体制加算が設けられ、急性期病院から地域包括ケア病棟、さらには療養病棟へと段階的に加算が適用されている。

療養病床においては、すでに多くの施設で介護職員の夜勤対応が行われているが、今回の改定により新たに加算が認められた。

今回の改定では、主に急性期医療のあり方が中心に議論されたが、今後、その影響は慢性期医療や回復期リハビリテーションにも波及していくことは避けられない。長期入院を常態化させる病院は、いずれ淘汰される可能性が高い。

今後は、急性期や回復期において十分な治療が困難な患者を積極的に受け入れ、適切な治療を施し、地域に戻すことができる病院が高く評価されるようになるであろう。

どのような病棟であれ、最も重要なのは患者に対し適切な治療を施し、病状を軽快させ、地域へ復帰させることである。治療成績の優れた病院、質の高い医療や介護を提供している施設は、結果として入院率が高くなる傾向にある。

全国の病院で90%以上の入院率を維持できている病院はわずかである。適切な治療を提供し、地域に患者を戻している病院が選ばれているのが現状である。すなわち、入院率が低い病院は経営の継続が困難となる。病院経営の基本とは何かを改めて考える必要がある。このまま慢性期医療のみで2030年、2040年、さらには2050年まで継続することは不可能である。

そのためには、地域の患者に信頼される病院となることが不可欠である。リハビリ力、地域包括ケア力、そして急性期治療の前段階としての地域包括医療病棟。さらなる成長が求められる。人間が成長を続けなければならないと同様に、病院も進化し続ける必要がある。

今後、病院はより急性期医療へとシフトしていくことが求められる。その方向性として、地域包括病院への移行が不可欠である。療養病床のみを有する病院は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への改編を検討すべきである。

■ 回りハ病棟の終焉は近いのか

回復期リハビリテーション病棟の終焉は近いのか。決してそのようなことはない。

令和6年度改定を担当した厚労省の眞鍋馨課長が昨日の講演で述べたように、急性期の段階から積極的にリハビリテーションを実施すべきである。

これまで急性期病院では、リハビリテーションは本来の業務ではないとされてきた。しかし、急性期の段階からリハビリテーションを推進することで、2週間の入院期間に患者の状態が大幅に改善することが期待される。その結果、回復期リハビリテーション病棟に転院する患者数が減少する可能性がある。

このような状況下では、回復期リハビリテーション病棟に送られる患者について、医師は適切な治療とリハビリを提供できる病院を選択することとなる。したがって、単なる名称だけの回復期リハビリテーション病棟では、入院患者の確保が難しくなる。

また、地域包括医療病棟からの退院先として回復期リハビリテーション病棟が存在しており、今後10年間はその重要性が継続するだろう。適切なリハビリテーションを実施する病棟が発展する一方で、質の低い病棟は淘汰されることになる。

■ 地域包括ケア病棟よりも回復期リハ病棟

地域包括ケア病棟ではリハビリに関する加算や点数が設けられていない。そのため、2025年から2035年頃までは、地域包括ケア病棟から回復期リハビリテーション病棟へ転換することが望ましい。しかし、回復期リハビリテーション病棟へ移行しようとしても、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）の確保は容易ではない。特に急性期病院においては、この問題が深刻である。

PT・OT・言語聴覚士（ST）を適切に配置し、質の高いリハビリテーションを実施し、在宅復帰を支援する「FIM 利得」を確実に獲得できる病院が、今後も生き残ることになる。どちらの選択が有利であるかを検討する必要がある。

療養病床を回復期リハビリテーション病棟へ転換

するか、それとも地域包括ケア病棟へ移行するか。医療の提供は収益を目的とするものではないが、同じ医療を提供するのであれば、収益性の高い選択肢を選ぶことが合理的である。収益が増加すれば、職員への待遇向上や施設の充実も可能となる。

当グループの調査によると、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の1日平均患者1人当たりの収入は、それぞれ約33,000円と40,000円である。この差は、主に疾患別リハビリテーション料によるものである。

回復期リハビリテーション病棟の40,000円のうち、10,000円が疾患別リハビリテーション料であるとする、これを除いた実質収入は30,000円となる。この点を考慮すると、疾患別リハビリテーション料を出来高算定できる回復期リハビリテーション病棟の方が経済的に有利である。リハビリテーション療法士の充実した病院は、今後10年間は回復期リハビリテーション病棟を選択することが賢明である。

■ 医療療養よりも地ケア、回リハ

20対1の医療療養病棟（50床）から13対1の地域包括ケア病棟入院料1（50床）へ転換した場合の収益性について分析した。それによると、地域包括ケア病棟へ転換することで、1カ月あたり2,058万円の増収が見込まれる。この転換に伴い、看護職員やリハビリ療法士などのスタッフを増員する必要がある、その人件費は約305万円の増加となるものの、収入の増加額が2,058万円であるため、収益性は明らかに向上する。

次に、20対1の医療療養病棟（50床）から13対1の回復期リハビリテーション病棟入院料1（50床）へ転換した場合の収益性について分析した。その結果、医療療養病棟の収入が31,186,000円であるのに対し、回復期リハビリテーション病棟の収入は61,783,000円となる。回復期リハビリテーション病棟への転換により、3,059万円の収入増が見込まれるが、人件費等の増加は625万円にとどまる。この結果から、医療療養病床の収益性が低いことが改めて浮き彫りとなった。

回復期リハビリテーション病棟の収益は、医療療養病床の約2倍に相当する。これまで医療療養病床での運営に尽力してきたが、制度の枠組みが変化している現状を踏まえれば、可能な限り回復期リハビリテーション病棟への転換を進めるべきである。

適切な治療を提供し、患者の早期回復を支援することが、今後の病院経営において重要となる。

■ 地域包括医療病棟に転換して増収

では、地域包括ケア病棟を地域包括医療病棟へ転換した場合、どのような変化が生じるのか。収益は3,658万円の増加となる。人件費等の増加は265万円にとどまり、非常に効率的な運営が可能となる。さまざまな条件を満たす必要はあるが、それらを適切にクリアすれば、確実な収益向上が見込める。

当グループの病院では、7月に3つの病院が地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟へ転換した。調査の結果、収益は3,658万円増加した。病院ごとに差はあるものの、おおよその程度の増収が期待できる。

今後、長期入院は医療保険制度において許容されなくなる可能性が高い。具体的には、療養病床での入院期間は1年以内、脳血管障害における回復期リハビリテーション病棟の入院期間は3カ月に制限されると考えられる。これらの変更は近い将来、現実のものとなるであろう。

また、「急性期一般入院料1」は存続するものの、2から6の入院料は選択肢として消滅する可能性がある。このような急性期病床の再編は、2030年までに本格化すると予測される。すなわち、病院は地域包括医療病棟への転換を求められる状況に直面することになる。転換が難しい場合は、「急性期一般入院料2～6」を持つ病床を地域包括ケア病棟へ移行させることが求められる。

中途半端に急性期を標榜している病院の中には、在宅医療や地域医療の対応が不十分なところも存在する。今後は、病院としての方針を明確にし、「当院は地域包括医療病棟を取得する」という明確な意識を持ち、必要な準備を進める必要がある。



講演風景

■「寝たきり収容所病院」から脱皮する

介護医療院の今後について考察する。20対1の医療療養病棟（50床）からⅡ型介護医療院（50床）へ転換した場合の収益性を分析した。その結果、医療療養病棟と比較すると、介護医療院は638万円の減収となる。人件費は105万円減少するが、全体としては収益が低下する。一方、介護療養型医療施設から介護医療院へ転換した場合は、増収が見込まれる。

次に、老健（50床）からⅡ型介護医療院（50床）へ転換した場合の収支について分析した。この場合、収入から人件費を差し引くと、月253万円の増収となる。したがって、老健から介護医療院へ転換する方が有利である。具体的には、253万3,250円の増収となるが、その差は大きいとは言えない。先述の地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟、地域包括医療病棟と比較すると、増収幅は小さい。

老健は短期間入所を基本とし、特養との差別化を図る方向へ進んでいる。しかし、継続的な介護を必要としない患者も多数存在する。これらの患者をどこで受け入れるのか。医療療養病棟では対応が難しい。そこで、コストを抑えた介護医療院の活用が求められる。現在、介護医療院の病床数は5万床を超えており、今後10万床程度まで増加すると予測される。

このように、病院経営の選択肢は多岐にわたる。「寝たきり患者収容所病院」から脱却するためのメニューが用意されているにもかかわらず、何も行動を起こさなければ、経営は成り立たない。

職員の給与を適正に設定せず、オーナーが過剰な

報酬を得ている病院では、職員の不満が蓄積する。経理職員を通じて病院全体に広がり、さらに職員の家族を通じて地域にも波及する。職員は大事な宝である。経営者は職員とともに努力し、成長していくことが不可欠である。

■老衰になったら看取りか

慢性期病院は、何らかの介護施設を併設する必要がある。病院の病床数に見合った介護入所数を確保することが求められる。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）や有料老人ホームのように利用者の個人負担が大きい施設と、個人負担が少ないグループホームの双方が必要である。特別養護老人ホーム（特養）や介護老人保健施設（老健）は、地域によってはすでに飽和状態にある。

「高齢者は急性期病院に殺される」と発言すると、過激な意見と捉えられ、私は「医療界の異端者」と言われる。しかし、むしろ褒め言葉だと思っている。

急性期病院でわずか10日間の入院を経ただけで、独歩で入院した患者が退院時には要介護状態に陥るケースが少なくない。

近年、「老衰に至った患者は看取りをすべき」という考え方が一般化しつつある。しかし、老衰には原発性と続発性がある。急性期病院での低栄養や要介護状態の進行によって、結果的に「老衰」とされる状態に至るケースが多いのだ。

■われわれの使命は

急性期病院から回復期や慢性期の病院へ転院した患者の入院当日における血液検査の結果を、15年間にわたり継続的に調査している。それによると、急性期病院から転院してきた患者の多くは、脱水、低栄養、電解質異常、高血糖など、多数の異常を抱えている。2010年1月から本年8月までに調査した患者総数は11万5,605人に上る。この結果、尿素窒素の値が高い患者が多く、脱水症の割合が高いことが明らかとなった。

最も重篤な尿素窒素の値は291.4であった。また、健康な80歳から90歳の高齢者であればアルブミン値は4g前後であるが、調査対象患者の8割が低

栄養状態にあり、最も低いケースでは0.8gという数値が確認された。このような極度の低栄養状態で転院してきた患者が生存していたこと自体、驚くべき事実である。

病院の管理栄養士に、「80歳の患者の適正なアルブミン値はいくらか」と質問すると、「3g以上あれば問題ない」と回答する者がいる。確かに生存はしているが、免疫力が著しく低下しており、新型コロナウイルスに感染すれば重症化は避けられない。抵抗力が著しく低下している状態である。患者を疾患発症前の状態へ回復させることこそが、われわれの使命である。

■ 急性期病院で危険な状態に

厚労省は、急性期病院において日常的に行われている処置によって高齢患者を危険な状態に陥れていることを認識している。しかし、医師や看護師の多くは、この問題に対する認識が十分ではない。

例えば、検査のための絶食は一般的に当然のことと考えられている。また、不適切な水分補給も問題である。高齢者には1日あたり1,500mLの水分が必要であるにもかかわらず、1,000mL以下しか提供されないことが多く、結果として脱水症状を引き起こす。さらに、安静臥床が優先されることで、患者の活動が制限されるうえ、安全管理のために身体抑制が行われることもある。

栄養状態への関心も低く、このような基準給食の提供では、患者の低栄養がさらに進行する。1日1,500kcalのカロリーが必要な高齢者が、入院前5日間にわたり750kcalしか摂取できず、入院後も5日間にわたり750kcal（必要量の半分程度）しか摂取できなかった場合、深刻なエネルギー不足が生じる。この状態を回復させることは極めて困難である。さらに、発熱が加われば、カロリーおよび水分の不足はより深刻となり、負の収支が増大する。この状態を改善するための治療は極めて困難なものとなる。

■ 回復不能な状態で衰弱死に至る

70代の寝たきり状態の男性が39度の高熱を発症した場合、1日当たり約660kcal、450mLのカロ

ロリーおよび水分が不足する。この状態が3日間続けば、約2,000kcal、1,350mLの補正が必要となる。発熱時、急性期病院や慢性期病院の医師の多くは「解熱剤を投与すればよい」と判断するが、それだけで済む問題ではない。このような病態が進行することで、患者の状態は次第に悪化していく。

仮に入院6日目以降、正常なカロリーおよび水分出納として1日1,500kcal、1,500mLを維持しようとしても、それまでに蓄積された負の出納を短期間で補充することは、心肺機能や消化管機能の観点から現実的に困難である。

一般的に、末梢静脈点滴を1日1～2本投与すれば十分と考えられているが、5%ブドウ糖液の場合、 $0.05 \times 500 = 25\text{g}$ の糖質しか含まれない。 $25\text{g} \times 4\text{kcal} = 100\text{kcal}$ となり、1本あたりのカロリー補給量はわずか100kcalにすぎず、エネルギー補給としてはほとんど意味をなさない。

表面的に半分程度の食事を摂取していれば、負の出納は見逃されがちであり、気付いたときには深刻な栄養不足に陥っていることが多い。この状態が続くと、患者の各種臓器機能が低下し、免疫力が著しく減退し、感染症にかかりやすくなる。さらに、合併症が次々と発生すれば、負の出納の補正が計画通りに進まず、最終的には回復不能な状態に陥り、衰弱死に至る危険性が高まる。

■ 管理栄養士の存在意義は

給食を担当する管理栄養士の中には、アルブミン値が2.9であっても、3gを超えれば問題ないと考ええる者がいる。しかし、これは明らかに誤った認識である。日本病態栄養学会が学術的な標準値を示しており、栄養管理はこれに基づいて行うべきである。

管理栄養士は病棟に赴き、患者が適切に食事を摂取できているかを確認し、食べられない場合は何が可能かを把握する必要がある。適切な食事を提供し、確実に栄養を摂取してもらうことが求められる。

一人ひとりの患者の状況を考慮し、可能な限り栄養を摂取できるようにするため、「お好み献立」を考案し、個々の嗜好に対応する管理栄養士もいる。病棟に常駐する管理栄養士は、患者の状態を観察し、

栄養状態の改善に尽力している。主治医や担当看護師と連携し、食事の改善のみならず、治療による改善も視野に入れて取り組むことが求められる。病院の定めた基準給食を、患者の摂取状況に関係なく一律に提供し続けるだけでは、管理栄養士の役割は形骸化し、その存在意義が失われることになる。

急性期病院から紹介されてくる患者の栄養状態は、各種データを確認するまでもなく、極めて悪化していることが多い。まずその改善が必要であり、健康な状態で入院した患者とは全く異なる対応が求められる。したがって、管理栄養士の業務は極めて重要であり、病院における不可欠なスタッフとして、その役割は今後さらに重要性を増していく。

■ 健康で長生きさせる

患者の栄養管理に関する認識について、本年4月、眞鍋課長が令和6年度診療報酬改定において明確な方針を示した。具体的には、低栄養状態を防ぐこと、適切なリハビリテーションの実施、口腔衛生の維持が必要であり、これらを徹底するよう求めた。また、身体的拘束の最小化、ADLの低下にはペナルティといった施策も打ち出し、これまで曖昧であった基準を明確に改革した。

写真左側の患者の状態を見れば、一目で深刻な状況であることがわかる。2021年9月16日の入院時には体重が25kgであった。しかし、適切な栄養管理と医療介入を行った結果、2022年4月には特別養護老人ホーム入所中の体重が39kgにまで回復している。このように、適切な対応を実施すれば、患者の健康状態は大幅に改善することが示されている。

医療従事者が細部まで症例ごとに適切な対応を行えば、本来失われるはずであった命が、現在においても4年、5年と元気に生活している。これは患者にとっての貴重な余生であり、その時間をどのように楽しむかは個々の自由である。しかしながら、一部の若い医師の中には、「85歳から90歳に5年延びて何の意味があるのか」「もう死んでも、ええやないか」などと考える者もいる。

20代であろうと70代であろうと、医師は患者の治療に全力を尽くし、可能な限り元の生活に戻す

責任を負っている。

高齢者におけるカロリーおよび水分の負の出納が、いかに危険であるかを理解しなければならない。一度負の出納に陥れば、その回復が極めて困難である。この事実を踏まえれば、「急性期に殺されるな」という言葉は決して誇張ではなく、真実に近いものである。

急性期病院では、こうした対応が日常的に行われているため、患者自身やその家族は、急性期病院での治療方針に注意を払う必要がある。特に、患者本人およびその家族、50代・60代の子ども世代においては、AI技術の活用にも精通し、正しい知識を身につけている。自身の祖父母や両親が健康で長生きできるよう、適切な医療を受けられる環境を整えることが重要である。社会全体が、高齢者の健康寿命を延ばすことに関心を持ち、適切な医療とケアを提供する世の中となることが望まれる。

■ 摂食・排せつ機能の自立

摂食機能および排泄機能の自立について述べる。リハビリテーションを担当するPT、OT、STは、どの機能を最優先して向上させるべきかを考える必要がある。一般的に、リハビリテーションの最終目標は自立歩行であると考えられがちであるが、これは果たして最優先すべき課題であろうか。

現在の医療現場では、急性期病院を退院した後、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に転院し、そこで初めて本格的なリハビリテーションが開始されるのが一般的である。しかし、急性期病院に1カ月以上入院した後に回復期リハビリテーション病棟へ転院することが、果たして最適な選択であろうか。

本来、リハビリテーションが必要なのは回復期リハビリテーション病棟の段階ではなく、病気を発症した直後からである。リハビリ専門医であれば、その重要性を理解すべきであり、適切な介入を行わない医師は専門医とは言えない。

適切なリハビリテーションが行われない結果として、急性期病院入院中に関節が拘縮し、立位保持すら困難となり、おむつやバルーンカテーテルを留置

した状態で転院する患者が少なくない。このような状況を改善し、患者を早期に日常生活へ復帰させるためには、強力なリハビリテーションの導入が不可欠である。

まず、リハビリテーションを提供する際に、どの機能回復を優先すべきかを慎重に検討しなければならない。現在もなお、理学療法士主導の訓練は立位保持や歩行練習から開始されるのが通例である。しかし、患者自身が日常生活に復帰するうえで最も優先したい機能は、「自分で食べること」と「自分で排泄すること」であるのではないか。特に排泄介助を受けることは大きな屈辱となる。そのため、リハビリテーションの優先課題として、歩行機能の向上よりもまず、食事と排泄の自立を促進することが求められる。

■ 優先順位が誤っている

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査結果がある。リハビリの実施内容を分析すると、「摂食・嚥下訓練」(2.5%)、「排泄・入浴などのADL訓練」(8.2%)と、これらの訓練は極めて少数にとどまっている。PT・OTは、果たしてどのような役割を担っているのか。

一方で、「関節可動域訓練」(74.6%)、「筋力トレーニング」(86.7%)、「歩行訓練」(71.1%)は実施されている。これほど訓練を行っているのに、どこに問題があるのかと思うかもしれない。しかし、摂食・嚥下訓練や排泄・入浴などのADL訓練がほとんど行われていない。退院が遅れるのは必然である。自宅に戻るためには、「自分で食事をする」「自分で排泄する」ことが不可欠な条件である。

リハビリ専門職の方がこの会場にいるならば、病院に戻り、スタッフとこの問題についてぜひ議論していただきたい。オムツを着用し、鼻から栄養チューブを挿入したまま平行棒で歩行訓練が行われている場合が少なくない。これ自体は決して間違いではないが、優先順位が誤っているのではないか。リハビリの順序を再考し、患者が早期に自立できる環境を整えることが求められる。

嚥下障害を有する患者に対して嚥下訓練を実施す

ると、約70%が自力で食事を摂取できるようになる。また、入院時にバルーンカテーテルやオムツを使用していた患者に排泄訓練を行うことで、退棟時にはオムツ使用を約70%削減することが可能である。

最初は歩けなくてもよいから、まずは座位保持を可能にし、嚥下機能評価を実施する。その上で、患者の状態に応じた適切な摂食嚥下訓練を行い、並行してトイレ誘導やベッドサイドのポータブルトイレを活用した自排尿の反復訓練を優先すべきである。トイレへの移動が困難な患者であっても、まずはこのプロセスから開始することが肝要である。

さらに、これと並行して歩行訓練を実施することが望ましい。自力で食事を摂取し、排泄が可能になれば、患者本人の意欲が向上し、前向きな姿勢を取り戻すことが期待される。

■ 入院中に口腔内の状態が悪化する

口腔管理について述べる。80歳や90歳でも元気で自立している人は、1日に何度も歯磨きやうがいをしている。しかし、急性期病院や慢性期病院では、歯磨きを手伝う体制が整っているだろうか。

適切なケアがなされなければ、食物残渣が蓄積し、それが10日、20日と続いてしまう。元気なときには口腔内を清潔に保っていたにもかかわらず、病気になる途端に口腔清拭を怠るのは、極めて不合理な対応である。

歯科衛生士を積極的に配置することを推奨する。歯科衛生士の介入により、口腔内の環境は短期間で大きく改善する。

広島大学の研究データによれば、口腔内の状態が悪い急性期脳梗塞患者は、回復が遅れるだけでなく、肺炎のリスクが高まることが明らかになっている。

入院によって口腔内の環境は悪化しやすい。しかし、口腔は内臓とも直結しており、その管理が全身の健康に及ぼす影響は大きい。適切な口腔管理を徹底することが、患者の回復促進につながるのである。

■ 口腔清潔で予後は変わる

人間の身体で体内と体外とが開放されている部位は、鼻腔と口腔のみである。肛門や膀胱は、必要な

ときにのみ開放されるが、24時間体内と体外が開放されているのは鼻腔と口腔に限られる。健康なとき、患者は毎日何度も歯磨きやうがいを行い、口腔の清潔を保つよう努めている。

口腔の清潔を保つことは、想像以上に重要である。口腔内が不潔であれば、細菌や汚染物質が体内に侵入し、咽喉や肺にまで悪影響を及ぼす。高齢者はもともと誤嚥のリスクが高く、汚染された物質が直接肺に入ることによって肺炎を発症しやすい。また、嚥下機能が保たれている者であっても、高齢化に伴い免疫力が低下している場合、容易に肺炎を発症し、死亡リスクが高まる。

そのため、病院においては何よりも口腔の清潔を維持することが重要である。令和6年度の改定では、口腔清潔の重要性に着目し、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設された。これにより、1日につき120点が加算されることとなった。厚労省の担当者がこの問題の重要性を認識し、制度の改善を図ったことは大いに評価すべきである。

栄養管理やリハビリテーションと並び、口腔清潔の維持が病院に求められる以上、それを徹底すれば、患者の予後は大きく改善するであろう。

■ 脳血管疾患のリハビリ期間は

回復期リハビリテーション病棟における脳血管疾患の最大180日の入院期間は、次期改定において半減する可能性が高い。このような長期の入院を前提とした制度が今後も継続されるとは考えにくい。

2024年度の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料1および2の「体制強化加算」が廃止された。思うに、厚労省の担当者は、以前から疾患別リハビリテーションの見直しを検討していたと考えられる。脳血管障害に対する優遇制度が長年にわたり維持されてきたが、その偏重は是正されるべきである。最大180日の入院期間は不要であり、今後60日から90日への短縮が現実視される。まずは90日への制限が導入される可能性が高い。

これまで回復期リハビリテーション病棟が主なりハビリテーションの場であったが、今後は急性期のリハビリテーションを重視し、入院後速やかにリハ

ビリを開始する体制へと改革を進めようとしている。積極的にリハビリテーションを実施し、早期退院を実現する病院には、患者が集中ようになる。

一方で、長期にわたるリハビリで点数を稼ごうとする病院には、患者が集まらなくなることは明白である。

■ すべての患者に平等に

現在、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）は20分間で2,450円となっている。しかし、これより低い点数の疾患を持つ患者が来院した際に、「当院は脳血管障害の患者が専門である」などと患者選別をしている病院があると聞く。これは許される行為ではない。すべての患者に対し、平等に医療サービスを提供することが、本来あるべき姿である。

現在、急性期病棟においても疾患別リハビリテーションの実施は許可されているが、多くの急性期一般入院料1の病棟では、リハビリテーションが実施されていない。その理由として、「まずは病気を治療することが最優先であり、リハビリは後回しでよい」との考えが根強く残っているのだろう。

確かに、治療が最優先であることは間違いない。しかし、入院期間が長引けば、それに伴い身体機能が低下し、動けなくなるリスクが増大する。したがって、入院と同時にリハビリテーションを併用することが必要である。急性期病院がこの方向へと転換していくことが求められる。

リハビリテーションには一定の期間が必要であり、そのため平均在院日数の増加を懸念する意見もある。しかし、この考え方は誤りである。また、介護職員の夜勤体制を強化することで、夜間の高齢患者の排尿ケアが可能となり、要介護状態のまま退院せざるを得ない事態を防ぐことができる。

長期入院による収入増を目的とする考え方は、もはや時代遅れである。このような損得勘定を捨て、医療の本質を重視する姿勢が求められる。日本慢性期医療協会の会員病院に限らず、一人ひとりの患者を可能な限り早期に回復させることが使命である。完全に治癒することが困難であっても、少なくとも自宅での生活が可能な状態にまで回復させることが重要である。

2週間の入院期間中であっても、リハビリテーションを実施することで患者の回復が促進され、病院の収益も増加する。リハビリテーションは、早期に開始すればするほど効果が高い。この基本原則を改めて認識し、適切な対応を進めていく必要がある。

■ リハビリの減算はなぜか

リハビリテーション専門医は、本当に専門医と呼べるのか。急性期の段階でリハビリテーションを実施したほうが患者の回復が早まることを自覚していないのではないのか。

本来、リハビリテーションは急性期のうちに開始すべきであるにもかかわらず、回復期リハビリテーション病棟での実施が常態化し、患者の早期回復を促進する意見が十分に示されてこなかった。

リハビリテーション病棟における体制強化加算の廃止など、減算が実施された背景には、いくつかの問題が考えられる。まず、これまでリハビリ病棟の収益は非常に大きかった。しかし、FIM 利得データの信頼性に疑念が生じた。これは、病院経営者の指示によるものなのか、それとも療法士の判断によるものなのか。

2016年度の診療報酬改定において、FIM 利得を活用した実績指数が導入された。しかし、その直後から入院時の FIM 平均値が意図的に低く設定されるケースが見られた。入院時の FIM は現在のところ厳密な検証が行えず、利得を増やす目的で入院時の FIM を低く報告したのではないかという疑念が持たれた。

また、疾患別リハビリテーション料の高い患者を選択的に受け入れてきた可能性がある。さらに、リハビリを急性期のうちに実施する方針へと転換する必要性や、リハビリ専門医の配置による成果が限定的であるとの判断も影響したと考えられる。こうしたリハビリ病棟の実態があったために、体制強化加算の 200 点が廃止されたのではないのか。

今後、療法士主導のリハビリテーションの在り方を再考する必要がある。従来の手法に固執するのではなく、より効果的なリハビリテーションの提供が求められる。

■ 患者の生活を取り戻すリハビリ改革

リハビリテーションの目的は、患者が元の生活を取り戻すことである。PT・OT だけでなく、介護職や看護師、さらには集団リハビリも含め、すべての職種が協力して実施されるべきである。地域包括ケア病棟で実施されている「POC リハビリ」は、真に求められるリハビリテーションの形である。リハビリテーションの点数が包括されているのであれば、いかにすれば早期回復が可能か、ADL が向上するかを最優先に考えるべきである。

リハビリテーションは、医師と療法士のみで完結するものではない。特に入院中は、看護師や介護士を含めた多職種連携によるチームリハビリテーションの実施が不可欠である。

また、療法士と患者が 1 対 1 で実施する個別リハビリテーションのみが診療報酬の対象となる現行の制度は、合理性を欠いている。このような仕組みをいつまで維持するつもりなのか、再考すべきである。

患者が元の生活を取り戻すためには、効率的なリハビリテーションを実施し、明確なアウトカムを生み出すことが求められる。

現代において、リハビリテーションはもはや特別な分野ではなく、リハビリ専門医のみの課題ではない。診療報酬の単位獲得を優先するのではなく、患者の症状改善を最優先にすべきである。

最も重要なことは、リハビリテーションを必要とする患者が適切な支援を受けられるよう、抜本的に見直すことである。リハビリテーションで救える患者が増えるシステムにすべきだ。

■ 新築すればいいのか

令和時代の病院経営は、どのようにあるべきか。2030 年、2040 年、2050 年に向けた長期戦略を考えているか。将来の予測も立てずに事業を継続することは困難である。

現在、病院経営は次の世代に突入している。1945 年の太平洋戦争終結後、掘っ立て小屋のような病院が建設され、その後 1980 年代に改築が行われた。この時期に地域医療計画が策定され、それからす

に40年が経過している。新築を行っていない病院は老朽化が進んでいる。

しかし、新築すればよいというものではない。建物の基本構造は、鉄筋であれば50年から60年は耐久性がある。適切な改修を施し、病院を清潔に保つことで、患者に安心して利用してもらえる環境を整えるべきである。

病院経営において最も重要なのは、患者や職員にとって良い環境を提供することである。利益の追求を最優先とすることは避けるべきであり、そうした姿勢は職員にも患者にも容易に見抜かれる。気づいていないのは経営者だけである。

病院はサービス業であり、地域住民に適切な医療サービスを提供し、評価を得る努力が求められる。病院の評価を測る指標の一つとして、職員の家族がどの程度その病院を利用しているかを確認することが有効である。職員の家族がどれだけ自院に入院しているか、一度調査してみるべきである。職員が自らの病院の医師や経営者に診てもらいたいと考えていない場合、その病院の信頼性はすでに低下している。

■ 入院環境の改善を図る

病院の入院環境は、当然ながら自宅よりも快適であり、病気の回復に適した条件が整っているべきだと国民は期待している。

私たちは通常、自宅では一人部屋で過ごしている。しかし、体調を崩し入院した際には、4人部屋や6人部屋に収容される。しかも、同室の患者が夜間に急変したり、認知症の症状で徘徊したり、夜中にトイレに行くといった状況が発生すれば、安眠が妨げられる。これほど劣悪な入院環境が常態化している国は、日本以外にはほとんど存在しないのではないか。

入院患者は最低でも個室で受け入れるべきである。加えて、個室代の自己負担は不要とすべきである。

医療費を削減するためには、良質な入院環境を提供し、早期に適切な治療を行い、栄養価の高い食事を提供し、十分な休養を確保することが重要である。これにより、患者の回復が促進され、結果として入院期間の短縮につながる。

現状、空床があるのであれば、病床数を削減し、個室化を進めるべきである。具体的には、4人部屋を2つの個室へ転換し、より効率的な運営を目指す。病床を空けたままにしておくよりも、適切な病床管理を行い、満床に近い状態を維持する方が望ましい。満床に近いということは、患者がその病院を信頼して選んでいる証拠であり、すなわち医療の質が評価されているということである。

急性期病院であれ慢性期病院であれ、適切な評価を受け、質の高い医療を提供している病院では、入院率が90%以上を維持している。

一方で、病院が意図的に入院期間を延長し、空床を減らして満床に見せかけたとしても、その実態はすぐに明らかになる。自院の病床稼働率が低い場合、その要因を徹底的に分析したことがあるだろうか。問題点が明らかになれば、直ちに改善に着手すべきである。

また、患者が病院を選ばない理由は、医療の質とは直接関係のない要素であることも少なくない。些細な不満が原因で病院を敬遠されるケースもある。例えば、医師の評価が低い場合、適切な対策を講じ、必要に応じて担当を変更するなどの対応が求められる。

■ 人件費は減らせない

病院経営が厳しくなると、最初に人件費を削減しようとする病院が出てくる。しかし、給与を引き下げられて退職した元職員が、地域で辞めた病院の悪評を広めることは避けられない。人件費を削減すれば、優秀な職員の確保は不可能となる。まず削減すべきは、経営者の報酬である。医療業界以外の産業では、そのように対応しているのが一般的である。

職員に25万円の給与を支払うことを渋る一方で、経営者自身が500万円、600万円の報酬を得ているような病院では、経理担当者がこの事実を職員に伝えることもある。経理担当が口外しない考えるのは、大きな誤解である。

人件費の大幅な削減は、職員の業務負担を増大させ、結果として医療サービスの質の低下を招く。病院経営の安定を図るには、職員の待遇を適正に維持し、職場環境を整えることが不可欠である。

■ 優秀な事務職員の確保を

優れた職員を確保しなければ、競争に勝つことはできない。診療内容や人件費に手をつけずに、より良い医療と経営を両立させるためには、それ以外の要素を効率化するしかない。

特に重要なのは、材料費、委託費、水道光熱費である。これらの経費削減が不可欠である。具体的には、不良在庫の管理（何日分の在庫を保持するか）、適正使用の徹底、購入価格の交渉、中材部門の拡充（購入管理の最適化）、グループ病院での共同仕入れなどが必要となる。

また、外部委託を減らし、自院で業務を行うことも重要である。人件費には消費税がかからないが、業務委託を行うと、委託先の人件費にまで消費税が課されることになる。この点を十分に認識していない経営者も存在する。

病院の規模にもよるが、事務スタッフに複数の役割を担ってもらうことが求められる時代となった。優れた医師の確保だけでなく、優秀な事務職員の確保が、病院経営において極めて重要な要素となっている。

例えば、清掃業務を委託した場合、100万円の契約に対し、消費税10%が加算され、支払い総額は110万円となる。内訳として、材料費10万円、人件費90万円が想定される。これを委託ではなく病院が直接スタッフを雇用して実施すれば、消費税は材料費10万円に対する10%の1万円のみで済む。結果として、9万円のコスト削減が可能となる。

■ 介護業務を細分化して役割分担

介護人材の確保には、「確保」「定着」「育成」が不可欠である。介護業務は、直接介護と間接介護に分けて考えるべきである。

間接介護については、高齢者であっても担うことが可能であり、例えば75歳のスタッフでも、食事の配膳や清掃といった業務に従事することができる。一方、直接介護には一定の体力が求められる業務も含まれる。そのため、介護業務を「直接介護」と「間接介護」に細分化し、役割を明確にする必要

がある。

ベッドメイキングや清掃、洗濯などの間接介護業務については、75歳までの元気な高齢者に担ってもらうことで、人材不足の解消に寄与する。さらに、健康な80歳であれば、間接介護の担い手として十分に活躍できる。

介護職員の夜勤配置については、急性期病院においても加算が適用されるようになった。介護福祉士は、自らの業務の重要性を再認識し、意識改革を図る必要がある。

現在、高齢患者が入院患者全体の80%以上を占める病院が増加している。高齢患者は夜間に頻繁にトイレに行くため、その都度、看護職員が排泄介助を行う状況が発生する。したがって、介護職員の病棟配置は必須である。介護職員が十分に配置されることで、看護師は本来の看護業務に専念することができる。

さらに、介護職員と看護師が常に患者情報を共有し、適切に医師へ報告することが求められる。看護師と介護職員の業務は異なるが、介護業務の一部は看護業務に含まれる。そのため、介護業務は看護師の指導のもとで行われるが、看護師が直接行う必要のない業務、すなわち間接介護については、地域の元気な高齢者に積極的に担ってもらうべきである。

■ 薬剤師、管理栄養士を多く雇用する

今後は、薬剤師および管理栄養士の雇用を増やすことが望ましい。法定配置人数のみでは、十分な患者対応が困難である。投与薬剤の数を極力減らし、患者の栄養状態を改善することで、軽快退院する患者の増加が期待できる。

病棟に薬剤師を常勤で配置することで、医師が処方した薬剤を薬剤師がすべてチェックする体制を構築できる。当院では、このシステムを導入している。

導入当初、医師から「自らの処方を薬剤師がチェックするとは何か」との不満があった。その際、私はこう伝えた。「先生方は6年間大学で学んだが、薬理学を履修した期間は何カ月であったか。おそらく1年にも満たないであろう」と。薬剤師は6年間にわたり薬学を専門に学んでいる。どちらが薬に関

する知識を有しているかは明白である。

こうした病棟薬剤師の配置が定着すると、病棟の医師が薬剤師に対し、「この処方で問題ないか」と相談するようになる。薬剤師は併用禁忌などを調べた上で、「この2種類の薬剤を併用すると有害な副作用のリスクがある」と適切に助言するようになった。その結果、薬剤の適正使用が進み、薬剤費の削減にもつながった。薬剤師への特別な加算がなくても、薬剤の適正化により自然とコストが削減される。

当グループ関連の25病院全体では、1年間で1人あたり平均61,089円の薬剤費削減を達成した。当グループではもともと薬剤の使用数が少ないが、それでも十分なコスト削減が可能であった。

このような取り組みからも、病棟に薬剤師および管理栄養士を配置することの重要性が示されている。今後、多くの病院でこの体制を導入することを推奨する。

■ 薬剤師、管理栄養士を育てる

薬剤師に「処方権」を付与すべきとの意見が散見されるが、どれほど薬学に精通している薬剤師であっても、臨床薬理の観点では医師には及ばないと考える。なぜなら、薬剤師が患者の診療に関心を持ち、チーム医療に積極的に関与する意思があれば、病棟に赴き患者の状態を直接確認することができるはずである。

しかし、実際には多くの薬剤師が調剤薬局で勤務しており、患者の臨床検査データや病状の変化に関する情報をどのように得ているのか疑問が残る。患者の顔色や自覚症状だけでなく、血液検査やその他の検査データを把握することが不可欠である。

医師は多数の患者の処方を担当しており、個々の患者に十分な時間を割くことが難しい。すべての患者の病状を詳細に把握し、それぞれに最適な処方を行う余裕がないのが実情である。

そのため、医師による漫然とした多剤投与を防いで患者を守るために、医師の処方内容に対して適宜助言できる高度な知識とスキルを持つ薬剤師の育成が求められる。

人間は毎日、栄養と水分を摂取しなければ生存できない。したがって、管理栄養士は常に患者のベッ

ドサイドに足を運び、個々の患者に応じた対応を行うべきである。とにかく、患者に美味しく食べてもらうための努力を惜しまないことが必要である。

また、患者の状態を正確に把握することが不可欠である。具体的には、血液検査データ、服薬状況、経静脈栄養投与状況、リハビリテーション実施状況を綿密に管理し、単に医師の判断に依存するのではなく、適切な栄養管理について積極的に提案できる知識とスキルを備えた管理栄養士を育成すべきである。

■ 「寝たきり収容所」から「慢性期治療病棟」へ

これまで、いくつかの病院の立て直しを引き受けてきたが、その中で、慢性期病院の再生にも複数携わってきた。

浜寺中央病院（合併前）は、いわゆる寝たきり病院であった。透析機能はあったものの、典型的な慢性期病院であった。また、堺温心会病院（合併前）は、眼科の手術は実施していたが、とても急性期病院と呼べる状況ではなかった。

この2病院を合併し、300床規模とした。2019年4月、築50年以上の浜寺中央病院（107床）と堺温心会病院（189床）が統合し、堺平成病院（296床）として新たにスタートした。現在、施設の改善が進み、地域包括医療病棟を取得し、救急車の受け入れも増加している。年間4,000台以上の救急搬送を受け入れるまでに至った。

西宮回生病院（建て替え前）は、主に看取りを担う病院であった。一方、大原病院（合併前）は、1979年に兵庫県尼崎市に設立された72床の療養病床を持つ病院であった。2015年1月に経営譲渡を受け、引き続き運営を行ってきたが、2023年5月に西宮回生病院と合併し、閉院した。

西宮回生病院は改築を実施し、現在は整形外科の専門病院として機能している。手術件数も増加し、優秀な医師の招へいにより大幅な改善が見られる。

病院の主病棟が療養病床であることも、慢性期病院であることも、何ら問題ではない。重要なのは、適切な治療を提供し、確実に患者の回復を促す「慢性期治療病棟」とすることである。

「寝たきり患者収容所病院」ではない。もし、「慢性期病院は寝たきり患者の収容所に過ぎない」という考えを持っているのであれば、本日をもって改めるべきである。

■ 地域に適合している病棟を

自院のトップ病棟が急性期一般入院料2～6、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床のいずれであるかを踏まえ、今後の方針を検討する必要がある。（図1）

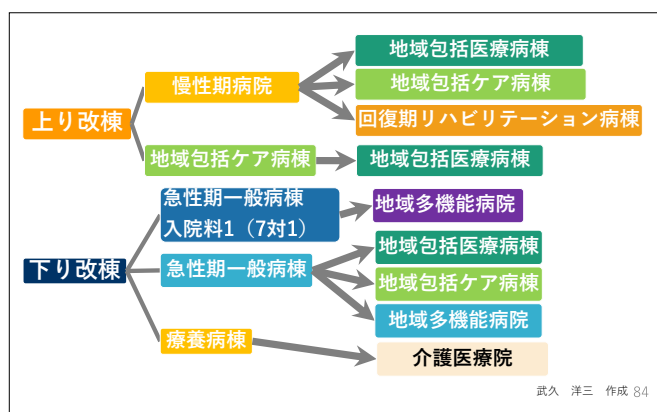


図1

病棟の方向性として、上位病棟への改棟（上り改棟）と下位病棟への改棟（下り改棟）があり、それぞれの選択によって対策が異なる。急性期病院においては、急性期一般入院料2～6の病棟は、地域包括ケア病棟を取得する必要がある。

一方、慢性期病棟については、地域包括ケア病棟への移行を積極的に進めるべきである。病院の運営方針として、より高次の病棟へ移行することを検討すべきである。マインドは大きく違うはずだ。

地域包括ケア病棟は、地域包括医療病棟へ移行することを目指し、慢性期病院もまた地域包括医療病棟への転換を進めるべきである。

一方で、下り改棟として、急性期一般入院料2～6の病棟を地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟へ転換する選択肢もある。また、療養病床を介護医療院へ移行する場合もある。いずれの選択も地域の医療需要に適した病棟を整備することが最も重要である。

今後、地域医療構想は変化していくと考えられる。「急性期」「地域包括期」「慢性期」といった機能分

化の中で、「回復期」はいずれ「地域包括期」に統合される可能性が高い。2030年以降、この流れがさらに加速すると予測される。

■ 進化する病院を目指して

私たちの病院は、それぞれの地域に根ざして存在している。地域住民に必要とされ、信頼される医療サービスを提供し、地域における医療機能別病院の中で最も評価される存在を目指さなければ、病院の将来はない。

急性期後症候群を克服すべきである。この概念は、私が提唱したものである。急性期治療後に生じるさまざまな問題を一つの症候群としてまとめ、「急性期後症候群」と定義した。この症候群を克服し、根絶することで、日本の医療は2040年に向けて大きく前進する。

日本の病院は進化し続けなければならない。中途半端に急性期病院を運営するよりも、慢性期医療に特化し、確実な治療を提供し、地域に患者を戻すことの方が、はるかに価値がある。

余生が数年であろうと、半年であろうと、「楽しく、有意義な時間を過ごせた」「満足できた」と患者に感じてもらえることこそが、慢性期医療の使命である。

慢性期医療を軽視することは、絶対に避けるべきである。堂々と誇りを持ち、われわれは地域に貢献する優良な慢性期病院であると胸を張るべきである。地域の高齢者の医療は、われわれが担う。急性期、救急を含め、高齢者医療を確実に提供していく。以上である。

○池端（座長）：

「これからどうする」——。皆さん、その答えが見えてきたのではないかと感じた方もいるかもしれないが、この10年、20年の流れを振り返ると、武久先生が示された方向性が、着実に現実となってきている。

ぜひ、このセミナーをヒントに、明日から進化する病院を目指して邁進してほしい。武久先生への感謝を込めて、大きな拍手をお願いする。ありがとうございました。

米国における医療・介護事情と AI の可能性

インタビュイー：小山秀夫 社会医療研究所 所長

インタビュアー：富家隆樹 日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長



わが国の慢性期医療や地域医療において、米国の最先端事例をどのように取り入れるか。サンフランシスコやニューヨークでの視察を踏まえ、AI や DX をいかに活用すべきか——。米国との比較から見た医療 DX の現状と課題について、小山秀夫氏と富家隆樹氏がアメリカ視察の経験を交えながら意見を交わした。

小山氏は、「日本病院 DX 推進協会」の設立発起人を務めた背景を紹介し、アメリカの急性期医療と慢性期医療の仕組みを視察した経験を語った。特に、ナーシングホームの運営方法に注目し、急性期病院からの早期退院が制度的に促されていることを指摘した。

富家氏も、アメリカ視察を通じ、日本の医療 DX の遅れの要因として「情報の非対称性」を指摘。アメリカなどの諸外国では患者自身が医療情報を管理できるが、日本はその仕組みすら整っていないと指摘する。DX 推進には患者中心を視点とする医療従事者や行政の意識改革が不可欠であり、急性期・慢性期のバランスやナーシングホームの新たな視点を提示し、日本の医療の方向性について考察した。

小山氏は、アメリカの医療 DX の進展について言及。Epic をはじめとするメディカルレコードの統一が進み、患者が自身の医療情報を管理・共有できる環境が整っている点を紹介した。一方、日本では医療情報の統一が進まず、病院間の情報共有が難しい現状を課題として挙げた。また、アメリカでは DX の推進に看護師が積極的に関与し、医師と対等な立場で業務改善を進めていることを強調。日本の医療 DX を推進するためには、「DX リープ・フロッギング戦略」の考え方を活かし、急性期と慢性期の役割分担を明確にするとともに、医療情報の統一を図ることが不可欠であるとの考えを示した。

■「日本病院 DX 推進協会」を設立

○富家：昨年9月、「日本病院 DX 推進協会」が設立され、小山先生は設立発起人として重要な役割を果たされた。まずは、その設立の背景や目的についてお聞きしたい。

○小山：当初、病院のDXについて議論を進めていたが、なかなか方向性が定まらず、まとまりに欠ける状況であった。その中で、特に熱心に取り組んでいたのが、愛媛県にある「HITO 病院」のグループである。彼らは約10年の歳月をかけ、段階的に



小山秀夫氏

DXを進めてきた。その中で、まず病院スタッフが携帯端末を活用することを推進し、医師が院外から電子カルテを閲覧できる環境を整備した。これは病院内のコミュニケーションを大きく改善する取り組みの一つである。

私自身、HITO 病院には何度も足を運び、DX 推進の現状を見てきた。その中で明らかになったのは、DX 導入に対する強い抵抗感である。特に、コスト面や導入の手間を懸念する声が多かった。しかし、現場の人手不足や業務の煩雑さを考えれば、DX なしでは病院運営が立ち行かないことは明白である。

こうした状況を踏まえ、富家先生とも議論を重ね、2023 年秋に DX 推進のための構想を持ち、昨年の秋に正式に推進委員会を設立する運びとなった。

この協会には、設立時社員として社会医療法人石川記念会理事長の石川賀代氏、社会医療法人弘恵会理事長の横倉義武氏らが参画している。富家先生も設立時社員として関わってくださった。

■ 米国視察、Apple 社と面談も

○富家：小山先生は「DX を活用しなければ業務改革の実現は困難」とのお考えを示しているが、その背景について、お聞かせ願いたい。

○小山：大きな契機となったのは、一昨年の秋にマイクロソフトが「Copilot」を発表したことである。この技術の登場は非常に衝撃的であり、Microsoft

Profile

小山秀夫（こやま ひでお）

昭和55年 上智大学大学院博士後期課程単位取得退学（社会学・社会福祉学専攻）

厚生省病院管理研究所医療管理部

平成12年 国立医療・病院管理研究所マクロ経済研究部長

平成13年 国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長

平成14年 国立保健医療科学院経営科学部長

平成18年 静岡県立大学経営情報学部教授

静岡県立大学大学院経営情報学研究科教授

平成19年 静岡県立大学経営情報学部学部長

平成22年 兵庫県立大学大学院経営研究科教授

平成29年 兵庫県立大学同上経営研究科 名誉教授・特命教授

平成31年 兵庫県立大学同上経営研究科 特任教授

令和 3年 兵庫県立大学大学院社会科学部研究科 特任教授

令和 7年 同上社会科学部研究科・佐久大学・朝日大学 客員教授

【主な役職】

日本医療・病院管理学会監事、日本介護経営学会副会長・理事、
シルバーサービス振興会理事、日本健康・栄養システム学会事務局長、
日本臨床看護マネジメント学会事務局長

365にも組み込まれ、業務効率を飛躍的に向上させる可能性を示した。同時に、Googleの「Gemini」との競争が本格化し、AI分野での主導権争いが一層激しくなった。マイクロソフトとGoogleが先行する中で、Appleの動向にも注目が集まった。そこで、富家先生や石川先生とともに、Apple関係者と意見を交わすこととなり、私も同行することになった。

私たちはApple本社を訪問し、さらに米国西海岸の医療DXの現場を視察する機会を得た。ニューヨークの現場も視察することとなった。こうして富家先生とともに昨年10月に渡米し、短期間で多くの視察を行った。

帰国後、得られた知見を整理し、DX推進の方向性を再確認した上で、設立総会を開催するに至った。やはり、現場を直接見なければ実態を理解することは難しい。書籍を読むだけで医療DXを深く理解できる人は非常に稀であると痛感している。

■ デジタルによる業務変革とDX

○富家：現地を視察された際に、特に注目された点や日本との違いについてもお話しいただきたい。

○小山：視察の目的として、大きく二つのテーマがあった。第一に、デジタル技術を活用した業務改革、すなわちDXの進展状況を確認することである。

第二に、DXの一環として急速に進化しているAIの導入状況を調査することであった。日本ではまだ導入が限定的であるが、それを実際に検証する必要があると考えた。

最初に訪れた西海岸では、Appleは独自の視点でDXを推進しており、その取り組みの一端を直接確認することができた。訪問したのは昨年9月初旬であり、当時Appleは9月20日に発表予定のiPhone 16の準備に追われ、社内には緊張感が漂っていた。

さらに、Appleは独自の生成AI「Apple Intelligence」を10月から順次リリースすると発表し、世界的に大きな注目を集めていた。しかし、日本語対応は2025年に予定されており、現時点ではやや動作が重く、使い勝手に課題があるとの評価もある。

また、半導体デバイスの進化も顕著である。従来のUBM（Under Barrier Metal）技術を活用したデバイスの改良が進み、ハードウェア面だけでなく、ソフトウェア面の改善も著しい。

さらに、病院業務のオペレーションにも大きな変革が見られた。医療現場におけるDXの進展は想像以上に速く、視察を通じて多くの知見を得ることができた。これが西海岸での印象である。

■ 日本の10倍近い価格に衝撃

○富家：ニューヨークの医療現場を視察されて、日本との違いや特に印象に残った点についてお聞かせいただきたい。また、現地で感じた課題や示唆についてもご教示いただきたい。

○小山：ニューヨークの医療現場を視察し、その規模とシステムに驚かされた。特に印象的だったのは、医療機関に入った瞬間から経済的な議論が中心であった点である。

アメリカの医療費は極めて高額であり、国全体の医療費支出はGDPの約14%に達している。日本と比較すると、人口は約3倍、国土面積は約25倍、経済規模も3倍程度であるため、単純計算すると医療コストは日本の10倍に相当する。実際、NICUの1日あたりの入院費が100万円を超えるのが普通である。

ホテルやレストランの物価も極めて高く、全体的に医療費だけでなく生活費全般が日本と比べて桁違いであった。これらの違いを目の当たりにし、日本の経済状況がこの四半世紀で相対的に低下し、格差が拡大していることを痛感した。

■ DXにネガティブな意識がある

○富家：病院におけるDXの推進は急務であるが、遅々として進まない面もある。

○小山：現状では各医療機関が個別に取り組んでおり、統一的な戦略が欠けている。また、DXに消極的な立場の医療関係者がネガティブな意見を発信することも課題の一つである。

特にDX導入にかかる費用については、多くの病院関係者から数多くの質問を受けるが、継続的な投

資が鍵である。例えば、年間 2,000 万円程度を 5 年間にわたって投資することで、総額 1 億円の規模で DX 環境を維持・拡充することが可能である。導入を進める上では、利用者とデバイスの関係性を十分に考慮し、段階的な対応が不可欠である。

35 年前、私は病院で電子カルテを導入し、ペーパーレス化を試みた。当時、多くの課題があったが、中でも看護師はキーボードを使うこと自体に抵抗があった。

○富家：その考え方は、医師の間でも同様だった。当時は、紙のカルテに慣れ親しんだ医療従事者にとって、デジタル化は負担に感じられたのだろう。

○小山：40 年前から 35 年ほど前にかけて、多くの医療機関がワークシフトを経験した。しかし、医療従事者の中には、新しいシステムの導入を拒む人もいた。DX が進むことで、今までの業務とは異なる作業を求められるため、負担感を覚えるのも無理はない。

当時、ノートパソコンが病院に導入された際にも、多くの現場で衝撃が走った。現在の DX 推進の動きは、その時の状況と類似している。さらに言えば、今日の携帯電話は、過去のコンピュータと比較しても圧倒的な処理能力を持つ。

○富家：その性能は 100 倍、いや 1,000 倍にも達するかもしれない。

○小山：もはや「携帯電話」と呼ぶのも適切ではないかもしれない。現実には、小型のコンピュータを誰もが持ち歩いている時代になりつつある。こうした変革の流れを踏まえ、私たちは「日本病院 DX 推進協会」を設立した。

富家先生や石川先生とも議論を重ね、「必要なは未来志向の取り組みである」との認識で一致した。そうした考えのもと、極めて短期間で西海岸視察を決定し、DX の可能性を検証するための重要な経験を得た。

■ DX 推進協会の最終的な目標は何か

○富家：「日本病院 DX 推進協会」を立ち上げるにあたり、石川先生のご意見もあったかと思うが、小山先生としては、協会の最終的な目標をどのように

考えているか。また、「役目を終えた」と判断できる時点とは、どのような状況を指すのか。

○小山：当協会のゴールを明確に定義することは容易ではない。しかし、最も重要な課題の一つとして、医療における「情報の非対称性」が挙げられる。

医療現場では、医師が圧倒的に多くの情報を持ち、患者は医療知識や自身の健康情報について十分な理解を持たないことが一般的である。この状況は経済学においても指摘されており、医療サービスの公平性に関する重要な論点となっている。

実際の医療現場では、「情報の非対称性」という概念が直接議論されることは少ない。しかし、医療提供側が圧倒的な情報を保有している限り、「患者のため」と言いながらも、患者にとって最善の医療が提供されているとは限らない。この点が、DX を推進する上で解決すべき大きな課題である。

情報の非対称性については、単なる学術的な議論にとどまらず、実際の医療現場に深く根ざした問題である。医師は患者に情報を隠しているわけではないが、医師にとって当たり前の知識が、患者には理解しづらいことが多い。医師と患者の認識のズレは日常的に発生しており、医療 DX を通じて解消すべき課題である。

もう一つの課題は、医療の高度化に伴い、業務が複雑化している点である。約 40 年前に看護師の業務を観察した際には比較的簡素な運用がされていた。例えば、ベッドの横に設置された温度板に手書きで記録を残し、その場で看護師同士が会話しながら業務を進めていた。また、看護記録も手書きが主流であり、記録負担は今ほど大きくなかった。

当時、「オフィス・オートメーション」という概念が広まりつつあり、事務作業だけでなく、情報の共有化や業務の効率化を進める必要があると考えられていた。しかし、病院はこの分野で大きく遅れを取っていた。現在でも、医療現場では膨大な量の手書き記録が求められている。看護師は 1 日 2 万歩近く歩きながら、約 3 万字の記録を記入している。医師も 1 日 2 万字程度を記録することが一般的である。

例えば、ゴルフで 2 万歩歩くとすれば、一日中ラ

ウンドしているのと同じ距離である。これほどの負担を伴う働き方を根本的に見直し、効率的な医療業務を実現する必要がある。これが二つ目の課題である。

そして、最後に挙げるべきは、人材不足の深刻化である。日本では少子化が進み、新たな医療従事者の確保が極めて困難な状況となっている。この構造的な問題を解決しなければ、日本の医療体制は維持できない。日本病院 DX 推進協会では、これら三つの課題解決に向けて取り組みたい。

■ 患者の医療情報は誰のものか



富家隆樹氏

○富家：小山先生の指摘された「情報の非対称性」という視点は、極めて重要な論点であると感じた。今回、サンフランシスコで視察したアメリカの医療システムと日本の現状を比較すると、最も顕著な違いがこの点にある。

アメリカでは、例えば iPhone に個人のメディカルレコードが全て連携され、病院で受けた診療内容、実施された検査、医師とのやり取りまでもが記録され、統合的に管理されている。データの整合性が確保され、患者自身が主体的に医療情報を把握できる仕組みが整いつつある。

一方、日本では、このようなシステムを導入する動きすら見られない。医療機関同士の連携が十分でなく、患者自身も自らの医療情報を容易に管理できる環境にはない。この情報の非対称性が放置され続けていることが、日本において DX が進まない根本的な要因の一つではないかと考える。

DX の推進には、医療機関だけでなく、医師、患者、行政などすべてのステークホルダーが情報共有の重要性を認識し、改革に向けた意識を高める必要がある。しかし、日本ではいまだにこの課題が放置され、DX の進展が阻まれているのが現状である。小山先生の指摘のように情報の非対称性を解消することこ

そが、日本の医療 DX を本格的に推進するための最も重要な鍵となるのではないかと強く感じた。

○小山：情報の非対称性という概念を最初に提唱したのは、1960 年代のアメリカの医療経済学者たちである。彼らは、医療における情報の偏在が、患者と医療提供者の間に大きな格差を生むことを指摘し、学術的な議論を展開した。

1965 年には、メディケア・メディケイド制度が成立し、日本でいう医療扶助や老人保健法に相当する政策が導入された。これにより、国民がソーシャルセキュリティカードを持つようになり、医療情報の管理が一元化される流れが生まれた。この変化をめぐり、アメリカでは「医療情報の扱いをどうするのか」という憲法論争に発展するほどの大きな議論が巻き起こった。

一方では、「医療情報は個人のプライバシーであり、国家や医療機関に管理されるべきではない」と主張する派閥があり、他方では「医療の質向上のためには、情報の共有が不可欠である」とする意見もあった。最終的に、アメリカ憲法の基本理念に基づき、「患者の医療情報は患者自身に帰属する」との考えが定着し、Freedom of Information Act (FOIA: 情報公開法)へとつながった。この結果、アメリカでは電子カルテを単なる診療記録と捉えるのではなく、医師の記録、看護記録、ソーシャルワーカーの記録を統合した「メディカルレコード」として扱う仕組みが確立された。

日本では、「カルテ」という言葉がドイツ語由来することもあり、電子カルテという呼称が一般的である。しかし、アメリカでは「カルテ」という概念自体が存在せず、すべて「メディカルレコード」として統合されている。これにより、アメリカでは医療情報の管理が 50 年の間に大きく進化し、患者自身が主体的に情報を管理する体制が整えられた。一方、日本では旧来のシステムが維持され続けているのが現状である。

■ 多様性を考慮した医療システムの構築へ

○小山：アメリカの医療現場では、「患者のために

働き、患者の情報はすべて患者のものである」という考え方が徹底されている。医療従事者は「すべての患者情報は透明であり、公正な運用が求められる」と口をそろえて言う。これは、アメリカ社会において、多民族・多言語環境が医療制度に強く影響を与えているからである。

日本では、医療機関において共通言語は日本語であり、患者もほぼ例外なく日本語を話すため、言語による障壁はほとんど存在しない。しかし、アメリカでは人口の約20%が英語を母語としない。そのため、医療提供において言語の違いが大きな課題となる。

○富家：アジア系の移民も多く、スペイン語話者も非常に多い。さらに、ブラジルからの移民はポルトガル語を話し、東欧からの移民はそれぞれの母国語を使用する。これに対応するため、アメリカの病院では多言語対応が求められる。

○小山：ニューヨークを訪れた際に印象的だったのは、医療機関が26カ国語に対応していたことである。日本では考えられないほどの多言語対応が行われており、通訳システムや多言語診療サポートが整備されていた。一方で、日本の医療機関では英語を含めても対応できる言語は3カ国語程度にとどまるのが現状である。

○富家：日本の医療システムは、日本語を話すことを前提に構築されている。しかし、今後の国際化を考えると、言語の壁を超えた医療サービスの提供が求められるのではないかと。特に、日本における外国人労働者や観光客の増加を考えると、医療機関の多言語対応は喫緊の課題となる。

○小山：アメリカでは、英語が話せない患者向けの医療プログラムが多数存在している。日本では、医療現場での言語対応を課題として認識する意識がまだ低いと、多民族国家であるアメリカでは、それが当たり前の環境になっている。

歴史的にも、アメリカは200年以上の時間をかけて多民族社会を形成してきた。元々、ネイティブアメリカン以外はすべて移民であり、移民社会の中で医療情報の共有や非対称性の解消が大きなテーマとなってきた。

このように、多民族・多言語環境が医療の透明性や情報の対称性の確立に与える影響は非常に大きい。日本においても、今後のDX推進の中で、こうした多様性を考慮した医療システムの構築が求められるのではないかと。

■ 漢方から西洋医学、そして医療 DX

○富家：情報の非対称性、多民族国家におけるコミュニケーションの課題、そして医療における情報管理の変革は、アメリカでは50年前から議論されてきた。日本も今後、同じような議論を本格的に始めなければならない段階に来ているのだろうか。

小山先生のご著書「DX リープ・フロッギング戦略」で示唆するように、日本はDXによって遅れを取り戻すどころか、一気に飛び越えることも可能なのではないかと。

○小山：そのとおりである。本書のタイトルにもあるように、「遅れてきたのなら、飛び越えればよい」という発想が重要である。蛙飛び（リープ・フロッギング）の概念は、既存の仕組みにとらわれず、新たなシステムを直接採用することで、大幅な効率化を実現するという考え方である。

○富家：つまり、日本は過去50年分の変革を一気に進めることが可能であり、それを実現するための戦略がDX。具体的にはどのような点が該当するのか。

○小山：例えば、明治維新の際、日本の医療は漢方が主流であり、西洋医学はほとんど普及していなかった。しかし、戊辰戦争が勃発し、多くの負傷者が発生したことで状況は一変した。漢方医では戦場での外科手術に対応できなかった。そのため、西洋医学の必要性が急速に認識され、日本の医療は大きな転換期を迎えた。これと同様に、現在のDXも医療のあり方を根本から変える可能性を秘めている。

手書きのカルテから電子化へ、さらにはロボット支援手術やAIを活用した診断技術など、医療DXは多くの技術革新をもたらしている。こうした技術を適切に活用することで、医療の質を飛躍的に向上させることができる。

■ 日本の医療は飛躍的に進化できる

○富家：確かに、ロボット手術の導入によって、医療の精度が向上し、ヒューマンエラーを減らせることが証明されつつある。しかし、一方で、すべての医療行為をロボットが担えるわけではないという現実もある。

○小山：そのとおりである。ロボット技術は非常に有用であるが、それだけですべての医療が完結するわけではない。現在のAIやロボット技術は補助的な役割を果たす段階にあり、完全に人間の判断を置き換えるには至っていない。

重要なのは、DXを単なる技術革新と捉えるのではなく、それをいかに医療の質向上に活かすかという視点である。テクノロジーの導入を目的化するのではなく、現場の課題を解決する手段として活用すべきである。

○富家：つまり、DXは手段であり目的ではないということ。日本の医療DXが進むべき方向性として、単なるデジタル化にとどまらず、現場の実情を踏まえた適切な活用が求められる。

○小山：DXは、単にロボット手術を増やしたりすることではなく、医療の提供方法そのものを改革するためのツールである。この視点を持つことで、日本の医療は飛躍的に進化できるはずである。

■ 患者が医療情報にアクセスできる環境へ

○富家：医療の標準化とDXの進展により、医療の質が個人の技量に左右される時代ではなくなったかもしれない。

○小山：医療DXの活用において、必ずしも高度な専門知識を持つ人材だけが中心となるわけではない。確かに、特定分野では高度な知識や技術が求められるが、一般的な医療の提供においては、標準化されたプロセスを確実に実行することが重要である。それが高品質な医療の本質である。

かつては、特定の熟練した医師が施術を行えば患者の命が助かる一方、未熟な者が執刀すれば命を落とすといった状況があった。しかし、現代の医療は

標準化・単純化・機械化が一斉に進んでいる。これは、かつての明治維新において漢方医療から西洋医学へと大きく転換した状況と類似している。

DXの推進によって、医療の現場では従来手作業で行っていた業務の多くが機械化されるようになり、医療従事者はより高度な判断や患者とのコミュニケーションに注力できるようになる。これは、単なる業務効率化ではなく、医療の本質的な変革を意味するのではないか。

○富家：そのように思う。DXの進展により、患者の医療情報がどのように管理されるかという点にも大きな変化が生じている。アメリカでは、「患者の医療情報は患者自身のものである」という概念が確立されるまでに50年の歳月を要した。しかし、日本ではDXを活用することで、より短期間でこの変革を達成することが可能である。これは、まさに「DXリープ・フロッギング戦略」の実践であり、日本が先進国の取り組みを飛び越える契機となる。

○小山：しかし、現在でも一部の医師の間には「カルテは医師の所有物である」という考えが根強く残っている。30年前は、患者の情報を共有するという発想すらなかった。

確かに、医師が自身で記録を作成するため、「自分が書いたものは自分の所有物である」と考えるのも理解できる。しかし、その記録の内容は患者に関するものであり、本来は患者が主体的に管理できるべき情報である。患者が自身の医療情報に自由にアクセスできる環境を整えることが、DX推進の最も重要な目的の一つであると考えている。

■ 患者のために何ができるか

○富家：今回の海外視察で、小山先生が特に印象に残った点は何か。日本と比較して最も大きな違いを感じた点についても、お聞かせ願いたい。

○小山：サンディエゴを訪れたのは38年ぶり、ニューヨークは25年ぶりであった。まるで浦島太郎のような感覚を覚えた。最も驚かされたのは、医療のDXがこれほどまでに進んでいるとは思わず、非常に感動を覚えた。

○富家：確かに、西海岸の医療機関は、患者のため

に何ができるかを最優先に考え、それを実現することで病院の収益性も向上させるという、極めて前向きなアプローチをとっていた。DXを積極的に活用し、医療の質向上と経営の安定を両立させようという姿勢が見られた。

一方で、ニューヨークの医療機関は、よりビジネスライクな視点が強く、効率よく利益を上げることには重きを置いている印象を受けた。この二つの対照的なアプローチを目の当たりにし、日本の方向性をどのように定めるべきかについて、非常に考えさせられた。その中で、小山先生が指摘された「メディカルレコードは患者のものである」という考え方が日本に広がれば、医療DXの第一歩となるのではないか。

■ 患者中心の医療に向けた DX

○小山：Epic という統合型メディカルレコードシステムについて、富家先生が感銘を受けていたのが印象に残っている。Epic は、患者の診療情報を一元管理し、医療従事者間での共有を可能にするプラットフォーム。富家先生が「これは患者中心のEpic だ」とおっしゃった。

Epic の歴史を振り返ると、医療従事者自らが「こうあるべきだ」と考え、構築してきたカルテシステムであり、ヘルスレコードの体系である。結果として、様々な医療機器やシステムと連携し、包括的な情報管理を実現している。実際、Epic は多くの医療デバイスと統合され、驚くほど柔軟に機能していた。

○富家：特に驚いたのは、Epic が超音波診断装置（エコー）とも連携していたこと。日本では、診断画像の取り扱いには煩雑な手続きが必要であり、患者が自身の画像データを取得するのも一苦勞である。

しかし、アメリカではEpicを基盤としたシステムが整備されており、診断情報がシームレスに共有される。こうした技術革新が日本でどのように導入されるべきか、非常に考えさせられる。

○小山：エコーの先端部分のみをポータブル型の全身超音波診断装置「Butterfly iQ+」で撮影すると、そのデータがiPadへ即座に転送され、さらにiPad

からEpicへと自動的に連携される。驚くべきは、Epicにアップロードされたエコー画像が瞬時に遠隔地からでも閲覧可能である点である。例えば、私はそのとき西海岸にいたが、仮にシカゴに家族がいれば、彼らもリアルタイムで診断画像を確認できるという仕組みになっていた。

日本でも「患者のために」とよく言われるが、それが単なる言葉ではなく、実際の仕組みとして確立されなければならない。アメリカの医療DXが実現する患者中心の医療を目の当たりにし、日本におけるDX推進の必要性を強く実感した。

■ 煩雑な記録を求められる日本の現状

○富家：Epicのような統合型電子カルテシステムが日本には存在しないことについて、小山先生はどのように考えているか。また、日本における電子カルテの課題はどこにあるのか。

○小山：確かに、日本には独自の事情があり、すべてをアメリカ型にすることが現実的ではないかもしれない。しかし、Epicのようなシステムがもたらす患者中心の医療の概念は、日本にとっても極めて重要である。

アメリカの病院で診療を経験した日本の医師たちは、帰国後、Epicのない環境に大きな戸惑いを感じている。例えば、アメリカで4～5年間勤務し、最先端の医療環境に慣れた心臓チームの医師たちは、日本に戻ると「Epicがないと診療ができない」と嘆くことが多い。帰国した医師たちに「日本で何が最も困りますか」と尋ねると、決まって「なぜ日本の診療報酬請求は、これほどまでに医師に煩雑な記録を求めるのか」という点を挙げる。

日本では、医師だけでなく、理学療法士やその他の医療従事者も膨大な記録作業を求められる。診療やりhabiriを行うだけでなく、それを細かく記録しなければならず、本来の医療業務に割く時間が削られているのが現状である。

2024年11月に開催された第32回日本慢性期医療学会においても、この問題が指摘された。「すべての行為を記録しておかないと、後で問題になる」という意識が根強く、実際には訴訟対応を意識して

記録が求められている側面もある。しかし、本来の医療 DX の目的は、医療従事者の負担を軽減し、患者中心の医療を実現することである。記録のための記録ではなく、真に必要な情報を適切に共有し、効率的に活用できる仕組みを構築することが求められている。

■ 医療監査の在り方も見直しを

○富家：海外では、医療従事者がそれぞれの役割に応じて情報を入力し、それがシームレスに統合される仕組みが確立されている。例えば、診察時の会話が電子カルテを通じて記録され、その内容が患者への通知に変換される。「今日の診察では傷の治癒が順調に進んでいる。次回の診察は2カ月後にしましょう」といった医師の言葉が、そのまま患者へのメール通知となり、さらに診断書や請求書へと自動的に連携される。このようなシステムを実現しているのが、シャープヘルスケアの電子カルテシステムである。

特に印象的なのは、情報がリアルタイムで患者の iPhone にメディカルレコードとして保存され、患者自身がいつでもアクセスできる点である。これは、まさに患者中心の医療を具現化する仕組みといえる。

○小山：対照的に、日本の医療監査では「すべてのデータを紙で打ち出せ」という指示がいまだに常態化している。まるで原始時代のような発想であり、現代のデジタル技術とは大きくかけ離れている。監査が入る際に「典型的な症例を15件コピーして提出せよ」といった指示が飛び交うことがある。電子カルテ上で簡単に検索できる情報をわざわざ紙に印刷し、手作業で整理する必要があること自体が時代遅れである。

電子データの信憑性を問題視するのであれば、AI を活用して異常値の検出や診療内容の整合性をチェックする方法も考えられるはずだ。しかし、現在の日本の監査制度は、デジタルの利便性を最大限に活かす方向には進んでいない。

これからの医療 DX 推進においては、単なるデジタル化ではなく、業務の効率化と医療の質向上を同

時に実現するための制度設計が求められる。そのためには、監査の在り方そのものを見直すことも必要である。

■ コロナ禍で見た DX 化の遅れ

○小山：日本の医療 DX がなかなか進まない現状において、特に痛感したのは COVID-19 の対応であった。保健所の職員は懸命に業務に取り組んでいたが、開業医からの報告手段が FAX であったことに驚かされた。

当時、病院ではすでに FAX を使用していない施設も多く、「今さら FAX なのか」と衝撃を受けた。そして、その FAX で受信した情報を、保健所の職員が一晩中かけて手入力していた。紙で送られてきた内容をパソコンで再入力するという、非効率極まりない作業が日常的に行われていたのである。

現代の技術であれば、FAX をスキャンすれば即座に文字データに変換できる。しかし、当時はそのようなデジタル処理が導入されず、手作業でデータを入力せざるを得なかった。この状況は、単なる業務の非効率性にとどまらず、日本の医療 DX の遅れを象徴する出来事であった。

パンデミックという非常事態の中で、最も必要だったのは迅速な情報共有ではなかった。しかし、アナログな情報伝達が障害となり、現場の負担が増大した。これにより、日本の医療現場におけるデジタル化の必要性が浮き彫りとなった。

DX の本質は、現場の業務負担を軽減し、効率的かつ迅速な情報共有を可能にすることである。医療 DX の遅れを放置せず、抜本的な改革を進めるべきである。

■ グループ化が急速に進んでいる

○富家：今回の海外視察で、DX の進展だけでなく、印象に残っている点はあるだろうか。

○小山：医療機関のグループ化が急速に進んでいることを実感した。病院だけでなく、ナースিংホームなどの介護施設においても、大規模な統合が進んでおり、医療と福祉が一体化する傾向が強まっている。

特に、ニューヨーク大学（NYU）関連の医療施設を見学した際、その規模の大きさに驚かされた。関連施設は100を超え、あらゆる医療サービスが提供されていた。かつては小規模な病院が地域ごとに点在していたが、それらが統合され、大規模な医療グループとして再編成され、効率的な医療ネットワークを形成している。

○富家：日本の銀行の統廃合を連想した。経営の厳しさから中小企業が大手に吸収され、結果として巨大な企業グループが形成される。アメリカの医療機関も、こうした統合に至るまでに経営的な困難な時期を経験したのではないか。

○小山：確かに、アメリカの医療機関も苦難の時代を経ている。統合が進む以前は、医療機関が分散しており、運営が不安定な状況であった。50年ほど前、アメリカには Volunteer Hospital America (VHA) という病院群が存在しており、これらの病院の多くは民間によって運営されていた。当時、低所得者の患者を25%以上受け入れることで、病院は税制優遇を受ける仕組みがあった。

こうした背景のもと、多くの民間の非営利病院が統合され、現在の大規模な医療グループへと成長していった。例えば、あるヘルスケアシステムでは、複数の病院と診療所が統合され、一つの巨大なネットワークを形成している。また、別の地域では、180以上のプライマリーケア施設と18の病院を統合した医療グループが誕生している。こうした医療機関の統合により、医療の効率化と質の向上が進み、結果として巨大な医療コングロマリットが形成されつつある。この動きは、今後の日本の医療DX推進にも示唆を与える重要なトピックである。

■ 医療事情の相違をどう見るか

○富家：日本の医療とアメリカの医療を比較すると、患者の年齢層や疾患の特徴が大きく異なるように感じる。例えば、日本では高齢者の割合が高く、慢性疾患の管理が医療の中心となっている。一方で、アメリカでは生活習慣病の影響で若年層から整形外科的な処置を必要とするケースが多い。

こうした背景の違いが、医療DXの進め方にも影

響を与えるのではないか。

○小山：確かに、日本とアメリカでは医療の事情が大きく異なる。特に、患者の体格の違いは医療の方向性に大きな影響を与えている。

アメリカでは、体重100キロ以上の患者も珍しくなく、膝関節への負担が大きいため、50代で人工骨頭の置換手術を受けるケースが多い。一方で、日本では肥満人口が少なく、同じ年齢層で同様の手術を必要とする患者の割合は低い。このような違いが、医療提供のあり方を決定づけている。

○富家：日本とアメリカでは、疾病構造自体も異なるのだろうか。例えば、手術に対する考え方の違いも影響しているのではないか。

○小山：古いデータではあるが、診療科の分類として外科と内科を比較すると、日本は圧倒的に内科の国である。一方、アメリカでは外科治療が優先される傾向が強い。

例えば、アメリカではてんかんの治療においても、まず外科的手術が検討される。一方、日本では手術に対する抵抗感が強く、薬物療法が優先される。こうした文化的な違いが、医療の発展の方向性にも影響を及ぼしている。

■ 外科の集約化が進む

○富家：日本では、特に外科系の分野が衰退しているように感じる。例えば、循環器内科では経皮的冠動脈形成術（PTCA）が普及し、比較的低侵襲な治療が可能になったこともあり、循環器内科は人気の診療科となっている。しかし、心臓外科の人気は低下しており、外科系の医師不足が顕著になっている。

一方で、アメリカやヨーロッパでは、脳外科、心臓外科、一般外科の医師は極めて高い評価を受けており、トップクラスの成績を収めた医師のみが選ばれる状況にある。この違いはどこから生じているのか。

○小山：その背景には、歴史的な要因も関係していると考えられる。例えば、アメリカでは過去に徴兵制度があり、軍医として多くの医師が一般外科の技術を身につける必要があった。これにより、外科的なスキルが基本的な医療知識の一部とされる文化が

定着した。一方、日本ではそのような背景がなく、内科的な治療が医療の中心として発展してきた。

また、明治10年の西南戦争の際、外科医の必要性が高まったが、それでも内科の医師は外科的処置に関与することが少なかった。こうした歴史的な経緯が、日本における外科の発展を抑制した可能性がある。

○**富家**：確かに、日本では手術件数が減少しており、医療技術の進化によって低侵襲治療が主流となりつつある。しかし、それによって外科医の経験が積みなくなるという課題もあるのではないかと。また、外科医不足が進むことで、手術を集約化する必要性が高まっていると考えられる。

○**小山**：現状では、医師3人程度で運営されている外科施設もあり、麻酔科医が不足しているケースも多い。こうした状況は、医療の質の確保という観点からも改善が必要である。

アメリカの医療は、長年にわたる集約化の結果、大規模な外科センターが形成され、専門的な医療を提供できる体制が整備された。一方、日本では、施設ごとの手術件数が限られている。この点を改善するためには、外科医が集中的に技術を磨ける環境を整える必要がある。100人規模の外科医が在籍する手術センターを設立し、外科手術を集約化することが求められている。これは、日本の外科医療の将来にとって重要な課題である。

■ DXにより地域差が縮小する

○**富家**：外科医療の集約化が進むとなると、医療DXの推進により、手術や救急医療の提供方法はどのように変わる可能性があるのか。

また、地域ごとの医療格差を解消するために、DXを活用した遠隔医療やロボット手術の導入が検討されているが、この点についての課題や可能性をどのように見ているか。

○**小山**：DXが進展すれば、医療の提供はこれまでのように場所に制約されることなく、より広範囲での対応が可能になる。

例えば、がん治療は比較的計画的に進められるため、患者が100キロ離れた専門病院で治療を受け

ることも十分に現実的である。一方で、即座の対応が求められる小児の交通事故や心筋梗塞のような救急医療では、距離が大きな課題となる。

○**富家**：救急医療においては、短時間での対応が生命を左右するため、医療の集約化と即応性のバランスをどのように取るかが重要な課題となる。

アメリカのような広大な国では、救急医療の提供体制はどのように構築されているのか。また、DXの導入によって日本の救急医療にどのような変化をもたらす可能性があるのか。

○**小山**：アメリカでは、日本のように「どの地域でも20分以内に総合病院がある」という環境は想定できない。アメリカには5つの時間帯があり、大陸だけでも3つの異なるタイムゾーンがある。そのため、地域によって医療提供体制の整備状況に大きなばらつきがある。

■ 新たな医療ネットワークの構築

○**富家**：地理的な要因が医療提供の前提条件を大きく左右する。日本では、都市部では病院が密集し、地方では医療機関が不足するという二極化が進んでいる。この課題を解決するためには、DXを活用した新たな医療ネットワークの構築が必要となるだろう。

○**小山**：確かに、日本では現在でも約8,025の病院があり、アメリカの病院数5,000と比較すると圧倒的に多い。

日本では、自宅から20分圏内に外科病院があるのが一般的だが、アメリカではそのような環境は稀である。ニューヨークの中心部であっても、救急搬送の距離や時間の問題が常に付きまとう。こうした環境では、医療の集約化が必然的に進む。

一方で、過疎地における外科医療の確保は大きな課題となる。遠隔手術やドローンを活用した医薬品輸送など、DX技術を駆使することで過疎地域の医療提供を補完する必要がある。

○**富家**：過疎地の医療提供体制の維持は、日本でも今後ますます重要なテーマになる。例えば、外科医の都市集中が進むことで、地方の病院では手術ができる医師が減少する可能性がある。この問題に対し、

DXを活用したロボット支援手術や遠隔医療の導入がどこまで実現可能なのか、今後の展望についてどのように考えているか。

○小山：現在の技術では、過疎地の医療を完全にカバーするにはまだ課題が多い。

今後は、DXを活用した医療ネットワークを構築し、例えば、大都市の専門医が遠隔操作で地方の手術を支援するシステムや、AIを活用した診断支援技術の普及が、地方医療の質を維持する鍵となる。

■ 医療 DX の目的はコスト削減か

○富家：患者のメディカルレコードがより広範に共有され、透明性が向上すると、支払い側にも大きなメリットが生じる。例えば、重複処方や重複検査が確実に削減される。

現在、患者が複数の医療機関を受診する際、前の病院で実施された検査結果が共有されないため、同じCTやレントゲン検査が繰り返されるケースが多い。しかし、患者自身が過去の検査データを医療機関と共有できれば、このような無駄な検査を減らし、医療費の削減につながることは明白である。

診療報酬の制度設計において、メディカルレコードの統一を推進し、アメリカのように全国規模の患者データベースを構築すれば、兆単位での医療費削減が可能になるかもしれない。

○小山：非常に興味深い議論である。実際、アメリカではGDP比で医療費が12%を超えた段階で、政府が医療コスト削減を強く打ち出した。しかし、その結果、10年間で削減できた割合は1.5%程度に過ぎなかった。なぜこれほど削減が難しいのか。それは、医療産業全体において、コスト削減と同時に新たな収益機会が生まれているためである。

例えば、不必要な医療行為を排除すれば医療費は下がる。しかし、同時に先進的な医療技術や新薬が次々に登場し、それらの導入によって医療費が増加するという現象が生じる。結局のところ、削減されたコストと新たに発生したコストを比較すると、最先端医療の発展によるコストの増加の方が上回る傾向にある。また、医師の視点から見ても、過去の治療法に固執するより、最先端の技術を導入し、より

効果的な治療を行いたいというのが自然な流れである。

多くの人が「医療DXによってAIを活用し、無駄を省けば医療費は削減される」と考えている。しかし、現実には、医療DXを進めた国でも医療費が顕著に低下したという確固たるエビデンスは存在しない。むしろ、DXの導入によって新たな医療技術やシステムが普及し、それに伴うコスト増が発生するのが実情である。

医療DXの本質的な目的は単純なコスト削減ではなく、医療の質を向上させながら持続可能な形で医療サービスを提供する仕組みを構築することにある。

■ チーム医療による DX の推進

○富家：医療DXを推進する上で、いかなるインセンティブを設定するか。医療費の抑制が直接的な目的にならないとすれば、DXを導入する意義をどこに見出すのかが重要な課題となる。

アメリカの医療機関ではDXが積極的に導入されているが、それによって医療の質や業務効率が向上し、結果として医療機関の経営にも良い影響を及ぼしていると考えられる。そのような事例を踏まえ、日本の医療DX推進においても、単なるコスト削減ではなく、業務の効率化や医療の質の向上を目的とする方向性が必要だろう。

○小山：今回の視察では、西海岸とニューヨークに限定して訪問したが、最も印象的だったのは、医療DXの推進において中心的な役割を担っているのが看護師であった点である。病院のシステム関係の担当者として現れたのが全員看護師であり、しかも全員が修士号（マスター）を取得していたことである。

かつて、アメリカの医療機関ではDirector of Nursing（看護部長）や副院長の看護師は修士号を持っていることが前提とされていた。しかし、現在ではそれにとどまらず、各セクションの管理者がすべて修士号を持ち、病院全体のマネジメントに関与している。

例えば、Master of Science（理学修士）を持つことや、コンピュータシステムに関する修士号を取得し

た者がDXを担当し、病院運営を支えている。そのため、病院のDX推進が単なるシステム導入にとどまらず、医療業務全体の改革につながっている印象を受けた。帰国後、視察先で受け取った名刺を改めて確認すると、ほぼすべての担当者が修士号を取得していたことに改めて衝撃を受けた。

また、興味深かったのは、医師と看護師の関係性である。アメリカの病院では、看護師が医師を「先生」と呼ぶことはなく、医師も看護師を専門職として対等に尊重していた。こうした関係性が、チーム医療の質を高め、結果としてDXの推進にも寄与しているように感じた。

一方、日本ではDX担当者として看護師が前面に出てくるケースは非常に少ない。DXの導入が病院全体の組織改革と密接に結びついているアメリカと比較すると、日本の医療DXの進め方には改善の余地があるのではないか。

■ 組織改革が鍵を握るDX

○富家：確かに、日本の病院ではDXを推進する立場にあるのは医師やIT部門の技術者が中心であり、看護師がDXの中心的な役割を担うケースはほとんど見られない。

しかし、実際に医療現場のDXを推進するには、医療の現場に最も近い立場にいる看護師の関与が不可欠である。アメリカのように、看護師がシステム導入の企画段階から関与し、病院全体のDX戦略を支える体制を構築することが、日本においても求められるのではないか。

また、看護師が高度な専門性を持ち、DXの推進役を担うことで、医師と看護師の関係性もより対等で協力的なものとなる可能性がある。日本の医療DXの成功には、こうした組織改革が鍵を握るのではないかと感じた。

○小山：アメリカの病院でDXを推進する際には、まず看護師が前面に出てくる。彼らは自信を持って「私、看護師ですが、何か？」という姿勢で関与しているのが印象的であった。

一方、日本ではDX推進の場に看護師が出てくることはほとんどない。DXに関わる管理者の層が厚

く、看護師がシステムの導入・運用に積極的に関与しているアメリカとは大きな違いがある。特に、修士号（マスター）を取得した管理者がDXやAIの分野を担っている点は、非常に先進的であると感じた。

○富家：アメリカでは、DXの推進において、アドミニストレーション（病院管理）を担う層が極めて厚い。病院には技術者、看護師、医師がそれぞれDXに関与し、「私はDXのディビジョンに所属している」と明確に役割を認識している。彼らは、DXが病院運営の中心的な要素であることを理解し、技術革新と業務改善に積極的に取り組んでいる。

また、日本ではDXの議論の場において事務職員が中心となることが多いが、アメリカでは事務職は表に出てこない。事務長は主に財務管理を担い、病院経営の裏方に徹している印象を受けた。この違いがDX推進のスピードや効果に影響を与えているのではないか。

■ 多様性ある慢性期医療

○小山：私から富家先生に伺いたいことがある。今回の視察では、西海岸は時間の都合上訪問できなかったが、ニューヨーク大学とアインシュタイン医科大学の関連病院を視察し、非常に印象深い経験となった。その中で、富家先生の専門である透析、認知症ケア、レスピレーター管理といった分野に関して、現地のナースিংホームの実態を確認したいと考え、手分けして施設を探した。その結果、幸運にもニューヨーク市内の4カ所のナースিংホームを訪問する機会を得た。富家先生は、これらの施設を実際にご覧になり、どのような印象を持たれたか。

○富家：ニューヨークのナースিংホームは、施設ごとに質の差が非常に大きいと感じた。その中には、経営の効率化を最優先し、利益追求の色が濃い施設もあった。患者ケアよりも経済的な側面を強調する施設では、提供されるサービスの質に疑問を抱かざるを得なかった。

一方で、限られた予算の中で最大限のケアを提供しようとする施設もあり、その姿勢には感銘を受けた。特に、あるナースিংホームでは、スタッフが

患者一人ひとりの状態を細かく把握し、可能な限りの最善の治療とケアを提供しようという意識が強かった。こうした多様性を目の当たりにできたことは、非常に貴重な経験であった。

ただ、正直に言えば、米国の医療・介護体制と比較した際、私が最も安心できるのは、やはり富家病院だと改めて感じた。(笑)

■ 急性期と慢性期の一体的な推進へ

○小山：アメリカの急性期病院では、平均在院日数が極端に短縮され、コストが高騰している。その結果、日帰り手術が急増し、人工骨頭の置換手術ですら日帰りで退院させるケースも増えている。急性期医療が効率化される一方で、退院後の患者はどこへ行くのかという問題が生じる。

慢性期医療の視点を欠いたまま急性期医療の改革を進めるのは危険である。慢性期の受け皿が整備されていなければ、急性期医療を効率化したところで、その負担が別の場所に転嫁されるだけである。

したがって、急性期医療の在り方を検討する際には、まず慢性期医療の充実を図ることが不可欠である。慢性期医療を十分に整備しないまま急性期の効率化を図れば、結局、医療システム全体が混乱し、患者が適切なケアを受けられなくなる危険性がある。

○富家：その指摘は非常に重要である。アメリカでは、急性期病院の収益性を最大化するために在院日数の短縮が徹底されており、退院後のケアは主にナーシングホームやリハビリ施設が担っている。しかし、それらの施設が十分に機能していなければ、患者は十分な回復期間を得られず、結果的に医療費が増大する可能性が高い。

日本の医療システムにおいても、急性期医療と慢性期医療のバランスを適切に取ることが不可欠である。急性期の医療提供体制を見直す際には、慢性期の受け皿をしっかりと確保することが前提でなければならない。急性期医療を単独で改革しようとすれば、結果的に慢性期の医療機関が過剰な負担を強いられることになる。

そのため、医療全体のシステム設計として、急性

期・慢性期の双方を見据えた政策を立案しなければならない。日本の医療政策においては、急性期と慢性期を切り離して考えるのではなく、一体的な視点を持ち、シームレスな医療連携を構築することが求められる。

■ ナーシングホームと医療機関の連携

○小山：ニューヨークで最も驚いたのはナーシングホームの進化であった。日本の特別養護老人ホームや、良くて介護老人保健施設ほどの設備しか想像していなかった。しかし、実際に訪れてみると、透析治療を提供するナーシングホームや、人工呼吸器を外す専門プログラムを持つ施設が存在していた。さらに、認知症ケアに特化した施設もあり、患者一人ひとりの状態に応じた専門的なケアが提供されていた。

一方で、経済的利益を優先する施設も存在し、経営のあり方が多様化している印象を受けた。しかし、信仰を基盤としたメソジスト系の施設では、「奉仕の精神で運営している」という理念のもとにケアを提供しており、まさに多様性が感じられる環境であった。

しかし、いずれの施設でも、専門的な治療やケアが体系的に提供されており、日本とは異なる医療の形が見えた。

特に透析医療に関しては、日本では病院や専門クリニックで行われるのが一般的だが、アメリカではナーシングホームに透析設備を完備し、入所者がそのまま透析を受けられる体制が整えられていた。また、日本では透析患者のプライバシーを重視し、ベッド間の間隔を空けるよう配慮されるが、アメリカの施設では透析機器がずらりと並び、まるで医療インフラの一部として効率的に運用されている印象を受けた。

このような環境下でも、患者は訴えることなく、むしろ透析が日常生活の一部として定着している様子が印象的であった。

○富家：確かに、特に透析医療に関しては、単なる医療行為の提供ではなく、患者の生活と一体化したケアが行われていた点が印象的であった。

例えば、1ユニットあたり4人のみを受け入れるという透析ユニットケアの方式を採用している施設では、個々の患者の状態を細かく把握し、個別対応が徹底されていた。これは、日本の透析施設にはない、新しい発想の医療提供モデルであると感じた。また、アメリカのナースィングホームでは、透析患者を生活の一部として透析を受ける存在として尊重している点が特徴的であった。

透析患者が施設内で自然に暮らしながら適切な医療を受けられる環境は、今後の日本の慢性期医療にも示唆を与えるものである。ナースィングホームと医療機関の連携のあり方を再考する必要があると強く感じた。

■ 回復期に重点を置くメリットは

○富家：アメリカのナースィングホームには、どことなく回復期リハビリテーションの要素が色濃く感じられる。日本の介護医療院と比較すると、単なる長期療養施設というよりも、むしろ回復を目的とした医療が重視されている印象である。この違いは、医療制度の違いによるものなのか、それともナースィングホームの役割そのものが異なっているのか。回復期に重点を置くことで、どのようなメリットが生じるのか。

アメリカでは、急性期病院を早期に退院させる傾向が強く、在宅復帰を促進する流れがあるが、その中間に位置する施設としてナースィングホームが機能しているのか。

○小山：確かに、アメリカのナースィングホームの思想は回復期リハビリテーションに近い。単なる介護施設というよりも、医療的なアプローチを取り入れ、患者の機能回復を目的とした支援を行っている。介護医療院というよりも、むしろ回復期リハビリテーション病院に近い位置づけだろう。

○富家：そうすると、ナースィングホームの報酬体系も回復期の医療と同じような評価がされているのではないか。アメリカでは、リハビリテーションの介入度によって診療報酬が変わると聞かすが、それがナースィングホームの運営にも影響を与えているのか。医療と介護の境界が曖昧になりつつある中で、

ナースィングホームが果たす役割は、今後どのように変化していくのか。介護医療院の方向性にも関係する問題である。

○小山：ナースィングホームで医師を雇い、医療行為を提供することで、病院で長期間入院させるよりもコストを抑えられるという話があった。つまり、医療機関にとっても、患者にとっても、ナースィングホームの活用は経済的なメリットがある。これは、病院の早期退院を促進する医療政策とも連動しているのではないか。

結果として、ナースィングホームが単なる療養施設ではなく、医療とケア、リハビリテーションなどを組み合わせた複合的な機能を担うようになっているのだろう。

■ 医療費の削減だけでなく QOL 向上も

○小山：ナースィングホームの呼吸器専門医が「人工呼吸器を外せる」と言っていたが、その意味がすぐには理解できなかった。しかし、視察先の病院では、医師たちが「日本では人工呼吸器を外しても誰もメリットを感じないが、こちらでは外すことで経済的な利益が発生する」と話していたのが印象的であった。

この違いは、医療制度や診療報酬体系の違いによるものなのか、あるいは医療機関の収益構造の問題なのか。

○富家：アメリカでも、人工呼吸器を外すこと自体が直接の収益にはつながらないはずである。しかし、呼吸器管理を必要とする患者が減少すれば、医療資源の最適化につながり、結果的に病院全体の運営コストが下がるという視点があるのかもしれない。

また、人工呼吸器からの離脱が成功すれば、患者はレスピレーターユニット（人工呼吸器管理ユニット）からトラックユニット（気管切開後のケアユニット）へと移行できる。つまり、気管切開のみの状態になれば、さらに軽度の医療ケア施設へと移ることができ、医療機関としてはより多くの患者を受け入れる余地が生まれる。

○小山：確かに、アメリカのナースィングホームでは、気管切開の抜管を重視し、それに命をかけるほ

ど真剣に取り組んでいるように見えた。単なる延命ではなく、可能な限り自立を促し、患者がより負担の少ないケアへと移行できるよう努力しているのだろう。

○富家：視察先の施設では「年間で約20%の患者が人工呼吸器からの離脱に成功している」との説明があった。これは非常に高い割合であり、日本ではあまり例を見ない。

呼吸器管理が必要な患者に積極的にリハビリを行い、離脱を目指すという姿勢は、日本の長期療養施設や慢性期医療でも参考になるのではないかと。このようなアプローチを取り入れることで、医療費の削減だけでなく、患者のQOL向上にも大きく寄与する可能性がある。

■ 急性期病院での対応を継承するか

○小山：慢性期医療において、人工呼吸器の離脱が可能である一方で、急性期医療機関ではそれが困難とされるのは、どのような理由によるものか。

○富家：急性期病院では、一般的に入院期間が短く、人工呼吸器を使用する患者も2週間以内に離脱可能であれば、急性期病院内で対応される。しかし、それ以上の期間が必要な場合、「ここから先は慢性期病院へ」と判断され、慢性期病院での管理に引き継がれる。当院では、こうしたケースに対し、人工呼吸器の離脱を目標に掲げ、積極的にリハビリテーションを行う体制を整えている。

しかし、現実には多くの慢性期病院が、急性期病院で行われた治療をそのまま踏襲し、現状維持を優先する傾向にある。例えば、気管切開が施行されている場合、その処置がなされた理由を深く掘り下げることなく、必要だから行われたものとして、そのまま維持されるケースが少なくない。

同様に、胃瘻も一度造設されると、そのまま継続されることが多い。最近では摂食訓練に取り組む施設も増えてきたが、それでも気管切開の抜去については慎重な姿勢が強く、「果たして外してもよいのか」と逡巡するケースが多いように感じる。慢性期医療においても、単なる維持管理にとどまらず、積極的に患者の回復を目指す姿勢が求められるのでは

ないか。

■ 慢性期医療が急性期医療を改革する

○小山：急性期医療において、早期退院を促進する流れが強まる中、患者の転院先としてナーシングホームが選択されるケースが増えている。アメリカでは、ナーシングホームに対して医療費を一定額支払うことで、早期に胃瘻造設を行わせるようなシステムが構築されている。

○富家：確かに、アメリカの医療制度ではそのような動きが顕著である。急性期病院は早期に患者を退院させ、ナーシングホームや回復期リハビリテーション病院へと移行させることで、医療資源を効率的に活用しようとする。

日本でも同様の仕組みが求められるかもしれないが、現状では急性期病院が患者を抱え込み、転院をためらう傾向がある。急性期病院の入院患者数が減少している。人工呼吸器管理が必要な患者については、急性期病院にとって高い収益をもたらすため、転院を進めにくい側面がある。

大学病院や大規模な基幹病院は比較的積極的に転院を進めるものの、移行先としてまず選ばれるのは別の急性期病院であり、必ずしも回復期や慢性期病院に直接つながるわけではない。

当院の統計では、入院後半年間の経過が患者の予後を大きく左右することが明らかになっている。興味深いのは、半年を超えると、その後の生存期間が大きく伸びる傾向が見られる点である。半年を長いと感じないかもしれないが、慢性期医療においては、その期間が極めて重要な意味を持つ。

かつて武久洋三名誉会長が指摘した「なんちゃって急性期病院」の問題が、まさにここにある。日本の急性期病院の一部は、本来の急性期医療を担うべきでありながら、実態としては長期療養を目的とした施設になりつつある。これは、医療機関の経営上の都合が影響しているだけでなく、慢性期医療の受け皿が十分に整備されていないことも一因である。

○小山：アメリカのLTAC（長期急性期病床）では、入院期間が21日に制限されており、それ以上の入院は認められない。急性期病院においても、平均在

院日数は4～7日程度で運用されている。慢性期医療が適切に機能しているからこそ、急性期医療の改革がスムーズに進むのだろう。

もし急性期病院が単に患者を早く退院させることを目的とすれば、患者は行き場を失う。したがって、慢性期医療の体制がしっかりと整備されていなければ、急性期医療の合理化は実現しない。この点は、アメリカの医療システムが示す一つの結論と言えるかもしれない。急性期と慢性期は密接に連携しながら、どのように役割分担をするかが各国の医療制度によって異なっているのだろう。

■ 良質な慢性期医療がなければ日本の医療は歪む

○富家：最後に、今回の視察経験などを踏まえ、日本慢性期医療協会へのメッセージをお願いしたい。

○小山：医療DXについてはまだ十分に整理できていないが、今回のニューヨーク視察で得た収穫は大きかった。特に、急性期医療の実態を学ぶだけでなく、ナーシングホームの実情を詳細に把握できたことは、非常に有意義であった。また、アメリカの病院における診療報酬制度の詳細についても貴重な知見を得ることができた。慢性期医療やナーシングホームに関する情報も充実しており、日本における今後の医療政策の参考になると考えている。

良質な慢性期医療がなければ、日本の医療が成り立たない。良質な慢性期医療がなければ、急性期医療が歪んでしまう。結果的に医療全体のバランスが崩れる。現在の医療制度では、患者の在院期間や入院の可否に関して、急性期病院が強い主導権を持っている。しかし、これは本来望ましい姿ではない。

かつて、大学病院の教授たちの中には「慢性期医療は質が低い」という偏見を持つ者も少なくなかった。しかし、現在ではその認識も変わり、「慢性期医療の役割は大きい」と評価されるようになってきた。以前の慢性期病院のイメージといえば、褥瘡を抱えた寝たきりの患者ばかりというものだった。しかし、現在の慢性期医療は、患者の積極的な治療と早期回復・退院を目指す「慢性期治療病棟」として機能している。

私自身、厚生省の研究機関に所属した際、最初の業務が老人保健施設の設立に関するものだった。この経験を通じ、慢性期医療の充実こそが日本の医療の安定に不可欠であると強く認識した。これまでの取り組みが一定の成果を上げてきたと自負しているが、今後も継続的な改善が求められる。

富家先生が、今後も日本慢性期医療協会のさらなる発展に向け、尽力されることを期待している。

○富家：本日は貴重なお話をありがとうございました。



対談を終えて（左）小山秀夫氏、（右）富家隆樹氏

身体拘束の解除に向けた多職種の取り組みと事例紹介

社会医療法人若竹会 土浦リハビリテーション病院 介護医療院（茨城県土浦市）

看護師長 高田千春 理学療法士 中野雄司 介護福祉士 仲川茂雄 看護部長 伊藤美代子

1. はじめに

社会医療法人若竹会は、「一人の人を大切にする慈愛の医療と福祉の活動に徹する」との経営理念を掲げ、茨城県牛久市にあるケアミックスを展開しているつくばセントラル病院（地域医療支援病院）を中心とし、医療と介護のシームレスなケアで地域医療・福祉に貢献することを目指して運営している。本院（土浦リハビリテーション病院 介護医療院）を含む病院2施設・クリニック2施設、介護施設14施設、訪問看護2施設、居宅介護3施設の計23施設を運営しており、つくばセントラル病院と密接に連携していることが強みである。また、2024年6月より「セントラルキッチンわかたけ」を開設し、法人グループ内の食事を一括調理し、「ニュークックチル」「カート方式による配送」により大量調理の効率化と安全性を実現し、患者・利用者の満足向上に努めている。さらに、2025年度には、施設内で発生する情報をリアルタイムに可視化し、経営分析に役立てるソリューション「Command Center(GEヘルスケアジャパン)」の導入を予定している。

2. 土浦リハビリテーション病院 介護医療院の概要

土浦リハビリテーション病院 介護医療院は2022年11月に開院した医療と介護の複合施設である（写真1）。介護医療院は96床を有し、茨城県では初めて転換ではなく新設として認可された施設である。そして、回復期リハビリテーション病棟34床・地域包括ケア病床8床の合計138床を併せ持つ。外来診療科目では、一般内科（糖尿病内科含む）・腎臓内科（透析科）・整形外科・リハビリテーション科・泌尿器科・脳神経外科・小児神経科・歯科口腔外科があり、訪問診療及び訪問看護の在宅サービスを提供している。さらに、腎センターを併設し、

血液透析治療が必要な方々にも包括的な対応が可能で、歯科口腔外科とともに高齢者における多彩なニーズに対応できる体制を整えている。（図1）



写真1 社会医療法人若竹会 土浦リハビリテーション病院 介護医療院 全景

土浦リハビリテーション病院 介護医療院 (42床+96床=138床)			
6F	Ⅰ病棟	介護医療院（30床）	計 96床
5F		介護医療院（30床）	
4F		Ⅰ病棟 介護医療院（30床）	
3F	リハビリテーション室 薬剤部 訪問看護ステーション 医局 病院長室		
2F	土浦リハビリテーション病院（42床） （回復期リハビリ、地域包括ケア）		
1F	透析室 外来（7診察室） 臨床検査室 処置室 事務室		
BI	CT室 一般撮影 骨密 心電図 超音波 手術室 霊安室 厨房 等		

図1 病院概要

当介護医療院は、入所している利用者の平均要介護度は4.0（2024年12月31日現在）で、経管栄養や喀痰吸引、インスリンなどの医療ケアを必要とする割合が約72.1%、認知症の生活自立度Ⅲb以上の割合が約61%、ターミナルケアの割合が

14.5%を占めており、医療依存度と認知症の割合が高い。2023年2月よりI型サービス費1を算定している。

職員は常勤医師2名、看護師22名、介護士35名（うち介護福祉士21名）、理学療法士3名、作業療法士1名、言語聴覚士3名、介護支援専門員2名、管理栄養士1名のほか、歯科医師・歯科衛生士と協働してケアを行っている。

3. 身体拘束の解除に向けた多職種の取り組み

<背景と目的>

開院当初の利用者の大半は、医療療養病床に入院していた医療ケアリスク管理を必要とする患者であり、特に経鼻胃管チューブや点滴ライン等の自己抜去防止や転倒防止が理由で身体拘束を実施している利用者のケースが多かった。職員構成では看護師の約7割が医療療養病床から、介護士の約9割が介護

老人保健施設から異動しており、両者に身体拘束に関する考え方の差異が見られていた。それぞれが利用者の安全性と尊厳とのバランスにジレンマを抱えながらも、利用者の身体拘束が開始された後は、身体拘束解除の判断を迅速に行えない現状があった。そこで、多職種が連携し、身体拘束に関する意識を統一し、利用者の尊厳と安全性を守るため身体拘束の適正化及び解除に向けた取り組みを開始した。

<対象>

2023年6月から2024年5月の1年間で身体拘束を行った延べ利用者37名を対象とした。

<方法>

①身体拘束の開始及び解除への流れの整備

職員が拘束の要因を明確にし、解除に向けた具体的な手順を示すために身体拘束のフローチャート（図2）を作成し、実施基準や解除期間を明確化した。

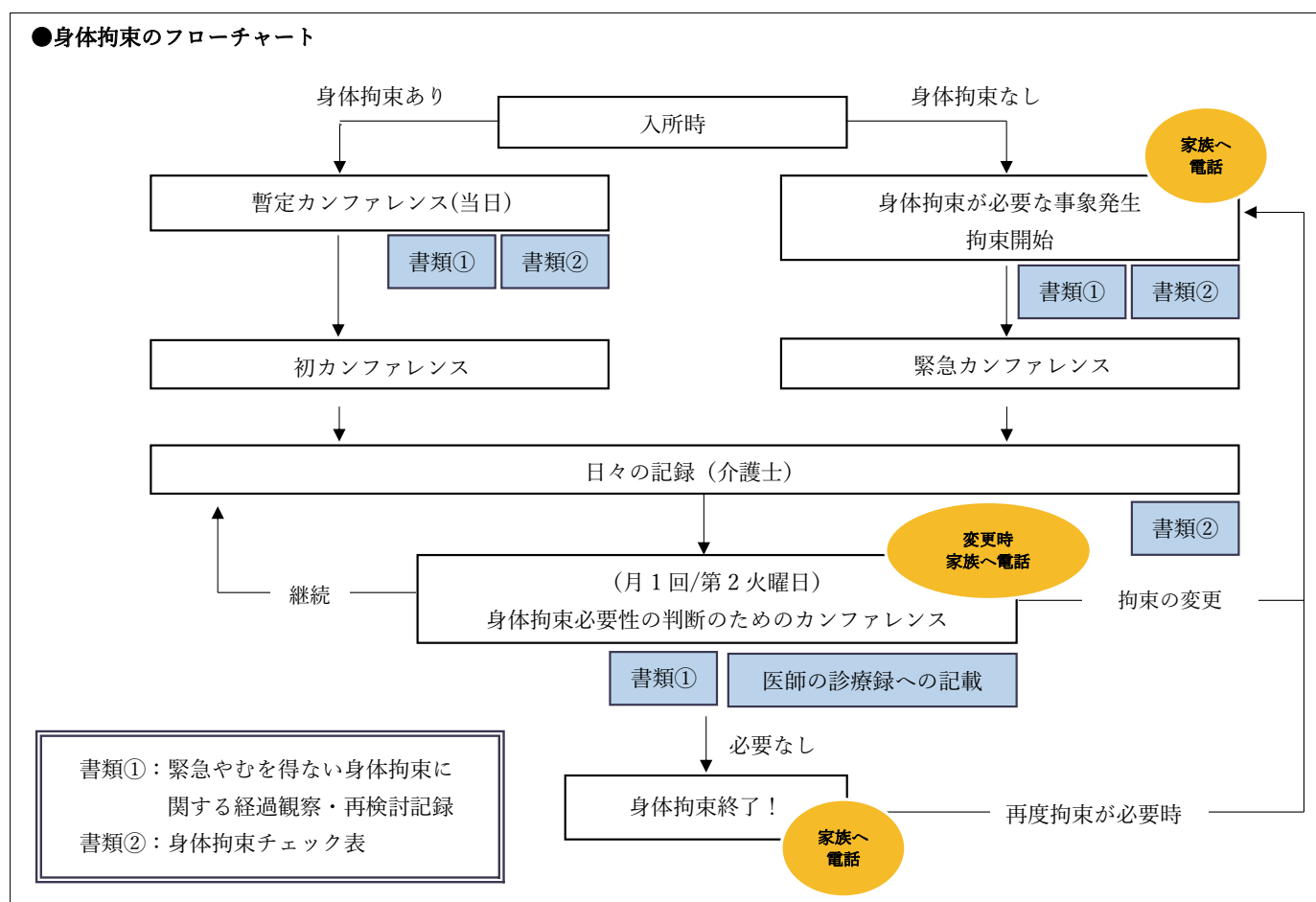


図2 身体拘束開始・解除フローチャート

②身体拘束担当者の選任とカンファレンスの開催

解除に向けた具体的な支援を検討し決定した支援内容を周知徹底するために、多職種から担当者を選任しカンファレンスの開催を行った。担当者は拘束継続の確認や対策、評価を実施し、現場職員へフィードバックを行った。

③多職種連携による身体拘束解除への取り組み

職員の知識・技術の向上や認知症ケア強化のために、研修会の参加や事例検討会を開催した。対応が難しいケースにおいては、医師や認定看護師へ相談し、薬物調整に関する情報共有やコミュニケーション方法、環境設定など多方面からの支援計画を検討した。経鼻胃管チューブの自己抜去防止のため身体拘束の解除を目的として言語聴覚士が中心となり、経口摂取への移行支援と摂食嚥下機能の改善を目指しリハビリテーションを実施した。（写真2）



写真2 多職種によるカンファレンス風景

<結果>

身体拘束を行った37名のうち16名の拘束を解除することができ、拘束率は30%から22%に減少した。職員間で身体拘束に関する理解が深まり、フローチャートに沿った統一した対応が可能となった。

4. 事例紹介

経鼻経管栄養から経口摂取になり両手抑制ミトンが解除できた事例

<症例紹介>

年齢：80歳代 男性

診断：パーキンソン病、認知症、両側硬膜下水腫、前立腺肥大症、誤嚥性肺炎

身体状況：基本動作一部介助、歩行不可、両上肢の動きは活発で、意思伝達は可能だが理解が困難。（HDS-R：15点）、聴力や視力は問題なし

<経過>

急性期病院にて誤嚥性肺炎の治療を受けた後、経口摂取が困難となり経鼻経管栄養が開始された。当施設では、超低床ベッドや両手抑制ミトンを使用し安全管理に重点を置いていた。リハビリテーションの初期段階では、声かけによる覚醒を確認しながら、身体機能評価やポジショニングを行った。関節可動域訓練（ROM運動）・基本動作を中心に実施し、日常生活機能向上への介入を行っていた。同時に言語聴覚士による嚥下評価・嚥下訓練を開始し、経口摂取の可能性を検討し現状を家族と共有した。

入所約2週間後から、とろみ水や栄養ゼリーを使用した経口訓練を行った。嚥下評価の結果、経口摂取の可能性があり、1日1食（昼食）から食事提供を開始し、経口移行への取り組みを強化した。

入所3か月目には、嚥下機能の改善に伴いむせの頻度が減少し、食事形態を調整することで安全な経口摂取が可能となった。軽度の咽頭残留がある場合も、追加の嚥下を促すことで残留のないクリアな状態を保つことができた。経口摂取を進める上での注意点として、1回の摂取量を少量に保つことや食事形態を利用者に適したもの（ペースト食、ソフト食など）にすることが重要であった。多職種で情報を共有し、食事時の見守り体制強化を図った。経鼻経管栄養から経口摂取へ移行し、身体拘束を解除することができた。

事例を振り返ると、経口摂取への移行は言語聴覚士、介護士、看護師の連携が不可欠であり、多職種

が共通の目標を持ち日常的に統一した支援を行うことが重要である。摂食嚥下機能の改善には、訓練の継続と個別ケアが必要であり、利用者の変化に応じた柔軟な対応が求められた。身体拘束解除にあたっては、家族の協力と理解のもとに、施設と家族が一体となった支援体制によって大きな成果につなげることができた。

<考察>

当初、身体拘束の解除に対して職員の不安や抵抗感が見受けられたが、取り組みを継続していくことで職員一人一人が「安全性を保ちながらも拘束を最小限に抑える」という拘束解除への意識を高めることができた。身体拘束を行う理由の一つに認知機能低下や摂食嚥下機能低下が関与していたが、多職種の連携を通じ代替手段など適切な支援を行えば身体拘束を行わなくても安全性を確保できるケースが多いことが分かった。特に身体拘束の解除にあたっては、個々の利用者の状況に応じた支援が不可欠であり、認定看護師や薬剤師の協力のもと研修会を実施することで、職員の身体拘束に対する理解が深まり施設全体の対応力が向上した。

<今後の課題>

身体拘束の代替手法を考案し導入していくことが重要であると考えている。クッションやセンサー機器などの利用や外部の成功事例を取り入れ、多彩な選択肢導入の検討をしていきたいと考える。現在は認知症マフの導入により、さらなる拘束解除にむけた取り組みも実施している。（写真3）



写真3 職員が作成した認知症マフ

家族との連携強化をさらに進めていきたい。家族に身体拘束解除の重要性やその代替手段について理解が得られるよう、家族参加型のカンファレンスを開催しながら、家族も含めた支援体制の強化を図っていく。

5. おわりに

令和6年度の診療報酬介護報酬同時改定において高齢者虐待防止・身体拘束等の廃止に向けて取り組みの強化が求められている。引き続き、多職種と連携し様々な視点で高齢者を理解し、身体拘束の解除に向けた取り組みを継続していきたいと考える。そして、身体拘束の解除を最終ゴールとせず、取り組みを通してケアの質向上や生活環境の改善になるように努めていきたい。



認知症ケアチームと病棟職員による 身体的拘束最小化へのアプローチ

医療法人社団城南会 富山城南病院（富山県富山市）

看護主任・認知症看護認定看護師 盛田大樹

看護師長 今井澄枝 看護部長 林まゆみ

1. はじめに

厚生労働省の調査では、認知症患者の2～4割に身体拘束が実施されている現状がある。¹⁾ その主な理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」や「転倒・転落防止」である。

現在、当院では医療療養病床に入院する患者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の患者が占める割合は約85%にのぼる。急性期病院から継続した治療を実施するなかで、認知症の影響によって中心静脈カテーテル（以下、CVC）の自己抜去動作があるため、やむを得ず身体拘束を実施するという課題があった。

当院では、2021年から認知症ケアチーム（Dementia Care Team：以下DCT）が活動している。病棟ラウンドやカンファレンスの実施により、認知症ケアの現状把握、ケアの方向性を検討することに加えて、ケア質向上や身体拘束の最小化に向けた活動を行っている。

DCTと多職種の連携が、認知症の行動・心理症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia：以下BPSD）やせん妄の改善だけでなく、身体拘束率の減少につながった事例が数多く報告されている。実際に、当院においてもDCTと病棟が連携・協働を図りケアを実践したことで、認知症患者のBPSDやせん妄の改善や身体拘束が中止になった事例は複数あった。

今回、DCTと病棟の連携・協働により、認知症高齢者が持つ力を引き出し、身体的拘束最小化の取り組みができたことで、尊厳ある医療・ケアの提供が可能となった。その結果、QOLが向上し「その人らしさ（＝人間として尊厳を守られた状態）」を取り戻した療養生活が実現した事例を報告する。

2. 富山城南病院の概要

当院は、富山市の中心部に位置し、地域の主要幹線道路である国道41号線沿いにある、医療法人社団城南会が運営する療養型病院である。（写真1）



写真1 病院外観

2024年3月に法人内の3つの医療機関を集約し、新築移転となった。病床数は、医療療養病床166床、介護医療院54床の計220床である。また、透析監視装置を70台備えており、透析医学会認定の専門医による通院・入院治療を行っている。さらに、放射線専門医による血管内治療も実施している。

屋上には、遠方に立山連峰を一望できる開放的な屋外リハビリテーションスペースを設置している。そこでは、入院患者や通所リハビリテーションの利用者が、意欲的にリハビリテーションに取り組んでいる。

診療科は内科と歯科である。内科外来には、地域の高齢者や介護保険施設の利用者が通院しており、病状に応じて医療療養病床への入院を受け入れている。また、地域連携室を通じて急性期病院から患者の紹介を受け、速やかな入院対応を行っている。歯科外来では、通院・訪問診療を行っている。通院診療では、バリアフリー化された設計で、車椅子を利用した状態でも安心して治療を受ける事ができる対応を行っている。

医療法人社団城南会は「命の尊厳に寄り添う」を

理念とし、全職員が「①医療は心 ②地域は力 ③人は宝」という想いをもち、心のこもった診療と温かい医療・看護を提供するため、高い意識と共感力を大切にし、生きがいを感じながら働ける環境を整えている。また、職種を超えた交流を促進し、地域の高齢者が安心して長期療養できる医療・介護の拠点として、信頼され、親しまれる組織を目指している。

3. 事例紹介

①患者背景

- ・ A氏 80歳代後半 女性
- ・ 診断：レビー小体型認知症（Dementia with Lewy Bodies：以下、DLB）、慢性心不全（NYHA心機能分類：Ⅳ度）、洞不全症候群（ペースメーカー植込み後）、胃癌（20代後半に幽門側胃切除術施行）
- ・ 入院から1週間が経過しA氏の覚醒状況が良好な時に、認知機能スケールを実施した。結果は以下の通りであった。

HDS-R = 27 点、MMSE = 22 点（失点は日付の見当識・計算・図形模写）

②当院入院までの経過

80歳代前半にDLBの診断を受けた後、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）で生活を送っていたが、心不全の急性増悪により総合病院に入院した。治療後、病状は安定し退院可能となったが、サ高住での生活継続は困難と判断され、ショートステイへ退院となった。

しかし、ショートステイ入所中に呼吸困難が確認され、救急搬送となった。精密検査の結果、両側誤嚥性肺炎と心不全の急性増悪と診断され、急性期病院へ入院となった。入院後は、絶食とし抗生剤治療および酸素療法を開始した。また、栄養管理については、DLBによる意識レベルの変動及び加齢に関連した、嚥下機能障害が確認されたため、経口摂取は困難と判断された。栄養管理は、CVCを挿入しTPN管理が開始となった。

入院中に夜間の大声やベッドから降りる行動がみられ、混合型せん妄と診断された。ロナセン®テープ（20）を開始したが、転倒・転落のリスクが高いと判断され、転倒・転落防止を目的として転倒ムシ®（離

床センサー）を使用した。また、認知機能障害に関連した理解力低下や記憶障害の影響により、CVCルートを抜去しようとする行動がみられた。説明を行ったところ、一時的に自己抜去動作はなくなったが、時間が経過すると再び自己抜去動作がみられ、自己抜去リスクが高いと判断されたためミトン装着を開始した。

③当院入院の理由

肺炎および心不全の状態は改善し、退院可能となった。しかし、TPN管理による栄養管理が継続的に必要になったことに加えて、慢性心不全のNYHA心機能分類がⅣ度という状態から酸素療法も必要となった。

栄養管理および酸素療法を含む医学的管理が必要な状況から、自宅退院や高齢者施設への退院は困難と判断され、当院入院での治療継続となった。

④当院入院後の状況

< DCT の介入の経緯と解決すべき課題 >

入院当初より、覚醒状況が安定しないことやカテーテル自己抜去、ベッドから降りる動作がみられ、DCTの介入が必要となった。病棟職員とDCTは、A氏の覚醒状況が安定しない要因と、今後のケアの方向性を明らかにするために、カンファレンスを行った。結果、DLBによる覚醒レベルの変動もあるが、前医より混合型せん妄と診断を受けていることから、意識レベルの変動はせん妄が影響していることも考えられた。チーム内でカンファレンスを行った中で、せん妄を改善できれば、覚醒状況が現在よりも安定し、A氏の持っている力を引き出すことができ、身体面だけでなく、精神面の機能向上が図れると考えた。

< 入院初日～2週間 >

入院時は、四肢末梢の循環障害がみられ、酸素療法は継続となった。また、コミュニケーションは可能であるが、傾眠状態が日中に確認されるため、覚醒状態が安定せず、さらに難聴があるため、意思疎通に影響がみられた。

前医で確認されたCVCの自己抜去動作については、入院2日目までは、本人の視野にルートが入らないように工夫し、説明をしながら、身体拘束をせ

ずに対応できていたが、入院2日目にCVC刺入部の保護テープを剥がす動作がみられた。当院で活用している「身体拘束判断フローチャート」を用いて多職種でカンファレンスを行い、「自己抜去リスクが高い」と判断された。本人と家族に説明を行い、同意を得た上で、入院2日目にミトン装着を開始した。

ベッドから降りる動作については、夜間を中心に確認されたが、クッションマットとセンサーマットを使用し、転倒転落による外傷予防と降りる動作の早期対応を行った。

<2週間～2カ月>

ミトン使用中に「これ外してくれない？」と訴える様子が確認された。カンファレンスでは、「病状が安定しているため、リハビリテーションは既に行っているが、病棟での活動を30分程度行いながら、ミトンを解除できる時間を設ける」といったケアの方向性を打ち出した。最初は、身体面の負担を考慮してベッド上での活動を30分程度行い、ミトン解除を実施した。活動に集中しているときは、CVCルートに触る動作はなく、安全性は保持されていた。リハビリテーションと活動時間を意図的に設けてミトンを解除することによって、生活リズムが整い、覚醒状態が安定するようになった。A氏はもともと入院前から毎日散歩をするなど活動的であり、自身の身だしなみの意識も高く持っていた。病状が安定し、車椅子で離床を行うようになると、活動に対して「今日も車椅子に乗れるかしら」「散歩に行ける？」と意欲的な発言が聞かれるようになった。酸素吸入をしながらではあったが、車椅子離床は1時間程度可能になり、職員が準備をするとクロスワードパズルや計算に集中する姿や、鏡を見ながら整髪や化粧水を塗る姿が見られるようになった。銀行に勤務していた経験からか、計算をしているときは非常に真剣にしていた。また、屋上へ散歩に行くことを楽しみにしており、散歩に行くと「今日は立山が綺麗だね」「風が気持ちいい」と喜ぶ姿がみられた。また「リハビリ頑張って元気になったらご飯食べられるかね」「もっと元気になっていつか家に帰りたい」という発言が聞かれた。社交的であったA氏は、職員や他の入院患者に話しかけ、交流を楽しんでいる様子だった。難聴が有るので、聞こえないときも

あったが、職員がサポートし、筆談を利用しつつ、単語程度の言葉の理解やジェスチャーを用いることで、意識疎通が入院時より円滑に可能にもなっていた。

入院から2カ月が経過すると、ミトンは午前もしくは午後の時間帯で解除することが可能となった。ミトンを使用する時間を短縮化することで「やっぱりこれ（ミトン）がないほうが楽だわ」と笑顔で話す姿が見られた。

活動による生活リズム調査とミトン解除によって、せん妄は改善していると考えられた。覚醒レベルとコミュニケーション能力が安定してきたことによって、ミトンを解除している時間帯にNSコールの使用方法を説明することで、NSコールを用いて訴えが可能になった。結果、入院時に見られたようなベッドから降りる動作は減少してきた。DLBを背景にした幻視の訴えは時々あったが、「わたしの病気だから、看護師さんには見えないでしょう」と、DLBに関して認知している言動も確認された。また、職員の顔や入浴・リハビリテーションの予定などを記憶することが可能となったことで表情も穏やかになった。

<2カ月～5カ月>

A氏は、前医入院時より家族に「もうご飯は食べられないの？ ご飯が食べられないことが一番辛い」と訴えていた。当院入院後も「なんでもいいから食べたい」と訴えることが複数回あった。DCTのラウンド・カンファレンスで、全身状態が安定しているため、経口摂取のアプローチについて提案された。また、経口摂取が可能になることで高カロリー輸液による栄養管理は必要ではなくなることから、ミトンも不要になると考えられた。主治医であり、認知症ケアチームの認知症サポート医でもある医師は、耳鼻科の医師であり、摂食嚥下に対する支援を専門的に行うことが可能であった。DCTと病棟職員が連携を図り、A氏の「食べられるようになりたい」という思いをかなえるために経口摂取のアプローチを行った。家族にも医師・看護師長が経口摂取に関する説明を行い、同意を得て実施された。家族からは「もう2度と食べられないと聞いていたので、嬉しいです。本人も食べたがっていますので、よろし

くお願いいたします」と返答があった。

経口摂取アプローチとして、まずは医師の立ち合いのもと「エンゲリド®（嚥下困難者用食品 許可基準Ⅰ）」を用いて嚥下能力を評価した。摂取時のムセはなく、摂取後のバイタルサインも安定していた。その後、摂取状況が安定したため、カロリーを有するゼリーに変更してアプローチを行った。摂取開始から2週間は誤嚥予防のため看護師が介助して行った。その後、A氏はゆっくり食べることを理解し、自立して安全に食べることが可能となった。

4カ月が経過した時点で、嚥下状態およびバイタルサインが安定してきたため、まずは昼のみ「粥ゼリー・スライス食」の提供が許可された。久しぶりの食事を見たA氏は、「うれしい」と笑顔で話しながら摂取した。

経口摂取が可能となった時期から、A氏のCVCルートに触る行動は減少し、日中ミトンを使用しない時間帯が確保できるようになった。その時間帯はさらに延長し、夜間の消灯までミトンを解除できるようになった。

5カ月が経過すると、3食ともに食事摂取による栄養確保が可能となった。高カロリー輸液による栄養管理は不要と判断され、中止となった。同時に、使用していたミトンも、中止となった。ミトンを使用しない事をA氏に説明すると笑顔で頷き「ご飯も食べられるようになったし、もっと元気になって自宅に帰りたい」という前向きな発言が聞かれた。

4. 考察と今後の展望

本事例では、DLB患者において高カロリー輸液が必要な栄養管理のもと、経口摂取へ移行することで、身体拘束の中止につながった。身体拘束を中止できた要因として、第一に、DCTと病棟スタッフの協働による多角的なアプローチが挙げられる。DCTは、DLB特有の覚醒レベルの変動やせん妄の影響を評価し、治療・ケアの方向性を立てた。また、病棟スタッフと連携し、離床支援や日中の活動量の確保により昼夜リズムを整え、覚醒状態の安定化を図った。これにより、せん妄症状や転倒リスクが軽減され、ベッドからの立ち上がり行動も減少した。

第二に、摂食嚥下に対する専門的な評価と段階的

な経口摂取への移行が重要な役割を果たしたことが考えられる。嚥下機能の低下が原因で長期間経口摂取が困難と判断されていたが、DCTの医師や看護師の適切な評価により安全に経口摂取を再開することが可能となった。また、A氏自身の「食べたい」という強い意欲と意思を尊重し、段階的に摂取量を増やすことで、CVCルートへの依存を減らし、最終的に高カロリー輸液の中止が可能となった。これにより、CVCルートは不要となり、ミトンの必要性がなくなった。

第三に、医療療養病床の特性を活かし、長期的な介入のもとで認知症高齢者の持つ力を引き出したことも大きな要因である。医療療養病床では、急性期病院に比べて時間をかけた関わりが可能であり、患者の状態に応じた段階的なケアの提供ができる。A氏に対しても、焦らず継続的にリハビリテーションを実施し、徐々に自己効力感を回復させた。また、病棟スタッフが日々のケアを通じてA氏の生活歴や価値観を理解し、個別性を尊重した介入を行えたことが、意欲の向上につながった。このような慢性期医療の強みを活かすことで、患者が持つ潜在的な能力を最大限に引き出し、不必要な身体拘束を回避できたと考えられる。

本事例は、認知症患者における適切なチーム医療の介入と、本人の意欲を理解し、意思を尊重したケアが、身体拘束の回避につながることを示唆している。

今後は、今回の取り組みを単独の症例にとどめず、病棟全体のケアモデルとして標準化し、認知症患者に対する包括的なアプローチを確立していきたい。特に、多職種間の連携をさらに強化し、DCTの役割を明確にすることで、より効果的な認知症ケアの実践を可能としたい。

さらに、身体拘束を回避するための評価指標やプロトコルの作成を進め、院内での実践的なガイドラインとしたい。

これらの取り組みを通じて、認知症患者に対するより質の高いケアを提供し、身体拘束ゼロを目指した質の高い慢性期医療を実現させる。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：入院・外来医療等の調査・評価分科会これまでの検討結果，2024年10月27日

看護師特定行為実践報告 ～アンケートから見た取り組みの評価と今後の課題～

特定医療法人茜会 脳神経筋センターよしみず病院（山口県下関市）

看護師 市倉千恵，綿谷立子

1. はじめに

2025 年に向け、在宅医療等の推進を図るため、医師の判断を待たずに、一定の診療の補助を行う看護師を確保する目的で、「特定行為に係る看護師の研修制度」が開始された。研修を修了した看護師は、21 区分 38 行為の中から受講した区分の特定行為を行うことができ、一定の診療の補助業務が実施できる（以下特定看護師とする）。特定看護師は手順書に従い医師の判断を待たずに、一定の診療補助業務が実施できるため、速やかに処置ができ、患者の苦痛を早期に軽減できる。また、医師の働き方改革においても、特定看護師の役割は大きく、タスク・シフトにより医師の負担軽減に繋がると言われている。当院においても、医師不足による業務負担は大きな課題であり、特定看護師の役割に期待が高まっている。

当院では 8 名の特定看護師が活動を担っており、令和 4 年 6 月から気管カニューレ交換と外科的デブリードマンを開始した。その 1 年目の活動を振り返り、令和 5 年度は「チーム医療の強化」と「特定看護師のモチベーション維持向上」という課題を上げ、①医師・看護師との連携の強化、②特定看護師の知識・技術の向上、③特定看護師の活動の周知に取り組んだ。1 年間の取り組みの振り返りを行う目的で、令和 6 年に院内医師、特定看護師にアンケート調査を実施し、活動の評価と今後の課題が明らかになったため報告する。

2. 当院の紹介

当院は、本州最西端の山口県下関市にある 391 床のケアミックス型病院である。神経筋難病患者の正確な診断から初期治療、リハビリテーションから

介護・看取りまでを一貫して行い、専門性の高い脳神経内科医療を提供する病院である。（写真 1・2）

理念は、「病めるひとのために、より良い医療を追求します」としており、看護部の理念として「病めるひとのために、やさしい心で思いやりの看護・介護を実践します」を掲げ、患者に寄り添う看護、介護の実践を行っている。



写真1 脳神経筋センターよしみず病院外観



写真2 PET-CT

3. 令和 5 年度の活動内容と実績

（1）活動内容（図 1・2）

①医師・看護師との連携の強化においては、医師や病棟看護師、特定看護師間での情報共有のため、テンプレートを用いて記録を共有した。



図1 特定看護師の活動の様子

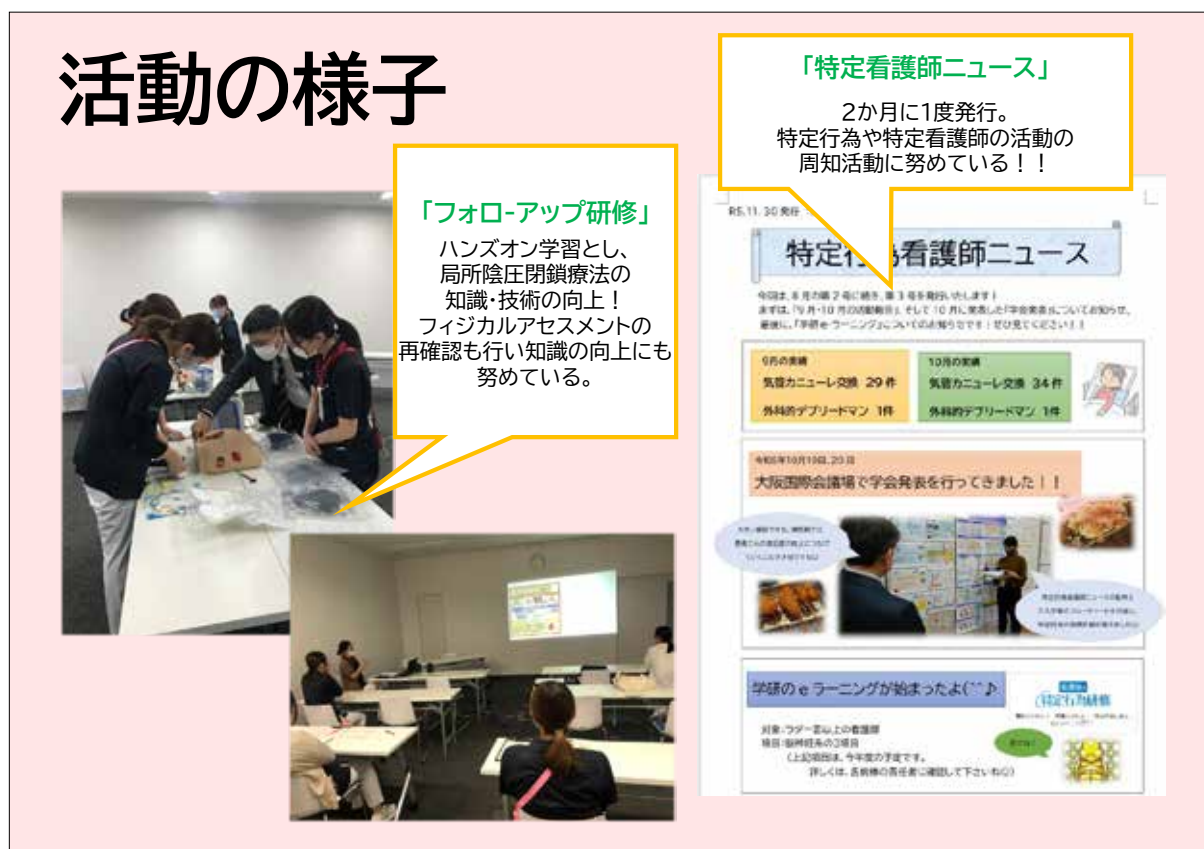


図2 特定看護師の活動の様子

- ②特定看護師の知識・技術の向上においては、フローアップ研修、特定看護師運営委員会での症例検討の実施、耳鼻科医師による実技指導を受けた。
- ③特定看護師の周知活動については、特定看護師ニュースの発行、特定看護師介入のためのフローチャートを作成した。

(2) 活動実績

- ①気管カニューレ交換 (341 件 / 年)
- ②外科的デブリードマン (19 件 / 年)
- ③特定看護師ニュースの発行 (6 回 / 年)

4. 対象・方法

対 象：①医師 25 名、②特定看護師 8 名
調査方法：①2 項選択法 5 問と自由記載 1 件
②2 項選択法 8 問と自由記載 1 件
調査期間：令和 6 年 6 月 24 日～令和 6 年 6 月 28 日
倫理的配慮：脳神経筋センターよしみず病院の倫理委員会の承認を得て実施

5. 結果・考察

(1) 医師へのアンケート内容と結果 (図 3)

特定行為の活動は 91.3%の医師に認識はされていたが、実際に依頼しているのは、約半数の医師であった。その理由として当院では、気管切開患者を受け持たない医師が半数いるため、特定看護師に特定行為を依頼する医師に偏りがあり、半数程度になっていると推測される。また、特定看護師に依頼している全ての医師において、負担軽減に繋がっているという回答から、特定看護師の役割の 1 つであ

るタスク・シフトも行えていると考えられる。その他に、特定看護師に期待することとしては、「担当患者の情報共有を継続していきたい」「安心して任せられる」といった前向きな意見が聞かれた。この理由として、担当患者を通してコミュニケーションの働きかけや認知活動を行うことで、医師との連携が図れ、信頼関係の構築に繋がったと考えられる。また、動脈血ガス分析や PICC 挿入など、さらなる特定行為区分の取得に向けた取り組みについて要望もあった。新たな特定行為区分の取得については、まず対象患者や活動の内容を検討し、求められる役割を果たせるよう体制を整備していきたい。

(2) 看護師へのアンケート内容と結果 (図 4)

モチベーションに関しては、85%が「モチベーションが高まった」と感じており、具体的な意見として、「皮膚トラブルを迅速に発見し、医師へ相談することで、早期に改善が見られた」「褥瘡のデブリードマンがタイムリーに行え、治癒期間の短縮につながった」など、回復や改善を目の当たりにしたことが、モチベーションが高まった内発的動機づけとなった要因と思われる。また、当院におけるインセンティブについても、外発的動機づけとなりモチベーションが高まった要因と推測される。医師や病棟看護師の連携に関しては、100%が報告・連絡しやすいと答えており、医師・病棟看護師と特定行為を実施している患者の情報共有を行うことで、連携強化され、信頼関係の構築に繋がったと推測される。これは、円滑なコミュニケーションに繋がり、速や

	質問内容	はい
Q1	特定看護師が院内で活動しているのを知っているか	91.3%
Q2	特定看護師に特定行為を依頼しているか	52.2%
Q3	特定看護師が特定行為を行うことで、業務負担の軽減につながっているか	依頼医師では 100% (全体では 65.2%)
Q4	特定看護師に期待すること ①院内で行う血ガスや PICC も取得してほしい ②更なる活動を広げ、医師の業務負担軽減につなげてほしい ③担当患者の情報共有を継続して行い連携を図っていきたい ④特定行為後はすぐに情報共有してくれ、安心して任せられる	

図3 医師アンケート結果 (抜粋)

かに報告・連絡・相談が行え、心理的安全性も確保され、特定看護師の役割を十分に発揮することで、患者に安心・安全な看護の提供に繋がったと考えられる。(図5)

その他には今後の目指す姿として、「アセスメント能力を向上させ、病棟看護師へ根拠のある看護の実施・指導が行えるようになりたい」「新たな区分・行為を取得したい」といった、前向きな意見が聞か

	質問内容	はい	意見
Q1	特定行為の実施に関して、モチベーションが高まったと感じているか。 (やりがいを感じた事例)	85%	①気切孔周囲の皮膚トラブルを早期に発見し、病棟看護師や医師への報告がスムーズに行え、早期に改善された ②気切孔の観察で、肉芽を発見、早期対応したことで改善された例があった ③外科的デブリードマンがすぐに行え治癒期間の短縮につながっている ④人工呼吸器患者のカニューレ交換を実施し、知識や技術が向上したと思う ⑤医師や看護師から、感謝の声を掛けてもらったとき、存在意義を感じた
Q2	当院における特定行為への支援に満足しているか	57%	①フォローアップ研修が確保してもらえる ②手当がつくこと ③看護部長が積極的
Q3	医師や看護師との連携が図れているか	100%	①依頼される医師に偏りがある ②医師や看護師へ報告はしやすい ③看護師、医師とは協働できているが、他の職種とは関わりが少ない ④耳鼻科医師の業務負担減少には繋がっていると感じる
Q4	特定行為の実施について、悩みや不安があるか	100%	①業務時間内に特定行為活動を行っているため、業務との調整が難しい ②特定行為実施後に患者の状態が悪くなるのではないか、との不安や、アセスメント能力の低さを感じる
Q5	特定看護師として目指す姿は？	自由記載	①アセスメント能力を向上させ、的確なアドバイスが行える看護師 ②新たな特定看護師の育成や役割モデル ③患者により良い医療・看護が提供できる看護師 ④動脈血液ガス分析や PICC など新たな区分・行為の取得 など

図4 特定看護師アンケート結果(抜粋)

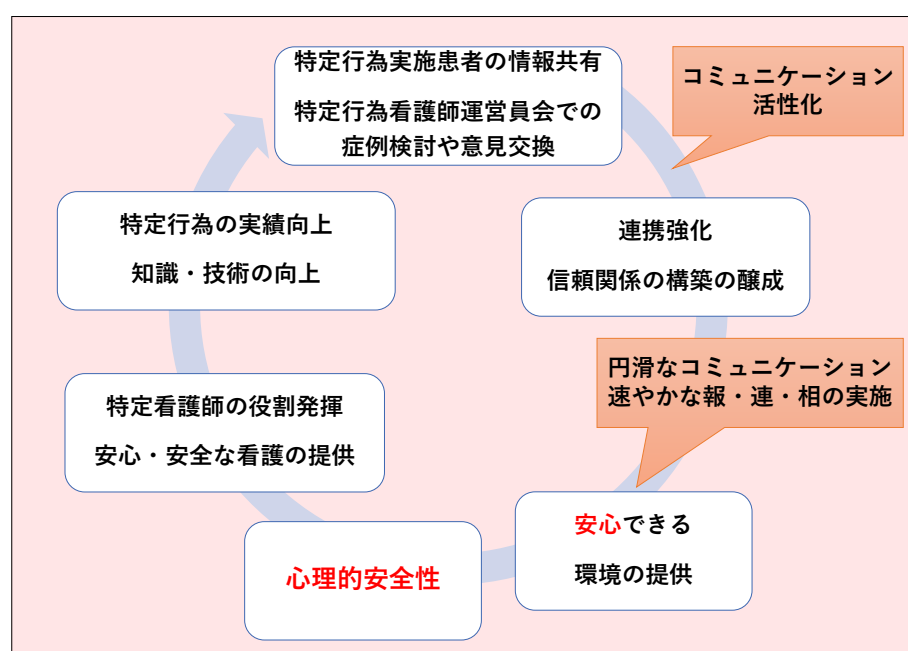


図5 結果・考察

れた。一方で、「病棟業務との調整が難しい」「行為の実施後に患者の状態が悪くなるのではないかと不安」といった意見も聞かれ、特定看護師がモチベーションを維持し、役割を発揮できるようフォロー体制の見直しや再構築の必要性があると考えられる。

6. 今後の課題

アンケート及び現状から、4つの課題が明らかとなった(図6)。第1に、病棟業務との調整、フォロー体制の再構築である。活動日の設定や急な業務変更に対してのフォロー体制を充実させ、病棟業務との調整を図り、特定看護師が活動しやすい環境調整を行うことが重要である。第2に、安心、安全に特定行為を行うための支援強化である。フォローアップ研修や臨床推論力向上のための定期的な勉強会、また運営委員会において情報交換を継続し、安心・安全な特定行為が実施できる環境の提供が必要である。第3に、新たな特定行為区分の取得である。活動範囲を広げ、当院に必要な特定行為区分の需要を把握し、さらなるタスク・シフトを進めていきたい。第4に、さらなるチーム医療の強化である。医師・看護師以外の多職種との連携が足りず、患者の情報共有が十分でないのが現状である。患者により良い看護を提供するためには、多職種が患者を多角的に

捉え、専門性を発揮する必要がある。そのため、特定看護師が、多職種との連携を密にし、情報共有や知識・技術の提供を行い、チーム医療のキーマンとなって、より良い看護を行っていきたいと考える。

【参考文献】

- 1) 新裕紀子, 中尾久子, 濱田裕子:「臨床看護師が成長に向かう動機づけの構造」, 日本看護科学会誌, J. Jpn. Acad. Nurs. Sci., Vol. 39, pp29-37, 2019
- 2) 池田浩:「ワークモチベーション研究の現状と課題－課題遂行過程から見たワークモチベーション理論」, 日本労働研究雑誌, No. 684, July, 2017
- 3) 西村夏代, 出井涼介, 山本智恵子:「看護師のワーク・モチベーション測定尺度の開発」, 社会医学研究, 第34巻2号
- 4) 山口裕幸:「組織の「心理的安全性」構築への道筋」, 医療の質・安全学会誌, Vol. 15, No. 4, 2020
- 5) 厚生労働省:特定行為に係る看護師の研修制度, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>, 2025. 1. 31 閲覧

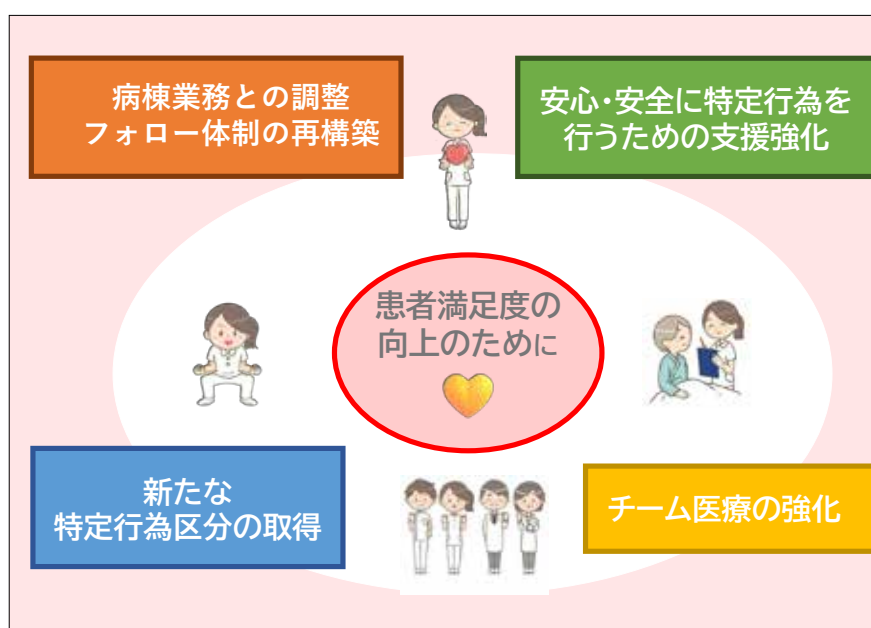


図6 4つの課題



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 5 月 26 日 投稿先：info@jamcf.jp 文字数：2400 字以内を目処（である調）

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

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、不眠に対してレンドレキサント 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可と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ビペリデン 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，尿道カテーテル抜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 1 mg 1 錠 1× 就寝前（リスペリドン計 2 mg/日）
- ⑦デエビゴ錠 5mg 1 錠 1× 寝る前
- ⑧アキネトン錠 1 mg 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	$339 \times 10^4/\mu$ 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	$18.4 \times 10^4/\mu$
* 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)	$14.0 \times 10^2/\mu$ 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 1.0×10^4 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。



2025年2月の記者会見 リハビリテーション介護士の養成 日常のケアをリハビリテーションに



当会は2月13日、「リハビリテーション介護士の養成」をテーマに定例記者会見を開催し、その必要性和今後の展望について見解を示した。橋本康子会長はリハビリ介護士の役割として、患者のADLを支援し、機能改善や要介護度の軽減を図る点を挙げ、養成に向けて取り組む意向を示した。

会見で橋本会長は、リハビリ介護士を養成する主な目的に寝たきりの防止を挙げ、少量頻回のリハビリを取り入れる重要性を指摘した。現状では、リハビリ専門職が提供できるリハビリ時間が限られているため、「介護職がリハビリ視点を持って日常ケアを行うことが患者の自立支援に大きく寄与する」と述べた。

また、適切な介護技術の習得は介護職の腰痛予防にもつながる点を指摘。リハビリ職と比較して介護職の腰痛発生率が高い背景には、不適切な介助方法があるとし、研修を通じた技術向上の必要性を訴えた。その上で橋本会長は「今後、研修制度を整備し、リハビリ介護士の育成に力を入れていく」との方針を示した。

■ リハビリ介護士の配置効果などの検証も

質疑では、リハビリ介護士の養成に必要な研修時間や方法について質問が寄せられた。記者から「リ

ハビリ介護士の養成には、どの程度の時間、座学と実習が必要なのか」という問いがあり、橋本康子会長は「座学は半日から1日程度、基本的な技術の習得のためには、移乗などの実技研修が重要である」と説明した。また、「1つの動作について基本を押さえるだけなら1日でも可能だが、技術を身につけるためには繰り返しの練習が不可欠であり、フォローアップ研修の実施が有効である」と述べた。

さらに、研修の実施場所に関しては「病院での実習も考えられるが、机をベッドに見立てても十分に練習できるため、東京の研修センターなどに集まり、ベッドや車椅子を使った実技指導を行う方法もある」と説明。今後、検討を重ねた上で「実践的な研修環境を整えたい」との考えを示した。

リハビリ介護士の普及に向けた今後の方針についても質問があった。記者から「リハビリ介護士の養成に関して、国への要望などは考えているのか」との問いに対し、橋本会長は「診療報酬の加算が付けば、研修の参加者も増える可能性がある。現在、どのような点数化の提案が可能なのかを検討している」と答えた。

この点に関連し、橋本会長は「地域包括ケア病棟ではPOC（ポイントオブケア）リハビリが実施されているが、現状では診療報酬の評価がされていない

い」と指摘。他病棟での評価を見据える必要性を説明した上で、「リハビリ介護士の配置による効果を示すデータを集め、点数化の可能性を探ることが重要」との認識を示した。

■ 日慢協のノウハウを活用し、研修環境を整備

リハビリ介護士の普及に向けて、研修参加者の増加に向けた質問もあった。全国紙の記者は「介護士の腰痛予防にもつながるのであれば、参加者が増えるように思うが、現状はどうか」と質問。橋本会長は「病院や施設が交通費や宿泊費を負担すれば参加しやすくなるが、個人で費用を負担して参加するのはハードルが高い」と説明し、病院や施設の理解が不可欠であるとの考えを示した。

その上で、橋本会長は「診療報酬の加算が付けば、病院も必要な人材として研修を受けさせる動きが強まる可能性がある。加算を取得するために病院側が研修参加を奨励すれば、より多くの人が研修を受ける環境が整う」と期待を寄せた。

また、リハビリ技術の習得が介護職の腰痛予防にも寄与する点についても言及し、「リハビリ療法士などは、腰痛で途中離職するケースはほとんどないが、介護職では腰痛を理由に離職するケースが多い。これは適切な技術を学ぶ機会が不足しているためである」と説明した。

今後については、「リハビリ介護士の養成を進めることで、医療・介護の現場でのリハビリの質が向上し、患者の自立支援と介護職の負担軽減が両立できる」との展望を示し、「日慢協としては、これまで蓄積されたノウハウを活用し、研修環境を整備することで、より多くのリハビリ介護士を育成していきたい」と語った。

■ チーム医療の中でリハビリの視点を

リハビリ介護士に関する当会での検討状況についても質問があった。矢野諭副会長は、この日の常任理事会での議論を踏まえ、「今後の具体的な方向性について引き続き検討し、記者会見の場で改めて発表する」との意向を示した。

矢野副会長はまた、当会では過去にも介護士の養成を行ってきたことに触れながら、「医療は介護が弱く、介護は医療が弱い」という課題を改めて提示。「介護士だけでなく、医師にもリハビリマインドを持っていただく必要がある。今後はチーム医療の中でリハビリの視点を持つことが求められる」と述べた。さらに、医学教育におけるリハビリ教育の充実度に大学間で差があるとの意見が出たことを挙げ、「今後、リハビリマインドのさらなる浸透を図る必要がある」との考えを示した。

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=11087>

東京都慢性期医療協会

東京都慢性期医療協会「第30回東京都慢性期医療学会」を開催

東京都慢性期医療協会 会長 進藤晃

東京都慢性期医療協会は、2025年3月1日（土）に東医健保会館にて「第30回東京都慢性期医療学会」を開催した。本学会の学会長は、康明会病院院長の百瀬義雄氏が務めた。従来「事例発表会」として実施してきたが、今回より「東京都慢性期医療学会」と名称を改めた。今学会には30の事業所から193名が参加し、24の演題が発表された。冒頭では、学会長による開会挨拶に続き、医療法人財団利定会大久野病院理事長の進藤晃が会長挨拶を行った。

午前の基調講演では、学会幹事であり康明会グループ理事長の遠藤正樹氏（当会監事）が「都内の病院は深刻な経営危機 破綻寸前の夜明け前 進化し続ける絶対肯定の想念で歩み続ける慢性期医療こそが、地域医療崩壊を救う」と題し講演を行った。

特別講演の代わりとして、まず前会長である安藤高夫衆議院議員からのメッセージが事務局により代

読された。続いて、賛助会員によるプレゼンテーションが行われ、株式会社LIXILとTNサクセス・コーティング株式会社が共同で「インディペンデント・ジェネレーション・プランナー協会発足趣意書」について説明した。その後、フランスベッド株式会社、株式会社シーエイチシー、信濃化学工業株式会社、東洋羽毛首都圏販売株式会社が企業紹介を行い、本日の展示ブースの出展内容について案内を行った。

午後は、第一会場と第二会場に分かれて事例発表が実施された。第一会場では、一般社団法人衛生文化協会城西病院の看護師・荒井若歌氏が「終末期におけるカンフォータブル・ケアの取り組みについて」を発表し、優勝を果たした。第二会場では、医療法人社団永生会永生病院の管理栄養士・橋本理絵氏が「当院における食品ロス削減の取り組み」を発表し、優勝を獲得した。



写真1 都慢協学会第1会場



写真2 都慢協学会第2会場

富山県慢性期医療協会

令和 6 年度研修会

富山県慢性期医療協会 事務局

令和 7 年 2 月 15 日、当協会の研修会を富山市のボルファート富山で開催し、約 120 名が参加した。日本慢性期医療協会の橋本康子会長をこの研修会の特別講師としてお迎えし『慢性期医療の現状と未来』と題してご講演をいただいた。

今後の人口構造や生産年齢人口の問題に対し、医療介護の在り方の見直しが急務となる一方、報酬改定や地域ごとの諸課題も含めた国や地方自治体の対応に、各医療機関が呼応できるようより万全な準備が必要である。併せて、このところ急速に現場へ広まる「ICT 化」「デジタルテクノロジーの活用」「生産性の向上」。医療や介護の質を向上させ、医療従事者という仕事の魅力を高め、未来を担う若い方々へ様々なルートで発信していくことも必要である。経営の観点では、全国的に慢性期医療の業績が芳しくない中で、それでも毎月の病床稼働率を最低 90% で凌ぎ、92～93% を維持するような力を付けていくことで、黒字経営化が見えてくる。これは経営層の医師や事務方の話でなく、今や全職種で目標を設定し連帯感をもって鋭意取り組むことである。

会長の講演の後、当協会の作業部会である「看護部会」「リハビリテーション部会」「管理栄養士部会」から取り組みが報告された。専門性を発揮し、いかに良質な慢性期医療を展開していくかをはじめ、コロナ禍以降・同時報酬改定以降いかに創意工夫を重ねているか話された。

約 2 時間半の研修会後、参加者から「富山県で橋本会長の講演を、顔を見て聴けるのは良い機会だった」「様々な部会が慢性期医療ならではの強みを持つために富山独自の活動していることはとても良いことだと思った」「次回の研修会にはもっと多くの職員を参加させたい」などのコメントが寄せられた。

およそ 5 年ぶりの開催となった当協会の研修会。会員同士が日ごろから連携し、ときには助け合いながら、引き続き富山県の慢性期医療の未来を拓いていく。一方で、当協会の会員であることのメリットをもたらすことが出来るような取り組みを、より増やしていかなければならない。



写真1 橋本康子会長の講演



写真2

愛媛県慢性期医療協会

愛媛県地域包括ケアを考える会 (第11回愛媛県慢性期医療研究会) 報告

愛媛県慢性期医療協会 会長
南高井病院 院長 西尾俊治

テーマ：身体拘束

本研究会が松山市医師会館 大ホールにて2025年2月1日(土)に開催された。参加者は150名であった。身体拘束という多くの方が興味あるテーマと特別講演が田中志子氏ということもあり、例年になく多くの方が参加された。四国医療産業研究所長の櫃本真事氏による総合司会により3つの講演がおこなわれた。

講演①(座長：臼谷佐和子氏，波方中央病院 院長)

南高井病院 河野奈保美 看護師長により、「身体拘束最小化に向けて」と題して身体拘束ゼロの日の取り組みについて講演がなされた。身体拘束例の7割が経鼻経管栄養チューブの自己抜去の予防に対してであり、今後も工夫しながら身体拘束解除に取り組むとのことであった。

講演②(座長：臼谷佐和子氏，波方中央病院 院長)

波方中央病院 長橋年美 看護師長により、「当院での身体拘束廃止への取り組み」と題して講演がなされた。身体拘束を解除した症例では観察しやすいようにカーテンを取り外す、畳でも過ごせるようにするなど部屋の環境整備も必要であるなど、積極的な院内の取り組みについて話をされた。



写真1 特別講演 田中志子氏

特別講演③(座長：高石義浩氏，北条病院 理事長・院長)

演者：田中志子氏(医療法人大誠会 内田病院 理事長)

演題名「根性論だけでは進まない身体拘束ゼロの技術」

内田病院の取り組みと実際の症例を動画も使用しわかりやすくお話をされた。身体拘束をなくすためには拘束を解除しても安全が確保できるように工夫をすること、患者様の趣味等を深く理解し、多職種で取り組むことが重要であることを示された。講演後、参加者から熱心な質問があった。

最後に、松山リハビリテーション病院 理事長 木戸保秀氏より閉会のあいさつをして頂いた。



写真2 会場風景



写真3 集合写真

Event

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～

(令和7年2月6日)

令和7年2月6日に「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～」が開催された。当日は99名が受講した。

本講座のプログラムでは、当会での身体拘束ゼロの理念、身体拘束ゼロに向けた具体的な技術、実際に病院で取り組まれている事例などを、講師の方からお話しいただいた。



講義の他には、身体拘束ゼロに向けた具体的な方法の演習や器具などを見せていただき、参加者からも大変好評であった。

第19回看護師特定行為研修指導者講習会

(令和7年2月8日)

令和7年2月8日に「第19回看護師特定行為研修指導者講習会」がオンライン研修として開催された。当日は医師9名、看護師17名が参加された。

本講習会は厚生労働省の「看護師の特定行為研修に係る実習等の指導者研修の開催の手引き」に基づいた看護師特定行為研修に必要な指導法などに関する講習会である。

指導者講習会の受講は、現在のところ指導者の必須要件ではないが、将来的にはその受講が指導者となる要件の一つになると思われる。



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～

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7回ハワイ研修

【日 程】2025年5月13～18日

第33回日本慢性期医療学会

【テマ】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

本号は、昨年11月に横浜で開催された「第32回日本慢性期医療学会」の特集号（後編）である。5つの充実したシンポジウムと共に、武久洋三名誉会長によるランチョンセミナーも詳細に掲載されている。現在の医療経営のバイブルと言える充実した内容で、今後も読み返し経営の指針にしたいと感じた。また、小山秀夫氏と富家隆樹氏の対談は非常に中身の濃いものになっており、医療DXの近未来についての大きな示唆を読者に与えてくれる。



志田病院 理事長
志田知之

■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）・田中譲（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158号

(2025 April volume33 No2)

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

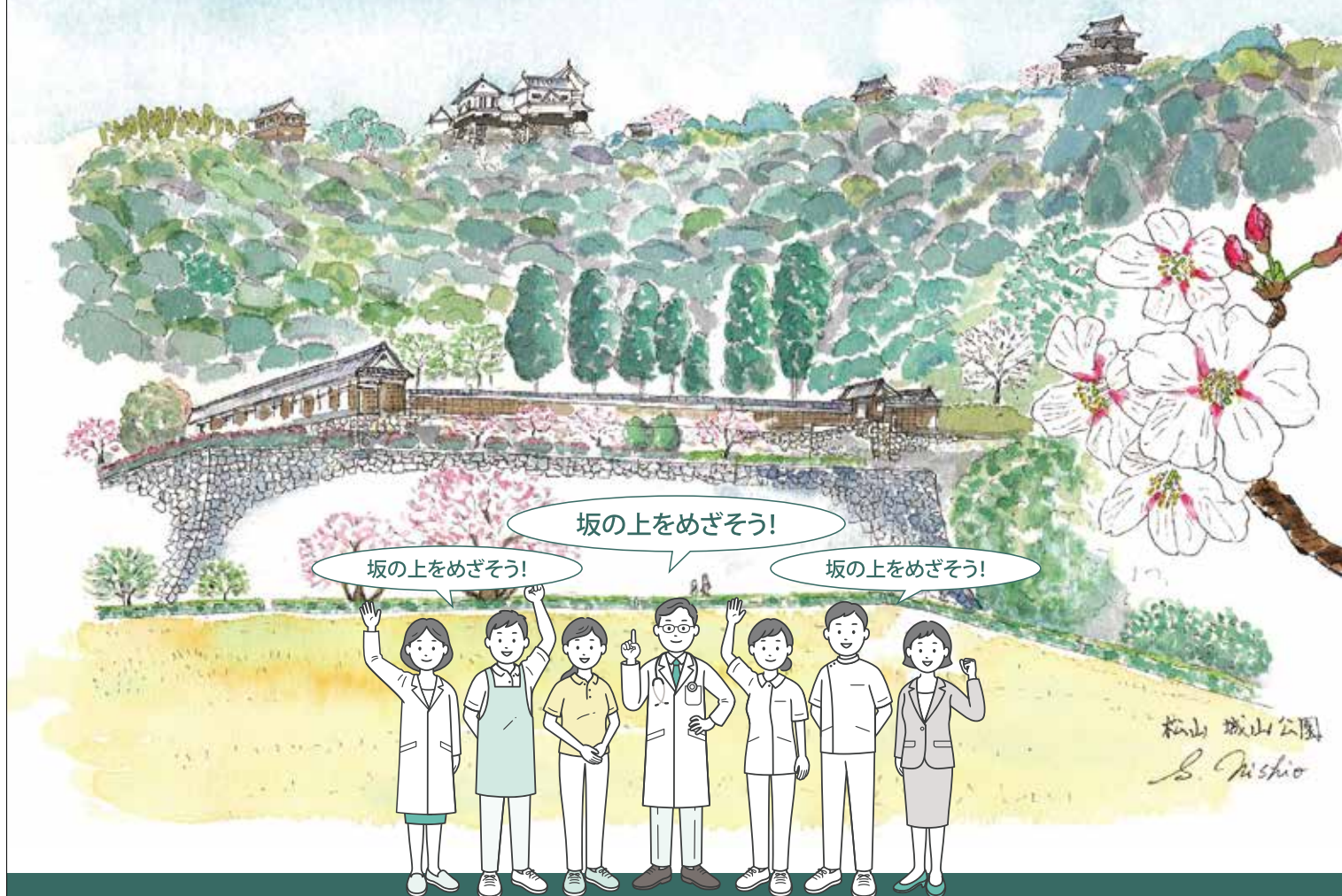
URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net> 慢性期.com: <http://manseiki.com>

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^{たくみ}匠になろう! : 坂の上をめざして



会期

2025年
11/6・7 木・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@tvoe.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