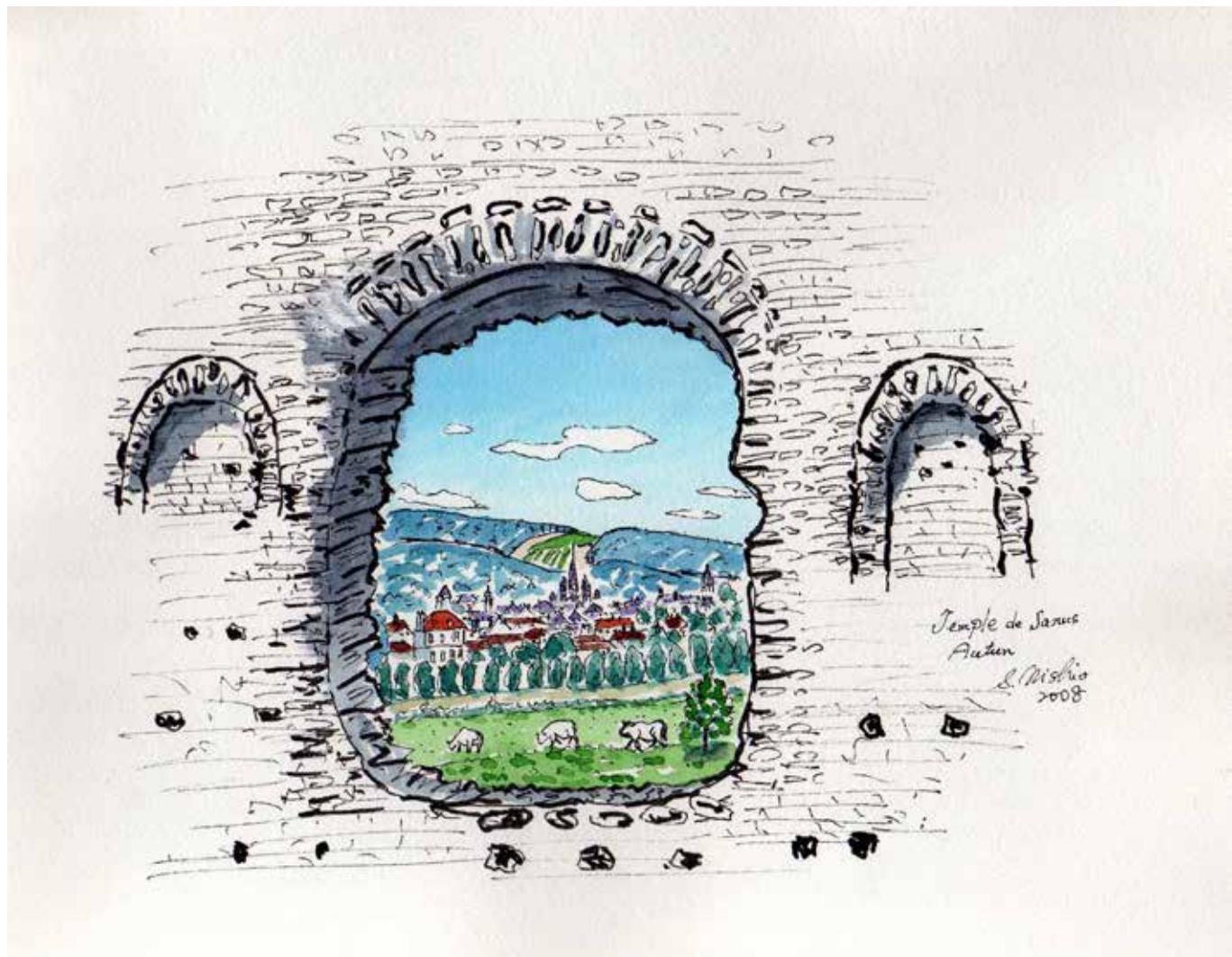


日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

162 vol.33 2025.12 隔月号

[特集] 激変する時代の中で選ばれ続ける
戦略とは



日本慢性期 医療協会誌

162 vol.33 2025.12 隔月号

Contents

論壇

朝倉病院 理事長 田邊裕久

1

特集 激変する時代の中で選ばれ続ける戦略 とは

「建物の一体化から運営の一体化へ」

～久英会グループが実現した医療・介護・福祉の融合戦略～

高良台リハビリテーション病院 理事長 中尾一久

2

病院の組織連携が生み出す地域完結型医療

交雄会新さっぽろ病院 理事長 三井慎也

7

人口減少時代の病院経営

～新棟建設で業績を伸ばした北条病院の地域密着戦略とは？～

北条病院 理事長 高石義浩

11

病院経営は未来の地域をデザインする仕事

介護から医療へ 500 床への挑戦、その先へ

ほうせんか病院・北大阪ほうせんか病院 副理事長 樋口昌克

15

やさしい社会を創造するために、私たちが医療の立場からできること

洛和会ヘルスケアシステム 理事長 矢野裕典

18

「病床を減らして、経営を伸ばす」 — リハ特化型病院の戦略と実践 —

アルペンリハビリテーション病院 理事長・院長 室谷ゆかり

22

筑紫南ヶ丘病院における 2040 年問題への挑戦

— 安診ネットを活用した重度化防止と地域連携の実践 —

筑紫南ヶ丘病院 代表 前田俊輔

27

人生 100 年時代の生きるを満たす。

病院を生活の場として選ぶなら、～医食住の 3 大要素～

桜十字グループ 執行役員 CMO 那須一欽

32

日慢協リレーインタビュー

日本慢性期医療協会 副会長、前中央社会保険医療協議会 委員 池端幸彦

36

会員病院の取り組み

由利本荘医師会病院介護医療院 看護師長 猪股留美

53

日光野口病院 診療部 医師 目黒浩昭、ほか

57

群馬パース病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師 見城恵美、ほか

62

光ヶ丘病院 看護師長・認知症看護認定看護師 水上美幸

66

慢性期医療 TIPS

南高井病院 院長 西尾俊治

71

日慢協 Topics

記者会見報告、都道府県の活動、ほか

73



グランクリュ ブルゴーニュ地方 フランス
ボーヌの街で買ったワイン

第 162 号表紙絵
オータン ブルゴーニュ地方 フランス
ローマ帝国時代の遺跡が残っている。有名なシャロレ
牛が見える。

南高井病院 院長 西尾俊治

今年も終わるけれど、慢性期医療は終わらない。



特定医療法人仁泉会 朝倉病院
理事長 田邊裕久

2025年もいよいよ暮れ、物忘れ対策でつけはじめた日記を読み直すと、改めていろんなことがあったと実感した。温暖化による異常気象や円安に伴う物価高、はたまた停滞する政治に、赤字の病院が7割という厳しい不況とこう並び立てると、嫌なことばかりに見えるが、日々の中には心に残ることがあったので一つ書いてみた。

9月と言えば10日は当院の創立記念日に当たるが、この月に先代が老人専門の病院を昭和43年に開業したのは、敬老の日を意識していたからだと思われる。昭和41年に9月15日を敬老の日に制定、平成13年の祝日法改正（ハッピーマンデー制度）で平成15年から9月第3月曜日に変更されている。

当院でも先代から引き継ぎ、その敬老の日にならい、90歳以上の方には記念品を贈呈することにしている。現在では医療療養、障害者、介護医療院の入院患者は252人から、今年は95人が該当となった。昨年は92人、入院患者の平均年齢をみると86歳であるから、さもありなんという人数だろう。

とにかくこの年齢までくると個人差もなかなかなもので、要介護度が3から5ぐらいの介護医療院の利用者の中でも車椅子レベルやベッド上の方もおられ、障害者病床や医療療養病床ではさらに重症で治療している方も少なからずいる。プレゼントはタオルだったが、入院セットも整備され中にタオルも

含まれているので、最近ではレッグウォーマーをしている。贈呈方法は車椅子の方はデイルームに並んでもらい、ベッドの方は訪室して数人の職員が見守る中、理事長として私自身が手渡すが、改めて実年齢と見た目年齢の乖離に驚く。見た目70歳でも実年齢は90歳の方がいれば年相応の方もいるが、さすがに見た目90歳で実際70歳の方はない。その場合は亡くなれることが多いのだろう。そういう意味では見た目年齢が寿命そのものかもしれない。確かに若く見える方は元気がよく、軽度の認知症ぐらいでも、プレゼントを喜んでもらえる。

そんな恒例行事の中で、今年は90歳でALSを発症された女性の患者さんが一人おられた。大学病院で筋電図などからきちんと診断を受け、昨年長期療養目的で入院となった。認知機能は年齢相応だが構音障害があり筆談、ボードを使ってのボード談である。他に嚥下機能低下、四肢の筋力低下があり、車椅子のレベル、認知機能低下は極軽度で、一年後にはさらに進行と思っていたが、本人が食べたいという願望があり、いつものリハビリや看介護の積極的介入に加え、STが昼はつきっきりで食事介入したところ、幸い急激な呼吸障害などの進行するタイプではなく、反対に嚥下機能維持で栄養も回復、上肢の筋力も維持でき、却って以前より元気になられて、その日プレゼントを手渡した瞬間、大喜びで涙も流れ、患者さんから出されたやや回復した手と力強く握手した。周りのスタッフも今まで見たことがないその光景に驚きである。またそればかりでなく、翌日にはすこし判別しやすくなった筆力で、自筆のお礼の手紙があり「今まで一番うれしかった」と書かれていた。正直ここまで喜んでもらえるとは思わなかった。介入により心の交流もできたからであろう。この一年のスタッフの地道な介入に感謝したい。

それにしても今年も終わるが、今後こういう90歳以上の方が増える可能性もあり、満足な晩年が過ごせる為にも、改めて良質な慢性期医療の役割は終わらないと実感した次第である。勿論、そのことも日記には書いておいた。忘れることがないように。



「建物の一体化から運営の一体化へ」 ～久英会グループが実現した医療・介護・福祉の融合戦略～

久英会グループ 代表
医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院
理事長 中尾一久

【キーワード】

医療・介護・福祉の融合、廊下、情報共有ツール

1. はじめに

2040年に向けて85歳以上の高齢者が増加していく中で、その対応策の検討は喫緊の課題である。高齢者が様々な疾患の罹患後に在宅生活に復帰し、在宅でのADLを維持するためには、医療・介護・福祉が上手に連結・融合し、その中でいかにして必要な情報を伝えていくかが重要である。この点において、当グループがどのような考え方（戦略）と方法（戦術）で医療・介護・福祉を一体的に提供しているかを紹介する。

2. 久英会グループについて

当グループは、福岡県久留米市を拠点に、医療・介護・福祉の一体的なサービスを提供する法人であり、起源は、1964年（昭和39年）に中尾久雄氏

が同市で医業を開始したことさかのぼる。その後、1972年（昭和47年）に社会福祉法人久英会、1975年（昭和50年）に医療法人社団久英会を設立した。以来、高齢化社会の進展に対応しながら、医療・介護・福祉の融合を目指して事業を展開して、今年で設立61年目になる。（図1）

久英会の理念を示す。

- ・「私たちは、職員の幸福度向上を目指し、健康経営を実践します。」（健康経営の実践）
- ・「私たちは、常に成長する努力を惜しまず、医療・介護・福祉の一体的提供により、地域社会のまちづくりに貢献します。」（*well-beingを目指した地域共生社会（まちづくり）の実現）

* well-being : WHO憲章で肉体的、精神的、社会的に全てが満たされた状態

また、バリュー（価値）として「チーム医療」を重視している。



図1

当グループの特徴を示す。

- 1) グループ内での医療・介護・福祉の連結と融合
- 2) グループ内での情報共有ツール：久英会統合ケアシステム (KIICS : Kyueikai Integrated care Information and Communication System)
- 3) 地域の住民と我々働き手すべての well-being の追求
- 4) グループ内すべての施設にて身体拘束ゼロ (2015年頃～)

当グループは、以下の多様な施設を運営している。

- ・高良台リハビリテーション病院（回りハ・地ケア）
- ・久英会クリニック
- ・介護老人保健施設 高良台（超強化型）
- ・久英会シニアビレッジ（特養・サ高住・グループホーム）
- ・軽費老人ホーム ゆのそ苑
- ・看護小規模多機能型居宅介護 ゆのそピア（訪問看護ステーション）
- ・高良台シニアビレッジ（特養・サ高住）

3. 目指すアウトカム（成果）

今後 2040 年に向けて、要介護認定率 6 割である 85 歳以上の高齢者が増えることが予想される。医療と介護が同時に必要な高齢者に対し、「時々入院、ほぼ在宅」を可能にするためには、まずは高齢者の入院を減らさなければならない。

このような中で、当グループの目指すアウトカム（成果）は、高齢者の（救急）入院を減らすことであった。そのためには、医療・介護・福祉を一体的に提供する必要があり、目指す成果は、当グループの理念そのものである。

高齢者入院を減らすためには、入院患者を作らないことが一番の解決策である。即ち高齢者の疾病が重症化する手前で予防的に対応し、入院患者を減らすことに尽きる。そのためには、予防的介入である Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)¹⁾ という概念が重要である。この概念は、高齢者に多い心不全、肺炎、尿路感染症、低栄養等に対し、プライマリケアの適切な介入によって発症や重症化を

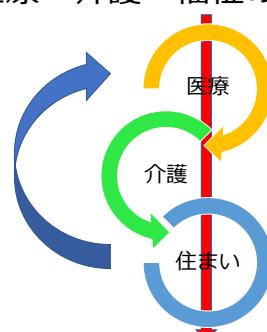
防ぐというものである。欧米諸国で、入院せずに済んだ可能性がある事例の研究から生まれた概念である。我々は、まさにこの概念と同じ考え方で、約 15 年程前に特養の入所者の疾病的重篤化や入院を減らすために、特養の建物の中にクリニック（医療機関）を開設した経緯がある。

この成果を達成するための戦略が、医療・介護・福祉の融合であり、戦術はヒトが行き来できる廊下と情報通信技術 (ICT) による多職種のタイムリーな情報共有である。情報内容として、特にリハビリ・栄養・嚥下・排泄・ACP に注目すべきである。そして高齢者疾患の特徴は、多疾病罹患であることと、繰り返し起こることであり、医療と介護が同時に必要である。即ち疾病を治す（キュア）だけでなく治し支える（ケア）、生活の視点がなくてはならない。その上で、高齢者は循環型の医療・介護を辿りながら寿命を全うしていくものであることを理解し、対応すべきである。

4. グループ内での医療・介護・福祉の連結と融合、循環

アウトカムとしての高齢者の入院を減らすためには、医療・介護・福祉の連結と融合、循環（戦略）が必要であり、更には一気通貫の縦串（戦術）が重要である。具体的な道具（ツール）としては、従来の疾患別の連携パス、リハビリ・栄養・嚥下・排泄・ACP を中心とした連携（パス）（はこだて医療介護連携サマリー）²⁾、歯科歯科連携、それと医療と介護の連携に不可欠なケアマネジャー（CM）の存在である。（図2）

医療・介護・福祉の連結と融合、循環



- 医療・介護・福祉・住まいへの縦串
例えば
- ・従来の疾患別の連携パス
 - ・リハビリ・栄養・嚥下・排泄を中心とした連携（パス）（はこだて医療介護連携サマリー）
 - ・歯科歯科連携
 - ・ケアマネジャーの存在

図2

5. 建物の一体化と運営の一体化

まずは、病院と老健の一例である。病院と老健を廊下で繋ぎ、建物を一体化させ、在宅復帰型の医療機関と介護施設を在宅復帰型施設と位置付けて、シームレスな医療と介護を提供している。建物を一体化させることで、厨房、職員の食堂や休憩室、会議室、医局、薬局、検査室は1か所に集約することができ、患者の移動がスムーズになった（図3-1）。機能の一体化としては、同じ在宅復帰を目標とした施設を統合し、病院の在院日数低下や必要なリハビリの提供にも寄与している。更には同敷地内に隣接する高齢者施設（特養・サ高住）があり、生活の場や住まいとして活用している（図3-2）。

次に高齢者施設とクリニックの一例である。高齢者施設（特養・サ高住・グループホーム）と無床クリニック（医科・歯科）を廊下で繋ぎ、建物を一体化させ、高齢者施設に居ながら医療を受けることが

できる環境を提供している（図4-1）。特に特養においては、居室に酸素と吸引の配管を整え、夜勤看護師の配置も行い、軽度の肺炎や尿路感染症等は自室で治療を受けることができるため、医療機関への入院を回避できている。そして、医療機関への入院を回避することのメリットは、利用者のみならず、医療費の軽減にも役立っている。この一体化は、特養を医療機関化しているとも言え、コロナ禍では点滴や酸素を導入して自室で治療した経緯もある（図4-2）。このことはまさに前述の予防的介入ACSCsを実現していると言える。

次に高齢者（措置）施設と看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の一例である。高齢者（措置）施設と看多機を廊下で繋ぎ、建物を一体化させ、施設に居ながら看多機を利用することができる環境を提供している（図5-1）。現在高齢者（措置）施設の入所者も平均要介護度が1～2と要介護状態の利用者が増え、看多機のサポートが必須となりつつあ



図3-1

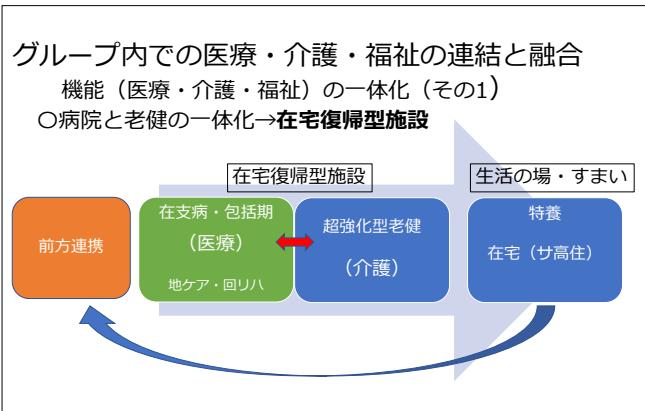


図3-2



図4-1

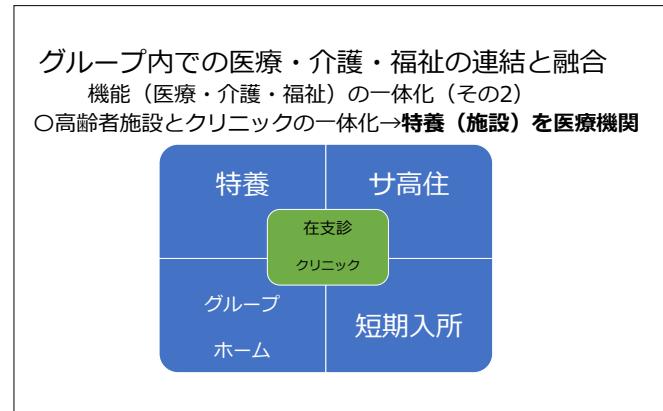


図4-2



図5-1

る。日頃は日常生活においての介護サービスを提供し、軽度の肺炎や尿路感染症罹患時には、看多機のお泊りサービスを利用して点滴等の加療を行い、医療機関への入院を回避できている。それは、高齢者（措置）施設を介護保険施設化しているとも言え、数年前のコロナ禍でも同様の経験をしている（図5-2）。こちらもACSCsを実現できている。

6. 情報共有ツール（KIICS）

次に医療・介護・福祉の連結と融合、循環の機能的な手段（ツール）としての情報共有ツール（KIICS）について説明する。医療と介護の両方を同時に使用できる電子カルテシステムを利用し、当グループ内のすべての施設や在宅においてこのシステムを整備した。更には、介護保険施設でもない高齢者（措置）施設にも配備した。

久英会統合ケアシステム（KIICS）は、当グループを利用されるすべての利用者の情報を共有化できるシステムである。尚このシステム構築に関しては、個人情報保護の観点から利用者からの包括同意を取得して運用している。³⁾

7. リハビリ・栄養・嚥下・排泄・ACP

次に情報内容の伝達方法について、特にリハビリ・栄養・嚥下・排泄・ACPに関して、「はこだて医療介護連携サマリー」²⁾を導入したので、一部を紹介する。

同サマリー導入の目的は、4つの柱（リハビリ・口腔・栄養・排泄）及びACPを中心に、「治療・リ

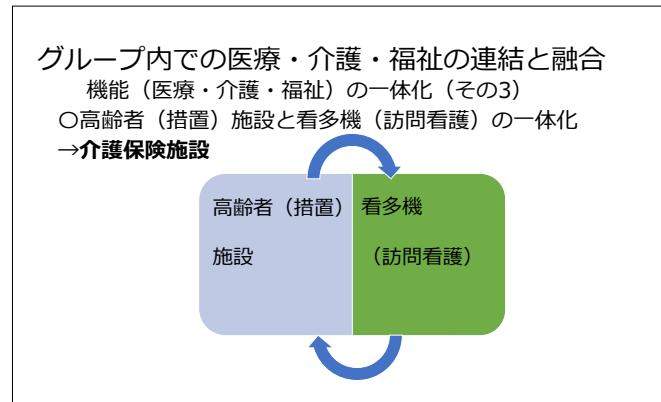


図5-2

ハビリ・ケアを継続して実践する」という職員共通の視点を持ち、グループ内的一体感と共通理解を醸成し、入院患者を減らすことである。

2024年度に函館市保健福祉部 地域包括ケア推進課の許可を得て、同サマリーを電子カルテ内に組み込み、当グループの情報共有ツール（KIICS）において情報共有する仕組みを構築した。リハビリ・口腔・栄養・排泄及びACPに関する利用者の情報が入退院を繰り返すたびに、常に新しく書き換えられ、情報が循環することになる。なるべく入力者の手間を省き、「退院サマリー」等他の情報との二重入力を軽減するため、電子カルテ内の情報をシートに自動で反映できるようにサマリーを改良した。このような情報が医療・介護間でタイムリーに共有されることはとても素晴らしいことではあるが、電子カルテや科学的介護情報システム（LIFE）の情報等の必要な入力操作があるために、サマリーシート作成は追加の手間になっているのが問題である。

8. 歯科歯科連携

嚥下に関して追記紹介する。当グループは摂食嚥下に関しては、摂食嚥下認定の歯科医師が担当している。病院とクリニックそれぞれに歯科を開設し、摂食嚥下と歯科治療で歯科歯科連携をとっている。病院においては、摂食嚥下外来を行い、嚥下造影検査：VF（swallowing videofluorography）や嚥下内視鏡検査：VE（swallowing videoendoscopy）等の検査を施行し、適切な嚥下方法の指導やりハビリを提供している。一方でクリニックにおいては、施

設を含めた訪問歯科を行い、病院から退院した患者さんの歯科治療を継続している。病院で行なわれたVFの結果を基に、適切な食形態や嚥下方法、リハビリを提供するというスキームを作り実践している。その結果、誤嚥や肺炎の予防に寄与しており、これもACSCsと言える。

9. ケアマネジャー（CM）の存在の重要性

最後にケアマネジャー（CM）の存在の重要性を忘れてはならない。

「時々入院、ほぼ在宅」を可能にする地域包括ケアを実現するためには、医療と介護の連結が必須であり、在宅生活を継続するためには好循環・高回転の医療と介護の連携が必要である。

この医療と介護の橋渡し役が、取りも直さずCMであり、施設や在宅での生活を維持するためのコーディネーターでもある。しかしながら、近年働き手が不足している中で、CMの労働環境は決して良いものではなく、そのためCMの数が年々減少し⁴⁾、更にはCMのケアマネジメント能力も低下している。

そこで、現在当グループに3ヶ所ある居宅介護支援事業所を統合して、大規模居宅介護支援事業所とし、そこに在宅生活を継続するために必要な訪問看護ステーション、栄養ケアステーションを併設した「地域包括ケアステーション高良台」を病院の隣地に本年12月に開設する予定である。当グループ内の居宅介護支援事業所を統合することは、グループ内の地域包括ケアを理想的な形にし、地域における地域共生社会へと発展させ、利用者のみならずこの地域の人々の幸福に寄与するはずである。

10. 最後に

高齢者は、常に状態が変化しながら、医療・介護・福祉施設間を循環している。しかしながら高齢者にとってみれば、連續した同じ人生である。であるならば、我々医療・介護・福祉に携わる人間は、なるべくそれらの垣根をなくし、利用者の生活の視点で論じ、利用者主体の地域包括ケアの仕組み作りをするべきであろう。高齢者入院を減らすために、当グループが実践している医療・介護・福祉の融合戦略を紹介した。このような取り組みは、地域共生社会（まちづくり）の実現、最終的には我々すべての人のwell-beingに繋がるはずである。

【参考文献】

- 1) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health, 123(2): 169–173, 2009
- 2) 函館市保健福祉部 地域包括ケア推進課:「医療・介護連携サマリー記載マニュアル」
- 3) 地域医療情報連携ネットワークにおける同意取得方法の例について(事務連絡), (令和2年3月31日), <https://www.mhlw.go.jp/content/000621515.pdf>
- 4) 介護サービス施設・事業所調査（毎年度10月1日時点）

病院の組織連携が生み出す地域完結型医療

社会医療法人交雄会メディカル 交雄会新さっぽろ病院

理事長 三井慎也



病院を継承してから建物の老朽化や地域の医療ニーズの変化といった課題に対応するため、病院の移転リニューアルを行った。データ分析に基づく戦略立案、市の再開発プロジェクトへの参画、法人形態の変更を行い、移転後に実現した隣接する脳神経外科・整形外科病院との3病院の連携、地域全体を巻き込んだエリアマネジメント、そしてロボット活用をはじめとするスマートホスピタル化への新たな挑戦について、現状報告と将来展望について述べる。

行い、移転後に実現した隣接する脳神経外科・整形外科病院との3病院の連携、地域全体を巻き込んだエリアマネジメント、そしてロボット活用をはじめとするスマートホスピタル化への新たな挑戦について、現状報告と将来展望について述べる。



写真1 交雄会新さっぽろ病院 外観

1. 病院の継承・移転リニューアル

私は大学を卒業後に大学病院、民間病院の勤務を消化器内視鏡を専門として約15年の勤務医生活を経て、約10年前の平成27年に旧記念塔病院を継承した。私が理事長を務める交雄会グループは、現在北海道内で2病院、3つの診療所、2つの老健、介護事業所、学校法人等を運営している。グループ全体で約700人が従事しているが、北海道特有の地理的な特性もあり、地方における医療・介護人材の確保の困難さがあり、人材確保および定着化に様々な工夫が必要とされる。

今回主に述べる「交雄会新さっぽろ病院」は約3年前に新さっぽろ駅直結の好立地に移転リニューアルした（写真1・図1）。



図1

その前身は、現在の場所から車で約5分ほど離れた場所にあった「記念塔病院」である。継承した当時の記念塔病院は、全館療養病床で地域からは、いわゆる“老人病院”と位置づけられていた。当時直面していた主な課題は、築40年近くの建物の老朽化および耐震化の問題であった。また、病棟にエアコンが設置されておらず、紙カルテ運用も含めて全てがアナログな業務フローであった。病床機能においては、介護療養病棟の廃止が議論されるなど先行きが不透明で、また地域における役割が明確ではなかった。これらの課題を解決するため、「建て替え」と「病床の再編」が不可欠であると判断し、職員を対象に事業計画説明会を実施し、基本方針として、「財務体質の改善」「人材の育成」「ICT化の推進」「新規事業の検討（いわゆるリニューアル）」を示し、新しい病院の姿を作り上げる必要性を掲げた。移転に向けたデータ分析と戦略を立案し、分析からえた現状と将来推計を推し量り、データ分析に基づく戦略決定を行った。その結果、病床機能として、①回復期医療：高齢者の在宅復帰支援に向けた「回復期病床（リハビリ）」の需要が増加すると予測。②地域包括ケア：医療と介護の連携が進む中で、地域密着型の医療施設として「地域包括ケア病床」が求められると結論付けた。方針戦略が固まったところで、「新札幌駅前再開発プロジェクト」への参画と事業計画の具体化が進み実行に取

り組んだ。このプロジェクトは商業・ホテル・教育・医療など7つのテーマで構成されており、病院は地域医療・予防医療の担い手として参画が求められた。

2015年にプロポーザルに応募し、2年間にわたるゼネコンや市との交渉を経て、最終提案者として当選し、病院の移転計画が急速に具体化した。最終的な病棟編成は、「回復期リハビリテーション病棟」と「地域包括ケア病棟」の開設を正式に決定し、廃止が見込まれていた介護療養病床は、一旦「介護医療院」に転換し、段階を経て医療療養病棟に転換した。新病院の全体構想の中に、病床再編に加え、災害に強いエネルギーセンターが併設されることから「透析センター」の開設も決定。さらに地域のニーズにより「内視鏡センター」も併設、その他訪問看護・居宅介護支援・在宅療養支援病院といった在宅サービス機能も構想に盛り込んだ。また、新築に伴う財務的負担を軽減するため、法人形態を「社会医療法人」へ変更する戦略をとった。北海道東部の遠軽町で町の委託を受けて運営していた診療所が「へき地診療支援」の実績として認められ、令和2年に社会医療法人の認定を取得したことは移転新築を控え、不動産関連の税金が非課税になったことが特に大きなメリットとなった。加えて、建物の不動産取得税も非課税となり、効果は絶大だったと振り返る。さらに、既存の有床診療所と病院本体を統廃合し、これにより地域の医療機能再編に貢献したと評価され、登録免許税の軽減措置を受けることが可能となった。これらの税制優遇措置を計画的に活用することで、コストを大幅に抑制しながら170床から185床への増床と移転リニューアルを実現した。

2. 移転後の経過

2022年7月に移転リニューアルが完了し、様々な特徴を持つ新病院が誕生した。自身の専門分野でもあり、AIによる病変検出支援システム「エンドブレイン」を導入した内視鏡センター、隣接するエネルギーセンターから災害時でも電気の60%、温水・冷水は通常時と同等の供給を受けられることで、「災害に非常に強い」透析医療の提供が可能な透析センター、リハビリの強化を目的に充実したり

ハビリテーションセンターも開設した（図2-1、図2-2、図2-3）。



図2-1



図2-2



図2-3

また最寄りの駅からは空中歩廊「アクティブリンク」に直結しており、患者や見舞客はもちろん、スタッフの通勤時も天候に左右されずに院内へアクセスできる環境であり、整形外科・脳神経外科の単科専門病院ともこの「アクティブリンク」で直結する形となった。

職員向け福利厚生の一環として、眺めの良い開かれた空間の職員食堂（図3）を設置し、全職種が利用できる専用の「スタッフ専用ラウンジスペース（図4）」を設けた。スタッフ専用ラウンジでは、職種を問わずにコミュニケーションが図れるような形態とした。



図3



図4

3. 病院連携の現況と課題

新さっぽろ再開発エリアには、当院の他に「新札幌脳神経外科病院：135床」と「新札幌整形外科病院：88床」が隣接している。自院を含め3病院と、複数のクリニックが入るメディカルテナントビルが全て空中歩廊「アクティブリンク」で接続されている(図5)。3病院の医療連携・機能分化として、脳神経外科・整形外科病院で急性期治療を終えた患者さんを当院の回復期・慢性期で受け入れるというスムーズな連携体制をコンセプトとしている。またMRIなど医療機器や臨床検査センターの共同運用もひとつの特徴である。(図6)



図5



図6

4. 新しい街づくり

地域への貢献としては、3病院合同で市民公開講座を開催し、地域住民への情報提供を行っている。エリアマネジメントの活動として、病院・大学・商業施設・ホテルなどがコンソーシアムを組み、「みんなでまるごと健康をつくるまち」をスローガンに掲げ、エリア全体の価値向上に取り組んでいる(写真2)。商業施設のフロアを活用した健康フェスやパークヨガなど、医療機関と商業施設が連携したイベントを過去に開催している(図7)。また隣接するエネルギーセンターにより、エリア全体が低炭素



写真2



図7

で災害に強いまちづくりを実現しており、先進的な取り組みであるため、国内外から多くの見学者が訪れている。

5. 新たな取り組み

今後のICT化に着目し、病院の設計段階から大成建設の「スマートホスピタル構想」を導入し(図8)、ロボットの自律走行を前提としたネットワーク回線などを構築した。背景には深刻化する人材不足や医療技術の高度化といった課題があげられる。



図8

スマートホスピタルは、未来の医療を見据えた病院施設である。先進的ICT技術（ソフト）と施設（ハード）を融合・最適化し、病院の業務効率化と患者サービス・医療安全の向上を図り、スマートシティと連携することでシームレスにヘルスケアサービスを受けるためのインフラ構築を目指す。

川崎重工製の搬送ロボット「FORRO（フォーロ）」をはじめ、複数のロボットの実証実験を行っており、病棟への搬送などに活用し、指示を出すとロボットが自らエレベーターに乗り、目的地までの搬送業務を行っている。PC上ではロボットの位置確認も可能で、トラブル発生時にも対応している。このロボット搬送業務の実証実験の効果として、職員の搬送業務時間を1日あたり平均約46分削減が可能となる結果が得られた。アンケート結果においては、約半数の職員が「負担軽減につながった」「今後も任せたい」と回答し、安全性や操作性も高く、忍容性に関しても一定の効果が得られた。今後の課題として、

エレベーターの利用制限や搬送できる物品のサイズ制限などが挙げられたが、解消に向かっている段階である。また特異な活用法として、外来混雑時などにロボットが看護師の代わりに患者への対応に行く試みも実施した。ロボットに対応をしてもらうことで、看護師の労力が軽減する効果が得られた。すべてのロボットの実証実験において、患者へのトラブルは一切発生しなかった。(写真3・4・5)

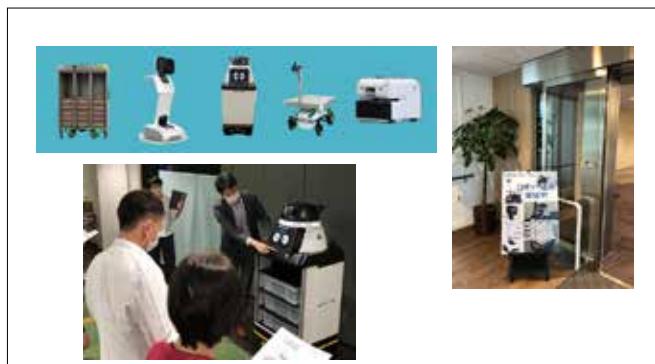


写真3



写真4

写真5

6. おわりに

病院の移転リニューアルを契機に、病床機能の転換や法人形態の変更といった改革を行った。短期・中長期的な計画の策定、行政等の支援策に関する情報収集と有効活用、そして「スピード感とタイミング」が極めて重要であった。

今後の医療機関には、単なる医療連携のみならず、地域全体を巻き込んだいわゆる「街づくり」の構築が求められる。



人口減少時代の病院経営

～新棟建設で業績を伸ばした北条病院の地域密着戦略とは？～

医療法人社団樹人会 北条病院

理事長 高石義浩

2025年9月1日時点の愛媛県における100歳以上の人口は1,563人で、男性178人、女性1,385人と6年連続で過去最多を更新した。同じ頃、当院では稀なことに入院患者4人が「人生100年時代」の体現者、100歳以上であった。介護施設へ入所したが自宅生活を切望し移行した人、99歳にして「もうちょっとだけ、生きたい」とPD（腹膜透析）ラストを導入した人など、そこには超高齢化社会のもたらす多様性が垣間見える。「人生100年時代」とは英国のロンドン・ビジネス・スクールのリンダ・グラットン教授が、著書「LIFE SHIFT－人生100年時代の人生戦略」の中で提唱した概念であり、医療技術の発展や公衆衛生の改善により、多くの疾患の死亡率が低下し人々の平均寿命が伸び、100歳まで生きることが当たり前になる時代が到来するという考え方である。そして、これまでの「教育を受け、仕事をし、引退を迎える」という3段階のライフコースでは長寿化に対応できず、生涯にわたって多様な働き方や生き方を複数選択していくマルチステージ型の人生設計が必要であるといわれている。

世界的な高齢化の進展により慢性疾患と共生する時間の延伸を招く中で、先に述べた彼らのように、まさしく一人ひとりが自分らしい生き方を模索し選択する時代を迎えつつある。このような時流に合わせて、医療は住まい、地域づくり、働き方と調和しながら「社会システム」として機能することが求められることとなる。これを実現するためには「疾患志向から問題解決型へ」「確実性から複雑性へ」「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」のように従来の医療提供のあり方や価値観を根本的に転換する、パラダイムシフトが求められる。しかし、これらは医療としての責務ではあるが容易では

ない。日本社会全体が抱える都市部一極集中という課題を背景に高齢化の進展や病床数・構成といった医療資源、受療率などに様々な地域格差が生じ、劇的に概念が変化している中での医療システムの再編は、再編ではなく淘汰を招いている。一方で再編へ向けての端緒は何か。医療提供における「連携の不足」を解消することが挙げられるだろう。現状、予防は保健事業者、治療は医療機関、介護は介護施設、終末期は医療機関などケアサイクルにおける各提供者は連携が少なく、狭く分断されている。目指すべき方策として、既存の診断分類ではなく、包括的な病態と診療モデル型を踏まえた提供体制の再編、現代医療で必要なケアサイクルおよびそのアウトカム指標の再定義、ケアサイクル全体を委託する保険者の役割および責任の再定義などが考えられる。

このように「治す医療」から「治し、支える医療」に転換していく時勢とともに自院の過去・現在を内省し、未来を志向する。

当院が所在する愛媛県松山市北条地区は、2005年に平成の大合併で松山市と合併した旧北条市である。もともと単一の市として機能していたため、支所や各種施設があり、住民のつながりが強く、三世代の交流や公民館活動が活発であるなどの特徴がある。この地区は松山平野との間に丘陵地が横たわり、市街地から20kmほど離れた少々地理的に隔離されたような地域である。人口は約2万5,000人で減少傾向、高齢化率は35%を超え、その割合は徐々に増加している。二次医療圏である松山医療圏の高齢化率は約23%，その中にあって過疎化が進行している地区であることがうかがえる。松山医療圏は病床数過剰地域であり、2016年度の試算では2040年に向けて一般病床約2,000床の削減が予想されていたがほぼ変化がなく、今後も地域の医療機

特集 激変する時代の中で選ばれ続ける戦略とは

能を保ちながらも療養、回復期への転換や病床削減が求められている。その一方でこの地区の一般病院は60床の当院のみであり、二次救急を担う松山市救急指定病院もなく、基幹病院まで約15～30km離れている。さらに地区社会福祉協議会では高齢者施設の定員数や入院施設が少ないと課題とされるなど、人口に対して医療・介護資源は充足しておらず、一医療圏内で地域格差が生じているような状況である。故に当院のミッションは「この地域で継続すること」である。

そもそもバイト医として勤務を始めて、前開設者とは縁もゆかりもなく、凡そ10年前にM&Aに直面しMBOを経て、理事長に就任した。それまでを振り返ると、なかなかに暗澹とした気持ちに囚われる。副院长時代には看護部長と退職した経営企画部長との内通・斡旋による看護師の大量離職、内科部長と当時の事務部長の飲酒運転、院長時代には総務課長と放射線科長の横領など、暗い話題に事欠かかず、職員は「この病院つぶれるのに」と発言する。当時は地域包括ケアシステムが制度化され、自院が目指すべき地域医療を支える機能が明示されているにもかかわらず、実現には程遠い状況であった。危機感の欠如、セクショナリズムの弊害、収益性志向の低さ、顧客を考慮に入れない発想、ビジョンがないことなど問題が山積しており、病院改革が喫緊の課題であった。すべての部門・職種が対等な組織づくり、職種・役職にかかわらず、忌憚なく話し合える組織風土の醸成、全員参加型経営と計画的運営の

実現を目指し、財務・内部プロセス・人材育成・顧客の4つの視点からそれぞれの戦略的目標を掲げ改革に着手した。

ここから、たとえて言えば「発展のための三種の神器」、「気づきの機会」「理念の可視化」「立ち位置を知ること」を実践していった。まず、モチベーションマネジメントとして「気づきの機会」を設けた。週1回、誰でも参加し、誰でも提案できる場として診療内外施策検討会を設け、院内外の諸問題について検討している。相互肯定感を高める開放的な会議は、その性質から対等な意思疎通と権限移譲をもたらし、自己決定感から内発的動機付けが促され、主体性・自主性をもった当事者意識の高い組織へと活性化する。その成果の1つが、地域包括ケア病床の導入と病床編成の変化である。地域包括ケア病床の開設前、この病床が医療・介護の需要と供給に順応しやすい病床であるとは理解できず、ほとんどの職員は導入に反対した。何度も何度も会議で議論を交わし、地域包括ケア病床が急性期後の患者のリハビリや在宅患者の急性増悪の受け入れなど、自院が提供している医療が評価されるものであるとの共通認識に至り、2014年8月、15対1一般病棟のうち10床を移行した。その後も診療報酬改定や医療ニーズを踏まえ、適切なタイミングで病床編成に関する対話の場を設け、5度目の再編となる2024年10月から10対1看護配置相当の急性期一般病床15床、地域包括ケア病床45床で運用している（図1）。この病床再編については、2016年の日経へ

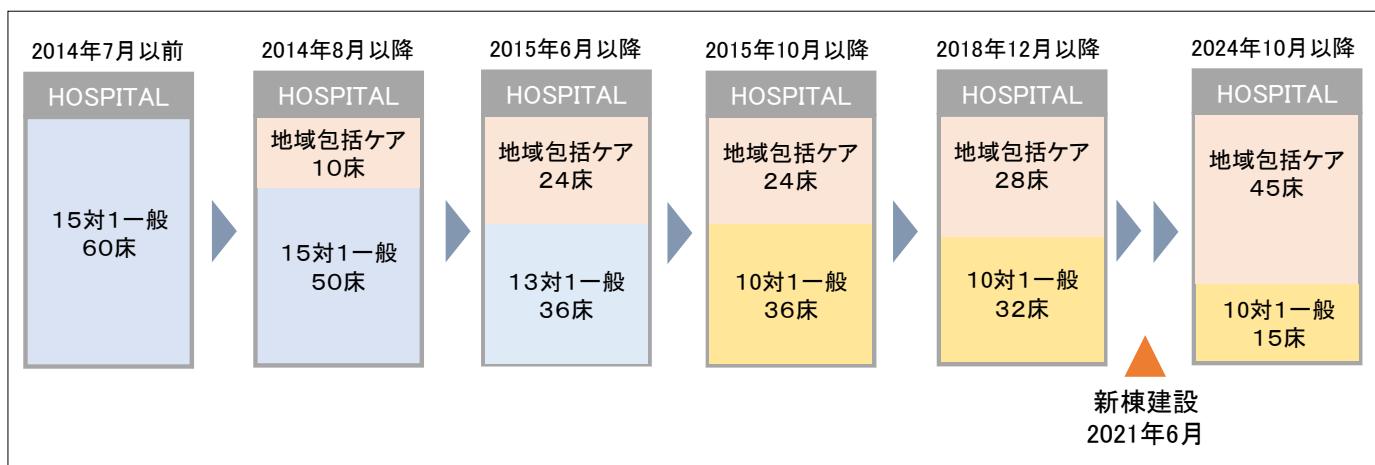


図1 病床編成の変化

ルスケアの特集“在宅復帰時代の下剋上—川下から川上へ病床機能を転換—”に掲載され、この外部評価はモチベーション向上の後押しとなった。この間にTQM大会や合宿型研修、電子カルテの導入など新たな取り組みも実を結び、職員数や維持透析患者数、訪問診療患者数などが1.5倍ほどに増加、入院医療では病床稼働率80%前後を維持している。

2021年6月、新棟建設を契機に「理念の可視化」を行った(図2)。これは北条病院を訪れた患者・ご家族の安心の吐息「ほ」をシンボル化したもので、上に向かって走る安心の吐息に、これからも必要とされる“「ほ」と安心、北条病院”をイメージしたデザインである。ひらがなの「ほ」の成り立ちは「保」、これには「持ち続ける」「助ける」「責任を持つ」

図2 理念の可視化
—シンボルマーク—

「大切に世話をし、育てる」「付き添う」などの意味があり、「ほ」にはこのような想いを籠めている。「ほ」の実現のために自分ができることは何か。目指す姿を描き、自ら考え行動することで病院全体の一体感が増していく。そんな中で迎えた5度目の病床再編では、地域を支える安心の場所として病床の75%を地域包括ケア病床へ転換する案を選択した。また新棟はその機能に配慮した回廊型建築を適用し(写真1)，廊下の壁には癒しの空間になるようにと地元出身の画家 小泉正孝先生から寄贈された絵画を数多く展示している。

このような内面的な改革と並行して、地域への視点を持ち、俯瞰して自院の「立ち位置を知ること」は重要である。県医療計画によると、当院は回復期ではなく、絞り込まれた診療科において急性期医療を提供する病院として位置づけられている。緊急入院率は約60%，年間80件以上の救急搬送を受け入れ、この地域の高齢者救急を担っていることに対する評価であろう。また退院後の患者状況に目を移すと、在宅復帰率は80%を超え、退院後も約



写真1 回廊型建築 -スタッフステーション-

6割の患者に当院が医療を提供している。さらにこの地域で訪問診療を行っている医療機関は、当院と無床診療所1つのみという状況下で在宅医療提供の中核をなしている。当院の在宅医療におけるコンセプトは2000年に開始した時分から変わらず「在宅のベッドは、地域の病床」である。充分とは言えない入院医療資源しかない地域でも、病院と在宅で差がない医療を提供し、在宅で安心して過ごして欲しいという想いで続け、現在の訪問診療患者数は約180人、訪問リハビリテーション患者数は約20人、これらの需要は伸び続けている。また在宅医療を提供する医療機関の重要な役割の1つとして、介護施設を支える機能が挙げられる。当院はこの地域のほとんどの介護保険施設等の協力医療機関である。コロナ禍には高齢者施設の大規模クラスターの終息に向けて積極的に医療介入し、松山医療圏で5番目の重点医療機関として対応にあたった。このように自院の地域医療における役割と立ち位置を経験から理解したことで、次に何をすべきかが見えてくる。今後さらに必要とされる医療・介護連携の中核としての調整機能を發揮するための素地として、北条地区医療・介護・福祉研究会を企画・開催し、第4回を迎えた。多施設・多職種を対象にハイブリッド開催や対面でのグループワークなどをを行い、参加者アンケート結果から少しづつ手応えを感じているところである。

ここまで、患者志向の病院改革について述べてきたが、それらはやはり職員1人ひとりの幸福が前提

である。言うまでもなく、安定した病院経営には患者のみならず、職員の満足度向上も両立する必要がある。この方策を考えを巡らせたとき、ポジティブ心理学の創始者であるマーティン・セリグマン博士が提唱した、幸福や Well-being を構成する 5 つの要素を示す PERMA モデルが想起される。そして職員の幸せ実現のための Policy として常に Company (ラテン語の「com(共に)」と「panis(パンを食べる)」を語源とする) をイメージしながら実践に移す。病床稼働率が安定し収益が上がったとき、総力戦で挑んだコロナ禍に分配されたコロナ補助金など、折に触れ特別賞与として職員へ還元する。また毎年、日本慢性期医療協会主催のハイ研修に数名ずつ参加している。この研修では日常の喧騒から離れ他国に赴き、多施設と交流し視野が広がり刺激を受けることで、外発的動機付けのみならず内発的動機付けを促し、人材育成にも寄与している。このように個人の Well-being を積み重ねることが、組織の Well-being に繋がっていくと考える。

将来を見据えて、改めて現在の医療を取り巻く環境を振り返ると、急激な少子高齢化という人口動態の変化により「財政」「人的資源」「地域格差」など相互に関連し合う課題を抱え、そこに「質」「公平性」「効率性」を目標とするトリレンマを内包していることで、医療提供体制の再構築はより困難なもの

のとなっている。診療報酬改定に追従していれば病院経営が維持できる時代は過去のものであり、地方から都市部への人口流出、それにより生じる様々な地域格差への対応が不十分なまま、公定価格である診療報酬によって政策誘導を行おうとしたため、既に多くの医療機関が深刻な経営難に陥っている。特に地方の医療機関は他業種との人材獲得競争にさらされ、抜本的な賃上げ・待遇改善をしないと職員の確保もままならない状況下にある。今後最低賃金の引き上げにより首都圏との所得格差はさらに広がり、採用が厳しくなっていくことは想像に難くない。人的資源の不足をどう補うか。世界的に拡がるデジタル・ディスラプションの渦をイノベーションの機会と捉え、業務効率化の基軸として DX と AI の導入に舵を切ることも重要なことになるだろう。自院ひいては個々の努力のみでは到底解決できない様々な地域格差のある中で、地域創生の基盤となる地域医療体制の維持のためにも、医療機関の社会的責任は「継続すること」である。変貌を遂げる医療提供体制に柔軟に対応し、この地域の医療・介護・福祉連携のネットワークの構築に主導的に尽力し、地域包括ケアシステムの医療の要として、高齢者救急や在宅医療を支える「最後の砦」を堅守すべく孤軍奮闘しているところである。

病院経営は未来の地域をデザインする仕事 介護から医療へ 500 床への挑戦、その先へ

医療法人成和会 ほうせんか病院・北大阪ほうせんか病院
副理事長 樋口昌克

1. はじめに

豊泉家グループは、1990年に米国サンライズ社とのパートナーシップによるアシテッドリビングホームの開発から事業を開始した。1995年には日本において在宅サービスを中心とする介護事業を創業し、1998年には社会福祉法人を設立して第一種社会福祉事業であるケアハウスを開設した。現在は高齢者事業・障がい者事業を展開しており、創業以来、日本が直面する超高齢社会や孤立・無縁化といった社会課題に対し、医療・予防・在宅生活サービスを包括的に提供することで、多様な個人のニーズに応えてきた。介護事業から医療事業への展開は当時としては珍しい試みであり、その理念は今日に至るまで変わらず、ヘルスケアサービスの未来を創造し続けているのである。

2. 介護事業から医療事業へ

当法人は医療事業の開設にあたり、2008年度に2011～2020年度の10か年経営計画を策定し、M&A時期を201X年（Xは1～9）と位置づけて準備を進めた。2011年6月には法人および病院（220床）の事業継承を行い、2012年4月1日より法人名を「医療法人成和会」、病院名を「ほうせんか病院（写真1）」と改称して開院した。さらに2019年4月1日には「北大阪警察病院（280床）」の事業譲渡を受け、「北大阪ほうせんか病院（写真2）」と改称し、両病院を合わせて500床を有する法人となった。

2019年の事業譲渡直後に新型コロナウイルス感染症のパンデミックが発生し、我々の生活は大きく変容した。当法人は基本理念である「自立・自由度の高い医療で社会に貢献する」および「医療・生活



写真1 ほうせんか病院 外観



写真2 北大阪ほうせんか病院 外観

の質」「チーム医療」「人間愛」「人財育成」「地域連携」の5つの基本方針に基づき、北摂地域の医療崩壊と感染拡大を前に「立ち向かう使命感と挑戦する勇気」を掲げ、2020年10月よりPCR検査事業を開始した。2021年2月末には「コロナ病棟（60床）」の入院治療病床を確保し、中等症患者および一部重症者の受け入れを実施した。その後も「病院一体型宿泊療養施設（106床）」「大阪コロナ高齢者医療介護臨時センター・ほうせんか（40床）」の運営を開始するなど、ワクチン接種・発熱外来・共同研究とあわせて総勢13万人以上の支援を行ったのである。

当法人は設立15年程度の医療法人であるが、コ

コロナ対応を通じて地域医療機関や行政との連携を強化し、地域において一定の社会的役割を果たすことができた。茨木市は人口 28.5 万人、高齢化率 24.2% と府下では比較的低いが、高度急性期医療が不足している。高齢者人口増加に伴う慢性疾患や高齢者救急対応が今後の課題である。

3. 社会背景

2023 年 5 月に感染症分類が 2 類相当から 5 類へ移行した後、日本の病院は厳しい経営状況に直面している。2024 年診療報酬改定後、病床利用率は上昇傾向にあるが、医業利益率はマイナス 6.0%，経常利益率はマイナス 3.3% と前年同期比で悪化している。医業利益で赤字となった病院は 69.0%，経常利益で赤字となった病院は 61.2% であり、2025 年 3 月 10 日に公表された 6 病院団体の調査でも経営の脆弱性が指摘されている。自治体病院に至っては、86% が経常赤字、95% が医業赤字という「過去最悪」の状況である。

その要因は、人件費や材料費の高騰、診療報酬の不十分さ、医療人材確保の困難などであり、一時的な要因ではなく構造的な問題である。このような厳しい環境においても、地域医療を守るために継続的かつ計画的な経営を行う必要がある。病院経営とは単なる医療提供機関の維持ではなく、地域社会の未来を構想し、その基盤を築く営みである。（図 1）

4. 将来の医療構想と病院経営の関係性

①病院機能の明確化と役割分担の強化

病院ごとの担うべき役割を明確にすることが必要である。入院医療にとどまらず、外来・在宅医療、さらには医療と介護の連携まで幅広く対応できる体制を構築することが求められる。自院の強みを活かして地域の中でどのような役割を果たすかという戦略的視点が不可欠である。

②人口減少・高齢化による需要変化への対応

人口減少、少子高齢化、働き手不足——日本の地域社会は大きな転換点に立たされている。その中で病院の役割も変化しており、何を行うかだけでなく、何を行わないかを明確にすることが重要である。また、医療 DX の推進や AI 活用により、生産性向上と医療の質の担保を両立させることが、経営における大きな課題である。

③競争から協調・連携へ

地域の責任を病院同士が共同で担う時代に入り、競争から協調、さらに法的な連携や統合も視野に入れた経営が求められる。単独で全てを担うのではなく、地域全体で医療資源を最適化する動きが強まっている。当法人も2025年7月、国立循環器病研究センター（国立研究開発法人）と民間医療法人との初の連携協定を締

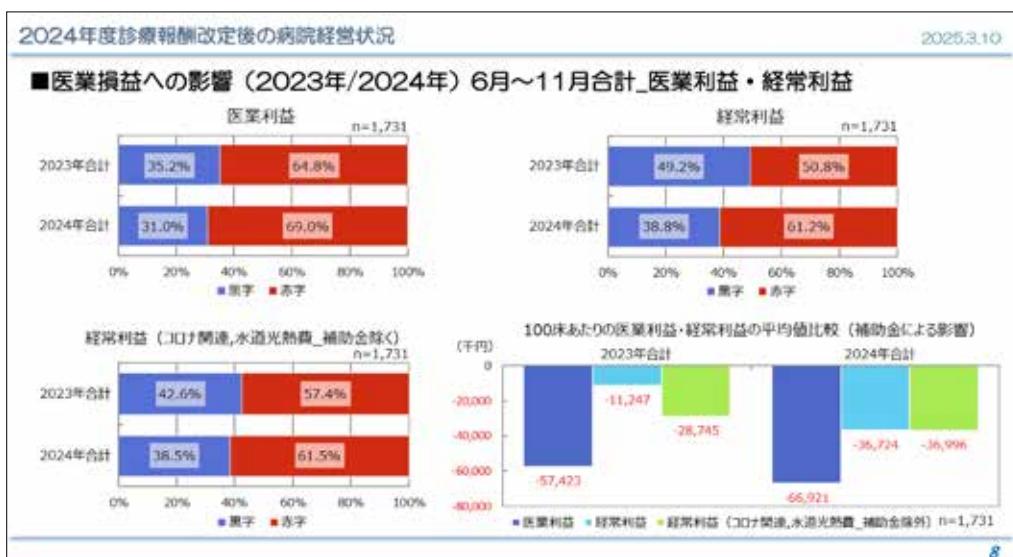


図1

出典：一般社団法人日本病院会ホームページ 2024 年度診療報酬改定後の病院経営状況 P8

結した。心血管疾患患者の退院後の再入院率を防ぐ取り組みとして、急性期治療と回復期リハビリテーションとの連携を実施し、共同研究を開始したのである。

④医療従事者不足への対応

医療従事者の不足に対応するため、病院経営の効率化やICT活用、業務の見直しを進めることが必要である。さらに、地域に根ざした病院経営は雇用の創出や人材育成にもつながる。医療従事者が誇りをもって働く環境を整備し、地域に信頼される組織づくりを推進することが、地域の魅力向上や人口流出の防止にも寄与するのである。

⑤高齢化による複合的な医療・介護の需要への対応

2040年には、85歳以上の高齢者が1,000万人を超えると予測され、慢性疾患や複数の疾患を抱える高齢者が増加する。そのため、急性期医療だけでなく、回復期医療・在宅医療・介護までを包括的に支える体制の整備が不可欠である。（図2）

5. 意思決定について

病院は、施設の枠を超えて地域全体の課題解決や価値創造に取り組む必要がある。また、健康管理・治療にとどまらず、福祉や介護までを総合的にコーディネートできる体制づくりに挑戦することが求められる。

地域医療を支え、皆様からこれまで以上に信頼される病院として機能するためには、様々な場面で決断を下し、明確な方針を打ち出すことが不可欠である。意思決定において特に大切にしている視点は以下の通りである。

①社会課題の解決を視野に入れた経営戦略であるか

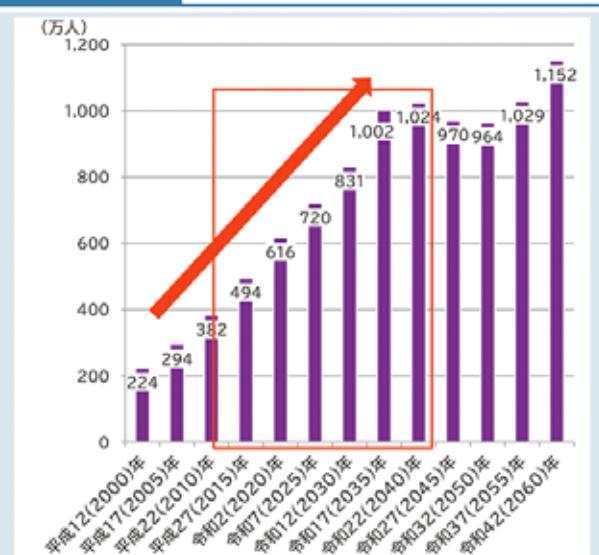
- ・目的や目標が明確であること。

②法人の基本理念や基本方針、豊泉家MORAL（フィロソフィ）に沿っているか

- ・「損得判断よりも善悪判断を最優先する」
- ・「利他の心51%以上、利己の心49%以下を目指す」
- ・「トライアル＆エラー、そして名誉挽回でもう一度挑戦する」

※これらは全職員に示しているコアバリューの一

図表2-1-3 85歳以上の人口の推移



資料：2025（令和7）年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果、2020（令和2）年以前は、総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省老健局総務課において作成。

（注）「国勢調査」の数値について、厚生労働省老健局総務課において年齢不詳人口を投分補正している。

図2

出典：厚生労働省 図表2-1-3 85歳以上の人口の推移

例である。

③内部への周知と浸透、納得が得られるか

- ・熱意と情熱をもって伝え、苦楽を共にすること。
- ・想いが伝わらなければ、いかに優れた戦略であっても実現は困難である。

④愚直に、地道に、徹底的にやり続けること

6. 結びに

病院経営者は「医療の視点を持った地域デザイナー」である。診療科の配置、地域包括ケア、ICT、人材戦略といった意思決定は、地域社会の未来を左右する。病院には命の誕生から看取りまでを支える責任があり、その経営は数字のみで語ることはできない。経営者の理念と想いこそが人を動かし、地域をつなぎ、未来を築く力となる。

病院経営は単なる組織運営ではなく、未来を創造する営みである。病院経営者には、目の前の医療提供に加え、将来の医療体制と地域社会の幸福を見据えたグランドデザインを描く責務がある。すなわち、病院経営とは「いのちを預かる責任」と「地域を育てる使命」の双方を担う仕事である。



やさしい社会を創造するために、 私たちが医療の立場からできること

洛和会ヘルスケアシステム

理事長 矢野裕典

現代の日本、特に私たち医療・介護業界が直面している現実は、決して平坦な道のりではない。少子高齢化の急速な進展、それに伴う生産年齢人口の減少、そして社会保障費の抑制という大きな逆風が吹き荒れている。2025年9月19日に開催された、厚生労働省の第118回社会保障審議会医療部会でも取り上げられたが、日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会の6団体が「ご存じですか？あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！地域医療はもう崩壊寸前です」と題する緊急提言を出している。物価や賃金の急激な上昇に対し、公定価格である診療報酬の改定率は追いつかず、多くの病院が深刻な経営危機に瀕しているのが実情である。全国の病院の約6割が赤字経営であるという厳しい現実がある。経営破綻に至る病院も少なくない。

まさに、地域医療は崩壊の危機に直面していると言っても過言ではない。私たちはこの逆風に対して、大きく2つの取り組みを行なっていかなければならない。

まず1つは、先の緊急提言にあるように、政府に対して、病院の診療報酬について物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを求めること、そして社会保障予算に関する財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを求めることが、この声を経営者・そして医療従事者全ての力で大きくすることが必要である。

そして、もう1つ、変わり続ける環境の中で私たちが行えることは、自らの変革である。私たち洛和会ヘルスケアシステムは、この逆風ともいえる状況をあえて「組織進化の起点」と捉えている。私たち

は、それぞれ地域を支える医療機関として、地域から選ばれ続ける存在であり続けなければならない。

洛和会ヘルスケアシステムは1950年、私の祖父である矢野宏が京都市下京区に「矢野医院」という診療所を開設したところから始まった。二代目理事長の矢野一郎（現会長）は京都を拠点に、滋賀や東京にも拠点を広げ、京都市中京区の洛和会丸太町病院、京都市山科区の洛和会音羽病院をはじめとして、京都を中心に、滋賀・東京に、医療・介護・健診・介護福祉用具・患者搬送事業と幅を広げてきた。

先人たちは、「目の前の困っている人を助けるため」という一心で、時代のニーズに応え、医療から介護、保育、教育へと事業の幅を広げてきた。その根底に流れるのは、今も変わらぬ「やさしさ」と「感謝」という価値観である。私は、その洛和会の3代目としてバトンを受け取り、さらに、障がい福祉、農業、まちづくりを行う一般財団法人、地域医療連携推進法人といった新たな分野を加え、地域全体の生活と健康を支える仕組みとして、現在の職員数は6,600人を超え、運営する施設数は201にのぼる。組織のパーカスとして「やさしい社会を創造する。」を設定し、総合力によって健康を支え、暮らしに寄り添う活動に取り組んでいる。

私自身、特殊なキャリアを持っている。医師免許を取得後、医師であることを明らかにせずに、現場の介護職員として約1年間経験した。学生時代には、国会議員事務所で書生として数年にわたって国の政策立案を国会議員や役所の皆様の真横で見せていただく機会もあった。現場の視点と仕組み作りの視点を学べたことは、今の経営に大きく活きている。詳しくは、ダイヤモンド社から出版した矢野裕典著「地域医療と街づくり 京都発！「日本の医療が変わる」経営哲学 元ひきこもり理事長の病院経営術」（図1）をご参照いただけ



図1 書籍：地域医療と街づくり
「日本の医療が変わる」経営哲学

べきミッションは、先代たちが築き上げてきたこの土台を「継承」し、時代の変化に合わせて大胆に「進化」させていくことと捉えている。

私たちの次世代戦略の核となるのは、「福利厚生の充実」と「まちづくり（CSR活動）」という二本柱である。これは、組織の「内」と「外」の両面から、持続可能な成長基盤を構築する試みである。

医療や介護は、「人」が全てである。職員一人ひとりが心身ともに健康で、安心して働き続けられる環境なくして、質の高いケアは提供できない。洛和会の経営者として、もともと職員も家族だという想いがあり、職員の家族もまた家族だ、という大きな想いで組織を運営している。私たちは、職員を最も大切な財産と考え、福利厚生制度の構築に全力を注いでいる。

その一つが、現場の声を経営に活かす職員との直接対話である。課題や提案をタイムリーに把握するためには、働いている職員一人ひとりとの密なコミュニケーションが必要である。職員の昇進タイミングで少人数が集まり経営陣とランチミーティングを行い、課題を吸い上げ、多くの改善が実現している。例えば、洛和会ではリフレッシュ休暇という連続12日間の休暇取得制度がある。コロナ禍において、旅行に行くこともできず、かといって12日連続休暇をしてもやることがないという声を受けて、

ればと思うが、とりわけ医療の視点と介護の視点、その両方を肌で感じたからこそ、制度の狭間で苦しむ人々を支え、誰もが安心して暮らせる社会を創りたいという想いを強くした。その実現のためには、従来の医療機関の枠組みを超える挑戦が必要不可欠だと考えた。私が理事長として果たすべきミッションは、先代たちが築き上げてきたこの土台を「継承」し、時代の変化に合わせて大胆に「進化」させていくことと捉えている。

分割取得を認めるという改善を行うことができた。経営陣と各職員とのコミュニケーションは、制度を利用する側の視点に立ったきめ細やかな経営判断につながっている。

ライフステージの変化に柔軟に対応できる制度も重要である。法律を上回る育児・介護支援はもちろん、近年では「不妊治療及び卵子凍結保存支援」や、事実婚・同性パートナーも福利厚生の対象に含めるダイバーシティへの配慮も進めている。男性の育児休業の計画的付与制度を導入して連続14日間の育児休業を推進しているほか、長期間の育児休暇も積極的に推進している。お孫さんが生まれる世代のために「まごたん休暇」を新設し、お孫さんが生まれてから3ヶ月以内の特別休暇取得も創設した。

福利厚生は、これまで、家庭を持っている職員に対しては充実していたが、独身、単身者にもプライベートライフを充実してもらうことが必要だと考えた。そこで、職員同士の出会いの場としてバーベキューや年代別食事会、スポーツ観戦企画などを進めている。このほか、行政が運営する婚活ナビの登録費用を法人負担したり、婚活支援業界最大手のIBJと提携した外部サービスの提供、地域の公務員や企業等の他業界との合同交流会など、幅広い出会いの場を提供している。

働き方と福利厚生という取り組みも始めた。2022年から導入した「副業・兼業制度」は、職員のスキルアップや自己実現、そして地域貢献にも繋がる新たな働き方として定着しつつあり、2025年現在の取得者は述べ640名となっている。許可を取れば、副業・兼業が可能という制度で、個人事業主（フリーランス・YouTuber）も可としている。職員には、私たちの組織内の決裁フローで、副業先の登録申請を行ってもらい、上司の許可を得た上で副業を実施できるようにしている。副業開始後、副業実績報告を求めるほか、過重労働を防止し、不適切副業先での勤務を制限するなど規定上の制限も設けている。組織内での副業も促進しており、事務職員が介護施設のデイサービスのドライバーとして副業したり、医療職種が学童クラブで小学生向けに金融教育の授業をしたりと、組織内に多様な職場があるなかで、セ

カンドキャリアを考えてもらうきっかけにもなっている。

洛和会では、洛和会京都看護学校で、看護師と助産師の育成に取り組んでおり、創立30周年を迎えた2025年に校舎を新築移転した。組織内部でのキャリアパスを考えてもらう観点から、例えば介護職が看護師資格を取得したいとの希望があれば、通常の社会人入試として試験を受けてもらい、合格すれば、学業に取り組んでいる間も元の職場でのアルバイトを認めるなど、職員一人ひとりのリスクリミングを支援している。少子化の中で学校経営を考えたときにも、社会入学者は意義のある存在である。社会人出身の学生と、社会人経験のない学生が共に学ぶことによる実践的経験の場となることもあり、これからのかの看護学校経営においては、社会人を軸に据えることの重要性を強く意識している。

職員の働きやすさを維持するという観点では、いわゆるカスハラ、カスタマーハラスメントの対応も重要である。これまで職員の名札は、従前所属とフルネームだったのを、苗字のみの記載に変更した。これにより、職員が安心して業務に取り組めるようになったとの感想が出ている。SNS時代にどのように職員を守るか、という視点でも有効な取り組みであると感じる。また、本来業務として患者さん、利用者さんに接して医療介護等のサービスを提供することが必要な現場の職員が、過剰な要求やご家族対応など周辺事情で疲弊することを防ぐことも重要である。組織内の役割分担という観点を持って、日常的に接する職員とクレーム対応を行う職員とを切り分けて、それぞれが業務として必要なサービス提供をしてもらうことで職員のメンタルヘルスを守ることも重要である。また、職員で対応できない場合は、警察等の外部に対応を委ねることで職員を守ることも重要である。

こういった福利厚生や職員に対するサポートは、財務的インパクトの少ない事業も数多くある。職員に選ばれる医療機関こそ、地域にも選ばれるという信念で、働きやすい法人を目指すミッションを軸にすることは、経営環境が厳しい中でも大きくやりがいのある取り組みである。そんななか、私たち

は毎年「福利厚生ガイドブック」を発行している。2005年の初版から数えて今年で21版目となり、掲載項目は110にのぼる。これらの政策は「健康経営優良法人 ホワイト500」の2年連続認定や、「はたらく人ファーストアワード2024」でのGold賞受賞といった形で、外部からも高く評価されている。職員満足度の向上が、質の高いケアを通じて患者さんや利用者さんの満足度に繋がり、組織全体の活力を生み出す。この好循環こそが私たちの強さの源泉である。

これから医療機関に求められるのは、病気を治すだけの場所ではなく、地域全体の健康を支えて暮らしの活力を高める「コミュニティのハブ」としての役割である。医療機関が、街の中心となる挑戦である。私たちは、医療・介護で培った資源を地域に開放し、様々なパートナーと「連携」することで、地域課題の解決に「挑戦」している。(図2)

具体的な取り組みとして、地域のクリニックと連携し、24時間365日の在宅医療体制を強化する「地域医療連携推進法人 Just2Ys League」の設立に参画し、医療連携での地域貢献を進めている。病院内の図書館やコミュニティスペースを地域の学生や住民に開放する試みを通じた、地域との緩やかな連携も意識している。

洛和会音羽病院が所在する京都市山科区に在住する職員向けには、住宅購入補助や、子育て世帯への「おむつ定期便」を民間として独自に実施している。職員の生活を支えると同時に、地域への定住を促し、地域の活性化に貢献するユニークな制度である。そのほか、CSR活動として、京都市山科区の全小学1年生に対する防犯ブザーの配布寄贈、祇園祭での子どもステーション設置、地域での救命講習の実施、クラウドファンディングを活用したインクルーシブ遊具設置などを行ってきた。特に、クラウドファンディングでは161名の支援者から400万円を超える寄付をいただき、目標を大きく上回った。こうした活動は一般社団法人日本経営財団が授与する「日本経営財団賞」の受賞にもつながっている。

業務効率化と明るい職場づくりという観点では、トータルクオリティーマネジメント、TQM活動も

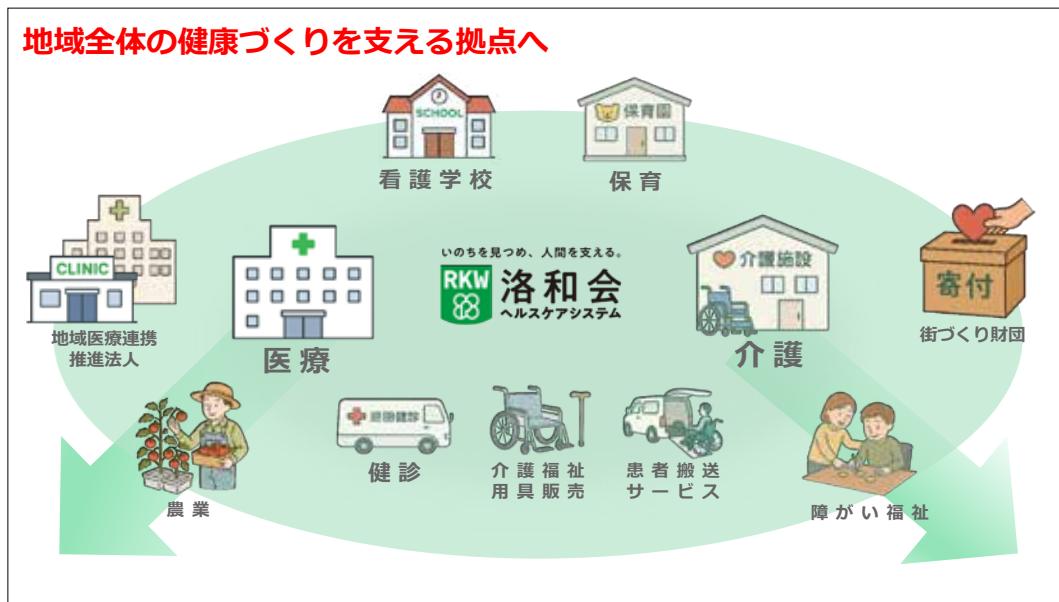


図2 地域全体の健康づくりを支える拠点へ

充実している。洛和会 TQM 支援センターを、洛和会ヘルスケアシステムに関わる機能の中核を担う部署のひとつとして、2020年4月に新たに設置した。法人内の病院、介護部門、関連会社ごとにTQM委員会を立ち上げ、現在までに約310課題の改善テーマに取り組んでいる。患者搬送部門では、交通事故ゼロに向けた取り組み、介護部門では外国人労働者の定着促進、保育部門では断捨離による費用節減と保育の工夫など、それぞれの職場の特性に応じた課題設定と改善に繋げてくれている。取組事例は、洛和会が運営する年一回の学会「洛和会ヘルスケア学会」でも発表され、優秀事例には表彰制度もあり、職員のモチベーションにもつながっている。

さらに、私たちは農業事業「らくの助ファーム」を京都市山科区に立ち上げた。既存のハウスを再生し、1,560m²の施設で年間33トンのトマトをスマート農業で生産予定である。栽培責任者は看護師で、1年間実際の農場で研修を行い、現在は農業事業を専任として取り組んでいる。地産地消を通じて地域の健康づくりに貢献する事業である。将来的には障がいのある方の就労機会を創出する農業と福祉の連携—農福連携への展開も視野に入れている。

私たちが直面する課題は、一つひとつが決して簡単なものではない。しかし、立ち止まっていては未来を切り拓くことはできない。大切なのは、職員一

人ひとりの幸福を追求し、その力を結集して地域社会の幸福に貢献していくことである。逆境は進化の機会であり、私たちは、地域包括ケアの担い手として、従来の医療機関の枠を超えて地域に存在が溶けていき、結果として医療機関こそが、地域の中核になっていくという想いで地域と向き合っていかなければならない。これらの活動は、私たちが新たに掲げたパーソナ「やさしい社会を創造する。」を具現化するためのものである。医療機関が持つ専門性や資源を、地域のために最大限活用していく。これこそが、未来の医療機関経営の新しい形だと確信している。

「10年後、医療機関は地域で何を必要とされているか?」このテーマに向き合い続けて、常に変革を続けることこそが求められているのだ。それぞれの医療機関が立地している地域において、当該医療機関がどのような役割を担っているのか。そして、その地域の社会課題を解決するためにどのように役に立っていくのか。地域との共存を超えて、地域そのもののコアになることが、医療機関が生き残るために必要である。

職員が安心して働く基盤をつくり、地域とともに未来を創る。この両輪を力強く回していくことで、私たち医療機関はこれからも地域にとってなくてはならない存在であり続けられると信じている。私たちはこれからも挑戦を続けていく。

「病床を減らして、経営を伸ばす」 —リハ特化型病院の戦略と実践—

医療法人社団アルペン会 アルペソリハビリテーション病院

理事長・院長 室谷ゆかり

1. はじめに

アルペングループは、医療法人社団アルペン会、社会福祉法人アルペン会から成り、医療・介護・保育・障害の4分野のサービスを提供している(図1)。拠点は、診療圏としては、岩瀬、針原、新庄の3小学校区に分かれ、どこも入所施設としては全室個室で60人まで。また在宅とつなぐ通所サービスは、毎日50~60人の利用者でぎわい、したいことも、

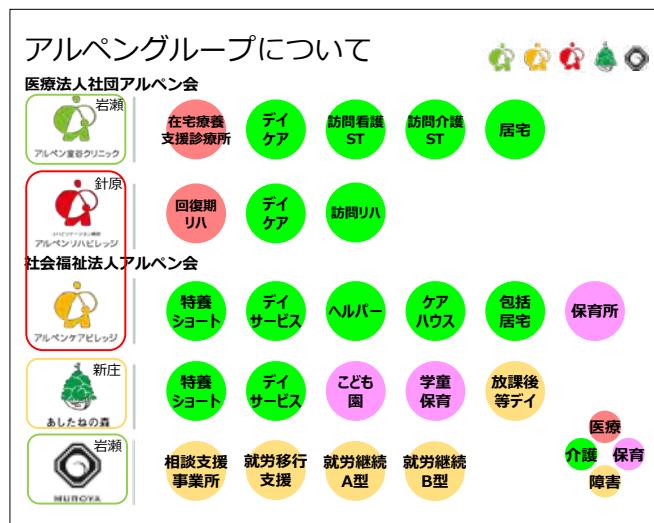


図1



写真1

しないことも自分で決めて過ごされている。そして多世代がそれぞれの日々を過ごしながら、日常の中で出会いが起きるよう、多世代交流を仕掛けつつ、お互いの生きることを思い合えないかと目論んでいる(写真1)。

2. アルペングループの始まり

私たちアルペングループは、能登半島の根本に蝶のような形で富山県があり、その真ん中あたりに位置する富山市の北部の岩瀬という廻船問屋の町から始まっている。乳児の頃スペイン風邪で母を亡くした祖父が、その母の実家である造り酒屋に引き取られ、その後東京に出、歯科医師を経て、医師になり、1951年地元で外科医師として診療所を始めた。夜の往診の際、戦後の橋を自転車で渡って患者に行くのだが、その頃の橋は突然床が抜け、川に落ちることも多々あり、命がけでやってくれていたと、後に多世代施設の立ち上げの際助けてくれた町の議員さんから祖父の奮闘ぶりを聞いた。夫婦、家族で休むことなく、地域の求めに応じて働いていた祖父母の話は、子どもながらに大変だが大事な姿だと感じていた。戦後の地域では、町の工場で火傷や切り傷を負った方を治療する外科診療所が求められていたが、徐々に患者の皆さんのがんや骨折など小手術を受けるため、入院での加療が必要になり、1963年から病院を始め、1980年には外科・内科・整形外科の86床の病院となった。

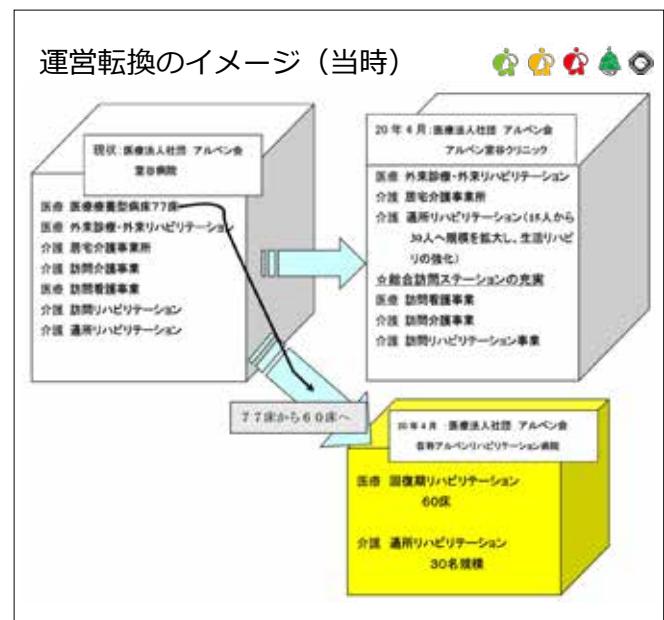
3. 療養病床として何をしたいか？

1980年頃には、病院は父の代になり、病院に求められることが“怪我の治療から高齢者の療養へ”と、時代の変化を感じるようになった。高齢者の療養病床に変換するため、1997~98年に近代化整

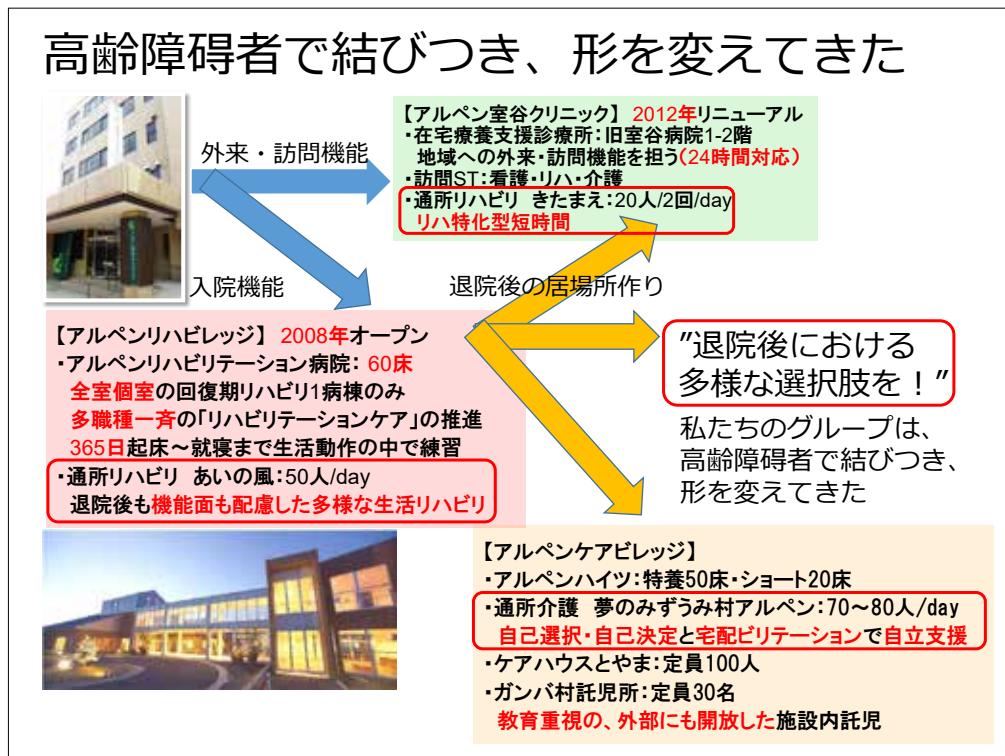
備事業資金にて改修・増築を行い、療養病床への面積確保にて 86 → 77 床に減床を行った。1999 年県から介護保険の療養病床は病床全体の 55% までの決定があり、35 床が医療療養、42 床が介護療養病床となった。その当時の病棟では、拘縮・褥瘡・認知症へのケアには行き詰まることが多く、加えてそれぞれの病棟での役割や関わりを試行錯誤する中で、自分も病気への対応は学んできたが、患者を元気にする方法を知らないことに気づいた。そして少しでも拘縮・褥瘡を減らすには、病気になったばかりの頃（亜急性期）にさかのぼること、そしてリハビリテーションを学ぶことだと考えるようになった。

2003年回復期リハビリテーション病棟専門の病院に、研修としての勤務をお願いし、受け入れてもらった後、スタッフと心ひとつに仕事をするには、同じ場所で多職種が学ぶことだと考え、リハビリスタッフ、介護士、看護師がそれぞれ3ヶ月ずつ病棟研修をさせてもらい、回復期リハビリテーション病棟立ち上げの準備を行った。当初回復期リハビリテーション病棟は設置基準通りの人員配置の予定

だったが、研修していた病院の絨毯爆撃的マンパワー戦略に感化され、『自院の限られた資源をどのように集中させ、最大の効果を上げるか』を考え、77→60床にダウンサイ징し、生活全てがリハビリとなるような病院施設開設を考えるようになった。（図2・3）



2



3

4. 回復期リハビリテーション病棟に転換・新病院に移転

2006年10月に富山に戻り、1病棟ずつ回復期リハビリテーション病棟に変え、介護療養病床を医療療養病床に変換し、2病棟共に回復期リハビリテーション病棟にしていった。この転換が比較的スムーズに進んだのは、回復期リハビリテーション病棟での研修を終えたスタッフが各職種数名ずついたことや、徐々に増えていったリハビリスタッフが看護・介護スタッフのケア場面に加わり、患者がよくなることを共有していったことで、ある朝『患者さんが良くなるんだったら、やってみてもいいかも』とベテラン看護スタッフがモーニングケアに参加してくれたことが突破口となった。そして、『患者さんを良くするには何をしたらいいのか?』と考えていくと、①戦力の集中投下と目的の明確化を行うには、病床転換(療養病棟→回復期リハビリテーション病棟)が必要で、②減床した方が、1病棟での収入増加>2病棟での経費増加であることがわかり、③移転することで、スタッフがより集まりやすく、社会福祉法人との連携ができ、④新築することで、生活全てが練習に変えることができ、多機能リハビリを展開することができるとわかつてきて、迷いはなくなった。

そして、スタッフと共に、自分たちが作りたい病院施設を話し合う場を設け、設計士にも加わってもらい、設計イメージを作っていました。

2008年6月に室谷病院の入院部門のみ、新病院(アルペンリハビリテーション病院)に新築移転を行った。外来部門は、室谷病院にそのまま残すこととし、入院部門の空いた場所は在宅支援の場(訪問看護・訪問介護・訪問リハビリテーション)に転換することにした。

移転時の問題としては、母の大学の師であるマザーブリット女史の“寄付をする際は、痛みのある寄付をしなさい”との言葉に覺悟を決め、自分たちの法人規模として最大の投資となる、生活全てがリハビリになる病院施設設計をした結果、患者1人当たりの面積が通常の倍となる、身の丈に全く合わない、背伸びをしそうにした借入となってしまったこ

とである。そのため、60床の半分を差額ベッドとせざるを得ず、運営継続するために、“差額ベッド代を払ってでも入院したい”と選んでいただけるよう、ハードやソフトの工夫を様々に行った。当時連携室や病棟スタッフは説明や居室変更に追われ、本当に大変だったが、サービスに対してお金をいただけるように努力することの大変さ・大きさを学ぶことができた。その後は、回復期リハビリテーション病棟の入院基本料の上昇、強化加算などにより、差額ベッドの減床や、居室のアメニティ向上のための改修を行うことができて、本当に助かった。

回復期リハビリテーション病棟は、全てを患者の生活に合わせて行うリハビリテーションケアのため、しんどいことも多くあるが、ストレッチャーや車椅子で来られた患者が、退院前日スタッフと記念写真を撮り、退院時には卒業証書を笑顔で受け取られ、家族と杖と装具で歩いて帰っていかれるときが何よりと言うスタッフの工夫で支えられている。

5. 私たちが地域でできることは?

2011年の東日本大震災に、『私たちが地域でできることは何か』と考えさせられた。そして、私たちアルペン会の“根っこ”はリハビリテーションで、『生きる力をつないでいく』ことが私たちのミッションだった。子どももお年寄りも、不自由なことがあっても、みんなが、自分のために、誰かのために、何かをする場・できる場を作ろうという思いの下、医療法人も社会福祉法人も共に考え、力を合わせていく運営をすることにした。2014年社会福祉法人アルペン会にて多世代交流施設あしたねの森(図4)



図4

を開設し、高齢者・子ども・その家族と、それぞれの世代における必要な関わりや、異なる世代が関わり合うことをあれこれ試みていった。保育園・学童保育など医療法人スタッフの子どもも多数利用し、お互いの家族を考える、いい機会ができた。

6. 私たちがもう一步何かできることは?

私たちアルペン会がもう一步何かできることはないだろうかと考えていたとき、2006年勤務していた初台リハビリテーション病院院内ミニシンポにおいて、リハビリ看護や多職種協働のあり方を研究しておられた、千葉大学大学院看護学の酒井郁子さんのお話を思い出した。

『脳梗塞患者の体験した「回復」とは?』

- ・自分にとって大切なものをまた取り戻すことができたという体験
- ・過去や周囲とのつながりを感じることができたという体験

『行っていた援助は適切だったか?』

- ・医療的リハが終了しても、痛みの軌跡は終了しない
- ・こぼれ玉をひろってドリブルして、ゴールに向かう勇気をもっていたか?

酒井さんの言葉から、不自由なことがあっても、生きていけると感じられるように、私たちの患者の皆さんが、もう一度集まり、働く場を作れないか?と考えるようになった(図5)。

2018年社会福祉法人アルペン会にて、『働くことが生きる力になる場所』をと、障害就労支援施設 MUROYA(図6)を開設し、ここでも医療法人スタッフも出向にて合流させてもらい、共に運営を行うこととした。



図5



図6



図7

7. 現在の取り組みについて

今後以下のように勤労人口が減っていくことから、医療法人・社会福祉法人では、合同管理職会議や運営企画スタッフをたすき掛けとし、現場スタッフも研修を兼ねた出向などを通して、協力体制を少しづつ深めている（図8）。

一方、患者は以前に比べ、平均年齢が10歳程度高齢化してきた印象で、認知機能低下による夜間せん妄、徘徊、転倒など、リスクが増大傾向にある。そして、介助量の増加も加わり、スタッフの腰痛や

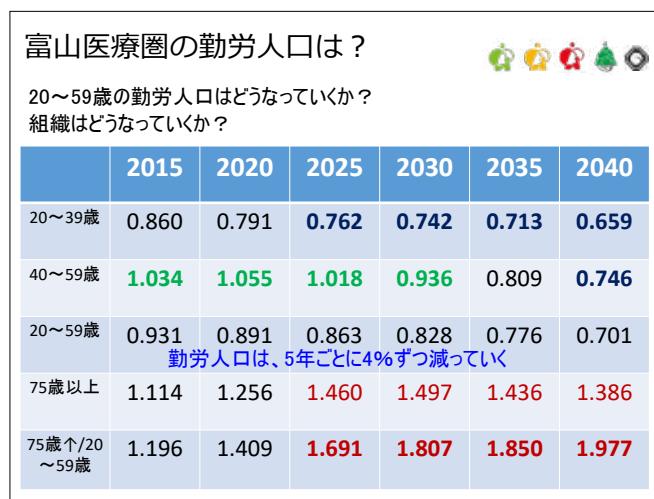


図8

疲弊も心配される。これでは、その人らしい生活の継続や心からの関わりができなくなってしまう。『まだできることはあるはず』と思い、ケア環境改善に向けて、様々なトライを行っている。（図9）

8. 終わりに

現場で思いはあるものの、医療・介護・障害・保育の分野にそれぞれ小規模で関わることのむずかしさも多い。失敗も多々あるが、私たちの失敗を通して、何か共に地域共生を目指す法人運営の役に立てることがあれば、意見交換をしながら、学び合いができるたらと思う。

ずっと思い続けていることがある。

どんな手を使ってでも、アイデアを出し合い、患者のためになる方法を考えるんだとしなやかに組織を変えることができるならば、また、地域から必要とされる組織にさえなっていれば、どんな時代になんでも生き残り、自分達の思いを社会に届けていけるのではないか？

変動期であるがゆえに、苦しくも高い目標を掲げるを得ないが、戦えば必ず勝つための努力と工夫をしているか？

スタッフと共に進みたい。

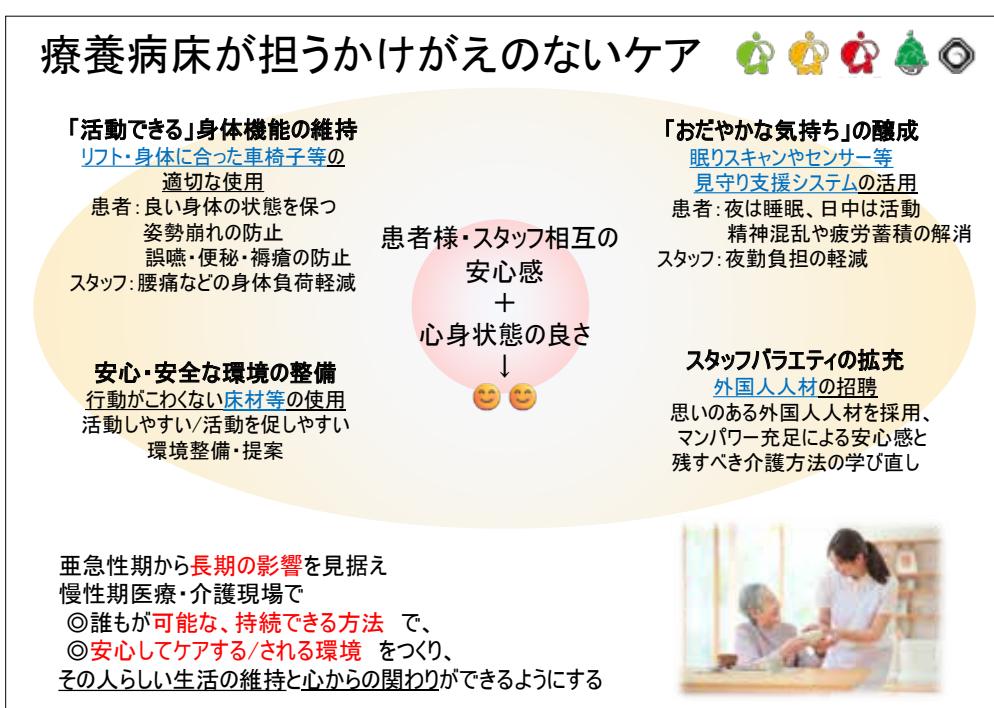


図9

筑紫南ヶ丘病院における2040年問題への挑戦 — 安診ネットを活用した重度化防止と地域連携の実践 —

医療法人芙蓉会 筑紫南ヶ丘病院

代表 前田俊輔

1. はじめに（図1）

日本の医療提供体制は今、大きな転換点に立たされている。高齢化の進展により2040年には生産年齢人口の減少に加え、85歳以上の人口が急増し、重度化患者の増加が避けられない。慢性期病床は過剰とされ縮小が求められる一方で、診療報酬の伸び悩み、人件費や物価上昇が経営を圧迫し、全国の約7割の病院が赤字に陥っていると報告されている。

こうした逆風の中、福岡県大野城市にある筑紫南ヶ丘病院（250床）は、地域包括ケア病床（60床）と医療療養病棟（190床）を有し、地域に根ざした医療を展開してきた。当院は約10年前の2014年に地域包括ケア病棟への転換を成功させたことで、筑紫医療圏（人口約40万人）において唯一、大型の回復期・慢性期の機能を有する病院として生き残り、地域の患者を受け入れる中核的な病院となった。この「変化」によるサバイバルの経験が、2040年問題に直面する今日の戦略の基盤となっている。

2. 10年前の地域包括ケア病棟への転換（図2・3）

当院が10年前に取り組んだ地域包括ケア病棟への転換は、戦略的意思決定のモデルケースであった。「医療難民救済」のビジョンの下、3か月待機の入院できない患者を収容するため、2012年に新規開設した介護施設は、同年4月に実施された診療報酬の医療区分の厳格化により、当院自身にも空床が出たため、当初ガラガラ状態が続いた。明らかな情報収集不足である。

そこで第一に情報収集を徹底した。県の地域医療構想や全国の先行事例を調査し、筑紫医療圏で回復期機能が著しく不足している現実を明確に把握した。

第二に理念との一致を確認した。病院理念である「医療難民救済」との整合性を図るために、療養病床縮小に伴う患者流出を防ぐべく、隣接地に医療強化型老人ホームを新設した。



図1

特集 激変する時代の中で選ばれ続ける戦略とは

地域連携報

発行：「おこしやす」編集委員会（さちよこさん）主催
運営：株式会社おこしやす企画（さちよこさん企画）

地域連携報は、地域連携の実践事例や、地域連携による医療・介護の発展を紹介する情報誌です。

【「おこしやす」と「おこしやす介護」の誕生日】

地域連携の実践事例として、地域連携による医療・介護の発展を紹介する情報誌です。

【「おこしやす」の誕生日】

地域連携の実践事例として、地域連携による医療・介護の発展を紹介する情報誌です。

【「おこしやす介護」の誕生日】

地域連携の実践事例として、地域連携による医療・介護の発展を紹介する情報誌です。

【地域連携の会議について】

クリニックが開設された際には、介護施設からも協賛会（協賛員）となる協力医療機関が開設協議会や、ケアマネジャー対象のケアマネジメント会議、さらに介護の全国LIFE研究会等を開催している等、各種に合わせた協議の場を開いており、地域のレベルアップと連携の充実によっております。引き続きのご参加をお願いいたします。

地域連携の会議について

○地域連携の会議
対象：クリニック、医療機関
開催：年2回

○協力医療機関連携会議
対象：介護施設
開催：年2回

○ケアマネジメント会議
対象：ケアマネジャー
開催：年2回

○全国LIFE研究会
対象：介護・医療・福祉施設
開催：年2回

【おこしやす】

○おこしやす
主催：「おこしやす」編集委員会
運営：株式会社おこしやす企画

○EXPO 2025
主催：大阪・関西万博実行委員会

○EXPO 2025
主催：大阪・関西万博実行委員会

2



3

3. 対策1：リハビリ強化と重度化防止（図4）

高齢者の重度化は2040年に向けた最大の課題である。当院はリハビリ部門を強化し、在宅復帰率を2017年の67.6%から2024年には92.5%へと飛躍的に向上させた。さらに同グループが独自開発したICT健康管理システム「安診ネット」を導入し、バイタルデータを自動送信、AI（統計学×EWS）が個別化判定によりトリアージを出し、早期発見→重度化防止を実現した。

「安診ネット」は介護施設において、陽性的中率

97.8%，偽陰性率5%以下と血液検査並みの精度を示し、その効果として、導入された全国の施設で入院数を2分の1から3分の1に減らすという再現性を示した。この成果が評価され、大阪・関西万博の厚生労働省ブースにおいて、「ICTで唯一」選出され、展示された。これは当院にとって、地域での実践が全国モデルとして認知された大きな転機である。

4. 対策2：医療DXによる業務効率化（図5）

生産年齢人口の減少、人材不足が進む中で、医療DXによる効率化は不可欠である。介護DXとし



図4



図5

て「安診ネット」は、バイタル管理の自動化やリスク情報の自動記録等により、厚労省老健局の「介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業」（三菱総研）にて、導入施設で平均1日50分（業務全体の10%）の業務削減効果を示した。実際に当院のグループ施設では労働分配率は平均より10%以上低く、経常利益22%を確保している。病院での検証も数年前より進んでおり、呼吸器疾患に対し、感度・特異度ともに90%を超える良好な結果が出ている。

そこで「安診ネット」を病院向けに転用すべく、スマートフォンに通話機能、ナースコール、ベッドセンサー連携を同居させ、個別化判定によりバイタルアラートの誤報を10分の1以下に低減した「安診ネット病院版」を経産省補助事業で開発する。これにより介護施設同様に10%の省力化に成功すれば、約1億円の人員費削減となる。今後も当院は、収益減の状況であっても生産性向上に直結する機器、例えばICTだけでなく、痰吸引機や自動分包機などには積極的に投資し、職員の負担軽減と医療の質確保を両立させる方針である。

5. 対策3：営業と地域連携の強化（図6）

当院は診療報酬改定で新設された協力医療機関連携加算を活用し、地域の介護施設へ積極的に働きかけた。「安診ネット」を付加価値として提案することで、約半数の施設とカンファレンス契約を結び、紹介患者数は急増した。

さらに年2回のクリニック向け・介護施設向け勉強会を継続開催し、情報共有を強化。結果として平均在院日数は3年で290日から180日へと大幅に短縮し、「入院すれば早く退院できる病院」としてブランドを確立した。

6. 対策4：ネットワークの構築（図7）

当院は協力医療機関連携加算に対し、織田病院・ヨコクラ病院とワーキングチームを作り、科学的介護情報システム「LIFE」を用いた新しい医療=介護の連携モデルを構築中である。LIFEは介護施設側の追加負担が少なく、医療情報量は診療情報書より詳細が記載されている利点がある。

更に希望施設には、「安診ネット」を無料で貸し出し、遠隔モニタリングにより、介護施設の医療の

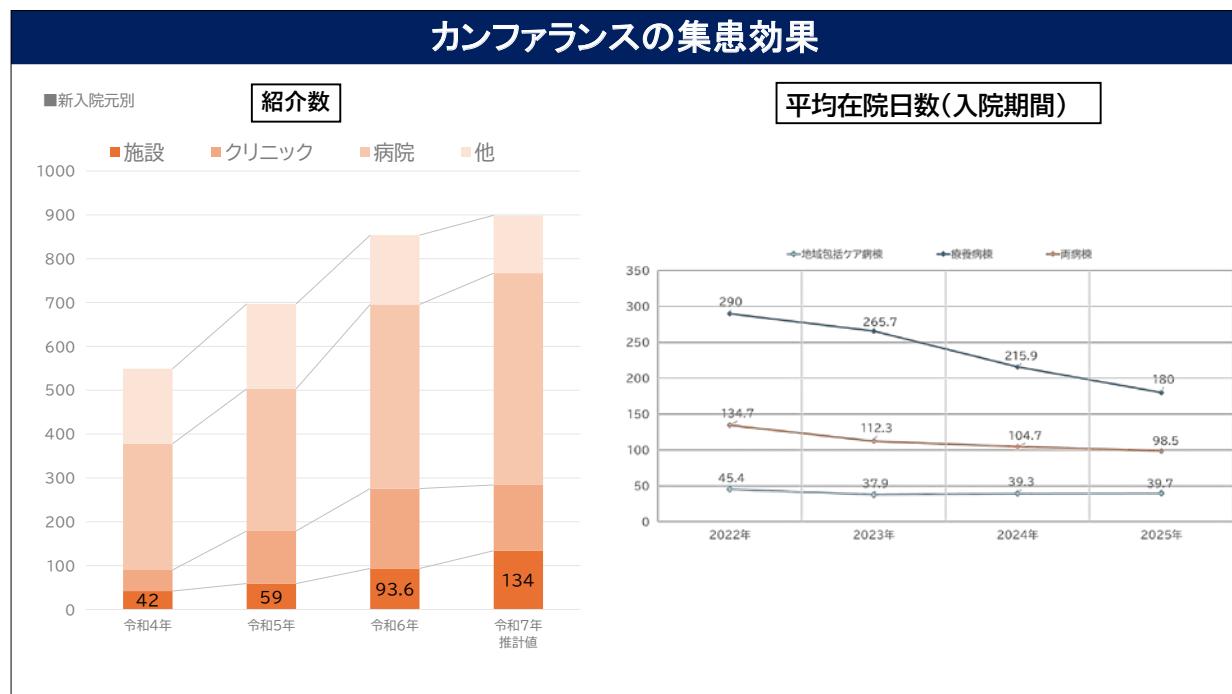


図6

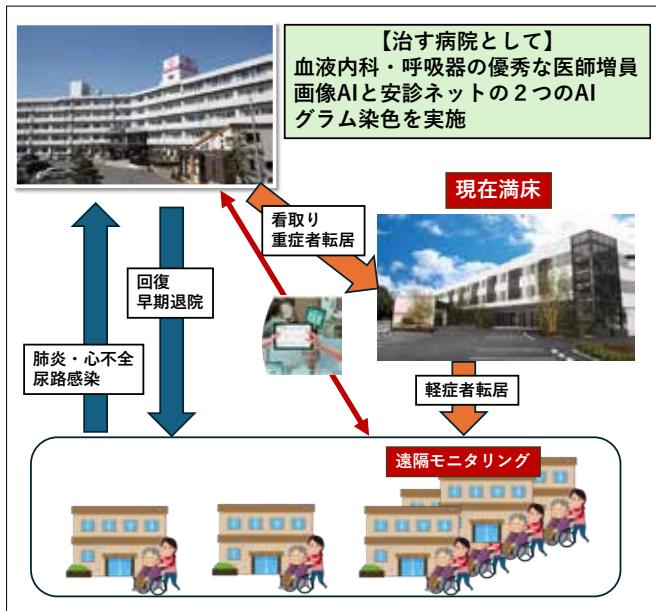


図7

安全を支えている。これらのカンファレンスにより、当院への紹介患者は2年間で3倍と増加しており、地域の健康管理に寄与している。

7. 対策5：機能転換による持続可能性

筑紫医療圏では高齢者が増加する一方で介護施設の乱立により、慢性期病床は過剰化している。更にアフターコロナで患者数が6%減少したとの報告もあり、慢性期患者中心の経営は困難を極める。

唯一需要が供給を上回るのは回復期病床であり、とくに回復期リハビリテーション病棟は2026年改定で内科疾患への対応が求められる見込みである。当院は在宅復帰専用の訓練室やリハビリ専門医をしており、機能転換を現実的かつ有力な選択肢と捉えている。

8. おわりに

筑紫南ヶ丘病院は、約10年前に「変化」し、「癒す」だけの療養病院から「治す」地域包括ケア病棟への病床転換を通じて、「筑紫医療圏唯一の回復期・慢性期病院」として生き残り、地域の信頼を築いてきた。また、当院のグループ施設（メディカルケア南ヶ丘）は「安診ネット」の活用により、入院期間の短縮や寝たきり期間の短縮のエビデンスにより、「医療強化型施設」としてブランド化している。その経験を踏まえ、当院においても2040年に向けて、重度化防止に特化したブランド病院を目指す。在宅患者のバイタルデータから個別化医療により、無症状でも増悪を早期発見し、早期治療することで容易に在宅復帰につなげ、結果的に急性期病院と比較しても、アウトカム（治療成績）で勝る病院に挑んでいきたい。

「4割が倒産、8割が赤字になる」との予測もある病院業界であるが、これは他分野では当たり前のことである。今後は収益減の局面であっても、総資本回転率をKPIとして、生産性向上に資する機器への投資を惜しまず、「変わりたくない！」という本能に負けることなく、職員とともに「変化できる病院」であり続けることを目指す。

ダーウィンの進化論が説くように、生き残るのは「最も強い者」でも「最も賢い者」でもなく、「変化に適応できる者」である。当院はその精神を共有し、病院が選ばれる時代の中で、地域にとって「ここを選んでよかった」と思われる病院でありたい。



人生 100 年時代の生きるを満たす。 病院を生活の場として選ぶなら。～医食住の 3 大要素～

桜十字グループ

執行役員 CMO 那須一欽

1. 桜十字グループについて

「桜十字に関わる全ての人が幸せとなるモデルを全国へ」という理念のもと、桜十字グループは、医療・介護・予防医療を軸に、ヘルスケア全般から医療メディアやプロスポーツなど幅広い事業を展開し、創業の地である熊本から、福岡・大阪・東京などの主要都市、そして世界へと地域を拡大してきた。創業時 40 億の売上は、20 年で 20 倍となる約 800 億へ、職員数は 400 人から 10,000 人の規模となる。

創業 20 周年という節目にあたる 2025 年、新たなビジョンとして掲げたのが「WELL-BEING FRONTIER」である。これまで高齢者医療に向き合ってきた私たちにできることは何か。それは、病気やケガを治す身体的なケアだけでなく、精神的・社会的に「生きるを満たす」ため、新たな概念で事業やサービスを提供していくことであり、人生 100 年時代を迎える今、人生の楽しみや、生きる喜びを支えると共に、その基盤たる社会づくりに貢献し、QOL（生活の質）の豊かな日本の未来を切り拓く。そのような想いから“次の 10 年”に挑もうとしている。

世界的に進む高齢化の中で、日本はそのトップランナーであり、「キュアからケアへ」のモデルとし



図2 20周年ビジョンのクリエイティブ

て高齢者 / 慢性期医療の知見を有し、当協会に属する私たち、それは桜十字だけでなく、慢性期医療協会各員こそが、共に、明るく豊かな未来を拓いていくフロンティアを目指していくべきだと考えている。

2. 桜十字病院について

桜十字グループの原点となるのが、2005 年に事業継承し、民間経営者ではじめた桜十字病院（熊本市南区）である。しかしながら、継承翌年の診療報酬改定で経営危機を迎えることになった。医療区分の導入である。大きなマイナススタートから、様々な手を尽くし経営改善を図る中、異業種からのスタッフ雇用も進め、短期的に経営ノウハウを得ること



図1 桜十字グループ事業概要



図3 医療法人桜十字 桜十字病院

とにもなった。当時は病棟すべてが医療・介護型療養病棟であったが、時代の変化や地域ニーズに合わせ、地域包括ケア・回復期リハ・緩和ケア病棟など大規模多機能型病院へと進化させていった。その根底にあるのが、患者中心、そして地域ニーズを軸とするマーケットインの発想である。選ぶ主体は絶えず、患者であり、地域であり、そのファーストチョイスを目指すために「どうすればできるか」を考えてきた。

3. 「医」 医療における患者さま満足

桜十字病院の継承当初は、決して良質なものではなかった。しかしながら、目指したのは「患者さま満足」において日本一である。

これを職員みんなが実行すれば、必ず日本一になる。そういう想いでできたものが、「患者さま満足宣言」だった。20年経った今も変わらず毎朝唱和しているが、この7つの宣言の最後にある、「私は、『私がやらねば誰がやる』の精神で、何事にも取り組み、進化・改善し続けます」。これが桜十字スタッフの共通言語となり、熱意と継続を生み出している。

創業15年となる2020年、この熱意と継続が、病院機能評価で成果となった。慢性期病院として全国ナンバーワンとなるS評価を9個獲得したのである。これは受審前に全国の評価データを独自で集計し、トップ5%を目指そうという病院全体の目標設定のもと、5%をクリアし、さらに嬉しい結果へと繋がったものである。各部署が差別化要素として特徴づくりに励んだことがカタチとなったのだが、それらすべてが、選ばれる理由に直結するものである。

患者は、社会復帰を目指し入院されるが、継承当初のセラピストは1桁しかいなかった。その想いを実現するため、リハビリ機能の強化を進め、約170名となり、周辺事業を含めると200名を超える県下最大のセラピストを有するまでになった。

ケアにおいても、2020年からNICD（生活行動回復看護）を考案した筑波大学名誉教授である紙屋克子先生らの師事により、患者の自立を支援するリハビリテーション看護（ヒューマニティケア）を導入している。寝たきりや意識障害、認知症などの患者さまが生活行動を「可能な限り自分でできるよう

に」支援することを目的とし、患者の生きるチカラを引き出すことを目指している。

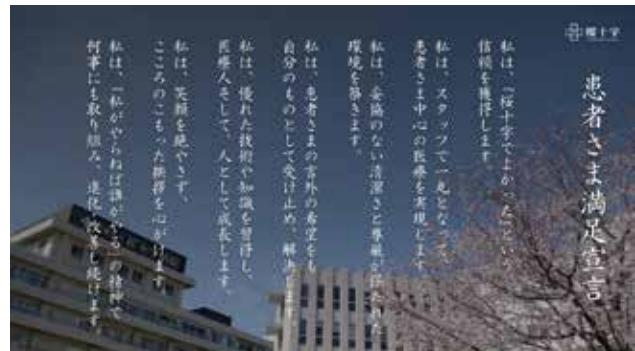


図4 患者さま満足宣言



図5 病院機能評価でS評価を9項目獲得



図6 セラピストの職種別人数



図7 紙屋克子先生によるNICD レクチャー

4. 「食」 旅行も入院も、食は楽しみ

私たち健常者は、非日常である旅行に行くとき、何を楽しみに選ぶだろうか？食は必ずと言っていいほど大切な要素であり、楽しみである。入院生活も非日常であり、「食」は数少ない楽しみのひとつである。患者の治療において栄養状態はとても大切であり、栄養状態の改善のためには何より食べていただく必要がある。まず、食事に興味を持っていただくこと。そして「食べたい」と思っていただくこと。食べて味わい、楽しんでいただくこと。そして、食事を楽しみにしていただくこと。当院では、病床にいながら、全国を旅しているような気分だったり、かつての旅先の楽しい思い出に触れられるよう、日常の食の中で「日本を旅する故郷の味めぐり」という企画で、1年を通じて全国の郷土料理が食べられる。また、月に一度のお楽しみとして行事食「四季彩膳」も提供している。そして、温かいものは温かいうちに、冷たいものは冷たいうちにをコンセプトに、陶器のうつわで見た目もおいしく見えるようにオリジナルの砥部焼を使用し、ご家庭での食事を目指している。

一方、患者は当然ながら食べられる方ばかりではない。2014年の診療報酬改定で、地域包括ケアシステムの構築が提唱されたことを背景に，在宅復帰の強化がはじまった。桜十字でも、ただ在宅復帰させるだけでなく、ADL・QOLの向上と共に、介護者の負担を軽減し、在宅復帰後の生活を持続可能なものとすることで、食べる喜びと生きる幸せに満ちた地域づくりを目指そうと、「口から食べるプロジェクト」を開始した。10年以上続くプロジェクトだが、冒頭に記載した桜十字の理念を体現するようなプロジェクトとなった。一番遠方では札幌からストレッチャーで入院されるほど、全国からも選ばれる特徴となっている。その成果は約70%が3食経口に移行されているが、さらに全体の約25%が入院当日に3食経口しているのである。医療を「しあわせ」というものさしで見直した時に、人間の尊厳や、食べる喜びというものを取り戻すことをあきらめず、チャレンジし続けるべき医療課題であると考える。



図8 日本を旅する故郷の味めぐり



図9 毎月のお楽しみ「四季彩膳」



図10 口から食べるプロジェクト

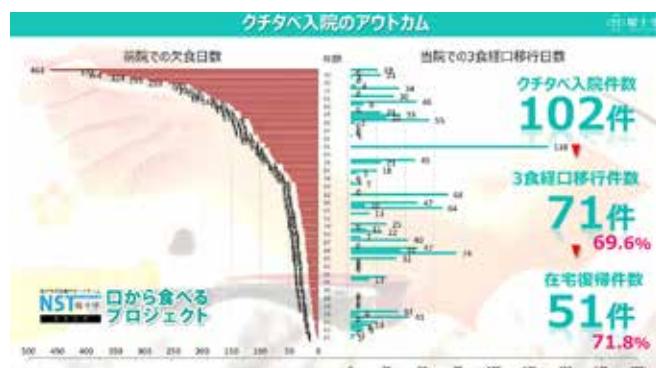


図11 口から食べるプロジェクトのアウトカム

5. 「住」 病院は大切なものに気づける場所

「奇しくも、ひとは、身体をわるくしたときに初めて気づくことがあります。健康のことはもちろん、家族や友人の存在、一日の時間の長さ、子供のころ叶えたかった夢や、これからの中のこと。病院は、大切なことに気づける場所でもあるのです。そして、新しいことを始めたり、想いを誰かに伝えたり。そういうことのきっかけにもなる場所なのかなと思います。」

これは、桜十字病院のロビーラウンジをリニューアルする際に相談させて頂いた小山薰堂さんのコトバである。私たちは、人びとの人生の中で、非常に大切な瞬間に触れる場所で働いているのだと改めて考えさせられたのである。

そして、このロビーラウンジを一冊の絵本をモチーフにリニューアルしませんかと提案いただいた。それがフランスの絵本「まってる。」である。ひとりの男の子が、生まれてから年老いるまでを描いた絵本で、その中に描いた「なにかをまっている」時間の尊さや大切さを、一本の赤い糸で描いた絵本である。この絵本の世界観をモチーフに、ヒトや地域との繋がりを生むカフェや、明日が楽しみになる本をテーマにしたライブラリー、家族会や誕生日会など誰でも利用できる予約制のシェアルーム、そして手紙を書くためのレタールームや、桜の木でできたポストなど、「気づき」や「つながり」をテーマに、患者や、ご家族が集える場にしたのである。当院での入院生活を通じて、患者やご家族が、入院する前よりも心が通じ合い、お互いを大切に想い、より幸せな人生につながるようなことができれば、それは病院というものの社会的価値を、より意義あるものにしていけるはずである。

病院には、病気やケガを治すだけでなく、大切なことに気づいたり、出会いや想いを繋げたり、身体的なことだけではなく、精神的・社会的にできること、やるべきことが、まだまだある。ここまで医・食・住の3つの要素で記載してきたが、桜十字が考える生活の3大要素として、これらは身体的・精神的・社会的と同義であり、この3軸で人びとのQOLを満たしていくことの共通言語として「生き

るを満たす。」としている。そして、次の10年、ウェルビーイングな社会づくりを目指していく。



図12 まってるラウンジ



図13 まってるラウンジのカフェ



図14 まてるライブラリー



図15 レタールーム



日本の医療はどう進んでいくか ～少子高齢化の中で地域医療を守っていくには～

インタビュイー：池端幸彦 日本慢性期医療協会 副会長、前中央社会保険医療協議会 委員

インタビュアー：中西克彦 都道府県慢性期医療協会会长会議 議長



日本の医療提供体制が転換期を迎えるなか、中央社会保険医療協議会（中医協）で5年間にわたり委員を務め、2度の診療報酬改定に関わった池端幸彦副会長が10月末で委員を退任されました。中医協での経験を振り返りつつ、今後の日本医療の課題と展望について、中西克彦常任理事・都道府県慢性期医療協会会长会議議長が伺いました。

池端副会長は、「現場の声をいかに政策に反映させるかが最も重要」と述べ、データを中心とした議論が進む中でも、慢性期や在宅医療の実態を踏まえた提言の必要性を強調しました。特に、急性期と慢性期のバランスを取りながら、医療提供体制を再構築する必要性を指摘し、「急性期医療だけでは日本の医療は支えられない。慢性期医療の担い手が地域を支え、役割分担と連携を強化することが不可欠だ」と語りました。

また、2040年に向けて医療需要が「量」から「質」へと変化していくことを見据え、「これまでの成功モデルを繰り返す時代は終わった。地域の実情を的確に把握し、求められる医療に合わせて自ら変わるべき力が必要である」との考えを示しました。慢性期医療を支える多機能病院の整備や、在宅復帰を支援する地域包括ケア病棟の重要性にも触れ、地域包括ケアを中心に据えた体制づくりの必要性を強調しました。

一方で、医療と介護の連携を深化させるためには、「病院として“かかりつけ医機能”を果たすことが重要」と述べ、地域包括ケア病棟と療養病床を組み合わせた柔軟な医療体制の構築なども提案。さらに、若手医師の教育にも言及し、「慢性期医療の現場を経験することが、医療人としての成長につながる」とし、実習や研修を通じて地域医療への理解を深めることの重要性を訴えました。

中西常任理事は、「現場を知る医師が制度設計に関与することの意義は大きい」と評価し、池端副会長の発言に共感を示しました。特に、池端副会長が講演時に示す「Change or Die」という考え方賛同。「現状維持ではなく、絶えず変化を恐れず挑戦する姿勢が次の時代を切り開く」との思いを語りました。今後の展望として池端副会長は、「自分を育ててくれた日慢協に、引き続き貢献していきたい」と述べ、慢性期医療の質向上に向けて、さらに取り組む姿勢を示しました。

■ 「田舎を馬鹿にするな!」と思った

○中西：本日はお忙しい中、インタビューの機会をいただき誠にありがとうございます。私自身、慢性期医療の分野に携わるようになって7年ほどになりますが、院長としての経験はまだ6年目であり、日々、試行錯誤を重ねています。慢性期医療の奥深さを実感する毎日の中で、このように第一人者である池端先生から直接お話を伺えることを、大変光栄に存じます。

○池端：中西先生は、もともと急性期医療を中心のご活躍されていたと伺っています。そこから慢性期医療に転じられたのですね。

○中西：はい。まったく新しい領域に飛び込んだ当

初は、右も左もわからず戸惑うことばかりでした。そのようなときに支えとなったのが、日慢協の機関誌『JMC』です。特に池端先生のご執筆原稿からは、慢性期医療の理念や制度的背景、そして現場での実践に至るまで、多くの示唆をいただきました。今私の医療観の礎を築くきっかけになったと言っても過言ではありません。

昨年4月には、北海道慢性期医療協会の企画で池端先生に札幌でご講演を賜りました。その際にご略歴を拝見し、高校時代から慶應義塾に在籍され、医学部進学を志しておられたことを知り、強く印象に残りました。医学への志は、非常に早い段階から明確であったのですね。

Profile

池端幸彦（いけばた ゆきひこ）
医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長

【職歴】

昭和55年 慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局

昭和56年 浜松赤十字病院 外科

昭和57年 国立霞ヶ浦病院 外科

昭和58年 慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手

昭和61年 池端病院 副院長

平成01年 池端病院 院長（～現在）

平成09年 医療法人池慶会 理事長（～現在）

平成20年 社会福祉法人雛岳園（すうがくえん）【愛星保育園・たんぽぽ保育園】理事長（～現在）

【現在の主な役職】

（全国）

日本慢性期医療協会 副会長、前中央社会保険医療協議会（中医協）委員、厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会構成員、厚労省「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会構成員、地域包括ケア推進病棟協会 副会長、日本リハビリテーション病院・施設協会 理事、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会 委員長

（県内）

福井県医師会 会長、福井大学医学部 臨床教授、福井県医療審議会 会長、福井県慢性期医療協会 会長、全日本病院協会 福井県支部長





池端幸彦氏

り、決して楽ではありませんでしたが、その中で生涯の友とも言える仲間に出会いました。

当時、福井では県外の高校を目指すことが一種の流行のようになっており、私は身の程もわきまえず灘高校を志望していました。中学3年の夏頃から仲の良い友人たちと切磋琢磨しながら受験勉強に励みましたが、父の勧めで慶應義塾高校を併願することになりました。父自身は祖父が教師だったこともあり、当時の東京高等師範学校に入学したのですが、医師への道を捨てきれず親に内緒で中退し、苦学で日本大学歯学部に入学し更に医学部に編入して医師になりました。ただ自身の憧れもあってか、開業後取得した学位授与式の日に、わざわざ私を連れて信濃町の慶應義塾大学病院まで連れて行って、「慶應もいいぞ」と強く推してくれたのです。ところが、灘と慶應の入試日が同一で、私は最終的に泣く泣く父の意を受け入れる形で慶應を選びました。

その後、何とか無事に慶應義塾高校に合格しましたが、入学早々の保護者会で担任の先生が父に「福井県では1番か2番だったかもしれません、ここには全国の秀才が集まっています。医学部進学はまず諦めてください」と告げたそうです。父はガックリと落胆して帰宅しましたが、その話を聞いた私は強い反発心を抱き、「田舎を馬鹿にするな！ 必ず医学部に進学してみせる」と心に誓いました。

実は慶應の内部進学では、学力だけでなく3年間の総合的な評価が重視されます。私は中学時代から多趣味で部活や生徒会活動も熱心に取り組んでいたこともあり、楽器演奏や作曲なども評価される音楽や運動能力が評価される体育なども含めて、1年前期

○池端：そうですね。私は福井県の出身で、小学校は地元の学校に通っていましたが、小学3年生のときに新設された福井大学附属小・中学校に編入しました。自宅から20キロ離れた福井市内まで、毎朝6時に起きて鈍行列車で通学していました。

の全教科総合評価では思いのほか上位の成績（学年3位）を収めることが出来て、一転して担任からも太鼓判を押され、結果として卒業時は比較的余裕を持って（学年5位）医学部推薦進学を果たすことができました（※当時1学年約860名中、医学部推薦枠26名）。今となっては過去の栄光ですが（笑）、あの時の反発心がその原動力になったように思います。

■ 外科医から地域医療へ

○中西：ご経歴を拝見すると、昭和61年にお父様の病院を継承されたとのことですね。当時は急性期医療が中心だったのでしょうか。先生は外科をご専門にされていたと伺っています。

○池端：私の病院は規模の小さな地域病院で、いわば「診療所に毛が生えたような病院」とよく表現しています。現在もその本質は変わっておらず、地域に根ざした医療を提供することを大切にしています。ベッド数は少ないながらも、地域の医療拠点としての責務を果たしてきました。

私は長男ということもあります。いつかは家業を継ぐつもりでいました。しかし、外科医としての技術をさらに磨きたいという思いも強く、医師になって6年目、外科医としてまさにこれからという時期に父の病院に戻る決断をしました。

その背景には父の存在があります。父は医師でしたが、途中で政界に転じ、県議会議長を務め、知事選への出馬を視野に入れるほどの政治活動を行っていました。そのとき、父から「お前が戻らないなら病院をたたむ」と告げられたのです。私は長男としての責任を感じ、「どうせ戻るなら早いほうがいい」と決意し、外科医としての道をいったん閉じて故郷に戻りました。しかし、父はその後、諸般の事情もあり知事選には出馬せず、JAグループの県連合会会長や、全国の農業団体の要職を務めるまでになりました。父は常に行動力に満ち、信念の人でした。

○中西：まさに反骨精神にあふれた方ですね。その姿勢が先生の人生にも影響を与えたのではないでしょうか。

○池端：そうですね。父はまさにバンカラな人物でした。学生時代はいわゆる番長の如くマントを羽

織って闊歩し、自分の仲間がいじめられていようものなら真っ先に飛んで行くような豪快な性格で、今なら少々風変わりに見えるかもしれません、一本筋の通った人間でした。自らの信念を貫く姿勢は、私にも大きな影響を与えたと思います。そうした父の存在もあり、私は自然な流れとして病院に戻ることを決めました。とはいっても、外科医としてはまだ発展途上で、もう少し現場で技術を磨きたかったという思いはありました。

○中西：そして現在は、地域に密着した医療・介護に力を注がれておられますね。その転換には大きな覚悟が必要だったと思います。

○池端：外科医としてのキャリアを離れたとき、気持ちを完全に切り替える必要がありました。地域医療は、当初はまったく未知の世界でした。外科のように目の前の疾患を治す医療とは違い、患者さんの生活全体を支える視点が求められる。その発想の転換にはある程度時間がかかりましたが、次第に地域とともにある医療というものの意義を感じるようになりました。

○中西：そのお気持ちはよくわかります。私自身も慢性期医療を学びながら、急性期とは異なる価値観と責任の重さを日々実感しています。

○池端：慢性期医療は、単に治療の場を延長するものではなく、患者さんの人生そのものに寄り添う医療です。医療と介護、地域社会が一体となって支える仕組みをどうつくるかが問われています。私自身、最初は戸惑いもありましたが、今ではそれが医師としての使命だと感じています。

■ 「慢性期医療」が浸透した

○中西：私は日本慢性期医療協会に参加させていただくようになり、多くを学んでいます。実は、「慢性期医療」という言葉は、医療界では昔から当然のように存在していたものだと思っていました。しかし、昨年、武久洋三名誉会長に札幌へお越しいただき、中川翼前副会長との対談を拝聴した際、その認識が誤りであったことに気づきました。改めてその内容を読み返したところ、武久先生が当会の会長に就任された際に、名称を「日本慢性期医療協会」に



中西克彦氏

改められたことがきっかけだったと知りました。それ以降、「慢性期医療」という言葉が社会的にも広く浸透していったのです。

考えてみれば、かつては「急性期医療」という言葉は一般的でしたが、「慢性期医療」という言葉はあまり耳にしませんでした。当時は「老人病院」や「療養型病院」といった表現が多く使われたように思います。

○池端：まさにそのとおりです。昔は特例許可老人病院があり、その後に介護療養型医療施設ができ、さらに療養病床が整備されるという流れがありました。当会の名称も、それに合わせて何度も変遷を重ねてきたのです。まるで出世魚のように、時代とともに名前を変えながら進化していったという印象です。

そうした中で、武久先生が「これからは慢性期医療の時代だ」と明言されました。その言葉が、当会の理念を一変させたといつても過言ではありません。

○中西：なるほど。調べてみると、1990年代頃から「慢性期医療」という言葉が少しずつ文献などに現れ始めていたようです。しかし、それが明確な概念として確立したのは、やはり先生方のご尽力によるものだったのですね。

○池端：慢性期医療の定義を明確にされたのは、まさに武久先生です。2008年、武久先生が当会の会長に就任された際、協会名を「日本慢性期医療協会」に改めることを提案されました。当初は協会内部でも賛否両論がありました。しかし、武久先生は「私が会長に就任するのであれば、この名称に変える」と強い信念を持っておられ、その確固たる姿勢に最終的には多くの理事が賛同しました。その結果、名称変更が実現し、慢性期医療という言葉が全国に広く認知されるようになったのです。

○中西：理念とともに新たに確立された概念だったのでね。言葉が変わるということは、医療の価値観や社会的役割そのものが変わるということだと改めて感じます。

■ 「多機能慢性期」が必要になる

○中西：「多機能慢性期」という言葉を耳にするようになりましたが、正直なところ、最初はその意味がよく理解できませんでした。療養病床や地域包括ケア病床など、複数の病床機能を併せ持つ病院のことを指すのかと思っていたのですが、どうも定義が曖昧で、腑に落ちませんでした。

そんな折、池端先生が機関誌『JMC』にご執筆された文章を拝読し、「多機能慢性期」という概念が具体的に示されているのを知りました。先生はその中で、多機能慢性期の機能として、①かかりつけ医機能、②リハビリテーション機能、③在宅支援機能、④人生の最終段階における医療・ケア機能——の4つを挙げておられました。その内容に深く共感し、「なるほど、これこそが慢性期医療の本質なのだ」と強く感じました。それ以来、私自身も院内で先生のお言葉を引用しながら、職員にこの考え方を伝えるようにしています。ただ、多くの関係者に尋ねても、「多機能慢性期」の明確な定義は、いまだ統一されていないように思います。

○池端：そのとおりです。実は、明確な定義というものはまだ存在していません。私自身の考えとしては、慢性期医療とは単に長期療養を担うものではなく、患者さんを地域に返すための機能を多角的に持つことが重要だと考えています。武久前会長も常々、「急性期以外はすべて慢性期だ」とおっしゃっていました。すなわち、急性期を終えた患者を包括的に支える医療こそが慢性期医療であるというお考えであると理解しました。

慢性期医療の中にも、一定の急性期機能を残す病院もあれば、在宅や長期療養に軸足を置く施設もあります。しかし、どちらか一方に偏っていては、もはや地域の医療ニーズには応えられません。リハビリテーションを充実させ、在宅復帰を支援し、時に救急搬送を受け入れる柔軟さを持つことが必要です。そして、人生の最終段階における医療・ケアも重要な役割の一つです。これらの多様な機能を一体的に備えた病院。それが、私の考える「多機能型慢性期病院」です。これから日本の医療体制では、

こうした多機能型慢性期病院の存在が地域包括ケアの要として、ますます重要になっていくと考えています。

○中西：確かに、そのような多機能を備えた病院は、まだ多くはないように思います。とはいえ、当院・定山渓病院を振り返ると、リハビリの充実、在宅支援、そして看取りまでを包括的に行っており、少しずつ先生がおっしゃる方向に近づいているのかもしれません。先生のお言葉を伺い、あらためて自院の方向性を確認できた気がいたします。

○池端：そう感じていただけて嬉しいです。私自身も、地域医療に取り組むようになってすぐは、外科医としての思いがあり、実際に療養病床で消化器手術を行っていた時期もありました。しかし、患者の多くが手術よりも生活の質を求めており、次第に地域のニーズと自分の志向との間にずれを感じるようになりました。そこで「自分たちの病院は何をすべきか」と改めて考えたとき、急性期の後方支援や在宅復帰支援こそが、自院の使命だと気づいたのです。

そうした思いから、当会の研修や学会に参加し、多くの仲間と交流する中で、自院が果たすべき機能が慢性期医療にあることを確信しました。その後、学びを重ねるうちに、現安藝統括部長のご推薦もあり当会の理事を務めるようになりました。今では「多機能型慢性期医療」の実現こそが日本の地域医療を支える道だと、強く感じています。

■ 中医協委員の就任、「幸運だった」

○中西：池端先生のご経歴を拝見すると、理事長・病院長としてのご勤務に加え、福井県医師会長、さらに日本慢性期医療協会の副会長も務めておられるという多忙な中、中医協の委員としても活躍されています。いくつ身体があっても足りないのではないかと思います。しかも、日々の診療も継続されていると聞いています。

○池端：自分でも本当によくやれているなと思います（笑）。休む間もほとんどなく、毎日が慌ただしいのですが、それでもどうにかバランスを取りながら続けています。睡眠時間は4～5時間ほど確保するように心がけていますが、移動中の電車内で仮眠をとることも少なくありません。地域包括ケア推進

病棟協会の副会長も務めており、仕事の幅は年々広がっている実感があります。

○中西：中医協の委員は5年間務められたと伺っています。その就任にはどのような経緯があったのでしょうか。

○池端：中医協の診療側委員は全5名で、そのうち3名が日本医師会から、残り2名が日本病院団体協議会からの推薦で選出されます。私の前任は全日本病院協会の前会長である猪口雄二先生でした。ところが、猪口先生が急遽日本医師会の副会長に就任されることとなり、任期の途中で中医協委員を辞任されました。そしてその後任として、私が残任期間を引き継ぐことになったのです。

本来の任期は最大3期6年ですが、私は残任1年を含めて3期計5年間務めました。3期目の満了を迎え、10月末で退任しました。本来であれば、2026年度の診療報酬改定まで担当するのですが、前述の通り交代による任期のずれがありましたので、一区切りという形です。

○中西：中医協の委員というのは、医療制度を左右する重要な役割を担う立場です。そのような重責にどのようにして就かれたのか、大変興味があります。

○池端：正直に申し上げると、私自身、当初は自分がそのような立場になるとは思ってもみませんでした。当時、中医協の病院代表は、いわゆる「四病院団体協議会」——日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会——から選出されており、私たち日本慢性期医療協会は比較的新しい団体でした。そのため、当初は「慢性期医療の団体から委員が選ばれるることはあり得ない」とさえ思っていたのです。

しかし、当時の当会会長である武久先生から「中医協委員を目指せ」「慢性期医療の声を中医協に届けるべきだ」との強いご助言をいただきました。そのお言葉に背中を押され、日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議などに参加し、積極的に意見を述べるようになりました。その活動を通じて、徐々に周囲からの信頼を得ることができ、やがて診療報酬実務者会議の委員長を務めさせていただきました。とはいえる、当時は慢性期医療からの代表というのは、

病院団体全体の中ではまだ異例のことでした。多くの方が驚かれたと思います。それでも、武久先生がさまざまな調整をしてください、道を開けてきました。

そして、ちょうど5年前、猪口先生の辞任に伴って後任を選定する必要が生じ、非常に短期間のうちに決断を迫られる状況となりました。当然ながら立候補者は複数いらっしゃったのですが、選定期限が迫っている事や私はちょうどその時期に実務者会議の委員長を務めていたこともあってか、最終的には全会一致でご推薦を頂くこととなりました。まさに幸運だったとしか言いようがありませんが、その背景には、多くの方々のご支援とご理解があってこそと今でも大変感謝しています。

○中西：まさに巡り合わせと努力の積み重ねが生んだ結果ですね。慢性期医療の現場から中医協の場へと声を届ける、その役割を果たされたことの意義は大きいと思います。

■ 責任の重さを感じた

○中西：実際に中医協委員として活動されてみて、いかがでしたか。想像されていたものと違いはありましたか。

○池端：率直に申し上げて、想像以上に大変でした。ちょうど新型コロナウイルス感染症が拡大し始めた時期と重なっており、環境が大きく変化していたからです。就任当初の数回は対面での会議が行われたものの、その後はすべてオンライン開催となり、約3年間にわたってWeb形式が続きました。そのため、対面のときのような平場の空気感や相互理解が得にくく、発言のタイミングや論点の深め方が難しいと感じる場面が多々ありました。

また、医療政策の根幹に関わる議論の場であるだけに、それぞれの発言に重みがあり、画面越しでもその緊張感を強く感じました。とりわけコロナ禍の医療提供体制や診療報酬のあり方をめぐる議論では、社会全体の注目も集まっており、発言の責任を痛感した時期でした。

○中西：確かに、コロナ禍では会議の進め方そのものも大きく変わりましたね。中医協の中には、さまざまな専門分科会も設置されていますが、先生もそ

の一つに深く関わっておられたのですよね。

○池端：「入院医療等の調査・評価分科会」という分科会に6年間、委員として参加していました。現在は「入院・外来医療等の調査・評価分科会」と名称が変わり、当会の井川誠一郎副会長が委員を務めています。この分科会では、中医協総会での議論の基礎となるデータを収集・分析し、政策形成の裏付けとなる資料を作成します。言い換えれば、医療政策の根拠を生み出す場とも言える重要な役割を担っています。

私はこの分科会での経験を通じて、診療報酬改定がどのようなデータを基に検討され、どのような手順で議論が進められていくのかを深く理解することができました。実は、私の前任の委員は武久先生で、その後を引き継ぐ形で6年間務めました。

その経験が、中医協委員に就任した際に非常に役立ちました。分科会での議論を通じて厚労省の担当者とも顔見知りになり、議論の流れや背景を理解していたため、実際に委員として総会に臨む際も戸惑うことは少なかったです。ただ先程もお話しした通り、就任当初はコロナ禍で直接の対話ができず、また社会全体の注目が集まる中での発言には大きな責任を感じました。医療界の声を代表して発言する重圧を感じつつも、慢性期医療の現場を代弁する使命感が自分を支えていたように思います。

■ 慢性期医療の思いを発信できた

○中西：日慢協から初めて中医協委員に選出されたということは、まさに慢性期医療を代表して発言される立場であったわけですね。慢性期病院や会員の先生方の意見を背負い、医療制度全体の中でそれをどう反映させていくかという点は、非常に重責であったと思います。

それまで中医協の場で、慢性期医療の視点がどの程度反映されていたのかという点も気になります。やはり、それ以前は慢性期の意見が十分に届いていなかつたのでしょうか。

○池端：おっしゃるとおりです。以前は、慢性期医療の意見を診療報酬改定の議論に直接届けるルートはありませんでした。私の前任にあたる全日本病院

協会の猪口先生が病院団体代表として中医協に参加されており、私たちはその先生に要望をお願いして伝えていただく形を取っていました。ですから、慢性期医療の現場の声が直接テーブルに上がる機会はなかったのです。

そうした状況の中で、私自身が委員として直接発言できるようになったことは、非常に意義深いものでした。当会にとっても、慢性期医療の存在感を明確に示す大きな転機になったと感じています。

とはいって、中医協の場では、自分たちの団体の立場だけを主張するような、いわゆるポジショントークばかりでは通用しません。医療全体のバランスを踏まえながら、急性期と慢性期の調和、そして日本医師会や病院団体間の意見の整合を意識して発言するように努めました。表向きの議論だけでなく、会議前後の調整や舞台裏での働きかけも非常に重要です。

○中西：表の会議だけを見るとわかりませんが、實際にはその背後で相当な調整があるのですね。とはいって、会員病院の先生方からは「もっと強く主張してほしい」といった声もあったのではないか。委員としての立場と協会としての期待の間で、板挟みになることも多かったのですが。

○池端：確かに、そのような声は多くありました。「なぜ、あの場でもっと強く発言しなかったのか」「もっと慢性期の立場を明確に主張すべきだ」といったご意見をいただくこともあります。しかし、實際の中医協の議論というのは、表面上の2~3時間の会議の中だけで完結しているわけではありません。その前後には入念な調整があります。発言の順序やタイミング、支払側がどう出てくるかを想定しながら、私たち診療側の意見をどのように提示するかを緻密に考えなければなりません。誤ったタイミングで不意な発言をすれば、支払側の論拠を与えてしまう恐れもあるため、常に慎重な判断が求められます。

さらに、コロナ禍で会議がWeb形式だった初期の3年間は、対面での相談が一切できず苦労しました。以前なら、隣に座る委員と小声で意見をすり合わせながら臨機応変に対応できたのですが、オンラインではそれが不可能でした。そのため、議論の流れを読みながら即興的に発言を構築するスキルが求

められました。

そんな経験を重ねるうちに徐々に慣れ、特に2024年度の診療報酬改定に関わった頃には、慢性期医療に携わる者の思いをある程度的確に発信できるようになったと感じています。最初は試行錯誤の連続でしたが、慢性期医療の声を政策に反映させるという思いは常にありました。

■「ノー原稿」で伝えたい

○中西：お話を伺っているだけで、こちらまで胃が痛くなりそうです。それほど緊張感と責任の重さがある場だということが伝わってきます。あれほどの会議を何度もこなされると、体調の維持も大変だったのではないかでしょうか。お身体は大丈夫でしたか。

○池端：ありがとうございます。中医協は、通常ならば2週間に1回ほどのペースで開催されますが、診療報酬改定の時期が近づくと議論が立て込み、週2回の水・金ペースで進みます。現在は再び対面形式に戻っていますので、直前の火曜には厚労省で事前レクチャーがありますから、週4日が中医協関連のスケジュールで埋まるような状態になります。

しかも、配布される資料は膨大で、最終版が届くのは早朝4時や5時ということも珍しくありません。訂正が重ねられ、内容が細部まで更新されるため、とても一晩ではすべてを読み切ることはできません。そのため私は、全体のポイントを素早く掴み、会議当日の医療課からの説明で最終確認を行うようにしています。

発言については、私は基本的には読み原稿を用意せず、「ノー原稿」で臨んでいます。原稿を読み上げると、どうしても言葉が平板になり、思いや意図が伝わりにくくなると思うのです。特に中医協の場では、診療側だけでなく、支払側や公益委員、座長など、立場の異なる多くの方々にメッセージを届ける必要があります。自分の言葉で語ることこそが、議論を動かす力になると信じています。

もちろん、重要なポイントについてはメモを準備しますが、最終的にはその場で感じたことを、自分の言葉で率直に伝えるようにしています。

○中西：議論のポイントを瞬時に把握し、場の空気

を読みながら即興での的確に発言される姿勢は、まるで政治家のようです。やはりお父様の影響が大きいのでしょうか。

○池端：確かに、父の影響はあると思います。父も政治家として、どんな場でも自分の言葉で語ることを大切にしていました。原稿を読むよりも、その場の空気を感じ取りながら、相手に届く言葉を選ぶ。そんな姿を子どもの頃から見てきました。勿論、そのために議会前夜は遅くまで入念に資料に目を通したり事務方と打合せをしておりましたが！私自身も、その姿勢をどこかで受け継いでいるかもしれません。もっとも、即興で話す分、時には言葉に詰まってしまったり、思ったように伝えられなかったりすることもあります。それでも、自分の言葉で語ることが最も大切だと信じています。

■ 現場の声を制度に反映させる

○中西：中医協のような医療政策の方向性を決定する場において、先生が特に意識されていたことは何でしょうか。制度設計に関わる立場として、現場の医師としての視点と、全体を見渡す立場との間で、常に難しいバランスを取っていたのではないかと思います。

○池端：まさにおっしゃる通りで、最も意識していたのは「現場の声をいかに政策の場に届けるか」という一点です。中医協の議論は、データの分析をもとに制度設計を進めるという観点から行われることが多いため、現場の実情を踏まえた議論が不足しがちです。私は日々、慢性期医療の現場で患者さんを診ていますし、在宅医療や地域包括ケアの実務にも携わっていますし、また日慢協の会員を始め多くの先生方からの生の声も聞かせて頂いております。そのため、現場で感じる制度の限界や患者・家族の思いなどをリアルに伝えることが、自分の最大の使命だと考えていました。

例えば、支払側が効率化や生産性の向上などを重視する発言をされた際には、確かに理屈の上ではそうかもしれないが、実際の現場では人員配置や地域事情の制約で簡単には実現できないといった点を具体的に示しながら話すよう心がけました。単に反論するのではなく、「現場ではこういう工夫をして乗

り越えている」「こうすれば制度の趣旨に沿いながら現実的に運用できる」という提案型の発言を心がけたつもりです。

また、慢性期や在宅の医療現場では、スタッフの負担が非常に大きいことも強調しました。「支払側はそうおっしゃるけれど、実際の現場ではこれほど疲弊している」という現実を、データだけでなく実体験を交えて伝えることで、相手の理解を得ることができます。できる場面も多くありました。

○中西：中医協の議論はデータや制度論を中心になりますが、実際の現場の感覚を理解している支払側の委員は少ないのかもしれませんですね。臨床の最前線から離れて久しい方々が多いと、現場のアリティが伝わりにくい場面もあるのかもしれません。そのような中で、池端先生のように現場の医療や介護に携わりながら発言できる委員の存在は、制度設計の方向性に大きな意味を持つと思います。データだけでは見えてこない患者や職員の声を届けることができる点は、現場を知る者ならではの強みですね。

○池端：膨大なデータや統計数字の裏にある現場の実情が正しく読み取られないことが多いからこそ、実際の現場との橋渡しをすることが必要になります。幸いにも、小塩隆士会長には大変ご理解を頂いていたと感じております。小塩会長は公益代表でありながらエビデンス重視の先生ではあります。現場からの声にも真摯に耳を傾けてくださる姿勢をお持ちです。そのおかげで、慢性期医療や在宅医療に関する議論が、以前よりも実情に即した形で進むようになったと感じています。私は常に、現場の声を制度に反映させるという考えを胸に、中医協の場に臨んでいました。

■ 「多機能慢性期医療」の展開へ

○中西：医療制度全体と地域医療の現状についてお伺いします。少子高齢化が急速に進むなかで、日本の医療制度が直面している最大の課題は何だとお考えでしょうか。かつては「2025年問題」が大きく取り上げられていましたが、すでにその年を迎えていました。これからは2040年を見据えた議論が重要になってくるのではないかと思います。

○池端：おっしゃるとおりです。現在は「新たな地域医療構想」と「かかりつけ医機能報告制度」という二つの大きな仕組みが、今後の医療提供体制を方向づける柱になっています。この二つをどのように連動させ、地域で機能的に整備していくかが、日本の医療の今後を決定づける鍵になるとと考えています。

そして、ここからがまさに慢性期医療の時代だと感じています。これまで医療提供体制の中心を担ってきた急性期医療は、今後、高度急性期へとさらに集約化されるでしょう。大学病院の本院や、総合入院体制加算・急性期充実体制加算を算定しているような病院がその担い手になります。一方、それ以外の中小規模病院は、高齢者医療や包括期・療養期を支える役割へとシフトしていくことになるでしょう。

この領域こそ、私が考える「広義の慢性期医療」です。手術を行う病院もあれば、在宅復帰を支援する病院、さらには長期療養を担う病院もあります。それぞれの機能や特色は異なっていても、地域全体で見れば、これらがグラデーションのようにつながり、相互に補完し合う形で医療・介護を支えていくことになります。

○中西：新たな地域医療構想では、「専門等機能」という区分も設けられていますね。慢性期医療は、その中でどのように位置づけられるとお考えでしょうか。

○池端：私は、急性期拠点機能以外の多くは、実質的に慢性期医療がカバーすると考えています。高齢者救急、地域急性期、在宅医療との連携機能など、いずれも慢性期医療の中核的な領域です。慢性期医療は看取りなどの最終段階ではなく、地域包括ケアの要として、急性期から在宅へとつなぐ循環のハブの役割を果たすべきだと考えています。

○中西：まさに先生がおっしゃっていた多機能病院の構想そのものですね。急性期から在宅・介護までを一体的に支える仕組みが、制度上も整いつつあるように感じます。今後は、医療機関が単一機能に特化するのではなく、地域のニーズに応じて柔軟に役割を担う多機能型病院が主流になっていくでしょう。

○池端：地域によって状況は異なります。都市部で

は専門性の高い医療機関が集約的に配置される一方、地方では一つの病院が幅広い機能を兼ね備えなければなりません。手術を行う病院もあれば、リハビリや在宅支援を中心に据える病院もあります。その多様性こそが地域医療の強みであり、新たな地域医療構想での医療機関機能の考え方（案）でも、これからは「大都市型」「地方都市型」「人口の少ない地域」の3区分毎にその機能が示されているように、全国一律のモデルではなく、地域の実情に合わせた多機能型の慢性期医療が求められているのです。

慢性期医療は終末の医療ではなく、生活を支える医療。2040年に向けて医療の姿が大きく変わる中で、慢性期医療が果たすべき役割はますます重要なになっていくと感じています。

■ 療養病床が果たす機能は残る

○中西：私どもの病院にも医療療養病床がありますが、今後の制度改革を見据えると、この医療療養病床は本当に存続できるのだろうかと、不安に感じることがあります。将来的な方向性について、先生はどうのようにお考えでしょうか。

○池端：医療療養病床は、私は今後も必要な形で存続していくと思います。ただし、その在り方はこれまでとは変化していくでしょう。武久先生もよくおっしゃっていました。「療養病床であっても病院である以上、早く治してさしあげて自宅にお返しする」と。療養病床が果たす機能は必ず残りますが、もし私たちがその役割を放棄して単に長期入所の場になってしまえば、それはもはや医療ではなく介護の領域になります。

一方で、医療療養病床には医療区分1の患者が一定数います。介護施設にも介護医療院にも行くことができません。また、急性期病院や地域包括ケア病棟に長期的に入院するほどではないため、医療区分1の患者を一定程度受け入れる「中間的な医療の場」として、医療療養病床の役割は今後も残ると考えています。

○中西：確かに、現場を見ていても、医療区分1の患者をどう受け入れるかは常に課題です。ただ実際には、無理に医療区分を引き上げて運用している病院もあるのかもしれません。いわば制度上のグレー

ゾーンで成り立っている部分もあるのではないでしようか。

○池端：現状でも、中心静脈栄養を実施している患者が8割、9割というような病棟も存在します。これは制度の趣旨からすると、やはり見直しが必要でしょう。厚労省もこうした実態を把握しており、今後は段階的に是正が進むと思います。完全な線引きは難しいにしても、医療区分の基準をより厳格に運用する方向になるでしょう。

○中西：そう考えると、医療療養病床の必要性そのものは残るもの、現在の病床数を維持するのは難しそうですね。地域によっては、慢性期の入院需要が減る一方で、在宅医療や介護との連携ニーズが高まっています。したがって、これからは病床を減らすというよりも、役割を変えるという方向で再編していくべきでしょうか。

すなわち、従来の長期入院型療養病棟から、ポストアキュートや在宅復帰支援、看取り支援を担う機能強化型の療養病床へと転換していく。そうすることで、医療と介護の隙間を埋める中間的な存在として、より重要な役割を果たすようになると思います。

○池端：医療療養病床は今後、確実に減少していくでしょう。特に療養病棟入院料2の病床は、基準が一段と厳しくなっていくと思われます。ただし、在宅復帰機能やポストアキュート機能を併せ持つ療養病床は、今後も確実に生き残ります。介護施設や在宅医療では受け入れが難しい患者が一定数存在する以上、その受け皿としての役割は不可欠です。

これから療養病床は、長く入院する場所から、次のステップへつなぐための医療の場へと再定義されるべきです。医療と介護の間に位置し、患者の生活再建を支える場が、これからの療養病床のあるべき姿だと思います。

■ 地域包括ケアを支える病棟は

○中西：地域包括ケアの今後の方向性についてお伺いします。地域によって医療資源や住民のニーズは大きく異なりますが、地域戦略を考えるうえで共通して重視すべき視点は何だとお考えでしょうか。例えば、地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の役割

分担にも関わる問題です。急性期病院からの受け入れを地域包括医療病棟が中心的に担うと、地域包括ケア病棟の役割が相対的に狭まるのではないかという懸念もあります。実際、現場では両者のすみ分けが難しいという声も聞かれます。

○池端：私の個人的な見解ではあります、地域包括ケアを支えるのは、やはり地域包括ケア病棟だと思います。一方、地域包括医療病棟は、急性期医療を強く意識した仕組みです。急性期入院料2から6の一部またはその殆どを包括的な枠組みに移行させようという国（厚労省）の方針のもとで、急性期医療の機能をある程度残しながら設計されています。つまり、急性期の延長線上に位置づけられる病棟と言えるでしょう。

今後は、地域包括医療病棟の施設基準を段階的に緩和し、地域包括医療病棟の1・2といった形で体系化される可能性もあります。しかしながら、地域包括ケアという仕組みを支える中心的な病棟は、個人的にはあくまで地域包括ケア病棟だと考えています。

○中西：そうなると、地域包括ケアの目的は、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように支えることに尽きますね。病院が単に医療を提供するだけでなく、在宅・介護・生活支援を含めた地域で生きる力を支える仕組みであるべきだと思います。

そのためには、急性期医療から在宅までをつなぐ役割を誰が担うかが重要になります。地域包括ケア病棟がその要となるなら、地域の医療機関や介護事業者、行政との連携体制をどう構築するかが課題になるでしょう。また、地域包括医療病棟が急性期の受け皿として機能する一方で、地域包括ケア病棟が暮らしの回復を担うという役割分担がより明確になる必要があるように感じます。

○池端：今後の地域包括ケアの要になるのは地域包括ケア病棟入院料1だと考えています。在宅療養中に転倒や急性増悪を起こした患者を受け入れ、一定程度の急性期機能を持ちながら、適切な治療を行い再び地域へ戻す。これこそが地域包括ケア病棟の本来の姿です。急性期病院にわざわざ救急搬送せずとも、顔の見える連携の中で地域包括ケア病棟が機能すれば、地域医療全体がよりスムーズに循環するは

ずです。

療養病床も一定数は必要だと考えていますが、その役割は徐々に治療を目的とした病棟へとシフトしていくでしょう。看取りや長期療養の機能は介護医療院などへ移行し、療養病床は縮小していく。その流れの中で、慢性期医療を担う病院は少なくとも地域包括ケア病棟を一つは持つべきだと、武久先生も常々おっしゃっていました。それこそが、慢性期医療の到達点であり、地域医療を持続可能にするための最も現実的な形だと私は考えています。

■かかりつけ「医」から「機能」へ

○中西：地域包括ケアの議論に関連して伺いたいのですが、今後は高齢化の進展に伴い、医療と介護の両方を必要とする方がますます増えていくと思われます。そうなると、医療機関と介護事業者との連携がこれまで以上に重要になってくるはずです。医療と介護の一体的な連携を進めるためには、どのような仕組みや工夫が求められるとお考えでしょうか。

○池端：今後の病院経営において最も重要なのは、地域をどのように見ているかという視点だと思います。院内完結型の医療を提供するのではなく、地域という広いフィールドの中で自院の役割をどう位置づけるかが問われています。その意味で、来年1月から始まる「かかりつけ医機能報告制度」は極めて重要です。この制度は、かかりつけ「医」ではなく、かかりつけ医「機能」の報告制度です。つまり、病院や診療所といった施設の種別に関係なく、地域の中でどのような機能を果たしているかが評価されるということです。これからの病院には、医療の提供だけでなく、在宅や介護を支援する地域のハブとしての機能が求められます。

そのためには、在宅療養支援病院のような仕組みを整えることや、地域包括ケア病棟を中心に、介護事業者との密接な連携を図ることが必要です。マルチモビディティ（多疾患併存状態）の患者に対応できる体制を持つことこそ、慢性期医療機関が地域包括ケアに貢献できる最大の強みだと考えます。

地域包括ケアの中には、少なくとも1つ2つ、しっかりとした慢性期医療機能を持つ病院が存在するこ

とが理想です。療養病床と地域包括ケア病床を組み合わせる形も有効だと思います。こうした病院が、地域の医療・介護の中核として、患者の生活を継続的に支えていくことが求められています。

○中西：確かに、地域包括ケアの理念を現場で実装していくためには、医療と介護が切れ目なく連携する体制づくりが不可欠ですね。地域包括ケア病棟が単なる中間施設としてではなく、地域全体をつなぐ司令塔として機能することが今後ますます重要になると思います。

また、病院が地域の介護施設や訪問看護ステーション、ケアマネジャーと情報共有を図り、患者一人ひとりの生活環境や家族背景まで見据えた支援を行うことができれば、まさに地域包括ケアの本質が形になるのではないか。こうした取り組みを通じて、地域全体が一つのチームとして機能する。その仕組みをどう構築するかが、今後の最大の課題だと感じます。

■ Change or Die

○中西：将来の医療の方向性についてお伺いします。これから日本の医療は、どのような道を進むべきだとお考えでしょうか。2040年にかけて高齢者人口がピークを迎えるとされていますが、その先を見据えた医療体制のあり方についてお聞かせください。

○池端：確かに、2040年を境に日本の高齢化はピークを迎えると言われています。それに伴って医療需要も徐々に変化し、単純に増える減るだけではなく、質的に変わる時代になります。これまで、成功した方法を繰り返すことで成長してきましたが、これからはそれでは通用しません。地域の実情を的確に把握し、ニーズに合わせて医療の形を自ら変えていく努力が求められると思います。

地域によって、そして病院の機能によって、必要とされる変化的方向性は異なります。しかし共通して言えるのは、変わることを恐れてはいけないということです。

また、「やりたい医療」と「求められる医療」が必ずしも一致しない場面も増えていくでしょう。自分たちが提供したい医療ではなく、地域が本当に必

要としている医療を見極め、それに合わせていく姿勢が不可欠です。そのためには、地域の人口構成や疾患構造、在宅医療や介護の受け皿など、地域の医療資源を俯瞰的に捉える視点が必要です。

その答えは1つではないと思います。常に地域にアンテナを高く張って、求められることに合わせていくことで生き残れる。その意味で、医療提供体制の中で私たち慢性期医療が果たす役割は非常に大きい。もし慢性期医療が適切に機能しなければ、日本の医療全体のバランスが崩れてしまうでしょう。急性期だけで医療は支えられません。ですから、今こそ私たち慢性期医療の担い手が、広い意味での地域医療を支え、急性期病院と役割分担しながら連携を強化することが、これから理想的な地域医療提供体制の形だと考えています。

○中西：以前、先生のご講演で最後に示されていたスライド「Change or Die（チェンジ・オア・ダイ）」という言葉がとても印象に残っています。現状維持ではなく、常に変化し続ける姿勢が求められるという強いメッセージだと感じました。私自身もその言葉に刺激を受け、自院の運営や診療のあり方を見直す契機となりました。変えることは怖いことですが、同時に未来を切り拓く力でもあります。私たち医療者こそが、その変化の先頭に立たなければいけないのだと思います。

○池端：おっしゃるとおりです。人間というのは、どうしても変化を恐れる生き物です。「今のままでうまくいっているのだから」と現状に安住してしまう。しかし、それでは未来を守ることはできません。変えてみて駄目なら戻せばいい、まずは一步を踏み出す勇気が大切です。

私は「Change or Die」という言葉を、周囲に向けて発信しているようで、実は自分自身に言い聞かせています。自分自身が常に変わり続けなければ、組織も、医療も、未来も変わらないと、そう思って日々取り組んでいます。

○中西：本当にそのとおりですね。変化は恐怖でもありますから、同時に成長の機会もあります。現状を維持することに安住せず、小さな変化を積み重ねていく。その積み重ねこそが、地域医療や慢性期医

療を未来へつなぐ力になると改めて感じました。そして、その変化を恐れず挑戦し続ける姿勢こそ、次の世代の医療人にも伝えていかなければならない大切なメッセージだと思います。

■ 医学生の受け入れを広めたい

○中西：次世代を担う若い医師や医療従事者に向けて、どのようなメッセージを伝えたいとお考えでしょうか。

○池端：私は、若い医師に対する教育をしっかりと行なうことが、われわれの責務だと思っています。当院は小規模な病院ですが、福井大学や金沢大学、更に県内外の基幹病院などから医学生や研修医を受け入れ、1ヶ月間の研修を実施しています。実際の臨床現場を経験してもらい、慢性期医療の現場がいかに社会にとって重要であるかを体感してもらうことが目的です。

慢性期医療というと、治らない患者を診る場所というイメージで誤解されることもありますが、実際はまったく逆です。慢性期医療こそ、患者さんが生きる力を取り戻し、地域で再び生活を続けられるよう支える医療です。慢性期医療の重要性、大切さ、必要性を若い医師たちに理解してもらうことが、今後の医療を支える大きな礎になると 생각ています。

ぜひ、読者の先生方にもお願いしたいのは、自院で1人でも2人でもよいので、医学生や研修医を積極的に受け入れていただきたいということです。若い医師が地域医療や慢性期医療の現場に触れ、そこから何かを学び取ることで、やがてその経験がブーメランのように地域全体に還元されるはずです。そうした循環をつくることが、私たち世代の大切な使命だと感じています。

○中西：素晴らしいお考えだと思います。手前味噌で恐縮ですが、実は私どもの病院でも同じような取り組みを始めています。高校生を対象に看護体験プログラムを実施しており、毎年、地域の高校生が参加してくれます。最初は少し緊張した面持ちですが、実際に患者さんと接し、看護師や医師の仕事を間近で見るうちに、目を輝かせていくのが印象的です。

最近の高校生は、髪を染めていたりして、医療とは縁遠いように見えるかもしれません、実際に現

場に立つと真剣に学ぼうとする姿勢を見てくれます。目をキラキラさせている。その姿を見ていると、医療の未来はまだまだ明るいと感じます。

医療に関心を持つ若者を一人でも多く育てるここと、地域医療の持続可能性を支える最初の一歩だと私も思います。若い世代に現場の熱を伝え続けることが、われわれの大切な責務ですね。

■ 患者の生活に寄り添う総合診療医を

○池端：若い世代の学生は、まだ医療の現場に染まりきっていない分、純粋に人を支える医療のあり方に感動してくれることが多いですね。特に慢性期医療や地域医療に触ると、「こういう医療は素晴らしい」と素直に感じ取ってくれる。その反応を見るたびに、私自身も初心に立ち返る思いがします。

ですから、今後は高校生から大学生、そして後期研修医まで、幅広い層に実習の機会を提供していくたいと考えています。早い段階から医療現場に触ることで、患者さんとの関わり方や地域における医療の意義を肌で感じてもらえるはずです。こうした経験が、将来の医療人としての礎になると信じています。

○中西：確かに、最近の若い学生たちは、医療に対する意識が以前とは少し変わってきていますね。高度急性期だけでなく、在宅医療や地域医療に関心を持つ学生が確実に増えていると感じます。

私の知る学生の中にも、「患者さんともっと近い距離で関わりたい」「最期まで寄り添える医療をしたい」と言う人が少なくありません。こうした価値観の変化は、まさにこれから日本の医療に必要な方向性だと思います。テクノロジーの進歩によって医療が効率化する一方で、人と人との関わりの温かさを重視する医師が増えていることは、とても頼もしいことです。慢性期医療や在宅医療は、まさにその精神を最も体現できる分野ですから、若い世代が興味を持つことは心強い限りです。

○池端：地域医療や慢性期医療に関心を持つ若い医師が少しずつ増えてきており、その流れが定着してきたことを実感します。医療の多様な現場を経験することで、患者の生活や人生に寄り添うことの大切さを理解してくれる若者が増えることを願っています。

ただ今の若い研修医たちは、専門医制度の影響を強く受けています。どの分野に進むにしても、「まずは専門医資格を取らなければならない」という意識が非常に強い。そのため、本来は「地域医療に携わりたい」「総合的な診療をしたい」という思いを持っていても、いつの間にか急性期医療の専門領域に集中し、気がつけば地域には戻らなくなってしまう。そうしたケースを少なからず見てきました。

私は、19番目の専門医として総合診療医という制度の方向性に一定の理解はしますが、やや学問としての総合医に寄りすぎているようにも感じます。テレビ番組の「ドクターG」を思わせるような診断学を中心とした医師像も素晴らしいと思いますが、一方、地域で患者さんの生活に寄り添う、地べたを這いずり回るような総合診療医とは少し異なる印象です。これから時代に求められるのは、現場に深く入り込み、患者と家族、地域全体を支える生活密着型の総合診療医ではないかと思います。

■ 日本の医療はもっと強くなる

○中西：確かに、私自身も急性期医療から慢性期に移ってきた一人として、そのご指摘は痛感します。最初は専門性を極めることこそ医師としての使命だと思っていましたが、地域医療に携わるようになって初めて、医療は人を診る仕事だと気づかされました。専門的な技術や知識を持つことはもちろん大切ですが、それだけでは地域の人々の生活を支えることはできません。専門性を身につけた上で地域に戻り、慢性期医療や在宅医療の現場で総合的な視点をもって診療することが、これから医師に求められる姿だと思います。

若い医師たちにも、キャリアのどこかの段階で地域医療に触れる機会を持ってほしいですね。最初から地域医療に進む人もいれば、専門分野を経験してから戻る人もいる。そのどちらも大切な道だと思います。重要なのは、医療の原点は地域にあるということを忘れないことだと感じます。

○池端：まったく同感です。私は、専攻医に進む前に、初期研修を終えた段階で1年から2年ほど、全ての医師が地域医療に従事する仕組みを導入すべき

だと考えています。過疎地域や在宅医療の現場を経験することで、医師としての総合的な感覚が養われるはずです。

それは単に教育のためだけではありません。現場のマンパワーとしても大きな助けになりますし、若いうちに地域医療を体験することは、将来的にどの分野に進んでも必ず役に立ちます。1~2年、地域に密着して医療を学び、その後に専門医を目指す。こうした流れが自然にできれば、日本の医療はもっと強くなると信じています。

■ 医局制度の理念を再構築する

○中西：私たちの世代は、いわゆる医局制度の時代でした。大学を卒業してすぐに医局に所属し、若いうちに一定期間、地域の中小病院や場合によってはへき地に派遣されるのが当たり前でした。当時は正直、環境も厳しく、難しい課題に直面しましたが、今振り返ると、あの経験が自分の医師としての基礎をつくってくれたと実感しています。何でも診なければならぬ環境に身を置くことで、診断力も判断力も鍛えられました。患者さんが来たらとにかく対応しなければならない。専門医制度の枠組みの中では得られない総合力が、あの時代には自然に身についていたように思います。

さらに、地域住民との距離が近かったことも大きな財産でした。患者さんの家族や生活背景まで含めて診るという姿勢は、地域医療でこそ学べたものです。若い医師が一度は地域で実践を積むというのは、決して昔の制度に戻るという意味ではなく、今の時代にも通じる大切な教育のあり方ではないかと思います。

○池端：その経験は、確実に今の医療現場にも生きていると思います。ところが、現在では初期研修を終えると、基幹病院を短期間ずつローテーションし、そのまま専攻医に進むケースが多くなっています。広く地域を見て、多様な患者に向こう時間が十分に確保されないまま、専門分化が進んでしまう傾向があります。医局制度には問題点もありましたが、一方で、地域医療を支える人材育成という意味では非常に有効な仕組みでもありました。地方では依然として医師不足が深刻です。であれば、一定期

間、若手医師が地域医療に従事することを何らかの責務として制度化してもよいのではないかと思思います。若い時期に地域で医療を経験することは、地域のためになるだけでなく、本人にとっても大きな財産になる。あの頃の医局派遣にあった人材育成の理念を、今の時代に合った形で再構築する必要があるのではないかでしょうか。

■ 日慢協に育てていただいた

○中西：最後に、先生ご自身の今後の目標や展望についてお聞かせください。お仕事のことだけでなく、プライベートも含めてお話ししていただければと思います。

○池端：私は、いつの間にか、もう古希70歳になりました。中・高・大それぞれの同期の仲間たちと連絡を取り合うLINEグループがあるのですが、みんなゴルフを楽しんだり旅行をしたり、悠々自適な生活を送っている友人も多く、時々「いいなあ」と思うこともあります。それでも、私はまだ現役として地域医療の現場に立っています。体力的には大変なこともあります、もう少しの間は、自分が社会や地域に貢献できることがあるのなら続けていきたいと思っています。福井県医師会長としての任期もまだ残っていますし、責任を果たすまでは走り続けたいと思っています。

また、私は日慢協に育てていただいた人間です。ここで得た経験やご縁を、次の世代へしっかりとつなげていくことが、いま自分にできる最大の恩返しだと感じています。日慢協の発展のために、まだもうひと踏ん張りしたいと思っています。

○中西：お父様のように、いずれは政界に進出されるお考えは？

○池端：いえ、それはまったくありません。実は昔、一度だけある事情で乞われて市長選に出馬したことがあるのですが、見事に完敗でした（笑）。結果は散々でしたが、負け惜しみではなくあの経験は人生の糧になりました。もう二度と政治の道には進まないと心に決めています。

私には3人の子どもがおります。そのうち息子2人は、医師になってくれました。1人は心臓外科医

で、もう1人は消化器外科医です。心臓外科の息子は専門医資格を取得し、日々忙しく手術に取り組んでいます。もう1人の息子は「ダ・ヴィンチ」や「火の鳥」でのロボット手術なども担当していて、充実した日々を送っているようです。父親としては嬉しい限りですが、彼らがそうした先進的な医療に携わっているのを見ると、やはり現代の医療は技術的な魅力がないと若い医師が集まらないのかなとも感じます。一方、長女は、畠違いではありますが、ご縁あって今、永田町の議員会館で地元選出の稻田朋美衆議院議員の公設秘書をやっていて、今のご時世なかなか大変そうですが、それでも元気で頑張ってくれています。そんな子ども達やその家族とたまに美味しいものを食べに行くことが、目下私の一番の癒しになっています。勿論、費用負担は全額私ですが！（笑）。

長男からは「親父が倒れたら戻るよ！（笑）」なんて言われていますが、そう言われると、まだ倒れるわけにはいかないですね。もう少し、自分の足でしっかりと立ち続けていきたいと思っています。

○中西：本日は、池端先生のこれまでのご経験や、医療への情熱を間近に感じることができ、大変貴重なお話を伺うことができました。心より感謝申し上げます。今後ともぜひご指導のほどよろしくお願ひいたします。

○池端：こちらこそ、丁寧にお話を聞いていただき、ありがとうございました。これからもお互いに、地域医療の発展のために力を尽くしてまいりましょう。



対談を終えて（左）池端幸彦氏、（右）中西克彦氏

中医協委員の退任に寄せて

日本慢性期医療協会 副会長 池端幸彦

お陰様で私は令和7年10月29日付をもって任期満了により中央社会保険医療協議会(中医協)委員を退任致しましたので、あらためて一言ご挨拶させて頂きます。

私はこれまで、入院・外来医療等調査評価分科会6年、日医副会長ご就任のため中途退任された、前任の猪口雄二先生の後任として、2020年8月に拝命したこの中医協委員を5年、合わせて11年間、この中医協に関わらせていただきました。この間、多くの中医協委員の皆様方や厚労省事務局の皆様方と活発な議論をさせていただき、その議論を通じて私自身も多く勉強をさせていただきました。まずもって関わらせていただいた全ての先生方、事務局の皆様方に、心から感謝と御礼を申し上げたいと思います。

思い返せば、2020年8月私が委員に就任した時は、まさしくコロナ禍の真っ只中にあり、それまで会場の定番だった厚労省2階大講堂ではなく（奇しくも、先日、初めて改修を終えたその講堂での総会に参加できること、大変感激しましたが！），最初の数回のみ省外施設を利用した対面会議でしたが、それから程なくして完全WEB会議となりました。改定の審議が佳境に入ると週2回ペースになり、福井から上京する事を考えると助かった部分もあったかも知れませんが、ただどうしても完全WEB会議だと十分な議論が尽くせない感があり、令和6年度改定の頃から、ようやく対面が原則となって、やはり会場の空気感を感じながら対面で議論することの重要さをひしひしと感じました。

私自身は、日本慢性期医療協会副会長の立場で、日本病院団体協議会からのご推薦を頂き、この中医協委員を拝命いたしました。ただ私自身は、県医師会長のお役も務めさせて頂きながら、地元福

井県の片田舎で、地域密着型の小さな病院の理事長・院長として、今なお、外来、在宅、入院等、現場の第1線で地域医療に携わっている現役バリバリの医師でもあります。私が縁あってこの中医協委員を拝命した時に、どういう立ち位置で、何をどうお話しすればいいのかいろいろ考えましたが、もし私にしかできないことがあるとすれば、やはり今でも直接患者さんを診ている現場の医師として、映画のセリフではありませんが、「今、現場で何が起こっているか、どういう状況にあるのか？」を少しでもこの場で臨場感をもって皆様方にお伝えすること、それこそが私にしか出来ない使命と肝に銘じ、この5年間務めてまいりました。

ただもとより無精なもので、会議の場での私の発言は殆どが読み上げ原稿無しで臨み、その場で事務局の説明をしっかりとお聞きし、そして各委員のご意見もしっかり拝聴した上で、それと私の現場感覚と照らし合わせながら湧いてきた「思い」をその場で伝えることに徹してきました。そのため、時には情緒的で的外れだったり、言葉につまりお聞き苦しい点も多々あったのではないかと反省しており、改めてこの場を借りてお詫び申し上げたいと思います。ただそんな舌足らずでお聞き苦しかったであろう私の発言にも、各委員の皆さんには真摯お聞きいただけた事に感謝申し上げるとともに、特に、いつも私の目を見て、顔を見て、傾聴することに徹し、私に発言しやすい雰囲気をつくって頂いた小塩会長には、改めて心から感謝申し上げたいと思います。

最初はこの大役をどうこなせば良いのか不安でいっぱいな気持ちではありました、皆様のお支えもあり、今こうしてとりあえず無事に任期を終える事が出来ましたこと、少しホッとした安堵感

と共に一抹の寂しさも感じております。ただやはり、今まさに病院、診療所とも医療機関は、恐らく国民の皆様方が想像していらっしゃる以上に、未曾有の危機的状況にあることは間違ひありません。そしてこの令和8年度の診療報酬改定の結果は、まさに医療機関の存亡に関わる大事な改定となります。そんな中、その改定の議論がまさに佳境に入ったこの時期に退任しなければいけないことは、正直残念な気持ちもあります。

さて最後ですので、大変僭越ではございますが、ここで中医協に関して少し気になる点を申し述べさせて頂きたいと思います。就任当時、私は、診療報酬改定は内閣府で改定率を決定し、社会保障審議会医療部会・医療保険部会で医療政策方針を決定、それに基づいてこの中医協で医療費分配を決定すると伺っておりました。しかし近年は改定率の決定と共に、大臣合意として様々なかなり具体的な指示が示されるようになった点については、中医協の形骸化とまでは言いませんが、少し違和感を覚えております。また遅々として解決の糸口が見いだせないでいる後発医薬品の不安定供給問題、今後まだまだ続くと思われる高額医薬品に対する対応や費用対効果のあり方、さらに控除対象外消費税の問題等々、2年毎の改定の議論では到底解決しきれない問題も山積しております。この中医協も1950年始まってからすでに75年が経ち、勿論この間いろいろな改革があった事は承知しておりますが、もう少し中長期の大きな視野にたって、抜本的にこれらの問題に対応出来る体制を検討する時期に来ているのではないか、そんな気がしております。

ここで最後に、東京大学名誉教授で法哲学者の井上達夫氏が提唱された、私が好きな「正義」の

定義をご紹介させてください。「『正義』とは、自分の他者に対する行動が、たとえ相手の視点に立ったとしても正当化できるか、その「反転可能性」を自己批判的に吟味してみることである。」

中医協は、保険者代表、診療者代表、公益代表、更には臨時委員や業界代表の皆様、そして事務方の皆様が、それぞれ我が国の医療を守るという同じ目標に向かって、自分の立場で正しいと思っていることをこの場でぶつけ合います。しかし総論においても、各論においても、自分が正しいと思っても、確かに相手の視点に立つと必ずしもそうとは言いきれないことも理解できる、ということも多々あるのではないか。ただその中から、苦労しながらも、大きな共通の目的のために、皆が常に相手の立場も理解し合いながら、より正しいと思える結論を何とか導き出していくことが、この会議の一番重要なことではないかと信じております。

最後に一言。故長島茂雄さんではありませんが、「この中医協は永遠に不滅です！」。我々医療に携わる者にとって、中医協はやはり今でも非常に重要な大変責任の重い組織である事に違いはありません。目前に迫った令和8年度改定の議論はもちろん、今後とも、「国民のいのちと暮らしと尊厳をまもる」ためにも、世界の冠たる日本の国民皆保険を死守し、地域医療を守り抜くための議論を尽くして頂き、より良い医療を提供できる体制を堅持していただくことを、心から切にお願い申し上げ、少し長くなりましたが、私からの退任のご挨拶とさせていただきます。改めて、皆さま本当に長い間ありがとうございました。

(令和7年10月29日 中医協総会での退任挨拶より一部改変)



由利本荘医師会病院介護医療院の取り組み ～口腔ケアから見る介護福祉士の変化～

一般社団法人由利本荘医師会

由利本荘医師会病院介護医療院（秋田県由利本荘市）

看護師長 猪股留美

1. 当院紹介

由利本荘医師会病院（以下、当院）は（写真1），秋田県南西部に位置する県内最大面積の由利本荘市にあり，令和7年8月31日現在の人口は69,375人（外国人351人含）となっている。当院の病床数は100床，令和5年4月1日，医療療養病棟から転換して開設された介護医療院（以下、当施設）50床の計150床を有している。医師会会員の病院として，急性期医療と在宅医療をつなぐ役割を担い，医師会活動の拠点としても機能している。また，医師会会員の在宅患者を支えるオープンベッドの仕組みも導入しており，隣接するにかほ市を含む地域の医療・保健・福祉施設と連携しながら，地域医療を支えている。

当院は，国道7号線沿いの緑豊かな小高い総合福



写真1 病院外観（正面玄関側）



写真2 総合福祉エリアの航空写真

祉エリアに位置し（写真2），周囲には，特別養護老人ホーム，由利本荘医師会立由利本荘看護学校，県立ゆり支援学校などがある。近くには本荘由利総合運動公園があり，野球，テニス，サッカー，陸上などの大会が開催される施設も整っている。西には日本海が広がり，フェリーが航行する様子や，日本海に沈む美しい夕陽を見ることができる。南西には2,236mの鳥海山がそびえ立ち，その美しい裾野から「出羽富士」や「秋田富士」とも呼ばれている（写真3）。



写真3 冬の鳥海山遠景

2. 看護補助者からの業務変化

当施設（写真4・5）の開設前，介護福祉士は当院で看護補助者として従事していた。ほとんどの職員は介護施設での経験がなく，長年にわたり看護補助者業務に従事していたことから，介護福祉士としての専門性を十分に発揮できる状況には至っていなかった。このため，介護福祉士を対象に，バイタルサインの基礎的知識や記録の意義・方法に関する勉強会を実施し，理解の促進を図った。しかし，パソコンによる文字入力に不慣れな職員も一定数存在し，記録業務が心理的・技術的負担となる場面も見受けられた。

また，それまで看護師が行っていた口腔ケアなどの医行為に該当しないケアについて，介護福祉士が段階的に担う体制にした。



写真4-1 当施設内 季節の飾り



写真4-2 当施設内 季節の飾り



写真4-3 当施設内 季節の飾り



写真5 当施設職員

3. 法定研修を含めた研修

当施設では、学研介護サポートを導入し、法定研修を含むeラーニングを毎月計画的に受講してい

る。また、県の社会福祉協議会などが実施する外部研修にも積極的に参加している。看護師も同様の研修に加え、学研ナーシングサポートを活用して学びを深めている。さらに、指導資格を持つ当施設の看護師のもとで、現在4名の介護福祉士が喀痰吸引等研修（第2号研修）を修了している。

4. 歯科医師・歯科衛生士の介入による変化

当院開設初期には、介護福祉士の口腔ケアに関する知識や実践経験が十分ではなく、ケアの実施に対して、一部からは不安や困難を感じる声も聞かれた。これらの状況は、教育的支援の必要性を示唆していたが、口腔ケアにおいて重要な役割を担ってきた看護師も、それぞれの知識や経験に基づいて対応しており、ケアの方法にばらつきが見られたため、介護福祉士に対して統一した方針で教育を行うことが難しい状況であった。

そのような状況の中、口腔衛生管理加算の算定や、歯科医師等による年2回以上の技術的助言・指導が義務化されたことで、由利本荘市内にあるT歯科医院院長のT先生、歯科衛生士O氏と直接関わる機会が生まれた。これに伴い、月2回以上、介護福祉士が助言や指導を受けられる体制になった。

5. 口腔ケアに関する意識調査

こうした体制の変化を踏まえ、歯科医師・歯科衛生士の介入前後において、介護福祉士が口腔ケアを行う際に何を参考にしているか等を把握するため、アンケート調査を実施した（図1・2・3）。

図1によると、介入前は看護師の口腔ケアを模倣して対応している介護福祉士が多く、次いで自己流、教科書、参考書を活用するケースが見られた。歯科医師・歯科衛生士による指導・助言の後は、歯科衛生士の指導内容を記録したノートや参考書、指南書を活用する割合が増加し、看護師の模倣に依存する傾向は減少した。これは口腔ケアに対する意識や、課題の捉え方の変化によると考えられる。

図2によると、口腔ケアにおいて難しさを感じる点として、介入前には「汚れが取り切れない」「口を開けて

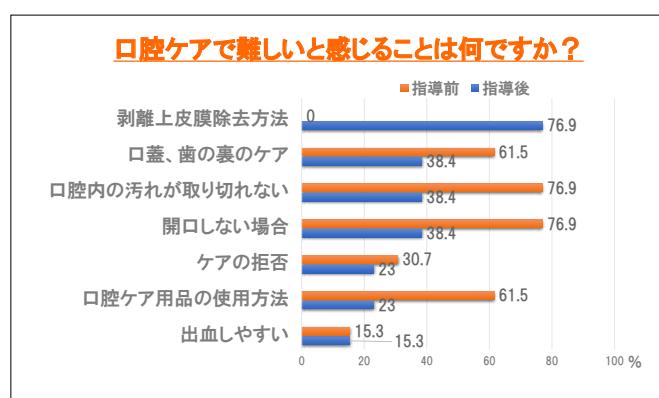
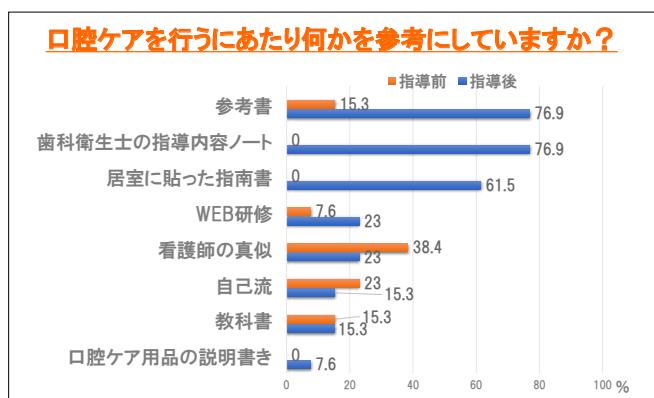
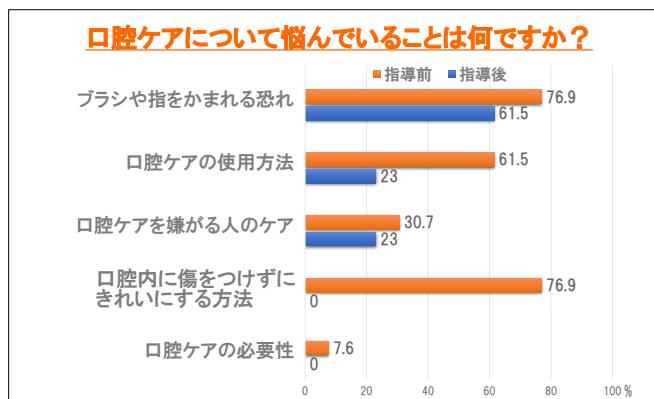


図1 口腔ケアで参考にしていること



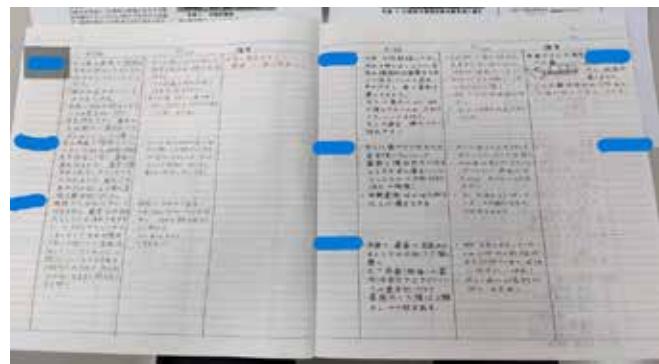
「くれない」に加え、「口腔ケア用品の使用方法が分からない」といった回答が多く見られた。歯科医師・歯科衛生士による指導・助言の後には、「剥離上皮膜の除去方法」といった具体的な技術に関する回答が新たに挙げられ、他の項目についてはすべて回答数が減少した。

「剥離上皮膜」という用語は、歯科医師・歯科衛生士による指導を通じて初めて当施設の介護福祉士が認識した専門用語である。そのため、介入前の段階では回答に挙がらなかったと考えられる。

図3の結果から、「口腔内に傷をつけずに清掃したい」という悩みは、歯科医師・歯科衛生士による指導・助言を受けた後に解消されていることが確認できる。このことは、専門的な支援が、適切な知識と技術の向上に繋がり、介護福祉士の不安を軽減したことを見えていている。「指を噛まれる恐れ」については、歯科医師・歯科衛生士による指導・助言の後も改善は僅かであり、恐怖心が十分に解消されていないことが明らかとなった。このことから、介護福祉士は依然として不安を抱えながら日常的なケアを行っていると考えられる。

6. 口腔ケアの実際

口腔衛生管理加算においては、月2回以上の指導・助言を受けることが求められている。この取り組みは、入所者の個別性に応じた技術の習得に有効であり、介護福祉士の気づきを記録できるよう、自由に記載可能で振り返りやすいノートを作成することとした(写真6)。手軽に経時的な個別のポイントを記録したノートを確認できるようになり、日々の口腔ケアに活用することが可能となった。



開設当初は、口腔内の乾燥対策としてミストタイプの口腔用保湿スプレーを使用していたが、歯科衛生士の指導により、口腔内環境の改善に効果があるヒノキ成分を含むジェルへと変更した。ジェルは咽頭部へ垂れにくく、高い保湿効果を有するとともに、剥離上皮膜の除去も容易となった。さらに、タフトブラシや舌ブラシを導入することで、より個別性に配慮した口腔ケアの実施が可能となった。

しかし、歯科衛生士からの指導・助言を受け(写真7)、日々の口腔ケアに活用しているものの、技



写真7 歯科衛生士（右）の指導場面

術の水準を維持することは容易ではない。

特に、ケアへの拒否が見られる場合や、身体的に力のある入所者に対しては、十分なケアの実施が困難となる傾向がある。こうした状況に対応するため、ケアの記録や評価をより正確に行える体制の整備が求められた。そこで、歯科医師の勧めにより歯科専用カメラを導入し、口腔ケアの実施状況の変化を記録することが可能となった。電子カルテと連動して画像を取り込むことで、経時的な変化を容易に把握できるようになった。さらに、必要時に撮影を行い、毎日歯科医師や歯科衛生士が確認できる体制を整えた。

新たに入所したA氏は、著しい口腔内および口唇の乾燥を呈し、開口困難を伴っていた。また、口腔ケアに対する拒否反応が強く認められたため、歯科衛生士による専門的な指導および助言が必要とされた。右口腔粘膜には血餅の付着が認められたが、麻



写真8-5 入所56日目

写真8-6 入所123日目

痺側の噛み癖に起因する潰瘍が存在することが判明した。A氏は経口摂取を行っておらず、剥離上皮膜が付着しやすい口腔環境にあったが、歯科衛生士による継続的な指導および助言に従い、看護師と共に日々の口腔ケアを継続し、徐々に口腔内環境の改善が認められた（写真8：A氏の口腔内経時的変化）。

7. 今後の課題

- ①歯科衛生士による指導・助言を通じて、介護福祉士の口腔ケア技術は向上したが、習得した技術の水準を維持することは容易ではない。特に、拒否反応のある入所者や身体的に力のある入所者への対応には困難が伴うため、継続的な教育支援と実践的なフォローアップ体制の構築が求められる。
- ②「剥離上皮膜」などの専門用語が、歯科衛生士からの指導を通じて初めて認識されたことから、専門知識の不足を補う教育機会の充実によって、職員の自信を育むことが求められる。

8. おわりに

昨年以降、自院でのご多忙な業務の合間に縫い、当施設職員の資質向上および入所者の口腔衛生環境の改善に多大なるご尽力を賜っている歯科医師T先生ならびに歯科衛生士O氏に対し、心より感謝申し上げる。

当院は開設から2年半が経過し、その間、入所者のニーズや制度の変化に対応すべく、全職員が一丸となって業務改善に取り組んできた。これらの取り組みは、サービスの質向上のみならず、職員の専門性の育成やチーム体制の強化にも寄与している。

今後も、歯科医師、歯科衛生士との連携を通じて、入所者の口腔環境の向上を図るとともに、介護福祉士をはじめとする職員の専門性の向上に努めていきたい。



写真8-1 入所当日



写真8-2 入所13日目



写真8-3 入所15日目



写真8-4 入所40日目



透析患者に対するHIVスクリーニング検査の標準化に向けた取り組み ～スティグマ（偏見）と現状維持バイアスを解消する試み～

社団医療法人明倫会 日光野口病院（栃木県日光市）

診療部 医師 目黒浩昭、熊谷安夫

透析センター 看護師 渡辺直美、関根幸子、阿久津則子

看護部 看護師 戸松佳子 検査部 臨床検査技師 山口美佳

1. 抄録

当院は HIV 陽性透析患者の受け入れ要請を契機に、透析患者の HIV スクリーニング検査の標準化に取り組んだ。以前、試みたものの頓挫した経緯があり、その原因として強固なスティグマの存在と、それにより増強される現状維持バイアスなどの認知バイアスや感情の問題があると考えられた。行動経済学のナッジ理論や、行動変容に対する抵抗低減を図る理論を用い多面的な介入を設計・実施した。9カ月間の段階的アプローチの結果、全透析患者の同意を得て検査の標準化が実現した。本報告により、そのプロセスとその効果を示し、スティグマや現状維持バイアスが変化を阻む事例など同様の課題を抱える現場への実践的知見を提供することができればと考える。

2. キーワード

HIV スクリーニング検査、スティグマ、現状維持バイアス、行動経済学

3. はじめに

当院は栃木県日光市にある慢性期病院であり、人口減少、患者の高齢化、複数の新規透析クリニックの参入による競合の激化から、従来の外来透析患者中心から、回復期リハ目的あるいは通院困難な入院患者中心の透析医療への方針転換を余儀なくされていた。

2023 年の 7 月に HIV 陽性の血液透析患者の入院受け入れ要請があった。疾患についての再学習とと

もに周辺状況、自院の受け入れ体制を検証したところ体制未整備の結論から受諾はできなかった。その後も患者の受け入れには至っていないが、HIV 感染について職員一同で学ぶ中から、透析部門スタッフから要望の出た HIV スクリーニング検査のルーチン化を目標に再設定した。前任の透析担当医が試みたことであるが、一部患者からの拒否があり頓挫し、以降、取り組みについて誰も触れようとしなかったことから、HIV 感染への対応に関してはスティグマ（偏見）により、あまり触れたくないという忌避感や、敢えて現状を変える必要性を感じない心理的傾向があると考えた。行動経済学理論を基に問題を解決していくプロセスを紹介する。

4. 対象

当院は医療療養病床 92 床、回復期リハビリテーション病床 28 床、血液透析ベッド 32 床を有する。2024 年当時、約 48 名の透析患者が在籍。透析スタッフは専任医 1 名、看護師 8 名、臨床工学技士 2 名、クラーク 1 名。今回の試みは透析患者受け入れ時の HIV スクリーニング検査の標準化に向けた取り組みであり、対象は当院の透析スタッフ全員と、当院で血液透析を受けている全患者及び新規受け入れ患者である。ゴールは透析患者全員に対し、同意のうえで HIV-1、2 抗原抗体同時測定定量 /CLIA 検査を行うこととした。（明倫会倫理委員会の承認を得た：N-0009 号）

5. 方法

2023 年 7 月の要請を受けた後、受諾の可否判断

にあたり、①疾患を知る、②他院の状況を知る、③自院の状況を知るという手順を踏んだ。

- ① HIVに関する情報を収集した。HIVの感染率がB・C型肝炎に比べて低いことは周知だが、抗レトロウイルス治療薬の進歩により、正しく服用できればAIDSを発症することなく平均寿命まで生存可能であること、透析患者においても使用可能な同薬は多数あることが判明した¹⁻⁵⁾。
- ② 2017年の調査では、本邦でHIV陽性の血液透析患者を受け入れた施設は全体の約10%にとどまり、受け入れ経験のない施設の44%が今後も受け入れは難しいと回答していた³⁾。これにより全国的に受け入れに対する懸念が根強いことがわかった。困難である理由として保険適応の問題、バックアップ体制の不備、他の患者さんの理解が必要、予防投薬の無償提供が必要など首肯できるものであった。
- ③自院の点検の結果、HBV・HCVに対する対応体制は整っていたが、HIVに関しては未整備で、暴露後予防内服PEP(Post Exposure Prophylaxis)は暴露後2時間以内の内服が望ましい²⁾ことなどから、夜間の針刺し事故時の対応に不安が残った。そのため受諾は見送り今後に備えた体制整備を行うことになった。

ステイグマや現状維持バイアスの克服には「知識」「時間」「共感」の三要素が重要であると考え、急がずに周到に準備を進めた。まず、今後の受け入れも視野に全職員向け講習会を計8回実施し、治療の進歩によりHIV感染症はコントロール可能となったことや、不安の払拭を最大の目標に以下の点を強調した。

- ① HIV RNAが200コピー/mm³以下なら人に感染させず平均寿命まで生存可能。⁴⁾
- ②受け入れ基準の検出限界以下:<20コピー/mm³なら針刺しでも感染しない。⁵⁾
- ③ほかのウイルスとの感染率の比較。HIV 0.3%, HCV 3%, HBV 30%（註）

（註：概ねHIV<0.3%，HCV 2%，HBV 30-50%だが⁵⁾覚えやすい数字列にした）

- ④当院での針刺し事故時のマニュアル及び手順を整え明記した。

11月のICT会議で、針刺し事故時の対応手順の整備が先決とした。透析スタッフとの話し合いでも準備不足であることを確認した。各種ガイドラインで透析患者受け入れ時のHIVスクリーニング検査が望ましいとされているが^{6) 7)}、当院では頓挫したままだった。針刺し事故の遭遇可能性が高い透析スタッフを守るという意味で、透析患者のHIVスクリーニング検査の実施をゴールとした。

以前患者側から拒否があった原因分析の中で浮き彫りになったのは、ステイグマとそれにより増強される現状維持バイアスなどの存在である。HIVに関しての正確な知識不足のために感染経路やリスクに対する誤解・過度の警戒心、漠然とした恐怖感、何も問題が生じていないのだから、変える場合の労力を考えると変えようと思わない心情が存在していると考えた。これらの克服のために行動経済学の手法、特にナッジ理論⁸⁾とノードグレンらの4つの抵抗理論⁹⁾（著者が命名）を併用した。促進系として前者を、抵抗軽減系として後者を用いた仕組みを設計した。（経過を図1に示す）

- ・患者側・スタッフへ吟味した文書を交付した。早期発見によりコントロール可能になることの利益の強調や、針刺し事故の可能性の高いスタッフを守るという利他性を含んだ文言も盛り込んだ。これはキュレーション（整理した情報の提示）やフレーミング（見せ方の工夫）にあたるが、スタッフの茫漠感の解消をも目的とした。
- ・熟慮期間の設定、変化を急かさない。惰性・慣性の緩和準備期間の設定である。
- ・検査を「承諾する」という回答をデフォルトに設定し判断労力や惰性の克服（図2）。
- ・懸念払しょくを重視した説明：「個人情報は決して漏れないように管理します」と、ステイグマによる最大の結果である患者の不安感情には最大限



図1 取り組みの経時の記録と行動経済学理論の応用

感染症検査に関する承諾書

患者氏名 _____

透析患者さんに関する感染対策マニュアルでは、HIVスクリーニング検査の施行が推奨されております。

当院では年に1回、B型及HCV型肝炎のスクリーニング検査を実行しておりますが、本年度よりHIVスクリーニング検査も追加したいと思います。HIV感染症は、早期発見と適切な治療により、免疫機能を維持することができる病気です。陽性であっても、早期に治療を開始することで病状をコントロールすることが可能です。ご自身の健康を確認し治療方針を適切に進めるためにも、検査を受けていただくことをお勧めします。

個人情報(検査結果)の取り扱いに関しては、十分注意して行いますのでご安心ください。
HIVスクリーニング検査の実施にあたり同意が必要となりますので、ご協力をお願い致します。

上記の件について説明を受け、検査を受けることを承諾します。

年 月 日 _____ 患者名 _____ 経年() _____

図2 交付した承諾書

の配慮をした。

（倫理的配慮として結果の機密保持を明確にした）

- ・スタッフによるロードマップ作成により心理的反発の除去を期待した。

6. 結果

2024年3月から透析スタッフ向けのHIV感染に対する再勉強会を開催し、スタッフが、患者さんからの質問等で戸惑わないようにした。スタッフ策定

の実施計画により3月29日に患者さん用の承諾書が完成。4月2日から全透析患者さんにHIVスクリーニング検査に対する同意取得を開始し全員から同意を得たが、構想以来9ヶ月におよぶ段階的な介入を経た結果である。現在では新規透析患者受け入れ時と一年ごとにHIV-1, 2抗原抗体同時測定定量/CLIA検査を実施している。検査はいずれもご本人及びご家族の同意を得て行っており、費用は病院負担（1件当たり508円）である。2025年7月末日時点で、延べ124件に対して実施し拒否者は一人もない。

職員からは「針刺し事故時の対応が明確になり不安が軽減した」「病院側がスタッフの安全を真剣に考えていることがわかった」など肯定的意見が寄せられた。HIV陽性患者の受け入れにはまだ課題はあるが、透析スタッフを守るという目標は達成できている。

7. 考察

HIV感染に対する抵抗の多くは知識不足や誤解によるスティグマ、感情的反発、現状維持バイアスといった認知バイアスの存在によると考えられ、それ

会員病院の取り組み

らは限定合理性という心理的枠組みで説明できる。そこで行動経済的視点を活用することにした。

行動経済学はハーバート・サイモンが、人間が行動を起こす際の動機は必ずしも合理的なものではないという限定合理性の概念を提唱¹⁰⁾してから生み出された分野である。人間の判断においては直感的なシステム1思考と、時間をかけて熟慮したうえで判断するシステム2思考があることをダニエル・カーネマンが提唱し、人間の判断力には許容限界があるため往々にしてシステム1思考による判断を行ってしまうことを明らかにした¹¹⁾。その結果、どうしても認知バイアスが介在してしまうのである。

更には、リチャード・セイラーがこれらの認知バイアスを伴う人間の思考特性に着目して、自発的行動を促すナッジ理論⁸⁾を発表してから、様々な公共政策や、マーケティング、医療などあらゆる分野で応用されている。ナッジは軽く肘で押すという意味で、さりげなく行動を促す仕組みづくりを強調するものである。

ナッジ理論の手法としては「良い選択」を促す仕組みを作る選択アーキテクチャーであり、情報を整理して提供するキュレーション、選択を容易にするデフォルト設定、説明をポジティブにフレーミング、

あるいは「多くの人が行っている」というような社会的規範を提示することなどである。これらは現状維持バイアスや先延ばし傾向を乗り越えやすくする介入となる。仕組みの設計にあたっては EAST (E : Easy, A : attractive, S : Social, T : Timely) を心掛けると良いとされる¹²⁾。本取り組みに於いて存在したと考えられる認知バイアスと、EAST を考慮に入れた我々の方策を図3に示す。

我々は行動経済学における補完的な理論も併用した。ノードグレンらによる4つの抵抗理論⁹⁾である。これは人が変化を避ける心理に注目し、これを取り除くことを目的とするものである(図4)。手続きや説明を簡素化することによる労力の低減、検査結果への不安を和らげることによる感情の適正化、HIV にまつわる偏見の是正、やらされ感の緩和による心理的抵抗の除去、さらには変革を急がないことによる惰性や慣性の緩和が、その具体例にあたる。併用の理由は、ナッジだけでは現状維持バイアスの打破が困難であり、長期的効力も期待しにくいと考えたからである。

両理論から得られた教訓から、トップダウンの指示ではなく、スタッフが自ら課題を認識し解決策を提案する「参加型プロセス」を重視したこと、変化を促す上で心理的抵抗(リアクタンス)を除去す

ナッジ設計のポイント : EAST					
主な認知バイアス	対応	Easy 簡単に	Attractive 印象的に	Social 社会的に	Timely タイムリーに
1. 現状維持バイアス 変化に伴う損失への不安から 現状維持に執着	デフォルト設定を利用 単純接触効果の利用 (繰り返し伝える)	○	○		
2. 選択・情報過剰負荷 選択肢や情報が多いと 判断できない	面倒な要因を省く メッセージを単純化	○			○
3. 利用可能性ヒューリスティック とりつきやすい情報に依拠	キュレーション (整理した情報提示)	○	○		○
4. フレーミング効果 同じ内容でも表現の仕方で 感じ方が異なる	提示内容や仕方の工夫		○	○	
5. 同調効果:社会性バイアス 周囲の人や社会規範と 一致する行動をとる	社会規範を示す 多数派であることを示す 利他性アピールも効果的		○	○	○
6. 現在バイアス 現在利益を優先し 行動を起こさず先延ばし	コミットメント戦略 (小さな約束や小さな 行動を促進させる)	○		○	○

図3 存在した認知バイアスと我々の対応(文献12をもとに作成): ○は特に意識した要素

惰性・慣性	: 慣れているものを変えたくない
Inertia	→単純接触効果（何度も伝える） 代弁者を使う・変革を急がない
労力	: 価値よりも必要な労力が気になる : どうして良いのかわからない（茫漠感）
Effort	→不要プロセスを徹底的に省く 労力の見せ方を変える →いつ、何をすれば良いかを具体的に示す
感情	: 既に満たされているものを損なうことへの危惧
Emotion	→抵抗の裏にある「なぜ」に目を向ける
心理的反発	: やられ感や推進者自体への反発
Reactance	→プロセス策定に巻き込む（コ・デザイン）

図4 ノードグレンらによる「変化を阻む4つの抵抗と克服法」(文献9をもとに作成)

ることで有効だったと考える。

ステイグマや現状維持バイアスが共存するような本事例に於いては、阻害因子を想定し行動経済学的視点で準備することが有効だったと考える。

8. 結語

本事例は感染防止体制の強化とステイグマの緩和という両面の課題に対して、行動変容を促す介入として行動経済学的手法の有効性を示すものと考える。

本文は第32回日本慢性期医療学会で発表し討議を経た内容をもとに作成した。

9. 利益相反

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

【参考文献】

- 1) HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班：HIV 感染透析患者医療ガイド [改訂版], p51, 2019
- 2) HIV 感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究班：抗 HIV 治療ガイドライン, pp38-147, 2025年3月
- 3) 日の下文彦, 秋葉隆：HIV 感染患者における透析医療の推進に関する第2次調査, 透析会誌 52 (1), pp23-31, 2019
- 4) Saag MS: HIV Infection-Screening, Diagnosis, and Treatment, N Engl J Med (381; 22), (381), pp2131-2143, 2021
- 5) 鈴木裕子, 斎藤泰信, 松倉泰世, 他：HIV 感染透析患者受け入れのための当院での取り組み, 透析会誌 53 (1), pp21-29, 2020
- 6) 日本透析医会ワーキンググループ：透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン（六訂版）, 日本透析医学会, pp78-81, 2023
- 7) HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループ：HIV 感染患者透析医療ガイドライン, p35, 2022
- 8) Thaler RH, Sunstein CR, 遠藤真美（訳）：NUUDGE 実践行動経済学完全版, 日経 BP, 東京, pp49-213, 2022
- 9) Nordgren L, Schonthal D, 船木謙一（監訳）, 川崎千歳（訳）：「変化を嫌う人」を動かす, 草思社, 東京, pp17-25, 2023
- 10) Simon HA. A behavioral model of rational choice: Q J Econ. 69(1), 1955, pp99-118
- 11) Kahneman D, 村井昌子（訳）：ファスト&スロー あなたの意思はどのように決まるか?, 早川書房, 東京, 2012
- 12) 大竹文雄：行動経済学の使い方, 岩波書店, 東京, pp59-63, 2019

慢性期における最後まで食べることへ向き合う取り組み

医療法人社団ほたか会 群馬パース病院（群馬県利根郡川場村）

摂食・嚥下障害看護認定看護師 見城恵美 看護科長 井口智 副看護部長 阿部奈津子

1. はじめに

PAZ グループは「Dum Spiro Spero ~人には生命がある限り希望がある~」を理念に掲げ、病院1施設、訪問看護1施設、クリニック1施設、介護施設5施設、大学1施設、福祉専門学校1施設を運営する。近年では「人生100年時代」における健康長寿について、グループとして医療・福祉・教育・研究の各分野が連携をとりあい向き合っている。

当院は昭和53年に「付き添いのいらない病院づくり」から始まり、「美しく・健やかに・元気で老いる」を基本理念に、人生の最期に「死ねてよかつたね、と言ってあげられる看護ができたか?」という創始者の福祉に対する想いからはじまった。

PAZ（パース）とはポルトガル語で「平和」を意味し、Pessoa—個性の尊重、Assistencia—互助、Zelo—熱意によって究極の人間尊重を意味する。

2. 群馬パース病院の概要

群馬パース病院は、一般病床23床、地域包括ケア病床32床、療養病床127床の合計182床の病床を有



写真1 医療法人社団ほたか会 群馬パース病院

し、群馬県利根沼田地域における慢性期病院として、地域や近県の急性期医療機関や福祉施設からの患者受け入れを担っている（写真1）。病院の基本理念である「美しく・健やかに・元気で老いる」、この言葉を大切にしながら地域の皆様の健康と安心を支える医療の提供に努めてきた。また、「高齢者の終末期医療」「食べることを支える」ことについて群馬パース大学と連携し病院全体で取り組んできた（写真2）。人生の最終段階を迎えた高齢者の中には嚥下機能障害を



写真2 左：群馬パース大学 右：群馬パース大学福祉専門学校

抱える。経口摂取困難と判断された後には点滴あるいは経腸栄養の治療選択が迫られる。しかし、患者の多くは最後まで「食べたい」と訴え、本人の希望と誤嚥リスクとの間で問題が生じる。このような嚥下障害を抱える方の「食べたい」という願いに寄り添うためには何が必要なのか、看護部と栄養科とで密な連携を図りながら個別的な食事形態や食事介助の工夫を行ってきた。特に、食事環境を整えることの重要性を明らかにするため、摂食と離床の関連性について研究を進めた（第32回日本慢性期医療学会にてポスター発表）。

今回、当院の療養病棟で嚥下介入を行ったうち、印象に残った2事例を紹介し、ますます進む超高齢社会の中で「最後まで食べることへ向き合う」ための当院の役割について振り返る。

3. 症例

(1) 対象

令和3年12月～令和5年4月末までに療養病棟へ入院していた患者200名中、意識レベルや認知症の程度が重症で経口摂取が明らかに不可能な例を除く56名のうち、本人または家族の了解が得られた患者52名に嚥下介入を行った。

介入開始後原疾患の悪化などにより1月以内に死亡した症例（11例）および研究期間の設定により2度目の嚥下機能評価が期間外となった症例（1例）は評価不能例とし、最終レベルは開始時と同数値として扱った。これら12例は、研究対象症例としては対象に含めたが介入の効果判定解析では除外した。

(2) 結果

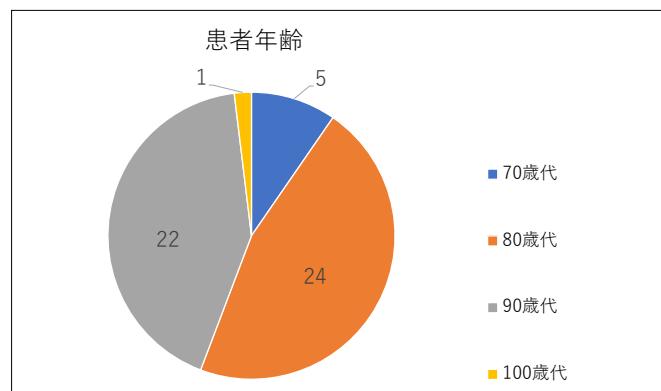


図1

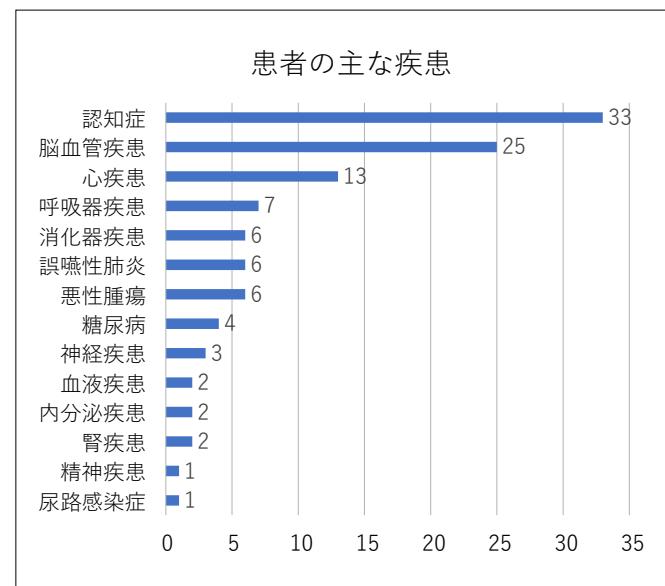


図2

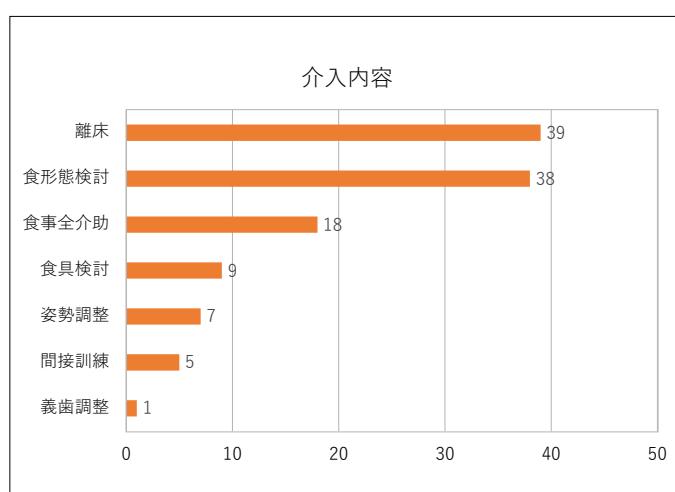


図3

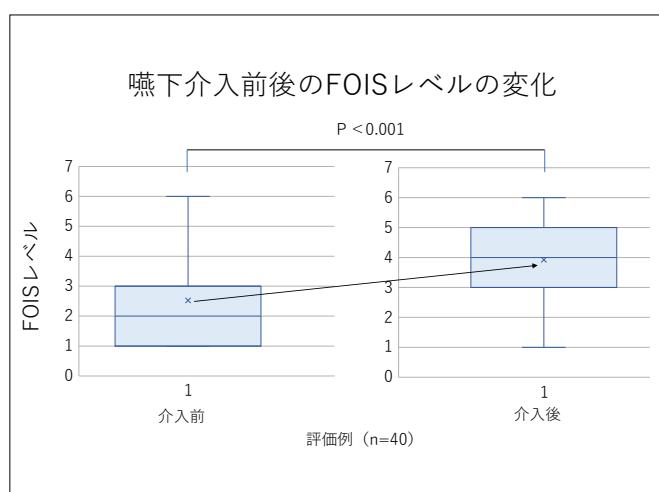


図4

■事例1

女性、95歳、介護付有料老人ホーム入所中 認知機能低下みられ病識欠如している。

【診断】肺炎、尿路感染症、心不全

【既往症】RS3PE症候群、胆囊炎、脳梗塞、逆流性食道炎、甲状腺腫

【経過】

施設で熱発のため外来受診、検査で尿路感染症の診断をうけ抗生素内服で施設療養となったが、翌日呼吸不全をきたし当院一般病棟へ入院となった。入院時から食事中（全粥、超きざみとろみ付）にむせ込みがみられ、摂取量も0～3割であった。嚥下障害を考えST評価の結果、経口摂取不可と判断され、入院5日目より禁食となった。

入院14日目、長期入院加療必要と判断され療養病棟へ転棟。禁食後も食思訴え続いているが、改めて医師による触診の結果、既往症の甲状腺腫が喉頭全体を圧迫し嚥下に影響していることが示唆され、やはりすぐに食事再開は難しいと判断された。

入院21日目、喉頭部の状態確認のため嚥下内視鏡実施の結果、喉頭腔が極端に狭い・喉頭蓋は見た目には問題ないが動きに関しては不明・右披裂軟骨部発赤、腫脹あり・甲状軟骨全体に浮腫あり・左右梨状窩は開いているが右には白色の貯留物が少量あり。これを踏まえて嚥下時に頭部を右回旋することで、左梨状窓より通過させる一側嚥下でスクリーニングを実施した。スクリーニングでは、RSST：3回/30秒、MWST：評点4であった。

入院26日目、一側嚥下での摂取を条件に毎食ジュース1本を開始。開始当初、認知機能低下による病識欠如があり、一側嚥下の必要性が理解できないことで、すぐに正面を向いてしまい咽頭残留から毎回むせ込んでしまう状態であった。しかし、頭部右回旋時の嚥下では咽頭残留はみられずむせ込みはなかったことから、一側嚥下の有効性はあると判断し、都度声掛けを行いながら介入を継続した。

結果、入院28日目には安定して一側嚥下が可能となり、全粥・ムース食を開始することができた。

入院35日目、心不全増悪によりCO低下が原因で離床中に一過性意識消失あり。今後、経口摂取の

継続は離床が不可欠で、病状から食事継続自体も少なからず心不全へ影響を及ぼすと判断された。また、食事中に一過性意識消失が発生すれば、誤嚥や窒息の可能性もあるため、患者と家族へ治療方針についての話し合いを行った。患者は「食べたい」と話し、家族もその想いを汲み「本人が望むようにしてあげたい」と希望され、リスクを理解いただいたうえで経口摂取継続の方針となった。

入院42日目、心不全増悪し食事摂取量が3割以下へ急激に減少したが、患者・家族の意向を尊重し経口摂取を継続。

入院45日目、病状急変し慢性心不全・心虚血による心停止のため永眠された。ご家族の理解が得られ条件付きではあったが患者の「食べたい」という気持ちに最期まで寄り添えた貴重な症例であった。

■事例2

男性、87歳、在宅で過ごされていた。

【診断】脳幹出血後遺症、COVID-19治療後廃用症候群、嚥下機能低下・胃瘻造設

【経過】

<当院入院までの経過>

自宅より救急搬送され脳幹出血のため急性期病院に入院（保存的治療を希望される）。同時にCOVID-19にも罹患しており治療を行った。急性期治療を脱し、リハビリを行ったがADLの改善はみられず全介助状態となった。また嚥下造影の結果、経口摂取不可と診断され、発症25日目に胃瘻造設し経管栄養開始。発症65日目、胃瘻自己抜去に伴い再度嚥下造影を行い経口摂取開始したが、痰増加と発熱のため断念せざるを得なかった。このため胃瘻再増設・経管栄養再開となり、発症72日目、当院一般病棟へ転院となった。

<当院転院後の経過>

転院後、施設退院方向となったが胃瘻の自己抜去リスクがあり退院先調整が進まず、発症143日目に療養病棟へ転棟。自己抜去予防のため両手ミトングローブを使用、ベッド上での体動が活発で立位困難ながら離床行動もあり転倒・転落リスクも高い状態にあった。

入院時から「ご飯が食べたい」との訴えを繰り返しており、主治医より発症時の情報と比較し活動性が向上しているため、再度嚥下機能評価の指示あり。発症 148 日目、嚥下スクリーニング実施し RSST：2 回 /30 秒、MWST：評点 4、嚥下関連筋群の廃用はみられたが機能的に経口摂取可能と判断した。一旦は経口摂取を断念し、胃瘻造設となった経緯からご家族の意向を確認。家族は「本人も食べたがっているし、できるならそうしてあげたい」と希望された。発症 150 日目、誤嚥等のリスクについても理解を得たうえで昼のみミキサー食 1/2 量で開始、朝夕経管栄養併用とした。発症 153 日目、3 食ミキサー食を自力摂取可能となり経管栄養を中止。発症 172 日目、誤嚥の発生もなく摂取量安定したことから、胃瘻は抜去となり、身体拘束も中止することができた。

その後も安定して食事摂取継続できているため、発症 218 日目、施設へ退院となった。本人の望みである経口摂取を再開できたことや、身体拘束を中止できることで、その他の危険行動も落ち着き精神的にも良い方向に進んだ症例であった。

(3) 考察

高齢者は認知機能低下のために原疾患への理解に乏しい。多くの既往症を抱え、入院により活動性が低下し廃用が進行、経口摂取不可と評価される患者もいる。しかしながら離床、姿勢調整、食形態検討など環境を整えることで食思を引き出し、食べる=訓練といった直接訓練が実施でき効果を得ることができた。高齢であることは食べることをあきらめる理由とはならないことを示していると考える。

4. 今後の展望

今回の事例は食べたいという思いや医療継続困難から経口摂取が再スタートとなった。今後もさらに多様な状況下でもアプローチを図っていく。また、「食べることへの向き合い」を深めることが延いては健康寿命に繋がると考える。当院の取り組みはまだスタートにすぎないが、「慢性期、高齢者医療=積極的医療を断念し何もしない」ではなく、患者・家族の望みを叶える慢性期医療の新しい形を見出していきたい。



医療療養病棟における身体拘束最小化への取り組み ～尊厳を守るケアを目指して～

医療法人社団紫蘭会 光ヶ丘病院（富山県高岡市）

看護師長・認知症看護認定看護師 水上美幸

1. はじめに

わが国においては高齢化が急速に進行しており、65歳以上の人口は全体の約29%を占め、そのうち約5人に1人が認知症を有すると推計されている。令和6年1月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行され、同年12月には同法に基づく認知症施策推進基本計画が制定された。同計画では、「新しい認知症観」として「誰もが認知症になり得ることを前提に自分ごととして捉えること」「本人の意向を尊重しつつ、自分らしく暮らし続けること」が掲げられている。さらに、令和6年度診療報酬改定では、入院料の施設基準に「身体拘束最小化への体制整備」が追加され、医療機関に対し組織的取り組みの推進が求められることとなっただ。

富山県において高齢化率は33.2%と全国平均の29.3%を上回り、認知症を有する高齢者は今後さらに増加が予測される。このような地域背景から、認知症ケアの質向上と身体拘束の最小化は重要な課題である。

現在、身体拘束ゼロを実践している医療機関は増えているが、安全な医療を提供する上で、その実現は容易ではなく、自施設も同様の課題を抱えている。今回、自部署である医療療養病棟において、多職種で身体拘束最小化に取り組み、抑制患者数を減少できた要因を明らかにし、これからもゼロを目指すための指針とすることを目的に報告する。

2. 当院の紹介

当院は富山県高岡市に位置する、237床の主に慢性期医療を担う病院である。高岡市は古くから城下町として栄え、伝統工芸や文化の薫りが残る地域

であり、県西部の中核都市として医療・介護のニーズも高い。高齢化が進む中、慢性期医療や認知症ケアを必要とする住民が増加していることが地域特性として挙げられる。

病院の理念は「～みんなの光で愛の環を～」であり、患者、家族、地域、職員それぞれの「光」を尊重し合い、互いに支え合うことで、尊厳ある暮らしを守りつづけていくことを意味している。「暮らすこと、働くこと、生きること」に寄り添い、「自分らしく生き生きと過ごせる場所」を目指している。（写真1）

病棟構成は、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患病棟、医療療養病棟の4病棟（177床）と、介護医療院（60床）、合わせて237床を有する。

それぞれの病棟の機能や患者背景が異なるため、身体拘束最小化に向けた課題や実践方法も病棟ごとに特徴がある。当院では、身体拘束最小化チームと認知症ケアチーム、病棟をつなぐ役割を担う認知症ケア委員会を中心に活動し、各病棟から課題や実践を共有し検討を重ねている。病院全体として認知症ケアの質を高めつつ、身体拘束最小化を推進する体制を整備し、継続的な取り組みを強化している。



写真1 医療法人社団 紫蘭会 光ヶ丘病院

3. 身体拘束最小化への取り組み

自部署である医療療養病棟（60床）は、入院患者の9割以上が中心静脈栄養管理であり、障害高齢者の日常生活自立度C2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上が大半を占める。抑制管理のほとんどが中心静脈カテーテル（以下、CVCとする）自己抜去防止を目的としたミトン着用であった。病状は比較的安定しており、急激な状態や治療内容の変化は少ない一方で、これまで「抑制を解除するタイミングを検討する機会」が乏しく、抑制が継続されがちであった。この現状を改善するため、多職種で下記に示す取り組みを始めた。

（1）カンファレンスの強化

①抑制管理患者の一覧表を作成（写真2）

一覧表に明記した内容は、患者名・抑制開始日（どれだけ経過しているか）・担当者（すぐに報告・相談できるように看護師・介護職員・リハビリ担当者を記載）・抑制種類（何を使用しているか）・抑制時間（フリーの時間を作れているか）・その後の変化を時系列で記載し、抑制解除した患者はマジックで消し、成果が明確に分かるようにした。電子カルテを開かずとも状況を確認でき、毎月病棟主任と認知症ケア委員が作成し、1ヶ月の経過と状況を見直す機会となっている。

写真2 月単位の抑制カンファレンス一覧表

②一覧表を基に毎朝カンファレンスを開催

申し送り後、チーム毎にリーダーが中心となり、抑制状況を確認した。抑制解除する時間をみんなで把握し、確実な解除実施と観察の強化に繋げた。

③週2回ベッドサイドカンファレンスを開催

入浴日（週2回）はスタッフが多いため、ベッドサイドカンファレンスを実施し、看護師、介護職員、病棟担当セラピストと、環境や本人の状況を確認し、実際に抑制解除して検討した。ここで大切にしていることは“患者の視点で話し合う”意識の共有である。

（2）抑制解除時間の段階的な延長

カンファレンスで話し合い、まずは日中や面会時など解除しやすい時間帯から延長を図った。例として、最初に職員の目が多い平日日中から、食事介助がある場合は朝食時から夕食後、毎日のように家族の面会がある場合には面会時間終了まで、など対象者の状態や生活に合わせて検討している。抑制解除時間が対象者によって様々であるため、いつでも確認できるよう、ベッドサイドに明記する。家族の方へ説明し理解を得た上、できるだけプライバシーに配慮した記載方法を検討している。（写真3）



写真3 ベッドサイドの抑制状況表記

（3）転棟前の抑制をそのまま継続しない

これまで、前病棟での抑制をそのまま継続することから始めていたが、転棟当日、まずは抑制をせず、自分たちの目で見て、チームで再評価し、ベッドサ

会員病院の取り組み

イドカンファレンスを実施している。前病棟から申し送りを受けたセラピストも参加し、多職種で検討している。やむを得ず継続する場合も、早期解除に向けた具体策を確認している。

取り組みの一環として、実際に以下のような事例が得られたので紹介する。

【事例1】人の関わりが食べる意欲を引き出した事例

A氏、80歳代後半、女性、高度認知症（HDS-R：5点、FAST：Stage 6）

現疾患：菌血症による摂食嚥下障害（拒食）

既往歴：陳旧性腰椎圧迫骨折

<入院前までの経過>

施設入所中に転倒し緊急入院した。発熱、菌血症を発症後、食事に全く手を付けなくなり、中心静脈栄養管理となり、当院入院となった。

<入院時から転棟まで>

入院時は検査やケアへ拒否・易怒性が強く、4点柵と両手ミトンで抑制管理されていた。夜勤帯でCVC刺入部のドレッシング剤を剥がす行為があり、両手抑制帯も追加されていた。転棟時は「大声を出す」「ケアに対する拒否あり」「易怒性がある」と申し送られた。

<転棟時からの経過>

転棟直後の抑制カンファレンスで、一旦ミトン、抑制帯を外し、挨拶させていただくと表情が笑顔になり「そうけ、今日からここね。よろしくね。」と穏やかに話された。抑制帯は使用せず、様子を見ることとなり、A氏に説明し、同意を得た上で、ミトンのみ装着してもらった。セラピストと協働し、リクライニング車椅子への移乗で離床を促し、日中スタッフステーションで見守りできる環境を作り抑制解除時間とした。離床を促しても「腰痛いから嫌や」などと拒否されることもあったが、別のスタッフの声掛けでは「なら行こうか」と応じられることがあった。誘い方を「リハビリ」ではなく、「散歩しましょう」

「お話に行きませんか」など人と関わる誘いであると、笑顔で応えやすくなった。家族からは「人と話すことが好き」との情報を得て、以前使用していた塗り絵やパズル、老眼鏡などを持参してもらい、会話を楽しみながら過ごされた。ある日、絶食であったA氏に「お茶でも飲みませんか？」と職員が水分補給をするタイミングで声掛けすると「いただこうかね」と応じ、トロミ茶を「ああ、おいしい」と飲まれた。その後、言語聴覚士が食べることを勧めてみると、ゼリー、食事へと段階的に進み、最終的に3食経口摂取が可能となった。最初は介助必要だったが、周囲の患者の自立した食事姿を見て「私も自分で食べるよ」と自力摂取も可能になり、CVCを終了し、介護医療院へ入所となった。

<アセスメント・考察>

身体抑制はA氏にとって不安を増強し、ストレスとなり、易怒性につながっていたと考える。抑制解除後は、会話や活動を楽しみ、職員との関わりの中で安心感や信頼関係を構築できた。その安心感が「食べたい」という意欲を引き出したと考えられる。高山は、「人間にとって食べることは、おいしいという満足感を得たり、食を通じて人との交流を楽しんだりするなど、社会文化的な営みでもあり、生きる喜びにつながる深い意味をもつ。それゆえに、認知症の人の食事支援では、いつ、何を、誰と、どのような場、で食べることが、その人にとって豊かな食事になるのかを吟味して、環境を整えていくことが重要になる。」と述べている。A氏にとって人と一緒に食べることが生きる喜びとなり、食べる意欲に繋がったと考える。

【事例2】家族と共に身体拘束解除し、笑顔と言葉を取り戻した事例

B氏、80歳代前半、男性（FAST：Stage 6）

現疾患：COVID-19 罹患後、進行下行結腸癌

<入院前の経過>

自宅にて下血あり倒れて救急搬送され入院となった。その後、COVID-19に罹患し経口摂取不能で中

心静脈栄養管理となり、治療継続のため当院入院となった。

<入院時から転棟まで>

前医で点滴自己抜去歴があり、両手ミトンによる抑制管理が継続されていた。転棟時の申し送りでは、ミトン着用でCVCトラブルなし、との情報だった。

<転棟時からの経過>

転棟初日の夕方、家族面会時にベッドサイドで抑制カンファレンスを実施した。ミトンを外そうとすると、手指拘縮と痛みの訴えがあった。CVCルート位置を工夫し、ミトンフリーで様子を見ることにした。その場に居た家族は「ありがとうございます」と言われ、安堵の表情が見受けられた。以降もトラブルなく抑制を中止できた。転棟時は発語がなかったが、声掛けを工夫することで次第に会話もできるようになり笑顔がみられた。

<アセスメント・考察>

この事例では、患者本人、家族、職員それぞれに良い影響があったと考える。まず本人にとっては、抑制を行わない状況を整えたことで苦痛が軽減し、安心して療養できる環境が確保された。さらに転棟

初日に家族立合いのもと抑制カンファレンスを行ったことで、家族の思いを直接確認でき、その反応をスタッフ間で共有できたことは大きな意義があった。従来、抑制に関しては「転倒や抜去を防ぐために仕方ない」と家族が同意せざるを得ないことが多かったが、今回は解除の可能性を共に検討し、安全を確保しつつ拘束を外せた。結果として、患者は徐々に発語や笑顔を取り戻し、家族もその姿に安心と喜びを感じられた。抑制解除に家族を巻き込み、チームで支え合ったことが、患者の尊厳を守るケアに繋がったと考える。

4. 結果

(1) 抑制管理者数の減少

病棟の抑制管理者数は取り組み開始以降減少傾向にあり、その半年後から1年間で計45名(平均3.75名/月)の抑制解除が実現した(図1)。これは、
 •一覧表による抑制状況の「見える化」と多職種カンファレンスの実施
 •成功事例の共有による工夫や意識改革
 •笑顔やADL向上といった成果をチームで実感できたこと
 が要因と考えられる。



図1 医療療養病棟 抑制管理者数推移

(2) 病棟スタッフの意識変容

2021年と2025年のアンケート結果を比較すると、身体拘束を否定的に捉える意識が高まっていた。「大変うしろめたさがある」は22%→35%、「残酷だと思う」は18%→30%に増加し、一方「特に何も感じない」は3%→0%に減少した。また「身体拘束を減らしたい」と答えた割合は69%→88%へ上昇しており、スタッフの多くが身体拘束を問題として自覚し、最小化へ向けた意欲を強めていることが示唆された。

5. 考察

布施は、『「身体抑制がゼロにならない」に影響を与えていていると考えられる重要な要因から目標を、①知識の向上、②意識の向上、③解除する不安の除去』を挙げている。(布施, 2020)

今回の取り組みにおいても、認知症に関する正しい知識を学び、認知症を持つ患者本人の視点で話し合うことで職員の意識が高まり、多職種でカンファレンスを重ねることが抑制解除への不安軽減に繋がったと考える。

6. まとめ

本人の気持ちに寄り添い、ニーズに応えることができるよう、認知症に関する学びを共有し、身体拘束最小化に向けて、チームで取り組むことが大切である。それは、患者の尊厳を守るためにあり、QOL、ADLを向上できるケアに繋げていく私たちの使命である。

身体拘束が及ぼす様々な弊害を受けるのは患者本人であり、家族でも職員でもない。その実施を本人の意思なく行うことの重大性を忘れてはならない。私たちは他者の安心のためにではなく、すべて人の尊厳が守られ、あたたかな関わりが笑顔を作り出すことを目指し、みんなの力で諦めず取り組みを続けていきたい。

7. おわりに

本年2月には本稿の依頼先である日本慢性期医療協会主催の「第2回身体的拘束最小化大作戦～根性論だけでは進まない具体的なテクニックを学ぼう～」に参加した。全国から集まった同じ慢性期病院で取り組む仲間と学びを共有できたことは、大きな活力となり、感謝している。今後も一人でも多くのスタッフがこのような研修に参加し、学びを実践へ繋げて欲しいと願うものである。

また、本取り組みは認知症ケア委員を中心とした病棟スタッフと共に実施したものであり、認知症ケアチームをはじめ、多職種からの助言と協力を得て継続できていることに深く感謝の意を表する。

最後に、本稿の執筆にあたり、ご多忙中のなか指導賜りました副理事長 笠島眞氏、認知症看護認定看護師 林浩靖氏に深く感謝申し上げたい。

【引用・参考文献】

- 1) 布施由美：「院内風土の課題への対応：TQM活動で「身体拘束ゼロ」への意識改革」、看護、2020, p78
- 2) 高山成子、大津美香、渡辺陽子：認知症の人の生活行動を支える看護、東京都：医歯薬出版、2014, p34
- 3) 中島紀恵子、太田喜久子、奥野茂代、ほか：認知症の人びとの看護、第3版、東京都：医歯薬出版、2017
- 4) 鈴木みづえ、ほか：認知症 plus 身体拘束予防。日本看護協会出版社、2020
- 5) 山口晴保、ほか：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント、協同医書出版社、2018
- 6) 内閣府：高齢社会白書（令和7年版）、https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html



夜間頻尿はデイサービス利用で改善する ～青竹踏みで頻尿・便秘を治す（セルフケア）～

医療法人天真会 南高井病院（愛媛県松山市）

院長 西尾俊治

頻尿で悩んでいる方は多く、薬を飲んでもなかなか改善しない場合もある。この豆知識では当法人デイサービス利用で特に夜間頻尿が改善した実例を示すとともに、あの懐かしい「青竹踏み」を使って、頻尿・便秘を自分で治す（セルフケア）方法を解説する。我が国では40歳以上のうち約4500万人の方が夜1回以上の夜間頻尿を認める。70歳以上では約50%と増加する。原因は加齢により膀胱が小さくなること、夜の尿量が多くなること、下肢の浮腫（デイサービス利用者のうち33%においてアルブミン値が3.5g/dl以下）が大きな原因である。昼間に下肢に溜まった水分が夜寝たときに心臓にもどり、腎臓から膀胱へと水分（尿として）が排泄されるため、下肢の浮腫を昼間に改善させることが重要である。

当法人デイサービスでは下肢のマッサージ機器を導入しており、デイサービスから帰宅される時にはむくみが取れて歩きやすいと評判である。そこでデイサービス利用前後で夜間の排尿回数を調査した。

結果：30人の利用者全員で改善していた。デイサービス利用前後の夜間排尿回数は3.28回から2.10回に減少。下肢マッサージ機器を利用しない方も同様に減少していた（図1）。デイサービス利用により身体を動かし、入浴する（身体を温めると頻尿は改善する）ことなどが夜間頻尿を改善させたと考える。

さらに膀胱を大きくする方法として当法人デイサービスでは今年初めより「青竹踏み」を導入した（図2）。きっかけは信州大学泌尿器科学教室からの論文である（Minagawa et al. BNC Altern Med, 2016）。この論文では頻尿、便秘、冷え性の症状のある男女22人（27歳～90歳）が「青竹踏み」を1回2分、1日2回、1ヶ月実施すると1日の排尿回数は10.9回から9.8回に減ったと報告している。さらに便秘も改善し、冷え性も改善している。ふくらはぎを動かすので血流は良くなり、下肢の浮腫（夜間頻尿の原因のひとつ）も改善するはずである。改善した理由として夜間の尿量が減り、膀胱容量が大

デイサービス利用による夜間頻尿改善



南高井病院 デイサービス



下肢マッサージ機器

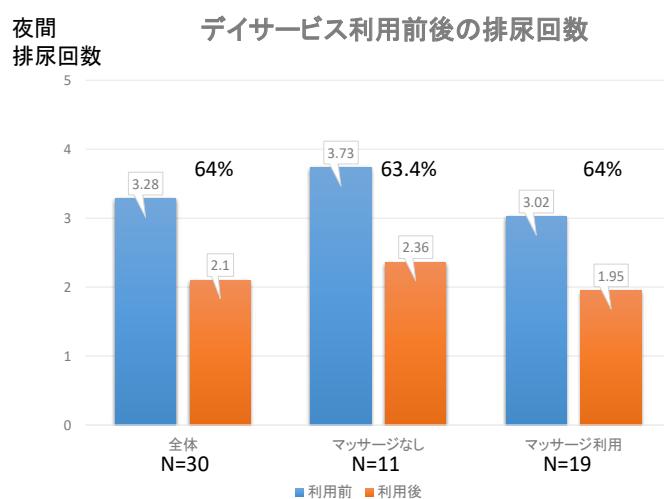


図1 デイサービス利用による夜間頻尿改善



図2 青竹踏みの実際 (南高井病院 デイサービスセンター)

きくなったことが考えられる。

足の裏のツボマップを図3に記載した。足の指先の方は体の頭側を刺激する。土踏まずのやや内側より内側に膀胱のツボがあり、土踏まずの外側には大腸のツボがある。使用する「青竹」は天然竹の方がイボイボのついたプラスティック製より痛みが少ないため良いとされている。「青竹踏み」による足底からの刺激は脊髄を通じて脳に刺激を与え、膀胱・大腸への刺激につながると考えられている。安全を確保したうえで、平行棒につかり、スタッフと一緒に「青竹踏み」を楽しんでいる。まだ、頻尿の改善効果のデータはまとまっていないが、早速、便秘症の方が気持ちよく排便できたとのうれしい報告があった。

ちなみに手にも膀胱のツボがある(図4)。頻尿を改善するツボは親指球の少し下にある。1回7秒



図3 足の裏のツボ (特選街 web より引用)

3回が効果的。突然の尿意を抑制するツボとして、薬指と小指の付け根(液門)と液門から少し手首寄りにツボ(中渚)がある。手の甲側から強く押すと尿意が軽減される。夜尿症には小指の先にツボがある。

私自身も早速、購入し「青竹踏み」をしている。最初はちょっと痛みがあるが徐々に痛みは軽減した。アキレス腱・ふくらはぎのストレッチもできて気持ち良い。なんとなく膀胱が大きくなって夜トイレに行かなくなった。興味のある方はぜひ、試みてほしい。

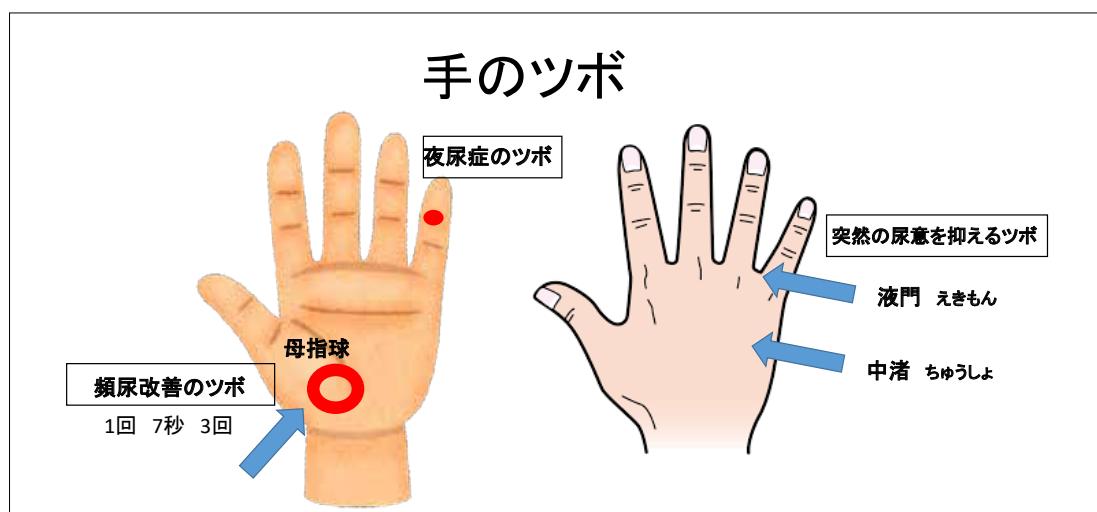


図4 頻尿・切迫性尿意・夜尿症を治すツボ

2025年10月の記者会見 日本介護医療院協会「2025年度」調査結果 鈴木会長「介護医療院は成功している」 橋本会長「医療介護連携のモデルケース」



当会は10月9日に定例記者会見を開き、日本介護医療院協会（鈴木龍太会長）が実施した「2025年度」調査結果を公表した。創設8年目を迎えた介護医療院の現状を明らかにするこの調査では、開設状況、稼働率、経営収支、人材確保、意思決定支援、身体拘束ゼロへの取り組みなど多岐にわたる実態が報告された。急性期病院からの受け入れなど、今回新たに追加した調査もあった。鈴木会長の説明後には記者との質疑応答が行われ、介護医療院と他施設との構造的な違いや、現場が抱える課題、制度上の評価のあり方をめぐり意見が交わされた。

■ 要介護認定のギャップ 51.5%

当会の下部組織である日本介護医療院協会では、介護医療院が創設された2018年から毎年、会員らを対象に調査を実施している。今回の「2025年度調査」は今年6月、全国763施設を対象として行われ、156施設（回答率20.4%）から回答を得た。回答施設のうちI型が110施設、II型が44施設で、全体の平均稼働率は92%と依然として高水準を維持した。I型は病院併設型が9割を占め、平均要介護度は4.31と重度化傾向が続いている。鈴木会長は「I型・II型ともに稼働率が高いほど黒字化しやすく、II型は要介護度が高い施設ほど経営が安定する」との認識を示し、稼働率と要介護度の二軸が経

営の鍵であると指摘した。

一方で、急性期病院からの受け入れに関する新規調査では、入所時の要介護認定と実際の状態に差がある入所者が5割を超えた。鈴木会長は「医療行為が増える一方で、要介護度が低いと報酬が伸びず、施設の業務・経営両面の負担が大きい」と述べ、早期の介護認定や看取り加算の新設など制度的対応の必要性を強調した。

また、協力医療機関を定めている施設は98%に達するが、連携加算を算定できているのは3分の2にとどまり、定期的な会議体制の不足が課題として浮上した。意思決定支援（ACP）では、本人が参加できたカンファレンスが2.6%にとどまる一方、入所前に事前指示書を持参する入所者が増加しており、鈴木会長は「ACPは介護医療院に入る前の段階で進めることができ望ましい」と現場の取り組みを評価した。

■ 7割が「やって良かった」と評価

人材確保は依然として深刻であり、「不足」「ギリギリ」との回答が9割近くに上った。介護職員等処遇改善加算（I）の算定施設は約半数にとどまり、外国人介護職員の採用は全体の50%に達した。

介護医療院の経営状況は、I型で黒字39.8%，赤字26.9%。II型では黒字34.1%，赤字29.5%で、I型・II型いずれも赤字が増加していたが、収益面は全体的に良好。「移行前より収益が増えた」は2023年から次第に上がっており、49.4%だった。鈴木会長は「特養1,600施設で2022年度に赤字だった施設が62%と過去最悪だったことや、最近の調査で病院全体の赤字が70%という結果と比べると、介護医療院は経営上、悪くないかもしれない」と評価した。

介護医療院への移行については、「良かった」との回答はⅠ型で69.1%，Ⅱ型は59.1%だった。鈴木会長は「全体的に『良かった』と言ってくださっている施設が多い。新しい施設で、70%が『良かった』と評価される施設は多くないと思うので介護医療院は成功している」と述べた。

■ 介護医療院は最後の砦になっている

質疑では、介護医療院の経営状況に関して特養との比較が問われた。記者から「特養に比べ赤字割合が低いのはなぜか」との質問があり、鈴木会長は「介護医療院はベッドの稼働率が高く、要介護度も比較的重度であることが大きな要因」との見方を示した上で、「地域によっては、介護医療院は最後の砦としての受け皿になっており、空床がほとんどない状況が続いている」と指摘した。

一方、橋本康子会長は「特養は入所者の重度化により、入院に伴う空床が頻発している。医師や看護師が常駐し、医療行為が可能な介護医療院とは根本的に構造が異なる」と補足。さらに「特養では入院期間中は収益が発生しないため、満床でも月単位で10床前後が空くことがある。これが経営悪化の一因になっている」と説明した。

一般病床から介護医療院への転換助成金の延長に関する質問もあった。鈴木会長は「2024年までに一般病床からの転換は599床にとどまる。一般病床の収益は1日4～5万円程度であり、介護医療院（約1万5,000円）に転換しても収益が増えるように思えない」としながらも、「大規模な改修を実施してユニット型化するなど、いろいろな工夫をすれば違うかもしれない」との見解を示した。

協力医療機関の連携加算に関しては、要件を満たす施設割合について質問があった。鈴木会長は「協力医療機関を定めている施設は98%に達するが、実際に加算を算定できているのは約3分の2にとどまる」と回答。「残り3割は定期的なカンファレンスなどの条件を満たしていない」と説明した。

■ 医療介護連携のモデルケース

病院と介護医療院の経営状況の違いに関して、「病

院の稼働率を上げても赤字になる中で、介護医療院は稼働率向上で黒字になるのはなぜか」との質問もあった。鈴木会長は「急性期病院は出来高払いでの手術や検査など診療行為に応じた報酬となるが、介護医療院は包括報酬であり、稼働率と収益が連動している」と説明。「介護医療院は慢性期の病院と同じように入所者数が安定するほど経営も安定する」と述べ、報酬制度の違いによる影響を指摘した。

身体拘束ゼロへの取り組みに関する質問もあった。今回の調査によると、身体拘束ゼロへの取り組みは多くの施設で実施されていたが、ゼロにできない実態も伝えられた。6割超の施設が何らかの拘束を実施しており、その主な理由は「経鼻栄養チューブの抜去防止」（90.6%）と「転倒リスク回避」（56.3%）であった。

鈴木会長は「当院でも身体拘束ゼロを目指して努力しているが、経管栄養チューブのトラブル防止など、現場には実際の制約がある。拘束ゼロを実現するには、抜かれてもよいという発想の転換と覚悟が必要」との考えを示した。

橋本会長も「チューブを外せば栄養補給ができず、命に関わることもあるが、医療や看護職が常駐している介護医療院では、チューブを抜かれても早急に対応できるので、拘束ゼロの努力がしやすい」と説明した。

介護医療院を開設して「良かった」と回答した施設が約7割と高い結果になった原因に関する質問もあった。鈴木会長は「高齢者のニーズをとらえ、必要とされているのが介護医療院。医療・介護・看護が一緒になって提供される施設なので、やりがいがある。適切なケア、看護、医療により、早期発見や早期治療が可能な施設である」と説明した。

橋本会長は「医療・介護の連携の必要性がずっと前から言われているが、実際はできていないところが多い。介護医療院は、医療・介護の連携のモデルケースにもなり得る」と期待を込めた。

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=11829>



Event

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

(令和7年10月4日)

当会は令和7年10月4日に「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」を開催した。本講座は「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」に該当する研修である。本講座では、主に高齢者の尿路機能障害にポイントを絞り、病態や診断、治療、薬剤処方等の基本的な知識の習得から、実際の現場でチーム医療を行うための具体的な取り



組みまで、幅広い内容の講義がされた。当日は36名が受講された。

特定行為研修修了者のためのフォローアップ講習会

(令和7年10月25日)

令和7年10月25日に特定行為研修修了者を対象としたフォローアップ講習会が開催された。フォローアップ講習会では、特定行為研修の必須科目である「共通科目」の重要性を再確認し、多くの研修修了者が実践している「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の症例検討をとおして、臨床推論能力のさらなる向上を目的とする内容で講習会は進められ



た。当日は63名が受講された。

第13回看護師のための認知症ケア講座

(令和7年10月30・31日)

令和7年10月30・31日に「第13回看護師のための認知症ケア講座」がオンライン研修会として開催された。本講座は「認知症ケア加算2・3」の該当研修である。

本講座のプログラムは、ケアの要となる看護師の方々が認知症を知り、認知症をもつ人と向き合い、看護の視点から多職種チームでよりよいケアを提供できるよう焦点を絞って企画した。

当日は200名の看護師が受講し、講義の他にグ



ループディスカッションなどを通じて活発な意見交換が行われた。

INFORMATION

開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6ヶ月のeラーニングを含む

【第15期日程】2025年4月1日～

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

令和8年度診療報酬改定説明会

【日 程】令和8年3月中旬頃より配信開始

第34回日本慢性期医療学会

【テー マ】健康経営からはじまる地域共生社会（まちづくり）の実現

～慢性期医療が果たすべき役割とは～

【日 程】2026年11月19・20日

【会 場】福岡国際会議場

【学 会 長】中尾一久（医療法人社団久英会 理事長）

【併 催】・第14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

【同時開催】第7回アジア慢性期医療学会

慢性期医療展2026

【日 程】2026年4月15～17日

【場 所】インテックス大阪

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

JMC第162号をお届けする。われわれは、かつてこれほどまでにわが国の医療経営が危機に瀕したこととはなかったと言われる、「激変する時代」の中にいる。地域で「選ばれ続ける」病院になるためには、確固たる『戦略』が必要である。今回の特集においては、多角的な視点から様々な論点が提示されていて、大変参考になる点が多い。ただ漠然と要求をするのではなく、データに基づく「提案型」の団体運営という当協会の伝統を、これからも大切にすべきだと思う。



日本慢性期医療協会
副会長 矢野諭

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

日本慢性期医療協会誌 JMC 第162号

(2025 December volume33 No6)
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）

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

これからの中性期医療には、地域に密着し、高度急性期医療以外のあらゆる疾病を持つ患者にケアも含めた医療を提供していくことが求められております。時代とともにその役割はますます拡大していくでしょう。

慢性期ドットコムは「慢性期医療とは？」を知ることができるオウンドメディアです。このメディアでは、学術面、実践面、ICT活用など、様々な角度から第一線で活躍する方々が慢性期医療にアプローチいたします。

慢性期医療の
「いま」を伝える
医療メディア

<https://manseiki.com/>



日慢協BLOG

良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない！

日慢協ブログでは、日本慢性期医療協会が行っている記者会見や厚生労働省の審議会などで提言している「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34回日本慢性期医療学会

日程 2026年11月19・20日(木・金)

会場 福岡国際会議場

テーマ 健康経営からはじまる地域共生社会(まちづくり)の実現
～慢性期医療が果たすべき役割とは～

併催 第14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.com <https://manseiki.com>



日本の介護を支える確かな力 「外国人技能実習生」「特定技能外国人」

こんなお悩みはありませんか？

採用が難しい…

採用してもすぐにやめてしまう…

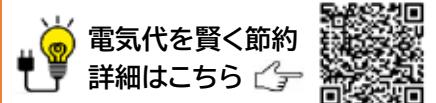
若い世代が集まらない…

外国人の日本国内就労者在留外国人は約230万人で、毎年増え続けています。このうち、外国人技能実習生は46万人、特定技能外国人は28万人。20歳台を中心です。(2024年末時点)

職種は、介護はもちろん、医療・介護施設給食製造、ビルクリーニング、建設など、高いニーズのある多岐の分野にわたります。



「外国人の採用」は信頼できる監理団体へ
施設の未来を共に築きます



アイブリッジ協同組合

東京都中央区明石町8-1 聖路加タワー40階

① 03-6228-4196 ② info@ibridge.or.jp



<https://www.ibridge.or.jp>