

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

161

vol.33 2025.10 隔月号

[特集]

慢性期医療のリスクマネジメントと 今後の方向性



Contents

論壇

美原記念病院 院長 美原盤

1

特集 慢性期医療のリスクマネジメントと今後の方向性

高齢者医療・ケアにおけるリスクマネジメント総論
— 尊厳と安全を両立するための実践指針 —

内田病院 理事長 田中志子

2

認知症に対するリスクマネジメント ～現場の認知症症例から～

富家病院 看護部長 井口朋子

7

慢性期医療における感染症のリスクマネジメントと今後の方向性

千里リハビリテーション病院 理事長 橋本康子

13

芳珠記念病院における薬剤のリスクマネジメントと今後の方向性

芳珠記念病院 理事長 仲井培雄, ほか

17

介護現場でのリスクに備えるスタッフ教育

富家病院 理事長 富家隆樹

22

慢性期医療における ICT 活用と効率化

大久野病院 理事長 進藤晃

27

日慢協リレーインタビュー

介護医療院湖東病院 理事長 猿原大和

31

会員病院の取り組み

立川中央病院 病棟看護師 堀田真紀, ほか

42

介護医療院名南ふれあい病院 言語聴覚士 田宮浩司

47

慢性期医療 TIPS

千里リハビリテーション病院 副院長 合田文則

51

投稿論文

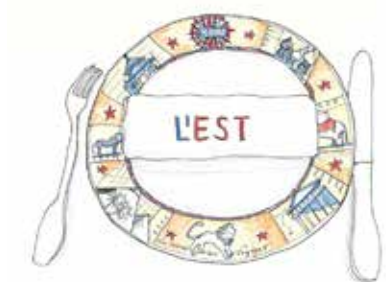
西仙台病院 臨床心理士 渡辺正美, ほか

53

日慢協 Topics

記者会見報告, 都道府県の活動, ほか

59



ポールボキューズ東店 リヨン フランス

リヨンの街にはポールボキューズの店が4店ある。東店のお皿、店の壁には世界中を走る列車が動いている。

第161号表紙絵

ギニョール人形劇場 リヨン フランス

子供たちに大人気の劇場。ギニョールは英雄。劇場のスタッフは徳島の人形浄瑠璃を勉強している。

南高井病院 院長 西尾俊治

新たな地域医療構想について



公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院
院長 美原盤

武見太郎先生は「医療とは医学の社会的適用である」と定義された。そして「医療提供側は社会（国民や患者）が求める医療を提供しなければならない」と述べている。その意味から、我々は医療制度に適切に対応することが求められる。すなわち、現在進められている新たな地域医療構想に対し、我々は真摯に向き合わなければならない。

新たな地域医療構想においては、医療機関機能についても議論されることになった。高齢社会を迎えるにあたり、医療を提供する側として「治す医療」を担う病院と、「治し支える医療」を担う病院の役割分担を明確化する必要性は十分に理解できるが、医療を受ける側の国民は病院によって役割が異なっていることを理解しているであろうか。病院の役割分担について広く国民に知っていただく取り組みが求められる。国民が病院を受診する際、国民は「どのような病床機能なのか」ではなく「どのような機能の病院（医療機関機能）なのか」を目安に病院を選択すると想定される。従って医療機関機能は国民にとってより分かりやすいものでなくてはならない。現在、医療機関機能は【急性期拠点機能】【高齢者救急・地域急性期機能】【在宅医療等連携機能】【専門等機能】に分類され、さらに【大都市型】【地方都市型】【人口の少ない地域】それぞれの地域に

おける役割が提唱されている。【急性期拠点機能】は、地域の基幹病院、あるいは三次救急として役割が求められる、いわゆる【高度急性期】の対象となる疾患を集約させることを意図していると思われる。集約化が医療の質の向上につながることは明らかであるが、【地方都市型】【人口の少ない地域】において「手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送」させるという記載には違和感を抱かざるを得ない。というのは、医療提供体制として「集約化」とともに「均てん化」も求められ、脳血管障害や虚血性心疾患など一刻も早く治療を開始すべき疾患に対しては「均てん化」がより重視されるべきであり、徒に「集約化」するべきではないと考えている。一方、日慢協の会員病院の多くは、【在宅医療等連携機能】【専門等機能】を担うと想定される。【在宅医療等連携機能】として訪問診療、訪問看護と連携し、レスパイトケア目的の短期入院なども含めた「ときどき入院」に対応することが求められる。地域によっては【高齢者救急・地域急性期機能】として高齢者救急への対応も期待されるかもしれない。【専門等機能】として、高齢者等の中長期にわたる入院医療への対応が挙げられているが、一般的に【専門等機能】は、脳神経疾患、循環器疾患、整形外科などのある診療科に特化した専門病院、そして回復期リハビリテーション病院などがイメージされるのではないだろうか。個人的には【専門等機能】として慢性期病院（療養型）を同列に扱うことに違和感を抱かざるを得ない。将来的に、療養目的の長期入院は介護医療院や施設が担う役割とされ、療養型の慢性期病院の経営者は、これからの自院のあり方について十分に検討することが必要かもしれない。将来の我が国の人口構成、疾病構造を鑑みると、医療提供体制は大きく変化せざるを得ない。このような状況において病院は、自分が「やりたい医療」ではなく「地域から求められる医療」を提供すべく、地域の中での自院が果たすべき役割を確認し、運営していくことが求められる。



高齢者医療・ケアにおけるリスクマネジメント総論 — 尊厳と安全を両立するための実践指針 —

医療法人大誠会 内田病院

理事長 田中志子

1. はじめに

近年の繰り返す自然災害、物価高騰、人手不足など、私たちの医療・介護現場では多様かつ複合的なリスクが日常的に顕在化している。病院・施設のケアの第一戦では例えば転倒・転落、誤嚥、感染症、認知症による行動心理症状などへの対応が必須であるし、病院にとっては地域で発生する災害、最近ではカスタマーハラスメントへの備えなど、いずれも高齢者の生命と尊厳のみならず、スタッフや組織そのものを直撃する課題である。本稿では、現場で培った経験と最新のエビデンスを踏まえつつ、高齢者医療・ケアに関するリスクマネジメントの基本的考え方を整理し、今後に向けた取り組みの方向性を総論的に論じる。

2. 患者・利用者を捉えた時のリスクマネジメントの基本理念

(1) リスクとは何か

リスクは「好ましくない事象が発生する可能性と、その結果の重大性の組み合わせ」である。高齢者ケア領域では、①身体的脆弱性、②認知機能低下、③社会的孤立、の三要素が相互に影響し、リスクの発現確率とインパクトを増幅させる。リスクマネジメントの目的は、それらをゼロにすることではなく、許容可能なレベルまで低減させ、本人の尊厳と自己決定を最大化することである。

(2) 倫理的基盤

患者・利用者が尊重されることは、全てのリスク対策に優先する価値である。過度の身体拘束や不必要な医療化は、表面的には事故を減らしても、尊厳を著しく損なう。従って、「予防か自由か」という

二者択一ではなく、「尊厳を守りながら安全を高める」両立モデルを志向する必要がある。

(3) システムとしてのPDCA

個別対応に終始する現場では、同種事故が繰り返されやすい。インシデントの集計と分析、改善策の標準化、教育と評価を循環させるPDCAシステムこそ、組織的リスクマネジメントの基盤である。

3. 現場でよくみられるリスクと対策

(1) 転倒・転落：不可避性を前提とした重大事故ゼロ戦略

歩行の自由は生活の質そのものである。重要なのは、「転倒ゼロ」より「骨折ゼロ、頭部外傷ゼロ」を達成することだろう。具体策として、転倒しやすい高齢者やバランスに支障のある患者に対して混乱を回避して目的地までの距離を最短にする動線の視覚提示（図1）、ポジショニングのための姿勢保持具の導入、センサー連動見守り、骨折予防のための骨粗鬆症治療薬の併用等が挙げられる。身体拘束は寝たきり、廃用のみならず、拘束されることからくる不穏・興奮・大声・暴言など根本的リスクファク



図1 転倒しやすい高齢者やバランスに支障のある患者に対して、混乱を回避して目的地までの距離を最短にする動線の視覚提示

ターを増幅させるため、代替手段を組み合わせる回避する。

（２）BPSD：行動心理症状の予防と対応

BPSDは環境要因と人的要因が複雑に絡む。生活歴に基づくパーソナルケア、快刺激と役割付与、関わるスタッフの言動の心地よさ、そして「一旦引いてみるケア」による拒否への一時退避が基本である。抗精神病薬は急性期に限り最小量を短期使用し、非薬物療法を主軸に据える。BPSDが見られる時に無理やりケアや医療処置を行うことで、スタッフが怪我をしたりメンタルヘルス障害など、労災の発生も危惧されるため、スタッフ側からのリスクマネジメントとしても慎重に対応する。

（３）誤嚥・窒息：最後のワンスプーンと受容的ケア

嚥下機能は加齢と疾患で不可逆的に低下する。むせをゼロにする方略は、口から食べる喜びを奪う。与えられた入院・入所といった環境の中で「食べること」は心身の健康に大変重要である。その際に多職種で「どの程度のリスクを受容するか」を共有し、個人に合わせた安全に食べられる体位調整（ポジショニング）、アセスメントに基づく一口量制御や食形態の個別化でリスクを最小化しつつ、本人の希望を尊重する。その際に、慎重になりすぎて無闇に食事を禁じたり、付加食品ばかりに頼ることは食事の彩りや人生の潤いを失わせる可能性がある。熟考する必要がある。

（４）薬物療法と多剤併用

ポリファーマシーは転倒、認知機能低下、低栄養のトリガーとなる。本当に現在の病状に必要な内服薬、服薬数になっているかを検討する。特に独居や、老老世帯で過ごされた高齢者が入院してくると、それまで在宅でアドヒアランス不良にて内服できていなかった薬を定期的に取り込むことで、入院後に薬剤性低血圧や低血糖、下痢などを起こすことがあるので、そのような症状を見た際には一番に内服薬を確認する必要がある。

（５）感染管理

新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、高齢者ケア施設が感染ハブとなる脆弱性を可視化した。今後も起こりうる新型コロナウイルス以外の新興感染症には、高齢者施設であっても即座にその経験を生かして「標準予防策の徹底」、「閉鎖的空間の換気改善」、「早期検知システム」の導入が不可欠である。冷静に平時から連携している医療機関と連絡を取り合い、インフラが途切れた時の不要不急の外出制限の影響や、施設ごと拘禁されるようなクラスター時の閉鎖について、最小限にするメンタルケアを両立させる。

4. 組織としてのリスクと対策

（１）災害リスクと事業継続計画

地震、風水害などの自然災害や自然災害に伴う停電やその他の電力供給の停止等は、食事や医療機器や治療薬などなど全ての供給を直撃する。事業継続計画（BCP）には、①72時間分の医薬品・食料備蓄、②非常電源、③地域ネットワークとの相互支援協定、の三本柱が必須である。また、介護施設においてもBCPが義務付けられており、日頃からの備えと対策訓練など常に対応をPDCAサイクルで想定しながら、形骸化させず対策しなければならない。さらに昨今の大規模災害を考えると、感染などの医療介護連携だけではなく、災害時にも機能する助け合いのための地域医療介護福祉連携ネットワークなどを、平時から構築することを考える必要がある。

（２）組織文化としてのリスクマネジメント

リスクマネジメントは、単一職種の努力では完結しない。組織全体が「報告への賞賛」文化を持ち、ヒヤリハットを可視化し合うことが核心である。筆者の法人でも各病棟ごとに事故数分析を行っているが、ヒヤリハットの多いフロアの方が大きな事故が少ないというデータがある。報告することの安全性と必要性を、いかに組織全体に浸透させることができるかが鍵となる。経営層は、時間と人員というリソースを投資し、従来の「KKD（勘、経験、度胸）」に頼る方法から、客観的なデータを根拠とした判断へとシフトして改善を後押しする必要がある。

5. 今後への取り組み

(1) デジタルトランスフォーメーション（DX）の活用

各種センサー、ウェアラブルデバイス、AI 解析は、たとえば転倒予測やバイタル異常検知のリアルタイム化を可能にする。令和6年には介護報酬でもテクノロジー導入による夜間人員配置基準の緩和、テクノロジー（例：見守りセンサーやIoT 機器）を導入している施設では、夜間の人員配置基準が緩和される通知が発出された（図2）。これにより、科学的根拠やデータに基づいた見守りやケアが進みやすくなった。さらに、これらのDX化により、スタッフの負担軽減や生産性の向上が期待され、人手不足の現場の働き手を守るという意味でも十分なリスクマネジメントにつながると思われる。今後も科学的介護データの相互運用性を担保しつつ、プライバシー保護を両立させる仕組みが求められる。

(2) カスタマーハラスメント（カスハラ）対策

カスタマーハラスメントとは利用者や家族・取引先などが職員に対して、妥当性を欠く手段・態様で過度な要求や暴言・威圧行為を行い、就業環境を著しく害する迷惑行為である。病院や高齢者施設では「患者・家族」「入所者・家族」からの言動が中心とされている。実際に厚生労働省をはじめ各自治体や、日本医師会などから相次いでカスハラに関する研修が発出されている。大切なスタッフや組織を守るためにも、カスタマーハラスメントという比較的新しい概念を理解し、顧客と共有しお互いの信頼を損なうことなく、誰もが傷つくことがないようにしていかなければならない。

(3) 人材育成とアカデミックキャリアパス

リスクマネジメント専門資格の標準化とキャリアパス整備は、高齢者ケアの質向上と労働環境改善の両立に資する。e-ラーニングとシミュレーション教育を組み合わせた生涯教育やリスクリングが有効である。

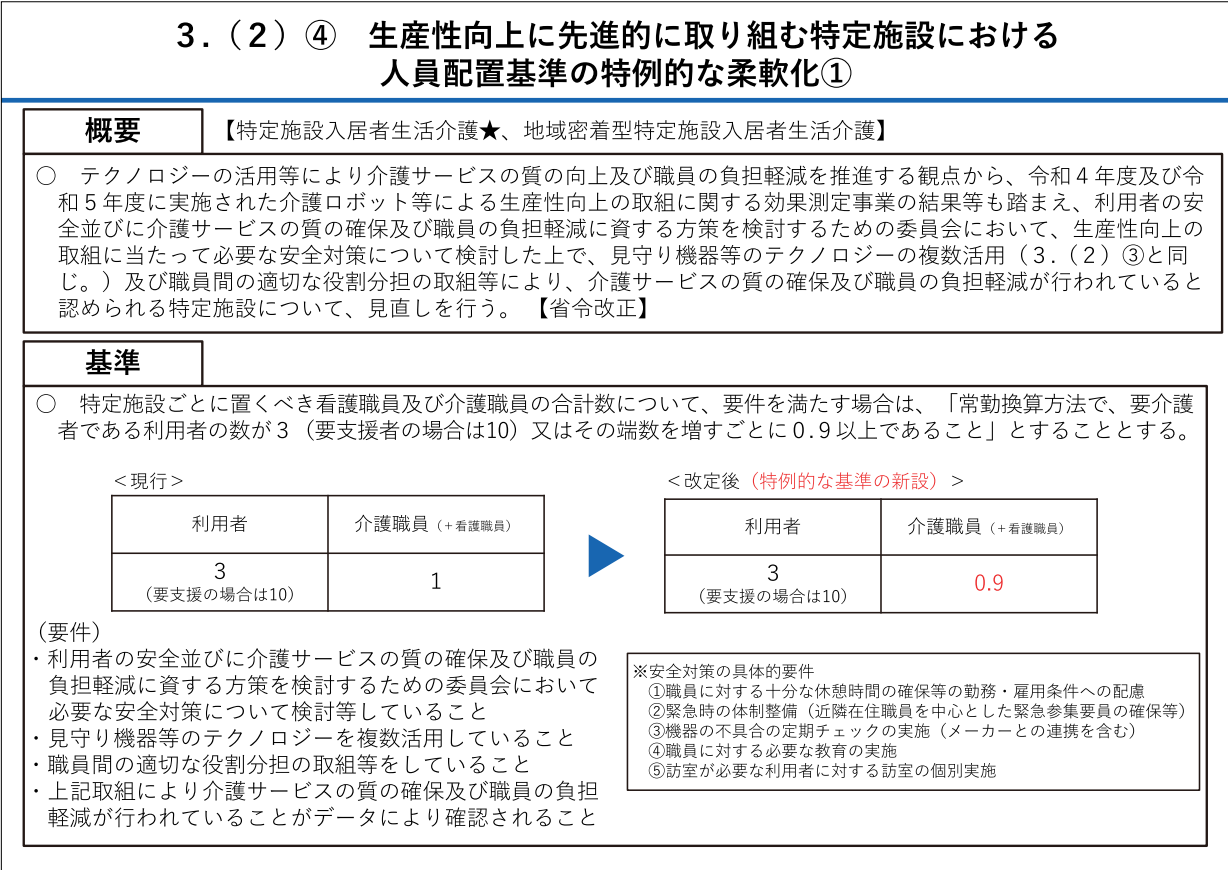


図2-1 令和6年度介護報酬改定における改定事項について

3. (2) ④ 生産性向上に先進的に取り組む特定施設における 人員配置基準の特例的な柔軟化②

基準（続き）

- 人員配置基準の特例的な柔軟化の申請に当たっては、テクノロジーの活用や職員間の適切な役割分担の取組等の開始後、これらを少なくとも3か月以上試行し（試行期間中においては通常の人員配置基準を遵守すること）、現場職員の意見が適切に反映できるよう、実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において安全対策や介護サービスの質の確保、職員の負担軽減が行われていることをデータ等で確認するとともに、当該データを指定権者に提出することとする。
注：本基準の適用に当たっては、試行を行った結果として指定権者に届け出た人員配置を限度として運用することとする。
 - 介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることの確認については、試行前後を比較することにより、以下の事項が確認される必要があるものとする。
 - i 介護職員の総業務時間に占める利用者のケアに当てる時間の割合が増加していること
 - ii 利用者の満足度等に係る指標（※1）において、本取組による悪化が見られないこと
 - iii 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間が短縮していること
 - iv 介護職員の心理的負担等に係る指標（※2）において、本取組による悪化が見られないこと
- ※1 WHO-5等
※2 SRS-18等
- 柔軟化された人員配置基準の適用後、一定期間ごとに、上記 i～iv の事項について、指定権者に状況の報告を行うものとする。また、届け出た人員配置より少ない人員配置を行う場合には、改めて試行を行い、必要な届出をするものとする。なお、過去一定の期間の間に行政指導等を受けている場合は、当該指導等に係る事項について改善している旨を指定権者に届け出ることとする。

図2-2 令和6年度介護報酬改定における改定事項について

3. (2) ⑤ 介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の 夜間における人員配置基準の緩和

概要

【短期入所療養介護★、介護老人保健施設】

- 令和3年度介護報酬改定における介護老人福祉施設等に係る見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和と同様に、介護老人保健施設（ユニット型を除く。）及び短期入所療養介護の夜間の配置基準について、見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

- 1日あたりの配置人員数を現行2人以上としているところ、要件を満たす場合は1.6人以上とする。ただし、配置人員数は常時1人以上配置することとする。

<現行>

配置 人員数	2人以上 利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上
-----------	---

<改定後>

配置 人員数	1.6人以上 利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上
-----------	---

（要件）

- ・ 全ての利用者に見守りセンサーを導入していること
- ・ 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- ・ 安全体制を確保していること（※）

※安全体制の確保の具体的要件

- ① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置
- ② 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③ 緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④ 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤ 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥ 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

- 見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

図2-3 令和6年度介護報酬改定における改定事項について

3.（2）⑥ 認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の見直し

概要

【認知症対応型共同生活介護★】

○ 令和3年度介護報酬改定における介護老人福祉施設等に係る見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直しと同様に、認知症対応型共同生活介護の夜間支援体制加算について、見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

夜間支援体制加算（Ⅰ） 50単位/日（共同生活住居の数が1の場合）
夜間支援体制加算（Ⅱ） 25単位/日（共同生活住居の数が2以上の場合）

<改定後>
変更なし

算定要件等

○ 認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の人員配置要件について、現行の算定要件に加え、要件を満たし、夜勤を行う介護従業者が最低基準を0.9人以上上回っている場合にも算定を可能とすることとする。

	夜勤職員の最低基準（1ユニット1人）への加配人数	見守り機器の利用者に対する導入割合	その他の要件
現行要件	事業所ごとに常勤換算方法で1人以上の夜勤職員又は宿直職員を加配すること。		
新設要件	事業所ごとに常勤換算方法で0.9人以上の夜勤職員を加配すること。	10%	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

※ 全ての開所日において夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていること。

※ 宿直職員は事業所内での宿直が必要。

※ 併設事業所と同時並行的に宿直勤務を行う場合には算定対象外（それぞれに宿直職員が必要）。

図2-4 令和6年度介護報酬改定における改定事項について

（4）地域包括ケアと市民参加

医療、介護、行政、ボランティアが相互に補完するネットワークは、リスク分散装置として機能する。市民講座や家族会を通じて、ケアの現場と地域住民が同じ知識と認識を共有することが、最終的なセーフティネットとなる。

6. おわりに

高齢者医療・ケアにおけるリスクマネジメントは、単なる事故防止策ではなく、人生の最終章を彩るケアの質を担保する営みである。PDCA サイクルに基づく組織的アプローチと、尊厳を中心に据えた倫理

的視座を車輪の両軸として、我々は「安全で、しかも生きる喜びに満ちた」ケアを実現しなければならない。合わせて職員や組織を守り、ひいてはその地域を守ることが肝要であろう。本稿が、各現場における実践と研究の深化を促し、次世代のリスクマネジメント文化形成への一助となれば幸いである。

【参考資料】

- 1) 令和6年度介護報酬改定における改定事項についてp114-117, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001230329.pdf#page=1>



認知症に対するリスクマネジメント

～現場の認知症症例から～

医療法人社団富家会 富家病院

看護部長 井口朋子

当院は、地域包括ケア病棟 50 床を含む 281 床の慢性期医療を中心とした病院である。地域包括ケア病棟には、当院の認知症外来に通院されている患者の入院が多い。患者の BPSD が悪化してご家族の負担が重くなると、一時的に入院して治療する。行動チェック表で BPSD の傾向を分析し、内服のコントロールや生活リズムの調整などを行い、在宅での生活に戻れるようにサポートしている。ここではいくつかの症例から、認知症に対するマネジメントを学んでいただきたい。

1. やすお じいちゃん物語

皆さんは『やすお じいちゃん物語』（図 1）を見たことはあるだろうか？ ご家族も医療従事者も認知症に関わる全ての方に一回は見ていただきたいと思うスライドである。



図 1 やすお じいちゃん物語

出典：岩手医科大学神経内科・老年科 高橋 智
<https://yuki-enishi.com/ninchi/ninchi-02.pdf>

このスライドは「その 1」では、家族に冷たくされ怒られてばかりのやすお じいちゃんが描かれている。半年後のやすお じいちゃんは、家族を敵だと思い暴力を振るうようになり、こんな家に居たくない

と家を出て徘徊するようになってしまう。「その 2」では、反対に家族に優しくされ愛されているやすお じいちゃんが描かれている。半年後のやすお じいちゃんは、物忘れは少しすすんでも、穏やかに愛する家族に囲まれて幸せに過ごしていた。

このスライドで注目してもらいたいことは、「その 1」と「その 2」でやすお じいちゃんは、なにも変わっていないということである。1 でも 2 でもやすお じいちゃんは同じ物忘れがあり「わしの万年筆どこじゃ？」と言っているので、中核症状がよくなったということはないのである。違いは何かといえば、家族が突き放すのか、一緒に探してあげるのか、の違いである。その違いによって、やすお じいちゃんの様子が全く変わってくるということが大事な点である。周りの対応次第で BPSD を起こすこともできるし、BPSD を起こさないようにもできるということである。

BPSD は、「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia」の頭文字をとったもので、日本語では「認知症の行動・心理症状」と訳される。代表的な症状として表 1 のようなものがあげられるが、患者の人生が様々であるように、BPSD も多種多様である。周りの人が対応に困る周辺症状（BPSD）には必ず本人にとっての意味がある。それについて症例も交えながらひとつひとつ紹介していく。

周辺症状（BPSD）

抑うつ	不安	攻撃的行動
幻覚	徘徊	睡眠障害
過食	放尿	帰宅願望
被害妄想	物盗られ妄想 などなど	

表 1 認知症のおもな周辺症状

2. 徘徊

徘徊したくて徘徊している人はいない。様々な理由によって歩き回ることになる。徘徊に込められた「歩き回る意味」を考えることが大事になってくる。(図2)

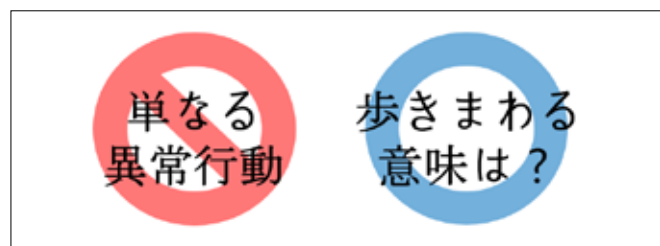


図2 徘徊に込められた意味

Aさん：家事をしている

専業主婦だったAさんは、亡くなった旦那さんのために食事をつくろうと買い物に出かけたが、道がわからなくなってしまった。徘徊をしているわけではなく、買い物がしたいということである。

Bさん：仕事をしている

Bさんは、元警備員。当時の仕事のころの習慣で、見回りや巡回をしていただけである。

ここまで「徘徊」について話してきたが、徘徊という言葉遣いに違和感を感じた人はいないだろうか。辞書(Oxford Languages)によると、徘徊とは「あてもなく歩き回ること。うろうろと歩き回ること。」と定義されている。前述の2症例から見ても認知症の徘徊は「あてもなく」ではない。しっかりとした目的があるわけだから、最近では、徘徊ではなく「独り歩き」や「道迷い」という言葉を使うことが増えてきた。

認知症の正しい理解のためにはとてもよいことだと思う。

ここからは、富家病院で経験したものの忘れ外来での症例を3つ紹介する。

症例1『旦那が浮気するんです!』(図3・4)



図3 旦那が浮気するんです!①(作画 室崎ランコ)

ある夏の日にアボなしで来院した「ひろ子さん」旦那さんの浮気を疑い、問い詰めても、ひろ子の頭がおかしい、病院で見てもらえと言われてしまう。ひろ子さんは、認知症ではないことを証明するために来院した。検査をすると軽度の認知機能低下。家族から話を聞こうと思っても、ひろ子さんから聞いた電話番号はつながらない。すると2日後、病院の領収書を見た旦那さんから妻の妄想がひどくて困っていると電話が来た。ひろ子さんはレビー小体型認知症という診断となった。認知機能低下に伴う漠然とした不安から起きる浮気妄想は、認知症では初期によく出現する。「ずっとひろ子と一緒にいたい。死んだら同じ墓に入ってくれ」という旦那さんの言葉で、ひろ子さんの浮気妄想は沈静化した。極端なことを言うこんな浮気妄想は究極の「愛」の形なのかと思ったりする。



図4 旦那が浮気するんです!②(作画 室崎ランコ)

夫を愛するがゆえに一番失いたくないという想いから妄想の愛人が生まれて、その妄想の愛人を旦那さんの愛が打ち消したという素敵なラブストーリー

であった。この奥さんは妄想の愛人が消失した3か月後に外来通院が終診となって病院に来なくなった。最近になって「ご様子を伺いたい」と言って2年ぶりくらいに来てもらったが、変わらず仲睦まじい姿を見せてもらった。

症例2 『あなたは誰ですか？私は実家に帰ります』 (図5・6)



図5 あなたは誰ですか？① (作画 室崎ランコ)

82歳のケンジさん、認知症で奥さん(マサコさん)のことを妹や昔の同僚と誤認し、家から荷物を抱えて出て行ってしまふ。その度マサコさんは追いかけるが、「わたしは実家に帰ります。あなたは誰ですか？」と言われてしまい、自分を忘れてしまったと思ひ悲しくてしかたない。ある日「二人で一緒に建てた家まで忘れるなんて」とマサコさんがつぶやくと、ピタッと振り返り「そうだったね」と家に戻った。それから、この言葉を言うようになってからは出ていくのをやめてくれている。

この二人にとってマイホームは愛の結晶だった。夫を愛してやまないが上に見つけ出した魔法の言葉であり、「愛」がBPSDを乗り越えた症例だと思う。



図6 あなたは誰ですか？② (作画 室崎ランコ)

症例3 『このひとにまかせておけば大丈夫なんだ』 (図7・8)



図7 このひとにまかせておけば大丈夫なんだ① (作画 室崎ランコ)

78歳タイチさん、認知症で重度の短期記憶障害がある方のエピソード。自分がいま何をしにここにいるのか忘れてしまい、何度も奥さんに尋ねている。奥さんはそのたびに「何回だって聞いていいのよ」と優しく答えてくれている。認知症になると自分が何を言ったかすら忘れてしまうため、さっき同じことを言ったかもと不安になり、言いたいことがあっても言えなくなってしまう。タイチさんはBPSDがあってもおかしくはない障害だが、奥さんの愛のある対応で、とても穏やかに夫婦で生活することができている。



図8 このひとにまかせておけば大丈夫なんだ② (作画 室崎ランコ)

最後の症例は、苔の蒸すまで重ねてきた愛は認知症になっても損なうことがないのだということを教えてくれた症例だった。

ものの忘れ外来を始めて気づいたことは、認知症というのは「愛」の病気であり、そして最近では認知症が「愛」そのものではないかとさえ思うようになった。

病気としては、すごく素敵な病気かなと思っている。

ここまでいくつかの症例を通して認知症患者のことを知ってもらった。ここからは、認知症患者のケアをしていく上で、具体的にどのようなことに気を付けていけばよいかを考えていきたいと思う。

3. 不適切な環境やケア

不適切な環境やケアというものが、認知症の問題行動を誘発したり、増悪させたりすると言われている。

◆不適切な環境

暑い・寒い・うるさい・暗い・広すぎる・不適切な対応をする介護者

◆不適切なケア

認知症の方の不安を煽るケア

悪性の社会心理

騙す・出来ることをさせない・子供扱い・脅かす・レッテルを貼る・汚名を着せる・急がせる・主観的現実を認めない・仲間はずれ・モノ扱い・無視する・無理強い・放っておく・非難する・中断する・からかう・軽蔑する

自分がされて嫌なことは認知症の方も当然嫌である。上記のような不適切な環境におかれたり、不適切なケアを受けると、問題行動となって噴出してくる。

4. BPSD の対応

◇まず第一は身体疾患のチェックと治療（脳血管障害、感染症、脱水、便秘、疼痛など）

◇次に、薬物の副作用や急激な中断の確認

◇そして、不適切な環境やケアのチェックと改善

◇さらに、薬物治療の実施

薬物療法と非薬物治療の割合でいうと、薬物療法、薬の力は認知症治療の1割にも満たないのではないと思う。それほど非薬物治療、患者対応というのが大事なのである。環境が整わない中、ケアが整わない中、薬をいくら出しても効果は得られない。整えた環境、整えたケアの上に薬物療法の効果が出てくる。

5. BPSD のケア（まとめ）

これまでの症例で、周辺症状には何らかのわけがあるということが分かったと思う。

BPSD が起こった時は、まず、隠れたメッセージに耳をすまし、身体症状、孤独・不安、睡眠覚醒リズムの乱れや、不適切な環境・ケアが存在しないか、それを整えることが大事である。身体状況・服薬状況の精査から始まり、職歴や生活歴・心理状況を考慮に入れた適切な対応を実施していくことを考えていただきたい。

6. 魔法の言葉、『愛・メッセージ』

物忘れ外来をしていて、デイサービスを拒否する人がとても多いことに悩んでいた。

在宅の認知症患者にとってデイサービスは認知症進行予防のリハビリプログラムがあって、社会性の再獲得が行われて、レスパイトケアにもつながるという良いことづくめの介護サービスである。ぜひ通っていただきたく、悩んで悩んで私たちは、魔法の言葉をみつけた。この言葉を家族に伝えて、これを、家族が言ってくれるとデイの拒否があった方々がみんな行ってくれるようになった。それが、あいメッセージである。

2つのカッコのなかに入る「同じ言葉」はなんだろうか？

①デイに行かないと（ ）寝たきりになっちゃうよ

②（ ）認知症にならないために

ここに（あなたが）をいれると、例えば

①デイに行かないと（あなたが）寝たきりになっちゃうよ

②（あなたが）認知症にならないためにデイに行こう

というほとんどの人が断るが、（わたし）を入れた文に変えると

- ①（わたし）がデイに行ってくれたら嬉しい
②（わたし）のためにデイに行ってください

この言葉を家族が唱えてくれるとほとんどの人が行ってくれるようになった。

ポイントは、主語を「YOU」ではなくて「I」にすること。家族にお願いするとなかなか難しい顔をされるが、「お母さんがデイに行ってくれたら、いつまでも元気でいてくれるから、すごく嬉しい」と子供に言ってもらえた患者は、100%デイに喜んで行ってくれるようになった。はじめだけでなく、デイから帰ってくるたびに「今日も行ってくれたの！嬉しい！ありがとうお父さん」と息子が言ってくれたら、行きしぶりもなくなって、続けて行ってくれるようになる。

それが愛・メッセージである。ぜひ皆さんにも使ってみて欲しい。

7. せん妄

意識の障害、「意識水準の低下」「見当識障害」をせん妄という言葉でくくっている。

症状としては、記憶力障害、不安、抑うつ、怒り、恐怖、幻覚、興奮、意欲低下、妄想などがあげられ、せん妄でも認知症でも同じような症状が出る。

8. せん妄の発症

もともとの高齢、認知症、脳の気質的疾患、脳卒中などという準備因子がある中で、睡眠障害、身体拘束、ベッドに無理やり寝かせられる状況などの誘発因子、さらに感染症や脱水など身体的な疾患、薬物などによる直接因子が加わるとせん妄を引き起こす。したがって救急病院などはせん妄が起きやすい環境と言える。

9. せん妄と認知症の臨床的特徴

例えば、せん妄は入院してきた次の日に発症し、特に夜間や夕方に悪化する傾向にある。認知症は初発症状としては記憶力の低下があるが、せん妄は錯覚・幻覚・妄想・興奮という、いきなり周辺症状のような症状から発症する。持続というところでは、対応によっては数時間でせん妄は落ち着くこともある。不

可逆的ではなく可逆的に知的能力が戻ったりもする。

身体疾患はあることが多く、環境に左右されやすいというのがせん妄の特徴である。（表2）

せん妄と認知症の臨床的特徴		
	せん妄	認知症(中核症状)
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚・幻覚・妄想・興奮	記憶力低下
持続	数時間～数週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与はない

表2 せん妄と認知症の臨床的特徴

10. せん妄の治療および対応

直接因子に対して ⇒ 全身状態の安定

- ・水分や電解質などの保持、基礎疾患の治療
- ・原因となった薬物の特定、減量・中止

誘発因子に対して ⇒ 環境調整

- ・睡眠－覚醒パターンの改善
- ・過剰刺激や感覚遮断の改善
- ・身体拘束や体動制限の改善

腰痛などの痛みによってせん妄状態に陥ってしまうこともあるので、薬によって痛みをとってあげることも重要である。心身に与えるストレスをできるかぎり取ってあげることが対応の基本である。

鎮静目的での薬の過剰投与は逆効果と言われている。過鎮静からの断薬で、せん妄増悪し更に過鎮静を繰り返すことで全身状態が悪化するという負のスパイラルに陥る。

できる限り少量の向精神薬で対応するのが良いとされている。

11. せん妄の対応（まとめ）

- ・認知症高齢者はせん妄を起こしやすいことを念頭に置く
- ・まずは身体的要因に目を向ける
- ・チーム内の共通理解と統一された対応が不可欠

12. 身体拘束なく認知症患者に安全に療養してもらう工夫

◆チームで取り組む

医師、看護師、介護士、臨床心理士、リハビリ、MSWなどがチームを組み、行動チェックリストからリスクのある時間などを抽出し対策を考える。尿意、便意を訴えることはできず、ナースコールせずに歩きだしてしまうので、本人は嫌がっていたが離床センサーを使っていた。転倒せずに対応できた箇所を青枠、転倒や失禁などあった対応をオレンジの枠としている(図9)。この行動チェックリストをもとにチームで検討し、この患者用のプログラムを作成した(図10)。

離床センサーが鳴るのは排泄前だけだということが分かったため、リハビリと分担してトイレ誘導を行うことで、日中の離床センサーを外すことに成功し、患者の希望に沿うことが出来た。

図9 行動チェックリスト①

図10 行動チェックリスト②

◆特定看護師を活用する

当院では特定看護師8名が常時専用スマホを持って対応している。認知機能の低下が原因で行うおもな特定行為は、次の4つである。

- ・気管カニューレの交換

- ・抗精神病薬の臨時的投与
- ・中心静脈カテーテルの抜去
- ・末梢留置型中心静脈カテーテルの挿入

事前に予測して手順書を出して、特定看護師勤務表を各部署に配布しておくことで、急なアクシデントを恐れて抑制や過鎮静に逃げることなく、患者のADLとQOLを保ちつつ落ち着いて対応ができる。

◆医療行為を減らす・見えなくする

認知症患者への苦痛を伴う医療行為はせん妄・BPSDを招く。主治医と検討して医療行為を最小限にする。鼻の管や末梢点滴は、経口や胃瘻、高カロリー輸液などを検討する。点滴は本当に24時間持続でないといけないのか考え、日中だけ、もしくは夜間だけにするなど工夫する。点滴や酸素チューブ、モニターなどの管が見えると誰でも外したくなる。洋服を通したり、背中に回して見えないように工夫する。

◆希望を叶える・代替案を試す

ちょっとでいいからビールが飲みたい。おやつ、アイスはないの？

入院中だからと言ってすべてを制限する必要はないと思う。ビールやおやつを我慢して寿命が1年延びたとしても嬉しくない人も多い。誕生日に、お祝いに、ちょっとだけでいいから。いつ何が欲しくなるか分からないので、病棟ではいつでもおやつやアイスを用意している。また、おちょこで水を飲むことで、雰囲気味わっていつもよりたくさん飲んでくれるかもある。

バス停はどこですか？と聞かれる職員が多かったので、病棟にバス停を作った。患者と職員がよくここに座ってお話ししている。

13. 最後に

ここまでの話でよく分かるように、失われた認知機能を取り戻すことは出来ないが、周りの人が困るBPSDは、周囲の人の対応や環境を整えていくことで沈静化し消失してくる。そう考えると認知症はなおすものではなくよりそうものでないかと考える。



慢性期医療における感染症のリスクマネジメントと今後の方向性

医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院

理事長 橋本康子

1. はじめに

日本は世界でも類を見ないスピードで超高齢社会へと突入し、慢性期医療が担う役割はますます大きくなっている。慢性期医療は、長期にわたる治療、介護が必要な高齢者を中心に提供される医療であり、その特性上、感染症管理は最重要課題の一つである。特に、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の世界的流行は、病院や施設の重要性を改めて社会に認識させただけでなく、感染管理体制の弱点や課題を明確にした。本稿では慢性期医療施設における感染症リスクの特徴、対策の現状、そして将来的な方向性を詳細に検討し、今後の取り組みに資する提言を行う。

2. 慢性期医療における感染リスクの背景

慢性期医療病院、施設の感染リスクを理解するためには、病院や患者の特性、スタッフの体制を包括的に評価する必要がある。病院では、中・長期入院患者も多く、病棟内においては空間の共有を余儀なくされる場面が頻繁にある。患者の特性としては、高齢であることに加え、多くの慢性疾患を抱え、免疫機能が低下している場合もあり、感染に対する抵抗力が弱い。さらに認知機能低下の患者の場合、マスク着用や手指消毒などの基本的な感染予防措置の徹底が難しい状況が多々ある。スタッフ側でも、人員不足や交代勤務による情報伝達の困難さがリスクを高めている。

3. 高齢者ケアにおける感染症対策の複雑性

慢性期病院で治療をうける高齢者は、感染症に対する感受性が高いだけでなく、ADL (日常生活動作) の支援が必要なために看護、ケアの際に職員との接触が不可避である。特に、食事介助や排泄介助、体位交換などのケア場面では、飛沫や接触による感染のリスクが高まる。また、リハビリテーションスタッ

フや院外からのケアマネジャー等のスタッフなど多職種との接触、家族、友人などが、施設内の集団感染の端緒となる場合もある。感染管理はこうしたケアの質や患者の精神面とバランスを取る必要がある。

4. 感染症の種類別リスクと対策の違い

慢性期病院では、ウイルス性の感染症 (インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルスなど) と、細菌性の感染症 (MRSA、肺炎球菌感染症など) の両方が脅威となる。例えばインフルエンザは短期間で集団感染を引き起こすため、ワクチン接種と職員の健康管理が重要である。ノロウイルスは非常に感染力が強く、嘔吐物や排泄物への対応訓練と施設内消毒の徹底が必要である。一方、MRSA などの耐性菌は環境中に長く残存するため、隔離対応や接触感染予防策が求められる。

5. 実践事例:ある慢性期病院におけるクラスター対応

2023 年冬、ある地方の慢性期病院でノロウイルスによる集団感染が発生した。初発患者の症状が夜勤帯に発生したため、初動が遅れ、翌朝には複数の患者に嘔吐や下痢が見られた。施設では直ちに感染管理チームが介入し、感染区域を閉鎖、PPE 着用の徹底、清掃業務の外部委託による徹底消毒を行った。また、病棟のスタッフシフトを変更し、非感染区域と感染区域で職員の交差勤務を避けるよう対応した。結果として、3 日間で感染拡大を収束させることができた。この経験からは、初期対応の速さと、訓練された感染管理体制の重要性が明らかとなった。

6. ICT・AI の活用による感染対策の高度化

近年では、センサーによる手指消毒記録や、バイタルサインを自動測定する非接触モニタリング機器の

導入が進んでいる。これにより、職員の作業負担を軽減しつつ、感染の兆候を早期に把握することが可能となっている。また、シフト管理や面会者記録のデジタル化により、感染時の接触者トレースが迅速化している。AIによる異常値の検知や職員のPPE着脱記録の解析なども試験導入されつつあり、感染管理の質を技術で補完する時代が到来しつつある。

7. 家族・地域・行政との連携強化

感染症対応は施設単独では限界がある。面会制限時の代替手段としてオンライン面会システムを導入するだけでなく、地域包括ケア会議等を通じて、保健所、行政、在宅医療機関との情報共有体制を日頃から構築しておくことが重要である。また、災害時における備蓄共有や職員派遣協定の締結など、平時からの連携構築が感染症パンデミック時に役立つ。

8. 制度的課題と今後の提言

慢性期医療施設においては、感染対策加算や設備補助制度を拡充し、感染対策を「コスト」ではなく「投資」として位置づける政策が必要である。さらに、感染対策に精通した看護師・薬剤師・事務職員の育成プログラムを公的に支援し、施設間の格差を是正する仕組みづくりも急務である。

9. 研修と人材育成の強化

慢性期医療施設において感染症リスクに対応するには、専門的な知識と判断力を持つ人材の育成が欠かせない。感染管理認定看護師や感染制御医師(ICD)の配置は理想であるが、すべての施設で可能ではないため、段階的な教育体制の整備が必要である。まず、施設全体として標準予防策や感染時対応マニュアルの定期的な見直しを行い、全職員がその内容を共有することが重要である。また、年1回以上の全体研修に加え、現場で実施可能なミニレクチャーやOJT(On the Job Training)を定着させることで、知識と実践の乖離をなくす努力が求められる。

さらに、行政主導で小規模施設を対象とした集合研修の機会を提供することで、施設間格差を是正し、

地域全体の感染症対応能力を底上げする取り組みが期待される。

10. 多職種連携と感染症制御の現場力

慢性期医療において感染症管理を効果的に行うためには、看護師や医師のみならず、介護職員、リハビリスタッフ、栄養士、薬剤師、事務職員など多様な職種が有機的に連携する必要がある。たとえば、リハビリスタッフが患者の咳嗽反応や嚥下能力の低下に気づき、早期の感染徴候として報告することで、予防的対応が可能になる。また、清掃スタッフが環境の異変を把握し、感染管理チームに迅速に伝えることも感染拡大防止に資する。感染症対策を全職員の「自分ごと」として捉え、施設全体で意識の共有を図るためには、日常的な声かけや朝礼での短時間教育など、職種横断的な工夫が求められる。

11. 地域ネットワークと慢性期施設のハブ機能

感染症対応において、慢性期医療病院は地域医療ネットワークの中核としての役割を果たすことが期待されている。急性期病院が逼迫した際には、病状が安定した患者を受け入れる「後方支援病院」として機能し、逆にクラスター発生時には地域の支援体制のもとで患者移送や看護支援を受ける立場にもなる。さらに、地域包括ケアシステムにおける一機関として、訪問診療、訪問看護、在宅療養支援診療所等との情報共有や、リスクの高い高齢者の見守り活動への参加が今後求められる。

12. パンデミック下における物資・物流の課題

COVID-19初期には、マスクや手袋、ガウン、消毒薬などの医療物資が深刻に不足した。特に慢性期病院・施設は供給の優先順位が低く、感染リスクが高いにもかかわらずPPEの確保が困難となった事例が多数あった。こうした状況から学び、今後は行政主導の「地域物資供給拠点」の設置や、平時からの備蓄・共同購入スキームの整備が求められる。また、施設間で相互に物資を融通し合うネットワーク

や、感染流行時に特化したロジスティクスの確立も喫緊の課題である。

13. 面会制限による心理的・倫理的課題

感染拡大防止の観点から面会制限が長期化したことは、患者本人と家族の精神的苦痛を増大させた。とりわけ、中・長期入院患者においては家族との面会が入院生活の安定と精神的支えに直結しており、面会制限により行動障害やうつ状態が悪化する例も報告されている。今後は、感染状況に応じた段階的な面会制限指針を策定し、ICT 機器を活用したオンライン面会や窓越し面会など、柔軟な代替手段を確保する必要がある。また、終末期における家族との面会をどこまで認めるかについては、施設倫理委員会等で事前に方針を定め、職員間の統一した対応がとれる体制を整えておくことが望ましい。

14. 慢性期医療における患者・家族の役割と意識向上

感染症対策は医療従事者や施設職員のみならず、患者本人やその家族の理解と協力があって初めて成功するものである。たとえば、手指衛生や面会時のマスク着用、体調不良時の訪問自粛など、ごく基本的な行動が感染拡大防止において極めて大きな役割を果たす。平時にこそ、患者および家族向けに感染対策に関する説明会やパンフレットの配布を行い、行動の意味を理解してもらう啓発活動が必要である。

また、患者本人の QOL（生活の質）を尊重しながら、感染対策とのバランスをとるための意思決定支援も重要である。たとえば、終末期の患者に対して厳格な感染対策を適用するかどうかは、本人や家族の意向、ケアの内容、感染状況などを総合的に判断して決めるべきであり、画一的な対応ではなく、柔軟な姿勢が求められる。

15. おわりに

感染症に強い慢性期医療病院・施設を構築するには、現場の工夫とともに、制度的・地域的な支援が不可欠である。今後も「寝たきりをつくらない」「生活機能を維持する」慢性期医療の本質を守るために

は、感染症への備えを医療の柱の一つと位置づけ、常にアップデートし続ける姿勢が求められる。慢性期医療の現場から発信する現実的な提案と実践が、社会全体の医療安全を支える礎となるであろう。

16. 現場での対応

感染管理者としての日々の取り組み

院内感染管理者（専任）は、院長の指名を受け、院内感染防止対策室に所属する感染管理認定看護師として、以下の活動を中心に日々感染対策に取り組んでいる。

- ・ **感染制御チーム（ICT）の運営**：院内感染防止対策委員会（ICC）で決定された方針に基づき、感染防止対策を企画・改善する司令塔として活動。
- ・ **サーベイランス活動**：微生物サーベイランスによる院内感染発生状況の把握や、カテーテル関連尿路感染症（CAUTI）の監視を実施。週1回の「感染情報レポート」を作成し、各部署に周知している。
- ・ **アウトブレイク対応**：異常発生時には迅速な原因究明と改善策の立案を行い、早期収束を目指す。
- ・ **実施状況調査と評価**：手指消毒剤の発注量調査などを通じて、対策の実効性を評価。ICT会議でフィードバックを行い、遵守率向上を図る。
- ・ **ICTラウンド**：週1回の各部署巡回により、隔離環境の確認や現場指導を実施。
- ・ **コンサルテーション対応**：感染症治療や防止策に関する相談を受け付け、必要に応じてICDや院長と連携。
- ・ **抗菌薬適正使用**：微生物分離状況や薬剤感受性成績に基づき、抗菌薬の適正使用を推進。
- ・ **職員教育**：e-ラーニングや新入職者オリエンテーション、PPE訓練など、多様な教育手段で感染対策意識を高める。
- ・ **マニュアル・ガイドライン整備**：最新知見に基づきマニュアルを改訂し、院内全体で共有。
- ・ **地域・保健所との連携**：地域ネットワークを活用し、セミナーや情報交換を通じて最新情報を収集・活用。

これらの取り組みは、慢性期医療病院、施設における感染対策を確実に実行するための現場力を高めるものであり、感染症リスクマネジメントを支える基盤となっている。

感染症の基本知識

(1) 感染対策に必要なこと

【院長、施設長、管理者】

- ・高齢者の特性、病院・施設の特性、施設における感染症の特徴の理解が必要
- ・感染対策に対する正しい知識の習得（予防・発生時の対応）
- ・院内活動の着実な実施（感染症対策委員会の設置、指針とマニュアルの策定、職員などを対象とした研修の実施、設備・薬剤・物品整備など）
- ・関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政家の届出など）
- ・患者・入居者の感染発生状況の把握と的確な対応
- ・職員の労務管理（職員の健康管理、職員罹患時の人的環境の整備など）

(2) 感染成立の3要因

感染は、病原体（感染源）、感染経路、宿主の3要因があって成立する。そのため、感染対策の柱として次の3つがあげられる。

- ①病原体（感染源）の排除
- ②感染経路の遮断
- ③宿主抵抗力の向上

(3) 病原体（感染源）の排除

感染症の原因となる微生物（細菌・ウイルスなど）を含んでいるものを病原体（感染源）と言い、次のものが病原体（感染源）となる可能性がある。

- ①嘔吐物、排泄物（便・尿など）、創傷皮膚、粘膜など
- ②血液、体液、分泌物（喀痰・膿など）
- ③使用した器具・器材（注射針・ガーゼ・手袋など）
- ④上記に触れた手指

(4) 感染経路の遮断

感染経路には、接触感染、飛沫感染、空気感染、および血液媒介感染等がある（表1）。感染経路を遮断するためには次の3つがあげられる（図1）。

- ①病原体を持ち込まないこと
- ②病原体を持ち出さないこと
- ③病原体を広げないこと

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染 (経口感染含む)	●手指・食品・器具を介して伝播する 頻度の高い伝播経路である。	ノロウイルス※ 腸管出血性大腸菌 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 等
飛沫感染	●咳、くしゃみ、会話等で、飛沫粒子 (5μm 以上) により伝播する。 ●1m 以内に床に落下し、空中を浮遊し 続けることはない。	インフルエンザウイルス※ ムンプスウイルス 風しんウイルス 等
空気感染	●咳、くしゃみ等で飛沫核 (5μm 未満) として伝播し、 空中に浮遊し、空気の流れにより 飛散する。	結核菌 麻疹ウイルス 水痘ウイルス 等
血液媒介感染	●病原体に汚染された血液や体液、 分泌物が、針刺し等により体内に 入ることにより感染する。	B 型肝炎ウイルス C 型肝炎ウイルス 等

※インフルエンザウイルスは、接触感染により感染する場合がある
※ノロウイルス、インフルエンザウイルスは、空気感染の可能性が報告されている

表1 主な感染経路と原因微生物

出所：厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」4 ページ

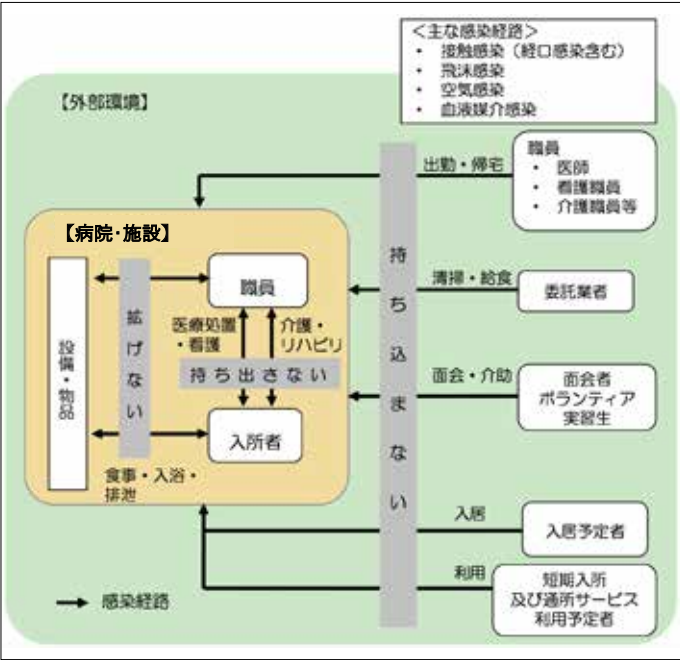


図1 病院・施設における感染対策

出所：厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」5 ページ



芳珠記念病院における薬剤のリスクマネジメントと今後の方向性

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院

理事長 仲井培雄 薬剤部長 森 光恵 医療企画部課長 西田 径

1. 超高齢社会の薬剤リスク

日本の急速な人口減少、少子化超高齢社会は、医療提供体制に大きな変革を求めている。特に、多疾病が併存するmultimorbidity¹⁾の高齢患者が多数を占める包括期、慢性期の医療現場では、薬物療法におけるリスクが複雑化している。ポリファーマシーは有害事象を引き起こしやすく²⁾、嚥下機能や認知機能の低下により、誤嚥や服薬アドヒアランスの低下が常態化している。入退院時の情報連携の不足や、医療従事者側のヒューマンエラーも薬剤リスクを増大させる。これらの新たなリスクに対応するためには、単なる投薬ミスの防止だけでなく、より包括的かつ継続的な薬剤リスクマネジメントの構築が不可欠である。

2. 芳珠記念病院の概要と医療安全リスク管理

(1) 芳珠記念病院の概要

人口約5万人の石川県能美市にある医療法人社団和楽仁芳珠記念病院は、許可病床数183床の一般病院であり、DPC対象病院と在宅療養支援病院を届け出ている。急性期一般病床1:66床、地域包括ケア病棟入院料1:45床、回復期リハビリテーション病棟入院料1:42床（内 地域包括ケア入院医療管理料1:24床）、障害者病棟10対1:30床からなり、2025年3月から訪問診療も届け出た。同法人内に健診センター、介護医療院I 60床、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等を、併設の社会福祉法人陽翠水内に介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護、幼老障の共生型福祉施設等のサービスを提供している。年間約900件の救急搬送を受け入れ、約250件の全身麻酔手術や約400件の化学療法等も行う2次救急指定病院として、包括期から在宅まで「ときどき入院 ほぼ在宅」の価値観で支えている。

(2) 薬剤部の概要

薬剤部は薬剤師11名（常勤10名）と薬剤部助手3名で構成される。薬剤師は、調剤や医薬品情報業務、外来業務等を実施している他、急性期病棟（急性期一般病棟）、慢性期病棟（急性期一般以外の病棟）、化学療法等（外来化学療法センター、介護医療院）の3つのチーム制で業務を分担している。専門資格を持つ薬剤師が在籍しており、糖尿病療養指導士2名、NST（栄養サポートチーム）関連4名、がん治療関連2名、終末期ケア関連1名等、多岐に渡り活躍している。

薬剤師の役割は、従来の「薬中心の業務」から、患者情報の共有や服薬指導、処方提案といった「患者中心の業務」へと進化し、薬が安全に患者に届く体制を整えている。

(3) 医療安全リスク管理の全体像

当院は「モットー和楽仁：仲よく楽しく 人と社会を健康に」を掲げ、これを職員の行動に浸透させるように努めている。当院の医療安全リスク管理は、患者安全推進と病院リスク管理を両立させることにある。基本的に、前者は「生命を守る」という使命に、後者は「人間はミスを犯す」という現実的な考えに基づいている。院長のリーダーシップのもと、医療安全リスク管理会議と医療安全リスク管理室が設置され、安全基盤を構築している。インシデント・アクシデント報告制度を活用して院内で情報を共有し、職員一人ひとりが自律して患者安全推進と病院リスク管理を担う体制を目指している。2025年7月の総報告件数は89件であり、薬剤に関する内容が35件（レベル0～2）と最も多かった。薬剤関連は、報告を奨励しているので報告数は多いが、レベル3以上の重篤な事案はなかった。

3. 芳珠記念病院の薬剤リスクマネジメント

(1) 多職種協働の文化

当院は、多職種協働の文化を醸成し、チーム医療を推進している。これは、複雑化する医療と薬剤リスクの増大（多剤併用や化学療法等）に対応するため、薬剤師は、医師、歯科医師、看護師をはじめとする多職種の専門家と連携し、患者の病態や生活背景に応じた「薬学的管理」を実践している。

薬剤師の具体的な役割は、感染対策チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）に参画して、感染症の拡大と薬剤耐性菌の増加を防ぐための適正な薬剤選択と投与期間を推奨している。広域抗菌薬や長期間使用患者、血液培養陽性患者のモニタリング、適正使用マニュアルの作成・改訂、院内勉強会の開催等を通じて医療安全に貢献している。また、薬の血中濃度を測り、効果と安全性を確保するTherapeutic Drug Monitoring（TDM）にも注力している。

当院の栄養サポートチーム（NST）は、一般的な活動に加え、リハビリ栄養、ICT、摂食嚥下サポートチーム（SST）、ポリファーマシーカンファレンス、褥瘡対策チーム、認知症ケアチーム、糖尿病・内分泌代謝疾患ワーキンググループ等の、分野横断的活動の中心となっている。これらの専門チームは、感染症や栄養失調、薬剤有害事象、認知機能やADLの低下といった複雑な課題に対し、効率的な対応を可能にしている。例えば、認知機能が低下した糖尿病患者に対しては、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016³⁾を活用して、1日数回の内服薬を朝1回にまとめる等、安全な服薬を可能にする処方提案を行っている。

薬剤師と医師が協力して、オーダ調整プロトコルを複数策定している。これにより、業務の効率化と安全性の向上を図っている。例えば、薬剤師は医師の指示に基づき、持参薬の継続や注射薬の配合変化を避けるためのフラッシュ用薬剤追加等を、自ら入力することが可能である。

(2) ポリファーマシーカンファレンス

高齢者の薬剤リスクの二大要因は、加齢に伴う薬物動態の変化と多剤服用である。ポリファーマシー⁴⁾は単に服用数が多いだけでなく、薬物有害事象や服薬過誤、アドヒアランス低下を招く状態を指し、一般的に6種類以上の薬剤服用で、転倒やせん妄、認知機能低下のリスクが増加するとされている。薬剤が原因となる老年症候群も見過ごされがちであり、特にベンゾジアゼピン系睡眠薬、抗不安薬と抗コリン薬は注意すべきとされる。

当院では、2015年から医師、歯科医師、看護師と連携し、薬剤師が中心となってポリファーマシー対策を推進している。入院は複数の医療機関からの処方を整理する絶好の機会と捉え、退院後の生活を見据えた安全で効果的な処方を提案する。これにより、有害事象のリスク低減や服薬アドヒアランスの向上、医療費の削減等が期待できる⁴⁾。

カンファレンスの対象患者として、一般急性期病床の65歳以上の患者で6種類以上の薬を服用している患者を毎週抽出し、日本老年医学会の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2025⁵⁾」や、厚労省の高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）⁴⁾、同指針（各論編（療養病床環境別）²⁾）に基づき、主治医に処方見直しを提案している。見直しには、全薬剤の把握と疾患の重篤度に加え、ADLや認知機能、栄養状態、生活環境を評価する「高齢者総合機能評価（CGA）」が不可欠である。特に、「Potentially Inappropriate Medications（PIMs）」を中心に減薬を検討²⁾し、QOL維持と在宅復帰を目指す。PIMsには、抗精神病薬、睡眠薬、抗うつ剤、スルピリド、抗パーキンソン病薬（抗コリン薬）、制吐薬、ステロイド、 β 遮断薬、ジギタリス、抗血栓薬、NSAIDs、利尿薬、糖尿病薬、酸化Mg等がある。

多職種協働で口腔ケアや嚥下機能の確認、服薬支援、生活状況や薬物関連有害事象のモニタリングを行う。各専門職が薬剤調整後の管理をそれぞれ実践（表1）する。一方で、長期服用薬の中止に対する患者や家族の不安、専門医のガイドライン遵守意識が減薬を難しくする場合がある。そのため、単なる減薬ではなく、患者や主治医と「アドバンス・ケア・

職 種	役 割
看護師	服用管理能力の把握、服薬状況の確認、服薬支援 ADL の変化の確認、薬物療法の効果や薬物有害事象の確認、多職種へ薬物療法の効果や薬物有害事象に関する情報提供とケアの調整
歯科衛生士	口腔内環境や嚥下機能を確認し、薬剤を内服できるかどうか（剤形、服用方法）、また薬物有害事象としての嚥下機能低下等の確認
理学療法士 ・作業療法士	薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、ADL の変化の確認
言語聴覚士	嚥下機能を評価し、内服可能な剤形や服用方法の提案 薬物有害事象としての嚥下機能低下等の評価
管理栄養士	食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等の変化の評価
社会福祉士等	入院（所）前の服薬や生活状況の確認と院内（所内）多職種への情報提供、退院（所）に向けた退院先の医療機関・介護事業所等へ薬剤に関する情報提供
介護福祉士	服薬状況や生活状況の変化の確認
介護支援専門員	各職種からの服薬状況や生活状況の情報集約と主治の医師、歯科医師、薬剤師への伝達、薬剤処方の変更内容を地域内多職種と共有

表1 各専門職の役割

引用改変：高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養病床環境別））

プランニング（ACP）」を実践し、QOL 向上を目的とした減薬の必要性を説明することも重要である。特に認知症患者には、薬に頼らない非薬物的対応²⁾が有効な場合もある。

（３）嚥下機能低下患者

入院患者には嚥下機能の低下や認知機能障害、視力低下、手指の機能障害等が多く、薬剤の誤嚥や服薬アドヒアランス低下のリスクがある。また、薬剤が原因で嚥下障害が起きることもある。

当院の摂食嚥下サポートチーム（SST）は、歯科医師を中心に、耳鼻咽喉科医、リハビリテーション科医、歯科衛生士、ST、臨床放射線技師等と薬剤師が協力して活動している。SST は、反復唾液飲みテストや水飲みテスト等の簡易検査や、嚥下内視鏡検査（VE）、嚥下造影検査（VF）を用いて嚥下機能を評価⁶⁾し、口腔ケアや摂食嚥下訓練等の治療を通じて、患者の状態に合わせた最適な服薬方法を提案する。具体的には、姿勢の工夫、服薬ゼリー、剤形の選択、用法の単純化、簡易懸濁法、オブラート等の多様な方法を駆使する。薬とゼリーの相性や、

粉碎による味の変化といった専門知識が不可欠である。患者の QOL に直結するため、状態の変化に応じて服薬方法を調整する柔軟な対応が求められる。

（４）外来化学療法センター

当院の外来化学療法センターでは、がん治療の資格を持つ薬剤師が診察に同席し、腫瘍内科や看護師と共に患者をサポートしている。院内登録レジメに基づき、投与スケジュールや副作用を説明し、副作用軽減のための支持療法等を提案している。薬剤師は医師の指示の下、患者が安全に治療を続けられるよう指導を行い、連携充実加算を届出ている。また、入院治療が必要な場合でも、外来担当薬剤師が継続して関わることで、情報共有の断絶を防ぎ、一貫した薬剤管理を実現している。これにより、副作用の早期発見や、予防薬や処方変更等の提案を円滑に行い、患者安全を推進している。

抗悪性腫瘍剤の調製は、作成した手順に則り、すべて薬剤師が安全キャビネット内で防護具を着用して行っている。その際、調剤側の薬剤師と化学療法センター内の薬剤師が、ウェブカメラを使った遠隔

でのダブルチェックを実施し、安全性を担保している。

(5) 薬剤部 DX

薬剤投与時の確認には、6R (Right patient, drug, purpose, dose, route, time) が重要である。これらは複数回の指差し・声出し確認で実践されるが、個人の注意に依存するため、完全な薬剤過誤防止策とは言えない。

当院は、これらの課題解決のため、ICT を積極的に活用している。調剤業務では、計数調剤支援システムが薬剤バーコードとオーダ内容を照合し、数量管理機能付き自動調剤棚との併用でピッキングをサポートしている。また、錠剤一包化鑑査支援システム (写真1) は、一包化された錠剤の画像を解析し、人的な鑑査業務を軽減させている。これらの導入により、薬剤リスクの管理、タスクシェア、業務効率が促進され、本年3月の月間薬剤管理指導料は約2倍の314件、薬剤総合評価調整加算は約4倍の21件の算定と件数が増加している。注射薬の払い出しは、患者ごとに1使用分ずつセットしている。電子



写真1 錠剤一包化鑑査支援システム

カルテと連動したスマートフォンを使用し、患者・看護師・薬剤の3点認証を行うことで、正しい薬剤と数量の投与を確実にしている。

お薬手帳が主流の他院の処方確認は、オンライン資格確認より取得した薬剤情報や地域連携システムを介した確認に変わりつつある。院内で発行された処方箋は、電子カルテの病態プロフィールに診療科毎に表示されるため、院内外の処方内容をまとめて確認できる。当院のオンライン資格確認の利用率は2025年6月時点で69%と高い。2025年3月から電子処方箋も運用しているが、8月までに27名の利用に留まっている。大規模災害時の情報活用も視野に入れ、今後も利用を拡大していく予定である。

(6) 薬薬連携

当院の薬剤師は、地域全体の医療安全にも貢献している。当院を含む南加賀医療圏の5病院は、薬薬連携のため、2021年10月に「南加賀地区薬薬連携推進チーム」を設立した。チームは、院外処方箋に記載される腎機能検査値を活用するため、「南加賀地区版腎機能別薬剤投与量一覧」を作成した。これは、添付文書に減量規定がある薬剤をまとめたもので、保険薬局が適正使用に活用できるツールとして、各病院のウェブサイトで公開している。

(7) その他

当院独自の院内適応外使用薬剤リストを策定し、電子カルテに掲載している。このリストは、薬剤を生命への影響やエビデンス、倫理委員会での審議、同意取得の有無に基づき、A～Cの3つのリスクに分類している。生命への影響が大きいリスクAのプロトコルでは、モルヒネを心不全時の呼吸困難緩和に用いる等している。一方、影響が少ないリスクCでは、アルロイドGとポラプレジンを混ぜた含嗽液を化学療法による口内炎の改善に使う等している。これにより、薬剤師は適応外使用の申請を促しやすくなり、医師も責任を軽減できる安心・安全な仕組みとなっている。

さらに、電子カルテ内に「薬剤部 Drug Information Site」を設け、腎機能に応じた薬物投与量や、薬剤

関連ガイドラインやプロトコル、感染症・抗菌薬・麻薬関連等の情報等，専門的な情報を医師向けに発信している。これらの情報は，PMDA メディナビ等から得たものであり，常に最新の情報を更新している。

4. 芳珠記念病院における今後の薬剤リスクマネジメント

当院の薬剤リスクマネジメントは，部門や個人の取り組みだけでは完結しない。多職種協働の一員として，薬剤師が患者の生活全体を考慮した薬学的管理を担うことが医療安全の根幹となる。ポリファーマシー対策，感染症対策，抗悪性腫瘍治療等，当院特有のリスクに対し，チーム医療という人的連携とICT 活用の両輪で，医療安全に必須の継続的な改善プロセスを実践していく。

今後は，患者家族，近隣の病医院，薬局，行政等と連携し，地域全体で地域フォーミュラリやポリファーマシー対策の実践を目指したい。さらに近未来に向けて，高齢虚弱 multimorbidity¹⁾ 患者に対しては，非薬物的対応の効果を予測し，薬をなるべく使わないで，薬剤リスクを回避することを夢見ている。

【参考文献】

- 1) 高橋亮太他, プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題, 日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p213-219
- 2) 厚生労働省医薬・生活衛生局 高齢者医薬品適正使用検討会, 高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別)), <https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf>, 2020.09.04
- 3) 日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会, 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016, https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_01.html, 2025.09.04
- 4) 厚生労働省医薬・生活衛生局 高齢者医薬品適正使用検討会, 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)
- 5) 編集 日本老年医学会・高齢者の安全な薬物療法ガイドライン作成委員会, 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2025, 株式会社メジカルビュー社, https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf, 2025.09.04
- 6) 嚥下障害診療ガイドライン 2024 年版, 編集 一般社団法人 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会, 金原出版株式会社



介護現場でのリスクに備えるスタッフ教育

医療法人社団富家会 富家病院

理事長 富家隆樹

私たちが従事する慢性期医療において、患者、入居者、利用者と直接関わる介護現場でのリスク管理には非常に繊細な問題が生じてくる。具体的に、ハラスメント対応、虐待防止、クレーム対応などがあり、合わせて外国人材への対応について以下述べていきたい。

1. 介護現場におけるハラスメント対応

介護現場においては、利用者やその家族から介護職員に対するハラスメントが深刻な問題となっており、スタッフの心身の健康や職場環境、さらにはサービスの継続性にまで影響を及ぼしている。ハラスメントには、一般的にセクシュアルハラスメント（セクハラ）、妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント（マタハラ）、パワーハラスメント（パワハラ）などがあるが、介護現場では、利用者宅への単身訪問や身体接触がある業務特性から、職員が被害を受けやすい構造となっている。（図1）

調査によれば、介護職員の多くがハラスメントを経験しており（図2）、その影響で心身に不調をきたしたり、退職を考えるに至るケースも少なくない。一方で、被害を訴えずに我慢してしまう背景には、

「我慢強い」「親切である」という介護職特有の気質があると指摘されている。また、管理者側も「仕方がない」と対応を軽視する傾向があり、相談体制が整備されていないことも問題である。

こうした現状に対し、介護事業者は明確な対応が求められる。まず、ハラスメントを権利侵害と捉え、職員を守る体制を整備することが基本である。対応策としては、職員向けの研修・マニュアル整備、相談体制の構築、利用者・家族への説明、さらには契約書への具体的なハラスメント例の明記などが挙げられる。実際に一例として、契約解除が可能となるハラスメント行為を明文化し、弁護士とも連携した体制をとっているところもある。

また、ハラスメント予防の観点からは、職員が自己点検できるチェックリストの活用が効果的である。研修受講や契約内容の理解、説明能力、適切な報告体制の維持、他事業所との連携、さらには身だしなみや職員個人情報の保護まで多岐にわたる。こうした教育・啓発を通じ、職員が「不適切な言動」に気づき、声を上げることができる環境づくりが、リスクマネジメントとして不可欠である。（図3）

※「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル（公益社団法人兵庫県看護協会、兵庫県）」	
1) 身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）
例：○たたく、蹴る ○コップを投げつける ○手を払いのける ○唾を吐く ○服を引きちぎる	
2) 精神的暴力	個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
例：○威圧的な態度で文句を言い続ける ○刃物を胸元でちらつかせる ○気に入っているホームヘルパー以外に批判的な言動をする ○理不尽なサービスを要求する	
3) セクシュアルハラスメント	意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。
例：○必要もなく手や腕をさわる ○女性のヌードの写真を見せる ○抱きしめる ○卑猥な言動を繰り返す	

図1 介護現場におけるハラスメントの定義

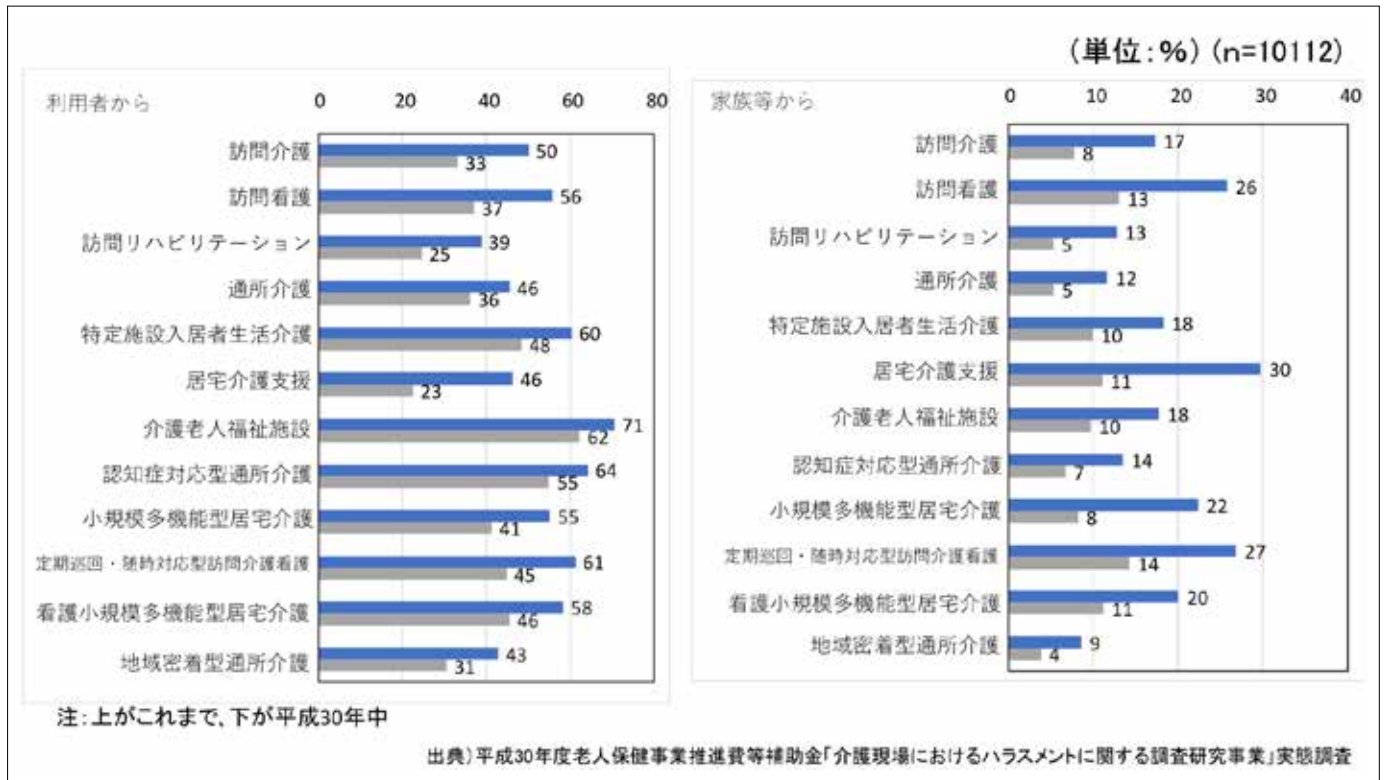


図2 ハラスメントを受けたことのある職員の割合

参考：ハラスメント予防や対応のための職員のチェック項目 介護現場におけるハラスメント対策（厚生労働省ホームページより） <サービスを開始する前におけるチェック項目> ○施設・事業所のハラスメントに関する基本方針を知っていますか。 ○施設・事業所のハラスメントに関するマニュアルを理解していますか。 ○施設・事業所のハラスメントに関する相談窓口・体制を理解していますか。 ○施設・事業所のハラスメントに関する研修を受けていますか。 ○介護保険制度におけるサービスの範囲及び介護契約書・重要事項説明書等の内容（ハラスメントに関わる事項を含む。）について理解していますか。事業所内で説明の仕方について研修を受けていますか。 ○職場において、ハラスメントに関する話し合いの場が設置され、定期的に出席していますか。 ○ハラスメントの未然防止のための点検・振り返りを、自ら、定期的に行っていますか。	参考：ハラスメント予防や対応のための職員のチェック項目 <サービスを開始するにあたってのチェック項目> ○利用者・家族等の病状等の情報を共有し、その病状等の特徴を理解していますか。 ○利用者・家族等に係るハラスメントのリスクを把握し、理解していますか。 ○介護保険制度におけるサービスの範囲及び介護契約書・重要事項説明書等の内容（ハラスメントに関わる事項を含む。）について理解していますか。求められた時に、利用者・家族等に説明できていますか。 ○介護保険制度又は契約の内容を超えるサービスを求められた際に、提供できないこと及びその理由を利用者・家族等に説明できていますか。 ○上記の説明について、利用者・家族等から理解を得られていない可能性がある場合、速やかに施設・事業所に報告・相談していますか。 ○他の施設・事業所のサービス担当者と連携をとっていますか。
--	--

参考：ハラスメント予防や対応のための職員のチェック項目 <サービスを開始した後のチェック項目> ○サービスを提供するにあたり、服装や身だしなみがサービスに適したものになっていますか。 ○利用者・家族に対して相手を尊重しつつ業務を行うこと、これまでの生活をできるだけ続けられるように自立支援を意識することなど、基本的な対応方法を日頃から心がけていますか。 ○職員個人の情報の提供を、利用者・家族等から求められても断っていますか。 ○介護保険制度又は介護契約の内容を超えるサービスを求められた際に、提供できないこと及びその理由を利用者・家族等に説明できていますか。 ○上記の説明について、利用者・家族等から理解を得られていない可能性がある場合、速やかに施設・事業所に報告・相談していますか。 ○利用者・家族等から苦情、要望又は不満があった場合は、速やかに施設・事業所に報告していますか。 ○ハラスメントを受けたと少しでも感じた場合において、速やかに施設・事業所に報告・相談していますか。また、その出来事を客観的に記録していますか。 ○他の施設・事業所のサービス担当者と連携をとっていますか。
--

図3 ハラスメントチェック項目

2. 介護現場での高齢者虐待防止

高齢者虐待は介護現場において深刻な課題であり、その防止はすべての介護従事者と事業者求められる責務である。2006年に施行された「高齢者虐待防止法」では、高齢者の権利利益の擁護、虐待の防止、早期発見と対応が柱として定められ、医療・福祉関係者の協力や市町村の通報・保護体制の整備が法的に義務づけられている。

虐待の対象となる「高齢者」は、原則として65歳以上を指すが、介護施設を利用する障害者も含まれる。虐待の類型は、①養護者による虐待と②介護施設従事者等による虐待に大別され、いずれも身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、介護の放棄・放任、経済的虐待という5つの形態が共通して見られる（図4）。具体的には、殴打や暴言、介護放棄、不当な金銭の取り扱いなどが該当し、表面化しにくいケースも多いため、早期発見の仕組みと職員の虐待への危機意識が重要となる。

施設管理者は、職員への研修実施や苦情処理体制の整備、虐待予防のための仕組みづくりが求められる。また、虐待が疑われる場合には市町村への通報が義務づけられており、「自覚の有無にかかわらず」「安全確保を最優先に」「迅速かつ組織的に」「関係機関と連携し」「適切に記録を残す」という一連の対応が求められる。

虐待防止に向けた基本視点としては、以下の点が重要である。第一に、虐待の発生を予防し、万が一

発生した場合にも高齢者の安定した生活を支える継続的支援が必要であること。第二に、高齢者本人の尊厳を尊重する視点を持つこと。第三に、虐待の芽を未然に摘むための積極的なアプローチ、例えば職員同士の声かけや日々の観察が求められる。さらに、早期発見・早期対応を可能にするには、記録の共有や日常的な情報交換が欠かせない。（図5）

虐待の背景には、介護の負担や家族関係の葛藤、経済的な問題などが複雑に絡んでいるため、加害者となる養護者に対する支援も不可欠である。虐待者を一方的に断罪するのではなく、高齢者と養護者の双方を支援し、必要に応じて支援機関や専門職につなぐことが求められる。

介護施設では、虐待のリスクを日常的に点検し、問題行動が見られた際には個人任せにせず、必ず組織的に対処する体制を整えるべきである。そのためには、定期的な職員研修、実際の事例を通じたケーススタディ、マニュアルの見直しなどが重要である。

高齢者虐待は施設の信頼を大きく損なうだけでなく、被害者である高齢者の生活と尊厳を著しく損ねる行為である。だからこそ、すべての介護従事者が「虐待をしない、見逃さない、許さない」という意識を共有し、予防と対応の双方において責任ある行動をとることが、リスクマネジメントの中核となる。

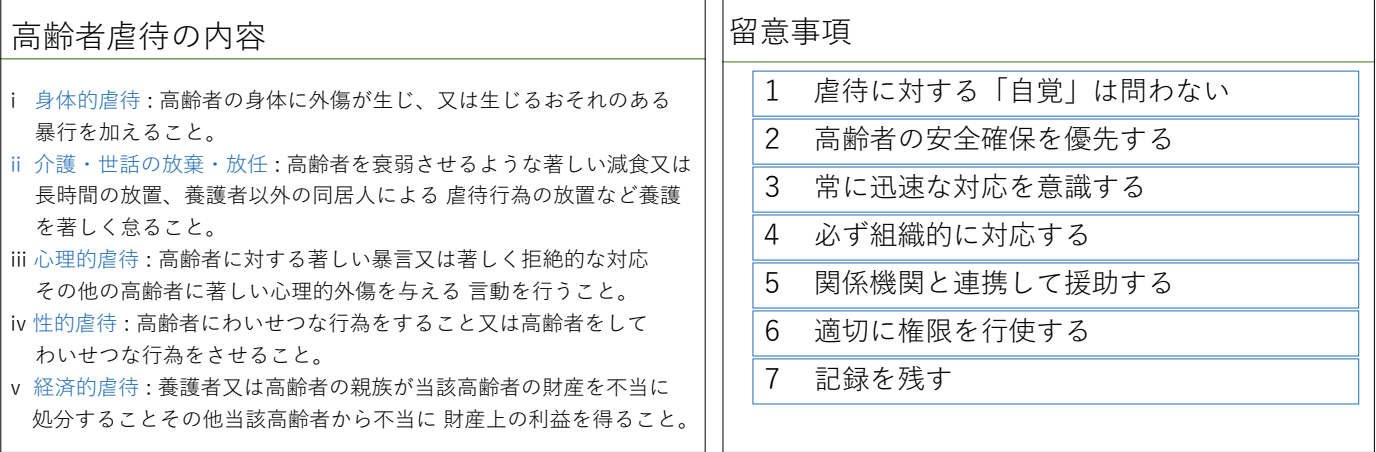


図4 高齢者虐待の内容

図5 虐待の留意事項

3. 現場でのクレーム対応

私たちが働くうえで、患者（利用者）や、その家族からのクレームは少なくない。組織運営上のリスクマネジメントのなかでも、クレーム対応は大きな要素である。実は、これは表情、姿勢など非言語の要素も含むコミュニケーション能力が最も試される場面でもある。介護現場におけるクレームやハラスメントは、職員の心身の健康やサービスの質に大きな影響を与える。適切なクレーム対応とハラスメント対策は、リスクマネジメントの観点からも非常に重要である。

クレーム対応の基本は、「傾聴」「迅速な対応」「組織的な対応」の3点である。まず、利用者の話に真摯に耳を傾け、感情の背景を理解すること。次に、問題が発生したら早急に対応し、時間をおかずに事実確認と初期対応を行うことが求められる。そして、個人ではなく組織として対応にあたる体制を整えることで、職員を守りながら適切な対応が可能となる。

近年、クレームのなかでも「顧客からのハラスメント」に分類される悪質な事例が増加している。これは、単なる苦情ではなく、要求内容またはその態度が社会通念を著しく逸脱するものであり、精神的・身体的な攻撃を伴うケースもある。たとえば、理不尽な高額賠償の要求や、従業員に対する人格否定的発言、暴力的・性的な言動などが該当する。2025年4月にはカスタマーハラスメント条例も施行されている。

顧客からのハラスメントの特徴には、社会的地位の高い人からのクレームや、日常の不満をぶつけるような要求、またインターネットやSNSを使った誹謗中傷などがある。その背景には、企業側の風評被害への懸念や、対応基準のばらつきがあり、これが顧客の付け入る隙を生んでいる。

ハラスメントの類型としては、①不当な要求（謝罪の土下座、解雇要求など）、②長時間の拘束、③繰り返しの電話や来訪、④暴言や暴力、⑤威嚇・脅迫、⑥権威の誇示、⑦店舗外への呼び出し、⑧SNS等による中傷、⑨セクシュアルハラスメント、などが挙げられる。これらの行為に対しては、初期段階

で「応じられない」と明確に伝え、毅然とした態度で対応することが必要である。

また、クレームやハラスメントへの具体的な対応としては、以下のポイントが重要である。①謝罪は必要に応じて行うが、無条件に相手の言い分を受け入れるのではなく、②事実を正確に把握し、③冷静かつ組織的に対応する。④ハラスメントが疑われる場合には、職員を守る立場を明確にし、⑤対応環境を整えることで、エスカレーションを防ぐことができる。

組織としては、ハラスメント防止の基本方針を策定し、相談窓口を設置することが求められる。また、迅速な事実確認と、被害者へのケア、行為者への対応、再発防止策の導入、従業員への教育を通じて、職員が安心して働ける環境を整備することが重要である。

さらに、トップメッセージの発信や関係機関との連携も不可欠である。現場レベルでの適切な対応だけでなく、組織全体として「ハラスメントを許さない」明確な姿勢を示すことで、風評被害を恐れることなく、正当な対応をとることが可能となる。

介護現場でのクレームやハラスメントへの対応は、単なるサービスの一環ではなく、従業員を守るためのリスクマネジメントそのものである。職員が安心して働ける環境を築くことが、結果として利用者へのより良いケアにつながる。今後も現場に即した研修と体制整備を重ね、持続可能な介護の提供を目指すべきである。

4. 外国人人材の雇用と育成

高齢社会と人材不足が深刻化する中で、介護現場における外国人職員の雇用は言うまでもなく重要性を増している。富家グループでは計104名の外国人職員が在籍し、看護師や看護助手、介護士として多国籍の人材が活躍している。彼らの雇用は、労働力の確保だけでなく、多様な価値観や新しい発想の導入というメリットももたらしている。

外国人受け入れ当初は、言語の壁や文化的背景の違いによる課題も多く、日本人職員・外国人職員双方が悩みを抱えていた。外国人職員側の声としては、

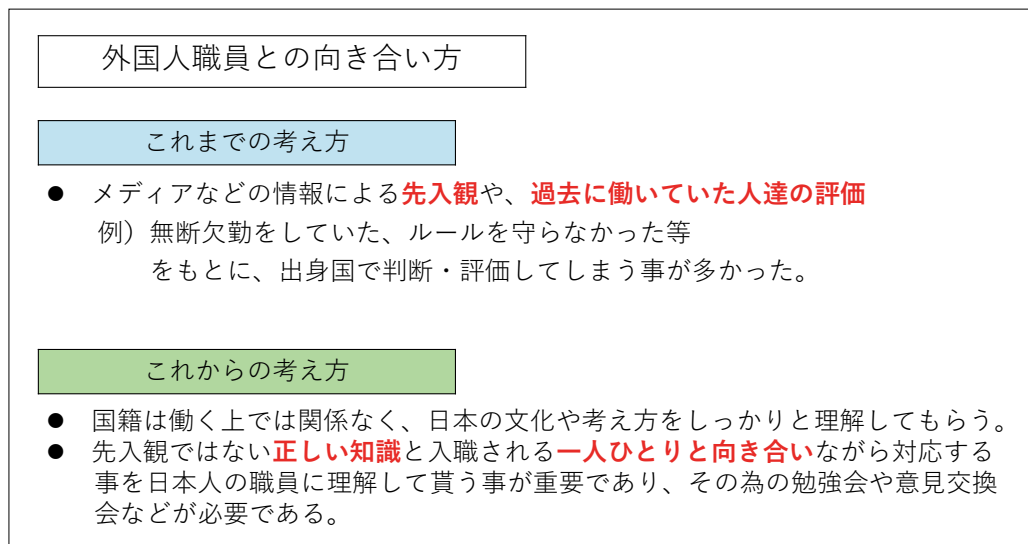


図6 外国人材との向き合い方

「指導者が頻繁に変わり方針が不明確」「難しい日本語が多い」「理解できていないのに無理に『大丈夫』と言ってしまう」といった不安が挙げられた。また、日本人職員からは「伝えたいことがうまく伝わらない」「本人の理解度が把握しづらい」などの戸惑いも見られた。

外国人材を受け入れようとしている多くの施設で抱えるこのような課題に対して、現場での受け入れ体制の見直しが不可欠である。具体的には、配属前の十分な研修、多人数での段階的な指導、言語や文化への理解を深める機会の提供、そして国籍ではなく個人を尊重する視点が求められる。また、先入観や過去の印象による評価を避け、一人ひとりと誠実に

に向き合う姿勢を全職員が共有することが重要である。(図6)

富家病院では、各国から来た看護師、看護補助者が資格を取得し、活躍している事例も多数ある。これらの成功事例は、本人の努力に加え、受け入れ側の支援体制や職場全体の理解によって成り立っており、今後の人材育成のモデルケースとなる。

介護の現場において、多様な背景をもつ職員が安心して力を発揮できる環境づくりは、質の高いケアの実現にも直結する。今後も研修や意見交換の場を通じ、相互理解と共生の風土を育むことが重要である。



慢性期医療における ICT 活用と効率化

医療法人財団利定会 大久野病院

理事長 進藤晃

ICT の活用が、魔法の杖のように効率化を進めるとは考えていない。ICT は、今後すさまじい勢いで伸びていくであろう。どのように考えて、自院で利用すると上手くいくのか、その考え方を記していきたい。ICT とは何か。具体的に利用している事例の紹介。効率化を進めるために ICT をどのように利用すれば良いのか（効率化と ICT の利用）。以上 3 章に分けて記載する。

1. ICT とは何か

IT とロボット、AI を混ぜて、ICT や DX と呼んでいる場合を見かける。ICT は Information and Communication Technology 情報通信技術である。IT は Information Technology 情報技術である。何度も同じような内容を記載する。記載する項目が同じで、沢山の人のデータを記録する。このような場合に表計算ソフトや文書作成ソフトを利用してきたのが IT であった。これでも十分に効率化されている。ICT になると、パソコンやスマートフォンを用いてインターネットを利用した情報伝達技術と考えて良いだろう。インターネットによって様々な情報を瞬時に受け取ることができるようになった。情報を瞬時に受け取ることが、慢性期医療だけではなく医療・介護を便利にしてくれている。簡単な利用法としては、介助技術を知りたいとインターネットで探すと様々な介助技術が検索されてくる。この中から自分が目的としている介助技術を探すというのが、今までの ICT を用いた利用法である。

IT に加えて、最近は AI の利用がすさまじい。AI は万能であるかのごとくに扱われている。AI は、IT 技術の上で情報を多数集めて、その中から最適な組み合わせを教えてくれるものである。最も身近な例はルート検索である。東京駅から青梅駅までのルートを検索すると、電車は何時発で何時に到着する、車であれば何分と表示される。これは電車の時

刻表をデータとして読み込み、最適な組み合わせを計算して返事しているものである。車の移動も、地図データから距離を読み込んで、平均時速で計算して返事をしている。つまり、基本的なデータが存在している中で、最適解を構築しているのである。これを医療や介護に置き換えて考えると、基本的な介助技術や看護技術、医療技術は存在しているが、意見が一致していないので、標準的な技術を示すことが難しい。つまり時刻表のようなデータがない。最適な技術の組み合わせが何を目的とすれば良いのか、組み合わせの考え方を示すことが難しいので、AI が回答を出すことは難しいというのが現状である。AI が回答を出したとしても、その組織の考え方と異なった場合は受け入れられないだろう。さらに進んだ生成 AI では、今あるデータだけではなく、世の中にあるデータを全て探した上で最適解を示してくれる。それであっても、医療・看護・介護で最適な技術提供方法が一般的に合意されていないので、その組織に適切な最適解を示すことは難しいだろうと考えている。

ロボットは、人間の代わりに作業をしてくれる機械である。介護であれば、移乗を人間の力を使わずに作業してくれる機械である。機械を使うことが合理的で、人件費よりも費用が安くすみ、利用者にとっても便利であるならば効率的と言えるだろう。情報技術 IT と組み合わせるとロボットを使用する場合、IoT Internet of Things 物とインターネットと呼んでいる。移乗ロボットを、インターネットを使用して遠隔から操作して作業を行うことが想定される。一人の人が指示監視をするだけで、複数の人へ移乗の介助を行い、利用者も気兼ねなく使えるとしたらとても効率的である。

IT、ICT、AI について記した。データをまとめるには IT、データを探すには ICT、データの組み合わせが AI、労力を軽減してくれるのがロボットである。

2. 具体的な使用例

医療・看護・介護では、ICTが見守りや情報共有としてすでに利用されている。ナースコールが鳴ると、または転倒・転落のセンサーが鳴ると、ビデオがONになって、手元のスマートフォンで画像を見ることができる。走って行くよりも早く状況を確認することができるので便利ではあるが、この設備にはかなりの費用が必要となる。効果としては、駆け寄るよりも数分早く見つける、場合によっては画像でのみ確認して駆けつけなくても状態を確認し声かけだけで良いかもしれない。ビデオが無くナースコールやセンサーだけの場合と比べて確実に安心ではあるが、費用対効果の検討が必要であろう。

施設内においてICTを利用して、電子カルテ情報を手元のスマートフォンで見ることができる時代になっている。さらにグレードアップすると外出先でも見ることができる。院内で病棟の端末を探して、電子カルテ情報を確認することに比べると、医師の場合には、早く指示を出すことができるので時間の削減につながる。医師は、効果が期待できる。看護師・介護においては、スマートフォン端末を使用して、電子カルテへ音声で直接入力できると効果が期待できる。その際に削減できる時間を人件費で計算して、その効果が費用と見合うか検証が必要であろう。急性期病院・回復期病院・老人保健施設など施設のタイプによって効果は異なるので、検証しながら導入を検討すべきである。

埼玉県にある富家病院では、ウェアラブル端末を病棟に導入されている。今後のIT利用で最先端をいく効果的な利用方法であると考えている。その使用法は、ウェアラブル端末を入院中の患者に装着していただいて、次のような利用が考えられる。ウェアラブル端末で、QRコードなどを利用して本人確認に利用が可能であろう。ウェアラブル端末は、脈拍・体温・酸素飽和度などバイタルの測定が可能である。看護師が測定に行き記録するよりも、リアルタイムに必要な時に必要な時間だけ測定し、しかも電子カルテへ自動的に入力することも可能であろう。さらに、この端末は声をかけると返事をする機

能を備えているので、ナースコールの代わりになる可能性がある。しかも持ち歩いているので、ベッドサイドではなく廊下を歩いている最中でもナースコールが可能である。このナースコールの機能と転倒したら緊急コールという機能を組み合わせると、転倒したらナースコールが鳴るということも可能であろう。そして、GPS機能が備わっているので居場所も確認することができる。しかも、導入費用は、院内のWi-Fi環境があるとして、ウェアラブル端末とスマートフォンの費用だけである。ナースコールと比較して安価になる可能性が高く、費用対効果が高いと思われる。以上の利用方法は、現実に使用されている物と、期待を込めた利用法を混在して記載している。何とも夢のようなIT利用ではないかと思う。富家病院では病棟で実装を開始しているが、在宅で利用が可能ではないかと考えている。在宅でナースコール代わりにする、バイタルを測定する、転倒を検出する。在宅での監視装置として利用価値が高いように思われる。ウェアラブル端末導入に関して現状で考えられる問題点は、端末を充電する時間が1日に1回30分程度必要である。つまり、端末を装着していない時間が発生するので、ウェアラブル端末を2台にして交互に使用すれば問題を解決できるがコストが必要となる。ウェアラブル端末1台につき1台のスマートフォンが必要である。よって、スマートフォンを病床の数だけ並べるスペースが必要となる。最大の問題は、このようなシステムがナースコールとして認められていないことである。富家病院でもここまでは実現されていない。早期にこのような画期的なシステムが、リーズナブルな価格で提供され、現状よりも快適な環境が提供されることを期待したい。

AIの利用は、まだ退院時の医師・看護師のサマリー制作ぐらいしかない。それでも、サマリーを作ってくれるのであれば、時間の効率化に対する効果は高い。効果が導入費用を超えることができるか検討する必要がある。その他、筆者が関わっているPCAPS（Patient Condition Adaptive Path System：患者状態適応型パス）は、診療内容を可視化して、診療を誘導し、診療内容を知識として集積してくれ

るシステムである。知識が集積できれば、改善も可能であるのご理解いただけるだろうか。これは将来において診療を補助する AI に発展していくと考えている。この紙面では記載するスペースが無いので割愛する。

3. 効率化と ICT の利用

業務の効率化を行う方法について、移乗の介助方法を題材として考え方を記載する。現実には可能であるかどうかは検討していない。特定の患者 A に対して、移乗を介助する時に、介助者ごとに介助方法が異なるとしたら効率的ではなく、患者 A にとっても不快である。患者 A の状態は介助者ごとに異なるないので、同じ介助方法で移乗するのが良いと言える。患者 A が最も快適で、介助者も介助量が少ない方法が良い。快適で介助量が少ない移乗介助法を、全員が実施できたら、全員がほぼ同じ時間で業務を終了することができる。移乗介助の時間にバラツキが無くなり、誰もが同じ時間で業務を行えるようになるので業務時間を予測することが可能となる。これを複雑ではあるが、組み合わせると、本日の病棟における業務必要時間（量）を計算することが可能となる。緊急への対応を含めて、必要な人員を計算することが可能なので、効率的な病棟運営に結びつくであろう。

介助方法の統一を標準化と呼んでいる。標準化とは、悪い方法も、良い方法も一緒にして、何が何でもマニュアル通りに行うという悪いイメージがある。標準化とは、最も良い方法を、みんなで共有して、誰が行っても良い結果を得ようというのが根本的な考えである。マニュアル通りに行うことに抵抗があるかもしれない。赤信号は止まれというマニュアルには従うべきである。これと同程度のマニュアルであれば従うと考えていただけるだろうか。

移乗介助にある人は 3 分、別の人は 10 分必要としている現場で標準化を実行してみる。全員が 3 分で安全・快適に移乗を終了できたら、10 分必要としていた人は 7 分を他の業務に充てることが可能となる。この 7 分で、移乗介助をもう一人に行うと、今までに比べて 2 倍働いたことになる。10 分で介

助する人に 3 分でできる介助法を学んでもらうと効率化が進むと考えられる。標準化の効果についてご理解いただけたであろうか。

この過程で ICT は全く利用されていない。業務の効率化は、ICT を利用して行うものではなく、効率化を図る過程で、必要ならば利用するものである。この過程で IT を利用するとすれば、移乗の介助手順を全職員に通知する手段、記録することに利用する程度であろう。

業務の効率化とは、全員が同じ手順で業務を行うこと、つまり可視化・標準化が基本であると記してきた。

4. 問題の解決

3 分で可能な移乗介助手順に対して、再度時間の計測を行うと 4 分に伸びていた。安全を前提にして、3 分に縮めたいと考えるのが管理者である。時間を短縮したいという問題を解決するには、QC ストーリーという考え方に基づいて考えるとわかりやすい。

- 1) テーマの選定：その問題に絞り込んだ理由・目的を明らかにして問題を絞り込む。
- 2) 現状の把握：問題の状況を把握する。仕組みならば、業務手順を明らかにして、発生した手順を確認する。その頻度・時間・場所など特徴を把握する。
- 3) 解析：現状把握に基づいて複数の要因を挙げ、問題発生メカニズムの仮説をたてる。
- 4) 対策：解析結果に基づいて、対策を立案する。対策を実施し、副反応をチェックする。
- 5) 効果の確認：問題再発がないか、改善効果があるか、目標の達成を確認する。
- 6) 歯止め：標準化により再発を防止する。
- 7) 今後の課題：この問題解決に関わる課題を整理する。解決方法を振り返る。

テーマは移乗介助手順の時間短縮となっている。この手順を実行したときに、どこで時間が余計に必要となったのかを把握する。手順ごとに時間を計測

するしか方法はないだろう。時間が超過している手順が複数あるとしたら、どの手順がどれほど影響しているのか検討する。なぜ時間が必要なのか原因を検討する。拘縮が激しくなったために時間が必要。体重が重くなったので時間が必要。発生のメカニズムを検討する。これに基づいて、対策を考案する。この時に、単純に手順を変更するだけで時間を短縮できれば最も効果的である。しかし、解決方法としてロボットの使用が効果的である場合も考えられる。安全であることを前提にしてロボット導入の費用と介助時間の短縮で効果を測定する必要がある。考え方の1つは、ロボット導入費用と1分を短縮した時の人件費を比較する。人件費1分×ロボット使用人数×1日の使用回数×ロボットの耐久日数で計算できる削減できる経費と、ロボット導入費用を比較して、導入費用よりも経費削減が上回ることを比較する。経費削減効果があれば導入する。ロボットを導入する際の副反応も検討しておく必要がある。ロボットを移動させるのに時間がかかる、ロボットの習熟訓練に多大な時間を必要とする、この場合

1分短縮の効果がなくなる。ロボットが壊れた時に誰も介助できなくなるのも困る。これらの副反応がないことを確認して導入する。導入後には、誰もが1分短縮できているか確認する。このような考え方を利用すると、難しそうに見えた問題も解決に結びつけていくことが可能である。勘と経験と度胸でエイヤーと解決すると一見解決できたように見えて、すぐに元通りになったり、もっと悪い状況になったりする。根拠に基づいて問題を解決してくのが良い方法である。解決方法の1個の手段として、ロボットやICT・AIの利用が良い方法で、費用対経費削減効果もあるならば導入すべきである。費用対効果を考えずに、感覚的に良さそうだとICT・DXに飛びつくのは危険である。

業務の効率化にICTがいつでも有効ということはあり得ない。業務の効率化は、問題を見つけて解決する、改善が基本である。改善にICTが有効ならば導入する。業務効率化とICT利用の極意ではないかと考えている。

次世代経営者に聞く 慢性期医療の展望

インタビュイー：猿原大和 介護医療院湖東病院 理事長

インタビュアー：鈴木龍太 日本介護医療院協会 会長



慢性期医療の将来像をいかに描くか——。日本介護医療院協会副会長で大型の介護医療院を運営している猿原大和氏に、同協会会長の鈴木龍太氏がお話を聞きました。

猿原氏は、慢性期医療の病床が減少し続ける中で、医療療養病床と介護医療院の役割分担が進むと指摘。高度な医療を要する患者には医療療養病床が対応し、終末期やターミナルケアは介護医療院が担うというすみ分けが不可欠になるとの認識を示しました。また、介護医療院は同一のスタッフ・環境のもとで療養を継続できることや、認知症患者にも安定をもたらすメリットなどを挙げ、地域包括ケアにおいて重要な機能を果たすと強調しました。

鈴木氏は、ターミナル期には高度な医療行為よりも苦痛緩和や生活支援が中心となると指摘し、介護医療院がその役割を担うことの意義を示しました。また、要介護度に基づく報酬体系が現場の負担を十分に反映していないことに触れ、制度的な見直しの必要性を提起しました。

猿原氏はさらに、人材不足の深刻化を課題として挙げました。特に介護職員の確保は困難であり、外国人材が一定の役割を担っているものの、夜勤や緊急時対応には言語能力や経験が求められるため体制整備が不可欠と述べました。加えて、稼働率の維持が経営に直結するため、地域全域からの利用者受け入れや外来・訪問診療の拡充など、多角的な取り組みを進めていると語りました。鈴木氏は、慢性期医療は日本の医療体制の安定に直結する基盤であり、各施設が地域の実情に応じた工夫を重ねることが重要だと指摘。猿原氏の取り組みを次世代のモデルとして評価し、今後も注目していきたいと結びました。

■ 高齢患者の転院先がない経験から

○鈴木：湖東病院は創立からかなり長い歴史を有していますね。開設者である猿原孝行先生が先日ご逝去されましたことは誠に残念であり、心からお悔やみ申し上げます。まだまだご壮健であられると思っておりましたが、突然のことで大変驚きました。猿原大和先生ご自身は、若い頃から「一人息子として病院を継承しなければならない」という意識をお持ちでいらしたのでしょうか。

○猿原：私はかつて東京都板橋区に所在した東京都老人医療センター（現・東京都健康長寿医療センター）の循環器内科に勤務しておりました。同院には東京都老人総合研究所も併設されており、当時から高齢者医療の先端に触れる機会を得ました。その際に痛感したのは、高齢の心疾患患者の転院先が極めて限られていたという現実です。独居高齢者も多く、自宅への退院が難しい例が大半でした。現在では在宅医療が大きく進展し、自宅療養が可能となるケースも増えていますが、20年前は到底実現できる状況ではありませんでした。

慢性期病院に転院を打診しても、相談員レベルでは受け入れを断られることが多く、やむを得ず私自

身が主治医として直接電話をかけてお願いしていました。

○鈴木：慢性期病院を中心に転院先を探されていたのですね。八王子方面などにもご連絡をされたのですか。



猿原大和氏

○猿原：はい。八王子にも問い合わせをした記憶があります。複数の病院に依頼を重ねましたが、多くは受け入れを断られました。仮に転院できても、サチュレーションの低下や胸部不快感など、わずかな症状変化で再び

送り返され、当院のベッドが埋まり、救急ホットラインを断らざるを得ない事態に直面したこともありました。

○鈴木：その経験を通じて、高齢患者を専門的に受け入れられる慢性期医療施設の必要性を強く意識されたのですね。

○猿原：当時から心疾患患者の増加は明らかであり、今日言われる「心不全パンデミック」という言葉こそ存在しなかったものの、学会でも将来的な心

Profile

猿原大和（さるはら ひろかず）

医療法人社団和恵会理事長、介護医療院湖東病院院長

【職歴】

2002年3月 東京医科大学卒業

2002年5月 東京医科大学研修医

2003年4月 東京医科大学第2内科（循環器内科）入局

2004年4月 東京都老人医療センター（東京都健康長寿医療センター）循環器科

2007年4月 東京医科大学循環器内科研究医

2010年4月 医療法人社団和恵会湖東病院

2015年7月 湖東病院院長

2018年4月 医療法人社団和恵会理事長

【学歴】

2012年 医学博士号取得

Obstructive sleep apnea as a potential risk factor for aortic disease

【専門資格】

日本循環器専門医，日本内科学会総合内科専門医，日本内科学会認定内科医，在宅医療認定医，日本医師会産業医，認知症サポート医



不全患者の増大が繰り返し指摘されていました。したがって、慢性期病院や介護施設の場で心疾患を的確に診療できる体制を整える必要があると感じました。私自身が父の病院に戻るならば、そうした患者を積極的に受け入れるべきだと考えたのです。

○鈴木：非常に意義深い動機だと思います。お父上が運営されていた病院を社会に役立てたいという使命感を抱かれたことが、帰郷を決断する契機になったのですね。

○猿原：実際に父が運営する病院へ戻った当初は、大学病院との働き方の違いに驚かされました。大学病院勤務時代は日没前に帰宅することなど皆無でしたが、慢性期病院では午後6時や7時に帰宅できる日もありました。勤務時間も、大学病院では早朝6時には出勤していましたが、現在は午前8時半までに出勤すれば十分であり、当初は戸惑いすら覚えました。

ただし、父は早くから病院経営において「働き方改革」を意識しており、医師や職員の負担を軽減するためのシステム作りに注力していました。父自身、開業医時代には24時間オンコール体制に苦労した経験があり、その反省を生かして効率的で持続可能な勤務体制を築いていたのだと思います。

○鈴木：まさに先見の明をお持ちだったのですね。猿原先生もその理念を受け継ぎ、自らの意志で介護医療院への転換を決断し、経営を主導されている。若いながらも強い信念を持って実践されていることに敬服いたします。失礼ながら現在のお年をお聞かせいただけますか。

○猿原：今年48歳になります。

○鈴木：比較的若い時期から院長・理事長としてご就任されている印象があります。どのような経緯で、おいくつの頃から病院に戻られたのですか。

○猿原：2010年に湖東病院に戻りました。正確な年齢は記憶しておりません。大学入学時と国家試験合格時の二度、父から「将来どうするのか」「浜松に帰ってくるのか」と問われました。当時は医師になったばかりで専門科も決まっておらず、明確に答えることができませんでした。そのため「いつかは」と曖昧な返事をしたのですが、父はそれを「必ず戻っ

てくる」と受け止めたようです。

○鈴木：一人息子でいらっしゃることもあり、そう解釈されたのでしょうか。

○猿原：確かに、私が帰らなければ、いまのような形で病院の存続は難しかったと思います。ただ父は、私が別の道を進むのであれば病院を売却する覚悟も持っていたようです。実際、父の友人であった北海道の先生はご子息が継がないことを理由に病院を売却されました。そうした事例もあって、「お前がやりたいことをやるのなら病院は売却する」と早い段階で言われました。

○鈴木：かなり早い時期から、そのような将来像を突き付けられていたのですね。

○猿原：国家試験合格の頃にその話を受け、想定外の重い問いかけに戸惑いました。曖昧な答えをしたつもりが、父には「帰ってくる」と受け止められていたのです。

湖東病院に戻ったのは、かなり急な出来事でした。循環器内科の専門医資格を取得し、学位論文の執筆も進めており、将来的には留学を考えていた時期でした。しかし、湖東病院に勤務していた医師が相次いで退職することになったのです。お一人は開業のため、もう一人は息子さんの大学進学に伴い転居を希望されたためでした。その結果、父から「来年には帰ってきてほしい」と要請されました。さらに、私の主任教授と父との間で話が進んでしまい、教授からも「お父上が困っておられるので、戻ってもいいよ」と簡単に許可が出ました。

○鈴木：なるほど。猿原先生は東京医科大学のご出身であり、お父上も同じ大学のご出身ですね。

○猿原：私の担当教授は広島大学の出身でしたが、私の結婚式で仲人をお願いした経緯もあり、父とも個人的な交流があったようです。いずれにせよ、教授から「学位論文には2年間の猶予がある。浜松市の病院に戻ってから執筆を続けて提出すればよい」と助言をいただきました。こうして2010年、私は32歳で湖東病院に戻ることとなりました。

■ コロナを契機にリーダーシップ

○鈴木：病院に戻られてから、院長および理事長に

就任されたのはいつのことでしたか。

○猿原：湖東病院に戻った後、2015年7月に院長に就任し、その後2018年に理事長を拝命いたしました。

○鈴木：お父上は比較的早い段階で引退された印象がありますが、その背景についてはいかがでしょうか。

○猿原：父は「この先はどうなるか分からない。だから、若い人が高齢者の医療・介護・福祉を担うべきだ」という考えを持っておりました。したがって、自らの年齢が70歳に達した時点で一区切りをつけると決めていたようです。私に対しては、それまでの経験や失敗を踏まえ、自分で判断し行動すべきだという期待を込めていたのだと思います。

○鈴木：理事長に就任されたのは、お父上が70歳を迎えられた頃という理解でよろしいでしょうか。

○猿原：父は昭和20年生まれですので、当時は73歳でした。院長職については70歳の頃に私へ継承し、最終的に75歳に引退いたしました。

○鈴木：確かに、やや早い引退とも思われますが、ご本人にとっては明確な区切りがあったわけですね。猿原先生は当時まだ37歳で院長に就任され、40歳で理事長となられた。その若さでの覚悟についてはどのように受け止めておられましたか。

○猿原：就任当初は、まだ十分な自覚を持てていなかった部分もあったかもしれません。ただ、父が非常勤として院内に関わり続けていたため、職員にとっては父の存在が大きく残っていたと思います。しかし2020年、ちょうど私が理事長に就任して1年余りの頃に新型コロナウイルス感染症の流行が始まりました。その時期から、情報が錯綜する中で正しい情報を収集し職員へ伝達する責任や、ワクチン接種の体制整備など多くの課題に直面しました。こうした対応を通じて、自然と私自身がリーダーシップを発揮せざるを得ない状況となり、その経験を経て職員からも理事長として認められるようになったのではないかと考えています。

○鈴木：まさにコロナ禍が、理事長としての立場を確立する大きな契機となったのですね。

■ 補助金にこだわらず父の強い意向で

○鈴木：介護医療院の開設は、コロナ禍の時期、あるいは理事長就任とほぼ同時期だったのでしょうか。

○猿原：理事長に就任したのは2018年4月ですが、その前から介護医療院の開設を進めることは決めていました。補助金の活用が可能であると聞いていたことも後押しとなりました。実際には父が強い意欲を示し、「早く取り組んだほうがよい」との判断で、浜松市役所に自ら出向き、独自に申請を進めてしまったのです。その結果、補助金を受けずに2018年5月から開設に踏み切ることとなりました。

背景として、湖東病院は395床を有していましたが、老朽化の進んだ1号館を、安全性の観点から父の代で取り壊しました。その後、2016年に補助金を活用して建て替えを行い、その際に転換型老健へ移行する必要性が生じました。転換型老健は介護医療院の施設基準に近く、1床あたり8平方メートルという基準をすでに満たしていました。残された課題はプライバシー確保のための整備であり、この部分については自費で対応しました。

○鈴木：転換型老健の補助金を受けていたため、介護医療院の補助金は受けられなかったのでしょうか。

○猿原：必ずしもそうではありません。介護医療院としての補助金も申請可能でしたが、せっかちな父の方針もあり、補助金の有無にかかわらず開設を優先しました。

○鈴木：なるほど。補助金にこだわるより、まずは早期に実現することを重視されたのですね。

○猿原：湖東病院はもともと転換型老健と介護療養病床を併設していたため、一気に移行すると調整が難しい部分もありました。建て替え後には1号館・2号館・3号館が整備されましたが、現在もやや複雑な構造となっています。たとえば湖東ケアセンターから湖東病院にベッドを移動させる場合や、同一施設内であっても介護医療院の異なる棟へ移動させる場合には、入所者との再契約が必要になります。こうした課題を経て、湖東病院は2020年4月に正式に介護医療院へ移行いたしました。

■ 介護保険はフェアな制度

○鈴木：お父上の行動力も大きかったと思いますが、猿原先生ご自身が湖東病院を介護医療院へ転換する決断をされた背景には、どのような理由があったのでしょうか。

○猿原：正直に申し上げますと、当時は大きな選択肢が多くあったわけではありません。しかし、介護療養病床を運営していた経験から、今後の社会構造の変化に対応するためには介護医療院という仕組みが不可欠であると感じていました。2040年に向けて死亡者数が増加することは統計的にも明らかであり、同時に医療ニーズの高い高齢者が急増することも予測されていました。そうした状況に対応する上で、介護医療院は極めて重要な役割を担うと考えたのです。

また、私が強く共感したのは介護保険制度の仕組みでした。介護認定調査を経て、一次判定はコンピューターによる客観的な基準で行われ、さらに二次判定では複数の専門家の目が入り最終的な要介護度が決定される。その要介護度に基づいて報酬が算定されるというプロセスは、極めて平等で公正な制度設計であると感じました。医療保険制度に比べ、病院や医療者の私見が少なく、全国どこでも一定のプロセスで決められ、質が担保された同等のサービスが提供できるという点に強い意義を見出しました。

さらに、当時は政府による介護療養病床廃止の方針が示されており、当初は2011年度末に廃止予定とされていましたが、延期が繰り返される中で新たに介護医療院という制度が創設されました。その内容を見たとき、従来の医療や終末期ケアに加えて「生活の場」としての機能が制度的に位置付けられたことに深く共感しました。

もちろん現実的にはすべてを個室化することは困難ですが、せめて半個室を整備しプライバシーを尊重しながら、最期の時を迎える際には医師や看護師がそばにいる環境を提供することが理想的だと考えました。こうした理念に基づき、湖東病院を全面的に介護医療院へ転換する方針を固めたのです。

○鈴木：私は日本介護医療院協会の会長を務めておりますが、ここまで積極的に介護医療院への転換を進める若手経営者は決して多くはありません。介護保険制度の公平性に着目し、その理念に共感して転換を決断された点は、高く評価すべき理想の追求だと思います。最終的に病院全体を介護医療院へと移行されたのは、猿原先生ご自身の判断によるものなのでしょうか。お父上のご意見はどのようなものでしたか。

○猿原：私自身の判断で決断しました。父は特に異論を唱えることはありませんでした。当初は、介護療養病床の一部(40床)を医療療養病床に転換する、あるいは地域包括ケア病棟を設置するといった選択肢も検討しました。しかし、その場合は新たに16名の看護師を確保する必要があり、人口減少が進む地域において人材を安定的に確保することは極めて困難と考えました。

○鈴木：浜松市における看護師の確保状況については、どのように感じておられますか。

○猿原：振り返ってみると、看護職員の確保よりも、介護者職員の採用に苦労している印象があります。

■ 競合がある厳しい周辺環境の中で

○鈴木：現在、介護医療院だけで約400床を運営されています。当初の決断について、振り返ってどのように評価されていますか。誤りはなかったと感じられますか。

○猿原：実際には非常に難しい状況です。当グループには二つの介護医療院があります。一つは和恵会ケアセンターで、住宅地に位置するため、比較的に入所者が集まりやすい環境にあります。もう一つは湖東病院で、こちらは過疎化が進む地域に所在しています。

和恵会ケアセンターの場合は営業努力さえ怠らなければ一定の入所者を確保できますが、湖東病院のように周辺人口が少ない、かつ、交通の便が悪い地域の介護医療院では、入所者の確保に困難を伴います。地域内だけで入所者を募ると経営が成り立たないため、浜松市全域を対象として広く受け入れをしています。しかし現実には近隣住民の利用が中心と

なるため、全市的な分散は難しく、稼働率確保には依然として苦戦しています。

入所者数そのものは増加しており、介護医療院に転換した当初と比較すると新規入所者は倍増しました。しかしながら、死亡などによる退所数がそれを上回る状況であり、結果として稼働率は低下しています。

○鈴木：全国的に見ても、入院患者数の減少傾向は顕著であり、これは介護医療院にも共通する現象かもしれません。特に地方においては運営の難しさが指摘されています。周辺に特別養護老人ホームや他の介護施設が存在する場合、競合関係になることもあるのでしょうか。

○猿原：当院の周辺には介護老人保健施設や他の介護医療院もあり、いずれも非常に努力を重ねて運営されています。例えば、急変時にもできる限り病院へ搬送せず、自施設で看取りまで対応する体制を整えています。老人保健施設についても、医師がオンコール体制を維持し、土日でも対応するという話を伺っています。

○鈴木：つまり、地域の介護施設はそれぞれが高い専門性と献身性をもって取り組んでおり、互いに切磋琢磨している状況だと言えます。その一方で、競争環境が厳しさを増し、各施設が利用者獲得に奔走せざるを得ない現実もあります。特に地方においては人口減少や高齢者の分布により、利用者確保は容易ではなく、今後さらに厳しさを増していく可能性があります。そうした中で、猿原先生の施設はどのような工夫を重ねているのでしょうか。

○猿原：おっしゃるとおり、周辺施設が全体として高いレベルで取り組む環境の中で、新規利用者を獲得していかなければならないのは大変厳しい条件です。

■ 時代に合った変化を

○鈴木：猿原先生は若くして院長・理事長に就任され、経営者としての歩みを積み重ねてこられました。お父上を失われた今、経営者としてのリーダーシップについて、どのような姿を目指しておられるのでしょうか。経営において求められるリーダーシップ

とは、先生にとってどのようなもののでしょうか。

○猿原：父は非常に強力なリーダーシップを発揮する人物であり、まず一人で突き進み、あとを皆が追いかけるスタイルでした。私は必ずしも同じ形のリーダーシップを取る必要はないと考えていますし、真似もできません。むしろ、時代の変化に合わせて、私自身も病院も柔軟に変化していくことが求められていると感じています。現在は大きな変革期にありますので、柔軟さは不可欠です。ただし、その一方で理念については決して譲ってはならない部分があると考えます。理念を重んじ、確固とした基盤を持ちながら、地域のために実直に取り組む姿勢こそが重要であると思います。



鈴木龍太氏

○鈴木：院長・理事長として組織を率いながらも、現場に根ざした活動を続けておられる点が印象的です。現場主義を貫き、職員とともに働く姿は、まさにリーダーシップそのものであり、職員に背中で見せる存在になっているのではないのでしょうか。

私は変化を恐れず挑戦することが病院の発展につながり、結果として職員の待遇改善や笑顔に結び付くと職員に伝えています。猿原先生も先ほど「変化」という言葉を強調されましたが、まさに今の時代においては、変化を正しく捉え、積極的に対応していく姿勢こそが最も重要であると私も考えております。

私は「変化を進化に 進化を笑顔に」という言葉を大切にしています。2009年に鶴巻温泉病院院長になり16年経ちました。院長になった時に作った造語ですが、今では私のモットーとなっています。

日本は超高齢社会に対応するために、医療・介護行政、制度、社会システム等さまざまなものが大きく変化し、そのスピードも速くなっています。その変化に躊躇せず柔軟に対応することで、病院が進化し、進化することで、患者さん、職員、地域の満足度が上がり、皆さんが幸福になり笑顔になるという

意味です。

ノーベル賞受賞者がよく Serendipity (セレンディピティー) という言葉を口にします。何かを探しているときに、探しているものとは別の価値があるものを偶然見つけ、それをきっかけに、幸運をつかみ取るということのような意味です。変化を追っていると予想されていたものと違う方向に進化・深化することがあります。例えば、携帯電話が IOT や財布がわりになったり、コンビニが銀行、見守りの役割を担うようになったりしていることです。変化に順応していくと、社会が本当に必要としている方向に向かって新しい発想が生まれ、Serendipity のように思いがけないものが生まれるかもしれません。とても楽しみです。

当院も 16 年で大きく変わりました。これからも進化・深化を続け、三喜会の理念にあるように「患者さまとご家族、地域社会、ならびに病院職員の三者」が笑顔になるように努力を続けたいと考えています。

■ 独立型介護医療院のメリット

○鈴木：私もそうですが、経営にあたって、やはり困難や苦労も多いのではないのでしょうか。特に人材の確保は全国的にも大きな課題です。採用活動や職員の定着、さらには人材不足に伴う負担増加など、経営者として相当なストレスを感じられることもあるのではと思います。人材集めを含め、経営において最も大変だと感じられる点についてお聞かせください。

○猿原：確かにストレスはあります。最も大きな課題は人材確保です。ただ最近では、50 代前後の比較的若い医師が当院に勤務してくださるようになりました。彼らはワークライフバランスを重視して当院を選び、真摯に診療に取り組んでいます。仕事に対して責任感が強く、当直やオンコール業務にも快く対応していただける点は非常に心強いです。

○鈴木：それは大変助かりますね。介護医療院では当直業務が不可欠ですが、その部分を担ってくれる医師が確保できるのは非常に大きい。

○猿原：当直にも対応していただいています。従来

はベテラン医師が「大丈夫、あとは私が診ておく」といった暗黙の支え方をしてくれていましたが、今の世代は「対応します」と明確に引き受けてくれる一方で、その分の対価もきちんと求める傾向があります。ある意味ドライですが、責任の所在が明確であり、組織としてはむしろ健全なあり方だと感じています。

○鈴木：確かに、そうした割り切りも現代的で良いのかもしれません。医師が一定数集まることは安心につながりますが、それでも人材確保においては看護職や介護職が大きな課題ではないでしょうか。

○猿原：おっしゃるとおりです。特に介護職員の確保にはとても苦勞しています。看護師についてはナースバンクを通じた紹介などでなんとか採用できていますが、介護職は状況が厳しい。現在、当院には 27 名の外国人介護職員が勤務しています。

外国人材に関しては、一時は 30 名まで在籍しましたが、現在は 27 名に減りました。本音を言えば日本人の人材を確保したいのですが、夜勤や土日勤務といった条件を満たしてくれる若い日本人の確保は難しい状況です。外国人職員にも夜勤を担っていただいているのですが、介護医療院の夜勤体制は 40 床に対して看護師 1 名と介護職員 1 名という条件ですので、一定の日本語能力と経験を備えた人材でなければ対応は困難です。今後は、より多くの外国人職員に教育をし経験を積ませて、育てあげることが不可欠と考えています。

○鈴木：やはり介護職員の確保はどこも苦勞していますね。私の施設では野球部をつくったところ、野球をしたいという若い日本人男性が数名入職してくれたことがありました。何らかの工夫が必要であり、この先どうなるのか不安を抱かざるを得ません。

■ 最大の課題は稼働率

○鈴木：介護職員の確保以外に、経営面で特に大きな課題と感じている点がありますか。

○猿原：最大の課題は湖東病院における稼働率の維持です。入所者の新規受け入れは順調に推移しているものの、高齢者施設の特性上、退所に至るケースも多く、そのバランスが経営に直結します。稼働率

がわずかに低下するだけでも収支に大きな影響を与えるため、常に安定的な運営を意識せざるを得ません。さらに、地域の人口構造の変化や周辺施設との競合もあり、単に入所者を確保するだけではなく、いかに継続的に信頼を得ながら経営を安定させるかが重要な課題です。

○鈴木：確かに今は経営環境が厳しいですね。物価上昇の影響も大きく、これは全国の経営者が頭を抱えている問題だと思います。

○猿原：一方で、独立型の介護医療院を運営している利点として、処遇改善加算の恩恵を職員全体に直接反映できる点があります。病院側の持ち出しを伴うことなく、全ての職員に処遇改善手当を支給できるのは大きな強みです。そのため、介護医療院の介護職員は、他施設に勤務する職員と比べ、やや待遇が良い場合もあります。

○鈴木：なるほど。病院併設型の場合は、病院職員との給与バランスを考慮する必要があるため、その点は独立型介護医療院ならではのメリットですね。さらに、若い医師が入職されている点も印象的です。慢性期や介護医療院で勤務することに、どのような動機や希望を持っておられるのでしょうか。それとも、ご自身のワークライフバランスを重視しての選択なのでしょうか。

○猿原：具体的なことまでお話しできませんが、お二人は静岡県という温暖な地への移住を希望され、当院と勤務条件も合致したことで、当院に入職して頂きました。もう一人は、開業目的に地元へ戻った方がいいが、地域の過疎化による外来者数の減少などにより、将来性を見いだせないという理由で継承せず、当院で勤務を続ける選択をされ、すでに10年以上在籍してくださっています。今後も継続して勤務いただけるものと期待しています。

■ 外来診療の拡充を検討

○鈴木：開業医が厳しい状況に直面する中で、貴院の介護医療院では訪問診療にも取り組まれていると伺いました。どのように展開されているのでしょうか。

○猿原：ほとんど私自身が担当しています。関連法

人も含めるとサービス付き高齢者向け住宅を二つ運営しており、合計約70戸を有しています。そこに入居される方々のうち、訪問診療が必要な方には対応しており、往診依頼があれば私が直接訪問する体制を取っています。経営全体を考えると、介護需要は今後も増大することが見込まれ、特に在宅医療や訪問診療のニーズが高まると予測されます。そのため、介護医療院の枠組みだけでは十分に応えきれない部分を補うべく、病病連携を強化し、円滑なコミュニケーションを通じて迅速に患者を受け入れる体制を整えてきました。しかし、それにも限界があります。

そこで現在、父の時代に縮小した外来診療の拡充を検討しています。付属クリニックには現在1日20～30人ほどの患者が来院していますが、これをさらに増やし、加えて訪問診療の体制も強化したいと考えています。もっとも、すべてを私一人で担うのは大きな負担であり、正直に言えば非常に大変です。それでも、まずは院長である私自身が率先して取り組むことが重要だと考えています。時には東京出張中や会合の最中に電話がありますし、実際に行かないといけない場面もあるので負担は小さくありません。

幸い、最近では訪問診療に関心を持つ医師が新たに加わる予定があり、その方に色々と教えていただき、協力して体制を整えられることを期待しています。全体として、当院は比較的医師に恵まれており、世代交代も進んでいます。若手や中堅医師の比率が高まりつつあり、医師層の安定化は経営面でも大きな安心材料となっています。

■ シンプルなマネジメントが実現できる

○鈴木：介護医療院を運営される中で、実際に感じておられるメリットについてお聞かせいただけますか。

○猿原：当院は介護医療院に特化しているため、運営面では非常にシンプルであると感じています。他の医療病棟を併設している病院では、診療報酬や病床機能ごとの収支計算など複雑な要素を考慮する必要があります。しかし、介護医療院のみであれば、

基本的には要介護度と稼働率を把握していれば運営の見通しが立ちやすい。極端に言えば、高度な専門知識がなくても経営判断が可能な部分が多く、シンプルな形でのマネジメントが実現できています。

○鈴木：確かに、ベッドの稼働を安定させることがそのまま経営の安定につながるわけですね。シンプルで分かりやすいという点は大きなメリットですし、効率的な運営が可能になるということです。介護医療院という仕組みの良さがそこに表れているように思います。

○猿原：医療保険の他病棟を併設している介護医療院の場合、入所者の病状が悪化すると、医療療養病床や地域包括ケア病棟へと移っていくケースが多いと思います。しかし、介護医療院のみであれば、そのまま同じ施設で療養を続けることになります。当院だけではなく、おそらく介護医療院の入所者はほとんどが認知症の方です。認知症の方は環境の変化にとっても敏感です。病棟が移ることで不穏になることをよく経験します。一方、独立型介護医療院では、病状が変化しても同じ環境で同じスタッフが治療、ケアにあたりますので、認知症周辺症状が悪化することなく、比較的穏やかに過ごされるように思えます。

同じスタッフが継続してケアを行い、同じ環境で療養生活を送ることができる点は、介護医療院の大きな強みであり、入所者にとっても安心感につながっていると考えています。

■ 要介護度のギャップという課題

○鈴木：猿原先生の介護医療院では、医療的ケアを必要とする方々を積極的に受け入れておられると伺っています。そのため看取りの症例も多く、医療と介護を一体的に提供し、一つの施設で完結できる体制を実現されている点は特筆すべきです。全国的に見ても、こうした取り組みを継続的に行っている介護医療院はまだ多くはなく、理想的なモデルとして今後ますます注目を集めるのではないかと思います。

○猿原：ありがとうございます。しかしながら、要介護度のギャップといった課題も存在します。近年

では、終末期でありながら要介護度が低い状態で急性期病院や在宅から直接入所される方が増えていきます。その結果、要介護度の変更申請が間に合わず、認定調査員が来る前に亡くられるケースも少なくありません。私は介護保険制度をフェアで優れた仕組みだと評価していますが、制度運用上のこうした矛盾は改善の余地があると感じています。

また、「終末期には不要な医療を控えるべきだ」という考え方も一部にあります。実際には苦痛を和らげるための緩和ケアや、発熱や脱水への対応、点滴の実施、ご家族への説明など、医療的介入がどうしても必要となります。介護医療院はまさにその役割を担う場であり、医療と介護の両面から最期まで支える体制を整えることが求められていると考えています。

○鈴木：終末期における医療的ケアは、不要か否かの議論ではなく、患者の尊厳と生活の質を守るために必要な支援として提供されるべきです。しかし現行制度では、要介護度に基づく報酬体系のために、実際の医療的・介護的負担と評価が必ずしも一致していません。現場が適切に機能するためには、制度的な改善が不可欠だと感じます。これは今後の介護保険制度の持続可能性を考える上でも重要な課題です。

○猿原：医療・介護双方で多大な労力をかけているにもかかわらず、要介護度が低いままでは十分な報酬を得られない現状には大きな疑問があります。今後の制度改正において、こうした実態が適切に評価される仕組みが導入されることを強く期待しています。

○鈴木：まさに介護保険制度の弱点がそこに表れています。公平性を基盤とした制度ではあるものの、現場の実態に即した柔軟な見直しが必要であれば、制度疲労を招きかねません。高齢化が加速する日本において、制度の持続性と現場の負担軽減を両立させるための改革が急務であると考えます。

■ 療養病床と介護医療院の機能分化

○鈴木：猿原先生はお父上の代から慢性期医療に深く関わってこられました。現在の慢性期医療、そし

て今後の慢性期医療の課題について、介護医療院を含め、どのように考えておられますか。今後10年を見据えたとき、慢性期医療はどのように変化していくとお考えでしょうか。

○猿原：慢性期医療の病床は近年大幅に減少し、約6万床ほどが削減されたといわれています。これらがどの程度、介護医療院へ移行したのか、正確なところはまだ見えにくい部分もあります。ただし、利用者を十分に確保できない、あるいは人材不足に直面している病院や介護施設は、今後淘汰が進む可能性が高いでしょう。

その中で介護医療院は、介護と医療を両立できる点で理想的な形態だと考えています。財政的にも医療費が逼迫する中、介護医療院が担う水準の医療が、要介護度の高い方々にとって現実的かつ理想的な受け皿になり得るのではないのでしょうか。

将来的には、医療療養病床は役割がさらに限定され、神経難病や透析、人工呼吸器管理が必要な患者など、集中的かつ高度な医療を必要とするケースを支える場として機能していくのだろーと思ひます。一方で、終末期医療やターミナルケアは介護医療院が主体となって担ひ、その機能分化が明確になっていくと予測しています。

○鈴木：確かに、ターミナル期においては必ずしも高度な医療処置が求められるわけではなく、むしろ苦痛を和らげ、生活の質を保つケアが中心となります。その意味で、介護医療院が果たす役割はますます重要になり、医療療養病床と明確に区別される方向性は不可避でしょう。今後は各施設がその特性を發揮し、地域における役割をどう明確に位置づけていくかが問われる時代になると思ひます。

○猿原：そうですね。医療療養病床で高度医療を必要とする患者への対応が十分にできない施設は、経営的にも存続が難しくなるでしょう。介護医療院と医療療養病床のすみ分けが進む中で、それぞれが専門性を發揮しつつ持続可能な形を模索していく必要があります。

○鈴木：猿原先生はまだ若く、今後も新しい挑戦を積極的に重ねていかれると思ひます。私自身、日本介護医療院協会の会長として、湖東病院の取り組み

に引き続き注目し、慢性期医療の未来を共に切り拓いていきたいと考えています。

■ 地域のニーズを考え、工夫して乗り越える

○鈴木：今後、個人として新たに挑戦してみたいことがあればお聞かせください。仕事一辺倒では心身の負担も大きくなりますので、趣味やプライベートの面も含めてお話いただければと思ひます。

○猿原：まずは仕事の話ですが、医療面で外来診療のさらなる拡充と訪問診療の本格的な再開に取り組みたいと考えています。すでに一部は開始していますが、まだ十分な体制とは言えませんが、地域のニーズに応えるためにも、外来・訪問診療の両面を強化し、より充実した形で提供できるよう挑戦したいと思ひています。

プライベートというか、生活面ですが、アルコールの摂取量を減らすことが目下の課題です。決して詳しくはありませんが、10年ほど前からワインが好きになり、ついつい買ってしまう。自宅で一人飲みしながら、全く頭には入りませんがニュースや映画を見たり、新聞を見ることが大好きです。ですが、いまやアルコールは健康リスクと位置付けられていますので、少しでも減らそうと休肝日を週2日以上設け、スマートフォンのアプリで管理しながら取り組んでいます。

また、こちらは真面目な話ですが、子どもが来年大学受験を控えていることもあり、自分自身も英語を改めて学び直したいと考えています。大学時代には留学を希望して英会話スクールに通っていた経験があるのですが、医師としてのキャリアを歩む中で英語学習からは遠ざかっていました。鈴木先生はNIHに留学されたご経験をお持ちですが、そのような国際的な視野を私ももう一度取り戻したいと考えています。医療の現場においても国際的な情報収集や交流は欠かせませんので、改めて英語を学ぶことは自分自身の成長にもつながると思ひています。

○鈴木：非常に具体的で意欲的な目標をお持ちですね。アルコールのコントロールについては、最近のアプリは非常に進化しており、飲酒量や休肝日の管

理だけでなく、健康データと連動して体調変化を可視化する機能もあります。こうしたツールを活用すれば、無理なく生活習慣を改善できるでしょう。また、英語学習に関しても、オンライン教材やAIを活用した学習支援が整っており、隙間時間でも効率的に取り組むことが可能です。地域医療に貢献しつつ、自身の健康や学び直しにも取り組まれている姿勢は、経営者としても臨床医としても非常に素晴らしいと感じます。

それでは最後に、猿原先生ご自身も若手経営者でいらっしゃると思いますが、日本の慢性期医療に携わる次世代の仲間たちに向けて、ぜひメッセージをお願いいたします。

○猿原：慢性期医療は、地域にとって不可欠な社会インフラであると確信しています。日本慢性期医療協会の諸先生方も常に強調されていますが、慢性期医療に活力がなければ、日本全体の医療体制の安定は到底望めません。現在は人材不足、財源不足という二重の困難に直面し、極めて厳しい時代を迎えています。しかし、こうした状況だからこそ、各地域の実情やニーズを冷静に見極め、柔軟に工夫を凝らして対応していくことが重要です。

慢性期医療は単なる受け皿ではなく、地域包括ケ

アシステムの根幹を支える存在です。看取りや慢性疾患管理といった役割を着実に果たすことが、国民の安心につながります。若手世代の私たちが創意工夫をもって課題に取り組み、地域に信頼される存在であり続けることが、慢性期医療の未来を切り拓く力になると信じています。ともに連携しながら、この困難を乗り越えていきましょう。

○鈴木：「工夫して乗り越える」という力強いお言葉は、次世代を担う若手への大きなエールになると思います。本日は貴重なお話をありがとうございました。



対談を終えて （左）鈴木龍太氏、（右）猿原大和氏



アロマセラピートリートメントによる心理的作用・ 薬理作用・タッチング効果の検証 ～アロマセラピーケアの導入とその後の取り組み～

医療法人財団 立川中央病院（東京都立川市）

病棟看護師 堀田真紀（AEAJ アロマセラピスト資格保有）、米倉美枝子

理事長・院長 木村政人 看護部長 伊東恵美子

1. はじめに

アロマセラピーとは花や葉、果実などの植物から抽出された香りの成分である「精油」を使用した自然療法である。精油には薬理作用があり、気持ちや呼吸を穏やかにし、不眠をやわらげるものもある。香り成分が鼻や肺、皮膚から吸収され（図1）、これらの経路を通じて心身に様々な影響を与えと考えられている（図2）。当医療療養病棟は長期間入院されている高齢者が多く、在宅への移行や施設退院

を目標にリハビリが行われている。また、人生の最期を穏やかに過ごされ、看取る機会もあり、患者・家族に寄り添った看護がとても大切になる。今回、慢性症状を抱えた症例に対し、アロマセラピーで最も効果が高いとされるトリートメントによるタッチングケアを行い、症状や心理的变化について、どのような効果がみられるかを検証し、得られた結果について報告する。

2. 当院の概要（写真1・2）

当院は東京都の多摩地域の中心部分にある。丈の高い樹木が林立し、野鳥が多く集まる諏訪ノ森公園から道路一つ隔てた東側に位置する。2025年に創立80周年を迎え、地域包括医療病棟79床、療養病棟36床のケアミックス型病院を展開。地域住民が住み慣れた場所で安心して生活できるよう医療・介護・福祉の連携を強化し、シームレスな支援提供を目指している。看護部方針は、患者・ご家族の目線にたち、思いに寄り添い、心のこもった温かいケアが提供できることを目標とし、実践している。

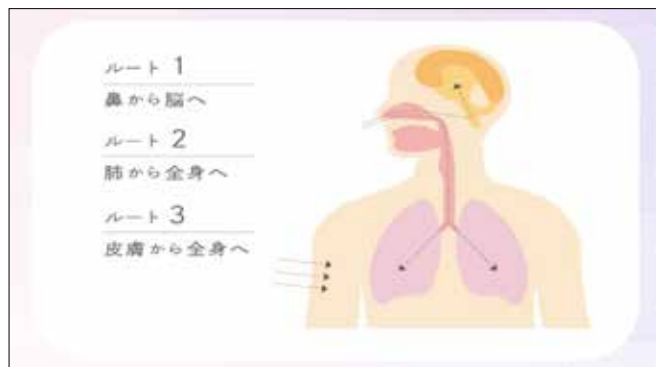


図1 香りが吸収される3つのルートについて
（※ aromicstyle.com より転載）

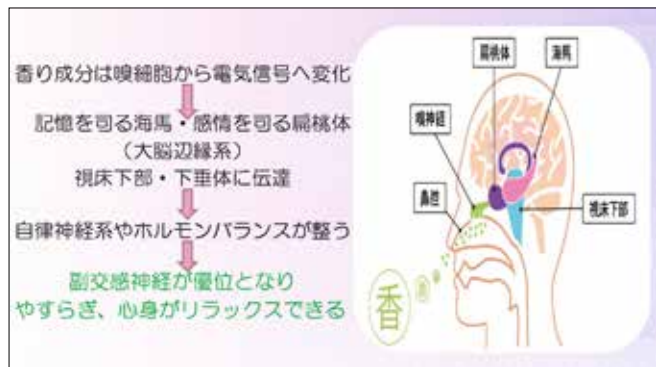


図2 香りでリラックスできるメカニズムについて
（※ aromicstyle.com より転載）



写真1 立川中央病院の外観



写真2 共に働く病棟スタッフの仲間たち

3. 看護研究の取り組み

＜対象者＞

主治医の許可が得られ、患者・家族が看護ケアにアロマセラピーを希望された7名。

＜期間＞

2023年7月4日～2024年9月20日

＜方法＞

①好きな香りを選び、上肢もしくは下肢の20分間のアロマセラピートリートメントケアを実施。

＊エフルラージュ（手のひらを密着させ、軽くなでさする。）

＊ホールディング（上肢もしくは下肢を、やさしく両手で包む。）

②材料

＊精油：ラベンダー、オレンジ（PRANAROM社：成分含有率分析表のあるもの）

＊植物油：ホホバオイル（nealsyard：オーガニック製品）

＊AEAJ 公益社団法人日本アロマ環境協会の推奨する1%濃度に希釈し、使用する。

＊パッチテストを実施、精油・植物油に対する即時型アレルギーがないことを確認する。

＜データ収集＞

①自律神経系活動（体温・脈拍・血圧測定）

②心理学的評価（フェイスケール、聞き取り調査）

＜倫理的配慮＞

本研究について、趣旨・方法などについて十分に説明し、同意を得た。また個人が特定されないよう、十分に配慮した。

＜患者紹介＞

7名の患者紹介を図3に示す

	A氏 90歳代 女性	B氏 90歳代 女性	C氏 80歳代 女性	D氏 70歳代 男性	E氏 80歳代 男性	F氏 80歳代 男性	G氏 80歳代 女性
病名	脳梗塞	脳梗塞	肺炎 リウマチ	前立腺がん	肺炎	ずい臓がん 手術後	胃癌がん
状況	軽度	軽度 冷感	不安 関節痛	下痢の痛み モルヒネ使用	呼吸器 機能	不安 不眠	疼痛 麻薬使用中
精油	オレンジ	オレンジ	ラベンダー	ラベンダー	ラベンダー	ラベンダー	ラベンダー
ケア 内容	トリートメント	手浴足浴 トリートメント	トリートメント	トリートメント	トリートメント	手浴 トリートメント	手浴 トリートメント
データ 収集	脈波測定 聞き取り	バイタルサイン 聞き取り	バイタルサイン フェイスケール 聞き取り	バイタルサイン フェイスケール 聞き取り	フェイスケール 聞き取り	フェイスケール 聞き取り	フェイスケール 聞き取り

図3

＜結果＞

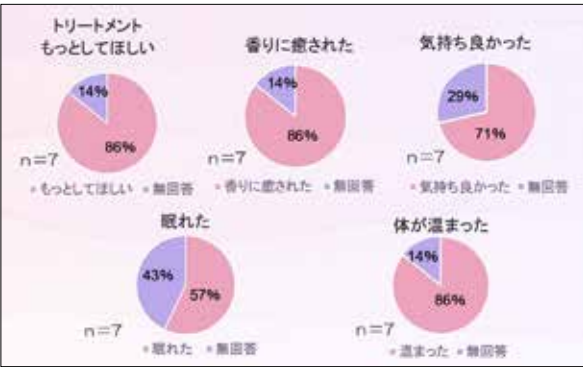


図4 聞き取り調査の結果

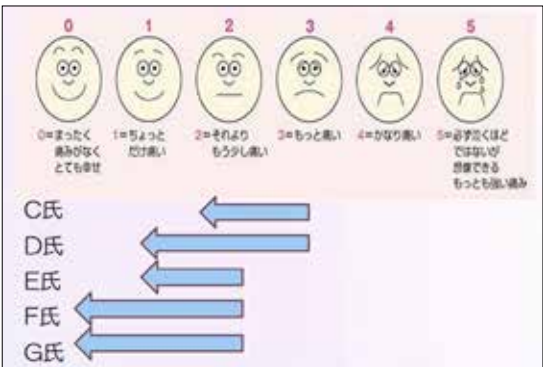


図5 フェイスケールの結果

- ①自律神経系活動：体温は若干の上昇あり。血圧・脈拍は大きな変動は見られなかった。
- ②心理学的評価：聞き取り調査は図4、フェイスケールの変化は図5に示す。聞き取り調査(図4)では、「気持ち良い」「香りに癒された」「もっとしてほしい」など半数以上に聞かれ、気持ちが否

定的に変化した症例はなかった。アロマセラピートリートメントケアが患者にとって有意な結果が得られた。

<事例紹介>

① A 氏のケアの実際（スライド 1・2）

息子さんと一緒に 5 回のケアを実施。オレンジ精油と保湿効果のあるホホバオイルの使用により、肌水分計測値の改善がみられた（スライド 1）。精油成分分析表（lot.BCSZ133）によるとオレンジにはリモネンが 95.92% と多く含まれる。柑橘系特有のリモネンは、人がリラックスした時に脳内に出現する α 波が発現することが知られている（スライド 2）。好きな香りを使用し、家族からの触れ合いで症状がやわらいだことは、家族の満足感につながり、介護意欲を高め、家族支援のひとつになったと考えられた。



スライド 1 肌水分計測値と家族からの感想



スライド 2 A 氏の様子とオレンジ精油について

② D 氏・F 氏・G 氏のケアの実際（スライド 3・4）

D 氏は、思い出話や家族・病気への思いを語る場面がみられた。香りと心地良いケアの触れ合いで、信頼関係が深まり、自分の思い・人生観を語るなど、



スライド 3 ラベンダー精油について



スライド 4 F 氏と G 氏からの感想

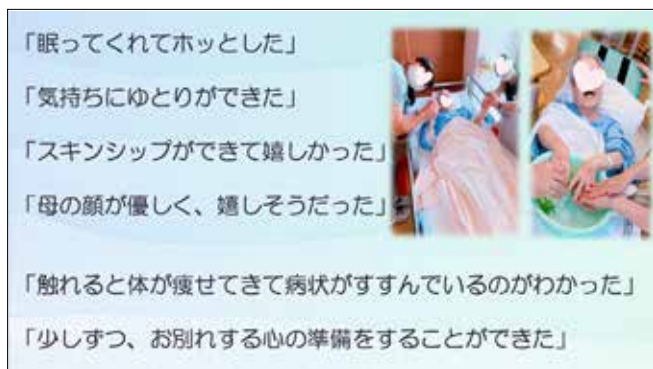
自己表出や自分への気づきが生じ、ありのままの気持ちを聞くことができた。人生観や抱えている思いを知ること、看護の方向性を知るきっかけを得ることができた。ラベンダー使用の症例は 5 例であったが、20 分後の全ての症例で、フェイススケール（図 5）で 1～3 段階の改善がみられ、入眠される症例も複数みられた。精油成分分析表（lot.BLAH150）ではリナロールと酢酸リナリルが多く含まれる。エステル類は鎮静、鎮痛、気持ちを落ち着かせるなどの効果があり、好きな香りと心地良いケアで症状がやわらいでいた可能性が考えられた。

③ 家族と一緒にいるケア（スライド 5・6）

7 症例中 6 症例では家族と一緒にケアを実施した。好きな香りに包まれ、患者が喜び、穏やかに入眠される、愛情や楽しさを分かち合うなどの体験は、家族間の結びつきを深めることができたと考えられる。また、衰弱していく様子・残された時間を感じとり、お別れの心の準備をするという効果がみられた。前述のうち、4 症例は家族と一緒にエンゼルケ

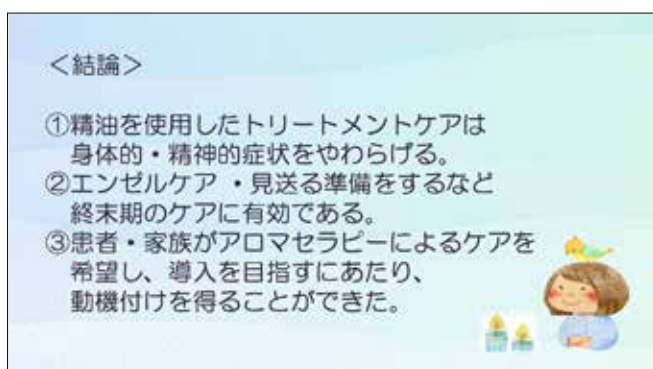


スライド5 F氏, G氏の感想



スライド6 家族からの感想

アを行った。香りを使用したオイルは保湿・においの対策にも有効であった。患者の穏やかな表情を思い、一緒にエンゼルケアをすることで、家族には安堵した表情がみられた。安らかなお別れの時間は、家族とスタッフの心のケアにもつながると言われており、グリーンケアにつながる可能性もあると考えられた。ケアをした私たちは患者・家族と共に心地良い体験を共有し、ケアすることに充実感を感じ、患者・家族とじっくりと向き合える貴重な時間を得ることができた。結論をスライド7に示す。



スライド7

4. 現在の取り組みについて

2025年2月より、スタッフ間で学習後（写真3）、アロマのケアを導入。オレンジ、ラベンダー、ローズ（写真4）などのオイルを使用。医師許可を得てから、ケアは看護指示や決まりごとにはせずに、患者・家族・スタッフ間で触れ合いを自由に楽しむという形を取り、ケアの様子を看護記録に残し、毎月の評価と報告を行っている。



写真3 スタッフ同士での学習会



写真4 病棟に設置しているオイル

＜スタッフからの感想＞

- ・認知症の患者さんにケアをしたら「気持ちが良いにおいがするね」と反応みられ、気持ちに良い変化をもたらすことができた。
- ・家族と一緒に心を込めてエンゼルケアを行うことができた。
- ・家族から感謝の言葉をいただけて嬉しかった。
- ・爪切りや検温のわずかな時間でも、香りを喜んでいただけた。

＜家族からの感想＞（写真5）

- ・部屋が良い香りになり、病室の雰囲気が明るくなった。
- ・良い香りですねと、周りの方に声をかけられて嬉しかった。
- ・はじめは、見ていただけの兄も、父の身体に触れてくれるようになり、家族みんなが嬉しい気持ちになり、素敵なスキンシップができた。
- ・入浴ができなかったのが、嬉しかった、気持ちも明るくなった。



写真5 患者様とご家族のふれあいの様子



写真7 野の花ガーデン

5. 今後の展望

日々の業務の中で、じっくりとアロマケアの時間を作ることは難しく、今後の課題であるが、患者・ご家族の肯定的な反応は、スタッフのやりがいと日々のケアにつながられていると考える。つらさや不安の緩和、信頼関係構築、リラクゼーション、心の安定や自己表出など、QOL 向上に貢献できる可能性があり、ケアの方法になり得ると考える。また、2025 年7月にはスタッフの努力が実を結び、病棟のバルコニーに“野の花ガーデン”（写真6・7）



写真6 お花や野菜を大切に育てている様子

を作ることができた。今後も、アロマのケアと園芸療法を大切に育み、その人らしい生き方や思いに深く寄り添い、より良い看護を紡いでいきたい。

【参考文献】

- 1) アロマセラピー 標準テキスト第二版, 日本アロマセラピー学会, 2022, 丸善出版
- 2) アロマセラピーの導入～チーム医療の現場で起こる「困った」に対応するために～, 佐藤玲子, がん看護1・2・2020 Vol.25 No.1, P68～72
- 3) ケモタイプ精油小辞典, Ver.3, 2022, NARD JAPAN

【電子文献】

- 1) AEAJ 日本アロマ環境協会, <http://www.aromakankyo.or.jp>
- 2) アロミックスタイル, <http://aromicstyle.com>

「できない」を「できる」に変える介護医療院の挑戦： 希望に寄り添う生活支援の実践

医療法人名南会 介護医療院名南ふれあい病院（愛知県名古屋市）

リハビリテーション課主任 言語聴覚士 田宮浩司

1. 背景と目的

介護医療院とは長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ要介護高齢者を対象として、「日常的な医学管理」や「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とされている（介護医療院公式サイトより）。

当施設である介護医療院名南ふれあい病院は2018年8月、介護療養型病床から転換し、名古屋市で最も早く介護医療院としての運営を開始した。経管栄養を必要とする方や、重度の認知症・脳血管障害の後遺症により寝たきりとなった方など、医療依存度の高い利用者の受け入れが多く、現在の平均要介護度は4.4と高い。医療と介護の両側面からの包括的な支援を必要とする方が多く入所しているのが現状であり、近年では、在宅や他施設で療養中に骨折や体調急変で入院し、その後に従前の生活へ戻ることが困難となった方や、複数の医療機関を経由して当施設へ辿り着くケースも増加している。加えて、長期入所を経て高齢化が進み、看取り期を迎える利用者も少なくないなど、背景や状態像の多様化が進んでいる。

前身の介護療養型病床は介護保険施設でありながらも、職員の間では「病院」という意識が強く、安全性を最優先とするケアが多く見られた。しかし、介護医療院への転換から7年が経過した現在、「生活を支援する場」としての意識が職員の間徐々に浸透しつつある。これに伴い、これまで「無理ではないか」と判断されていたことに対しても、入所者や家族の「やりたいこと」を尊重し、可能性を探りながら支援する姿勢が広がり、結果につながるケースも増えてきている。

例えば、前院では「飲み込みができない」と判断され看取り入所された方が、しっかり3食を口から食べられるようになったケースや、立ち上がりに介助が必要な方でも本人の強い希望を尊重しトイレでの排泄を練習したケース。身寄りがなく独居生活は困難とされていた方が、ご本人の強い希望で新しい住まいを探し、自宅退所を叶えたケース。さらには、100歳を迎えられた方の「最期は家で看取りたい」というご家族の願いを支援し、自宅での看取りを実現したケースなど、多くの可能性を広げている。

本稿では、介護医療院という制度の枠組みにおいて、医療的関わりを持ちつつも生活の質を高め、入所者の希望を最大限に尊重・実現することを目指した当施設の取り組みを報告する。

2. 施設の特性と機能

医療法人名南会は、名古屋市南部を中心に展開する医療法人である。周辺には急性期病院や回復期リハビリテーション病棟、介護老人保健施設、通所サービス、訪問サービスなどが多く立地し、医療・介護資源が比較的充実した地域に位置している。

当法人では「優しく『ふれあい』、楽しく『かたらい』、強い『きずな』で結ばれた医療・介護ネットワークの未来を、患者さん・利用者さん・地域の



写真1 介護医療院の理念



写真2 病院外観

みなさんと共に描いていきます。」というモットーのもと、病院・施設・在宅をつなぐ多様な機能を展開している。

その中でも当施設は医療と介護の両面から支援を行う介護医療院として機能。経管栄養・喀痰吸引などの医療的処置が必要な方の受け入れ、人生の最終段階においても、その人らしい看取りが実現

できるよう、多職種が連携した支援体制を構築。また、長期入所中でも家族や地域とのつながりを大切にし、生活の質を高める工夫にも取り組んでいる。

リハビリテーション体制としては、理学療法士1名、作業療法士1名、言語聴覚士2名を常勤で配置し、「寝たきりにさせない」「もう一度口から食べる楽しみを持つ」ことを目標に、入所者一人ひとりの最大限の力を引き出し、生活に結びつく個別性の高い支援を実践し、利用者ひとりひとりが安心して過ごせるよう、必要な体制と設備を整えている。

医療法人名南会			
病院・診療所	名南病院 名南ふれあい病院 名南診療所 中川診療所		
介護関連施設	名南介護老人保健施設 かたらいの里	介護医療院 名南ふれあい病院	住宅型有料老人ホーム ひなた
居宅介護支援事業所	名南病院 名南ふれあい病院 名南診療所 中川診療所		
訪問看護	名南訪問看護ステーションさすな		
訪問介護	名南ヘルパーステーションさすな ヘルパーステーションひなた		
訪問リハビリ	名南病院 名南ふれあい病院		
デイケア(通所リハ)	名南介護老人保健施設 かたらいの里	名南診療所	中川診療所
デイサービス(通所介護)	デイサービス庵		
保育施設	そらっこ病児保育室 まめっこ保育園 つちっこ保育所		

図1 名南会事業所一覧

【事例紹介】

ケース① 「好きなコーラなら飲むかもしれない」

■ 基本情報

80代男性

既往歴：脳梗塞後遺症（X－5年） ADL：全介助
認知機能：CBA 16/30点（重度）

※ CBA: Cognitive-related Behavioral Assessment (認知関連行動アセスメント)

認知機能を6つの分野（意識、感情、注意、記憶、判断、病識）に分けて評価する簡便な評価方法。各5点満点で最大30点。合計点で総合的な重症度を判定。

■ 入所時の状況

妻と自宅で生活しながら通所リハビリを継続していたがX年6月に脱水で入院。その後の再入院や感染症を契機にADL全介助となり寝たきり状態へ移行。経口摂取が安定せず、栄養補助食品と水分摂取（トロミ付き）のみで点滴併用。在宅復帰は困難と判断され、X年9月に当介護医療院へ入所。

■ 経過

入所後も経口摂取は安定せず、栄養補助食品による対応が続いた。入所1ヶ月でも摂取は不安定な状態であったが、義歯がしっかり合っていること、痰がないこと、嚥下評価では条件を設定すればしっかりと食べる／飲むことができる機能はあることを確認。ゼリーやペーストが今まで提供されていたが、見た目の良いご飯を提供したらどうかとST対応の元でおにぎりでの試食を実施。それまで介助してもほとんど食べられなかったが自分でおにぎりを持って食べる様子がみられた。しかし、水分摂取は変わらず進まず末梢点滴も血管が細くいつできなくなるかという不安が強く、脱水リスクは高いまま変わらず。元々パンとコーラを好んで摂取されていたというご家族の情報および、本人の「飲みたい（食べたい）」という意思を尊重。誤嚥・窒息リスクを考慮し、ST対応のもとでパンとコーラでの摂取を開始。かなりパサつく様子はあったものの、本人は自然と水分（コーラ）と一緒に摂取され食べ方や飲み込み方の工夫も見られた。介護・看護職員も同様に付きっきりで支援を行い、慣れてくるとパンを右手に、コー

ラを左手に持ち安定して食べ続けることができた。義歯が安定し咀嚼もしっかりと可能で誤嚥の心配はほとんどなく過ごすことができていたが、1ヶ月経過した時点で再び摂取量が減少し、好きだったものも食べられなくなり看取り対応へ移行。その後は穏やかに経過し逝去された。

■ 支援できたこと

- ①誤嚥・窒息のリスクはありつつも本人の食べやすいもの（飲みたいもの）を探れたこと
- ②多職種連携により継続して対応できたこと

■ 振り返り

食事摂取が不安定な方に対し「誤嚥しないこと」だけにとらわれず、本人が「食べやすい・飲みやすい」と感じるものを大切にしながら、多職種で柔軟に対応を検討・実施できた。STによるタイムリーな嚥下評価・訓練や、医師・看護師の充実した配置により、誤嚥や窒息といったリスクに対しても即応可能な体制が整っていた。また、日常的に介護・看護職が連携して生活支援に当たっていることで、より安全な介助方法が現場に浸透し日常的に経口摂取の機会を確保することができた。

こうした環境のもと、嗜好やモチベーションを尊重した支援が可能となり、「飲みたい」という本人の思いに寄り添いながら、リスク管理を行った上で提供することができた。これは、医療と生活支援が融合する介護医療院ならではの支援のあり方といえる。

結果的に看取りとなったが、最期まで「自分で食べる」「自分で飲む」ことを支援できたことで、ご本人らしい時間をつくることができた。

ケース② 「学校へ連れて行ってあげたい」

70代男性

既往歴：脳梗塞後遺症（40歳代） ADL：全介助
認知機能：CBA 13/30点（最重度）

■ 入所時の状況

40代の時に発症した脳梗塞で教師を退職。奥様と自宅生活をされてきたが限界を感じ60代の時に前身施設である介護療養型病床へ入所。その後一旦転院されるが、介護医療院に転換した後に再入所される。

意識は清明。構音障害あり発声はできず、OK サ

インや手を振るなどでYES/NOを表出。選択肢に対し指差しでご自身の意思を表出は可能。ADLは全介助、栄養方法は胃瘻からの経管栄養。終日ベッド上で過ごし、リハビリの時および奥様来所時に離床。

■ 経過

入所から6年、時折体調は崩すが転院することなく入所生活を継続。奥様は毎週面会に来るなどまめな対応をされていた。その中で、「今のうちにできることはしてあげたい」とのことから教師をしていた時の学校（小・中）への外出を希望される。

当初はリスク面を考慮し「難しいのでは」との意見もあったが、多職種で検討し実現に向けた支援を考えていくことになった。訪問先である学校は快く応じて頂けたが、課題として外出に耐えられるだけの体力がまだないこと、姿勢不良があり移動中に姿



写真3 外出写真①（※写真はご本人の了承を得て掲載）



写真4 外出写真②（※写真はご本人の了承を得て掲載）

外出支援の流れ			
目標 安全・安楽に外出支援を遂行できるようにする			
	項目	内容	注意点
外出前	1 外出目的を確認	本人・家族から聴取	
	2 担当者カンファレンス	各職種の視点で課題と解決策を検討	
	3 企画書の作成	5W1Hがわかるように記入	出発～帰設までの時間は余裕を持って確保 費用が発生する場合は相談 急変時の対応を確認 企画書は担当間で確認し合う
	4 日程調整	タクシーの手配 必要物品の確認	
	5 外出届けの作成		
外出当日	6 バイタルチェック	受けもと看護師に確認	
	7 外出	介護士が家族と付き添い外出同行	
	8 報告書作成		

図2 外出支援の手順書

勢が崩れた際に奥様で修正できるのかなど、一つ一つ解決を図る必要性を確認。具体的な内容として、週に1回は病棟で、2回はリハビリで離床機会を設けて病棟と協働して体力作りを進める。同時に外出計画も具体化し、初回はもしもの時を考えて吸引器付きの介護タクシーを利用。姿勢修正方法や吸引手順などの手技も奥様に指導し外出を実施。短い時間ではあったが特に問題なく学校を回ることができ安全に外出をすることができた。

■ 支援できたこと

- ①外出希望を受け、カンファレンスを複数回実施し、リスクをふまえた段階的な支援計画を立案
- ②良い姿勢で過ごせるようにポジショニング表を作成し、病棟全体で連携して週3回の離床時間を設定
- ③他の方にも応用できるように外出支援の手順書を作成

■ 振り返り

当施設は経管栄養で寝たきりの方、医学的管理を必要とする方が多く入所する施設であり、これまで外出や離床に対して「何かあったらどうするのか」「誰が付き添うのか」といった不安の声が多く、実際に動き出すことは困難だった。しかし介護医療院＝施設という“生活の場”としての意識が根つき始めたことで、「動ける今のうちに希望を叶えたい」「本当に難しいのか」と考える空気が生まれ、今回のような外出支援が実現した。

奥様からの外出希望をきっかけに、病棟・リハビリ・多職種が連携し、離床支援を日常的に行える体

制を整えることができた。リハビリでは継続的に離床時間を確保していたこともあり、それが外出の土台となった。心配された吸痰も必要なく、安全に外出を終えることができた。

3. 課題と展望

先に示したケースのように、「本人の意向を第一に考えるべき」とする本人の希望に寄り添う支援が定着しつつある一方で、「安全を最優先すべき」という意見もあり、職員の考え方には幅がある。「安全と希望の両立」、リスク管理と希望の尊重のバランスをいかに取るかについては、今後も継続的な議論が必要である。

また、「食べること＝STにすべて任せる」「看取り＝看護職が中心」といった特定職種への依存的な考え方ではなく、多職種がそれぞれの専門性を生かし、日常的なケアに反映させるチームアプローチをより一層強化していくことが不可欠である。

しかしながら、これまでは難しいとされてきた支援が、介護医療院という枠組みの中で「できること」へと変わってきている実感がある。今後は家族からの希望を待つだけでなく、職員側からも“生活を豊かにする支援”として、外出や活動の提案を積極的に行えるような体制づくりが求められる。今後も職員間の対話を重ね、利用者や家族と真摯に向き合う姿勢を大切にしながら、リスクを恐れるだけでなく希望の可能性を探る温かい介護医療院を目指していきたい。



ご存じですか？ 経腸栄養分野の小口径コネクタ製品の切替え通知は破棄されました！ 胃瘻における新旧コネクタの選択の注意点について

医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院（大阪府箕面市）

副院長 合田文則

1. 経緯

患者サイドの強い要望により令和4年5月20日経腸栄養分野切替え通知は破棄され、平成12年8月31日の誤接続防止目的で策定された888通知の旧規格の併用が認められ、胃内の減圧や胃内容の確認、前吸引が可能になりミキサー食や半固形注入が必要な病態や脱着時の捻じり動作が必要な患者さんには大きな福音となった。

現状における「新規格・旧規格の適正使用」をテーマに、胃瘻（PEG）管理における経腸栄養コネクタの規格選択とその臨床的影響について解説する。

2. 胃瘻とは

胃瘻の特徴として「太く短く確実に胃内に栄養や薬剤を注入でき、必要時には内容物を排出できること」が基本とされる。半固形栄養剤を短時間で注入する「半固形短時間摂取法」は、逆流防止や液体栄養剤症候群の回避に有効であり、そのためには粘度（2万 mPa・s 以上）、量（400～600ml）、注入時間（5～15分）が重要とされる。しかし、新規格コネクタは半固形やミキサー食の注入が困難になることやドレナージができないことが指摘される。

3. 新規格 ISO80369-3 とは？

2016年企業の営利団体により策定されたが、誤接続「misconnect」防止よりも「disconnect（外れにくさ）」を重視した規格の1つであり、胃瘻用に最適化されたものではない。一方、日本の888基準は2000年に誤接続事故防止を目的に導入された規格で、以後24年間にわたり誤接続事故報告がない。

4. 経腸栄養分野の小口径コネクタ製品の切替え通知は破棄されたか？

3つの神話（国際化の遅れ、医療安全性、利便性）に基づいて切替えの通知が行われたが、導入に際し不都合な事実が判明した。

- 1) 国際化の遅れ ⇒ 欧米では規格の1つとしての導入であり旧規格も普通に使われており、日本だけが旧規格の切替通知により入手が困難になっている。むしろ日本の888規格は安全性が高く「Anti-IV コネクタ」として評価される。
- 2) 医療安全性 ⇒ 新規格の誤接続は導入直後から報告され、誤接続を完全に防げないことは明白である。気管切開カテーテル等と嵌合するため致命的な誤注入のリスクがある。FDAも「誤接続防止を担保しない」と警告している。加えて、新規格はドレナージ（胃内容物吸引）が不可能で、嘔吐時に誤嚥や死亡につながる例も報告される。これに対し、旧規格888では事故報告はない。
- 3) 利便性 ⇒ 新規格は接続部の内径が細いため、注入時に大きな力を要し、特に握力の低い患者や介護者では半固形栄養剤の注入が困難となる。臨床試験でも、握力20kg未満では注入困難、30kg以上でなければ問題なく注入できないとされる。また、ミキサー食では詰まりが生じやすく、洗浄作業も煩雑化する。結果として、患者が液体栄養に切り替えざるを得ず、「液体栄養剤症候群」やTPN（中心静脈栄養）への依存が増えるリスクがある。

5. 胃瘻における新旧コネクタの選択は？

新規格の使用においては以下の点を医療者や利用者に十分に周知する必要がある。

＜新規格のメリット＞

- ・外れにくい

＜新規格のデメリット＞

- ・誤接続を完全に防げない

- ・ドレナージは禁忌

- ・注入に強い力を要し、半固形食の使用が制限される

つまり、患者の状態や環境に応じた選択が必要で吸引頻回例、半固形食使用例、操作困難例では旧規格の使用が推奨されている。

最後に、正しい知識の周知と適正使用が医療安全の鍵であり、日本在宅医療連合学会は「賢い使いわけマニュアル」を公開している。厚労省も指摘しているように現状のコネクタは開発途上であるため、今後、臨床現場における安全性や問題点を解決する夢のあるコネクタの提言を期待したい。

【参考資料】

- 1) 新規格・旧規格経腸栄養製品の賢い使いわけマニュアル：重症心身障害学会ホームページ，<http://www.js-smid.org/>
- 2) 厚生労働省：経腸栄養分野の小口径コネクタ製品の切替えに係る方針の一部見直し及び旧規格に適合した経腸栄養分野の小口径コネクタ製品を製造販売する場合の取扱いに関するQ&Aについて，PMDAホームページ，2023年10月10日，<https://www.pmda.go.jp/files/000264827.pdf>
- 3) 厚生労働省：経腸栄養分野の小口径コネクタ製品の切替えに係る方針の一部見直しについて，PMDAホームページ，2022年5月20日，<https://www.pmda.go.jp/files/000246468.pdf>
- 4) 厚生労働省：「医療事故を防止するための医療用具に関する基準の制定等について（注射筒型手動式医薬品注入器基準等）」（医薬発第888号），PMDAホームページ，2000年8月31日，<https://www.pmda.go.jp/files/000145579.pdf>

通所リハビリテーション利用者における公認心理師による「心理プログラム」の効果

IMS グループ 医療法人財団明理会

1) 西仙台病院 (宮城県仙台市)

2) 介護老人保健施設 仙台青葉ロイヤルケアセンター (宮城県仙台市)

3) 介護老人保健施設 丸森ロイヤルケアセンター (宮城県伊具郡丸森町)

4) 介護老人保健施設 仙台ロイヤルケアセンター (宮城県仙台市)

臨床心理室 臨床心理士 渡辺正美¹⁾, 後藤貴浩¹⁾, 堀越歩¹⁾, 阿部祐也¹⁾

通所リハビリテーション 介護士 佐藤梓¹⁾

通所リハビリテーション 介護士 堀込順子²⁾

通所リハビリテーション 介護士 平井貴文³⁾

相談室 相談員 宗像紗紀子⁴⁾

【和文抄録】

本研究は、4か所の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）にて、公認心理師による専門的なレクリエーション活動（以下、心理プログラム）を提供し、通所リハ利用者にどのような効果をもたらすのかを明らかにすることを目的として実施した。研究Ⅰは、参加者の心理状態に焦点を当て、心理プログラムの前後で参加者の気分状態にどのような変化があるのかを検証した。研究Ⅱは、参加者の通所リハ利用行動に焦点を当て、心理プログラム実施日とそれ以外の日との追加利用者数を比較した。結果、研究Ⅰでは心理プログラム参加後に「楽しい」「穏やか」な気分の利用者が増えており、心理プログラムによる気分面への効果が明らかとなった。研究Ⅱでは、全体では有意差は認めなかったが、一部施設において心理プログラム実施日に追加利用者が有意に増加した。公認心理師も地域介護サービスの支援の輪に加わり、更なる多職種協働を実現していくべきと考えられる。

【Key words】

通所リハビリテーション, 公認心理師, レクリエーション, 心理状態, 追加利用者

【はじめに】

介護施設におけるレクリエーションは、利用者の生活満足度に影響するとされ¹⁾、通所サービス等での積極的な提供が望まれる。一方で、実際にレクリエーションを実施する現場では、施設配置基準や勤務形態による職員の不足、あるいは職員のレクリエーション知識の不足といった課題がある²⁾。積極的なレクリエーションの提供が求められる反面、その実施については現場のスタッフの力量に任されている現状がある。以上のような課題を解決するため、現場の負担感を抑えつつも、利用者の健康増進・生

活満足度を向上させるようなレクリエーションプログラムの開発が望まれている。

当院臨床心理室では、院内併設の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）における集団レクリエーションを平成28年度より継続して実施してきた。令和4年度からは同じIMSグループ東北ブロック内の複数の老健施設における通所リハと協働し、より専門性を高めたレクリエーション（以下、心理プログラム）を提供してきた。このプログラムについて、参加者からは肯定的な感想をもらうことが多いが、可視化された量的指標等を用いて効果を検討したことはなかった。そこで本研究では、心理プロ

グラムが通所リハ利用者にどのような効果をもたらすのかを明らかにすることを目的に、2つの研究を行った。まず研究Ⅰとして、参加者の心理状態に焦点を当て、心理プログラムの前後で参加者の気分状態にどのような変化があるのかを検証した。研究Ⅱでは、活動意欲等の行動的側面に焦点を当て、その指標として「追加利用者数（契約された予定日とは別に、追加で利用となった参加者の人数）」を用い、心理プログラム実施日とそれ以外の日の追加利用者数を比較し、効果を検証した。

【心理プログラムの内容】

当院臨床心理室所属の公認心理師を毎月1回、60分程度、各施設の通所リハに派遣し、心理プログラムを提供している。派遣される職員は1名ないし2名で、派遣先の通所リハ職員と協働してプログラムを実施している。

内容は2種に大別され、主に気分やストレスといった気分状態を扱う「こころの教室」、そして主に認知機能低下予防のための活動を行う「あたまの教室」を月ごと

に交互に実施している(図1)。「こころの教室」では、認知症患者の不安³⁾や高齢者のうつ⁴⁾に有効性が示されている呼吸法や漸進的筋弛緩法といったリラクゼーション技法を練習してもらった。プログラム内では同技法を「ゆるふわ体操」と呼称し、平易な言葉で説明した上で、職員と共に演習するという内容だった。その他、ストレスの心理学的機序(ストレスラーとストレス反応の違い、高齢者に多いストレス反応など)を学ぶ座学や昔の写真を使ったクイズ形式の回想法等を行っている。また「あたまの教室」では、答えが数字になっているクイズに答えて



図1 心理プログラムの概要

もらい、ビンゴを目指す「クイズでビンゴ」といったものや、コロナ禍で外出できなかった分、クイズの中で楽しんでもらえるよう「日本一周脳トレの旅」と題して、日本各地の難読地名や県名などを観光地の画像と共に行う等、工夫した脳トレプログラムを行っている。いずれの教室でも認知機能の活性化において重要な、快刺激(楽しく笑顔になるように)、コミュニケーション(職員とのやりとりを通じたプログラム)、誤りなし学習(低難易度のクイズ)といった点を意識して実施している⁵⁾。

<研究Ⅰ>

【目的】

心理プログラムによって参加者の気分状態が変化するかを検証する。

【対象】

心理プログラムを提供している施設 A, B, C, D の通所リハ利用者において、心理プログラムに参加した延べ 1397 名を対象とした。

【方法】

研究期間は、令和 5 年 4 月から令和 6 年 3 月までの約 1 年間だった。

参加者の気分状態を評価する方法として、各種心理検査の実施等も検討されたが、参加者への負担等を考慮し、挙手による聴取を行った。具体的には、各心理プログラムの実施前（以下、Pre）と実施後（以下、Post）に「楽しい」「元気」「穏やか」という 3 つの気分状態について尋ね、当てはまる気分状態に挙手を求めた（複数回答可）（図 1）。心理プログラムの実施者は、挙手人数及びプログラムへの参加人数を記録した。尚、人口統計的属性情報は聴取していない。

集計された挙手人数について、気分状態ごとの Pre と Post の差について χ^2 検定を用いて分析した。また心理プログラム全体の Pre-Post の差だけでな

く、プログラム内の 2 種の教室（こころ・あたま）それぞれの Pre-Post の気分状態の差も分析した。分析には、Excel を使用した。

研究の実施に当たり、紙面を用いてデータの研究利用に関する告知を行った。また西仙台病院倫理委員会の審査を受け、承認を得ている。

【結果】

Pre の参加者数は延べ 571 名、Post の参加者数は延べ 826 名であった。入浴やリハビリテーション等によってプログラム実施中も参加者は変動していた。また開始月の遅延等があり、施設ごとにプログラムの実施回数が異なっていた（施設 A：12 回、施設 B：11 回、施設 C：10 回、施設 D：12 回）。

心理プログラム全体の気分状態ごとの挙手人数及びその内訳では、「楽しい」「穏やか」において Post での人数が増加しており、有意な差がみられた。また、教室ごとの分析では、こころの教室において「楽しい」「穏やか」の挙手人数が有意に増加しており、あたまの教室において「楽しい」の挙手人数が有意に増加していた（表 1）。

【考察】

結果から、心理プログラムへの参加により即時的な気分面の変化が生じること、ならびにその実施内容により、もたらされる気分状態に違いが生じる可能性があることが示唆された。

項目	気分状態	Pre		Post		χ^2
		挙手人数	内訳	挙手人数	内訳	
全プログラム	楽しい	162	28.37%	359	43.46%	32.89 **
	元気	259	45.36%	361	43.70%	0.38
	穏やか	236	41.33%	386	46.73%	3.99 *
こころの教室	楽しい	88	32.12%	186	67.88%	11.65 **
	元気	138	40.59%	202	59.41%	0.05
	穏やか	119	34.69%	224	65.31%	7.89 **
あたまの教室	楽しい	74	29.96%	173	70.04%	22.56 **
	元気	121	43.21%	159	56.79%	0.47
	穏やか	117	41.94%	162	58.06%	0.01

Note *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表 1 心理プログラム Pre-Post 間における気分状態の分析結果

<研究Ⅱ>

【目的】

心理プログラムが参加者の参加行動等の活動意欲に影響を与えるかを検証する。

【対象】

心理プログラムを提供している4施設A, B, C, Dの通所リハを対象とした。

【方法】

研究期間は、令和5年4月から令和6年3月までの約1年間だった。

手続きとしては、まず各施設より「心理プログラムを実施した日」の追加利用者数を聴取した。続いて、比較対象を設定するため、その心理プログラム開催日と同月同曜日のうち、ランダムに決定された「心理プログラム非実施の通所リハ稼動日」の追加利用者数を聴取した。それぞれの人数は、心理プログラムを実施した日の追加利用者（以下、実施群）と比較のために設定された別日の利用者（以下、統制群）にそれぞれ分けて1年間の合計人数が集計された。尚、集計は4施設全体および施設ごとに行われた。

分析は、二群間の追加利用者数の差について、一元配置分散分析（以下、ANOVA）を用いて比較した。また、人数のみの比較では偏った結果になる可能性があるため（偶然人数が多い日など外れ値の影響で、全体の平均値が上がる等）、プログラム実施日（あるいは非実施の通所リハ稼動日）1回ごとの追加利用の有無を「追加利用なし；0」「追加利用あり；1」の二値データとして集計し、追加利用率（1年間の実施回数のうち、「追加利用あり」が発生する確率）を算出した。更にこれについて、プログラムの実施×非実施

と追加利用のあり×なしのクロス集計表を作成し、 χ^2 検定を用いて比較した。この追加利用者数と追加利用率の2種類の統計解析を4施設全体および施設ごとに行った。ANOVAについては、統計ソフトRを用い、 χ^2 検定についてはExcelを用いた。

研究の実施に当たり、紙面を用いてデータの研究利用に関する告知を行った。また西仙台病院倫理委員会の審査を受け、承認を得ている。

【結果】

4施設全体の結果では、追加利用者数が実施群10人（1回平均 0.22 ± 0.47 人）に対し、統制群が6人（1回平均 0.13 ± 0.40 人）であり有意差はみられなかった（ $F=0.92$, $p=0.34$ ）。追加利用率が実施群20.00%（45回のうち9回）に対し、統制群が11.11%（45回のうち5回）であり同じく有意差はみられなかった（ $\chi^2=1.35$, $p>0.10$ ）。

施設ごとの追加利用者、追加利用率は、両変数ともに施設Cのみに有意差を認め、追加利用者数が実施群6人（1回平均 0.60 ± 0.52 人）に対し、統制群1人（1回平均 0.10 ± 0.32 人）と有意に多く（ $F=6.82$, $p=0.02$ ）（図2）、また追加利用率が実施群60.00%（10回のうち6回）に対し、統制群が10.00%（10回のうち1回）と有意に高かった（ $\chi^2=5.49$, $p<0.05$ ）（表2）。

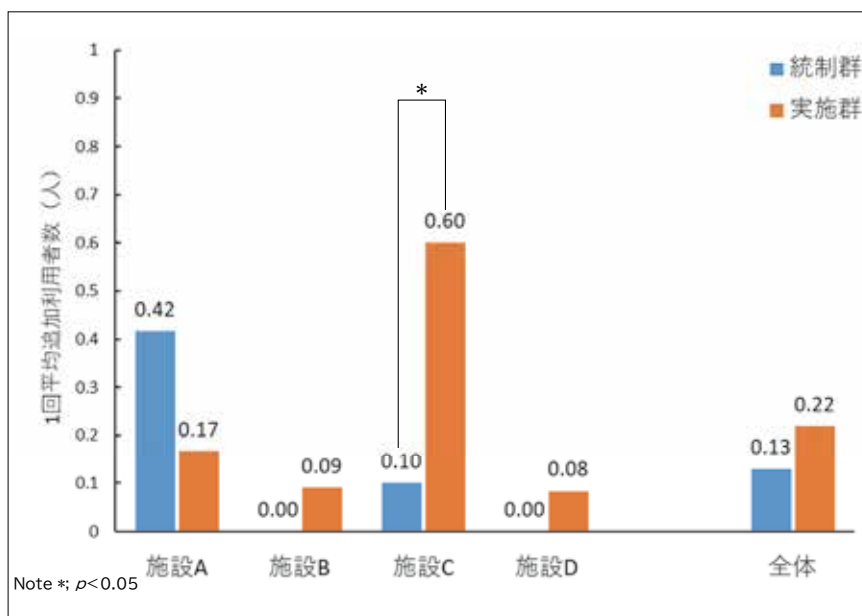


図2 1回平均の追加利用者数の比較

施設	統制群			実施群			χ^2
	実施回数	追加利用者がいた回数	追加利用率	実施回数	追加利用者がいた回数	追加利用率	
施設A	12	4	33.33%	12	1	8.33%	2.27
施設B	11	0	0.00%	11	1	9.09%	1.05
施設C	10	1	10.00%	10	6	60.00%	5.49 *
施設D	12	0	0.00%	12	1	8.33%	1.04
全体	45	5	11.11%	45	9	20.00%	1.35

Note *: $p < 0.05$

表2 心理プログラム実施群と統制群の追加利用率の比較

【考察】

結果より、全体での有意な効果は認められず、参加者の意欲や活動性への明らかな影響は認められなかった。一方で、施設Cにおいては心理プログラム実施日に利用者数および利用率の増加が認められた。施設Cのみに差が生まれた要因として、施設Cの個別性の要因が考えられる。つまり地域性（地方都市Eの郊外に立地）やそれに伴う参加者特性（都市部在住で比較的教育水準が高く、経済的にも安定している）、施設文化・風土（施設内通貨等の独自の取り組み等）といったことである。これらより、利用者に新奇的イベントを希求する傾向が高かったことや、「心理」などの言葉にある程度親和性があった可能性が考えられる。

【総合考察】

研究Iは、心理プログラムが参加者の気分状態に与える影響について検証した。結果、「楽しい」あるいは「穏やか」といった気分になること、特に脳トレ等によって「楽しい」気分、リラクゼーション等によって「穏やか」な気分になることが示された。つまり、心理プログラムは、生き生きとした活性化の効果や気持ちが穏やかになるような鎮静の効果をもたらす可能性があることが示唆された。高齢者のレクリエーション活動にとって、「楽しい」という感情を引き出すことが極めて重要であり⁶⁾、本プログラムの有効性が支持されたとと言える。一方、これはあくまで即時的効果であり、その効果の持続性については不明である。また、調査された指標は、

参加者の主観データのみであり、信頼性は決して高くはない。今後は、生理指標（血圧や心拍数等）や施設職員へのアンケート調査等、多面的な指標を用いた効果の検証が求められる。

研究IIは、心理プログラムが参加者の行動に与える影響について検証した。結果、明らかな影響は認められなかったものの、一部施設では参加者の参加行動を促進する可能性が示唆された。今回使用した追加利用という指標は、介護度、家族や経済状況、施設の立地や交通の利便性等、極めて多くの交絡要因があるため、この結果が一概に心理プログラムのみの結果とは言い難い。但し、ランダムサンプルとの比較結果として有意差が出ている以上、心理プログラムが参加者の参加行動に何らかの影響を与えている可能性は否定できない。追加利用率を向上させるという点で言えば、施設経営の視点から見ても、心理プログラムは有益であると言い得る。

両研究に共通の限界点についてだが、まず対象となった通所リハ利用者の人口統計的属性情報が極端に不足しており、一般化可能性に懸念がある。通所リハ利用者という点で、年齢層は類推できるが、既往歴、特に認知症の有無は、気分状態に大きく影響する要因でもあるため、情報不足が否めない。また介入回数や介入期間の短さも統計結果の信頼性に影響する懸念点である。特に施設ごとの分析では、最低標本数が10と寡少であり、今後介入の蓄積をもって信頼性の高い解析結果を提示できるよう努める必要がある。

今回の2つの検証を通して得た、心理プログラムの今後の課題として、実施回数の少なさが挙げられ

る。現在の心理プログラムは派遣の回数や人数に限りがあり、公認心理師1名が月に1回実施している。しかし派遣先の施設からは、実施回数を増やす希望も聞かれている。今後は、単純な派遣回数の増加ということだけでなく、派遣先職員と積極的に連携し、各施設単独でも同プログラムを実施できるようになること、あるいは単独実施が可能なプログラムに改変していくこと等の発展・工夫が考えられる。地域在住の高齢者により良い介護サービスを提供するため、公認心理師もその支援の輪の中に加わり⁷⁾、更なる多職種協働を実現していくことが求められている。

【結語】

公認心理師が通所リハにおいて行う心理プログラムについて、2つの研究から心理状態への効果と施設の追加利用への影響を明らかにした。今後更に多面的な側面から心理プログラムの効果を検証し、より良い地域介護サービスに寄与するようなプログラムの実施に繋げてゆきたい。

COI 開示：本論文に関して、全著者に開示すべき COI 状態はない。

本論文は、第32回日本慢性期医療学会（第12回慢性期リハビリテーション学会と共催）にて発表した2演題について、修正・加筆した上で投稿したものである。

【参考文献】

- 1) 古市孝義・金美辰：介護老人福祉施設におけるレクリエーションの現状と課題，人間生活文化研究，30，2020，pp194-201.
- 2) 森山千賀子・土井晶子：日本の高齢者施設における余暇活動の現状と課題－QOLの向上に効果的な余暇活動とは－。白梅学園大学・短期大学紀要。45，2009，pp49-67.
- 3) 百々尚美，坂野雄二：アルツハイマー型認知症患者の不安反応を抑制するためのリラクゼーションの効果。行動医学研究，15，2010，pp10-21.
- 4) 池俣志帆・百瀬由美子：高齢者への漸進的筋弛緩法に関する文献検討。愛知県立大学看護学部紀要，18，2012，pp91-97.
- 5) 山口晴保，牧陽子：認知症の非薬物療法。日本内科学会雑誌，100，2011，pp2146-2152.
- 6) 佐藤陽子：高齢障害者のレクリエーション活動。理学療法科学，19，2004，pp189-191.
- 7) 松田修：老年看護実践における公認心理師の役割－多職種チームの一員としてどう貢献できるか－。老年看護学，2020，24，pp30-34.

2025年7月の記者会見

慢性期医療とICT・DX ～寝たきりゼロへの有効活用～
介護医療院における受け入れ調査結果を公表



当会は7月24日の定例記者会見で、「慢性期医療とICT・DX ～寝たきりゼロへの有効活用～」と題して見解を示した。橋本康子会長は、ICTおよびDXの導入が慢性期医療の質的向上や業務効率化に資するものであると評価した上で、医療・介護現場の人員不足を直接的に解決する「魔法の杖」ではない点を強調。ICT導入後の継続的な運用費用（ランニングコスト）への支援の必要性を訴えたほか、医療と介護の情報連携の現状や、マイナ保険証の運用上の課題にも言及した。

会見で橋本会長は、慢性期医療におけるICT・DXの本質的な目的は「寝たきりゼロ」の実現にあるとした上で、「ICTの導入により、医療・介護スタッフが本来の業務に専念できる環境を整備し、業務の質と効率を高めることができる。その結果、重度の要介護状態に至る前の早期介入が可能となり、寝たきり高齢者の減少や社会保障費の抑制といった副次的効果も見込まれる」との考えを示した。

一方で、橋本会長は「ICTを導入すれば人員を削

減できる」といった期待に対しては懐疑的な見方を示した。「センサーマットや業務支援アプリケーションなどのICTツールによって業務は軽減されるが、それによって必要人員が減るわけではない」とし、むしろその効果を最大化するためには、「現場の人手を確保し、各専門職が本来の業務に注力できる体制が必要である」と強調した。

■ 継続的な財政支援の必要性

橋本会長はまた、マイナ保険証をはじめとする診療情報連携の現状と課題にも言及。「マイナ保険証は過去5年間の詳細な診療記録をPDF形式で閲覧可能とするが、その情報は未整理のまま大量に出力されるため、患者が現在、服用している薬剤など必要な情報を抽出するために相当の労力を要する」と現状を説明した。また、情報の反映にタイムラグが生じることや、情報提供に患者の同意が必要であるなどの課題を挙げた。

診療情報の共有に関しては、整備が進められてい

る電子カルテ情報共有サービスへの期待を示す一方で、「対応できるのは医療機関間の連携に限られ、医療から介護への情報連携は依然として実現していない」と指摘。例えば、急性期病院から回復期リハビリ病棟へ転院した患者について、「それ以前にどのような介護サービスを受けていたのか、本人や家族からの申告に頼らざるを得ない」とし、医療・介護の情報の円滑な連携には課題が残るとした。

こうした現状を踏まえ、橋本会長は ICT 導入に関する制度的な支援について説明。現在、厚生労働省が推進する補助事業について、「あくまでも初期投資に対する支援であり、導入後の保守費用、システム更新費、月額利用料などのランニングコストは施設側の大きな負担」とし、「今後は導入後の運用を支える継続的な財政支援の必要性がある」との考えを示した。

■ ICT・DX の推進で 40%の削減も

質疑では、情報共有に関する現状の課題や ICT 導入の費用対効果などについて、質問が寄せられた。記者は、FAX による情報共有が現在も多く用いられているとの説明を踏まえ、「そうした間接的業務が業務全体の中で、どの程度の時間を占めているのか。ICT 導入によって費用対効果が得られるのか」と質問した。

これに対し、橋本会長は、FAX データの取り扱いなどは事務的業務の一部に過ぎず、全体の業務のうち約 40%が記録や情報伝達、申し送り、医師への報告などの事務的作業で占められていると回答。看護師業務における具体的な例を挙げ、「8 時間勤務のうち約 3 時間半が事務的業務に費やされている」と説明した。

また、ICT の活用によって、こうした業務の所要時間を短縮できる可能性についても言及。橋本会長は「PHS やインカムの導入、スマートフォンによる情報入力で即時に反映させることで情報共有が効率化され、業務時間の短縮が可能になる。3 時間半かかっていた業務が 2 時間程度になることもある」と期待を込めた。一方、「現時点では、患者との情報のやり取りに必要な時間が多くを占めているとい

うわけではない」との認識も示した。

■ 要介護度と実際の状態にギャップ

この日の会見には、当会の会内組織である日本介護医療院協会の鈴木龍太会長、猿原大和副会長が出席。本年 4 月に実施した「介護医療院における急性期病院からの受け入れに関する調査」の結果を報告した。

今回の調査目的について鈴木会長は「近年、急性期病院から介護医療院に入所する際、要介護度が比較的低いとされる状態で認定されたにもかかわらず、実際には末期がんや状態の悪化など、より重度のケアが必要な入所者が増加している」と現状を伝えた上で、「要介護認定の変更が間に合わずに亡くなっている。そうした実態を把握するため、今回の調査を実施した」と説明した。

続いて、調査結果を報告した猿原副会長は、313 施設へのアンケート送付に対して 62 施設から回答を得たことや、全国の介護医療院における療養病床のうち約 9 割がⅠ型であることを紹介。Ⅰ型介護医療院では医師の宿直が義務付けられており、そのためⅡ型と比較して医療ニーズが高いことや、看取りに関しても実績の高い介護医療院であることを説明した。

■ 介護医療院が果たす役割が現場に浸透

調査によると、急性期病院から介護医療院に新規入所した事例のうち、要介護 4・5 の入所者が 64.7%と最多を占める一方で、要支援・要介護 2 以下の入所者も 18.5%存在し、そのうち 65.4%が実際の状態と認定にギャップがあると施設側が感じていたという結果を報告。こうした認定と実態のギャップがある入所者のうち、入所から 30 日以内に死亡したケースが 21.7%に上った。

しかし、要介護度と実態との間にギャップがあったことを理由に入所を断ったことがあると回答した施設はゼロだった。猿原副会長は「要介護度が低いからといって入所を拒否するような介護医療院は皆無であったという点は、極めて誇るべき成果。介護医療院が果たすべき役割が現場において着実に浸透

し、現場の皆さまが非常に努力している結果であると感じている」と評価した。

質疑では、要介護度と実態とのギャップに伴う施設側の経済的負担について質問があった。猿原副会長は「要介護1と4では1日あたり約4,500円、月額で約13万円の報酬差が生じる」と説明した上で、「施設側は低い要介護度の認定がなされた入所者に対しても、実態に即した重度介護を提供している」と施設側の負担の大きさを指摘。鈴木会長は「介護医療院で実施される医療行為が包括的に評価されている現行制度の下では、医療行為が増えれば増えるほど施設側の負担が増す」と構造的な課題を挙げた。

■ 介護医療院で最期を迎えるケースが増加

このほか、急性期病院から介護医療院への入所者について「がん末期以外のイメージがわからないので、具体例があれば教えてほしい」との質問があった。

猿原副会長は、高齢化の進行に伴い90歳を超える入所者が増加している現状を説明。「近年、在宅医療の体制整備や介護保険制度の充実に伴い、自宅での療養を長期にわたって継続できるケースが増加

している。しかし、こうした患者の多くは複数の疾患を抱え、全身状態も不安定であることから、急変時には救急搬送され、そのまま終末期に移行する例が少なくない。急性期病院では入院期間が限られているため、退院後の行き先として介護医療院が選択されることが多い。医療と介護の連携体制は年々整備されつつあり、スムーズな受け入れも可能となってきている。しかし、その結果、かつては急性期病院で看取りが行われていたような重篤な患者が、介護医療院に転院後、比較的短期間で最期を迎えるケースが増加している印象を受ける」との認識を示した。

鈴木会長も「近年では特別養護老人ホームや介護老人保健施設から急性期病院に搬送された患者が退院後に元の施設で受け入れられない場合が少なくない」とした上で、「その結果として、医療ニーズのある人が介護医療院に集中する傾向があるのではないか」と述べ、介護医療院が「最後の砦」として支える役割を果たしているとの見方を示した。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=11569>

2025年9月の記者会見

診療報酬の物価スライド制導入を提言 インフレ時代の経済合理性ある制度改革へ



当会は9月11日の定例記者会見で「診療報酬の物価スライド制導入を ～インフレ時代の経済合理性ある制度改革～」と題して見解を示した。橋本康子会長は「物価高、人件費高が進行するインフレ環境においては、診療報酬改定がプラスマイナスゼロであっても、実質的にはマイナスとなる」と経済実態とのミスマッチを指摘し、「医療提供体制を維持するため、物価に応じた報酬調整、重点領域への投資、人材確保のための処遇改善拡充などの整備が必要」と訴えた。

会見で橋本会長は安心・安全な医療提供体制の維持を目的に掲げ、そのプロセスとして物価スライド制の導入、重点領域への戦略投資、人材確保への処遇改善拡充などを提案。その結果として医療の質の確保、要介護者・寝たきりの減少につながるとした。

赤字病院が増加している現状について橋本会長は「公定価格のため、物価高、人件費増を価格に転嫁できない。物価高による消費税負担も増加する三重苦に直面している」と説明。1974年ごろから1980年にかけて実施された物価・賃金スライド方式を挙げ、「過去にもスライド方式の実績はある」とし、「経済指標に連動した報酬調整が必要」と強調した。2022年と24年の診療報酬改定率は消費者物価伸び率に比して低い水準にとどまっている点も指摘した。

■ 経済合理性ある制度改革を

質疑では、物価スライド制の具体的な導入方法に関する質問があった。橋本会長は入院基本料の引き上げを例に挙げながら「具体的な制度設計は今後の議論」とした。会見に同席した池端幸彦副会長は「1点10円を10.1円するということではなく、全体の物価上昇に合わせて診療報酬もスライドして上げてほしいという趣旨」と説明。「具体的にどのようなテクニックが使えるかは検討が必要だが、急激な変化があった場合には中間年改定も辞さないという方向性もある」との認識を示した。橋本会長は「2年に1回か、毎年の見直しなのかは物価上昇の動向などを踏まえて考える必要があるが、物価スライドと合わせていただきたい」と述べた。

また、全国紙の記者から「病院経営の問題では、急性期こそ厳しいという声を聞くが、慢性期医療ならでの厳しさは何かあるか」との質問もあった。橋本会長は「物価高の影響について医療用医薬品や医療機器の購入、検査や給食等の外部委託費などにかかる消費税負担分を価格転嫁できない点は急性期も慢性期も同じだが、病院規模による違いはある」と説明。池端副会長は「高額な医療機器にかかる経費は急性期病院のほうが多いので控除対象外消費税の

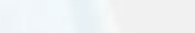
負担は大きいが、人件費率については、慢性期病院のほうが急性期病院よりも高い」との認識を示し、「慢性期も急性期と同じように苦しい状況にあることを理解していただきたい」と説明した。

その上で、池端副会長は病院団体が合同で発表した緊急要望に触れながら、「全ての病院が大変な思いをしている。急性期・回復期・慢性期等の病院種別にかかわらず、大変な危機的状況にある」と強調。

橋本会長も「診療報酬があるからとか介護報酬改定があるからという提言ではなく、安心・安全な医療提供体制の維持や寝たきりの減少に向けて考えて経済合理性ある制度改革が必要だ」と訴えた。

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=11747>





日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

『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！！






神奈川県慢性期医療協会

「第18回神奈川県慢性期医療協会 講演会」を開催

医療法人社団三喜会 理事長、鶴巻温泉病院 院長 鈴木龍太

(神奈川県慢性期医療協会 会長)

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 伊勢正輝 (事務局)

2025年7月14日(月)ユニコムプラザさがみはら(相模原市南区)にて、当協会と株式会社大塚製薬工場の共催により、第18回神奈川県慢性期医療協会講演会が行われた。今回は、「慢性期病院における直接(緊急)入院」という地域医療連携における重要な課題について、各施設の経験を共有する場として議論が行われた。なお、当日は90名近くの参加があり、盛況のうちに終えることができた。

開会の挨拶は、小松幹一郎副会長(小松会病院名誉院長)が務め、一般演題では、3施設から直接入院の実際と課題に関する報告が行われた。藤原秀臣氏(平成横浜病院内科)は、地域包括医療病棟を活用した直接入院の事例を紹介し、地域との連携の重要性について述べた。また、伊勢正輝(鶴巻温泉病院地域連携室)は、「顔の見える連携」をテーマに高齢者医療への取り組みを説明した。さらに、小松誠一郎氏(小松会病院院長)は、急性期病院からの

ミスマッチ退院や老人ホームの紹介事業などの事例を踏まえて、高齢者と地域医療の多様なニーズに応える療養型病院の重要性を提案した。

特別講演では、水上潤哉氏(医療法人社団はやぶさ理事長)が「命の出口、栄養を支える場所として～訪問診療医が頼りにしている療養型病院～」という講演テーマで、訪問診療医からの視点により療養型病院の役割について述べ、「在宅が限界＝早急な入院を要する状態」であり、出来れば当日にでも入院させたい状態であることや、病診連携の強化に向けた地域共通の連携ツール活用などを提案いただいた。

講演終了後の情報交歓会では、参加者同士が自由に意見交換を行うことで、講演内容の理解を深めると同時に、今後の連携の方向性を探る場となった。地域医療の現状と未来について深い洞察を得る有意義な時間となり、講演会は成功裏に幕を閉じた。



写真1 集合写真



写真2 会場の様子

京都府慢性期医療協会

第26回通常総会・特別講演会を開催

京都府慢性期医療協会 会長 清水 紘

令和7年8月1日（金）、京都経済センターにおいて、京都府慢性期医療協会の第26回通常総会および特別講演会を開催した。総会では、2024年度の事業報告および決算、ならびに2025年度の事業計画と予算について審議が行われ、すべての議案が可決・成立した。

清水紘会長より、当協会が京都府・京都市の高齢者施策に関わる各種審議会へ参画し、政策形成に積極的に関与しているほか、認知症ケア加算や排尿自立支援加算に関する施設基準該当研修をはじめ、介護人材確保、生産性向上、法令遵守に資する研修の実績が報告された。さらに、慢性期医療を取り巻く環境の厳しさに言及し、持続可能な経営と地域医療の質向上に向けた協会の取り組みに対する理解と支援を呼びかけた。



清水紘氏

総会に続く特別講演会は、満席となった会場の中、清水会長が座長となり、「医療政策の動向 ～新たな地域医療と令和8年度診療報酬改定を踏まえて～」と題し、日本医師会常任理事であり、日本慢性期医療協会の常任理事でもある江澤和彦氏による特別講演が行われた。



江澤和彦氏

講演の冒頭では、2040年に向けて85歳以上の高齢者が急増する中、医療と介護の複合的ニーズに対応する制度設計の重要性が強調された。2026年度には都道府県ごとに新たな地域医療構想が策定され、2027年度から新構想が始動する予定となっている。

従来の地域医療構想が「入院医療中心」であったことに対し、今後は外来・在宅医療、介護との連携を含む「地域医療提供体制全体」を対象とする必要性を述べられた。人口規模や医療資源の偏在に応じ、構想区域の設定を柔軟に見直し、特に、人口20万人未満の過疎地域では、医療機関の維持や人材確保が困難であるため、広域連携や医療機能の集約が求められると指摘された。また、新たな構想では、医療機関が担う「治す医療」と「支える医療」の役割分担を明確にし、医療機関機能報告制度を通じて可視化が求められるとともに、従来の構想では扱われてこなかった精神医療についても議論されることが述べられた。

講演の中盤では、誤嚥性肺炎の医療資源投入量は、急性期病棟（特に急性期一般1）とそれ以外の病棟では、大きな差がないため、昨年の同時報酬改定で

は高齢者施設と在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等との連携が図られたことを説明された。また、入院基本料2～6の病棟と地域包括ケア病棟の機能が重複している現状を踏まえ、今後の診療報酬改定においては、両者の役割を整理し、より明確な機能分化と評価体系の見直しが求められていくのではないかとの見解が示された。DPC制度の複雑性係数の適切な評価、内科的重症度の評価不足など、制度上の課題が具体的に指摘された。また、地域包括ケア病棟においては、在宅からの急患の受入れ、在宅復帰までを一貫して支える体制の構築が求められていることが述べられた。

在宅医療については、訪問診療の提供量に地域差が大きく、都市部では充実している一方、地方では介護保険施設が代替機能を果たしているケースも多く見られることが紹介された。また、神経難病や人工呼吸器を必要とする高齢者住宅の増加に対して、病院での入院対応が本来あるべき姿ではないかという問題にも言及された。

医療・介護分野における人材不足は深刻であり、特に介護職員は直近で3万人減少したというデータが示された。看護職員もピークアウトしており、賃金引き上げと職種横断的な処遇改善が求められている。事務職に関しても、他産業との賃金格差が大きく、応募が集まらない状況が続いており、事務職員の処遇改善も課題であることが述べられた。

質疑応答では、介護保険制度の課題への質問に対し、有料老人ホーム等で主治医やケアマネジャーを変更しないと入所できないという実態があることに對し、「本人の意思でかかりつけ医やケアマネを選ぶのが原則。長年の関係を断ち切るのは本来あってはならない」と問題提起された。また、職業紹介業

者の高額手数料や契約の不透明さの是正を求める質問に対しては、「職業選択の自由がある以上、業者の存在を否定することはできないが、何らかの手立てが必要」とし、日本医師会と四病院団体協議会で近く検討会を立ち上げることを明らかにされた。

講演の締めくくりでは、「現場を知る医師が政策形成に関与することの重要性」が改めて強調され、「ぜひ国政に関わってほしい」との声も挙がった。江澤氏は、「現場の声を政策に反映させるべく、今後も積極的に活動していく」と力強く応じ、特別講演会は盛会のうちに終了した。

制度の枠組みと現場の実態をつなぐ視点に基づいた江澤氏のご講演は、参加者一同にとって大変示唆に富むものであり、今後の医療政策の方向性を理解する上で、貴重な指針となった。ご講演を通じて、我々が地域に根差した医療提供体制をいかに持続可能なものとして築いていくか、そのために何を準備し、どのように連携していくべきかを改めて考える機会となった。



特別講演会風景

Event

第8回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～ (令和7年8月30・31日)

令和7年8月30・31日に、昨年度に続き「第8回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～」が開催された。

激変する医療・介護制度の中で、中小・慢性期病院が生き残り、選ばれ続けるための戦略とはどのようなものか。今回は、全国の先進的9病院から、地域包括ケア・病床再編・人材戦略・施設投資・急性期との連携まで、リアルな経営実践が共有された。



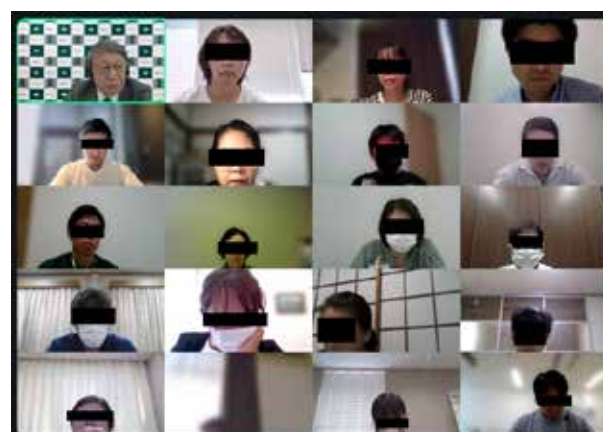
当日は全国各地から84名の参加者が集い、最後まで熱心に受講され、大変盛況のうちに終わった。

第20回看護師特定行為研修指導者講習会 (令和7年9月6日)

令和7年9月6日に「第20回看護師特定行為研修指導者講習会」がオンライン研修として開催された。当日は医師4名、看護師17名が参加された。

本講習会は厚生労働省の「看護師の特定行為研修に係る実習等の指導者研修の開催の手引き」に基づいた看護師特定行為研修に必要な指導法などに関する講習会である。

指導者講習会の受講は、現在のところ指導者の必須要件ではないが、将来的にはその受講が指導者となる要件の一つになると思われる。



なる要件の一つになると思われる。

看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座 (令和7年9月17・18日)

令和7年9月17・18日に「看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座」がオンライン研修として開催された。本研修は「看護補助体制充実加算」の該当研修である。令和6年度診療報酬改定では本加算に、直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者（介護職員）を一定数配置する評価が新設されている。各講師からは、介護職員の方々が介護専門職としてのキャリアを、今後さらに積み重ねて



いけるような内容でご講演いただいた。当日は88名が受講された。

開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第15期日程】2025年4月1日～

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

特定行為研修修了者のためのフォローアップ講習会

【日 程】2025年10月25日

【場 所】オンライン研修

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 マ】慢性期医療の匠になろう! : 坂の上をめざして

【日 程】2025年11月6・7日

【場 所】大阪国際会議場

【学 会 長】西尾俊治(南高井病院 院長)

【併 催】・第13回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病連携推進機構シンポジウム

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

編集者からのメッセージ

本号の特集では「慢性期医療のリスクマネジメントと今後の方向性」という共通のテーマについて, ICT, 医療・介護ケア, 認知症, 人材教育とハラスメント, 感染症, 薬剤等の項目毎に大変示唆に富んだ内容が論じられており, 多くの会員の参考になるものと確信している。さていよいよこの年末には, R8診療報酬改定率が決定される。昨今の病院経営の危機的状況に少しでも明るい兆しを感じられるものであることを, 切に願うばかりである。



日本慢性期医療協会
副会長 池端幸彦

■三役会■ 橋本康子(会長)・池端幸彦(副会長)・矢野諭(副会長)・

井川誠一郎(副会長)・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161号

(2025 October volume33 No5)

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

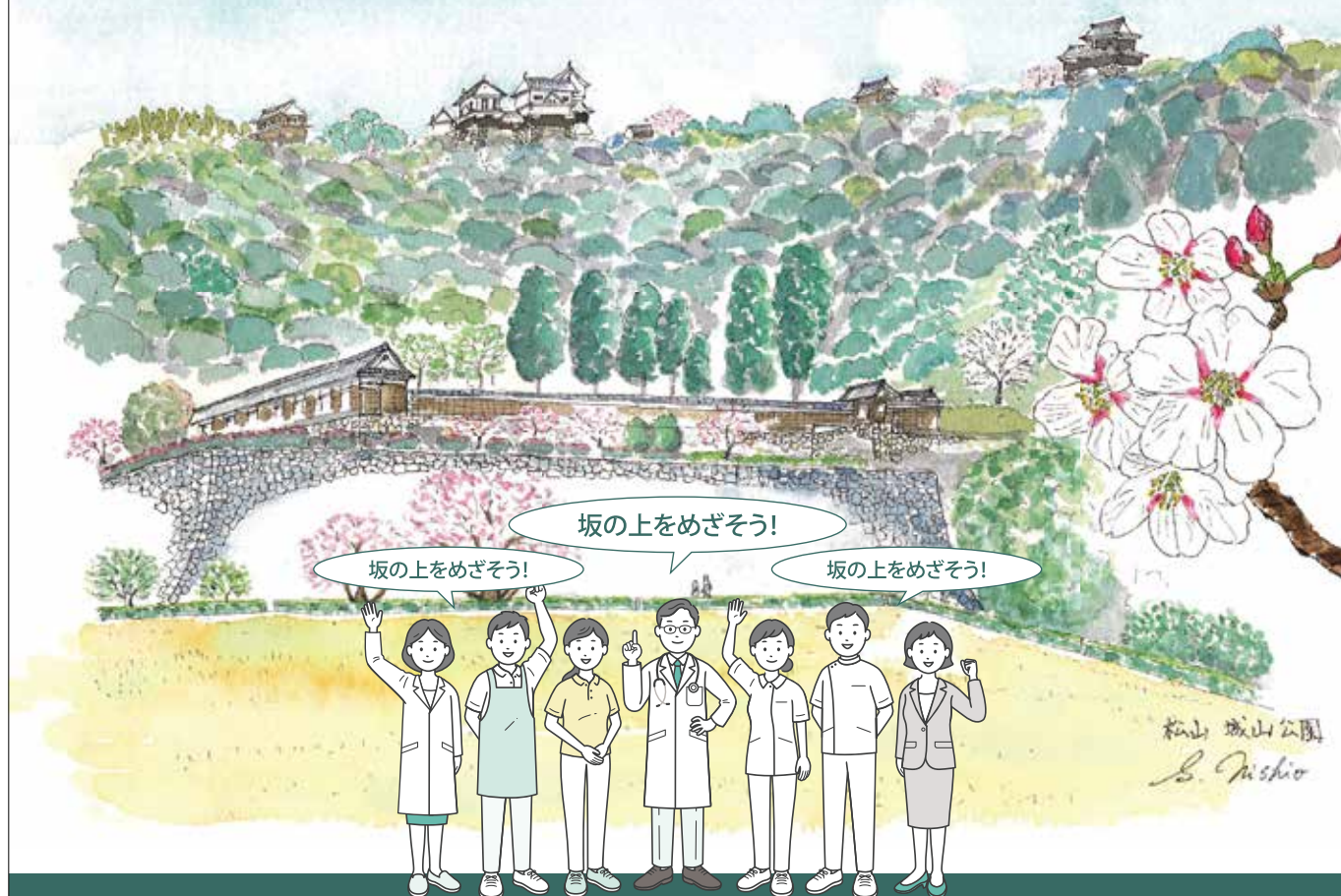
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階 TEL 03-3355-3120 FAX 03-3355-3122

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 ^{たくみ}慢性期医療の匠になろう! : 坂の上をめざして



2025年
会期 **11/6・7** 木 金

会場 **大阪国際会議場**

学会長 **西尾 俊治** (南高井病院 院長)

併催 **日本介護医療院協会セミナー
地域病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>