

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

163

vol.34 2026.2 隔月号

[特集] 第33回日本慢性期医療学会（前編）





冬のオリンピック・パラリンピック マスコット ティナ
オコジョがモチーフになっている。

第 163 号表紙絵

コルティナ ダンベッツォ 北イタリア 2025夏

2026 年 2 月に冬のオリンピックが開催される街、ミ
ラノと同時開催、標高 1216 メートル、街のシンボル
として大聖堂がそびえたつ。背景には 3000 メートル
を超える山々に雪が積もっている。

南高井病院 院長 西尾俊治

Contents

論壇

札幌西円山病院 名誉院長 浦信行

1

特集 第33回日本慢性期医療学会（前編）

開会式

2

シンポジウム1：どうなる 新地域医療構想

6

特別講演1 ～会長講演～：さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは

19

特別講演2 ～学会長講演～：排尿ケアの匠をめざして

31

日本介護医療院協会セミナー：
2040 年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割

38

地域病病連携推進機構シンポジウム：地域包括医療病棟の現状と課題

48

学会長招宴

58

第 33 回日本慢性期医療学会を終えて

第 33 回日本慢性期医療学会 学会長 西尾俊治

62

2024 年度優秀論文表彰、優秀演題表彰 講評

日本慢性期医療協会 学術委員会 委員長 鈴木龍太

63

第 33 回日本慢性期医療学会 総評

日本慢性期医療協会 副会長 矢野諭

65

日慢協リレーインタビュー

衆議院議員 安藤たかお

66

会員病院の取り組み

新札幌ひばりが丘病院 理学療法士 吉尾涼佑、ほか

84

ベトレヘムの園病院 看護師 松本美有紀、ほか

89

慢性期医療 TIPS

松山リハビリテーション病院 理事長 木戸保秀

93

日慢協 Topics

記者会見報告、都道府県の活動、ほか

95

超高齢社会における認知症発症・進行対策と地域活動



医療法人溪仁会 札幌西円山病院
名誉院長 浦 信行

【医療者としての認識・対策】

我が国は世界でも殊更長寿化が進み、超高齢社会を迎えている。元気に生活している高齢者が多いことは素晴らしい事ではあるが、その分高齢者における認知症は記憶や思考能力に大きな影響を与える病気で、深刻な社会問題である。

2024年5月8日に厚生労働省は2022～2023年の調査の結果、認知症については、2025年は472万人、2040年は584万人、2060年は645万人との推計結果を報告した。これは2009～2012年の厚生労働省長寿科学研究班の調査で、2025年は675万人、2040年は802万人、2060年は850万人との推計を大幅に下回った。この結果有病率は2012年で15.0%であったが、10年で12.3%まで低下したことになる。また、軽度認知障害（MCI）は2025年で564万人、2040年で613万人、2060年で632万人と推計し、このうち30%位は正常に回復する可能性が考えられ、早期発見・早期対処の重要性を示唆する結果となった。この発症率減少の背景には、認知症に対する種々の社会的環境改善に加え、生活習慣の改善も要因の一つで、生活習慣病に対する認識・管理の進化も大きな要因と考えられる。

高血圧は認知症発症を増加させ、高血圧の治療の結果、血圧コントロールが改善すると発症は抑制されとの報告は2008年頃からあり、糖尿病や脂質異常症も同様の報告がなされている。またMCIで

は中枢移行性の降圧薬が認知症への進展が少なく、認知機能低下も抑制されたとの報告もある。

糖尿病患者はアルツハイマー型認知症が1.5倍、血管性認知症は2倍発症しやすい。治療効果に関しては、未治療の糖尿病は正常と比較して認知症発症リスクは1.6倍と報告される。逆に重症低血糖があると認知症は1.68倍来たしやすい事から、若・中年者より目標血糖値は高めに設定されている。基礎的研究では糖尿病に伴うインスリンシグナル伝達の障害やインスリン抵抗性が脳組織のアミロイドよりはタウ蛋白の発現を促進するとのデータも有り、糖尿病の病態にも注目する必要がある。

脂質異常症ではLDLコレステロールが増悪因子で、最近の22万人を対象とした韓国の研究では70mg/dL未満に保った人は、130mg/dL以上の人に比べてアルツハイマー型認知症のリスクが28%低く、70mg/dL未満に保った人の中でスタチン使用群は非使用群に比べて、さらに14%低下すると報告されている。

これ等生活習慣病の管理・治療は動脈硬化性疾患や腎臓病発症・増悪を防ぐのみならず、認知症発症や増悪を回避する意義も有り、意義は大きいと考える。

【医療者及び地域住民としての認識・対策】

上記のような生活習慣病への対応をしても、認知症は完全には予防・進展阻止は不可能であり、同時に対応が必要なのは認知症の方に、いかに豊かな心で地域での生活をしていただけるかが課題である。慣れ親しんだ環境で暮らしていただくには周囲の理解と許容が欠かせない。理解の面では、当院では2014年末から認知症カフェを院内で札幌市認定第1号として毎月開催していた。認知症サポート養成講座も開催し、2015年には近隣の小学5年生を対象に養成講座を開催した。2025年問題を迎える時期に成人として地域を支える世代である。コロナ禍では一次中断したが、現在はやや形を変えて継続している。認知症の方たちが慣れた地域環境で共生していく日常を形作る事が大きな地域活動であり、街作りそのものである。



開会式

第33回日本慢性期医療学会と 第13回慢性期リハビリテーション学会を併催 テーマは「慢性期医療の匠になろう！坂の上をめざして」



2025年11月6・7日の2日間にわたり「第33回日本慢性期医療学会」が開催され、「第13回慢性期リハビリテーション学会」も併催された。全国から約1,800名が参加し、発表は585題に上った。すべての演題をポスター形式とし、慢性期医療の現場で培われた実践や工夫について、時間をかけた議

論が行われる構成とした。開会式には、厚生労働省、日本医師会、日本病院団体協議会をはじめとする医療・介護関係団体の要職者が来賓として臨席し、さらに韓国慢性期医療協会からも代表が出席するなど、多くの関係者が集った。

開会の挨拶で、日本慢性期医療協会の橋本康子会長は、多職種がそれぞれの専門性を高め、「匠」を目指すことの重要性を強調するとともに、慢性期医療が日本の医療・介護・福祉を支える基盤であると述べた。続いて、第33回日本慢性期医療学会の西尾俊治学会長は、「慢性期医療の匠になろう！坂の上をめざして」という本学会のテーマに込めた思いを示し、多職種協働による質の高い慢性期医療の実践を呼びかけた。

来賓の挨拶では、厚生労働省医政局地域医療計画





課の西嶋康浩課長が、医療と介護を、国民生活を支える社会インフラと位置づけ、2040年を見据えた地域医療構想の見直しと慢性期医療の重要性について言及した。日本医師会の江澤和彦常任理事は、急性期から在宅・介護へとつなぐ慢性期医療の役割を強調し、当会との連携を通じて持続可能な医療提供体制の構築に取り組む姿勢を示した。日本病院団体協議会の望月泉議長は、厳しい病院経営環境に触れつつ、「匠」と「坂の上」というテーマが示す希望と展望の重要性を語った。さらに、韓国慢性期医療協会の金徳鎮会長は、日韓両国が共通の課題を抱える中で、知見と経験を共有することの意義に言及し、慢性期医療のさらなる発展に期待を寄せた。

■ 多職種が「匠」を目指す学会へ —— 橋本康子会長



橋本康子氏

主催者挨拶で、日本慢性期医療協会の橋本康子会長は、全国から多くの参加者が集まったことに謝意を示した上で、本学会の特徴として、全演題をポスター発表とし、現場に根差した実践をじっくりと議論できる場

を設けた点を挙げた。

また、医師のみならず、看護師、介護士、リハビリテーション専門職、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど、多職種が一堂に会する本学会の意義に触れ、学会テーマに掲げた「匠」という言葉には、すべての職種が専門性を

磨き続けてほしいという思いを込めたと述べた。

さらに、日本の慢性期医療が高齢社会を支える重要な基盤となっている一方で、人材不足や経営環境の厳しさといった課題を抱えている現状にも言及した。その中で、医療者が果たすべき使命として「寝たきり高齢者を減らすこと」を挙げ、慢性期医療の質向上が国民の安全・安心につながるとの認識を示した。

橋本会長は、参加者による活発な発表と議論を通じて新たな知見が生まれることに期待を寄せ、学会の成功と参加者の健勝を祈念して挨拶を締めくくった。

■ 「坂の上」を目指す慢性期医療 —— 西尾俊治学会長



西尾俊治氏

続いて挨拶に立った第33回日本慢性期医療学会の西尾俊治学会長は、全国からの参加に感謝の意を示した上で、本学会が33回を重ねてきた歴史に触れた。

今回の学会テーマについて西尾学会長は、日本の医療・介護・福祉を支える慢性期医療を、関係者全員で前向きに発展させていきたいとの思いから設定したと説明した。「治し、支える医療」や生活支援の重要性が高まる中で、制度に翻弄されることなく、質の高い慢性期医療を多職種協働で実践していくことが求められていると述べた。

また、学会ポスターに用いられた松山城のイメージに触れ、「坂の上をめざして」というサブタイトルには、困難を乗り越えた先にある希望を共有したいとの思いを込めたと語った。患者や利用者に寄り添う心こそが「匠」への道であるとしつつも、その実現には知識や技能、さらにはDXなど新たな技術の習得が不可欠であると強調。2日間の学会を通じて参加者一人ひとりが学びを深め、自らを「匠」に近づけたと実感できる場となることを期待すると述べ、挨拶を結んだ。

■ 社会インフラとしての慢性期医療 ——西嶋康浩課長



西嶋康浩氏

来賓挨拶として登壇した厚生労働省医政局地域医療計画課の西嶋康浩課長は、日頃より慢性期医療の発展を通じて国民の生命と健康を支えている医療・介護関係者に対し、敬意と感謝の意を表した。

西嶋課長は冒頭、「慢性期医療が直面するさまざまな課題について議論を深めていただくことは極めて有意義」と評価。「我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度のもと、すべての国民が必要な医療を受けられる体制として整備されてきた。その結果、世界最高水準の平均寿命や高い医療水準を実現し、医療と介護は国民生活を支える最も重要な社会インフラの一つとなっている」と述べた。

一方で、2040年頃を見据え、「医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人口減少がさらに進むことが見込まれており、これに伴う高齢者の救急搬送の増加、在宅医療の需要の増加も見込まれる」とし、改正医療法の意義を説明。「慢性期医療との関係が深いのは、地域医療構想の見直しである」との認識を示した。新たな地域医療構想では、病床機能の分化・連携にとどまらず、外来医療や在宅医療、介護との連携、人材確保といった医療体制全体の課題解決を図るものとして位置づけているという。

また、「治す医療」を担う医療機関と、「治し、支える医療」を担う医療機関との役割分担をより明確にするため、医療機関の機能を報告する新たな仕組みを創設する方針にも言及した。慢性期医療については、増加する在宅医療需要への対応を見据え、療養病床や在宅医療、介護施設などを地域の実情に応じて組み合わせ、柔軟に体制を構築していくことが重要であるとの考えを示した。

西嶋課長は「高齢化が進む我が国において慢性期はますます重要な役割を担っている。医療と介護の

垣根を越えた連携、患者中心のケア、多職種協働の推進など、私たちが直面する課題は多岐にわたる。皆さまの知見と経験を持ち寄り、よりよい慢性期医療のあり方をともに考えていきたい」と語った。

■ 地域医療の持続性を支える慢性期医療 ——江澤和彦常任理事



江澤和彦氏

日本医師会を代表して登壇した江澤和彦常任理事は、全国各地から多くの医療・介護関係者が参集し、本学会が大阪の地で開催されたことは、慢性期医療への関心と期待の高まりを示すものと述べた。

少子超高齢社会が進行する中、救急搬送件数の増加や受け入れ困難事例、医師の地域偏在、大規模災害への備えなど、医療提供体制を取り巻く課題は複雑化していると指摘した。こうした状況下において、慢性期医療は急性期医療から在宅・介護へと切れ目なくつなぐ中核的な役割を担い、日本の医療提供体制の持続可能性を左右する重要な分野であるとの認識を示した。

新たな地域医療構想の検討が進む中で、「治す医療」と「治し、支える医療」の両立が一層重要になるとし、慢性期医療が果たすべき役割は今後さらに大きくなると述べた。

本学会のテーマ「慢性期医療の匠になろう！ 坂の上をめざして」については、日々現場で奮闘する医療・介護従事者の姿勢を象徴するものであり、専門性を高めながら患者に寄り添う慢性期医療の本質を的確に表していると評価した。

日本医師会としても、日本慢性期医療協会との定期的な意見交換を通じて、現場の声を政策に反映させる努力を続けており、今後も慢性期医療の発展に向けて連携を深めていく考えを示した。

■ 希望と展望を持って歩むために ——望月泉議長

日本病院団体協議会の望月泉議長は、西尾学会長



望月泉氏

をはじめとする関係者の尽力に敬意を表した。

本学会のテーマ「慢性期医療の匠になろう！ 坂の上をめざして」について、専門職としての技を磨き続ける姿勢と、困難な状況の中でも前進し続ける意思を象徴する言葉であり、慢性期医療に携わるすべて

の関係者にとって示唆に富むテーマであると述べた。

近年の病院経営を取り巻く環境は、物価高騰や人材不足、診療報酬改定の影響などにより、設立母体を問わず厳しさを増している。その一方で、こうした状況だからこそ、慢性期医療の価値や役割を改めて見つめ直し、現場から発信していくことが重要であるとの認識を示した。

また、診療報酬改定や財政措置への期待にも言及しつつ、制度や外部環境に左右されるだけでなく、医療関係者自身が希望と展望を持って次代の医療を築いていく必要があると強調した。

望月議長は、今回の学会が慢性期医療に携わる人々にとって知見を深め、互いに励まし合いながら前に進むための契機となることに期待を込め、「匠をめざし、坂の上をめざすような病院になってもらいたい」と語った。

■ 日韓協力で切り拓く慢性期医療の未来 —— 金徳鎮会長



金徳鎮氏

韓国慢性期医療協会の金徳鎮会長は、慢性期医療の発展に日々尽力している日本の医療・介護関係者に対し、深い感謝の意を示した。

今回の学会テーマ「慢性期医療の匠になろう！ 坂の上をめざして」について

金会長は、単なる技術の習得にとどまらず、継続的な専門性の向上と自己研鑽、さらには患者や家族に寄

り添う姿勢を重視する強い意思が込められたテーマであると評価した。多職種が協働し、それぞれの立場で「匠」を目指すという方向性に深く共感していると述べた。

韓国では2024年末に65歳以上人口が全体の2割を超え、超高齢社会に突入した。高齢者人口が1割を超えてからわずか16年で倍増するという、世界的にも例を見ない速度で高齢化が進行しており、日本がこれまで経験してきた課題が、現在まさに韓国でも現実のものとなっていると説明した。

その中で、日本慢性期医療協会がこれまで高齢社会における複合的課題に対し、医療と福祉の連携を重視し、患者中心の包括的ケアの確立に向けて先導的な役割を果たしてきた点に言及し、その取り組みと成果に対して深い敬意と感謝を表明した。

韓国においても、慢性疾患の管理、地域包括ケアの推進、介護人材の育成と専門性の確保など、日本と共通する課題を多く抱えているとし、こうした課題に対応するためには、国境を越えた知見の共有と協力が不可欠であるとの認識を示した。

金会長は「今後も日本と韓国が慢性期医療の分野で緊密に連携し、経験や知識を共有することで、アジア全体における慢性期医療の質向上に貢献していきたい」と述べた。その上で、専門性と人間性が調和した「匠の精神」のもと、科学的根拠に基づきながらも温かさを備えた慢性期医療の実践を、今後も共に歩んでいくことへの期待を表明し、挨拶を締めくくった。

以上をもって開会式は終了し、2日間にわたる学術集会が幕を開けた。慢性期医療の実践と未来を見据えた議論が各会場で展開された。本特集では学会の講演やシンポジウムの前編をお伝えする。





シンポジウム 1

どうなる 新地域医療構想

座長：池端幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
シンポジスト：西嶋康浩 厚生労働省医政局地域医療計画課長
江澤和彦 日本医師会 常任理事
松田晋哉 福岡国際医療福祉大学 看護学部教授



本シンポジウムでは、新たな地域医療構想を巡り、急性期・包括期・慢性期の機能再編と医療・介護連携の在り方が多角的に議論された。西嶋氏からは制度設計と経営支援策、病床適正化や補正予算を含む行政対応の現状が示された。江澤氏は診療報酬改定の動向として、病棟単位から病院機能単位での評価への転換や包括期の再整理、高齢者救急や下り搬送

の重要性を示した。松田氏は慢性期が患者フローの起点となる構造変化を指摘し、「地域ごちゃまぜ病院」による医療・介護・生活の一体的提供の必要性を強調した。総合討論では専門医制度、下り搬送、病院経営危機といった現場の課題が共有され、慢性期を基盤とした地域完結型医療への転換が今後の鍵であるとの考えで一致した。

【講演1】

新地域医療構想について

厚生労働省医政局地域医療計画課長 西嶋康浩

西嶋氏は、2040年までの人口減少と高齢者人口の減少を見据え、従来の病床数中心の議論では医療提供体制の持続性が確保できないと指摘した。その上で、急性期・高齢者救急への対応力強化、在宅医療の拡充、地域における医療と介護の一体的連携、人材の確保と育成、医療DX推進を柱とする新たな地域医療構想の方向性を説明した。特に、救急搬送抑制や高齢者施設との連携強化、包括期機能の導入、急性期拠点機能の集約化等により、地域完結型の医療体制を構築する必要性を強調した。また、医療法改正後は国のガイドラインを基礎に、都道府県と市町村、医療機関が協働し、地域特性に応じた計画策定を進めることが重要であると述べた。

■ 総合確保方針の基本的方向性



西嶋康浩氏

私は2018年の医療・介護報酬同時改定において介護報酬改定を担当した。

地域医療構想に関しても、2040年に向けての15年間を見据えた場合、これまでの15年間とは大きく異なる環境下に置かれることが確実にある。全体方針について

は、2023年に「総合確保方針」が公表され、医療介護総合確保法に基づく医療・介護提供体制の方向性が国として示されている。同方針では、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、人材確保の困難化を見据えた資源の効率的活用と多機能的役割の担い手の確保、さらには人口減少に伴う人材不足への対応策としてデジタル化の推進が基本的方向性として提示されている。その基盤としては「地域共生社会」の実現が掲げられている。

■ 若者も減る、高齢者も減る

これまでの10年間、そして今後の15年間を展望する際、最も大きな相違点として人口動態の変化が挙げられる。これまでは若年人口は減少する一方で、高齢者人口は増加するという前提の下で地域医療構想が進められてきた。しかし、今後は高齢者人口も生産年齢人口も共に減少する地域が一層拡大することが確実視される。このことは、医療需要の縮小、すなわち患者数の減少を意味する。しかしながら、人口が減少する地域であっても、医療および介護の提供体制は地域社会の基盤として不可欠である。そのため、医療・介護提供体制の持続可能性をいかに確保するかという点が、今回の新たな地域医療構想における重要な論点の一つになると考えられる。

人口減少に伴い、医療行為そのものの件数も縮小するだろう。東京・大阪・名古屋といった大都市圏については、人口が引き続き増加傾向にあることから、手術件数は一定期間、増加が見込まれる。

一方、大多数の地域においては高齢者も含めた総人口の縮小が避けられない。この変化は手術件数そのものの減少に直結する。今後、85歳以上の高齢者による救急搬送が増加することが予想され、また同年代の在宅医療ニーズも大幅に拡大することが見込まれている。

救急搬送は特に対応が困難な領域であり、その発生源を分析したところ、今後は高齢者施設からの救急搬送がさらに増加する可能性が高く、85歳以上の高齢者救急への対応が重要な課題として浮かび上がる。したがって、高齢者施設からの救急搬送をいかに抑制するかという観点は、「新たな地域医療構想」における重要な検討事項の一つである。

また、高齢患者の入院が増加傾向にある。既に基礎疾患を有していたり、要介護状態の患者が各機能の病院に一定割合で入院している。高度急性期病院を含む急性期医療機関においても、要介護度を有する高齢患者への対応や、リハビリテーションを含めた包括的支援が必要となる。

■ 2040年に求められる医療機関機能

以上のような背景を踏まえると、今後の主眼としては病床の適正化が重要となる。病床機能の内訳を見ると、高齢者の医療需要が増大しているにもかかわらず、急性期病床が依然として多く、高齢者のニーズに対応し得る病床が十分に確保されていない。

さらに、これまで述べた社会構造の変化を踏まえると、単に病床数の多寡のみをもって将来の医療提供体制を論じることは適切ではない。地域ごとに人口動態や疾病構造が異なる中で、医療機関がどのような機能を担うべきか、また介護との連携をどのように構築するのかを包括的に検討する必要がある。

こうした視点を踏まえ、医療機能の整理と介護連携を含めた包括的な検討が「新たな地域医療構想」の本質であり、その議論を整理すると、2040年に求められる医療機関の機能像が浮かび上がる。すなわち、高齢者救急の受け皿としての機能や、在宅医療を提供する機能が今後の主要な役割となる。また、急性期を含む広範な救急医療機能も引き続き重要である。

そして、これらを支えるためには、大学病院を中心とした医育機能が不可欠である。どのような医師を育成するのか、どのような看護職やリハビリ職を養成していくのかといった人材育成の方向性が問われる。

さらに、現代の医療環境に適した専門職種の育成も、地域の生活基盤を支える機能の実現において極めて重要である。

■ 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

病床区分については、これまで高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四区分に基づき、病床機能報告が実施されてきた。昨年度の検討会においては、江澤氏より、「回復期」という名称では、高齢者救急の受け皿機能など十分に包含できていないとの指摘がなされ、制度上も包括期機能を位置付ける方向性が整理されたところである。今後は、この包括期機能並びに慢性期機能が、地域における医療提供体制

の中核として重要性を一層高めることが想定される。

新たな地域医療構想においては、「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」といった新たな分類を用いて、各医療機関の機能報告を求めていく方針である。加えて、病床機能とは別に、医療機関自体が担う機能に着目し、機能情報の明確化・見える化を進めることが、今回の新たな地域医療構想の重要な柱である。

特に、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においては、救急搬送を受け入れ、専門病院や介護施設と連携を図りながら、入院早期からのリハビリテーション、退院調整、退院後のリハビリ提供の確保を含めた一連の支援を行うことが求められる。

医療・介護の適切な連携の下、地域住民の生活圏に密着し、医療と介護を包括的に提供する医療機関は、地域急性期機能として不可欠な存在となる。

一方で、より広域的な観点からは、急性期機能の集約と強化を担う「急性期拠点機能」を整備する必要がある。すなわち、がん医療における小児がんや希少がん、高度な外科手術、高度な抗がん剤療法、粒子線治療など、地域の一般医療機関では対応が困難な領域については、拠点病院に症例を集約し、専門人材と施設資源を集中させることが合理的である。患者の移動距離は増加する可能性があるが、症例集積による医療技術の向上や治療成績の改善は、国民・住民の利益に資するものである。

■ 医療へのアクセス確保に向けて

救急搬送においては、一定地域内で救急車の受け入れを集約し、病院間搬送を行うなどの運用上の工夫が必要になる場合も想定される。また、医療機能の分化を進めつつも、地域内で連携し、相互に支え合う体制を構築することが不可欠である。その視点に立てば、急性期および救急医療の役割分担は重要な検討事項となる。

同様に、高齢者施設からの救急搬送を最小限に抑える観点に立つと、一定の医療的ニーズを有する高齢者への初期対応能力が求められる。高齢者施設に対しては、平時から医療機関との連携体制を構築することを促している。

多くの地域で患者数が今後減少することが確実視される以上、従前と同一の圏域設定では医療需要に対応できないため、圏域を広域化し、在宅医療の提供や入院受け入れを広域的視点から検討する必要がある。

一方、大都市圏においては、人口のピークがなお先にある地域も存在し、在宅医療ニーズが今後も増加する可能性がある。そのため、人口減少地域と大都市圏とでは必要とされる対応が大きく異なる。

圏域を広域化する場合、一定の節度ある運用を前提としたオンライン診療の補完的活用や、巡回車・巡回診療の導入等により、広域化によって生じるアクセス低下を補完する仕組みを講じることが必要である。

慢性期医療の提供体制を検討する際には、介護サービスや介護保険施設との重なりが不可避である。したがって、各地域において訪問診療がどの程度実施されているのか、介護施設の配置状況はどうか、慢性期医療を担う医療機関はどれほど存在しているのかといった点を総合的に把握し、慢性期患者の医療ニーズが十分に満たされているか、あるいは将来的に不足が生じるかを評価する必要がある。この検討は都道府県や市町村と共同して行っていくべき課題である。また、提供されるサービス量という観点から、今後策定する地域医療構想ガイドラインにおいても、医療と介護を包括的に捉える視点を反映していく。

■ 在宅医療提供体制の再構築が重要

病院と介護施設との連携については、特定行為研修を修了した看護師（以下、特定行為看護師）を配置する医療機関から介護施設へ派遣し、必要な医療行為を実施する取り組みが既に行われている。このような仕組みにより、医療と介護の距離を縮小し、急変時等には速やかに入院へ移行できる体制を構築することは、医療・介護資源が乏しい地域において特に有効である。

また、県庁所在地とそれ以外の地域との間で訪問診療提供状況に顕著な差異が認められる都道府県が多い。医療資源や医療人材が比較的集積している県

庁所在地と、そうでない地域との格差をどのように補完し結び付けていくかが重要な課題であり、そのためにはオンライン診療や巡回診療等の手段の活用が必要となる。

オンライン診療や医師の地域偏在対策については、現在、偏在対策パッケージの中で予算化を進めており、取り組みを一層推進している。医療提供体制については、医療は都道府県単位、介護は市町村単位といった従来の固定的な区分で整理できるものではなく、介護との連携や地域の医療状況の把握にあたっては、より細かな単位での検討が必要である。特に、診療所の減少は顕著となる見込みであり、市町村単位でみた場合、身近な医療アクセスの低下が懸念される。その代替策として、診療所承継への支援を進めるとともに、病院が一定程度、診療所機能の補完を担う必要が生じるだろう。

在宅医療に関しては、在宅療養支援病院数が増加していない状況にある。こうした動向はデータからも明らかであり、地域に応じた在宅医療提供体制の再構築が今後の重要課題となる。

■ 地域の将来、知恵を出し合う

現在は、個々の医療機関が単独で存続を図ることが容易ではない時代となりつつある。特にへき地でない地域において、連携あるいは支援可能な病院や診療所が存在する場合には、地域医療連携推進法人の設立を通じて、各医療機関が役割を分担しつつ、地域全体をあたかも一つの病院機能として支える体制を構築するという考え方が、今後一層重要となる。この枠組みにより、地域内の医療資源を集約しつつ、有機的に連携させることで、地域住民に対する医療提供体制の持続性を確保することが期待される。

なお、全国では55の地域医療連携推進法人が設立されている。その構成は多様であり、大学病院を中心に据える例、慢性期医療を担う病院が主体となる例、診療所を含む形態など、目的や運営方針も含めて多岐にわたっている。

現在、審議中の医療法改正案の成立後（※）は、年度内に改正内容を反映した国のガイドラインを策定する方針である。その後、来年度において、各都

道府県において地域医療構想の方向性を協議し、順次具体化を進めていくというスケジュールを想定している。

また、医療法改正案には、医師偏在是正策および医療DXの推進が含まれている。医療DXについては、電子カルテ導入の推進等を含めた施策をパッケージ化し、現在国会審議を求めているところである。改正が成立した場合には、冒頭に述べたスケジュールに基づき、来年度以降、各地域において新たな地域医療構想の具体的検討と実務が進められることとなる。その際には、行政機関である都道府県に加え、市町村にも可能な限り地域医療構想会議へ参加していただき、各医療機関も協働し、地域固有の医療提供体制の将来像について知恵を集めながら検討していくことが重要である。

※医療法等の一部を改正する法律案は、10月21日からの臨時国会で審議入りし、12月5日、参議院にて自民、維新、立憲民主、国民民主、公明などの賛成多数（れいわ、共産は反対）で可決、成立した。

【講演2】

新たな地域医療構想の課題と展望

日本医師会 常任理事 江澤和彦

江澤氏は、人口減少と高齢化の進行により、入院患者数が中長期的に減少し、在宅医療や介護施設での対応が拡大している現状を示した。その一方で、高齢者救急や誤嚥性肺炎などの増加により、急性期医療の役割も依然として重要であると指摘した。新たな地域医療構想に盛り込まれた「包括期」機能の位置付けや地域シェア率の考え方を評価。地域全体で医療・介護を補完する体制が求められると述べた。病院経営の厳しさにも言及し、機能再編に際しては経営への影響に十分配慮すべきであると強調した。

■ 7割の病院が赤字、喫緊の対応を要する



江澤和彦氏

必要病床数について、将来的に総病床数を下回ることが予測されている。これまでの地域医療構想では、入院基本料区分に応じた病床機能の目安が示されてきたが、急性期病床と地域包括系病床では患者構成が大きく異なり、後者では80歳以上の高齢者、要介護度

の高い患者、ADL低下患者の割合が高い。このため、多職種協働によるリハビリ、栄養、口腔連携を含め、実態に即した段階的整理が必要である。病床数は年間約9,000床のペースで減少する一方で、2005年から2023年にかけて高齢者は約1,000万人、要介護認定者は約270万人増加している。この背景には、「治す医療」から「治し支える医療」への価値観の転換、在宅医療や高齢者住宅、介護施設の増加がある。

入院需要については、全国的にみれば一定の水準で推移しているものの、人口規模の小さい地域では既に入院患者数がピークアウトしている。脳血管疾患や心不全といった増加が想定されていた疾患についても、治療薬の普及等により、必ずしも想定どおりには増加しておらず、地域差を伴いながら全体としては伸び悩んでいる。

こうした実態を踏まえ、2040年の必要病床数については実績との乖離を修正しながら見直す仕組みが必要である。この考え方は、現在審議中の改正医療法案に盛り込まれており、都道府県の判断により将来推計の修正が可能となる制度設計となっている。

入院受診延日数は低下傾向が続いており、病床利用率も回復していない。物価高騰や賃金上昇の影響も重なり、病院経営は急速に悪化し、現在では約7割の病院が赤字に陥っている。これは喫緊の対応を要する重大な課題である。

■ 治し支える医療との役割分担

入院患者数が減少しているにもかかわらず、特別養護老人ホーム、介護医療院、介護老人保健施設はいずれも稼働率が低下しており、特養・老健の4～5割が赤字とされる。その主因は稼働率低下であり、介護報酬の単価が低いため、90～95%の稼働率を維持しなければ黒字化が難しい構造にある。

近年、高齢者の受け皿として増加しているのは有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅であり、供給戸数は約90万戸に達している。また、2005年前後をピークに医療機関での死亡割合は減少し、介護医療院、有料老人ホーム、自宅での看取りが増加している。

昨年4月からの新たな地域医療構想の議論では、人口規模に応じて大都市、人口10～20万人未満の地域、その他地方都市に分類し、地域差に応じた医療・介護需要の把握が進められている。地方では入院医療だけでなく在宅医療の需要も既にピークアウトしている人口5万人未満の市町村が増加する一方、大都市では在宅医療が1.5～2倍に増加すると推計され、地域ごとに異なる体制整備が求められている。

こうした状況を踏まえ、新たな地域医療構想は、従来の入院医療中心の枠組みから、外来・在宅・介護を含む医療提供体制全体を俯瞰し、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担と連携を軸とした包括的な構想へと進化しつつある。

■ 包括的医療の役割を明確にする

医療機関機能を報告する目的は、国民に対して当該病院の役割を分かりやすく示す点にある。診療報酬の届出に基づく客観性を確保し、在宅医療を十分に提供していないにもかかわらず「在宅医療等連携機能」と報告するなどの齟齬を防ぐ仕組みである。

地域包括ケア病棟および地域包括医療病棟は、高齢者救急を受け入れ、多職種協働によりリハビリ、栄養、口腔連携などを一体的に提供し、早期の在宅復帰を支援する包括的医療の中核である。今後は医療需要の低下を踏まえ、必要病床数を精査するとともに、手術や救急医療などについて地域シェア率の

視点も導入される。大学病院の医師派遣機能なども含め、地域全体で機能の空白を生じさせない体制構築が重要である。

総合入院体制加算は平成26年度改定で新設され、精神科・産科・小児科を含む地域の総合的受け皿として位置付けられた。その後、急性期充実体制加算が創設され、平均在院日数の短い病院に手厚い評価が付く仕組みとなった結果、評価の重心が急性期充実側に移行し、総合入院体制加算は減少した。その影響により、地域の総合病院における精神科病床の減少が課題となっている。これを踏まえ、令和8年度診療報酬改定では、総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合する方向で検討が進められている。

■ 医療と介護を一体的に議論する

人口減少により二次医療圏の維持が困難となる地域が増えている。人口が数万人規模の圏域では、救急の緊急手術に対応できる病院が存在しない場合もある。急性期病院向けの診療報酬では、年間二千人以上の救急搬送実績が算定要件となる加算があるが、人口規模の小さい地域ではこの基準を満たすことが難しい。

一方で、人口20万人未満の地域でも、1つまたは2つの病院が実質的に地域の救急医療を支えている例は少なくない。次期診療報酬改定では、こうした地域特性を適切に反映するため、「地域シェア率」の概念を導入し、地域で担われている救急機能をより正當に評価する方向性が示されている。緊急性や受療頻度の高い疾患については域内で完結的に対応し、緊急性や頻度が低いものについては、より広域で対応するなど、疾患特性に応じた役割分担を各地域で協議していく必要がある。

人口100万人以上の大都市圏については、構想区域を分割した方が協議を進めやすい。在宅医療は市町村単位での圏域設定を柔軟に活用していく方向である。一方、県境を越えた対応など、広域連携については今後の検討課題である。新たな地域医療構想では、議題に応じて医療と介護を一体的に議論する体制が示されている。

かかりつけ医機能報告制度は、地域の医療提供体

制を適切に把握することを目的とした仕組みである。特定機能病院と歯科医療機関を除く全医療機関が、来年1月から3月にかけて、自院が担う1号機能・2号機能を報告することになっている。この報告内容に基づき、地域におけるかかりつけ医機能の分布や不足状況を把握し、地域医療の最適化に向けた基礎データを整備する。

令和5年からは在宅医療を実施する診療所が減少し、病院も横ばいとなっている。今後は在宅療養支援病院や中小病院が中心となり、診療所と連携して地域全体の医療・介護を支える体制が重要となる。

在宅医療の需要は人口の少ない地域ではすでにピークアウトしているが、大都市部では今後急増する。訪問診療の提供量は大阪、東京、神奈川で多い一方、地方都市では特養や老健、介護医療院など一部の患者を除いて訪問診療が入れない介護施設がその役割を補完している。

岡山県の例では、県南部の都市圏では在宅医療の提供が全国平均を上回る一方、県北の人口過小地域では在宅医療の提供量が少ない。しかし介護施設の配置状況を見ると、県全体では大きな偏りは解消されている。このため、在宅医療提供量が少なくても介護施設が十分に補完していれば、行政として必ずしも大規模な改善策を講じる必要はないという視点が重要である。

■ 介護施設から病院へ連絡できる環境づくり

医療・介護連携において、入院患者の主要疾患として誤嚥性肺炎が最多となっている。令和3年度には、介護施設等から入院した患者約66万人のうち、約75%に当たる49万人が急性期病棟に入院し、その上位病名の多くを誤嚥性肺炎、尿路感染症、虚血性心不全が占めている。誤嚥性肺炎は治療方針が概ね標準化されており、急性期病棟以外で治療を行っても医療資源の投入量に大きな差は生じにくい。このため前回の同時改定では、介護施設において協力病院の確保が義務化された。

診療報酬上も、新たな加算が設けられたが、介護現場では人材不足と業務過多を背景にICT連携の負

担が大きく、算定は依然として低調である。

地域包括医療病棟は前回改定では高齢者施設の連携の対象として想定されていないが、高齢者救急の増加に伴い、救急搬送をどのように地域で支えるかが重要となる。介護施設が協力病院と密に連携している場合、救急搬送が減少する傾向が示されている。日常的な情報共有や顔の見える関係性が構築されていると、必要以上の救急搬送を抑制できる。介護施設が気軽に病院へ連絡できる環境づくりが、地域医療・介護連携の強化に不可欠である。

在宅医療は1人の医師が24時間365日対応することが最大の困難であり、病院との連携により在宅医療を支える仕組みを整える必要がある。この連携が確立されれば、在宅医の負担軽減と体制強化が実現する。一方、人口30万人未満で急性期拠点機能を担う医療機関が1か所と想定される地域では、今後どのように医療提供体制を軟着陸させるかが大きな課題となる。加えて、医療機関の老朽化も深刻化している。建築単価の高騰により新築・改築への投資が困難となり、施設機能の維持が危ぶまれる状況である。

医療機関機能は病棟機能の総和として整理され、在宅医療等連携機能や高齢者救急機能などを複数選択できるが、急性期拠点機能については原則として1つに集約すべきとの議論も行われている。地域で構想を議論する際、多くの病院が厳しい経営状況に置かれ、「まず自院の存続が最優先である」との切実な声が上がっている。このため、地域医療構想調整会議においては、病院の機能変更が経営に与える影響にも十分配慮すべきであると主張し、とりまとめに盛り込まれた。

【講演3】

どうなる 新地域医療構想 慢性期の視点の重要性

福岡国際医療福祉大学 ヘルスサービスリサーチ
センター所長・看護学部教授 松田晋哉

松田晋哉氏は、団塊世代の高齢化と少子化の進行により、医療・介護ニーズは急性期中心から慢性期・在宅・生活支援へと大きく転換している状況をデータを踏まえて解説した。今後は急性期医療の集約化と同時に、地域で高齢者を支える慢性期病院や在宅医療との連携が中核になるとの認識を示し、「慢性期が Patient Flow の起点になる」とした。講演の最後に武久洋三名誉会長のご著書を紹介し、医療と介護が一体となった「地域ごちゃまぜ病院」の構築が重要であると強調。地域に良質な慢性期病院があることの安心感が尊厳ある最終段階の医療・介護を支えるとした。

■ 国民の意識が変化している



松田晋哉氏

団塊世代のライフステージの変化に伴い、医療需要の中心は小児科・産科、急性期医療を経て、現在は慢性期医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者へと移行した。この需要構造の変化に対応するため、急性期偏重であった医療・介護提供体制の転換が求められている。

また、高齢化の進行の裏で少子化が進み、医療・介護サービスの担い手となる現役世代が減少しているため、サービス提供体制の効率化が不可欠である。

COVID-19 の経験は国民の意識を変えた。死生観や療養観にも変化が生じた。終末期における生活の質や死の質への関心が高まっている。

社会保障制度については、今後は負担の分かち合いが不可避であり、その前提として、社会保障制度

がどのような理念に基づくのかを国民的議論として明確にすべきである。

傷病構造の変化により典型的な急性期医療は減少しているが、専門医制度の下では一定の症例数の確保が求められ、とりわけ外科系領域では急性期医療の集約化が避けられない。一方、増加する80歳以上の高齢者医療については、日常生活圏域を基本とし、地域で支える体制の基盤として、在宅療養支援病院や慢性期病院と、診療所・介護事業所との連携構築が重要となる。

■ 慢性期が急性期医療の起点

西日本のある自治体において、医療レセプトと介護レセプトを連結し、入院の半年前から1年後まで、医療・介護の利用状況を追跡した。その結果、脳梗塞の約30%、股関節疾患や通常の肺炎の約50%、誤嚥性肺炎の約75%は、DPC対象の急性期病院に入院する以前から介護保険を利用していた。すなわち、介護の現場を起点として急性期イベントが発生している実態が明らかとなった。1か月後の動きを見ると、脳梗塞や股関節疾患の患者の20～40%は回復期病院へ移行するが、今後増加が見込まれる心不全、肺炎、誤嚥性肺炎、尿路感染症などの高齢者救急は、治療後に再び介護施設や在宅へ戻り、再発を繰り返す例も多い。このため、リハビリを中心とした後方連携のみならず、発症予防や早期対応を含む前方連携を視野に入れた地域連携の構築が重要である。慢性期が急性期医療の起点になっているという認識が、今後の地域医療体制を考える上で不可欠である。

地域医療構想調整会議では、各病院が「タイプA」と「タイプB」のいずれの役割を担うのかを、データ分析とこれまでの実績を踏まえて選択することが最重要の論点である。タイプAは特定機能病院や地域医療支援病院など、がん診療、手術、救急、周産期、医師派遣といった広域の急性期機能を24時間365日体制で担う病院であり、診療報酬や各種補助制度による重点的な支援が想定される。

一方、タイプBは診療所や介護施設、在宅医療を支えつつ、高齢者救急に対応する病院であり、初

期対応に加え、タイプAからの下り搬送の受け皿も担う。これらの病院には、地域の医療・介護連携の中核としての調整機能が求められ、地域連携部門の役割が極めて重要となる。

■ 慢性期と住まいを一体化したモデル

高齢社会においては、地域医療を支える中核としてB病院の役割が極めて重要である。医療は地域ニーズに応えるサービスであるという視点が不可欠である。

地域区分については、人口規模よりも外来診療や介護需要の変化に基づく分析が有効であり、慢性期から逆算して検討すべきである。特に中山間地域では、高齢化と人口減少が同時に進み、外来・介護需要も今後は減少局面に入る地域が想定される。

慢性期は、患者が入院、介護施設、在宅のいずれかで療養する段階であり、この3つをどう最適に組み合わせるかが地域医療構想調整会議における最大の論点である。人口減少地域では、既存の医療・介護資源を活用する以外に選択肢はない。このため、既存の療養病床や介護施設の再活用、いわゆる資源のリユースが重要となる。北海道奈井江町の病院では、療養病床が埋まらなくなったことを受けて1病棟をサ高住へ転用し、退院から在宅復帰までの中間拠点として機能させている。これは慢性期と住まいを一体化した地域密着型の病院モデルである。

■ 医療と介護のハイブリッドな慢性期病院

外来は大学病院や中核病院の支援を受け、入院・入所機能と組み合わせることで、過疎地医療は維持可能である。今後、大学病院には総合診療機能が求められ、筑波大学、島根大学、佐賀大学では地域医療機関と連携した医師育成が進められている。過疎地病院は、総合診療医や特定看護師の教育拠点としても重要であり、大学病院が地域医療構想に参画する意義は極めて大きい。

地方都市の代表例として釧路医療圏を挙げる。人口は減少し、若年層が流出する一方で高齢者が急増する地域である。このような地域では医療・介護、とりわけ施設介護の供給量に限界がある。施設介護

は給付上限を全て使うため、介護保険料の維持の観点からも在宅へのシフトが不可避となる。

在宅医療の追跡では、毎月約10%の高齢者が肺炎や心不全で入院しており、この緊急対応を担う「タイプB病院」の存在が必要となる。さらに一般病床が余剰となる一方で介護ニーズが上昇するため、両者をつなぐ機能転換が求められる。

釧路協立病院は、地域包括ケア病棟では十分に介護との接続ができなかったため、病棟全体を看護小規模多機能型居宅介護（看多機）へ転換した。看多機は通い・泊まり・訪問を組み合わせ、医療と介護の中間的なニーズに応えられる仕組みであり、結果として在宅・介護との連携が強化され、経営改善にも寄与した。このような医療と介護のハイブリッドな慢性期病院は、地域の実情に応じた「地域ごちゃまぜ病院」として重要な役割を果たすといえる。

一方、東京都区部では、外来需要と介護需要が今後も増加し、特に介護は一層の拡大が見込まれる。施設介護の需要は大きい、保険料負担の制約から大幅な増設は困難であり、在宅へのシフトが不可避である。そのため、急性期病院、慢性期病院、診療所、介護施設の密な連携が不可欠である。慢性期と急性期が共同で患者動線やデータ分析、事務の連携を進めることが有効である。

今後は医療・介護の両制度に精通した事務職の確保と育成が経営上の重要課題となる。慢性期の現場でこうした人材を育成し、地域医療の基盤を支えることが求められる。

ここで重要な概念はACSCである。これはプライマリケアの充実により入院を回避できる状態を指す。済生会熊本病院では、心不全や肺炎、脱水などのACSC該当患者が多いことに着目し、地域と軽症心不全の診断基準を共有した。軽症と判断された場合は日中に外来受診とし、入院しても短期で退院可能とする運用を徹底した。この仕組みにより介護施設のベッド回転も確保され、運用は安定している。実装の鍵は「看看連携」である。介護施設の看護師の臨床判断力を高めるため、共同研修を実施し、地域全体のケア力を底上げしている。

にしくまもと病院と済生会熊本病院は、タイプ

AとタイプBの役割分担による連携モデルである。都市部では、病院がそれぞれ得意分野を持つため、単純にタイプBへ移行することは難しい。にしくまもと病院は整形外科に強みを持つハイブリッド型であり、全身麻酔を要しない手術は同院で対応し、負荷の高い手術は済生会熊本病院へ紹介している。一方で、済生会熊本病院からの転院例も含めて術後リハビリや脳梗塞後の回復支援は自院で担う。

同院は在宅介護部門も併せ持ち、医療と介護を一体で支える体制を構築している。このような長期療養と急性期の両機能を備える仕組みが、今後の地域医療を支える重要なモデルとなる。私はこれが日本版の「LTAC」であろうと考える。「Long Term」で「Acute Care」にも対応して、地域全体を安定して支えている。

連携の基盤として重要なのは、慢性期の視点に立ったICTの活用である。函館が最も成功している要因は、急性期同士ではなく、慢性期病院が「受け入れる側」として必要とする情報を起点に仕組みを構築した点にある。こうした整理により、患者を円滑に受け入れ、速やかにケアへ移行できる体制が形成されている。

鍵となるのは、共有すべき情報の標準化である。実際に用いられている「はこだて医療・介護連携サマリー」は、慢性期ケアに不可欠な項目を関係職種が協議して抽出したもので、IDリンクを通じて運用されている。このサマリーに含まれる情報の大半は、連携関連の加算取得に必要な記載項目でもあり、経済的にも整合性のある仕組みとなっている。情報整備と経済的インセンティブが結びつく点こそ、函館モデルが安定的に機能している理由である。

■ 地域ごちゃまぜ病院をつくろう

療養病床の利用率は低下し、慢性期患者が増加しているにもかかわらず、介護施設の利用率も同様に低下している。これは患者が別の受け皿へ移行している可能性を示している。診療報酬の影響に加え、症状構造の変化に医療機関が十分対応できていない点も要因である。高齢者にとって最も重要なのは、安心できる日常生活の継続であり、住まいと生活が

基盤となる。医療や介護はその後方支援として機能すればよい。

一方で、地域の医療・介護基盤がなければ生活も成り立たない。病院や介護施設の役割を地域に伝え、連続性と生活支援の重要性を発信する必要がある。

急性期医療は引き続き有用であるものの、典型的な急性期病院は減少し、慢性期疾患を背景とした急性期対応の比重が高まっている。このため、患者の流れの起点は慢性期病院へと移りつつあり、これを前提とした連携体制の構築が不可欠である。

慢性期医療は、口腔・栄養管理、ADL支援、リハビリテーションなど包括的視点を最も有しており、総合医や特定看護師の教育拠点としての役割も高まっている。地域の実情に応じた医療・介護・生活の複合的仕組みを整えることが求められる。

終末期を含む高齢者ケアにおいては、良質な慢性期病院が地域に存在することが安心感を支える。その意味で「地域ごちゃまぜ病院をつくる」という提案をされている武久洋三先生の見識は素晴らしいと思う。これまでの医療構造の変化はほぼ武久先生の言うとおりになっている。この本は関係者に広く読まれるべきであると思う。



図1 書籍：地域ごちゃまぜ病院をつくろう

総合討論



■ 慢性期医療の重要性は変わらない

○池端（座長）：

まず、フロアから質問を受ける。

○会場 鈴木邦彦氏（志村大宮病院理事長）：

タイプAとタイプBの双方が必要である点には賛同する。ただし、タイプBが機能するためには、タイプAが本来の役割を果たすことが前提である。地域を見ても、下り搬送が活発な地域ほど連携が機能している。一方、軽症でも入院させて病床を埋める体制では、下り搬送は進まない。診療報酬上の評価も、タイプBではなく、タイプA側に下り搬送の要件を課す仕組みが必要であると考えます。

○西嶋：

タイプAが担う高度急性期のあり方は地域によって異なる。大都市や大学病院を中心とした地域では、タイプAを軸とした医療提供体制が形成されている。一方で、大学病院でなくても実施可能な医療を担おうとする動きもある。現在、特定機能病院の見直しについて文部科学省と連携し、大学病院には大学病院でしか担えない医療へ重点化してもらう議論を進めている。

今後は、地域全体で役割分担と連携を進めることが重要である。そのためにも、適切な病床規模のあり方を含め、地域医療構想の中で各地域において議論していただきたい。



池端幸彦氏

○池端（座長）：

「新たな地域医療構想」では文言上、「慢性期」が消えているが、内容を見ると「高齢者救急」や「在宅支援」、さらに「専門等機能」に長期入院機能が含まれており、実質的には慢性期病院が担う役割と理解している。この解釈でよいのか。

また、「慢性期」という言葉が消えたことへの懸念はないのか。今後、従来の慢性期病棟の患者はどの機能の病院が担うのか示唆をいただきたい。

○西嶋：

病床区分としての「慢性期機能」は今後も存続し、その必要性は変わらない。一方で、今後は慢性期病床に加え、高齢者救急の受け入れや在宅復帰支援など、地域に出ていく医療機関全体の役割がより重要となる。そのため、新たに医療機関機能の報告を加え、地域に応じた役割を明確化していく。慢性期機能の重要性が損なわれることはない。

○池端（座長）：

力強いお言葉をいただいた。慢性期医療は今後も重視され、慢性期病棟を基盤として新たな医療機関機能を展開していくとの理解である。

■ 包括期は医療介護連携の中核的機能

○池端（座長）：

地域医療構想と診療報酬の関係について、とりわけ「包括期」、すなわち地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の今後の整理の方向性をどのように考えるべきか。

○江澤：

現在、中医協では「包括期」を地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、回復期リハビリ病棟を含めた「包括期機能」として一体的に評価する方向で議

論が進んでいる。次期診療報酬改定では、病棟単位ではなく病院単位で、救急受入、緊急入院、下り搬送、介護施設との連携などを評価対象とする考え方が強まっている。

地域包括医療病棟については、平均在院日数、重症度基準、ADL 低下率など現行の施設基準が実態に合っておらず、特に高齢患者では運用が困難との指摘がある。これらは次期改定に向けて見直しが検討される。また、急性期一般入院料の病床を一気に包括期へ転換するような急激な制度変更には慎重であるべきとの意見も強い。

介護施設との連携については、在宅医療との関係を重視し、協力病院の要件も在宅支援機能を軸に整理されている。包括期は今後、高齢者救急、在宅支援、施設連携を担う中核的機能として再定義されていく見通しである。

○池端（座長）：

現時点では、地域包括ケア病棟が包括期の中心であり、地域包括医療病棟は今後、徐々に位置付けが整理されていく段階にあると理解した。

「地域ごちゃまぜ病院」やタイプ A・B の考え方に共感する。一方で、現行の専門医制度は地域医療や総合診療と十分にかみ合っていないのではないかと。地域を支える総合的な医師をどのように育成すべきか、見解を伺いたい。

○松田：

総合的に診療できる医師を計画的に育成しなければ解決しない。専門医制度自体は簡単には変わらないが、各専門医課程の中に一定の総合診療的研修を組み込む工夫は可能である。

同時に、大学病院が総合診療部を拠点として地域の病院や診療所と連携し、総合医を育てる仕組みを並行して構築する必要がある。学生には総合診療への関心が高い者も多いが、育成の受け皿が不足している。筑波大学や島根大学などの地域連携型教育は有効なモデルである。

○池端（座長）：

診療所で研修医を受け入れている割合は 10% 未満とのデータもある。今後は中小病院や診療所が人材育成の担い手となる方向性が求められている。

○松田：

北海道の清水赤十字病院は全国の日赤病院と連携し、専攻医を短期ローテートで受け入れている。循環器専攻医であっても外来、入院、在宅を横断的に経験させており、若手医師の評価も高い。こうした実践的な育成が今後重要となる。

■「筋肉質」の医療提供体制への転換を

○池端（座長）：

地域医療構想を進める上で、病院経営の悪化が大きな課題である。行政、医療現場、研究の各立場から、現在の病院危機への対応策について意見を伺いたい。

○西嶋：

診療報酬改定だけで病院経営の厳しさを根本的に改善することには限界がある。昨年度の補正予算では、病床の削減や適正化を目的とした事業として、1 床あたり 410 万円の支援を実施し、さらに病院・診療所に対する定額補助も実施した。

今後の補正予算の行方は政治情勢の変化もあり不透明な部分があるが、物価や賃金の上昇が医療経営を直撃している現状を踏まえ、継続的な財政支援が不可欠であると認識している。実際、病床削減事業には当初の想定を大きく上回る応募があり、それだけ多くの医療機関が構造的な経営危機に直面していることが明らかになった。一方で、医療経営の持続性を確保するためには、単なる補填ではなく、地域の医療ニーズと病床規模、機能の適合を図ることが極めて重要である。そのため、必要な医療を必要な規模で提供できる「筋肉質」の医療提供体制への転換を、財政支援と制度改革の両面から後押ししていく考えである。

○池端（座長）：

強い危機意識をもって支援を検討しているとの認識を共有した。

○江澤：

病院経営に携わって約30年になるが、現在は過去に例のない深刻な経営危機に直面している。全国の病院の7割から8割が赤字であり、診療所も約半数が赤字、介護分野も同様の状況である。通常の経営努力をしても成り立たない現状は、公定価格の設定自体に構造的な問題があると考えざるを得ない。

一方で、国民生活も物価高により厳しさを増しており、負担増への理解を得ることは容易ではない。診療報酬は保険料と公費によって成り立つため、国民の理解が大前提となる。加えて、多くの医療機関では建物や設備投資の返済が診療報酬で十分に賄えず、長期借入の返済が困難な構造にある。

患者数減少を理由に単価引き上げを求めることは現実的ではないが、新たな評価の在り方について、国民や国会の理解を得ながら議論を進めていく必要がある。

○松田：

日本の医療は、質とアクセスの水準に対して費用が極めて低く、国際的に見ても特異な水準にある。この実態について、フランスやドイツと比較した客観的なデータを示すことが重要である。財源不足は明らかであり、固定費と変動費を分けて評価すべきである。フランスは公的病院への補助制度、ドイツは固定費を公費、診療行為を診療報酬で賄う二重財源方式を採用している。日本も同様の仕組みを検討すべきだろう。診療報酬引き上げの財源は保険料と

税に限られるため、国民の理解が不可欠だ。慢性期医療は住民に最も近い医療であり、地域における理解促進の役割を担うべき存在である。

○西嶋：

慢性期の領域は、今後の医療におけるボリュームゾーンになると考えている。特に地域においては、慢性期の医療機関を中心に、まちづくりを含めたあらゆる社会資源が集約されることになる。中には、慢性期医療が唯一の社会資源となる地域も存在するであろう。そうした状況を踏まえ、各地域において、幅広く機能を拡張しながら尽力していただきたいと考えている。

○松田：

日本の人口構造や疾病構造の変化を考えると、慢性期が医療の起点になっているという理解を持つことが極めて重要である。現在は医療と介護のニーズが「ごちゃまぜ」になっている状況であり、そうした意味において「地域ごちゃまぜ病院」をどのようなにつくるかという武久先生の著書は、最近読んだ書籍の中でも特に感銘を受けたものである。最後に一言申し上げるならば、ぜひ皆さんにも「地域ごちゃまぜ病院」を読んでいただきたい。

○江澤：

皆さん、医療は不滅です。頑張りましょう！

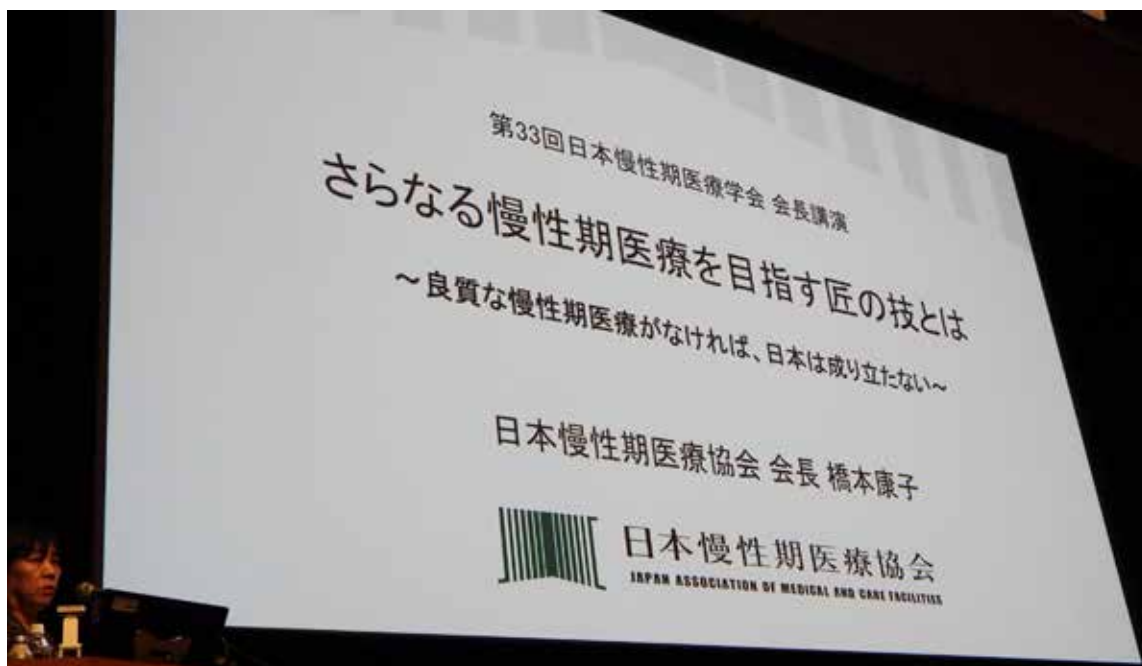


特別講演 1 ～会長講演～

さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは

座長：武久洋三 日本慢性期医療協会 名誉会長

演者：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長



特別講演では、本学会のテーマである「慢性期医療の匠になろう！」を踏まえ、慢性期医療に求められる専門性と実践の方向性が具体的に示された。橋本康子会長は「慢性期医療の匠の技」として4項目を提示。総合診療医、リハビリ、慢性期治療病棟への転換、ICT・DXを挙げ、慢性期医療における「匠」の役割と実践内容を体系的に示した。

橋本会長は、要介護状態や寝たきりとして過ごす「不健康な期間」が長期化していることが社会的課題であると指摘。その上で、慢性期医療は単なる受け皿ではなく、治療とリハビリテーションを通じて身体機能を改善し、要介護・寝たきりを防ぐ役割を担うべきであると強調した。また、将来的な人材不足を見据え、ICT・DXは人を代替するものではなく、ケアの質を高めるための手段として活用すべきであるとの考えも示した。

座長の武久洋三名誉会長は「慢性期医療においても治療が重要であり、改善を目指さなければならぬ」とし、地域包括医療病棟における基準の緩和をめぐる議論について問題提起。会場を交えた総合討論となった。以下、講演要旨をお伝えする。

■ 初の女性会長、「素晴らしい活躍」

○武久（座長）：

去る10月に我が国では女性が初めて内閣総理大臣に就任し、大きな話題となったが、それに先立ち、病院団体の中でも初めて女性会長が誕生した。それが、日本慢性期医療協会の橋本会長である。

橋本会長としての活躍は、まさに目を見張るものがある。日本慢性期医療協会は一貫して「慢性期医療をより良くすること」を目的に掲げ、数多くの提案を発信している。そして、それらの提案は実際に

厚生労働省の制度改革にも反映されている。学術団体として、今後も厚労行政に対して積極的に意見を発信し続ける役割を担っており、その先頭に立っているのが橋本会長である。当会の定例記者会見は医療マスコミの間でも高く評価されている。本日の会長講演では、これまでの記者会見等で発信してきた内容を集約し、体系的に示していただく予定である。さらに、厚生労働省に対する新たな提言も盛り込まれるものと考えている。

■「匠」が支える医療や看護・介護

○橋本：



橋本康子氏

過分なご紹介に身の引き締まる思いである。まず、「さらなる慢性期医療を目指す」という点、そして本学会のテーマでもある「匠」という言葉について触れたい。私たちは医療、介護、福祉といったケアに携わる専門職であり、その意味において、い

ずれも「匠」を目指す存在である。職種は異なっても、各々が高い技術やスキルを有し、現場を支えていると感じている。

かつては、急性期医療の水準は高く、慢性期、維持期、生活期における医療や看護の水準は必ずしも高くないという誤解された見方もあった。

しかし、もはやそのような時代ではない。現場で働くスタッフ一人ひとりの技術と質の高さこそが、現在の日本の医療、看護、介護を支え医療提供体制の中心となりつつある。高齢化が急速に進展する中で、私たちの専門性が日本の医療の中核を担っているのである。

■現状維持では成り立たない

本日の講演では、「良質な慢性期医療がなければ、日本は成り立たない」という副題を掲げている。まず強調したいのは、現状維持のままでは、もはや日本の医療・介護体制は成り立たないという点。社会

保障費に対する国民負担の増大、要介護者・寝たきり高齢者の増加、そして医療・介護人材の不足という、複数の課題が同時に進行している。

とりわけ深刻に受け止めなければならないのが、「要介護者および寝たきり高齢者の増加」である。超高齢化の進行により高齢者人口は今後も増え続ける。

一方で、社会保障費に対する国民負担が増加していくことは、ある程度避けがたい側面もある。

医療・介護人材の不足については、構造的な要因も多く、現場の努力だけでは解決が難しい面もある。しかし、要介護者や寝たきり高齢者の増加については、私たちの取り組み次第で減少させることが可能な領域であり、真剣に向き合う必要がある。

そこで重要となるのが、「慢性期医療の匠の技」である。具体的には、治療とリハビリテーションを適切に行うこと、要介護状態や寝たきりを新たに生み出さないこと、そして、状態を改善させ、悪化させないことである。以下、これらの点について詳しく述べていく。

■不健康な10年間の存在こそが問題

社会保障給付費のうち、医療・介護分野は全体の約4割を占めており、その額は年々増加している。国民負担の増大が進む中で、給付と負担のバランスをいかに保つかが、大きな課題となっている。将来推計を見ても、高齢化を主要な要因として、今後さらに増加していくことが示されている。

しかし、平均寿命が延びることは極めて喜ばしいことである。問題とすべきは、長期入院や要介護状態にある、いわば「不健康な期間」が長く存在している点である。

男性の平均寿命は81.05歳、健康寿命は72.57歳であり、その差である不健康な期間は約8.5年。一方、女性の平均寿命は87.09歳、健康寿命は75.45歳で、その差は約11.6年に及んでいる。

この「不健康な期間」のすべてが寝たきりであるわけではない。多くは、杖を使って歩行でき、トイレや食事といった基本的な日常生活動作は自立して行える状態にある。しかし、その後、徐々に寝たきりの状態へと移行していく。

したがって、私たちが取り組むべき課題は、寝たきりとなる期間を可能な限り短縮することである。「先月まで元気に歩いていた」という状態を維持できることは、本人にとっても、家族や周囲にとっても望ましい姿である。

自ら歩行でき、自分のことを自分で行える状態を保つために、ADLを維持し、さらには向上させていくことこそが、私たち医療・介護に携わる者の使命であると考えている。

■「匠の技」を発揮すべき時期が来た

2040年に向けて、高齢者人口の増加率を上回るペースで要介護認定者が増加すると見込まれている。2024年から2040年にかけて、高齢者人口の増加率は5.6%であるのに対し、要介護認定者の増加率は19.6%に達する見込みである。すなわち、高齢者全体の増加以上に、要介護認定を受ける人が増えていく構造となっている。

見方を変えれば、全高齢者のうち要介護認定を受けている者は2割に満たない。つまり、多くの高齢者は、現時点では要介護認定を受けずに生活している。

一方で、医療・介護人材の不足は、極めて深刻な課題である。患者や要介護者の増加に伴い、必要とされる人材数も増加するが、国内の就業者人口が減少していく中で、人材を確保することは容易ではない。

背景には少子化の進行がある。2025年と2040年を比較すると、全就業者数は約700万人減少すると見込まれている。その一方で、医療・介護分野では約130万人の人材増加が必要とされる。しかし、日本全体で働く人の数が700万人も減少する中で、医療・福祉分野だけが130万人増加という見通しは現実的ではない。

他産業との賃金格差という問題もある。このまま何の手立ても講じなければ、財源も人材も枯渇し、結果として患者のQOLは確実に低下していく。今こそ慢性期医療が長年にわたり培ってきた専門性、いわば「匠の技」を発揮すべき時期が来たといえる。

■慢性期医療の3つの方向性

慢性期医療が進むべき方向性は、大きく3つに整

理できる。第一は、治療とリハビリテーションを通じて、入院日数、すなわち平均在院日数を適正化することである。国民医療費は、1人当たり医療費と延べ患者数の積によって構成される。延べ患者数は、入院患者数と入院日数によって決まるため、在院日数が長期化すれば医療費は必然的に増大する。したがって、治療とリハビリの質を高め、漫然とした長期入院を生まない体制を構築することが重要である。

第二は、介護給付費の抑制である。介護給付費は、1人当たり介護費と要介護者数の積で成り立っている。要介護者数は、高齢者人口と要介護認定率によって規定される。したがって、医療・介護の現場が介入できるのは、要介護状態を改善させ、少なくとも悪化させない取り組みを継続することにより、介護給付費の増加を抑制することが可能となる。

第三は、そもそも寝たきりや重度の要介護者を新たに生み出さないという視点である。高齢者人口の増加自体は避けられないが、要介護認定率を引き下げることができれば、社会全体への影響は極めて大きい。

■1%で効果は生まれる

ここで留意すべき点は、「あらゆる人をすべて良くする」ことは現実的に困難であるという事実である。例えば、入院患者数を減少させるために何をすべきかを考えると、入院に至る患者、すなわち疾病を発症する患者そのものを減らすという発想に行き着きがちである。しかし、脳梗塞や骨折といった発症そのものを抑制する領域は、必ずしも慢性期医療の主戦場ではなく、実際には対応が困難な側面も多い。

もちろん、発症予防は極めて重要な医療であるが、慢性期医療が果たすべき役割はそこではない。慢性期医療に求められるのは、治療とリハビリテーションを的確に実施し、入院した患者の状態を改善させ、可能な限り早期に退院へとつなげること。その結果として入院期間が短縮され、延べ患者数の減少につながる。重要なのは、改善可能な人から着実に改善させていく姿勢である。その積み重ねが全体として大きな成果につながる。わずか1%の改善であっても、その社会的効果は決して小さくない。

高齢化は今後も確実に進行していく。したがって、私

たちが取り組むべきは、要介護者を増やさないこと、あるいは寝たきりを新たに生み出さないことである。

例えば、これまで自立して歩行し、要介護認定を受けていなかった高齢者が骨折した場合であっても、適切なリハビリテーションを実施し、十分な栄養を確保し、バランス能力を回復させる運動を継続すれば、再び元の生活に戻ることは可能であろう。その結果、要介護認定を受けずに生活を継続できる場合も少なくない。

同様に、すでに要介護認定を受けている高齢者であっても、状態を改善し、介護保険に過度に依存せずに生活できるようにすることは可能である。入院した場合においても、適切なリハビリテーションと栄養管理を徹底し、要介護度を悪化させないことが重要である。こうした取り組みを積み重ねることで、介護給付費の抑制につなげることができる。

■ 月 80 億円の低減効果がある

具体的に数値で確認する。2025年時点において、65歳以上の第1号被保険者数は約3,600万人、要介護（要支援）認定率は19.9%であり、要介護認定者数は約717万人とされている。これが2040年には、高齢者人口の増加に伴い、認定率が22.1%に上昇すると、要介護認定者数は843万人に達すると予測されている。

しかし、要介護認定率を現状から1.1%改善し、18.8%に抑制することができれば、2040年においても要介護認定者数を約717万人に維持できる計算となる。すなわち、わずかな改善であっても、将来的な要介護者数の急増を食い止めることが可能である。

また、要介護状態の推移を見ると、現状では「改善」が6.7%、「維持」が77.5%、「悪化」が15.8%であるが、これを1%改善させることで、「改善」は7.6%に増加し、「悪化」は14.9%に低下する。この1%の改善が、月当たり約80億円規模の介護給付費の低減効果につながると試算できる。

慢性期医療の役割は、単なる延命や収容ではない。地道な実践の積み重ねこそが、医療・介護制度全体の持続可能性を支える基盤となる。今後の慢性期医

療には、この「1%の改善」を本気で積み上げていく覚悟と実行力が求められている。難しい課題もあるが、私たちの力で未来を明るくすることは可能である。

介護給付費の低減効果は、月当たり約80億円に及ぶ。このような取り組みを積み重ねていけば介護保険料の抑制が可能となり、同時に患者のADLも大きく向上する。私たちが果たすべき役割は、まさにこうした実践を着実に進めていくことである。

■ 慢性期医療の匠の技

ここで改めて示したいのが、「慢性期医療の匠の技」である。慢性期医療が果たすべき役割は、「治療とリハビリ」「要介護状態を作らない」「改善させ、悪化させない」という三点に集約される。これらを着実に実践することによって、日本の医療・介護制度は成り立つ。

医療の流れを俯瞰すると、急性期、慢性期、介護という段階が連続して存在している。急性期では、受傷や急性疾患に対して救命や集中的な治療が行われ、同時にADLの低下を防ぐことが重要な課題となる。この段階での役割を担うのは、主として急性期医療と総合診療医である。

しかし、患者が慢性期に移行すると、医療の目的は単なる延命から、慢性疾患の治療とADLの改善・向上へと変化する。この段階で機能低下が進行してしまうと、その後の改善は著しく困難となる。したがって、慢性期において「悪化させない」こと、さらに「改善させる」ことが極めて重要である。その中心的役割を担うのが、リハビリチームやリハビリ介護士、そして慢性期治療病棟である。

介護の現場においても、適切な支援によってADLをさらに引き上げることができれば自立した生活が可能となり、結果としてQOLの向上につながる。この一連の流れを通じて共通しているのは、医療と介護に携わる者の使命である。それは、患者を悪化させないこと、要介護状態を固定化させないこと、そして可能な限り改善へと導くことである。そのためには、ICTやDXを活用し、チーム医療を高度化していくことが不可欠である。

慢性期医療の匠の技とは、特別な新技術を指すものではない。丁寧な治療とリハビリによって機能低下を防ぎ、改善の可能性を最大限に引き出す実践の積み重ねこそが、日本の医療を持続可能なものとし、患者の自立生活とQOLの改善につながる。

■ 匠の技「総合診療医」

匠の技その1. 高齢化の進む日本では、あらゆるステージで総合診療医が求められる。まず、「総合診療医とは何か」という点について整理しておきたい。総合診療医には、日常診療において頻度の高い、かつ幅広い領域の疾病や障害に対応し、適切な初期対応を行うことが求められる。さらに、必要に応じて継続的な医療を提供し、患者を全人的に診ていく役割を担う存在である。

他の領域別専門医や、看護師、リハビリ職、介護職といった多職種と連携しながら、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待されている。急性期から慢性期、さらには介護の段階に至るまで、あらゆるステージで総合診療医の役割が不可欠となっている。

次に、高齢患者の特徴についてである。入院患者の大半を占める高齢者は、単一の疾患だけでなく、複数の慢性疾患を併存しているケースが極めて多い。

実際のデータを見ても、75歳以上の高齢者の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を抱えていることが示されている。頻度の高い疾患の組み合わせを見ると、男性では高血圧、潰瘍性疾患、虚血性心疾患の併存が最も多く、次いで高血圧、脂質異常症、潰瘍性疾患の組み合わせが多い。女性では、高血圧、脂質異常症、潰瘍性疾患の組み合わせが最も多く、次いで高血圧、潰瘍性疾患、脊椎・関節疾患の併存が多い。

このように、高齢患者医療の現場では「多病」が常態であり、臓器別・疾患別に細分化された医療だけでは対応が困難である。主病だけを診るのではなく、複数の慢性疾患を同時に抱えた患者全体をどう支えるかが重要となる。

その意味で、総合診療医は、高齢患者医療の中核を担う存在である。多病を前提とした診療を行い、

他の専門医や多職種と連携しながら、急性期から慢性期、さらには介護へと切れ目なくつなぐ役割を果たすことが、今後の日本の医療において一層求められる。

■ 身体機能改善への分かれ道

慢性期医療が担う重要な役割の1つが、身体機能の低下をいかに防ぎ、改善につなげるかという点である。

急性期医療においては、診断と治療が優先され、命は救われる。しかしその一方で、安静や治療の影響により、身体機能は低下しやすい。問題は、この段階で身体機能の低下をどこまで食い止められるか。急性期から慢性期に移行する過程で、早期に全身管理とリハビリテーションを開始し、機能低下を止めることができれば、その後の改善は十分に可能となる。逆に、一定のラインまで身体機能が低下してしまうと、慢性期に入ってから改善は著しく困難となる。

身体機能低下の具体例として、絶対安静や身体拘束の影響が挙げられる。これらは主病とは直接関係がなくとも、短期間で著しい身体機能低下を引き起こす。筋萎縮は1週間で10～15%進行し、3～5週間で筋力が約50%低下するとされている。また、関節拘縮はわずか1週間程度で発生することがある。こうした廃用は、一度生じると回復に長い時間を要し、ADLの低下を固定化させる要因となる。

さらに、栄養不良や脱水があると、そもそもリハビリテーションを開始できるだけの体力を回復するまでに時間を要する。著しい低栄養状態では、筋力低下や浮腫を伴い、廃用が急速に進行する。

したがって、慢性期医療において重要なのは、身体機能が大きく低下してから対応することではない。急性期から慢性期への移行段階で、早期に全身状態を評価し、適切なリハビリテーションと栄養管理を開始することである。身体機能の低下を止めることができれば、改善への道は十分に開かれる。「ここまで落ちてしまうと改善が困難になる」というラインを常に意識し、その手前で介入することが求められる。身体機能低下を防ぎ、改善につなげるための早期対応こそが、慢性期医療の質を左右する。

■ 身体機能が落ち切る前に

入院時の状態が、その後の改善にどのような影響を与えるか。まず、要介護度5、あるいはFIMが13点といった、最も重度の介助状態まで機能が低下した患者は、慢性期においても改善が困難なケースとなりやすい。命は救われていても、身体機能がすでに落ち切ってしまうため、回復の余地が限られてしまう。

一方、要介護度4の段階で入院してきた患者の一定数は、要介護度の改善がみられる。すなわち、機能が完全に落ち切る前であれば、治療やリハビリテーションによって状態の改善が期待できる。

FIMを用いた分析からも、同様の傾向が明らかである。入院時のFIMが極めて低い、いわゆる寝たきりに近い状態の患者は、退院時に自立レベルまで改善する割合が低い。一方で、入院時に一定の機能が保たれている患者ほど、退院時により高いFIMへと改善している割合が高い。すなわち、重度の状態から慢性期に入ってから何とかするのは遅いということだ。要介護度5や、極端に低いFIMの状態に至る前に慢性期病院等に転院させ、早期から適切な全身管理とリハビリテーションを開始することが極めて重要である。

慢性期医療の役割は、機能が落ち切る前の段階で介入し、改善可能な状態を維持したまま次の医療・介護につなげることである。急性期での入院時の状態をいかに保つか、あるいは悪化させずに慢性期へ移行させるかが、その後の患者の生活機能とQOLを大きく左右する。

■ 患者と医師の関わり方

患者と医師の関わり方が、患者の状態にどのような影響を及ぼすか。患者の転帰は、主病に対する治療内容だけで決まるものではなく、主病以外の全身的な問題に対して、医師がどのように関与するかによって大きく左右される。

急性期医療の現場では、臓器別専門医が主病に対する専門的治療を担うことが中心となる。この段階では、救命や急性期治療が最優先されるため、患者

が抱える多病、すなわち複数の慢性疾患や、栄養不良、脱水、廃用といった全身的な問題については、十分な対応が行われにくい。専門外の領域については、結果として対応が後手に回り、患者の全身状態が徐々に悪化していくことも少なくない。

一方で、慢性期医療における医師の関わり方は大きく異なる。慢性期では、総合診療医が患者の主病のみならず、多病、栄養状態、脱水の有無、廃用の進行といった全身状態を包括的に把握し、継続的に管理する。その上で、専門的な治療が必要な場合には、臓器別専門医に相談・依頼し、適切に連携を図る体制を構築する。

このように、急性期では専門医療を軸に、必要に応じて全身管理を補う対応になりがちであるのに対し、慢性期では総合診療医がまず全身を診て、必要に応じて専門医療を活用する。この違いが、患者のADLやQOLの維持・改善に大きな差を生み出す。

特に高齢患者においては、多病や栄養不良、脱水、廃用が相互に影響し合い、主病の治療経過にも影響を及ぼす。したがって、急性期治療と並行して、それ以外の疾病や状態への対応を誰が担うのが極めて重要となる。その役割を担うべき存在が、総合診療医である。

総合診療医が中心となって全身管理を行い、臓器別専門医と適切に連携することによって、慢性期医療の質は大きく向上し、患者の生活機能とQOLの維持・改善につながる。

■ 「総合診療医認定講座」を実施

経験を積んだキャリア医師を対象に、当会では総合診療医の育成を進めている。専門医資格を終えた後や、開業あるいは後継といった節目を迎える医師にとって、これまでの専門性を生かしつつ、新たな役割を担う道をどう描くかは重要な課題であろう。キャリアの転換期にある医師を対象に、総合診療医としてのリトレーニングの場を提供している。

医師は高度な専門性を身につけていく一方で、高齢化が進む医療現場では、臓器別専門医療だけでは対応が難しい場面が増えている。

現在、日慢協では「総合診療医認定講座」を実施

しており、全6日間の講義と症例検討の研修を通じて、高齢者医療に必要な知識と視点を体系的に学ぶ機会を提供している。この講座を通じて、複数の慢性疾患を抱える高齢患者への対応力や、全身状態を踏まえた診療の考え方を身につけることができる。

さらに今後は、総合診療医の実習受け入れを本格的に進めていく予定である。実習病院の整備やプログラムの作成を行い、実際の臨床現場で経験を積める環境を整える。その中で、実習先病院に就職する道や、非常勤として臨床実習に取り組む道など、柔軟な関わり方を想定している。

このようなリトレーニングを通じて、地域におけるかかりつけ医機能を担える存在へと成長していく。専門医として培ってきた経験に、総合診療の視点を重ねることで医師自身のキャリアの幅は大きく広がるだろう。

総合診療医の育成は、単なる人材養成にとどまるものではない。高齢化が進む社会において、医療と介護をつなぎ、患者を全人的に支える医師を増やすことは、医療提供体制全体を持続可能なものにするための基盤である。

■ 多職種が連携したチーム医療

匠の技その2。寝たきり防止のためには医師だけでは足りない。寝たきりは個々の職種の努力だけで防げるものではなく、多職種が連携したチーム医療によって初めて防止が可能となる。

寝たきり防止においては、医師、看護師、リハビリ療法士、介護福祉士、管理栄養士、薬剤師といった各専門職種が、それぞれの役割を果たしながら一体となって関与することが不可欠である。医師は急性期治療のみならず、多病、すなわち複数の慢性疾患への対応や、栄養不良、脱水、廃用の防止を含めた全身管理を担う。看護師は、全身状態の継続的な観察と適切なケアの提供を通じて、日々の変化を早期に捉える役割を果たす。

リハビリ療法士は、疾患別リハビリテーションを中心に、身体機能の改善とADL向上を図る。一方で、実際に患者の日常生活に最も近い場面で関与するのが介護福祉士である。介護福祉士は、ADLケ

アや日常動作への直接的な介入を通じて、離床を促し、生活そのものをリハビリにつなげる重要な役割を担っている。寝たきり防止において、介護福祉士の関与は欠かすことのできない要素である。

さらに、管理栄養士は栄養管理を担い、低栄養の予防と改善を図る。薬剤師はポリファーマシーの是正を含め、適切な服薬管理を通じて、治療と生活の両立を支える。これらの専門職が、それぞれの立場から情報を共有し、同じ目標に向かって介入することが、寝たきり防止の前提条件となる。

こうした多職種連携の考え方は、令和6年度診療報酬改定で示された地域包括医療病棟の考え方とも一致している。高齢者の救急搬送が増加する中で、軽症・中等症の高齢患者を受け入れ、一定の医療資源を投入しながら急性期を速やかに離脱させ、早期からリハビリテーションや栄養管理を行い、在宅復帰につなげていく。

高齢入院患者では、誤嚥性肺炎や尿路感染症といった医療資源投入量が比較的少ない疾患が多い一方で、入院中に離床が進まず、ADLが低下し、結果として在宅復帰が遅れるケースが報告されている。また、入院時点で低栄養リスクを抱える高齢患者も多く、栄養状態の不良が生命予後と関連することも明らかとなっている。誤嚥性肺炎に対して早期にリハビリテーションを実施することで、死亡率の低下やADLの改善につながることが示されている点も重要である。

寝たきり防止は特定の専門職に任せるものではなく、医療と介護が一体となったチームによって包括的に取り組むべき課題である。リハビリチームとリハビリ介護士が果たす役割は極めて大きく、その連携の質が患者のADLとQOLに大きく影響する。

■ 患者の生活に関わる介護職の役割

令和6年度の診療報酬改定では、介護福祉士の配置を評価する新たな加算が創設された。介護福祉士を含む看護補助者が単なる補助的な存在ではなく、入院医療の質を左右する重要な担い手であることが制度上も明確に示された。

すなわち、看護職員と看護補助者の業務分担と協

働を一層推進し、高齢の救急患者を含む入院患者に対して、より適切な医療を提供することが目的とされている。療養病棟や地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟などにおいて、療養生活上の世話をを行う看護補助者を一定数配置している場合に、新たな評価が行われる仕組みとなった。

介護福祉士の関わりを、単なる生活支援として終わらせるのではなく、リハビリテーションの視点を持って実践することで、患者の能力向上を図ることができる。

回復期リハビリテーション病棟協会の「介護5か条」（2022年5月）では、「できるADL」を日常生活に積極的に取り入れ、「しているADL」に定着させようと提言している。リハビリ室では歩行できても、病棟で車椅子中心の生活になってしまうと、せっかく獲得した機能は定着しない。介護福祉士は、どの職種よりも日常生活に深く関わることができる立場にあり、リハビリで獲得した「できるADL」を、生活の中で「しているADL」へと変えていく役割を担っている。その専門性は、寝たきり防止やADL向上に直結するものであり、慢性期医療における中核的な要素である。

■ 介護ケア＝ADLリハ

患者の1日は、ほとんどが日常生活動作、すなわちADLによって占められている。したがって、慢性期医療において重要なのは、リハビリテーションをリハビリ室だけのものと捉えないことである。ADLそのものを、残存機能を活かしたリハビリの視点で介入していくことが、いわゆる「リハビリ介護」である。

従来の介護では、「お世話」として介助者が力任せに身体を動かす場面が少なくなかった。この場合、患者の身体機能はほとんど変化せず、介助量も減らない。その結果、介助者には腰痛などの身体的負担が蓄積し、介護職員の離職や人手不足を招くという悪循環に陥る。一方で、患者の残存機能を意識し、その力を使ってもらうケアを繰り返すことで、徐々に身体機能は改善し、介助量も減少していく。1回目より10回目、10回目より100回目と、回数を重ねることで自立に近づき、結果として他の患者の

ケアに時間を振り向けることが可能となる。

介護職が関与するADLケアの特徴は、その回数と時間の多さにある。起床、食事、排泄、移乗、入浴、就寝といった一連の生活動作の中で、介護職は1日に何度も患者と関わる。リハビリ療法士が提供できる時間が1日最大でも数時間であるのに対し、介護職によるADLへの関与は、頻度・時間ともに他職種を大きく上回る。この「生活の中での関与」こそが、リハビリ介護の最大の強みである。

■ リハビリ介護の潜在力

リハビリ介護には大きな潜在力がある。療法士による専門的リハビリに加え、日常生活の中で繰り返されるADLケアをリハビリとして位置づけることで、リハビリの「量」と「質」の双方を確保することができる。結果として、身体機能や要介護度の改善を促進する。実際の試算では、リハビリ療法士によるリハビリが30分から2時間程度であるのに対し、リハビリ介護によるADLケアは、1日で4時間相当に達する場合もある。

しかし、日常ケアを機能改善の機会とするためには、適切なリハビリ介護技術が不可欠である。技術が不十分なまま介助を行えば、患者の機能改善につながらないばかりか、介護職自身の身体的負担を増大させる。実際に、介護職の腰痛有病率は他職種と比較して高い。一方で、正しい介護技術を身につけることで、患者の自立を促すだけでなく、介護職自身の身体を守ることにもつながる。

にもかかわらず、現状ではリハビリ介護を体系的に学ぶ機会は少なく、現場においても療法士から直接指導を受ける機会は十分ではない。慢性期医療の質を高めるためには、介護職がリハビリ介護技術を学び、実践できる体制整備が必要となる。

過度の安静が寝たきりを生む。リハビリは早期開始が効果的であり、くらしの中でのリハビリこそが重要である。「寝たきりゼロへの10か条」にもあるように、食事や排泄、着替えといった日常動作を通じて、生活にメリハリを持たせ、自立の気持ちを大切にする。

寝たきりゼロへの取り組みは、医療職や介護職だ

けで完結するものではない。家庭や地域、社会全体で支え合い、人の和、地域の和を広げていくことが重要である。その中で、リハビリ介護という考え方は、慢性期医療の現場から社会全体へと広がる大きな可能性を秘めている。

■「養生」なのか「治療」なのか

匠の技その3。日慢協ではこれまで、療養病床が本来「治療」を目的とした病床であることを明確にすべきだと提言してきた。その一環として、「療養病床」という名称自体が実態と乖離しているのではないかという問題意識を持ち、「慢性期治療病棟」などへの名称変更も含めて議論を重ねてきた。

医療区分2・3に該当する患者の入院目的を見れば、それが「養生」なのか「治療」なのかは明らかである。大半の患者は、積極的な医療介入を必要としており、単に生活の場として病床を利用しているわけではない。したがって、治療を行い、日常生活への復帰を促進することこそが療養病床に求められている本来の役割である。そうした観点からすれば、武久洋三名誉会長が令和4年5月の記者会見で発表したように、「療養病床」という名称は実態を十分に表しておらず、「慢性期重症治療病床」といった位置づけの方が適切である。

厚生労働省の調査を見ても、療養病棟入院料1・2を届け出ている病棟での入院目的は、「治療のため」と回答した割合が最も高く、経過措置病棟においては「リハビリテーションのため」が多いという結果が示されている。すなわち、療養病棟はすでに治療と回復を担う場として機能している。

療養病棟の患者層について主病名を見ると、脳梗塞後遺症や脳出血後遺症、廃用症候群、慢性心不全、認知症、誤嚥性肺炎など、疾患領域は非常に幅広い。これらの疾患は、必ずしも短期間での改善が見込めるものばかりではなく、重症度や回復可能性に大きな幅があることが特徴である。

■インセンティブが働きにくい

療養病棟の患者の多くは「多病」である。主病としての脳梗塞後遺症や心不全に加え、脱水、貧血、

低栄養、腎機能障害、糖尿病などが併存している。これらの中には、悪化させないことが目標となる疾患・状態もあれば、適切な介入によって改善や軽快が期待できる疾患・状態も含まれている。しかし、現行の評価制度では、こうした異なる性質の疾患や状態が同一の枠組みの中で混在して評価されている。

その結果として生じているのが、医療区分評価の問題である。改善が困難な患者は医療区分が下がりにくく、療養病床でどれだけ丁寧に治療やケアを行っても、アウトカムが数値として表れにくい。実際、医療区分2の患者を3カ月後に追跡しても、大多数が「変化なし」と判定され、改善として評価される割合はごくわずかである。ADL区分についても同様であり、現場での努力や改善が制度上は十分に評価されていない構造となっている。介護報酬も同様である。私たちが頑張ってもADLを向上させ、要介護度を改善すると報酬が下がる。

このような制度の下では、インセンティブが働きにくい。改善すると点数が下がるという逆転現象すら生じるのでは、治療成果を上げることが必ずしも病院経営上の評価につながらない。疾患や状態が混在したまま、現状の状態のみを評価する仕組みでは、包括的な治療プロセスや改善の努力が正当に評価されない。見直しに向けた議論が必要である。

■アウトカムの見える慢性期医療

患者層だけを見れば、療養病棟は介護施設との重なりを持つ領域でもある。そのため、「疾患や状態を改善させる病棟」へと進化することが求められている。中医協でも示されているように、今後の地域医療構想においては、療養病床を在宅医療や介護施設とどう組み合わせ、どう機能分化させていくかが重要な論点となる。

以上を踏まえると、今後目指すべき方向性は明確である。治療と、その結果としての生活復帰を主目的とする病棟へと転換するためには、改善すべき疾患・状態を明確にし、それに見合った報酬体系とアウトカム指標を整備する必要がある。資源投入量に応じた点数設定や、対象疾患を明確化した報酬体系の構築、適切な臨床指標の設定が不可欠である。

また、看取りについては、慢性期治療病棟で無理に担うのではなく、介護医療院などで慎重に行う体制を整え、機能分化を進めることが望ましい。慢性期治療病棟は、あくまで「治療し、回復を目指す場」として位置づけ、介護医療院や在宅医療と役割を分担することが、地域全体としての医療・介護の質を高めることにつながる。

療養病床から慢性期治療病棟への転換は、単なる名称変更ではない。治療の質、評価の仕組み、病棟の役割そのものを見直し、アウトカムの見える慢性期医療を実現するための重要な一歩である。

■ 慢性期医療における ICT・DX

匠の技その4。ICTやDXは慢性期医療において重要な手段ではあるが、決して万能な解決策ではない。現場ではしばしば、ICTやDXを導入すれば人手不足や業務負担が一気に解消されるかのような期待が持たれるが、実際はそう単純ではない。医療機関におけるICTは、大きく3つの領域に分けて整理することができる。

第一は、医療の中心となる患者に関する「医療情報」である。電子カルテやオーダーリングシステム、検査結果、処方データ、レセプト情報などがこれに該当する。これらは診療の質と安全性を支える基盤であり、現在の医療現場に不可欠である。

第二は、患者やスタッフ間での情報伝達や情報共有を担う「現場情報」である。ナースコール、PHSやスマートフォン、インカム、離床センサー、ウェアラブルデバイスなどが含まれ、現場の即時性や安全性を高める役割を果たしている。特に慢性期医療においては、転倒や離床のリスク管理に直結する重要な領域である。

第三は、病院経営を支える「管理情報」である。医事会計、シフト管理、人事・労務、経理・財務、物品発注などがこれに含まれ、医療の裏側を支える基盤的な業務を担っている。ICTは、これら三つの情報領域をそれぞれ効率化・高度化するために導入されてきた。

しかし、ここで強調しておきたいのが、ICTの「現実」である。現行のICTは、すべてを解決してくれ

る「魔法の杖」ではない。

第一に、配置基準という制度的制約があるため、ICTを導入したからといって人員を削減できるわけではない。実際のケアは人の手で行う必要があり、人は減らない。

第二に、効率化にも限界がある。多くの医療機関では、セキュリティを重視するあまり、院内利用に限定されたオンプレミス型のシステムが主流である。病院における医療情報のクラウド利用率は16.4%にとどまっており、ネットワーク環境が制限されている施設も少なくない。その結果、電話やFAXといった従来型の手段が今なお現役であり、生成AIなどの新技術の活用も容易ではない。

第三に、費用の問題である。病院オーダーリングシステムや電子カルテの導入には、数千万円から場合によっては億単位の初期投資が必要となる。さらに、保守管理費やシステムエンジニアの人件費といったランニングコストが月額で発生し、診療報酬改定への対応やシステム更新のたびに追加費用も生じる。ICTは導入すれば終わりではなく、継続的なコストを伴う投資である。

以上を踏まえると、慢性期医療におけるICT・DXは、人に置き換わるものではなく、人の仕事を支え、質を高めるための道具として位置づける必要がある。ICTを過信せず、現場の実態や制度的制約を正しく理解した上で、どこに使えば最も効果が高いのかを見極めるべきだ。

ICT・DXを導入する目的は、コンピューターの性能や仕組みを高度化することだと考えるべきではなく、本来あるべきケア、看護、医療、治療に専念できる環境を整え、その質を高めることにある。私たちが目指すべきは、医療や介護、ケアの質を向上させること。その結果としてADLを引き上げ、寝たきりをゼロに近づける。

■ 今こそ、寝たきりゼロ作戦を！

ICT・DXは良質な慢性期医療の提供によって寝たきりをゼロにするための手段にすぎない。ICT・DXを導入すること自体が目的ではなく、慢性期医療の質を高めるために、どのように活用するかが問

われている。

要支援・要介護度ごとの認定者数は年々増加し、とりわけ軽度から中等度の要介護者が積み上がる構造となっている。この流れを放置すれば、要介護者数は今後も増え続け、医療・介護制度全体が立ち行かなくなることは明らかである。

医療 ICT・DX によって、記録や連絡、情報共有といった業務の手間を減らした結果、医療従事者は本来注力すべきケアや看護、治療に集中できるようになり、治療やケアの質を高めることが可能となる。

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。急性期医療だけでは超高齢社会を支えることはできず、その受け皿として、治療と生活を両立させる慢性期医療が不可欠である。今こそ、医療・介護に携わるすべての関係者が共通の目標として「寝たきりゼロ」を掲げ、その実現に向けて行動を起こすべき時期に来ている。今後も私たちは頑張っ

総合討論



武久洋三氏

■ 基準が厳しすぎるとは考えない

○武久（座長）：

慢性期医療においても治療が重要である。改善を目指すしなければならない。もっとも、実際には状態が改善する可能性が必ずしも高くなく、要介護度が軽減すると医療機関の収入が減少するなど、構造的な課題もある。

一方、令和6年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟では、ADLが5%以上低下すると評価項目14項目のうち1項目がクリアできず、急性期病院においてもADLが3%以上低下すると基準を満たさなくなる。最近の中医協では、これらの基準がやや厳しすぎるのではないかとし、緩和を検討すべきとの意見も出ているが、この点についてどのように考えるか。

○橋本：

現時点で達成できていないからといって、基準が厳しすぎるとは考えていない。例えば、急性期病院において臓器別専門医のみが配置され、看護師もその専門領域の業務に特化している体制では、ADL基準を満たすことは確かに困難である。急性期病院では、ADLを向上させること自体が主たる目的とされており、そのための仕組みも十分に整備されていないのが現状である。

しかし、そこに総合診療医を配置し、あるいは介護職を単なる看護師の補助者としてではなく、専門職として明確に位置づけ、ADLを引き上げる視点を持ったケアを実践していけば、状況は大きく変わる。3%の改善にとどまらず、さらに大きな改善も十分に可能である。結果としての数値目標を示すことは重要であるが、それ以上に、その数値を達成するための体制や仕組みを構築していくことが極めて重要であると考えます。

■ 質の向上を後退させるべきでない

○会場 鈴木邦彦氏（日慢協常任理事）：

橋本会長は毎月、詳細な資料を作成した上で定例



鈴木邦彦氏

記者会見を開催し、継続的に提言を続けておられる。本当に評価すべき取り組みであり、1回や2回であればともかく、毎月続けることは容易ではない。その姿勢には、常に感銘を受けながら拝聴している。

さて、先ほど話題となった地域包括医療病棟について質問したい。リハビリテーションを土日も実施しなければならないことが負担であるという意見も一部にあるようだが、それは従来、リハビリを十分に行ってこなかった急性期病院の立場からの意見であると受け止めている。われわれのように、日頃からリハビリを重視し、継続的に実施してきた病院にとって、土日リハビリはすでに自然な取り組みである。

これまでリハビリの主戦場は回復期リハビリ病棟にあったが、地域包括医療病棟の新設により、高齢者を受け入れる急性期病棟へとその重心が移りつつある。それならば、リハビリの水準を下げるべきではなく、むしろ維持・向上させるべきであると考えるが、この点についてどのように考えるか。

○橋本：

ご指摘のとおりである。リハビリテーションは、もはや365日実施することが前提である。2000年に回復期リハビリテーション病棟が創設された当初、私が「土日もリハビリを行うべきだ」と述べた際には、多くの人が驚いた反応を示した。

しかし現在では、リハビリ病院はもちろん、必ずしもリハビリ専門病院でなくとも、土日にリハビリを実施している医療機関は少なくない。看護師はもともと土日勤務しており、リハビリだけが例外である理由はない。せっきく、これまで積み重ねてきた質の向上を後退させるべきではないと考える。急性期病院においても、同じ水準まで引き上げていくことが望まれる。

○会場 鈴木：

同感である。今後も定例記者会見の場を通じて、積極的な提言を続けていただきたい。大いに期待している。

■ 良質な慢性期医療、「匠」の取り組み

○武久（座長）：

令和6年度の診療報酬改定は、急性期医療における高齢者への向き合い方を大きく転換させる内容であったと受け止めている。来年度の改定に向けて、日本慢性期医療協会として何か期待や要望があれば、教えていただきたい。

○橋本：

武久先生が冒頭で述べられたとおり、日本慢性期医療協会は学術団体であり、診療報酬や介護報酬そのものを主目的として活動しているわけではない。報酬制度が重要であることは言うまでもないが、私たちが最も重視しているのは、医療の質を高めていくことである。

以前から武久先生が繰り返し指摘されてきたように、診療報酬や介護報酬を追いかけるのではなく、私たちが現場で実践している良質な慢性期医療、まさに「匠」としての取り組みを、厚生労働省をはじめとする関係者にしっかりと見ていただき、その価値を評価してもらうことが重要であると考えている。これは患者にとって有益であり、多くの医療機関が取り組むべきことであると理解していただいた上で、その結果として点数が付与される。そうした方向性が望ましい。

近年は医療機関の経営環境が極めて厳しく、こうした姿勢や考え方を持ち続けることが難しくなっている面も否定できない。しかし、本学会を一つの契機として、改めて原点に立ち返り、質の向上を目指して多様な取り組みを行っていることを積極的に発信していきたい。



特別講演 2 ～学会長講演～

排尿ケアの匠をめざして

座長：西尾俊治 第33回日本慢性期医療学会 学会長

演者：西尾俊治 第33回日本慢性期医療学会 学会長

久保亜紀 東近江健康福祉事務所（東近江保健所）健康危機管理係長



第33回日本慢性期医療学会では、学会長の西尾俊治氏が座長を務め、「排尿ケアの匠をめざして」をテーマとする特別講演が行われた。西尾氏は、慢性期医療の現場における排尿ケアの実態を踏まえ、不必要な尿道留置カテーテルの見直しや、排尿自立支援を段階的に評価・支援する視点の重要性を示した。これに続き、久保亜紀氏は滋賀県における排尿支援事業を紹介し、行政が主体となって人材育成や多職種連携を進めてきた取り組みと、その成果を報告した。特別講演2では、医療現場と地域・行政の両面から排尿支援を捉え直す視点が提示された。

最初に登壇した西尾氏は「排尿ケアは心のケア あなたの笑顔を見たい」と題して講演。排尿ケアを単なる排泄技術の問題としてではなく、人の尊厳や生活の質、医療・介護現場のあり方に直結する課題として捉える必要性を示した。排尿障害は患者に

とって極めて大きな苦痛であり、同時に現場職員にとっても対応に苦慮する場面が多いと指摘した上で、排尿ケアを「心のケア」と位置付け、愛情と理解を基盤とした支援の重要性を強調した。

また、慢性期医療において排尿ケアは、寝たきり防止や退院支援、医療の質向上に直結する実践であると述べ、多職種が連携し、科学的で再現性のある方法を共有することが不可欠であるとした。本講演では、自施設での実践データや全国調査の結果を交えながら、排尿ケアが患者・家族・職員すべてに与える影響について具体的に論じられた。

■ 排尿ケアの本質と慢性期医療における意義

西尾氏は講演の中で、排尿ケアを「疾病や障害があっても、自立した生活を送り、尊厳をもって人生

を全うできるよう支援すること」と定義した。排尿自立とは、何らかの排尿障害があっても、その人らしい排尿管理を行い、自己の力を発揮できる状態を指す。排尿は極めて私的で本能的な行為であり、そこに他者の介入が生じる慢性期医療の現場では、支援のあり方そのものが人の尊厳に直結すると述べた。

不必要な尿道留置カテーテルやオムツの常用が続く状況では、患者や入所者が自立しようとする意欲は生じにくく、排尿を「管理されるもの」として受け止めざるを得なくなる。その結果、身体機能の低下のみならず、心理的な萎縮や生活意欲の低下を招く可能性があるとして述べ、排尿ケアは単なる排泄支援ではなく、自立支援の根幹であると強調した。

慢性期医療における排尿ケアの意義として、排尿状態を丁寧に把握する過程が、患者・利用者の生活背景や身体・認知機能を総合的に理解する契機になる。排尿ケアを軸に医師、看護師、介護職、リハビリテーション職、栄養職などが関わることで、多職種連携が具体的な形を持つと述べた。

また、排尿ケアの充実は、身体拘束の減少や高齢者虐待の防止にもつながる。トイレ誘導や排尿パターンの理解が進むことで、抑制や過度なオムツ使用が不要となり、結果として寝たきりの防止や要介護度悪化の抑制が期待できる。さらに、FIM点数の向上や退院支援の促進など、臨床指標や在宅復帰にも好影響を与える点に言及した。

加えて、西尾氏は尿路感染症の発症抑制という観点からも排尿ケアの重要性を指摘した。尿路感染症は高齢者救急や再入院の要因となりやすく、排尿管理の改善は医療資源の適正化にも寄与する。こうした点から、排尿ケアは個々の患者対応にとどまらず、医療提供体制全体に影響を及ぼす実践であると位置付けた。

患者の立場については、排泄に関する問題が精神的・身体的に極めて大きな負担となることを紹介した。重症患者を対象とした海外調査を引用し、便・尿失禁を「死と同等、あるいは死ぬほどつらい状態」と捉える患者が多数存在することを示した上で、排尿ケアは生命予後のみならず、生活の質そのものに直結する課題であると指摘した。

■ 科学的排尿ケアとチームによる実践

西尾氏は、排尿ケアを現場で継続的に実践するためには科学的な視点が不可欠であるとした。科学的とは、誰が、いつ、どこで行っても同じ結果にたどり着く再現性を有することであり、個人の経験や勘のみに依存したケアは、他職種や他施設と共有することが難しい。属人的な対応に依存したケアは継続性を損なう要因になると指摘した。

一方で、科学的な手法と経験則は対立するものではない。経験の積み重ねは重要であるが、それを言語化・可視化し、再現可能な形に落とし込むことによって初めて、チーム全体の力になる。排尿ケアにおいては、因果関係を意識しながら仮説と検証を繰り返す姿勢が求められると強調した。

具体的な実践として、西尾氏は排尿日誌や排尿記録の活用を挙げた。排尿回数、1回排尿量、残尿量、尿失禁量を一定期間記録することで、個々の排尿パターンや膀胱機能が可視化されると述べた。特に慢性期医療や介護の現場では、症状が日内変動や生活環境の影響を受けやすく、点ではなく線として評価する視点が重要であると説明した。

残尿測定については、ブラダースキャンなどの非侵襲的機器を活用することで、現場での評価が現実的になるとした。これにより、正常膀胱、過活動膀胱、低活動膀胱、硬い膀胱といった膀胱タイプの把握が可能となり、それぞれに応じた排尿支援や薬物療法、介入の是非を判断できると述べた。排尿状態を把握することは、不要な介入を減らし、必要な支援を適切なタイミングで行うための前提条件であると位置付けた。

■ 不要な尿道留置カテーテルを見直す視点

また、不必要な尿道留置カテーテルが排尿自立の大きな障害となっている現状についても言及した。西尾氏は、漫然と留置されたカテーテルが、膀胱機能の低下や感染リスクの増大を招くだけでなく、「どうせ排尿できない」という先入観を現場にもたらす危険性があると指摘。不要な留置が約8割に及ぶと

の認識を示し、南高井病院における尿道カテーテル抜去の実績や、日本慢性期医療協会の調査結果を示し、多くの症例で抜去が可能であることを説明した。その上で、漫然と続けられてきた医療行為を見直す「実装解除（De-implementation）」の考え方を排尿ケアにも適用すべきであると述べた。

さらに、こうした実践を進める上での障壁についても触れた。泌尿器科医が院内に不在であること、医師向け・看護師向け双方の研修機会が限られていること、排尿ケアチームを組織してもマニュアル整備が進まないことなど、現場が抱える課題を列挙した。その上で、排尿ケアは一部の専門職に任せるものではなく、院内全体で共通理解を形成する必要がある。科学的とは、誰が、いつ、どこで行っても同じ結果にたどり着く再現性を有することであり、個人の経験や勘のみに依存したケアは共有や継承が困難である。一方で、科学と経験は対立するものではなく、経験もまた重要な要素であるとした上で、因果関係を意識したケアの積み重ねが求められると指摘した。

■ 夜間頻尿対策と排尿ケアの担い手

排尿症状の中で最も多く、患者・利用者が困っているものとして、西尾氏は夜間頻尿を挙げた。40歳以上の多くが夜間1回以上の排尿を経験し、高齢者では夜2回以上が半数を超えとの疫学データを示し、夜間頻尿が極めて一般的な症状であることを説明した。夜間頻尿の主な原因として、膀胱容量の低下、夜間尿量の増加、睡眠障害の3点を挙げ、それぞれを見極める問診と評価の重要性を強調した。

対策としては、下肢浮腫への対応や日中の活動量の確保、デイサービス利用による循環改善が夜間頻尿の軽減につながる。また、歩行などの運動習慣、骨盤底筋体操、青竹踏みといったセルフケアの有効性についても、自施設での取り組みや既存の報告を交えながら説明した。骨盤底筋トレーニングについては、軽度認知症やフレイル患者においても一定の効果が示されていると紹介した。

講演の締めくくりとして、西尾氏は排尿ケアの「匠」とは、優しい言葉と心を持ち、患者を理解し

ようとする姿勢を基盤に、チームで排尿自立を支援できる人材であるとの考え方を示した。予防から治療、退院支援までを視野に入れ、セルフケアを促す環境整備や排泄支援ロボットなどの技術も適切に活用する必要性を指摘し、「排尿ケアは心のケアであり、慢性期医療の現場において中心的な役割を担う実践である」と強調した。



久保亜紀氏

西尾氏の講演に続き、久保亜紀氏が行政の立場から排尿支援を地域全体で推進する取り組みについて講演した。久保氏は、排尿に関する困りごとが高齢者を中心に広く存在している一方で、「年のせいで仕方がない」「相談しても解決しない」と受け止められ、適切な相談や受診につながっていない実態があると指摘。排尿障害や尿失禁は生命に直結する症状ではないものの、外出や社会参加を制限し、生活の質を大きく損なう要因となり得るにもかかわらず、本人の中で問題として認識されにくく、支援の入り口に立つ前に諦められてしまう。こうした課題に対し、滋賀県では排尿支援を医療や介護の一領域にとどめず、地域包括ケアの一環として捉え直し、人材育成、ネットワーク構築、住民啓発を一体的に進めてきた。本講演では、県民意識調査を踏まえた課題認識から、具体的な事業設計、6年間にわたる取り組みの成果、そして今後の展望まで、行政の視点から体系的に報告された。

■ 排尿の困りごとが顕在化しにくい地域の現状

久保氏はまず、滋賀県における人口構造の変化と排尿に関する困りごとの実態について説明。県内では高齢化の進行に加え、独居高齢者や老老介護世帯、在宅療養者が増加しており、排尿に関する不安や支障が日常生活上の大きな制約となる事例が増えていると述べた。特に在宅で生活する高齢者の場合、排尿の不安が外出控えにつながりやすく、社会的孤立を招く要因となることが少なくない。

排尿障害や尿失禁は生命に直結する症状ではないと受け止められがちであるが、転倒や夜間の覚醒、睡眠障害などを引き起こし、生活全体に影響を及ぼす。久保氏は、こうした影響が積み重なることで身体活動量の低下やフレイルの進行を招き、要介護状態への移行を早める可能性がある点に言及し、排尿の問題は生活機能の維持という観点からも看過できないと述べた。

令和元年度に実施した県民意識調査では、「尿失禁を経験している」と回答した人が25.5%に上った一方、その64.3%が「年のせいで仕方がない」「治療できるものではない」と考えていることが示された。この結果から、排尿に関する悩みが本人の中で問題として認識されにくく、相談や受診につながらない構造的な課題が存在すると説明した。

さらに、排尿の問題が表面化しにくい理由として、羞恥心に加え、相談先が分かりにくいこと、医療と介護の役割分担が住民には理解しづらいことを挙げた。医療に相談すべき段階なのか、生活支援として対応できる内容なのかが判断しにくく、その結果、本人や家族が対応を先送りしてしまう状況が生じている。

■ 排尿支援を地域全体で支える行政の視点

滋賀県排尿支援プロジェクト推進事業では、こうした地域の実態を踏まえ、排尿支援を個人の問題としてではなく、地域全体で対応すべき生活課題として位置付けた。予防や気づき、早期相談から、専門

的評価、治療、残存機能に応じた排泄ケアまでを切れ目なくつなぐ支援体制を構築することが重要であると述べた。

排尿に関する困りごとが顕在化しにくい状況を改善するためには、住民が早い段階で適切な相談先につながる仕組みが必要であるとし、医療、介護、行政がそれぞれの役割を担いながら連携する体制づくりを進めてきた。排尿支援を特定の専門領域に閉じるのではなく、地域包括ケアの中で横断的に捉えることが、支援の継続性と実効性を高める。

■ 人材育成を軸とした多職種・多層的連携の構築

本事業の中核として久保氏が強調したのが、人材育成を軸とした多層的な支援体制である。排尿支援は特定の専門職だけで完結するものではなく、生活の場に近いところで気づき、適切な支援につなぐ役割が重要であると述べ、そのために三層構造の人材配置を行っていると説明した。

具体的には、排尿に関する基礎的な理解を持ち、住民の身近な相談相手となる「排尿サポーター」、相談を受けて医療や介護につなぐ調整役を担う「排尿支援員」、さらに地域や職域で専門的助言や人材育成を行う「排尿支援リーダー」である。それぞれの役割を明確にすることで、無理なく持続可能な支援体制を構築することを目指した。

排尿サポーター養成講座では、排尿の仕組みや加齢に伴う変化、よくある誤解の解消に加え、困りごとを抱える人への声かけや相談先につなぐ際のポイントなどを扱っている。久保氏は、知識の習得だけでなく、具体的な行動につなげる内容とすることを重視した。

医療・介護従事者を対象とした排尿支援員育成研修では、排尿障害の評価方法、排尿日誌の活用、残尿測定、排泄用具の選択など、現場で活用できる実践的内容が共有されている。さらにフォローアップ研修を通じて、学びを現場に定着させ、課題を共有する仕組みを整えている点も特徴である。

■ 6年間の取り組みから得られた成果と今後の展望

6年間にわたる滋賀県排尿支援プロジェクト推進事業により、排尿支援に取り組む市町数や圏域数はいずれも当初の目標を達成しており、多職種による連携体制が地域に根付きつつある。また、排尿障害を有する人のうち、医療機関の受診につながった割合が徐々に上昇している。

久保氏は、こうした成果の背景として、人材育成とネットワーク構築を同時に進めてきた点を挙げた。単発の研修や啓発活動に終わらず、継続的な学びと顔の見える関係づくりを重視したことが、地域での実践につながっていると分析した。

一方で、地域によって取り組みの進捗に差があることや、かかりつけ医の参画が十分とは言えない点など、今後の課題についても整理した。今後は医師会との連携強化や、地域の実情に応じた柔軟な事業展開が必要である。

久保氏は講演の締めくくりとして、市町では医療介護連携や介護予防などが担当課ごとに分かれてしまう課題がある一方、県としては分野横断的に一元化した取り組みが可能であり、そのことが相乗効果を生み出してきたと指摘。保健所を問い合わせ窓口として位置付け、関係団体との地域のつながりの中で排尿をテーマとした取り組みを進めていること、保健所向けのマニュアルを整備してきたことにも触れた。

こうした県の強みを生かし、今後も行政、医療、介護、地域が連携する「オール滋賀」の体制で取り組みを進める意向を示した上で、「県内に住む誰もが気持ちよく排泄でき、望む生活を送ることのできる滋賀県を目指していきたい」と述べ、講演を締めくくった。

総合討論



西尾俊治氏

総合討論では、排尿支援をめぐる実践的課題について、臨床および地域・行政の双方の立場から意見が交わされた。前半では、尿道留置カテーテル抜去に関する具体的な対応を中心に、抜去可能性の評価、男女差の有無、薬物療法の併用、抜去後の残尿管理、ならびに禁忌事項について議論が行われた。西尾氏は、過度に慎重にならず抜去を試みる姿勢の重要性を示すとともに、残尿量に応じた経過観察の考え方を提示した。後半では、滋賀県における排尿支援事業の展開を踏まえ、県全体で取り組みを進める契機や、補助金を含む自治体の支援の役割が共有された。討論を通じて、排尿支援を現場任せにせず、医療、介護、行政が連携して支える体制構築の必要性が改めて確認された。

■ 尿道留置カテーテル抜去をめぐる実践的対応と留意点

○西尾（座長）：

滋賀県における排尿支援の取り組みは、一定の広がりを見せており、現場にも変化が生じていると受け止めている。ここで会場から意見や質問を伺いたい。

○会場 山口晴保氏（群馬大学名誉教授）：

多くの症例で尿道留置カテーテルの抜去が可能であったとの報告が示された。おおよそ8割で抜去で



山口晴保氏

きたとのことであるが、男女差はどの程度認められたのか。

○西尾（座長）：

男女別に厳密な解析を行ったわけではないが、臨床的な印象としては、男女で大きな差は認めていない。高齢者は複数の疾患を併存していることが多く、疾患別に詳細な検討は行っていないものの、結果として大半の症例で抜去は可能であった。

むしろ抜去できない症例の方が少なく、残尿量が多く残る症例は全体の1割程度であるとの認識である。まずは過度に慎重にならず、抜去を試みる事が重要であると考えている。

○会場 山口：

抜去の際に、例えばシロドシンのような尿道抵抗を低下させる薬剤を併用することはあるのか。

○西尾（座長）：

原則として、初回の抜去時には薬剤は使用していない。ただし、事前に前立腺肥大があることが分かっている症例や、1～2カ月前に抜去を試みて尿閉を来した既往がある症例については、抜去の1週間前からシロドシンを内服してもらうことで効果が得られることが多い。

また、初回の抜去が不成功であった場合には、男性ではシロドシンを1週間投与した後に再度抜去を行うという対応が、実臨床では多く行われていると理解している。

○会場 山口：

女性の場合、シロドシンは使用できないが、その場合はどのような薬剤を用いるのか。

○西尾（座長）：

女性の場合には、エブランチルを使用している。

エブランチルは本来、高血圧治療に用いられる α ブロッカーであるが、当院では1日量30mgを2回に分けて投与し、排尿障害が改善した症例を経験している。

○会場 山口：

特別養護老人ホームに入所している女性で、エブランチルを使用しても残尿が150mL程度残り、結果として再留置となった症例を経験している。入所期間が1カ月程度の比較的短期の方と、3年程度と長期間入所している方とでは、抜去にあたって工夫すべき点はあるのか。

○西尾（座長）：

入所期間については、基本的に大きな問題にはならないと考えている。かつて泳げた人が、20年、30年経過しても最初はぎこちなくても再び泳げるようになるのと同様である。抜去当日から1～2日は残尿が多い場合もあるが、経過とともに減少していくことが多い。

なお、事前に尿道カテーテルをクランプして膀胱訓練を行う方法は禁忌である。現場では行われていることもあるが、推奨される方法ではない。まずは抜去を試みる事が重要である。残尿が多い症例のうち、およそ3割は低活動膀胱と考えられるが、原因が特定できない場合も少なくない。ただし、残尿が膀胱容量の50%程度であれば経過観察は可能であり、100mL程度の残尿があるからといって、直ちに再留置が必要になるわけではない。

○会場 山口：

もう一点、バルーン抜去後に排尿を促す方法として、トイレで座位をとらせ、重力を利用することは有効と考えるが、その際に腹部を圧迫することについてはどうか。

○西尾（座長）：

腹部を強く圧迫することは禁忌である。軽く、両手を添える程度であれば問題ないが、膀胱に強い圧をかけると膀胱を損傷し、高い圧が腎臓へ伝わる可

能性があるため、強い腹圧は避けるべきである。

一方で、ベッド上で30度以上ギヤッチアップすることで排尿しやすくなる症例は多い。これは腹圧というより、人が成長過程で「座って排尿する」「立って排尿する」といった動作を学習してきた記憶や姿勢制御が関与している可能性がある。臥位では排尿が困難であっても、30度以上、上体を起こすことで排尿が可能になる症例は、臨床現場でしばしば経験する。

○会場 山口：

大変参考になった。わずかではあるが、「匠」に近づけたように思う。

■ 排尿支援を県全体で進める契機と自治体の役割

○会場 井川誠一郎氏（日慢協副会長）：



井川誠一郎氏

私自身、滋賀県の出身であるが、滋賀県がこれほど先進的に排尿支援に取り組んでいることを十分に認識していなかった。排尿ケアの重要性については、西尾氏をはじめ、各所で指摘されているものの、県全体としてこれほど体系的に動いている

例は多くないと感じている。

そこで、この取り組みのきっかけを伺いたい。最初に、誰がどのようにして大規模な取り組みを進めようと思ったのか。

○久保：

すでに他の場でも本人が述べているため紹介するが、県庁内の上席が、自身の排尿に関して「軽度ではあるが困っている」と話されたことが発端であっ

た。県内の住民にも同様の困りごとを抱えている人がいるはずであり、何らかの取り組みが必要ではないかという問題提起があった。そこで、まずは実態を把握するための調査を行ったところ、多くの県民が排尿に関する悩みを抱えていることが明らかとなり、取り組みを進めていくこととなった。

○会場 井川：

ぜひ他の地域でも、同様に課題意識を持つ立場の人が中心となって取り組みが進むことを期待したい。

○西尾（座長）：

私も同様の質問を、滋賀県を訪問した際に行ったことがある。介護施設では、尿道留置カテーテル抜去後の残尿測定に一定の費用がかかるが、滋賀県では補助金により、その費用が半額程度に抑えられている。現場にとっては大きな支援である。

最近の事例として、松山市内の特別養護老人ホームで、前立腺肥大症を有する入所者についてカテーテルを抜去したいという相談を受けたことがあった。カテーテルが詰まった際に、カテーテル周囲から尿が漏れる場合は、膀胱収縮力が保たれていることを示している。そのような症例では、抜去によって排尿が可能となる場合が多い。

しかし、近隣の泌尿器科クリニックを受診したところ、「抜去自体は問題ないが、毎日残尿測定を行うように」と指示され、施設側が対応に困る状況となった。そこで当院で対応することとした。多くの施設で排尿支援を進めていくためには、補助金を含めた自治体の支援が不可欠であると考えます。

本日は、滋賀県の取り組みに加え、尿道留置カテーテルは国際的に見ても約8割が不要とされていること、抜去に際しては過度に構えず、抜去後は残尿測定を行いながら経過をみるという考え方を伝えなかった。



日本介護医療院協会セミナー

2040 年に向けた 新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割

座長：猿原大和 日本介護医療院協会 副会長

演者：鈴木龍太 日本介護医療院協会 会長

田中 滋 埼玉県立大学 理事長，慶應義塾大学 名誉教授



本学会では、日本介護医療院協会セミナーが併催された。日本介護医療院協会は日本慢性期医療協会の下部組織で、2025 年 4 月現在 313 施設が加盟。非会員を含めた調査などを踏まえ、全国の介護医療院の現状と課題を把握・共有し、政策提言などに努めている。今回のセミナーは、「2040 年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割」をテーマに実施。日本介護医療院協会の会長で、日本慢性期医療協会の常任理事を務める鈴木龍太氏が介護医療院をめぐる最新の調査結果を報告した。続いて、埼玉県立大学理事長で慶應義塾大学名誉教授の田中滋氏をお招きし、ご講演を賜った。意見交換では、会場の参加者を含めた討論があった。

最初に登壇した鈴木氏は、介護医療院制度創設からの経緯を振り返りつつ、介護療養病床の廃止を背景に介護医療院が増加している現状を示した。全国調査データを基に、入所者の医療依存度や要介護度、看取りの増加、在院日数の変化、経営および人材確保の実態などを具体的に示し、介護医療院が医療と介護の双方を必要とする高齢者の受け皿として機能している状況などを報告した。

■ 介護医療院の開設状況と入所・退所の実態

鈴木氏は冒頭、介護医療院が2018年の制度創設から7年を迎えたことに触れ、日本介護医療院協会では



鈴木龍太氏

2019年以降、毎年全国調査を実施してきた経緯を説明した。その上で、2024年3月末をもって介護療養病床および経過措置病床が廃止されたことを背景に、介護医療院が増加している現状を示し、「医療と介護の双方を必要とする高齢者の受け皿として、介護医療院

の役割は一段と明確になってきている」と述べた。

講演では、厚生労働省の公表データおよび日本介護医療院協会が2025年度に実施した調査結果を基に、開設状況、入所・退所の実態、医療・介護提供体制、経営および人材確保の課題などが示された。鈴木氏は調査データを踏まえ、介護医療院の現状と課題に迫った。

厚労省が公表した2024年4月1日時点のデータによると、全国の介護医療院は926施設、53,183床に達している。特に2023年12月から2024年3月までで110施設、5,249床が増加しており、制度移行期限を前に、介護療養病床や医療療養病床からの移行が集中的に進んだことが示された。類型別ではⅠ型が71%、Ⅱ型が29%を占めており、同協会が実施した2025年度調査でも、ほぼ同様の構成比であったと報告した。

入所経路については、Ⅰ型・Ⅱ型ともに自院・他院を含む病院からの入所が多い点を示し、急性期・回復期医療を終えた後の受け皿として介護医療院が機能している実態を説明した。一方、退所の状況では死亡退所が最も多いことを示した上で、「自宅」および「自宅系高齢者施設」への退所がⅠ型で15%、Ⅱ型で12%と、前回調査より増加している点に言及した。鈴木氏はこの結果について、介護医療院においてリハビリテーションが継続的に実施されてきた成果が、在宅復帰という形で表れつつあると説明した。

また、Ⅱ型の独立型施設では、夜間・休日に医師が常駐しない体制の影響から、急変時に他院へ転院

する割合が高い傾向にあることを示し、医師配置体制の違いが退所動向に表れていると指摘した。

■ 医療・介護提供体制と意思決定支援の現状

続いて、介護医療院における医療・介護提供体制についての調査結果によれば、酸素投与、経管栄養、膀胱留置カテーテル管理、採血検査などは8割以上の施設で日常的に実施されており、介護医療院が医療管理を必要とする入所者を多く受け入れている実態が示された。特にⅠ型では、中心静脈ライン、治療目的の点滴、CT・MRI検査などの実施割合が高く、医療依存度の高い入所者への対応が求められていると述べた。

一方、リハビリテーションについては、PT・OT・STが月6～10回程度実施されており、生活機能の維持・改善を目的とした介入が積極的に行われていると報告した。鈴木氏は、介護医療院は「終の棲家」としての役割だけでなく、一定程度の在宅復帰機能も担っていることを、データに基づいて示した。

また、2024年度介護報酬改定で求められた人生の最終段階における意思決定支援についても言及した。2025年4月から6月までの3カ月間に実施された意思確認カンファレンスは延べ2,340回に上ったものの、本人が参加できた事例は全体の約3%にとどまっている。その要因として、入所者の多くが要介護度4・5に近く、意思表示が困難な状態にある点を挙げた上で、入所前や急性期治療段階など、より早期の段階でACPを進める必要性を指摘した。

■ 経営状況、人材確保と制度上の課題

本講演では、介護医療院の経営状況と人材確保を巡る課題も示された。2025年度調査では、「介護医療院を開設して良かった」と回答した施設が67%を占め、制度全体としては一定の評価を得ていることが報告された。一方で、Ⅰ型・Ⅱ型ともに赤字施設の割合が増加しており、医療行為の増加に伴う施設の持ち出しや、人材不足が経営に影響している実態が示された。

特に介護職員の確保は最も大きな課題として挙げ

られ、「充足している」と回答した施設は16.7%。外国人介護人材を採用している施設は約半数に達しているものの、処遇改善を巡っては、併設病院の看護補助者との賃金格差への対応に苦慮している。また、身体拘束ゼロへの取り組みは評価が高い一方、実際には約6割の施設で身体拘束が行われており、現場での対応の難しさがデータから示された。

鈴木氏は講演のまとめとして、介護医療院は医療依存度が高く、在宅や一般の介護施設では対応が困難な高齢者を受け入れる「最後の砦」として機能していると評価。算定可能な医療行為の拡充、要介護度と実際の医療・介護必要度との乖離への対応、人材確保と処遇改善など、制度上の課題を整理し、現状を共有する意義を強調した。

■ 地域包括ケアシステム 30 年の歩みと到達点



田中滋氏

鈴木氏に続いて田中滋氏が登壇し、「2040年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割」をテーマに講演した。田中氏は、地域包括ケアシステムが制度としてどこまで到達してきたのかを検証するとともに、2040年を見

据えた次の段階において介護医療院が果たすべき役割について、人口動態や医療・介護の構造変化を踏まえながら論じた。講演は、過去30年にわたる医療・介護制度の変遷を振り返る視点から始まり、成果として現れている指標と、その成功ゆえに顕在化してきた新たな課題を整理し、地域差を前提とした地域包括ケアの再構築の必要性を提示する内容となった。

田中氏は、現在では当たり前のように用いられている介護保険制度や回復期リハビリテーション病棟、地域包括支援センターなどの仕組みは、いずれも30年前には存在していなかった。その上で、日本社会はこの30年の間に、医療と介護を中核とする地域包括ケアシステムを急速に整備してきたと振

り返った。

2012年に整理された地域包括ケアシステムの構成要素として、「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」に加え、それらを選択する本人の意思が不可欠であることを改めて提示。団塊世代が75歳に到達する2025年を目標年とした第1ステージでは、医療と介護だけでは支えきれない生活課題への対応が重視され、介護予防や居場所づくり、人とのつながりを軸とした施策が展開されてきた。一方、医師、看護職員、介護職員の就業者数が大幅に増加したことや、年齢調整後の死亡率や要介護認定率が低下していることをデータで示し、医療・介護の進展が高齢者の生命予後や生活機能に一定の改善をもたらしてきたと評価した。

■ 成功がもたらした課題と2040年に向けた視点

一方で、これらの成果が新たな課題を生み出していると指摘。2025年以降、年間死亡者数はおおむね160万人超で推移する多死社会に入り、看取りニーズが増大する見通しであること、85歳以上人口や独居高齢者、認知症高齢者が急増することを示した。

特に、2040年には75歳以上の独居高齢者が約610万人に達するとの推計を紹介し、身寄りのない高齢者や孤立の問題が、医療・介護の枠を超えた社会的課題になると述べた。こうした状況を踏まえ、2025年を目標とした第1ステージに続く、2040年を見据えた地域包括ケアシステムの第2ステージが必要であると強調した。

第2ステージでは、主たる対象が85歳以上の超高齢者となり、認知症への対応、防ぎえる急性期入院削減、身寄りのない高齢者への支援、尊厳ある看取りが重要な要素になると整理した。また、医療・介護・生活支援の組み合わせは地域によって異なり、地域差を前提とした設計が不可欠であると述べた。

■ 地域差も踏まえた介護医療院への期待

田中氏はさらに、人口構造や医療・介護資源の地域差を示す具体例を挙げ、都市部と地方では高齢化の進み方や担い手の状況が大きく異なると説明し

た。15～64歳人口や75歳以上人口の推移を比較し、同じ地域包括ケアシステムという言葉で括ることの限界を指摘した。

その上で、医療と介護の切れ目のない連携を軸としつつ、生活の場としての視点を持つことが今後一層重要になると述べ、介護医療院はその要となる存在であると位置づけた。介護医療院は、医療依存度が高く、急性期病院では完結できない患者を受け入れ、生活の場として看取りまで支える機能を担っているとし、地域の安心拠点として発展することへの期待を示した。

講演の結びにあたり田中氏は、会場に向けて「皆さん方に対する期待は不変です」と語りかけた。「医療人、介護人の仕事は人を救うため、支えるために行われ、頭が下がる思いである」と敬意を表した。長年にわたり医療経済学の立場から制度設計に携わってきた田中氏は、現場を支える仕組みづくりに今後も尽力する考えを示した。

その上で、日本は人口減少や地域格差といった困難な課題に直面しているものの、「必ず対応策をつくっていける」とし、介護保険制度創設当時を振り返った。当時も先行きは見通せなかったが、寝たきり高齢者の増加という問題意識を出発点として制度を変え続けてきた結果、今日の医療・介護の姿があると説明した。

課題を深刻に捉えるのではなく、「課題を客観的に理解することが、新しい世界をつくるための第一歩である」と強調。介護医療院では死亡退所が5割を超える一方で、約1割は退所に至っている事実を示し、治癒を目的とする医療ではなくとも、生活の場として医療を提供する慢性期医療の重要性は極めて高いと述べた。

最後に田中氏は、慢性期医療はすでに複数の疾患を抱えながら生きることを可能にしてきた分野であり、「これからもできる。慢性期医療の重要性は高い」と語った。そして、今後どうしたいのかを地域の人々と話し合うことの重要性に言及し、地域との関係づくりこそが医療機関や介護事業所が持続していくための鍵であると述べ、講演を締めくくった。

総合討論



総合討論では、介護医療院の稼働率や平均在院日数の変化をめぐり、看取りの増加や入所者の重症化が施設運営に与える影響について具体的な発言が相次いだ。また、がん末期患者など状態変化の速い入所者に対する要介護認定の遅れが現場での運営や報酬算定に影響を及ぼしている実態が示され、認定制度の運用上の課題が指摘された。さらに、人材確保をめぐっては、処遇改善のみならず、働きがいや付加価値を重視した取り組みが紹介され、地域に根ざした施設運営の重要性が語られた。

サービス付き高齢者向け住宅との関係についても議論が及び、自由参入型であるサ高住の質のばらつきや、地域による看取り体制の差が指摘された。介護医療院については、医療法人が主体となって運営している点が医療・介護の質の担保に一定の役割を果たしているとの見解が示されたほか、利用者や家族が施設の質を判断する手段が乏しい現状を踏まえ、今後の質評価や情報開示の在り方についても議論が交わされた。

■ 長期療養が可能な場が増えている

○猿原（座長）：

まず、鈴木会長に伺いたい。先ほどのご説明の中で、「新設の介護医療院が急激に増加し、現在2,257床に達している。直近3カ月で422床、1年間で1,126床増加した」というデータが示された。この「新設」とは、従来型老健などからの移行ではなく、文字どおりゼロから新たに介護医療院を立ち上げた



猿原大和氏

ケースを指すのか。

○鈴木：

ここで言う新設は、病院からの移行でも、老健からの転換でもない。ゼロから介護医療院を設立した数が増えているという意味である。

○猿原（座長）：

特定の地域で新設の介護医療院が多く見られる、といった地域性はあるのか。

○鈴木：

そこまで細かく分析できるデータは持っていない。現時点では全国集計での把握にとどまっている。

○猿原（座長）：

次に、稼働率について伺いたい。当院では最近、稼働率が下がってきているという実感がある。これは看取りが増えていることが影響しているのではないかと感じている。

一方で、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームでも、長期療養を視野に入れた運営を行っているところが増えているように思う。そうした施設の増加が、介護医療院の稼働率低下に影響している可能性はあるのだろうか。

○鈴木：

データだけを見ると、全国的には確かに稼働率は少しずつ下がってきているように見える。特別養護老人ホームも同様で、待機者が減ってきている地域もある。

私どもの介護医療院は秦野市にあり大都市ではないものの、現時点では満床が続いている。このことから、介護医療院の稼働率には、かなりの地域差があるのではないかと感じている。都会では、まだ介護医療院のニーズは高いのではないかと。特養についても、都市部では引き続き需要が高い可能性がある。この点について、田中先生のご認識をお聞かせ願いたい。

○田中：

東京23区の中でも、比較的所得水準の高い上位8区あたりでは、特養よりも介護付き有料老人ホームが増えている。「特養に入りたくない」「4人部屋は避けたい」と考える人が多く、入居金が2,000万円、3,000万円、場合によっては1億円といった高額な有料老人ホームのほう選ばれている状況であろう。

ただし、特養を選ばざるを得ない人たちも必ず存在するため、施設数自体が減っているわけではない。ただ、多くの人にとっては、以前のように「要介護になったら特養一択」という時代ではなくなっている。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、選択肢が広がった結果である。また、所得水準が都心区や西側の区よりやや低い地域では、サ高住が増える傾向がある。サ高住と有料老人ホームは、地域の所得差に非常に敏感に反応して増減している。

○鈴木：

そうすると、介護医療院の稼働率が下がってきているのは、都市部ではなく、都市部から少し離れた地域なのかもしれない。

○猿原（座長）：

当院では、この2年間で稼働率が顕著に下がっている。90%を下回る月も増えてきた。当初は入所が減っているのではないかと考えたが、紹介件数自体はコロナ前と比べて約1.5倍に増えていた。それ以上に、看取りが増えていたため稼働率が下がってしまった。長期療養ではなく、看取りが目的で介護医療院に入所するケースが、とても多くなっていると感じる。

看取りも介護医療院の重要な役割であることは理解しているが、経営面を考えると、本音としては長期療養の入所者が一定数いてほしい。ただ、現在は長期療養が可能な場が、地域全体として増えてきているのではないかと。

■ 要介護度のギャップ、修正できる仕組みを

○猿原（座長）：

地域における選択肢は増えている中で、介護医療院の果たす役割について改めて考えたい。

○鈴木：

私は当協会の調査データなどを踏まえ、介護医療院を「最後の砦」と考えている。介護医療院は、病院と介護施設の狭間に位置し、いずれの施設でも受け入れが難しい患者の受け皿として機能している。これは本人にとってだけでなく、在宅で支える家族、病院、一般の介護施設にとっても意義がある。

実際の入所者像を見ると、医療処置が多く、要介護度が高い人が中心である。経管栄養、喀痰吸引、レントゲン撮影、点滴治療、酸素投与などの日常的な医学管理に加え、緩和ケアが提供されている。また、多職種が協働し、リハビリテーション、栄養管理、口腔ケアを一体的に進める取り組みが行われている。

死亡退所が多い点も介護医療院の特徴である。本人の意思表示が難しいケースが多い中で、家族や成年後見人と丁寧に話し合いを重ねながら看取りが行われている。一方で、リハビリテーションも積極的に実施されており、約1割の利用者が在宅復帰に至っている。終の棲家としての役割にとどまらず、在宅復帰機能も担っている。

病院との大きな違いは、「生活施設」としての側面を持っている点である。身体拘束ゼロへの取り組みや、食事内容への配慮、外出訓練などを通じて、その人らしい生活や尊厳を大切にしている。これは、人生の最期まで尊厳を守るという介護医療院の理念を反映したものである。介護医療院は、医療を必要とする重度要介護者にとって、まさに最後の砦である。

介護だけでなく医療行為を必要とする人は、診療報酬上の制約もあって介護医療院を選択するケースが増え、入所時点ですでに重症化していることも多く、看取りに至る時期が早まる傾向も見られる。その影響で、介護医療院の平均在院日数は短くなっているのではないかな。

○猿原（座長）：

10年以上前と比べて、平均在院日数はおおよそ半分程度になっている。

○鈴木：

稼働率が低下している一つの要因として、より早

い段階で亡くなる入所者が増えている可能性がある。当会で実施した急性期病院からの受け入れに関する調査によると、入所時における「認定されている要介護度」と「実際の入所者の状態」にギャップがあったケースが51.5%に上った。つまり、要介護認定が実際よりも低いまま入所している利用者が少なくない。

認定された要介護度と、実際に必要とされる医療・介護の内容との間には乖離があり、現行制度ではそれが十分に反映されていない。早期の要介護度の見直しや、看取りに対応した加算のあり方について、制度的な整理が必要であろう。

○田中：

実態としては、本当の要介護度は重いにもかかわらず、低い要介護度認定のまま救急搬送などで入所し、その後、比較的早期に亡くなるケースが少なくない。その場合、要介護度認定が低いままであれば、算定できる報酬も低くなり、介護医療院の経営にとっては大きな負担となる。要介護認定については、できるだけ早期に、場合によっては事後的であっても修正できるような仕組みを整えなければならない。

○猿原（座長）：

老衰によって徐々に要介護度が高くなるケースもあるが、がん末期の場合は、状態が急激に悪化し、短期間で亡くなることが多い。しかし、認定調査が追い付かず、要介護度が変更されないまま亡くなるケースが少なくない。私自身、要介護認定の審査員を務めた経験があるが、変更申請から認定までに長い場合で60日程度かかることもある。特に夏季や年末などは時間を要する傾向があり、自治体間の差も大きい。現場としては非常に悩ましい問題だ。

○田中：

がん末期では、最後の1カ月間で生活機能が著しく低下することが多い。この点は、制度がまだ十分には対応できていない部分であり、今後、何らかの対応を講じていかなければならない課題である。

■ 生活支援の仕組みは一律ではない

○鈴木：

田中先生に伺いたい。地域包括ケアシステムはいわゆる「第1ステージ」が2025年を1つの区切りとして整理されている。地域医療構想についても同様であり、現在、国は2040年を見据えた新たな地域医療構想の検討を進めている。

その流れを踏まえると、地域包括ケアシステムについても、2040年に向けた新しい構想や考え方が、すでにどなたかによって整理されているのではないか。そうした問題意識から、本日のセミナーでは、ぜひ田中先生にそのあたりの考えを伺いたいと思う。2040年を見据えた地域包括ケアシステムは、どのように考えればよいのか。

○田中：

極めて本質的な問いである。まず、医療と介護の連携という点については、一定の方向性がすでに固まりつつある。例えば、退院直後から速やかに介護サービスやリハビリテーションが入る体制を整えること、あるいは退院前からケアマネジャーが退院調整やケア計画に関与することなどである。

最近の実態を見ると、急性期医療を起点とするのではなく、要介護状態や慢性期医療の利用が先行し、その過程で必要に応じて急性期医療を利用するという形が一般化しつつある。この点については、制度として全国で大きな差はなく、国の枠組みの中で一定程度対応できていると考えてよい。

一方で、生活面の支援となると話は全く異なる。商店街が残っている地域もあれば、すでに消滅している地域もある。金融機関や郵便局が身近にある地域もあれば、そうでない地域もある。身近なかかりつけ医がいる地域もあれば、現在は診療所医師がいるものの、数年後には引退が見込まれる高齢の医師しかいない地域もある。このように、生活を支える基盤は地域ごとに大きく異なっており、医療・介護以外の生活支援の仕組みを国が一律に設計することは現実的ではない。これが第一の理由である。

第二の理由として、現在の政治体制の問題がある。

2040年に、どのような政党が政権を担い、医療、介護、社会福祉、社会保障に対してどのような考え方を持つのかは予測できない。そのため、国としてこの分野の詳細な設計を長期にわたって担うことには限界がある。医療と介護の連携については、今後も国として重視していく方向性は変わらないと考えるが、生活面については、自治体ごとに考え、設計してもらうほかない。その意味で、自治体の首長の姿勢は極めて重要である。例えば、生活支援や地域づくりよりも別的大型事業ばかりに関心を向ける首長がいる地域の住民は、地域の将来を見据えて再考する必要がある。

■ 地域の実情を踏まえ、「育てていく」

○鈴木：

田中先生がこれまで示してこられた、地域包括ケアシステムのいわゆる「植木鉢モデル」について伺いたい。地域包括ケアシステムを構成する要素を、受け皿、鉢、土、葉に見立て、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な要素を整理したモデルであるが、この考え方に立つと、自治体ごとに全く異なる形の「植木鉢」を、それぞれがつくっていかなければならないという理解でよいのだろうか。

○田中：

その理解で基本的に間違いない。「絵柄」、すなわち地域包括ケアシステムを構成する要素——「医療」「介護」「予防」「生活」「すまい」、そして「本人の選択」——そのものは全国共通である。しかし、それをどのような順序で、誰が中心となって組み立てていくかというプロセスは、自治体ごとに全く異なる。

誰が地域包括ケアシステムづくりをリードするかについては、一律の正解はない。市長や町長といった首長が先頭に立つ場合もあれば、そうでない場合もある。私が実際に知っている自治体の中には、市長自らが地域包括ケアシステム連絡協議会を主宰し、数カ月1回の会議に毎回出席し、4時間にわたって議論に参加しているところもある。一方で、最初の挨拶だけで退席してしまう首長の自治体もある。対応は実にさまざまである。

また、病院が中心となって地域包括ケアシステム

を構築している地域も、日本にはいくつか存在する。200床未満規模の病院を中核とする医療法人が、医療提供にとどまらず、障害者支援や、地域住民が集うレストランの運営など食を支える取り組みまで担い、地域全体を見渡しながらいリーダーシップを発揮している例もある。さらに、社会福祉法人が中心となって地域包括ケアを牽引している地域も少なくない。

結局のところ、地域包括ケアシステムを誰がつくるのかという問いに対しては、それぞれの地域で、実際に動ける人、動ける組織、動く覚悟のあるグループが引っ張っていくしかない。地域の実情を最もよく知る主体が中心となって設計し、育てていくことが不可欠である。

■ 地域包括ケアにおける覚悟と主体性

○鈴木：

地域包括ケアシステムを誰がどのように引っ張るかによって、その地域で暮らす高齢者の生活の質は大きく左右されるとなると、地域を牽引する立場にある人の力量や姿勢によっては、高齢者にとって極めて厳しい状況が生じる可能性もある。その点はどのように考えればよいだろうか。

○田中：

まず申し上げたいのは、団塊の世代の多くはまだ元気だということである。元気であれば参加してほしいし、地域づくりを手伝ってほしい。地域包括ケアや地域マネジメントは、医療者任せにするものではなく、団塊の世代自身の責任として考えるべき領域である。自分たちが声を上げ、積極的に関わることが不可欠である。

身近な例を挙げれば、子ども食堂のような取り組みがある。こうした活動に団塊の世代が積極的に関与すれば、人と人とのつながりが生まれる。やがて、それが地域の祭りに発展したり、困難を抱える家庭の学童保育支援につながったりする。地域づくりとは、こうした小さな実践の積み重ねである。何も行動を起こさずに、「自分の住む街はだめだった」「寂しく死ぬしかない」と嘆くのではなく、自ら動くことが重要である。

○鈴木：

つまり、生活の部分については団塊の世代自身が責任を持って、新しい地域包括ケアシステムをつくっていく必要があるということになるのだろうか。自分たちが85歳になる頃に、安心して暮らせる地域を実現するためには、その準備を今から自分たちで進めていくことが求められる、という意味での自己責任であると受け止めた。

○田中：

生活の領域については、そのとおりである。もっとも、医療が必要になった場合には、介護医療院をはじめとする専門職に委ねるしかない。そこはプロフェッショナルが担うべき領域である。

泥棒に入られたときや火事が起きたときに、警察や消防が機能してくれることを期待するのと同じで、医療や介護のコアな部分は社会として必ず支える仕組みが必要である。一方で、日常生活や地域のつながりについては、団塊の世代も主体的に責任を持つべきだと考える。

○猿原（座長）：

そうすると、地域包括ケアシステムの「植木鉢モデル」における受け皿、すなわち地域の覚悟や主体性の部分が、地域によって大きくなったり小さくなったりする、ということになるのだろうか。

■ 人材確保策は付加価値のある活動で

○鈴木：

ここで、会場の皆さんに伺いたい。介護医療院が黒字で運営できているという方は、挙手してほしい。思ったより多い印象である。現在、日本の医療全体は厳しい経営環境に置かれているが、その中であって介護医療院は、比較的成績が良い分野と言えるのではないだろうか。この点について、介護医療院の制度創設にも関わった田中先生の見解を伺いたい。

○田中：

確かに、介護医療院は全体として見ると、「ぎりぎり黒字」を確保している施設が多いという印象である。

急性期医療に近づくほど赤字が拡大している背景には、医療機器や医薬品、診療材料といった物的コストの増大がある。これらは近年、価格上昇が著しく、加えて電気代などのエネルギーコストも急騰しており、経営を強く圧迫している。

一方、介護分野ではコスト構造の7割から8割を人件費が占めている。人件費負担は重いものの、急性期医療のように高額な機材や大量の医療材料を恒常的に使用するわけではない。その意味では、物価高騰の影響を相対的に受けにくい構造にある。

もっとも、人件費の上昇による苦しさは、医療・介護を問わず、どの法人も共通して抱えている課題である。その中で、介護分野では、人材を一定程度確保できれば、何とか収支を均衡させられる状況が続いていることが、現在の経営実態を表しているのではないか。

○鈴木：

結局のところ、共通する最大の悩みは、介護職が集まらないという問題であると思う。ここで、会場の中で、「これはうまくいっている」「こういう工夫が効果的だった」といった取り組みがあれば、ぜひ共有していただきたい。

参考までに、鶴巻温泉病院での取り組みを紹介する。決して成功例と言い切れるものではないが、野球部を立ち上げ、野球が好きな若者を引きつける試みを行っている。その結果、「他の職場では野球ができないが、ここなら介護職として働きながら野球ができる」という理由で、3人が新たに入職してくれた。

このほかにも、筋力トレーニングのグループをつくるなど、付加価値のある活動によって人材を引き寄せている事例を耳にしたことがある。給与や待遇だけでなく、「ここで働く意味」や「楽しさ」を付加することが、人材確保の1つの方向性ではないか。皆さんからも何か良いアイデアがあれば、ぜひ教えていただきたい。

■ 質の評価が十分に確立されていない

○会場 仲井培雄氏（日慢協常任理事）：

自治体によっては、がん患者について、あらかじめ

め一定の要介護度を想定して運用しているところがあると聞いた。定かではないが、がん末期で急速に状態が変化するケースに対応するため、認定の運用を柔軟にしている自治体があるということであった。

ところで、サ高住について気になっている点がある。最近、ある学会で、サービス付き高齢者向け住宅が多い自治体では超過死亡が多いというデータが示された。逆に、介護医療院が多い自治体では超過死亡が少ないといった傾向はないのだろうか。超過死亡という観点で見ると、介護医療院の役割はどのように評価されるのか。また、仮にその地域で超過死亡が多い場合、死亡数が増えることで、結果的に介護医療院の稼働率低下にも影響しているのではないかとと思うが、その点について意見を伺いたい。

○鈴木：

介護医療院が比較的多い地域としては、京都や福岡などが挙げられる。ある程度、地域分布については把握しているが、超過死亡との関係までは分析できていない。超過死亡については、通常想定される死亡数と実際の死亡数との差を用いて分析する指標であり、理論的には検討可能であると思うが、私どもが簡単に調べられるデータではない。

○会場 仲井：

確かに、個別の法人や施設レベルで簡単に扱えるデータではない。ただし、現在の人口構成から推計される死亡数と実際の死亡数を比較した調査では、異常に超過死亡が多い地域として、サ高住の多い自治体が挙げられていたという話である。

その背景が、ACPが十分に行われていないためなのか、あるいは必要な医療が適切に提供されていないためなのか、その点までは分からない。しかし、そうした地域において、介護医療院が果たし得る役割は大きいのではないかと感じている。

○田中：

サ高住については、質の評価が十分に確立されておらず、質のばらつきが非常に大きい。しっかりとした理念と体制を持つ法人が運営しているケースも

あれば、単に収益目的で設置されているものも存在する。

有料老人ホームについては、まだ一定の規制や評価の枠組みがあるが、サ高住は基本的に不動産事業としての性格が強く、参入障壁が低い。その結果として、医療・介護体制が不十分なまま高齢者を受け入れている事例、あるいは過剰な外部サービス利用を強いている事例も少なからず存在する可能性がある。

一方、介護医療院については、多くが医療法人によって運営されており、一定水準以上の医療・介護・生活サービスの質が担保されている。こうした違いが、地域ごとの死亡動向や看取りのあり方に影響している可能性は否定できないと考えている。

■ 信頼関係の構築が利用者の選択に反映される

○会場 木下祐介氏（日慢協常任理事）：

当院の介護医療院は、他施設と比べて稼働率が高いと自負している。一定の品質を維持・向上させていけば、十分に競争力を持ち得るのではないかと。一方で疑問もある。利用者や家族といったユーザー側は、私たち運営側が意識している質の差を、本当に認識し、判断できているのだろうか。果たして、それは十分に伝わっているのだろうか。

○鈴木：

現状では、病院機能評価のように、介護医療院を客観的に評価する第三者機関は存在していない。そのため、利用者が専門的な観点から質の違いを見極めることは難しい。多くの場合、判断材料は評判や口コミに限られるだろう。では、木下先生の介護医療院は、なぜ「質が高い」と地域で認識され、結果として稼働率が高いのだろうか。

○会場 木下：

正直なところ、明確な理由は分からない。当院が評価されて選ばれているのではないかとと思うものの、なぜ他院より稼働率が高いのかを客観的に説明できる指標は持っていない。

○鈴木：

長年にわたり地域に根ざして医療・介護を提供してきた歴史や、いわば地域におけるブランド力が影響しているのではないかと。

○会場 木下：

一般論として言えば、他産業においては、サービスを利用するユーザーが自らの価値観に基づいて適切なサービスを選別している。飲食店であれば、どの店が美味しいかは自然と分かる。しかし、介護医療院やサ高住について、どこが良く、どこを選ぶべきかを、利用者や家族がどのように判断すればよいのかは極めて分かりにくい。そこに大きな課題があると感じている。

○鈴木：

サ高住の問題にも通じるが、質をどのように担保し、どのように公表するかという仕組みは、現時点では十分に整備されていない。今後は、サ高住においても質評価の枠組みが必要になるだろうし、介護医療院についても同様である。

○田中：

現状において、一般住民が参考にしているのは、地域のケアマネジャーや開業医の評価であろう。専門職を介した評価が、間接的に住民へ伝わっていると考えられる。介護医療院は、まだ施設数が限られており、全国的な標準を設定できるほどの十分なデータは蓄積されていない。しかし今後、施設数が増えれば、一定の評価指標を構築する必要性は高まるだろう。

当面の現実的な対応としては、地域における評判を高めることが、稼働率向上につながる最も即効性のある手段である。ケアマネジャーや開業医との確固たる信頼関係の構築が、結果として利用者の選択に反映されると考えられる。

○猿原（座長）：

活発かつ示唆に富む議論をいただいた。これをもって日本介護医療院協会セミナーを終了したい。田中先生、鈴木先生、そして会場の皆様に感謝を申し上げます。



地域病病連携推進機構シンポジウム

地域包括医療病棟の現状と課題

座長：小山秀夫 社会医療研究所 所長
仲井培雄 地域包括ケア推進病棟協会 会長
シンポジスト：西嶋康浩 厚生労働省医政局地域医療計画課長
塚田信廣 東京都済生会向島病院 院長
横倉義典 ヨコクラ病院 院長



本シンポジウムでは、地域における病病連携を推進する観点から、高齢者救急の増加を背景とした地域医療体制の再構築が多角的に論じられた。行政の制度設計の方向性として、包括期機能を中心とした地域完結型医療体制への転換、医療・介護・人材・DXの一体的推進が示された。現場からの報告では、都市部内科系病院における地域包括医療病棟の導入事例が紹介され、病床管理、多職種連携、ADL維持、社会的背景への対応など、運用上の実際と課題が共

有された。さらに、過疎高齢化地域における地域密着型病院の実践として、高齢者救急の受け皿機能、在宅・施設からの救急対応、消防との連携体制、地域包括医療病棟の運用実績が報告された。三講演を通じて、地域包括医療病棟が高齢者救急と生活支援を同時に担う中核機能として位置付けられ、地域の実情に応じた病床機能分化と連携体制の構築が重要であることが確認された。

■ 高齢者救急の急増と「包括期機能」への転換



西嶋康浩氏

最初に、厚生労働省医政局地域医療計画課長の西嶋康浩氏が登壇し、「包括期入院医療はどうあるべきか」と題して講演。2040年を見据えた新たな地域医療構想を中心に、急増する高齢者救急への対応や医療・介護連携の再構築について解説した。西嶋氏は、病

床機能の再定義、医師偏在対策、さらに医療DXの推進に至るまで幅広い施策の方向性を提示。人口減少と超高齢化が同時進行する中で、地域医療は「治す医療」から「治し支える医療」への構造転換を迫られているとの認識を示し、今後の慢性期医療と地域医療体制の方向性について整理した。

講演の冒頭で西嶋氏は、地域完結型の医療・介護提供体制の構築が今後の医療政策の中核であると強調。市町村別に見ると、全国の約3割にあたる558市町村で人口が半数未満となる。こうした中、救急搬送件数は全世代で増加している。2040年に向け、75歳以上の救急搬送が36%増、85歳以上では75%増との見込みも示した。

一方、高齢者ほど入院中に手術や侵襲的処置を必要とする割合は低下し、85歳以上では3割程度にとどまる状況も説明。「今後の高齢者救急の中心は手術を要する急性期よりも、内科的管理や生活機能支援を要する救急へと重心が移る」との見方を示した。従来の「回復期機能」を再編し、急性期と回復期の両機能を併せ持つ「包括期機能」として位置付ける方向性を確認した上で、「地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟が、高齢者救急や在宅療養者の急変受け入れの中核を担う存在となる」とした。

■ 医療介護の一体的連携と病院救急車の活用

西嶋氏はまた、高齢者施設等からの救急搬送も増加の一途をたどっており、2021年には約45万人であったが2040年には約67万人に達するとの推計も提示。介護老人福祉施設や介護老人保健施設では、経鼻経管栄養や静脈注射、ターミナルケアに一定の対応が可能であるものの、急変時対応には医療機関との緊密な連携が不可欠であるとした。

こうした背景を踏まえた令和6年度の介護報酬改定にも触れ、介護保険施設に対し、急変時対応を担う協力医療機関との連携が義務化されたことや、協力医療機関に常時の相談対応体制、診療体制、入院受け入れ体制の確保が求められ、年1回以上の連携確認も制度上明確化された点などを挙げた。さらに診療報酬改定では、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟も、協力医療機関の役割を担うことが望ましいと位置付けられた点を評価した。

西嶋氏は病院間の転院搬送における病院救急車の重要性にも言及。「消防救急に依存しない転院搬送体制の構築は、急性期病床の有効活用と地域内役割分担を円滑化するために不可欠」との認識を示し、令和7年度予算で計上された病院救急車の人員確保、車両維持、搬送機材整備を支援する事業を紹介。「地域内での下り搬送、迎え搬送、送り搬送の体制整備が進められる」と期待を込めた。

■ 「支える医療」をいかに強化するか

西嶋氏は、「新たな地域医療構想」の全体像についても詳細に解説。従来の病床機能分化にとどまらず、外来医療・在宅医療・介護との連携、人材確保まで含めた地域完結型の医療提供体制の構築が柱となる点を説明した。地域ごとに「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」などに区分し、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担の明確化を目指す方向性を示した。

深刻化する医師偏在に対しては、重点医師偏在対策支援区域の設定、医師確保計画に基づく是正プラン、医学部地域枠や臨床研修制度の見直し、総合診

療医の養成支援など、多層的な対策パッケージを提示。さらに、特定行為研修の修了者による医療行為の高度化・分担も今後の地域医療を支える重要な要素であると位置付けた。医療DXの分野では、電子カルテ情報の共有、感染症届出の電子化、医療・介護データベースの仮名化情報の二次利用などが制度的に推進される点に言及。遠隔ICU支援事業では、集中治療専門医が複数病院のICUを遠隔で支援する体制が整備され、医師の長時間労働の是正と地域間格差の縮小が図られるとした。

西嶋氏は「今後の地域医療は単なる病床再編ではなく、医療・介護・人材・DXを一体として再設計する段階に入った」とし、慢性期医療はその中核を担う存在であり、地域の最後の砦として『支える医療』の機能をいかに強化するかが今後の医療政策の成否を左右する」と述べ、講演を締めくくった。

■ 地域共生型の「コミュニティ・ホスピタル」



塚田信廣氏

続いて、東京都済生会向島病院院長の塚田信廣氏が「地域包括医療病棟の現状と課題—東京下町に所在する内科系病院での導入事例—」と題して講演した。本講演では、2024年10月に地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟へと機能転換した向島病院の実践を

通じて、高齢者救急の増加、ADL低下への対応、社会的背景を抱える患者への支援、多職種連携による病棟運営の実際が具体的に報告された。制度創設から間もない地域包括医療病棟が現場にどのような変化と課題をもたらしているのかについて、具体的な状況が示された。

済生会は、明治44年の「済生勅語」に端を発する公的性格を有する医療・福祉グループであり、「施薬救療」の理念のもと、生活困窮者支援、地域医療への貢献、総合的な医療・福祉サービスの提供、ソー

シャルインクルージョンの理念に基づく街づくりへの参加、を四本柱として全国展開している。東京都済生会向島病院は、その都市型拠点の一つとして墨田区に立地し、102床の中小規模内科系病院として、地域住民の急性期から在宅復帰までを一貫して支えてきた。

同院の外来患者の約6割、入院患者の約8割が70歳以上。緊急入院が6割前後、施設や他医療機関からの転院が2～3割を占める。認知機能低下や多疾患併存状態の患者も多く、社会的支援を要する生活困窮者の割合も高い。こうした背景の中で、従来から多職種協働によるチーム医療を基盤とし、機能強化型在宅療養支援病院としての役割も担ってきた。塚田氏は、向島病院を「コミュニティ・ホスピタル」と位置付け、かかりつけ医機能の発揮、中等症までの急性期対応、老年症候群への包括的対応、在宅療養支援、生活困窮者支援を一体的に担う病院像を示した。

■ 迅速なフィードバックが運営安定化の鍵

向島病院では、救急搬送患者の増加と高齢者軽中等症患者の増加を背景に、2024年10月、51床を地域包括医療病棟として届出した。高齢者では誤嚥性肺炎、尿路感染症など、医療資源投入量が比較的小さい疾患が多く、入院中のADL低下や低栄養が在宅復帰の妨げとなっていた。こうした課題に対し、早期リハビリ、栄養管理、口腔管理を一体的に介入する体制の構築が不可欠であった。

一方で、転換にあたっては、休日リハビリ体制の整備、「重症度、医療・看護必要度」基準への対応、平均在院日数の管理、異なる3機能病床の同時運用など、多くの懸念が存在した。塚田氏は、医事課、診療部、看護部、医療技術部が一体となった準備期間の取り組みを詳細に紹介し、「病床管理、多職種カンファレンスの定例化、現場への迅速なフィードバックが運営安定化の鍵であった」と述べた。

■ 3機能のベストマッチ・最適化が課題

同院の地域包括医療病棟に入棟する患者の多くは、緊急入院、在宅や施設からの搬送であり、突発

対応が日常であるという。複数の基礎疾患を有し、総合的全身管理を要する症例が多く、介護ニーズも高い。さらに、老老介護、独居、身寄りなしといった社会的背景を抱える患者が増加しており、治療方針の決定には認知機能低下や代理意思決定の問題が常に伴う。非医療要因による入院長期化も少なくない。

塚田氏は、こうした実態を踏まえ、「従来型の医療資源投入量を中心とした評価体系には限界がある」と指摘した。地域包括医療病棟と一般急性期病棟では、重症度、医療・看護必要度の基準で患者の引き合いが生じ、病床稼働率が診療報酬に直結する現状にある。しかし、実際には医療・看護に加えて、介護や社会的調整、家族支援への対応が不可欠であり、これらを医療資源として正當に評価する制度的配慮が求められると訴えた。

塚田氏は「地域包括医療病棟は向島病院の目指す地域共生型医療と軌を一にするものである」とする一方、新規入院患者の確保と病床稼働率向上など、経営と運営の両面における課題も提示。一般急性期病棟、医療病棟、ケア病棟という3つの異なる機能について、「それらの病床管理の複雑性への対応と病床配分率のベストマッチ・最適化が課題である」と述べた。

■ 求められる高齢者救急の受け皿とは



横倉義典氏

社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長の横倉義典氏は「求められる高齢者救急の受け皿とは」と題して講演した。生産年齢人口の急減、高齢者数の急激な上昇、社会保障費・医療費の増大といった社会構造の変化を背景に、有明医療圏における地域密着型病院の

役割と、高齢者救急を支える具体的な体制について報告された。講演では、福岡県みやま市に位置する同院の医療圏特性、病床構成、救急搬送の実態、地域包

括医療病棟の運用実績、さらに高齢者救急受け入れに必要な地域連携の考え方が、数値と具体例を交えて示された。

有明医療圏は、福岡県南部に位置する大牟田市、柳川市、みやま市の3市で構成され、令和7年9月末時点の人口は約19万7千人。みやま市は農業・漁業を主産業とし、国土交通省の過疎地域指定を受け、高齢化率は39.87%（令和7年4月）に達している。同圏域において、ヨコクラ病院はみやま市内唯一の救急病院として、昭和38年の旧病院建設以来、二次救急を担ってきた。

同院は199床を有し、急性期病棟56床、地域包括医療病棟29床、地域包括ケア病棟44床、回復期リハビリ病棟40床、医療療養型病棟30床で構成される。救急告示病院、地域災害拠点病院、在宅療養支援病院の指定を受け、関連施設として介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホーム等を併設している。同院の役割について横倉氏は、日常の健康管理から急性期対応、在宅復帰支援までを一体的に担う「地域密着型病院」と位置付けた。

一般病床の機能は、平成15年のDPC導入、7対1入院基本料、地域包括ケア病棟の設置を経て、令和6年に地域包括医療病棟が加わった。地域包括医療病棟には、地域の急性期医療の一定程度の維持、在宅患者の急変対応、ADLの維持・回復、栄養状態の改善、24時間受け入れ体制の維持といった役割が期待されている。

■ 高齢者救急の実態と地域包括医療病棟

令和6年のみやま市消防署統計によると、救急搬送の大部分を高齢者が占めている。当院への搬送元は、介護施設が164件、病院・診療所からが32件であり、自宅や現場からの搬送が多い。急性期病棟は重症度が高く、濃密な治療や手術後管理を要する症例を担当し、地域包括ケア病棟は治療とリハビリ、退院調整を要する症例、地域包括医療病棟は治療を要するが入院期間が概ね想定され、退院先が想定されている症例を主に受け入れている。

地域包括医療病棟の令和6年6月から令和7

年5月までの実績は、稼働率92.1%，在宅復帰率93.7%，平均在院日数16.8日，救急搬入率28.5%，ADL維持率1.6%であった。横倉氏は、地域包括医療病棟の対象患者について「医療資源投入量は比較的少ないが、一定期間の入院管理を要する患者」が多いと説明した。

効率的な運用を行うため、入院決定時に「医療情報」と「退院支援情報」を同時に整理し、推定入院期間、医療必要度、入院前の生活場所、介護保険の有無、退院先の希望などを基に医事課と連携して病棟選定を行う。入院後は、医師、看護師、栄養士、社会福祉士、薬剤師、リハビリ職、医事課が関与する入退院支援プロセスを通じて、早期から退院調整を開始している。ベッドコントロールは、週6日、症例カンファレンス後に実施されている。

■ 医療提供体制は大転換の時期

横倉氏は、高齢者救急の特徴として「治療は必要であるが、医療・看護必要度の算定が困難な症例」や、「医療処置は少なく、リハビリや生活支援の比重が大きい症例」が多い点を挙げた。その上で、「高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携支援、専門等機能病院との役割分担の中で、地域密着型病院は、地域で完結可能な急性期対応と高齢者救急の受け皿を担う必要がある」と述べた。

高齢者救急の受け入れ体制としては、救急対応を行うスタッフの配置、自院で対応可能な傷病の明確化、消防機関との連絡・情報共有が重要であるとされた。軽症肺炎、尿路感染症、心不全など、対応可能な疾患については自院で受け入れ、重篤な全身状態、高度侵襲治療が必要な症例については、次の高次医療機関へ搬送する判断が必要である。消防との連携は、地域メディカルコントロール協議会を通じて行われ、救急隊は選定基準に基づき搬送先を決定している。救急隊に自院の特徴と体制を理解してもらうことが大切である。

横倉氏は、人口構造の変化に対応するためには、スタッフ確保と育成、医療・介護水準の維持、算定要件や施設基準への適切な対応が不可欠であると指摘。地域を支える医療機関が正当に評価される必要

性について言及。「医療提供体制は大転換の時期。変革レベルの時期になっているので、2040年に存在できる病院になるには自院のできる医療を見直さなければいけない。そうした状況下での地域包括医療病棟の登場だが、地域を支える医療機関が正当に評価されるよう望む」と強調し、講演を締めくくった。

総合討論



総合討論では、今後の地域包括医療病棟をめぐる、制度設計や現場における運用との乖離、評価指標の妥当性などが論じられた。登壇者からは、救急受け入れ台数などの絶対数のみで医療機関を評価することの問題点や、医療圏人口や消防体制による地域差が指摘された。また、内科系救急や独居高齢者への対応、ACPや多職種連携に要する人的負担が、現行の重症度、医療・看護必要度で十分に評価されていない実態が共有された。討論を通じ、地域包括医療病棟は点数取得を目的とするものではなく、高齢者救急と在宅復帰を一体的に支える病床として、地域の実情に即して運用されるべきであることが確認された。

■ 地域に必要な病院を評価する

○小山（座長）：

後半の司会進行は私が務めさせていただく。仲井先生は地域包括ケア推進病棟協会の会長を務めており、本シンポジウムでは私と仲井先生が共同で座長を務めさせていただく。

まず、3人のご講演を踏まえ、私から見解を示したい。地域包括医療病棟の算定要件については、会場の全員が詳細まで把握していないかもしれない。算定要件は全部で18項目存在する。その中には、入院期間中に生活機能がどの程度改善したかを評価し、5%以上の改善を求めるといった要件も含まれている。18項目のうちの1つが、塚田氏も述べたとおり、土日を含めたりリハビリテーションの実施である。しかし、公立病院の中には、要件自体は満たしていても、労働組合の事情により土日のリハビリが実施できず、算定に至らない例が少なくない。

土日にリハビリを行わない病院は、土日に救急を受け入れない病院と同じであり、病院としての機能を果たせなくなるのではないかと考える。現在、入院患者の大半は高齢者であり、連休中に高齢患者が十分な医療介入を受けられない状況は、適切とはいえない。場合によっては、そうした病院の入院料を引き下げる議論があってもよいのではないかと考える。日本慢性期医療学会の学会にはほぼ連続して参加し、議論を聞いてきたが、必要性が明確であるにもかかわらず実行しない病院があるのであれば、時代の変化の中で取り残されるのもやむを得ないと感じている。

地域包括医療病棟には、在院日数を含めて多くの厳格な要件が課されている。制度が創設されてから1年以上が経過しているが、算定病院数は全国で197施設にとどまっている。私の感覚的には、いわば「偏差値70以上」の病院でなければ取得できない水準であり、「超難関大学」に相当する厳しさである。

一方で、18項目の要件を個別に見ると、制度設計としてはよく整理されており、算定に成功した病院では経営面の改善効果も大きい。ぜひ取ってほしい点数であるが、実際には多くの病院が算定できない。この現状認識こそが、本シンポジウムの主な趣旨である。

地域病病連携推進機構は当初、慢性期と急性期の連携、いわゆる「急慢連携」や救急医療の在り方を主なテーマとして発足した。しかし議論を重ねる中で、急性期と慢性期の連携だけでなく、慢性期自体が救急を担う必要性が明確となり、「病病連携」と

いう名称に至った。地域ごとに医療機関同士が緊密に連携しなければ日本の医療は立ち行かなくなるという認識が共有されたと受け止めている。

本日は厚生労働省地域医療計画課長の西嶋氏にも参加いただいた。同職は地域医療全体をどう構築・調整するかを担う極めて重要なポストである。医師1人を養成するには、国民が税金等を通じて約1億円規模の投資を行っているとも言われている。そうした投資を経て養成された医師が地域医療にどのように関わるのかは、真剣に考えるべき課題である。美容医療を否定するものではないが、いわゆる「直美」と呼ばれる進路選択が、医師養成のあり方として適切かどうかという議論は重要である。これまで臨床研修制度などを通じて育成してきた医師に地域医療にどう関与してもらうかという流れが、今後一層問われていくと考えている。

現在、令和8年度診療報酬改定に向けた議論が中医協で進められている。地域医療や介護に精通した委員が議論に参加することで、中医協の議論の質は変化していると感じている。物価高騰やエネルギーコストの上昇により病院経営が厳しい状況にあることは事実であるが、その中でも利益を確保している病院が存在することもまた事実である。経営が厳しい病院すべてを一律に支援するのではなく、地域で必要とされ、機能している病院を適切に評価する視点が必要である。

本日は、こうした問題意識を踏まえた上で議論を深めたい。まずは会場からの率直な意見や疑問を寄せてほしい。



（左）小山秀夫氏、（右）仲井培雄氏

■モノへの投資よりも、人に対する評価を

○会場 池端幸彦氏（日慢協副会長）：

中医協では、内科的救急という課題に対し、重症度、医療・看護必要度でいかに適切に評価するかが議論となっている。こうした問題意識は保険局においても以前から共有されており、さまざまな資料が提示されてきたが、現時点では十分な指標、いわゆるメルクマールが確立されていない状況にあると認識している。

救急受け入れ後の評価期間について、現行の2日間を5日間とすれば評価の在り方は大きく変わると考えられるが、前回の改定で短縮された期間を、明確な根拠なく再び5日間に戻すことは、保険局や医療課にとって容易ではない。そのため、さまざまな代替案が検討されているのが現状である。

内科的救急では、医療資源投入量だけでは測れない医師の判断や診察といった要素が重症度に含まれるが、それを裏付けるデータが十分に示されていない。こうした点について、「ここを評価すべきである」「この指標を見てほしい」といった具体的な提案があれば、ぜひ意見を伺いたい。

○塚田：

評価期間については、救急受け入れ後2日間を5日間に戻すことを要望したい。また、喀痰吸引についても、介護施設で行う場合と病院で行う場合とでは頻度や対応負担が大きく異なる。施設側で十分に対応可能かという点も含め、評価の在り方を再検討する必要があると考えている。褥瘡管理についても同様であり、褥瘡感染を契機に入院する患者は少ない。

現在の評価体系では、物理的な医療資源を多く投入した行為に対する評価が高い傾向にあるが、内科系医療の実態とは必ずしも一致していない。内科系疾患では、手術を行うわけではなく、点滴や抗菌薬投与が中心となるため、医療資源投入量は少ないと見なされがちである。しかし実際には、全身管理や生活機能への配慮など、多くの人的資源が必要となる。そのため、モノへの投資よりも、人に対する評

価を重視した診療報酬上の配慮が必要であると考えている。

○横倉：

内科系診療においては、モニター管理が大きな負担となっているとの指摘があった。モニター装着が広く行われるようになり、機器メーカーが利益を得ているのではないかとの見方もあるが、その背景には内科系患者の管理負担の大きさがあると考えている。また、喀痰吸引や酸素投与といった行為については、酸素投与量やサチュレーション値など、客観的な数値として把握できる要素であり、評価指標の一つとして位置付ける余地があると考ええる。現行の診療報酬においても酸素投与は評価対象となっている。

高齢者の内科疾患では、肺炎や尿路感染症が多く、その対応として必要となるのは、喀痰吸引、酸素投与、抗菌薬投与、尿量の確認などであるが、いずれも人的負担が大きく、医療スタッフの継続的な関与を要する行為である。しかし現状では、手術など侵襲的医療行為が中心に評価され、それ以外は医療として十分に評価されない位置付けになっているのではないかと感じている。その背景には、医療費との関係があるのかもしれない。褥瘡についても同様であり、創傷管理としての評価対象から外れ算定が難しくなったが、実際の褥瘡管理には大きな労力が必要である。

さらに、当院においては認知症患者の入院対応が大きな課題となっている。近年はその負担が加速度的に増している。周辺医療機関で対応が難しい症例が集中している印象があり、その結果、病床稼働率は高水準で推移している。

一方で、こうした状況はスタッフの献身的な努力によって支えられており、その負担は大きい。医療・介護分野以外の職種の方が高い給与を得られるという現実もあり、特に当院の地域では大規模半導体関連企業の進出による人材流出の影響が顕在化しつつある。

○会場 池端：

中医協においても、こうした点について意見を述

べてきたが、十分に理解が得られているとはいえない状況にある。しかし、横倉氏および他の登壇者の指摘は理解できる内容であり、今後も引き続き、制度設計に関わる場面では積極的に意見を述べていきたい。

■ 地域包括医療病棟は地域包括ケア病棟と異なる思想

○会場 鈴木邦彦氏（日慢協常任理事）：

私も元中医協委員であり、その在任中に地域包括ケア病棟が創設された経緯を踏まえると、今回の地域包括医療病棟は、従来の地域包括ケア病棟とは異なる思想に基づく制度であると感じている。

この10年間で高齢化の進行に伴い高齢者救急が増加している。そうした患者を適切に受け入れ、生活の場へ戻すためには、リハビリテーションと多職種連携が不可欠であり、これこそが地域包括医療病棟の本質であると考え、その理念が制度に十分に組み込まれているかが重要であり、単に技術的に算定できるかどうかには焦点を当てるべきではない。リハビリテーションの要件が厳しいといった指摘もあるが、それは本質的な議論ではない。

算定が困難であると感じる病院の中には、これまで急性期を中心とした発想で医療提供を行ってきた施設もあるだろう。そうした病院が理念を十分に理解しないまま算定することは望ましくなく、地域包括医療病棟は、その本質を理解した病院が担うべきである。

このような観点から、地域包括医療病棟の基準を安易に緩和すべきではないと考える。当院においても、昨年11月から地域包括医療病棟の算定を開始したが、横倉氏の病院よりもさらに高齢化率の高い地域に立地している。茨城県内でも最も高齢化が進んでいる地域であり、現時点では周辺で算定しているのは当院のみである。

こうした状況を踏まえると、算定のハードルが高いと感じられる背景には、制度そのものというよりも、これまでの病院における医療への取り組み姿勢や理念とのずれがあるのではないかと。この点については、診療報酬制度の枠を超える部分もあり、西嶋

氏からも見解を示していただけるのではないかと考えている。個人的には、在宅療養支援病院として地域医療を支えてきた病院こそが、地域包括医療病棟を担うべきであると考えており、その点も含めて意見を伺いたい。

○西嶋：

高齢者救急のニーズに対応するにあたり、入院後早期からリハビリテーションを実施し、在宅復帰を確実に進めるとともに、退院後も在宅における支援体制を含めて継続的に関与していくことが重要である。こうした一連の流れを地域全体で支えていくことが求められる。もっとも、高齢者医療は必ずしも救急から始まるものではなく、日常の在宅療養や通常の医療提供の延長線上に位置付けられるべきものである。

そのため、在宅療養から入院、リハビリテーション、在宅復帰、そして退院後の支援までを一体的にカバーする体制を構築することが、地域包括医療病棟を含む医療提供体制の基本的なコンセプトである。

この点において、これまで在宅療養を担ってきた在宅療養支援病院は、地域の中核的な役割を果たす存在である。平時は在宅医療を支えつつ、急変時には入院を受け入れ、リハビリテーションを経て再び在宅へ戻すという機能が期待される。

地域医療構想においても、高齢者救急への対応、地域急性期機能、在宅療養支援機能の双方について、医療機関が手を挙げて役割を担い、地域全体として機能させていくことを期待している。とりわけ、周囲に医療資源が限られている地域においては、これらの機能を分断するのではなく、一体的に提供していくことが重要であり、その役割を果たしていただくことを強く期待している。

○塚田：

鈴木氏の意見に賛同する。当院では、これまで進めてきた医療提供の方向性が地域包括医療病棟の理念と一致していたため、算定を目指し、地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟へと転換した。急性期

病床からの転換ではない。

当院が所在する向島地域における役割については、病院の規模や機能を踏まえ、数年にわたり環境整備を進めてきた結果、地域包括医療病棟の要件に合致した。こうした経緯から、基準については基本的に変更すべきではなく、緩和すべきでもないと考ええる。

一方で、内科系疾患が地域包括医療病棟に入りにくい現状があることも事実である。そのため、入院の入口にあたる重症度、医療・看護必要度については、内科系疾患の実態を踏まえた項目の検討が必要であろう。特に都市部においては、独居高齢者やキーパーソンが不在の患者が多い。当院でも患者の半数以上が要介護認定を受けていない状況で入院するケースが少なくない。生活は何とか維持していたものの、入院時には認知機能が低下しており、金融機関の手続きができない、生活保護の申請にも至らないといった事例が多く見られる。成年後見人の選任にも2～3カ月を要することがあり、そのような状況で21日以内の退院を求めることは現実的ではない。また、キーパーソンが不在であるため、ACPが明確でないケースも多く、多職種による倫理的検討や臨床カンファレンスを頻繁に開催する必要があるが生じている。

これらの事情を踏まえ、重症度、医療・看護必要度における内科系疾患の評価について、より実態に即した検討が求められる。十分な評価がなされない場合、結果として在院日数が延伸し、短期退院可能な患者を組み合わせる平均在院日数21日を維持するような運用が生じかねない。それは制度の本質から外れる対応であると感じている。

○横倉：

地域包括医療病棟については、鈴木氏の指摘のとおり、診療報酬が高いから取得する、あるいは病床数が多いから転換するといった発想で大規模病院が参入することは制度の設立趣旨と異なると考える。そのような対応は、地域医療全体を見失うことにつながるため、国としても認めるべきではないと考ええる。

当院は、時代の変化とともに医療提供体制を段階的に見直してきた。資料には示していないが、当院が所在する地域は、いわば2040年の日本の医療・介護の姿を先取りしている地域である。若年層が極めて少なく、高齢者は独居または老老世帯が中心であり、家族の多くは都市部に転出している。こうした地域の現実、将来的に多くの地域が直面する状況であり、2040年に向けて各地域がどのように備えるのかが問われている。包括医療については、地域包括ケア病棟が一定の形として定着し、在宅復帰や高齢者リハビリテーションを通じて、円滑な生活復帰を支える受け皿として機能してきた。当院も同様の役割を担っている。

一方で、病院には複数の病棟機能が存在し、病棟ごとに求められるスピード感や時間軸は異なる。急性期病棟と地域包括ケア病棟では、看護師の動きや業務内容も大きく異なる。高齢者の入院においては、早期に在宅復帰が可能な患者か、回復が困難な患者かは、入院時点である程度見極めることができる。重症肺炎や敗血症に至り、生命予後が厳しい患者もいれば、早期治療により1週間程度で自宅復帰が可能な患者も存在する。

このように患者像の整理が進む中で、急性期一般入院料の病棟は必ずしも最適ではないと考え、地域包括医療病棟の届出を検討するに至った。当院では、すべての病床を地域包括医療病棟へ転換することも検討したが、災害拠点病院としての急性期機能を担っていることから、急性期病床を維持する必要があると判断した。その結果、複数の病床機能が併存する体制となっている。

今後は、2040年に向けて患者像がさらに多様化すると見込まれ、家族構成や生活背景を含めた情報把握の重要性は一層高まると考える。そのため、それぞれの病床機能が役割に応じて有効に機能する体制を構築しており、包括医療においては原則として2週間以内の在宅復帰を目標に運用している。リハビリテーションは入院当日から介入し、ADLの維持・改善を図っている。以前から土日・祝日を含めたリハビリテーションを実施しており、地域包括医療病棟への対応も円滑に進めることができた。

■ 地域包括医療病棟は新しい医療の形

○小山（座長）：

横倉氏は講演の中で、みやま市を走行する年間約1,800台の救急車のうち、約1,300台を自院で受け入れている現状について言及した。救急車の絶対数のみで医療機関の評価が行われがちであるが、地域全体の救急需要に対してどの程度の役割を担っているのか、その実態を国にも理解してほしいとの趣旨であった。

救急車の受け入れ台数が一定数に達していない医療機関は病院として評価されにくいという風潮があるとすれば、地域の実情を踏まえた議論が必要ではないか。この点について、西嶋氏の見解を伺いたい。

○西嶋：

救急医療の評価に当たっては、救急車の受け入れ台数に加え、いわゆる「率」、すなわち分母と分子をどのように設定するかが重要な論点となっており、中医協を含めて議論が行われている。

しかし、分母の設定は極めて難しい。地域内を走行する救急車のうち、本来その医療機関が受け入れるべき症例がすべて当該医療機関に搬送されていない可能性もある。また、患者の状態を踏まえ、圏域を超えて別の医療機関に搬送する判断がなされた場合も考えられる。急性期病院への直接搬送が適切と判断されたケースも含まれるため、単純に分母と分子を比較することは困難である。このため、救急車の台数や分母・分子のみで客観的に評価することには限界がある。台数評価に加え、地域における救急医療のシェア率といった視点を取り入れる必要性も議論されている。

高齢者救急を含め、その地域において本来当該医療機関が担うべき救急医療を適切に受け入れているかを、どのように客観的に評価するかについては、厚労省医政局および保険局の双方で検討が続けられている状況である。

○横倉：

先ほど示した数値は、みやま市消防の救急搬送台数であるが、実際には隣接する大牟田市や柳川市からの流入も一定程度存在している。現在、救急隊は病院選定の精度を大きく高めている。傷病内容に応じて、当日の当直医の診療科まで含めた情報が救急隊と共有されており、「この疾患であれば、この時間帯はこの病院が適切である」といった判断のもとで、搬送先が選定されている。

一方で、救急搬送台数の分母を医療圏単位で評価されると、課題も生じる。当院の隣接市である大牟田市は、みやま市と比べて人口規模が大きく、医療圏全体で評価された場合、当院が担っている救急の実態が過小に評価されるおそれがある。

また、消防は原則として管外搬送を避ける傾向にある。市町村を越えた搬送は管外搬送として扱われ、消防庁への報告対象となるため、結果として市内での搬送にとどまる判断がなされる場合がある。特に市町村単位の消防体制では、その影響が大きい。こうした事情は都市部の大規模消防体制とは異なる。

このような背景を踏まえると、全国一律の指標で救急医療の実態を評価することは容易ではない。当院としては、地域の実情の中で最大限の役割を果たしていると考えており、仮に都市部に立地していれば、より多くの救急搬送を受け入れている可能性もあると認識している。

○小山（座長）：

地域包括医療病棟は、今後の日本の医療の在り方を示す新たな形の一つであると考えている。本日の議論を踏まえ、最後に仲井氏から一言お願いしたい。

○仲井（座長）：

地域包括医療病棟および地域包括ケア病棟は、地域包括ケアを推進する上で、いずれも欠かすことのできない病棟機能である。本日の議論も参考にしながら、今後も制度を育て、地域の実情に応じて活用していただきたい。以上をもって、本シンポジウムを終了する。



学会長招宴

第33回日本慢性期医療学会・学会長招宴 西尾学会長によるピアノ演奏「TAKUMI 匠」



第33回日本慢性期医療学会の前夜祭となる「学会長招宴」が2025年11月5日、リーガロイヤルホテル大阪で開催された。翌日から始まる学会を前に、全国各地から慢性期医療・介護分野に携わる関係者や来賓が一堂に会し、交流を深める場となった。招宴では、学会長および主催者、来賓による挨拶に加え、第33回学会長を務める西尾俊治氏自らによるピアノ演奏が披露された。和やかな雰囲気の中で進行した本招宴は、翌日からの学術的議論に向け、参加者が思いを新たにす前夜の集いとなった。

■ 学会テーマ「匠」に込めた思い



西尾俊治氏

西尾学会長は挨拶の中で、今回の学会テーマを「慢性期医療の匠になろう！坂の上をめざして」と定めた背景について説明。「慢性期医療は、医師のみならず、看護師、リハビリ専門職、介護職、管理栄養士、事務職など、多様な職種が関与す

る領域であり、単独の専門性だけでは成り立たない医療」との認識を示した。その上で、「各職種が互いの役割を理解し、連携しながら医療を提供することが必要」と述べた。

また、「匠」という言葉に込めた意味について、単に熟練した技術を指すものではなく、患者一人ひとりの状態や生活背景を踏まえ、最善の判断を積み重ねていく姿勢そのものを表していると説明した。慢性期医療においては、急性期医療のように短期間で成果が見えにくい場合も多いが、日々の丁寧な対応や継続的な支援こそが、患者の生活の質を支えているとの考えが示された。

さらに、西尾学会長は「慢性期医療には医療行為だけでなく、生活支援やケアの視点が不可欠である」と指摘した。医療と生活を切り離すのではなく、患者の暮らし全体を見据えた支援を行うことが慢性期医療の本質であるとの認識を示し、その実践には高い専門性と経験が求められると述べた。

一方で、気持ちや理念だけでは不十分であり、学術的な裏付けやデータに基づく検証も重要であるとし、学会を通じて最新の知識や技術、DXの活用事例などを共有し、慢性期医療としてのエビデンスを確立していく必要性を強調した。こうした積み重ねが慢性期医療の価値を社会に示すことにつながるとの考えが示された。

西尾学会長は最後に、学会期間中の議論や交流を通じて、参加者一人ひとりが「慢性期医療の匠」としての自覚を新たにし、それぞれの現場に持ち帰ることを期待していると述べ、学会全体を通じた活発な参加を呼びかけた。

■ 慢性期医療の意義と重要性



橋本康子氏

続いて、日本慢性期医療協会会長の橋本康子氏が主催者挨拶に立った。橋本会長は、冒頭、学会テーマである「慢性期医療の匠になろう！ 坂の上をめざして」に言及し、慢性期医療に携わる現場が直面している現状と課題について率直な認識を示した。

橋本会長は、医療・介護分野を取り巻く環境が年々厳しさを増していることに触れ、病床稼働率の維持や各種加算の取得など、経営努力を重ねている医療機関であっても、安定した経営を維持することが難しい状況にあると説明した。特に、物価や人件費の上昇が続く中で、医療機関の収支構造が大きな影響を受けている点に言及し、現場の実感として「普通に真面目に医療を提供していても経営が成り立ちにくい状況にある」との認識を示した。

また、診療報酬改定を控えた時期であることに触れ、制度に対する期待と同時に、協会としての立場の難しさについても言及した。他力本願で経営を行うべきではないとの考えを前提としつつも、現行制度の下では診療報酬の在り方が医療機関経営に与える影響が極めて大きいことを指摘し、関係者が一体となって議論を重ねていく必要性を強調した。

さらに、日本慢性期医療協会としての基本姿勢として、「診療報酬を追いかけるのではなく、自らが実践している医療の価値に診療報酬が付いてくる」という考え方を改めて示した。その上で、西尾学会長が掲げた「慢性期医療の匠」という理念を共有し、専門性と実践を積み重ねることによって、慢性期医療の意義や重要性を社会に示していきたいとの意向を述べた。

橋本会長は最後に、学会期間中の議論や交流を通じて、慢性期医療の将来像を参加者一人ひとりが考える機会としたいと述べ、学会の成功と関係者の健康を祈念して挨拶を締めくくった。

■ 医療と介護の垣根を越えた連携へ



江澤和彦氏

来賓挨拶として、日本医師会常任理事の江澤和彦氏は、日本慢性期医療学会が33回を数える歴史ある学会であることに触れ、自身が医療経営に携わってきた経験を踏まえながら、慢性期医療の果たす役割について言及した。

外来管理加算を例に挙げ、検査や処置だけではなく、患者を総合的に診る医師の判断や管理そのものが医療の本質であり、「匠の技」とも言える行為である。患者にとっては見えにくい部分であっても、医療の質を支える重要な要素であることを強調した。

また、近年の医療機関経営の厳しさについて、過去に経験したことのない水準にあると述べ、公定価格の在り方が現場に大きな影響を与えているとの問題意識を示した。日本医師会としても、医療提供体制を守るため、関係団体と連携しながら取り組んでいく姿勢が語られた。



東憲太郎氏

続いて、全国老人保健施設協会会長の東憲太郎氏の挨拶では、慢性期医療と介護の現場が密接に関わっている現状を踏まえ、垣根を越えた連携の必要性を強調した。

物価高騰や人件費上昇が、経営を圧迫している状況に触れ、補助金や交付金の在り方について問題提起を行った。特に、賃上げへの対応については、医療・介護の両分野が共通の課題として捉え、関係団体が一体となって声を上げていく重要性が示され、今後の連携強化への期待を語った。

■ 慢性期医療が先頭に立つ時代



田中滋氏

乾杯の挨拶は、埼玉県立大学理事長の田中滋氏が務めた。田中氏は、協会の継続的な取り組みに敬意を表した上で、医療提供体制を取り巻く時代の変化について語った。

1990年代初頭、介護保険制度の議論が始まった当時を振り返り、かつては急性期医療が「風上」として医療の中心に位置づけられ、その後を「風下」である慢性期医療や介護が引き継ぐという認識が存在していた。しかし現在は、高齢者の多くが複数の慢性疾患を抱え、日常的に医療や介護の支援を必要とする状況にあることから、慢性期医療が医療提供体制の後段ではなく、むしろ前面に立つ役割を担う時代へと移行しているとの認識を示した。

また、慢性期医療に携わる医療従事者が、患者の生活全体を見据えながら医療を提供している現在の流れにおいて、慢性期医療が果たす役割は一層重要になっている。こうした変化は、現場で積み重ねられてきた実践の結果であるとの考えが示された。

田中氏は最後に、慢性期医療の現場が担う責任の大きさに触れ、学会期間中の議論を通じて、さらなる知見の共有と連携の深化が図られることへの期待を述べた。そして、日本慢性期医療協会の今後の発展と、参加者一人ひとりの活躍を祈念し、乾杯の発声を行った。

■ 音楽が彩る学会前夜

歓談の途中には、第33回日本慢性期医療学会会長を務める西尾俊治氏によるピアノ演奏が披露された。演奏された楽曲は、作曲家・松谷卓氏のアルバム「Before After」に収録されている「TAKUMI 匠」であり、本学会のテーマである「慢性期医療の匠」に重なる選曲として紹介された。西尾学会長は、自



西尾俊治氏のピアノ演奏

身の演奏を通じて、日頃の診療や学会運営とは異なるかたちで、参加者と時間を共有した。

穏やかな旋律が流れる中で、学会前夜のひとときとして、参加者それぞれがこれまでの歩みや、翌日から始まる学会への思いを胸に刻む時間となった。



加藤ヒロユキ氏

続いて、アトラクションとして、テノール歌手の加藤ヒロユキ氏によるミニコンサートが行われた。加藤氏は、日本慢性期医療協会会員で医師であった故・加藤正彦氏の子息であり、学会との縁に触れながら挨拶した。過去の学会でも歌声を披露した経緯に言及し、本学会に対する親近感を示した上で、ステージに立った。参加者は食事や歓談を続けながら、音楽を通じた交流のひとときを楽しんだ。

■ 次回学会とアジア学会への展望

閉会にあたり、第34回日本慢性期医療学会会長を務める中尾一久氏が、次回学会の概要を紹介した。第34回学会は、第14回慢性期リハビリテーション学会との併催として、2026年11月19日・20日の2日間、福岡国際会議場で開催される。

次回学会のテーマとして掲げられたのは、「健康経営から始まる地域共生社会、まちづくりの実現」



中尾一久氏

で、副題として「慢性期医療が果たすべき役割とは」が示された。中尾氏は、慢性期医療が医療の提供にとどまらず、地域社会の持続性や共生のあり方に深く関わる分野であるとの認識を示し、医療・介護・地域を横断した議論を深めていきたいと述べた。また、次回

学会に向けて、より実践的な議論や現場に即した情報共有の場とする意欲が語られ、参加を呼びかけた。

続いて、第7回アジア慢性期医療学会大会長を務める高石義浩氏から、アジア慢性期医療学会のこれまでの歩みと今後の展望について説明した。アジア慢



高石義浩氏

性期医療学会は、日本と韓国が中心となって設立し、その後、中国なども加盟し、アジア各国における高齢化や慢性期医療の課題を共有する場として発展してきた。

高石氏は、各国が直面する高齢化の課題には共通点が多く、慢性期医療の知見や経験を国際的に共有する意義が大きいと述べた。第7回大会は、第34回日本慢性期医療学会と同時開催される予定であり、日本の慢性期医療の取り組みをアジアに発信するとともに、各国の実践や課題を相互に学ぶ機会としたいとの考えが示された。

第33回日本慢性期医療学会

〔併催〕第13回慢性期リハビリテーション学会

テーマ

慢性期医療の匠になろう！坂の上をめざして

● 学会長

西尾 俊治（南高井病院 院長）



第33回日本慢性期医療学会を終えて

第33回日本慢性期医療学会 学会長

南高井病院 院長 西尾俊治

2025年11月6・7日、第33回日本慢性期医療学会および第13回慢性期リハビリテーション学会、日本介護医療院セミナー、地域病連携推進機構シンポジウムが大阪国際会議場で同時開催された。本学会のテーマは「慢性期医療の匠（たくみ）になろう！：坂の上をめざして」、参加人数は約1800名、一般演題発表は約600題であった。慢性期医療には「良質な医療」と「適切な生活支援」の両者が求められる。この両者をうまく使えるのが「慢性期医療における匠」ではないかと考えている。慢性期医療の重要性が増してきている現在、転変とする医療・介護・福祉制度に翻弄することのない「良質な慢性期医療」をすべての職種において実践できることが求められている。簡単には「匠」にはなれないかも知れない。しかし、共に手をつなぎ、仲間の背中を押しながら支えることにより、すべての方が「目標に向かって坂の上をめざすことができる」と信じてこのテーマを考えた。

1. シンポジウム・特別講演について

5つのシンポジウムと2つの特別講演では、「慢性期医療の匠」になるための講演と活発な質疑応答が行われた。具体的な提案も多く、すぐにでも実践したい事項が多かった。「どうなる 新地域医療構想」では松田晋哉教授から「慢性期医療は急性期医療の起点になっている。急性期に入院する前から要介護の人が多いことを知るべきだ。慢性期がpatient flowの起点となっている。」「地域ではごちゃまぜ病院が良い（武久洋三名誉会長の著書を引用）」という内容に参加者全員が共感した。橋本会長の講演「さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは」では「寝たきりを作らない。介護度を1%改善したら、ひと月で40億円削減できる」という目標を提案された。シンポジウム「高齢者救急の匠」においては

特定行為看護師の役割が大きいこと、全身状態が悪くなる前に治すことの重要性について確認された。シンポジウム「認知症ケアの匠」では自分がされて嫌なことはしない。口から食べるための食形態の重要性和嚥下のタイミングを心得て食事支援することなど具体的な事例について解説された。そのほかのシンポジウム・特別講演も匠になるための多くのヒントを与えてくれた。

2. ポスターセッション（一般演題）について

一般演題はすべてポスターセッションとした。発表前後でもポスターを熟読できたと思う。発表の際に他のセッションの声が極力聞こえないように会場を配慮した。どのセッションでも熱心に発表と質疑応答がなされていた。参加者のアンケートにより問題点があれば、今後の学会運営の参考にしていただければと思う。

3. ランチョンセミナー・企業展示について

4つのランチョンセミナーがあり、クラウド型電子カルテ、新地域医療構想、排尿ケア、嚥下障害についての講演があった。ポスター会場の近くに多くの企業からの展示があり、参加者も直接手に触れることができた。慢性期医療にとって、企業からの情報を知ること重要なことだと考えている。

大きなトラブルもなく2日間の学会が遂行できたことに安堵している。学会の準備をしていただいた日本慢性期医療協会の事務局の方々に心より感謝を申し上げる。すべての参加者がすぐに匠にならなくても近い将来、匠になったと実感できてこそ、本学会は大成功だったと言える。学会長として携わることができたことを誇りに思う。



2024 年度優秀論文表彰 講評 第 33 回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰 講評 第 13 回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰 講評

日本慢性期医療協会 学術委員会 委員長 鈴木龍太

2025 年 11 月 7 日に第 33 回日本慢性期医療学会（学会長 西尾俊治，大阪国際会議場）の閉会式で、2024 年度優秀論文表彰と第 33 回日本慢性期医療学会優秀演題表彰、第 13 回慢性期リハビリテーション学会優秀演題表彰を行った。

1. 日本慢性期医療協会誌「JMC」 優秀論文表彰

2024 年度に JMC に掲載された査読を経た学術論文 7 編を対象とした。日本慢性期医療協会学術委員会委員 15 名が採点し、順位点を付け、順位点合計で一番少ないものを優秀論文とし、2 番目を準優秀論文とした。所属施設が採点対象となっている施設の委員は参加していない。今回は下記論文が選ばれた。

【優秀論文】

氏 名：美原記念病院 作業療法士 石森卓也
タイトル：回復期リハビリテーション病棟入院直後
と退院間際のリハビリテーション提供量
の ADL への効果について

【準優秀】

氏 名：岸和田平成病院 理学療法士 尾崎恵介
タイトル：回復期リハビリテーション病棟の高齢患者のトイレ自立に対する Short Physical Performance Battery スコアの有用性

優秀論文は美原記念病院作業療法士の石森氏の論文で、回復期リハビリテーション（リハ）病棟に入院した脳卒中患者に対して、入院後 1 週間と退院前 1 週間のそれぞれのリハ提供量が ADL 能力にどう影響するかを検討した。結果は ADL 向上に入院後 1 週間のリハ提供量は影響したが、退院前 1 週間のリハ提供量は影響しなかった。このことから退

院前にはリハ提供量にとらわれず、在宅復帰等へ向けた多様なアプローチを行うことが推奨された。

準優秀論文は岸和田平成病院理学療法士の尾崎氏の論文で、回復期リハ病棟入院中の 65 歳以上の高齢者を対象とし、SPPB の合計スコアが退院時トイレ動作の自立に高い判定制度を示した。回復期リハ病棟入院高齢者のトイレ自立の評価には、セラピストによる主観的評価に加えて、SPPB を客観的な指標にして使用することが有用であることが示された。

なお、石森氏は今まで優秀論文賞 2 回と、準優秀論文賞 1 回授賞しており、今回が 4 回目の授賞である。学術委員会で討議し、今後 5 回受賞された個人は優秀論文選考対象から外れ、学術委員への就任を依頼する予定である。石森氏にはぜひ 5 回目を授賞していただき、学術委員に仲間入りされることを楽しみにしている。



写真1 2024 年度優秀論文・準優秀論文表彰

2. 第 33 回日本慢性期医療学会、 第 13 回慢性期リハビリテーション 学会優秀演題表彰

優秀演題選考では発表された一般演題を、座長と評価者 2 名の採点者が評価し、合計点数が高い演題を選んでいる。2 名の採点者が同じ演題を選ばないと受賞できない仕組みになっているので、適切な評価ができていると考えている。日本慢性期医療学

会は一般発表演題 382 題から 10 題，慢性期リハビリテーション学会からは一般発表演題 203 題から 5 題を選出した。日本慢性期医療学会からは介護福祉士・看護師・管理栄養士・臨床心理士・作業

療法士，慢性期リハビリテーション学会からは看護師・理学療法士と幅広い職種から選出されており，それぞれの学会の特徴がよく表れていると考えられた。是非 JMC に投稿していただきたい。



写真2 第33回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰



写真3 第13回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰

第33回日本慢性期医療学会 優秀演題表彰

都道府県	施設名	職種	氏名	演題名	演題番号
北海道	札幌西門山病院	看護師	郷久 真樹子	障害者施設等一般病棟における認知症高齢者の排便コントロールにおける看護師の認識とケア上の課題	008-7
宮城県	西仙台病院	臨床心理士	後藤 貴浩	慢性期入院患者に対する新しい認知機能評価バッテリーの提案—予備的検討—	002-7
茨城県	牛尾病院	作業療法士	徳永 智史	チーム内のコミュニケーションが心理的安全性および仕事継続意思に及ぼす影響	074-2
茨城県	志村デイサービスセンターさくらデイ	介護福祉士	工藤 直樹	認知症になっても役割のある毎日へ～総合アセスメントの活用によるその人らしさの実現に向けて～	007-6
東京都	ねりま健育会病院	看護師	木戸 季彦	廃用症候群による嚥下障害に対し、看護師と言語聴覚士が協働することで嚥下機能の改善がみられた1症例	043-4
東京都	みなみ野病院	管理栄養士	新井 里彩	回復期リハビリテーション病棟での退院後を見据えた栄養管理～多職種連携と地域とのつながり～	071-5
兵庫県	園田病院	管理栄養士	木村 明佳	経腸栄養600kcalによる2回投与法が糖尿病患者の血糖変動およびHbA1cに与える影響	083-3
鳥取県	養和病院介護医療院	介護福祉士	福間 宏喜	介護医療院におけるDXと多様な人材活用による生産性向上の検証	069-7
岡山県	玉島病院介護医療院	介護福祉士	澤江 幸代	不適切ケアを予防する取り組み～虐待の芽チェックリストを活用して見えてきたもの～	052-7
福岡県	筑紫南ヶ丘病院	介護福祉士	パヒランガサイリン	外国人介護技能実習生から介護福祉士となるまでのプロセス	079-8

※演題評価は各セッションの座長・評価者によって行われ，5項目各20点，合計100点満点で評価されたうち，上位10演題を優秀演題として表彰いたしました。

第13回慢性期リハビリテーション学会 優秀演題表彰

都道府県	施設名	職種	氏名	演題名	演題番号
北海道	愛全病院	理学療法士	大沼 燎	回復期リハビリテーション病棟における後期高齢患者の入院時全身位相角とFIM effectivenessの関連の検討	013-7
北海道	花川病院	看護師	一戸 寿予	KOMIチャートシステムを活用した「やりたい」に寄り添うケア～脳血管障害患者の実践を通して～	014-4
神奈川県	イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院	理学療法士	南澤 拓美	短縮版歩行自立評価表Independent Ambulation Scale-Short (IAS-S)の検者間信頼性の検討	066-2
神奈川県	鶴巻温泉病院	理学療法士	井手 歩美	人工呼吸器を要した回復遅延型ギラン・バレー症候群に対し長下肢装具を用いた長期介入—生活の再構築支援—	026-2
富山県	富山西リハビリテーション病院	理学療法士	池田 裕哉	当院におけるロコモフレイル外来の取り組みと成果	017-6

※演題評価は各セッションの座長・評価者によって行われ，5項目各20点，合計100点満点で評価されたうち，上位5演題を優秀演題として表彰いたしました。



第33回日本慢性期医療学会 総評 ～慢性期医療の匠をめざす多職種の熱意を実感～

日本慢性期医療協会 副会長 矢野 諭

第33回日本慢性期医療学会は、2025年11月6日（木）・7日（金）に大阪国際会議場において開催された。学会のテーマは「慢性期医療の匠になろう：坂の上をめざして」である。「匠」という言葉は、「優れた技術を持った職人」という意味であるが、筆者の記憶する限りでは、それが医療関連の学会で使用されたことはない。そして「匠」の修飾語として「慢性期医療の」が加わった時に、両者がまさにぴったりと適合している。慢性期医療では、職人に対応する多くの専門職の協働によるチーム医療が基盤になっており、それぞれが「匠」をめざすことが、とりもなおさず「良質な慢性期医療」の実現に近づくことになると考えられる。サブタイトルの「坂の上をめざして」は、西尾学会長ゆかりの愛媛県とかかわりの深い小説「坂の上の雲」に由来しており、困難な課題に取り組む姿勢を示したものであろう。

学会は全国から約1800名の参加があり、一般演題は約600題で今回はすべてポスターセッションとした。日本慢性期医療協会は、現在会員数が1000を超えている。測り知れないほど数多くの専門職が慢性期医療の現場で働いていることになり、会員施設で勤務する職員はすべて本学会で発表することが出来るため、一般演題はある意味で現場の熱意と創意工夫の賜物である。時間の許す範囲で各会

場を回らせていただいたが、どの会場も熱気にあふれていて、中に入ることが出来ずに廊下から発表を聴いている参加者も見られた。懸念された音響の問題もなく、討論も活発で質問の内容も回答も年々レベルが上がっていること、そして専門職としての矜持を持つ「匠」をめざす多職種の熱意を実感した。また、各演題について、座長と評価者が2名で演題の評価を行うシステムで、評価者は必ずしも演題のテーマが自分の専門とは限らない場合があったが、逆に大変勉強になり良い経験をさせていただいたという声もあった。

また、5つのシンポジウムと2つの特別講演（会長講演・学会長講演）が開催された。詳細はJMCの特集を参照いただきたいが、シンポジウム1は「新地域医療構想」、他は慢性期医療の特徴を表す5つの分野「栄養」、「医療介護連携・高齢者救急」、「排尿ケア」、「慢性期医療・介護DX」、「認知症ケア」の「匠」をめざして、がテーマであった。併催の第13回慢性期リハビリテーション学会主催のシンポジウム、日本介護医療院協会セミナー、地域病病連携推進機構シンポジウムも開催された。閉会式では優秀論文、優秀演題の表彰が行われ、第33回日本慢性期医療学会は盛況のうちに幕を閉じた。繰り返しになるが、「慢性期医療の匠をめざす多職種の熱意を実感」した学会であった。

これからの医療・介護の提供体制を考える

インタビュー：安藤たかお 衆議院議員

インタビュアー：井川誠一郎 日本慢性期医療協会 副会長



これからの医療・介護の提供体制をどのように考えるか——。長年にわたり当会を支えてくださっている衆議院議員の安藤たかお先生と井川誠一郎副会長が、慢性期医療の展望と再構築の方向性などを語り合いました。日本の医療・介護体制の持続可能性に向け、安藤先生は療養病床削減への危機感を原点到現場の声を反映した制度設計の必要性を強調。慢性期医療は生活を支える医療と位置づけ、急変時の受け皿としての「慢性期救急」を提言した背景を振り返りながら、地域完結型の医療連携をさらに推進すべきとの考えを示しました。井川副会長も急性期と慢性期を横断的に支える仕組みの整備が重要と強調しました。

深刻化する人材不足への対応については、高齢者や外国人材の活用だけでなく、国内の新たな人材の発掘など多様な活用法が提案されました。安藤先生はまた、電子カルテの標準化・無償化を含む医療DXの推進を通じ、事務負担の軽減と情報共有の基盤整備を進めるべきと指摘。井川副会長は、現場では診療報酬の複雑化が書類業務を増大させている状況を懸念し、加算をはじめとする簡素化の必要性を指摘しました。地域医療の格差をめぐる問題にも議論が及び、井川副会長は自身の経験を踏まえた医師偏在の状況を紹介。安藤先生は遠隔医療や医療機能の分化等による再編の必要性などを提案しました。さらに、マイナンバーカードによる医療・介護・薬剤情報の一元化や、省庁間の縦割りを越えた検討による「地域包括ケア基本法」などの実現にも意欲を見せました。安藤先生は診療報酬体系について、地方補助などを組み合わせた二層構造で支える改革の必要性を提案。医療・介護政策への理解を深めるため、国会議員への継続的な教育と対話の場の拡充を求めました。

■「民主主義ではない」と思った

○井川：本日のためにいくつか質問を準備してきましたが、まずは私自身が以前から関心を抱いていた点について伺いしたいと思います。安藤先生は、比較的若い時期にご家族の病院を継承されたと伺っております。その後、医師としての道を歩まれる中で、どのような経緯で政治の世界に進まれたのか、その背景をぜひお聞かせください。

○安藤：振り返りますと、きっかけは介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減問題でした。2000年に介護保険制度が始まり、医療療養病床と介護療養病床という二つの枠組みが設けられました。しかしその後、国の方針として医療療養病床の削減、さらには介護療養病床の廃止という方向性が打ち出されました。

当時、現場の感覚からすれば、突然の政策転換であり、現実を無視したものでした。長期療養を必要とする高齢患者をどこで受け入れるのか、地域医療体制はどうなるのか、明確なビジョンがないまま制度だけが動いているという印象を受けました。私は、現場を知らない政策決定が続くことに強い危機感を覚え、「このままでは医療が崩壊してしまう」と感じたのです。

そのときに、「現場の声を政策に反映させなければならない」という思いが強くなり、国政に関わる決意を固めました。つまり、療養病床の削減策が私にとって政治を志す直接のきっかけだったのです。

○井川：それが最初の一步だったわけですね。たしかに、当時は現場の声が政治に届きにくい時代でし

た。私たち民間病院の医師がいくら現場で訴えても、制度設計に反映されることはほとんどありませんでした。そうした中で、安藤先生のように「政策を変える側に立つ」という決断をされたのは、非常に意義深いことだと思います。

○安藤：ありがとうございます。当時、日本慢性期医療協会の会長は木下毅先生で、関係者との協議の場で「介護療養病床は廃止せざるを得ない」と強い圧力を受ける場面がありました。私もその席に同席しておりましたが、「これは民主主義ではない」と率直に思いました。現場の実態を無視して政策が一方的に押し付けられる——その構造そのものを変えなければ、慢性期医療の未来はないと痛感したのです。

○井川：まさに、声を上げるべき立場の人が立ち上がらなければならないということですね。一般の臨床医がどれほど現場の課題を訴えても、政治的な場で発言力を持つことは難しい。そうした中で、安藤先生のように実際に政治の場に身を置かれたことは、大きな意味があると思います。慢性期医療に携わる者としても、先生のご決断に共感を覚えます。

○安藤：現在では、医療・介護の各団体も発信力を持ち、行政や国会に対して意見を伝えることができるようになってきました。しかし、私が医療現場にいた当時は、そうした仕組みがまだ整っておらず、行政のトップダウンで方針が決定されるのが当たり前でした。現場の声が上がっても、政策に反映されるまでには大きな壁があったのです。

その意味で、私は政治の場に立つことで、医療現場と政策決定の橋渡し役になりたいと考えました。現場の課題を正確に言語化し、国の制度に反映させ

Profile

安藤たかお（あんど う たかお）

1959年東京都生まれ。1984年日本大学医学部卒業。

専門は消化器内科。1989年に医療法人社団永生会理事長に就任。全日本病院協会副会長、日本慢性期医療協会副会長、東京都病院協会副会長、東京都医師会理事、八王子市医師会理事を経て、2017年自民党公認で第48回衆議院議員選挙に初当選。厚生労働委員会委員、総務委員会委員、自由民主党厚生労働部会副部会長を歴任。2024年第50回衆議院議員選挙にて2度目の当選。同年11月より厚生労働大臣政務官。

現在は、自由民主党厚生労働部会副部会長、文部科学部会副部会長、内閣第一部会副部会長、自由民主党練馬総支部支部長、自由民主党東京都第28区選挙区支部長。



ることこそ、真の医療改革だと思っています。医療・介護の提供体制を持続可能な形にするには、現場の知恵と政策の方向性を結び付けることが不可欠です。政治家として、その役割を担っていくことが私の使命だと感じています。

■「慢性期救急」を提案した 2007 年学会

○井川：介護保険制度が始まって間もない 2006 年頃のことですね。安藤先生は医療の最前線におられたと思いますが、当時の状況は現在とは異なっていたのでしょうか。



安藤たかお氏

○安藤：初めて選挙に出馬したのは 2010 年でした。その少し前、2006 年から 2007 年頃にかけて、小泉政権下で「介護療養病床の廃止ならびに医療療養病床の削減方針」が打ち出されたのです。医療現場としては寝耳に水のような話で、制度上の整理も十分になされていませんでした。療養病床を削減するということは、行き場を失う患者さんが生じるということです。私たち現場の医師は、患者の生活を支える最後の砦として機能していたにもかかわらず、現実を知らないまま方針が決まっていくことに、深い疑問と危機感を抱きました。

当時、慢性期医療の重要性がまだ社会的に十分に認識されていなかった時代でした。「療養病床はコストが高い」「効率が悪い」というような表面的な議論ばかりが先行していました。私はその空気を変えたいと思い、現場からの問題提起として「慢性期救急」という概念を提唱しました。高齢者医療の現場で、命を守る“最後の救急”を担うのは慢性期病院であるという考え方です。政策の動きに抗うのではなく、現場から新しい医療の形を提案することが必要だと考えたのです。

○井川：その時期を振り返りますと、安藤先生が大会長として「慢性期救急」を初めて提唱されたのが

2005 年の第 13 回日本療養病床協会全国研究会（現日本慢性期医療学会）でした。その後、2007 年に大会長を務められたのは日慢協の名誉会長を務める武久洋三先生（当時・日本療養病床協会副会長）で、テーマは「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」でした。あのときの安藤先生のご講演は非常に印象的でした。

当時はまだ、慢性期医療の領域で高齢者救急や在宅復帰支援といった観点では、ほとんど議論されていなかった時代です。多くの医療関係者は「救急は急性期病院が担うもの」という固定観念を持っていたように思いますから、先生の提言はかなり革新的だったと思います。

○安藤：おっしゃるとおりです。講演後、急性期病院の先生方から「何を言っているんだ」「慢性期が救急をやるなんて非現実的だ」といった反応も多くありました。しかし、現場ですでに高齢者救急をめぐる課題が顕在化していたのです。転倒や肺炎などで急変した高齢患者をどこが受け入れるのかという問題は、地域によっては深刻でした。そうした実情を無視して「二次救急病院が対応すればよい」と片付けるのは、現実離れしていると感じていました。



井川誠一郎氏

○井川：その頃の空気はよく覚えています。「救急は急性期が担うもの」という暗黙の了解があり、慢性期病院が積極的に救急を受け入れるという発想自体が新しかった。しかし、現場の実態は違っていました。救急医療体制において、慢性期病院

が果たす役割は大きかったはずです。

実際、私たち日本慢性期医療協会でも、2010 年前後から「急慢連携（急性期と慢性期の連携）」という考え方を進めるようになりました。そのきっかけの一つが、まさに 2007 年の安藤先生のご講演でした。その理念をもとに 2008 年、「大阪緊急連携ネットワーク」を立ち上げました。大阪府内の主要な三次救急病院が参加し、慢性期病院と連携して患

者を円滑に受け入れる仕組みをつくったのです。重症患者の転院調整を担うコーディネーターを配置し、急性期病床の逼迫を防ぐという目的で始めました。17年以上にわたって継続しており、これまでの紹介患者は延べ2,000人を超えました。現場の協力によって少しずつ制度として定着してきたと感じています。

○安藤：それは素晴らしい取り組みですね。継続して成果を出していること自体、地域の医療連携が確実に成熟してきた証拠だと思います。井川先生のように、実際に現場の課題を形にしていける実行力には本当に感服しています。

○井川：きっかけをくださったのは安藤先生です。あのご講演がなければ、武久先生も「大阪緊急連携ネットワーク」を構想されなかったでしょうし、私自身もその会議に呼ばれていなかったかもしれません。私にとって、あの場での出会いが日慢協で活動する原点になっています。安藤先生のご提言が私の人生を動かしたと言っても過言ではありません。

○安藤：ありがとうございます。井川先生は中医協の分科会でも的確に、しかも率直に発言されていて、いつも感心しています。現場を知る立場から核心を突くご意見を述べられるのは、非常に貴重な存在だと思います。

○井川：恐縮です。中医協の分科会は今、オンライン併用が主流ですが、私はできる限り会場で直接出席するようにしています。1回だけウェブで参加しましたが、それ以外はすべて現地で発言しています。確かに大変ではありますが、やはり人と人の議論は、顔を合わせなければ本当の意味で伝わらないと思っています。地域の医療連携も同じです。制度や仕組みだけではなく、互いの信頼関係こそが医療を支えているのだと、私は常々感じています。

■「八高連」の創設につながった

○安藤：2007年当時、井川先生はまさに心臓外科の第一線でご活躍されていましたね。命の最前線である急性期医療に従事されていた先生が、今では中医協の分科会委員として慢性期医療の重要性を発信してくださっている。これは非常に意義深いことで

す。一般の方々、さらには政策を立案する側の人たちでさえ、慢性期医療の実態を正確に理解しているとは言えません。慢性期医療は「長く入院するだけの場所」と誤解されがちですが、実際には、医療と介護の狭間で生活を支え、再び地域に戻すための極めて重要な役割を担っています。そのことを、井川先生のように臨床経験に裏付けられた立場から伝えていただけるのは、現場にとって大きな力です。

○井川：慢性期医療の現場がどのように機能しているのか、一般にはなかなか理解されていません。2007年当時、私は急性期病院に勤務しており、「急慢連携」と言われても、正直に言ってその具体像が浮かびませんでした。もしかすると、当時の武久先生でさえ、まだ明確なイメージをお持ちでなかったのかもしれない。そう考えると、安藤先生が「急慢連携」を構想されたきっかけというのは、非常に先見的だったと思います。何か具体的な動機や背景があったのでしょうか。

○安藤：動機は、実に単純なものでした。当院も当時は典型的な慢性期型病院で、高齢者が長期的に入院し、いわば療養の場として機能していました。しかしその頃は、退院された患者さんが自宅療養中に容体を崩し、当院に連絡があっても「うちでは診られないから」と他院に紹介する状況が続いたのです。慢性期の医療機関として当然の対応だったのかもしれませんが、私は次第に違和感を覚えました。自分の病院で診ていた患者さんを自分の病院が再び受け入れられない。それは果たしてどうなのかと。

さらに心に残ったのは、職員の言葉でした。「この病院には入院したくない」「もし家族が倒れても永生病院はやめておこう」といった声が聞こえてきたのです。もちろん悪意があるわけではなく、それだけ当院が看取りを待つ場所のようなイメージを持たれていたということです。私はショックを受けました。自分たちが働く場所に誇りを持ってない環境では、良い医療など提供できるはずがないと感じました。

そこで決意しました。退院した患者さんが体調を崩しても再び安心して戻ってこられる病院にしよう。つまり、最期まで責任を持つ医療を実現する病院に変えていこうと考えたのです。それが結果的に

「急慢連携」という発想につながりました。急性期と慢性期の役割を分けるのではなく、患者の人生全体を通して支えるという視点で医療を再構築する必要があると気づいたのです。

○井川：なるほど。職員の声が変革の原点だったというのは非常に印象的です。当時の慢性期病院は、どこでも同じような課題を抱えていたと思います。人生の最終段階を受け止める場でありながら、そこには生活を支える医療という理念が十分に根付いていなかった。そうした中で、安藤先生の取り組みが新しい時代の慢性期医療の出発点になったのですね。

私が慢性期医療の世界に入ったのは、まさに安藤先生が「慢性期救急」という概念を提唱された直後のことでした。当時は、正直に申し上げて、慢性期医療という領域そのものをよく理解していませんでした。急性期医療が中心であり、「慢性期医療」という言葉はまだ一般的ではなかった時代です。それがいまでは、急性期と慢性期の連携が当然視されるようになり、医療提供体制の中で明確に位置づけられています。

診療報酬上でも、高齢患者の救急対応をどのように急性期から包括的な地域医療へ移行させるかが議論されています。「包括期」とは、すなわち急性期以外をすべてカバーする領域です。安藤先生がかつて提唱された「慢性期救急」の考え方が制度として国に認められ、評価される時代になりました。まさに、理念が形になった瞬間だと思います。こうした流れを、生みの親である安藤先生はどのように受け止めておられますか。

○安藤：本当にありがたいことだと感じています。私が運営をしている東京・八王子市の病院は二次救急指定を受けていますが、現場では常に救急搬送の課題を抱えています。当直医が別の患者の対応中であつたり、病床が満床であつたりするため、救急車で搬送されても八王子市外の病院に転送されてしまうケースが少なくありません。その結果、患者さんは自宅から遠く離れた病院で治療を受けることになり、ADLが低下したまま、再び地元に戻れなくなることもあります。

私はそうした姿を見るたびに、強い無力感を覚えました。どうして住み慣れた地域で最期まで医療を受けられないのか。なぜ、地域全体で高齢者の救急を支える仕組みをつくれないのか。そう考え、清智会記念病院の横山隆捷先生を中心に、同じ問題意識をもつ医療・介護の関係者とともに八王子市内の救急病院や慢性期病院、さらには老健・特養などの介護施設、そして行政を含めた多くの人が関わる多職種連携の枠組みが立ち上がりました。それが「八高連(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)」です。現在では陵北病院の田中裕之先生を中心に、20団体・のべ1,753機関が参画しています。

このネットワークは、単なる医療機関連携にとどまらず、行政を巻き込み、地域全体で最期まで支える医療を実現する取り組みです。私はこの「八高連」の活動を、まさに「慢性期救急」の実践形だと考えています。理念を現場の仕組みに落とし込むことができた一例として、今でも大きな意義を感じています。

■ 八王子モデルから制度へ

○井川：「八高連」の取り組みは実に画期的です。特筆すべきは、消防署の救急車だけでなく、民間や病院所有の救急車が積極的に活躍している点です。現在、消防署の救急車は出動から帰還までに平均100分以上かかると言われ、現場では深刻な課題となっています。その中で、永生会の病院救急車は地域の救急搬送を大きく支えています。八王子市内で発生する救急搬送件数のうち、実に約半数を永生会の車両が担っていると伺っています。地域の医療体制を補完する存在として、非常に重要な役割を果たしています。

○安藤：私たちは地域で完結する救急を目指しており、そのために二次救急病院との連携を重視しています。まず二次救急病院でトリアージを行い、診断や治療方針を明確にしていいただければ、その後の受け入れは慢性期病院でも十分に対応可能です。いきなり、まったく情報のない患者さんが搬送されてくると、受け入れ側としても判断に時間がかかりますが、事前に診療方針が整理されていれば、スムーズ

に受け入れることができます。地域内の医療機関同士が顔の見える関係で連携することが、迅速な搬送と的確な医療提供につながると考えています。

○井川：その八王子モデルが、現在の救急搬送連携料の議論にも大きく影響しています。消防署の救急車ではなく、医療機関が所有する民間救急車による転院搬送が評価対象になっており、その基盤となるのが先生方の取り組みです。ただ一方で、病院間における救急搬送が診療報酬上で十分に認められないという点は、現場にとっては少し重い課題にもなっています。

○安藤：確かに、その点は今後の改善が必要だと思います。橋本康子会長も記者会見などで繰り返しおっしゃっていますが、転院搬送を受け入れる側の医療機関にも、診療報酬上の適切な評価がなければなりません。受け入れ体制を整えるにも人員・設備・時間のコストがかかりますから、そこを制度的に支援する仕組みが必要です。評価が付けば、より多くの慢性期病院が地域救急を支えることができるようになります。

○井川：私たち日慢協としても強く要望しています。次期診療報酬改定では、ぜひ具体的な形で評価されることを期待しています。現在、三次救急から療養病床や地域包括ケア病棟へ転院する患者のうち、およそ三割は救急指定のない病院に搬送されています。慢性期病院が積極的に受け入れられるような報酬体系と制度設計が整えば、日本の医療提供体制は大きく前進するでしょう。

私たち日慢協は、制度の後追いではなく、現場の実践を先行させて制度を変えていくという姿勢で活動しています。現場から新しい仕組みをつくり出し、その成果を国に示すことで診療報酬上の評価を勝ち取る。今後も安藤先生のお力をお借りしながら、地域医療の発展に貢献していきたいと思っています。

■ 複合的にマンパワーを集める

○井川：現在、日本全体で少子高齢化が急速に進行しています。医療や介護の提供体制も、かつてとは大きく様変わりしつつありますが、現状をどのように捉えておられますか。

○安藤：少子高齢化の影響は地域によって差があります。東京の中心部はまだ人口流入があり比較的安定していますが、多摩地域のような郊外、そして地方の中小都市や農村部では人口減少と高齢化が同時に進み、医療・介護の提供体制維持が非常に難しくなっています。患者・利用者の減少に加えて、働き手の確保も困難です。このままでは地域医療そのものが立ち行かなくなる恐れがあります。

そうした地域では、病院、介護施設、福祉施設が連携・一体化して運営されるような仕組みが必要です。現行制度では、施設ごとに厳格な基準や区分が設けられていますが、人口減少地域ではそれがかえって効率を損ねてしまう。したがって、診療報酬や介護報酬の面でも、病棟単位やフロア単位で柔軟に運用できるような規制緩和が望まれます。武久名誉会長が本に書かれているごちゃまぜ病院の考えですね。地域の実情に合わせた制度設計が、今後の鍵になるでしょう。

○井川：確かに、その方向性は厚生労働省も意識しているように感じます。令和8年度の診療報酬改定においても、地域の実情に応じた施設基準の見直しが議論されています。特に人材不足が深刻な地域や過疎地では、救急車の配備数や手術件数といった全国一律の基準をそのまま適用することに限界があります。今後は、地域特性を踏まえた弾力的な運用が進むのではないかと見ています。

また、周産期医療や小児医療といった分野についても、別枠での検討が始まっています。これらの取り組みが具体化すれば、医療提供体制の再構築に向けて一筋の光が見えてくるかもしれません。もっとも、従来のような二次医療圏の考え方では限界があり、特に過疎地では広域的な医療圏への再編が不可欠です。そうした環境の中で、安藤先生のように現場と政策の両面から取り組まれる方の活躍の場は、今後ますます広がると思います。

○安藤：地域医療を支えるためには、人的資源の再構築が避けて通れません。マンパワー不足の問題は、医療者だけでは解決できません。元気な高齢者、外国人材、元自衛官、さらには社会復帰を目指す方々など、多様な人材の力を活かしていくことが必要で

す。複合的にマンパワーを集めていく。

例えば、刑務所で介護の教育を受けた人材が出所後に医療・介護の現場で働くという試みや、生活保護を受けている方が介護職として再就職する事例も出てきています。そうした社会包摂型の人材確保の動きをもっと広げていくべきだと思います。介護や医療は、人と人との関わりの仕事です。多様な背景を持つ人々が支え合いながら働ける環境こそ、これからの地域包括ケアの基盤になると考えています。

○井川：高齢化社会を支えるには、年齢の概念そのものを見直す必要があるでしょう。今では65歳定年制という考え方自体が時代遅れになりつつあります。実は私もこの10月で古希を迎えましたが、まだまだ現場で働ける体力と意欲があります。むしろ、経験を生かして医療や介護の現場に貢献したいという気持ちが強くなっています。

■ 高齢者の定義を変える

○安藤：近年、高齢者の定義を見直すべきではないかという議論が活発になっています。私自身の意見としては、高齢者を「85歳以上」と定義してもよいのではないかと考えています。日本老年学会と日本老年医学会は、2017年に発表した報告書の中で、高齢者の定義を従来の「65歳以上」から「75歳以上」へと引き上げるべきだと提言しました。さらに、65～74歳を「准高齢者」、90歳以上を「超高齢者」と呼称する新たな枠組みも提示しています。そして2024年の報告書では、「今後も日本老年学会などにおいて議論を継続し、また社会に対する発信を続けていく」と明記されています。つまり、今後は年齢という基準ではなく、心身機能や社会参加度といった多面的な視点から高齢者を捉える方向に移行していくと考えられます。

○井川：確かにそうですね。医学的にも社会的にも、65歳という年齢で「高齢者」と区切るのはもはや現実的ではありません。現在の65歳前後の方々は、体力的にも精神的にも非常に若々しく、就労意欲も高い。70代で現役の医師、看護師、経営者は珍しくありません。年齢によって一律に線を引くのではなく、個々の能力や意欲を基準に社会参加を促す仕

組みが必要です。

○安藤：高齢になっても働き続けることができれば、生産年齢人口の実質的な拡大につながります。経済的な効果にとどまらず、高齢者自身の生きがいや健康維持にも直結します。現に、就労している高齢者の方が認知機能や身体機能の低下が緩やかであるという研究結果もあります。

また、医療や介護の分野では、経験豊富な高齢スタッフが若手を支える構図が理想です。年齢を重ねた人ほど、患者や利用者の気持ちを理解し、寄り添う力があります。そうした方々が現場に残り続けることは、組織全体の力を高めることにもつながります。制度面でも、高齢者が働き続けやすい柔軟な雇用形態や報酬体系を整える必要があります。少子高齢化は危機ではなく、知恵と経験を活かす新しい社会への転換期と捉えるべきでしょう。

■ システムの共通基盤を無償提供に

○井川：少子高齢化が進む中で、今後の医療・介護提供体制をどうしていくかというのは、まさに国全体の課題ですね。地域によって医療資源や人口構成も異なり、マンパワー不足や施設間格差など、課題は山積しています。政策的な観点から、先生はどのようにお考えでしょうか。

○安藤：やはり最も重要なのは「人」と「技術」の両輪をどう確保・活用していくかです。マンパワーについては、先ほど申し上げたように多様な人材を登用しながら、地域全体で支える仕組みをつくる必要があります。さらに、それを補完する手段として、医療DX・介護DXの推進が不可欠です。

橋本会長も強調されていますが、DXは単なる効率化の手段ではなく、現場の人手不足を補い、医療の質を維持するための社会インフラです。ただし、導入コストが非常に高いのが現状の問題です。たとえば電子カルテ一つを取っても、中規模から大規模病院ではシステム改修に数億円単位の費用がかかります。国は一部補助を行っていますが、診療所規模が中心で、全体最適には至っていません。

私は、電子カルテや院内システムの標準化を進め、国が主導してクラウド型の共通基盤を無償提供すべ

きだと思っています。そうすれば、初期投資の負担を軽減できるだけでなく、社会保障給付費全体でも年間1兆円規模の削減効果が見込まれるでしょう。また、医療・介護職員全員がスマートフォンやタブレット端末を活用できる環境を整備すれば、院内外の情報共有が格段に進み、ミス防止や事務作業削減にもつながります。DXは費用ではなく“未来への投資”だと捉えるべきです。例えば、スマートフォンを全病院に配ると2000億円くらい必要ですが、その結果削減できる医療費は1兆円程度あると試算しています。

○井川：国の会議でも議論になっていますが、問題はやはり導入初期の資金をどう確保するかです。特に地方の中小病院や介護施設では、経営が厳しい状況の中でDX投資に踏み切るのは難しい。現場からは「必要性は理解しているが、資金のめどが立たない」という声が多く上がっています。ここはやはり政治の力で、明確な財政支援策を打ち出していただきたいところです。

○安藤：その点は、私たちも問題意識を共有しています。今後は、電子カルテや処方箋など、基本的な機能を全国的に標準化し、余計なカスタマイズを極力抑える方向で進めるべきです。現場ごとに独自仕様を加えすぎると、システム間連携が難しくなり、結果として非効率になります。オンライン資格確認や電子処方箋などの基盤整備をまず優先し、その上で在宅医療や訪問看護に特化した機能を順次追加していく段階的なアプローチが現実的です。

医療DXの真価は、全国どこでも同じ質の医療情報にアクセスできることにあります。その基盤を整えなければ、地域格差の解消も働き方改革も進みません。私は今後も、国会の場などを通じて、医療DXを国全体のインフラ整備として推進していきたいと考えています。

■ 外国人材の活用も進める

○井川：人材確保の議論の中で、先ほど先生からも多様な人材登用の必要性についてお話がありました。その一つとして、外国人材の活用が今後の日本の医療・介護現場において大きなテーマになると思

います。現在も技能実習生や特定技能制度を通じて多くの外国人が介護の分野で活躍していますが、現場からは「もっと長期的に働ける仕組みを整えてほしい」という声が上がっています。

特に、地方の中小病院や介護施設では、日本人職員の採用が難しく、外国人スタッフが現場の支えになっているケースが増えています。とはいえ、言語・文化の壁、資格制度の違いなど、乗り越えるべき課題も多い。今後、政策として外国人材をどのように位置づけ、どのような形で共生を進めていくべきか、先生はどのようにお考えですか。

○安藤：私も外国人材の積極的な受け入れには賛成です。確かに、外国人労働者の流入についてはさまざまな議論がありますが、一定のルールと教育体制を整えたうえで受け入れることができれば、日本の医療・介護現場にとって大きな力になります。

現場を見ていると、今後は単に介護職や看護補助職にとどまらず、より広い職種で外国人が活躍できるようにしていくべきだと思います。例えば、医療事務や経営管理、IT部門などでも優秀な外国人材を登用することで、病院全体の運営効率や国際対応力が高まります。インド人の経理課長、パキスタン人の事務長がいる——そういう光景が当たり前になる社会を目指すべきです。医療現場は本来、国籍や文化を超えて人の命を支える場所であり、多様性を受け入れること自体が医療の進化につながります。

また、外国人材の活用を進めるうえで大切なのは、受け入れ側の意識改革です。単なる人手不足の補填として扱うのではなく、彼らを仲間として育てる仕組みが必要です。言語教育やキャリアアップ支援を整備すれば、彼らは確実に日本の医療に貢献してくれます。外国人材が安心して働き続けられる環境を整えることこそ、持続可能な医療体制への第一歩だと思います。

○井川：私も現場で多くの外国人スタッフと接してきましたが、彼らは本当に勤勉で責任感が強い。日本人職員と同じように患者さんから信頼される存在になっています。ただ、残念ながら給与水準の問題があります。かつては日本の賃金水準はアジア諸国の中でも高かったのですが、今では韓国や欧州諸国

に比べても見劣りする状況です。そのため、日本で働く魅力が薄れつつある。

結果として、せっかく来日しても短期間で帰国してしまうケースもあります。これでは現場の安定にはつながりません。外国人材を確保・定着させるためには、彼らの生活を支えるだけの給与水準を確保すること、そして看護師や介護職といった日本人スタッフの待遇も同時に改善することが必要だと思います。

○安藤：賃金の名目上の上昇よりも物価上昇が上回っている現状では、実質的な生活水準が上がらないどころか、むしろ厳しくなっている人も多い。日本の医療・介護職は社会を支える基盤であるにもかかわらず、報酬面ではまだ十分に評価されていません。外国人材にとっても、日本で働く魅力を維持するためには、賃金だけでなく、生活環境や教育、住宅支援などの包括的なサポートが必要です。働く人が安心して暮らせる社会を整えなければ、優秀な人材は定着しません。

今後は、外国人も日本人も区別なく、努力に応じた公正な評価と待遇が得られる仕組みを作るべきだと思います。そのためには、労働市場全体の構造改革、特に医療・介護分野での賃金体系の見直しが必要と見ます。DXによる効率化で浮いたコストを人件費に回すなど、政策的な工夫が求められます。人を育て、人を支える社会。そこに国籍も年齢も関係ありません。これこそが、これからの日本の医療・介護のあるべき姿だと考えています。

■ 診療報酬、35%の引き上げの時もあった

○井川：民間企業では賃上げの動きが広がっていますが、病院はその波に乗り切れていません。人件費の上昇に見合う診療報酬の改定がないため、経営の圧迫感はむしろ強まっています。とくに中小病院や介護施設では、スタッフの確保さえ難しくなっているのが実情です。

高市首相が経済政策の一環として、補助金による支援策を打ち出しておられる点には大いに期待しています。ぜひ医療・介護分野にも焦点を当てた持続

的な支援策をお願いしたいところです。

○安藤：私は高市選対の一員として政策立案の場に参加し、医療・介護分野の重要性を強く訴えました。実は当初、政策の中心は経済・防衛・教育に偏っており、医療と介護への配慮が非常に少なかったのです。会議の中で「このままでは地域の医療・介護が崩壊してしまう」と申し上げたところ、「それは重要な指摘だ。医療政策も柱に加えよう」との返答をいただきました。その際、私から「地域の医療・介護施設を守る」という観点で提言書を提出しました。キーワードは、地域の医療と介護をつぶさない。このような考え方が政策方針に取り入れられ、公約として明記されました。結果として、地域医療・介護施設を対象とする財政支援や人材確保策が具体的に検討されるようになったのは大きな前進だと思います。

○井川：それは心強いお話です。ただ、一時的な補助金で終わらせるのではなく、持続的に医療機関の経営を支える仕組みが必要です。たとえば、入院基本料の底上げや施設基準の柔軟化など、診療報酬制度そのものを改善していかなければ、現場は安定しません。かつてのように物価上昇に合わせて診療報酬を自動的に引き上げる「物価連動型」の考え方を復活させるべきだと思います。現在のような急速な物価高では、実質的に医療報酬の価値が下がり続けています。

○安藤：まったく同感です。橋本会長も同様の意見を示されていますが、診療報酬は本来、経済実態に即して見直されるべきです。1973年の第一次オイルショック後、政府は急激なインフレに対応するため、翌1974年に二度にわたり診療報酬を改定しました。2月に19%、10月に16%と、1年間で計35%の引き上げが行われたのです。当時は消費者物価指数が約10%上昇していましたが、近年も5年間で同程度で10%の物価上昇が見られます。

つまり、歴史的に見ても、経済状況に応じた思い切った引き上げは可能です。現在の水準では到底現場の実態に見合いません。病院協会では10%の引き上げを要望していますが、私としても最低でも10%程度の引き上げが必要だと考えています。医

療・介護分野が安定しなければ、地域社会全体の持続可能性が損なわれます。

診療報酬を物価連動型とする仕組みを確立することが、医療現場を守る最も現実的な方策です。ぜひ橋本会長や井川先生にも引き続き積極的に発信していただき、国全体でこの議論を進めていきたいと思っています。

■ 医療と介護が分断している

○井川：今後、政府主導で賃上げの動きがますます加速していくと思いますが、医療機関は依然として厳しい経営環境に置かれています。前回改定で看護職員などを対象にベースアップ評価料が新設されましたが、その原資はすでに尽きており、持続的な制度とは言えません。言葉を選ばずに言えば、国の対策は「一時しのぎ」に見える部分が多い。入院基本料や初・再診料といった本体部分が上がらない限り、根本的な解決にはなりません。いわば、ボーナスだけを増やして基本給は据え置きのような構造で、次年度以降の財源が不透明なままでは、現場職員の生活は安定しません。

○安藤：おっしゃるとおりです。ベースアップ加算のような限定的な措置よりも、診療報酬本体を抜本的に引き上げるべきだと考えます。経営者が自院の実情に応じて適切に配分できるよう、使途に柔軟性を持たせる方が現実的です。

○井川：賃上げ分をどの職種に、どの割合で配分するかは、各病院長や法人理事長の裁量に委ねられるべきです。現場の状況はそれぞれ異なりますから、画一的な運用ルールでは対応しきれません。

現行制度では、清掃や給食などを担う職員にベースアップ評価料を支給できないという制約があります。しかし、彼らは患者さんの生活を支えるチームの一員です。病院の清潔な環境や栄養管理を担っているのに、処遇改善の対象外というのは納得しがたい。こうした職種にも光を当てる制度設計が必要だと思っています。

○安藤：加えて、もう一つ深刻なのが施設整備の問題です。建設費の高騰により、病院の建て替えやリニューアルがほとんど進まない。介護施設も同様で、

老朽化した建物を改修したくても資金が確保できないという声を多く聞きます。

かつては「施設近代化整備事業」という補助制度があり、建て替えや改修への助成が行われていました。今こそ、こうした制度を復活させるか、あるいは地域医療介護総合確保基金を活用して支援する仕組みを設けるべきです。現状ではこの基金が病院のリニューアルに使えず、介護施設のみが対象となっています。公平性の観点からも、医療機関にも同等の支援を広げる必要があると思います。

○井川：もともと医療と介護は同じ制度の枠内で動いていましたが、介護保険制度が創設されて以降、医療保険と介護保険が完全に分離され、資金の流れが二重化してしまいました。その結果、制度間の調整が難しくなり、現場での連携にも支障をきたしています。

介護職員には処遇改善加算が設けられているため、病院よりも介護施設のほうが待遇が良くなっている。結果として、優秀な人材が病院を離れ、介護施設へ流れるという構図が生まれています。試算によれば、病院勤務と介護施設勤務では年収に70～80万円の差が出る場合もあるそうです。それだけ違えば、若い世代が病院を選ばないのも無理はありません。

看護助手などは資格要件がないため軽視されがちですが、実際には病院運営を支える欠かせない存在です。日々、患者のケアや生活支援を担い、介護福祉士を目指して努力する方も多い。そうした方々の努力に対して、適正な報酬を支払える仕組みを作ることが、慢性期医療を守る第一歩だと思います。

○安藤：かつては介護施設の経営は比較的安定していましたが、今では介護報酬も診療報酬も共に抑制傾向にあり、医療も介護も同時に苦境に立たされています。医療と介護は本来、ともに慢性期のケアを支える両輪であり、分けて考えるべきではありません。制度の垣根を越えた一体的な支援策を構築しなければ、地域包括ケアは成り立たないと考えています。

■ 診療報酬と支援金の2階建てで

○井川：安藤先生は、前回の衆議院選挙で国政に復帰されました。改めて、いま最も力を注ぎたいテーマをお聞かせください。

○安藤：私が最も取り組みたいのは社会保障改革です。その中でも特に、医療・介護の持続可能な報酬体系を構築することが重要だと考えています。診療報酬や介護報酬、そしてそれらを支える医療機関・介護事業所の経営が安定しなければ、地域医療の基盤は崩壊してしまいます。

私の基本的な考え方は、診療報酬を物価連動型としつつ、本来は医療機関ごとの実コストを積み上げて算定する原価基準方式を導入すべきだということです。どれだけの人員が必要で、どれだけの設備や備品が求められるのか。そうした要素を正確に可視化し、合理的な原価に基づく報酬を設定する。これが最も公平で持続可能な仕組みだと思います。

経営の健全性という観点から言えば、慢性期病院は最低限経常利益率7%、包括期で5%、急性期で3%。いわば「七・五・三」の水準が確保されれば、拡大再生産までは難しくとも、修繕・メンテナンスや災害対応（BCP）の整備など、持続的な運営が可能になります。診療報酬や介護報酬は公定価格であり、民間企業のように自由に価格調整できない以上、国が経営を維持できる水準を制度的に担保する必要があります。

さらに、原価計算方式で把握できないコストについては、補完的な支援制度を設けるべきです。例えば、東京都では「地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業」として、入院患者1人あたり1日580円の支援金が民間病院に支給されています。これは非常に大きな効果を生んでおり、地域医療の下支えになっています。こうした仕組みを全国展開できれば、1階建ての基礎部分（診療報酬）に加えて、補助金という2階部分を設けることができます。補助金は保険料とは無関係のため、保険財政を圧迫せずに医療機関を支援することが可能です。

参院選の際も「社会保険料負担が限界だ」という声を数多く聞きました。補助金や地方交付税などを

活用して財源を二重構造化すれば、保険料の上昇を抑制しつつ、医療・介護の現場を安定化させることができる。こうした仕組みを、次の国会で提言していきたいと考えています。

○井川：非常に意義のある構想だと思います。ただ、地方交付税や補助金には地域間の格差という課題があります。東京都のように財源が豊富な自治体では支援制度を整備できますが、神奈川県や奈良県などでは、財政状況が厳しく、同様の支援が難しいのが実情です。こうした地域格差をどのように解消されるお考えでしょうか。制度として全国一律の支援を実現するには、厚労省だけでなく財務省を巻き込んだ国家的議論が不可欠だと思います。

○安藤：おっしゃるとおり、財源の確保が最大の課題です。そこで提案なのですが、1つには今東京から地方に毎年1.5兆円の税源移動が行われています。その1.5兆円を他の道府県に医療を目的として限定的に使用するという方法もあるでしょう。さらに医療資源の再配置によって一定の原資を捻出できると考えています。現在、病床削減は国の政策として推進されていますが、実際には多くの地域で自然減が進んでおり、無理に減らさなくても病床数は確実に減少しています。

地域医療構想では、病床過剰地域の新規開設が制限されていますが、逆に病床不足地域では、法律上は新設が可能です。地域医療構想調整会議で「新病院は不要」との合意が形成されても、新設が許可されます。しかし、地域医療構想調整会議に権限を与え、このような場合に新設をできなくするなどの地域単位の最適化を積み重ねれば、年間100億円単位の無駄な投資を防ぐことができ、その分を財源として蓄積することが可能になります。

また、国全体としても税収は堅調に推移しています。国債発行という選択肢もありますが、無制限に発行するわけにはいきません。どの水準までが健全なのかという財政インディケーターを設け、国としての限度を明確にする必要があるでしょう。そのうえで、安定的な社会保障財源を確保していく。財政規律と社会保障充実の両立こそ、これからの政治の使命だと考えています。

■ 税収の使途が見えにくい

○井川：税収が増えているという話がありましたが、実際には国民の負担感はむしろ強まっています。物価や水道光熱費が上昇し、消費税率も引き上げられました。さらに給与が名目上上がっても、その分所得税や社会保険料の負担が増えており、実質的な可処分所得は伸びていません。地価上昇による固定資産税の増額も加わり、家計としては税の多重負担が進んでいます。にもかかわらず、増加した税収がどこに使われているのかが見えにくい。ここに国民の不信感があると思います。

○安藤：まさにおっしゃるとおりです。消費税は医療・介護の安定財源として導入されましたが、実際には債務返済など他の用途にも充当され、使途の透明性が十分ではありません。フランスのように、目的を明確にした社会保障税を設けるべきだと考えます。フランスでは給与から天引きされる社会保険料とは別に、所得全般に課される CSG（一般化社会拠出金）という社会保障目的税が存在します。これは1991年に創設され、社会保障の恒久的な財源として定着しています。こうした仕組みを参考に、日本でも消費税を「物品税的な部分」と「社会保障目的税」に分けて管理すれば、財源の透明性が高まります。社会保障税なら納得できると理解してくれる人も多いように思います。

○井川：確かにそうですね。消費税が8%から10%に引き上げられた際、政府は増税分のすべてを社会保障に充てると説明していました。しかし、実際にどれだけの割合が医療や介護に使われたのかは明らかにされていません。結局、財政全体に混ざってしまい、社会保障のための増税という約束がどこまで守られているのか、国民には見えないのです。

その意味で、安藤先生がおっしゃる“国のレシート”構想は非常に現実的だと思います。国民一人ひとりが納めた税金が、どの分野にどれだけ使われたのかを、レシートのように可視化する仕組みがあれば、政府への信頼は格段に高まるでしょう。

私たち医療の現場にいる者から見ても、今の制度では増収分が医療や介護に十分に還元されている実

感がありません。医療機関は設備更新や人件費の上昇に苦しみ、介護現場では人手不足が深刻化している。国民から集めた税金がどのように社会保障に生かされているのかを明確に示すことこそ、政治に対する信頼回復の第一歩だと思います。

■ 少子化対策は海外事例も参考に

○井川：これからますます少子高齢社会が進展します。子どもの数は減少の一途をたどり、将来的に私たちの世代を支える現役世代は確実に少なくなっていくでしょう。高齢化率がピークを迎えるのは2050年前後とされていますが、それまでの数十年間、若い世代に大きな負担がのしかかることになります。こうした状況に対して、どのような政策的対応が必要だとお考えですか。

○安藤：非常に難しい問題ですが、少子化対策はどの国も頭を悩ませている課題です。私が興味深いと感じたのは、ハンガリーの取り組みです。ハンガリーでは、子どもを二人以上出産した女性は、生涯にわたり所得税が免除されるという思い切った政策を導入しています。また、第二子・第三子の出産時には住宅購入補助が支給されるなど、家庭の経済的負担を直接的に軽減する制度が整備されています。これにより出生率は一定の回復傾向を示しており、国家的な成功例として注目されています。

○井川：ハンガリーのような国でも、かつては日本と同様に深刻な少子化に直面していたのですね。大胆な税制優遇や住宅支援を実施することで、家族を持つことのハードルを下げたという点は非常に参考になります。

日本でも一部の自治体で第二子・第三子への出産祝い金、授業料無償化、医療費無料化などの支援策が導入されていますが、全国的な出生率の上昇にはまだつながっていません。地域ごとの支援策がバラバラで、総合的な国家戦略としての整合性に欠けている印象を受けます。加えて、教育費や住宅費の高さ、共働き世帯のワークライフバランスの難しさなど、子どもを持つ環境そのものが整っていない点も問題です。結婚や出産をためらう若い世代の心理的ハードルを下げるには、経済的支援と同時に社会的

な安心感を与える政策が必要でしょう。

○安藤：婚活支援や地域での出会いの場づくりといった取り組みも重要ですが、根本的には子どもを持っても安心して生活できる社会を構築しなければなりません。若い夫婦が子育てを理由に生活水準を落とすことのない仕組みが必要です。

たとえば、イギリスなどで導入されている「給付付き税額控除（Tax Credit）」のように、所得が一定以下の世帯に対して現金給付を行う仕組みは非常に有効だと思います。単なる減税ではなく、所得の少ない層に重点的に支援が行き渡る制度です。日本でも同様の仕組みを導入すれば、共働き世帯やシングルペアレント世帯の生活を下支えできる。経済的な安心が確立されれば、結婚・出産・子育てに前向きな選択をする人が確実に増えるはずです。また、子育て世代への住宅支援や保育環境の整備も同時に進める必要があります。子どもを産み育てることが「社会全体の価値」として尊重される社会をつくることこそ、少子化対策の本質だと思います。

○井川：確かに、日本では支援制度が断片的で、若い世代に実感として届いていない面があります。今後は、単発の給付金や一時的な助成ではなく、安定的かつ継続的な支援体系を構築することが不可欠でしょう。そうした政策がなければ、出生率の回復は難しいと感じます。

■ 持続可能な社会保険制度に向けて

○井川：日本の医療制度そのものについて、今後どのように変えていくべきだとお考えですか。日本の国民皆保険制度やフリーアクセスの仕組みは世界的に見ても優れた制度ですが、財源や運用面では課題も多いと思います。現在のように、国が医療費の3分の1を負担し、保険者が半分、患者が3割負担する構造は、国の財政に重い負担を与えています。

一方で、ドイツのように国がほとんど財政負担をせず、保険者が大部分を負担する制度では、保険者の発言力が非常に強くなり、医療現場の自由度が制約されがちです。日本はその中間のバランスを取っているとも言えますが、今後、持続可能な制度を維持するために、どのような方向性が望ましいとお考

えですか。

○安藤：日本の社会保障制度は、給与から天引きされる社会保険料の負担が大きく、税負担とのバランスが崩れています。保険料が高すぎる一方で、税による再分配機能が十分に働いていない。制度全体を整理し、社会保険料と税負担のバランスを再設計する必要があります。

また、選挙のたびに控除の拡大が議論されますが、控除制度が複雑化し、結果として税収が減少する一方で、社会保障の安定性が損なわれているのが現状です。制度を単純化し、誰にどのような支援を行うのかを明確にするべきだと思います。

フリーアクセス制度については、日本の医療の強みであることは確かです。しかし、医療資源の効率的な活用という観点からは、地域包括ケアと総合診療医の養成を進め、まずは地域のかかりつけ医がトリアージ機能を担う体制を強化することが重要です。患者が適切な医療機関にスムーズにアクセスできるよう、仕組みを整備する必要があります。

○井川：確かに、医療提供体制の効率化という意味では、かかりつけ医の役割が今後ますます重要になります。患者がまず信頼できる総合診療医を受診し、そこで状態を評価したうえで、必要に応じて専門医療につなげていく。日本でも同様の考え方を根付かせることができれば、医療費の無駄や重複検査の削減につながり、結果として財政の健全化にも寄与するでしょう。ただし、そのためには地域医療連携のデジタル化や情報共有の基盤整備も不可欠です。患者情報を安全かつ迅速に共有できる仕組みを整えることが、今後の医療DXの中核になると考えます。

○安藤：その上で、社会保障制度全体の持続可能性を確保するためには、各制度の対象年齢の見直しも避けて通れません。たとえば、後期高齢者医療制度や介護保険制度の適用年齢を段階的に引き上げることも検討すべきでしょう。もちろん、若年で障害をお持ちの方などは対象外とする必要がありますが、現在の65歳の介護保険給付開始年齢を、70歳そして75歳に引き上げるなどの柔軟な設計が必要です。

また、年金制度についても支給年齢を段階的に引き上げることで、保険料負担を増やさずに制度を維

持することが可能です。

○井川：ただ、介護保険の加入年齢を引き上げると、保険料収入が減少し、制度全体の運営に支障をきたす可能性があります。

○安藤：その場合は、給付水準の見直しなどでバランスを取る方法もあります。重要なのは、限られた財源の中で制度を維持し続ける仕組みを設計することです。制度の持続性を高めるために、支給年齢や給付内容を柔軟に調整する必要があります。

○井川：つまり、国民皆保険制度という根幹は守りつつ、制度を時代に合わせて再構築していくという考え方ですね。支給対象や年齢要件の見直し、効率的な医療提供体制の構築など、持続可能性を前提にした改革が求められます。

■ 医師の地域偏在をどうするか

○井川：私は地域包括ケアシステムの在り方について、いつも考えていることがあります。それは地域格差の問題です。都市部と過疎地域では、人口構成も医療資源の分布もまったく異なります。患者が医療機関へアクセスできる距離や時間、医療従事者の数、診療密度など、いずれも格差が顕著です。

私はかつて小児心臓外科医として、和歌山県田辺市の病院に赴任した経験があります。白浜のすぐ近くで、紀伊半島のほぼ中央部に位置する地域です。北側には大阪に近い和歌山医科大学、東側には三重大学がありますが、いずれも遠く、紀南地域の新宮市や串本町などから医療支援を受けるには、片道3～4時間を要します。新生児がチアノーゼを起こした際、ドクターカーで搬送しても往復6～7時間、救命に間に合わないこともありました。私は田辺市で何例かの救命に携わりましたが、医師が1人しかいない体制では継続が困難です。結局、マンパワーの限界から途絶えてしまいました。医師の地域偏在という現実を、身をもって痛感しました。

今ではドクターヘリが導入されていますが、天候に左右されて運航できない日も多く、完全な解決策とは言えません。最も確実なのは地上搬送ですが、それでも距離の壁は依然として高い。地域包括ケアシステムは理念として優れていますが、現行の枠組

みでは、こうした広域・過疎地域の医療を十分にカバーできていないと感じます。

一方、都市部では医療機関が密集しており、比較的小さな圏域でも包括ケアが機能します。しかし、地方や中山間地では、現実的に同じ仕組みを適用することが難しい。厚労省はこの点をどう考えているのか、そして安藤先生はどのようにお考えでしょうか。

○安藤：地域包括ケアの範囲は主に市区町村が中心となりますが、その上位には二次医療圏があります。今の制度は、人口密集地をモデルとして設計されており、地理的に広大な地域や人口希薄地帯では機能しにくい。こうした地域においては、従来型の医療圏の枠を超えた広域ネットワークの発想が必要です。そのためには、まずICTやAIなどの活用を積極的に進めることが不可欠です。病院救急車、ドクターカーやドクターヘリの運用も、単なる救急搬送ではなく、地域間医療連携のモビリティとして再設計する必要があります。AIによる出動最適化システムや、地域単位での医療搬送ネットワークを整備すれば、限られたリソースを有効活用できます。

さらに、広域連携の中核を担う拠点病院の整備も進め、慢性期・急性期・在宅を包括する医療提供体制を構築することが求められます。行政・消防・医療機関がデータ連携を行い、地域全体で患者を支える必要があります。これが真の意味での包括ケアではないでしょうか。

○井川：確かに、現場の実態を考えると理想的な地域包括ケアを全国一律で展開するのは難しいですね。特に人材不足が深刻化する中で、過疎地では医療・介護の担い手が減り、都市部では逆に供給過剰になるという構図が進行しています。今後は、地域ごとに最適化された分散型の包括ケアモデルを構築することが求められるのだと思います。

■ 「地域包括ケア基本法」などで

○安藤：北欧諸国では、過疎地域の高齢者や住民を一カ所に集約し、生活機能や医療・福祉を統合したコンパクトシティ構想を進めています。こうした形で医療・介護・生活支援を一体的に運営することで、

効率的なサービス提供と財政の安定化を実現しています。理想的なモデルですが、日本では事情が異なります。山間部や離島などに“ポツンと一軒家”のような世帯が多く、住み慣れた土地を離れたくないという国民感情も強い。地域の文化や価値観を無視して単純に集約化を進めることは現実的ではありません。

そのため、地域の特性を踏まえた柔軟な医療提供体制の再設計が必要です。例えば、複数の大規模病院が近隣に存在する場合、すべてが同じ機能を持つ必要はありません。基幹病院を中心に、周辺には診断・検査センターやリハビリ拠点を配置し、役割分担を明確化する。診断と治療を分化させることで、医療費の削減と人材の有効配置が可能になります。地域全体でネットワーク型の医療連携を形成すれば、マンパワーの偏在も緩和されるでしょう。

こうした分業・連携型のモデルを推進するためには、地域医療構想の再構築が不可欠です。医療・介護・福祉を一体的に運営する新たな仕組みを模索し、現場発のアイデアを集約して制度設計につなげていくことが重要だと思います。

○井川：確かにその通りですね。せっかくマイナンバーカードが普及してきたのに、医療情報の統合が進まないのは残念です。イギリスのように、国民の医療データが統合管理され、どの医療機関でも患者の既往歴や投薬情報を確認できる仕組みが整っていれば、医療の質も安全性も飛躍的に向上するはずです。現在の日本では、医療情報が病院ごとに分断されており、患者が転院するたびに検査をやり直すという非効率が続いています。なぜこれほど時間がかかっているのか、不思議に感じます。

○安藤：医療情報の統合は、今後の地域包括ケアを進める上で最も重要な課題の一つです。政府としても電子カルテ情報の標準化や共有基盤の整備を進めていますが、スピード感が足りません。特にマイナンバーカードとの連携を通じて、診療履歴・検査データ・処方履歴などを一元管理できるようにすることが必要です。

現在、救急医療分野では PHR（Personal Health Record）の仕組みを活用し、救急搬送時に患者情

報を即座に確認できるシステムの整備が始まっています。しかし、まだ試行段階で全国展開には至っていません。

私は、医療と介護を横断的に結びつける法制度の整備が不可欠だと考えています。たとえば「地域包括ケア基本法」や「地域共生社会基本法」といった枠組みを設け、医療・介護・福祉・行政が縦割りを超えて連携できる仕組みをつくるべきです。現在の医療政策は依然として省庁間の壁が厚く、縦割り行政の弊害が残っています。

今後は、厚労省だけでなく、総務省や内閣府など関係省庁を横断して地域共生社会を構築するための総合的な検討体制をつくりたいと考えています。これこそが、真に持続可能な地域医療の基盤整備につながると確信しています。

■ 医療・介護現場の負担軽減を

○井川：前回の診療報酬・介護報酬の同時改定の際、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」が開かれました。厚生労働省の保険局と老健局がうまく連携し、医療と介護が一体となるような改定が実現した点は非常に評価できると思います。しかし、今回は同時改定ではないため、あのような一体感や方向性がやや見えにくい印象を受けています。やはり、医療と介護の担当部署がしっかりとタッグを組み、双方にとって Win-Win の加算体系を設けることが重要です。医療機関と介護施設の連携を強化するインセンティブがあれば、現場のモチベーションも上がるでしょう。

ただし、加算が増えすぎた結果、届出や報告書類が膨大になり、現場の事務負担が著しく増大しています。累次改定で加算が加算を生む構造となり、職員が診療よりも書類作成に追われる現状は本末転倒です。働き方改革を進める以前に、まず「業務量そのものを減らす」ことが必要だと痛感します。特に文書作成負担の軽減は、今後の制度設計における最大のテーマだと思います。

○安藤：以前、文書負担等に関するアンケート調査を実施したことがあります。その結果、全体の7割以上が「文書作成・届出業務が過剰」と回答してい

ます。とくに加算に関する届出や算定要件の管理が煩雑で、月次・隔月ごとの提出業務が現場を圧迫している。こうした事務作業を減らすためには、制度そのもののシンプル化とデジタル化を並行して進める必要があります。

たとえば、各種届出や算定要件の確認をオンライン化し、電子署名で完結できるようにすれば、現場の負担は大幅に軽減されます。また、同一法人内で共通データベースを活用すれば、重複入力も防げる。こうした業務プロセスの最適化を国が主導して進めるべきです。DX というと大掛かりなシステム導入を想像しがちですが、まずは書類・報告様式の簡素化から始めるだけでも現場は救われます。現場の声を政策形成に反映する仕組みを整えることが大切です。現場を知らないまま制度を設計すると、実態に合わない負担が生まれてしまう。今後は医療機関・介護施設・行政が定期的に情報共有を行い、制度と運用のギャップを埋めていくべきだと思います。

○井川：DX や ICT に頼るだけではなく、もっとアナログな改善でも解決できる部分は多いと思います。たとえば、現場での業務分担の見直しや、職種間の連携強化など、人の動き方を変えるだけで効率化できることもあります。地域の中で既存の資源をうまく活用し、人と人の関係性を再構築すれば、地域包括ケアの推進にもつながるでしょう。

ただし、そのためには安定した財源が必要です。国はこれまで、入院基本料などの本体報酬を上げずに、加算で対応してきましたが、その結果、事務負担ばかりが増え、現場は疲弊しています。今後は、加算頼みではなく、制度そのものを見直して、基礎的な部分を底上げしてほしいと思います。

○安藤：多くの病院では、月ごと、あるいは2カ月に一度提出が求められる届出書類が膨大で、担当職員が夜遅くまで残業して処理しているのが実情です。医療・介護の現場は人員的にもギリギリの中で運営されており、このままでは本来の患者ケアに割く時間が削られてしまう。

私は、こうした業務の頻度と様式の両面で見直しを進めるべきだと考えています。たとえば、報告頻度を年数回にまとめる、あるいは同一内容の書類を

一元管理できる共通届出システムを構築したり、AI による自動チェック機能を導入したりすれば、誤記や重複を減らし、職員の確認作業も軽減できるでしょう。患者さんと向き合える環境を整えることが結果的に医療の質を高め、持続可能な提供体制の構築につながると考えています。

■「地域一番手の病院」へ

○井川：今年は令和8年度の診療報酬改定が実施されます。慢性期医療の診療報酬は、今後どのような体系の中で位置づけ、評価していくべきだとお考えでしょうか。とくに、療養病棟入院料については、前回改定で医療区分が大幅に見直され、その影響がまだ現場に残っています。現行の医療区分を維持すべきなのか、それとも DPC などを活用して新たな方向を模索すべきなのか、お考えをお聞かせください。

○安藤：医療区分そのものを抜本的に変えるのは、現場の混乱も大きく、すぐには難しいでしょう。ただ、現行制度にアウトカム評価を組み合わせることは可能だと思います。つまり、「どれだけ治療効果を上げたか」「どれだけ在宅復帰につなげたか」といった指標を導入し、慢性期医療の質を数値的に評価していく方向です。

具体的には、ADL の改善率や在宅復帰率、合併症予防率などを指標化し、それを報酬評価に反映させる。一案ですが、従来の「重症度、医療・看護必要度」を「重症度、医療・看護・介護必要度」として拡張し、医療と介護の両側面から総合的に評価する仕組みがあってもいい。評価項目はシンプルに整理しつつ、患者のアウトカムで報酬が変わる仕組みを設計すれば、より公平で納得感のある制度になると思います。

また、DPC のような包括的評価を慢性期にそのまま導入するのは難しい面がありますが、部分的に取り入れる余地はあります。慢性期の特徴である長期安定、多職種支援、再発防止といった視点を DPC 的に数値化することで、効率性と質を両立した評価体系をつくることも可能でしょう。

○井川：なるほど。アウトカム評価という点では、

厚労省が毎回示すデータの中に、療養病床の死亡退院率が6割を超えているという数字があります。療養病床の中でも、非常に質の高い病院と、そうでない病院の差が大きい。安藤先生がおっしゃったように、単に寝たきりの患者を受け入れて看取りだけをしているような病院がある一方で、積極的に治療やリハビリを行い、3～4割の在宅復帰率を目指して努力している病院もある。こうした取り組みの差をきちんと評価すべきだと私も感じています。

では今後、療養病床はどのように位置づけられるべきでしょうか。一部を介護医療院などに移行させたほうがよいのか。それとも、医療としての療養病床を残して強化していくべきなのか。どのようにお考えですか。

○安藤：私は、療養病床を一律に減らすのではなく、機能に応じた再編を行うべきだと考えています。確かに、医療区分による分類上では重症患者を多く抱える施設と、比較的安定した慢性期患者を中心とする施設が混在していますから、同じ療養病床という枠組みでは公平な評価が難しい。そのため、まずはフェアに比較できるインディケーターを設け、病院の機能・成果を正しく測定することが重要となります。

その指標には、在宅復帰率やADL改善度に加え、褥瘡発生率、再入院率、リハビリ実施率なども含められるでしょう。こうしたデータをもとに、医療の質を可視化し、努力して成果を出している病院をきちんと評価する仕組みをつくりたい。

また、介護医療院とのすみ分けを進めるべきです。医療依存度が低く、長期入所を前提とする患者は介護医療院へ移行し、医療的ケアを要する患者は療養病床で適切に支援する。このように役割を整理することで、全体の効率化と質の向上が図れます。療養病床は、決して、ついのすみかではなく、再び生活を取り戻すための医療の場であるべきです。慢性期医療の使命は、患者がもう一度、自宅で暮らす力を取り戻すことです。そのための制度設計と診療報酬体系を整えることが今回の改定で最も重要なテーマだと考えています。

○井川：安藤先生がおっしゃるように、患者や家族

が「自分の親を安心して入れたい」と思える病院こそが、良質な慢性期医療だと思います。武久名誉会長がよく言われる「地域一番手の病院」という言葉も、まさにそうした考え方を表しています。

■ 議員向けの勉強会を日慢協等で

○井川：最後にお伺いします。医療・介護の現場で日々奮闘されている専門職や経営者の皆さんに対して、国会議員の立場から伝えたいメッセージはありますか。

○安藤：私は、国会議員の多くが実は医療や介護の現場をよく知らないという現実を痛感しています。制度の仕組みや財源構造は理解していても、現場で何が起きているのか、医療従事者がどんな課題を抱えているのか、あまり把握されていない議員が大半のように感じます。ですから、国会議員を対象にした現場発信の勉強会を、日慢協や介護関連団体の皆さんが中心となって定期的に開催していただくと非常に意義があると思います。

そうした場で、慢性期医療とは何か、どのような課題があるのか、そして今後どんな制度設計が必要なのかを、実際に患者や家族、現場の声を交えて共有していく。議員が現実を正しく理解すれば、法案づくりや予算編成の段階で、より実態に即した政策を提案できるようになります。国政だけでなく、地方政治においても同様です。国会議員だけでなく、都道府県議会議員、市町村議会議員にも参加してもらい、地域ごとの課題を一緒に議論することが大切です。

○井川：池端副会長も、福井で同様の取り組みを行っているとお話しされていました。地域発の政策勉強会を積み重ねていくことが、最終的に国の制度を動かす力になるのだと思います。

○安藤：池端先生のような取り組みを全国に広げ、横展開していくことが重要です。現場の課題を現場の言葉で国会議員に伝え、それが政策形成の原点になる。私は、医療・介護団体が一体となって議員への政策教育を継続的に行うべきだと考えています。

国会議員も地元に戻れば、必ず病院や介護施設を訪問し、地域住民から高齢化や医療費、介護負担の

相談を受けています。その際に現場を理解していれば、より建設的な対応ができます。現場の知識をもった議員が増えることは、結果として制度を守り、支える力になるはずです。

○井川：私たちからすれば常識でも、国会議員の方々には意外と知られていないことが多い。そうしたギャップを埋めていく努力が必要です。

○安藤：そうですね。議員への教育は地道ですが、最も効果的な改革だと思います。勉強会を形式的なものにせず、テーマを細分化して継続的に行うのが理想です。例えば、「介護人材確保」「診療報酬上の課題」など、月ごとにテーマを設定して、30分程度のミニ勉強会を開催する。忙しい議員にも参加しやすく、理解を深める機会になります。年に一度の大規模な講演会よりも、月1回でも継続して開催するほうが効果的で有益です。継続的な対話こそが、政治と現場をつなぐ最も現実的な方法だと思います。

○井川：なるほど。まさに日慢協として取り組むべき次の目標ですね。医療・介護の未来をより良くするために、現場と政治をつなぐ仕組みづくりが重要だと改めて感じました。

○安藤：日慢協の理事会では、現場からの生の声が活発に出ていますね。井川先生をはじめ、橋本会長や池端先生が、その声をしっかりと政策の場、厚労省の会議などに届けてくださっているのは本当に心強いことです。現場の声を政策に反映させられるの

が、まさに日慢協の最大の強みです。組織としても成熟してきましたし、現場の知恵が国の制度を動かす力になっている。素晴らしいことだと思います。

○井川：私自身も、できるだけ現場の実態を伝えようと思っていますが、どこまでうまく伝えられているか自信はありません。ただ、制度の根幹を動かすためには、地道に声を上げ続けるしかないと感じています。安藤先生が副会長としてリーダーシップを発揮され、当会は大きく発展してきました。安藤先生が国会議員として政策の最前線に立たれているのは、私たち会員にとって大きな励みです。今後も現場と政治をつなぐ架け橋として、ご活躍を期待しています。本日は貴重なお話をありがとうございました。



対談を終えて （左）井川誠一郎氏、（右）安藤たかお氏



当院地域包括ケア病棟での再入院患者の疾患別特性の分析

社会医療法人貞仁会 新札幌ひばりが丘病院（北海道札幌市）

理学療法士 吉尾涼佑，門間輝

1. 北海道札幌市・厚別区の紹介

札幌市は、北海道の石狩振興局に属する市で、道庁所在地および石狩振興局所在地である。政令指定都市でもあり、10の行政区が置かれている。北海道の行政・経済・文化の中心地であり、道内において人口最多、かつ三大都市圏以外の国内で人口最多の市で、北海道の中心都市であり札幌都市圏を形成している。明治2年（1869年）の開拓使設置以来、北海道開拓の拠点として発展し続け、現在では人口190万人超え（北海道の人口の約3割）、市町村では、横浜、大阪、名古屋に次いで4番目の人口規模となっている。

厚別区は札幌市の東部に位置し、北東は江別市、南東は北広島市に接している。また、南は清田区、西は厚別及び一部三里川を区境に、白石区と隣り合っている。10の行政区の中で最も小さな区である。

2. 札幌市の人口動態

札幌市の人口は、令和2年（2020年）をピークに減少局面に入った一方で、平均寿命の延伸と出生率の低下により少子高齢化が進行している。令和5年（2023年）10月1日現在、高齢化率（65歳以上）は28.5%であり、これは全国平均の29.8%とほぼ

同水準、政令指定都市平均の26.5%を上回っている状況である。

特に注目すべき点は、75歳以上の後期高齢者人口が著しく増加することが見込まれている点である。令和7年（2025年）には団塊の世代すべてが75歳以上となり、総人口に占める高齢者の割合は令和12年（2030年）に31.3%、令和32年（2050年）には39.4%に達すると予測されている。これにより、介護や医療等のニーズが大幅に増大することが不可避と見込まれる。加えて、新型コロナウイルス感染症の拡大は高齢者の健康や生活に大きな影響を与え、課題を複雑化・多様化させているとされ、人との接触機会の減少は、高齢者の心身機能低下や孤立の懸念を高めている。

区別の人口は、平成27年（2015年）と平成29年（2017年）を比べると南区と厚別区は既に減少に転じている。厚別区の人口は平成29年10月時点では、約12万9千人となっている（市内10区のうち、下から2番目の人口）。また、世帯数は約5万5千世帯となっている（市内10区のうち、下から2番目の世帯数）。厚別区の将来人口は平成27年から令和17年（2035年）までに、生産年齢人口約3割減少、老年人口が約1.2倍増加し、少子高齢化が進行することが見込まれる（図1）。

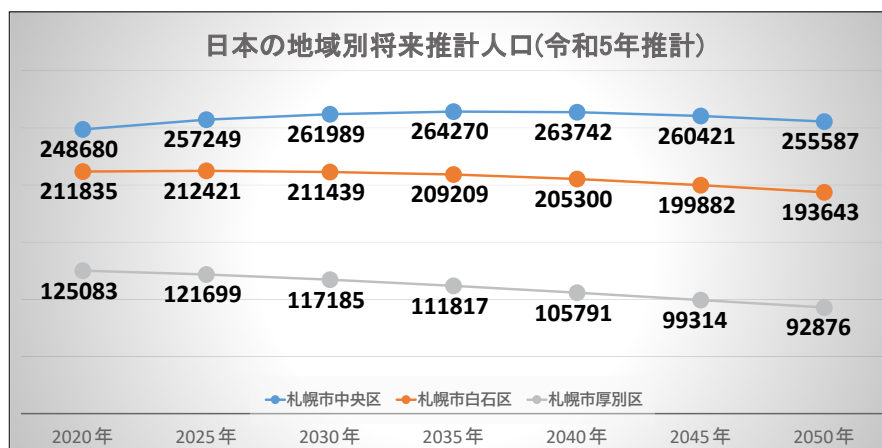


図1 将来推計人口

3. 当院の概要

社会医療法人貞仁会新札幌ひばりが丘病院は、北海道札幌市の厚別区に位置している。国道 12 号線沿いに面しており、札幌市全域に向かう地下鉄駅や新千歳空港に向かう JR 駅、全道各地に向かうバスターミナルも隣駅にあり、交通の便に恵まれた立地となっている。

当院は病気や怪我の治療後に、療養や医療上の管理を必要とされる方への入院医療と、在宅で療養を行う方への訪問診療を提供している。訪問看護、訪問リハビリテーション、介護支援といった在宅支援を行い、地域のかかりつけ医を担うあおば内科クリニックも有している。僻地医療の支援として町村への医療派遣も行っている。

病院理念として「患者様と家族様本位の医療を提供できる」、「地域に根ざし住民から信頼される」、「質の高い在宅医療の普及や情報通信の活用による医療連携推進の取り組みを強化する」ことを掲げている。

診療科目は、内科・消化器内科・循環器内科・緩和ケア内科・老年内科・漢方内科・整形外科・循環器外科・リハビリテーション科となっており、病床数は緩和ケア病棟 35 床、地域包括ケア病棟 60 床、医療療養病棟 48 床の全 143 床である（写真 1）。

地域包括ケア病棟の平均在院日数は 25.88 日となり、早期在宅復帰を目指すため、当院リハビリテー

ション科では医師からの指示の下、入院患者に対して、疾患別リハビリテーションと POC リハビリや摂食嚥下機能療法を理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により実施している。

上記のリハビリテーション以外の時間は自室での臥床により、生活リズムの乱れによる認知機能の低下や昼夜逆転に繋がることが懸念される。その為、離床・運動機会の確保、認知機能を保つことを目的とした院内デイケアも実施している。内容は平日午後から 1 項目 20 分のセッションを全 5 項目行っており、項目内容は担当するリハビリスタッフが選択し実施している。例として、準備運動から始まり、棒やタオルなどの道具を使った運動、言葉や計算を使った認知課題、発声や口腔体操などと内容は様々である（写真 2）。



写真2 院内デイケアの様子



写真1 新札幌ひばりが丘病院の外観

また、入院早期に退院前訪問（家屋調査）を実施し、自宅内環境を想定としたプログラムを立案し治療を行っている。入院時と入院中、退院時と多職種でのカンファレンスを行い、情報共有と退院後の生活環境を調整する退院支援を進めている。

また、当院は在宅部門として看護小規模多機能型居宅介護・指定居宅介護支援事業所・訪問診療・訪問看護ステーション・訪問リハビリステーションを有しており、退院後も安心・安全に在宅生活を少しでも継続的に送れるように、介護保険サービスへの移行も勧めている（写真 3）。



写真3 看護小規模多機能型居宅介護の外観

退院後の療養先は、元々の生活されていた在宅、高齢者住宅、施設入所と様々で、うち介護保険サービス利用者が9割を占めており、訪問看護・訪問リハビリ・ヘルパーなどを利用しながら、医療と介護の連携を主とした退院支援を行っている。

しかし、このような連携を行った上でも、退院後すぐに再入院となる患者が一定数生じてしまう事を課題と認識しており、今回改善へ繋げるべく、再入院患者の疾患別の特性を分析してみた。

(1) はじめに

近年、高齢化の進行や慢性疾患患者の増加に伴い、医療機関における再入院率の上昇が課題となっている。筆者は理学療法士として地域包括ケア病棟での勤務や、介護保険での訪問リハビリを通して、再入院を繰り返す患者を度々経験する。要因としては骨折による整形疾患、循環器、呼吸器などの内科疾患、脱水や食欲不振などの廃用症候群と様々である。入院患者に対しては、退院後の生活を見据えた退院支援が重要とされ、他職種による支援体制の整備が進められている。しかし、本人、家族、看護師、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーと連携を図り、退院後の生活支援を行っているにも関わらず、早期に再入院となる患者は少なくない。その背景には疾患そのものの特性や患者の身体的・社会的要因が複雑に関与している可能性があるが、実際にどのような疾患特性が再入院に影響しているかは十分に明らかになっていない。このような疑問を踏まえて、本研

究では再入院患者に着目し、その疾患特性を分析することで、退院支援のどの段階に改善の余地があるのか、また再入院を防ぐためにどのような視点が必要であるのかを検討する。

(2) 方法

- ①対象：2024年1月1日～5月31日までの当院地域包括ケア病棟にて入院されていた男女337名中、期間内に入退院を2回以上繰り返した男女47名（男性19名、女性28名、平均年齢85歳）を対象とした。
- ②区分：対象となる47名を、整形外科疾患群15名、内科疾患群32名（消化器疾患4名、呼吸器疾患5名、心疾患5名、がん疾患2名、皮膚疾患2名、その他14名）の2群に分けた。
※以下整形群、内科群とする。
- ③比較対象：性別、要介護度（要介護または要支援）、生活環境（自宅または施設）、世帯環境（同居または独居）、介護サービスの有無、運動機会の有無（訪問リハビリと通所リハビリのサービスの有無）。
- ④統計方法：カイ2乗検定を用いて各群と各項目を比較し、有意水準を0.05とした。

(3) 結果

【有意差あり群】

- ①要介護度として整形群は要介護者8名・要支援者7名、内科群は要介護者28名、要支援者4名、有意確率は0.009と0.05以下であったことから、再入院の傾向に疾患と要介護度が関係していると判断できる（図2）。
- ②世帯環境として整形群は同居生活6名・独居生活8名、内科群は同居生活24名・独居生活3名、有意確率は0.001と0.05以下であったことから、再入院の傾向に疾患と世帯環境が関係していると判断出来る（図2）。

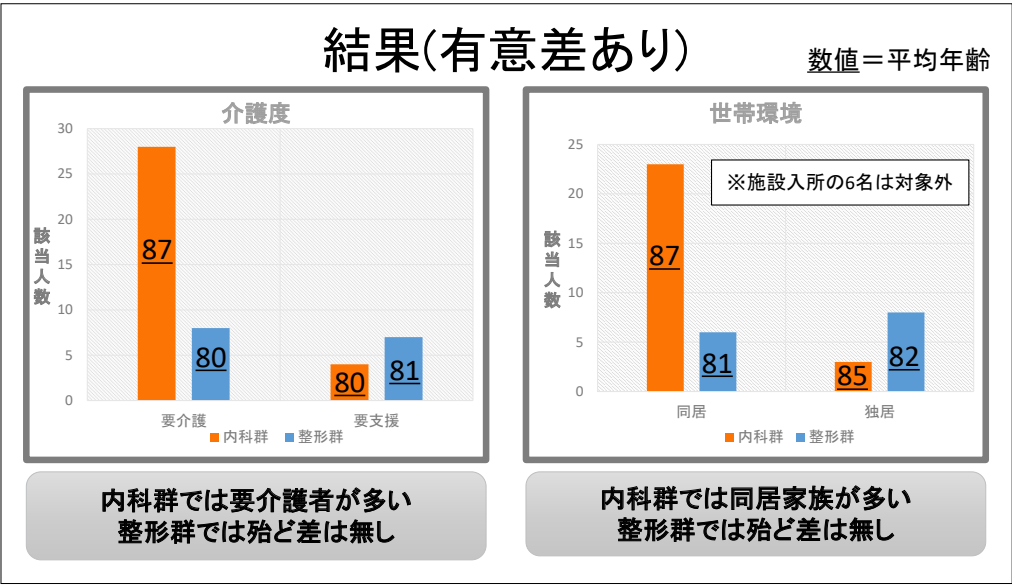


図2 要介護度・世帯環境の結果

【有意差無し群】

- ①性別として整形群は男性6名・女性9名，内科群は男性13名・女性19名，有意水準は0.9と0.05以上であったことから，再入院の傾向に疾患と性別が関係していないと判断できる。
- ②生活環境として整形群は自宅生活者14名・施設生活者1名，内科群は自宅生活者27名，施設生活者5名，有意水準は0.3と0.05以上であったことから，再入院の傾向に疾患と退院先が関係していないと判断できる。
- ③介護サービスの有無として整形群はサービス利用者13名・サービス利用なし2名，内科群はサービス利用者30名，サービス利用なし2名，有意水準が0.4と0.05以上であったことから，再入院の傾向に疾患とサービスの有無は関係していないと判断出来る。
- ④運動機会の有無として整形群は運動機会ある10名・運動機会なし3名，内科群は運動機会ある18名・運動機会なし12名，有意水準は0.2と0.05以上であったことから，再入院の傾向に疾患と運動機会の有無は関係していないと判断出来る。

(4) 考察

結果から世帯環境に有意差が生じた。整形群では同居・独居間で再入院率に大きな差は得られなかつ

た一方，内科群においては同居している患者の再入院率が高く，さらに表1からわかるように再入院までの期間も同居群の方が短かった。この結果は一見すると「同居環境の方の再入院が多い」という印象を与えるが，背景には同居者による病状の早期発見が寄与している可能性が考えられる。同居者は患者の日常生活を間近で観察できるため，体調悪化や機能低下を認識しやすく，独居患者では見逃されがちな初期症状の段階で医療機関受診に繋がる傾向にあると思われる。その結果早期の再入院となり，再入院率が高く見えていることが考えられる。特に内科疾患は慢性的な経過をたどることが多く，微細な変化が重症化に繋がりやすい。したがって同居者がいる環境では，早い段階で異変を察知し，医療介入が行われやすくなる。

再入院までの期間		
整形群:25日 内科群30日		
※世帯環境別	独居	同居
整形群	24.8日	25.0日
内科群	64.0日	30.6日

表1 世帯環境で比較した再入院までの期間

一方、独居患者では体調変化や生活的変化（体重減少、食事量・水分量の減少、排泄回数、服薬等）に気づきにくい、あるいは受診が遅れる可能性が高く、結果として再入院に結びつきにくい、あるいは再入院時は重症化している可能性も考えられる。また、内科疾患群でのみ差がみられた点については、整形群では症状が比較的明確で疼痛や歩行困難など自覚しやすい変化が本人に強く表れるため、独居であっても本人の判断で受診に至ることが多いことが理由として推測される。一方、内科疾患では自覚症状が曖昧で見逃されやすいことから、第三者による観察の有無が受診行動に強く影響した可能性がある。

以上より、同居環境は再入院率を上昇させる「リスク因子」と捉えるのではなく、むしろ病状の早期発見に寄与する「保護因子」として性質もあわせ持つと考えられる。今後は独居患者の体調変化を早期に察知する仕組み作りや、家族や他サービスへの指導・情報共有が再入院予防に有効である可能性が示唆される。

（５）終わりに

今回は北海道札幌市の地域性や当院の特色、再入院に対する当院での取り組みを紹介させていただいた。当院地域包括ケア病棟入院患者は80～90歳代の高齢者が多く、家族と同居されている方、独居の方、高齢者住宅・施設入所されている方と様々である。軽快により退院されるも体調不良（脱水症・食欲不振・感染症感染など）や要介護度増加による介護サービス・環境調整の為に再入院が必要となる患者が散見されている。

当院リハビリテーション科では再入院に対しての

対策として、入院早期での退院前訪問（家屋調査）、退院時に行う退院後訪問、退院後の外来・訪問リハビリフォローの導入を進めている。入院早期のタイミングで退院前訪問を実施することで、生活環境の把握や動線の確認、福祉用具の設置を検討することができ、生活背景を取り入れた治療プログラムの立案・実施に繋がる。退院後訪問は退院時にリハビリスタッフが退院先に訪問し、家族や施設職員へ動作指導を行うことである。実際に患者と生活環境での動線確認や動作介助方法の指導を行うことで転倒予防などのリスク管理、患者の身体機能に合わせた適切な介助ができる。退院後のリハビリフォローとして外来リハビリ・訪問リハビリ・DS・DCを導入し運動機会を確保することで、身体機能の維持・向上や認知面の機能低下予防、患者のQOL向上に繋がり、永続的に在宅生活が送れるように支援できる。しかし、当院リハビリテーション科での取り組みには限界があるため、他職種や他事業所、家族との情報共有を頻回に行い、その都度患者の身体機能・生活背景に応じた環境・サービス調整が再入院を予防するために重要になると考えている。

最後に研究課題として、独居群の母数が少なかったことから対象期間を増やし、その上でFIM等の数値化出来る評価項目を用いて、再入院時の重症化率の検討も行っていきたい。

【引用・参考文献】

- 1) 札幌市公式ホームページ
- 2) 札幌市厚別区公式ホームページ
- 3) 札幌市人口動態・将来推計人口・世帯数
- 4) 社会医療法人貞仁会新札幌ひばりが丘病院公式ホームページ

意向に沿わない退院となる患者の意思決定を支えた一症例

社会福祉法人慈生会 ベトレヘムの園病院（東京都清瀬市）

看護部 看護師 松本美有紀 介護福祉士 新津敬志

1. 病院紹介

当院は、東京の郊外清瀬市にある96床の医療療養病院である。創立者であるヨゼフ・フロジャク神父が結核療養所から退院を余技なくされ、解決の道もなく、孤独に苦しみ悩む人々のために“療養農園ベトレヘム”を開設したのが始まりとなる。時代とともに変化しながらも、カトリック精神「慈しみの心」を92年間継承し、現在は地域のニーズに応え一般病院との連携、在宅への退院支援、人生の最終段階（看取り）の受入れなど、尊厳を大切にし、癒す（care）医療・介護の提供を目指し、地域の慢性期病院として、その使命に力を尽くしている。



写真3 当院中庭 四季折々の花が咲く

2. はじめに

慢性期病院の役割は、急性期での治療を終え病状が安定した後も、長期的な医療・退院支援を必要とする患者のための医療施設であるが、当院の令和4年度の退院先は死亡退院が77%を占め、自宅退院1%、新規の施設入所は6%であり、退院支援の機会はかなり少ない。この状況の中、退院先が患者の意向に沿わない場合、退院前に不穏に陥る事を避けるため、本人への退院告知が直前となったケースがあった。本来退院支援は、患者と家族の意向に沿った生活上のニーズを基盤とし、その人らしく生きることを支えていくものである。今回、本人の意向である自宅ではなく、施設への退院となったが、退院支援の関わりにより、退院時には前向きな発言が聞かれたケースを振り返り、今後の課題も得ることが出来た。少ない経験であるが今後の社会情勢の変化から、慢性期病院への対応を求められることも増加すると考えられ、この経験を報告する。



写真1 当院外観

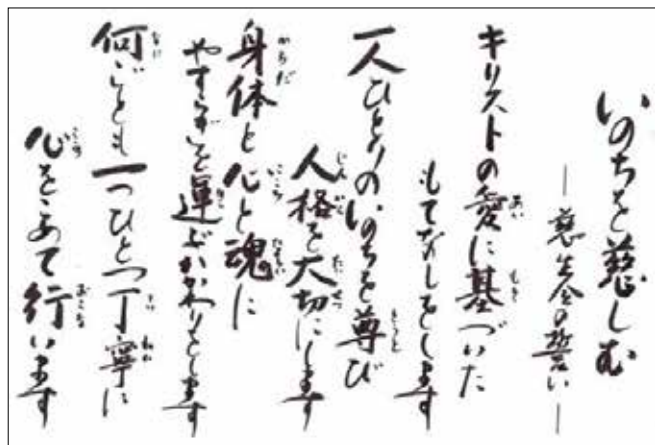


写真2 “いのちを慈しむ” 慈生会の誓い

3. 職員へのアンケート調査

(1) 目的

退院する患者への告知の方法や時期に対する職員の意識を調査分析し、今後の課題と方針を明らかにする。

(2) 方法

対象病棟の看護師および介護士 38 名にアンケート調査を実施。

- ・ 1 回目：8/20～31『患者の退院時における告知の時期，方法について』（回収率100%）
- ・ 2 回目：9/15～30『A 氏の告知から退院までの様子や対応について』（回収率97%）

(3) 倫理的配慮

【研究の対象となる個人の人権の擁護】

実践を通じた調査であり，協力は自由意思によるものとし，調査研究に対して研究目的や方法，結果の処理については添付の同意書を用いて説明した。

アンケート調査は伏せ字，無記名とし個人が特定されないよう配慮した。また調査への協力の有無による不利益を被ることがないこと，調査結果は研究の目的以外には使用しないこと，データの管理は記号化，数値化などの方法をとることにより個人が特定されないよう十分に配慮する旨説明した。研究内容は個人が特定されないように情報を処理した上で，論文で発表させて頂く旨を説明した。施設の倫理審査の承認を得た。

4. 事例紹介

A 氏 94 歳 女性

病 名：外傷性硬膜下血腫（両側）

既往歴：狭心症（ステント留置），関節リウマチ，骨粗鬆症

- ・ X 日：当時92歳まで自宅で次女と同居していたが，徐々に転倒することが多くなった。ほぼ自立していたが，めまい感とふらつきを訴え，近医受診し，甲状腺機能低下の診断にてレボチロキシンナトリウムを服用し症状は軽減した。

- ・ X 日+11ヵ月：コロナ感染により緊急入院し，ベッド上安静となった。同入院中に頭痛の訴えがあり，頭部 CT と MRI で慢性硬膜下血腫急性増悪と診断された。全身状態と高齢とのことで漢方薬による保存的治療となった。その後，徐々に経口摂取困難となり，経鼻経管栄養と頻回の口腔内吸引が必要となった。
- ・ X 日+14ヵ月：医療ケアとりハビリテーション目的で当院へ入院となった。

(1) 入院時状態

意識はほぼ清明で会話は部分的に可能，経鼻経管栄養，左右上下肢の筋力低下，ADL 全介助状態。HDS-R：15/30 点，胸部 XP：左右下肺野の浸潤影，心電図：発症時期不明の心房中隔梗塞，頭部 CT：慢性硬膜下血腫（両側）

(2) 入院後の経過

A 氏は「自宅へ帰りたい」と入院時から口癖のように言っていた。次女は自宅での介護を考えていたが，その他の家族から反対されていた。

入院後，吸引回数は徐々に少なくなり，食事はリハビリが介入し，2 か月後に経鼻胃管を抜去し自力にて，三食経口摂取が可能となった。

(3) 退院に向けての職員の関わり

- ・ 5 月〇日入院時面談：A 氏の「自宅に帰りたい」気持ちを受け，今後の方向性について医師，看護師，MSW と家人との話し合いを持った。
- ・ 7 月〇日面談：次女の夫からは現在の状態では在宅は無理だろうとの言葉があった。
- ・ 8 月〇日面談：三食自力摂取できるようになったことを伝えると，次女夫婦より，夫の心境の変化があり，約10日後に老人保健施設への転院が決定したと告げられた。

(4) 患者の意向へのアプローチ

A 氏の「自宅に帰りたい」という気持ちと，家族の「ADL をもう少し上げるためにリハビリ可能な施設へ退院させたい」の意向の違いについて，退院までの対応方法を話し合った。

A氏自身にADLの改善状況を伝え、「自宅退院できる希望を持ち頑張れる」ように以下の関わりをもった、

- ①コロナ禍であるが直接面会を複数回設定した。
- ②家族から自宅での受け入れの意向があること、そのためにはまず介護施設に退院することをA氏に伝えてもらう。
- ③愛情を注いでいる孫、ひ孫と面会の機会を作る。
- ④病棟スタッフは患者の言葉から気持ちを受け止め情報共有する。

(5) 退院先の結果

5か月間の慢性期病院の医療ケアとリハビリテーションを終えて、在宅療養を視野に老人保健施設に入所となった。

5. アンケート結果

①患者の退院時における告知の時期、方法について (図1)

②告知から退院までの患者の様子について (図2)

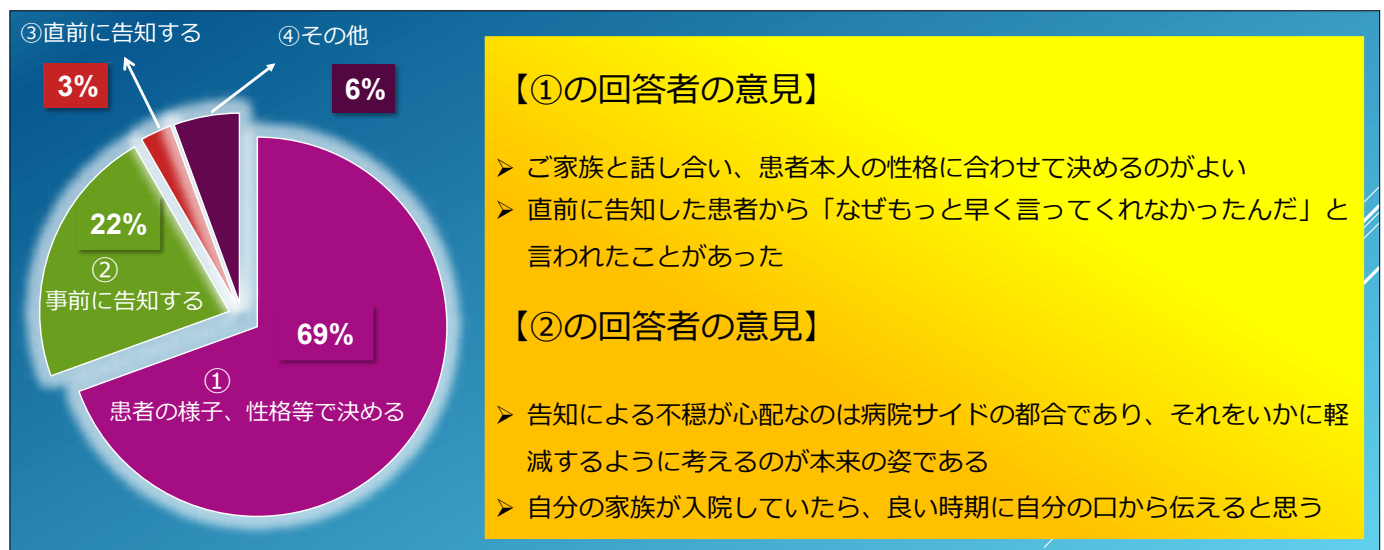


図1 アンケート結果①

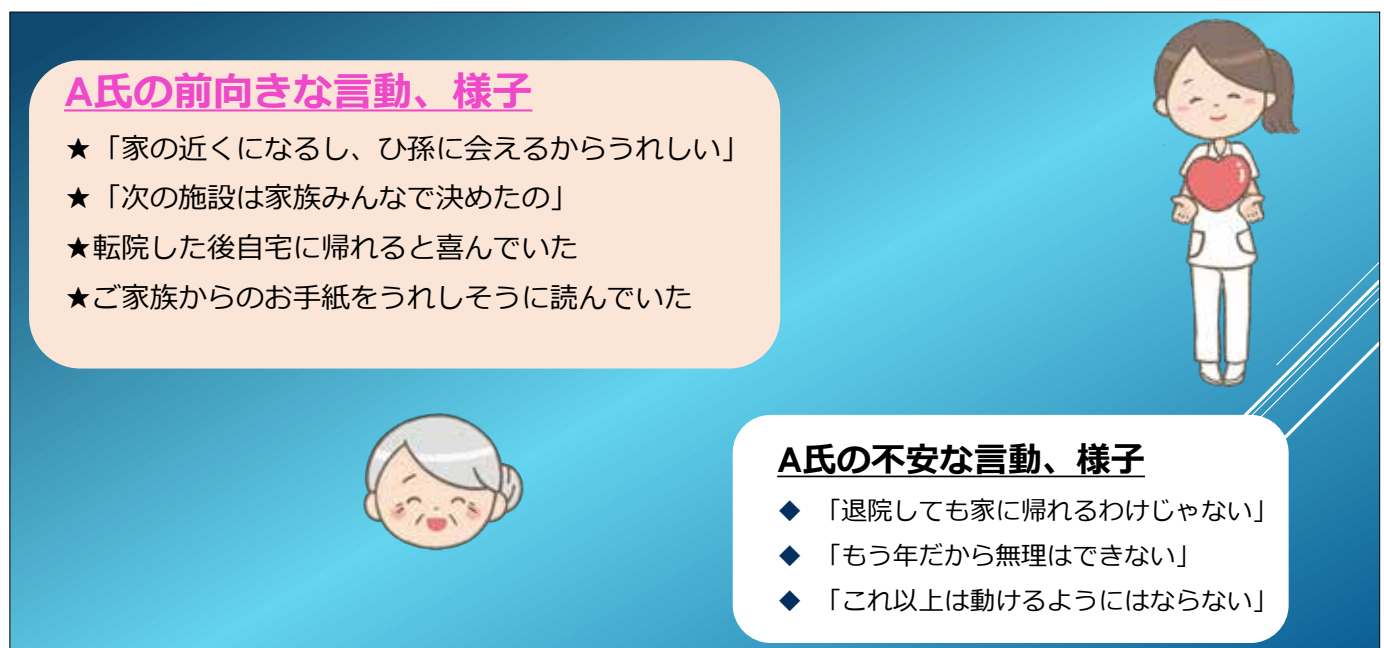


図2 アンケート結果②

6. 考察

患者の意思決定を支援することは看護師の重要な役割と言われている。日本看護協会による「看護師の倫理綱領」の条文の中で¹⁾、『看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する』と記されている。具体的には、看護師は、医師や他の医療者とともに患者や家族の病気や治療に対する理解度や意向を確認しながら、それに沿って病状や状況をわかりやすく説明し、意思表示をしやすい場づくりや調整、他の保健医療福祉関係者への働きかけが求められている。

今回は自宅退院に反対していた家族も、患者が三食自力で食べられるようになり、気持ちに変化が生まれた。医療療養病院から直接の在宅療養ではないが、その先に自宅での生活を目標とした退院となった。A氏は、「家の近くに行ける」「ひ孫に会える」という肯定的な発言と、一方では「すぐに家に帰れるわけじゃない」「これ以上動けない」という不安で残念な心境を吐露していた。このようなA氏の揺れる気持ちに対して、看護・介護職員は傾聴と勇気づけを繰り返し行った。「ナースが行う入退院支援」の著者である藤澤氏は²⁾、「退院支援は退院先を決定するだけの支援ではない。揺らいでいる患者や家族の思いに耳を傾け、対話することで患者と家族は自らの決定を再確認し、納得した決定とすることが出来る」と述べている。

病棟の全職員が患者、家族の揺れる気持ちに寄り添い、A氏へのアプローチが気持ちの変化に影響を与えたと考えられた。また藤澤氏は³⁾「看護職員が意思決定に沿った退院支援の重要性を理解し実践できる能力を高めるには、病棟における事例検討・学

習会など認識を深める機会を継続的に提供する必要がある」と述べている。自宅退院の機会が少ない当院では、今回の職員アンケートの分析と、この症例に対する関わりを病棟の共通体験として振り返っていく事が、退院支援の質の向上に繋がると考えられた。

7. 課題

今後も、退院において患者の意向に沿わない場合も、患者自身で受け止め意思決定できる病棟のケア体制の強化が必要である。

8. 終わりに

慢性期病院においてADLが向上し、患者・家族・職員が笑顔で退院を喜びあえる数少ない機会を得られた。日頃からコミュニケーションを図り、その患者・家族の性格や価値観を把握し、医療療養病院から前向きに次の療養生活（老人ホームなど）の場に繋がられるよう支援していきたい。

謝辞：丸山明美看護師長並びに窪田由佳看護部長のご指導に深謝いたします。

【引用文献】

- 1) 日本看護協会監修：看護者の基本的責務，日本看護協会出版，p42，2009年
- 2) 藤澤まこと：「ナースが行う入退院支援」，メジカルフレンド社，p55，2020年
- 3) 藤澤まこと：「医療関係の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究（第2部）」，岐阜県立看護大学紀要，第13巻1号：78，2013



高次脳機能障害と障害受容

医療法人財団慈強会 松山リハビリテーション病院（愛媛県松山市）

理事長 木戸保秀

1. はじめに

高次脳機能障害でよく知られている症状は、記憶障害や注意障害である。脳卒中や認知症、パーキンソン病などの変性疾患や脳腫瘍等が主な原因であるが、これらの高次脳機能障害は身体障害を伴い「目にみえる障害」であることが多く理解しやすい。しかし、軽症の脳外傷や脳卒中では高次脳機能障害のみが残存し、復職や復学後に難渋するケースが多く見受けられる。行政による高次脳機能障害では脳外傷や若年者の脳卒中（介護保険対象外）が対象となるのだが、多くの場合急性期や回復期入院ではなく、復職や復学の段階で問題が取り沙汰される。

2. 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害の扱い

ADL 前置主義の回復期リハビリテーション病棟で軽症の高次脳機能障害患者が重要視されることは無い（算定日数のみが尊重される）。そのため、障害は無いとして職場や学校で判断され、結果「障害が原因ではない」問題行動として扱われる。その時点では未だ高次脳機能障害として気付かず、数ヶ月から数年を経由して当院外来に来られる患者も少なくない。最も大切な回復期に高次脳機能障害を見落とさずリハビリテーションを受けることができたなら、復職や復学も安全且つ不利益も最小限となる。その対策の一つとして、病前の職歴や学歴を疎かにしない方がよい。特に学歴は最終学歴だけでなく、もう少し遡った情報が役立つ場合がある。以前経験した患者では中学時代、思春期の情報から得た性癖や問題行動の再燃から、高次脳機能障害の診断に至ったケースもあった。最近は患者層の高齢化により脳外傷による高次脳機能障害でも既に認知症や脳卒中、あるいは発達障害やアルコール等の依存症による高次脳機能障害が先にあるとして、交通事故

や労災、特に画像所見が明確でない場合にはほぼ100%後遺症として認定されない。そのため、詳細な病前（受傷前）の情報は非常に重要である。この確認作業は急性期や回復期で十分対応可能な筈である。

3. 高次脳機能障害症状固定の時期について

次に、一般的に身体障害の後遺症は発症後半年以内で判断する場合が多く、算定限度日までのリハビリテーション結果で後遺症診断に概ね間違いはないが、高次脳機能障害や失語症の場合1～2年かけて回復していく場合が少なくない。そのため、回復期リハビリテーション病棟を退院してからのリハビリテーションが最も重要となってくる。回復期や疾患別算定限度日以降リハビリテーションでどう関わっていくか、実はそのために必要とされる対策や情報共有が、急性期から回復期の期間で何もできていない現状を認識して欲しい。病識が欠けている患者、障害受容ができていない患者でADLだけ判断して、退院後に必要なリハビリテーションの結果が得られるか甚だ疑問である。同様なことが頸髄損傷、四肢麻痺患者にも言える。先程身体障害の後遺症は受傷直後や半年程度で判断可能と述べたが、病識欠如や障害受容は話が別である。生殖機能が成熟しても伴侶と共に生活ができなければ子供はできないし、育児も成り立たない。同様に、後遺障害が固定されてもそれを精神的に受け入れた日常生活ができなければ、本当の社会復帰・社会参加とは言えない。つまり、どんなに「できるADL」向上が得られても、「しているADL」が定着していなければ意味がない。入院中の病棟でしているADLを「しているADL」とされることは大きな誤解を招く。病棟でしていても退院後していなければ意味がなく、且つ継続されるものでなくてはならない。退院後に継続される「し

ている ADL」とはどのような ADL なのか、これは医学的配慮された予防を前提とした日常生活であるべきなのに、介護保険の「利用者本位（むしろ事業者本位か？）」「や、患者が病識に欠け障害受容ができていない事を無視し、「尊厳の保持」にこだわる社会福祉士やケアマネジャーの医学的配慮に欠けた生活指導やケアプラン等の誤った対応は大きな間違いをもたらす。彼等のプランを決して鵜呑みしてはならない。予防的観点から医学的リハビリテーション的に細やかに日常生活を修正し、指導ができる体制ができていないのが今の医療・介護制度である。

4. 高次脳機能障害の障害受容に必要な対策

高次脳機能障害について、愛媛県でその支援普及事業が平成 20 年に開始された時、私が特にこだわった点が二点ある。一点目は、高次脳機能障害に関わる医療福祉従事者や当事者・ご家族に対して、可能な限り勉強会や講演会を行う事である。新型コロナで回数は減ったが、高次脳機能障害のみを取り扱った講演会では全国から見識者を招き、愛媛県で年に

4 回、毎年行っている。二点目は、行政担当者（特に保健師）の見識を深める事である。彼等彼女等を対象とした勉強会も各地域の保健所まで出向き、頻回に行っている。保健師は愛媛県内に限らず派遣されており、同時に県内配置転換もしており、勉強会や講演会の回数は限られているが、そこで学んだ知識が愛媛県内の隅々で活かされている事が実感できている。自分達高次脳機能障害支援拠点機関スタッフは、当事者や医療・リハビリテーション等専門職、看護師、社会福祉士、ケアマネジャー、教員、行政各関係者等と共に歩んでいる。

5. まとめ

我々にできることは限られている。少しでも高次脳機能障害に興味を持ち、正しく理解してくれる仲間を一人でも増やしていくことに尽きると考えている。愛媛県内のどこにいても急性期や回復期でこぼれた当事者を拾い上げ、本人が少しでも前向きに進むことができる社会に結びつける事ができる事を心から願っている。

2025年12月の記者会見

次期診療報酬改定に関する日慢協の対応 次々期でオンラインST外来の保険適用を提言



当会は12月11日の定例記者会見で、次期診療報酬改定に向けた課題と提言を示した。池端幸彦副会長は、物価・人件費高騰などで病院経営が深刻化し、2026年度改定で10%超の引き上げが不可欠と訴えた。橋本康子会長は、地域偏在が深刻な言語聴覚士（ST）不足の解消に向け、長期的な言語リハビリ支援の重要性を強調。次々期改定を見据え、オンラインST外来の保険適用を提言した。

池端副会長は、慢性期医療を含む病院経営が深刻な赤字に陥り、医療提供体制の維持が危機的状況にあると説明。物価・人件費の上昇に診療報酬が追いつかず、現場の努力ではすでに対応が限界であると指摘した。補正予算での措置に謝意を示しながらも、「医療崩壊を防ぐためには一時的な止血ではなく、10%超の改定率が必要」と強調した。また、急性期を支える回復期・慢性期医療の重要性を挙げ、「新たな地域医療構想に寄り添いながら、いかに効率的な医療をするか。十分な財源確保が必要だ」と訴えた。

続いて、橋本会長がオンラインST外来の保険適用を提言。その必要性を長期的な言語リハビリ支援とST人材の地域偏在という2つの課題から説明し

た。失語症や高次脳機能障害の改善には2～3年を要し、退院後も継続的な支援が不可欠とのデータを示した上で、外来STの提供が著しく不足している現状を伝えた。

橋本会長は「STが不足している地域では受診が困難な状況」と指摘し、オンラインSTにより言語機能が向上して就労に至った症例を提示。「継続した生活支援にオンラインSTは有用」とした。オンラインSTが米国では適切な提供モデルとして位置づけられている点も挙げ、現行の診療報酬で評価されている「D to D」や「D to P」などと同等の対応を求めた。

■ 入院基本料の引き上げが原則

質疑では、病院団体が要望する診療報酬改定率10%について、「テクニカルにどのような手法が現実的なのか」との質問が投げかけられた。これに対し池端副会長は「ベースアップ評価料など個別項目での対応もあるが、病院経営全体を下支えする観点からは、入院基本料の引き上げが原則になる」との認識を示した。入院基本料を軸に改定することで、「経営が悪化している病院に幅広く手当てが行き届

く」とし、次期改定での対応に期待を込めた。

また、財務省資料で示されている病院機能別の経常利益率に関する質問もあった。「急性期は赤字である一方、回復期・慢性期は黒字とされている点についてどう考えるか」と問われ、池端副会長は「公立・公的病院が多い急性期では、赤字であっても公費による補填が行われ、人件費も人事院勧告に沿って確保されている」と説明した上で、「民間病院が中心となる回復期や慢性期では、補填がない中で人件費や経費を極限まで抑え、相当な経営努力を重ねても赤字に陥っている」と指摘。同じ黒字・赤字という指標でも内容は異なるとした。

■ 日本の医療提供体制が崩壊してしまう

質疑の中盤では、改定率が十分に確保されなかった場合の医療提供体制への影響について議論が及んだ。池端副会長は「改定率が低水準にとどまれば、高度急性期のみを支援し、回復期・慢性期は我慢を強いられる構図になりかねない」と警鐘を鳴らした。

池端副会長は「急性期医療は回復期・慢性期など包括期による下支えがなければ成り立たない」とし、「慢性期医療が崩れれば、日本全体の医療提供体制が機能不全に陥る」と強調。民間病院を中心とした包括期・慢性期医療では、赤字病院が6～7割に達していると説明し、「2年間赤字が続けば金融機関からの融資が受けられなくなる。明日、病院がなくなってもおかしくない状況が続いている」と危機感をあらわにした。さらに、病床稼働率はコロナ禍から回復し、現在は8割を超えているにもかかわらず赤字が続いている点を挙げ、「もはや現場の努力では限界に達している」と理解を求め、「今回は全ての病院を助けていただかないと、日本の医療提供体制が崩壊してしまう」と訴えた。

■ オンライン ST の有用性は極めて高い

オンライン ST 外来の保険適用については、制度導入の時期に関する質問があった。橋本会長は、次回改定への反映は難しいとの見通しを示しつつも、「次々期改定を見据え、まずは制度の必要性を理解してもらうことが重要だ」と述べた。

また、「ST 人材が少ない中でオンライン ST が本来に提供可能なのか」との問いに対しては、資格を有しながら医療機関で働いていない ST が相当数存在する点を挙げ、「オンラインであれば在宅でも業務が可能となり、移動時間が不要なので効率的に対応できる」と説明。「地方や過疎地では ST が全く存在しない地域も多く、オンライン ST の有用性は極めて高い」と述べた。

現在、自費で提供されているオンライン ST の実態についての質問もあった。橋本会長は、国内では小規模な ST グループが、小児の吃音や発話障害などを対象に自費で提供している例があると説明。一方で、脳卒中後の高齢者を対象とした医療としてのオンライン ST は不足しているとの見方を示した。

保険適用後の担い手については、「地域に ST 外来が存在しない場合に、病院勤務の ST が遠隔で対応する形を想定している」と説明。「沖縄や離島、北海道など、実際にオンライン ST が有効であった」と症例を紹介し、都市部と地方の医療格差を是正する手段として、オンライン ST が重要な役割を果たし得るとの認識を示した。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=12061>

2026年1月の記者会見
慢性期医療を、次の時代の中核へ
新地域医療構想および令和8年度診療報酬改定と
これからの慢性期医療の役割



当会は1月8日、定例記者会見を開き、橋本康子会長が年頭所感として「慢性期医療を、次の時代の中核へ」をテーマに見解を示した。令和8年度診療報酬改定を控える中、橋本会長は改定率の受け止めとともに慢性期医療が果たすべき役割を改めて整理し、「寝たきり高齢者を作らない・増やさない」ことを中核に据えた医療・介護提供体制の構造改革の必要性を強調。慢性期医療は単なる急性期医療の受け皿ではなく、日本の医療を支える基盤であるとの認識が示された。井川誠一郎副会長は新たな地域医

療構想と令和8年度改定の動向を踏まえ、今後の慢性期医療の方向性について当会の考え方を説明した。

今年最初となる記者会見は、役員新年会の会場であるホテルオークラ東京において対面形式で行われた。司会進行を矢野諭副会長が務め、橋本会長と井川副会長が当会の考え方を説明。質疑応答に移った。会場には多くの報道関係者が集まった。

■ 慢性期医療の役割は大きい

橋本会長は冒頭、令和8年度診療報酬改定率が3.09%、うち賃上げ・処遇改善分が1.70%と示された点に触れ、30年ぶりとなる3%超の改定であることを評価しつつも、物価や人件費の高騰に十分対応できていない現状を指摘。「病院経営が依然として厳しい中、現場の実態や日々の努力が十分に評価されているとは言い難い」との認識を示した。その上で、改定だけに依存するのではなく、慢性期医



療自体が果たすべき役割を明確にし、社会に示していく必要があるとの考えを強調。高齢化の進展とともに医療・介護ニーズは増大し、慢性期医療は量・期間の両面で患者と深く関わる分野であるため、「慢性期医療に携わる私たちが果たすべき役割は極めて大きい。今こそ、責任を持ってこの分野を支え、次の時代につないでいく必要がある」と述べた。

■ 「治し支える医療」を担う使命

慢性期医療の役割として、橋本会長は「寝たきり高齢者を作らない・増やさない」ことを第一に挙げた。橋本会長は「生産年齢人口が減少する中で、医療・介護分野のみ人材が増えることは現実的ではなく、寝たきり高齢者の増加は介護人材不足を一層深刻化させる」と指摘。そのためには、医療区分や要介護度の構造改革が不可欠であり、リハビリテーションや栄養管理を通じて要介護度の改善を図った取り組みが報酬上も正当に評価される制度への転換が必要であるとした。また、「医療療養病棟」から「慢性期治療病棟」への位置づけの転換を改めて提唱し、「慢性期医療は治療を行う医療であることを明確にすべきだ」と述べた。慢性期医療は軽症救急の受け入れ、医療と介護の橋渡し、在宅医療・介護を含む「治し支える医療」の中核を担っており、「これらの役割を明確にし、社会に示していくことこそが日本慢性期医療協会に求められている使命である」と締めくくった。

■ 包括期機能が慢性期医療の主軸

続いて、井川副会長が「新地域医療構想および令和8年度診療報酬改定とこれからの慢性期医療の役割」と題し、今後の課題などを提示。新たな地域医療構想に盛り込まれた内容や中医協での議論などを踏まえ、今後の慢性期医療の方向性について説明した。

井川副会長は、これまで病床機能を軸としてきた従来の地域医療構想を見直し、入院・外来・在宅医療、介護を含めた医療提供体制全体を捉え直す方向性を評価。2040年を見据え、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担を明確化し、慢性期医療

が地域医療の中核を担うべきだとの考えを示した。特に、新たな地域医療構想における「包括期機能」の位置づけに着目し、「包括期機能は日本慢性期医療協会に所属する病院のほとんどが持っている機能であり、この包括期機能が慢性期医療において主軸になっていくのだろう」と述べた。

また、包括期機能を含めた慢性期医療について「在宅医療等連携機能」のほか、「高齢者等の中長期にわたる入院医療」、「高齢者救急の対応」は「われわれの範疇である」とし、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟が担う機能が今後の慢性期医療の主軸になっていくとの認識を示した。

■ 「地域多機能型病院（ごちゃまぜ病院）」へ

令和8年度診療報酬改定について井川副会長は、30年ぶりにプラス3%を超える改定率となり、病院に手厚い評価が示された点は評価できるとした。一方で、消費者物価指数が大きく上昇する中、診療報酬は物価上昇に十分追いついておらず、医療機関の経営や人材確保に深刻な影響を与えていると指摘した。この問題は個々の医療機関の努力で解決できるものではなく、制度全体として物価動向に連動した改定の在り方を検討する必要があるとの考えを示した。さらに、Patient flowの視点から、慢性期病院は高度急性期治療後の患者を受け止め、回復期から中長期の入院医療、在宅復帰や施設移行につなぐ医療と介護の橋渡し役であると説明した。今後は、軽症救急対応や在宅医療との連携を強化し、医療・介護・生活支援を一体的に担う「地域多機能型病院（ごちゃまぜ病院）」へ進化することが求められると述べ、慢性期病院が地域共生社会の形成と持続可能な医療体制を支える存在であることを強調した。

■ 地域で選ばれる病院となる努力を

質疑では、記者から令和8年度診療報酬改定における配分の在り方や、急性期医療に手厚い評価がなされる中で慢性期医療が置かれる立場について質問が相次いだ。まず、今回の改定率について、急性期

医療に重点的な配分がなされる可能性がある点をどう受け止めるかが問われた。

橋本康子会長は、「急性期医療を支える必要性自体は理解できる」としつつ、慢性期医療に十分な資源が回らない場合、病院経営が悪化し、医療やケア、リハビリテーションの質低下を招く「負の連鎖」に陥りかねないと指摘した。その上で、慢性期医療を担う病院には、「地域で選ばれる病院となる努力が一層求められる」と述べ、病床稼働率の向上や各種加算の取得、医療保険にとどまらず介護保険や在宅分野にも取り組むなど、多角的な経営努力の必要性を示した。橋本会長はまた、「民間医療法人が大半を占める慢性期病院は、赤字が続けば存続が難しい現実を踏まえ、淘汰の時代に入っている」との認識を示した。一方、井川副会長は、急性期に加算が付くことが必ずしも慢性期に不利に働くわけではないと説明し、急性期段階で栄養管理や早期リハビリが適切に行われれば、慢性期との連携が円滑になり、結果として双方に利益をもたらす可能性があるとした。

■ 多機能型でなければ生き残れない

2040 年を見据えた慢性期病院の役割について、井川副会長が挙げた「地域多機能型病院（ごちゃまぜ病院）」への取り組み状況や、今後の支援策に関する質問もあった。

橋本会長は、日慢協会員の多くが回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟、療養病床に加え、介護施設や訪問看護・訪問介護などを併せ持ち、結果として地域多機能型の役割を担っている状況を伝えた。その上で、橋本会長は「法人内連携にとどまらず、急性期病院や地域との連携をいかに深めるかが今後の課題である」と指摘。「かつて専門特化が推奨された時代もあったが、現在は多機能型でなければ生き残れない」との認識を示し、救急患者の受け入れ

や在宅・介護との連携強化の重要性を強調した。

医療 DX への取り組みに関する質問もあった。橋本会長は、DX の導入がすなわち手不足の解消につながるという単純な図式は成り立たないとの認識を示した上で、ロボットによる全面的代替ではなく、「現場の負担を少しでも軽減する小さな DX の積み重ねが現実的である」と説明。導入後の維持費に対する評価や、医療と介護を分断しない DX の必要性を訴え、制度面での後押しが不可欠との考えを示した。

■ 慢性期医療の役割を考える契機に

次期改定に向けた議論に関連して、エンシュア・リキッドやラコールなどの栄養保持を目的とする医薬品（経腸栄養剤）の適正化について質問が及んだ。井川副会長は、「経腸栄養剤は摂食量が低下した患者にとって栄養状態を維持するための有効な治療手段である」と説明し、「一律に給付対象から外すことには慎重な検討が必要」との考えを示した。

橋本会長も、高齢患者では体力低下により経口摂取自体が困難になるケースが多く、十分な栄養を確保した上で段階的に経口摂取を進める必要性を強調。「口から食べられるか否かという単純な基準では現場の実態を反映できない」と訴えた。井川副会長は、入院により口腔機能が著しく低下した状態を例に挙げ、少量でも飲める形で栄養を補う意義を説明し、栄養管理の重要性を改めて指摘した。

質疑を終え、矢野諭副会長は「新年早々、非常に中身の濃い議論になった」とコメント。日本の急速な高齢化の進展を振り返りながら、「慢性期医療が担う役割について、いろいろと考える契機になったのではないかと述べた。

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=12131>

開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第16期日程】2026年4月1日～

第21回看護師特定行為研修指導者講習会

【日程】2026年3月7日

【開催方法】オンライン開催

令和8年度診療報酬改定説明会

【日程】2026年3月中旬頃より配信開始

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

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

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

編集者からのメッセージ

本号がお手元に届く頃、池端副会長が中医協で奮闘された令和8年度の診療報酬改定の概要が示されているだろう。ただ中医協では池端先生を除いた委員の我が利を追求する発言が目立っていた。「患者のため」という観点での発言が少ないのはいかなるものであろうか。本号の主題は第33回日慢協学会である。その演題には「患者、利用者のため」という視点が欠けたものは一つもない。せめて我々だけはそういう視点を常に心に持ち続けたものである。



日本慢性期医療協会
副会長 井川誠一郎

■三役会■ 橋本康子（会長）・池端幸彦（副会長）・矢野諭（副会長）

井川誠一郎（副会長）・中尾一久（副会長）・富家隆樹（常任理事・事務局長）

□編集委員□ 田中志子（委員長・内田病院）・安藤正夫（副委員長・金上病院）

中川翼（定山溪病院）・成川暢彦（桜ヶ丘病院）・志田知之（志田病院）

◇学術委員◇ 鈴木龍太（委員長・鶴巻温泉病院）・中川翼（副委員長・定山溪病院）・木田雅彦（副委員長・福島寿光会病院）

中西克彦（定山溪病院）・浦信行（札幌西円山病院）・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163号

(2026 February volume34 No1)
ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

Tel: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@jamcf.jp

URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net> 慢性期.com: <http://manseiki.com>

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）



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

良質な慢性期医療がなければ 日本の医療は成り立たない！

良質な慢性期医療が日本を強くする！

慢性期.com

これからの慢性期医療には、地域に密着し、高度急性期医療以外のあらゆる疾病を持つ患者にケアも含めた医療を提供していくことが求められております。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日本を強くする！

日慢協ブログでは、日本慢性期医療協会が行っている記者会見や厚生労働省の審議会などで提言している「これからの慢性期医療」を発信しております。

日慢協を知る
メディア

<http://manseiki.net/>

学会

第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.コム <https://manseiki.com>

第16回 超高齢社会を支える慢性期医療の専門展

慢性期医療展

2026

主催

慢性期医療展実行委員会

〔日本慢性期医療協会・テレビ大阪・テレビ大阪エクスプロ〕



来場登録
受付中

日本慢性期医療協会セミナー

『良質な慢性期医療がなければ

日本の医療・介護は成り立たない』

講師 日本慢性期医療協会 会長 橋本 康子

「認知症ケアの最前線ー認知症の方への介助・コミュニケーション技術」

「医療・介護 DX が支える未来」

「外国人スタッフと共に働く現場の工夫」

「介護士に必要なリハビリテーションの知識と技術」

「神経難病患者の慢性期ケアにおける看護と介護の協働

～成功事例をもとに明日から現場で活用できるノウハウを～」

「食べる喜びを支える介護ー誤嚥を防ぐ食事と姿勢」

「介護技能五輪：あなたも未来の金メダリスト！」（トークショー）

西日本最大級！介護・福祉・医療・看護の総合展示会

2026年4月15日(水)▶17日(金)

インテックス大阪

お問い合わせ

慢性期医療展事務局

〒540-0008 大阪市中央区大手前1-1-7

TEL: 06-6944-9913 E-mail: infobmk2026@tvcoe.co.jp

(株)テレビ大阪エクスプロ内

入場無料



同時開催

バリアフリー-2026

防犯防災総合展2026

看護未来展2026

熱中症対策展