

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

160

vol.33 2025.8 隔月号

[特集] 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。
今こそ、寝たきりゼロ作戦を！



Contents

論壇

新仁会病院 理事長 鹿島洋一

1

特集 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。今こそ、寝たきりゼロ作戦を！

座談会 橋本康子，斉藤秀之，山本伸一，内山量史，及川ゆりこ，若林秀隆

2

日慢協リレーインタビュー

慶應義塾大学理工学部生命情報学科 教授 牛場潤一

32

会員病院の取り組み

ふくの若葉病院 看護師長 米田雅代，ほか

46

介護医療院新富士ケアセンター 作業療法士 小永井洋一，ほか

52

健和会京町病院 理学療法士 橋本剛士，ほか

56

耀光リハビリテーション病院 介護福祉士 小川沢美，ほか

60

慢性期医療 TIPS

内田病院 理事長 田中志子

64

投稿論文

初富保健病院 医師 的場孝盛

66

JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第30症例

73

投稿治療方針

76

実際の治療内容

78

治療のポイント 松山リハビリテーション病院 院長 木戸保秀

81

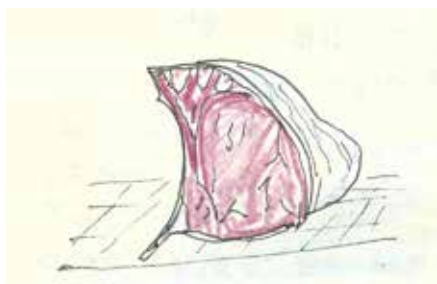
日慢協 Topics

日本慢性期医療協会 第7回ハワイ研修

82

記者会見報告，2024年度研修参加優秀施設表彰，ほか

90



Tボーンステーキ フィレンツェ イタリア

2人1kg以上で注文する。大きなキアニーナ牛，何とか完食した。

第160号表紙絵

ルッカ イタリア

フィレンツェの西70kmにある，大きな土の城壁に守られた街。公園にはメリーゴーランドがあり，ピノキオが車を引いていた。近くの山にはピノキオ公園もある。

南高井病院 院長 西尾俊治

慢性期病院の生き残りをかけて



特定医療法人新仁会 新仁会病院
理事長 鹿島洋一

大阪では日本国際博覧会（大阪・関西万博）が20年ぶりに開催され、大阪府医師会からの要請を受けて救護所の医師として参加してきた。会場に足を踏み入れると、未来を感じさせる建築デザインや、各国の特色を活かしたパビリオンが目飛び込んで来た。最先端医療技術、持続可能な社会を目指す環境技術、万博を通じ未来社会の可能性に触れる事が出来た。この万博も、コロナ禍を克服してたどり着いた軌跡であると思う。

今から5年前、コロナ禍で医療機関は経営効率が低下し、多くの病院の経営が悪化した。国や自治体の補助金・感染対策加算などの支援で一時的な収益改善も見られるが、継続的な改善には至らず、物価の上昇や人件費の高騰、更に2022年2月ロシアによるウクライナ侵攻がインフレを更に加速させた。地域包括システムを慢性期病院として、どの様に取り込み、地域に役立てるのかを考え2025年を迎えた。

（１）これからも病床は減少する

約10年前から、我々病院は「地域医療構想調整会議」において、診療実態及び病床機能を都道府県に報告し、「将来にあるべき姿」に向けて、地域の「課題」を共有する協議が実施されてきた。結果、病院及び病床数は徐々に減少し、2025年病床数は厚生労働省の予想する数値になった。さらに今年4月、病床適正化事業（1床当たり410万円支給）として、全国で7170病床削減が決まったが、全国から約5万床の希望があったとの事、更に病床は減少するだろう。

当院は許可病床数170床（障害者病棟30床・地域包括病床10床・医療療養病床80床・介護医療院50床）で病床構成している。10年前と比較して、病床稼働率はほぼ横ばい状態で収入もほぼ同等だが、利益は減少している。恐らく当院だけでなく、ほとんどの慢性期医療を経営している病院は私と同じ悩みを抱えているのではないだろうか？

（２）これまでのデフレ時代の財政フレームでは病院は立ちいかない

社会の高齢化と共に、医療費用は膨らみその都度、制度が見直された。チーム医療や在宅医療、DPC制度等、診療の質が評価され、制度設計が大きく変化した。診療報酬は公定価格だが、物価上昇には適応出来ていないのが現状である。

「骨太の方針2021」に盛り込まれている「社会保障予算を高齢化の伸び率の範囲内に抑制する」というデフレ時代からの財政フレームを、インフレ時代に合わせた財政フレームに変え、次回改定で入院料の底上げが必要になると思うが…。

（３）在宅医療において積極的役割を担う

今後、かかりつけ医の減少（医師の高齢化）や患者の高齢化により、在宅医療の重要性が高まるだろう。慢性期を中心とした民間中小病院は、地域の医療・介護資源の実情に応じて、「かかりつけ医」的な対応ができる病院を目指す事が大事だと思う。（例えば在宅医療において積極的役割を担う医療機関）。コロナ禍以降いわゆる「受診控え」をする方が多くなっているが、我々慢性期病院は、急性期病院・診療所とは、一味違う「面倒見の良い医療・介護機能を持った病院」を目指すべきだろう。

（４）面倒見の良い病院を目指す

…慢性期地域密着型多機能病院

- ①医療療養病床（慢性期治療病棟）に回復期リハビリ病棟や地域包括病床を併存し多機能型にして在宅復帰を常に目指す。
- ②在宅医療の提供…在宅医療支援病院を取得し、診療所の在宅支援を行い、地域の生活を支えながら、看取りまで行う。
- ③日中だけでもいいから高齢者救急車の受け入れを少しでも行う。
- ④近隣介護施設との連携…外来や入院紹介患者を待つだけではなく、月に1回連携会議（リモート）を開いて相談相手になる。

最後になるが、慢性期病院は2040年に向けて、とにかく一にも二にも連携する事が大事である。全ての医療機関は職員を守り、地域医療を守るために頑張ろう。



座談会

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。 今こそ、寝たきりゼロ作戦を！

座長：橋本 康子	日本慢性期医療協会	会長
参加者：斉藤 秀之	日本理学療法士協会	会長
山本 伸一	日本作業療法士協会	会長
内山 量史	日本言語聴覚士協会	会長
及川 ゆりこ	日本介護福祉士会	会長
若林 秀隆	東京女子医科大学	教授



「寝たきりゼロ作戦」の実現に向け、急性期から生活期に至る全ステージでの多職種連携が求められている中、今回の座談会では当会の橋本康子会長を座長に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士それぞれの団体代表および研究分野として大学教授が集い、制度と現場の接点から課題と展望を語り合った。

急性期での栄養状態の悪化や薬剤の長期投与による身体機能低下、リスク管理を理由とした活動制限などの事例が示され、こうした状況が患者のADL低下や寝たきりの形成につながる可能性について議論された。また、生活期においては、介護報酬制度が要介護度の改善に対して十分なインセンティブを与えていない点や、介護施設におけるケアの在り方との関係についても課題に挙げられた。

令和6年度診療報酬改定の影響についても議論があった。新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」について、その理念を評価しながらも、算定要件の厳しさや専従スタッフの確保難といった構造的な課題が挙げられた。療法士の人材偏在や養成校の定員割れなど供給面の課題をはじめ、介護職との協働に向けた教育と役割整理の必要性も論点となった。

本座談会では、急性期から生活期に至るまでの継続的な支援体制の構築に向け、複数のステージをまたいだ支援の在り方や、多職種による役割分担を通じた対応策が提示され、人材育成や研究面における各団体の連携に期待が寄せられた。

■ 本座談会の趣旨について



橋本康子氏

○橋本（座長）：

本座談会のテーマ「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」という言葉は、当会の武久洋三名誉会長が長年にわたり提唱してこられた理念であり、非常に重みのあるメッセージです。

武久名誉会長は14年間にわたって会長職を務められ、私はその後任として現在3年目を迎えています。この理念が語られるようになってから、すでに17年が経過しました。当初は斬新な考え方のように受け止められたかもしれませんが、今やその重要性は疑いようがなく、「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」と私自身も実感しています。

今回、このテーマに加え、「今こそ、寝たきりゼロ作戦を！」というサブタイトルを付けさせていただきました。私が会長に就任して新たに打ち出した取り組みです。

急性期・回復期・慢性期、そして在宅医療、生活期といったさまざまな医療・介護のステージにおいて、共通して目指すべきは「寝たきりゼロ」であると考えています。例えば、特別養護老人ホームには要介護4・5の方々が多く入所されていますが、その中には適切な介入によって寝たきりの状態から脱却できる方も少なくありません。

以前、日本作業療法士協会の中村春基前会長の時代に行われた調査では、作業療法士（OT）が特養や介護老人保健施設に赴き、ADLの評価を実施したところ、20～25%の入所者がリハビリテーションによって寝たきりを改善できる可能性があると考えられました。これは決して誇張ではなく、現場の実感としても妥当な評価であると考えています。

今後、高齢者人口の増加に伴い、寝たきりの方も

増えていくことが予想されます。一方で、就労人口は減少していくため、医療・介護に従事する人材を増やす取り組みと並行して、寝たきりの方を減らしていく努力が不可欠です。そうすれば、介護に必要な人手の総量を抑えることができるのです。

人材確保のためには、外国人労働者の受け入れやICTの活用など、さまざまな施策が挙げられますが、私たち医療・介護の提供者が率先して取り組むべきは、寝たきりをつくらないための実践です。そんな思いを込めて、今回の座談会のテーマを企画しました。

本日は、各分野でご活躍されている先生方にお集まりいただきました。あえて大きな視点から幅広いテーマについてお話いただくことが有意義であると考えました。現状の課題や今後の展望などについて、自由な発言をお願いできればと思います。

まず、「寝たきりゼロ作戦」の実現に向けた具体策について、ご意見を伺いたと思います。また、「寝たきりゼロ作戦」に限らず、日々の臨床現場で先生方が感じておられる課題や工夫について、ぜひ現場の視点からお話してください。実践的なご意見に期待しています。

寝たきりを防止するうえでは、リハビリテーション、栄養管理、そして日常的なケアが欠かせない重要な要素となります。こうした観点から、それぞれのご専門の立場で、効果的な取り組みや提案などをお話してください。それでは、若林先生からお願いいたします。

■ 急性期病院で栄養状態が悪化



若林秀隆氏

○若林：

私は回復期リハビリテーション病棟にも携わっていますので、今回はその現場での経験を踏まえて、いくつかの問題点についてお話ししたいと思います。

第一に、急性期病

院から回復期病院へ転院してくる患者の中に、本来ここまで全身状態や栄養状態が悪化する必要がなかったのではないかとと思われるケースが少なからず存在していることです。

例えば、30代でワレンベルグ症候群を発症した方が急性期病院では体重75キロだったのに、回復期病棟に転院してきた際には49キロまで減少していたケースがありました。また、回復期病棟に入院していた患者が合併症により急性期病院に転院し、1カ月後に再び回復期病棟に戻ってきたときには体重が10キロ以上も減少していたという事例もありました。

これらは、単に疾患の影響だけでは説明がつかず、急性期病院における栄養管理の不備が一因となっていると感じています。このように、栄養状態の著しい悪化が回復期の段階で問題として浮き彫りになっていることは、現場として非常に憂慮すべき点であります。

次に挙げたいのは、いわゆる「リハビリテーション薬剤」の問題です。私はこの観点からも現場を見ているのですが、急性期病院において、せん妄などに対して抗精神病薬が使用されることがあります。そして、その薬剤がそのまま回復期でも継続されているケースが少なからず存在しています。

その結果、薬剤性パーキンソン症候群を呈し、嚥下障害が悪化したり、寝たきり状態に陥ったりする事例が見られます。もちろん、せん妄のコントロールが回復期においても必要な場合がありますが、一方で、抗精神病薬を中止することで寝たきり状態や嚥下障害から離脱できる患者も一定数存在します。私は、抗精神病薬が処方されている患者を見た際には、基本的に「この薬は中止できないでしょうか」と提案するようにしています。こうした薬剤の使用とその影響についても、現場における重要な課題であると強く感じています。

■ 尊厳あるケアを実現する取り組みを



及川ゆりこ氏

○及川：

介護福祉士の立場から申し上げます。私たちの仕事はまさに介護そのものです。人材不足の影響により、これまでであれば、少し余裕のある時間を使って利用者の自立支援やADLの向上を意識した介護ができていた部分が徐々に省略されていくことが懸念されます。

そのような状況になるのではないかと、日頃から強く危惧しています。

私自身も現場に一時的ではありますが入ることがあり、その際に感じるのは、どうしても効率性を優先したケアを選択してしまうという現実です。例えば、歩きたいという意欲を持つ利用者に対して「少し待ってください」と声をかけざるを得ないケースがあります。また、本来であれば自力で食事を摂ることができる方に対しても、時間がかかるためにそれを支援できないといった場面を目の当たりにします。そのような状況に直面するたびに、「これでいいのだろうか？」という葛藤を感じています。

介護職員が働く場は多様であり、施設、通所サービス、病院など、環境によって業務内容や条件が大きく異なります。私も病院の介護に携わった経験があり、現在も一部関わっていますが、現場によっては衛生用品がほとんど整備されていないところもあれば、逆に十分に整っている施設も存在します。

介護機器が充実しており、身体拘束を少しでも減らそうとする施設もあれば、安全確保を最優先にして抑制を容認するような現場もあります。そのような多様な現場環境の中で、介護福祉士や介護職員は日々翻弄されながら業務に従事しており、それ自体が大きな課題の一つとなっているように感じます。

さらに、認知症の方の増加が進む中で、それに伴い身体拘束が増えてしまうような状況は、できる限り避けなければなりません。抑制のない、尊厳ある

ケアを実現していくための取り組みが今後ますます重要になってくると考えています。

■ 不作為の安静を減らす



斉藤秀之氏

○斉藤：

私が勤務していた病院は、急性期・回復期・慢性期のすべての機能を備えていました。幸いなことに、当時は多くの人材を確保することができたため、回復期の課題や慢性期の良さと急性期の重要性

を双方向に取り入れていこうという理念のもと、体制づくりに取り組みました。

とりわけ、回復期リハビリテーション病棟では365日体制の療法士の診療体制をいち早く導入し、それを急性期にも展開しました。ただし、当時は作業療法士（OT）の人材確保が困難であり、すべてを一律に整えるという杓子定規な対応では、かえって患者に不利益を与えてしまうと考えました。

そこで、まずは理学療法士（PT）の人員が比較的多く集まっていたことを活かし、段階的に取り組む方針をとりました。例えば、すべての病棟で一斉に始めるのではなく、まず1病棟から365日体制を導入する、あるいはPTから順次体制を整備するといった方法で、少しでも早期に患者の回復につながられるよう工夫しました。

私自身も、急性期の段階で寝たきりが形成される可能性があると感じており、だからこそ急性期においても「寝たきりゼロ」に向けた取り組みは非常に重要であると考えています。

また、OTと共に働く中で、急性期における作業療法の専門性をどう発揮すべきかについて、彼らが非常に悩まれていたことが印象的でした。OTによるワーキンググループを組織して、その課題に取り組んでもらいました。

その中で私が非常に感銘を受けたのは、作業療法の効果を他職種にもわかりやすく示すために、COPM

（Canadian Occupational Performance Measure：カナダ作業遂行測定）やAMPS（Assessment of Motor and Process Skills：運動とプロセス技能の評価）といった指標を用い、急性期でも作業療法の意義を明確に示そうとしていたことです。これらの取り組みは、まさに作業療法士ならではの強みであり、専門性の高さを感じさせるものでした。

それから、せん妄や意識障害など術後の高次脳機能の評価といった領域について、OTの観察力と見極めの力には非常に感銘を受けています。これらの兆候を早期に捉え、医師や看護師、介護職、あるいは、私たちPTにも適切に伝えていただければ、不作為の安静を減らすことができるのではないかと感じています。

言語聴覚士（ST）についても、失語症やコミュニケーション障害、認知機能との鑑別、さらには摂食・嚥下障害に対する専門的な訓練など、非常に高い専門性を発揮されていると日々感じています。

PTについては、「まずは動かして、起こす」という基本的な姿勢が重要であると私は考えており、積極的に身体活動を促すことが求められていると思います。

しかしながら、昨今は高齢患者の増加に伴い、循環動態や内部障害に関する知見が進み、リスク管理の重要性が高まる中で、療法士が自己判断で過度に慎重になりすぎて、結果的に不作為の安静を選択してしまう傾向があるようにも思います。疾患・病態リスクがある状況下であっても、どこまで安全に身体を動かせるかという視点を持ち、医師や看護師と積極的に情報共有することがPTの専門性の一環であると再認識すべきだと感じます。

PTが独断で理学療法を中止することは基本的にはないと思いますが、急性期においては、状況によってはそうした判断が生じることもあり得ます。その結果、「何もできないまま状態が固定化されてしまった」という事態が生じかねないという懸念があります。

実際に、私たちが消化器外科の患者を対象に理学療法の現状をレビューし、発表したことがありました。その発表を見た外科の先生方が「70歳以上の入院患者には一律に理学療法のオーダーを出す」と決定されました。これは非常に画期的な取り組みで

あり、その方針は病院全体にも波及しました。

当時、私の病院にはリハビリ科の専門医が在籍しておらず、診療科ごとに直接リハビリのオーダーを出していただく体制でした。したがって、どの診療科からオーダーが出るかが重要でした。当院の理事長・院長は「高齢者は3日寝ていたら寝たきりになる」と明言されており、その認識が医師の行動変容につながり、積極的にリハビリのオーダーを出していただけるようになりました。

このように、リハビリのオーダーが出ること自体が、我々にとっては介入のきっかけとなります。オーダーを出してもらえる環境づくりが、急性期におけるリハビリ介入・充実の第一歩であると強く感じています。

また、抑制の問題は看護部門とリハビリ部門の間でしばしば意見が分かれるテーマのひとつです。少し笑い話のような面もありますが、例えば、訓練開始時にベッドサイドで抑制具を一時的に外し、終了後に元どおりに戻さなかった場合、「元に戻っていない」として看護部門からヒヤリハット報告が上がり、トラブルになることも少なくありません。このようなやり取りは現場ではよくあることですが、一方で、リハビリテーション専門職の人数が充実し、療法士が患者に関わる時間が増えれば、看護師や介護職員が患者を監視する時間を減らすことにもつながります。

これは先ほど橋本会長がお話しされた「介護の時間を減らす」という視点にも通じるところです。つまり、1日の中で療法士が関わる時間が増えることにより、看護・介護の負担を軽減することが可能になると考えています。

また、療法士自身が、少なくとも自分が目の前にいる時間帯だけでも抑制具を外すという姿勢を持つことが大切だと感じています。私は、目の前の患者が抑制されたままであることを「専門職として恥ずかしいこと」と捉えるようにと、療法士たちに教育していたことを思い出しました。こうした小さな積み重ねが、患者さんにとっての「負の学習」、つまり、自分は動かなくてよい、動けないという誤った学習を防ぐことにつながると考えています。

私たち医療従事者の不作為、あるいはリスク管理

や人手不足などによって、結果的に寝たきりや廃用症候群を生み出してしまう現実に対して、これからはより真剣に向き合っていかなければならないと強く感じています。

■ 必要なタイミングで必要な支援を



内山量史氏

○内山：

大きな問題は早期介入の遅れにあると強く感じています。急性期の段階でいかに早くリハビリテーションを開始できるかが、その後のADL低下を防ぐ鍵になります。特に、脳卒中や術後の高齢患者に対しては、入院直後からの適切な介入

が不可欠です。

また、医療と介護の間に存在する「切れ目」の問題についても、現場で長年仕事をしてきた者として非常に重要な課題であると認識しています。私はこれまで33年間、病院勤務をしてまいりましたが、その中で痛感しているのは、医療から介護へ、あるいはその逆における連携の希薄さです。情報の共有不足や引き継ぎの曖昧さが、患者の状態悪化や再入院を招くこともあり、これは本当に避けなければならないと感じています。

そのためには、医師や看護師だけでなく、介護職、PT、OT、STといった多職種が、それぞれの役割をしっかりと果たせる環境づくりが必要不可欠です。職種間の壁を越えて協力し合えるチーム医療・介護の体制こそが、患者・利用者にとって最善のケアを提供する基盤になると考えています。

特に、人材不足の問題は深刻です。なかでもSTは、施設や地域によって配置の偏りが顕著で、十分に配置されていない現場が多く存在します。嚥下障害やコミュニケーション障害の支援にはSTの専門性が不可欠であるにもかかわらず、十分な支援が行き届かないことで、患者の生活の質に影響が出てしまうことも少なくありません。

私自身、かつては月に2回、回復期リハビリテーション病棟と療養病棟のある病院に勤務しながら、特別養護老人ホームにもミールラウンドの形で関わっておりました。そこで感じたのは、特養の現場においても、介護職、看護師、ケアマネジャーに加えて、施設外から来る歯科衛生士、歯科医師との連携が適切に取れば、利用者が最期まで口から食事を摂るということは十分に実現可能です。

7年間にわたり、そうした活動を通じて得た経験から、必要なタイミングで必要な支援が的確に届く体制こそが本人の尊厳を守り、生活の質を高めるためには不可欠であると、改めて実感しています。

■ 全体で共有し、実践に生かしていく



山本伸一氏

○山本：

私からは、主に三点、申し上げます。一つ目は、現在の課題として、作業療法分野における対象者の変化についてです。身体障害領域において、作業療法の対象となる方のうち、65歳以上が83.2%を占めるようになっていきます。

このような高齢化の進展は作業療法の現場に大きな影響を与えています。対象者の疾患についても、これまで多かった脳血管疾患に加えて、近年では骨折、呼吸器疾患、心疾患といった内科的疾患の割合が顕著に増加しています。この10年ほどで大きな変化が見られており、これが現在の作業療法業界の特徴の一つと言えるでしょう。

さらに、がんや腫瘍といった疾患も増加しており、対象者の高齢化に伴い合併症を有する高齢者が増えているのが実情です。こうした疾患構造の複雑化が現在の高齢者医療における重要な課題の一つであると考えています。

二つ目は、認知症への対応です。私は非常勤で回復期リハビリ病棟に関わっていますが、実際の現場において、認知症の患者数やその重症度が著しく増

加していると実感しています。

これまでの認知症リハビリテーションは、比較的中等度から重度の認知症を対象とした介入が中心であり、主に通所リハビリテーションなどの場で行われてきました。しかし近年では、より軽度から中等度の段階にある方々への支援の必要性が強く認識されるようになってきています。当会が取り組んでいる老健事業では、平成28年度から調査・研究が始まり、特に令和4年度以降の3年間に、訪問による認知症リハビリテーションの有効性が明らかになってきました。

この取り組みでは、重度の認知症の方だけでなく、これまでリハビリの対象とされてこなかった軽度から中等度の認知症の方にも介入を行うことで、認知症自体の進行を抑制するというよりも、認知症のある方の生活の質を向上させることを目的としています。

実際、MMSE (Mini-Mental State Examination) や HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール) といった認知機能を測る指標には大きな変化が見られなくても、BIやFIMなど、日常生活機能を評価する指標においては、明らかな改善が認められるという成果が報告されています。このように、認知症の方々に対する支援の在り方は、従来の枠組みを超えて、より広く、より柔軟に展開していくことが求められていると感じています。

認知症リハビリテーションにおいては、三つの基本原則があります。それは、第一に動作の反復練習、第二に環境調整、第三に介助者への支援です。これら三つの要素を主軸として一体的に関わることで、軽度認知症の方々はもちろん、中等度の方々に対しても、機能の維持・向上が見込めるという実感があります。

特に注目すべき点は、リハビリテーションの実施場所です。これまでは施設に通っていただくスタイルが一般的でしたが、私たちの取り組みでは、療法士が利用者のご自宅を訪問し、住み慣れた生活空間の中で介入を行うという方法に取り組んできました。その結果、環境との親和性が高まり、より実践的かつ効果的な支援が可能であることが確認されています。

こうした取り組みが評価され、令和6年度の介護報酬改定においては、訪問リハビリテーションにおける「短期集中リハビリテーション実施加算」が新設されました。これは、まさに現場のニーズと成果に基づいた制度改正であると受け止めています。

とはいえ、こうした制度の運用や取り組みが、現場に十分に浸透しているかという点、まだまだ課題があるのが現実です。今後は、認知症の重度化を防ぐという観点からも、軽度から中等度の段階にある方々への積極的な介入が重要です。そしてそれが結果的に医療費の抑制にもつながるという視点を、私たち医療・介護従事者全体で共有し、実践に生かしていく必要があると考えています。

三点目ですが、OTやSTの人材配置についてです。現在、OTやSTは回復期リハビリテーション病棟に偏って配置されている傾向があります。先ほど、全てのステージでの関与が重要であるという話がありましたが、まさにそのとおりであり、急性期・回復期・慢性期・生活期といった全てのステージにおいて、リハビリ専門職がバランスよく配置されることが望ましいと考えます。

特にOTは、生活に密着した支援を専門とする職種である以上、生活の場である介護施設や慢性期医療の現場においても、さらに積極的に配置されるべきであると感じています。生活の質を高めるための支援は、まさにOTの専門性が生かされる領域であり、そうした人材が十分に配置されていない現状は大きな課題です。全てのステージにおいて、療法士をはじめとする専門職がバランスよく配置される体制を構築することが今後の大きな課題であると認識しています。

■「介護者への支援」という視点も

○橋本（座長）：

山本会長がおっしゃったとおり、認知症の方への対応、とりわけリハビリテーションの在り方は非常に重要なテーマであると感じています。

現在、認知症に対するリハビリの推進にあたっては、まだ多くの課題が存在しています。その一例として、リハビリテーション関連の推進事業がありま

す。リハビリの現場で活用できる教科書を作成する過程において、私が「認知症のリハビリテーションに関するテキストはありませんか」とお尋ねしたところ、「そこが非常に難しい部分であり、いま最も困っているところです」との回答が返ってきました。認知症という非常に重要かつ拡大し続ける社会課題に対して、リハビリテーションというアプローチが、まだ十分に体系化されていない、あるいは現場において標準化された実践が確立していない現状があります。

今や認知症の患者数は急増しており、これは日本に限らず、世界中の高齢化社会が抱える共通の課題です。にもかかわらず、「認知症とリハビリテーション」という二つの分野がまだ十分に結びついていないという現状は、私たちにとって今後の大きな検討課題であると強く感じています。

私たちリハビリ専門職の間では、認知症にはリハビリテーションが必要であるという認識はすでに共有されており、やらなければならないという共通認識があります。しかし、リハビリ専門外の医師の中には、いまだにその必要性について十分に理解されていない方も少なくありません。

例えば、高齢者にとって栄養管理がいかに重要かという点について、これまで若林先生が繰り返し提唱されてきました。十数年前の講演で、若林先生が「高齢者でも1日2,000キロカロリーは必要です。特にリハビリを行う患者にとっては不可欠です」と話されたことを、今でも鮮明に覚えています。

当時、講演を聴いていた医師の中には、「85歳や90歳のおばあちゃんが1日に2,000キロカロリーも摂れるわけがない」といった反応が多く見られました。「若林先生は大学の偉い先生だから、現場のことをご存じないのではないか」と揶揄する声さえ聞かれました。ところが、あれから数年も経たないうちに、「高齢者にも2,000キロカロリーが必要」という認識は医療現場において当たり前となりました。

○若林：

活動量の多い方では、3,000キロカロリー以上、

必要になることもあります。

○橋本（座長）：

そのとおりです。リハビリをしている高齢者は、日々の活動量が多くなるため、栄養が不足すれば当然痩せてしまいます。そんな中で、十分なカロリーが摂取されないまま筋肉を作るというのは、極めて困難なことです。

そうした中で、リハビリテーションの概念も進化してきました。山本会長もご指摘されたように、単に機能回復を図るだけでなく、環境を整えることや介護者への支援といった視点が欠かせないものとなっています。しかし、認知症リハビリテーションのテキストの中には、「介護者への支援」に関する記述がまったく含まれていないという話を聞いて驚きました。これは、いまだにリハビリを医療的な視点のみで捉えている表れであり、介護者や支援スタッフの役割が十分に認識されていない現状を示しています。

だからこそ、今後は「介護者への支援」の中に、介護スタッフや家族への教育という視点も盛り込んでいく必要があるのではないかと強く感じています。支援者の理解と実践が伴ってこそ、認知症リハビリテーションの本来の効果が発揮されるのだと思います。

■ 環境的・心理社会的支援の両輪で進める

○山本：

これまでの認知症の方への関わりについて、「古い」という表現は適切でないかもしれませんが、私自身も以前はそうしたアプローチを行ってきた側面があります。具体的には、懐かしい音楽を流したり、昔の流行歌をかけたり、塗り絵やドリルといった活動を中心に据えるような取り組みが主流でした。

もちろん、これらの方法が無意味であるということではありません。ただし、近年では環境調整、動作の反復練習、そして介助者への支援という三つの要素を統合的に行うことにより、認知症のある方の行動や生活の質が大きく改善されることが分かって

きました。

この三年間の実践を通じて感じたのは、従来の手法に加えて、一般的なりハビリテーションの考え方をしっかりと取り入れていくことが、より効果的な支援につながるということです。つまり、認知症のリハビリも、医学的・機能的アプローチと環境的・心理社会的支援の両輪で進めるべきだと考えるようになりました。

○橋本（座長）：

今おっしゃった三つの要素を踏まえると、リハビリテーションはやはり患者さんの自宅で実施することが理想的だと感じます。例えば、朝起きたときの動作や、日常生活の中での振る舞いなど、自宅でなければ観察・支援できない重要な場面がたくさんあります。病院のリハビリテーション室でいくら訓練を重ねたとしても、そこでは本当の意味での環境調整は難しいですし、認知症の症状が進んでいる方にとっては、見慣れない空間が混乱を招くこともあります。

認知症のある方にとっては、自分の住み慣れた家こそが最も安心できる場所であり、社会環境や人間関係も含めて、本人にとって意味のある環境であることが非常に重要だと思います。

○若林：

人との関わりも大切な要素ですね。自宅という場においては、ご家族をはじめ、近所の方々など、顔なじみの人たちと自然に会話ができるという環境が整っています。そうした“人の環境”があることで、住環境だけではなく心理的にも安定した生活が営まれます。そうした意味でも、自宅での支援が非常に重要だと考えます。

○橋本（座長）：

まさにそのとおりです。特に認知症の初期段階にあるの方々にとっては、住み慣れた場所や人間関係といった身近な環境が、認知機能の維持や精神的な安定にとって、極めて重要な意味を持つと感じています。

■ リハ・栄養・口腔加算が算定できない要因は

○橋本（座長）：

リハビリテーション・栄養・口腔の連携については、現場で重要視されているにもかかわらず、なかなか進展していない印象があります。令和6年度の診療報酬改定で新設された「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」は、まさにその重要性を制度的に裏付けるものですが、現場では「重要なのはわかっている、しかし進まない」という声もあります。なぜ、こうした連携が進みにくいのでしょうか。

○若林：

私の勤務する病院でも、ようやく「ADL・栄養・口腔サポートチーム」の立ち上げに向けたワーキンググループが結成され、これから本格的に活動を開始するところです。「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が急性期病院でなかなか普及しない理由として、いくつかの課題が挙げられます。

第一に、365日体制でリハビリテーションを実施している急性期病院が、いまだ限定的であるという点です。私の病院を含め、多くの施設では週末や祝日にリハビリを提供する体制が十分に整っておらず、そのためセラピストの配置人数も限られています。現在の人員体制のままで365日対応を実現するのは難しく、新たに大幅な人員増強が必要となりますが、それが容易ではないことが一つの障壁となっています。

第二の課題は、算定要件の一つである「ADLの悪化率が3%未満」という条件です。これは該当病棟における入院患者全体のADL悪化率が3%を超えてはならないというのですが、がんや神経難病など、病状の進行によりADLが自然に低下してしまう患者を多数抱える病棟では、この基準を満たすことが非常に困難です。そのため、本来ならリハビリ・栄養・口腔の連携が必要とされる病棟が、かえって算定の対象外となってしまうという矛盾が生じています。私は、廃用症候群によるADL低下を3%

未満に抑えるという基準であれば一定の合理性があると考えますが、現在の要件では現実的な運用が難しいのが実情です。

第三の課題は、管理栄養士の配置に関する要件です。この加算を算定するには、病棟ごとに専任の管理栄養士が必要となりますが、急性期病院で全病棟にそのような体制を整えている施設はごく限られています。私の知る限り、大学病院では東京医科大学病院などごく少数で、市中病院でも近森病院など一部にとどまっています。全国的に見ても管理栄養士の人数が不足しており、これが算定を難しくしている大きな要因の一つです。

さらに、病棟に専従と専任のリハビリスタッフを2名配置する必要があります。しかし、現行制度では、これらのスタッフが1日に算定できるリハビリ単位は最大で9単位に制限されています。その結果、病棟全体としては少なくとも30人から40人程度の入院患者がいなければ、加算を算定するよりも、通常通りにセラピストが1人で18単位程度のリハビリを行った方が診療報酬上の収益が上回るという状況が生じてしまいます。

このような構造的な問題があるため、結果として同加算を実際に算定している医療機関が非常に限られているでしょう。したがって、この加算を実効性のある制度として運用するためには、次回の診療報酬改定において、要件の見直しや緩和が不可欠であると強く感じています。

○橋本（座長）：

確かに、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取り組みは、理念として非常に優れたものであり、制度としても意義のある試みだと思いますが、制度上の課題がありますね。

○若林：

おっしゃるとおり、理念としては極めて重要であり、これからあるべき医療の姿を示すものだと思います。ただし、現行の算定基準のままでは、それに対応できる医療機関があまりにも少ないというのが実態です。理念の価値はそのままに、より多

くの病院が現実的に取り組むことができるような制度設計への改善を強く望んでいます。

■ 人材が確保できず、体制構築が困難

○橋本（座長）：

ADL 悪化率 3 % 未満という算定要件の課題もありますが、現場でよく言われるのが「セラピストの数が圧倒的に足りない」ということです。人材が確保できず、体制構築そのものが困難だという声を多く耳にします。

確かに、若林先生が指摘されたように、大学病院や公立・公的な医療機関において、急に「セラピストの人数を 2 倍に、あるいは 3 倍に増やしてください」と言われても、現実的にはそれは非常に難しい話です。

○若林：

当院でも、もともと約 40 人のセラピストが在籍していましたが、昨年ようやく 10 名分の増員枠を確保してもらいました。これは、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制」の構築を目指すワーキンググループの活動に向けた増員です。

今後は、病院全体で 100 名以上のセラピスト体制が必要ではないかと考えており、その提案を病院側に行う準備を進めています。ただし、仮に定員が 100 名以上に拡大されたとしても、その全数を実際に充足できるようになるのは何年後になるかは、現時点では見通しが立たないのが実情です。

○橋本（座長）：

セラピストの数は現在、増加傾向にあるのでしょうか。例えば、介護福祉士については、毎年一定数は資格取得者が増えていると思いますが、その増加ペースは鈍化してきている印象があります。

○及川：

実は、介護職員全体の数は減少傾向にあります。また、介護福祉士については、正確な調査が十分に行われていないため、実際に現場で就業している人数が把握しきれていない状況です。

○橋本（座長）：

介護福祉士の有資格者に限らず、介護に従事する人全体の数も減少しているということですね。私の地元である大阪の話になりますが、介護福祉士の養成校も減ってきています。かつては、看護やりハビリ、介護福祉士の養成を行っていた学校が、今では介護福祉士の募集を停止しているケースも見られます。若い世代の入学希望者が集まらないというのが実情のようです。留学生は中国やベトナムなどから来られる方が多い印象ですが、そうした方々は介護福祉士養成校に入学されるのでしょうか。

○及川：

留学生として入学される方もいらっしゃいますし、技能実習生として来日される方もいます。背景やルートはさまざまです。

■ 介護職員とセラピストの連携も

○橋本（座長）：

介護福祉士の人材確保についても、非常に厳しい状況が続いていると感じています。これまでに介護職員に対する処遇改善措置は 3 回ほど実施されてきました。これ自体は非常に良い取り組みであり、処遇改善加算が増額されたことも歓迎すべきことだと思います。

しかし一方で、他職種との給与バランスという課題が浮き彫りになっています。例えば、当院を含め、日本慢性期医療協会の会員施設の中には、病院と介護施設の両方を運営しているところが多くあります。そうした施設では、病院勤務の介護福祉士と施設勤務の介護福祉士との間で、給与格差が拡大しており、職員の異動やローテーションが事実上困難になっています。

処遇改善措置の第 1 回、第 2 回までは、病院側が差額分を負担してなんとか対応してきましたが、現在ではその差が月額 8 万円程度にまで広がっています。ここまで差が開くと、病院側が独自に補填するのは限界です。さらに、介護福祉士の給与が若手の看護師を上回る状況が生じてしまうと、看護師側の給与水準の見直しも迫られ、職種間のバランスが大

きく崩れるリスクがあります。処遇改善加算自体は良い制度であり、実施そのものに異論はありませんが、制度設計の際には、職種間の公平性や整合性についても十分な配慮が必要だと感じています。

また、処遇改善加算によって介護福祉士の数は実際に増えたのかという点について、私はこれまでに厚労省の担当者に何度か問いかけてきました。しかしながら、全体として介護福祉士の数が大きく増えているというデータは見当たらず、効果が限定的である可能性もあると感じています。そこで、私は今後「リハビリテーション介護士」のような新たな職域・専門性の創設が、介護職の魅力を高める一つの方向性ではないかと考えています。

現状では、介護職は非常に業務が過酷であり、「やりがいのある仕事」として認識されにくくなっている面があります。そのような状況のままでは、単にスタッフ数を増やそうとしても難しいのではないのでしょうか。若い世代が介護福祉士養成校に進学しようとしにくい背景には、こうした現実的な課題もあると思います。

もちろん、ケアそのものには十分にやりがいがあります。ただ、さらにそれを実感として得られるように、例えば、リハビリテーションの知識と技術をしっかりと身につけた介護職員を育成することで、「自分のケアによって患者さんの状態が良くなった」と実感できる機会を増やしていくことが重要だと考えています。

当院でも、セラピストが介護職員に対して移乗介助の方法などを丁寧に指導していますが、そうした教育の中で、介護職員が自らの成長や貢献を実感できるようにになれば、それが大きなモチベーションにもつながると期待しています。

○及川：

特に在宅介護の現場を見ていると、病院で実施されているような365日体制のリハビリテーションが、在宅でも継続的に実施できれば理想的だと感じます。そのためには、先ほども話に出ていたように、家族介護者への適切な指導、さらに在宅ケアに関わる介護職員への継続的な教育と支援がしっかりと行

き届いていることが重要です。こうした支援体制が整っていれば、在宅においてもADLの低下を最小限に抑えることができるのではないかと考えています。

また、在宅では家族による身体拘束が行われてしまうケースもあり、それを未然に防ぐためにも、ADLの維持や向上に向けた取り組みが非常に重要です。特に認知症のある方の場合、さらに複雑な課題が出てくる可能性があります。それだけに早期からの介入と多職種連携が求められます。認知症の方に対する在宅でのリハビリテーションという視点から見ると、まだまだ取り組むべき課題は多く残されていると感じています。

「リハビリ介護福祉士」という発想は理解できます。介護福祉士の資格を取得する過程でもリハビリの基礎的な学習は行われますが、さらにその知識を深め、現場でセラピストと連携しながらケアを提供していくことができれば、より質の高い介護につながるのではないかと期待しています。

■ 雇用機会が拡大すれば増加する可能性

○橋本（座長）：

セラピストの人数について現在、PTは確かに増加傾向にありますが、その増加スピードが緩やかになってきているように感じています。

○斉藤：

増加のペースは確実に緩やかになってきていますし、今後は減少傾向に転じるのではないかと考えています。少子化による人口減少に加えて、リハビリテーション養成校の閉校も見られるようになりました。理学療法学科のある伝統的な養成校ですら閉鎖の動きが出てきており、国立系の学校でも新規募集を停止するという話も聞いています。そのため、今後は入学定員の減少が進むことになるでしょう。

ただし、今年3月の国家試験の結果を見ますと、合格者数は前年より若干増加していました。現時点では、急激な減少というよりも、徐々に減っていく傾向にあると捉えています。

一方で、前向きな見方をすれば、急性期や在宅領

域においてはPTの雇用機会は依然としてあると考えています。これまで回復期に集中していた人材が、今後は急性期や在宅へとシフトしていく可能性があると感じています。若林先生の病院のように学びが得られる環境が整っていれば、PTは積極的に応募してくると思います。とはいえ、どの領域に進むかの選択には迷いもあるでしょう。

地域医療構想の進展によって病院の機能が今後どう変化するのか不透明な中では、療法士の人材配置についても先が読みづらい状況です。国としては、回復期リハビリテーション病棟に雇用が集中していた状況からの転換を模索しているような印象を受けます。しかし、若林先生も指摘されていたように、いつ実現するのかが見えにくいため、現場では不安や不満の声も上がっているように思います。PTが増えるか定かではありませんが、減少を前提とした制度設計や人材育成のあり方については検討しておく必要があるでしょう。

一方で、橋本会長が述べられたように、PTが介護職や他職種と連携して働くスキルの重要性は高まっています。そのような連携により、全体としての労働生産性を高めていくことが可能になると考えています。直接的な支援も重要ですが、リハビリテーション専門職が介護職に助言を行うなど評価や見極め、予測といったリハビリテーション専門職ならではの視点を他職種と共有できる能力が今後ますます求められると思います。

このような能力は、経験を重ねた先生方には備わっているかと思いますが、若手、特に臨床経験が3年目、4年目程度の人たちがそのレベルに達しているかという点には課題があると感じます。特に生活期のようにADLが徐々に低下していく患者を見極めることは非常に難しいため、そうしたケースにも対応できる人材の教育が必要です。

■ 人材不足は医療・介護連携にも影響

○山本：

OTは現在、毎年約4,500名が卒業しています。有資格者数は約12万人であり、毎年約4,500名ずつ増加している状況です。ただし、OTの養成校の

入学定員は7,000人前後と設定されているにもかかわらず、定員割れが深刻な問題となっています。特にOTおよびSTでは、この傾向が顕著です。

地域別に見ると、四国地方では大学がわずか2校しかなく、高校生の多くは広島や岡山など本州側の大学に進学しています。さらに、入学定員に対して入学者数が100%に満たない状態が常態化しています。

○橋本（座長）：

卒業した学生は、ほとんどがOTになっているのでしょうか。

○山本：

国家試験の合格率はおおむね85～90%であり、約4,500名が合格しています。養成校の現状として、全国にOTの養成校は204校あり、そのうち3割が3年制の専門学校、残りの7割が4年制の教育課程を採用しています。しかし、今後も少子化による人口減少は避けられず、こうした傾向に対してどのように対応していくかは、引き続き注視すべき重要な課題です。私たちとしても、今後の方向性を明確にし、関係省庁と連携しながら、制度や政策のあり方について真剣に議論していく必要があると考えています。

OTの数は、現場のニーズから見ると、決して十分な人数とは言えません。現在、OTの有資格者数は約12万人であり、この数は世界で第2位に位置します。第1位はアメリカで、同国のOTは15万～16万人とされています。第3位はドイツとなっています。

○橋本（座長）：

ヨーロッパではOTの数が多いと思っていましたが、日本もかなりの規模なのですね。

○山本：

確かに日本は数の上では世界第2位ですが、全ての生活ステージにおいてリハビリテーションが必要であるという日本独自の医療・介護体制を考慮する

と、依然として人材は不足しています。

○若林：

専門医資格を保有している医師は、約 3,000 人であると思われます。

○山本：

そのような状況を踏まえると、OT と医師との間に大きな人数のギャップが存在しており、今後はこのギャップをどのようにタスクシフト・タスクシェアしていくかが非常に重要な課題になると考えています。

具体的には、診断や治療指示といった医師にしかできない行為については、確実に医師が担う必要がありますが、その指示の下で、OT が評価・介入を行う役割をどこまでシフト・シェアしていくかが問われています。

■ 一歩前に踏み出す怖さがある

○内山：

毎年、ST の国家試験合格者は約 1,700 名にとどまっています。そのため、回復期リハビリテーション病棟では、まるで人材確保競争のように ST を採用しており、急性期や生活期における ST の配置は、いまだに十分とは言えません。

2000 年に回復期リハビリ病棟が創設されて以降、制度のなかで成果主義が強調されるようになり、「在宅復帰率」が指標として制度化されました。この影響で、「自宅や施設に戻るためには、まず食事がとれるようにしてほしい」といった要望が、回復期リハビリ病棟の ST に対して数多く寄せられるようになりました。そのため、多くの ST が摂食嚥下障害への対応に従事しています。

ここで重要なのは、ST がいかに多職種と連携していけるかという点です。私が勤務していた病院でも、ST は昼休みを返上して、昼食時に患者の食事を観察しながら介入を行っていました。また、ST が担うべきこと、介護職員が担うべきこと、看護師が担うべきことといった役割分担が明確に整理されていない場面も多くあります。熱が出たら即禁食、

少しでもむせたらとろみをつける、といった対応が今なお続いているのが現状です。

大切なのは、患者さんが「どのような場所で、誰と、何を食べられるようになって自宅に戻るのか」を、明確な目標として設定することだと私は考えています。例えば、ベッド上で背もたれを上げて、病院で提供されていたやわらか食やゼリー食を家庭で再現するのは、ご家族にとって非常に大変な負担になります。そのため、在宅復帰や施設入所を前提とするならば、できる限り通常の食事をとれるような状態に回復させてから送り出すべきだと思います。そして、そのためには、「挑戦してみよう」と思える言語聴覚士と、挑戦できるような環境、さらには「やってみていいよ」と背中を押してくれる医師の存在が不可欠です。

○橋本（座長）：

おっしゃるとおりですね。ST による食事への介入は命に関わることですから、専門職であるがゆえに慎重になりすぎて、一歩踏み出すことに躊躇しているのかもしれない。

○内山：

そうですね。一歩前に踏み出す怖さというのが、確かにあると思います。

■ 改善可能な要因に目を向ける

○橋本（座長）：

介護現場では、リスクに対する認識が十分でない、あるいは怖さを知らないといった側面もあるように感じます。

○若林：

この問題は、ST に限らず、広く嚥下障害に関わる医療者すべてに共通する課題です。例えば、嚥下障害の患者がむせた場合、その原因を明確にする必要があります。とろみ食や嚥下調整食が不要なケースもあれば、必要なケースもあります。

重要なのは、むせの原因を丁寧に分析することです。パーキンソン病や脳卒中後遺症による麻痺があ

るのか、サルコペニアによる筋力低下が原因なのか。あるいは、認知症により食物と認識できなかった、食事の摂取方法がわからなかった、介助が適切でなかった、口腔環境が整っていなかった、薬の副作用だった、など複数の要因が考えられます。そうした原因に応じたアプローチを取る必要があります。例えば、「この患者にはとろみは不要」と評価し、その評価に基づいて嚥下の見極めや予後を立てることが、STの専門性として求められます。

しかしながら、現場には「むせたからベッドの角度を変える」「すぐに食形態を変更する」といった嚥下障害の原因を考慮しないで短絡的な対応に終始してしまうSTも存在します。このような対応は、根本的な問題解決にはつながりません。したがって、STだけでなく、多職種間での卒後教育の充実が必要不可欠です。

また、寝たきりの患者についても、その原因を原疾患だけに求めるのではなく、例えば、薬剤性パーキンソニズムの存在に気づかずに見過ごしているケースもあります。こうした症状に早期に気づき、薬の中止や調整を行うことで、劇的に改善する場合も少なくありません。嚥下障害も同様で、薬剤性によるものが少なくないのです。つまり、改善可能な要因に目を向けることが大切であり、そうした視点を持つためには、臨床推論の力が問われます。

○橋本（座長）：

その意味では、医師の責任も非常に大きいと感じます。

○若林：

確かに、連携を前提としつつも、一人前のSTであれば臨床推論を行う力は不可欠です。医師や看護師、他職種との連携の中で、しっかりと考察し、判断できるようになる必要があります。特に回復期の現場では、その重要性がより顕著に表れているように思います。

○橋本（座長）：

薬剤や処方に関する課題もあります。近年、各病

棟に薬剤師が配置されるようになってきたにもかかわらず、その役割が十分に活かされていないように感じます。ここで言いたいのは、薬剤師が悪いのではなく、むしろ医師の側が薬剤師の意見にもっと耳を傾けるべきだということです。

例えば、薬剤師が「先生、この薬をこのまま継続されるのですか」といった確認や提案をしても、医師の中には「これは私の処方だから口出しするな」と受け止めてしまうような反応を示す人もいます。そのような雰囲気の中では、薬剤師も処方の見直しや改善を提案しづらくなってしまいます。

特に向精神薬や便秘薬のような長期投与されがちな薬について、マグネシウム値の上昇など副作用の兆候が見られた際に、薬剤師が「医師にそんなことを言ったら怒られる」と言って躊躇する場面もあるのです。「薬は医者領分だ」という意識が根強いのかかもしれませんが、薬の専門知識においては、薬剤師の方がはるかに深く学んでいます。6年制の専門教育を受け、日々研鑽を重ねている薬剤師の知見を、もっと積極的に活用すべきだと思います。こうした医師と薬剤師の関係性の問題も、現場での適切な薬物療法を妨げる要因の一つではないでしょうか。

■ 予後予測、医師の役割は大きい

○橋本（座長）：

PDCAサイクルを効果的に回していくには、最初の計画（Plan）がなければ何も始まりません。プランを立てるためには、予後予測が欠かせません。予後予測ができない職種や個人では、その後のDo, Check, Actionに移ることが難しくなるのです。その意味で、医師を含め、リスク管理の視点も取り入れた予後予測の能力が必要だと思います。

特に急性期におけるセラピストには、予後を見据えて対応してほしいと考えます。例えば、適切に動かさずに抑制してしまった場合に、将来的にどうなるかを予測する力が必要です。実際、家族からも「あれだけ動かさなかったら、おじいちゃんは歩けなくなるのではないかと聞かれることがあります。家族でさえそうした予測ができるのに、専門職がその

感覚を持てていないのは問題です。予後予測やリスク管理という観点から見ても、医師の果たすべき役割は非常に大きいと考えます。しっかりとした対応が求められます。

○齊藤：

「これはやってはいけない」という姿勢ではなく、「ここまではやっていい」といった指示が医師から出されれば、若い療法士も安心して行動できます。リスク管理というと、すぐに「動かしてはいけない」という発想になりがちですが、それは誤解です。例えば、心不全の患者さんでも足の親指を動かす程度なら全く問題ないことが多いです。実際には、看護師や介護職員が療法士より積極的に身体に触れたり、体を動かしている中で、リハビリテーション専門職の各療法だけが杓子定規に中止されてしまうのは疑問です。

○橋本（座長）：

医師には、そうした点についてもう少し丁寧な対応をしていただきたいと感じています。例えば、中止基準についても、入院時に医師が記載することになっています。急性期でも回復期でも、中止基準を明示することは必須です。回復期リハビリ病棟では「中止基準は何ですか」とすぐに問われますが、実際にはバイタルサインの異常しか記載されていないことがほとんどです。しかし、それでは不十分です。

SPO2 や体温といった基本的な情報はもちろん重要ですが、それだけで判断するのではなく、もっと細やかな視点が求められます。「ここまでは可能です」といった前向きな指示を医師が出すことによって、セラピストも安心して専門性を発揮できるようになります。

○若林：

医学的な判断や細かい対応については、やはり医師が責任をもって、「この範囲までなら実施してよい」「この人には今日は控えておこう」といった具体的な指示を出すべきです。

■ 食事について改善できないか

○橋本（座長）：

以前の話になりますが、リハビリ専門医に指示を求めると、「この動作を何回行ってください」「ROM（関節可動域運動）を何回実施してください」「ここから何メートル歩いてください」といった具体的な運動指示のみを出すことが多く、リハビリ専門医の役割に疑問を持たれることもありました。当時は、非常に形式的で融通の利かない対応が見受けられたように思います。もちろん、現在は改善されている部分も多いかと思いますが、過去にはそのような傾向がありました。

また、医師が特に苦手としているのが食事に関する対応です。発熱があると、急性期病院の慣習が抜けきらず、回復期リハビリテーション病棟に転院した後であっても、すぐに絶食と点滴に切り替えるケースが見られます。

○若林：

最近では状況が改善されつつあると感じています。東京女子医科大学病院の現場を見ても、以前に比べて食事対応に柔軟性が出てきました。もちろん、依然として発熱や肺炎に対して安易に禁食を指示する医師もいますが、そうした症例においても食事を継続させる医師は徐々に増えています。

全体として悪い方向には進んでおらず、一定の前進が見られると思います。ただし、一部には、依然として禁食にして水電解質輸液の点滴だけで対応するような治療を行う医師がいることも否めません。

○及川：

食事に関して言えば、介護現場では、少しでもむせるとすぐに「とろみ食」や「刻み食」などの対応に移行する傾向があります。しかし、それが本当に適切な評価であるのか、再考すべき点があるように思います。

先日も、認知症の方が「こんなものは食べられない」とおっしゃった場面がありました。確かに、その方にとっては普通の食事をしたいという思いがあ

るはずで、そうした希望に応えられない現行の評価や計画のあり方には課題があると感じています。

■ 上肢はOT, 下肢はPTか

○橋本（座長）：

OTの役割は、生活全般を見てADLを支援したり、環境を整えることなどが中心です。そういったイメージを持っている一般の方々も多いと思います。しかし若いスタッフ、特に新卒の人たちは「OT＝上肢」と捉えている傾向があります。「PTは下肢、OTは上肢」と分けて考えているのです。当院でも、新入職員ほどそのように考える人が多く、卒業したばかりのスタッフは「OTは上肢を担当します」と言ってしまいます。入職2年目くらいになると、私が「OTは上肢だけじゃない。PTだって足だけが担当じゃない。人間の身体は全身で成り立っているんだから、全体を見ないといけない」と繰り返し伝えるので、次第にそういった言い方はしなくなってきました。

本来、OTの評価はそういった部分的な視点ではなく、もっと生活全体を捉えたものでなければならぬと私は考えています。

○山本：

そのような上肢の評価は、あくまでも付随的な要素にすぎません。重要なのは、患者さんの生活において何が課題となっているのかを見極め、その課題を克服するためにどのような手段があるのかを考えることです。

ただし、養成校の教育では「義手はOT、義足はPT」「スプリントはOT、下肢装具はPT」「ロボット訓練は上肢＝OTが担当」といったように、役割分担が明確にされていることも影響しています。そうした背景から「OT＝上肢」という認識が根付いてしまっているのだと思います。

○橋本（座長）：

最近では、電気刺激などを使うリハビリロボットが導入されるようになり、そうした傾向がさらに強まっていると感じます。数年前と比べ、現在の方が

「OTは上肢の専門職」という印象が強いです。

○若林：

OTが患者さんの心にしっかり目を向けてくれることは非常に重要です。特に、うつや不安といった心理的な問題は、医師や看護師が見落としがちですが、OTの視点から「この患者さんは心に問題を抱えている」と的確に捉え、多職種と連携しながら薬物療法や心理療法、運動療法などへつなげていくことができれば、寝たきりの予防につながると思います。

低活動型せん妄も含め、心や生活に課題があるために訓練がうまくいかず、結果として寝たきりになるケースは少なくありません。認知症で対応が難しい場合には、もちろんPTやSTの協力も必要ですが、OTは学生時代から身体機能だけでなく、心理面の作業療法も学んでいます。そうした知識と技術を現場で十分に発揮していただければ、「寝たきりゼロ」に大きく貢献できるのではないかと考えています。OTがこうした貢献を果たすためには、周囲の職種からもっと積極的に期待し、役割を求めていくことも大切だと思います。

○山本：

専門職としてさらにレベルアップすべき点としては、「その人をしっかり診ること」だと考えています。OTは生活を支える専門職として、その人の身体機能だけでなく、若林先生が先ほど述べられたような精神機能、そして生活環境を含めた広い視点が求められます。個人因子や環境因子、心理的側面まで含めて包括的に評価を行うことこそが、総合的なリハビリテーションであると私は信じています。OTが担う役割は非常に大きいと考えています。

○若林：

環境因子の把握については、OTもPTも同じくらいの能力を持っていると思いますが、心の問題に関してはOTの専門性が高いと私は考えており、大きな期待を寄せています。

■ 柔軟に対応できるという専門性

○齊藤：

私は、全員が同じように全てを同様に担うというスタイルは、かえって効率を下げる恐れがあると感じています。つまり、医療・介護従事者を急性期から回復期、在宅に至るまで一律に配置するという考え方は、再考の余地があるのではないのでしょうか。

先ほど若林先生がOTへの期待を語られましたが、それは私が冒頭で述べた考え方と重なるものであり、同じことがPTにも当てはまると思います。PTが担うべき領域は、他の職種では代替しがたいものであり、専門性を突き詰めて特化していくというより、責任を持つことこそが重要だと考えます。

「リハビリ」と一括りにするのではなく、リハビリの中における介護、OT、ST、PTの役割を明確化しながら、そのなかで理学療法士がどこまで動作改善を担えるか、この人はどこまで立てるのか、拘縮は改善可能か、このまま寝た状態を続けるとどのような機能低下が生じるのか、そうした観点から理学療法士の専門性が発揮されるべきだと考えます。つまり、機能・構造・基本動作に関して「立つ」「歩く」という基本にこだわるのが理学療法士の本来の専門性であり、あえてすべてをそぎ落とした場合、そこに特化していくことが求められるのです。その上で、医師による医学的診断、介護職による「見守り」などの役割と連携し、PTが広範囲かつ柔軟に関与して、他職種の業務負担を軽減していくという形が、これからの時代に必要とされる働き方ではないかと考えています。関節可動域のマッサージをすること自体が目的ではなく、拘縮を防ぐために、適切に立たせ、動かし、そして何よりも患者自身が自発的に動けるように指導・助言することこそがPTに求められる本質的な役割です。

また、従来の一対一の対応重視から、一対多、あるいは集団的な視点による支援へと視野を広げるとも、今後ますます求められる専門性の一つでしょう。そうした「簡単・複雑」の区別を超えた柔軟な対応が必要な局面もあると感じます。重要なのは、疾患の重症度を理由に「動かさない」のではなく、

例えば、心不全などの重症高齢者であっても、どのようにその状態で「動ける」支援ができるか。そうした提案ができるPTこそ、今後求められる人材だと確信しています。

当然、こうした取り組みは医師へのコンサルテーションを通じて医師の負担軽減にもつながり、看護・介護職をはじめとする他の職種にも波及する形で、チーム全体の質を高めていくことになると思います。最近のPTの中には、疾患を診ることに関心を寄せ、「プチ医師」のような役割に憧れる人が以前に比べて増えている印象があります。例えば、データの読み取りや心電図モニターの解析など、医師や他職種の領域に踏み込もうとする傾向が見られます。

しかし、本来PTが担うべき専門性は、もっとジェネラルな視点に立脚したものであるべきではないかと思います。理学療法士ならではの強みがあるのに、それを活かしていけない点に問題を感じています。そうした指摘も医師から受けます。PTの専門性とは、多岐にわたる状態を広く浅く、しかし確実に見極める能力であり、それは適切な訓練と経験があれば十分に実践可能なはずで

す。私自身も、上肢と下肢を分けて捉えるのは好みませんが、この点についてはアメリカとヨーロッパで考え方が異なるようです。アメリカでは部位別に分ける傾向が強く、対してヨーロッパでは包括的に捉える文化があると言われています。

現状、日本の報酬制度や人員配置の仕組みの中では、なぜか上肢・下肢のような分業的アプローチを取らざるを得ない場面が多いのが実情です。そのため、本来発揮されるべき各療法士の専門性が十分に活かされていない構造的な問題があると考えています。この課題については、日本における療法士数と現状のニーズを踏まえて、皆で考えていく時期にきていると思います。先生方とも連携しながら、より良い仕組みづくりに向けて取り組んでいきたいと思っています。

また、PTの専門性は、急性期や回復期では集中的・濃密な実践を行い、慢性期や生活期では必要なタイミングで的確に関わるという柔軟な対応が求められるようになっていくのではないかと感じています。

■ 卒後教育の仕組みづくりが必要

○橋本（座長）：

今の議論に関連して、しばしば「リハビリの適応ではない」という表現を耳にします。例えば、回復期リハビリ病棟に入院してきた患者さんが、「急性期の病院で医師から『リハビリの適応はないので回復期リハビリ病棟に行く必要はない』と言われた」と話すことがあります。また、在宅の患者に「訪問リハビリを導入しましょうか」と提案すると、「ケアマネジャーから『リハビリの適応はない』と言われた」と返されることもあります。

こうした「リハビリの適応」という言葉の使われ方自体に誤解があるように思います。言い方は悪いですが、都合よくその言葉を使っている場面も見受けられます。とくに、認知症やせん妄のある患者、一時的に抑うつ状態にある患者など、対応が難しいと感じられるケースで、「リハビリの適応はない」と判断されることがあります。しかし、例えば脳卒中で突然片麻痺になり、言葉も話せなくなった場合、誰でも一時的に落ち込むことはあるでしょう。それをもって「モチベーションが低いからリハビリの適応がない」とするのは、違うのではないのでしょうか。

○若林：

そのモチベーションを下げているのは、むしろセラピスト自身かもしれません。環境因子としての影響を見落としてはなりません。

○山本：

そうした患者こそ、私たちの支援が必要です。セラピストには、もっと意欲と自覚を持って対応してほしいと感じます。

○橋本（座長）：

そのような姿勢を育むための教育が必要だと思います。

○若林：

ただし、新人の段階でそうした判断や対応を的確

に行うのは、簡単ではありません。ある程度の臨床経験が必要ですし、卒後のOJTを通じて成長していくことが大切だと思います。

○橋本（座長）：

確かに、医師でも卒業したばかりの段階では、現場で何もできないものですからね。

○山本：

卒後教育の必要性についてお話しします。私自身、昨日は非常勤として病院に勤務していましたが、その際、2～3年目の若手PTやOTたちが、複数名で1人の患者さんに対応していました。最近では、患者さんの症状が非常に複雑であるため、多職種で連携して診るという体制が非常に重要です。これを通じて、セラピスト自身が実地でトレーニングを積むことができると実感しています。

しかし、現状では、卒後教育の仕組みが各病院に委ねられており、体系的な支援体制が整っていないという課題があります。こうした現状に対して、何らかの工夫や新たな仕組みづくりが必要だと強く感じています。

○若林：

生涯学習の観点からも、認定資格制度のような枠組みを活用し、上級者が若手に指導を行いながら一緒に臨床に取り組む。その成果をレポートなどで振り返るといった方法が考えられるのではないのでしょうか。

○橋本（座長）：

リハビリテーションという分野では、古くからチーム医療の概念が根付いており、これは医療界でも先進的なものでした。例えば、上田敏先生の著書にも、既にチームアプローチの重要性が強調されています。現在では医療の現場においてチームでの対応が当たり前になっていますが、私たちが若い頃は、医師に対して「チームでやりなさい」と教えられることはありませんでした。

○橋本（座長）：

現在では、薬剤師、管理栄養士、放射線技師など、さまざまな職種がチームの一員として認識されています。例えば、VF（嚥下造影検査）では放射線技師の役割が非常に重要です。このように、広範な職種が連携して、難しい症例の患者に対応するという意識が重要だと思います。また、医療的な管理が求められるような重症患者にもリハビリが必要なケースがあると考えべきです。

■ 専門性を生かす連携や協働へ

○橋本（座長）：

医学や医療は時代とともに進化しており、周囲の環境や社会の変化に合わせて発展しています。その影響もあって、特に医師を中心に、専門分化が進んでいます。例えば、内科医が産婦人科領域に明るくないことや、整形外科医が内科分野に疎いといった状況は、今や珍しくありません。専門性を深めるには、どうしてもある程度の分化が必要になるからです。

この専門性は、深く知識を掘り下げるという点では非常に重要であり、同時にそれが医療者としての自信にもつながります。ある分野において深く理解し、的確な判断や対応ができるという自負があるからこそ、逆に他の領域については素直にその専門家に相談できるという関係性が築けるのだと思います。専門性を持つことは非常に価値あることですが、一方で、その専門性が独りよがりになってしまっただけでは本末転倒です。知識が不十分なまま「自分がすべて対応する」という態度では、結果的に患者にとって不利益となる可能性があります。

当院にも糖尿病を専門とする医師に定期的に来ていただいています。私は内科医ですので、これまで糖尿病患者の診療経験もありますが、現在では治療薬も治療法も大きく進化しています。

例えば、かつては存在しなかった「1.5型糖尿病」などの概念も登場しています。そのような変化に即応するには専門医の知見が必要です。専門家にコンサルトして指導を仰ぐことが患者にとって最善であると考えています。

専門特化は、もちろん悪いことではありません。むしろ深い知識や技術を持つという意味では望ましいことです。ただし、それを活かすためには、他職種との連携や協働が不可欠です。当院にはPTやOTが多く在籍していますが、STとの意見交換があまり行われていない印象があります。PTとOT間でディスカッションしたり、患者の状態や拘縮への対応について意見をすり合わせたりする場面がもっと増えてほしいと思います。カンファレンスでは意見交換の場がありますが、それ以外の時間においても、もっと積極的なコミュニケーションが求められます。

■ 慢性期には総合的な関わりが必要

○斉藤：

私が以前、病院に勤務していた際のエピソードを紹介します。脳神経外科のカンファレンスに参加した際、脳外科医の先生が最初に経験年数を問わずPTに尋ねることは、「この患者は歩けるのか」という点でした。急性期病院でのことです。発症初日や2日目というごく初期段階でも、そうした質問が投げかけられます。つまり、リハビリテーションの専門医ではない、臓器別の主治医にとって、歩行可能かどうか非常に大きな関心事なのです。

また、カンファレンスでリハビリテーションの進行について尋ねると、「PT的にはROM訓練をしています。OT的にもROMです」と返ってくる場合があります。これでは両者の違いが分かりづらく、臓器別の主治医には専門性が伝わりません。これも、職種ごとの役割と専門性を明確にする必要があると強く感じたエピソードです。

さらに最近では、理学療法士が患者の転倒を恐れるあまり、積極的な歩行訓練や自立支援への取り組みが消極的になっているように感じています。その結果、介護との違いが見えにくくなり、専門性に対する批判の声も聞かれるようになっていきます。これは、PTとして根拠ある専門性を再確認し、より高めていく必要がある点だと思います。

○若林：

確かに、患者さん自身が転倒を恐れて活動に消極

的になる場合があるのは理解できますが、セラピストがその恐れに引きずられてしまっただけは、本末転倒です。それでは、寝たきりのリスクを高めてしまうこととなります。

○山本：

まさにそのとおりです。さらには、療法士自身が「プラトリー」という言葉を使ってしまった時点で、リハビリの可能性を自ら閉ざしていることもあります。「もうこれ以上は無理」とセラピストが判断してしまえば、それはすなわち「私はこの患者さんをあきらめました」という宣言に他なりません。そうならないためにも、療法士には繰り返し、啓発的かつ継続的な教育が必要です。

○橋本（座長）：

医師もそうですが、特に開業医などは患者さんと一生つき合うケースが少なくありません。継続的に患者さんを見守ることはごく自然なことです。

しかし、回復期リハビリテーションに従事するセラピストについては、退院後の患者の経過について、年齢や経験を重ねたスタッフであれば「退院後どうなっているのだろうか」と気にかかる姿勢が見られますが、若手のセラピストには、どうしても目の前の業務に集中する傾向があるように感じます。

○山本：

回復期リハビリテーション病棟での入院期間は、最大150日と定められています。したがって、病院でのセラピストと患者の関係性はこの150日間で一区切りとなり、その後は自宅での生活に移行します。しかし、自宅での生活はそこから数年以上に及びます。本来であれば、この慢性期の在宅生活の段階にこそ、すべての職種が適切に関与することが極めて重要です。

私は作業療法士として、リハビリテーションの手段は上肢機能訓練にとどまらず、高次脳機能へのアプローチや生活環境の調整といった多角的な支援が求められると考えています。このように、回復期病棟と在宅との間には、支援の在り方や関わりの深さ

において大きなギャップが存在しているのが現状です。

■ 真にプラトリーな患者はいない

○若林：

先ほど「プラトリー」という言葉が出ましたが、実際に真の意味でプラトリーに達している患者さんは、私の印象ではわずかです。もちろん、ゼロではありません。しかし、自身の経験から言えば、「この人はもう回復しないかもしれない」と思った患者さんでも、薬剤や栄養状態を改善することで著しく良くなったり、入れ歯を装着しただけで大きく改善したりした例がありました。栄養や口腔機能にアプローチするだけでも、劇的な変化が見られることがあります。

さらに、長期的に患者さんを見守る中で、時間の経過とともに機能が回復する例もあります。そのため、もしスタッフが「この患者さんはプラトリーに達した」と判断するのであれば、私はむしろ「あなたが自身がプラトリーなのではないか」と問いかけたいのです。

○橋本（座長）：

「高齢者の寝たきりをゼロにしよう」と提言すると、多くの方は「いずれ高齢者は亡くなるのだから、ADLは徐々に低下していくのは当然ではないか」と考えがちです。

確かに、最期を迎える段階で寝たきりになる方はいます。ただし、私たちが目指すべきは、その寝たきりの期間を可能な限り短くすることにあります。例えば、最期の1週間、あるいは1カ月程度の寝たきりであれば、それは自然な経過として受け入れられるでしょう。

しかし、寝たきりの期間が1年や2年と長期に及ぶような状況は、やはり問題です。だからこそ、プラトリーという考え方をどう捉えるかが重要です。プラトリーに達しているというよりも、むしろそのまま機能が低下していくケースが多く、その流れをいかに私たちの努力で食い止められるかが、今後の課題だと思います。もちろん、人は誰も年を重ねて亡

くなっていくのですから、ADLの低下は避けられませんが「私たちの手で寝たきりを作り出すことはやめましょう」と言いたいのです。

私の母は現在95歳ですが、今でも毎日リハビリに取り組み、楽しく生活しています。車椅子を使用していますが、買い物にも出かけます。たとえ10歩、20歩でも自分の足で歩けることで行動範囲が広がり、生活の質が大きく向上します。

例えば、車椅子では入店が難しいレストランでも、数歩歩けることで入れるようになります。100メートル歩くとか、走るといった話ではありません。日常生活に必要な数歩を、自分で踏み出せることが重要なのです。このような視点から考えると、現在の制度で定められている月13単位のリハビリで本当に十分なのか、再考が必要だと思います。

■ 院外リハビリの充実に向けて

○橋本（座長）：

回復期リハビリテーション病棟の制度は、2000年に創設されましたが、医療界において極めて特殊な制度であると考えています。なぜなら、通常は、内科の病棟に整形外科の患者が入院しても特に問題にはなりません。しかし、回復期リハビリ病棟では、脳卒中、骨折、廃用症候群といった特定の疾患を有する患者しか入院できず、例えば、パーキンソン病を主病名とする患者は対象外とされています。

さらに、疾患別リハビリの導入によって、入院期間にも厳格な制限が設けられました。これは一般の病棟には見られない特徴です。入院が長引くと診療報酬点数が下がるため、多くの医療機関が長期入院患者の受け入れに消極的になります。

しかしながら、この制度はリハビリテーションの推進において大きな原動力となったと私は評価しています。2000年以前のリハビリの世界は、現在とはまったく異なっていました。例えば、当時のセラピストの業務は物理療法が中心であり、STは国家資格を持たない時代でした。そうした背景から考えると、制度創設以降、リハビリの世界は大きく変革を遂げたと感じています。確かに、回復期リハビリ病棟は特殊な存在ですが、それによってリハビリの

水準が大きく向上したのは間違いありません。

リハビリは非常に奥深く、魅力的な分野です。しかし、病棟におけるリハビリばかりが注目されてきたという側面も否めません。本来であれば、退院後に続く何十年もの生活を支えるためのリハビリも重視されるべきです。回復期リハビリ病棟の本来の役割は、そうした在宅生活を円滑に営むための、準備の場であるはずです。その本質的な意義を、私たちは今一度、再認識する必要があるのではないのでしょうか。

○山本：

確かに、回復期リハビリテーション病棟が創設される前は、患者が病院に何年も長期入院しているという状況が当たり前でした。2000年に回復期リハビリ病棟が制度化された際には、「理学療法士はPT室から出よ、作業療法士はOT室から出よ。病棟に出向き、現場でADL訓練を行え」といった大きな転換が求められました。それにより、ADL訓練に対する加算も制度化され、看護師との連携も始まりました。時には意見の衝突も起こるなど、他職種との本格的な協働が始まったのです。こうした一連の動きは、回復期病棟制度がもたらした極めて大きな成果であると感じています。

一方で、本来この病棟が担うべき「退院後の在宅での何十年にもわたる生活への橋渡し」という役割が、今ではどこかに置き去りにされてしまっているようにも感じられます。在宅リハビリテーションをいかに充実させるか、いま改めて問われているのではないのでしょうか。

橋本会長が昨年12月の記者会見で、医療機関外での疾患別リハビリテーション料の導入を今こそ検討すべきだと提言されたことは、まさにその文脈にあると受け止めています。院外リハビリについては、平成28年度の診療報酬改定で1日3単位まで算定できるようになりました。これは非常に活用しやすい仕組みであり、医療機関に所属するスタッフが地域や自宅に出向いてリハビリを実施することを後押しするものです。

橋本会長の会見を拝見し、私自身もあらためて「医

療機関の外で何ができるのか」という視点を強く持たねばならないと感じました。今こそ、院外でのリハビリテーションのあり方を本気で考える時期に来ているのではないのでしょうか。

○若林：

実際の現場では、その日の活動内容や支援の必要性によって所要時間に大きな幅があるのが実情です。そのため、日単位の制限ではなく、1週間あたり9単位あるいは18単位といった週単位での算定方式に見直すことはできないのでしょうか。週単位での柔軟な運用が可能となれば、利用者のニーズや実際の支援時間により適合したリハビリテーションの提供が可能となり、制度としての使い勝手も大きく向上するものと期待されます。

○山本：

時間で区切るという制度設計自体が、現場の実態にそぐわないと感じています。当会の調査によれば、院外リハビリの1回あたりの平均実施時間は70～80分に達しており、就学支援や就労支援を含むケースでは、通学先や職場へ赴いての支援に1時間で完了することは現実的ではありません。

疾患別リハビリテーション制度は、本来であれば移動支援から復職支援までを包括的に支える柔軟性のある制度であり、非常に有用な仕組みです。そのため、実態に即した制度設計への見直しが不可欠であると考えています。この点については、多職種・多団体による連携のもとで、制度改正に向けた要望を強く発信していく必要があります。非常に重要な制度であるだけに、今後の対応に大きな期待を寄せています。

さらに、院外活動を通じて改めて実感したのは、介護職との連携の重要性です。リハビリテーションの介入時間には限りがありますが、介護職は24時間体制で利用者の生活を支えています。したがって、介護・看護・リハビリ・医師といった多職種が協働して、生活期における包括的な支援体制を構築していくことが今後の重要な論点になると考えています。

現在、生活機能向上連携加算という制度がありますが、今後は療法士と介護職との連携をより密接にし、それを制度的に支える枠組みの整備が必要です。特に認知症リハビリテーションにおいては、このような密な連携こそが真に実効性のある支援の基盤になると確信しています。療法士による専門的支援と、日常的に利用者を支える介護職との連携が制度的に強化されることこそが、今後の大きな課題であると認識しています。

■ 専門的な介入で長期にわたる支援を

○橋本（座長）：

STの分野は、この数十年で大きく進歩してきたと思います。あえて「進歩」と申し上げるのは、かつてリハビリテーションが非常に遠い存在だったからです。

私は内科医でしたが、学生時代には大学病院の中でリハビリ室がどこにあるのかさえ知りませんでした。それほど、リハビリという分野は医療の中でも遠いところにある印象でした。ましてやSTについては、当時はまったく知らなかったというのが正直なところです。

○内山：

私がSTとして病院に勤め始めたのは平成2年のことです。当時、日本にはわずか3校しかSTの養成校がありませんでした。私もそのひとつを卒業しましたが、就職先のリハビリ病院ではまだSTという国家資格そのものが存在していませんでした。

診療報酬上の評価も、PTやOTとは大きく異なり、30分間の訓練で100点程度。給料も、現在では想像できないほど低水準でした。それでも、失語症や構音障害を抱える患者は数多くおられました。

当時のリハビリといえば、温泉地での療養が主流であり、山梨、伊豆、長野の鹿教湯温泉など、全国各地に温泉地型のリハビリ病院が点在していました。そこでは、PT・OT・STによる訓練を1年半にわたって行うことも珍しくなかったのです。

私自身もそのような時代を経験しましたが、失語症のリハビリにおいては、機能回復が2年、3年か

かることも多く、当時の医師の指示は「何とかしゃべれるようにして、自宅に帰れるようにしてほしい」というものでした。当然、その分、責任も重く、患者さんが1年半かけて自宅に戻るときには、大きな達成感がありました。

当時はまだ介護保険制度がなかったため、退院時には症状固定として障害者手帳を取得し、障害者として地域に戻るという流れでした。退院後に外来でSTがリハビリを行う体制も整っていなかったため、患者さんは失語症友の会など、互助団体の支援を受けることも多かったのです。

その後、2000年に介護保険制度が始まり、同時に回復期リハビリ病棟も制度化されました。リハビリテーション前置主義が導入され、集中的な訓練を行ってから地域に戻り、介護保険を活用するという体制へと大きく転換しました。これにより、在院日数は短縮され、一定期間内での支援が求められるようになりました。そうすると、昔のように長期間にわたる関わりの中で得られたこの仕事の醍醐味が、若いセラピストたちに伝わりにくくなっているのではないかと感じています。

現在、回復期リハビリ病棟での平均在院日数は66日ほど、脳血管疾患に関しても80日余り。その間に患者さんが在宅や施設に移っていくのが一般的です。その限られた期間の中で、どれほどの支援ができていいのか。私はいつも考えさせられます。この3年ほどは、コロナの影響で病棟をまたいだリハビリの実施が制限され、療養病棟でのリハビリが求められるようになりました。療養病棟は慢性期に位置づけられ、リハビリの実施単位も月13単位までと限られています。しかし、そのような制限の中でも、私は多くの患者がコミュニケーション能力を取り戻す様子を見てきました。

中には、気管切開カニューレを抜去でき、口から普通食を摂れるようになった方もいます。そうした方は、ADLが改善した結果として、もはや療養病棟の対象ではなくなり、転棟先の調整が必要となるのです。介護保険の適用外となる若年患者では、障害者施設を探すことが求められます。私が病院で勤務していた最後の3年間では、療養病棟でのさまざ

まな経験を通じて、専門的な介入によって人は改善するのだという実感を得ました。失語症や嚥下障害における回復の可能性を、私は身をもって経験してきました。だからこそ、長期にわたる支援の重要性を、いま改めて強く感じています。

■ 疾患の特性に応じた柔軟な制度が必要

○橋本（座長）：

失語症などの症状は、発症から2年、3年経過しても改善する可能性があります。むしろ、1年を過ぎたあたりから回復が顕著になるケースも多く見受けられます。しかしながら、こうした知見はあまり広く認識されていないのが現状です。ただし、一定の回復を得るためには、最低でも3カ月間はリハビリテーションが必要です。焦って無理に訓練を進めると、誤嚥を引き起こすなどして、かえって状態が悪化するおそれがあります。体重管理においても同様です。リハビリの過程では、患者が10キロから15キロほど体重を減らすこともありますが、それを急激に元に戻そうとするのは危険です。まずは、基礎体力の回復を優先すべきです。

このように、リハビリには相応の時間が必要であり、とりわけ言語聴覚療法の分野では、長期間にわたる支援が求められます。したがって、あらゆる疾患を一律に定められたリハビリ期間に押し込める診療報酬制度には疑問を感じます。

骨折に関しても同様の問題があります。骨折を契機に回復期リハビリ病棟へ入院する患者の場合、一般的には初期段階から集中的にリハビリを行い、徐々に頻度を減らしていくという流れが取られます。しかし実際には、受傷直後の1～2カ月間は荷重制限があるため、思うように訓練ができない患者も多くいます。むしろ、2カ月目以降に1日数時間のリハビリが可能となるケースも少なくありません。そのため、現行制度の運用を見直し、疾患の特性や回復の段階に応じた柔軟な対応が必要だと考えています。疾患ごとの回復プロセスや、リハビリを担う職種の特性を踏まえた制度設計が今後の課題となるでしょう。

また、2022年度の診療報酬改定において、回復

期リハビリテーション病棟入院料の対象患者の要件に心大血管疾患リハビリテーション（心リハ）が新たに加えられました。しかしながら、実際には回復期リハビリ病棟で心リハを積極的に導入する動きは広がりませんでした。セラピストや回復期リハビリの医師たちの間では、どこか敬遠するような傾向が見られたのです。

例えば、大阪では、国立循環器病研究センター（国循）の存在もあり、「心リハは国循のような専門機関が担うものであり、重症患者を自院で受け入れるべきではない」といった風潮がみられます。「トレッドミルがないといけない」「モニターで常時心拍や血圧を監視しながらでない」とリハビリは実施できない」といったイメージが先行し、心リハは重度患者向けの高度なプログラムだという誤解が生じているように思います。しかし本来、心リハにはもっと簡便なメニューもあるのです。

○若林：

確かに、心リハの中でも高度な管理が必要な患者は専門機関で対応すべきです。しかし、高齢の心不全患者は全国に非常に多く存在しています。そういった比較的軽度な症状の方々まで、すべて専門病院で対応する必要はないはずです。

○橋本（座長）：

例えば、高血圧から心肥大や慢性心不全に進行したような患者は非常に多いにもかかわらず、セラピストは必要以上に怖がる傾向があります。「心臓が悪いと記載されています」「心不全でこういうエピソードがあったようです」といった情報を見て、「リハビリはやめた方がいいのでは」と判断するケースが見受けられます。

○若林：

私が関わっている回復期リハビリ病棟でも、心不全が主疾患という方は少ないものの、併存疾患として慢性心不全を抱えている患者は決して珍しくありません。そうした患者は心不全治療薬を常用しています。もちろん、リスク管理には十分注意を払う必

要がありますが、そうした背景を持つ方にもリハビリを行うのが今や当たり前になりつつあると感じています。むしろ、リハビリを行わずに寝たきりを助長してしまうような対応こそが、看過できない問題だと思います。

■ 改善を目指せるような制度上の支援を

○若林：

月に13単位を超えた分について、選定療養費や自費で引き取ることができるような制度に規制を見直すという選択肢もありえると思います。何か良い方向に働くのであれば、それはそれで構わないと考えます。

○橋本（座長）：

私は東京で自費のリハビリを行っています。といっても多額ではなく、セラピストの給料を貯えていただくという範囲です。

そういった自費リハビリを利用する理由を聞くと、急性期の病院から回復期リハビリの病院に入院したくないという方がいらっしゃる。「まずい病院食を食べたくない」といって、自家での生活を望むのです。ある人は重度な状態で、気管切開や胃炎もありました。急性期の医師からは「覚悟しておいてください」と告げられたため、ご家族は「それなら家に連れ帰る」と決断されました。そこで、当院が自費で対応することとなり、看護師が毎日訪問し、PT、OT、STや医師、管理栄養士も部分的に関わりました。このような経過を通して、患者さんは3カ月後にキッチンに立ち、エビの皮をむく方法をスタッフに教えてくれるまでに回復しました。5カ月後には息子さんと一緒にステーキを食べに出かけるほどになりました。「覚悟して」と告げられた方が、ここまで回復する。それは、リハビリが大きな力を発揮したケースであると言えます。

○若林：

そういった選択肢が増えることは優先されるべきですね。保険診療内でしか出来ないという思い込みは、発想を制限してしまうものであり、見直す必要

があると思います。

○橋本（座長）：

これは地域によるとも思います。香川県で運営している当院では、個室の差額ベッド代などはほとんどいただけないのが現状です。個室の部屋代は1日1,000円ですが、未収金も多く、地方の実情を反映しています。地方はみんな貧乏だというわけではなく、子どもたちが都会に出てしまっ、高齢者しか残っていない社会構造によるものです。その地域の実情に合わせた医療を実践する必要があると思います。

医療は決してボランティアではありませんが、医師やセラピストなどを含めて、自分の力の限り、患者さんのためにできることをしてあげたいと考えるのは自然な思いでしょう。私たちの役割はそこにあるはず。ただ、こうした熱意だけでは限界があります。制度上の支援や見直しも必要です。

最近、強く感じているのは、寝たきりの問題が急性期に限ったものではなく、生活期、自宅、あるいは施設においても生じているということです。現在の介護報酬体系では、要介護4や5の方に対する評価点数が高く設定されており、例えば、要介護4を3に改善しよう、あるいは要介護2を1に、さらには自立や要支援の状態にまで持っていこうというインセンティブが現場にはほとんど働かないのが実情です。要介護度が改善すると報酬が下がってしまうため、そのような積極的な取り組みが促されにくい構造になっています。

そのため、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホームなどにおいても、ご家族の方々は「うちのおじいちゃんにリハビリを受けさせたい」「お母さんにもっと元気になってほしい」といった強い思いを持っておられますが、施設側がその気持ちに応えようとする姿勢が十分であるかという、必ずしもそうとは言い切れません。むしろ、要介護4や5の方をそのまま受け入れ続けることが施設経営上は安定するという側面もあり、改善を目指すという視点が希薄になっているケースが少なくないと感じています。急性期における対応ももちろん重

要ではありますが、慢性期や生活期におけるケアの在り方、報酬制度の見直しといった点にも、今後ますます目を向けていく必要があると考えています。

■ リハビリテーションが中心的な役割を果たせるように

○斉藤：

回復期リハビリテーションにおいて疾患別や病期別で基準が設けられていることについて、一定の理解は必要であると考えます。ただ、医療財源に限りがある現状では、すでに予算が枯渇している地域も見受けられます。そのため、現行制度に適合させながらも、将来を見据えた新たな制度の構築に向けて、関係者が一致団結して取り組んでいく必要があると強く感じています。

最終的には、地域において医師が灯台のような存在となり、住民に明かりを灯していただくことが理想です。リハビリテーション専門職と介護福祉士の体制が充実した地域こそが、人々が安心して長く暮らせるまちになると確信しています。このような地域では、高齢者も安心して暮らし続けることが可能となり、結果として地域の活性化にもつながるでしょう。医師には、地域住民にとって頼れる存在として、必要な時には適切な相談に応じていただける体制と一緒に築いていきたいと願っています。その意味でも、橋本会長、若林先生には引き続きご尽力を賜りたいと思います。

また、都市部と地方では事情が大きく異なり、現在の全国一律の制度設計では対応に限界があると感じています。制度設計に関わりますが、避けて通れない問題です。その点において、選定療養制度の活用については、若林先生のお考えに全面的に賛同します。意欲的に努力し、高い専門性を有する療法士や介護職の処遇を向上させるためには選定療養の仕組みを柔軟に活用することが重要であり、私自身も強く支持しております。

例えば、医師の予約料のような形で、リハビリテーション専門職にも一定の自己負担を導入することは一案です。加えて、自費によるリハビリテーション医療の提供が広がることで、多様なニーズに応えら

れる体制が構築できるのではないかと期待しています。そのような活動については、本協会としても他の関係団体と連携し、しっかりと取り組んでまいります。

リハビリテーションと介護の重要性は言うまでもなく、それらが失われれば地域の医療・介護・福祉の持続可能性にも重大な影響を及ぼします。「寝たきりゼロ作戦」などの施策においても、リハビリテーション施策が中心的な役割を果たす体制を構築することが必要です。今後も皆さまからのご指導・ご支援を賜りながら、より良い制度づくりに向けて尽力してまいります。

○若林：

セラピストに対して、いわゆる「指名料」のような制度を設けてもよいのではないのでしょうか。例えば、「このセラピストにリハビリをお願いしたい」と希望する方に対しては、自費で上乗せの費用をお願いする形にする。それによって、患者自身が納得のいくサービスを選択できる仕組みが生まれます。そして、その指名料の大部分が、実際に指名されたスタッフ本人の収入につながるような制度設計にすれば、現場で働くセラピストの意欲やモチベーション向上にもつながると考えます。

○斉藤：

それは、整形外科のクリニックの先生方からもよく聞く話ですね。診療報酬における運動器リハビリテーション料の点数が低いため、そうした仕組みがあれば、PTの給与を確保するうえでも有意義だとお聞きします。

■ リハビリはプラスの医療

○橋本（座長）：

一部のセラピストに患者が集中する可能性はあるかもしれませんが。医師にも言えることですが、セラピストの場合、誰が担当するかによって改善の度合いが明確に異なることがあります。私が内科医として勤務していたころ、特に地方で開業医として診療をしていると、患者の最期を看取る機会が非常に多

いことに気づきました。

病院の周辺には多くの高齢者施設があり、それらはクリニックの医師が運営していました。地方では病院の数が限られているため、容態が悪化した際にクリニックでは対応が難しく、病院に紹介されてくるケースが多かったのです。そうした場合、当院にはそれまで外来で診察したことのない初診の患者が搬送されてきて、そのまま看取りとなることも少なくありませんでした。あまりに多くの人の最期に立ち会ってきたことから、次第にリハビリテーションに関心を持つようになりました。

私がリハビリを始めたのは、訪問診療を通じてです。地方では往診の文化が根強く、患者の多くが「先生が来てくれる」ということを非常に喜びます。私の父も長年往診に携わっていました。しかし、患者が近くの病院に入院し、退院して自宅に戻ると、寝たきりの状態になっていることが多かったです。入院前は外来に通っていたにもかかわらず、退院後は著しく機能が低下している。そうした状況を何度も目の当たりにし、何とかしなければならぬと感じました。

そのような問題意識を持っていた頃に、診療報酬制度の中で回復期リハビリテーション病棟が新設されました。私は回復期リハビリ病棟を活用してリハビリ医療に本格的に取り組み始めたのです。リハビリテーション医療は、極めて前向きで希望の持てる医療分野だと思っています。患者は障害を抱えていたり、骨折をしていたりと、さまざまな困難を抱えて入院してきますが、リハビリによって少しずつ改善していきます。

もちろん、リハビリの初期は患者にとってつらく、しんどいものです。しかし、次第に身体機能や生活能力が回復し、表情も明るくなっていきます。セラピスト自身も「良くしてあげられた」という実感を持つことができます。リハビリテーションは、患者にも医療者にも希望をもたらす、いわば「プラスの医療」です。その前向きな感覚を今後も大切にしていきたいと強く思っています。

■ 地域貢献活動を広げていく

○若林：

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2の算定においては、地域貢献活動への参加が望ましいとされています。できることなら、他の入院料や、包括的機能を担う病院、例えば地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟においても、地域貢献活動に取り組むべきだと私は考えています。特に、医師が病院の中にとどまらず、地域活動にも関与することによって、医師自身が患者の暮らしをより深く理解できるようになるのではないかと期待があります。

もちろん、介護福祉士も施設内だけでなく、地域に出ていくことが重要です。医療従事者が地域に根ざした活動を行うことで、より総合的に寝たきりを減らす方向に進んでいくのではないかと思います。

○橋本（座長）：

地域貢献活動については難しく捉える必要はなく、例えば、近隣の方々のご家族にお集まりいただき、移乗方法や食事介助の仕方などを数回にわたって指導することも、立派な地域貢献活動の一環だといえるでしょう。

ご家族は、移乗や食事介助の方法を理解しないまま退院を迎えるケースも多く、そうした知識や技術の提供は重要です。患者さんの状態によっては練習が難しい場合もありますが、そうした情報を知りたいと希望するご家族に向けたセミナーを開催することも意義があります。また、必要に応じてご自宅まで訪問し、簡単なアドバイスをすることも、地域への貢献と考えています。

○若林：

そもそも、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟の違いを理解している一般市民はほとんどいないと思います。したがって、それぞれの特徴を丁寧に説明するだけでも、大きな意味があると考えています。

○橋本（座長）：

そのような情報を丁寧に伝えることは非常に大切です。また、介助の方法に関しても、家族にとっては難しいことが多いです。食事が摂りにくいようであれば、柔らかい刻み食などを準備できるようになると良いでしょう。調理が面倒というよりも、こうした食事を提供してもよいのか、不安を抱いている方が多いのです。そのような家族の不安に寄り添いながら、必要な知識を提供していくことが求められていると感じます。

■ 介護にもリハビリの視点を入れる

○及川：

本日は、先生方のお話を伺いながら、改めて学びを得る機会となりました。多くの介護福祉士は、セラピストの皆さまがどのような機能や専門性を持たれているのかを十分に理解していないのが現状です。そのため、専門職としての役割がもっと社会的に認知され、私たち介護現場の職員もその専門性にもっと頼るようになれば、より良いケアの提供につながるのではないかと感じています。

私がぜひお願いしたいのは、在宅で暮らす利用者一人ひとりに対して、月に1回でも構いませんので、評価をしていただきたいということです。たとえ介入が難しい状況であっても、評価だけでも行っただけければ、介護職が日々行っているケアが正しい方向にあるのか、または何か見直すべき点があるのか、判断の材料になると思います。

現在の介護現場では、リスク管理が過度に重視されるあまり、利用者が自由に生活を営むことが難しい環境が形成されつつあります。例えば、施設内でも「自由か安全か」という二者択一の考え方が根強く残っており、本来は両立可能であるはずの尊厳と安全が対立する構図に陥ってしまっているのです。このような状況は、私たちが必要な知識や支援にアクセスできていないことから生じていると感じています。もし、セラピストの方々が私たちの身近な存在であり、相談しやすい環境が整っていれば、現場のケアの質は大きく向上することでしょう。

私たちのケアの質が向上すれば、それはすなわち

利用者のQOLの向上に直結します。つまり、セラピストの皆さまがより積極的に関与していただくことで、介護の在り方そのものが変化していくのではないかと考えています。

斉藤会長がおっしゃったように、均質的でなくてよいという考え方に共感いたします。各現場の実情に応じて柔軟に対応しながら幅広く関与していただくことで、医療はもちろんのこと、生活支援の分野でもセラピストの専門性が根づいていくことを期待しています。

現在、介護職員は慢性的な人手不足のなかで業務を行っており、リスクへの対応ばかりに意識が向いてしまうと、利用者の生活に楽しさや充実感を提供する余裕が失われてしまいます。また、身体が前傾してきている利用者に対しても、リハビリテーションという枠組みで介入をする前に、少しずつ変化が生じているという兆しを現場全体で見逃さずに共有し、痛みを伴わない支援を行う体制が必要です。

おいしい食事を最後まで楽しんでいただくことや拘縮の進行を防ぐことも、慢性期、さらには終末期における重要な課題です。そのためには、セラピストの視点が不可欠であり、本日の座談会を通じて、改めてその重要性を実感しました。

このような取り組みを積み重ねていくことで、介護職員自身の意識や実践も変わり、結果として多職種連携が自然に実現していくのではないかと思います。先生方のお話をお聞きして、現時点ではまだ十分な連携がなされていないことを痛感しています。

○橋本（座長）：

制度的な側面にも課題があると考えています。例えば、回復期リハビリテーション病棟における外出訓練については、診療報酬上、1時間分しか算定できないという制限があります。実際には、患者さんを院外に連れ出し、訓練を行って帰院するまでには3時間程度を要します。午前中いっぱいを費やすことも少なくありません。そのため、たとえ1時間分の報酬しか算定できなくても、それ自体が問題だとは考えていません。

しかし、経営的な観点から見れば、院内でリハビ

リを実施すれば、その時間内に3名の患者に対してリハビリテーションを提供することが可能です。そうすると、「1時間以内に戻ってきてほしい」といった判断が現場でなされがちになります。

このような制度上の制限は、現実の臨床において支障をきたす要因となっており、見直しが求められる部分であると感じています。患者の生活を見るという観点からも、院外リハビリは極めて重要であると考えます。

○及川：

私たちは、利用者の皆さまに人生の最期まで自分らしい生活を送っていただきたいと願っています。そのためには、制度によってさまざまな制限が課されるような介護保険サービスになってはならないと強く感じています。過度な制限は、本人の尊厳や自由を損なう結果となりかねません。現場の実情を踏まえた柔軟な制度設計が求められると考えています。

■ リハビリの専門性で地域と関わる

○内山：

慢性期医療においては、単なる医療の提供や延命措置、現状維持にとどまらず、生活の再構築や社会参加の支援といった側面が極めて重要であると考えています。地域や在宅において顔の見える関係を築き、共通の言語で対話できる場の構築が不可欠です。このような関係性が、より良いケアの実現につながります。

また、若林先生がお話しされたように、リハビリテーションに関与する医師、看護師、介護職、リハビリ専門職が積極的に地域に出っていくことが求められます。これにより、例えば、家族指導の充実や、地域における支援の質の向上が期待されます。

STの立場から申し上げますと、地域においてコミュニケーションに困難を抱える方々の障害は、しばしば外見からは分かりにくいものです。したがって、こうした見えにくい障害に対する理解を広げるためにも、私たち専門職が地域に出向いて活動する意義は非常に大きいと感じています。

また、こうした地域活動は、予防的介入という観点からも大きな効果をもたらすと考えています。例えば、高齢者の誤嚥性肺炎をいかに予防するかという課題については、多職種が地域において連携することで、より高い成果が得られると確信しています。

さらに、認知症の予防においても、リハビリ専門職それぞれの立場から果たすべき役割があります。OTであれば生活動作や日常生活動作の支援、PTであれば適度な身体運動の推進により、認知機能の低下を防ぐことが期待されます。

STの専門領域である高齢者の難聴については、近年、海外の権威ある医学誌などにおいて、難聴が認知症のリスクファクターの一つであるという研究結果が発表されています。すなわち、難聴への早期介入や支援を行うこと自体が認知症の予防につながる可能性を秘めているのです。私たちリハビリ専門職がそれぞれの専門性を活かしながら地域に積極的に関与していくことによって、さまざまな健康課題への効果的なアプローチが可能になると考えています。

■ 各団体がチームで課題に対応する

○山本：

本日は改めて慢性期医療の重要性について深く考える機会となりました。慢性期医療は、単に回復期の150日間を超えるものではなく、人生の終末期を含む長期にわたる大切な時間であり、この期間に私たち専門職がチームで関わる意義は非常に大きいと感じています。

本日はさまざまな観点からの議論がありましたが、私が特に申し上げたいのは集団リハビリテーションの再評価の必要性についてです。認知症リハビリテーションに関する議論にもありましたように、患者が退院後に社会へ戻り、集団の中で生活していく過程において、リハビリテーションが多職種の協働によってどのように支えられるかは今後の大きな課題であると考えています。

2000年当時には、複数の対象者に同時に作業療法を提供する、いわゆる集団療法が制度上存在していました。1974年に理学療法および作業療法が、

1994年には言語聴覚療法が、それぞれ点数化されています。

当時の集団療法には、治療内容に応じて「簡単なもの」と「複雑なもの」が区分されていました。「簡単なもの」とは、15分以上の治療で1回に3名まで対応可能な内容であり、1日あたりの上限は36名とされていました。一方、「複雑なもの」は、40分以上（言語聴覚療法においては30分以上）の治療が必要な個別療法であり、1日あたり12名までの対応とされていました。しかし、2002年度の診療報酬改定において、これらの区分は廃止され、現在の1単位20分を基準とする個別療法と集団療法に統一されました。2006年度の診療報酬改定では、疾患別リハビリテーション料が新設され、言語聴覚士による集団コミュニケーション療法を除き、集団療法に関する評価はすべて廃止されました。以降、リハビリテーション専門職による診療報酬は、基本的に個別療法のみを対象とする体制となっています。

2014年度の診療報酬改定においては、ADL維持向上等体制加算や地域包括ケア病棟入院料が新設され、間接的な介入、すなわちマネジメントとしての専門職の役割が強調されるようになりました。

しかしながら、2006年以降に資格を取得し、主に医療保険領域に従事してきたリハビリテーション専門職の多くは、集団療法の実務経験がないと考えられます。このような状況の中で、少子高齢化と人口減少が進行し、リハ専門職の人材不足が深刻化する中で、かつて作業療法士の専門性の一つであった「集団療法」の価値を見直す時期に来ているのではないかと私は感じています。今後、OTが集団療法を積極的に活用する中で力を発揮し、成果を示していくことが求められると考えています。

現在の社会において、改めて「集団」という概念をどのように捉え、制度の中で位置づけていくのかを真剣に考える時期に来ていると感じています。社会生活における集団の在り方を再検討し、それを制度的にも支援できるよう、多方面からの議論と検討が必要です。

また、現代の技術環境が進展する中で、ICTを用

いたリハビリテーションをどのように導入し、効果的に運用していくかは今後の重要な課題の一つです。もちろん、直接ご自宅を訪問しなければ得られない情報や、対面ならではの対応が必要な場面もあります。しかし一方で、ICTならではの強み、例えば、遠隔でのモニタリングや継続的な支援といった側面も無視できません。こうした観点からも、リハビリテーションの分野においてICTをどのように活用するかについて、今後さらに議論と実践を深めていく必要があると感じています。

本日の座談会に参加させていただき、改めて強く感じたことは、OT・PT・STの3職種団体間の連携はもちろんのこと、日本慢性期医療協会や医師会、リハビリテーション医学会、介護福祉士の団体とも、今後さらに連携を深めていくことの重要性です。特に、人材育成という大きな課題に対しては、各団体が個別に取り組むのではなく、相互に協力し、生活期において社会に出て活動する人材をどのように育てていくかについて、横断的な視点から取り組む必要があります。今後は、こうした連携による人材育成の仕組みづくりも検討していくべきではないかと考えています。本日は貴重な機会をいただき、誠にありがとうございました。

○橋本（座長）：

山本会長がおっしゃるように、チームで取り組むべきであるというご指摘はまさにそのとおりだと思います。

います。多職種の団体間での連携やディスカッションの機会は、ありそうで意外と存在しないのが現状です。雑誌の対談記事などの場面では交流がありますが、実務的で建設的な議論の機会となると非常に限られています。教育の在り方や共通のテーマについて意見を交わす場も少なく、例えば、医師と看護師という医療の中核を担う職種間でさえ、対話の場が十分に設けられていないのが現実です。

そのような中で、本日はPT・OT・STの3団体の会長をはじめ、日本介護福祉士会の会長、若林先生にもご参加いただき、このような意見交換ができたことは、大変貴重で意義深い機会であったと感じています。本日はご多忙の中、ご参加いただき誠にありがとうございました。



座談会を終えて 左から若林秀隆氏、及川ゆりこ氏、橋本康子氏、山本伸一氏、内山量史氏

リハビリテーションの未来

インタビュー：牛場潤一 慶應義塾大学理工学部生命情報学科 教授

インタビュアー：中尾一久 日慢協 副会長・高良台リハビリテーション病院 理事長



(左) 中尾一久氏, (右) 牛場潤一氏

リハビリテーションの未来をいかに切り拓くか——。ブレイン・マシン・インタフェース (BMI) のリハビリへの応用を研究する慶應義塾大学の牛場潤一教授と当会の中尾一久副会長が意見を交わしました。

BMI は、脳科学と医学の知見、そして情報工学の技術を融合させた新しいシステムと言われます。中尾副会長は、慢性期医療の現場で日々接している課題を踏まえ、機能回復だけでなく生活の再建に資する新たな選択肢として、先端技術である BMI に注目。実臨床における応用の可能性や運用体制について問題意識を示しながら、特に患者の状態や時期に応じた適応の可否、臨床導入時のサポート体制について関心を寄せました。

これに対し、牛場教授は、BMI を用いた神経リハビリテーションの技術的背景を解説。脳の運動意図を読み取り、それに応じて電気刺激やロボットを制御することにより、運動麻痺の回復を促す新たな治療手法などを紹介しました。また、自身が代表を務める株式会社 LIFESCAPES の活動にも触れ、製品提供にとどまらず、導入後の集合研修や症例支援などの伴走支援を行っていることを説明しました。

さらに、研究面では、全国の医療機関と連携したデータの解析や適応予測、技術活用に関するディスカッションを定期的実施しており、医療現場と連携した患者レジストリの構築にも意欲を示しました。中尾先生は、実証データの蓄積や効果的な適応時期の見極めに強い関心を示し、医療者と研究者がパートナーとして課題を共有し、リハビリの新しい常識をともに創出していくことに期待を込めました。

■ 幼少期の原体験が出発点だった

○中尾：牛場先生がリハビリテーション分野への関心や取り組みのきっかけについて、お尋ねします。牛場先生のお父様である牛場暁夫先生はフランス文学者でいらっしゃる、また、お祖父様である牛場大蔵先生は慶應義塾大学における医学のご専門家で、名誉教授としても著名でられました。

また、お母様である朝吹由紀子様は、フランス語翻訳のご専門家であり、ソルボンヌ大学をご卒業された極めて優秀な方と伺っています。さらに、お祖母様にあたる朝吹登水子様も仏文学者であり、随筆家として、また翻訳家としても著名でいらっしゃいました。実は、私の妻が朝吹登水子様のご著書を拝読したことがあったようです。今回のインタビューの話を伝えましたら、非常に感激していました。

牛場潤一先生の奥様は医師で、愛生館グループ理事長である小林清彦先生のお姉様でリハビリ科の医師であるとも伺い、これもまた大変驚いた次第でございます。

このように、まさに医学と文学が融合したご家庭の中で育まれた先生が、今回ご紹介いただくブレイン・マシン・インターフェース（BMI）をはじめ、リハビリテーション分野にどのようにして関心を持たれたのでしょうか。これまでの経緯や現在取り組

みを始められたきっかけについて、お聞かせください。

○牛場：ご紹介にありましたように、私は文系の家庭に生まれ育ちました。父は文学者であり、母も翻訳業や大学でのフランス語教育に従事しておりました。また、祖母も翻訳や文筆の仕事を行っておりました。父方の祖父は微生物学の基礎教育を担当する教員でしたが、家族全体としては、文学を中心とした文系的な環境であったといえます。

子どもの頃、特に祖母の交友関係が非常に広く、さまざまな画家の方や、いわゆる知識人と呼ばれるような方々が我が家に入出入りしておりました。祖母から「あなたもそこに座ってお話を聞きなさい」と言われ、幼いながらもその輪に加わることがありました。そのような経験を通じて、大人たちの世界を垣間見る機会に恵まれました。そこには高齢の方々も多くいらっしゃいましたが、それぞれが自身の人生に真摯に向き合い、多様な取り組みに挑戦されており、まさに知られざる世界が広がっていたのです。そして、そうした方々はそれぞれの分野で活躍され、人生を謳歌しておられました。

私は、その姿に強く惹かれました。人は社会の中で、自らの個性を表現しながら生きていくものであり、私にはそれがとても輝いて見えました。祖父母の世代が、単に年齢を重ねるだけでなく、自らの人生を通して何かを表現しながら暮らしていること

Profile

牛場潤一（うしば じゅんいち）

【学歴】

2001年3月 慶應義塾大学 理工学部 物理情報工学科 卒業

2004年3月 慶應義塾大学 大学院 理工学研究科 基礎理工学専攻 後期博士課程修了（博士（工学）取得）

【職歴】

2002年11月-2004年3月 文部省 中核的研究拠点形成プログラム（COE） 生命科学分野

「システム生物学による生命機能の理解と制御」 リサーチアシスタント

2003年3月-2003年8月 デンマーク、オルボー大学 感覚運動統合センター 客員研究員

2004年4月-2007年3月 慶應義塾大学 助手（理工学部生命情報学科）

2007年4月-2012年3月 慶應義塾大学 専任講師（理工学部生命情報学科）

2012年4月-2022年3月 慶應義塾大学 准教授（理工学部生命情報学科）

2014年4月-2019年3月 慶應義塾大学 基礎科学・基盤工学インスティテュート主任研究員（兼任）

2018年 研究成果活用企業 株式会社LIFESCAPES（旧 Connect株式会社）創業

2019年 研究成果活用企業 株式会社LIFESCAPES 代表取締役社長（兼務）

2022年4月- 慶應義塾大学 教授（理工学部生命情報学科）、現在に至る

に、私は強い尊敬の念を抱いていたのです。今、改めて思い返すと、こうした原体験こそが、私がリハビリテーション医療に関心を抱いた出発点であったのではないかと思います。

たとえ障害や病気、怪我を抱えていても、リハビリテーション医療を通じて再び社会や日常とつながり、生きがいや尊厳をもって暮らしを取り戻す。そのような医療に深い魅力を感じたのが、私の最初のきっかけであったと捉えています。

■「人間の知能はつくれる」と感じた

○中尾：牛場先生がリハビリテーションという分野に関心をお持ちになった背景について、大変興味深く拝聴いたしました。現在のご研究の方向性へとつながっていく経緯についても、お話いただけますか。

○牛場：私が小学生だった頃、ちょうどパーソナルコンピュータが一般にも登場し始めた時期でした。1990年ごろのことです。NECが発売したPC-9801という大型のパソコンがありました。当時は非常に高価で、個人で購入するのは容易ではない時代でした。そのような中、私が通っていた慶應の小学校では、先生が学校の予算で複数台のPC-9801を購入してくださり、放課後に使用できる環境を整えてくださいました。さらに、慶應義塾大学理工学部の大学院生が毎週放課後に小学校へ来て、私たち児童にプログラミングの手ほどきをしてくださったのです。今振り返っても、極めて贅沢で貴重な体験だったと感じています。

当時は第2次AIブームの時代であり、今で言うところのChatGPTのような対話型AIに近いプログラムを大学院生がデモンストレーションとして持ち込み、小学生であった私も実際にキーボードを操作して、AIとのやり取りを体験しました。その過程で、AIが少しずつ学習していく様子を目の当たりにし、「人間の知能はつくれるのだ」と、非常に大きな衝撃と感動を受けたのを覚えています。

その後、中学・高校時代には、神経科学の分野で著名な御子柴克彦先生や松本元先生の授業を受ける機会がありました。講義の中では、てんかん発作後に脳の一部を外科的に切除した患者がリハビリテー

ションを通じて残された脳の機能を代償的に活用し、日常生活に復帰しているという事例も紹介されました。そのような脳の可塑性、すなわち神経機能の再構築の可能性に触れ、大きな感銘を受けたのです。もしAIによって知能を人工的に構築できるのならば、人間の脳の可塑性という性質もテクノロジーによって引き出し、回復や支援に活かせるのではないかと考えるようになりました。

また、私の家族の中で唯一医学に関わっていた祖父が、私が高校から大学に進学する時期に脳卒中を発症し、片麻痺と失語症を伴う後遺症を抱え、車いす生活となりました。慶應義塾大学病院に見舞いに行った際、言葉が出ないもどかしさから祖父が怒鳴ってしまう場面に遭遇し、大きなショックを受けました。穏やかだった祖父が怒りを抑えきれなくなるほど苦しむ姿を見て、脳卒中の後遺症がいかに深刻であるかを実感したのです。この経験から、AIや脳の可塑性を融合させた技術により、祖父のように長期的な機能障害に悩む患者の苦しみを少しでも軽減できる方法を見出したいと強く思うようになりました。

その思いを胸に、大学では理工学部に進学し、医療工学を専門とする研究室に所属しました。さらに、指導教員のご紹介を得て、慶應義塾大学医学部のリハビリテーション科を訪ね、臨床と研究の両面から学ぶ機会を得ました。このような経緯を経て、現在もリハビリテーション医療とテクノロジーの融合をテーマに研究を続けています。

○中尾：慶應義塾という素晴らしい環境の中で、小学校・中学校の段階から先進的な教育を受けてこられたのだと改めて感じました。1990年代当時に、NEC製のパーソナルコンピュータを実際に操作できる環境があっただけではなく、慶應義塾大学の学生さんが小学校に指導に来てくれるというのは、非常に先駆的な取り組みであったと思います。

また、現在の研究に進まれる上で、お祖父様の脳卒中のご経験が最も大きな転機であったのではないかと感じました。私が現在のリハビリテーション病院を開設したのは約25年前のことになりますが、その直前に私の両親が立て続けに脳出血を発症し、

いずれも片麻痺の後遺症を抱えることとなりました。そのような状況の中で病院の開設と家族の介護が重なり、偶然とは思えない巡り合わせのように感じたことを今でも強く記憶しています。そのときは、リハビリに励む両親の姿に心を打たれながら、医療者として、また家族として、リハビリテーション医療の可能性を実感しながら日々を過ごしておりました。

■ブレイン・マシン・インターフェースとは

○中尾：それでは、牛場先生が現在取り組まれているBMI，すなわち脳と機械のインターフェース技術について、その概要をご説明いただけますでしょうか。

○牛場：私たちが現在取り組んでいるのは、BMIという技術です。これは人間の脳（ブレイン）と機械（マシン）を機能的に連携・連動させるためのインターフェース技術であり、脳の活動を捉えて、それを機械の動作に変換することを目指しています。

私どもの研究では、ウェアラブル型の脳波計を用いて脳活動を電氣的に記録します。この脳波計は、臨床検査で用いられる脳波計と同等のものであり、ワイヤレスでデータをタブレットPCへ転送します。そこに私たちが開発した専用のプログラムを組み込むことで、脳の活動状態をリアルタイムに解析可能としています。例えば、脳卒中によって片麻痺となった患者さんにおいて、運動野の近傍に電極を装着し、患者さんが「手を開こう」「力を抜こう」と意図したときの脳波を解析することができます。こうした患者さんは、重度の麻痺により指の動きが著しく制

限され、筋電図による反応も得られにくいため、従来のトレーニングでは十分なアプローチが困難でした。特に「手」のリハビリテーションは難易度が高く、治療抵抗性が高い部位でもあります。

そこで、私たちは、運動の意図に伴う脳波を読み取り、適切な脳活動が確認された場合にのみ、麻痺した手に装着したロボットを作動させるという仕組みを構築しています。同時に、手の筋肉に対応する部位に電極を貼付し、電気刺激を与えることで運動タイミングをお知らせします。その結果、手関節や筋肉自体の活動が物理的には困難な重度麻痺患者であっても、運動イメージに応じた脳活動が適切に出力されればロボットが駆動し、電気刺激が与えられ、手の動作が補助されます。

一方で、運動イメージをしても、脳活動が適切に生じない場合は、脳波の反応が弱く、ロボットも電気刺激も作動しません。つまり、BMIを用いたトレーニングとは、手を開く、力を抜くといった運動課題を反復する中で、試行錯誤しながら適切な脳活動を出すための訓練なのです。

この技術のイメージとして近いのは、従来から存在するバイオフィードバックです。従来のバイオフィードバックでは、筋電図の反応を視覚的にフィードバックして筋力の入れ方を学習しますが、BMIはその「脳波版」と考えていただければ理解しやすいと思います。脳内のどの神経回路が適切なのか、どのようなイメージでそれらを活性化させるかは、患者自身にとって容易に理解・操作できるものではありません。そこで、脳波によるセンシングを通じて、「今、正しく神経回路が反応しています」「まだ十分ではありません」といった情報をリアルタイムでフィードバックしながら訓練することで手の運動機能回復を目指していくのが、この技術の特長です。

■脳波反応が出ない場合について

○中尾：例えば、適切な脳波が検出されない場合や、認知症などの影響で運動の意図自体が脳内に形成されていないようなケースでは、BMIの適応から外れるという理解でよろしいでしょうか。



出所：株式会社LIFESCAPESのホームページより

○牛場：BMI は、ある程度の認知機能が保たれており、ご本人が「手を開こう」「力を抜こう」といった運動の意図を自覚的に持てる方を対象としています。したがって、認知機能の低下が著しい方は、残念ながら適応とはなりません。ただし、運動課題を理解し、それに取り組む意欲がある方であれば、仮に手を動かさない重度の麻痺状態にあっても、そして適切な脳波が検出されない状態にあっても、BMI 訓練の対象になります。

実際、訓練を開始した当初は、関節が全く動かず、随意筋の筋電図反応も確認できないような患者さんでも、適応となることがあります。例えば、脳卒中によって重度の麻痺が生じ、長期間にわたり患側の手を使わないことで、脳内の運動回路の活動も著しく低下してしまっている、いわば「学習性の不使用 (learned non-use)」の状態に陥っているケースです。

このような患者さんは、「手を開くイメージをしてください」と伝えても、「そもそも手のイメージが湧きません」「力の入れ方がわからない」といった具合に、運動の感覚や記憶そのものが失われていることがあります。フォーゲッティング（忘却）の状態です。

一方で、逆に自己流の過剰な訓練により、不適切な脳活動が固定化されてしまっている「誤学習 (maladaptation)」のケースもあります。つまり、脳波の反応が全く出ない方、非常に弱い方、あるいは過剰な活動を示す方など、その状態は多様です。それでも BMI は適応となります。むしろ、そうした患者さんに対し、「その運動イメージの仕方ではロボットは動きません」という明確なフィードバックを与え、脳活動の適正な出し方を学んでいただくことに、この技術の意義があります。

例えば、「指先を動かすイメージ」ではなく、「前腕のこのあたりの筋肉が縮む感覚を意識してください」と具体的に指導することで、適切な運動イメージを促します。前腕の筋肉が収縮することによって、結果的に指先がリフトアップし、手が開くという身体の仕組みを理解していただくのです。こうした運動イメージを用いた訓練によって、脳の反応が適切になるようになれば、BMI が駆動し、ロボットが

動き、電気刺激が加わります。患者さんは、「このようにイメージすればよいのだ」と学習することができるのです。

このように、BMI は、初期段階で適切な脳波が得られない患者にこそ有効であり、訓練を通じて徐々に脳活動を適正化していくプロセスにこそ、この技術の真価があると考えています。

○中尾：脳梗塞や脳出血を発症した直後、すなわち急性期においては、牛場先生のお祖父様のご経験にも見られるように、精神的にやや興奮状態にある方や、高次脳機能障害により、自身がどこにいて何をしているのか認識できないような状況にある患者さんも少なくありません。

このような状態では、BMI の装着および訓練の導入は時期尚早であり、ある程度、精神状態や高次脳機能が安定した段階で実施することが適応とされるのではないかと、先生のお話を伺いながら感じた次第です。

○牛場：おっしゃるとおりです。急性期においては、まず一定程度、状態が落ち着いている患者さんが適応になると考えられます。ただし、なかには発症直後から比較的安定した状態を保っておられる患者さんもいらっしゃいます。

例えば、私どもの研究仲間の中には、訓練室に移動できない患者さんに対して、ベッドサイドにおいて早期から取り組むケースもありました。ベッドをややリクライニングさせた状態で、脳波センサーを装着し、10分から15分といった短時間であっても、手を動かす運動イメージを行うことで、運動の記憶の消失、いわゆる「運動の忘却」を防ぐコンディショニングとして活用した事例もあります。したがって、急性期においてはこのように補助的なアプローチから導入し、その後、患者さんの認知機能や精神状態が安定し、病状を受容して訓練に前向きに取り組めるようになった段階で、回復期に集中的に BMI 訓練を実施することが、非常に合理的であると考えています。

■ 新奇的な技術をいかに組み込むか

○中尾：脳梗塞や脳出血に対して、現在のリハビリ

テーション医療におけるアプローチは、どちらかといえば脳そのものではなく、麻痺側や末梢の筋肉に焦点を当てるものが主流です。そうしたアプローチは、多くの場合、セラピストによる徒手療法が中心であり、現在のリハビリテーション医療の主軸となっています。牛場先生は現在のリハビリテーション医療における課題について、どのようにお考えでしょうか。

○牛場：これまでのリハビリテーションのアプローチは非常に合理的であり、必要不可欠な医療行為であると考えています。運動機能の改善、自助具の活用などを含めたトータルな支援によって、患者が生活者として社会に復帰することを目指す医療は、非常に価値のあるものです。

一方で、従来は技術的制約のため、運動障害の原因が中枢神経系、すなわち脳にあると分かっているにもかかわらず、脳に直接アプローチする手段が乏しかったという点が大きな課題であったと思います。近年では、BMIをはじめとする脳へのアプローチ技術、あるいは脳刺激など中枢神経系に直接介入する手法が徐々に実用化されてきており、これまで末梢中心だったリハビリに対して、中枢にも目を向けた根治的な取り組みが進んでいるのは望ましい変化だと考えます。

ただし、これまでの臨床現場で積み上げられてきたリハビリテーションの運用体系に対して、BMIのような新しい技術は「新奇」な存在、つまり従来の延長線上にはない飛び地のようなものとして見られがちです。こうした新奇な技術を、日常臨床の中でどのように位置づけ、持続可能なかたちで他の治療手段と連携・連動させていくか。この点が今後の大きな挑戦であると感じています。

もちろん、目の前の患者を大切にすることは大前提ですが、新しい技術が本当に意義のあるものであるかどうかは、臨床試験などで有効性を科学的に確認していく必要があります。しかし、医師やセラピストが日々の業務に追われるなかで、こうした新技術の検証にまで労力を割くのは非常に大変なことです。そのため、科学的な進歩と日常臨床のルーチンをどう両立させるかという体制づくりが、極めて重

要な課題であると考えます。

他の診療科と比較して、リハビリテーション医学はしばしば科学的根拠やエビデンスの水準で劣ると見なされることがありますが、私はそのような評価に対して強い悔しさを感じています。したがって、我々は力を合わせて、リハビリテーションが高度な科学的裏付けを持つ医療分野であること、そして次の患者のために有益な技術を生み出す場であることを、広く社会に示していく必要があると思います。これはリハビリテーション医療に関わるすべての人々がスクラムを組んで取り組むべき重要な課題だと考えています。

■ BMI による運動機能回復効果

○中尾：リハビリテーション医療をめぐる課題や将来展望についてもお話しいただき、誠にありがとうございます。実は、私どももかつて反復経頭蓋磁気刺激療法（repetitive Transcranial Magnetic Stimulation：rTMS）を導入しようと検討したことがあります。rTMSは、うつ病の治療法として広く知られ、2019年6月からは診療報酬上も保険適用されるに至りました。当院でもこのTMS治療を取り入れるべく、実施直前まで準備を進めておりましたが、最終的には効果の見通しや適応の難しさから、実際の運用には至りませんでした。

ご存じのとおり、川平法（促通反復療法）と呼ばれる徒手療法があります。これは、麻痺側の肢位を反復的に徒手で促通することにより、脳の神経回路との再接続を促す手法であり、鹿児島大学名誉教授であり、促通反復療法研究所（川平先端リハラボ）所長の川平和美先生が開発されたものです。この川平法と、牛場先生がご説明くださったAI技術を組み合わせることは、極めて合理的なアプローチであると、改めて実感いたしました。

そこで、BMIの技術について、より具体的に伺いしたいと思います。特に、適応に関する点についてご説明いただけますか。

○牛場：私たちが取り組んでいるBMIは、従来のリハビリテーション手法と比較して、運動機能の回復において有意に高い効果を示すことがメタアナリ

シスの結果から明らかになっています。BMI が運動機能回復に与える効果について、世界中で実施された臨床試験の結果をもとに検証したデータがあります。対象となったのは、計 9 件のランダム化比較試験 (RCT) で、合計 235 例の症例が分析対象となっています。

注目すべきは、BMI を用いたリハビリによって得られた効果量です。標準化平均差 (SMD) は 0.79、95% 信頼区間は 0.37 ~ 1.20 となっており、中程度から高強度の効果を示しています。統計的にも BMI による治療効果がしっかりと裏づけられた結果といえるでしょう。

また、CI療法 (ConstrAInt-Induced Movement Therapy)、電気刺激法、ロボットリハビリテーションといった他の治療法と比較しても、BMI の効果が明らかに「効果あり」の方向に大きく振れていることが見て取れます。このことは、従来の手法では改善が難しかった運動機能を、BMI がより効果的に引き出せる可能性を示唆しています。つまり、脳活動と直接連動する BMI という技術は、特に麻痺した手の機能回復において、これまでにない新たな選択肢として極めて有望であるということが、科学的な根拠をもって示されたといえます。

なお、この研究の詳細については、Cervera らによる 2018 年の論文 (Annals of Clinical and Translational Neurology) をご参照ください。比較の対象にした従来療法に関するデータについては、Langhorne らが 2009 年に発表した Lancet Neurology 誌の報告が引用元となっています。

BMI に関しては、現段階で得られているエビデンスが今後大きく変動する可能性は低いとされており、エビデンスレベルとしては 3 段階評価中の最上位に位置づけられています。2023 年には BMI に対しても推奨度 C が付与されました。これは、回復期や慢性期の症例において、対照群と比較して BMI の有効性が優越するという研究成果が国内外で複数報告されていることに基づいています。我々としては、BMI 技術一般に関して、少なくとも上肢麻痺に対する治療効果については、科学的に統制されたアプローチを通じて十分な有効性が示されていると

考えています。

今後は、我々が設立した大学発スタートアップ企業を通じて、BMI の利用を希望される医療機関に対し、適切な技術の提供を進めてまいります。その際には、我々がこれまでに培ってきた訓練・治療の方法論に加え、他の治療法との連携によってさらに効果を高めるための運用面のノウハウも含め、包括的なレクチャーを提供いたします。さらに、現場でご活躍されている医師やセラピストの皆さまに対しては、適応判断のポイントや治療の到達目標、さらなる改善に向けた次の治療選択の在り方についても、責任をもってご提案・ご説明させていただく所存です。

■ 新たな治療の可能性を切り拓く

○中尾：重度の麻痺など重症例の患者さんについても、BMI の活用は有効かもしれません。この点については、いかがでしょうか。

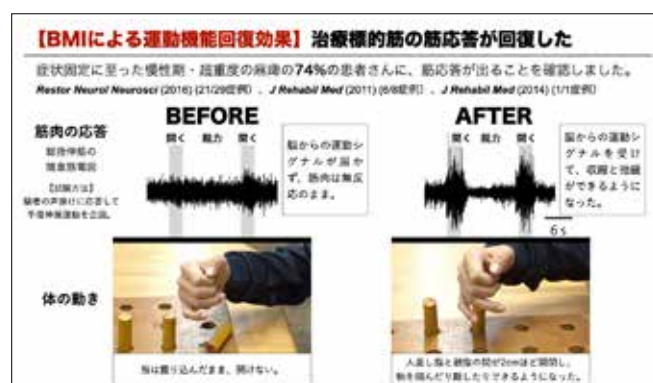


図1

○牛場：BMI による運動機能回復の一例を示します。治療前後における筋肉の反応および実際の手の動きの変化を視覚的に表しています。例えば、「力を入れて指を開いてください」「力を抜いてください」といった声かけに対して、本人は懸命に努力しているにもかかわらず、筋収縮が全く見られない、そうした重症例の患者さんがいらっしゃいます。

Fugl-Meyer Assessment (FMA) の上肢スコアで 20 点以下のような重度の麻痺を呈する方に対して、1 日 40 分 (2 単位) の BMI 訓練を実施しました。その他の時間帯は通常のリハビリテーションを併

用し、土日を除いた 10 日間、すなわち 2 週間の介入を行いました。その結果、約 70%を超える患者さんにおいて、訓練装置を外した「生身」の状態でも、麻痺した手の運動改善が認められるようになります。まだ動きはぎこちないものの、親指と人差し指の間を 1～2 センチ開けられるようになり、ペグの把持・離脱が可能となるのです。また、表面筋電図の所見からも、患者自身の意思で力を入れたり抜いたりすることができるようになり、筋活動の制御が向上していることが確認されます。

BMI 訓練では、脳の活動状態の「切り替え」を意識的に練習します。そのため、「力を込める」動作のあとには「力を抜く」ことを徹底して訓練するよう設計されており、意図しない筋緊張の亢進（不随意収縮）が次第に抑制されていく傾向も見られます。

筋電図 (EMG) を用いて、患者に対して「指を開く」「力を抜く」「指を閉じる」といった指示を出した際に、筋肉がどのように反応したかを記録したところ、治療前は脳から運動指令が送られているにもかかわらず、筋肉にはほとんど反応が見られず、波形も平坦に近い状態です。

一方、治療後のグラフでは、同様の動作指示に対して明確な筋収縮が見られ、筋電図上にも顕著な波形が確認できます。これは、治療により運動機能が回復したことを示しています。また、治療前には指が強くこわばり、円柱状の棒を握ることすらできない状態でしたが、治療後には親指と他の指の間を 2 cm 程度開けることが可能となり、棒を確実に把持できるレベルにまで改善しています。

このように、BMI を活用することで、重度の麻痺を有する患者においても筋の応答性が回復する可能性があることが示されています。力の出入を反復的に制御できるようになった段階が BMI 訓練における一つのエンドポイントとなります。そこまで到達すれば、今度は患者の随意的な筋電図の出力を利用してロボットを動かしたり、電気刺激によって筋肉を誘導したりする中等症向けの治療機器に、患者さんをトランスファーさせることができます。われわれは、こうした段階で使用する訓練機器を中等症治療向けのデバイスと位置づけています。

ある論文報告では、治療を受けた患者のうち 74% において筋応答が確認されたとされており、これは従来のリハビリテーション手法では得がたかった成果であると評価できます。すなわち、BMI は、身体を実際に動かさずとも「動かすことをイメージする」だけで、筋肉の再活動を促進できるという新たな治療の可能性を切り拓いているのです。

(Nishimoto et al. *J Rehabil Med* (2018); Kawakami et al. *Restor Neurol Neurosci* (2016); Mukaino et al. *J Rehabil Med* (2014); Shindo et al. *J Rehabil Med* (2011) 等より引用、解説)

■ 治療連携で「使えない手」を「使える手」に

○中尾: BMI 技術が他の訓練機器との連携によって、より実用的な回復支援の一端を担うことができる点は非常に示唆に富んでいると感じました。特に、訓練のステージごとに応じた機器選択の柔軟性が広がることは、臨床現場において大変有益であると思います。その上で、こうした治療連携を実現する際の課題や留意点についても、お聞かせいただけますか。

○牛場: BMI の臨床的意義として、治療連携によって「使えない手」を「使える手」に変えていくための応用例を紹介します。近年では、筋電図 (EMG) を利用した訓練機器が急速に普及しており、特に中等症の麻痺を対象としたリハビリ支援機器の選択肢が広がっています。ここで重要なのは、BMI によるトレーニングを通じて筋の応答が得られるようになった場合、その後の訓練手段の幅が大きく広がるという点です。

EMG トリガ型のロボットによる訓練機器や、EMG トリガ型電気刺激装置は、ある程度随意的に EMG が出せる位の中等度の麻痺患者が自発的な動きを学習できるように設計された機器ですから、重度な麻痺患者が BMI で筋応答を獲得できるようになれば、これらのデバイスによるリハビリが次のステップとして効果的に使えるというわけです。

このように、BMI は単独で完結する技術ではなく、既存の治療機器や訓練法と連携することで、より大きなリハビリ効果をもたらす可能性があります。

○中尾：非常に興味深いご説明をありがとうございます。これまでのご解説を拝聴し、BMI が単独で完結する技術ではなく、他の治療機器や訓練法と連携することで相乗効果を生む点が非常に印象的でした。続いて、BMI を活用した治療連携の具体的な成果についても、お聞かせいただけますか。

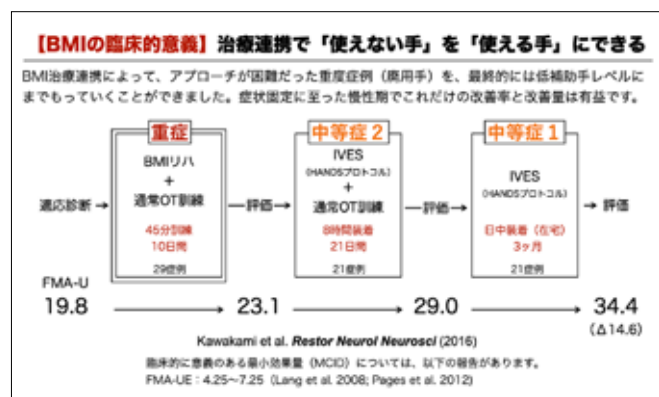


図2

○牛場：BMIによる治療連携の結果、重度の麻痺で「使えない手」であったものが、段階的に「使える手」へと改善していく過程を示します。最初に左側の重症グループでは、BMIリハビリテーションと通常の作業療法訓練を組み合わせ、1回45分の訓練を10日間行いました。対象は29症例です。その結果、FMA-UEスコア（上肢運動機能の評価指標）は19.8から23.1へと有意に改善しました。これは、重症だった手が、BMIによって筋応答を取り戻し、中等度レベルの機能に近づいたことを示しています。

続いて、中央の中等症レベル2の群では、IVESという電気刺激装置（HANDSプロトコル）と通常のOT訓練を組み合わせ、1日8時間、21日間の集中的な訓練を実施しました（21症例）。その結果、FMAスコアは23.1から29.0へとさらに改善しています。そして最後に右側の中等症レベル1の群では、同じくIVESを用いて、3カ月間の在宅中装着を実施しました（21症例）。その結果、FMAスコアは最終的に34.4に到達し、初期の重症段階から比べて、△14.6ポイントの改善が見られました。すなわち、1カ月のBMI＋IVES訓練、さらに3カ月の在宅訓練という治療連携を行うことで、おおよ

そ4～5か月後には中等症の中程度レベルにまで、平均して機能が改善するという結果が得られています。

このように、BMIを起点とした治療連携によって、重症例であっても、最終的には日常生活レベルでの使用が見込める機能まで引き上げることができるという、非常に意義のある成果が示されています。なお、臨床的に意味のある最小効果量（MCID）は4.25～7.25点とされており、この改善幅14.6点は、十分に臨床的な意味を持つ改善であることがわかります。

このように、BMIの適応を重度の患者に設定し、筋電図の出現を一つの治療エンドポイントとすることで、筋電図反応が確認された段階で次の治療へと移行する、いわばパイプライン型の治療パッケージを提案することが可能となります。このアプローチにより、いわゆる「廃用手」を「補助手」として再活用できる可能性が高まります。例えば、洋服を押さえる、髪を整える、食器やノートを支える、電話機を保持する、といった日常生活あるいは就労場面における具体的な動作への活用が見込まれます。従来は「重症であるため手の機能回復は困難」とせざるを得なかった患者に対しても、これからは「回復に向けた取り組みと一緒に進めていきましょう」と前向きな言葉をかけられるようになってきたと実感しています。

（Kawakami et al. *Restor Neurol Neurosci* (2016) より引用、解説。）

■ 組み合わせで幅を広げる

○中尾：BMIは、急性期から亜急性期、さらに慢性期まで幅広く活用できる治療手段であると理解しました。ところで、麻痺が弛緩性であればBMIの適応として適していると思いますが、痙縮が高度で、いわゆる拘縮に近いような状態にまで進行している場合には、BMIは適応外となるのでしょうか。

○牛場：ご指摘のとおり、拘縮が生じている場合には、関節組織そのものの問題が関与してきます。そのため、まずは従来のストレッチや可動域訓練などで、拘縮を丁寧に改善する必要があります。また、屈筋群の緊張が著しく高い場合には、ボツリヌス療

法（ボトックス注射）や装具療法などを用いて、屈筋の過剰な緊張を抑制し、固定による形成抑制を行うといった対処が必要となります。訓練の妨げとなる筋形成のコントロールは、訓練前の段階で適切に行っておくべきです。

その上で、伸筋群の随意性を高める訓練を BMI で実施することで、屈曲によって閉じてしまいがちな手指に対し、伸展動作の自発的な獲得を促すことが可能になります。BMI と EMG トリガ型電気刺激装置 (IVES) を組み合わせたトレーニングによって、「握る・放す」といった基本的な手の機能が回復してくることも期待されます。

このように、従来から行われている拘縮の予防・除去や屈筋群の形成抑制といった対策を講じて状態を整えた上で、BMI 等による随意性向上を目的とした訓練を行うことは、極めて合理的で効果的なアプローチであると考えています。

加えて、BMI は単に筋収縮を促すだけでなく、「力を抜く」という脱力動作の訓練も取り入れながら進められる点が特長です。例えば、筋収縮が過剰に生じやすい患者でも、脱力の感覚が養われ、筋緊張が徐々に緩和される傾向があります。

実際、当社の製品をご利用いただいている複数の医療機関からは、BMI を用いた訓練を初日から 3 日目あたりまでにかけて、こわばりの軽減や脱力しやすさが確認できたという報告を多数いただいています。したがって、拘縮や痙縮を伴う症例においても、BMI による訓練効果が期待できるといえるでしょう。

○中尾：私の担当している患者の一人に、いわゆる片麻痺のある方がいます。その方は「もう一度ゴルフをしたい」と強く希望されていたのですが、なかなかうまくクラブを握ることができませんでした。そこで、ボツリヌス療法と IVES（EMG トリガ型電気刺激装置）を組み合わせた訓練を行い、最終的にはゴルフの打ちっぱなし練習場に通えるまでに回復されました。今回のご説明を伺いながら、もしこの訓練に BMI を併用していたら、さらに効果が得られていたのではないかと感じています。

○牛場：まさにそのような使い方、つまり患者さ

んの目標達成を支援する多様な手段の一つとして、BMI が活用されることを私どもも期待しています。

■狙った領域に脳活動を誘導する

○中尾：上肢に対する効果については、十分に理解できました。一方で、下肢に対しては、どのようにお考えでしょうか。

○牛場：現時点では、下肢に対する BMI の応用には本格的に取り組んでおりません。ただし、私が留学していたデンマーク・オールボー大学には、ムラハッチ＝カースティング氏という研究者が在籍しており、彼女は脳波を用いて前脛骨筋などの随意運動、いわゆるつま先上げの訓練を脳卒中患者に対して実施し、トゥークリアランスの改善を通じて 10 メートル歩行速度が向上したとの比較試験の結果を医学雑誌に報告しています（Mrachacz-Kersting et al. Ann Neurol 2019）。

このように、トゥークリアランスの向上や、ぶん回し歩行における股関節の振り出しなど、下肢における随意性の向上に対しても、BMI は有用であると考えています。軽度の歩行障害では、脊髄のパターンジェネレーター（CPG）による運動制御が中心となる場合が多いですが、中等度から重度の麻痺を有する患者の場合には、代償的な歩行再建が重要となります。この際には、中枢から下肢筋群への随意的な運動指令、すなわち「つま先を上げる」「股関節を振り出す」といった皮質由来の運動ドライブを活用することが、代償的な歩行獲得の第一歩となります。

したがって、このようなケースでは、脳由来の信号を利用して足部筋に電気刺激を与える BMI の活用は、合理的であると考えます。すでに海外においては臨床的な効果も報告されており、今後、我が国においても下肢への応用が大いに期待できる分野であると認識しています。

○中尾：球麻痺と仮性球麻痺については、いかがでしょうか。脳梗塞の後遺症として嚥下障害がしばしば見られますが、その原因が延髄の核ではなく、皮質の損傷に由来する場合、それは仮性球麻痺と分類されます。すなわち、延髄の嚥下中枢そのものには異常がないというケースです。このような場合、脳

梗塞に伴う嚥下障害は「麻痺」ではなく、嚥下機能の「廃用状態」としてリハビリテーションの現場では捉えられることが多くなっています。

したがって、BMIの技術を応用することで、このような廃用性の嚥下障害をコントロールできる可能性があるのではないかと、今のお話を聞きながら感じました。この点について、ご見解はいかがでしょうか。

○牛場：非常に示唆に富むご指摘をいただき、ありがとうございます。私たちのチームでは、現時点では嚥下障害に対するBMIの適用にはまだ着手しておりませんが、ご指摘のとおり、皮質の廃用性、あるいは学習性の不使用状態に対して、BMIは非常に有効なアプローチになり得ます。脳波をリアルタイムで検出し、特定の皮質領域の自己調節・随意的な活動を促すという点では、BMIの得意分野です。その意味で、仮性球麻痺のような嚥下の廃用状態に対して、BMIを用いて機能的な再開通を図ることは、理論的にも極めて合理的であり、今後の応用展開として十分に考えられると感じました。

われわれが経験したのは、片麻痺患者における肩の挙上運動をロボットおよび電気刺激によってアシストするタイプのBMIです。近位筋は両側性の支配を受けているため、損傷部位の脳波ではなく、健側、すなわち麻痺側の肩と同じ側の脳波を用いて、肩を挙上しようとする意図を捉え、その脳波が検出された際にロボットと電気刺激で運動をサポートするという仕組みです。

この介入を1日40分、7日間連続で実施したところ、当初は健側の脳活動が優位であったものが、次第に標的とする麻痺側の運動関連脳波へとシフトしていく様子が確認されました。さらに、TMS（経頭蓋磁気刺激）を用いて神経伝導性の変化を測定したところ、全例ではないものの、運動誘発電位（Motor Evoked Potential：MEP）の促進が見られました。機能的な成果としても、肩の挙上に関しては、FMAスコアにおいて、8名中6名がMCID（Minimal Clinically Important Difference）を超える改善を示しました（Takasaki et al. MedRxiv 2024）。

このように、特定の脳活動領域を治療標的として誘導し、BMIを用いてその活動を強化することで、

機能回復を得るというプロトコルは、われわれ自身の研究においても肩関節の運動機能改善において確認されており、現在、プレプリントとして論文化しています。この知見は、嚥下訓練にも応用可能であると考えられます。すなわち、嚥下に関わる標的脳活動が確認された際に、電気刺激や視覚フィードバックを用いて「このパターンが望ましい」と脳活動に条件づけを行う訓練は、理論的には非常に効果的であると感じています。

■ BMIの導入は伴走支援で

○中尾：当院でも、脳梗塞による嚥下障害を有する患者に対して、頸部、特に後頸部への刺激を与える治療を行っています。この部位に適切な刺激を加えることで、その後の嚥下機能が改善するケースが見られます。このような経験から、上肢機能に対する介入と同様に、頸部の筋肉への刺激と脳活動とをBMIでリンクさせることで、より良い結果が得られるのではないかと感じました。

○牛場：非常に興味深く、実践してみたいアイデアです。ご指摘のように、従来の標準的な治療法や経験的に実施されてきた介入を、BMIを用いて包括的に統合し、脳の可塑性をより効率的に促進するアプローチは、非常に有望であると考えています。今後は、このような新しい可能性についても、さまざまな先生方と連携しながら積極的に挑戦してまいりたいと思います。

○中尾：ありがとうございます。現在の私たちの臨床現場と、牛場先生の研究現場とをいかに結びつけていくか、つまり、先生からご紹介いただいたBMIを実際に私たちが導入・活用するには、具体的にどのような方法があるのでしょうか。

○牛場：私たちは大学の研究室とは別に、大学発スタートアップとして「株式会社LIFESCAPES」を設立し、大学の許可を得て私自身が代表取締役を務めています。この会社では、本日ご紹介したBMI技術を応用した運動訓練装置を開発し、2024年6月より薬事承認と保険適用を取得した医療機器として販売を開始しました。これは、研究用途ではなく、通常の医療機器として臨床現場で利用できるもので

す。弊社よりこの装置をご購入いただければ、倫理審査や研究申請などの手続きなく、通常のリハビリ機器としてご活用いただけます。

また、私たちは機器を販売して終わりという姿勢ではなく、継続的な支援体制を大切にしています。弊社には作業療法士や理学療法士も在籍しており、私の研究室で BMI に関する専門的な訓練を受け、博士号や修士号を取得したスタッフが多数います。そうした専門スタッフが直接病院に伺い、医師やセラピストの皆さまと集合研修やハンズオン研修を行い、機器の使い方や臨床での活用方法についてレクチャーいたします。おおよそ半日程度の研修で、セラピストの方々も翌日から現場での活用が可能になります。

導入初期には操作に不慣れな部分もあるかと思いますが、Zoom や電話によるオンコール支援を行い、必要に応じて症例初回時には弊社スタッフが同席する、あるいは Zoom で併走支援するなど、万全のサポート体制を整えています。安心して導入いただけたらと思います。「まだ購入には至っていないが、興味がある」という段階の医療機関に対しても、弊社ではミニ講演会や機器のデモンストレーション、さらに 1 カ月程度の貸し出しも行っています。まずは実際にお手に取って体験いただき、その上でご判断いただければと思います。

○中尾：ありがとうございます。インタビューの中でお聞きするのは恐縮ですが、もし購入となる場合、価格はどの程度になるのでしょうか。

○牛場：定価は年間保守費用を含めて 720 万円で設定しています。ただし、昨年から販売を開始したばかりということもあり、不具合対応などでご迷惑をおかけすることもあります。そうした事情を踏まえ、現在はディスカウント価格でのご提供も行っております。

また、購入だけでなく、レンタルをご希望の医療機関向けには、月額でのご利用が可能なプランもご用意しています。例えば、「最低 1 年以上のご契約をお願いしたい」といった条件付きにはなりますが、比較的安価に導入いただけるようなレンタルメニューを整えています。

具体的な金額、購入方法につきましては、お気軽

に LIFESCAPES 社までお問い合わせください。

■ 新たなリハビリテーションを共に築く

○中尾：トヨタ自動車が開発したリハビリテーション支援ロボット「ウェルウォーク」という機器があります。私どもでは、かなり以前から導入しており活用しているのですが、これは藤田医科大学にドクターおよびセラピストが研修に赴く必要があります。また、購入ではなくリース契約での提供となっています。さらに、当院で使用したすべての症例データは藤田医科大学に送信される仕組みになっており、全国のデータが藤田医科大学に集約される形です。このように、効果が期待できるものであれば、私たちはデータの提供も含めて積極的に協力し、患者さんの利益につながる取り組みを推進していきたいと考えています。

そのため、どのような患者に対し、どの時期に介入することが最も効果的であるのかという点が、私たちにとって最も関心のあるところです。もし可能であれば、当院でも購入またはリースのかたちで装置を導入し、先生方と一緒に手を組んで協力しながら、患者さん一人ひとりの状態に合わせた治療を共に推進していければと、心より願っています。

○牛場：大変うれしく存じます。ありがとうございます。先ほど申し上げた導入支援についてですが、これは会社としてのサポート体制の一環であり、臨床現場で継続的にご活用いただくための仕組みとしてご提供させていただいています。そのほか、BMI をご利用いただいている医師、療法士の先生方によるセミナーも実施し、経験共有のお手伝いをさせていただいております。

一方で、大学の研究室では、BMI をご導入いただいた病院様との間で共同研究契約を締結し、学術研究を共に進めさせていただく取り組みも行っています。私たちの研究室では「BMI 研究会」を主催しており、毎月、さまざまな医療機関とオンラインでつながり、症例検討会を実施しています。そこでは 15 分程度の症例報告と、それに続く自由なディスカッションを行い、医療従事者の皆さまと実践的な議論を深めています。そのような場で、先ほど中

尾先生からご提案いただいたような、新たな BMI の研究テーマや臨床応用のヒントをいただくこともあり、大変刺激的な機会となっています。

さらに、BMI の適応範囲や、ボトックス、ロボットなどとの併用方法、「現在導入しているリハビリ機器とどう組み合わせたら効果的か」といった運用上の工夫や、具体的な手技についても、参加者同士で活発な意見交換がなされています。

今年は特に、脳波データの共有・連携に注力しており、初期の脳波反応性の所見から、BMI 適応の有無や予後の見通しを評価できないかといったテーマに取り組んでいます。他施設の臨床データを解析し、個別最適化された BMI 適応を検討していく試みです。

私たちは脳波の解析を得意としていますので、その技術面は私たちが担い、臨床面では、むしろ先生方の知見に大きく学ばせていただきながら、共に助け合うスタイルの共同研究として、患者レジストリの構築などにも取り組んでいきたいと考えています。例えば、「急性期での有効性はどうか」「回復期での活用方法は」「介護施設では導入可能か」といった観点から、多施設で協力し合いながら、新たなリハビリテーションのスタンダードを共に築いていければと願っています。中尾先生のお言葉に、大きな励ましをいただきました。ぜひ一緒にできたら、これほど光栄なことはありません。

■ 良質な慢性期医療に向けて

○中尾：本日は、リハビリテーションの将来像も含めて、多くのご見解をお聞きすることができました。最後に「日本慢性期医療協会への期待」というテーマで、協会に向けてメッセージをいただけますか。

○牛場：私自身、医療従事者でもない者が大そうなことを申し上げることはできませんが、私はいつも先生方や医療従事者の皆さんに支えていただいて、応援していただいて、現在があると思っています。まだ道半ばであり、よちよち歩きの段階ですが、私たちを同じチームの一員として仲間を迎え入れてくださり、リハビリ現場のことを教えていただいたことに深く感謝しています。

日本は、世界に誇るべきリハビリ医療の質と水準

を持っていると確信しています。それゆえに、その質の高いリハビリと慢性期医療が全国どこでも広く定着していくことと、次のニュースタンドアが作られ、さらにアップデートされていくことを心より祈念しています。そのオピニオンリーダーとして、これからも日本慢性期医療協会のみなさまに、そうした世界をリードしていただきたいと願っています。

私たちが果たすべき役割は、BMI を中心としたテクノロジーにスピリッツを乗せて、それを全国あるいは海外へと広めていくことにあると考えています。モノはモノだけで終わりではなくて、どう使うかがセットになって初めて生かされると思います。技術は単体で存在しても、その真価を発揮することはできません。どのように運用するかという視点が伴って、初めてその技術は臨床現場において有効に機能すると考えています。私たちのようなものづくりに携わる者が、先生方の臨床における運用ノウハウと連携することで、慢性期医療の質向上に貢献できるものと信じています。

このような取り組みが、日本国内はもとより国際的な医療水準の向上にも寄与することになれば、私の祖父も、また中尾先生のご両親も、同様に多くの方々が経験されたであろう困難な状況が、少しでも改善されることにつながるのではないかと考えています。

皆さまの思いや願いが、より良い医療環境の構築という形で実を結ぶよう、今後ともこのようなテクノロジーに挑戦する立場の私たちにも胸を貸していただき、引き続きご助力を賜いましたら幸甚に存じます。共に良質な医療、特に慢性期医療を築いていけることを心より願っています。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

○中尾：ありがとうございます。本日は、「リハビリテーションの未来」というテーマのもと、BMI 技術に関する貴重なお話を伺うことができました。極めて有意義な時間でありました。今後、この BMI 技術が新たなリハビリテーションの概念の一翼を担うことを期待しています。私どもも、引き続き新たな技術や知見を積極的に取り入れ、臨床現場における質の高いリハビリテーションの実現に努めてまいりたいと存じます。本日は誠にありがとうございました。

マイナ保険証をお持ちでなくても 資格確認書によりこれまで通り医療にかかります

マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される

健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！

マイナ保険証を使わない場合の受診方法

- 2024年12月2日以降は、「**資格確認書**」でもこれまで通り医療にかかることができます。

<イメージ>

〇〇都道府県 国民健康保険 資格確認書	有資格証 発給年月日	年 月 日
証 号	性 別	(姓 名)
氏 名	年 月 日	生 日
適用開始年月日	年 月 日	適用終了年月日
交付年月日	年 月 日	交付場所
交付者氏名	氏 名	
交付者番号		
交付者名		

- ※ 保険者によって様式・発行形態が異なります。
- ※ 資格確認書の交付等に関する事項は、ご自身が加入している医療保険者からの情報をご確認ください。ご不明点等についても、同保険者にお問合せをお願いします。

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方には、**従来の健康保険証の有効期限がきる前に「資格確認書」を無償で申請によらずお届けします。**
- マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードでの受診等が困難な方(高齢者、障害者等)は、**申請いただくことで、資格確認書を無償で交付します。**(更新時の申請は不要)
- 病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーを上手く使えなくなった場合、資格確認書をご使用ください。従来の健康保険証と同様、親族等の法定代理人や、介助者等による代理申請も可能です。
- 後期高齢者医療制度の被保険者は、2026年7月末までの暫定的な運用として、**マイナ保険証の保有状況にかかわらず資格確認書を無償で申請によらず交付します。**そのため、当分の間、申請は不要です。

移行後もお安心ください

マイナンバーカードでのカードリーダーの操作が上手いかなくても、**医療費が10割負担になることはありません。**



マイナンバー総合
フリーダイヤル **0120-95-0178**
5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。
受付時間(年末年始を除く) 平 日:9時30分~20時00分
土 日 祝:9時30分~17時30分

マイナンバーカード
の保険証利用について
もっと知りたい方は
こちら



ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare



外国人人材との協働を目指した取り組み

医療法人社団良俊会 ふくの若葉病院（富山県南砺市）

看護介護部教育委員会 教育委員長 看護師長 米田雅代

看護副主任 本多雅代 介護副主任 坂口亜紀子

1. はじめに

ふくの若葉病院は、病床数 100 床の医療療養型病院である。富山県西部の急性期病院の後方支援や在宅療養支援を役割としており、多職種が連携して回復期、慢性期の医療とケアを提供している。

当院が所在する富山県南砺市は、石川県に隣接しており、世界遺産五箇山合掌集落や彫刻が盛んな井波町など、自然・文化色豊かな里山地域である。人口は 46,500 人で高齢化率は 39.10%と、全国平均の 28.60%を上回っている（2020 年調査）。2020 年の調査以降も、15 歳から 65 歳までの人口が 7.8%減少しており、高齢化と人口減少の進行が深刻な課題となっている。

2. ふくの若葉病院 看護・介護部の人材確保に関する現状

少子化や若者の県外等への転出などにより、地域の生産年齢人口は減少、また近隣の急性期病院や公立病院の看護師確保などの影響により、当院では看護職人材確保に苦慮している。介護職員確保についても同様である。富山県の「令和 6 年 県内高等学校卒業生進路状況調査結果」では、福祉関係の専修学校や大学に進路を選択した者は 0.7%、福祉分野への就職者は 2.8%と報告されており、介護職の担い手不足は深刻であると言える。

一方で、地域では外国人人口が増加傾向にある。近年はハローワークからの外国人採用に関する問い合わせや就職希望者の紹介もみられるようになってきた。当院は 2018 年から在留資格（日本人の配偶者等）を持つ外国人を介護要員として雇用し、現在は 6 名のフィリピン人職員が従事している。

採用初年度は 2 名を採用した。いずれも介護職としての就労経験は無く、日本語理解については

「日本語能力 N1 ～ N5 認定の目安」に当てはめて評価すると N5 であった。3 名の日本人職員が中心になって指導を進め、さらに「日本語教室」として時間を設けて介護の基本知識や日本語の学習に取り組んだ。1 年間で基本的な介護技術実践や患者とのコミュニケーション力も向上し、自立してできることが増えていった。しかし、文字の読み書きは採用時と変化はなかった。

コロナ禍では外国人の採用を見合わせており、2022 年から再び受け入れを開始した。1 名は日本語能力 N3、他は N5 であった。指導には先に従事していた外国人職員にも協力してもらい、日本語と母国語による実践指導で理解を図った。マンパワーや時間の都合などで学習会は開催できなかった。

こうして、働き手の確保ができた一方で、日本人職員から外国人職員の日本語能力や介護知識不足に関連した協働上の課題と思われる相談ごとが増えるようになり、対応の必要性が高まってきた。

3. 外国人職員の育成支援に関する課題の明確化

外国人職員が抱く仕事上の課題と個々が考える目標の把握、日本人職員が感じている外国人職員との協働上の課題や外国人職員への期待などを把握するために、2024 年 8 月にアンケート調査を行った。対象は、2018 年 6 月から 2024 年 4 月までに採用し、勤務している外国人職員 6 名と、外国人職員と協働する日本人職員 63 名である。外国人職員は日本語能力上、質問内容の理解が不十分であると考え、アンケートには可能な範囲で回答の記載を促し、後に 6 名全員に対する個人面談により聞き取りをした。日本人職員 62 名から回答を得た。

＜外国人職員への調査結果＞

（１）仕事上の課題

- ・思った以上に読み書きが必要な仕事で、難しさを感じる。
- ・新しい仕事を覚えなければならないが、その意味も十分に理解できず不安。
- ・漢字が読めないし、記録もできない。
- ・わからない日本語が多く、言葉の深い意味もわからない。
- ・家族との日常会話では、文字も専門的な学びもできない。
- ・忙しい職員を助けたいけれど邪魔になるのではないかと思ひ言い出せない。

（２）仕事上の目標

- ・漢字の読み書き、言葉の意味を理解できるようになりたい。
- ・単に仕事をするのではなく、患者さんのために働きたい。
- ・共に働く職員を助けられる力をつけたい。
- ・患者に対して、行っても良いこと、駄目なことが分かるようになりたい。

（３）自立して仕事ができたと考えること

- ・覚えたことを不安なくできたとき。
- ・仕事を任されたとき。

勤続年数に関係なく、外国人職員 6 名全員が日本語理解に関する課題を抱えているものの、介護職としての仕事には前向きに取り組む向上したいと考えていることがわかった。この課題解決と外国人の仕事に対するモチベーション維持のために、日本語理解に関する支援を早急に開始しなければならないと考えられた。

＜日本人職員への調査結果＞

（１）外国人介護職員の介護実践に対する患者の反応

- ・好意的に受け止める人が多い…18名 (29.0%)
- ・好意的に受け止める人は少ない…2名 (3.2%)
- ・職員の国籍の違いによる受け止めに、差は感じられない…24名 (38.7%)
- ・どちらとも判断できない…17名 (27.4%)
- ・無回答…1名 (1.7%)

（２）外国人職員との協働で課題と考えること（複数回答可）

- ・日本人職員とのコミュニケーション…21名
- ・患者及びその家族とのコミュニケーション…21名
- ・患者及びその家族の不安感…6名
- ・日本語文章力、読解力…38名
- ・外国人職員の仕事の取り組み方…15名
- ・日本人職員の業務負担増…9名
- ・異文化理解不足による食い違い…4名
- ・課題は感じられない…0名

（３）外国人職員の採用に対する考え

- ・資格があれば採用したい…7名 (11.3%)
- ・平仮名と漢字の読み書きができれば採用したい…2名 (3.2%)
- ・日常会話ができれば採用したい…3名 (4.8%)
- ・資格や日本語能力に関係なく採用したい…36名 (58.1%)
- ・採用を控えたい…2名 (3.2%)
- ・わからない…10名 (16.2%)
- ・無回答…2名 (3.2%)

日本人職員の回答からは、患者の多くが日本人と外国人といった、国籍が異なる職員からのケアを受けることに対して差を感じていないことが予測できた。日本人職員は外国人職員との協働について様々な課題を感じており、その要因には日本語の理解不足による間違った実践やそれに対するフォロー、文字が書けないことによる記録等に関する日本人職員の業務負担増、指示した仕事以外に自分から申し出る姿勢が見られないなどへの不満感や不平などがあつた。

一方で、「患者に対して親切」「丁寧な援助ができている」「話し方が礼儀正しくて優しい」「日本語や仕事を覚えようとする努力がみられる」「異国で仕事をする勇気や向上心は真似できない」などの外国人職員の良い点、肯定的に受け止められるところも意見としてあり、外国人を介護職員として採用することを前向きに捉える要因となっていると考えられた。

（４）外国人職員採用に関する病院管理者への要望（複数回答可）

- ・一定の日本語能力がある者の採用…25名

- ・日本語学習支援…20名
- ・介護基礎知識や技術理解への支援…33名
- ・就業規則や契約時の約束事の説明…28名
- ・外国人職員の家族に対する就労規則などの説明…14名
- ・特になし…4名

多忙な現場では、細やかな指導は困難であり、組織事業として育成支援体制を整える必要性を感じた。

4. アンケート結果の共有と、対策を見出すための話し合い

調査結果を共有し、今後の対策を検討するために日本人職員・外国人職員を交えてのミーティングを企画した。

<日本人職員が考える課題>

- ・外国人職員は記録が読めず、患者の状態変化やケア内容の変更などの理解ができていない。
- ・外国人職員には、わからないことは質問するように伝えているが、聞かずに自己判断で仕事を進めている。
- ・カンファレンスに参加しない。
- ・情報共有の必要性を理解し、援助の際に気づいた患者の様子や行ったことを報告して欲しい。

<外国人職員の思い>

- ・日本語の深い意味がわからないために、内容を正しく理解ができず、何度も同じ事を聞いてしまう。
- ・日本語でどのように質問したり、話したりすればいいのかわからない。
- ・うまく話せない。
- ・間違っているところは教えてくれるが、どうすればよいのかを教えてほしい。
- ・色々な仕事をしている職員がいるけれど、職種や名前、役割がわからない。
- ・誰に何を伝えれば良いのかわからない。
- ・色々な書類があるけれど、何が書かれてあるのかわからない。サインを書くようにと言われて書いている。
- ・介護の専門的な言葉でわからないことがたくさん

ある。

- ・記録物の印刷などの準備を手伝いたいけれど、パソコン画面が日本語（漢字）なので何が書いてあるのか、操作の仕方もわからない。

<課題の要因と考えられること>

- ・日本人職員は、外国人職員が抱く仕事への不安や疑問などに対して理解不足な状況であった。
- ・日本人職員は外国人職員が日常的な日本語を理解できていることを前提に接していた。そのため、外国人は理解できないことが多くあった。
- ・振り返りなどの支援不足により外国人職員の理解を促すことに繋がりにくかった。
- ・外国人職員は、日本の医療や介護の仕組みを知らないために、チームとしての活動ができなかった。
- ・外国人職員は、日常的な日本語の理解も不十分な状況であり、正しく聞き取ったり自分の思いを日本語で伝えたりすることが十分にできなかった。

<対策として考えたこと>

(1) カンファレンスへの参加支援

予め時間を決めて計画的に行い、外国人職員にも参加を促す。

(2) 情報共有のための伝達ノートの記載内容や、申し送り事項の理解支援

日本人職員と一緒に読み、分かり易い日本語に置き換えて伝える。

(3) 実践指導における対応

言葉だけでなく「見せる・一緒にやる」を意識し、理解を確認しながら進める。振り返りを行い、次の実践につながるような助言をする。

(4) 院内研修への参加

翻訳機（スマートフォンなど）を活用するなど、外国人職員が理解し易い方法を検討し提案する。

(5) パソコン操作に関する支援

パソコンのデスクトップにあるフォルダとファイル名に平仮名表記を加える。必要な書類とその印刷方法を説明して作業を依頼し、実践の機会をつくる。

(6) 外国人職員学習会

5. 改めて取り組んだ『日本語教室』

教育委員会にて検討し、到達目標（表1）、日本語教室計画（表2）を作成した。学習会は外国人向けの介護ガイドブックを活用して資料を準備し、読み合わせながら進めた。資料の漢字には読み仮名をつけていたが、言葉の意味そのものが理解できておらず、その説明も合わせて行う必要があった。日本語だけの説明では理解が図れず、可能なものについては英語で表現することにした。すると、その意味を理解できた者がフィリピンの言葉でメンバーに説明しはじめた。そして、皆で話し合っただけで考えたことを日本語で指導者に返すという循環ができた。こうした関わりを続ける中で、外国人職員が理解できていなかったことや困っていることをより深く知ることができた。

長期目標
日本語能力の向上と、基本的な介護知識と技術を学び、介護チームの一員として行動できる。
短期目標
・就業上の約束事がわかる ・チーム医療の仕組みと連携がわかる ・共に働く他職種の職名と役割がわかる ・介護に必要な用語の意味を理解できる ・患者の変化や、仕事の状況と終了などの必要な事柄を同僚や上司に報告できる ・安全対策・感染予防の取り組みがわかり、行動できる ・日常生活援助の方法がわかり、行動できる ・当院の患者によくある身体の障害がわかる（嚥下障害・麻痺・拘縮・褥瘡・スキンテアなど） ・認知症の理解ができ、適切な対応ができる

表1 到達目標一覧

テーマ	学習内容
職員の役割	職種ごとの仕事内容を学びます。
看護・介護の仕組み	チームケアについて学びます。
コミュニケーション	「報・連・相」の大切さを学びます。
記録について	記録類の言葉や記号の意味、書いてある内容について学びます。
安全対策	報告が多いインシデントレポートから安全対策について学びます。
介護職ができる仕事	医療に関する仕事の中で、介護職にもできることについて学びます。

表2 『日本語教室』 計画表（一部抜粋）

「ベロ・舌・ぜつ…なぜ同じものなのに言い方が違うの？ どれが正しい？」「日本語には発音が同じなのに、意味が全然違う言葉がたくさんある。聞いているだけだと間違える」「転倒・転落はどちらも転ぶ？ どう違うの？」「同じ漢字なのに読み方が違う。なぜ？」「色々ある記録物には何が書いてあるのかわからない。フローシートにサインをしているけど、あれには何が書いてある？」など、漢字の難しさ、日本語の複雑さに自らの学習が進まないことに悩んでいた。また、「自分達とは違うユニホームを着ている職員は誰？」「セラピストなのね。役割も違うのね。知らなかった！」「毎日朝の申し送りを聞きに来ているけれど、患者さんのケアをしないで病棟からいなくなるのはなぜ？」「ソーシャルワーカー！ それならわかる！」「誰が何の仕事をしているのか分からないので、誰に何を話せばよいか分からなかった」など、介護に関する知識だけでなく組織の成り立ちや他職種の役割、職員の氏名なども知らずにいたことがわかった。

我々は外国人採用当初から、介護技術を重点的に指導してきた。組織の成り立ちや職員の役割と連携などは、説明しなくてもわかっているという思い込みでオリエンテーションも十分に行えてなかったことと、これまでの育成支援体制の不十分さを認識した。

6. 『日本語教室』の成果と、今後の取り組みについて

新たな取り組み開始から6ヶ月が経過し、2025年4月に、再度アンケート調査を実施した。外国人職員には、仕事や日本語教室などを通じて自分が介護職員として成長できたことについて聞き取り調査を行った。日本人職員には、前回と同様の内容で調査した。

<外国人職員への調査結果>

- ・基礎知識を学習できることがうれしい。
- ・テキストを読んで日本の言葉に触れて意味を理解できるようになることが楽しい。
- ・以前は申し送りの時に何を行っているのか分からなかったけれど、今は少しわかるようになってきた。

- ・申し送りを最後まで聞けないことで、自分が遅れていくような気持ちになる。
- ・自分で上手に日本語を話すことはできないけれど、聞く力がついてきたと思う。
- ・教室で教えられた通りにケアをしたら、上手にできてうれしかった。これらのように、周囲の支援により自己の成長の手応えを伝えてくれた。

<日本人職員への調査結果>

外国人職員との協働上の課題（図1）では、コミュニケーションに関する項目で減少を認めた。「会話の聞き取り力が向上している」「分からないことを質問するなど理解しようと努力している」「言葉の意味を理解して話すことができるようになっていく」など、日本語能力が向上していることを認める意見があったことから、緩やかではあるが外国人職員との言葉によるコミュニケーションが図れるようになっていくと考えられた。

一方、異文化理解不足による食い違い、外国人職員の仕事への取り組み方について課題であると考えている職員が増えていた。

外国人職員採用についての考え（図2）では、「平仮名と漢字の読み書きができれば採用したい」で増加を認めた。それとは逆に、「資格や日本語能力に関係なく採用したい」が大きく減少していた。

この結果から、「日本語の理解不足」「異文化の理解・連携不足」により仕事をする上での不都合が解消されず、日本人職員は負担感の高まりを感じていると考えられた。日本人職員は外国人介護職員を肯定的に捉える一方で、課題が解消されないことにより外国人職員採用に関して日本語能力が高いことを条件とする意見が増したと思われる。今後は、採用から育成までを組織事業として取り組み、その中で日本人職員の協力による職場内訓練と学習会を継続していくことが必要であると考えられる。

また、異文化理解不足について考えられることは、外国人には長年暮らした母国の文化やその文化に培われた感覚が身についているということである。それが基となる言動により、外国人と日本人双方の間に行き違いが生じるのではないと思われる。これらを解決するためには、日本人職員も他国の文化を学び、歩み寄り、相互理解を高める努力が必要であると考えられる。

現在、当院で就労する外国人の日本語能力は2名を除いてN5またはN4であり、専門用語を容易に理解する水準には達していない。そのため、単に言葉だけの説明では理解が困難なことが多い。日本語教室を再開した時は外国人用ガイドブックを使用して介護知識を説明することを目標にしていた。しかし、書かれてある日本語の意味を詳しく説明しな

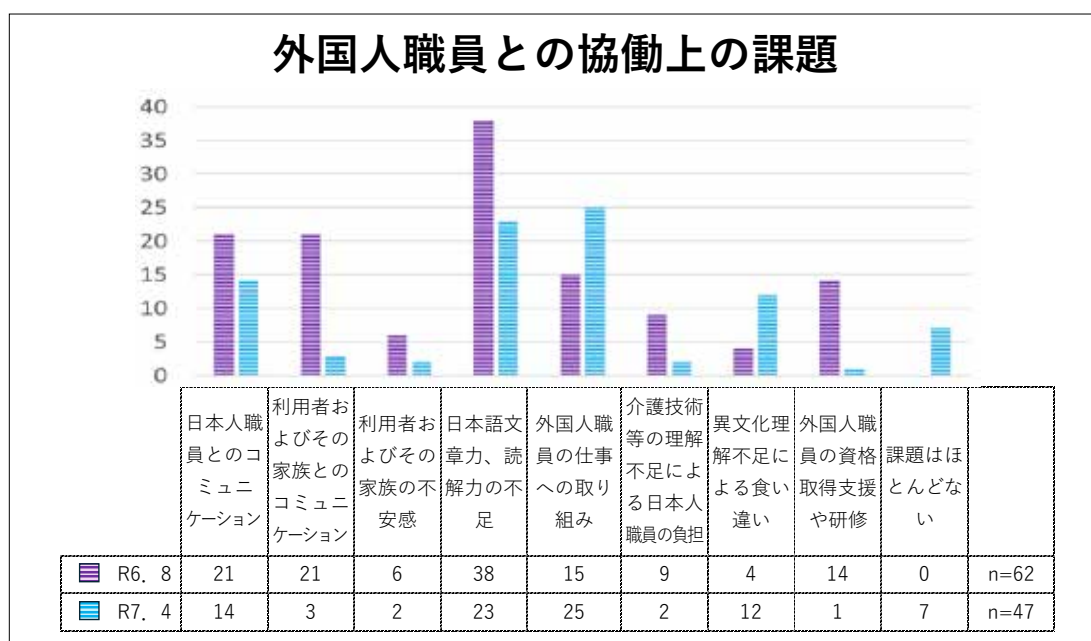


図1 アンケート結果 取り組み前後の比較

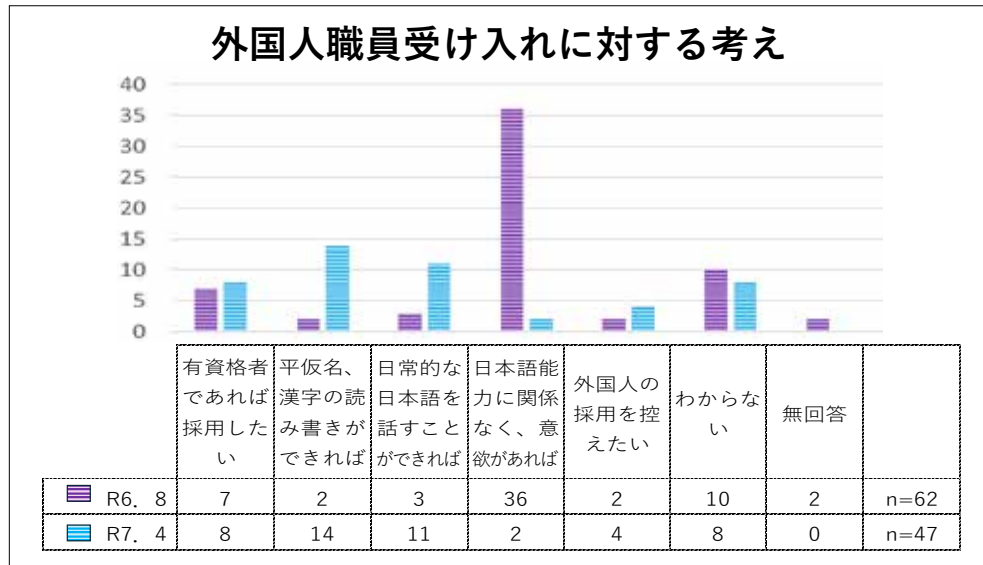


図2 アンケート結果 取り組み前後の比較

いと介護知識の理解につながらない現実があった。昨年8月のアンケート調査後の話し合いで対策として提案された、①伝達ノートの読み聞かせと、分かり易い言葉に置き換えての説明 ②「見せる・一緒にやる」の、歩み寄りの指導も継続し、我々日本人職員も学びながら育成支援を進めていきたい。

7. おわりに

わが国は急速な高齢化に伴って要介護高齢者も増加傾向にある。一方で、少子化に伴う生産年齢人口減少により働き手不足が生じている。このことは、介護人材確保の困難さにも大きく影響している。第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づいて都道府県が推計した介護職員の必要数集計によると、2026年度には約25万人、2040年度には約57万人の介護人材が不足すると予測されており、今後は外国人介護人材への期待が高まってくと考えられる。現在、日本国内では身分に基づく在留資格やEPAの枠組みに加え、在留資格「介護」や技能実習制度に関する検討が進められ、運用が開始されている。

当院でも“日本人職員の意向”と“ケアの質の保持”を重視し、外国人介護職員の可能性の検討と相互理解を促しながら多様な人材との協働体制づくりを進めていきたい。

【参考文献】

- 1) 外国人介護人材を受け入れる介護施設職員のためのハンドブック，公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会
- 2) 外国人介護人材に対する研修の手引き，日本能率協会総合研究所，平成31年3月
- 3) 日本語能力試験「N1～N5：認定の目安」，日本語能力試験 JLPT 公式ウェブサイト，<https://www.jlpt.jp/about/levelsummary.html>
- 4) 赤羽克子，高尾公矢，川池秀明：介護施設における外国人介護職員の受入れと期待に関する研究，聖徳大学研究紀要 第26号 聖徳大学短期大学部 48号，17-23，2015
- 5) 澤田有希子，大和三重：外国人介護労働者の受け入れ状況と組織支援体制の現状と課題—全国の特別養護老人ホームに対する質問紙調査を通して—，Human Welfare』第14巻第1号，2022.
- 6) 「介護人材確保に向けた取り組み」第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数，令和6年7月16日都道府県推計による試算，厚生労働省ホームページ
- 7) 富山県統計調査課，令和5年富山県人口移動調査の結果から，人口と世帯・人口動態
- 8) 令和6年3月県内高等学校卒業生進路状況調査結果，富山県教育委員会県立高校改革推進課，令和6年12月18日



介護医療院における褥瘡対策 ～リハビリテーション科の取り組み～

医療法人社団喜生会 介護医療院新富士ケアセンター（静岡県富士市）

作業療法士 小永井洋一 理学療法士 高橋昌二，佐野佑磨，川口真実 医師 新福栄彦

1. 施設概要

新富士病院グループは「心が通う信頼の医療」を目指し、「平等・信頼・安心」をグループ理念として、静岡県、神奈川県、東京都で多角的に医療および介護事業を展開している。

医療法人社団喜生会は静岡県富士市に位置し、新富士病院、介護老人保健施設ヒューマンライフ富士、介護医療院新富士ケアセンター（以下、当施設）、看護小規模多機能型居宅介護喜あつはらで構成している。高齢者の医療と福祉に貢献できるよう地域に根差した病院・施設を目指し、「富士山の恵みに感謝し、地域の皆様と歩む」を法人理念としてサービスを提供している。

当施設は令和3年12月、介護老人保健施設から介護医療院に転換した。介護医療院は、「日常的な医学管理」「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設である。長期に渡り療養が必要な要介護者に対して、「長期療養のための医療」と「日常生活上の支援」を一体的に提供する。入所定員104人、類型はI型介護医療院である。職員は医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員、管理栄養士、事務職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士からなる。

2. 褥瘡対策の取り組み

褥瘡とは、日本褥瘡学会で「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流量を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる。」と定義されている¹⁾。

当施設における2025年3月の入所者概況は、

平均要介護度3.65、人生の最終段階における医療とケアの方針を決定する看取り支援は全入所者の33%、褥瘡有病率は2%であった。低栄養状態、活動の低下、疾病に伴う寝たきり状態等により褥瘡発生リスクのある入所者は年々増加しており、入所者の健康で尊厳ある生活を実現するために褥瘡対策委員会を中心に多職種協働で褥瘡対策に取り組んでいる。褥瘡対策とは褥瘡発生の予防および発生した場合の早期対応である。褥瘡を発生させないための予防は体圧分散（除圧・減圧）、スキンケア、栄養管理を行う。発生した場合の治療は局所治療と予防の3項目を組み合わせて行う。各専門職が状態の評価および計画を立案し、多職種で情報をすり合わせ情報共有しながらそれぞれの役割を実施する（表1）。

リハビリテーション科（以下、リハ科）の役割は、ポジショニング、体圧分散の評価、体圧分散用具およびクッションの選定である。ポジショニングとは運動機能障害を有する者に、クッションなどを活用して身体各部の相対的な位置関係を設定し、目的に適した姿勢（体位）を安全で快適に保持することと言う。主に仰臥位、側臥位、車椅子座位で行う。体圧分散とは臥位や座位をとる場合に、長時間同一部位にかかる圧力を減少させることであり、身体に接触する寝具や椅子等との接触状態を評価する。体圧分散用具とはベッド、椅子などの支持体と接触している時に単位体表面に受ける圧力を、接触面積を広くすることで減少させる、もしくは圧力が加わる場所を時間で移動させることにより、長時間同一部位にかかる圧力を減少させるための用具で、特殊ベッド、マットレス、クッション、パッドがあり適切と判断される用具を選定する²⁾。

看護職員からポジショニング評価の依頼を受け、

職種	主な役割
医師	- 褥瘡発生予防の統括管理 - 定期的な診察および処置方法の指示 - 併設の新富士病院との連携
看護職員	- 多職種および新富士病院との連携 - 皮膚トラブルの早期発見と予防 - 褥瘡処置への対応と褥瘡の状態観察 - 経過記録の整備 - 施設サービス計画への参加
介護職員	- 介護支援時に観察し褥瘡を早期発見 - きめ細やかな介護と衛生管理 - 施設サービス計画に基づく排泄、入浴、清潔保持など介護の実施 - 個々に応じた体位変換と安楽な姿勢の工夫 - 苦痛を排除する精神的ケアとコミュニケーション
管理栄養士	- 褥瘡の状態把握と栄養管理 - 栄養ケアマネジメントにおける状態の把握 - 高リスク者を挙げて褥瘡発生を防ぐために食事内容を検討 - 食事摂取量低下に伴う栄養保持の工夫と指導
支援相談員 介護支援専門員	- 家族への対応（褥瘡発生時の経緯や状況説明、経過の情報共有、クッション購入等の物品依頼、家族への説明等） - 施設サービス計画書の作成、家族への説明・承諾 - 多職種との連携・情報共有
リハ科	- 個々に応じたポジショニング、安定・安全・安楽な体位の工夫 - 体圧分散の評価および体圧分散用具の選定

表1 各職種の主な役割

褥瘡発生の直接的および間接的要因（表2）を評価する³⁾。直接的要因は発生部位を確認する。間接的要因は個体要因の姿勢、体型、拘縮や変形、基本的動作能力、病的骨突出等を評価する。環境・ケア要因のベッドや車椅子、クッション等の環境および使用状況等も評価する。体圧分散用具を使用して姿勢を評価し、発赤を認める場合に体圧測定で発赤部位が毛細血管閉塞圧値 32mm Hg 以下になることを確認して、より客観的かつ安全なポジショニング方法を決定する。

ポジショニング方法の決定後、iPad で撮影した

直接的要因	
要因	応力、時間、頻度、マイクロクライメット ➤応力とは外力に対応して生体内に生じる力であり、圧縮応力、剪断応力（ずれ力）、引張り応力がある。 ➤外力には圧迫、ずれ、摩擦がある。 ➤マイクロクライメットとは局所の温度・湿度であり、発汗しやすい状態は皮膚の脆弱性を高める。強い応力、長時間、高頻度、高温・多湿の条件が重なると、軟部組織は外力が加わった骨により圧迫され、応力が複合的に働き阻血状態となる。
間接的要因	
個体要因	基本的日常生活自立度、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態、浮腫、多汗、尿・便失禁
環境・ケア要因	体位変換、体圧分散用具、頭側挙上、下肢挙上、座位保持、スキンケア、栄養補給、リハビリテーション、介護力
両因子に関係するもの	外力、湿潤、栄養、自立

表2 褥瘡発生の直接的要因および間接的要因
※3) より抜粋、一部改変

画像を電子カルテに落とし込み、ポジショニング資料を Microsoft Word で作成する。内容はポイント、使用物品、設置場所、ポジショニングの写真である（図1）。看護・介護職員と情報共有するために、申し送りでの連絡、申し送りノートでの資料閲覧、ベッドサイドでの資料掲示により周知を図る。資料を確認した介護科がポジショニング方法を基に定時体位交換表を作成し、ベッドサイドに併せて掲示する（図2）。リハ科と介護科が作成した資料を現場で確認することで、関係する全職員が同じ方法で支援を行う。なお、リハ科のポジショニング評価から資料作成までの時間は 20 分程度で行い効率化を図っている。

当施設で有効活用している備品を紹介する。褥瘡防止用クッションは三角クッション等を数種類そろえているが、褥瘡防止委員会で治療および評価を目的とするクッション（商品名ピーチクリーン）を選

令和〇年〇月〇日

A 様 ポジショニング

・ポイント：仙骨部褥瘡の既往があります。側臥位は三角クッションで30度保持が基本です。

・使用物品：①ピーチクリーンワイド、②ピーチクリーンスリム

仰臥位：①両下肢の下



側臥位：①両下肢の下、②背部



資料作成 リハビリテーション科

図1 ポジショニング資料

定し使用している(写真1)。細小のクッションビーズは、硬いビーズやウレタンフォームとは異なり、拘縮・変形・るい瘦による隙間部分に密着して包み込み、長時間の荷重でも変形しにくい。また、蓄熱しにくい素材のためマイクロクライメットにも対応し、心地良く体圧分散する機能を持つ。サイズは4種類あり体型や使用方法に合わせて選択する。汚染時はカバーのみ洗濯し、クッション自体はインナーフィルムを清拭・消毒するだけで済むため衛生管理にも優れている⁴⁾。

体圧測定器は、身体と接触面に発生する圧力を正しく測定し数値化することで、褥瘡防止用具の選定および評価を行うことができる。当施設で使用している体圧測定器(商品名パームQ:写真2)は、小型で携帯しやすく操作も簡単なため実用性が高い⁵⁾。



写真1 ピーチクリーン

B 様											
	体位交換表										
時間	5'	8'	AM オムツ 後	11'	13'	離床	PM オムツ 後	16'	20'	23'	2'
向き	右	仰	左	右	仰	未離床	左	右	左	右	仰
実行者	CW	NS	CW	NS	CW	(右)	CW	NS	CW	CW	CW

3 時間体交 皮膚状態要観察

図2 定時体位交換表



写真2 体圧測定器

3. 症例報告

92歳の女性。要介護5。主傷病名は仙骨部褥瘡で、入所前の前医で褥瘡を形成していた。日常生活自立度は障害高齢者C1、認知症高齢者Ⅲb。基本動作に支障となる関節拘縮はない。バーセルインデックス20点。アルブミン値2.9g/dl。リハ科の対応として、褥瘡部位を確認し仙骨部を除圧するため、仰臥位と左側臥位の2方向に設定した。体圧分散用具はピーチクリーン（サイズはスリム）およびエアーマットを使用した。ポジショニングの方法は、左側臥位でピーチクリーンを体幹背部へ深く入れ創部の除圧・減圧を行った。仰臥位は本人の体動が多く体圧分散が可能だったため、クッション等を使用しなかった。車椅子座位は座クッションを設置して創部の減圧を行い、褥瘡の改善に努めた。介入期間は120日。仙骨部の体圧測定値は除圧

前78.7mmHgから除圧後17.5mmHgに減少した。DESIGN-R®2020は介入前10点から介入後8点に減点した。創部の状態は、介入前はピンク色で全体的に良性肉芽であったが、介入後は周囲が盛り上がり創部の出血なく縮小化し痛みの訴えや浸出液がない状態へと改善を認めた。

4. おわりに

褥瘡の予防および悪化防止を図り苦痛の少ない療養生活をしていただくためには、安定・安全・安楽なポジショニングが大切である。褥瘡対策は多くの要因を多職種協働による専門的な評価および対策を実践することで、効果を得やすいと日々実感している。リハ科職員も専門的な知識と技術を用いて、入所者が安心（気がかりな事がなく、心が落ち着き安んじること）で、安息（何の煩いもなく、寛いで休むこと）な生活を過ごしていただけるよう、日々取り組んでいきたいと思っている。

【参考・引用文献】

- 1) 田中マキ子：新まるわかり褥瘡ケア，最新ガイドライン，DESIGN-R®に基づく，照林社2022，3
- 2) 一般社団法人日本褥瘡学会：<https://www.jspu.org/>
- 3) 日本褥瘡学会学術教育委員会：褥瘡発生要因の抽出とその評価．褥瘡学会誌 2003；5(1-2)：136-149
- 4) 株式会社モルテン：<https://www.molten.co.jp/>
- 5) 株式会社ケーブ：<http://www.cape.co.jp/>



多職種協業での患者・家族の願いを叶える取り組みと事例紹介

公益財団法人健和会 健和会京町病院（福岡県京都郡苅田町）

リハビリテーション科 理学療法士 橋本剛士，清家南実子 作業療法士 松本耕太

1. はじめに

「いつでも、どこでも、だれでも安心して医療が受けられる地域医療体制の確立をめざして」を経営理念として公益法人である公益財団法人健和会は、1953年から北九州で医療活動を始め、以来半世紀にわたり地域住民や、患者の皆様に支えられ、地域になくしてはならない医療・介護のネットワークを創りあげてきた。北九州市に救急、急性期、地域包括、回復期、慢性期、障害者病棟等を有した3病院、そして北九州市から大分寄りの京築地域の慢性期医療を支える当院を有している。また、その他診療所や訪問看護ステーション、介護支援事業所など幅広い医療介護活動を展開している。

2. 京町病院の概要

京町病院は、1983年に開設された、112床の全館療養病棟からなる病院である（写真1）。診療科目としては、内科・小児科・皮膚科（入院のみ）・放射線科・リハビリテーション科を有している。（図1）

京築地域における地域包括ケアを担う慢性期病院として、地域の急性期病院の後方支援、開業医、介護事業所等からの紹介に対応できる慢性期救急を担

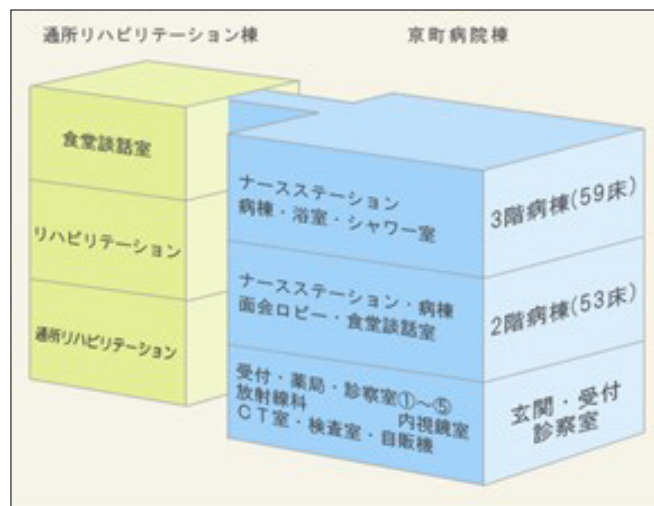


図1 病院概要

う病院として地域医療に貢献している。

当院入院患者の障害高齢者日常生活自立度分類は、B2～C2が過去5年で78.5から89.9%と年々日常生活自立度の低い患者が増加している（図2・3）。二次合併症予防目的の離床活動を行っていく中で、2019年より患者、介助者であるスタッフ双方に精神的・身体的な負担をかけることなく、安心安全に移乗動作が行えることが継続的にでき、誰もが移乗動作の指導ができることを目的にノーリフトケアの取り組みを始めた。この取り組みは、2019年度リハビリテーション科より発信しその後、プロジェクト会議を経て2022年度より院内委員会発足となり、



写真1 公益財団法人健和会 健和会京町病院

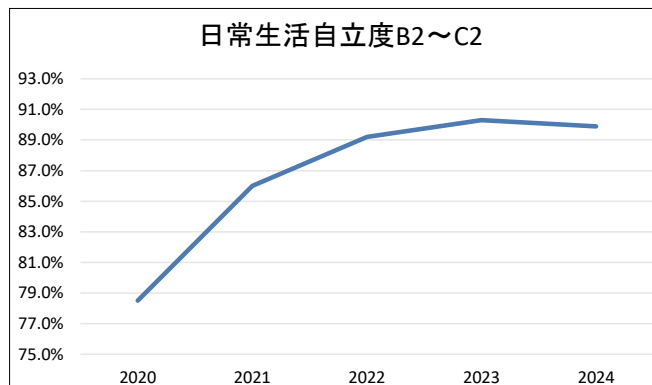


図2 2020～2024 当院日常生活自立度 B2 以上の推移

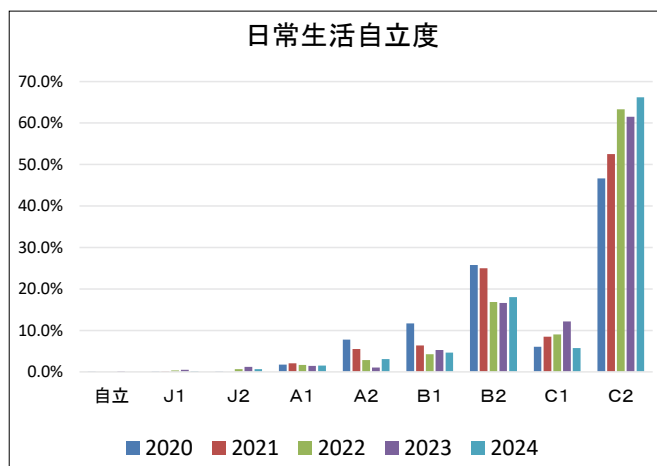


図3 2020～2024 当院日常生活自立度別推移

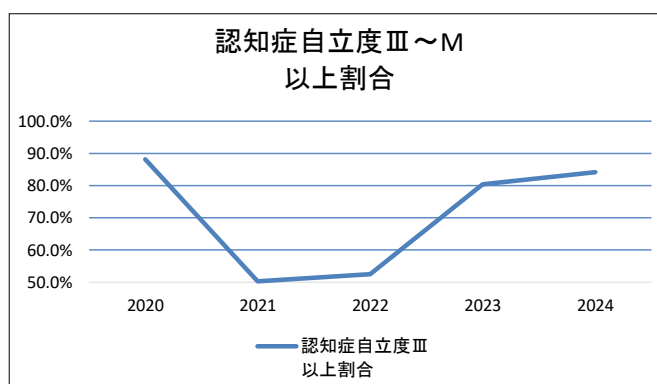


図4 当院認知症自立度Ⅲ以上の推移

現在では看護介護主導のもと活動を継続している。

また、認知症自立度に関しても、Ⅲ～Ⅳが過去5年で変動はあるものの2021年度から年々増加している(図4)。ノーリフトケアの取り組みにより離床活動の拡大が図れて行く中で、認知症カフェ(現ファニーズカフェ)、集団での体操や作業活動の取り組みを進めてきた。その結果、生活リズムの再獲得、集団生活の中での社会性の向上や見当識の向上等の効果が図れた。一方で、身体拘束患者に対して抑制カンファレンスを毎週実施し、病棟回診や薬剤カンファレンスの内容を踏まえ多職種協業で行う事で、身体的・環境的抑制解除に繋げてきた。

3. 多職種協業での患者・家族の願いを叶える取り組み

<背景・目的>

COVID-19が終息し、第5類となった後も定期的な感染拡大が繰り返され、当院でも患者・家族に寄

り添った取り組みが難しい状況だった。今年度、病院全体の取り組みとして、五感で春を感じてもらう為に病院近くの公園でお花見を実施した。外出できる患者は限られていたが、終末期患者やその家族も

参加し(写真2・3)、病院スタッフ総出の付き添いのもと、ティルトリクライニング型車椅子、車椅子、介助歩行での移動訓練を兼ねて公園の桜を堪能して頂いた(写真4)。患者は春の暖かい風を感じながら、食事可能なグループはおしることを楽しみ(写真5)、気分転



写真2 終末期患者とその家族



写真3 終末期患者との花見(患者・家族・医師)



写真5 患者と一緒におしることを楽しむ医師



写真4 公園での花見

換になったと笑顔を見ることが出来た。

<対象患者>

- ①医師の外出許可がある患者
- ②病状が落ち着いている患者
- ③とろみ剤使用にて食事が可能な患者
- ④家族と本人の希望がある患者

<方法>

午前・午後に小グループでの移動。

午後は食事はできないが、当院の面会時間に合わせ
て家族と一緒に参加できる患者。

総参加患者数：35 名

家族：5 名

参加スタッフ：医師 3 名含め看護師，介護福祉士，
リハビリスタッフ，事務，MSW，栄養科，ボランティア
スタッフ 計 35 名

<患者・家族の声> 一部抜粋

- ・桜を見てよかった。おしるこが美味しかった。
- ・外に出て桜を見ることはできないと思っていた。
- ・家族で桜を見ることはもうないと思っていた。ありがとうございました。
- ・病院の方々がたくさん来てくれたので安心しました。良かったです。

こうした取り組みは、リハビリの一環としてだけでなく、患者の精神的な充実にもつながる。

終末期患者との花見は、患者の QOL（生活の質）を向上させる大切な取り組みだと考える。春の訪れを感じることで、心が穏やかになり、自然と笑顔になり患者や家族にとって貴重な時間となった。

4. 事例紹介

今回、主介護者である内縁の夫の入院に伴い、在宅生活が困難となった認知症を呈した症例を担当。多職種と協業し、夫婦そろって次のステージ（住宅型有料老人ホーム）で安楽に生活できるよう介入したのでここに報告する。

<症例紹介>

症例は 80 代女性(以下 A 氏)。内縁の夫(以後:夫)と二人暮らしであったが X 月 Y 日、夫が COVID-19 に罹患し他院入院。夫の入院に伴い、買い物等の在宅生活が立ち行かず食事も摂れない状況が続く。夫の当院転院に伴い相談があり、同時にレスパイト目的で A 氏の入院の運びとなる。入院時金銭管理は出来ず、自宅は煩雑としており食料がない状態であった。入院後、病棟内移動独歩自立であったが、記憶力低下著明で離院リスクが高い状況であった。夫の事は覚えており世話をしようとされる場面が多くみられた。

<作業療法評価>

A 氏の訴えは「夫と一緒に暮らしていきたい」、キーパーソン（夫）の希望は「妻は物忘れがあるので一人では心配。私には麻痺があり支え合って暮らしてきたので二人で生活を続けたい。」

身体機能は年相応の筋力低下はあるものの移動は独歩自立レベル。HDS-R は 10 点、BPSD + Q は重症度、負担度共に 11/135。元々明るい性格であったようだが、病棟生活では A 氏より他者に話しかける場面はなし。FIM は 85/126 点（運動項目：68/91 点，認知項目：17/35 点）。日常生活では病棟内移動独歩自立であるが排泄（尿失禁ありリハビリパンツ着用）、入浴に見守り介助を要する。時折徘徊や夫の介助を行う等の行動があり、病棟スタッフに制止される場面が目立つ。病前生活は夫とアパート 1 F にて生活されていた。夫は左片麻痺を呈しており外出はせず、A 氏は夫にメモを貰い買い物を行っていた。ヘルパー等の介入を拒否されており介護保険申請はしていなかった。遠方に姪が住んでいたが疎遠であり、面会時姪の事を誰か理解できていない様子であった。

<目標と介入方針>

夫と安全に生活を営む為、安全な環境づくりや集中できる作業の獲得、身体機能の維持や他者交流を通してコミュニティの拡大を目指す。退院先への情報共有を図り安全な生活の継続を目指す。

<介入と経過>

第1期（入院～1W）

入院時より病棟内移動は独歩自立されている。時折落ち着かず病棟内の徘徊見られる。また入院時より夫の指示で車椅子を押したり、トイレの介助を行ったりと夫婦ともに転倒リスクが高い行為を繰り返しており、病棟スタッフの見守り強化、夫への口頭指導と居室内環境調整を実施。

第2期（1W～1M）

入院時と比較し病棟生活に慣れ徘徊は少なくなったが、日中居室でベッド臥床していることが増加し、活動性の低下みられた。リハビリでは活動性の向上、集中できる作業の獲得、夫以外のコミュニティーへの参加による精神賦活を目的に作業活動、集団体操を実施。

第3期（1M～退院）

作業活動定着しリハビリから病棟へ作業活動の場を移行。日中2時間程度落ち着いて活動でき、他者へ自ら話しかける場面も見られるようになる。夫の介助をする行動は継続しているが、夫の回復も進み車椅子移動を手伝う程度の介助となった。ブレーキのかけ忘れがあり、相互に注意できるようブレーキに目印をつけ指導を行った。要介護2の認定となり夫婦揃っての入所に向け経済面の整理の為、結婚し当院で病棟スタッフと協業し結婚式を挙げる（写真6）。写真付き添書を作成し施設でも夫婦揃って安全に生活できるよう施設と注意点を共有する。



写真6 院内結婚式の様子

第4期（退院後）

夫婦揃って住宅型有料老人ホームに入所する。当院往診スタッフや夫からの聴取で施設では同部屋ではなく隣部屋になってしまったが、日中夫の部屋に入室し生活できているとのこと。レクリエーション等にも積極的に参加し他者とコミュニケーションも取れている様子。夫の体調変動により時折介助行動があるも、施設スタッフに見守りを行って頂くことで転倒なく生活できている。

<結果>

結婚し夫婦揃って退院し住宅型有料老人ホームへ入所。現在も寄り添った生活を継続できている。

<考察>

今回、夫の入院に伴い在宅生活が困難となった認知症を呈した症例を担当し、夫婦そろって次のステージ（住宅型有料老人ホーム）で生活が継続できるように、リハビリでは集中できる作業の提供やコミュニティーの拡大、また多職種と協業し環境調整や情報共有、退院後のモニタリングを行うことが出来た。退院にあたり情報共有を行ったことで、施設スタッフへの働きかけやその後のモニタリングにつなげることが出来た。退院後も安全な生活を送って頂く為に、地域との繋がりは大切であると感じた一例であった。

<おわりに>

今後も継続して、患者の「その人らしさ」を尊重し、希望を叶えていくための一つとして、終末期医療の取り組みを考えていきたい。



写真7



医療療養病棟における排泄に関する個別指導の評価

社会医療法人財団白十字会 燿光リハビリテーション病院（長崎県佐世保市）
介護福祉士 小川沢美，吉浦菜々子 看護師 赤木由美子，寺崎主馬
兵庫県立大学 教授 石垣恭子

1. はじめに

当院は、長崎県佐世保市で唯一の回復期リハビリテーション病棟を有する病床数 330 床の療養型病院である。回復期リハビリテーション病棟，医療療養病棟で構成されている。外来診療はなく，入院患者は主に急性期病院，近隣施設，個人病院からの紹介患者である。A 病棟は医療療養病棟である。急性期病院での治療を終えても，引き続き医療の必要度が高く，病院での療養を継続する必要がある患者を対象としている病棟である。疾患・状態に係る医療区分，処置等に係る医療区分はそれぞれ 1～3 の 3 段階に分類されており，当院では医療度の高い医療区分 2～3 の方が対象となる。更に A 病棟では，入院時から日常生活自立度が C2 レベルの患者が多く，約 90% がオムツでの排泄を行っている。回復期リハビリテーション病棟に比べ医療療養病棟は全身状態が悪化しやすい患者が多く，ADL 向上に向けた

取り組みに関しても実施しにくい状況にある。しかしながら，ADL 向上へ繋がる取り組みの実施と個別対応として患者にあった排泄方法を検討し，患者により良い排泄ケアの提供を常に行う必要がある。今回，A 病棟の介護福祉士に排泄ケアに関する意識調査を行い，患者の個別性に合わせた排泄ケアの提供や，提案ができるように意識の向上を目指す取り組みを行った為，ここに報告する。

2. 研究方法

- (1) 研究対象者 A 病棟 介護福祉士 11 名
- (2) 研究期間 令和 5 年 5 月 8 日～令和 5 年 11 月 30 日
- (3) 研究方法
 - I) 介入前の意識調査をテスト形式で実施（図 1）
 - ① 5 項目は排泄ケアに関する知識を記述式とし，1 解答 4 点の配点とした。
 - ② 2 番目の項目は医療療養病棟での患者の個別性に

医療療養病棟における排泄に関する意識調査について

1. あなたの医療療養病棟での経験年数を教えてください。（ ） 年
2. 排泄介助とはどのようなことをいいますか。（ ）にあてはまることばを入れてください。
ひとりでは排泄の行為・動作が（ ）なった方や，排泄機能に（ ）がある方を（ ）すること。
3. 排泄の自立について以下の（ ）にあてはまる言葉を入れてください。
高齢者の排泄障害は自分でできることだけが自立では無いため，（ ）を必要とする自立も（ ）を必要とする自立もあります。
それぞれの（ ）残存機能に応じた気持ちの良い排泄の提供を目指すことが（ ）への第一歩です。
4. 排泄方法の種類はなにがあげられますか。考えられる種類を全て記入してください。
5. ケアを行う際に気を付けていることを教えてください。
6. 排泄ケアを行う際の情報収集はどのようなところから得られますか。すべて書いてください。
7. 医療療養病棟での排泄介助についてあなたの思う問題点を教えてください。
8. 医療療養病棟において尿意，便意の訴えがある全介助が必要な患者への排泄介助の方法についてあなたの考えを教えてください。

図1 医療療養病棟における排泄に関する意識調査

9. 以下の患者情報から適切と思われるケアの提供について答えてください。

性別 男性 75歳 傷病名 右大腿骨頸部骨折

既往歴 高血圧・糖尿病・慢性心不全・脳梗塞後遺症・前立腺肥大

ADL 食事は3食ベッド上にてセッティングの元、自助具を用いて摂取されている。コール対応可能。排泄は24時間オムツにて対応。尿意あり。少しの尿量や出ていない時でもパット交換の依頼がある。ベッドからの起き上がり移乗は一部介助にて可能だが、本人希望で排泄はベッド上で行っている。脳梗塞後遺症・骨折に伴う麻痺・能力低下あり。リハビリへの意欲も低く、介護依存も強い。右大腿骨頸部骨折に関しては保存的治療中。不安感や恐怖心が強く、疼痛が強くなると、混乱し大声になることもある。認知面も短期記憶障害が見られ認知機能が低下している。

- ① 排泄情報の取得はどのように取りますか？
- ② 排泄方法として適切と思う方法を理由と共に記入してください。
- ③ 介助を行う際の注意点や、正しい接し方はどのようなものか記入してください。

図2 介入後意識調査の患者事例3

合わせた排泄ケアについての問題点や排泄介助の方法、注意点などを記述式とし、配点はなしとした。

II) 意識調査に基づいての資料配布と分散教育の実施

排泄ケアに関する資料を作成し配布した。資料は排泄ケアナビを引用して作成し、分散教育時に意識調査で利用した患者事例1, 2を通して、適切なケアの検討と指導を実施した。

事例1は脳血管疾患、高血圧症の女性で、ADLの向上が難しい患者、事例2は骨折、骨粗鬆症、認知症、難聴の女性で、ADL一部介助で今後の向上が見込める患者を事例とした。

III) 介入後の意識調査をテスト形式で実施

- ①介入前の意識調査と同様の形式で実施した。
- ②患者の事例3を追加した。事例3の内容は右大腿骨頸部骨折、脳梗塞後遺症の男性で、ADL向上が見込まれるが、介護依存度が高い患者を事例とし、配点なしとした。(図2)

3. 倫理的配慮

本研究は燿光リハビリテーション病院臨床研究審査委員会に提出し承認を得て実施した。

アンケートは無記名とし、得られたデータは個人が特定できないように配慮し、研究対象者には、研究の主旨、自由参加、いつでも参加を拒否できること、研究に参加しなくても不利益にならないことを

記載し、アンケートの回収をもって同意とした。アンケート集計後はすべてシュレッダー処理を行い廃棄した。

4. 結果

介入前後の意識調査の結果について、医療療養病棟での経験年数の問いでは、1年未満は4人(36%)、4年は2人(18%)、6年は2人(18%)、8年は1人(9%)、10年以上は2人(18%)であった。

「排泄介助とはどのようなことをいいますか。()にあてはまる言葉を入れてください(図3 2)」という問いでは、介入前が12点中平均11.27点、介入後が12点中平均12点であった。

「排泄の自立について以下の()にあてはまる言葉を入れてください(図3 3)」の問いでは、介入前が16点中平均12点、介入後が16点中平均16点であった($P < 0.001$)。

「排泄方法の種類は何があげられますか。考えられる種類をすべて記入してください(図3 4)」の問いでは、介入前が28点中平均16.72点、介入後が28点中平均25点であった($P < 0.001$)。

「排泄ケアを行う際に気をつけていることをすべて教えてください(図3 5)」の問いでは、介入前が32点中平均12点、介入後が32点中平均21点であった($P < 0.001$)。

「排泄ケアを行う際の情報収集はどのようなところから得られますか。すべて書いてください(図3 6)」

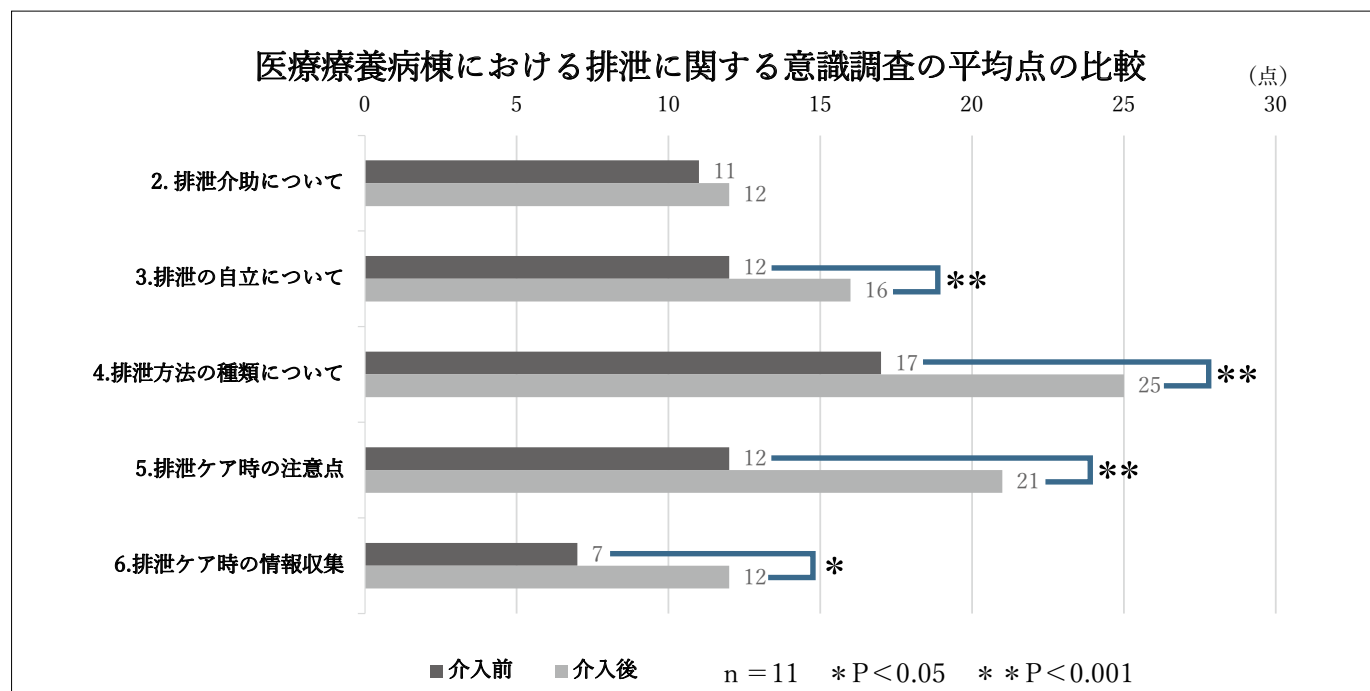


図3 医療療養病棟における排泄に関する意識調査平均点数の比較

の問いでは、介入前が12点中平均6.54点、介入後が12点中平均11.6点であった ($P < 0.05$)。

合計点数は介入前が100点中平均58.72点、介入後が100点中81.6点であった。

平均点が約23点上がり、合計点数を対応のあるt検定を行い有意差を認めた為、有意に介入後の平均点が高くなった ($P < 0.001$)。問2では穴埋め方式の基礎問題を出した為、前後ともに解答することが出来ており有意差はなかった (図3参照)。

配点の対象としない2番目の項目については、「医療療養病棟での排泄介助についてあなたが思う問題点を教えてください」という問いでは、「寝たきり＝オムツと考えてしまう」「人員不足の為、尿意、便意がある患者はオムツでの排泄を促している」「業務優先で業務を行っている」「患者にあったオムツの選定が出来ていない」などの回答が得られた。

「医療療養病棟において尿意、便意の訴えがある全介助が必要な患者への排泄介助の方法についてあなたの考えを教えてください」の問いでは、「2人介助でポータブルトイレか自室トイレに誘導ができればしてほしい」「スタッフコールが押せる患者なら訴え時に尿器や差し込み便器を使用する」「時

間ごとに声掛けを行う」「担当間で適切な排泄介助を話し合う」などの回答が得られた。

事例1では、疾患やADLの状態から、オムツ以外の排泄提供が困難な患者での検討を行った。寝たきり＝オムツではなく、疾患やADL等の要因を基にオムツを選択していることも指導した。資料を用いた分散教育後の患者事例について、介護福祉士の11名全員から排泄方法の提案を聞くことができた。排泄の提案では、「患者の意思や体調によって現状維持を優先した方がいい」「尿意や便意の訴えがある患者には、ADL向上を目指した介入が必要である」との意見があがった。介入後の成果を確認するために事例3を追加した結果、介護福祉士全員が患者を優先した排泄ケアの提案が行えた。また個別指導を行った結果、患者にあった排泄ケアの必要性について理解でき、患者優先の排泄ケアの提案もできるようになった。

5. 考察

医療療養病棟では、約90%の患者がオムツでの排泄を行っており、尿意や便意がある患者へもオムツでの排泄を促している状態がある。今回の意識調

査を行って、介入前より介入後の平均点が上がった為、排泄ケアに関する基礎知識は向上したと考えられる。また、分散教育の中で、排泄の提案が患者優先ではない意見や、傷病などに配慮してない提案が聞かれたが、1対1、1対2で個別指導を行うことで、患者にあった排泄ケアの提案の重要性などを介護福祉士へ指導ができた。介入後の意識調査の患者の事例では、介護福祉士全員が患者を優先した排泄ケアの提案が行えていた。個別指導によって患者にあった排泄ケアの理解ができ、また患者優先の排泄ケアの提案もできるようになったと考える。しかし、意識調査の中で、ADL向上を目指した排泄ケアを優先して行えていない現状が問題点としてあがった。小山は「介護の現場では、尿意や便意を感じた時には、最優先で排泄を行うべきだという考えが浸透しています。これは食事や入浴などとは異なり、排泄は自分でコントロールすることができない生理現象だからです。また、排泄の失敗は本人に精神的なダメージを与え、生活そのものに対する意欲を奪うきっかけともなってしまうからです。そのため、介護する側は忙しさを理由に排泄介助を断ったり、後回しにすることは避けるようにするべきというのがこの排泄最優先の原則です。」¹⁾と述べている。日々のケアの中で、患者の表情や言動に気づき、ADL向上を意識した排泄ケアを行っていく必要がある。他の介護福祉士と多職種への情報共有と、統一した排泄ケアが必要であると考え、個別ケアの提案を実現させるためにも、排泄ケアを最優先に考えることができるように、介護福祉士に対し教育は継続して行っていく必要があると考える。

今後の取り組みとしては、尿意や便意のある患者

への排泄方法について毎月開催されるチーム会で検討すること。また、オムツでの統一した排泄ケアができるように、パットの種類やオムツ交換時間を記入したオムツのアイテム表を作成すること。加えて病棟全体に導入を行っていくこと。排泄介助に関する学研eラーニングを活用した教育を継続していくことなどを考えている。

6. 結論

- ①排泄に関する意識調査は、介入前後で合計平均点が約23点上がった。
- ②個別教育を行うことで個別の排泄ケアの提案ができるようになった。
- ③患者を優先にした排泄ケアを実現する為には、介護福祉士への教育を継続する必要がある。

【引用文献】

- 1) 小山けんいち：介護ワーク, <https://kaigo-work.jp/article/237017/>, 2024.1.19

【参考文献】

- 1) 排泄ケアナビ排泄介助, <https://carers-navi.com/>, 2023.8.20
- 2) 排泄ケアナビ排泄の自立, <https://www.carenavi.jp/ja/basic/about/jiritsuhaitsesu/06.html>, 2023.8.20
- 3) 排泄ケアナビ排泄の正しい手順, <https://kaigo-work.jp/article/237017/>, 2023.9.14
- 4) 排泄ケアナビ排泄障害に合わせたアイテムの選びのポイント, <https://www.carenavi.jp/ja/basic/omutsu/choice/disease.html>, 2023.9.14



臨床現場で押さえるレキサルティ服用の要点

医療法人大誠会 内田病院（群馬県沼田市）

理事長 田中志子

1. はじめに

2024 年 9 月に統合失調症，うつ病・うつ状態の補助療法に加え，レキサルティ（一般名：ブレクスピプラゾール）が，国内で初めて非薬物的介入が奏功しないアルツハイマー型認知症の焦燥感，易刺激性，興奮による過活動 / 攻撃的言動といった BPSD 領域に適応が承認された。これは同症状に対し標榜する初の薬剤であり，臨床現場にとっては大きな変化となったと考える。これまでは本人，家族に説明の上オフラベルで同様の効能の薬を投与せざるを得なかったが今回は，しっかりとした適応のもので処方できるものである。ここでは薬についての説明を中心に進めるが，そもそも「なぜこの患者さんが今，興奮，不穏，怒りといった BPSD を起こしているのか？」とケアチームで考えることがはじめの一步であることは言うまでもない。その上で非薬物的介入から関わりを重ねて，それでも対応に苦慮した際にこういった承認薬があることで多角的な対策が取れるという内容である。

2. 用法・用量の実際

認知症関連アジテーションについては少量の 0.5mg から開始し，1 週間以上様子を見て効果がない，あるいはさらに内服が必要であれば 1 mg へ増量する。さらに十分な効果が得られず忍容性良好なら 2 mg へ増量が可能である。しかしながら高齢者は本剤の長半減期（約 50 – 90h）のため，効果がないと判断した後に一気に効き目が現れることもあり，増量の直後に過鎮静に陥ることもあるので注意が必要である。また 1 日 1 回投与で血中濃度を安定化できることも使いやすさの一つでもある。また，レキサルティは CYP2D6/CYP3A で代謝される。併用禁忌の薬剤については添付文書等を参照された

3. 高齢者におけるリスクマネジメント

高齢認知症患者では抗精神病薬関連死亡リスク増加が示されており，国内試験でも本剤群に死亡例が報告されている。投与は専門医連携下で短期間にとどめ，併存症管理と定期評価を徹底する。落ち着いてきたら漸減し，漫然と長期投与にならないよう配慮する。また，パーキンソン症状が出てきたら速やかに中止することが望ましい。副作用でも不眠に次いでアカシジアが報告されている。とくにアカシジアは治療継続を阻害するため，下肢そわそわ感や多動訴えを見逃さず，ベンゾジアゼピン投与や減量を検討する。遅発性ジスキネジアが出現した場合は速やかに中止する。コロナ禍後はマスク着用のまま受診することが多いと思われるが，口唇ジスキネジアに気づくことが遅れないよう時にはマスクを外して患者の表情を見てほしい。日頃フレイル発見のために体重減少対策として体重測定を実施していると思われるが，食欲亢進のために本剤では体重増加が見られることがあるので，その対策としても月 1 回の体重測定と生活指導は，実施した方が良好だろう。また，適応は 2025 年 6 月現在ではアルツハイマー型認知症に限っていることに注意してほしい。

4. 服薬アドヒアランス

当然のこととして，BPSD を生じている患者はこういった薬剤をすんなりとは内服してくれない。症例の多くは周囲と不信感のある緊張状態であり，内服には工夫が必要である。中には内服のために何かに混ぜて食べさせるという場合もあるかもしれない。余談ではあるがデンマークでは認知症の本人が望まない薬を飲ませることは虐待と認定される。私たちも BPSD の状態にある方をよってたかって押さえつけて，レキサルティを口の中に押し込んでさらに不穏や不安，絶望感に陥れることのないよう配慮

してほしい。

5. まとめ

レキサルティは、統合失調症、難治性うつ病に加えて認知症関連 BPSD でエビデンスを有する多受容体作動薬である。特にアルツハイマー型認知症の BPSD に対して処方する際には開始用量・増量間隔、CYP 阻害薬との相互作用や主要副作用を整理し、慎重に投与する。また、適切な環境設定とケア

の提供や第一選択である非薬物的介入をしっかりと実施した上で、最後の切り札として少量から投与し、定期的な有効性・安全性評価を組み合わせることによって、患者個別性に応じた安全かつ効果的な薬物療法を併用してほしい。安易に薬に頼るのではなく、なぜその BPSD が生じているのかの背景を読み解くことが肝要であり、そこにはチームアプローチが欠かせない。




『日慢協BLOG』とは

日本慢性期医療協会では、厚生労働省で開催されている中央社会保険医療協議会(中医協)、入院・外来医療等の調査・評価分科会、介護保険部会、介護給付費分科会などの様々な審議会に、当協会役員が委員として出席しております。

審議会での発言など日慢協からの提言は「日慢協BLOG」でチェック！！












高齢患者の直接経口抗凝固薬エドキサバン内服における出血性イベントと今後の対応についての検討

医療法人社団一心会 初富保健病院（千葉県鎌ケ谷市）

医師 的場孝盛

【和文抄録】

【目的】医療療養病棟、介護医療院入院中のエドキサバン内服中の患者について出血性イベントを調査し、今後の治療の一助とすること。【方法】2023年1月から12月までにエドキサバンを内服していた患者を対象に出血性イベント、患者属性を後方視的に調査した。各内服用量の出血リスク、出血群に対する非出血群の死亡リスク、薬物添付文書改訂前後の減量可否についてFisherの正確確率検定を実施した。【結果】対象48名、出血群は計6名（12.5%）であった。エドキサバン内服用量の3群間（60・30・15mg群）で出血率、死亡率に有意差は認めなかったが（各々 $p=0.77$, $p=0.36$ ）、出血群の非出血群に対する死亡リスク増加が示唆された。更に薬剤添付文書改訂前後で減量可群が有意に増加し（ $p<0.05$ ）、減量可13例で出血性イベントを呈した3例中2名は観察期間中に死亡している。【結語】エドキサバン内服用量の減量、中止の可否を積極的に検討する必要がある。

【Key words】

医療療養病棟、介護医療院、直接経口抗凝固薬、出血性イベント

【はじめに】

直接経口抗凝固薬（Direct Oral Anticoagulant：以下DOAC）であるエドキサバンは、非弁膜症性心房細動（Non-valvular Atrial fibrillation；以下NVAF）、静脈血栓塞栓症（Venous thromboembolism：以下VTE）および下肢手術時のVTE予防に対して適応がある。通常成人には、NVAFまたはVTE症例で体重60kg以下のとき、1日1回30mg、60kg超のとき、60mg（腎機能、併用薬に応じて1日1回30mgに減量）が処方され、下肢手術時のVTE予防では1日1回30mgが処方されてきた。心房細動の有病率は年齢とともに上昇し、心房細動と年齢はそれぞれ独立した脳卒中の危険因子である^{1) 2)}。脳卒中予防のためのガイドラインでは心房細動に罹患している症例は、高齢者を含めDOACが推奨されている^{3) 4)}。またエドキサバンを含むDOACが2014年以降、本邦でもVTEに対して保険適用となり、その有効性および安全性に関しては多数報告されている^{5) 6) 7)}。

更にエドキサバンはDOACで唯一整形外科領域でのVTE発症予防の保険承認があり、周術期において整形外科領域でも処方されてきた。このような背景から医療療養病棟および介護医療院に入院した高齢者においてDOACが継続処方されるケースが増えている。一方で実臨床では定期的な検査が行われずに、薬剤が継続投与されることが少なくない⁸⁾。高齢入院者が多数を占める慢性期医療機関での処方の安全性についての報告は少なく、不明な点が多い。そのような状況の中、これまでNVAF患者の出血リスク評価にはHAS-BLEDスコアがあったが、このスコアはビタミンK拮抗薬ワルファリン内服患者を対象に開発されたものであり、DOAC内服中のNVAF患者の出血リスクの個別的評価としてDOACスコアが提唱されている⁹⁾。本研究の目的は医療療養病棟および介護医療院に入院したエドキサバン内服中の高齢者を対象に、出血リスクと出血性イベントを調査し、今後の治療方針の一助とすることである。

【方法】

＜研究デザイン＞

研究デザインは後方視的観察研究とした。

＜対象＞

対象は当院医療療養病棟、介護医療院入院中の患者で、2023年1月1日時点でエドキサバンを内服していた症例。

＜評価＞

2023年1月1日から12月31日までに発生した出血性イベントについて診療記録から情報を収集した。データは基本属性(年齢, 性別, 疾患, 服薬歴), 身長, 体重, 血液・生化学検査所見, 血清クレアチニン値を収集し, Cockcroft-Gault の式よりクレアチニークリアランス値 (Creatinine clearance: 以下 CCr) を計算した。更に上記情報から DOAC スコアを算出した。

＜統計学的解析＞

すべての統計解析には EZR (R version 4.3.1) を使用し, エドキサバンの内服用量の 3 群 (60mg, 30mg, 15mg) 間での出血リスク, 出血群に対する非出血群の死亡リスク, さらにエドキサバンの用法および用量に係る承認事項 (以下: 添付文書) の改訂前後の減量可群・不可群について Fisher の正確確率検定を実施した。統計学的有意水準 5 % (両側検定) とした。EZR は R および R コマンダーの機能を拡張した統計ソフトウェアであり, 自治医科大学附属さいたま医療センターのホームページで無料配布されている¹⁰⁾。

【結果】

対象は 48 名であった。患者属性を表 1 に示す。男性 17 名 (35.4%), 女性 31 名 (64.6%) であった。平均年齢は全体で 84.9 歳, 平均体重は全体

エドキサバン用量 (mg)	60mg	30mg	15mg	全体
症例数 (人)	3	31	14	48
性別, 男性 (人)	2	9	6	17 (35.4%)
平均年齢 (±標準偏差) (歳)	71.7	87.0	83.1	84.9 ± 1.5
平均体重 (±標準偏差) (Kg)	63.2	43.6	41.8	44.3 ± 1.6
平均CCr (±標準偏差) (mL / 分)	120.8	41.7	55.1	50.6 ± 4.5
エドキサバンの適応疾患 (人) (NVAf/VTE/整形外科手術時のVTE予防)	3/0/0	23/8/0	5/8/1	31/16/1
出血性イベント症例 (人)	0	5	1	6 (12.5%)
死亡例 (人)	0	6	5	11 (22.9%)
DOACスコア 平均点±標準偏差	5.3	8.6	8.4	8.3 ± 0.3
DOACスコアVery high (10点) (人)	0	11	5	16 (33.3%)
DOACスコアHigh (8-9点) (人)	0	11	4	15 (31.3%)
DOACスコアModerate (6-7点) (人)	1	8	3	12 (25.0%)
DOACスコアLow (4-5点) (人)	2	1	1	4 (8.3%)
DOACスコアVery low (0-3点) (人)	0	0	1	1 (2.1%)

表1 対象者の属性

NVAf: Non-valvular Atrial fibrillation VTE: Venous thromboembolism

DOAC スコア: 年齢 (65-69 2 点, 70-74 3 点, 75-79 4 点, 80 歳以上 5 点), CCr (30-60 1 点, 30 未満 2 点), BMI (18.5 未満 1 点), 血栓塞栓既往 1 点, 併存症 (糖尿病 1 点, 高血圧症 1 点, 肝疾患 2 点), 抗血小板薬 (アスピリン内服 2 点, 2 剤内服 3 点), NSAID 内服 1 点, 出血の既往 3 点で評価, 合計 0-10 点で評価 (10 点以上も 10 点として扱う⁹⁾)

で 44.3kg（男性 50.1kg，女性 40.6kg），エドキサバンの内服用量は各々 60mg，30mg，15mg が全体で 3 名，31 名，14 名，CCr の平均値は全体で 50.6ml/分であった．エドキサバン内服の適応疾患別においては，NVAf は 31 名（男性 10 名，女性 21 名），VTE は 16 名（男性 6 名，女性 10 名），下肢手術時の VTE 予防は 1 名（男性のみ）であった．また抗血小板薬内服を併用していたのは男性のみ 4 名であった．エドキサバン内服用量毎（60/30/15mg）では，平均年齢（71.7/87.0/83.1）歳，平均体重（63.2/43.6/41.8）kg，平均 CCr 値（120.8/41.7/55.1）mL/分，出血性イベントは（0/5/1）例，死亡例は（0/6/5）例，DOAC スコアの平均値（5.3/8.4/8.1）点で，全体平均は 8.1 点であった．そして適応疾患（NVAf/VTE/ 整形外科手術時の VTE 予防）は 60mg（3/0/0）例，30mg（23/8/0）例，15mg（5/8/1）例であった．エドキサバン内服用量の 3 群間（60・30・15mg 群）で出血リスクおよび死亡リスクに有意差は認めなかつ

た（各々 $p=0.77$ ， $p=0.36$ ）（表 2）．
経過観察中，出血を認めたのは計 6 名（男性 3 名，女性 3 名）で割合は 12.5%（男性 17.6%，女性 9.7%）であった．DOAC スコアは平均 8.2 点で，10 点（Very high）が 4 名含まれていた．出血の内容は血尿 3 名，肛門出血 1 名，出血性胃潰瘍 1 名，左大腿筋肉内血腫 1 名であった．出血後のエドキサバン服用に関して 6 名中 3 名は中止，3 名は同量で継続した（表 3）．出血例はいずれも抗血小板薬の併用はなく，エドキサバンの休薬，中止にて出血の持続や貧血の進行は認めなかった．全 48 症例の中で観察期間中に死亡した症例は 11 例であり，出血性イベントを認めた症例が 6 名の中で 3 名（50%），非出血者では 42 名の中で 8 名（19.0%）であった．観察期間中，NVAf 症例での心原性脳梗塞の新規発症および再発や VTE 症例での VTE 再発所見は認めなかった．また VTE でエドキサバンを 3 か月以上継続している理由としては，担癌患者で継続 2 例，慢性血栓性肺高血圧症で継続 1 例の他に，VTE

エドキサバン内服用量（mg）	出血あり(人)	出血なし(人)	生存例(人)	死亡例(人)
60	0	3	3	0
30	5	26	25	6
15	1	13	9	5
Fisher の正確確率検定	$p=0.77$		$p=0.36$	

表 2 エドキサバン内服量別の出血例および死亡例

	性別	年齢 (歳)	適応疾患	エドキサバン 内服量（mg）	DOAC スコア	出血内容	服用への対応	出血後の転帰
1	男性	55	NVAf	30	4	大腿筋肉内血種	30mgで継続	著変なし
2	女性	104	NVAf	30	10	血尿	出血以降中止	3か月後，心不全で死亡
3	女性	93	NVAf	30	10	肛門出血	30mgで継続	5か月後，老衰で死亡
4	男性	87	NVAf	30	10	出血性胃潰瘍	出血以降中止	1か月後，尿路感染症で死亡
5	女性	92	VTE	30	10	血尿	出血以降中止	著変なし
6	男性	57	VTE	15	5	血尿	15mgで継続	著変なし

表 3 観察期間中に出血を認めた 6 例

NVAf：Non-valvular Atrial fibrillation VTE：Venous thromboembolism

発症3か月以内に当院転院，継続5名，不詳8名であった（表4）。

内容	症例数
担癌患者で継続	2
慢性血栓塞栓性肺高血圧症で継続	1
VTE発症3ヶ月以内に当院転院，継続	5
不詳	8

表4 VTEでエドキサバンを3か月以上，継続して内服している理由

VTE：Venous thromboembolism

【考察】

本研究は医療療養病棟および介護医療院に入院した患者を対象に出血性イベントについて調査した。先行研究では，VTE症例（2419例）でのエドキサバン内服における出血率は，大出血（ヘモグロビン2.0g/dl以上の低下，赤血球液2単位以上の輸血を要する，脳内出血，後腹膜出血および致死的な出血のいずれかを認める出血）は1.1%，非大出血は9.5%という報告があるが⁶⁾，本研究で出血を認めたのは計6名で割合は12.5%であった。またNVAF患者におけるDOACスコア別の大出血イベントの発生率（GARFIELD-AFレジストリ，12296例）は，Very high（3.7%/年），High（2.4%/年），Moderate（1.9%/年），Low（0.9%/年），Very low（0.3%/年）となっており⁹⁾，本研究の対象者のDOACスコア平均8.1点（High）であることから，観察期間がより長期になれば，大出血を呈する患者を生じた可能性がある。慢性期医療機関では入院前の処方を継続することが多く，実臨床においては定期的な検査が行われずに，薬剤が継続投与されていることが少なくない⁸⁾。一方で腎不全，出血の既往，多剤内服，フレイルのような出血リスクを考慮し，多くの臨床医はDOACを処方することに抵抗がある^{11) 12) 13)}。

本研究の結果から，エドキサバンの内服用量の3群（60mg，30mg，15mg）間で，有意差は認めなかった（ $p=0.77$ ）。一方，死亡例では出血性イベントを

認めた症例が6名の中で3名（50%），非出血者では42名の中で8名（19.0%）であり，死亡リスクの増加が示唆された。

高齢者に対する低用量エドキサバンの有用性および安全性については，NVAF患者での報告がある。奥村らは80歳以上のNVAF患者を二重盲検化で低用量エドキサバン群とプラセボ群に割り付け，大出血を増加させることなく脳卒中および全身性塞栓症を有意に低減させることができたと報告している¹⁴⁾。この結果を受けて，2021年にエドキサバンの添付文書が改訂され80歳以上の高齢者で，かつ体重45kg，重要器官（頭蓋内，眼内，消化器官等）での出血の既往，非ステロイド性消炎鎮痛剤の常用，抗血小板薬の使用の1つ以上の出血性素因を満たせばエドキサバン15mgを1日1回投与することを考慮することとなった。今回，表5に示すように，NVAFを有する対象者の中で15mgに減量を考慮できる症例は31例中13例（41.9%）あり，エドキサバン添付文書改訂前の1例（3.2%）に比べ有意に増加していた（Odds Ratio：20.72，95%信頼区間2.70-945.71， $p=0.00046$ ）。更にその13例中，3例が出血性イベントを発症しており，そのうち2例が観察期間中に死亡している。出血性イベントがあれば，微小な出血でも死亡リスクが高いことが示唆されており，高齢者の経口抗凝固薬に関しては減量および中止をより積極的に考慮すべきであり，主治医の判断にもよるが，少なくない症例で減量が可能と考えられる。

	15mgに減量可 (人)	15mgに減量不可 (人)
添付文書改訂前	1	30
添付文書改定後	13	18
Odds Ratio: 20.72, 95%信頼区間 2.70-945.71, $p=0.00046$		

表5 エドキサバンの添付文書改訂前後でのNVAF患者の用量減量可・不可群の比較

またVTE患者に対しては，ビタミンK拮抗薬ワルファリンが約50年間，唯一の経口抗凝固薬として使用されてきたが，本邦でも2014年にエドキサ

バン, 2015年にリバーロキサバンおよびアピキサバンなどのDOACがVTEに対して使用可能となった。DOACは血液凝固第Xa因子を選択的に阻害することで抗凝固作用を示し, 食事による影響がなく, 出血性合併症の発生頻度が低いことが利点であり, 広く使用されるようになった。日本循環器学会および合同研究班参加学会による「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓の診断, 治療, 予防に関するガイドライン」は2004年に初版が発表され¹⁵⁾, 2017年に改訂版が発表された¹⁶⁾。改訂版においてVTEに対する抗凝固療法としてDOACが推奨クラスI, エビデンスレベルAで記載された。また同ガイドラインの中で急性期の抗凝固療法は可逆的な危険因子がある場合には3か月間, 誘因のないVTEでは少なくとも3か月間の投与を行う(クラスI, エビデンスレベルA), 急性期の抗凝固療法の3か月以上の延長治療を行う場合には, リスクとベネフィットを定期的に十分に検討する(クラスI, エビデンスレベルC)と記載されている。ただし, 中枢型の深部静脈血栓症で, 再発例や癌患者で治癒しない例ではより長期の投与を行うと記してある。今回の対象VTE患者はすべて3か月以上内服を継続しているが, 表4で示した担癌患者と慢性血栓塞栓性肺高血圧症を除く13例では中止を検討する余地がある。

またエドキサバンはDOACの中で唯一, 整形外科領域でのVTE発症予防の保険承認があり, 周術期においてVTEの発症予防から治療まで同一薬剤で行うことが可能である。したがって広く処方されてきたが, VTEの抗凝固療法と同様, 3か月以上の延長治療を行う場合には, リスクとベネフィットを定期的に十分に検討し, 中止を検討する必要がある。

更に日本老年医学会により作成された「高齢者の安全な薬物治療ガイドライン2015」では, 高齢であること自体が最も重要な抗血栓薬(抗血小板薬, 抗凝固薬)による出血リスクの予測因子の一つであり^{17) 18)}, 常に抗血栓薬投与によって得られるベネフィット(虚血イベント発症リスク低下)とリスク(出血イベント発症リスク上昇)のバランスを評価しなければならないと述べられており, 今後ますますリスクとベネフィットを勘案して減薬を行うこと

が重要になっている。

本研究にはいくつかの限界がある。1つ目は単施設の研究で症例数が限られていたことである。2つ目は, 後方視的研究であったことである。入院前にも体重変化や出血既往などで, すでに薬剤調節がされていた可能性がある。今後, 多施設での研究や介入研究などで, DOACの減量, 中止の妥当性がより高精度で示される必要がある。

【結語】

本研究は当院の入院患者を対象にエドキサバン内服における出血性イベントを調査した。出血を認めたのは計6名(12.5%)で, そのうち3名は減量検討可能例であった。80歳以上, 体重45kg以下を満たすNVAF症例や3か月以上継続して内服しているVTE症例では各々, エドキサバン15mgへの減量や中止を積極的に検討する必要がある。

【COI 開示】

本論文に関して, 著者に開示すべきCOI状態はない。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施された。当院の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施された(承認番号2024-A-2)。

【参考文献】

- 1) Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al.: Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: National implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) study, JAMA 285: 2370-2375, 2001
- 2) Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB.: Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study, Stroke 22: 983-988, 1991
- 3) January CT, Wann LS, Calkins H, et al.: 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014

- AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines and the Heart Rhythm Society, *J Am Coll Cardiol* 74:104-132, 2019
- 4) Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al.: 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, *Eur Heart J* 37: 2893-2962, 2016
- 5) Buller HR, Decousus H, Grosso MA, et al.: Edoxaban versus Warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism, *N Engl J Med* 369:1406-1415, 2013
- 6) Buller HR, Prins MH, Lensin AW, et al.: Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism, *N Engl J Med* 366: 1287-1297, 2012
- 7) Agnelli G, Buller HR, Cohen A, et al.: Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism, *N Engl J Med* 369: 799-808, 2013
- 8) 堀井剛史, 壁谷悠介, 清水淳一, 他: 糖尿病におけるポリファーマシー発生リスクの検討, *くすり*と糖尿病 6: 179-187, 2017
- 9) Rahul Aggarwal, Christian T Ruff, Saverio Virdone, et al.: Development and Validation of the DOAC Score: A Novel Bleeding Risk Prediction Tool for Patients With Atrial Fibrillation on Direct-Acting Oral Anticoagulants, *Circulation* 148:936-946, 2023
- 10) Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant* 48(3):452-458, 2013
- 11) Akao M, Chun Y-H, Esato M, et al.: Inappropriate use of oral anticoagulants for patients with atrial fibrillation, *Circ J* 78:2166-2172, 2014
- 12) Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al.: Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials, *Lancet* 383:955-962, 2014
- 13) Kato ET, Goto S, Giugliano RP.: Overview of oral antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation, *Ageing Res Rev*49: 115-124, 2019
- 14) Okumura K, Akao M, Yoshida T, et al.: Low-dose edoxaban in very elderly patients with atrial fibrillation, *N Engl J Med* 383: 1735-1745, 2020
- 15) 日本循環器学会: 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断, 治療, 予防に関するガイドライン (2004 年初版)
- 16) 日本循環器学会: 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断, 治療, 予防に関するガイドライン (2017 年改訂版)
- 17) 日本老年医学会編: 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. メジカルビュー社, 東京, 2015
- 18) Poli D, Antonucci E, Grifoni E, et al.: Bleeding risk during oral anticoagulation in atrial fibrillation patients older than 80 years, *J Am Coll Cardiol* 54(11): 999-1002, 2009

マイナ保険証利用時に顔認証や暗証番号での受付が難しい場合は 目視で本人確認を行うことができます

何らかの事情で顔認証や暗証番号での本人確認ができない方は、医療機関・薬局の受付の職員にお声がけいただければ、職員による目視での本人確認が可能です。



どんなときにもお願いしてもいいの？

以下のような場合に、目視での本人確認を行うことが可能です。

- 顔認証がうまくいかず、かつ患者本人が暗証番号を忘れてしまった(又は暗証番号を連続で3回間違えてロックがかかってしまった)場合
- 患者ご本人が認知症・障害等により、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- 体調・状況が悪化して、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- 機械のトラブル等で顔認証や暗証番号の入力操作ができない場合



目視での受付をお願いしたいとき、どうすればいいの？

まずは受付の職員にお声がけください！その後、以下の手順で受付を進めていきます。



1

職員が顔認証付きカードリーダーの設定を変えます。

2

職員がカードの顔写真を目視で確認して、ご本人確認を行います。

3

確認後、患者さんご本人で顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置いていただきます。それ以降は通常通りの同意画面に遷移しますので、案内に沿って同意を進めてください。



マイナンバー総合
フリーダイヤル

0120-95-0178

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間(年末年始を除く)

平日: 9時30分～20時00分
土日祝: 9時30分～17時30分

マイナンバー

マイナ保険証の
メリット等
について



ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare



第 30 症例

JMC 第 157 ～ 159 号で、下記の症例に対する治療方針や具体的な進め方を募集したところ、1 件の治療方針が投稿された。今号では投稿された治療方針と実際の治療内容、治療のポイントを紹介する。

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1mg 1錠 1×就寝前（リスペリドン計2mg/日）
- ⑦デエビゴ錠5mg 1錠 1×寝る前
- ⑧アキネトン錠1mg 2錠 2×朝・夕食後
- ⑨デエビゴ5mg 1錠 1×就寝前
- ⑩頓用：ピコスルファートNa内用液0.75% 便秘時

入院後，すぐに当院精神科医（週2回非常勤）が介入。面接の結果，「やや過剰適応気味にも見えるが，精神的には穏やかである。ストレス耐性は低い方で，無理はさせず保護的な対応が必要そうであるが，今のところは大丈夫のようである。このままの処方内容を継続して経過観察」という方針となった。

整形外科医（週1回非常勤）も介入。前医から提示された，踵骨骨折に対しての免荷スケジュールは以下の通りである。

- ・11/21日まで免荷（荷重をかけたいときはグラフィン装具固定）
- ・11月22日～12月6日 1/3荷重
- ・12月7日～12月21日 2/3荷重
- ・12月22日～疼痛に応じて全荷重
コルセットは12月30日まで装着の指示。

【身体機能】

- ・ROM：（右/左）
右足関節背屈（5/-）
- ・筋力：（右/左）
上肢3～4/3～4レベル，右前脛骨筋MMT4レベル
- ・疼痛（NRS）：荷重時に右踵部，腓腹部に疼痛出現する。
- ・BBS：10点

【入院時検査所見】[202 X +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。



投稿治療方針



医療法人社団永生会 永生病院（東京都八王子市）

医師 **飯田達能**，**八重樫穂高**，**花輪靖雅** 看護師 **高野啓子**

理学療法士 **佐々木良** 作業療法士 **清水竜太**

薬剤科 **下田将裕**，**小谷智子**，**西村莉彩** 総合支援室 MSW **夏目麻美**

（1）はじめに

提示された症例に対して、当院ではリハビリテーション担当医、精神科医、泌尿器科医、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ（理学療法士、作業療法士）、MSW にて意見交換を実施し、基本方針、入院生活について、膀胱直腸障害について、服薬アドヒアランス・ポリファーマシーについて、地域連携についての各項目ごとに以下のようにまとめた。

（2）基本方針

本症例では飛び降りの要因は資料からは不明だが、家族内の葛藤などが背景にある可能性がある。前医での経過から心理社会的背景に関する情報を収集・共有し、精神科かかりつけ医から本人の特性や対応方法に関する情報も得ることが望ましい。現時点で両親は排尿障害やカテーテル管理を主な懸念としているが、それ以上に心理的・社会的リスクへの配慮が必要と考えられる。限られた情報からの断片的な考察とはなるが、そのような視点が抜けている両親の元へ退院させるのは危険な可能性も視野に入る必要がある。本症例は退院後のフォローアップのほうが重要と考えられ、回復期終了後すぐに自宅退院とするより、精神科専門病院へ転院し、家族も含めた指導、環境調整を経た支援体制の整備をおこなうことが望ましい。

（3）入院生活について

非常勤精神科医の意見により、現時点では大きな精神症状への注意点はないと判断されているが、環境の変化や痛み、自由の制限により不安・抑うつが悪化、拒薬、コミュニケーションの問題が生ずる可

能性は懸念される。特に家族（特に母親）との関係性が強いと予測されるため、面会制限による社会的つながりの希薄化には注意が必要である。

感覚過敏への配慮や個室対応（危険物や窓の開幅等は事前対応をする）を行い、本人のペースに合わせた介入を継続する。担当スタッフは、現病歴や排泄動作への介入も見据え、同世代ではない女性とし、フォロー等で介入する者も一定とした支援体制を構築し、安心できる関係性を保つことが望ましい。リハスケジュールはできる限り固定化し、達成感を得られる活動や適度な身体活動（低栄養にも配慮）を取り入れる。

自閉スペクトラム症の特性に応じ、作業療法では趣味やセルフケアを活かした安心できる活動、ルーチン化されたプログラムを用い、精神科医・心理士・家族と連携しながら、生活リズム（睡眠・活動）の構築や希死念慮の再発予防を図る。生活リズムを構築（睡眠管理・活動計画）することも目的として関わってゆく。

（4）膀胱直腸障害について

転落による腰椎破裂骨折による神経損傷が原因で、術後も劇的改善は認められていない。現在尿道カテーテルが留置されており、1か月が経過しているため、尿培養感受性に基づき抗菌薬を投与した後、一度抜去し自排尿の可否を確認する。

残尿量が200mlを超える場合はジスチグミン5mgの投与を開始し、看護側で間欠導尿を行う。導尿量は400mlを超えないよう調整する。ジスチグミンの副作用（徐脈、下痢、嘔気）には注意し、症状があれば長期継続は困難な為、内服は中止する。200ml以下の残尿で自排尿が可能であれ

ば、間欠導尿は終了可能と判断できる。

自己導尿が困難で長期カテーテル留置が必要な場合は、膀胱瘻造設も選択肢となる。ただし、若年であることや退院後の生活、介護体制、本人の希望を十分に尊重する必要がある。本人・家族への説明と意思確認が重要である。

リハビリ（特に OT）と看護で協力し、視覚的にわかりやすい教材などを用いて排尿スケジュールやカテーテル管理方法を指導する。また理解度の確認をしながら丁寧に進めることが必要である。自己導尿は1日4～6回、費用も伴い、身体的・心理的負担が大きいため、受け入れの可否や習慣化には家族支援も不可欠である。

（5）服薬アドヒアランス・ポリファーマシーについて

薬物治療には本人の理解と協力が不可欠である。自閉スペクトラム症の特性上、急な変更や曖昧な表現を避け、具体的で視覚的な説明が求められる。

- ・ロキソプロフェン・ファモチジン：疼痛状況に応じ中止を検討。ファモチジンはせん妄の副作用リスクがあることを考慮する。
- ・リクシアナ：術後の血栓予防目的であれば、中止する事が可能と考えられる。d-dimerは0.88、尿潜血反応（RBC＋1）であり、患者のリハビリ状況と合わせて、静脈血栓塞栓症及び出血のリスクを整形外科と協議し、原則として入院中の投与に留める。
- ・クエン酸第一鉄Na：血清鉄、TIBC、フェリチンの値により中止が可能か判断。

・アキネトン・リスペリドン：リスペリドンによるジストニア対策で投与されているアキネトンは日本版抗コリン薬リスクスケールで最も高いスコア3に分類されている為、副作用リスクを念頭に置き経過観察が必要。

・薬物相互作用：フェロミアはファモチジンと酸化マグネシウムとの併用で吸収を阻害する。酸化マグネシウムはファモチジンとの併用で効果減弱する。いずれも併用注意であるが、相互作用の少ない薬剤への変更や服薬タイミングの調整を行う。

（6）地域連携について

本症例では精神科専門病院への転院を経ての自宅退院が望ましいが、通院による対応も選択肢となる。服薬指導や薬剤管理サマリーを活用し、服薬歴や治療経過を転院先や地域薬局と共有し、継続的な治療を確保する。

退院後は精神科訪問看護の導入や、家族支援・サバイブ調整のため相談支援事業所との連携も検討する。薬剤面では、現行薬剤に至った背景や副作用リスクの評価などを次の医療機関に正確に伝えることが求められる。

（7）まとめ

精神科疾患患者のリハビリ目的の入院は起こりうることであり、当院でも何例も実例がある。年齢や性別のような患者特性を踏まえた膀胱直腸障害に対する対応をチームで検討できたことは有意義であった。



実際の治療内容



本症例の患者は、これまでの当誌上カンファレンスにおいてほとんど遭遇することがなかった18歳女性である。基盤に精神疾患があり、自殺企図による墜落多発外傷で、当院回復期リハビリテーション病棟に転院となった。

症例供覧の際に入院時の問題点を列挙したので、それらを踏まえたうえで、実際に行った治療内容を記載する。これらの問題点は、独立して存在するものではなく、相互に密接にリンクするものである。

(1) 精神疾患の存在

基盤にある精神疾患は、記載した既往歴にもあるように「自閉スペクトラム症」「軽度精神遅滞 (FIQ)」の診断であった。慢性的な抑うつ気分、希死念慮が認められており、それらが今回の飛び降りにつながったことは明らかである。なお現病歴を見ると、最初は某（埼玉県）市立病院に搬送されたが、「対応困難」で某医科大学救命センターに転院となっており、大都市周辺でも精神疾患合併患者の受け入れが制限されることがうかがえる。前医で精神科専門医が介入し、記載のように頻回の投薬調整により、幸い精神的に安定した状態で当院に転院となった。当院でも精神科医師（週2回非常勤）が介入し、投薬内容の変更は行わなかったが、今回の受傷経緯から、ストレス対応の低さや衝動性、感覚過敏もあるようなので、退院まで個室対応の方針とした。結果的に、最も懸念された精神面で大きな変化を経験せずに、リハビリにも意欲的に取り組むことが出来た。

(2) 膀胱直腸障害への対応

今回の回復期リハビリテーション病棟における対象病名は、「墜落多発外傷（腰椎破裂骨折、右踵骨骨折）」である。前医で腰椎に対しては、後方固定術 (Th12 - L4)、踵骨に対しては創外固定術、観血的固定術が実施されており、過重スケジュールも明確に提示されていたので、整形外科医師（週1回

非常勤）の介入のもとでPT・OTが順調に実施されることになった。

リハビリテーション自体における大きな障害は存在しなかったが、本症例での最大の問題点は膀胱直腸障害の存在であった。排尿においては、尿道カテーテル留置のままで転院となっていたが、特に社会福祉士から、両親も本人も尿道カテーテルが抜けるかどうかを大変気にしているという情報がすぐに入ってきた。前医では泌尿器科医が関与していたが、結局抜去できず、最悪の場合は退院後に泌尿器科通院で対応でも良いと言われていた。実際、本人も両親も清潔操作による「間欠自己導尿」は難しい（軽度精神遅延もあり、理解力に乏しい）と考えており、入院時の病状説明の際にも、とにかく「尿の管が何とか抜けて自分で排尿が出来るように」と強く訴えていた。

尿カテが抜去できなければ、本人のストレスが増大し、精神症状の増悪につながることで危惧された。すなわち尿カテ抜去が、本症例の治療の中心的課題であると言っても過言ではなかった。当院では泌尿器科医師のサポートはないが、本症例に限らず、医師・看護師を中心とした排尿ケアチームの活動は確立していた。当院転院時に、すでに前医からジスチグミン臭化物 5mg（商品名ウブレチド：コリンエステラーゼ阻害薬）が投与されていたため（症例供覧の入院持参薬内容には記載漏れ）、転院6日目の11月25日に尿カテを抜去したが、自尿が十分に確保できずに残尿が多く、導尿で対応していた。本人も少し落ち込んだ様子がみられていた。そこで11月29日にウラピジル 60mg（商品名エブランチル： α 1遮断薬）を追加したが、まだ効果は不十分であった。ウブレチドは有効でないと考え、ウブレチドを中止して5%ベタネコール塩化物 45mg（商品名ベサコリン：副交感神経刺激薬）に変更したところ、12月上旬からは排尿がスムーズになった。ベサコリンが有効と考えられ、前医で見られた尿路感染症の発症もなかった。

一方、排便についても便秘が遷延し、種々の下剤変更で対応した。最終的には、作用機序の異なるルビプロストン 48 μ g（商品名アミティーザ）とエロビキシバット 15mg（商品名ゲーフィス）を投与し、ピコスルファートナトリウムの臨時投与で対応可能となった。

前立腺のない女性の排尿障害（神経因性膀胱）における保険適用薬剤は、本症例で使用した3種類に限定されるが、カテーテル抜去に際してはまず、薬物療法を積極的に活用すべきであるし、あきらめずに作用機序が微妙に異なる各種の薬剤を try してみるべきであろう。一方で、副作用（特にコリン作動性クリーゼ）に十分配慮しつつ増量も考慮すべきであり、無効なら漫然と投与せず他剤に変更すべきである。その後はむしろ頻尿傾向になったため、エブランチルは中止とした。毎日の排尿と排便の状態は看護師と介護士が細かくチェックし情報を共有した。自宅退院に向けての留意点を抽出したのである。本人も排尿には自信が着いてきていたが、むしろ排便に若干の不安が残っていたようであった。

（3）ポリファーマシーへの対応

当院転院時の定期処方内容は、記載漏れのウブレチドを含めて10剤であったが、退院時処方も結果的に以下に示した7剤であり、ポリファーマシー対策の観点からは5剤以下という目標を達成することが出来なかった。言い訳にすぎないが、状態が安定している場合には、積極的に投薬の中止に踏み切れないことはある意味やむを得ないことかもしれない。本症例のように、早期の退院を目指している場合にはなおさらである。しかし一方で、専門医がいないからを理由にすべきではないと考える。

【退院時処方】 14日分

RP1 内服

リスペリドン内用液（0.5 mL/包） 2包（1/1）

アキネトン錠 1mg 2錠（1/1）

アミティーザカプセル 24 μ g 2カプセル（1/1）

1日2回朝、夕食後

RP2 内服

リスペリドン OD 錠 1mg「トーワ」 1錠（1）

デエビゴ錠 2.5 mg 2錠（2）

1日1回就寝前

RP3 内服

ベサコリン散 5%（成分量） 45mg（15/15/15）

1日3回毎食後

RP4 内服

ゲーフィス錠 5mg 3錠（3）

1日1回夕食前

RP5 頓服

ピコスルファート Na 内用液 0.75%「トーワ」

3本（1回量）

便秘時（1回分）コメント：1回10滴服用

（4）自宅退院に向けた具体的な取り組み

患者本人はリハビリに積極的に取り組み、身体機能は順調に向上し、懸念されていた尿カテの問題もクリアされていたが、入院生活が1か月を超えた12月中旬頃より、「早く帰りたい」と盛んに訴えるようになった。前医からの過重スケジュールでは12月22日から疼痛に応じて全荷重、12月30日までコルセット装着の指示であったことも考慮し、まず「年末の外泊」を提案した。しかも、長期の連日外泊は難しいとしても、一度帰院してから再度外泊に出かけるという柔軟な対応も可能であると説明した。今回の外泊では、本人・家族の希望に沿えただけにとどまらず、入院中には分からなかった問題点が顕在化してくる可能性もあり、1月の早期退院が可能になるかどうかの試金石の意味も含んでいた。実は、感染経路の詳細は不詳であるが、外泊から帰った後、患者本人のCOVID-19感染症が確認された。隔離対応などを行い、その後は心身ともに大きな変化なく、1月27日軽快退院となった。退院

後は紹介医（高度急性期病院）整形外科と精神科のクリニックにフォローアップをお願いした。

【症例の振り返り】

外泊後に COVID-19 感染症が判明（流行期ではない）したことは想定外であったが、当院入院から退院までの経過においては、もう少し在院日数が短縮できた可能性は高いが、おおむね順調な経過を辿ったと考えている。

すでにお分かりのことと思うが、回復期リハビリ病棟の症例ではあるが、本症例における「実際の治療」の根本となるのは、「排尿障害に対する治療」、すなわち「尿道カテーテルの抜去」である。それが上手くいかなければ、入院中の精神症状の安定化にも影響を及ぼし、前医でも見られた尿路感染症の発症リスクも増加し、退院後のカテーテル管理は、本人も家族も身体的にも精神的にも大きなストレスになったことは想像に難くない。

本症例のような、「自殺企図による墜落多発外傷」症例は一定数存在するが、ほとんどが救命される。しかし、不幸にも脊髄損傷を伴えば膀胱直腸障害や歩行障害が残存する。多くの場合精神疾患の存在（うつ病とは限らない）があり、それが治療やりハビリ、院内生活に影響することが多いため、受け入れが可能な回復期リハビリ病棟は少ない。当院は東京都内にあるが、本症例は埼玉県の高急性期病院からの紹介である。さらに近年、遠方の都内の大学病院、高度救命医療センターからの当院回復期リハビリ病棟への紹介が急増している。精神科医師が常勤でないことは不利であるが、連携を密にして対応している。マルチモビディティーの高齢者はもちろん、精神疾患合併若年者への対応も総合診療医の主要な守備範囲であると考え、同時に「多職種協働」の重要性も強調しておきたい。



治療のポイント



医療法人財団慈強会 松山リハビリテーション病院（愛媛県松山市）

院長・リハビリテーション専門医 木戸保秀



リハビリテーション医療において、自殺目的による転落外傷は必ず出会う症例である。しかし、昨今回復期リハビリテーション病棟でこのような自殺未遂患者を受け入れている所は決して多くないであろう。在院期間が算定限度日を超過し、退院先が二転三転する。さらに自殺企図や問題行動もたびたび繰り返すからである。

1980年代から、精神科医が中心となったリエゾン・カンファレンスを取り入れたリハビリテーションチーム医療が、私の研修先病院で行われていた。投薬コントロールや患者への関わり方について、繰り返し精神科医が中心となってカンファレンスを中心に情報を共有した。精神科医との協働は非常に重要である。投薬の相談だけでなく、患者や家族との接し方等の情報共有と連携がとても大切だからである。それでも患者との信頼関係構築は非常に難しい。その理由に精神疾患の要因となる発達障害の存在がある。発達障害は2000年代に始まった新しい障害分類である。その前の時代では患者の個性として見られ、良くも悪くも柔軟に受け入れられていた。しかし昨今、患者が受傷前に発達障害と診断されていた場合、それを根拠に社会復帰や補償に支障をきたす場合があるし、同時に復職（復学）後ハラスメント問題となり雇用者側（学校側）にとって非常に不利益な事態も生じるため、当事者と雇用者双方に配慮した医療者の対応が必要となる。

このような場合、医療者としてどう対応していくべきか。

発達障害が引き起こす二次的な精神症状に対する投薬コントロールや環境配慮は非常に重要であり、精神科医との綿密な連携（リエゾン・カンファレンス等）は必須である。その際リハビリテーションに

理解がある精神科医が必要である。何故ならチーム医療、連携といったリハビリテーション独自の環境を知らずに、患者本人や家族との話だけで投薬コントロールされても、その効果は一時的である。連携を拒むリハビリテーションに理解が無い精神科医ははじめから避けた方が良い。

また、患者の自尊心を尊重したゴール設定が重要である。18歳の女子である本症例に限らず、プライバシーを欠くような回復期リハビリテーション医療であってはならない。従って自己導尿等自力で排泄管理が困難な場合には、本人の同意を得た家族や訪問看護師による間欠導尿、排便介助が必要となる。外出や職場、学校といった場所で排泄臭がするような配慮に欠如したゴール設定があってはならない。ゴール設定が尿道カテーテル留置状態やオムツ内失禁のままでは、退院後の閉じこもりを入院中から容認している事となる。この症例では投薬と排泄に対する適切なリハビリテーションで排泄コントロールが可能となったが、リハビリテーションで重要な目標は「食べること」と「排泄」の自立であることを決して忘れてはならない。「食べること」では嚥下障害の問題だけでなく、栄養バランスに行き届いた指導が重要であり、発達障害や高次脳機能障害患者では偏食や肥満といった問題が後々出てくる。

さらに、おそらく受傷前から処方されていた処方薬の再開が適切なのか、急性期入院中に開始された抗精神病薬や眠剤をどこまで減量できるのか、回復期リハビリテーション病棟では適切なポリファーマシー対策が行われず、退院後に精神科に繋ぐ場合が少なくない。それでは社会復帰が遅れるばかりである。回復期リハビリテーション病棟入院中から精神科医と共に細やかな服薬調整が重要である。



日本慢性期医療協会 第7回ハワイ研修

日本慢性期医療協会 国際委員会 委員 高石義浩

先進国を主とする世界的な高齢化の急速な進展は、一国の問題にとどまらず国際的な共通問題である。さまざまな文化や個人の体験、政策の枠組みを横断する問題であり、グローバル社会に生きる我々は、相互が抱える課題を比較し、情報や洞察を交換し合い、改善すべき部分を見定め、欠けている部分を補い解決に取り組んでいくことが求められる。このような情勢の中、とりわけ慢性期医療の重要性は今後ますます増すことを踏まえ、日本慢性期医療協会国際委員会では、2010年にアジア諸国の現状と慢性期医療の質の向上を共通問題として取り組むべく第1回アジア慢性期医療学会を開催し、以後韓国や中国で開催してきた。また米国の慢性期医療制度や提供体制を現地に赴き、実態を確認することは有意義であると考え、日本慢性期医療協会ハワイ研修を企画した。平成27年5月に第1回ハワイ研修を開催し、その後毎年5月に継続して開催している。

今年もまた日本慢性期医療協会ハワイ研修の季節がやってきた。新型コロナウイルスのパンデミックにより4年もの間中止を余儀なくされ、昨年ようやく再開された待望の研修である。昨年は2024年度トリプル改定直後の慌ただしい中での開催で、日本慢性期医療協会 橋本康子会長の特別講演「2024年トリプル改定 慢性期医療はこのプラス改定をどう活かすべきか」を拝聴し、その明示された道標を思い、進むべき覚悟と活力を抱いたことは記憶に新しい。さて、今年の参加者の皆様の心には何が印象深く刻まれただろうか。本研修のプログラムはご協力いただいた参加者アンケートのご意見やご要望を確認しながら、毎回修正を加え内容の充実を図っている。新たな視点を得て、多くの学びを習得する体験は“井の中の蛙大海を知らず”からの脱却を体感できるだろう。少々自画自賛になるが、このような有意義な研修を本年も引き続き開催できたことに委員の1人として、喜びを感じているところである。第7回は令和7年5月13日から18日まで4泊6

日で開催され、全国の病院介護関連施設から31名、韓国慢性期医療協会から11名、合計42名と多くの方にご参加いただいた。以下研修報告をさせていただきます。

研修の始まりは、羽田空港からであった。約7時間半のフライトを経て、ハワイ ダニエル・K・イノウエ国際空港に降り立ったとき、これからの展開に一気に期待が膨らんだ。“胸躍る”とはこのことである。空港から専用バスに乗車し、まず向かったのはヌアヌ・パリ展望台。オアフ島を代表する風光明媚な絶景ポイントである。「涼しい高地の崖」という名をもつその場所は、その名の通りひんやりとした貿易風がいつも強く吹き抜けている。カメハメハ大王がハワイを統一するに至った決戦の地、いわゆる古戦場と知ると、その風の荒々しさに歴史を感じた。そしてその足でハワイ全島を統一した彼に会いに行く。ホノルルに建つカラカウア王朝唯一の宮殿であるイオラニ宮殿の正面に、威風堂々とした姿で立つ初代カメハメハ大王像を訪れた。多くの観光客が賑わう中でも象徴的な彼の威厳がそうさせるのか落ち着いた空間を感じた。そして世界のトップブランドが揃うショッピングの楽園 DFS ワイキキに向かい、初日からお土産などの品定めをしつつ、その後宿泊ホテルであるハイアット リージェンシー ワイキキ リゾート & スパに到着した。八角形のツインタワーが特徴的な40階建てのホテルである。ワイキキビーチの紺碧の水と真っ白な砂浜が眼前に広がる眺望はこの上なく素晴らしい。長時間のフライトの疲れを瞬時に忘れさせてくれる。そして夕食研修会までの寸陰を惜しむように、活気あふれるワイキキの街にいざなわれて各々の充実した時間を過ごした。

チェックインののち17時30分に集合し、夕食研修会の会場であるハイアット リージェンシー ワイキキ リゾート & スパで最も格式の高いバンケットルームで一堂に会した（写真1）。まず研修会に



写真1 タ食会のバンケットルームに於いてーForm a teamー
(ハイアットリージェンシー ワイキキ リゾート&スパ)



写真2 これぞハワイ! 紺碧のワイキキビーチとハイアット
リージェンシー ワイキキ リゾート&スパ

て聖光会 安西様より医療 DX について詳細なご報告そして解説をいただいた。次いで金会長をはじめとする韓国慢性期医療協会の皆様が会場に入場されたのち、アジア慢性期医療協会 中村哲也理事長および韓国慢性期医療協会 金徳鎮会長にご挨拶いただき、社会福祉法人愛郷会 竹川勝治氏の御発声による乾杯により懇親会が開宴された。各々自己紹介の後、美味しい料理と美酒に酔いしれながら、徐々に初対面同士や始まりのやや緊張した面持ちから解放されていく。そこかしこから談笑が聞かれ、活発にそして和やかに意見が交わされ、言うなれば1つのチームのような活気溢れる一体感が時間とともに形成されていった。濃密で心地よい時間はあっという間に過ぎてしまい閉会となった。

2日目の朝、私は研修前のひと時、モアナサーフライダーウェスティンリゾートに向かった。この研修には憧れのロイヤルハワイアンホテルをはじめ、近隣のホテルで利用可能なミールクーポンの朝食でゆったりとした時間を過ごすことも可能である。穏やかな朝の日差しや小鳥たちのさえずりに囲まれ、コオラウ山脈から寄せてくるさわやかな風の中、ワイキキビーチのオーシャンフロントを眺めながらゆったりととる朝食は、これからの研修を迎える私にとって大きな活力を養ってくれた(写真2)。朝9時に専用バスに乗り込み、ハワイ大学イースト・ウエスト・センターに向かった。イースト・ウエスト・



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

センターは教育と研究を通じて、文字通りアメリカとアジア、太平洋諸国の人々との間の相互理解を促進するために連邦政府が創設したものである。その中にある国際会議場にて、第6回に引き続き、臨床看護学博士・ナースプラクティショナーである中村誠一氏による「米国ハワイにおける慢性期医療の位置づけ」の講義を受講した(1st Program)(写真3)。中村氏は埼玉県立工業高校ご卒業後、再度看護専門学校卒業後4年目にハワイ留学を開始、10年目にナースプラクティショナーのライセンスを取得、その6年後に臨床看護学博士となられた。ご講演の中で我々に、聖書のマタイによる福音書7章7～8節「求めなさい。そうすれば与えられる。探しなさい。

そうすれば見つかる。門をたたきなさい。そうすれば開かれる。だれでも、求めるものは受け、探すものは見つけ、門をたたく者には開かれる」、ヨハネによる福音書 15 章 13 節「友のために自分の命を捨てること、これ以上に大きな愛はない」の言葉を贈られた。活発な質疑応答の後、中村氏より各受講者へ受講修了証書を授与いただいた。そして卒業写真さながら看板の前で集合写真をパシャリ（写真 4）。さらに特別講義終了後ハワイ大学の購買部で買い物をしたり、フードコートで昼食をとったりして、アメリカでは厳しくなった留学生気分を満喫することができた。

その後 IMS グループの関連施設である Hale Ho Aloha Nursing Home を視察した（2nd Program）（写真 5）。日本でいうところの介護付き有料老人ホームである。小高い丘を登って行く道すがら、バスの車窓から心地よい風に吹かれて揺れる若葉が目にも優しく映る。この Home は丘の上に立つ平屋建ての建物で、外庭の南国らしい樹木の緑と雲一つない青空とのコントラストが鮮やかに出迎えてくれる。中に入ると暖かな交流スペースとりハビリテーションスペースが広がり、開放的な窓に好みのカーテンといった温かみを感じる居室が展開されていた。大きな壁掛けボードには予防医学を重視した様々なアクティビティのプログラムが貼られており、ある日の予定には日系の方も多いたことに配慮した仏教のお坊

さんの来訪日などもあり興味深い。前回研修では受けることができなかった施設内実地見学も行われ、そののちラナイに移動し施設の各部門の管理者の自己紹介と業務内容の説明を受けた後、有意義な質疑応答が行われた。スタッフ総勢 93 名、目指せ 99 名の大所帯とは、働き手不足問題を抱える日本として見習うべき点は多いだろう。

3 日目の朝を迎え、9 時に専用バスでホテルを出発し、長期介護施設である Paolo Chinese Home を視察した（3rd Program）（写真 6）。文字通り最初は中国移民の高齢者をケアするために 127 年前に設立されたが、現在はハワイの特徴でもある多民族の高齢者のケアをしている。ここもまた日系の方が



写真 5 Hale Ho Aloha Nursing Home に於いて－One Team (Part.2)－

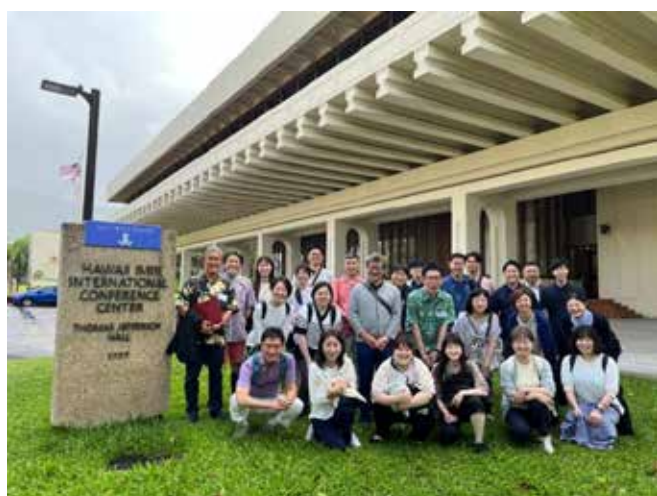


写真 4 イースト・ウエスト・センター前に於いて－One Team－



写真 6 Paolo Chinese Home に於いて－ラウンド視察－

多く入居されている。入居介護のみならず、ホスピスケア、デイケアサービス、ショートステイサービスなどのサービスも提供しており、広々とした開放的な平屋建ての建築物内をラウンドして視察することができた。活発な意見交換の中でも、彼らの言葉のひとつひとつに思いやりが込められており、実に献身的な姿勢が感じられた。同時に南国の解放感を感じさせるような陽気な笑顔も印象的であった。午後からは、希望者のみのオプション研修（4th Program）で、Kuakini Medical Center を訪問した。同病院は 1900 年に日本慈善協会により Japanese Charity Hospital という名称で設立され、時代の流れとともに Japanese Hospital → Kuakini Hospital and Home → 1975 年 Kuakini Medical Center と名称が変わってきた。現在は 212 床の急性期病院で、内 CCU12 床、PCU（progressive care unit）26 床を持ち週に 350 件もの手術が行われている。医師は常勤ではなく非常勤として 300 名おり、同敷地内の Kuakini Physicians Tower で外来診療等にも携わっている。さらに長期治療・高齢者介護を担う Hale Pūlama Mau もあり、その名の示す“大切なケアをする家”を具現化している。ここでは急性期医療、長期療養、家庭医療まで幅広く医療サービスが提供され、地域の中心的な医療機関として独自の医療環境を維持していることを理解した。

魅力あふれる旅の終わりは、最終日の朝、ホテルを出発して日本時間翌日の午後に羽田空港に到着し、心地よい疲れと共に終幕を迎えた。以上報告する。

いかがだったでしょうか。私の拙い報告ではお伝えできていないことも多いと感じるが、だからこそ是非、多くの協会会員の方々に実際に体験していただきたい。ご興味を持っていただけたでしょうか。本研修のプログラムは全員参加型のほかに希望者のみのオプション研修も構成されている。さらにオプションツアーも充実しており、オアフ島のシンボルダイヤモンド・ヘッドに登るサンライズツアーや古の王国とキラウエア火山を巡るハワイ島ツアーなども満喫できる内容である。ちなみに私は自由視察でハワイ陸軍博物館を堪能させていただいた。

今回の研修では、冒頭に述べた国際的な共通問題である超高齢社会における慢性期医療のあり方を検討するに際し、米国の医療・介護制度や提供体制を学び意見を交わすことで、新たな視点や気づきが啓発された。そして、そのような様々な未来を創造し実現するには ICT やデジタル技術を活用した医療 DX の推進を加速させ、医療サービスの品質向上や医療従事者の業務効率化、患者の利便性向上などを目指し、変化に対応していくよう研鑽に努めなければならないと改めて感じた次第である。また急性期から慢性期までの医療・介護施設を視察し知見を広げる旅の中で、訪問先の方々の「Aloha」という明るく陽気な声に癒され、明日への活力を養うことができた。終わりに研修に際し、参加者の皆様のご協力に対して心より感謝申し上げる。そして本国際委員会では、次年度も協会会員の方々にご満足いただけるような更に充実した有意義な研修を企画立案して参りたい。

日本慢性期医療協会 第7回ハワイ研修に参加して

医療法人社団富家会 富家病院 リハビリテーション室 作業療法士 古川憧馬

この度、富家病院の参加者として、令和7年5月13日から18日の6日間のハワイ研修に参加した。

<5月13日>

Health care DX 院内クラウドの活用についての講義を受けた。

院内クラウドは電子カルテや検査データ、画像などをインターネット上のクラウドに保存・共有する仕組みで、病院側にとってのメリットは、情報の一元管理による業務効率の向上と、災害時のデータ保全であることを学ぶことができた。複数の端末から迅速に情報へアクセスでき、医師や看護師間の連携がスムーズになることや、一方で、セキュリティ確保の費用やシステム障害時のリスクがあること、通信環境への依存度も高いことがデメリットであることも学ぶことが出来た。

厚生労働省側から見たメリットは、医療の標準化・効率化による保健行政の推進で、データ収集により、医療政策の立案や疾病対策に有用なエビデンスが得られることだった。それに対し、この院内クラウドの導入にあたっては、施設ごとの管理体制の差や相互運用性の確保、費用、サポート体制の整備が課題となることだった。

全国規模での相互運用性を確保、中小病院にも導入可能な費用・サポート体制を整えることなどが課題だと学ぶことが出来た。富家グループ内で共有できていることを、グループ外との連携ができると更に手厚い支援が可能になると感じた。

<5月15日>

④ Palolo Chinese Home 視察

⑤ Kuakini Medical Center 視察

アメリカと日本の医療・介護施設には、制度面・運営形態において多くの相違点があることを学んだ。医療制度では、アメリカは民間保険中心の自由診療制に対し、日本は国民皆保険制度であり、メリット・デメリットも含め課題もある事が理解出来た。

介護施設においても両国には明確な違いがあり、アメリカでは、プライベート型の高級介護施設が多く、サービスの質は高いが、費用負担も大きくなっている。環境面については、今回視察したハワイの施設は、どこも解放的で明るい雰囲気を感じた。当院でも環境面の整備、明るい挨拶で患者様に不安を与えないようにしたいと思った。

また、以前にも増して当院の理念である「されたい医療」「されたい看護」「されたい介護」を意識して多職種で連携をとり、安全でその人らしい生活を送る手助けができるように努めていきたいと思った。また、通所・院内ともに患者様や利用者様が楽しめるようなアクティビティの充実を図っていききたい。ハワイの施設では、両施設ともに「ちぎり絵」を行っており、よく出来ている作品を掲示していた。

当院では「籐細工」や「マクラメ」「組紐」等を行っており、病棟リハビリの定着とともに、再度、多くのご利用者様に喜んでいただく作業療法に意欲が持てることができた。



ハワイ大学

医療法人社団富家会 富家病院 リハビリテーション室 作業療法士 齋藤将史

令和7年5月13日から5月18日にかけて、富家病院リハビリ室の代表としてハワイ研修へ行かせて頂いた。

ファーストプログラムでは、ハワイ大学イーストウェストセンター講義室にて、臨床看護学博士・ナースプラクティショナーの中村誠一先生による講義を聴講した。

日本とハワイでは医療保険制度や医療従事者の役割など、それぞれ国の文化や社会的状況などにより医療システムに大きな違いがあり、各々に特徴的な利点と課題がある事を学んだ。ナースプラクティショナー(NP)は医師と同様に診療や処方、検査などを独立して行う事ができ、日本の看護師より高度な医療行為を担当していた。その背景となる医療費が高い点や地方からアクセスがしにくい点などから、ハワイの医療現場ではナースプラクティショナー(NP)が重要な役割を果たしていた。帰国後、日本では民間団体の認定資格や診療補助業務(特定行為)の研修があると知った。当院でも特定看護師が入院のみではなく、訪問看護ステーションにも在籍している事は心強いと感じた。

セカンドプログラムでは「Hare Ho Aloha Nursing Home」の施設内視察と意見交換会を行った。

Hare Ho Aloha Nursing Home は59床の長期介護施設であり、入居者の多くはここで最期を迎えるとのことであった。リハビリ以外にも毎日アクティビティを行う時間があり、1ヶ月毎でスケジュールリングされていた。アクティビティは運動だけでなく、音楽を聴く、誕生会を行うなど様々な内容であった。富家病院でも藤細工や組み紐、集団体操など、様々な活動を行っており、作業活動や趣味活動を継続して行っていく事の必要さを改めて感じる事ができた。

サードプログラムでは「Palolo Chinese Home」の施設内視察と意見交換会を行った。

Palolo Chinese Home は中国系の高齢者を多く受け入れており、軽度の支援が必要な入居者から24時間体制の医療ケアが必要な入居者まで対応する体制が整っていた。ホスピスやケアホーム、デイ等のサービスも行っていた。デイケアは7:00～17:30までであり、朝食から夕食まで提供されていた。ハワイでは医療費が高く、入院や施設の入居ができない場合も少なくない。そのため日本と比べて長い時間デイへ行く人が多く、家族の介護負担軽減につながっているのだと感じた。

見晴らしの良いベランダもあり、入居者の気分転換の場となっていた。

今後、高齢化が進むにつれて認知症や慢性疾患を持つ高齢者が増えていき、長期的な医療ケアの需要が高まっていくと予想される。富家病院の理念である「されたい医療、されたい看護、されたい介護」を念頭に置き、患者様やご家族様の意思を尊重しながら、作業活動や集団体操など患者様に合った作業療法を通じて「あきらめないリハビリ」を提供し続けたい。



Palolo Chinese Home

医療法人健秀会 荒船医院・戸田市立介護老人保健施設 管理栄養士 **東 理恵**

今回、日本慢性期医療協会のハワイ研修に参加させていただく貴重な機会を得た。ハワイ到着日の夜、夕食研修会に参加。日本の医療サービスの現状を学んだ後、韓国の慢性期医療協会との交流会で各国の医療事情や取り組みを知り、国際的な視野を広げた。

2日目はハワイ大学で中村誠一先生の講義を聞き、ハワイの慢性期医療の位置づけや先進的アプローチについて学習。アメリカと日本の医療体制の違いを知ることができた。午後はハレアロハナーシングホームを訪問し、長期介護施設の現場を見学した。講義や意見交換を通して介護実践と施設運営の課題に触れ、献立や食事形態などの具体的な内容から管理栄養士としての知識もさらに深まった。

3日目はパロロチャイニーズホームを見学。公的な介護制度が十分でない反面、利用者支援やサービスについて施設で柔軟な対応ができると感じた。午後はクアキニメディカルセンターでハワイの高齢者医療の現状や慢性期病院の運営についての講義を受け、現場での課題と改善策を理解した。

最終日はオアフ島内を自由に回り、ハワイならではの文化、風土、そして都市の空気を肌で感じ、研修中の学びを日常に活かすヒントにした。

今回の研修は、情報交換や現地調査を通して国内外の医療現場を比較し、今後の慢性期医療発展への具体的な提案の種を見つける貴重な機会だった。各施設で得た知識は医療・介護現場の改善につながる重要な示唆となり、参加者の意識改革や国際協力の促進にも大きく貢献したのではないだろうか。ハワイの風土が醸し出す『人の温かさ』にも触れることができ、本当に意義のある研修だった。日本の施設でも海外の医療・介護従事者の見学受け入れなどをすると、日本の従事者の意識を高めることに繋がるのではと感じた。学びを実践に結びつけ、利用者のQOLを向上させるとともに、介護従事者がより働きやすい環境を整えることにも貢献できればと思う。



ハレアロハからの景色

医療法人社団永生会 南多摩病院 薬剤科 科長 **山崎浩**

久しぶりの海外で羽田が発着空港であることは少し悦ばしかった。

1日目ハワイ到着後、ヌアヌ・パリ展望台、カメハメハ大王像に立ち寄り、初ハワイの私にとってハワイを実感するひと時であった。

2日目はハワイ大学敷地内のイースト・ウエスト・センターにおいて、ナース・プラクティショナー（NP）である中村誠一氏より、アメリカと日本の違いやご自身が勤務している薬局併設のリテールクリニックでの話を伺い、日本にはないシステム等を知った。

午後は、IMS グループである「Hale Ho Aloha Nursing Home」を訪問した。入所しているのはターミナルの方が多く、直前まで自宅や病院で療養しているとのことであった。費用は14000～15000ドル/月かかる。夜の韓国慢性期医療協会の方々との懇親会では、高齢者医療の韓国事情を少しだけ知ることが出来た。

3日目の午前は、120年以上の歴史を持つ長期介護施設「Palolo Chinese Home」を見学した。ハワイも看護師不足があり最高120名のところ93名が入所していた。デイサービスは7:00～17:30までと、仕事を持つ家族にとってはうれしい時間設定であった。食事に関して入所者はもちろんデイサービス利用者にも3食提供し、希望があれば自宅・家庭用にも用意していた。

午後は、1900年に「日本慈善病院」として創立され、以降「Japan Hospital」「Kuakini Hospital and

Home」と名称変更し、現在は急性期部門、クリニック、予防医学、医療処置を施すか否かで異なる2件の介護施設（費用：599～651ドル/日）、慈しみの家、Kuakini Home（費用：205ドル/日）と多機能の施設を併設する「Kuakini Health System」を訪ねた。まだ施設内見学は出来なかったが、各施設の紹介をして頂いた。

訪問した全ての施設で医師とは契約で非常勤、薬剤やリネン類は外部専用会社から届き、特に薬剤の調剤方法は日本にはない形で興味深かった。また、施設利用料は高額に感じたが、何事も合理的に運用している印象を受けた。今回この研修では非常に貴重な体験をさせて頂いた。



Kuakini Health System 講堂にて質問

IMS グループ 横浜旭中央総合病院 経理課 課長 福本紋子

今回、アメリカと日本の制度の違いを学び課題解決の糸口とすべく、研修参加の機会を頂いた。

夕食研修会では医療DXについて講演が行われた。医療DXの全体像やオンライン診療規定の概要とともに、各施設が抱える問題や普及への課題について意見交換を行った。

ハワイ大学ではナースプラクティショナー（NP）の中村氏によるアメリカの医療制度に関する講義を聴講した。NPは開業や治療、薬の処方ができ、職種毎の業務範囲が日本と大きく異なっていた。公的保険制度や民間保険の説明もあり、日本の制度にも良い面はあると再認識した。

ハレホアロハ・ナースングホームでは施設見学を行った。入居者は要介護度が高い方が多く、殆どの場合看取りまで行うとのこと。施設内は清潔で臭いが気にならず、豊富なリハビリやレク、各宗教への配慮もあり、入居者のニーズに出来る限り応えようとしている点が印象的だった。

クアキニ・ヘルス・システムでは、運営する急性期病院（KMC）と長期介護施設（KGC）の歴史や役割・経営について聴講した。KMCでは様々な先端設備を有しているが、医師を直接雇用せず提携を結び、手術等が必要な際に病院を使用するという形態に驚いた。KGCはQOL向上と在宅復帰を目指しているが、レスパイト入院も受ける他、急性期病院で外来放射線治療を受ける患者の滞在場所にもなるとのこと。施設間連携や設備有効活用は日本でも重視されており、アメリカの医療現場の取り組みは大変参考になった。またタスクシフトが進み多くのボランティアもいるが、離職対策に力を入れている等日本と共通の悩みも垣間見えた。

タスクシフト等の日本の取り組みはアメリカで既に大分進んでいたが、アメリカにも様々な課題があった。一つの取り組みで課題が全て解決するわけではなく、新たな課題にも目を向け、常にサービス向上と効率化に積極的に取り組むことが大事だと感じた。



モアナサーフライダーでの朝食後、ダイヤモンドヘッドをバックに…



「医療の質を上げ，選ばれる病院・施設へ」 第50回通常総会を開催，新たな組織体制を報告 研修参加優秀施設を表彰，金賞は6病院



「医療の質を上げ，患者に選んでいただける病院・施設を目指そう」——。当会は6月24日，第50回通常総会を開催し，令和6年度事業報告・決算報告などを満場一致で承認。橋本康子会長は今後の活動へのさらなる協力を呼び掛けた。令和6年度の「研修参加優秀施設」として金賞を受賞した山梨県の医療法人慶友会・城東病院の佐藤仁美院長は「日本慢性期医療協会のおかげで，ご高名な素晴らしい先生方との出会いや，全国の多くの病院を知ることができた。私どもにとって病院づくりの上で大きな支えになっている」と謝意を示した。

金賞に表彰されたのは，金上病院，内田病院，セントラル病院，城東病院，千里リハビリテーション病院，志田病院の6病院。銀賞は4病院，銅賞は7病院が受賞

した。城東病院の佐藤院長は「日慢協の主催する研修会や学会などは，どれも即実践で役に立つことばかり」と多くの参加を呼び掛けた。

本総会に先立って開催された第68回理事会では，新たな副会長として中尾一久常任理

事を選任し，同日の総会でも承認を得た。令和8年に福岡県内で開催予定の第34回日本慢性期医療学会で学会長を務める中尾副会長は「地域共生社会，まちづくり，健康経営などをテーマに検討している。アジア慢性期医療学会の同時開催も予定しているので，ぜひ福岡にお越しいただきたい」と抱負を語った。

橋本会長は新たな組織体制を紹介し，「若い先生方に何か新しい，これまでと違った視点から提案していただければいいと考えて立ち上げた」と青年部会の活動に期待を込めた。同部会長の成川暢彦理事は「役員の先生方と一緒に検討して企画していくことによって新会員を広げていきたい。青年部会への活動への協力をお願いしたい」と述べた。

■ 慢性期医療の質向上を目指す学術団体

当会の事業部門は，「管理広報部門」「認定事業部門」「学術研修部門」「対外事業部門」——の4部門で構成。各事業部門に委員会を割り振り，管理広報部門は池端幸彦副会長，認定事業部門は矢野諭副会長，学術研修部門は井川誠一郎副会長が担当している。

広報委員会委員長の進藤晃常任理事は「慢性期.comというホームページを運営している。慢性期医療について，医療関係者ではない方々にも広く知ってもらおうと，慢性期医療を支えてくださっている先生方を紹介し



中尾一久氏



西尾俊治氏

ているので、ぜひご覧いただきたい」と呼び掛けた。

総合診療医認定講座委員会の委員長を務める西尾俊治常任理事は、学会長を務める「第33回日本慢性期医療学会」への抱負を述べたほか、総合診療医認定講座の成果を紹介。

「今までに24講座を開催し、530名のドクターに参加していただいた。今後ますます総合診療医が必要だ」と語った。

特定行為研修管理委員会、看護師特定行為研修委員会、診療の質向上委員会の3委員会の委員長を務めている矢野諭副会長は「特定行為研修は既に365名という日本でも有数の修了者を出している一大事業。西尾先生が担当している総合診療医認定講座と特定行為研修は車の両輪だ」と今後の活動に意欲を示した。



矢野諭氏

また、診療の質向上委員会については、「まさに『良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない』というスローガンのとおり、当会は慢性期医療の質の向上を目指す学術団体であることをアピールしていきたい」と述べた。

研修委員会と外国人財育成委員会の委員長を務めている富家隆樹常任理事は昨年度の取り組みを報告。「研修委員会では12の研修を実施し、今年度は経営対策講座なども予定している」と伝えた。外国人財育成委員会については、富家常任理事が会長を務める埼玉県慢性期医療協会の監理団体としての活動などを報告。今後に向け、「技能実習が育成就労に変わっていくので、厚労省の有識者会議にも参加させていただき、検討を進めていく」と述べた。

■ 高齢者医療への支援が重要



中田勝己氏

この日の総会記念講演には、厚生労働省医政局地域医療計画課の中田勝己課長をお迎えし、「新たな地域医療構想について」と題してご講演をいただいた。中田課長はこれまでの検討を踏まえた医療法等の一部改正法案の概要などを説明し、当会役

員からの質問に答えた。

新たな地域医療構想について中田課長は「医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加する中で、医療と介護を受けながら生活して必要に応じて入院して、また日常生活に戻る。医療従事者も持続可能な働き方を確保して医療提供体制を構築していくことが必要であるという大きな方向性が示された」と説明。病床機能については、「これまでの『回復期機能』の内容に『高齢者等の急性期患者への医療提供機能』を追加し、『包括期機能』として位置づけた」とした上で、高齢者医療に関する記載を読み上げた。

中田課長は「高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要ということで、まさに今後、高齢者の方々、さまざまな複数疾患に対する支援機能が非常に大事になってくることをきちんと明記して、今後のガイドラインでも検討していくことになっている」と述べた。

記念講演に続いて、橋本康子会長が「宿直に関する日本慢性期医療協会の見解」と題して、医師の宿直体制の具体的な制度設計に向けた課題を提示。当会の会員病院を対象に実施した緊急実態調査の結果などを報告した。

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=11464>



医師の宿直体制の見直しに向けて 緊急調査結果と今後の課題を提示



当会は6月24日、政府の規制改革実施計画に盛り込まれた「医師の宿直体制の見直し」を受け、当会の会員病院を対象に実施した緊急実態調査の結果を公表し、今後の制度設計に向けた見解を示した。同日に開催された第50回通常総会において橋本康子会長が登壇し、「医師の宿直体制に関する日慢協の見解」として発表した。

今回の調査は、オンライン対応や複数病院における宿直医の兼務といった新たな仕組みの検討に先立ち、現場の実情と課題を把握することを目的として、2週間という短期間で急ぎ実施された。橋本会長は、現場の負担や情報共有の困難さ、患者・家族の理解の問題など多面的な視点から、制度導入に伴う具体的な課題を提示した上で、「一定の条件を設けた上で慎重に導入するための検討が不可欠である」との見解を示した。

また、池端幸彦副会長は、制度設計においては厚生労働省医政局等との連携を密にしつつ、必要に応じて会員病院にも再度協力を依頼する可能性に言及。「調査結果を制度の方向性に反映させるべく、日慢協としても責任を持って対応していきたい」と当会役員に協力を呼び掛けた。

■ 業務の負担増が浮き彫りに

調査には全国156病院が参加し、対象病床数は合計3万1,032床、平均病床数は198.9床と、慢性期医療を担う全国の病院から多くの回答が寄せられた。療養病床、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、精神科病棟、一般病床、介護医療院など、多様な形態が含まれている。

調査によると、宿直中の電話対応が1日あたり平均0.6件であったのに対し、現場対応は1.1件と上回った。慢性期病棟に限ると、現場対応は0.7件だった。橋本会長は「2病院を兼務すれば1.4件の現場対応が発生し、事実上、毎日いずれかで対応が必要になる」と指摘。現場対応は単なる指示のみで済むケースばかりではなく、診察・処置、点滴などの経過観察を含むため、「数分で完了する対応ではない。場合によっては1件の処置に1～2時間を要することもある」と兼務に伴う業務負担を懸念した。

さらに、複数病院間の移動には20～30分を要するケースも多く、夜間の対応においては安全性や即応性の観点からも大きな課題があると指摘。電子カルテの操作体系の違いや、医療機器の配置・操作

法への習熟度も業務負担に直結するとの認識を示した上で、「病院間の情報共有や ICT 環境の整備など患者情報の収集面においても大きな課題がある」と述べた。

■ 患者家族の理解が得られるのか

橋本会長はまた、宿直医の不在が患者・家族に与える心理的影響についても言及した。「夜間、医師が常駐していないことに対し、患者や家族が本当に納得できるのか。この点は非常に重い課題である」と述べ、医療機関への信頼確保の観点からも慎重な検討が必要であるとの考えを示した。

今回の調査では、「近隣の複数病院で電子カルテを共有している場合、兼務の効率性が高まる」といった意見も寄せられたが、橋本会長は「一部のグループ病院での事例であり、一般化は難しい」と指摘。ICT を活用した遠隔対応については、医師不足の現状を踏まえて「やむを得ない面もある」と理解を示しながらも、制度として広がった場合に医師が常駐していなくても構わないとする方向性につながりかねない危険がある。拙速な議論が進むことに一定の歯止めが必要であるとの観点から橋本会長は「条件付けをして、今回示した課題をクリアしていただきたい。そうでなければ非常に難しい課題が残ってしまう」と述べた。

今後、具体的な要件設定などの議論が予定されている。橋本会長は「制度導入に向けて、現場の実態に即した課題を丁寧に抽出し提示することで、議論の材料とする意義がある」と今後の再調査にも協力を求めた。

■ 医療の質や信頼などの課題解消を

橋本会長は、やむを得ず宿直兼務を実施する場合であっても、「病床数が極めて少ない病院に限定する」「病院間の物理的距離が非常に近い」「カルテや情報共有体制が統一されている」といった要件の設定が必要であるとの認識を示した。

今回の調査によれば、対応件数が 1 日平均 0.7 件であっても、実際には 2 日に 1 回以上の頻度で患者のもとに赴いていることが明らかになっており、「宿直医が現場にいない状態が常態化することには一定のリスクがある」との意見もあった。

橋本会長は「日本慢性期医療協会としてはこれまで療養病床を慢性期治療病棟として位置づけ、慢性期救急を積極的に受け入れる方針で取り組んでいる」と説明。「宿直体制が不十分であれば、慢性期救急（高齢者救急）の積極的な受け入れは困難となり、夜間救急の受け入れ制限や対応不能といった事態も生じかねない」と危惧した。

今回の調査では、宿直兼務の実施について賛否両論の意見が寄せられた。今後の検討に向け、橋本会長は「宿直医の兼務には、時間・場所の物理的な課題のほか、宿直医への負担増、医療の質や信頼に対する課題も解消する必要がある」とまとめた。

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=11452>



令和6年度 事業実施状況

1. 総会

第49回通常総会（第16回定時社員総会）

2. 理事会

第66回通常理事会（第32回通常理事会）

第67回通常理事会（第33回通常理事会）

3. 常任理事会

第300回 日時：令和6年4月11日

第301回 日時：令和6年5月23日

第302回 日時：令和6年7月18日

第303回 日時：令和6年9月12日

第304回 日時：令和6年10月10日

第305回 日時：令和6年11月13日

第306回 日時：令和6年12月12日

第307回 日時：令和7年1月9日

第308回 日時：令和7年2月13日

4. 第49回通常総会記念講演

日時：令和6年6月26日

講師：橋本康子（日本慢性期医療協会 会長）

池端幸彦（日本慢性期医療協会 副会長）

5. 都道府県会長会議

第1回 日時：令和6年8月22日

第2回 日時：令和7年1月10日

6. 青年部会

第1回 日時：令和6年10月9日

第2回 日時：令和7年1月8日

7. 機関誌「JMC」の発行

8. 第32回日本慢性期医療学会

会期：令和6年11月14・15日

場所：パシフィコ横浜ノース

テーマ：“治し・支える”良質な慢性期医療
～サイエンス・アートの調和と統合～

9. 第6回アジア慢性期医療学会

会期：令和6年6月20～21日

会場：釜山港国際展示コンベンションセンター

主催：アジア慢性期医療協会・韓国慢性期医療協会

10. 研修会

(1) 第10回総合診療医認定講座

※総合機能評価加算 該当研修

(2) 医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座

※排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料 該当研修

(3) 看護師特定行為研修

対象特定行為（9区分16行為）

・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連

・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連

・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連

・創傷管理関連

・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

・感染に係る薬剤投与関連

・血糖コントロールに係る薬剤投与関連

・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

①第14期研修

開講式 日時：令和6年4月6日（WEB開催）

②看護師特定行為研修指導者講習会

③特定行為研修修了者フォローアップ研修

④看護師特定行為研修管理委員会・研修委員会合同開催

(4) 看護力アップ講座

※看護補助体制充実加算 該当研修

(5) 看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座

※看護補助体制充実加算 該当研修

(6) 看護師のための認知症ケア講座

※認知症ケア加算2・3 該当研修

(7) リスクマネジメント研修

※安全対策体制加算 該当研修

(8) 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～

(9) メディカルケアマネジャー研修

(10) 医療経営塾 富家病院見学会

(11) 第7回経営対策講座

(12) 第6回ハワイ研修

11. 第 14 回慢性期医療展

日時：令和 6 年 4 月 17 ～ 19 日

場所：インテックス大阪

12. 委員会等

- (1) 三役会
- (2) 広報委員会
- (3) 学術委員会
- (4) 診療の質向上委員会
- (5) 国際委員会
- (6) 慢性期救急委員会

3 次救急施設と療養病床の連携カンファレンス
「大阪緊急連携ネットワーク」

13. 日本介護医療院協会

14. 地域病病連携推進機構

15. 日本慢性期医療協会 都道府県支部

北海道慢性期医療協会，東北地方慢性期医療協会，茨城県慢性期医療協会，群馬県慢性期医療協会，埼玉県慢性期医療協会，千葉県慢性期医療協会，東京都慢性期医療協会，神奈川県慢性期医療協会，富山県慢性期医療協会，石川県慢性期医療協会，福井県慢性期医療協会，山梨県慢性期医療協会，長野県慢性期医療協会，静岡県慢性期医療協会，東海慢性期医療協会，京都府慢性期医療協会，大阪府慢性期医療協会，奈良県慢性期医療協会，島根県慢性期医療協会，岡山県慢性期医療協会，広島県慢性期医療協会，山口県慢性期医療協会，徳島県慢性期医療協会，愛媛県慢性期医療協会，高知県慢性期医療協会，福岡県慢性期医療協会，鹿児島県慢性期医療協会，沖縄県慢性期医療協会

(計 28 組織 35 都道府県)

16. 調査・研究事業

令和 6 年 4 月 会員病床数確認アンケート

令和 6 年 7 月 日本介護医療院協会 2024 年度調査

令和 6 年 8 月 介護医療院 物価高騰・賃上げ等に関するアンケート

令和 7 年 1 月 2024 年度診療報酬改定後の病院経営状況緊急調査 (6 団体)

17. 日本病院団体協議会への参加

①代表者会議

②診療報酬実務者会議

18. 日本地域医療学会への参画

19. 日本地域包括ケア学会への参画

20. 他団体への支援

日本リハビリテーション医学教育推進機構

日本臨床倫理学会，ささえあい医療人権センター COML

日本地域医療学会，看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会

21. 外部の審議会・委員会等への委員派遣

22. 慢性期医療の広報に関する活動

日慢協 BLOG，慢性期ドットコム

23. その他関係機関との連絡調整等

令和6年度 資金収支計算書

自 令和6年4月 1日
至 令和7年3月31日

収入合計 536,403,085 円
支出合計 536,403,085 円（内次期繰越収支差額 386,680,235 円）

収入の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1. 事業収入			129,500,000	90,817,761	△ 38,682,239	
	1. 学会収入		65,000,000	45,466,200	△ 19,533,800	
	2. 研修会収入		60,000,000	39,820,266	△ 20,179,734	
	3. 出版物収入		500,000	44,440	△ 455,560	機関誌販売
	4. 広告料収入		1,000,000	538,175	△ 461,825	機関誌掲載広告料等
	5. 貸会議室収入		3,000,000	4,398,680	1,398,680	東京研修センター利用料
	6. その他事業収入			550,000	550,000	
		1. 共催金収入		550,000		慢性期医療展共催金
2. 会費・入会金			83,000,000	76,605,000	△ 6,395,000	
	1. 会費		80,000,000	74,605,000	△ 5,395,000	
	2. 入会金		3,000,000	2,000,000	△ 1,000,000	
3. 助成金			3,000,000	0	△ 3,000,000	
	1. 助成金		3,000,000	0	△ 3,000,000	
4. 寄付金			100,000	0	△ 100,000	
	1. 寄付金		100,000	0	△ 100,000	
5. 雑収入			2,000,000	383,143	△ 1,616,857	
	1. 雑収入		2,000,000	383,143	△ 1,616,857	研修運営・協力収入、 ご祝儀、受取利息等
6. 不動産 賃貸収入				128,700	128,700	
	1. 不動産 賃貸収入			128,700		事務所賃貸収入
7. 経常外収入				0	0	
	1. 経常外収入			0		
8. 未収入金				33,000	33,000	
	1. 未収入金			33,000		令和5年度分 東京研修センター利用料
9. 未収還付 法人税等				39	39	
	1. 未収還付 法人税等			39		令和5年度分
10. 前受金				2,247,520	2,247,520	
	1. 研修会収入			2,200,000		研修参加費
		1. 看護師特定行為研修		2,200,000		
	2. 出版物収入			47,520		機関誌販売
11. 繰越金			365,000,000	366,187,922	1,187,922	
	1. 繰越金		365,000,000	366,187,922	1,187,922	前期繰越収支差額
収 入 合 計			582,600,000	536,403,085	△ 46,196,915	

支出の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1. 事業費			163,000,000	76,327,376	△ 86,672,624	
	1. 学会費		65,000,000	43,719,310	△ 21,280,690	
		1. 日本慢性期医療学会		43,719,310		
	2. 研修会費		50,000,000	15,485,808	△ 34,514,192	
		1. 看護師特定行為研修		10,552,327		
		2. リスクマネジメント研修		176,953		
		3. 看護力アップ講座		112,371		
		4. 看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座		336,689		
		5. 経営対策講座		945,837		
		6. 富家病院見学会		217,842		
		7. 医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座		360,247		
		8. 身体的拘束最小化大作戦		616,023		
		9. 看護師のための認知症ケア講座		209,549		
		10. 総合診療医認定講座		1,957,970		
	3. 調査研究事業費		22,000,000	2,710,755	△ 19,289,245	
		1. 実態調査費	6,000,000	125,068	△ 5,874,932	調査票送信・発送代
		2. 研究会費	8,000,000	2,381,305	△ 5,618,695	諸会費、会合費、研究会諸経費
		3. 集計費	8,000,000	204,382	△ 7,795,618	調査票入力代
	4. 出版広報事業費		21,000,000	12,924,831	△ 8,075,169	
		1. 機関誌発行費	17,000,000	11,668,521	△ 5,331,479	原稿代、印刷代、発送代等
		2. ニュース発行費	4,000,000	1,256,310	△ 2,743,690	原稿代、ニュース配信委託費
	5. 貸会議室費		2,000,000	330,089	△ 1,669,911	東京研修センター諸経費
	6. 地域病病連携推進機構		3,000,000	988,573	△ 2,011,427	原稿代、謝礼金、会場費、旅費等
	7. その他事業費			168,010	168,010	
		1. 慢性期医療展		168,010		旅費

2. 管理費			103,000,000	66,776,360	△ 36,223,640	
	1. 会議費		3,500,000	1,726,070	△ 1,773,930	
		1. 総会費	500,000	270,251	△ 229,749	総会資料印刷発送代等
		2. 理事会費	1,000,000	468,309	△ 531,691	理事会諸経費
		3. 諸会議費	2,000,000	987,510	△ 1,012,490	役員新年会費, 打合せ諸経費
	2. 人件費		51,500,000	41,159,535	△ 10,340,465	
		1. 給料	36,000,000	30,780,000	△ 5,220,000	職員給料
		2. 諸手当	2,000,000	1,620,000	△ 380,000	役職手当
		3. 賃金	5,000,000	3,286,010	△ 1,713,990	臨時雇用賃金
		4. 旅費交通費	2,000,000	667,908	△ 1,332,092	通勤手当, 外勤交通費等
		5. 厚生費	6,500,000	4,805,617	△ 1,694,383	社会保険料, 健康診断料等
	3. 需用費		42,000,000	20,586,980	△ 21,413,020	
		1. 通信費	4,000,000	1,141,961	△ 2,858,039	郵便代, 宅配運賃, 電話代等
		2. 広告宣伝費	10,000,000	7,371,932	△ 2,628,068	HP管理費, 広告掲載料等
		3. 印刷費	3,000,000	707,410	△ 2,292,590	封筒・年賀状印刷代等
		4. 消耗品費	4,000,000	806,085	△ 3,193,915	コピー機諸費用, 事務用備品消耗品代
		5. 備品費	2,000,000	0	△ 2,000,000	
		6. 光熱水料費	2,500,000	1,443,261	△ 1,056,739	電気代, ガス代, 水道代
		7. 家屋管理費	5,000,000	3,832,800	△ 1,167,200	事務所管理費
		8. 修繕費	2,000,000	342,430	△ 1,657,570	コピー機保守料, 事務所設備修繕代
		9. 研究費	1,000,000	44,960	△ 955,040	専門誌購読料, 書籍代
		10. 雑費	1,500,000	799,961	△ 700,039	清掃・ゴミ処理費等
		11. 委託管理費	7,000,000	4,096,180	△ 2,903,820	データ管理費, 士業報酬等
	4. 諸支出金		6,000,000	3,303,775	△ 2,696,225	
		1. 交際費	1,000,000	933,869	△ 66,131	お花代, 贈答品代, 慶弔費用等
		2. 公租公課	3,000,000	2,357,300	△ 642,700	中間消費税, 固定資産税等
		3. 法人税等	2,000,000	12,606	△ 1,987,394	預金利子に係る源泉所得税

3. 支払助成金			5,000,000	3,295,000	△ 1,705,000	
	1. 支払助成金		5,000,000	3,295,000	△ 1,705,000	都道府県支部助成金
4. 経常外費用				0	0	
	1. 経常外費用			0		
5. 前払費用				452,570	452,570	
	1. 需用費	1. 研究費		448,800		MEDIFAX年間購読料
		2. 委託管理費		3,770		ドメイン更新料
6. 仮払金				117,294	117,294	
	1. 仮払金			117,294		大規模漏水に係る 復旧諸費用
7. 什器備品				789,162	789,162	
	1. 什器備品			789,162		ネットワーク設備工事代
8. 未払金				365,949	365,949	
	1. 未払金			365,949		令和5年度分 社会保険料, 電話代
9. 未払法人税等				70,000	70,000	
	1. 未払法人税等			70,000		令和5年度分
10. 未払消費税等				1,173,500	1,173,500	
	1. 未払消費税等			1,173,500		令和5年度分
11. 預り金				355,639	355,639	
	1. 預り金			355,639		令和5年度分 預り社会保険料
12. 予備費			5,000,000	0	△ 5,000,000	
	1. 予備費		5,000,000	0	△ 5,000,000	
13. 繰越金			306,600,000	386,680,235	80,080,235	
	1. 繰越金		306,600,000	386,680,235	80,080,235	次期繰越収支差額
支 出 合 計			582,600,000	536,403,085	△ 46,196,915	

2024 年度日本慢性期医療協会 研修参加優秀施設表彰 一覧

日本慢性期医療協会主催の学会ならびに研修会に多くの参加者を数えた施設から
下記の 17 病院を 2024 年度研修参加優秀施設として表彰致しました。

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

（計6件）

都道府県	病院名	役職	100床あたりの参加者数
宮城県	医療法人金上仁友会	金上病院	23
群馬県	医療法人大誠会	内田病院	23
東京都	医療法人社団明生会	セントラル病院	22
山梨県	医療法人慶友会	城東病院	22
大阪府	医療法人社団和風会	千里リハビリテーション病院	24
佐賀県	医療法人天心堂	志田病院	20

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

（計4件）

都道府県	病院名	役職	100床あたりの参加者数
埼玉県	医療法人社団富家会	富家病院	16
千葉県	医療法人社団ふけ会	富家千葉病院	16
福井県	医療法人池慶会	池端病院	17
香川県	医療法人社団和風会	橋本病院	15

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

（計7件）

都道府県	病院名	役職	100床あたりの参加者数
千葉県	医療法人平成博愛会	印西総合病院	10
東京都	医療法人社団大和会	平成扇病院	14
東京都	医療法人社団大和会	多摩川病院	11
富山県	特定医療法人財団五省会	西能みなみ病院	13
静岡県	医療法人社団榮紀会	東名裾野病院	12
和歌山県	医療法人千徳会	桜ヶ丘病院	13
山口県	医療法人愛の会	光風園病院	13

※100床あたりの参加者数は小数点以下切り上げ



写真 令和 7 年 6 月 24 日に開催した第 50 回通常総会で 2024 年度研修参加優秀施設を表彰した。

当会会長の橋本康子氏（写真右）より、授賞病院を代表して城東病院院長の佐藤仁美氏（写真左）に表彰状を授与された。

Event

第13回リスクマネジメント研修

(令和7年6月12・13日)

令和7年6月12・13日に「第13回リスクマネジメント研修」(オンライン)が開催された。本研修は令和3年度介護報酬改定で新設された「安全対策体制加算」の該当研修である。

講義については、介護保険施設に限らず、病院、施設、在宅などでも役立つリスク管理についての内容となっている。本加算は、介護医療院などの介護保険施設において、施設内に専任担当者一名を配置



することによって算定できる。当日は126名が受講された。

医療経営塾 内田病院見学会

(令和7年7月17日)

令和7年7月17日に「医療経営塾」として、群馬県沼田市にある内田病院(理事長 田中志子氏)の見学会が開催された。

当日は内田病院の多様な取り組みをご覧いただき、スタッフとの質疑応答やディスカッションを行った。また、見学後は懇親会会場に移動し、参加者同士の交流や情報交換がなされ、大変盛況のうちに



終わった。当日は全国各地から36名が参加された。

看護力アップ講座

(令和7年7月18日)

令和7年7月18日に「看護力アップ講座」がオンライン研修として開催された。本研修は「看護補助体制充実加算」の該当研修である。本加算を算定するには、看護職員の負担の軽減および処遇の改善に資する十分な体制が整備されていることが求められる。日本は少子高齢化が進んでおり、医療の質を保つためには、医療従事者の確保が重大な課題となっているが、限られた職員数の中では、医療職の多職種連携とタスクシフトによって、適切な医療を



提供できるよう業務を見直していくことも求められている。当日は45名が受講された。

●
新
版
●

看護師特定行為 研修テキスト

一般社団法人日本慢性期医療協会 ● 編集
中央法規出版 ● 発行

「特定行為に係る看護師の研修制度」の指定研修機関である日本慢性期医療協会により、研修のテキストとして企画されたのが本シリーズです。
すべての受講者に必須の共通科目と、慢性期医療や在宅医療に必要な12の区分別科目について解説しています。執筆者は講師や指導者として研修に関わる医師が中心となっており、具体的でしかも実践的です。研修のテキストとしてはもちろん、修了者のフォローアップとして、そして、これから受講を希望している看護師の皆様に役立つ内容です。

2023年
3月刊行



共通科目編 8844

B5判／横組み／カラー／488頁
定価7,920円(本体7,200円+税10%)

主要
目次

- 第1章 臨床病態生理学
- 第2章 臨床推論
- 第3章 フィジカルアセスメント
- 第4章 臨床薬理学
- 第5章 疾病・臨床病態概論
- 第6章 医療安全学
- 第7章 特定行為実践

日慢協会員
特価を
設定しました。



区分別科目編 1 8845

在宅・慢性期パッケージ対応

B5判／横組み／カラー／332頁
定価6,270円(本体5,700円+税10%)

主要
目次

- 第1章 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連
- 第2章 ろう孔管理関連
- 第3章 創傷管理関連
- 第4章 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連



区分別科目編 2 8846

B5判／横組み／カラー／682頁
定価8,800円(本体8,000円+税10%)

主要
目次

- 第1章 呼吸器(気道確保に係るもの) 関連
- 第2章 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの) 関連
- 第3章 栄養に係るカテーテル管理
(中心静脈カテーテル管理) 関連
- 第4章 栄養に係るカテーテル管理
(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連
- 第5章 動脈血液ガス分析関連
- 第6章 感染に係る薬剤投与関連
- 第7章 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- 第8章 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

●スマートフォンでお申込み

右のQRコードをスマートフォンで読み取り、画面上で注文書籍を選んで、ご住所・お名前等の必要事項を入力してお申し込みください。



●パソコンでお申込み

URL → <https://forms.gle/Z1W1Y9uHMfBUpVEY7>

慢性期.com

慢性期医療の今が分かるWebサイト

X(旧Twitter)で新着記事をチェック!

Check

医療・福祉の情報がたくさん



病院運営

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

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

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

思いもよらない帰郷、院長に就任

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

フォローして慢性期医療の仲間を増やそう!

X(旧Twitter)のフォローはこちら!

Check

インタビューも多数掲載



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



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

多くの方が悩んでいる巻き爪。特に高齢者の場合、自分で切断...



第30回日本慢性期医療学会 長講演「日本慢性期医療協目指す道」レポート

2022年11月17日（水）～18日（金）立京郡国府会館にて第3...



“体内病院”で自宅でも診療を——ナノ医療イノベーションセンターの取り組み

医療の世界では、新しい検査や治療するべく日々研究が...

Check

病院運営、キャリアなどの情報も

慢性期.comとは?

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



Facebookはこちら



開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第15期日程】2025年4月1日～

第8回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～

【日程】2025年8月30・31日

【開催方法】東京研修センター

第20回看護師特定行為研修 指導者講習会

【日程】2025年9月6日

【開催方法】オンライン研修

看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座

【日程】2025年9月17・18日

【開催方法】オンライン研修

第10回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座

【日程】2025年10月4日

【場所】東京研修センター

第13回看護師のための認知症ケア講座

【日程】2025年10月30・31日

【開催方法】オンライン研修

第11回総合診療医認定講座

【日程】2025年11月29・30日、12月20・21日、2026年1月24・25日

【開催方法】PART I・III オンライン研修、PART II 会場集合研修

第33回日本慢性期医療学会

【テーマ】慢性期医療の匠になろう！：坂の上をめざして

【日程】2025年11月6・7日

【場所】大阪国際会議場

【学会長】西尾俊治（南高井病院 院長）

【併催】・第13回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病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

大阪では万博が55年ぶりに開催されている。一方、世界では戦争が起こっている地域もある。平和の有難さを感じるが、医療・福祉界は経営悪化の一途をたどり大変厳しい状況にある。しかし、医療・ケアの質を上げるための努力は続けなければならない。今回は特集として、リハビリテーション専門家の方々にお集まりいただき座談会を行った。また、ハワイ研修報告もトピックスとして掲載している。



日本慢性期医療協会
会長 橋本康子

■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）・中尾一久（副会長）・富家隆樹（常任理事・事務局長）

□編集委員□ 田中志子（委員長・内田病院）・安藤正夫（副委員長・金上病院）

中川翼（定山溪病院）・成川暢彦（桜ヶ丘病院）・志田知之（志田病院）

◇学術委員◇ 鈴木龍太（委員長・鶴巻温泉病院）・中川翼（副委員長・定山溪病院）・木田雅彦（副委員長・福島寿光会病院）

中西克彦（定山溪病院）・浦信行（札幌西門山病院）・田中譲（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160号

(2025 August volume33 No4)

ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

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

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

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF
MEDICAL AND CARE FACILITIES

良質な慢性期医療がなければ 日本の医療は成り立たない！

良質な慢性期医療が日本を強くする！

慢性期.com

これからの慢性期医療には、地域に密着し、高度急性期医療以外のあらゆる疾病を持つ患者にケアも含めた医療を提供していくことが求められています。

時代とともにその役割はますます拡大していくでしょう。

慢性期ドットコムは「慢性期医療とは？」を知ることができるオウンドメディアです。

このメディアでは、学術面、実践面、ICT活用など、様々な角度から第一線で活躍する方々が慢性期医療にアプローチいたします。

慢性期医療の
「いま」を伝える
医療メディア

<https://manseiki.com/>



日慢協 BLOG

良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない！

日慢協ブログでは、日本慢性期医療協会が行っている記者会見や厚生労働省の審議会などで提言している「これからの慢性期医療」を発信しております。

日慢協を知る
メディア

<http://manseiki.net/>

学会

第33回日本慢性期医療学会

日程 2025年11月6・7日(木・金)

会場 大阪国際会議場

テーマ 慢性期医療の匠になろう！：坂の上をめざして

併催 第13回慢性期リハビリテーション学会

日本介護医療院協会セミナー

地域病病連携推進機構シンポジウム

研修会

総合診療医認定講座、看護師特定行為研修、経営対策講座、リスクマネジメント研修、
他オンライン研修多数開催中

運営組織

慢性期リハビリテーション協会、日本介護医療院協会、地域病病連携推進機構



日本慢性期医療協会

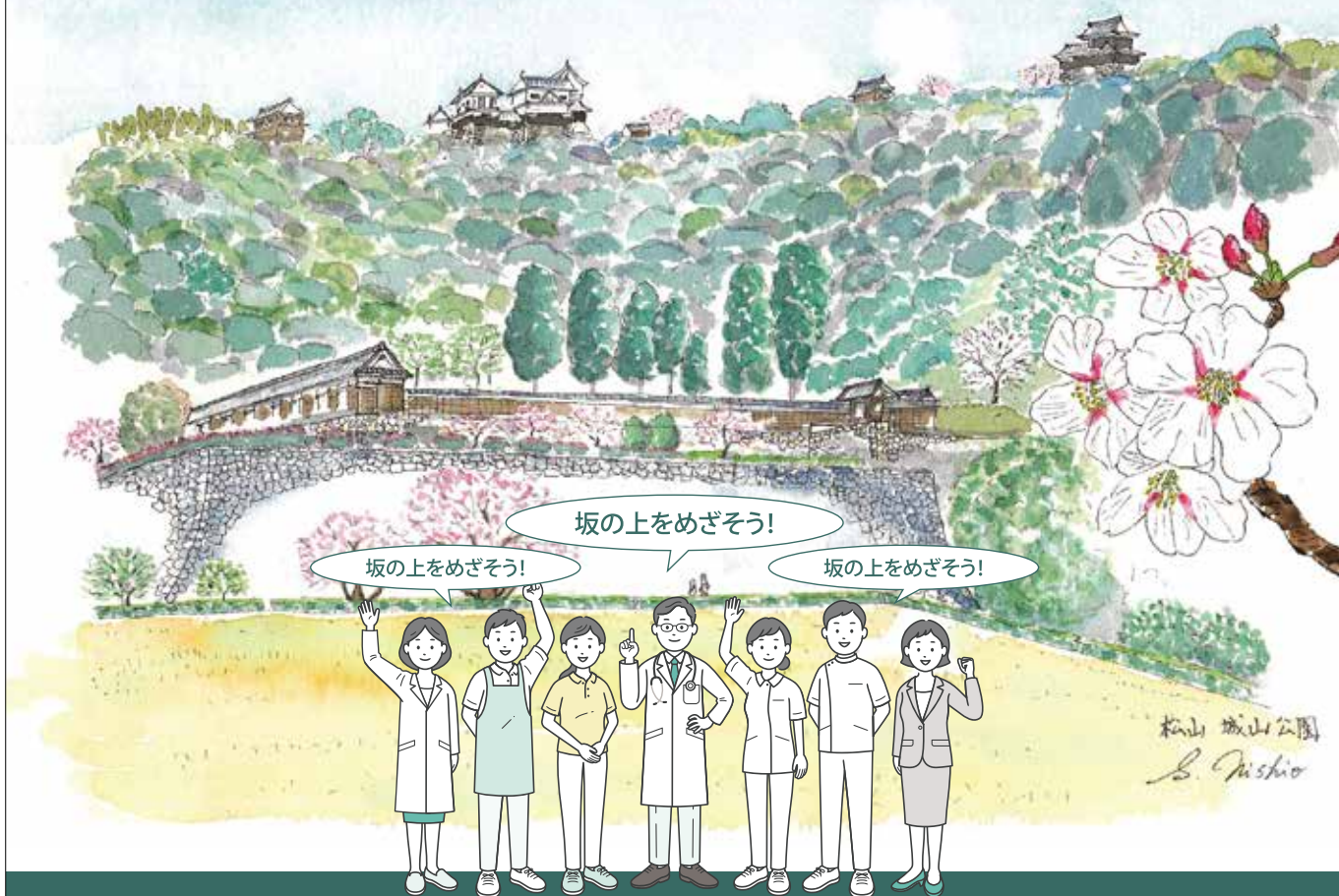
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階 TEL 03-3355-3120 FAX 03-3355-3122

E-mail info@jamcf.jp URL <http://jamcf.jp> BLOG <http://manseiki.net> 慢性期.コム <https://manseiki.com>

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^木・7^金

会場

大阪国際会議場

学会長

西尾 俊治 (南高井病院 院長)

併催

日本介護医療院協会セミナー
地域病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>