

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

164 vol.34 2026.4 隔月号

[特集] 第33回日本慢性期医療学会 (後編)



## Contents

### 論壇

奈良東病院 理事長 鉄村信治 1

## 特集 第33回日本慢性期医療学会（後編）

シンポジウム2：栄養の匠をめざして 2

シンポジウム3：医療介護連携・高齢者救急の匠をめざして 12

シンポジウム4：慢性期医療・介護 DX の匠をめざして 22

シンポジウム5：認知症ケアの匠をめざして 32

第13回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム：  
在宅医療の時代がやってくる。在宅リハビリテーションのあり方 44

### 日慢協リレーインタビュー

全日本病院協会 会長 神野正博 56

### 会員病院の取り組み

座間総合病院 リハビリテーション科 関田惇也, ほか 64

水前寺とうや病院 看護副部長 馬場幸子, ほか 70

### 投稿論文

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 玉井宏次郎, ほか 73

池端病院 理学療法士 大塚浩一, ほか 80

### 慢性期医療 TIPS

日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修委員会 委員長 矢野諭 86

### 日慢協 Topics

記者会見報告, 都道府県の活動, ほか 88



#### アフォガード

(バニラアイスにホットチョコレートかけで注文)

サンマルコ広場にある1720年創業の老舗カフェ  
フロリアンにて

#### 第164号表紙絵

ベネチア イタリア 2025夏

8月上旬の夕暮れ、サンマルコ広場の対岸の島に満  
月が登り始めた。仕事を終えた gondola たちが休ん  
でいる。

南高井病院 院長 西尾俊治

## 包括期としての慢性期医療とグループの取り組み



医療法人健和会 奈良東病院  
理事長 鉄村信治

わが国の医療提供体制は、高齢化の進行と人口減少の影響を受け、大きな転換期を迎えている。慢性期医療もまた、従来の長期療養に限定されるものではなく、包括期医療を担っていく必要がある。すなわち、これからの慢性期病院には、急性期病院からの後方支援として患者を受け入れる役割に加え、高齢者救急を含めた直接入院の一部を担う機能が求められる。

この点において、日慢協が提言している「地域多機能病院」の構築は極めて重要であると考えられる。慢性期病院が地域の医療需要に主体的に応える存在となることで、急性期医療の負担軽減のみならず、地域医療全体の持続可能性は大きく高まる。

奈良東病院グループでは、療養病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟等を整備し、さらに在宅や高齢者施設までを見据えた医療・介護提供体制の構築に取り組んできた。

こうした取り組みの一環として、2025年7月1日、奈良県立医科大学との寄付講座「在宅リハビリテーション医療システム学講座」を開設した。今後は、在宅や高齢者施設を含めた継続的かつ体系的なリハビリテーション体制の構築が、ますます重要になると考えている。本講座では、慢性期・包括期医療の視点から在宅リハビリテーションのあり方を整

理し、臨床、研究、教育を通じて地域に還元することを目的としている。本講座が、多くの医師や多職種にとって、この分野に関心を持つ契機となることを期待している。

また、人材の確保と育成は、慢性期医療の持続可能性を考えるうえで避けて通れない課題である。当グループでは、これまでEPA、技能実習制度、特定技能制度を通じて海外からの介護人材受け入れに取り組んできたが、近年は特に留学生プログラムによる人材育成に注力している。

本年4月には、旧来グループで運営していた専門学校を再編し、病院近隣に位置する某短期大学の廃校後キャンパスを引き継ぐ形で、日本語学科と介護福祉士養成学科を併設した「奈良東国際介護福祉学院」を開設する運びとなった。医療・介護現場に近接した環境で、日本語教育から専門教育までを一体的に行うことにより、介護福祉士資格の取得と卒業後の円滑な現場定着を同時に実現することを目指している。

本学院では、在校生に限らず卒業生に対しても、生活面や就労面での困りごとに対する相談支援を継続的に行い、安心して地域で暮らし、働き続けられる体制の整備を進めていく。さらに、地域住民との交流や相互理解を深める場としての機能も担い、海外人材と地域社会が自然に関わり合える環境づくりを目指している。また、本留学生プログラムは、グループ内の人材確保にとどまるものではない。グループ外の病院や介護施設へも卒業生を輩出し、地域全体の医療・介護を支える人材供給の役割を担っていきたいと考えている。

昨今、海外人材との共生が重要な課題として指摘されているが、介護福祉士資格を取得し、専門職として長期に活躍することは、共生の理念と極めて親和性が高い取り組みである。

これからも、慢性期医療が学術と人材に支えられながら進化していくことを通じて、持続可能な地域医療の実現に貢献していきたい。



## シンポジウム2

### 栄養の匠をめざして

座長：矢野諭 日本慢性期医療協会 副会長  
シンポジスト：若林秀隆 東京女子医科大学病院 リハビリテーション科 教授  
川上嘉明 東京有明医療大学 看護学部 教授



本シンポジウムでは、慢性期医療における栄養管理の在り方を主題に、急性期から回復期、慢性期、介護施設へと連なる医療・ケアの連続性を踏まえた議論が行われた。若林秀隆氏は、急性期医療において栄養必要量の管理が進んだ一方、過度な安静や不十分な介入により、入院中に機能低下や寝たきりが生じる事例が依然として存在すると述べ、回復可能性を見極める視点の重要性を指摘した。川上嘉明氏は、特別養護老人ホームにおける実践を踏まえ、摂取量やBMIの長期的推移から本人のトラジェクトリーを把握し、生命の長さではなく生活の質を重視した栄養支援と意思決定支援の在り方を示した。総合討論では、「老衰」や「終末期」という判断が下

される過程や、医師の説明の在り方、多職種連携の必要性が論点として整理された。座長の矢野諭副会長はシンポジウム全体を振り返り、栄養管理は単なる技術ではなく医学的妥当性と倫理的配慮を両立させる総合的判断であるとの認識を示した。

#### ■ GLIM 基準による低栄養診断の位置づけ

最初に登壇した若林氏は「慢性期における新たな栄養指標」と題し、低栄養診断の国際基準であるGLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準を軸に、カヘキシア（悪液質）およびサルコペニアの最新知見を整理しながら、慢性期医療において



若林秀隆氏

求められる栄養診療の在り方を論じた。

講演では、単なる栄養評価にとどまらず、低栄養を「診断」として捉え、その原因を推論する姿勢の重要性が示された。慢性期医療の現場では「低栄養か否か」だけでなく、

「なぜ低栄養に至ったのか」を多職種で考える視

点が不可欠であると指摘し、こうした診断推論こそが患者の機能回復や生活の質向上につながると強調した。栄養管理を通じて患者の最大限のパフォーマンスを引き出すことが、「栄養の匠」を目指す上での核心であるとの問題提起がなされた。

若林氏はまず、慢性期医療における栄養管理の前提として、GLIM基準による低栄養診断を確実に実施する必要性を述べた。GLIM基準は、栄養スクリーニング、低栄養診断、重症度判定の3段階で構成されており、特に慢性期患者では低栄養診断までを「必ず行うべきである」と強調した。同基準の特徴は、栄養状態を単に評価するのではなく、疾患概念として低栄養を診断する点にある。

表現型基準としては、意図しない体重減少、低BMI、筋肉量減少の3項目が挙げられ、病因基準としては、食事摂取量低下・吸収不良、ならびに急性・慢性の炎症が示されている。若林氏は、これらの項目を形式的に当てはめるだけでは不十分であり、「低栄養を診断した後、その背景にある原因を考えると、ここまで踏み込まなければ、臨床的な意味は乏しい」と指摘した。さらに、ICD-11にGLIMに基づく成人低栄養が疾患名として記載されたことにも触れ、今後は低栄養を曖昧な状態像として扱うのではなく、診断と対応を明確にする姿勢が求められると述べた。

## ■ 診断推論という視点と栄養管理の質

講演の中核として示されたのが、栄養管理における診断推論の重要性である。低栄養やサルコペニア

の有無を基準に基づいて判定することは、「唯一の正解がある診断推論」であり、一定の訓練を積み重ね誰でも到達できる領域であると整理した。一方で、食欲低下、体重減少、筋肉量減少の原因を探る診断推論は、「唯一の正解がない診断推論」であることが多く、複数の要因が複雑に絡み合うケースが少ない。

その上で、「低栄養と診断しただけで、すぐに栄養補助食品を追加する対応は匠とは言えない」と述べ、原因を考慮しない画一的な介入に警鐘を鳴らした。特に重要な視点として、カヘキシア、薬剤性、抑うつ状態の3点を挙げ、「この3つは現場で見逃されやすいが、見つければ介入の余地がある」と指摘した。栄養管理の質は、数値設定の巧拙ではなく、診断推論の深さによって左右されるとの認識が示された。

## ■ カヘキシアの診断と予後との関係

若林氏は次に、慢性期医療において重要性が高まっているカヘキシアについて詳述した。カヘキシアは、2023年にアジアのカヘキシア作業部会(AWGC)が示した定義に基づき、「体重減少、炎症状態、食欲不振に関連した慢性疾患に伴う代謝不均衡」と説明された。がんのみならず、慢性心不全、COPD、慢性腎不全など多様な慢性の臓器不全や炎症性疾患が背景となり得る点が強調された。

講演では、嚥下障害患者を対象とした研究結果が紹介され、サルコペニア嚥下障害を有する患者の約3割がカヘキシアを合併していたこと、さらにカヘキシア合併例では死亡率が有意に高かったことが示された。これらのデータを踏まえ、「カヘキシアは終末期だけの概念ではなく、早期から診断し、対応を検討すべき病態である」と述べ、予後予測や治療方針決定における重要性を指摘した。

## ■ ゴール思考型栄養管理の実践

さらに若林氏は、回復期リハビリテーション病棟での実践例を通じて、高エネルギー栄養管理の有効性を紹介した。慢性期医療では、全患者に対して体重のゴールを設定し、「その人が最も高いパフォー

マンスを發揮できる体重」を目標に栄養管理を行うべきである。この際、医療者側の判断だけでなく、患者本人に自分が思うベスト体重は何kgかを聞くことで、患者の意向を踏まえた合意形成が重要である。

症例では、重度低栄養と診断された若年患者に対し、段階的にエネルギー投与量を3000kcal以上に増加させることで、体重増加とともにADLが大きく改善し、自宅退院と社会復帰が可能となった経過が示された。「体重のゴールを定めずに栄養管理を行うことは、ゴールを決めずにリハビリを行うのと同じである」と述べ、ゴール思考型栄養管理の重要性を強調した。

## ■サルコペニアと慢性期医療

AWGS2025による新たなサルコペニア診断基準も紹介された。国際的な議論の流れとして、「サルコペニアは筋肉量と筋力のみで診断する」という考え方が確立された点を説明。従来用いられてきた身体機能は、診断要素ではなく転帰やアウトカムとして位置付けられることになり、診断の明確化が進んだ。

また、新基準では65歳以上に加え、50～64歳を対象とした新たなカットオフ値が設定された点に言及し、サルコペニア対策を高齢期に限定せず、「より早期から筋肉の健康を意識する必要がある」と指摘した。肥満者では従来の身長補正による骨格筋指数では筋肉量低下を見逃しやすいことから、BMI補正を用いた評価法が導入された点を紹介し、実臨床に即した改善であると評価した。

続いて、入院関連サルコペニアの問題を取り上げた。入院前にはサルコペニアを認めなかった患者が、入院中に新たにサルコペニアを発症する例が少なからず存在することを示し、「急性期病院はサルコペニアを生み出しやすいサルコペニア製造工場のある」との認識を示した。その背景として、侵襲、安静、栄養不足が重なりやすい入院環境の特性を挙げ、急性期からの予防的介入の必要性を指摘した。

その上で慢性期医療の役割として、急性期で生じたサルコペニアを回復・改善させることが重要であ

り、攻めのリハビリテーション栄養が求められる。リハビリテーション、栄養、口腔の三位一体の連携を徹底することで、機能回復や生活再建につながる余地は大きい。

## ■栄養診療における多職種連携の重要性

講演の終盤では、若林氏が関与するリハビリテーション栄養学会の新たな方針として「リハビリテーション栄養3.0」が紹介された。従来の身体機能中心のアプローチから一歩進み、身体面に加えて心理面、社会面、スピリチュアル面、さらにはテクノロジーの活用まで含めた包括的視点が必要である。

また、患者のウェルビーイングを高めるためには、医療従事者自身のウェルビーイングも重要であると、「医療者が疲弊した状態では、良質な医療は実現しない」と指摘した。多職種が共通の目標を持ち、持続可能な形で医療に取り組む体制づくりが、今後の慢性期医療における重要な課題である。

栄養診療は単独職種で完結するものではなく、多職種連携を前提とした実践が不可欠であると強調した。低栄養やサルコペニア、カヘキシアの診断と対応には、医師のみならず、看護師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科医師・歯科衛生士などが共通の認識を持つことが重要である。特に慢性期医療では、患者の状態変化が緩徐であるがゆえに問題が見逃されやすく、定期的な評価と情報共有が診療の質を左右すると指摘した。

また、リハ・栄養・口腔の連携体制加算が診療報酬上評価されている点にも触れ、制度を活用しながら実効性のあるチーム医療を構築することが、結果として患者の機能回復やQOL向上につながると強調した。

## ■慢性期医療における栄養診断

さらに、慢性期医療における栄養診断の意義を、個々の患者対応にとどまらず、社会的視点からも論じた。高齢化が進行する中で、低栄養やサルコペニアは要介護度の悪化や医療・介護費の増大と密接に関係しており、早期診断と介入は社会保障の持続性にも寄与すると指摘した。

特に慢性期病院や回復期リハビリテーション病棟は、急性期治療後の「谷間」を埋める役割を担っており、ここでの栄養診療の質が、その後の在宅復帰や施設生活の質を大きく左右する。若林氏は、「慢性期医療こそ、栄養診断と診断推論の力が最も問われる領域である」と語り、慢性期医療の専門性の高さを改めて強調した。

若林氏の講演は、低栄養、カヘキシア、サルコペニアという3つの概念を最新の国際基準に基づいて整理するとともに、それらを診断推論という共通の枠組みで統合し、慢性期医療における栄養診療の方向性を明確に示すものであった。「低栄養かどうかを判断するだけでなく、その原因を考え、ゴールを共有した上で介入することが重要である」と述べ、実践的な指針を提示した。

また、高エネルギー栄養管理の症例を通じて、適切な栄養介入が機能回復や社会復帰に直結し得ることを示し、慢性期医療における栄養診療の可能性を強く印象付けた。本講演は、慢性期医療に携わる医療者に対し、栄養を中核とした診断的思考と多職種協働の重要性を改めて問いかける内容となった。

## ■ 老衰死に至る栄養摂取量



川上嘉明氏

続いて登壇した川上嘉明氏は「特養で老衰死する高齢者の栄養摂取量におけるトラジェクトリー」と題して講演。高齢者施設における栄養管理を「生命を維持するための技術」とすると同時に、「人生の最終段階をどう支えるかという倫理的営み」であると位置付け、その在り方を丁寧に論じた。本講演では、特別養護老人ホームに入所する高齢者を対象に、老衰死に至るまでの栄養摂取量の変化を縦断的に追跡した研究データが示され、終末期に向かう過程における栄養の意味が改めて問い直された。

川上氏は、終末期における栄養摂取量の低下が、

従来は「問題」や「介入不足」として一律に捉えられがちであった点を指摘し、「本人が栄養を摂らなくなっていく経過そのものを尊重する視点が必要である」と強調した。過剰な栄養介入は、必ずしも本人の幸福や尊厳につながるとは限らず、時として身体的・精神的負担を増大させる可能性がある。講演では、医学的判断に加え、倫理的配慮や本人の価値観を踏まえた栄養支援の重要性が一貫して示され、慢性期医療・高齢者ケアに携わる医療者に対し、栄養を巡る意思決定の在り方を根本から考え直す契機を提供した。

川上氏はまず、特別養護老人ホームに入所する高齢者を対象に、死亡前数年間にわたる栄養摂取量の推移を詳細に分析した研究結果を紹介した。その結果、老衰死に至った高齢者では、死亡直前だけでなく、比較的早い段階から緩やかに栄養摂取量が低下していく共通した傾向が確認されたという。摂取量の低下は直線的に進行するのではなく、一定期間を経ながら段階的に進むケースが多く、急激な減少が必ずしも一般的ではない点が示された。

このような栄養摂取量の変化について、「病的な異常」や「管理の失敗」としてのみ捉えるのではなく、老衰という自然な経過の一部として理解する必要がある。そして、「老衰死に向かう過程では、食べられなくなることで体が身体の変化として現れる」と指摘し、数値の低下そのものに過度に反応する姿勢に再考を促した。

## ■ 栄養摂取量低下をどう評価するか

川上氏は、栄養摂取量が低下した際の評価の在り方にも言及した。現場では、摂取量低下を確認すると、即座にエネルギー量の増加や栄養補助食品の追加、経管栄養の検討などが行われることが少なくない。しかし、こうした対応が常に本人の利益につながるとは限らないと述べ、「摂取量が減っているという事実」と「介入すべき状態であるかどうか」は分けて考える必要があると指摘した。

特に老衰に向かう高齢者では、栄養摂取量の低下が身体の適応反応として生じている可能性があり、その場合に無理な介入を行うことは、かえって苦痛

を増やす結果となり得る。「栄養を入れること自体が善であるという思い込みを、一度立ち止まって見直す必要がある」と述べ、評価と介入の間に熟考のプロセスを設ける重要性を強調した。

また、終末期における栄養介入と尊厳の関係についても踏み込んだ検討がなされた。「食べることは単なる栄養摂取行為ではなく、その人の人生観や価値観が反映される行為である」と述べ、食事続けること自体が本人にとって負担や苦痛となる場合があることを指摘した。

終末期医療の現場では、「食べさせないこと」への心理的抵抗が医療者側に生じやすいが、「食べさせ続けることが常に正しいわけではない」との認識を示し、本人の状態や反応を丁寧に観察した上で判断する姿勢の重要性を強調した。尊厳ある最期を支えるためには、栄養量の確保よりも、苦痛の軽減や穏やかな生活の継続を優先すべき場面があると述べた。

## ■ トラジェクトリーの視点による意思決定

川上氏の講演の中核となったのが、「トラジェクトリー (trajectory)」という考え方である。川上氏は、栄養摂取量を単一時点の数値で評価するのではなく、時間軸に沿ってどのような経過をたどっているのかを把握することが重要であると述べた。短期間の摂取量低下だけを見れば問題と映る場合でも、長期的な推移を俯瞰すれば、老衰に伴う自然な変化として理解できることがある。

この視点に立つことで、「摂取量を回復させること」ではなく、「本人にとって無理のない経過を支えること」が目標となる場合がある。「数値を改善することがゴールではなく、経過を尊重すること自体がゴールとなることもある」と強調し、栄養管理の評価軸の転換を提起した。

さらに、栄養摂取量の低下を巡る判断において、家族との共有と合意形成が極めて重要であると述べた。栄養摂取量が低下すると、家族から不安の声が上がることは少なくない。こうした場面で、医療者がトラジェクトリーの視点をを用いて経過を説明することで、理解が深まる。

「なぜ今、食べられなくなっているのか」「この変化はどのような経過の中に位置付けられるのか」を丁寧に説明することが、過度な介入を避けつつ、家族の納得を得るために不可欠である。

## ■ 多職種で共有すべき判断軸

栄養を巡る判断は医師や管理栄養士といった特定の専門職だけで完結すべきものではなく、多職種が共通の判断軸を持つことが不可欠である。特に特別養護老人ホームや慢性期病院では、日常的に高齢者と接する介護職や看護師が、食事量の変化や摂取時の表情、疲労の程度など、微細な変化を最も早く察知する立場にある。こうした情報が適切に共有されなければ、数値上の摂取量だけが独り歩きし、本人の状態を十分に反映しない判断につながる恐れがある。

また川上氏は、医療職と介護職の間で栄養に対する価値観や問題意識に差が生じやすい点にも言及した。医療職は「栄養を入れる」方向に判断が傾きやすい一方、介護職は日々の生活の中で本人の負担や苦痛を間近に感じている場合が多いとし、両者の視点をすり合わせる場が不可欠である。多職種カンファレンスなどを通じて、トラジェクトリーの視点を共有することが、判断の質を高める鍵になると強調した。

さらに、「どの時点で介入を控えるか」という判断こそが、チームとして最も合意形成が難しい局面であると述べた。そのためには、個々の判断を属人的なものにせず、「このような経過をたどっている場合は、見守りを選択する」という一定の共通理解を持つことが重要である。判断軸を明文化し、チーム内で共有することで、対応のばらつきを減らし、本人にとって一貫性のあるケアを提供できる。

最後に、「多職種が同じ方向を向いているかどうか、その人の最期の時間の質を左右する」と述べ、栄養管理を巡る判断は技術的問題である以前に、チーム医療の成熟度を映し出す指標であると位置付けた。トラジェクトリーという共通言語を持つことが、慢性期医療・高齢者施設における栄養支援の質を底上げすると強調した。

川上氏の講演は、若林秀隆氏が前段で示した「診断推論に基づく積極的な栄養介入」と対比をなす内容でありながら、慢性期医療における栄養の全体像を補完するものであった。若林氏が「診断し、ゴールを設定した上で介入する栄養」を論じたのに対し、川上氏は「介入しない、あるいは控えるという判断もまた専門性である」との視点を提示した。川上氏は、「食べられなくなる経過を尊重することは、栄養を軽視することではない」と述べ、栄養を深く理解しているからこそ可能となる判断である。慢性期医療においては、積極的介入と見守りを二者択一で捉えるのではなく、個々の患者のトラジェクトリーに応じて柔軟に選択する姿勢が求められるとまとめた。

## 総合討論



本シンポジウムの総合討論では、急性期医療、回復期リハビリテーション、慢性期医療、介護施設における栄養管理と終末期判断の在り方について、現場の実態を踏まえた議論が行われた。特に、「老衰」や「終末期」という診断や表現が用いられる過程において、医学的判断と患者・家族への説明がどのように行われているかが主要な論点として提示された。

若林氏は、回復可能性が残されている患者に対し、急性期医療の段階で終末期と判断される事例が存在すると述べ、リハビリテーションと栄養介入を一度は十分に行った上で方針を検討すべきであると指摘

した。川上氏は、特別養護老人ホームにおける長期的な経過観察の重要性を示し、BMIや摂取量の推移を用いたトラジェクトリーの把握が、本人と家族との合意形成に有用であることを強調した。討論では、医師の裁量や説明の在り方が意思決定に与える影響、多職種連携の必要性についても論点が整理された。

## ■ 急性期病院に質の差がある



矢野諭氏

○矢野（座長）：

急性期医療においても栄養管理は相当程度まで改善してきたように思うが、若林先生は「必ずしもそうではない」との見解を示された。栄養の必要量の算定などは整備されてきたものの、入院中に寝たきりが作られているという指摘は現在も

実感として妥当なのだろうか。

○若林：

残念ながら、その実感は現在も変わらない。もちろん、すべての寝たきりを防げるわけではない。例えば、脳卒中によって重度の片麻痺を来し、結果として寝たきりになるケースは、発症後に防ぐことは難しく、その後は回復期などで対応していくしかない。

一方で、これまで歩行でき、経口摂取も可能であった誤嚥性肺炎の患者が、入院後に過度なベッド上安静と補液・点滴中心の不適切な栄養管理によって寝たきりになるケースは、防ぐことが可能である。

いわゆる入院関連サルコペニアと呼ばれる状態について、すべてが急性期病院の医療行為に起因するわけではない。やむを得ないケースと、やむを得なかったとは言えない医原性の要素が大きいケースが混在しているのが現状である。その結果として、質の高い急性期病院と、そうでない病院との間に差が生じていると感じている。

## ■ 穏やかで苦痛が少ない時間を

○矢野（座長）：

続いて、「特養における老衰死」というテーマについて伺いたい。今回の調査は対象数も多く、会場の皆さまからもさまざまな意見があると思われる。

近年、「老衰死」が増えているとされているが、果たして本当に老衰による死亡が増えているのか、それとも死亡診断書に「老衰」と記載せざるを得ない状況が増えているだけなのか、その点について私は疑問を持っている。

特別養護老人ホームの中には、看取りを専門的に行う施設もあれば、医師が積極的に関与し、食べられなくなった原因を探り、薬剤調整などの医療的介入を行っている施設も少なくない。日本慢性期医療協会の会員病院などを見ると、後者のような取り組みを行っているところが多い印象である。

私自身、特養での訪問診療に携わっているが、実際には「老衰」と診断せざるを得ないケースはそれほど多くない。多くの場合、どこかで医療的な介入を行い、原因を検討しているのが実情である。

若林先生の講演でも触れられたように、食事量低下や全身状態の悪化の背景には、薬剤の影響や慢性疾患の進行が関与している場合が少なくない。高齢者は多くの場合、複数の慢性疾患を併存するマルチモビディティの状態にあり、その一つひとつが時間の経過とともに少しずつ悪化していく。

例えば、呼吸が苦しそうに見える場合には、心不全の増悪が潜んでいる可能性もある。このように病態を丁寧に見極め、医療が適切に介入すれば、「老衰」と一括して診断される状況を回避できるケースも多いのではないかと。その点について、川上教授の見解を伺いたい。

○川上：

私は看護師であるため、診断そのものについて語る立場にはない。特別養護老人ホームにおいて最も大切にしている視点は、「生命の長さ」よりも、「その人がどのような時間を過ごすか」という点である。

本人がどのような状態で、どれだけ満足感をもつ

て日々を過ごせているか、そして最期を迎えた後に、家族がその時間をどのような物語として受け止められるかということである。単に生存期間を延ばすことではなく、特養で過ごす時間が本人にとって穏やかであり、苦痛の少ないものであるかどうかが重要であると考えている。

そのため、特養における役割としては、医療的介入を否定するのではなく、あくまで「その人にとっての最善は何か」という視点に立ち、残された時間をできる限り安寧なものにすることを支える点にあると認識している。

## ■ 攻めのリハビリテーション

○若林：

私は主に回復期リハビリテーションの現場で患者を診ているが、その中には、臨床経過や全身状態から見て、いわゆる老衰に近く、積極的なリハビリテーションによる改善が見込みにくいケースも一定数存在する。そのような場合には、無理に回復期リハビリテーションにとどめるよりも、早期に次の療養環境へ移行した方が本人にとって望ましいのではないかと提案することもある。

一方で、急性期病院から「終末期であり、看取りの方針である」と説明されて転院してきた患者の中には、状況が大きく異なるケースも少なからず含まれている。薬剤を整理しただけで全身状態が改善する例や、急性期入院中の抑制や過度な安静によって一時的に認知機能や身体機能が低下してただけで、適切なリハビリテーションと栄養管理を行うことで、予想以上に回復するケースも経験している。

そのため、終末期か否かの判断を下す前に、一度はリハビリテーションと栄養の両面から十分に介入してみることが重要であると考えている。例えば、経管栄養を行っても栄養を受け入れられず、投与量を増やしても嘔吐や逆流を繰り返すような場合には、身体がすでに栄養を受け入れない段階に入っていると判断でき、終末期に近い状態である可能性が高い。しかし、そうした経過を確認する前に終末期と決めつけてしまうのは適切ではない。

経過を見れば明らかに老衰が進行し、看取りに向

かう段階にあると判断できるケース、例えばFASTステージ7でADLが全介助となっているような状態であれば、その方向性を尊重することに異論はない。しかし、急性期までは一定の生活機能を保っていた患者が、急性期病院の入院中に急激な機能低下を来して回復期に入院してきた場合には、まずは「攻める」医療とリハビリテーションを試み、その結果を踏まえて次の方針を検討する姿勢が望ましい。

とりわけ、急性期医療の現場において、「終末期」「看取り」という言葉が安易に用いられているのではないかという印象を私は持っている。回復可能性が残されている患者に対しても、早い段階でそのような言葉が使われてしまうことがないよう、慎重な判断が求められる。

## ■ 慢性期医療で重要な総合診療医

### ○矢野（座長）：

終末期医療については、疾患によって状況が大きく異なる点を改めて認識する必要がある。がんの終末期は比較的経過が分かりやすい一方で、非がん疾患の終末期は慢性期医療の現場において対応に苦慮するケースが多い。心不全、神経難病、慢性呼吸器疾患など、いずれも「終末期」と一括りにされがちであるが、そこに至る過程や病態の推移は大きく異なる。

したがって、個々の疾患や患者の経過を丁寧に見極め、それぞれについて十分な説明を行い、納得のいく形で方針を共有することが重要である。この点は死亡診断書の記載においても同様であり、病態を適切に評価した上で記載している医師と、そうでない医師との間には、現実として差が生じている。

特に慢性期医療の現場では、多数の疾患を併存する患者が多く、その中で「何が現在の状態悪化に最も影響しているのか」を見極めることが求められる。薬剤の影響なのか、原疾患の進行なのか、あるいは調整や介入によって改善の余地が残されているのかを検討する姿勢が不可欠である。こうした診断推論を積み重ねていくことこそが、慢性期医療において重要な役割を担う総合診療医の責務である。

もちろん、医療の進め方や手続きについては施設

ごとの考え方がある。しかし、急性期病院、慢性期病院、介護施設が連携し、切れ目のない医療とケアを提供する体制は社会的にも評価されており、現場からも強く求められている。そのためには、単なる形式的な連携ではなく、一定水準以上の医療的判断と説明が前提となる。

最終的に大きな責任を担うのは医師であり、その裁量は極めて大きい。患者や家族への説明においても、医師の姿勢が意思決定に与える影響は大きい。安易に「終末期」と結論づけることで、本来治療可能であった病態への対応が不十分となってしまうケースが、時に見受けられる。

患者の価値観を尊重することは重要であるが、その一方で、医師自身の価値観を無意識のうちに押し付けてしまっていないかを常に省みる必要がある。慢性期医療における終末期の判断は、単なるラベル付けではなく、医学的妥当性と倫理的配慮の双方を踏まえた、極めて慎重なプロセスであるべきである。

## ■ 環境が変われば改善する可能性も

### ○会場：

示唆に富む講演に感謝する。川上先生に質問したい。当院でも地域包括ケア病棟に入院する患者を診る機会が多いが、在院日数は概ね60日程度と短く、判断が難しい場面が少なくない。嚥下障害が疑われる場合にはVF等で評価し、一口量をスプーン1/2に抑える、咽頭残留が多い場合には追加嚥下を促すなど、きわめて細かな配慮を行う。それでも、口に入れても吐き出す、開口しない、食べたくないといった反応が続き、必要量の摂取が現実的に困難な患者がいる。

意欲があれば支援の方向性は定めやすいが、本人が明確に拒否する局面では、これが高齢者が死に向かう過程の一部として「どうしようもない状態」と捉えるべき段階なのか、それとも医療的介入によって改善し得る段階なのか、見極めが難しい。

現場では「食べないと点滴になる」といった声かけが聞こえることもあるが、本人の尊厳や苦痛の観点からは慎重であるべきだと感じている。特養に限らず医療機関にいる患者について、今の状態がどの

位置にあり、どのような対応が望ましいのか、判断の考え方について助言をいただきたい。

○川上：

まず前提として、矢野副会長や若林先生が述べたとおり、終末期か否かの判断には診断推論が不可欠であり、とりわけ医師と連携して慎重に検討する必要がある。嚥下障害、心不全増悪、感染、薬剤性の鎮静やせん妄、抑うつ、口腔内疼痛など、摂食低下を引き起こす要因は多岐にわたり、可逆的な要素が混在する場合も多い。したがって、「食べない」という現象だけで終末期と断定すべきではなく、原因の探索と介入可能性の評価がまず必要である。

その上で、私が本日強調したかった点の1つは、特別養護老人ホームでは入所期間が年単位に及ぶことが多く、栄養状態や摂取量の変化を長い時間軸で捉えやすいということである。BMIや摂取量の推移を追うことで、本人がどのような経過をたどっているのか、すなわちトラジェクトリーが見えてくる。

私どもの施設では、個々の入所者についてBMIや摂取量の経過をグラフとして可視化し、本人の状態が「いまどの地点にあるのか」を家族に具体的に示しながら共有している。短期間の数値だけでは判断がぶれやすいが、長期の推移が示されると、変化の意味づけがしやすくなり、家族との合意形成にも役立つ。

その意味で、特養においては数か月から年単位の経過を追うことができ、いまどの段階にあるのかをチームと家族で共有しやすい。一方、地域包括ケア病棟のように観察期間が短い環境では、この「経過の見える化」をどう補うかが課題となる。過去の診療情報、介護記録、食事量の履歴、体重変化、家族の語り、例えば、いつから、どのように食べられなくなったかなどを可能な限り集め、短期入院であっても擬似的に時間軸を再構成する工夫が重要になると考えている。

以上を踏まえつつ、若林先生からも、回復期・慢性期の視点でご見解をいただきたい。

○若林：

地域包括ケア病棟に入院する以前から、重度の認知症があり、完全に寝たきりで、著しい低栄養状態に加えて強い拘縮が認められるような場合には、終末期に近い状態であると推測することは可能である。そうしたケースでは、積極的な介入による改善余地は限られていることが多い。

一方で、先ほどの話にあったように、口に入れた食物を自ら吐き出すことができるという事実は、口腔機能や嚥下機能が完全に破綻していないことを示すサインでもある。すなわち、「食べない」という行動が、必ずしも重度の嚥下障害や不可逆的な機能低下を意味しているとは限らない。

実際には、病院食が口に合わない、環境が変わったことによる不安や混乱といった要因によって、病院の食事を拒否しているケースも少なからず存在する。自宅に戻ると、驚くほど普通に食事を摂取できるようになる症例もこれまで数多く経験してきた。

病院という環境は、高齢者にとって認知機能や嚥下機能に大きな影響を及ぼし得る。慣れない環境、生活リズムの変化、人的関係の希薄さなどが重なることで、機能が一時的に著しく低下することがある。その影響を十分に考慮せず、病院内での様子だけを根拠に「終末期」「看取り」と判断することは、避けるべきである。

可能であれば、一度自宅に戻し、生活環境下での食事摂取や全身状態を確認することも重要な判断材料となる。環境が変わることで、嚥下機能や認知機能が大きく改善する場合がある以上、病院内の短期間の観察のみで結論を出すのではなく、より広い視点で経過を捉える姿勢が求められる。

## ■ 総合的に評価する包括的な視点で

○矢野（座長）：

医師を対象としたアンケート結果を見ても明らかのように、終末期医療や栄養管理に関する判断については、医師の間でも意見が大きく分かれており、多くの医師が悩みを抱えている。

もちろん、本人の意思や価値観を尊重することは、何よりも優先されるべき原則である。しかし、それ

以外の部分、すなわち医学的な見通しや治療選択肢の説明の仕方については、医師ごとの差が非常に大きい。私は慢性期や回復期リハビリテーション、療養病棟で多くの患者を受け入れてきたが、転院時の説明を聞くと、「あと1か月程度である」「このままだと胃に穴を開けることになる」といった、必要以上にネガティブな表現で伝えられているケースを少なからず経験してきた。

特に胃瘻については、それだけで長時間の議論が必要になるテーマであるが、現場では極めて否定的なイメージが先行しており、誤解を抱いたまま説明を受けている家族も依然として多い。しかし、時間をかけて丁寧に説明すると、「そのようなものだとは思っていなかった」「完全に誤解していた」と受け止めが変わる場合も少なくない。

その点を踏まえて伺いたいのが、川上先生の施設では、胃瘻については基本的に積極的な提案は行っていないという理解でよいだろうか。

#### ○川上：

胃瘻については、選択肢として提示しないわけではない。「このような方法もある」という情報は、あくまでフラットに、偏りなく提供している。家族や本人が判断するために必要な情報は、すべて開示することが前提である。

ただし、日常的に特別養護老人ホームで見ているのは、人が自然に亡くなっていく過程であり、その

姿を職員は必ずしも悲惨なものとして捉えていない。むしろ、適切なケアのもとで迎える最期は、穏やかで静かな時間であることが多いという実感を共有している。

そのため、「食べられなくなった先にある状態」についても、多くの人が想像しているほど苦痛に満ちたものではなく、意外なほど自然で平穏な経過である場合が少なくないことを、私たちは家族に伝えている。医療的手段を否定するのではなく、選択肢の一つとして提示した上で、自然な経過そのものも、尊重されるべき道であることを丁寧に説明することを心がけている。

#### ○矢野（座長）：

本日の討論を通じて、身体面、心理面、社会経済面といった高齢者総合機能評価の視点に加え、スピリチュアルな側面やテクノロジーの活用など、多層的な要素を統合して評価する重要性が改めて示された。高齢者医療、とりわけ慢性期医療においては、単一の指標や臓器別の評価だけでは捉えきれない課題が多く、こうした包括的な視点が不可欠である。

「匠をめざす」という本シンポジウムのテーマのもと、若林先生、川上先生の講演および総合討論が参加者一人ひとりにとって何らかの示唆や実りをもたらしたのであれば幸いである。私自身も、日常診療を振り返る上で多くの学びを得た。以上をもって、本シンポジウムを終了する。



## シンポジウム3

### 医療介護連携・高齢者救急の匠をめざして

座長：井川誠一郎 日本慢性期医療協会 副会長  
 シンポジスト：中尾一久 高良台リハビリテーション病院 理事長  
 平野正満 淡海ふれあい病院 院長  
 小川咲子 ハート訪問看護ステーション 管理者



急増する高齢者救急への対応を地域全体でいかに最適化していくか——。本シンポジウムでは、医療介護連携の視点から多角的に論じられる場となった。中尾一久氏は、不要な救急搬送や入院を減らす鍵として「ACSCs」の概念を提示し、久留米市で構築してきたKICSを通じて、ICTを基盤とした地域包括的な情報共有の可能性と課題を示した。平野正満氏は、在宅療養支援センターや医療・介護連携センターを核とした段階的な連携の実践を紹介するとともに、NEWSを活用した重症化予防の取り組みを通じ、高齢者救急は質と数の両面から改善すべきであると指摘した。小川咲子氏は、訪問看護の立場か

ら特定行為看護師が臨床推論能力とICTを活用し、水際で重症化を防ぐ存在であることを具体的事例とともに示し、医療と生活をつなぐハブとしての役割を強調した。

三者の講演を踏まえた総合討論では、特定行為看護師の活用やICT連携の実装に向けた現実的方策、医師・看護師・行政・住民を含めた協働の在り方について活発な意見交換が行われた。大規模な連携を拙速に目指すのではなく、小さな成功事例を積み重ねながら地域へと広げていく必要性が共有されるとともに、高齢者救急の質を高めることが結果として救急の量を抑制するとの共通認識が示された。

2025年以降、さらに深刻化する2040年問題を見据えた地域医療体制構築に向け、実践的な指針を提示するシンポジウムとなった。

## ■ 高齢者救急、「このままではパンクする」



中尾一久氏

最初に登壇した中尾氏は、超高齢社会の進行に伴い高齢者救急が地域医療のボトルネックとなりつつある現状を整理し、救急搬送・緊急入院を抑制するための地域連携の要諦を論じた。

中尾氏は、救急の議論を「搬送後の受け皿」だけに限定するのではなく、

予防的介入の観点から上流で設計し直す必要があると述べ、キーワードとしてAmbulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)を提示。とりわけ85歳以上の超高齢者に救急需要が集中する構造を示した上で、ACSCsの重要性を強調し、医療・介護の多職種連携とICTによるタイムリーな情報共有が不可欠であると指摘した。本講演では、久留米市における久留米地域包括ケアシステム（KICS）の構築過程と運用ルールを紹介するとともに、久英会グループ内での情報共有電子カルテ（KIICS）や「はこだて医療介護連携サマリー」、在宅安心サポート隊、バイタルリンク活用の実績を提示し、「面で支える」体制が救急需要の抑制と働き方改革の双方に資することを示した。

中尾氏はまず、85歳以上の入院患者の上位疾患として、肺炎、心不全、誤嚥性肺炎、尿路感染症、低栄養等が並ぶことを示し、外科的治療を要する疾患は限定的であると述べた。すなわち、超高齢者の入院需要は「治す医療」だけでなく、生活背景を踏まえた慢性疾患管理、感染・栄養・嚥下・排泄といった包括的支援により左右される構造にあると指摘した。その上で、2040年頃に向けて85歳以上人口が増加し、要介護認定率が顕著に上昇することに触れ、救急搬送と在宅医療需要が同時に増加すると述

べた。

加えて、救急活動の量的増加だけではなく、担い手の制約が深刻化する点を強調。救急車両は増加しても救急隊員が減少している動向、病院医師、診療所医師ともに高齢化が進展している現状を示し、地域によっては診療所医師が大量に引退した場合に供給が半減する推計も提示した。「このままではパンクする」と危機感を表し、救急医療を救急部門だけで支える発想の限界を指摘した。

## ■ 高齢者救急を減らす3つの視点

高齢者救急を減らすための重要な視点として中尾氏は3点を提示した。第1に、予防的介入としてのACSCsである。心不全、肺炎、尿路感染症、低栄養等に対し、プライマリ・ケアの適切な介入により発症や重症化を抑え、不必要な入院を防げる可能性がある。救急搬送の抑制は「救急の入口」ではなく「日常診療と介護支援の質」で決まるという立場から、「疾病の予防や重症化を防ぎ、緊急入院を減らす」ことを目標に据えた。

第2に、医療と介護の連携である。超高齢者は多疾患併存が常態であり、医療と介護が同時に提供されるべきである。その上で、総合診療的知識を持つ医師に加え、特定行為研修修了者を含む看護師、リハビリ職、薬剤師、ケアマネジャー等の多職種が、共通の情報基盤のもとで協働する必要性を強調した。

第3に、「キュア」ではなく「ケア」、すなわち生活の視点である。高齢者がどの環境で暮らし、どのような生活を望むのかを踏まえなければ、医療介入は継続できず、結果として救急搬送が増えると指摘した。

こうした背景を踏まえ、久留米市における地域包括ケアの取り組みとして、久留米医師会主導で構築された「Kurume Integrated Care System (KICS)」を紹介した。久留米市は人口約30万人の中核都市で、大学病院を含む32病院・269診療所が集積する医療資源の豊富な地域。KICSは、こうした医療資源を地域の医療介護連携を進めるルールに落とし込むことを狙いとして設計された。

KICSの骨格は、①入院ルール、②退院ルール、③在宅継続のためのバックアップルールの3つである。平成30年度から令和2年度にかけて医療（歯科）機関・訪問看護・調剤薬局等を含む枠組みで3つのルール整備に着手し、令和3年度以降は医療と介護を結ぶ形で制度設計を拡張してきた経緯を示した。これは「新たな地域医療構想」の方向性に沿い、医療だけでなく介護を含めた地域全体の最適化を志向するものであると評価した。

運用面では、市域を北東部・中央部・南西部の3つに区分し、各エリアに中核病院・準中核病院を位置づけ、基本的には地域内で医療・介護を完結させる構造を採用した。夜間休日や重症例は特定機能病院・地域支援病院が受け入れ、病状安定後に地域へ戻す「下り搬送」を基本とした。中尾氏は、こうしたルールが「救急の集中」を緩和し、継続的支援へつなげる仕組みになると述べた。

## ■ 医療・介護・福祉を融合する「廊下」戦略

医療・介護連携を実効化するため、タイムリーな情報共有も挙げた。KICSでは、入院時の連携、急性期から回復期・包括期への移行、在宅での多職種連携など、場面ごとにICTツールを使い分けている。具体的には、入院の局面で「とびうめネット」を、退院調整や医療機関間連携で「アザレアネット」等を、在宅の情報共有で「とびうめネット多職種連携」や「バイタルリンク」を活用し、必要に応じて「ケアブック（CARE BOOK）」を組み合わせる構造。中尾氏は、「ICTによる多職種のタイムリーな情報共有が必要」とし、情報通信技術を単なる利便性ではなく、連携ルールを運用に落とし込む基盤と位置づけた。

その上で、久英会グループ内での地域包括ケアネットワークを「ミクロの視点」として示した。同グループは医療・介護ベッド約550床、職員約520名規模で、医療・介護・福祉の一体的提供を理念に掲げ、地域社会のまちづくりへの貢献を目標としている。アウトカムを「高齢者（救急）入院を減らすこと」に置き、戦略を医療・介護・福祉の融

合、戦略を「廊下」と情報共有ツール（KIICS）と整理した。

「廊下」とは、病院と老健、施設とクリニック、措置施設と看護小規模多機能（看多機）など、建物（ハード）を物理的に接続し、機能として一体化させる設計思想を指す。病院・老健を一体化して在宅復帰型の循環をつくること、施設と在宅を接続して施設を医療機関化すること、措置施設と看多機を接続して「介護保険施設化」すること等を説明し、コロナ禍で施設内治療を行った経験にも触れた。

## ■ 医療・介護の縦串を通す循環システム

情報・機能の一体化手段については、情報共有電子カルテ「KIICS（Kyueikai Integrated Care Information & Communication System）」を紹介した。KIICSは医療・介護・福祉の情報を一元化し、電子カルテ上で時系列に参照できる仕組み。共有すべき情報の中心は、リハビリ・栄養・嚥下・排泄、ACPであり、これを「はこだて医療介護連携サマリー」に落とし込んで運用している。

同サマリーは、基本ツール2枚と応用ツール19枚から構成され、施設・在宅側が入院時に情報を持ち込み、病院側がカンファレンスや看護計画に反映し、退院後はケアマネジャーがケアプランへ接続する。中尾氏は、「今回の入院は何が問題かが一発で分かること」を利点として挙げ、医療・介護の縦串を通すことで、ACSCsへの継続介入が回り続ける構造を目指していると説明した。

また、在宅病・在宅診療連携の実装として「在宅あんしんサポート隊」を紹介。夜間・休日の対応を特定の主治医に集中させず、病院医師5名とクリニック医師等を含む7～8名体制で分担し、法人内外の訪問看護ステーションも加えることで、24時間365日の医療サポート（看取りを含む）を行う枠組みである。運用上は、利用者→訪問看護→主治医という通常の導線に加え、曜日担当医や休日担当医を設定し、主治医が対応困難な場合にバックアップ医へ連絡が回る仕組みを採用している。

この連携を支えるICTとして「バイタルリンク」を活用し、必要な情報を共有しながらタイムリーな

相談・支援を可能にしている。実績として、2023年6月から2025年5月の2年間で、訪問診療は3院合計6024件、往診は592件（約1割）であり、2024年7月からのバイタルリンク導入後に往診が若干増加した。また、サポート隊の総対応件数は2年間で1086件であり、対応内訳は訪問看護等への口頭指示が約6割、主治医としての夜間・休日対応が約4割であった。中尾氏は「これはACSCsの実践。緊急入院は確実に減少したと思う」と評価した。

まとめとして、①ACSCsに基づく予防的介入、②医療・介護の多職種連携、③ICTを基盤とした情報共有を挙げ、これらを組み合わせることで、高齢者救急の抑制に近づく。特に、地域レベルではKICSのように入院・退院・バックアップのルールを明確化し、下り搬送を含めた運用設計を行うことが重要である。一方、組織レベルではハードの一体化とKIICSによる情報統合、はこだて医療介護連携サマリーによる縦串、在宅安心サポート隊とバイタルリンクによる夜間休日対応の分担が、救急需要の抑制と医師の働き方改革の双方に資すると述べた。

## ■ 湖南医療圏の地域特性と医療提供体制



平野正満氏

続いて登壇したのは、淡海ふれあい病院長の平野正満氏。滋賀県湖南医療圏における実データを基に高齢者救急の実態を明らかにするとともに、その適正化に向けた具体的手法として「NEWS (National Early Warning Score)」を用いた医療・介護連携の可能性を論じた。同医療圏では救急搬送に占める高齢者割合は全国平均よりやや低い一方、軽症患者の割合が高いという地域特性を示し、救急医療の現場では「高齢者救急がすでに主役となっている」現状を指摘した。その上で、救急外来および救急外来から入院となった高齢者の詳細な分析結果を提示し、85歳以上の超高齢者において入院率および重症度が顕著に高い

ことを明らかにした。後半では、重症度評価の共通言語としてNEWSを導入する意義を強調し、医療機関のみならず高齢者施設や在宅医療の現場においても活用可能である点を、実証データや具体的事例を通じて示した。

平野氏はまず、自身が活動する湖南医療圏の地域特性について説明。滋賀県南部に位置し、草津市、栗東市、守山市、野洲市の四市から構成され、人口は約34万人。京都・大阪のベッドタウンとして発展してきた経緯から、全国平均と比較すると高齢化率は約22%と比較的低い水準にあるものの、今後15年間で高齢者人口が急増し、高齢化率は27%程度まで上昇する見通しである。

医療提供体制としては、社会医療法人誠光会が運営する淡海医療センター（420床）と淡海ふれあい病院（199床）が中核を担っている。淡海医療センターは高度急性期から急性期、救急医療を担い、淡海ふれあい病院は地域包括ケア病棟および療養病棟を中心とした回復期・慢性期医療を担う役割分担がなされている。平野氏は、淡海ふれあい病院が在宅療養支援病院として位置づけられ、地域包括ケア病棟100床を運用している点を紹介し、平均在院日数や稼働率などの指標を挙げながら、回復期・包括期医療を基盤とした地域支援の体制を整備してきた経緯を述べた。

## ■ 地域医療構想と高齢者医療の位置づけ

続いて平野氏は、地域医療構想と高齢者医療の関係について言及した。現行の地域医療構想（2016～2025年度）は主として入院医療を対象に病床機能の分化・連携を進めてきたが、次期構想（2026～2040年度）では、入院医療に加え、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保までを含む医療提供体制全体が対象となる点を指摘した。

特に2040年に向けて85歳以上人口が急増する中で、「治す医療」と「治し支える医療」を明確に役割分担し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要性を強調した。平野氏は、救急搬送件数および在宅医療需要の将来推計を示し、「救急と在宅の双方において高齢者対応が避けて通れない課題

となる」と述べた。

また、淡海医療センター救急外来のデータを用いた高齢者救急の実態分析を詳細に報告。2024年の1年間に救急外来を受診した患者12,921名を対象に分析した結果、外来受診者全体では20歳代から60歳代までの受診数がほぼ均等であり、高齢者割合は53.2%であった。一方、救急外来から入院となった患者では、高齢者が77.3%を占め、70歳を超えると入院患者数が急増している。重症度については、救急管理加算1・2の算定を重症・重篤と定義して分析したところ、高齢になるほど重症患者の割合が増加し、80歳代および90歳代では入院患者の大半が重症に該当していた。平野氏は、これらの結果から「高齢者救急はすでに救急医療の中心である」と指摘した。

## ■ 高齢者救急への提言とNEWS導入の背景

続いて、2025年1月から6月にかけて救急外来から入院となった高齢者1,145名を対象とした分析結果が示された。性別では女性がやや多く、救急車搬送の割合は62.3%と高率であった。年齢分布では75歳から94歳に患者が集中し、後期高齢者が高齢者救急の主な対象であることが明らかとなった。

疾患別にみると、循環器疾患(脳血管障害を含む)、呼吸器疾患(肺炎を中心)、消化器疾患が三大疾病を形成しており、全体の過半を占めていた。骨折や尿路感染症、脱水症なども一定数認められたが、季節変動の影響が大きく、冬季には呼吸器疾患が増加し、夏季には泌尿器疾患や脱水・発熱が増加する傾向が示された。こうした疾患構造から、「高齢者救急の受け皿は二次救急医療機関が中心となるべき」と述べた。

これらの分析を踏まえ、日本救急医学会を中心にまとめられた「高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024」に言及した。同提言では、高齢者施設での対応整備、適時適切な救急搬送、重症度判定システムの普及などが重要課題として挙げられている。平野氏は、とりわけ重症度判定の共通

指標の欠如が、現場判断のばらつきや不要な救急搬送につながっていると指摘した。

その対応策として提示したのが、NEWSの活用である。平野氏は「救急度・重症度の判定に特別なシステムは不要である」と述べ、既存のバイタルサインを組み合わせたNEWSは、今すぐにも活用可能な実践的指標であると強調した。

NEWSは2012年に英国王立内科学会によって開発され、2017年にNEWS2として改訂された早期警告スコアである。呼吸数、酸素飽和度、酸素投与の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識レベルの7項目から構成され、それぞれを0～3点で評価し、合計点またはレッドゾーンの有無により重症度を判定する。

平野氏は、低リスク(0～4点)は経過観察、中リスク(5～6点またはレッドゾーン該当)は入院考慮、高リスク(7点以上)は集中治療管理を検討するという評価基準を示し、特に呼吸数が最も重要な指標である点を強調した。

## ■ 医療DXに親和性の高いツール

同院において、NEWSはすでに救急外来での入院基準、救急隊による病院前評価、院内急変予測指標として活用されている。淡海医療センターのコマンドセンターにおいては全入院患者のNEWSを可視化し、異常値検出時には迅速対応チームが介入する体制を構築している。

さらに、高齢者施設から紹介受診した61名を対象とした分析では、外来のみで帰宅した患者と入院患者との間でNEWS値に有意差が認められ、重症度判定指標としての有用性が確認されたと報告。「高齢者であってもNEWSは十分に評価可能である」と指摘した。

また、NEWS普及を補完する取り組みとして、「ミリ波レーダー」を用いた非接触型見守りシステムが紹介された。これは、呼吸数や心拍数、体温を24時間自動測定し、クラウド解析結果をスマートフォンで共有する仕組みである。

具体的事例として、80歳代女性の在宅療養ケースを紹介し、呼吸数上昇を早期に把握し、適切な入

院・緩和ケア介入につなげた経過を提示。この経験から「NEWSは急変の予知指標としても機能する」と評価した。

平野氏は最後に、「高齢者救急の適正化には、地域特性を踏まえた実態把握、二次救急医療機関を中心とした受け皿整備、そして医療・介護を横断する共通指標の導入が不可欠である」と述べた。NEWSはバイタルサインの組み合わせによる実践的指標であり、病院から高齢者施設、在宅医療まで幅広い普及が期待されると強調し、「医療DXに非常に親和性の高いツールである」と締めくくった。

## ■ 急性期から退院後まで継続的にサポート



小川咲子氏

訪問看護ステーションの管理者を務める小川咲子氏は、在宅医療の現場における特定行為看護師の役割について、具体的実践を伝えた。高齢化の進行に伴い、医療ニーズが病院から地域・在宅へと移行する中で、医師のみで在宅医療を支えることには限界があると指摘し、特定行為看護師が果たす専門的役割の重要性を明らかにした。小川氏は、特定行為研修修了者が一定の診療補助を実施できる制度的枠組みを整理した上で、現状では特定行為看護師の約9割が病院・診療所勤務であり、訪問看護ステーションで活動する者は6.2%にとどまっているという課題を示した。その上で、在宅医療の現場において特定行為看護師が果たす役割を、脱水、褥瘡、血糖管理という3つの具体的事例を通じて提示し、「点滴をしない判断も特定行為である」と強調した。講演全体を通じ、特定行為看護師は医療と生活をつなぐ調整役として、在宅療養の継続とQOLの維持に寄与する存在であることが示された。

小川氏はまず、自身が管理者を務める医療法人恵泉会ハート訪問看護ステーションの概要と、同法人

における在宅支援体制などを紹介。同ステーションは、後方支援病院である堺平成病院の在宅支援部門として位置づけられ、訪問看護に加え、訪問診療、訪問・通所リハビリ、居宅介護支援事業所が一体となって活動している。堺平成病院は「地域多機能病院」を掲げ、急性期医療から退院後の在宅療養までを切れ目なく支援する体制を構築している。

小川氏は大阪府訪問看護ステーション協会の教育ステーション事業に携わる立場から、訪問看護師の育成と定着、地域全体のケアの質向上を目的とした取り組みを報告。専門研修の企画や実践研修の調整、電話・FAX相談の窓口機能、コンサルテーションを通じた専門職間の調整など、訪問看護が地域の「ハブ」として機能している取り組みを示し、こうした活動により「地域の急性期医療から退院後の在宅までを継続的なサポートとして提供している」と述べた。

小川氏は、特定行為看護師制度にも言及。創設の背景には在宅医療を支える狙いがあったにもかかわらず、現状では訪問看護ステーションに配置される特定行為看護師が少数にとどまっていると指摘した。その要因として、「認知の壁」「連携の壁」「報酬の壁」の3点を挙げた。すなわち、特定行為看護師の役割が医療者間でも十分に理解されていない点、手順書交付に対する医師側の不安やICT連携の不足、そして質の高い看護実践が十分に評価されない報酬制度の構造的問題である。これらの壁が、在宅領域での特定行為の普及を阻害していると述べた。

## ■ 在宅の特定行為看護師が地域の受け皿に

本講演で小川氏は、具体的事例として3つの在宅療養ケースを紹介した。第一の事例は、80歳代女性の脱水リスクに対する介入である。対象者は大腿骨頸部骨折術後に在宅療養へ移行し、ほぼ寝たきりの状態で食事摂取が困難であった。小川氏は、退院時から医師と目標を共有し、脱水時に備えた特定行為の手順書を事前に整備した取り組みを伝えた。

すなわち、訪問時には、バイタルサイン、皮膚ツ

ルゴール、口腔内乾燥、尿量、活気などを継続的に観察し、ICTを用いて医師とリアルタイムに情報共有を行った。その結果、脱水所見が認められなかったことから、予防的な点滴は実施せず、「食べる力を引き出す」方針をチームで共有した。リハビリ職や介護職、家族とも連携し、生活機能の回復を優先した結果、点滴を行わずに食事摂取と離床が可能となり、デイサービス利用へとつながった。

第二の事例は、99歳女性の踵部褥瘡に対する介入である。対象者は重度認知症を有し、家族から「入院せず自宅で治したい」という強い希望が示されていた。訪問回数が週1回に限られる中で、在宅完結での治癒を目標とし、壊死組織除去に関する特定行為の手順書を医師から交付された。

小川氏は、特定行為として壊死組織除去を実施するとともに、褥瘡評価、感染管理、疼痛コントロールを行い、家族に対して日常の処置方法と観察ポイントを具体的に指導した。結果として、約3か月で褥瘡は治癒し、入院を回避したまま生活機能の回復につながったと述べ、「褥瘡を治すことは、その人の生活と尊厳を取り戻すことである」と強調した。

第三の事例は、1型糖尿病と認知症を有する80歳代女性の在宅血糖管理である。深夜の低血糖と日中の高血糖を繰り返す不安定な状態であり、介護者である家族の負担が大きかった。そのため、血糖推移を分析した上で、医師の手順書に基づきインスリン量の調整を実施し、注射部位の変更やローテーション指導を行った。さらに、家族に対する血糖測定や注射手技の指導を重ねた結果、低血糖の再発はなくなり、血糖変動も改善した。この事例を通じて小川氏は、「私の役割は薬剤調整だけではない、療養環境への直接介入の重要性。そして、ご家族を、単なる介護者から『治療のパートナー』へと引き上げる役割を担うことが、本質的な学びであると考えた」と振り返った。

その上で、特定行為の本質は単なる手技の実施ではなく、全人的な臨床推論にあるとの認識を示し、「点滴を行うか行わないかの判断、褥瘡治療を在宅で完結させる判断など、生活背景を踏まえた見極めが重要である」と指摘した。また、「特定行為看護

師は医療と暮らしをつなぐ架け橋として、多職種と家族を含むチームの軸となり、共通のゴールを共有する役割を担う」と述べた。

結語として、小川氏は「在宅に特定行為看護師がいるから、状態が不安定な方でも安心して療養を任せられると信頼していただける地域の受け皿になる。たとえば、家族の介護力が不十分で、かかりつけ医だけでは対応が難しいケースでも、過ごしたい場所で過ごすという本人・家族の希望を諦めない。そのような選択を支えられる在宅医療の実現に向け、特定行為看護師としての活動をこれからも続けていきたい」と述べた。

## 総合討論



総合討論では、特定行為看護師の役割、ICTを活用した地域連携の在り方、高齢者救急への対応などが論じられた。座長を務めた当会副会長の井川誠一郎氏は、高齢者救急を単なる救急搬送の問題として捉えるのではなく、水際での対応から救急医療、さらには在宅・施設における継続的支援までを含めた一連の過程として捉える必要性を指摘した。その上で、特定行為看護師が臨床推論能力を生かし、水際で重症化を防ぐ存在として果たす役割の重要性が共有された。

討論では、中尾氏が久留米市で構築してきたKICSを例に、ICTを基盤とした地域全体の情報共有の可能性と課題などを提示。平野氏は、在宅療養

支援センターや医療・介護連携センターを核とした段階的連携の実践を伝えた。小川氏は、特定行為看護師がICTを活用し、医療と生活を橋渡しする役割の必要性を指摘した。討論を踏まえ、井川氏は「行政、医師会をはじめとする関係機関が連携し、1つの目標を共有した上で取り組みを進めていく必要がある。これは地域医療全体にとって極めて大きな課題である」とまとめた。

## ■ 手順書交付に関する工夫について

○井川（座長）：

まず、フロアからの質問を受け付けたい。



池端幸彦氏

○会場 池端幸彦氏（日慢協副会長）：

小川氏に質問したい。非常に示唆に富む発表であり、強い感銘を受けた。当協会としても、特定行為看護師は慢性期医療や在宅医療の現場においてこそ必要な人材であると考えている。一方で、制度の活用がなかなか進ん

でいない。その要因として、手順書を交付する医師側のハードルが高いという点をしばしば耳にしている。

そこで第一の質問は、紹介された3つの事例について、主治医はいずれも法人内の同一医師であったのか、それとも法人外の医師であったのか。もし法人外の医師であった場合、手順書の交付を得るにあたって、どのような工夫を行ったのかを伺いたい。

第二に、最後に触れられた「報酬の壁」について。これは医療全体に共通する課題であり、アウトカム評価をいかに制度に組み込むかという問題につながる。容易ではない論点であるが、座長の井川先生も中医協の分科会に参画されており、今後まさに議論が進められていく分野である。ぜひ引き続き発信を続けていただきたい。以上は私の所感であるが、まずは手順書交付に関する工夫についてお聞かせ願いたい。

○小川：

3つの事例はいずれも主治医が異なっていた。1例目の脱水症例では、地域のクリニックの医師が主治医であり、通常は訪問診療を行っていないものの、通院困難な患者に限って訪問診療を行うというスタンスの医師であった。2例目は、大規模な急性期病院の医師が主治医であり、手順書の交付を得るまでに時間的にも労力的にも相当の負担を要した。3例目は同法人内の病院医師が主治医であり、特定行為に対する理解があったため、比較的速やかに手順書を交付してもらうことができた。

いずれの場合においても、手順書の交付には、医師の多忙な業務の合間を縫って説明や調整を行う必要があり、大きな壁が存在すると感じている。また、交付後の情報共有においても、ICTの整備状況には差があり、使用される媒体が診療所ごとに異なるのが現状である。中尾氏や平野氏が言及したバイタルリンクは堺市医師会でも推奨されているが、円滑な共有が進んでいるとは言い難い。こうした背景には、制度や役割に対する認知不足や、「任せて本当に大丈夫なのか」という不安がある。

○会場 池端：

粘り強く手順書の交付に取り組み、成功事例を積み重ねていくことが医師側の理解を深める上で重要であると感じた。今後も継続して取り組んでいきたい。

## ■ ジェネラリスト型の特定行為看護師を養成する

○井川（座長）：

特定行為看護師の話題が出たことを踏まえ、本日提示されたテーマである「医療介護連携・高齢者救急の匠をめざして」に立ち返りたい。「匠の高齢者救急」とは、実際に救急搬送や救急医療を行う段階のみを指すのではなく、水際の段階から救急対応に至るまでを含めた一連の過程を意味している。

その観点からすると、特定行為看護師による訪問看護は、まさに最前線の水際に位置し、場合によっては



井川誠一郎氏

ありがたいと考えているのか。また、連絡や情報共有のあり方について、望ましい形があれば意見をいただきたい。

○中尾：

特定行為看護師の研修修了者は、現在、国が掲げる10万人規模の目標に対し、まだ1万数千人程度にとどまっており、数としては十分とは言えない。私の考えでは、特定行為看護師には大きく分けて「スペシャリスト」と「ジェネラリスト」という2つのタイプが養成されている。大学病院や救急病院では、特定の分野に特化したスペシャリスト型の特定行為看護師が増えている傾向がある。

一方で、在宅医療や、今回のテーマである高齢者救急を減らすという観点に立てば、ジェネラリストとして幅広く対応できる特定行為看護師を養成し、そうした領域に関心を持ってもらうことが重要である。ジェネラリスト型の特定行為看護師が訪問看護ステーションや高齢者施設で活動することにより、緊急入院や救急搬送を減らすことが可能となる。これは地域における高齢者救急の抑制に資する取り組みであると考えている。

■ 病院幹部の理解が十分とは言えない

○平野：

私は滋賀医科大学において特定行為研修の外部委員を務めており、研修に関連して各種アンケート調査を行っている。その結果としてまず挙げられるのは、病院長を含む病院幹部における理解が十分とは

言えない点である。また、病院に配置された場合、訪問診療や在宅医療の現場にまで活動が広がらないという実態も明らかになっている。加えて、先ほどから議論されているとおり、処遇の問題も課題として挙げられている。

一方で、研修受講者のアンケートでは全体のおよそ3分の1が、在宅あるいは訪問診療への参加を希望して研修に臨んでいるという結果が得られている。

今後、こうした特定行為研修修了者が訪問診療や在宅医療の現場に出て活躍する機会が広がれば、その人数は着実に増加していくと考えられる。そして、特定行為看護師と訪問診療を担う医師とが適切に連携し、患者情報をリアルタイムに共有しながら、医師が訪問看護師に対して的確な指示を行うことで、より迅速な医療介入が可能となる。

私は、高齢者救急は「質」と「数」の両輪で成り立つものと考えている。中尾氏が述べたACSCの概念に代表されるように、救急医療の質を高めていくためには、訪問看護師の存在が不可欠である。その質を高めることが、結果として救急搬送や救急受診の件数を減少させる流れにつながる。以上の観点から、訪問看護師の役割、ならびに特定行為看護師が訪問診療の場で果たす役割は、今後の高齢者救急を考える上で不可欠である。

■ 地域連携において中核的な役割を担う

○井川（座長）：

小川氏に伺いたい。中尾氏、平野氏のように特定行為看護師の活用に理解のある医師ばかりではない。そうした医師に対して、特定行為看護師の立場から、伝えておきたいことや要望などお聞きしたい。

○小川：

率直な意見を述べることは大変言いにくい立場ではあるが、今回のテーマである高齢者救急を減らす、すなわち水際で食い止めていくという観点において、特定行為看護師は臨床推論能力を備えた存在である。ICTをパートナーとして活用しながら、急性期から地域に至る医療提供体制の中で、最も脆弱

な部分において水際機能を果たしていきたい。

今後の方向性としては、重症化リスクの高い患者を早期に発見し、予防的介入を行うことを重視している。在宅や施設において、医師の目が常に届かない場面でも、迅速かつ正確な見極めにに基づき、手順書に沿った即時的な介入を実施することで、不要な救急搬送や入院を回避したい。

また、地域連携においては中核的な役割を担うことを目指している。専門的知識を生かし、情報共有システムを介して多職種をつなぐハブとして機能し、医療と生活を橋渡しする役割を果たすことが、特定行為看護師としての重要な使命であると考えている。

## ■ 関係機関が連携し、目標を共有して進める

### ○井川（座長）：

実際に水際を越えてしまった場合には、地域との病診連携が不可欠となる。その観点からすると、中尾氏が示した地域全体を包含する KICS のような仕組みは、極めて重要である。一方、ICT 等の情報共有ツールやモジュールが地域全体で十分に活用されるまでには至っていない。今後、地域全体を巻き込みながら高齢者救急をより円滑に進め、不必要に高度急性期病院へ搬送される事態をいかに防ぐかが重要と考える。この視点から中尾氏、平野氏からのご意見を伺いたい。

### ○中尾：

私は久留米市で KICS の構築に取り組んできた。人口約 30 万人規模の地域において ICT を普及させたいという思いは強いが、現実には容易ではない。しかし、だからといって諦めるわけにはいかない。私どもが実践してきたのは、まずグループ内、法人内、あるいは比較的密な連携が可能な医療機関を巻き込み、小さな連携単位を数多く形成すること。そ

うした小規模な集団を積み重ね、最終的に地域全体へと広げていく方法が現実的である。また、地域住民の理解を得ながら進めることも重要である。医療者だけで完結させるのではなく、住民を含めて丁寧に説明し、小さな取り組みを徐々に拡大していく。その積み重ねこそが、地域全体に根付く連携体制につながる。

### ○平野：

私どももさまざまな取り組みを検討しているが、中尾氏が久留米市で構築している KICS のように、広域を対象とした大規模な連携体制を一足飛びに実現することは容易ではない。現在、私どもが取り組んでいるのは、在宅療養支援センターを立ち上げ、主として介護系施設や介護老人保健施設との連携を密にすること。あわせて、草津市に設置されている医療・介護連携センターなどの公的な連携拠点とも協働し、医師会や行政と連携しながら、各種会合を通じて関係性を強化する段階にとどまっている。

また、本日も紹介した NEWS については、重症化を防ぐための 1 つの有効なツールである。訪問看護師に限らず、開業医を含む地域の医療関係者に広く活用を呼びかけることで、高齢者救急を少しでも減らす手立てとなることを期待し、取り組みを進めている。

### ○井川（座長）：

いわゆる「2025 年問題」は、すでに現実のものとなっている。想定以上に早い時期に 2025 年を迎えたという印象を持っている。今後は 2040 年問題が控えており、この課題についても、できるだけ早い段階から対応を進めていかなければならない。そのためには、行政、医師会をはじめとする関係機関が連携し、1 つの目標を共有した上で取り組みを進めていく必要がある。これは地域医療全体にとって極めて大きな課題であろう。



## シンポジウム4

### 慢性期医療・介護 DX の匠をめざして

座長：富家隆樹 日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長

シンポジスト：名嘉栄勝 西崎病院 理事長

石川賀代 HITO病院 理事長

谷明紀 株式会社善光総合研究所 介護ビジネスサポート部 部長



本シンポジウムでは、医療・介護分野を取り巻く厳しい経営環境と人材不足を背景に、DXと生成AIをどのように現場に実装し、持続可能な提供体制へとつなげていくかが多角的に論じられた。名嘉栄勝氏は、慢性期医療を中心とした経営指標や人口動態を踏まえ、DXを単なる効率化手段ではなく医療の質と現場を支える基盤として捉える必要性を示した。石川賀代氏は、地域医療の最前線におけるICT活用の具体例を紹介し、組織設計や多職種連携と結び付けた段階的DXの重要性を明らかにした。谷明紀氏は、介護現場における業務分析とテクノロジー活用の実践を通じ、DXの本質が人材育成と組織変

革にあることを強調した。総合討論では、導入コストや補助金活用、生成AIとの向き合い方をめぐり実践的な意見が交わされ、試行錯誤を重ねながら現場主導でDXを進める姿勢こそが医療・介護の未来を切り拓くとの認識が共有された。

#### ■ 実情に合わせた導入をすべき

本シンポジウムの導入にあたり、座長の当会常任理事・富家隆樹氏は、慢性期医療・介護を取り巻く環境と病院DXの現状について整理したうえで、本シンポジウムの問題意識と位置付けを示した。

富家氏はまず、超高齢社会の進行と医療・介護人



富家隆樹氏

材の慢性的不足を背景として、従来の業務運営の延長線上では医療提供体制の維持が困難になりつつある現状を指摘。その上で、「DXは一部の先進的な取り組みにとどまるものではなく、今後の医療機関運営において不可欠な基盤である」と述べた。

続いて、厚生労働省の公表資料をもとに電子カルテの普及状況等を説明。精神科および結核病棟を除く病院を対象とした病床規模別の推移を見ると、導入が遅れていた200床未満の病院においても普及が進み、令和5年には導入率がおおむね5割に達したことを評価した。「診療所の導入率を上回る水準であり、中小規模病院を含む医療機関全体で情報基盤整備が進展している」と期待を込めた。

さらに、令和7年度の入院・外来医療等に関する実態調査に基づき、ICTを活用した業務見直し・省力化の状況を報告。それによると、導入率が高い取り組みとして、ビデオ通話の活用、ICTによる勤怠管理、診断書や紹介状の作成支援、遠隔画像診断、センサー等を用いたモニタリングが挙げられた。また、タブレットを用いたペーパーレス化、患者向け説明動画、スマートフォンやインカムによる情報伝達、スマートフォンからの電子カルテ閲覧、電子問診AIなども一定程度導入が進んでいた。

これらの取り組みを病棟種別に分析した結果について、「地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では平均を上回る導入が見られる一方、療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟では多くの項目で平均を下回っている」と指摘。特に、患者向けの説明動画や電子問診AIは、慢性期を中心とした病棟で導入が進んでいない実態が明らかになった。一方で、タブレットによるペーパーレス化やスマートフォンインカムは、療養病棟においても比較的導入が進んでいる点を評価した。

こうした分析を踏まえ、富家氏は「DXの在り方

は病棟の特性や患者像に応じて選択されるべきであり、一律のモデルを当てはめるものではない」と強調。「限られた予算と人員の中で、それぞれの現場に必要なICTを見極めて導入している実態がデータから読み取れる」とし、「私たちは実情に合わせた導入をすべきだ」と述べた。

## ■ DXの匠と坂の上の先進事例を

DXの具体的な取り組みとして富家病院では、「されたい医療・されたい看護・されたい介護」という理念のもと、患者体験の向上をDXの中心的な目的に据えている。現在、グループ全体で約280台のiPhoneを導入し、情報共有や業務効率化の基盤として活用している。

病院情報システムについては、患者情報を一元管理するクラウド型システムを採用しており、富家氏は「患者が病院、施設、在宅と生活の場を移行しても継続的に情報を把握できる体制を整備している」と紹介した。また、服薬リマインダー、家族とのLINEを用いたコミュニケーション、スマートフォンインカム、病棟単位のグループチャット、カメラを用いた情報共有、グループウェアによるペーパーレス化、モバイル端末によるeラーニングなど、多岐にわたる活用事例を示した。

さらに、障害者病棟においては排泄センサーを全床に導入し、排泄状況をスマートフォンに通知する仕組みを構築していることも紹介。こうした取り組みを踏まえ、「国の調査で示されたICT活用の上位項目の多くがスマートフォンで実現可能である点が明らかになり、病院DXの第一歩としてスマートフォン導入が有効である」との認識を示した。

最後に富家氏は、本シンポジウムに登壇する3名のシンポジストが、こうした基盤の先にある先進的な実践、すなわち本学会のテーマに挙げられた「坂の上」をめざす事例を報告すると伝え、シンポジストの講演に移った。

## ■ 病院経営指標から見た危機の現状

最初に登壇した名嘉栄勝氏は「生成AIの医療現場での活用はどこまできているのか」をテーマに



名嘉栄勝氏

講演. 慢性期医療・介護分野を取り巻く構造的課題や、生成AIを含む医療DXの現状について見解を示した。病院経営の悪化や人材需給の逼迫が同時に進行する現状を踏まえ、統計資料や政策動向を基に整理し、生成AIを単なる業務効率化の道具

ではなく、現場を支える実務的なパートナーとして位置付ける必要性を説いた。また、ICTやDX、生成AIの概念整理を行い、国内外の実証事例や自院での具体的な取り組みを交えながら、生成AIが業務配分、医療の質、職員の負担軽減に与える影響について多角的に検討した。

名嘉氏は冒頭、病院経営の悪化状況についてMCDBのデータを用いて説明。経常利益の黒字・赤字割合を見ると、一般病院では赤字病院が半数近くを占める状況に至っており、療養型病院や精神科病院では赤字比率がさらに高い水準にあることを示した。特に精神科病院では、直近数年間で赤字割合が急激に上昇しており、経営環境の変化が顕著に表れているとした。

名嘉氏は、これらの数値を単なる統計結果として捉えるのではなく、病院経営の構造的問題を指す指標として読み取る必要があると指摘した。一般病院では医業収益自体は一定程度伸びているものの、人件費、材料費、光熱費などの費用がそれを上回る速度で増加しており、結果として収支が悪化していると説明した。一方、療養型病院や精神科病院では医業収益が低下する局面にあるにもかかわらず、費用構造はほとんど変わらず、経営の余地が急速に狭まっている点を強調した。

こうした経営悪化については「一時的な景気変動や個別病院の努力不足によるものではなく、診療報酬体系や人件費構造、地域人口動態の変化といった複合的要因によって生じている」との認識を示した。その上で、「従来と同じ延長線上での経営改善策では限界がある」と指摘し、経営の前提条件そのもの

を見直す必要性を訴えた。

## ■ 人材需給の将来推計と慢性期医療への影響

続いて、2040年に向けた就業人口の将来推計を取り上げ、医療・介護分野が直面する人材問題について論じた。全産業では今後15年間で就業人口が約700万～900万人減少すると見込まれている一方、医療・福祉分野では必要とされる就業人口が100万人以上増加すると推定されている点を示した。

この数字が意味するところについて、「医療・介護分野だけが例外的に人材を確保できるという前提は現実的ではない」と述べ、需給ギャップが現場に直接的な負担として跳ね返ってくる可能性を指摘した。特に慢性期医療では、患者の重症度が高く、長期間にわたるケアが必要であるため、少人数化が進めば進むほど一人当たりの業務負担が増大する。

また、人材不足は単に人数の問題にとどまらず、経験年数や専門性の偏在という形でも表れる。若年層の医療・介護分野への参入が伸び悩む中で、現場を支える中堅・ベテラン職員への依存度が高まり、疲弊や離職を招く悪循環が生じている点を指摘した。名嘉氏は、「人材確保策と同時に、業務の在り方そのものを見直さなければ、慢性期医療は立ち行かなくなる」と強調した。

## ■ 生産性停滞とDX推進の必要性

次に、日本の医療・福祉分野における生産性の問題を国際比較の視点から、主要国では高齢化の進行に伴い医療・福祉分野の就業者数が増加する一方で、労働生産性も一定程度向上しているのに対し、日本では就業者数の増加に比して生産性の伸びが極めて緩やかであると述べた。

この背景として、医療現場における業務の属人化や、記録・確認作業の多くが手作業に依存している現状を挙げた。特に慢性期医療では、患者一人ひとりの状態変化を丁寧に記録する必要がある一方で、その記録が次のケアに十分活用されていない場面も少なくない。

こうした状況を踏まえ、名嘉氏はDXを「IT機器を導入することではなく、業務の流れを分解し、再構成する取り組み」であると定義。その上で、「DXの目的は人員削減ではなく、限られた人材で質の高い医療・介護を維持することであり、その実現には現場職員の理解と納得が不可欠である」と述べた。

## ■ ICT・DX・生成AIの関係整理

また、ICT、DX、生成AIの関係について整理し、ICTを情報通信技術としての基盤、DXをその基盤を活用した業務変革、生成AIはDXを支援・加速する知的ツールとして位置付けた。

その説明の中で名嘉氏は、「ICTは道路や車といったインフラ、DXは都市計画、生成AIは進路を示すナビゲーター」とし、三者の役割の違いを具体的に示した。「ICTが整備されていなければDXは進まず、DXの方向性が定まらなければ生成AIの効果も限定的になる」と指摘した。

また、医療DXの最終的な目的について、業務効率化そのものではなく、患者と向き合う時間の確保、医療の質と安全性の向上にあるとの視点を提示。「慢性期医療においては、生活機能や尊厳を重視したケアが求められるため、ICTや生成AIはあくまでその実現を支える手段である」と強調した。

## ■ 生成AI導入による実証事例と効果

生成AI導入による効果については、国内外の実証事例を基に説明した。それによると、退院時サマリーや看護記録作成支援では、作成時間が約40%削減された事例が複数報告されており、「業務時間の短縮だけでなく、記録作業に伴う心理的負担が軽減された」と指摘した。

また、電子カルテに記載された看護記録を解析。転倒・転落リスクを評価するAIシステムでは、インシデント件数が導入前と比較して大幅に減少した事例が紹介された。こうした結果について名嘉氏は「AIが直接ケアを行うわけではないが、判断材料を可視化することで現場の対応力が高まる」との考えを示した。

海外における研究も紹介し、生成AI導入後に臨

床医のバーンアウト指標が改善した大規模研究を引用。「記録時間や時間外労働の削減が精神的負担の軽減につながっている」と説明した。

## ■ 生成AIとの向き合い方と今後の展望

自院での取り組みについては、AI問診や文書作成支援の導入事例に関する報告があった。具体的には、個人情報取扱規定の見直し作業において生成AIを活用し、国のガイドラインと既存規定を照合しながら修正案を作成した過程を説明。この経験を通じて名嘉氏は「ゼロから文章を作成する作業が、内容を確認し判断する作業へと変わった」と述べた。

また、介護分野では、睡眠・体動データを解析するセンサーや排泄記録の自動事例を挙げ、異常兆候を早期に把握できる点に意義があるとした。こうした技術について、「省力化だけでなく、ケアの質を高めるための情報を提供する役割がある」と強調した。

最後に、名嘉氏は生成AIの限界にも触れた。誤情報が出力される可能性があることを踏まえ、「万能な存在として扱うべきではない」と警鐘を鳴らした上で、「生成AIを使わないという選択肢は、もはや存在しない」と評価した。

その上で、「生成AIを現場のパートナーとして位置付け、試行錯誤を重ねながら活用していく姿勢が重要である」とし、「生成AIと上手に付き合っていきましょう」と呼び掛けた。

## ■ 地域特性と病院の役割認識



石川賀代氏

続いて、日本病院DX推進協会の代表理事として医療界におけるデジタル変革を推進している石川賀代氏が登壇し、「DX導入による看護・介護業務の改善」をテーマに講演した。

石川氏は、人口減少と働き手不足が同時進行する地方都市において、医療・介護を持続可能な形で維

持するためには、ICTやDXの活用を前提とした組織変革が不可欠であるとの考えを示した。

本講演では、HITO 病院が2017年以降に進めてきたICT活用の歩みを軸に、スマートフォンを起点とした情報共有の変革、多職種協働体制の再設計、生成AIや遠隔支援技術の導入による業務改善の実際が具体的に示された。石川氏は「DXの本質はテクノロジー導入そのものではなく、ひと中心の医療・介護を支えるための環境整備にある」と強調し、慢性期医療・介護の現場における実践的な取り組みを示した。

まず、自身が理事長を務めるHITO 病院、石川ヘルスケアグループの概要や地域特性などを紹介した。愛媛県四国中央市は人口8万人を下回り、高齢化率が34.6%に達する地域であり、多くの地方都市が直面する課題を集約した地域である。同グループは3法人から構成され、「いきるを支える医療・介護・福祉の実現」を理念に掲げ、医療・介護・福祉の複合体として20拠点の事業所を展開している。

HITO 病院は急性期医療を中核としたケアミックス型病院として228床を有し、病床稼働率は95%前後、平均在院日数は約11日、年間救急搬送受入件数は3年連続で2,000件を超えている。「地方においても急性期医療を維持する責任と、地域全体の医療・介護を支える拠点としての役割を担っている」と伝えた。

## ■ 人口減少社会における「自走型組織」

石川氏は次に、人口減少局面に入った日本社会において、医療提供体制の前提条件を見直す必要性を指摘した。これまで人口増加を前提に構築されてきた医療・介護の仕組みは、今後は通用しなくなると述べ、スマートフォンやデジタルツールを前提とした業務設計への転換が不可欠であると強調した。

また、2040年に向けて働き手不足が一層深刻化する中で、病院組織も従来の階層型組織から、自律的に課題解決を行う「自走型組織」へと変革する必要がある。そのためには、ICTや生成AIを活用しながら、職員一人ひとりが状況を把握し、主体的に行動できる環境づくりの重要性を指摘した。

HITO 病院におけるICT活用は、脳神経外科医が1名体制となる危機を契機として始まった。救急医療を維持するため、2017年頃に業務用スマートフォン10台を導入し、チームチャットによる情報共有を開始。当初は限定的な導入であったが、効果を検証しながら段階的に台数を増やし、約3年をかけて日勤帯で1人1台の体制を整備した。その結果、申し送りの廃止や報告・連絡・相談の形態が大きく変化し、現場の情報共有速度が向上したという。石川氏は「小さく始め、現場で効果を実感しながら横展開することがICT導入の要点」との考えを示した。

## ■ コミュニケーション改革と負担軽減

スマートフォンとチャットツールの導入により、医師と看護師をはじめとするメディカルスタッフの多職種間のコミュニケーションの在り方も大きく変わった。従来は電話による連絡が中心で、医師の不在や業務中断が課題となっていたが、チームチャットを活用することで非同期型の情報共有が可能となった。

この変化により、看護師1人当たりの移動距離が1日あたり4～5km減少し、時間換算で約60分の余裕が生まれた。さらに、申し送り時間の削減により、1日あたり約100分の時間創出が可能となり、その時間を患者対応や教育、カンファレンスに充てることができるようになった。石川氏は「ゆとりを持って働ける。ケアの質が上がる。スタッフ間でお願いしやすい関係性が生まれる」とメリットを紹介した。

また、ICT活用を前提に病棟体制を再設計した点についても詳述。病棟を小規模な「セル」に分け、看護師、介護職、リハビリ職が固定的にチームを組む多職種協働体制を導入。この体制により、スタッフステーションに戻る必要が減り、ベッドサイドでのケアが充実したという。

こうした体制は、転倒・転落リスクの低減や身体拘束の最小化にも寄与しており、「ICTと組織設計を組み合わせることでケアの質向上につながる」と指摘した。

## ■ 医療の未来を四国から

生成AIの活用について同院では、文書作成支援や情報検索といった比較的风险の低い領域から導入。Microsoft Copilotを活用し、院内マニュアルや蓄積データを検索・要約することで、職員が必要な知識に迅速にアクセスできる環境を整備している。特に新人職員にとっては、基礎知識を補完する底上げ効果があり、カンファレンスや現場判断への参加を後押ししている。石川氏は、生成AIを「個の能力を拡張するツール」と位置付け、教育と実務の両面で有効である点を評価した。

石川ヘルスケアグループでは、約70名の外国人職員が勤務しており、生成AIを活用した多言語翻訳が現場で有効に機能している。医療用語や業務手順を母国語で確認できることで、外国人職員が安心して業務に従事できる環境が整っている。この取り組みは、夜勤体制の安定化や加算取得にも寄与しており、人材確保と経営の両面で効果がある。

同グループでは、スマートグラスやテレビ通話を活用した遠隔支援の取り組みも進んでいる。院内での実証を経て、介護施設や在宅医療へと展開しており、STやWOCナースが遠隔で専門的支援を行う体制を構築。誤嚥性肺炎患者の退院後支援では、介護現場での食事介助を遠隔から支援することで再入院がゼロとなった実績を示し、ICTを活用した地域連携の有効性を強調した。

今後に向け石川氏は、「DXの本質はテクノロジー導入ではなく、人を大切にする医療・介護を支える仕組みづくり」にあるとの視点を提示。専門職が自分らしく働ける環境を整え、次世代に選ばれる職場をつくるのがDX推進の第一歩であるとした。その上で、人口減少地域だからこそ先行的に取り組める価値があるとし、「医療の未来を四国から。私たちにはまだまだできることがある」と締めくくった。

## ■ 介護現場におけるDXの実践

3人目の講演は、介護ロボットの開発支援などに関わる谷明紀氏。「介護現場におけるテクノロジー導入の実践知」と題し、社会福祉法人善光会の活動



谷明紀氏

を中心とした介護DXの取り組みを紹介した。講演では、具体的な業務改善、テクノロジー活用、さらには人材育成と組織変革に至るまで体系的に論じられた。谷氏は「介護DXとは単なる機器導入ではなく、利用者本位のケアとデジタル活用を高い水準で両立させる営み」

と位置付け、その到達像を「スマート介護」と定義した。介護業務の見える化を起点に、現場職員の納得感と合意形成を重視しながら段階的に改革を進めてきた過程は、介護分野のみならず医療分野におけるDX推進にも示唆を与える内容であった。

谷氏はまず、善光総合研究所の成り立ちと、その母体である社会福祉法人善光会の理念を紹介。善光会は「オペレーションの模範となる」「業界の行く末を担う先導者になる」という理念を掲げ、設立当初から業務の洗練に注力してきた。その特長として、当初からテクノロジーに依存するのではなく、他業界、とりわけホテル業界のオペレーションを参考にしながら介護現場の業務改善を進めてきた経緯を伝えた。

善光会は、業務改善を進める過程で平成26年頃から本格的な業務分析に着手。具体的には、タイムスタディを通じて介護職員の業務時間を可視化した。その結果、直接介助は全体の約6割にとどまり、記録や申し送り、見守りといった間接業務が約4割を占めていた。谷氏は「付加価値を生む直接介助の比率を高めることが重要」と強調。「こうした業務改善の進め方は、厚生労働省が策定する生産性向上ガイドラインのモデルにもなった」と伝え、現場での試行錯誤を通じて再現性のある改善プロセスを確立してきた点を指摘した。

## ■ 成功体験を重ね、納得感を高める

また、介護DXが実現した姿として定義する「スマート介護」について解説。スマート介護とは「利用者本位のケア」と「デジタル技術の活用」が両立

した状態であり、「ロボットや機械による置き換えを目的とするものではない」と強調した。

その上で、実際に現場で効果を発揮しているのは情報共有と見える化を支えるシステムであるとし、介護記録の電子化、インカムによる職員間コミュニケーション、見守りセンサーの活用事例を紹介。記録業務では、タブレット入力導入により二重・三重の転記を解消し、「記録業務で約76%、申し送り業務で約74%の削減効果が得られた」と評価した。

また、骨伝導インカムとコミュニケーションツールを組み合わせた常時接続環境により職員間の連携が迅速化し、緊急時対応や新人職員の支援にも寄与している。さらに、体動センサーと映像センサーを併用することで「利用者の状態を多角的に把握し、過不足のない見守りを実現している」と述べた。

DX推進において直面する組織的課題については、「納得感の壁」「認識の壁」「定着の壁」の3点を挙げた。谷氏は「現場が必要性を腹落ちできていない状態、経営層と現場の課題認識のずれ、導入後に運用が定着しない状況がDX停滞の要因になる」と指摘した。

これらを乗り越えるため、「経営層によるキックオフ宣言と将来像の共有が不可欠である」とし、「文章や動画として残し、全職員が確認できる形にすることが重要である」と強調した。また、現状把握の段階では、インタビュー調査やタイムスタディを通じて客観的データを共有し、事実に基づく合意形成を行う必要がある。導入段階では、一部フロアでの試行と小さなPDCAを重ねることで成功体験を積み重ね、現場の納得感を高めることが定着につながる。

最後に谷氏は、DX推進の過程で育成される人材の重要性について述べた。プロジェクトを通じて課題解決に向き合った職員が、やがて「変革人材」として成長し、その存在が組織全体に広がることで、業務改善から新たな価値創出へと進化していく。

善光会では、こうした人材育成を体系化するため「スマート介護士」育成カリキュラムを整備し、国のデジタル中核人材養成研修にも採択されたことを紹介。「DXは短期間で完結する取り組みではなく、階段を一段ずつ上るように継続することによって実

現できる」と強調し、「新しいものを生み出す能力を身につけるために日々努力している」と語った。

## 総合討論



総合討論では、病院および介護施設におけるDX推進の現実的課題を起点に、コストや組織運営、人材活用などの論点について、登壇者と会場参加者を交えた実践的な議論が交わされた。先進的なICTや生成AIの導入は、将来的な業務効率化や医療・介護の質向上に寄与する一方で、初期投資や運用コストという壁を伴う。討論では、補助金の柔軟な活用、段階的導入、小規模な成功体験の積み重ねといった具体的方策が示されるとともに、DXの本質は技術そのものではなく、人と組織の変革にあることが共通認識として確認された。現場の実情に即した試行錯誤を重ねながら、持続可能な医療・介護提供体制をいかに構築していくかという視点が全体を貫く主題となった。

### ■ 補助金等を活用し、段階的に導入

○富家（座長）：

まず私から口火を切りたい。近年、病院および介護事業所の経営環境は極めて厳しい状況にある。先ほど名嘉氏の講演でも触れられたとおりである。そのような中で、先進的なDXやICTを導入するためには、どうしても一定の初期コストが必要となる。業務効率化や働き方改革が進み、将来的に成果が得られることは理解できるものの、その前段階として

資金を投じなければならない。この初期投資をどのように捻出していくのか、その考え方について意見を求めたい。

まず、名嘉氏に尋ねる。生成AIをはじめとするツールについても、月額数千円から、高額なものは数万円を要する場合があります、コストの問題は避けて通れないと考えるが、いかがであろうか。

#### ○名嘉：

生成AIに相談したくなる話題であるが、私の立場から述べたい。まず、生成AIの活用については、当院では病院支援に特化した生成AI「Ubie」を中心に導入を進めている。ICT関連の補助金については昨年度から利用可能なものがあり、それを活用する形で導入を開始した。初期段階では、補助制度を積極的に調べ、使えるものは最大限活用することが重要である。

また、ChatGPTやGeminiなどの生成AIツールについては、当初は個人で一段階下の課金プランを利用し、業務で実用可能かどうかを自ら検証した。その上で、実用性が確認できた段階で事務部門と相談し、病院としての経費で課金する形に切り替えた。最初から組織全体で一斉導入するのではなく、少人数で試行し、効果を見極めながら段階的に利用者を増やしていく方法を取っている。

その結果、課金総額が相応に増加してきたため、一定の目安が立った段階でプランを見直し、不要な部分はダウングレードするなど、取捨選択を行っている。現在は役割分担を明確にし、用途ごとにツールを使い分けている。

例えば、Canvaについては、スライド作成や広報物制作に活用しており、現在は図書室のスタッフが中心となって、採用活動の強化を目的にInstagram運用を進めている。このように、直接的に病院の価値向上や人材確保につながる分野に限定して投資を行うことで、無理のない形でDXを進めている。

### ■ 予算枠で必要性の高い領域に導入

#### ○富家（座長）：

石川氏は講演でも触れられていたが、病院で全職

員にiPhoneを1台ずつ配布するとなると、どうしてもコスト負担が大きくなり、費用対効果を考えた結果、導入に踏み切れない施設も多いのではないかと考える。その点について、どのように乗り越えてきたのか。

#### ○石川：

現在、当法人ではスマートフォンをレンタルで運用しているが、実際には全端末にSIMが必要というわけではない。職種によって利用方法が異なるため、通信契約の在り方は一律で考える必要はない。また、通信キャリア各社からは医療機関向けのパッケージが提供されており、単純に「スマートフォンは高額である」という先入観だけで判断せず、キャリアに相談することが一つの選択肢になる。

仮にPHSの保守が終了し、スマートフォンを単なる電話の代替として用いるだけであれば、ランニングコストとしては割に合わない可能性が高い。したがって、スマートフォンを導入するのであれば、アプリケーションの活用や業務効率化といった付加価値をどのように生み出すかを同時に考える必要がある。当法人ではMicrosoft Copilotを活用しているが、ライセンスの条件によっては追加費用なしで利用できる場合もある。このように、個別のツールだけでなく、複数の仕組みを組み合わせることが重要である。

IT投資については、年間でどの程度まで投資するのかという上限をあらかじめ設定しておくことが望ましい。時間外労働の削減などは一度達成すれば毎年同じ効果が生まれるわけではなく、効率化が進むことで業務量が増える側面もある。そのため、効率化によって生み出された成果を収益につなげ、次の投資に回す仕組みを構築しなければ、持続的なDX推進は難しい。すなわち、補助金はあくまで補助的な手段であり、それに依存し過ぎると循環する仕組みは構築できない。谷氏が先ほど述べた「変革人材」の育成と結び付けながら、組織としてのトランスフォーメーションにつなげていく必要がある。循環する仕組み作りは、日頃から試行錯誤を重ねているテーマである。

○富家（座長）：

しっかりとした予算を組むことが重要であるという理解でよろしいか。

○石川：

そのとおり。一定の予算枠を設けた上で運用することが重要である。また、生成AIは非常に有用である一方、従量課金の要素が大きいため、全職種に一律に導入するのではなく、高度なデータ分析など、本当に必要性の高い領域に絞って導入することが必要だろう。

○富家（座長）：

私たちの世代は、ついつい課金してしまいがちではあるが、そこを抑えつつ計画的に予算を立てていくことが重要であると思う。

## ■ 過剰な投資を避け、身の丈に合った選択を

○富家（座長）：

谷氏はいかがだろうか。病院と比較して、介護分野、特に社会福祉法人や特別養護老人ホームでは予算に制約があり、DXやICT導入に踏み込めない施設も多い。その点について、どのような工夫が考えられるか。

○谷：

その点については、私自身も大きな課題であると認識している。問題を整理すると、重要な要素は主に2つある。第一に、補助金の活用である。日頃、介護施設と関わる中で感じるのは、補助金について十分に調べないまま、導入を諦めてしまっている事業者が少なくない。一見すると、ICTとは関係が薄いように見える補助金であっても、実際にはICT投資や機器購入に活用できる場合がある。

例えば、見守り機器の中には高額のものもあるが、善光会では施設の修繕費、すなわち建物関連の補助金の枠組みの中で導入している。このように、大型の設備補助の中に組み込むことが可能であると分かったことで、導入に踏み切ることができた。

そのため、机上での情報収集にとどまらず、都道府県や市区町村の担当者に直接ヒアリングを行い、制度の運用実態を確認することが重要である。ICTとは無関係に見える補助制度であっても活用の余地が残されている場合があるため、諦めずに調べる姿勢が必要であろう。

第二に、課題に即した機器やシステムを選定することである。よく見られる事例として、「性能の高い製品を導入すれば解決するだろう」と考え、高額な機器を購入した結果、現場の課題と合致せず、十分に活用されないケースがある。

重要なのは、まず現場の課題を明確にし、その課題を解決するために本当に必要な機能は何かを見極める。その上で、過剰な投資を避け、身の丈に合った選択を行うことが、介護分野におけるDX推進には不可欠である。

○富家（座長）：

補助金を設備費として活用するという発想は新鮮であり、非常に示唆に富む。高機能なものを無理に選ぶのではなく、例えばスマートフォンで言えば最上位機種ではなく、必要十分な機能を備えた機種を選ぶと理解した。

## ■ 患者情報の共有、運用方法の実践

○富家（座長）：

フロアからの発言を受けたい。

○会場（救急医）：

救急災害医療センターの集中治療科に従事している。石川氏に質問したい。先ほどの講演において、チャットツールを活用することで申し送りを廃止したとの説明があった。当院では、医師の申し送りに、朝は約1時間半、昼は30分、夜間も1時間以上を要しており、1日の業務時間の相当部分を占めている。この負担を軽減できないかと考えている。具体的には、チャットでどのような内容を共有しているのか。また、勤務交代時において、患者情報については従来のような口頭の申し送りを行わず、チャットによる情報共有を前提として、そのまま引き継ぐ

形としているのか。その運用方法について教えていただきたい。

○石川：

当院では、夜間に発熱があった患者やバイタルサインに変動が見られた患者など、何らかの異常があったケースについて、夜勤帯の看護師がその状況を簡潔にチャットで共有している。例えば、「〇〇号の患者に38.5度の発熱あり」など。

また、急性期病棟では夜勤看護師が3名体制で勤務し、それぞれが担当した患者の情報について、概ね7時前後にチャットに投稿する。このチャットは看護師同士の申し送りを主目的としているが、リハビリ職や介護職も同じルームに参加している。そのため、出勤後すぐに情報を確認し、異常のある患者から優先的に訪室する動線が自然に形成されている。この運用により、従来の対面での申し送りは、基本的にチャットに置き換えられている。情報は時系列で残るため、確認漏れが起こりにくく、職種間での認識のずれも減少した。

一方、医師については、すべての職種が参加するチャットルームに加わるとメッセージ量が過多になるため、現時点では同じルームには参加していない。職種ごとにチャットルームを分けて運用しているのが現状である。

ただし、医師を含めた専用のチャットルームを設け、申し送りをそこで行う形にすれば、やり取りに要する時間は大幅に短縮される可能性があると考えている。チャットのメンバー構成や運用ルールをどう設計するかが重要であり、その点を検討することで、医師の申し送り時間の削減にも応用できるのではないかと。

## ■ 最後に行き着くのは人と組織

○富家（座長）：

最後に、会場の参加者に向けて、「DXの世界」について、一言ずつお願いしたい。

○名嘉：

DXは、議論や構想だけで進展するものではなく、実際に使い続けることで初めて発展していく。まずは恐れずに使ってみる。実際に活用する中で、改善点や新たな可能性が見えてきて、それが次のDXにつながっていく。自分たちの業務の中で、「こういうことができた」と感じた点について、まずは生成AIに問いかけてみることも一つの方法。必ずしも正解が返ってくるとは限らないが、考えるきっかけやヒントを得ることはできる。その積み重ねが、結果として業務や取り組みのブラッシュアップにつながる。

○石川：

現在、医療・介護の現場では、すでに働き手の確保が極めて困難な状況が現実のものとなっている。その中で、DXは病院におけるコミュニケーションの在り方を大きく変える一つの契機になる。同時に、若い世代の働き手に選ばれる職場環境をどのように整えていくのかという視点も欠かせない。そのためには、大規模な取り組みを一度に行うのではなく、小さく始め、横展開を行いながら成功体験を積み上げていく。DX推進にはトップの関与と意思表示が不可欠で、担当者に任せきりでは前進しない。病院として最も解決すべき課題は何かを明確にする。すでに多くの好事例が存在しているので、それらを参考にしながらトライしてほしい。

○谷：

DXと聞くと、ICTやテクノロジーに目が向きがちであるが、最後に行き着くのは人であり、組織である。ICTやデジタル技術はあくまで道具であり、それ自体が目的ではない。その道具をいかに使いこなすか、組織全体として変革し続ける力を持てるかが重要であろう。DXに取り組むことで、個々の業務改善にとどまらず、組織として課題に向き合い、より良い方向へ変わっていく力が培われる。皆さんもぜひDXに取り組んでいただき、組織全体として強くなっていくことを目指してほしい。



## シンポジウム5

### 認知症ケアの匠をめざして

座長：山口晴保 群馬大学 名誉教授

基調講演：田中志子 内田病院 理事長

シンポジスト：阪口英夫 陵北病院 副院長



認知症医療，とりわけ慢性期・終末期におけるケアの在り方は，いま大きな転換点にある．本シンポジウムでは，認知症の進行と嚥下障害の関係，経口摂取を最期まで支えるための具体的実践，さらに身体拘束や終末期医療の意思決定など，現場が日々直面する課題について意見が交わされた．

基調講演を務めた当会常任理事の田中志子氏は，本人の意思と尊厳を中心に据えた医療の必要性を示し，慢性期医療が果たすべき役割を理論的に説いた．シンポジストには陵北病院副院長の阪口英夫氏が登

壇し，摂食嚥下の実態と誤嚥のメカニズム，疾患特性に応じたケアの視点を提示．豊富な臨床経験を踏まえた実践を詳細に伝えた．総合討論では，食事介助という技術との関係性，身体拘束をめぐる現実的な線引き，看取り期における医療の課題などがテーマになり，人生に伴走する慢性期医療の役割に迫った．総合討論は群馬大学名誉教授の山口晴保氏が議論をリードする形で進められ，人々の価値観や文化的背景も踏まえた終末期医療を再考する機会となった．

## ■ 認知症基本法と意思決定支援



田中志子氏

認知症医療・ケアの第一線で実践を重ねてきた田中氏は「身体拘束最小化大作戦 認知症におけるACP」をテーマに、認知症基本法の成立を踏まえた意思決定支援の考え

方と、長年の経験から導き出された「大誠会スタイル」の認知症ケアを紹介した。身体拘束ゼロの取り組みを単なる理念にとどめず、具体的な環境調整やコミュニケーション技術、チームアプローチとして体系化してきた過程が語られた。また、認知症の人を「支援の対象」としてではなく、地域で生きる主体的存在として捉える視点が繰り返し強調され、慢性期医療に携わる医療者・管理者に対し、制度理解と現場実践の両面から深い示唆を与える内容となった。

田中氏は冒頭、令和6年から施行された認知症基本法に言及し、同法が制定された背景と社会的意義について整理した。同法は、認知症を個人の問題としてではなく、社会全体で向き合うべき課題として位置づけ、「共生社会」の実現を目的に掲げている点に特徴があると指摘。ここで言う共生社会について田中氏は「認知症の有無にかかわらず、全ての人が人格と個性を尊重されながら地域で生活し続ける社会であり、医療・介護分野に限らない包括的な社会構造の転換を求める概念」と説明した。

さらに、同法の成立過程において、認知症当事者が積極的に参画してきた点を重視すべきとの考えを提示。「認知症になっても何も分からなくなるわけではない。生き方を選ぶ主体は本人であるというメッセージを発信し続けてきたことが制度化の原動力となった」と評価した。こうした当事者の声を受けてまとめられた「希望宣言」は、医療・介護専門職が支援の在り方を見直す際の重要な指針になると強調した。

その上で、密接に関連する施策として「認知症の

人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に言及。同ガイドラインは、意思決定を単なる結果として扱うのではなく、本人が考え、迷い、選択する過程そのものを支える点に本質がある。そして、「意思決定支援は認知症の進行段階を問わず常に必要であり、早期から継続的に取り組むことが重要である」と指摘した。

## ■ 「本人を見ない支援」がもたらす問題

田中氏は、意思決定支援が形式的に語られる一方で、現場では依然として「本人不在」の支援が行われている現状に警鐘を鳴らした。その象徴的な例として紹介されたのが、認知症当事者の丹野智文氏の言葉である。「『僕の顔も見ない、僕に話をしない』という経験は、本人の尊厳を大きく損なうものである」と述べ、支援者が無意識のうちに本人を排除してしまう構造的な問題を指摘した。

行政窓口や医療・介護の現場において、説明や確認が家族にのみ向けられる場面は少なくない。こうした対応が必ずしも悪意によるものではなく、「どうせ分からないだろう」「混乱させてはいけない」という善意の思い込みから生じている点に問題がある。その結果として本人は疎外感や無力感を強め、支援への不信感を抱くようになる。

「決めてあげること」と「支えること」は本質的に異なると強調。「前者は一見すると効率的であるが、本人の主体性を奪い、長期的にはケアの困難さを増大させる。一方、本人が決めるプロセスを支えることは時間と手間を要するが、結果として信頼関係を築き、ケア全体の質を高める」と説明し、こうした視点の転換こそが慢性期医療に求められていると強調した。

## ■ 大誠会グループの理念と地域共生社会

講演では、田中氏が運営する「大誠会グループ」の実践が詳しく紹介された。同グループが所在する群馬県利根沼田地域は人口約7万人、高齢化率約40%と、全国平均を大きく上回る高齢化が進行している地域。田中氏は、この地域を「2040年問題を先取りしている地域」と表現し、「ここでの取

り組みは日本全体の将来像を映すものだ」と述べ、大誠会グループの理念につながる取り組みを報告した。

大誠会グループは内田病院を中核とし、介護老人保健施設、認知症対応型グループホーム、特別養護老人ホームに加え、保育園、学童保育、障害児・障害者支援施設を一体的に配置した地域共生型施設を有する。世代や障害の垣根を越えた日常的な交流を生み出し、こうした環境は認知症の人を特別な存在として隔離するのではなく、地域で共に暮らす一員として自然に受け入れる土壌を形成している。

また、SNSを活用した情報発信についても触れた。デイサービスの様子や職員の姿を積極的に発信することで、利用者家族だけでなく、就職希望者や地域外の人々にも施設の理念を伝えている。「慢性期医療の現場は閉鎖的になりがちだが、だからこそ自ら発信し続ける姿勢が重要である」と強調した。

## ■ 身体拘束ゼロの原点

田中氏は、自身のキャリアの中で最も大きな転機となった経験として、内田病院に勤務し始めた当初の状況を振り返った。当時、点滴管理を理由に多くの患者がミトン装着や上肢拘束を受けていた現実に強い違和感を覚えた。「なぜこの人たちは縛られていなければならないのか」という問いを出発点に、身体拘束を減らす取り組みを始めたと言った。

その過程では、職員との意見の対立や退職者の発生など、組織として大きな負担を伴った。しかし、それでも「自分がされて嫌なことはしない」という原則を曲げなかった。田中氏は、身体拘束を人権の問題として正面から向き合う必要性を強調した。

さらに、身体拘束を実際に体験する研修を通じて、拘束がもたらす心理的・身体的ストレスを職員自身が理解する取り組みを行ってきた。「頭で理解するだけでは不十分であり、体感を通じて初めてケアの在り方が変わる」とし、「身体拘束ゼロは根性論ではなく、技術と心の積み重ねである」と伝えた。

## ■ 「聴く」を軸とした意思決定支援

田中氏は、認知症ケアの理論的基盤としてパーソ

ン・センタード・ケアを挙げ、その中で示されている「悪性の社会心理」について解説した。無視、子ども扱い、過度な制限、本人の訴えの否定などは、意図せずして行われがちであるが、認知症の人にとっては深刻な苦痛となる。

特に妄想や誤認といった症状に対して、事実か否かのみで対応することの危険性を指摘。本人にとってはその認識が「現実」であり、頭ごなしの否定は不安や怒りを増幅させる。そして、「真実の一つではない」という視点に立ち、感情に寄り添う姿勢こそがBPSDの予防につながる。

意思決定支援の具体的な実践として、「聴く」という行為をケアの中核に据える必要性も訴えた。医療・介護の現場では、説明や指示は日常的に行われている一方で、本人の言葉を待ち、受け止める姿勢が十分とは言えない場面が少なくないという。「特に慢性期医療の現場では、時間的制約や人員不足を理由に本人への問いかけが省略されがちであるが、それが結果としてケアの停滞や抵抗感を生む要因になっている」と指摘した。

田中氏はまた、「意思表示が困難な重度認知症の人であっても、意思そのものが失われるわけではない」と強調。「言語による表出が難しい場合でも、表情、視線、身体の動きなど、さまざまな非言語的サインを通じて意思は示されている」と述べ、支援者側がそれを読み取ろうとする姿勢を持つことが重要である。また、「どちらが良いか」といった二者択一の質問や、実物を提示して選んでもらうなど、認知機能に配慮した問いかけの工夫が、意思確認を可能にすると説明した。

## ■ ACPと慢性期医療の役割

講演では、新人言語聴覚士が行ったコミュニケーションの実例が紹介され、数分間の丁寧な関わりによって、本人の同意を得ながらケアを進める様子が示された。このやり取りに要した時間が2分に満たなかった点に言及し、「この数分を惜しむことが、その後の何十分、何時間もの混乱や拒否につながっている」と指摘。そして、短時間であっても質の高いコミュニケーションを積み重ねることが、結果的

に業務の効率化にも寄与すると強調した。

さらに田中氏は、究極的な意思確認として、経管栄養や延命処置に関する問いかけを日常的に行っていることを紹介した。その際には、突然結論を迫るのではなく、現在の生活への満足度や人間関係、困りごとなどを丁寧に確認した上で、その人がどのように生きたいと考えているのかを理解するプロセスを重視している。このような積み重ねが、ACPを形式的なものに終わらせないための前提条件になる。

講演の終盤では、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する考え方も示された。田中氏はACPを「死に向けた準備」ではなく、「生き方を支えるための対話の積み重ね」として捉え直す必要性を提示。「ACPの主体はあくまで本人であり、医療者や家族はそれを支える立場にある」とした。そのためには、医学的判断や制度上の選択肢を提示する前に、本人の生活史や価値観を十分に理解することが不可欠であると指摘した。

## ■ 私たちが目指す共生社会

生活歴を把握することの重要性について、その人がどこで生きてきたのか、誰と暮らし、何を大切にしてきたのかを知らずして、適切な支援はできない。職業歴や家族関係、地域との関わり、誇りにしてきた役割など、個々の人生の文脈を踏まえることで、意思決定支援やACPは初めて意味を持つと強調した。

講演では、入院当初は強い帰宅願望や拒否行動を示していた認知症のある高齢者が、時間をかけた関わりと環境調整により在宅復帰に至った事例が紹介された。田中氏は、この過程において、力による制御や早期の転院といった選択肢もあったが、「本人が何を求めているのか」を問い続けた結果、別の道が開けたと伝え、「『あと一日』を積み重ねることが結果として大きな変化につながった」と振り返った。

この事例を通じて、慢性期医療の現場こそ、急性期では担いきれない長期的視点での意思決定支援とACPを実践できる場であると強調した。時間を味方につけ、本人・家族・多職種が対話を重ねること

で、認知症があっても地域で暮らし続ける選択肢を現実のものにできる。

最後に田中氏は、認知症ケアの質は制度や設備だけで決まるものではなく、「人をどう見るか」という医療者一人ひとりの姿勢に大きく左右される。高齢でも認知症でも健常でも障害があっても、役割があることが生きがいになり居場所につながる。誰もが地域住民。これが私たちが目指す共生社会ではないか、と締めくくった。

## ■ 人の機能変化と食事能力の捉え方



阪口英夫氏

続いて、シンポジストとして登壇したのは歯科医師の阪口英夫氏。約30年間にわたり要介護高齢者の歯科診療に従事した経験を踏まえ、「認知症患者の食支援のこつ」と題して講演した。

認知症の進行に伴い生じる摂食嚥下障害は、単なる嚥下機能の低下として理解されがちであるが、実際には「何を、どのように食べるか」を判断する認知過程の障害が大きく関与する。歯科医師の立場から、摂食嚥下を身体機能の問題としてのみ捉えるのではなく、認知機能、生活環境、多職種連携を含めた包括的な支援の重要性を強調した。本講演では、加齢と食事能力の関係、摂食嚥下リハビリテーションの整理、認知症に特有の先行期・準備期障害への対応、ミールラウンドの実践、食事形態調整の考え方、さらに制度的背景に至るまで、臨床現場に直結する具体的知見が示された。慢性期医療を担う病院にとって、経口摂取をいかに維持し、生活の質を支えるかは重要な課題であり、その実践的指針を提供する内容となった。

講演の冒頭では、加齢と日常生活動作（ADL）の変化を示す模式図を提示し、人の機能低下は直線的に進行するのではなく、疾患の発症を契機として階段状に低下することを説明。出生直後から成人期にかけて機能は獲得・維持されるが、高齢期においては脳血管障害や認知症などの疾病によって、段階的

な低下を余儀なくされる。この構造はADLに限らず、「食べる能力」においても同様である。

食事能力は先天的に備わった反射的機能ではなく、成長過程において獲得される高度な行為である。離乳期から始まる摂食行動の学習を通じて、人は食物の形状、味、硬さ、温度を認識し、咀嚼し、嚥下するという一連の行動を統合的に身につけていく。したがって、認知症の進行により高次脳機能が障害されると、咀嚼や嚥下そのものが保たれていても、食事全体としての安定性が失われる。

この視点は、認知症患者に対する摂食嚥下支援を考える上で極めて重要である。嚥下造影検査などで器質的な嚥下障害が認められない場合であっても、「食べられない」という現象が生じ得る背景には、認知過程の障害が存在する。阪口氏は、食事能力の低下を単なる身体機能の衰えとして捉えるのではなく、認知症の進行段階と結びつけて理解する必要性を強調した。

## ■ 摂食嚥下リハビリテーションの三分類

続いて、摂食嚥下リハビリテーションを3つの領域に分類して整理した。第一は「機能獲得のリハビリテーション」であり、正常な摂食嚥下行動を学習・獲得する段階。これは小児期を中心とした領域であり、日本における摂食嚥下リハビリテーションの基礎を築いた先行研究により体系化されてきた。

第二は「機能維持・回復のリハビリテーション」。脳卒中などにより、比較的早期の段階で機能低下が生じた症例を対象とし、可能な限り元の機能に近づけることを目的とする。ここでは訓練的アプローチが一定の有効性を持つ。

第三が、阪口氏が本講演で中心的に取り上げた「代償的アプローチ」。人生の最終段階に近い認知症患者では、機能回復を目指す集中的なリハビリテーションよりも、残存機能を前提とした環境調整や食事形態の工夫が現実的かつ有効となる。この段階では、無理な訓練よりも、患者が安全かつ安定して経口摂取を継続できる条件を整えることが重要である。

慢性期医療において多く遭遇するのがこの第三の

領域であると述べ、歯科医師を含む多職種が協働しながら、代償的手段を積極的に活用する姿勢が求められると指摘した。

## ■ 認知症に特有の先行期・準備期障害

認知症患者の摂食嚥下障害において、特に問題となるのが先行期および準備期の障害である。先行期は、食物を視覚や嗅覚などで認識し、「何を食べるか」「どのように食べるか」を判断する段階であり、認知機能に強く依存する。きゅうりの食品サンプルを例に挙げ、見た目と実体が一致しない場合、認知症患者ではそれを食物として適切に認識することが困難になると説明した。

準備期においては、咀嚼により食塊を形成し、嚥下に適した状態を作る必要があるが、認知症の進行に伴い、食物の識別や咀嚼のタイミングが乱れやすくなる。この結果、むせや食べこぼしが生じやすくなる。

阪口氏は、認知症患者に対して安易に「きざみ食」を提供することの問題点を指摘した。細かく刻まれた食事は、一見食べやすいように思われるが、食塊形成が困難となり、かえって嚥下障害を助長する可能性がある。形状や色が明確で、認識しやすいソフト食の方が、先行期障害を有する患者には適していることが多いと述べた。

## ■ ミールラウンドと多職種連携の実践

認知症患者の食支援において、阪口氏が強調したのが「ミールラウンド」の重要性である。ミールラウンドとは、実際の食事場面を多職種で観察し、利用者が何をどのように食べているかを共有・評価する取り組み。単に摂取量や嚥下の可否を確認するのではなく、表情や動作、拒否行動などを含めて総合的に判断することが求められる。

講演では、固形物は摂取できるが水分摂取が困難となった症例が紹介された。この症例では、水分をゼリー状にすることで摂取が可能となり、認知症の進行段階（FAST：Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease）に応じた食事形態調整の重要性が示された。ミールラウンドを通じて得られた情

報を多職種で共有し、適切な対応を検討することが、経口摂取維持の鍵となる。

講演の終盤で、摂食嚥下支援を取り巻く制度的動向にも言及。嚥下調整食が特別食加算の対象として議論されるなど、制度面でも一定の前進が見られる一方、現場では人的・経済的負担が依然として大きい。

また、向精神薬の使用が摂食嚥下に及ぼす影響についても触れ、薬剤調整だけに頼るのではなく、環境調整や食事支援の工夫によって対応する姿勢の重要性を強調した。慢性期医療において、認知症患者が最後まで「食べる」ことを支えるためには、医療・介護・栄養・口腔管理の連携が不可欠であり、制度と現場実践の両輪での取り組みが求められると結んだ。

## 総合討論



総合討論では、認知症のある高齢者の嚥下障害、栄養・食支援、身体拘束、終末期の意思決定など、慢性期医療の現場が日々直面する課題について多角的な議論が交わされた。討論は、認知症の進行そのものと嚥下障害の関係を起点に、疾患特性に応じたケアの視点、経口摂取を最期まで支えるための工夫、抗精神病薬と誤嚥リスクの関連、検査結果と実際の食事場面をどう捉えるかといった臨床的論点へと展開。さらに、身体拘束の最小化をめぐる現場の混乱と現実的な線引き、看取り期における医療行為の意味、意思を尊重する医療のあり方へと及び、慢性期

医療が担う「人生への伴走」という役割も浮き彫りにした。医療者の技術や制度論にとどまらず、文化的背景や価値観を踏まえた終末期医療の在り方を再考する場となった。

## ■ 認知症の進行と嚥下障害をどう捉えるか



山口晴保氏

○山口（座長）：

まず、私から問題提起したい。阪口先生のご講演において、アルツハイマー病の進行を評価する指標としてFASTが示された。FASTでは、小児の発達過程を逆行するように、段階的に機能が失われていくという考え方が採られている。嚥下機能

についても同様と理解されている。

すなわち、乳児期においては、哺乳をしながら発声し、同時に呼吸を行うことが可能である。しかし成長に伴い喉頭が下方へ移動した結果、咽頭で空気の通り道と食物の通り道が交差する構造となる。その結果、高齢期には誤嚥が生じやすくなり、これが終末期に至ると、さらに顕著になる。私はそのように理解している。

そこで一つ確認したいのが、アルツハイマー病そのものの進行によって、果たして嚥下障害が生じるのかどうか、という点である。

会場の皆様に伺いたい。アルツハイマー病が進行することで、その病変自体によって嚥下障害が起こり、嚥下機能が低下すると考えている方は、手を挙げていただきたい。あまり多くないようだ。私は全員が手を挙げてくださるのではないかと思っていたが（笑）。

というのは、アルツハイマー病の病変が進行することで嚥下機能が低下し、最終的には飲み込むことができなくなり、それが死因につながる、という理解が必要ではないかと私は考えている。

昨日のシンポジウムでは、近年「老衰」が死因として増えているという話題が出ていた。しかし、ア

ルツハイマー型認知症の場合、最終的には嚥下ができなくなることが本質的な問題であり、たとえ経管栄養を行ったとしても、唾液の誤嚥は避けられない。また、胃内容物の逆流によって誤嚥が生じ、結果として生命を脅かす。

こうした前提を踏まえたうえで、認知症に伴う嚥下障害について、お二人の先生方のご意見を伺いたい。認知症のある人への対応について、どのように考えておられるだろうか。

さらにもう一步踏み込む。アルツハイマー型認知症については今述べたとおりであるが、例えば血管性認知症の場合には「仮性球麻痺」という問題があり、終末期を迎える以前の比較的早い段階から誤嚥の問題が生じやすい。また、レビー小体型認知症ではパーキンソニズムが出現し、これも嚥下障害が早期から認められる。

このように、アルツハイマー型、レビー小体型、血管性といった認知症のタイプごとに、嚥下障害の出現時期や背景は異なる。そうした違いを踏まえ、それぞれの認知症において、どのような点に注意してケアを行うべきかについても、お話しいただければと思う。

## ■ アルツハイマー型認知症における食支援

○田中：

アルツハイマー型認知症の場合、先ほど阪口先生からも説明があった先行期、すなわち「食事を食事として認識すること」、さらに「それをどのように食べればよいか理解すること」という、「食べる」という行為そのものの理解が低下してくる点が大きな特徴である。

特に、「これはご飯である」という認識が困難になっている場合には、環境面での工夫が有効である。例えば、白いご飯を盛る茶碗を黒色や青色などの濃い色のものに替え、ご飯が視覚的に際立つようにすることで、食事としての認識を促す。

自分自身が「食べる」という動作をうまく行えていないことを自覚できない方も少なくない。「早食い」や「かき込み食い」、あるいは十分に咀嚼せず

に飲み込んでしまう、いわゆる「丸呑み」といった行動が見られることがある。

早食いが見られる場合には、一度に盛り付ける量を少なくし、手間はかかるが小分けにして提供する。丸呑みが見られる場合には、喉に詰まりにくいよう、十分に柔らかい食形態へ変更するなどの工夫が考えられる。

さらに、そもそも「食べること」が分からなくなってしまった場合には、最初の二口、三口程度を介助によって誘導する。咀嚼を促しているうちに嚥下反射が引き出され、「これは食事である」と理解できるようになり、その後は自力で食べ進められるようになるケースも少なくない。

こうした点が、アルツハイマー型認知症の方に対する食支援の難しさであり、同時に重要な支援のポイントである。

## ■ 認知症各型に共通する誤嚥のメカニズム

○阪口：

私は歯科医師であるため、認知症そのものの診断を行う立場にはない。実際の臨床では、「食べている場面を診る」ことを通じて状態を把握している。

日常診療の中で診ていると、脳血管障害のある患者、パーキンソン病の患者、アルツハイマー型認知症の患者のいずれにおいても、「食べる」という一連の動作の流れの中で、どこかのタイミングを逸してしまうことで誤嚥が生じるというパターンが非常に多い。

脳血管障害について言えば、脳梗塞を契機に急激に認知症を発症した場合と、多発するラクナ梗塞によって徐々に認知機能が低下した場合とでは、嚥下動態が明らかに異なる。そのため、一括りに「脳血管性認知症」として捉えるのではなく、背景病態を踏まえて評価する必要がある。

さまざまな理解力が低下する中で、「口に入ったものを、どのタイミングで飲み込めばよいのか」が分からなくなることが少なくない。その結果として誤嚥が生じる、というパターンの方が、むしろ多いのではないかと考えている。

また、いわゆる「食事拒否」が見られる場合には、疾患特性も影響していると感じている。私自身の印象ではあるが、レビー小体型認知症の患者では拒否反応が強く出ることが比較的多い。これはパーキンソニズムに伴う運動障害として表れる側面もある。一方で、アルツハイマー型認知症の患者においても、拒否行動が目立ち、それが結果として摂食障害として捉えられるケースは少なくない。

ただし、認知症患者において誤嚥が生じている背景を見ると、多くの場合、食事形態が本人の状態に合っていないこと、あるいは嚥下のタイミングを本人がうまく取れなくなっていることが原因となっている。したがって、一回一回の食事場面を丁寧に観察していくことが不可欠である。

さらに状態が進行してきた場合には、患者本人だけでなく家族も含めて十分な説明を行い、「現在の状態では、いつ誤嚥が起こっても不思議ではない」というリスクについて、あらかじめ理解を共有しておくことが重要である。

## ■ 終末期における経口摂取の可能性

### ○山口（座長）：

阪口先生のご講演の中で、例えばアルツハイマー型認知症の場合、多くの方が最終段階に至るまで経口摂取が可能であるという趣旨の発言があった。

実は最近、スウェーデンの看護師からも同様の話を聞いた。現地の介護施設では、経管栄養は一切行われておらず、吸引器や酸素吸入といった医療機器も常備されていない。それでも、多くの人が満足した状態で最期を迎えているとのことであった。そこで伺いたい。アルツハイマー型認知症で発症から10年以上が経過し、いよいよ終末期に至った場合であっても、ポジショニングや食形態などを工夫すれば、ほぼ最後まで口から食べ続けることは可能なのであろうか。

### ○阪口：

認知症が進行すると前頭葉の萎縮に伴い、いわゆる「原始反射」が出現するという説明をすることがある。これは乳児期に見られる脊髄反射の一部であ

り、原始反射が出現すると経口摂取の限界である、という見解が論文などでも示されている。

ご指摘のように、軟口蓋の動きなどに違いはあるものの、原始反射の出現そのものが直ちに経口摂取不可能を意味するわけではない。実際には、その人の状態に合った食事形態を提供し、最終段階ではミルクを哺乳瓶で摂取するという形で、食事を継続している患者も少なくない。

もっとも、送り込みのタイミングなどがずれることは避けられず、そこにリスクが伴うことも事実。したがって、経口摂取をどこまで継続するかについては、家族や周囲の関係者に対して十分に説明し、「現在はこのような状態」という状況を共有したうえで進めていく必要がある。理解を得ながら支援を続ける場合には、経口摂取を最終段階まで維持できる可能性は十分にあると考えている。

## ■ 食事介助という「技術」と「関係性」

### ○山口（座長）：

田中先生、先ほどは嚥下機能や食形態、環境調整といった技術的側面について議論が深まったが、実際に「介助される側」の体験という視点から、補足があればお願いしたい。

### ○田中：

会場の皆さんの中で、「食事介助」を受けて食事をした経験がある方はおられるだろうか。

先ほど、身体拘束を体験した際の写真をお示しましたが、その過程で、実際に食事を介助してもらう体験も行った。提供されたのは常食と、いわゆるミキサー食であった。

そのときに強く感じたのは、呼吸をするタイミングと、飲み込むタイミングを合わせることが、想像以上に難しいという点である。普段、自分で食事をしているときには、無意識のうちに、自分のペースで食べ物を口に運び、嚥下を終えてから呼吸を再開している。しかし、介助される立場になると、その当たり前のリズムが途端に崩れる。

嚥下の際には呼吸を一瞬止める必要があるが、そのタイミングが合わないと、吐いたところで食べ物

が入ってくるのか、吸ったところで入ってくるのか分からず、食事をしながら溺れてしまうのではないかと感じるほどの不安を覚えた。

一方で、同じ場にいた高齢の患者が、介助を受けながら非常にスムーズに食事をしている様子を目にした。次々と口に運ばれる食事を上手に受け取り、嚥下していく姿を見て、思わず「この方は食べさせてもらうことのプロである」と感じたほどであった。

ここで私が申し上げたいのは、誤嚥は確かに老年症候群として避けがたい側面を持つ一方で、介助する側の技術や関わり方によっても、大きく左右されるのではないかという点である。

誤嚥を減らすためには、適切な食事形態が選択されているか、その日の体調をきちんと把握できているか、介助者の技量が十分であるか、食事環境が落ち着いているか、さらには味が美味しいかどうかといった、さまざまな要素が関係している。これらが複合的に整って初めて、「うまく食べられる」状態が成立すると考えている。

近年、「食事介助ロボット」が開発されているという話も耳にするが、開発に携わっている方には恐縮であるが、食事介助は単なる動作の代行ではない。「美味しいですね」「次はキュウリですよ」といった声かけを交えながら、人と人との関わりの中で成立する行為であり、その点にこそ本質があるのではないか。

## ■ 抗精神病薬、検査、そして現場判断

### ○山口（座長）：

食事の場面では、まず食べるものを本人の目の前で示し、「これからこれを口に入れる」ということを分かる形で伝えたいうえで、本人のペースに任せて、食べられるだけ食べてもらえばよい、という考え方である。

「1日に何キロカロリー摂取しなければならない」「水分はこれだけ取らなければならない」といった数値目標に縛られる必要はなく、本人が食べられる分だけ食べればよいのではないかと、という趣旨の話があった。また、田中先生のご講演の中では、リスペリドン、ハロペリドール、クエチアピンといった

抗精神病薬が、誤嚥の非常に大きな要因となり得ることが示されていた。

私自身、精神症状への対応として、やむを得ずこれらの薬剤を使用することはあるが、その際には常に、片脚立位の保持時間、歩行スピード、そして「むせ」の有無を確認している。こうした変化が見られた場合には、基本的には速やかに抗精神病薬の減量、あるいは中止を検討する。

それでも投与を続けてしまうと、結果として誤嚥を起こし、誤嚥によって体力が低下し、全身状態が悪化したところで薬を中止せざるを得なくなる、という経過を辿ることが少なくない。だからこそ、早期に変化に気づき、対応していくことが極めて重要である。この点について、田中先生はどのような工夫をされているだろうか。

### ○田中：

入院患者の場合、日常的に観察が可能であるため、抗精神病薬についても比較的短期間での投与、早期の減量、あるいは中止を検討することができる。

私たちの病院でも、必要に応じて薬剤は使用するが、薬で拘束するような量は用いない。可能であれば速やかに中止し、減らせるものは減らしていくという方針であり、先ほど提示した症例でも同様の対応を行っている。また、使用する場合でも、短時間作用型の薬剤を選択するなどの工夫を行い、影響を最小限に抑えるよう心掛けている。

先ほど阪口先生が、当院で撮影したレントゲン画像を示されたが、私はいわゆる「きれいに撮れすぎることの弊害」について、以前から問題意識を持っている。

画像上で「むせ」が確認できると、「ほら、ここでむせています」と、その一点に注目が集まりがちである。特に言語聴覚士などリハビリ職では、検査結果に意識が集中し、「むせた＝この人は食べられない」という結論に短絡的につながる場合がある。

しかし、「本当の匠」は「検査室での検査が100点であることはない」と語る。検査時には、周囲に防護具を着けたスタッフが立ち会い、普段とは異なる環境で、造影剤を含んだ食物を摂取する。味も日

常の食事とは異なり、あくまで参考値として捉えるべきものである。

にもかかわらず、経験の浅いスタッフほど、「むせたから、この人は食べると必ずむせる」といった方向でカンファレンスが進んでしまうことがあり、そこに大きな弊害を感じている。本当にその人が食べられるかどうかは、一食ごとに体調や状態が異なることも多い。日々の食事場面を丁寧に見ていく姿勢こそが重要であると考えている。

## ■ 身体拘束をめぐる現実的な道筋は

### ○山口（座長）：

確かに、病棟で会話がしっかり成立している患者を見て、「この方は口から食べられるのではないかと提案すると、「VF（嚥下造影検査）を行わなければ食べさせられません」という返答が返ってくる場面は少なくない。私自身、その考え方は少し違うのではないかと、日頃から感じていたところである。

田中先生からは先ほど、「医療者の心得」という観点から、認知症基本法に触れつつ、本人の意思を尊重し、尊厳を守る医療の重要性を示された。その中核として、身体拘束を最小化するという考え方が提示されたが、ケアに取り組む病院同士のネットワークを構築し、その実践を全国に広げていくという活動も行われていると理解している。改めてそのお考えを伺いたい。

### ○田中：

現在、身体拘束に関する3要件やゼロ化に向けた取り組みが実施段階に入り、現場が大きな負担を感じているという声を伺っている。

私どもの施設では、約30年にわたり、つなぎ服を含め、身体拘束に該当する行為を原則として行っていない。センサーマットは使用しているが、スタッフコールとしての位置づけであり、拘束を目的としたものではない。

現場の方々が直面している困難を1つひとつ伺いながら、共に考えていきたいという思いで活動しているが、特に感じているのは、身体拘束の定義が十分に整理されないまま、「身体拘束はいけない」と

いうメッセージだけが先行し、結果として現場が混乱しているということ。

例えば、動脈ラインが留置されている場合や、開腹手術後のドレーン管理中など、誤って抜去されると生命に直結するような医療行為は、臨床の現場では当然存在する。そうした状況まで含めて、一律に「身体拘束ゼロ」を求めるのは、極めて乱暴な議論であると考えている。

誤解のないように強調したいのは、身体拘束をしてでも守らなければならない命があるという事実である。一方で、当院で拘束を行わずに対応できているような病状の患者であれば、他の医療機関においても拘束を避ける工夫は可能ではないか、という問題提起をしている。

私たちが示したいのは、「拘束しない工夫があるのではないかと」という視点である。根性論ではなく、「このような工夫がある」「別の方法がある」といった具体策を横展開していくことが重要であると考えている。

そのため、厚生労働省をはじめ、制度設計に関わる方々には、「この段階、この疾患、この処置においては、拘束を外してはならない」というステージが確かに存在することを、明確に示していく必要があると考えている。

例えば、認知症の有無にかかわらず、急性心筋梗塞で救急搬送され、カテーテル治療を受けた後、意識が回復する過程で動こうとする患者がいる。せん妄を来し、一時的に身体拘束を行い、安全を確保しながら回復を待つ症例があるという話を循環器専門医から伺い、急性期医療の現実を改めて理解した経験がある。こうした具体例を踏まえ、身体拘束を巡る議論は、より丁寧に、より現実的に深めていく段階に入っている。

一方で、外すことができる身体拘束も確実に存在する。判断に迷い、困難を感じている場合には、ぜひ相談していただきたいと考えている。

## ■ 身体拘束ゼロと地域・行政への影響

### ○会場：

田中先生の施設は地域に対して非常に開かれてい

る印象を受けるが、そのことによる地域住民への影響、あるいは行政への影響はどのようなものがあるのだろうか。また、それを日常的に目にしている職員にとって、良い影響や、逆に難しさのような影響は生じているのだろうか。

○田中：

私どもが身体拘束をゼロにしたのは2002年であるが、当時はまだ「身体拘束を外すこと」そのものが非常に特別視された。私たちがまず行ったのは、定山溪病院や有吉病院など、先行して実践されていた施設にならい、「身体拘束ゼロ宣言」を明確に打ち出すことであった。

身体拘束は廃用を招き、本人の気持ちを萎縮させ、さらに拘束を行ったからといって事故が確実に減るわけではない、という理由を1つひとつ言語化し、「私たちはこのような理由から身体拘束を行わない」という姿勢を、院内のあらゆる場所に掲示した。地域の方々に対しては、文章で示すと同時に、実際の患者の姿を通して理解していただくことを重ねてきた。

当初は、「本当にそんなことができるのか」といった疑問の声が多く、理解を得るまでには相応の時間を要した。しかし、一例一例について、拘束しないことのメリットとデメリットを丁寧に説明してきた。もちろん、拘束を行わない以上、転倒や骨折といった事故がゼロになるわけではない。その際には、状況に応じて適切な説明を行い、必要な場面では誠意をもって対応し、理解を得る努力を続けてきた。

また同時に、「折れない骨づくり」に力を入れていることも併せて発信してきた。その結果、現在ではむしろ患者側から、「この病院に来れば身体拘束をされずに済む」「面会がフルオープンでできる」「薬を減らしてもらえる」といった点が評価され、一つの病院の特徴、いわば“ブランド”として受け止められている。

行政の方々についても、実地指導などの機会に現場を直接見ていただき、拘束を行わずに患者が自由に過ごしている実情を理解していただいている。そのため、大きな問題として指摘されることはほとん

どない。

こうした地域や外部からの肯定的な評価は、職員にとっても大きな励みになっている。昨日も職員と食事をする機会があったが、「この病院でやってきて本当に良かった」という言葉を自然に口にする場面があった。このような点が、地域に開かれた病院であり続けることの影響であると考えている。

## ■ 意思決定支援と慢性期医療の役割

○山口（座長）：

昨日のシンポジウムでは、栄養の「匠」から、認知症の看取り、終末期医療に関する議論があった。「終末期」と判断された後であっても、日本では点滴を1本入れるといった医療行為が行われることが少なくなく、「なぜそこまで行うのか」という疑問が呈されていた。

私自身も、「看取り」と決めた後も、なぜ医療行為を行うのかと考える。それは必ずしも本人のためというよりも、家族のため、あるいは日本固有の文化的背景によるものではないか。

欧米においては、アルツハイマー型認知症が長期に進行し、嚥下が困難となった場合、経口摂取を基本とし、経管栄養を行うこと自体が「虐待」と捉えられる考え方が一般的である。一方、日本では「子としての責務を果たさなければならない」といった価値観が根強く、本人よりも家族の意向が優先され、医療が選択されている場面が多いのが現状ではないか。とりわけ認知症医療において、その傾向は顕著である。

そのような中で、田中先生からは代理人あるいは代諾人をあらかじめ定めておく必要性が指摘された。しかし、この点は日本の医療において極めて遅れている領域である。

終末期に至り、本人が意思表示をほとんどできなくなった段階で、突然「どうするか」を家族に委ねるという対応が、現実には行われている。その結果、家族は判断に困り、「先生にお任せします」と医師の判断に委ね、結果として医師主導の終末期医療が行われてしまう構造が存在しているのではないか。こうした状況について、今後どのように改善してい

くべきなのか。田中先生のお考えを伺いたい。

○田中：

この問題は極めて難しいと認識している。かつて日本老年学会において、「75歳の後期高齢者となった段階で、自身の生き方がある程度明示する機会を設けてはどうか」という提案がなされたことがあった。しかし、当時は社会全体として、その考え方を受け入れる素地が十分に整っておらず、現実化には至らなかった。

私自身は基本的に点滴を行わない立場であるが、「脱水に対して一時的に点滴を行えば回復が見込める」と判断する場合には、当然ながら点滴を行っている。一方で、明らかに延命のみを目的として、衰弱が進行しているにもかかわらず、漫然と点滴を継続することについては慎重であるべきだと考える。

患者本人の意思をいかにして事前に聴き取っておくかという点については、実は医療・介護従事者に与えられた大きな特権である。家族にとっては、本人に直接そのような問いを投げかけることは心理的な負担が大きく、容易ではない。

認知症の有無にかかわらず、会話が可能な時期に、「将来どのように生きたいか」という問いを、入浴介助や食事介助、リハビリテーションの場面など、日常の関わりの中で自然に投げかけていく。血縁関係のある家族から同様の質問を受けるよりも、医療・介護者からの問いかけの方が、過度に生々しくならず、本人も受け止めやすい。

そのような対話を重ね、信頼関係を築きながら、「いざという時には頼ってほしい」と言える関係性を構築できる点こそが、慢性期医療に携わる私たちの大きな強みである。

長期にわたり患者と関わり続けることができる慢性期医療は、急性期病院や大学病院のように短期間で治療が完結する医療とは本質的に異なる。私たちは、同じ患者と繰り返し関わりながら、人生に伴走する医療を担っている。その特性を生かし、日本慢性期医療協会が主導する形で、アドバンス・ライフ・プランニングからアドバンス・ケア・プランニングへとつながる取り組みを推進していくことができれば、「人生を支援する匠」としての慢性期医療の価値を、より明確に示すことができるのではないかと。

○山口（座長）：

転倒に関しても、日本慢性期医療協会としてステートメントを発出しているが、高齢者の転倒は必ずしも事故とは言いきれない。高齢になれば、二足歩行を選択した人間にとって転倒は避けがたいものである。

そのような前提に立てば、人生の終末期をどのように生き、どのように過ごしたいのかという本人の意思を尊重した医療の提供は、今後さらに多くの場面で求められていくであろう。

本日のシンポジウムを通じて、その点を参加者の皆様と共有できたことを大変意義深く感じている。



## 第13回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム

### 在宅医療の時代がやってくる。 在宅リハビリテーションのあり方

座長：橋本康子 慢性期リハビリテーション協会 会長  
シンポジスト：柴口里則 日本介護支援専門員協会 会長  
鈴木邦彦 志村大宮病院 理事長・院長  
粟生田友子 日本リハビリテーション看護学会 理事長



第13回慢性期リハビリテーション学会のシンポジウムでは、在宅医療の時代を見据えて実践的な議論が展開された。橋本康子会長が座長を務め、総合討論で意見を交わした。

講演で、日本介護支援専門員協会会長の柴口里則氏は維持期における介護支援専門員の役割に焦点を当て、退院支援における早期関与の重要性や、介護保険未認定者への対応をめぐる課題などを整理した。志村大宮病院理事長の鈴木邦彦氏は、医療と介

護を一体的に支える体制づくりの実践を示した。日本リハビリテーション看護学会理事長の粟生田友子氏は、FIM 評価の限界を踏まえ、看護の視点から患者の状態をどのように捉え、特に終末期を含む在宅ケアをいかに支えるかを論じた。総合討論では、介護支援専門員の業務拡大と人材不足、いわゆるシャドワークの整理、在宅ワークを含む働き方の柔軟化といった構造的課題が取り上げられ、医療・介護連携の方向性を探った。

## ■ 介護保険制度の原点と「維持期」支援



柴口里則氏

最初に登壇した柴口氏は「維持期における介護支援専門員のケアマネジメントとリハビリテーション専門職との協働～ICFの視点からみた生活支援の実践～」と題して講演した。

冒頭、介護支援専門員の役割を制度の原点から再確認する必要性を強調した。介護保険法第1条には、「尊厳の保持」および「その有する能力に応じた自立した日常生活を営むこと」が明記されており、制度創設当初から単なる介護サービスの給付にとどまらず、生活そのものを支える理念が据えられている。柴口氏は、「介護保険制度は加齢や疾病によって要介護状態となった場合においても可能な限り居宅で生活を継続できるよう支援する仕組みであり、その根幹には生活の場を守るという視点がある」と位置づけた。

特に近年は、急性期・回復期を経た後の「維持期（生活期）」における支援の重要性が高まっている。医療の進歩により生命予後が改善する一方で、慢性的な障害や虚弱を抱えながら生活を続ける高齢者が増加しており、医療と介護の役割分担だけでは対応しきれない課題が顕在化している。維持期は機能回復を主目的とする段階ではなく、生活機能の維持や悪化防止を通じて、その人らしい生活をどのように支えていくかが問われる時期である。

すなわち、この段階において介護支援専門員は医療職、リハビリテーション専門職、介護職、さらには地域の多様な社会資源を結びつける要として機能する。柴口氏は「制度の理念を踏まえた上で、維持期支援の中心に介護支援専門員が位置づけられていることを改めて確認する必要がある」と問題提起した。

## ■ 居宅介護支援とケアマネジメント

居宅介護支援とは、すなわちケアマネジメントであり、その本質は要援護者や家族が抱える生活課題と社会資源を結びつけることにある。利用者の課題は、身体機能の低下や疾病といった医学的側面に限らず、住環境、経済状況、家族関係、地域との関係性など、生活全体に及ぶ。そのため、介護支援専門員は、これらの課題を多面的に把握し、本人の価値観や希望を尊重しながら支援の方向性を整理する役割を担っている。

また、ケアプランはしばしば介護支援専門員が作成する計画書として理解されがちであるが、実際には多職種による担当者会議を通じて形成される「協働の成果」である。介護支援専門員は計画の原案を提示する立場にあり、医療職やリハビリテーション専門職、サービス提供事業者と議論を重ねることで、利用者にとって最も適切な支援内容が構築される。連携や協働が形骸化しないよう、専門職同士が互いの専門性を理解し合うことが不可欠である。

その上で、介護保険制度の開始から25年が経過した現在においても、本来はアセスメントを起点として課題や目標を整理すべきところ、サービス利用の要望が先行するケースが少なくない。介護支援専門員は改めて生活課題の本質に立ち返り、ケアマネジメントの本来の姿を実践していく必要がある。

## ■ 介護支援専門員に求められる5つの機能

介護支援専門員の役割について、5つの機能に整理して説明した。第一はプランニング機能であり、利用者本人の心身状態や生活環境、家族背景を総合的にアセスメントしたうえで、希望や価値観に基づく支援計画を構築する力が求められる。この過程では、疾患や障害に関する知識のみならず、的確な観察力や洞察力、情報収集力といった専門的能力が不可欠である。

第二のマネジメント機能では、介護給付の管理を通じて、サービスが利用者の自立支援に資するものであるか、また社会的に見て妥当であるかを常に検

証する視点が求められる。支給限度額の管理は制度上の要請であるが、それ自体が目的化してはならず、あくまで生活支援の質を確保するための手段である。

第三の調整機能は、医療、介護、福祉に加え、インフォーマルサービスを含む多様な社会資源を結びつける役割である。地域ごとに利用可能な資源は異なり、その把握には継続的な情報収集と自己研鑽が欠かせない。第四の相談機能では、利用者や家族の悩みや葛藤を受け止め、信頼関係を築きながら主体的な問題解決を支援する姿勢が求められる。第五の権利擁護機能は、尊厳を保持する観点から、成年後見制度等の活用を含めた支援を検討する視点であり、ケアマネジメント全体を支える基盤的役割である。

## ■「自立」から「自律」へ

また、価値観の転換として、「自立」から「自律」への移行を強調した。従来は身体機能やADLの回復を中心に捉えられることが多かったが、近年では自己決定に基づき自らの生活を方向づけることが重視されている。身体的制約があっても、社会資源を活用しながら生活を選択できる状態は、自律が保たれていると評価できる。

この考え方を理論的に支える枠組みとして、国際生活機能分類（ICF）は、心身機能・身体構造、活動、参加に加え、環境因子や個人因子を含めて生活機能を捉える枠組みであり、生活を立体的に把握することを可能にする。できないことに着目するのではなく、できることや実行している活動に注目することが生活意欲の向上や介護予防につながる。

## ■「私たちからの5つの約束」

維持期支援を実効性あるものとするため、リハビリ専門職との協働が不可欠とした。現状では、退院直前に在宅サービス調整の依頼が集中するケースが多く、十分な準備ができないまま在宅復帰を迎えることが少なくない。

入院中から介護支援専門員が関与し、医療職やリハビリ専門職と情報共有を行うことで、退院後の生

活環境や支援体制を具体的に検討することが可能となる。早期介入により、利用者や家族の不安が軽減され、リハビリテーションの成果を生活の場で生かすことができる。

また、医療と介護は上下関係ではなく、対等な立場で協働する関係である点を強調。切れ目のない支援体制を構築することが維持期リハビリテーションの質を高め、在宅生活の安定につながる。

最後に、柴口氏は「私たちからの5つの約束」と題し、介護支援専門員が果たすべき社会的使命を挙げた。災害時や感染症流行下においても支援を継続すること、人生の最終段階まで伴走者として関わることを、そして常に専門性の向上を図ることが求められていると述べた。

維持期におけるケアマネジメントは、制度運用にとどまらず、生活の質を支える実践である。ICFに基づく包括的視点と、多職種協働による支援体制の構築を通じて、利用者一人ひとりの「その人らしい生活」を実現していくことが、今後の慢性期医療・介護における重要な課題であると結論づけた。

## ■「在宅回復期リハビリテーション」とは



鈴木邦彦氏

日本医師会常任理事などの要職を歴任し、診療報酬や介護報酬の改定に深く関わった経験を持つ鈴木邦彦氏は「『在宅回復期リハビリテーション』の可能性を探る」と題して講演した。

講演の冒頭において、

「日本が直面する超高齢社会の進行が医療提供体制そのものの転換を迫っている。本格的な超高齢社会がこれから来る」と指摘した。85歳以上人口の増加に伴って要介護認定率は急激に上昇する。高齢者の多くは複数の慢性疾患や身体機能低下を併せ持ち、医療と介護の双方を必要とする状態にある。このような複合ニーズ高齢者の増加は従来の病院完結型医療モデルの限界を浮き彫りにしている。

とりわけ顕著な傾向として高齢者救急の増加を挙げた。軽微な体調変化や転倒を契機として救急搬送され、そのまま入院に至る事例が増えているが、入院後に十分な回復や生活準備が整わないまま退院を余儀なくされるケースも少なくない。結果として、在宅復帰後にADLが低下し、再入院を繰り返す悪循環に陥る事例が生じる。この構造的課題を解消するためには、急性期から在宅までを一体として捉え、生活の場での回復を支える視点が不可欠である。

そこで提示されたのが「在宅回復期リハビリテーション」という概念である。これは単に在宅でリハビリテーションを実施することを意味するのではなく、急性期・回復期で得られた医療的成果を、生活の場で定着させるための包括的支援プロセスである。身体機能の回復だけでなく、生活動線の再構築、住環境調整、家族の介護力評価、地域資源の導入までを含めて支援することが、これからの医療に求められる役割である。

## ■ 第8次医療計画と在宅リハビリテーション

第8次医療計画では、在宅医療の推進が明確な政策目標として掲げられている。この医療計画の中で、在宅医療を実効性あるものとするためにはリハビリテーション機能が不可欠である。医療計画上は、在宅医療は退院支援、日常療養支援、急変時対応、看取りの四つの機能から構成されるが、その中核を成すのが日常療養支援である。

日常療養支援において、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションが果たす役割は極めて大きい。これらは単なる機能訓練にとどまらず、生活機能の維持・向上を通じて在宅生活の安定を支える基盤である。在宅医療はリハビリテーションが機能して初めて成立するものであり、リハビリテーション抜きで在宅医療は持続し得ない。

実際に、訪問リハビリテーションの請求事業所数および利用者数は年々増加しており、特に要支援者や軽度要介護者に対する早期介入が拡大している。この動向は、重度化予防や再入院抑制という観点からも重要であり、医療と介護の制度接続点として在

宅リハビリテーションの重要性が一層高まっている。

## ■ 病院を中心とした「まちづくり」の必要性

医療・介護をめぐる背景を踏まえ鈴木氏は、志村大宮病院グループの実践を通じて、在宅回復期リハビリテーションを地域でどのように実装してきたかを詳細に紹介した。同グループは、病院、介護老人保健施設、訪問看護・訪問リハビリテーション、通所サービス、さらには教育機関までを含む多層的な事業体として地域に展開している。

事業所は常陸大宮市を中心に、南北約50キロ、東西約30キロに及ぶエリアをカバーしている。効率性の観点からは事業所集約が合理的であるが、地域の高齢化率が40%を超える現実を踏まえれば、生活圏に近い場所で医療・介護サービスを提供することが不可欠であるという。

「中小病院は地域と運命共同体である」という考え方のもと、医療機関が地域生活を支える社会インフラとして機能する必要性を強調した。この理念が、グループ全体の事業展開の根底にあり、結果として在宅回復期リハビリテーションを支える地域基盤の形成につながっている。

鈴木氏は「2000年頃から『地域リハビリテーション』の理念に沿った事業をしていたが、そうして取り組んでいるうちに、我々の目標が地域の超高齢化対策、人口減少対策、少子化対策等と一致しているということに気が付いた」と振り返り、中小病院は人口が減ると患者も減るので、地域と運命共同体であるとの考えから、病院を中心とした『まちづくり』の必要性を感じて取り組んでいる。

## ■ 急性期から在宅までを貫くリハビリ

志村フロイデグループ(SFG)(職員数計1,349名)では、急性期・回復期・生活期を通じたシームレスなリハビリテーション提供体制を構築している。鈴木氏は「高齢者医療においては急性期における早期離床とリハビリテーション介入が、その後の生活機能を大きく左右する」との見方を示した。

急性期は安静、回復期で集中的にリハビリテーションを行うという考え方が一般的であった。しかし現在では、急性期こそが廃用症候群を防ぎ、生活機能低下を最小限に抑えるための重要な介入時期であると位置づける。

こうした観点から同グループでは、回復期リハビリ病棟に加え、地域包括医療病棟を活用し、高齢者救急に対応しながら早期のリハビリを実施している。これらの取り組みは、「在宅回復期リハビリテーション」を成立させる前提条件であり、医療と生活を断絶させない仕組みとして機能している。同グループにおける医療・介護・福祉の連携を紹介し、最後まで人権を尊重するリハビリテーションを提供し、暮らしを支えるシームレスなサポートを実践していると伝えた。

## ■ 退院後の「リハビリサービス」も開始

退院後のリハビリテーションをどこで、どのように担うかは極めて重要な課題である。利用者のADL、認知機能、家族の介護力、住環境などを総合的に評価したうえで、在宅リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護老人保健施設を段階的に組み合わせる。

志村フロイデグループでは、併設型老健を在宅復帰支援の中間拠点として位置づけ、短期間での集中的リハビリテーションを実施。老健は単なる受け皿ではなく、在宅生活への再挑戦を支える場として活用され、在宅復帰率向上に寄与している。

さらに、退院直後の不安定な時期に対しては、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導などを組み合わせた包括的支援を行い、生活の立ち上がりを重点的に支援。11月からは急性期疾患で入院して退院直後に不安を感じる患者を対象に、訪問看護や訪問栄養指導などを手厚く提供する「フロイデリカバリーパス」（原則2週間）を開始した。

また「在宅回復期リハビリテーション」を、地域医療を支える中核的な枠組みとして位置づけた。超高齢社会の進行に伴い、医療需要の中心は急性期治療から生活を前提とした継続的支援へと移行してい

る。急性期・回復期で得られた医療的成果を生活の場で維持・定着させることが、今後の医療提供体制における重要な課題とした。

## ■ 「フロイデケアタウンひたちなか」

講演の終盤で鈴木氏は、昨年4月にオープンした「フロイデケアタウンひたちなか」を紹介した。同施設は、医療・介護・福祉の機能を一体的に配置した複合型ケア拠点であり、「入院か在宅か」という二者択一ではなく、その中間に多様な選択肢を用意することを目的として整備された。有床診療所19床を核としつつ、ショートステイ、通所系、訪問系、住まい系サービスを組み合わせることで、医療・介護の双方のニーズを併せ持つ高齢者に対応可能な体制を構築している。

同タウンでは、ワンストップ型の総合相談窓口を設け、利用者や家族が最初に相談すべき「入り口」を明確化。社会福祉士や看護師が初期段階で課題を整理し、適切なサービスへ迅速につなぐことで、複合的なサービス構成であっても利用しやすい仕組みとしている点が特徴である。

また、元気な高齢者を対象とした予防的取り組みから、要介護状態、さらには看取り期までを見据えた継続的な支援体制も整備。通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを中心に、利用者の状態に応じて段階的にサービスを選択できる構造となっており、在宅生活を継続するための支援が重層的に提供されている。

通所リハビリテーションを機能訓練の場にとどめず、社会性や活動性を維持・回復する場として位置づけ、訪問リハビリテーションは利用者の生活環境そのものに介入できる点で極めて重要であり、生活実践に即した支援が可能であると伝えた。在宅リハビリテーションと地域リハビリテーションは役割を異にしつつも、生活の質向上と社会参加の支援という共通の目的を有しており、両者が連動する重要性が示された。

## ■ これからの在宅リハビリテーション

こうした取り組みなどを踏まえ、鈴木氏は「これからの在宅リハビリテーション」と題する提言を発表した。第一に挙げたのは、「入院中から在宅生活を意識したプログラムの実施」である。機能回復訓練と生活動作を意識した訓練の両立が入院中から求められる。第二に、「生活（暮らし）を中心とした連携の重視」である。医療・介護・福祉を切れ目なくつなぐ体制の構築が重要であり、フォーマルサービスに加えてインフォーマルサービスの活用も含めた地域全体での支援が必要である。

第三に、「医療・介護・福祉のシームレスな融合」を挙げ、在宅リハビリテーションは高齢期に限られるものではなく、障害分野や就労支援を含めた広義のリハビリテーションとして捉えるべきと指摘した。第四に「QOLと社会参加の重視」を挙げた。リハビリテーションは全人間的復権とも言われる。人としての豊かな人生の回復という視点が必要。2040年に向け、そういう視点での在宅リハビリテーションと地域リハビリテーションがますます重要になる。

## ■ 在宅医療の時代と看護職を取り巻く状況



栗生田友子氏

続いて、3人目の講演は埼玉医科大学保健医療学部教授を経て大学院教育も担う栗生田友子氏。日本リハビリテーション看護学会理事長の立場から、「在宅医療の時代に発揮する看護・careの機能 生活の中に溶け込んでいけるリハビリテーションの視点」と題して講演した。

栗生田氏は冒頭、慢性期医療から在宅医療へと医療提供の重心が移行する中で、看護職が担う役割が大きく変化している現状を示した。特に、急性期から終末期に至る幅広いケア領域において、看護職の

人材不足が慢性的に続いている点を課題として挙げた。訪問看護ステーションや介護保険施設など、在宅医療を支える現場では人材確保が追いついていない状況が続いていると懸念した。

2040年を見据えた人材需給推計においても、看護師数の増加が不可欠であることが示されており、看護職全体の配置転換や育成の必要性が浮き彫りになっている。

## ■ FIM・BIでは捉えきれない看護ケアの価値

続いて、日本看護協会が2023年に実施した「回復期・慢性期看護実態調査」に基づき、現場の実情を紹介した。それによると、療養病棟における病床稼働率や在宅復帰率が高い水準にあることが明らかとなり、患者の出入りが頻繁である実態が浮き彫りとなった。療養病棟では診療報酬上の配置基準を上回る看護職員を配置しなければ業務が回らない状況が常態化していると指摘した。

また、患者の医療依存度が高まっている点にも触れ、認知症自立度が高い患者や死亡退院割合の高さが療養病棟の特徴として示された。点滴管理、経管栄養、痰の吸引、酸素投与、夜間ケアなど、看護業務の内容は高度化・複雑化しており、特に夜間の痰吸引が看護職員の負担を大きくしている。

回復期・慢性期病棟では患者の安全確保とケアの質維持のために看護職員の業務負担が増大している。さらに、2040年には高齢化のピークとなるときに向けて、医療提供体制の見直しと業務効率化が不可欠であり、在宅移行支援や意思決定支援を含めた一体的な体制整備の必要性を強調した。

## ■ 看護ケアの質をどのように評価するか

看護ケアの質をどのように評価するかという問題にも言及した。リハビリテーション領域で広く用いられているFIMやBIといった指標は看護の実践を十分に反映していない。BIの変化を指標とした研究結果では、一定の改善が認められるものの、その背景にある看護ケアの役割が数値として可視化されにくい。

具体的には、「声かけ」や「見守り」といった看護・介護職による関わりが、BIの改善と一定の関連を示しているにもかかわらず、有意差としては評価されにくい。「声かけ・見守りはケアなのか」という点にも触れ、看護の専門性が多職種に伝わりにくい理由の一端であると整理した。

その上で、看護はリハビリテーション職の成果を支える背景として機能する場面が多く、その貢献がアウトカム指標のみに依存した評価では十分に捉えられない。数値化された成果だけでなく、ケアの過程や関係性に着目した評価の必要性があると述べた。

## ■ 看護ケアの質の構成要素と評価の視点

看護ケアの質を構成する要素について粟生田氏は、既存研究を踏まえて整理。「熟練看護師」を対象としたインタビュー研究からは、「人を尊重する姿勢」「信頼関係の構築」「安楽の提供」「家族への支援」などが、患者にとって良い結果に影響する主要な側面として抽出されていると紹介。

これらの要素は、直接的な医療行為だけでなく、患者への接近、主体性を引き出す関わり、家族との関係調整、インシデントの予防といった間接的なケアを含んでいる点が特徴である。看護の評価には「構造」「過程」「アウトカム」という三層構造の視点が重要であり、人的配置や環境整備といった構造が、ケアの過程を通じてアウトカムに影響を及ぼす。

診療報酬上ではアウトカム指標が重視されがちである一方、看護現場からは過程評価や安全確保、患者満足度といった要素も評価に含めるべきであるとの問題提起がなされてきた経緯があると説明。看護の質を適切に評価するためには、多面的な視点が不可欠であるとの考えを示した。

## ■ 継続的な医療とリハビリ看護のこれから

在宅医療の現場において、看護職が果たす機能として、粟生田氏は「つなぐ役割」を強調し、「病棟と在宅、医療と介護、人と人を結びつける調整機能は、看護職の重要な専門性」との認識を示した。また、ADLやIADLの向上を直接的に担うのではなく、

その基盤を支える関わりを通じて貢献している点を指摘した。

人材育成の観点では、専門看護師や認定看護師制度に言及し、在宅看護や慢性疾患看護、家族看護などの専門性を持つ人材が在宅医療を支えている。認定看護師は診療報酬との関連が深く、現場における実践・指導・相談の役割を担っている。前回の令和6年度診療報酬改定においては、質の高い訪問看護の確保や24時間対応体制の推進、医療ニーズの高い利用者への退院支援などが評価対象となっており、看護職の専門性が制度面でも位置づけられつつある。

講演のまとめとして粟生田氏は、在宅医療の時代がすでに現実のものとなっている中で、看護職の人員確保と適切な配置がケアの質を左右する重要な要素である。看護はキュアとケアの双方に関与しながらも、特に「ケア」の領域において、関係性を基盤とした支援を行う点に特徴があるとした。

看護ケアの質を担保するためには、ケアが展開される場の構造を整備し、ケアの過程を重視した評価を行い、アウトカムと併せて総合的に捉える視点が必要である。看護の機能は患者の安全と安楽を保証し、生活の中に溶け込む支援を行う点にあり、「療養の視点」や「ケアリング」の概念がその基盤となっている。

今後に向け、看護の実践知を可視化し、質評価指標として開発・共有していくことを課題に挙げた。アウトカムのみならず、ケアの過程を評価する仕組みを構築することで、多職種連携や協働がより実質的なものになるとの考えを示し、「看護の匠の技」を構築する必要性を強調。質の高いケアを評価する指標がなければ、なかなか多職種に伝わっていかない。質の高いケアを評価するケアの質評価指標の開発を進め、看護の匠の技を構築していくことがさらに必要である。

## 総合討論

総合討論では、慢性期医療の現場における医療・介護連携の課題などをめぐる具体的な意見交換が行われた。討論の冒頭では、退院支援において介護支援専門員が関与する時期の重要性が確認され、介護保険未認定者への対応や、医療機関からの早期の情報提供の必要性が指摘された。続いて、介護支援専門員の業務が拡大する中で生じている、いわゆるシャドーワークの実態や人材不足の問題が取り上げられ、業務の整理と評価の在り方が論点となった。また、在宅ワークを含む柔軟な働き方の導入、レスパイトの活用による家族介護の負担軽減、在宅生活を支えるサービスの組み合わせについても具体例を交えて議論された。さらに、FIM 評価では捉えきれない患者の状態や、終末期における看護の役割にも話題が及び、慢性期医療を地域で持続的に支えるための連携の方向性が示された。

### ■ 早い段階で介護支援専門員に連絡を



橋本康子氏

○橋本（座長）：

まず柴口先生に質問したい。介護保険を利用している方と、まだ利用していない方とで、入院時および退院時におけるケアマネジャーの関わり方や関与の時期が異なる点についてのご指摘は、大変示唆

に富むものであった。

近年、医療と介護の連携の重要性が強調される中で、退院前にケアマネジャーが関与する頻度は以前と比べて確実に高まっている。一方で、柴口先生が指摘されたように、介護保険の認定をまだ受けていない患者も一定数存在する。そのような場合には、より早期からの関与が必要になるとのことであった

が、この点について、もう少し詳しくご説明いただきたい。

○柴口：

疾病は必ずしも「治癒」という形で完結するものではなく、病気を抱えたまま退院後の生活を続けていくことになる。そのため、退院時点で在宅生活を想定した環境整備が必要となるケースは少なくない。

しかし、入院中はまだ要介護認定を受けていない場合が多く、退院支援においては、どうしても暫定的なケアプランで対応せざるを得ない状況となる。だからこそ、入院の早い段階から医療機関と介護支援専門員が協働し、本人の退院後の生活を見据えて連携を図ることが重要である。

具体的には、在宅復帰に向けて何が課題となるのかを医療機関と共有し、早期から顔合わせを行いながら調整を進めることが望ましい。退院時には、患者の状態や今後の生活上の留意点について、医療側と介護側が共通理解を持ったうえで引き継ぐことが重要である。そのため、ぜひ医療機関の皆様から、できるだけ早い段階で介護支援専門員にご連絡いただきたい。

また、すでに要介護認定を受けている方については、要介護度が設定されているが、今回の疾病によってその要介護状態が変化するかどうかを見極めることが重要となる。状態に変化が見られる場合には、区分変更の申請が必要となるため、その点においても早期からの情報共有と連携が不可欠である。

### ■ 迅速な連携の推進が求められている

○橋本（座長）：

私自身、回復期リハビリ病棟を運営している立場であるが、退院可能な状態に至っているにもかかわらず、「介護保険の認定待ち」や、ベッドや福祉用具などの環境整備が整わないといった理由によって、結果として入院が継続してしまうケースがある。

こうした状況は、できる限り解消していく必要がある。鈴木先生も講演の中で言及されていたが、回復期リハビリ病棟における在院日数は、今後さらに

短縮されていく可能性が高い。

在院日数が短縮されることは、病院運営の観点からは対応が難しい側面もあるが、患者の生活を軸に考えれば、可能な限り早期に在宅へ移行していくという考え方のほうが、より自然である。

その意味では、鈴木先生が指摘されたように、在宅サービスを多く担っている事業所と、回復期リハビリ病棟との連携は、今後ますます重要になってくるのではないと思われる。

回復期リハビリ病棟においては、ケアマネジャーとの連絡調整は主として医療ソーシャルワーカーが担うことになるが、鈴木先生のところでは日頃どのような連携を行っているのか。

#### ○鈴木：

我々のサービスを以前から利用されている方については、ケアマネジャーも法人内に在籍しているため、入院前の生活状況を把握したうえで、退院後の支援につなげていくことができる。そのため、比較的円滑な連携が可能である。

一方で、初めて介護保険を利用する方も少なくない。特に規模の大きな病院ほど、初めて利用する患者の場合、「どこに連絡すればよいのか分からない」という声が現場から上がることが多い。

私が県医師会長を務めていた当時、地元の大学病院の院長から「地域包括ケアシステムは絵空事である」と言われたことがあった。この発言をきっかけに、医師会として全県対応の「入退院支援マニュアル」を作成することとなり、2年をかけて整備を進めた。

このマニュアルでは、地域のさまざまな介護支援専門員とやかに早期に連携していくかという点を重視。患者の多くは、必ずしも特定の事業所のケアマネジャーを利用するわけではないため、地域全体での連携体制が必要である。

また、介護保険制度は、医療でいえば慢性期医療に近い側面があり、制度設計自体は比較的緩やかである。しかし、在宅医療の現場では急変への対応や、急性期的な対応が求められる場面も多い。がんの終末期などでは、患者の状態が短期間で大きく変化する

ことも少なくない。

そのため、医師の指示のもとで一定の方針を定めた上で、状況に応じて柔軟に支援内容を調整できる仕組みが必要である。私自身、介護給付費分科会の委員を務めた際にそれを推進した経験から、そのような制度運用の重要性を強く感じている。

近年では、「適切なケアマネジメント手法」の10か条に象徴されるように、介護支援専門員に求められる役割も変化してきている。介護だけでなく医療との連携が極めて重要となり、医療に関する知識も法定研修の中に位置づけられるようになった。今後は、医療への理解を備えたケアマネジャーが、さらに増えていくものと考えている。

医療と介護が一体となって提供される時代において、診療所であれば「かかりつけ医」、病院であれば医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーとの連携が、ますます重要になる。迅速な対応が求められる時代であると考えている。

## ■ 介護支援専門員が担うべき業務は

#### ○橋本（座長）：

近年、介護支援専門員の高齢化や人材不足が指摘されているが、その背景として、いわゆる「シャドウワーク」の問題があるとされている。本来の業務範囲を超えた対応が、現場で常態化している状況があるのではないかと。

具体的には、買い物の代行や通院の送迎といった日常的な支援に加え、利用者が亡くなられた際に、医師への連絡や居室内の対応、遠方の家族への連絡調整などを、結果として介護支援専門員が担っている場面も少なくないのではないかと。この点について、柴口先生のお考えを伺いたい。

#### ○柴口：

昨年4月、厚生労働省の「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」が設置された。私たちはこの25年間、利用者から言われたことに「はい」か「YES」しか言ってこなかった。困っていることをまずは受け入れる。一般の方々が「介護支援専門員は何をする職種なのか」を十分に理解していない

状況が続いてきた。かつての運営基準には、「断ってはならない」と受け取られかねない文言も含まれており、介護支援専門員は必ず対応しなければならないという意識が強く根付いていた。

あらゆる相談や依頼を受け止めてきた結果、本来の法定業務の範囲を超える対応が次第に増え、業務が拡大していった。本来であれば担う必要のない業務であっても、「せざるを得ない」状況が長年続いてきたのである。

こうした状況を整理するため、検討会では計6回にわたる議論を行い、業務内容の分類を行った。具体的には、第一に「法定業務」、すなわち介護支援専門員が制度上必ず担うべき業務である。第二に、介護保険制度外に位置づけられる「保険外サービス」である。第三に、他機関や他職種へとつなぐ「他機関連携」に関する業務である。そして第四に、「対応困難な業務」として整理を行った。

いわゆるシャドーワークと呼ばれてきた業務の多くは、このうち「保険外サービス」や「他機関連携」に該当すると考えられる。郵便物の受け取りや配達、日常的な雑務といった対応について誰が担うべきか、現在も議論が続けられている。

本来、これらの課題に対応すべき主体としては、保険者の役割が重要である。介護保険事業計画の中に位置づけたうえで、インフォーマルサービスをどのように構築していくかを検討する必要がある。また、地域包括支援センターを中心に開催されている地域ケア会議においては、個別事例の検討にとどまらず、「地域として何が課題となっているのか」を把握し、仕組みづくりにつなげていくことが求められている。

ただし、直ちに次期制度改定までにすべての課題が解決されるわけではない。その間、現場としては、引き続き一定の対応を求められる状況が続くことになる。

その上で、いわゆるシャドーワークに該当する業務については適切な対価が支払われるべきであると主張している。本来は法定業務のみが評価対象であるが、それ以外の業務を長年担ってきた実態についても、正当に評価される必要がある。

人材不足への対応としては、今後、介護支援専門員の受験資格が拡大される見込みである。医療分野では、臨床心理士や臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士といった職種が、新たに基礎資格として位置づけられ、人材確保につながることを期待されている。

## ■ 人材確保につながる柔軟な働き方へ

### ○橋本（座長）：

人材不足への対応として、現在、従来は受験資格を有していなかった職種についても、今後、介護支援専門員の受験資格を認めていく方向で検討が進められている。

ただし、介護支援専門員は本来、いわゆるダブル資格となる場合が多い。看護師資格を取得した後、その臨床経験を生かし、次のキャリアとして介護支援専門員になるというケースである。

そのため、受験資格となる職種を増やしたとしても、それだけで直ちに人数が大きく増えるかといえ、そこは必ずしも楽観視できないのではないかと感じる。

むしろ、介護福祉士などが在宅で働ける仕組みを広げていくことのほうが、実効性が高いのではないかと感じている。例えば、自宅で電話やオンラインを通じて相談対応やケアプラン作成を行い、月に1回程度のカンファレンスや、2か月に1回程度の対面対応で業務が成り立つような形である。

このような働き方であれば、子育て中の方など、介護支援専門員の資格を持ちながら現場復帰が難しかった人材も活用できる可能性がある。そうした環境整備を進めるほうが、結果として人材の裾野を広げることにつながるのではないかと。これは私個人の考えであるが、一つの方向性として申し上げたい。

### ○柴口：

橋本先生が指摘された点については、すでに一定の整理が進んでいる。新型コロナウイルス感染症の流行を契機として、介護支援専門員の在宅ワークは制度上も認められるようになった。

当法人においても、先ほど触れた11の事業所において在宅ワークを導入しており、介護支援専門員

はタブレット端末を各自が携行し、訪問先や自宅から入力した情報が事業所のパソコンに反映される仕組みを整えている。

現在は、週に1回程度、対面で集まり検討会を実施しているが、それ以外の業務については在宅で支障なく遂行できている。一方で、保険者の立場からは、個人情報をも自宅に持ち出すことへの懸念が示される場合もあり、在宅ワークの運用をめぐる一定の議論が続いている。

適切な情報管理体制を前提とすれば、今後さらに柔軟な働き方が可能になると考えている。

## ■ 看護師の役割と終末期のケア

### ○橋本（座長）：

粟生田先生が述べられたように、FIMはリハビリテーションの評価としては一定程度有効であるものの、リハビリテーションに関わる看護師の実践や、患者の実際の状態を捉える上では、FIMだけでは把握しきれない部分があるのも事実である。

どの職種が関与しているかというよりも、患者の状態そのものに着目すると、FIMでは評価が難しい領域が存在する。そのため、現在、新たな評価表を作成されているのだと思うが、その点について、もう少し詳しく説明していただきたい。

### ○粟生田：

分野ごとに、連携を図るため、あるいはアウトカムを明確にするために、さまざまな質評価指標が開発されてきた。急性期、回復期、慢性期、さらには終末期においても、それぞれの段階に応じたケア評価指標が整備されつつある。

ただ、今の議論を踏まえると、在宅医療の時代が進む中で、看護師が特に大きな役割を果たしているのは、終末期の場面であると感じている。

終末期においては、身体的ケアが極めて重要となる。医療的な対応が必要な場面では、看護師が現場に赴き、ケアを担っている。認定資格の有無にかかわらず、一般の看護師が終末期の患者に関わり、医療が必要な局面では看護師が中心的な役割を果たしているのが実情である。ケアの現場をより具体的に

見ていくと、共通の視点で整理し、評価につなげられる要素は多く存在する。

私自身の経験を挙げると、現在、要介護状態の高齢者が2人おり、その前の世代も含めると、90歳から103歳までの高齢者の介護を、夫と私、義母の3人で担ってきた。基本的には「自宅で2人で看る」と決めてきたため、介護サービスの利用は最小限にとどめてきた。絶対に最期まで自宅で看るという思いが強く、外部サービスの利用を控えていたことも影響している。

利用しているサービスとしては、デイケアが中心であり、最近になって介護支援専門員から勧められ、レスパイトとして短期間の利用を初めて行った。現在は、脳卒中、認知症、人工肛門、人工膝関節と複数の疾患や状態を併せ持ち、歩行も困難になりつつある状況である。

食事については、94歳でありながら歯がすべてそろっており、麻痺があるため手で食べるものの、食欲は保たれている。自宅での生活自体は良いと感じているが、認知症があるため、ショートステイなどを利用した場合に、環境の変化によって状態が悪化するのではないかと不安もあった。

実際には、人工肛門を夜間に外していることがあり、対応に苦慮する場面もあるが、自宅に十分な介護力があれば対応できてしまうのが現実である。その一方で、今後どのようなタイミングで医療機関や介護サービスにつなげていくのかは、家庭としての課題となっている。

多くの家庭では、必要に応じて介護サービスを上手に活用し、本人にとって望ましい形でケアを提供しているのだろう。

なお、レスパイト利用から戻った際には、本人は非常に満足した様子で、「もう帰るのか」と話していた。適切な環境の中で大切にケアを受け、良い時間を過ごすことができた結果であると受け止めている。

## ■ 新たな認定制度「ワークサポートケアマネジャー」

### ○橋本（座長）：

レスパイトについては、今後ますます重要性が高まっていくだろう。持続可能な介護・医療体制を考えると、レスパイトという考え方は極めて重要である。レスパイト入院とするのか、在宅サービスの延長として位置づけるのかは別としても、長期的に支え続けるための選択肢として欠かせない。鈴木先生のところでは、非常に多くのケースを抱えておられるが、その点についてはいかがか。

### ○鈴木：

当地域では高齢化率が40%を超えており、いわば2040年の社会がすでに現実として到来している状況である。

その中で重要なのは、入院か在宅かという二者択一ではなく、その中間に位置づけられる在宅サービスをいかに活用するかである。当地域では高齢化の進行が早かったため、30年以上前から在宅サービスの整備に取り組み、現在ではほぼすべてのサービスを揃えている。

認知症が進行している患者であっても、「自宅で暮らしたい」という本人の希望は強い。しかし、夜間に1時間おきに介助が必要となると、まず家族が疲弊する。実際、家族が交代で介護に関わっても、短期間で限界を迎えるケースは少なくない。

それでも在宅生活を継続するためには、各種在宅サービスを組み合わせ、必要に応じてショートステイやレスパイトを取り入れることが有効である。本人にとっても、レスパイトは「新しい住まい」として自然に受け入れられる場合が多く、抵抗感は必ずしも強くない。

今後は、在宅リハビリテーションがどのように関与していくのか、また回復期リハビリテーション病棟の在院日数短縮がどう進むのかを見据えながら、地域全体で生活を支える体制を考えていく必要があると考えている。

### ○柴口：

介護と仕事の両立という観点から、現在「ワークサポートケアマネジャー」という新たな認定制度を整備している。介護離職が社会的課題となる中、介護休業制度などを活用しながら在宅介護を行う時代に移行している。我々は、そうした介護離職防止の取り組みにも力を入れており、必要な場合にはいつでも相談してほしい。現在、ワークサポートケアマネジャーは全国で約240人が認定されている。

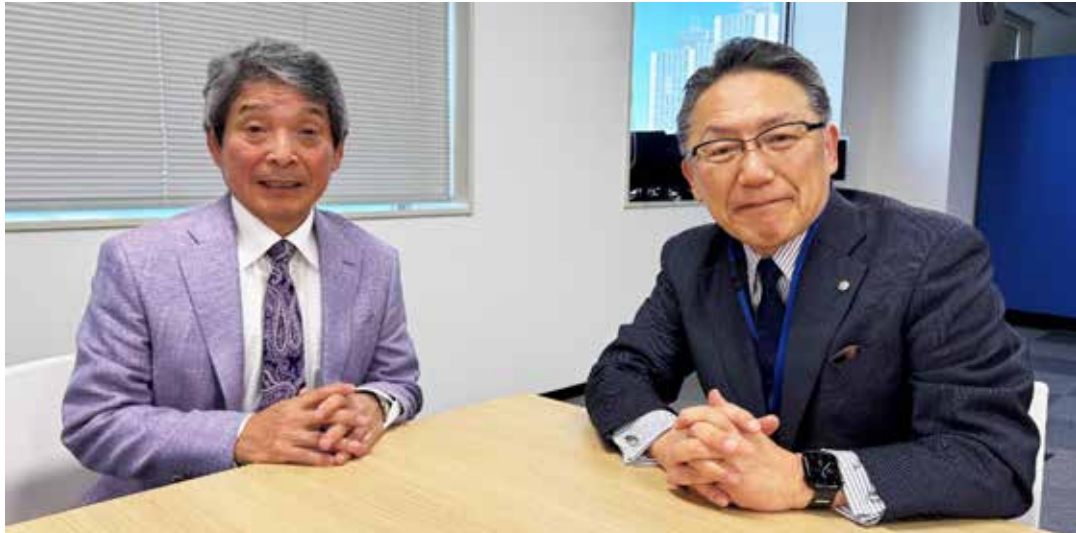
### ○橋本（座長）：

本日は、鈴木先生の志村大宮病院、柴口先生の取り組み、粟生田先生のご提言など、地域の住民が安心して老後を迎えられる体制が着実に整えられていることを実感した。さらに議論を深めるべき課題も明らかになった。皆様に深く感謝を申し上げます。

## 病院団体として地域医療をどう守るか

インタビュイー：神野正博 全日本病院協会 会長

インタビュアー：中尾一久 日本慢性期医療協会 副会長



新たな地域医療構想や令和8年度診療報酬改定等を踏まえ、本対談では「病院団体として地域医療をどう守るか」をテーマに、能登半島地震の被災経験なども踏まえながら、今後の地域医療の方向性が論じられました。神野正博会長は、災害対応を通じてBCPや医療施設整備の重要性を指摘し、老朽化した病院が建て替え困難に直面している現状を踏まえ、医療施設近代化整備事業の必要性を強調しました。

また、85歳以上人口の急増と人口減少を背景に、外来や病床を前提とした従来型医療は限界を迎えつつあると述べ、訪問医療や生活支援を含めた体制への転換が不可欠であるとしました。診療報酬制度については、人員配置を重視するストラクチャー評価から、アウトカム評価への移行や、DX活用による生産性向上の必要性を示しました。

さらに、急性期拠点病院は重症患者に特化し、機能に応じて断る判断を行うことが重要であると指摘しました。その上で、生活に最も近い医療を担う日本慢性期医療協会との連携を地域医療を支える要と位置づけ、医療・介護・福祉・生活支援を含めた持続可能な地域連携への期待を述べました。

### ■ 地域医療と向き合う民間病院



中尾一久氏

○中尾：今回の日慢協リレーインタビューでは、全日本病院協会(全日病)会長の神野正博先生にご出演いただきました。私自身、全日病の理事の一人として、日頃より神野会長からご指導を受けていますが、本日は日本慢

性期医療協会の立場から、地域医療を巡る課題や今後の方向性について、幅広くお話を伺いたいと考えています。

本日のテーマは、「病院団体として地域医療をどう守るか」です。少子高齢化の進行、医療資源の偏在、病院経営を取り巻く環境の厳しさなどを背景に、地域医療を支える枠組みは大きな転換点を迎えています。その中で、民間病院が地域とどのように向き合い、どのような役割を果たすべきかを改めて考える必要があります。本日は、その点について整理する重要な機会になると考えています。

まず、2024年1月1日に発生した、マグニチュード7.6の能登半島地震について伺います。元日の発災という事態の中で、被災地域の医療機関は極めて困難な対応を迫られました。神野先生の恵寿総合病院も甚大な被害を受けたと伺っています。そこで、被災直後から現在に至るまでの復興の経緯とともに、今後、地域医療を担う病院として、どのようなリスク管理や備えが必要とお考えか、ご見解をお聞かせください。

## ■ 人材流出、患者不足に拍車



神野正博氏

○神野：実はその日は私の誕生日で、誕生会の最中に地震に遭いました。恵寿総合病院は、4つの建物から構成されています。このうち本館は2013年に改築しており、免震構造の採用、井戸水の確保、2回線受電など、当時想定していた

BCM（ビジネス・コンティニュイティ・マネジメント）およびBCPが一定程度機能しました。その結果、本館については1月1日の発災直後から医療提供を継続することができました。

一方で、残る3つの建物については、いずれも耐震基準は満たしていたものの、水道管やスプリンクラー、下水管の破損、天井の落下、棚の転倒などの被害が相次ぎ、さらにボイラー設備にも重大な損傷が生まれました。このため、これらの建物では直ちに医療を継続することが困難な状況となりました。

震災から約2年が経過し、昨年12月をもって、恵寿総合病院の復旧は完了しました。病院機能としては概ね元の状態に戻り、一部病床を減らした部分についても、別の機能を配置することで対応しています。

しかし、地域全体を見ると、もともと少子高齢化が進んでいた町において、震災を契機とした人口流出が顕在化しています。住居を失った高齢者が地域を離れざるを得ない一方、地元には賃貸住宅や代替となる住まいが乏しく、「少子化」だけにとどまらない全体的な人口減少が大きな課題となっています。

したがって、医師や看護師の確保が難しい地域であることに加え、現在では患者数の減少にも拍車がかかっていると言えます。本来は、人材や住民の流出を防ぐためにも復興を急ぐ必要がありますが、現実には復興が思うように進んでいない面もあり、忸怩たる思いを抱いています。

## Profile

神野正博（かんの まさひろ）  
全日本病院協会 会長

1980年 日本医科大学卒  
1986年 金沢大学大学院医学専攻科卒（医学博士）。金沢大学第2外科助手を経て、  
1992年 恵寿総合病院外科科長  
1993年 同病院長（2008年退任）  
1995年 特定医療法人財団董仙会（2008年11月より社会医療法人財団に改称、2026年に創立92年）理事長  
2011年 社会福祉法人徳充会理事長併任

専門は消化器外科。NPO法人VHJ機構理事長、日本社会医療法人協議会副会長、石川県病院協会副会長、七尾商工会議所副会頭ほか。

現在、厚生労働省において社会保障審議会医療部会委員、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会委員を務める。



## ■ 私たちの経験を伝えていきたい

○中尾：先ほど、震災対応を通じて得られた教訓についてお話いただきましたが、今後の地域医療を見据えたとき、特に病院施設の在り方や備えという観点から、病院団体として提言すべき点は何だとお考えでしょうか。

○神野：今後という点で申し上げますと、これは全日本病院協会の立場でも、日本慢性期医療協会の立場でも共通する問題だと思います。現在、築40年、50年を超える病院が数多く存在しています。しかし、建築費が高騰している中で、建て替えを進めたくても進められない病院が少なくありません。その結果、やむを得ず廃業に至るケースもあり、非常に残念な状況だと感じています。

そのため、かつて存在した医療施設近代化整備事業、いわゆる補助金制度の復活を、現政権に対して強く求める必要があると考えています。東南海地震や首都圏直下地震など、大規模災害が想定される中で、いつ発生してもおかしくない事態に備えるためには、施設整備への公的支援が不可欠です。こうした観点から、医療施設近代化整備事業の補助金制度を復活させることが重要ではないかと考えています。

また、被災を経験した立場として、あらかじめ備えていたからこそ機能した点や、備えが不十分だったと反省している点などを含め、得られた教訓を伝えていくことは、全国の病院から支援を受けた者としての責務であり、良い点も課題も含めて、震災の経験を積極的に伝えていくことが、私の役割だと考えています。

○中尾：免震構造については、今後の日本における病院建て替えの際には、もはや最低限の要件であると考えています。その意味でも、免震化を含めた施設整備を後押しする補助金制度が必要ではないでしょうか。

○神野：そのとおりです。かつての医療施設近代化整備事業では、国が3分の1、都道府県が3分の1、医療機関が3分の1を負担する仕組みでした。もちろん、病床削減など一定の条件はありましたが、全

体の3分の2が実質的な補助となる、いわば「真水」の支援が受けられる点は非常に大きな意味を持っていました。

## ■ 社会が変わるといふ“災害”

○中尾：能登半島地震の発生から約2年が経過しました。地震後の2025年6月に、神野先生は全日本病院協会の第9代会長に就任されました。医療・介護を取り巻く環境が極めて厳しさを増す中で、この時期に会長職を引き受けられた経緯や動機、そしてその際に抱かれたお考えについてお聞かせください。

本日のテーマである「病院団体として地域医療をどう守るか」という問題意識とも深く関わる点かと思しますので、その点も含めてお話しいただければと思います。

○神野：会長職をお引き受けした理由の1つは、能登半島地震に際して、全国の病院から多くの支援をいただいたことへの感謝の思いとともに、被災の経験を広く共有することが重要だと考えたからです。自然災害は確かに大きな脅威ですが、それと同時に、私たちは「社会の変化」という、もう1つの“災害”が私たちに迫っていると感じています。人口減少や高齢化、地域社会の縮小といった構造的な変化は、医療現場に確実に影響を及ぼしています。

地方の病院は、東京や大阪といった大都市部に比べ、こうした人口動態や社会構造の変化をより早く、より直接的に経験します。その意味で、私はいわば「未来の国」から来たような視点で、「このままでは立ち行かなくなる」という現実を、将来に向けた警鐘として伝える役割があると考えています。病院団体として、現場が直面している課題を整理し、提言としてまとめ、政府や行政に届けること、さらにはマスコミをはじめ社会全体に発信していくことは会長として果たすべき重要な責務です。その役割を担う覚悟を持って、全日本病院協会の会長に立候補しました。

## ■ 国民を味方につける目線が必要

○中尾：私自身、神野会長を間近で拝見していて常

に感じているのは、地域の患者や住民、政治家、そしてマスコミといった多様な主体に対し、医療の現状や課題を丁寧に伝え、理解を得ることの重要性を強く意識されている点です。そうした理解が得られなければ、地域医療の将来は描けないという問題意識を、私も日頃から共有しています。

医療の専門家同士で議論を深めることはもちろん重要ですが、それだけでは不十分であり、医療の現場が直面している厳しい現実を、社会全体の課題として共有していく必要があります。その点で、神野会長が、患者や地域住民、行政、政治、さらにはメディアに対して積極的に発信し続けておられる姿勢は、極めて示唆に富むものだと感じています。

そこでお伺いしますが、病院団体として、行政や政府との調整にとどまらず、国民や社会全体に対して理解と支持を広げていくために、今後どのような姿勢や発信が重要だとお考えでしょうか。

○神野：私たちが厚生労働省といくら議論を重ねても、それだけでは、いわば「コップの中の嵐」に終わってしまいます。先ほど中尾先生がおっしゃったように、マスコミや国民に対して、医療の実情をどのように伝え、理解を得ていくかという視点は、これまでの医療関係団体において十分とは言えなかった部分だと思います。最終的には、国民を味方につけなければなりません。

これは容易なことではありませんが、最近の政党の動向を見ても、国民の支持を得たところが大きな影響力を持っています。その意味でも、私たち医療側も、専門家の論理だけではなく、国民の立場に立ち、「国民を味方につける目線」で発信していくことが必要だと考えています。

○中尾：今、神野会長がお話しされた考え方は、これまでの全日病会長の先生方も懸命に取り組んでこられた点ではありますが、その上で、社会との向き合い方という点で、新しい段階に踏み込んでいると感じています。失礼を承知で申し上げます、「ノイエス (NEUES)」とも言うべき新しさを示しておられるのではないのでしょうか。

## ■ 価値観の変化に対する危機感

○中尾：地域医療を取り巻く課題は多岐にわたりますが、その中で、地域医療の持続可能性を最も大きく揺るがしている要因は何だとお考えでしょうか。

○神野：医療は、患者がいて初めて成り立つものであり、人口や人口構造の変化が大きな影響を及ぼしていることは間違いありません。ただ、私がそれ以上に重要だと感じているのは、人々の価値観そのものが大きく変化している点です。

医療の受け方や、医師・医療者に対する受け止め方も、かつてとは大きく異なっています。以前は、ある種の「尊敬」とも言える関係性が成り立っていたかもしれませんが、現在は必ずしもそうした前提が共有されている時代ではありません。

医療の利用のされ方も、特に新型コロナウイルス感染症の流行を経て、大きく変わりました。かつては、慢性疾患やがんの終末期において、「苦しくなったら入院したい」という声が多く聞かれましたが、感染対策による面会制限が広がる中で、「家族や孫と会いたい」「自宅で過ごしたい」と考え、在宅医療を選択する人が増えました。コロナ禍は、医療に対する価値観が大きく転換した時期だったと捉えています。

さらに、スマートフォンの普及は当然のものとなり、AIやデジタル技術、ロボットといった存在も日常の一部となっています。DXやAIといった言葉が特別なものではなくなった社会において、従来の医療提供体制に対する意識も確実に変化しています。こうした価値観の変化を正面から認識し、これまでと同じ医療を続けていては持続できなくなるという危機感を、医療側が自ら持たなければならないと考えています。

## ■ ストラクチャーではなくアウトカム

○中尾：医療提供体制の再編や機能分化が進む中で、病院団体として、特に改善を求めている点があればお聞かせください。

○神野：現在の医療費、診療報酬制度は、いわゆるストラクチャー評価を基本として成り立っています。

す。例えば病棟の看護配置では、7対1、10対1、13対1、15対1といったように、看護師の人数に応じて評価が決まります。看護師に限らず、介護職員も人数で評価され、リハビリテーションについても1人当たりの算定単位数が定められています。

しかし今後、人材確保が一層困難になる中で、こうしたストラクチャー評価を前提とした仕組みを続けていくと、人が足りないために病床を減らざるを得ない、あるいは病院機能を縮小せざるを得ない医療機関が増えていく可能性があります。その意味で、最終的には「結果に基づく評価」、すなわちアウトカム評価へと軸足を移していく必要があると考えています。当面の改善点としては、人員配置基準や専従要件の見直しが重要な論点になるでしょう。

現行制度では、人員配置基準が厳格に定められているため、例えば「あと1人、2人確保できれば10対1になる」という状況で、医療機関が人材紹介会社に多額の費用を支払ってでも人を確保しようとする構造が生まれています。その結果、人材紹介会社だけが過度に利益を得る状況が生じています。こうした事態を是正するためにも、人員配置基準や専従要件を一定程度緩和していくことは、大きな課題だと考えています。

もっとも、単なる人員削減につながってはならず、「アウトカムが悪化していない」という担保が不可欠です。その上で、DXの活用などにより業務の効率化や質の維持・向上を図り、人に過度に依存しない医療提供体制を構築していく必要があります。

令和8年度の診療報酬改定については、人員配置基準がもう一段緩和されることを期待していましたが、現時点では十分とは言えません。この点については、今後も厚生労働省医療課との議論を重ねていく必要があると考えています。

○**中尾**：「ストラクチャーではなくアウトカムで評価すべきだ」というお話がありました。高齢者医療・介護においては、評価の軸をストラクチャーからアウトカムへ移すこと自体には賛同しますが、アウトカムの捉え方には慎重さが必要だと感じています。もともと要介護状態にある高齢者が入院した場合、ADLが大きく改善するケースは必ずしも多くあり

ません。

むしろ、状態を悪化させることなく現状を維持したまま退院できること自体が、結果として評価されるべきアウトカムではないかと考えています。そのため、アウトカム評価においては、一律に「ADLの向上」を求めるのではなく、年齢や基礎疾患、入院時の状態に応じて、「横ばい」を適切に評価する視点も認められるべきだと思います。

○**神野**：その点については、私も同感です。慢性期医療や介護の領域では、包括払い、いわゆるマルメ的な要素が一定程度導入されています。そのため、ストラクチャー面での縛りは急性期ほど厳しくない側面もありますが、人員配置基準については依然として課題が残っています。アウトカムを重視するのであれば、その前提となる人員配置基準の在り方についても、あわせて見直していく必要があると考えています。

### ■ 生産性向上のための AI, DX

○**中尾**：先ほどのストラクチャー評価の問題とも関係しますが、2040年に向けて、わが国では働き手がさらに減少していくと見込まれています。医療・介護分野においては、医師や看護師に限らず、医療人材全体の確保が極めて大きな課題になります。こうした中で、地域医療を支えていくために、どのような具体策が必要だとお考えでしょうか。

○**神野**：現場では、すでに深刻な人材不足が生じています。人材が自然に増えるわけではありませんし、他産業から無尽蔵に人を確保できる状況でもありません。将来的にはAIの進展により、いわゆるホワイトカラーの仕事が減るといった議論もありますが、そこまでの変化が起きる時代を私自身が迎えられるかは分かりません。そうした現実を踏まえると、人が不足する分については、ロボットやDXといった技術を積極的に導入して補っていかざるを得ないと考えています。

もちろん、外国人材の活用や、シニア層の就労促進も重要な選択肢です。しかし、それだけでは十分とは言えません。限られた人員でも、従来と同様、あるいはそれ以上の医療・介護を提供できる体制を

構築すること、すなわち生産性を高めることが不可欠です。そのための各種ツールや仕組みについては、医療機関を経営する立場として、躊躇することなく導入していかなければ、人手不足には対応できなくなると考えています。

## ■ 急性期拠点病院を絞り込む

○中尾：先般、医療法等の一部を改正する法律が成立しました。この改正では、地域医療構想の見直しの一環として、医療機関機能の報告制度が新たに設けられました。神野会長は、同法案の審議に際し、衆議院厚生労働委員会における参考人招致の場で、いくつかの要望を述べられたと承知しています。

そこで、その際に提示された主な内容と、従来の病床機能区分に加えて新たに整理される医療機関機能が、地域医療を支える上でどのような意味を持ち、病院団体にはどのような役割が求められるとお考えかをお聞かせください。

○神野：中尾副会長も参議院厚生労働委員会で参考人として発言されていますので、結果として衆参両院でこの二人が意見を述べたこととなりますが、その場では、先ほど触れた医療施設の近代化整備に関する支援や、人員配置基準の見直しといった点を要望として盛り込みました。

医療機関機能の整理について、私ども病院団体として明確に申し上げたのは、「急性期拠点機能病院」は治療に特化した医療機関であるべきだという点です。「治す」役割を担う病院と、「治し支える」役割を担う病院とを明確に分け、急性期拠点病院は、他の医療機関では対応が困難な重症患者を集中的に治療する役割に専念すべきだと考えています。

そのため、急性期拠点病院の機能を評価する指標についても、単に救急車の受入台数だけで判断することには疑問があります。仮に指標を設けるのであれば、他院からの転送、いわゆる上り搬送の件数や、重症患者の受入実績を反映させるべきです。

重症度についても、消防機関の単なる入院期間を指標とした区分による重症・軽症ではなく、「重症度、医療・看護必要度」が高い患者の割合や、ICUに入室した患者の比率など、医療の実態をより適切に示

す指標が必要だと考えています。

このように真に重症患者を担う急性期拠点病院は、数を絞り込むことが重要です。大規模で多機能の病床を数多く配置する必要はなく、むしろ病床規模を抑え、場合によっては全床ICUに近い機能を持つ病院であってもよいと考えています。それこそが、本来あるべき機能分化だと思います。

一方で、高齢者救急や一般的な急性期救急については、二次救急を担う医療機関が対応する体制を整えるべきです。こうした役割分担を明確にする必要性を、参考人として強調しましたが、その趣旨がどこまで十分に伝わったかについては、正直なところ、今後を注視していく必要があると感じています。

## ■ 「断れる」医療提供体制へ

○中尾：神野先生のお話の中で、「急性期拠点病院は患者を断る勇気を持つべきだ」という趣旨の発言がありました。その点について、改めて先生のお考えをお聞かせください。

○神野：例えば、軽症の患者が救急車で搬送されてきた場合には、「当院はその機能を担う病院ではない」と明確に示し、二次救急病院へ回す判断が必要だと思っています。

どのような患者でも受け入れてしまうと、病院全体の負担が増すだけでなく、働き方改革が進む中で、救急医をはじめとする医師が疲弊してしまいます。自院の機能に合った患者を適切に受け入れることこそが、急性期拠点病院に求められる役割だと考えています。その意味で、「断る」という判断は、急性期拠点病院にとって非常に重要なキーワードになります。

○中尾：私自身も、軽症患者などを適切に振り分けるためには、令和8年度診療報酬改定において、急性期拠点病院を一定程度手厚く評価する仕組みが必要ではないかと考えています。それが、「断る」判断を支える根拠の1つになるのではないのでしょうか。こうした傾斜配分の在り方は、今後の重要な課題だと思います。

○神野：そのとおりです。現在のように、救急車の受入台数だけで急性期拠点病院を評価する指標に

は、限界があります。令和8年度診療報酬改定では、重症度、医療・看護必要度の評価項目に救急車の台数が組み込まれましたが、それだけで評価するのは適切ではないと感じています。

「本当に重い患者を診る病院」であることを、より明確に位置づける必要があります。その点については、今後、医療法の運用の中でも基準をしっかりと定めていくべきだと考えています。改正医療法はすでに成立していますので、今後は具体的な運用面での制度設計が重要になると見えています。

### ■「商助」を含めた循環システムで

○中尾：2030年、あるいは2040年といった中長期的な視点で見たとき、今後の日本の地域医療は、どのような姿であるべきだとお考えでしょうか。

○神野：2030年を過ぎると、85歳以上の人口が急増します。一方で、65歳以上人口はそれほど増えません。特に重要なのは、85歳以上の多くが要介護状態にあるという点です。そのため、今後の地域医療における最大の課題は、自力で医療機関に来ることができない要介護高齢者が急増する中で、どのように医療を提供していくかという点にあります。

同時に、人口全体は急速に減少し、若年層も少なくなっていくと思います。そうした状況の中で、85歳以上で1人では受診できない人が増えていく現実には、医療提供体制がどう対応するかが問われています。従来どおりのやり方を続けていけば、医療者は確実に疲弊しますし、通院を前提とした外来医療そのものが成り立たなくなる可能性があります。

今後は、訪問診療や訪問看護を中心とした医療提供、あるいは送迎を含めた通院支援、いわばデイケアに近い仕組みを組み合わせるなど、新たな発想が不可欠になります。その意味で、日本の医療は大きなパラダイムシフトを迫られています。私が全日本病院協会の会長に就任した際に「病院を壊せ」と表現したのも、既存の枠組みにとらわれない大胆な転換が必要だという問題提起でした。

○中尾：先ほど、85歳以上人口の急増に伴い、外来を前提とした医療提供体制そのものが限界を迎え

るというお話がありました。そうした中で、病院は「治療の場」ととどまらず、その後の生活まで含めて、どのように地域と関わっていくべきだとお考えでしょうか。

○神野：私たちは、病気やけがを治して、それで役割が終わるという時代は過ぎ、治療の後に続く生活に、病院がどこまで関与していくかが、今後は問われてくと思います。それが、85歳以上人口が急増するフェーズにおいて、私たちが進むべき方向ではないでしょうか。

退院後、病院に通うことができない人であれば、在宅医療を病院自らが担うことも考えられますし、診療所や訪問看護ステーションと、いかに強固なネットワークを構築できるかが重要になります。加えて、介護施設や福祉施設との連携、さらには配食サービスなどの生活支援を担う事業者との連携も欠かせません。

自助、公助、共助、互助という枠組みに加え、最近では「商助」、すなわちビジネスの力による支援も重要になっています。生活を支えるサービスを提供する事業者とも手を携え、状態が悪化した際には病院が必ず受け止める。その一方で、回復後の生活は信頼できるパートナーとともに支えていく。そうした役割分担と連携による循環型の仕組み、いわばエコシステムを構築していく必要があると考えています。

私たちは単なる「病院」ととどまるのではなく、人々の健康と生活を地域全体で支える「健院（けんいん）」の役割を担っていく必要があるのではないのでしょうか。これが、近い将来の病院に求められる意識転換だと考えています。

○中尾：以前から、神野先生のもとでは「恵寿ヘルスケアシステム」というワンストップ型の取り組みが進められており、私も当時、その先進性に大変驚いた記憶があります。今や、そうした取り組みは個々の医療機関だけで完結するものではなく、医療機関同士が連携しながら地域全体で構築していく段階に入っているという理解でよろしいでしょうか。

○神野：そのとおりです。現在、「医療連携推進法人」という制度がありますが、今後は医療にとどまらず、

介護、福祉、さらには生活支援までを含めた、「医療・介護・福祉・生活連携推進法人」とも言うべき枠組みを構想する気概が必要だと考えています。

## ■ 危機感を共有してもらおう

○中尾：日本最大の民間病院団体である全日本病院協会の会長として、今後、特に注力したい取り組みについてお聞かせください。

○神野：会員をいたずらに不安にさせるつもりはありませんが、まずは、現状に対する強い危機感を共有してもらうことが重要でしょう。これまでお話ししてきたように、従来型の医療や病院経営をそのまま続けていくことは、今後ますます難しくなる時代に入っています。だからこそ、危機を正しく認識し、その状況にどう対応するのか、そして自分たちがどのように変わっていくのかという意識を、会員全体で醸成していく必要があります。

一般的に、病院団体は、会員の利益を守るために「ここは譲れない」と主張し、行政に強く働きかける存在だと見られがちです。しかし、私は、そうした姿勢だけで乗り切れる時代ではなくなったと感じています。

変化を拒み、「これまでどおりでよい」と考える人たちに対しては、厳しい言い方になりますが、同じ方向を向いて進むことは難しいと言わざるを得ません。一方で、「このままではいけない」「何とかしなければならぬ」と感じている人たちとは、ぜひ一緒に考え、行動していきたいと思っています。

○中尾：神野先生は以前から、「現状維持という選択肢はない」と繰り返しおっしゃっていますが、まさに今のお話は、その言葉に通じるものだと感じます。

○神野：そのとおりです。こうした時代認識を、多くの方々に共有してもらうことが不可欠です。もし、まだその現実を十分に受け止めきれていない方がいるのであれば、私は今後も、より強く、繰り返し訴え続けていかなければならないと考えています。

## ■ 日慢協との連携は極めて重要

○中尾：最後に、日本慢性期医療協会との連携を含め、今後への期待についてお聞かせください。

○神野：医療、介護、福祉、生活支援の連携を考えたとき、急性期病院よりも、日慢協の会員病院の方が、明らかに生活に近い位置にあります。先ほど、新たな地域医療構想や医療機関機能の話がありましたが、さまざまな病院機能の中でも、日慢協は「生活に最も近い病院群」を担っていると考えています。その意味で、日慢協との連携は極めて重要です。日慢協の先生方には、退院後の次の生活と医療をどのようにつなぐのか、地域で何が求められているのかを、日慢協の立場から真剣に考えていただいていると感じています。

慢性期病院も、「退院したら終わり」「介護施設に移ったら終わり」という関係ではなく、その先の生活まで視野に入れて関わっていくことが求められます。そうした視点が共有されれば、より良い連携と機能分担が実現できると考えています。

○中尾：ありがとうございます。生活に最も近い医療を担う日慢協として、その役割をさらに意識し、今後も取り組みを深めていきたいと考えています。

本日は、神野先生に貴重なお時間をいただき、全日本病院協会会長としての今後の意気込みと、民間病院が地域医療をどのように支えていくかについて、お話を伺いました。

また、働き手が減少していく中で、医療ICTや医療DXの活用が不可欠であること、その取り組みが新たな医療の姿を形づくっていくという示唆に富んだ内容でした。当協会の会員にとって大きな励みとなるものであり、神野先生が繰り返し語られてきた「ATM」、すなわち「明るく、楽しく、前向きに」という姿勢を強く印象づけるものでした。本日は、誠にありがとうございました。



## リハビリテーション介入中の療養病棟入院患者における FIM の変化と退院転帰先との関連性の調査

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院（神奈川県座間市）

リハビリテーション科 関田惇也, 中島爽冴, 加藤雄大,  
山内雄介, 是枝直毅, 村脇碧人, 北沢日奈子  
看護部 菊地徹 診療部 中村菜美子

【背景】療養病棟入院患者における退院支援はリハビリテーションにおいて重要な要素である。FIM の変化と退院転帰先（自宅・施設退院または死亡退院）との関連を検討した報告は限られている。【目的】療養病棟においてリハビリテーション介入を受けた入院患者を対象に、FIM の変化と退院転帰先との関連を検討した。【方法】2022 年 4 月～2024 年 5 月に当院療養病棟へ入院しリハビリテーション介入を行った 50 名を対象とし、開始時および終了時の FIM、背景因子を後方視的に解析した。【結果】退院群は死亡群と比較して開始時 FIM および FIM 変化量が有意に高値であった。死亡群では認知項目、とくに理解の低下が認められた。ロジスティック回帰分析では、認知項目変化量、開始時認知 FIM、Alb、平均提供単位数が退院可否を規定する独立因子として抽出された。【結論】FIM の認知項目を維持できるかどうか、転帰に関連する可能性が示唆された。

### 1. 背景

療養病棟は、長期にわたり医療的管理を必要とする患者を対象とした病棟であり、脳血管疾患後遺症や廃用症候群などにより日常生活動作（activities of daily living : ADL）が低下した患者が多く入院している。長期臥床は、筋力低下や関節拘縮などの廃用症候群に加え、誤嚥性肺炎や褥瘡などの合併症リスクを高めることが報告されている<sup>1)</sup>。

一方、慢性期あるいは長期療養を要する患者に対するリハビリテーション介入（リハ）は、身体機能や ADL 低下の抑制に寄与する可能性が示されており<sup>2)</sup>、療養病棟においてもリハの必要性が指摘されている。当院療養病棟においても、退院支援や臥床

に伴う合併症予防、嚥下機能評価などを目的として、一部の入院患者に対しリハを実施している。臨床的には、リハを行うことで ADL が維持または改善し、退院先の選択肢が拡大した症例を経験する一方、介入中に ADL 低下や状態悪化による死亡退院に至る症例も認められる。療養病棟における退院支援の目的は、長期療養が必要な患者が、住み慣れた地域や自宅で安心して、その人らしい生活を継続できるように支援することであり、希望する退院先に転帰できるかどうかはリハの有効性や療養病棟医療の質を評価する上で重要な臨床アウトカムである。しかし、療養病棟入院患者を対象として、リハ中の ADL 変化と退院転帰先（自宅・施設退院または死亡退院）との関連を検討した報告は限られている。

そこで本研究の目的は、リハ中の療養病棟入院患者において、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure : FIM）の変化と退院転帰先（自宅・施設退院および死亡退院）との関連性を検討することとした。

### 2. 当院の紹介

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス座間総合病院は神奈川県座間市に位置する 352 床の総合病院であり、一般急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟に加え、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション機能を有するケア・ミックス病院である。病院理念は「仁愛の心で地域の皆様とともに」であり、仁愛とは「情け深い心で人を思いやること。いつくしむこと」を意味しており、「職員の笑顔を通して地域の暮らし・医療・介護をつなぎます。」と

いう病院使命のもと、地域住民の健康を守るために真摯に取り組んでいる（写真1）。そして、「高齢者に強い病院」を目指しており、リハビリテーション科では急性期・回復期・療養に加え、通所・訪問といった介護保険分野の機能にも力を入れており、地域に戻ってからもシームレスなサービスを提供するために各分野の連携を意識した教育体制、運営を心掛けている。



写真1 座間総合病院 外観

### 3. 対象

対象は、2022年4月から2024年5月までの期間に当院療養病棟へ入院し、入院中にリハを開始し、退院または死亡により介入を終了した患者50名とした。

除外基準は、リハビリテーション開始時のFIM合計点が18点（全介助レベル）であり、ADL変化の検出が困難と判断された症例、および介入期間中に医学的理由によりリハビリテーション中止の指示が出された症例とした。

### 4. リハ方法

リハは、理学療法士または作業療法士が主治医の指示のもと、週1～3回程度実施した。介入の主目標は、退院支援、身体・認知機能の低下抑制、および生活機能の維持とした。身体機能に対しては、筋力練習、関節可動域練習および基本動作練習を患者の全身状態に応じて実施した。認知機能に対しては、FIMの認知項目を意識した声かけや動作選択を促す関わりを、運動療法およびADL練習の中に組み込

んだ。必要に応じて多職種と情報共有を行いながら介入内容および運動負荷を調整した。介入量および介入期間は、患者の全身状態および医学的安全性を考慮して決定した。

### 5. 方法

調査項目は、年齢、身長、体重、BMI、血液データ {血清アルブミン値：Alb (g/dl)、総蛋白：TP (g/dl)、C-reactive protein：CRP (mg/dL)}、リハビリテーション対象となった主病名、入院前生活場所（自宅または施設）、リハビリテーションの種類（廃用症候群に対するリハビリテーションまたはそれ以外）、リハビリテーション開始から終了までの期間、1回あたりの提供単位数（1単位または2単位）、および平均提供単位数とし、電子カルテより後方視的に調査した。ADL評価にはFIMを用いた。FIMは運動項目13項目、認知項目5項目の計18項目から構成され、各項目は7段階で評価され、合計点は18～126点である<sup>3)</sup>。FIMは毎月評価されており、本研究ではリハ開始時および終了時（退院月または直前月）のFIM合計点および各項目点数を解析対象とした。評価は当院の理学療法士または作業療法士が実施した。

対象者は、自宅または施設へ退院した症例を退院群、入院中に死亡退院となった症例を死亡群の2群に分類した。統計解析として、全対象者におけるリハビリテーション開始時と終了時のFIM合計点および各項目点数の比較にはウィルコクソンの符号順位検定を用いた。さらに、退院群と死亡群の2群間におけるFIM合計点、各項目点数、およびFIM変化量の比較にはマン・ホイットニーのU検定を用いた。加えて、背景因子および血液データについても同様に2群間比較を行った。その後、退院可否を規定する因子を明らかにするために、目的変数を退院可否（退院：1、死亡：0）、説明変数をFIMの変化量（合計点、運動項目合計、認知項目合計）と開始時FIM、そして二群で有意差のあった項目としたロジスティック回帰分析を用いた。投入法はステップワイズ法とした。統計学的有意水準は5%とした。統計解析にはR (ver. 4.3.1)を使用した。

## 6. 結果

対象者 50 人中退院群は 29 名、死亡群 21 名であった。全データの結果を平均±SD.または中央値(四分位範囲)で示す。背景因子に着目すると、退院群は死亡群と比較して自宅からの入院率が有意に高く、そして、開始時の Alb, TP が有意に高かった (p<0.05) (表 1)。そして、退院群の期間中のリハビリテーション回数と提供単位数は死亡群と比較して有意に多かった (p<0.05) (表 1)。全対象の開始時 {35.0 (24.0 to 49.5)} と退院時 {33.0 (22.8 to 53.6)} の FIM 合計点には有意差を認めなかった (p ≥ 0.05) (表 1)。一方で、退院群の開始時 {46.0 (32.5 to 52.0)} と退院時の FIM 合計点 {37.0 (28.5 to 61.5)} は死亡群の開始時 {29.0 (20.5 to 36.5)} と退院時 {23.0 (19.0 to 37.0)} と比較してそれぞれ有意に高値であった (p<0.01) (表 1)。また、退院群の FIM 変化量 {0 (0 to 8.5)} は死亡群 {-2.0 (-8.0 to 1.0)} と比較して有意に高値であった (p<0.05) (表 1)。FIM の下位項目に

着目すると、退院群の開始時と終了時の点数に有意差を認めなかった。(p ≥ 0.05) (表 2)。また、死亡群の運動項目における下位項目については有意差を認めなかった。一方で、死亡群の退院時の認知項目合計点 {10.0 (5.0 to 18.0)} と理解の点数 {3.0 (1.0 to 4.5)} は開始時の点数 {12.0 (7.5 to 19.0)} {4.0 (2.0 to 5.0)} と比較してそれぞれ有意に低値であった (p<0.01) (表 3)。ロジスティック回帰分析の結果として、認知項目変化量、開始時認知項目点数、Alb, および平均提供単位数が退院可否を規定する独立した因子として抽出された (p<0.05) (表 4)。

## 7. 考察

本研究は、療養病棟においてリハを受けた患者を対象に、自宅・施設退院および死亡退院との関連性を検討することを目的とした。その結果、①全対象者において FIM 合計点に有意な改善を認めなかったこと、②退院群は死亡群と比較して開始時 FIM が高く、FIM 変化量も有意に高値であったこと、③死亡群では認知項目、とくに理解の低下が有意に認

	退院(a: 1) n=29					死亡 (a: 0) n=21					p 値
	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	
年齢 (歳)	83.0	±	10.0	86.0	75.5 to 89.0	86.2	±	7.6	89.0	79.0 to 91.5	0.212
身長 (cm)	153.4	±	8.9	155.0	145.0 to 162.0	154.3	±	10.8	153.0	146.2 to 165.9	0.672
体重 (kg)	42.9	±	10.4	43.5	33.8 to 49.4	40.0	±	5.9	40.6	35.6 to 44.1	0.350
BMI	18.3	±	4.4	17.4	15.0 to 21.1	16.8	±	2.3	17.1	15.3 to 18.0	0.380
性別 (男性数, 女性数)	10, 19					9, 10					
入院前自宅数 (人, %)	27, 93.1%					15, 71.4%					0.039*
廃用症候群 (人, %)	16, 55.1%					15, 71.4%					0.243
血液データ											
Alb (g/dl)	3.1	±	0.5	3.1	2.7 to 3.6	2.6	±	0.4	2.6	2.4 to 2.9	0.001*
TP (g/dl)	6.4	±	0.7	6.4	5.8 to 7.0	5.9	±	0.8	6.0	5.3 to 6.4	0.026*
CRP (mg/dL)	2.1	±	4.2	0.8	0.2 to 2.4	2.3	±	2.7	1.1	0.5 to 3.1	0.219
リハビリテーション提供料											
日数 (日)	151.6	±	125.1	91.0	50.0 to 240.5	146.0	±	133.1	92.0	58.5 to 207.0	0.984
1単位回数 (回)	16.3	±	22.2	8.0	2.0 to 19.0	7.7	±	11.4	4.0	1.0 to 6.5	0.100
2単位回数 (回)	37.2	±	30.3	27.0	17.5 to 46.5	19.2	±	17.6	15.0	8.0 to 25.5	0.004*
全回数	53.5	±	35.5	44.0	29.0 to 74.5	26.9	±	26.2	21.0	11.0 to 34.0	0.002*
提供単位数 (単位/日)	0.9	±	0.8	0.6	0.3 to 1.2	0.4	±	0.2	0.3	0.2 to 0.4	0.003*
FIM											
開始時合計	42.4	±	14.2	46.0	32.5 to 52.0	31.2	±	11.8	29.0	20.5 to 36.5	0.004*
退院時合計	44.7	±	18.1	37.0	28.5 to 61.5	28.2	±	12.0	23.0	19.0 to 37.0	<0.001*
FIM変化	2.3	±	12.2	0.0	0.0 to 8.5	-3.0	±	8.2	-2.0	-8.0 to 1.0	0.025*

表1 背景因子, 血液データ, リハビリテーション提供料, FIM 点数  
平均値±標準偏差, 中央値 (第一四分位範囲 to 第三四分位範囲), \*: p<0.05

運動項目	退院 開始時					終了時					p 値
	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	
	食事	4.3	±	1.8	5.0	3.5 to 5.0	4.0	±	1.9	5.0	
整容	1.9	±	1.5	1.0	1.0 to 3.0	2.2	±	1.7	1.0	1.0 to 4.0	0.221
清拭・入浴	1.4	±	1.3	1.0	1.0 to 1.0	1.3	±	0.9	1.0	1.0 to 1.0	1.000
更衣 上	1.5	±	0.9	1.0	1.0 to 2.0	1.8	±	1.3	1.0	1.0 to 2.0	0.276
更衣 下	1.5	±	0.9	1.0	1.0 to 2.0	1.6	±	1.2	1.0	1.0 to 2.0	0.786
トイレ	1.3	±	0.9	1.0	1.0 to 1.0	1.6	±	1.3	1.0	1.0 to 1.0	0.343
排尿	1.3	±	0.8	1.0	1.0 to 1.0	1.7	±	1.5	1.0	1.0 to 1.0	0.104
排便	1.4	±	1.1	1.0	1.0 to 1.0	1.8	±	1.5	1.0	1.0 to 1.5	0.339
ベッド、椅子、車椅子	1.7	±	1.2	1.0	1.0 to 2.0	2.1	±	1.5	1.0	1.0 to 4.0	0.105
トイレ	1.4	±	1.0	1.0	1.0 to 1.0	1.7	±	1.4	1.0	1.0 to 1.0	0.172
浴槽	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.000
歩行・車椅子	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.3	±	1.0	1.0	1.0 to 1.0	0.100
階段	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.0	±	0.2	1.0	1.0 to 1.0	1.000
合計	20.8	±	7.3	19.0	16.5 to 23.5	23.0	±	10.0	20.0	14.5 to 32.0	0.140
認知項目											
理解	5.3	±	1.8	6.0	4.0 to 7.0	5.2	±	1.8	5.0	4.0 to 7.0	0.461
表出	5.2	±	2.0	6.0	3.5 to 7.0	5.1	±	1.8	5.0	3.5 to 7.0	0.855
社会的交流	3.9	±	2.1	5.0	2.0 to 5.0	4.0	±	2.2	5.0	2.0 to 6.0	0.723
問題解決	3.8	±	2.4	5.0	1.0 to 6.0	3.9	±	2.3	5.0	1.0 to 5.5	1.000
記憶	3.4	±	2.2	2.0	1.5 to 6.0	3.5	±	2.3	3.0	1.0 to 6.0	0.588
合計	21.7	±	8.8	21.0	16.0 to 28.5	21.7	±	9.4	20.0	13.5 to 31.5	0.527
全合計値	42.4	±	14.2	46.0	32.5 to 52.0	44.7	±	18.1	37.0	28.5 to 61.5	0.267

表2 退院群における開始時と退院時の FIM 下位項目  
 平均値±標準偏差, 中央値 (第一四分位範囲 to 第三四分位範囲), \*: p<0.05

運動項目	死亡退院 開始時					終了時					p 値
	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	平均	±	標準偏差	中央値	四分位範囲	
	食事	2.5	±	1.9	1.0	1.0 to 5.0	2.2	±	2.0	1.0	
整容	1.4	±	1.1	1.0	1.0 to 1.0	1.5	±	1.0	1.0	1.0 to 1.5	1.000
清拭・入浴	1.1	±	0.3	1.0	1.0 to 1.0	1.3	±	1.0	1.0	1.0 to 1.0	0.371
更衣 上	1.2	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.2	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.000
更衣 下	1.1	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.1	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.000
トイレ	1.1	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.1	±	0.4	1.0	1.0 to 1.0	1.000
排尿	1.1	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.2	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.000
排便	1.1	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.1	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.000
ベッド、椅子、車椅子	1.3	±	0.9	1.0	1.0 to 1.0	1.3	±	0.8	1.0	1.0 to 1.0	1.000
トイレ	1.1	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.1	±	0.7	1.0	1.0 to 1.0	1.000
浴槽	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.000
歩行・車椅子	1.2	±	0.9	1.0	1.0 to 1.0	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.000
階段	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.0	±	0.0	1.0	1.0 to 1.0	1.000
合計	16.4	±	5.7	14.0	13.0 to 17.0	16.2	±	6.1	13.0	13.0 to 17.5	0.719
認知項目											
理解	3.8	±	1.8	4.0	2.0 to 5.0	3.1	±	1.9	3.0	1.0 to 4.5	0.038*
表出	3.8	±	2.1	4.0	2.0 to 5.5	3.2	±	2.1	3.0	1.0 to 5.0	0.076
社会的交流	2.6	±	2.0	2.0	1.0 to 5.0	2.1	±	1.4	1.0	1.0 to 3.5	0.348
問題解決	2.7	±	2.0	1.0	1.0 to 5.0	2.0	±	1.6	1.0	1.0 to 3.5	0.191
記憶	2.0	±	1.7	1.0	1.0 to 2.5	1.5	±	1.2	1.0	1.0 to 1.0	0.201
合計	14.9	±	8.1	12.0	7.5 to 19.0	12.0	±	7.2	10.0	5.0 to 18.0	0.036*
全合計値	31.2	±	11.8	29.0	20.5 to 36.5	28.2	±	12.0	23.0	19.0 to 37.0	0.111

表3 死亡群における開始時と退院時の FIM 下位項目  
 平均値±標準偏差, 中央値 (第一四分位範囲 to 第三四分位範囲), \*: p<0.05

	オッズ比	95%信頼区間	p値
認知項目変化量	1.19	1.01 to 1.41	0.041*
初回認知項目点数	1.15	1.03 to 1.29	0.013*
Alb	14.1	1.31 to 152	0.029*
提供単位数	55.4	1.23 to 2500	0.039*

**表4 ロジスティック回帰分析結果**

\*: p<0.05

められたこと、④認知項目変化量、Alb、平均提供単位数が退院可否を規定する独立因子として抽出されたことが明らかとなった。

本研究では、全対象においてリハ前後のFIM合計点に有意差を認めなかった。療養病棟では、高齢、重度の基礎疾患、慢性的な廃用、認知機能低下を有する症例が多く、ADLの大幅な改善が困難であることが指摘されている<sup>2)</sup>。一方で、長期入院高齢者では「改善が得られないこと」よりも「低下を防ぐこと」自体が臨床的に重要なアウトカムであるとされている<sup>4)</sup>。この観点から、本研究におけるFIM維持は、療養病棟という環境特性を考慮すると、リハの一定の有効性を示す結果と解釈できる。そのため、療養病棟におけるリハビリテーションの意義は、ADLの改善というよりも、機能低下の抑制や生活機能の維持にあると考えられる。

退院群は死亡群と比較して、リハビリテーション開始時および終了時のFIM合計点が有意に高く、FIM変化量も有意に高値であった。入院時ADLが転帰に影響することは、回復期および慢性期を対象とした先行研究でも報告されており<sup>5)</sup>、本研究結果もこれらを支持するものである。特に、本研究では死亡群において認知項目合計点および「理解」の点数が有意に低下していた点が特徴的であった。先行研究においても、認知機能低下はリハビリテーション参加度の低下やADL悪化、死亡率上昇と関連することが報告されている<sup>6)</sup>。さらに、ロジスティック回帰分析の結果、AlbとFIM認知項目変化量が退院可否を規定する独立因子として抽出された。低Alb血症は認知機能と関連することがこれまでに報告されている<sup>7)</sup>。本研究においては、Albが認知機能と転帰の関連における交絡因子となる可能性が考えられたが、Albの影響を調整した多変量解析にお

いても、FIM認知項目変化量は退院可否を規定する独立因子として抽出された。この結果は、療養病棟患者において、認知機能の維持および低下抑制が転帰に重要な役割を果たす可能性を示唆している。一方で、リハビリテーションの効果を最大限に引き出すためには、栄養管理を含めた包括的介入も不可欠である。当院の療養病棟では、多職種カンファレンスにおいて医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士、理学療法士が協働し、治療方針を検討している。ESPENガイドラインでは、グレードは「非常に低い」と評価されているものの、全ての認知症患者に対して個別の栄養管理のための体制整備が推奨されている<sup>8)</sup>。ガイドラインの中では、移動制限や運動機能低下への対応として理学療法も例示されており、栄養管理と身体機能維持が密接に関連していることが示されている。これらの推奨事項は、多職種チームで栄養状態と身体機能を包括的に評価・支援する体制の有用性を強調するものであり、これが機能維持および転帰支援に寄与している可能性が考えられる。一方で、Albは伝統的に栄養状態を示す指標として用いられてきたが、近年では炎症や慢性疾患の影響を強く受ける側面も指摘されている。特に高齢患者では、エネルギー・たんぱく質の摂取状態に加えて、サルコペニア、慢性炎症、感染症罹患、腎機能障害などの複合的要因の影響を受けることが知られている。そのため単純に「栄養状態の良し悪し」を反映する値であるとは限らないことも含め、慎重な解釈を要することが考えられる。

さらに、本研究のロジスティック回帰分析では、平均提供単位数も退院可否を規定する因子として抽出された。先行研究においても、リハビリテーション提供量と機能維持や転帰との関連が報告されている<sup>9)</sup>。当院では2024年より療養病棟におけるリハビリテーション提供体制を強化している。「高齢者に強い病院」を目指すためには、退院支援のみならず、入院中の状態維持を目的とした継続的なリハの重要性を再認識させるものであった。ただし、本研究は観察研究であり、因果関係を直接示すものではない点に留意する必要がある。すなわち、全身状態や認知機能が比較的保たれている症例ほど、結果と

してリハビリテーションを継続的に実施でき、提供単位数が多くなった可能性も否定できない。今後は、介入内容や栄養状態の経時的变化を含めた前向き研究により、これらの因果関係を検証する必要がある。

本研究の結果から、療養病棟におけるリハビリテーションでは、ADLの大幅な改善を目標とするのではなく、認知機能の低下抑制および栄養状態の維持を重視した介入が重要であることが示唆された。特に、認知機能評価を定期的に行い、早期から多職種連携による対応を行うことは、転帰改善につながる可能性がある。

本研究は単施設・後方視的観察研究であり、結果の一般化には限界がある。また、サンプルサイズが少なく、解析できる説明変数が制限された点も挙げられる。しかしながら、実臨床で得られるデータを用いて療養病棟患者の転帰関連因子を検討した点で、本研究は臨床的意義を有すると考えられる。

## 8. 結論

本研究では、療養病棟におけるリハ中のFIM変化と退院転帰先との関連性を検討した。その結果、退院群は死亡群と比較して開始時FIMおよびFIM変化量が有意に高く、死亡群では認知項目の低下が認められた。多変量解析では、FIM認知項目変化量、Alb、平均提供単位数が退院可否を規定する独立因子として抽出された。以上より、療養病棟におけるリハビリテーションでは、FIMの認知項目を維持できるかどうか、転帰に関連する可能性が示唆された。

### 【参考文献】

- 1) Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med.* 1993 Feb 1; 118(3): 219-23.
- 2) Forster A, Lambley R, Young JB. Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing.* 2010 Mar;39(2):169-75.
- 3) Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil.* 1987; 1:6-18.
- 4) McArthur C, Alizadehsaravi N, Affoo R, Cooke K, Douglas N, Earl M, Flynn T, Ghanouni P, Hunter S, Kalu M, Middleton L, Moody E, Smith C, Verlinden L, Weeks L. Effectiveness of physical rehabilitation for physical functioning and quality of life in long-term care residents with dementia: a systematic review and meta-analysis. *JBI Evid Synth.* 2024 Aug 1; 22(8): 1460-1535.
- 5) 村上達典, 樋口由美, 藤堂恵美子, 北川智美, 安藤卓, 矢田定明. 回復期リハビリテーション病棟における高齢脳卒中患者のADL改善度と在宅復帰の関連性. *Jpn J Rehabil Med* 2020; 57(3), 262-270.
- 6) Poynter L, Kwan J, Sayer AA, Vassallo M. Does cognitive impairment affect rehabilitation outcome? *J Am Geriatr Soc.* 2011 Nov;59(11):2108-11.
- 7) Min JY, Ha SW, Yang SH, Kang MJ, Jeong DE, Min KB, Kim B. Chronic Status of Serum Albumin and Cognitive Function: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Med.* 2022 Feb 3; 11(3): 822.
- 8) Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015 Dec; 34(6): 1052-73.
- 9) Peiris CL, Shields N, Brusco NK, Watts JJ, Taylor NF. Additional Saturday rehabilitation improves functional independence and quality of life and reduces length of stay: a randomized controlled trial. *BMC Med.* 2013 Sep 10; 11:198.

# 多職種による管理者研修の効果～研修報告書を振り返って～

医療法人清和会 水前寺とうや病院（熊本県熊本市）

看護副部長 馬場幸子 看護部長 寶木富美子

## 1. はじめに

医療 DX やタスクシフト・タスクシェア等、業務の効率化や職場環境改善の推進において変化が求められている。そのような状況にあって、円滑な組織運営を推し進め組織強化を図るためには人材育成が重要であり、特に次世代を担う中間管理者の育成が課題となっている。一方で、中規模病院には系統的に学ぶ教育体制はなく、昇進と同時に上司や同僚をモデルとしながら手探りの状態でマネジメントを行っている現状がある。

本稿では、中間管理職を対象とした研修の実際と研修報告書からうかがえた効果を報告する。



写真1 水前寺とうや病院 外観

## 2. 当院の概要

熊本市中央区に位置し、近隣には肥後細川家の細川忠利公によって築かれた水前寺成趣園がある。ま

た、市民の憩いの場となっている広大な湖の江津湖もあり、歴史と豊かな自然に囲まれた地域にある。

1947年に東野診療所として開業し1958年に東野病院を開設した。1976年に医療法人清和会を設立し『IDENTITY（個人）の尊重』For You あなたのために』という病院理念のもと運営を行い、2010年8月に「水前寺とうや病院」へ名称を変更。病院機能を変遷しながら、地域包括ケア病棟・障害者施設等一般病棟・回復期リハビリテーション病棟を有する142床のケアミックス型の病院として地域に根差した医療を提供している。

## 3. 管理者研修の意図

2022年に複数の部門で5名のスタッフが中間管理者（以下、主任）に昇進した。自部門の主任のみを対象とした研修にするのではなく、共通の目標を設定し他の職種と共に学ぶことで、互いの専門性の理解や関係性の構築に繋がるのではないかと考え、多職種合同による管理者研修を企画した。

## 4. 管理者研修の内容

主任の業務遂行に必要な管理能力の獲得と役割行動がとれることを目標とし、講義と演習で構成した（表1）。2022年度は自施設の役割について理解が促進される内容とした。また、管理者として自己の強みは伸ばし、課題を見いだす目的で目指す管理者像について検討した。2023年度は受講者より「多

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
2022年度	中間管理者に求められる力	医療・介護サービスと経営管理	ヘルスケアシステム	目指す管理者像を具現化する	目指す管理者像の実現のために
2023年度	コミュニケーション能力を高める	概念化能力を養う	倫理観を育む	現状分析と課題の明確化（SWOT分析）	課題解決に向けた計画立案（分析の活用）

表1 管理者研修のテーマ

職種で集まる貴重な機会なので問題解決等について学びたい」といった要望があり、それを踏まえた内容とした。研修は勤務時間内で60分前後の定例研修とし、演習は多職種で構成したグループワークとした。対象者は昇進者5名に加え、受講を希望した主任を含む12名とした。

## 5. 報告書からうかがえた効果

管理者研修の受講者に事後課題として研修報告書(以下、報告書)の提出を依頼した。9名より提出があり(回収率75%)、所属部門は看護部、リハビリテーション部、栄養部、薬剤部であった。報告書は自己の課題、実践への活用、研修を通しての気づきにより構成し、研修への参加意義に焦点を当て意味内容からコード化し、類似性に基づきカテゴリー化した。報告書より18のサブカテゴリーから7つのカテゴリーを抽出した。主任らは【学びの機会が乏しい】と現状を捉える一方で、管理者研修は【学びがモチベーション】となっていた。多職種での研修は【職種ごとの考えや視点が学びを刺激する】【先輩管理者からの気づきを得る】ことにつながり、グループワーク等の演習を繰り返すことにより【互いの想いを知ることに関係性の構築につながる】【互いの承認が自信につながる】と感じ、【職種の専門性を尊重する】ことが重要であるという気づきが生じていた(表2)。

## 6. 考察

中規模病院の主任は、現場の臨床実践に携わる機会が多く管理に必要な系統的な学習の場が少ない現状がある。定期的な学びの機会を得たことがモチベーションの向上につながったと考える。職種により主任としての知識や経験に差はある一方で、グループワークを通しお互いの立場で持っている情報や考えを知ることが可能となり、他の職種から新たな気づきを得ていた。加えて、一つのテーマについて顔をつき合わせ検討することでなじみの関係ができ、自由に考えを伝えることで互いの想いを知ることや関係性の構築につながったと考える。

次世代を担う中間管理者の育成において、論理

カテゴリー：7 サブカテゴリー：18

学びの機会が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな分野を学ぶ機会となった</li> <li>・研修がなければ、様々な視点から考えることができなかった</li> </ul>
学びがモチベーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修受講がモチベーションの向上につながった</li> <li>・管理者像の整理ができ、主任としての日々を乗り越えることができた</li> </ul>
職種の専門性による考えや視点が学びを刺激する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他部門の管理者との意見交換が有意義であった</li> <li>・専門職ごとの考えや視点が気づきにつながる</li> <li>・部署で経験できない事柄について、考えや視点を学ぶことができた</li> <li>・想いや情報共有が学びにつながった</li> <li>・意見交換を行うことで、自己の視野の狭さに気づいた</li> </ul>
先輩管理者からの気づきを得る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先輩管理者の意見が、発想の転換につながった</li> <li>・他部門の管理者の意見が参考になった</li> </ul>
互いの想いを知ることで関係性の構築につながる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他部門の中間管理者との交流が有意義</li> <li>・語ることで関係性の構築につながり、相談し高め合うことができる</li> </ul>
互いの承認が自信につながる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心強さを持つことができる</li> <li>・他部門からの承認が自信につながった</li> </ul>
職種の専門性を尊重する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人の自己研鑽だけではチーム医療は成立しない</li> <li>・職種ごとの想いを知る機会になった</li> <li>・職種ごとの専門性を理解することが大切</li> </ul>

表2 研修報告書からの気づき

的・系統的な学びができる環境と教育体制が必要であり、共に学び合い考え試行錯誤するなど、組織全体で学び合うことが重要だと考える。

## 7. 実践での活用に関する調査

研修終了から1年後、実践への活用について質問紙調査を行った(表3)。質問項目は「コミュニケーション(1)」「自施設の役割(2)」「チーム医療(3)」「目指す管理者像(4)」「倫理観(5)」「概念化(6)」とし、内容は研修後のアンケートに記載されていた受講者の言葉などを基に作成した。評価は5段階とし、

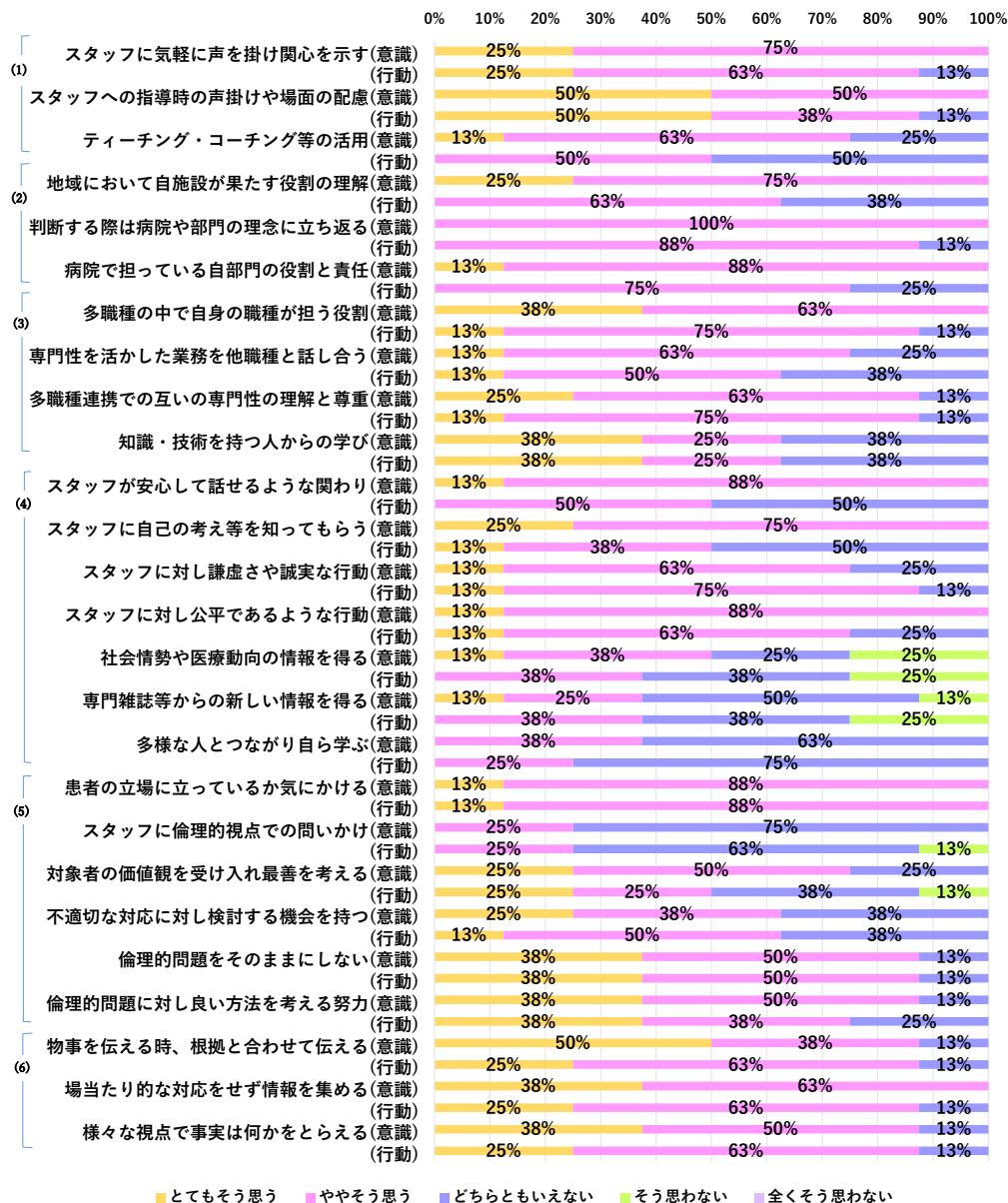


表3 実践に関するアンケート調査結果

意識面と行動面から自己評価してもらった。意識面は概ねどの項目もプラス評価であった。一方で、「どちらともいえない」「そう思わない」が50%以上を占めた項目は、自己の学ぶ姿勢や倫理観に関する行動面であった。管理者として倫理的問題への対応やスタッフの倫理的感受性を高める支援については、研修だけでは到底補うことができないため日常的に議論できるような組織文化の醸成が重要と考える。加えて、学びを効果的に実践につなげるための仕組みを事前に調整する必要があったと内省する。  
\* ( ) 内の番号は、表3に示す質問のカテゴリーである。

## 8. おわりに

院内全体で管理者を対象とした研修は行われておらず、部門ごとに実施している。コミュニケーションの活性化や専門性の尊重、承認しあう組織風土の醸成のためにも、今後もこのような多職種管理者による合同研修を検討していきたい。

### 【参考文献】

- 1) 手島恵：地域密着型病院の看護管理能力向上―指針と実践―，株式会社日本看護協会出版会，p86～96，2019年

## 病棟内歩行自立判定の為の評価表（IAS）開発

IMS <イムス>グループ 医療法人社団明芳会

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院（神奈川県横浜市）

理学療法士 玉井宏次郎，高木武蔵，南澤拓美 医師 中尾健太郎

### 【和文抄録】

【はじめに】病棟内歩行の自立判断は経験年数に影響を受けず，かつ他職種で統一された判断基準の構築が必要といえる．そのため歩行補助具の使用や対象疾患を問わず，認知機能低下症例や高次脳機能障害を有している症例でも適用可能である病棟内歩行自立判定の為の評価表（Independent Ambulation Scale：以下IAS）を開発した．今回はIASとBBSを比較し本評価表の妥当性を検討した．【方法】IASとBBSを同時期に測定しROC曲線での解析を行い，曲線下面積（AUC）および，感度と特異度を求めた．また，IASの構成要素を明らかにするために最尤法にて因子の抽出を行った．【結果】IASはBBSと比較して感度が高く特異度は同程度であった．因子数は3因子と抽出され因子1：7項目，因子2：3項目，因子3：5項目となった．【結語】IASはBBSと同程度の妥当性を持ち，簡便に歩行自立判断が可能な評価表であることが示唆された．

### 【Key words】

歩行自立判定，疾患非特異性，歩行補助具，バランス能力，認知機能

### 【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟協会の調査によると回復期リハビリテーション病棟の病床数は2023年3月時点で93245床と報告されており2002年から毎年増加を続けている<sup>1)</sup>．また，2016年度にはアウトカム評価「実績指数」の導入という変化があった<sup>2)</sup>．これにより回復期リハビリテーション病棟に従事している理学療法士は早期にActivities of daily living（以下ADL）を改善，入院期間を短縮させることが求められている．さらに，回復期リハビリテーション病棟入院料1～4を対象とした施設基準では在宅復帰率70%以上と定められている<sup>3)</sup>．回復期リハビリテーション病棟から在宅復帰する患者は移動能力のレベルが高いことが報告されており，移動が自立することは回復期リハビリテーションにおいて重要な要素だと言える<sup>4)</sup>．これまでに歩行自立の判断基準に関しては数多くの報告がされている<sup>5-11)</sup>．これらの報告は機能的指標を用いた判断基準や実際の動作観察によるもの等多岐にわたるが，脳血

管疾患を対象とした研究が多く，運動器疾患や廃用症候群等の数多くの疾患を対象とした研究はほとんどみられない．また，認知機能低下症例や高次脳機能障害を有している症例を除外したものもある．過去の研究では歩行時のバランスには特に問題がない患者でも高次脳機能障害により歩行が監視レベルになることがあると報告されている<sup>12)</sup>．2015年に高次脳機能障害の診療を行っている可能性のある医療機関や介護老人保健施設を対象とした調査票による高次脳機能障害全国実態調査では約9割を超える施設に高次脳機能障害者がおり，診療に関する職種はリハビリスタッフを中心として行っていると報告している<sup>13)</sup>．これらの報告から我々の歩行自立判断にはバランス能力評価のみでなく，認知機能低下や高次脳機能障害による影響も踏まえ評価を行う必要があることが分かる．当院においてはこのような症例の歩行自立判断は定性的な評価に留まっており，統一された基準等は設定できていない．長田らの報告でも介助・見守りから自立へと判断する基準は曖昧であり，スタッフの主観的判断能力に左右される

事が多いとされている<sup>14)</sup>。また検査時間に関しては、歩行自立判断基準の妥当性に優れている評価バッテリーとして Berg Balance Scale (以下 BBS) を使用した歩行自立判断が行われることが多いが、BBS は検査項目が 1: Sitting to standing (座位から立位), 2: Standing unsupported (立位保持), 3: Sitting unsupported (座位保持), 4: Standing to sitting (立位から座位), 5: Transfers (移乗動作), 6: Standing with eyes closed (閉眼立位保持), 7: Standing with feet together (閉脚立位保持), 8: Reaching forward while standing (前方リーチ), 9: Retrieving objects from floor (床から物品を拾う), 10: Turning trunk (feet fixed) (後方への振り向き), 11: Turning 360 degrees (360 度方向転換), 12: Stool stepping (踏み台昇降), 13: Tandem standing (タンデム立位), 14: Standing on one leg (片脚立位) の 14 項目で構成され、測定に約 15 分から 20 分を要すとされている<sup>15)</sup>。望月らの報告によると臨床的なバランス能力測定法に必要な条件として測定に時間がかからない、測定用具の使用や測定場面の設定が少ない等の測定に際しての簡便さが必須であり、測定時間は 10 分以内が望ましいとされている<sup>16)</sup>。また、植松らは歩行自立判定に考慮すべき評価指標は多岐にわたり、①歩行速度や歩幅や歩容等の動作様式から見る視点、②体力指標のような筋力、感覚、平衡機能等から見る視点、③運動機能と認知機能に分けて見る視点、④動作の総合能力から円滑性、安定性、持久性、速度、安全性等の面から見る視点等があると述べている<sup>17)</sup>。

これらの背景から我々は、対象疾患を問わず、認知機能低下症例や高次脳機能障害を有している症例でも測定が可能であり、歩行補助具を使用しているも適用可能かつ測定時間が可能な限り短縮できるような評価表 (Independent Ambulation Scale: 以下 IAS) を開発した。

本研究では、歩行自立判定基準として妥当性および信頼性の高い BBS との比較を通し、開発した評価表の有用性について検証することを目的に実施した。

## 【対象】

対象は 2020 年 1 月から 2021 年 3 月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した病棟内にて歩行を実施していた 425 症例。そのうちデータ不備のあった 2 例を除いた 423 例 (平均年齢 81.0 ± 11.1 歳) とした。疾患内訳は運動器疾患 291 名、脳血管疾患 123 名、廃用症候群 9 名であった。詳細を表 1 に示す。

年齢(歳)		81.0 ± 11.1
疾患	運動器疾患	291名
	脳血管疾患	123名
	廃用症候群	9名
性別(男/女)		158名/265名
歩行自立度	自立	249名
	非自立	174名
歩行補助具	なし	137名
	あり	279名
	介助	7名

表1 対象者内訳 (n = 423)

## 【方法】

本研究は後ろ向き観察研究である。当院回復期リハビリテーション病棟に従事する、転倒リスクのある高齢者の診療を日常的に行っている臨床経験 7 年以上の理学療法士 5 名より IAS を策定した。内容は以下のごとくである。1: 相当 (45m) の距離を歩ける、2: ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる、3: 歩きながら会話ができる、4: 疲労や痛みが増してきた際に休憩を取ることができる、5: 自室へ戻れる (離棟がある場合は不可)、6: 歩きの中で 180° 方向転換が出来る、7: その場で自ら後方へのステップが出せる、8: その場で自ら横へのステップが出せる、9: 人や物にぶつからないよう避ける又は待つことができる、10: 使用する休憩椅子から立ち上がれる、11: 起立や着座がし易い様椅子を動かす

ことができる, 12: 誤動作なく歩行補助具を使える, 13: 歩行補助具の置き場所の管理ができる, 14: 狭い空間や人混みの中でも他者に危険を与えることなく歩行補助具を使える, 15: 靴や装具をしっかりと履ける, 計 15 項目が抽出された (表 2). 使用方法は観察によるチェックリスト方式でそれぞれ可能: 1 か不可能: 0 の 2 択で評価を行う. 15 点であれば病棟内歩行自立, 14 点以下であれば介助もしくは監視相当と判断する. IAS の特徴として対

象疾患を問わない, 歩行補助具を使用しているも評価が可能, 多くの項目が観察のみで簡便に評価可能, 認知機能低下や高次脳機能障害を有した症例でも使用が可能となっていることが挙げられる. また, 測定時間は約 2~3 分での評価が可能である.

任意のタイミングにて IAS と BBS を同時期に測定した. IAS の使用にあたり簡単なマニュアルを作成し使用方法の周知を行ってから対象症例の担当理学療法士に使用を促し集計した. また, 取得された

データに不備があったものは除外とした. マニュアルは検者間による主観の影響を避けるために各項目について記載しており, “ふらつきがない” に関してはふらつきがあった場合でも自制内で姿勢を崩すことがなければ可能と判断すると記載した. “靴や装具がしっかりと履ける” に関してはマニュアル上では“履かない”のか“履けない”のかで評価を行い, 靴の踵を踏んでいる場合など“正しく履けていないが歩行に支障がみられない”場合は可能と判断し, 履けずに不安定となる場合は不可とすると記載した.

この結果をもとに IAS および BBS の点数に対して担当セラピストが判断した病棟内歩行自立度 (転倒せずに病棟内で生活出来ていた自立度) の自立を陽性, 非自立を陰性と定義し, Receiver Operating Characteristic curve (以下 ROC 曲線) での解析を行い, 曲線下面積 (Area Under the Curve: AUC) および, 感度と特異度を求め分析を行った. また, IAS の構成要素を明らかにするために最尤法にて因子の抽出を行った. 因子の回転にはプロマックス回転を用い, 因子数の決定には Kaiser-Guttman 法, 及

## 歩行自立評価表(IAS)

氏名:	使用用具( )	評価者	年
※ 施設によって距離に違いあり(凡そ病棟内一周を目安)			月
※ 12,13,14番は歩行補助具を使用していなければ「1」と判定する			日
現在の自立度: (自立・監視・介助)			
評価項目		0	1
歩行の状態	1: 相当 (45m 程度※) の距離を歩ける	0	1
	2: ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる	0	1
	※ ふらつきがなかったら 1 と判定する		
	3: 歩きながら会話ができる (歩行が停止しても再び話しながら歩き出せば可)	0	1
場所の把握	4: 疲労や痛みが増してきた際に休憩を取る事ができる	0	1
	5: 自室へ戻れる	0	1
	※ 離棟がある場合 0		
方向転換	6: 歩きの中で 180° 方向転換ができる (左右どちらか一方でも可)	0	1
	7: その場で自ら後方へのステップが出せる	0	1
	8: その場で自ら横へのステップが出せる	0	1
危険回避	9: 人や物にぶつからないよう, 避ける又は待つことができる	0	1
	起立・着座	10: 使用する休憩椅子から立ち上がれる	0
		11: 起立や着座がし易い様, 椅子を動かす事ができる	0
道具の操作 (杖・歩行器等)	12: 誤動作なく, 歩行補助具を使える	0	1
	13: 歩行補助具の置き場所の管理ができる	0	1
	14: 狭い空間や人混みの中でも, 他者に危険を与えることなく歩行補助具を使える	0	1
事前準備	15: 靴や装具をしっかりと履ける	0	1
合計 (15 点満点)			
備考			

表 2 当院独自の歩行評価表

びBIC基準を使用した。解析には統計分析ソフトR (ver.4.3.2)を使用した。

**【結果】**

歩行自立群は249名(運動器疾患177名, 脳血管疾患67名, 廃用症候群5名), 非自立群は174名(運動器疾患114名, 脳血管疾患56名, 廃用症候群4名)であった。歩行自立群のうちフリーハンド歩行107名, 歩行補助具使用者142名であった。非自立群はフリーハンド歩行30名, 歩行補助具使用者137名, 介助歩行7名であった。各評価の測定結果を表3に示す。また表4にROC曲線の結果を示す。当院にて開発したIASはBBSと比較して感度が高く特異度は同程度となった。

因子分析の結果, Kaiser-Guttman法, 及びBIC基準により3因子と推定された。因子負荷量の結果を表5に示す。因子1の項目は4, 5, 9, 12, 13,

14, 15の7項目。因子2は6, 7, 8の3項目。因子3は1, 2, 3, 10, 11の5項目であった。

	全体	自立群	非自立群
BBS	40.9±12.2	47.4±7.6	31.6±11.3
IAS	13.2±3.0	14.8±0.6	11.1±3.7

数値: 平均値±標準偏差

BBS	自立群	非自立群	合計
陽性	174	19	193
陰性	75	155	230

IAS	自立群	非自立群	合計
陽性	208	26	234
陰性	41	148	189

表3 BBSと本評価表(IAS)の測定内訳

	感度 (%)	特異度 (%)	AUC	カットオフ値 (合計点)
BBS	73.9	88.5	0.885	45
IAS	83.5	88.5	0.904	15

AUC: Area Under the Curve (曲線下面積)

表4 BBS・IASの感度, 特異度, AUC, カットオフ値

	因子1 認知機能	因子2 バランス能力	因子3 応用動作能力
4: 疲労や痛みが増してきた際に休憩を取る事ができる	0.418	0.208	0.354
5: 自室へ戻れる	0.851	-0.248	0.197
9: 人や物にぶつからないよう、避ける又は待つことができる	0.98	-0.039	-0.101
12: 誤動作なく、歩行補助具を使える	1.128	-0.141	-0.17
13: 歩行補助具の置き場所の管理ができる	0.82	-0.056	0.167
14: 狭い空間や人混みの中でも、他者に危険を与えることなく道具を使える	1.014	-0.055	-0.061
15: 靴や装具をしっかりと履ける	0.492	0.354	-0.091
6: 歩きの中で180° 方向転換ができる	0.329	0.721	-0.156
7: その場で自ら後方へのステップが出せる	0.011	1.001	-0.121
8: その場で自ら横へのステップが出せる	-0.332	1.26	-0.096
1: 相当(45m程度※)の距離を歩ける	0.122	0.372	0.423
2: ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる	0.163	0.305	0.459
3: 歩きながら会話ができる	0.262	0.123	0.546
10: 使用する休憩椅子から立ち上げられる	0.124	0.207	0.619
11: 起立や着座がし易い様、椅子を動かす事ができる	-0.126	-0.25	1.257

因子抽出法: 最尤法 回転法: プロマックス回転  
 因子数の決定にはKaiser-Guttman法, 及びBIC基準  
 絶対値0.40以上の因子負荷量を示した項目を網掛けにて表記した

表5 因子負荷量の結果

## 【考察】

今回の研究では病棟内歩行自立症例を陽性、非自立症例を陰性として取り扱い妥当性の検討を行った。自立度評価において、高感度の場合、実際に自立である人を自立と正しく判断出来る割合が高いことを表し、高特異度の場合、実際に非自立の人を非自立と正しく判断出来る割合が高いことを表す。これらことから感度が高いほど早期の歩行自立判断が期待でき、特異度が高いほど非自立の症例を正確に非自立と判断し病棟生活での転倒予防が期待できることを意味する。

先行研究ではBBSの転倒予測に使用される値として45点とされている<sup>15)</sup>。本研究でもカットオフ値は45点となり先行研究と一致する結果が得られたことから、本研究の対象者の歩行自立度には際立った特徴はなく、先行研究と類似していたと考えられる。

IASはBBSと比較し感度が高く特異度が同等の数値を示した。これについては、歩行補助具使用者に対するBBSの難易度の高さが影響したことが考えられる。当院回復期リハビリテーション病棟で実際に病棟内歩行が自立していた症例のうち、IASで自立、BBSで非自立と判断された症例の約86%の症例が歩行補助具を使用していた。BBSは上肢を使用することで減点となる項目があることや主にフリーハンドでのバランス能力を評価するものであり、歩行補助具の使用状況や姿勢を崩した際の代償手段については考慮されていない。また、丹羽らはBBSにおいて難易度の高い片脚立位は遂行不可能であっても歩行獲得がなされたとの報告がある<sup>18)</sup>。このことからBBSは歩行補助具使用者にとっては難易度が高すぎる項目が存在している可能性が考えられ、IASは歩行補助具を使用した際のバランス能力や上肢での代償動作を許容したため、感度が高値を示したと考える。

特異度に関しては、病棟内歩行が非自立でありIASでは正しく非自立と判断されたが、BBSでは自立と判断された症例のうち約71%はIASの認知項目での減点となっていた。これはIASがバランス能

力のみでなく病棟内歩行自立に必要な認知項目の評価が出来たことによるものだと考える。IASの因子分析の結果では、因子1は4, 5, 9, 12, 13, 14, 15の7項目であり、自室の位置を把握する項目や歩行補助具の使用法、置き場所の管理等の項目に高い因子負荷量を示していたことから「認知機能」と解釈した。因子2は6, 7, 8の3項目で方向転換やステップといった単純な動作のバランスに関する項目に高い因子負荷量を示していたことから「バランス能力」と解釈した。因子3は1, 2, 3, 10, 11の5項目であり、高い因子負荷量を示した項目として、“起立や着座がし易い様、椅子を動かす事ができる”等の病棟生活において想定される実動作に近い応用的な動作能力が求められる項目であった。このことから因子3は「応用動作能力」と解釈した。便宜上、因子1を認知項目、因子2と因子3を合わせたものを運動項目と大別した。これに対し、脳血管疾患後の症例を対象としたBBSの構成要素の検討を行った研究では、各項目を3つの因子として分別し第1因子を動的バランス、第2因子を静的バランス、第3因子を粗大下肢筋力と分類している。第1因子は前方リーチ・振り返り・360°方向転換・段差踏み換え・継ぎ足立位・片脚立位。第2因子は立位保持・座位保持・閉眼立位保持・閉脚立位保持・拾い上げ。第3因子は椅子からの立ち上がり・着座・椅子移乗と抽出され、歩行自立度との関連は第1因子が最も強かったと報告している<sup>19)</sup>。BBSの14項目に対しIASの運動項目は8項目であり項目数に関しては少数ではあるが、IASの運動項目はBBSの動的バランスにあたる能力を評価する項目が多い構成であり、歩行自立度の判断に必要な要因を効率良く評価できていたことから同程度の特異度が得られたと考える。また、同様の症例のうちIASの運動項目にて減点となった残りの29%の症例は、BBSでは評価できなかったバランス能力を評価できたと考えられる。これらの症例が減点となった項目はふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる:2名、歩きの中で180°方向転換ができる:3名、その場で自ら後方へのステップが出せる:2名、そ

の場で自ら横へのステップが出せる：2名，起立や着座がし易い様，椅子を動かす事ができる：4名であった。これらの項目から BBS と類似した課題を除くと“ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる”と“起立や着座がし易い様，椅子を動かす事ができる”が挙げられた。“ふらついた時に壁や手すり等に掴まる又はステップにて転倒を回避できる”はバランスを崩した後に壁や手すりに掴まる又はステップにて転倒を回避する能力であり周囲の環境に適応する能力を評価する一面もある。“起立や着座がし易い様，椅子を動かす事ができる”は動的バランスに加え対象物の重さや大きさ等を予測し筋活動の調整等を行う高度な身体能力が要求されることから BBS には無い要素として特異度の向上に貢献したと考える。

感度について，IAS にて非自立と判断されたが，実際は病棟内歩行自立となっていた症例の減点となった項目の上位は，運動項目では“起立や着座がし易い様，椅子を動かす事ができる”，認知項目では“自室へ行って戻ってこられる”であった。椅子を動かすに関しては高い特異度を示した要因の一つであると考えられたが，一方椅子の配置や行動範囲の違い等病棟環境によって病棟生活では実施されない可能性があり，減点となっても歩行が自立している症例が存在したことが考えられる。認知項目の“自室へ戻れる”の項目は自室の場所に関する記憶能力を評価しているが，安定した歩行が可能となる高い運動能力が備わっていれば，病棟スタッフに自室を尋ねる等の代償手段を用いることで病棟内歩行が自立となっている可能性が考えられた。これらの項目については，感度が低下する代わりに特異度が向上するトレードオフの関係になっていたと考えられ，転倒リスクが高い偽陽性を避けるためには採用することが望ましいと判断できる。

IAS と BBS のどちらでも非自立と判断されたが実際には病棟内歩行自立だった症例は 24 名であった。このうち運動項目のみの減点が 14 名，認知項目のみの減点が 6 名，どちらも減点が 4 名であり運動項目に偏る結果となった。IAS の運動項目にて減点となった項目の上位は“その場で自ら後方へのステッ

プが出せる”であり，本項目が達成されていなくても病棟歩行が自立となる症例が多く存在したため，本項目の必要性の検討が課題となった。

本研究にはいくつかの限界が存在する。まず，IAS の信頼性について検討されていない点である。そのため，判断に難渋する場合のマニュアル作成や評価項目名の変更等を行ったうえで経験年数の異なる理学療法士や看護師，介護士等の他職種間での検者間信頼性についての検討を行うことが今後の課題となる。また，今回の結果は当院回復期リハビリテーション病棟内という限られた環境下での研究に留まっており，他の施設や環境での結果が同様であるとは限らない。そのため他施設での評価を行い，その結果をさらに検討することで本評価表の普遍性を検証していくことが必要だと考える。

### 【結語】

IAS は BBS と比較し感度が高く，特異度が同程度であった。IAS は BBS と同程度の妥当性をもち，簡便に歩行自立判断が可能な評価表であることが示唆された。IAS の利点として歩行補助具使用者や認知機能低下の症例，高次脳機能障害を有した症例にも適応できることや，評価時間が短縮されることが挙げられる。本評価表の利用により回復期リハビリテーション病棟入院患者の早期 ADL 拡大に寄与すると考える。

当研究は当院倫理審査委員会の承認を得て行った。

COI 開示：本論文に関して，全著者に開示すべき COI 状態はない。

### 【参考文献】

- 1) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ：年度毎病床届出数及び累計数，<http://www.rehabili.jp/publications/sourcebook/graf2023/graf1.pdf>，2024 年 4 月 18 日アクセス
- 2) 厚生労働省ホームページ：平成 28 年度診療報酬改定の概要，[78 ■ JMC164 号](https://www.mhlw.go.jp/file/06-</a></li></ol></div><div data-bbox=)

- Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf, 2024年4月18日アクセス
- 3) 厚生労働省ホームページ:回復期入院医療について, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000864213.pdf>, 2024年4月18日アクセス
  - 4) 金山剛, 大平雄一, 西田宗幹, 他:回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰患者の特徴, 理学療法科学 23 (5): pp609-613, 2008
  - 5) 松嶋美正, 斎藤文香:高齢者における Berg Balance Scale の項目妥当性に関する検討, 理学療法学 37 (6): pp403-409, 2010
  - 6) 北地雄, 原辰成, 佐藤優史, 他:回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管疾患後片麻痺を対象とした歩行自立判断のためのパフォーマンステストのカットオフ値, 理学療法学 38 (7): pp481-488, 2011
  - 7) 井上和章, 清水ミシェル・アイズマン, 沖田一彦:脳卒中片麻痺者の自立歩行能力判定, 理学療法科学 25 (3): pp323-328, 2010
  - 8) 上内哲男, 志村圭太, 濱中康治, 他:回復期リハビリテーション病棟における歩行自立判定テストと自立後の転倒者率, 身体教育医学研究 13: pp9-14, 2012
  - 9) 橋本祥行, 前川茜, 屋敷法子, 他:脳卒中患者の歩行自立判定評価 - 回復期リハビリテーション病棟におけるアセスメントシートの導入効果 -, 理学療法科学 31 (5): pp635-639, 2016
  - 10) 長谷川智, 幸地大州, 白田滋:回復期リハビリテーション病棟入院患者における Balance Evaluation Systems Test (BESTest), Mini-BESTest, Brief-BESTest の歩行自立判定の精度の検討, 理学療法科学 32 (4): pp477-481, 2017
  - 11) 初瀬川弘樹, 山田実, 菊井将太:回復期リハビリテーション病棟における歩行自立判定シートの作成, 日本転倒予防学会誌 3 (3): pp27-35, 2017
  - 12) 松谷繁, 佐々木和人, 永井勝信, 他:脳卒中片麻痺患者の歩行自立度判定スケールの作成, 埼玉理学療法 11 (1): pp45-51, 2004
  - 13) 日本高次脳機能障害学会高次脳機能障害全国実態調査委員会:高次脳機能障害全国実態調査報告書, 高次脳機能研究 36 (4): pp492-502, 2016
  - 14) 長田悠路, 島袋匡, 岩崎吉則, 他:当院における回復期脳卒中片麻痺患者の歩行自立判定指標の検討 - どのレベルに達したら病棟内歩行フリーとするか -, Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science 6: pp143-150, 2015
  - 15) Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI, et al.: Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument, Physiotherapy Canada 41: pp304-311, 1989
  - 16) 望月久, 金子誠喜:臨床的バランス能力評価指標に関するアンケート調査報告 - 臨床的バランス能力評価指標の考案に向けて -, 理学療法科学 24 (2): pp205-213, 2009
  - 17) 植松光俊, 新垣盛宏, 梶原史恵, 他:歩行自立判定, 理学療法学 32 (4): pp201-206, 2005
  - 18) 丹羽義明, 半田一登:脳卒中片麻痺患者の歩行能力改善の推移, 理学療法ジャーナル 37 (1): pp5-9, 2003
  - 19) 北地雄, 原島宏明, 宮野佐年:脳血管疾患後の片麻痺者を対象とした Functional Balance Scale の構成要素の検討, 理学療法科学 28 (1): pp95-99, 2013

## 当院の高齢入院患者における早期退院関連因子の後方視的研究

医療法人池慶会 池端病院 (福井県越前市)

理学療法士 大塚浩一, 島田久美子 看護師 鈴木鈴子 医師 池端幸彦

### 【和文抄録】

当院の入院患者を対象に、早期退院群と非早期退院群に分け患者傾向の違いを調査した。対象は当院入院患者のうち161名を抽出した。対象の入院日数中央値である14日を基準とし、14日未満を早期退院群、14日以上を非早期退院群の2群に分類した。統計解析では単変量解析にて群間比較を行った後に有意差の見られたADL利得、アルブミン値、リハ平均実施単位数、日常生活自立度、入院時ADLスコアの5項目を説明変数としてロジスティック回帰分析を実施した。アルブミン値は早期退院群で高値を示す傾向にありカットオフ値は3.7となった。非早期退院群の患者はリハビリテーションの平均実施回数が多く、ADL利得が高い傾向にあった。ADLの改善が退院要件となる患者に対しては入院が長期化する傾向にあるため、患者個々の機能レベルや全身状態の管理および早期からのリハ評価や栄養評価が重要である事が示唆された。

### 【Key words】

早期退院, 高齢者, アルブミン, ADL, リハビリテーション

### 【はじめに】

当院は地域密着型の医療機関として、療養型病床17床と地域包括ケア病床13床を有している。元来療養型病床では長期入院の患者が多い傾向にあったが、厚生労働省の報告でも全体として早期退院の流れは強くなっており、平均在院日数は減少の一端を辿っている<sup>1)</sup>。更に、年齢や在院日数が伸びるほど生活機能低下のリスクが上昇する事なども明らかになっており<sup>2)</sup>、令和6年度の診療報酬改定を経て、早期退院を目指す流れは今後更に加速することが予測される。そのような社会情勢を鑑みて、入院患者をスムーズな退院支援につなげる事の重要性はより一層高くなっているものと考えられる。しかし、実際には予定していた入院日数を超過して、スムーズな退院支援に中々つながらないケースも散見されている。早期退院の妨げになる原因としては、年齢や本人の病気、心身機能ならびにADLの低下といったものに限らず、家族構成を含めた社会背景や個人の心理状況など様々な要因が先行報告として挙げら

れている<sup>3)</sup>。当院に入院される患者は高齢者がその多くの割合を占めている。高齢者の予後不良因子として低栄養や脱水などが広く報告されている<sup>4)</sup>。一方で、積極的なリハビリテーションの提供が、高齢者の誤嚥性肺炎等の発症リスク軽減や在宅復帰に寄与するとの報告もあり、リハビリテーション介入の有無も退院支援において重要な要素と考えられる<sup>5) 6)</sup>。また、高齢者のリハビリテーションの積極的な介入には血清アルブミン(以下Aib)、GNRIといった栄養状態を反映する指標が重要との先行報告も見られている<sup>7)</sup>。このように、高齢者の早期退院については様々な要因が複合的に関与しているのが現状であると考えられる。当院では退院支援に影響する栄養状態やリハ介入量、患者背景についての体系的分析がこれまで行われていない。早期退院の成否を客観的な情報を基に判断・予測していくことは適切な病棟運営を図る上で重要である。今回、当院に入院した高齢患者を対象に退院日数によって患者傾向に差が出るかを後方視的に調査し、今後の慢性期医療における退院支援に活かす基礎的な知見にしたいと考える。

## 【対象】

2023年10月1日から2024年9月30日の間に当院入院病棟に入院した患者を対象とした。65歳未満、1日未満の即日退院、収集データの欠損が見られた事例、入院中に死亡した事例は除外した。対象患者全体の入院日数の中央値を基準に、14日未満を早期退院群、14日以上を非早期退院群に分類した(図1)。

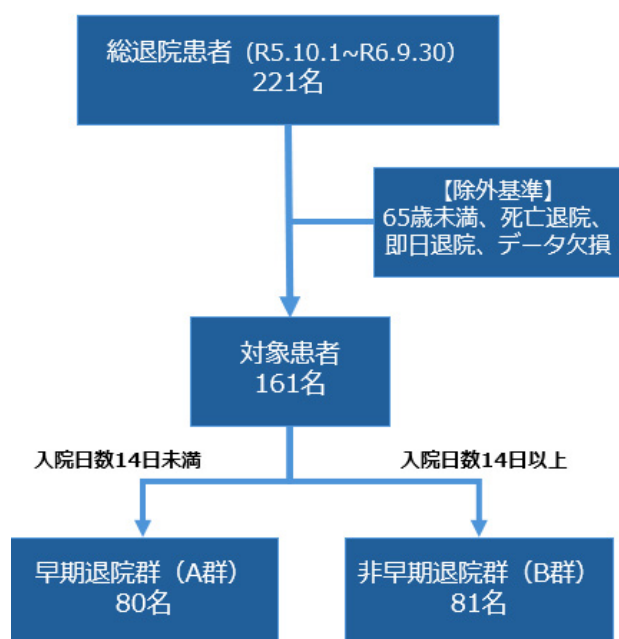


図1 対象者フロー

## 【方法】

本研究の対象は合計161名(男性72名,女性89名,平均年齢85歳)であった。A群(早期退院群)は80名, B群(非早期退院群)は81名であった。収集したデータは,性別,年齢, BMI, 主病名, 入院期間中のリハビリテーション平均実施単位数, 退院先, 入院時の生化学検査値(Alb, ヘモグロビン[Hb], ナトリウム[Na], 尿素窒素[UN]), 入院時ADL(Activities of Daily Living), 入院期間中のADL改善度を示すADL利得, 日常生活自立度, ならびに栄養指標(Geriatric Nutritional Risk Index: GNRI), 要介護度, 家族構成の16項目であった。主病名は①運動器疾患, ②急性の呼吸・循環器疾患, ③神経筋疾患, ④がん, ⑤慢性疾患(慢性心不

全, 糖尿病等)の増悪, ⑥その他(感染症, 脱水症等)に分類した。ADL利得の算出方法はDPCによるADLスコアを基に退院ADLスコア-入院ADLスコアで計算した。これらの項目に対し単変量解析にて群間比較を行った後に, 早期退院に関連した独立因子の抽出を多変量解析にて実施した。

## 【統計学的解析】

群間比較には, 正規分布した連続変数に対してStudentのt検定を実施し, 正規分布に従わない連続変数に対してMann-WhitneyのU検定を実施した。更に, カテゴリカル変数に対してカイ二乗検定を用いた。早期退院と非早期退院の2群の分類に関連する独立因子を抽出するため, ロジスティック回帰分析を実施した。説明変数には, 上記データのうち単変量解析において $p < 0.05$ を示した項目を投入した。統計解析にはEZR(Easy R, version 2.9-1)を使用し<sup>8)</sup>, 有意水準は $p < 0.05$ とした。

## 【結果】

本研究対象の全体集計では, 年齢は $85.3 \pm 7.9$ 歳(範囲: 66歳~99歳, 中央値: 86歳)であり, 75歳以上が全体の75%以上をしめた。入院日数は平均 $20.8 \pm 19$ 日(範囲: 1日~109日, 中央値: 14日)であった。

群間比較の結果, リハビリテーション平均実施単位数, ADL利得, 日常生活自立度, 入院時ADLスコア, Alb値において有意差が見られた(表1)。これらの因子を独立変数として, 入院日数14日以内の早期退院を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った結果, リハビリテーション実施単位数(オッズ比2.58, 95%信頼区間1.81-3.70,  $p < 0.001$ ), Alb(オッズ比0.23, 95%信頼区間0.09-0.57,  $p < 0.001$ ), ADL利得(オッズ比1.14, 95%信頼区間1.02-1.28,  $p = 0.02$ )が, 早期退院の独立した関連因子として抽出された(表2)。Alb値が早期退院の規定因子と考えられたため, 図2に示すROC曲線を求め, カットオフ値を算出した。Alb値のカットオフ値は3.7であり, 感度0.852, 特異度0.425, AUC 0.66であった(図2)。

	早期退院群 (n=80)	非早期退院群 (n=81)	P値
年齢	84±9.1	90±7.5	0.19
性別 (男/女)	36/44	36/45	-
主病名 (A/B/C/D/E/F)	5/9/4/1/6/14	7/11/3/1/11/9	0.07
BMI	19.8±10.7	20.8±9.4	0.44
Alb (アルブミン)	3.6±0.5	3.3±0.5	0.00
Un (尿素窒素)	20.9±16.6	23.6±11.8	0.22
Na (ナトリウム)	138.7±4.0	136.6±16.0	0.25
Hb (血色素量)	12.3±2.3	11.8±2.0	0.15
GNRI (栄養指標)	92.0±11.7	89.0±11.7	0.07
家族構成 (A/B/C/D/E)	6/12/12/27/22	6/14/15/31/15	0.76
転帰先 (A/B/C/D)	68/3/3/6	64/6/8/3	0.22
日常生活自立度 (A/B/C/D/E/F/G/H)	14/5/14/16/5/19/0/7	3/2/7/26/19/15/4/5	0.02
要介護度 (A/B/C/D/E/F/G/H)	22/1/9/8/13/9/5/13	14/1/6/12/7/23/13/5	0.18
入院時ADL	10.5±7.2	7.3±6.6	0.00
退院時ADL	11.1±7.6	9.8±6.0	0.22
ADL利得	0.63±3.0	2.43±5.4	0.01
リハ平均実施単位数 (2単位未満/2単位以上)	73/7	41/40	0.00

表1 対象者の基本属性

主病名：A 運動器疾患；B 呼吸・循環器疾患；C 神経疾患；D がん；E 慢性疾患の増悪；F その他  
 家族構成：A 施設入所中；B 独居；C 1世帯同居；D 2世帯同居；E 3世帯以上同居  
 転帰先：A 自宅；B 介護老人保健施設・特別養護老人ホーム；C その他施設・住居；D 転院  
 日常生活自立度：A 自立 or A1；B J2；C A1；D A2；E B1；F B2；G C1；H C2  
 要介護度：A 自立 or 事業対象者；B 要支援1；C 要支援2；D 要介護1；E 要介護2；F 要介護3；G 要介護4；H 要介護5

	オッズ比	95%信頼区間	VIF	P値
Alb (アルブミン)	0.23	0.09~0.57	1.11	0.00
ADL利得	1.14	1.02~1.28	1.72	0.03
リハ平均実施単位数	2.58	1.81~3.70	1.19	0.00
入院時ADLスコア	1.07	0.97~1.18	3.31	0.15
日常生活自立度	1.21	0.87~1.69	2.75	0.27

非早期退院群に対する早期退院群を目的変数としたロジスティック回帰分析（強制投入法）を使用

表2 早期退院の関連要因

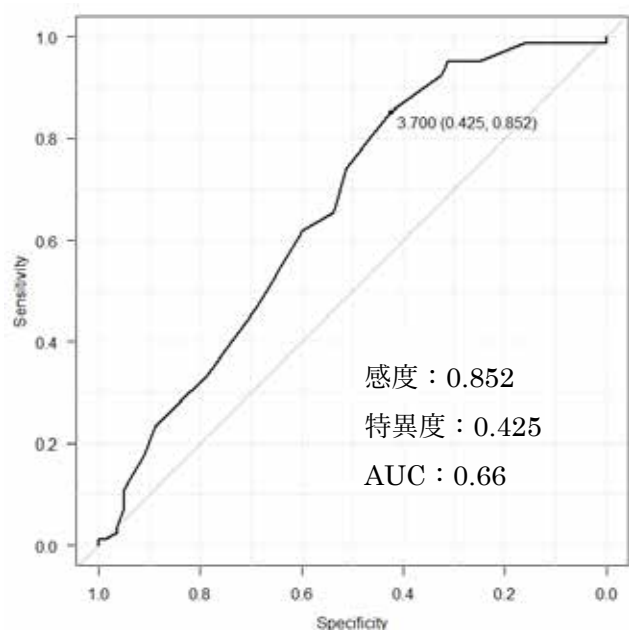


図2 早期退院に影響するアルブミン値のROC曲線

## 【考察】

本研究において、当院における早期退院群と非早期退院群とを比較し、早期退院に影響する因子を抽出・分析した。結果として早期退院群はリハビリテーション実施単位数とADL利得が有意に少なく、Alb値が有意に高い結果となった。

早期退院群のリハビリテーション実施単位数とADL利得が少ない要因としては、元々のADL自立度が高い、または早期に回復がみられ積極的なリハビリテーションの提供を必要としなかった患者が多かった可能性が考えられた。リハビリ介入量が少ないにもかかわらず早期に退院できた背景には、入院時点で身体機能や健康状態が良好であり、短期間で退院が可能であったことが反映していると考えられる。あるいは入院期間が短かったために、機能回復の程度が限定的だった可能性を示唆していると考えられる。先行報告においてリハ実施量とFIM利得に関連がみられる報告がある一方で、今回の結果からADLの改善度の高さと早期退院には、直接的な関係は乏しい事が示唆される結果となった。

本研究において、早期退院の基準を全体の入院日数の中央値である14日とした点については、その妥当性を検討する必要があると考える。例えば、

2018年に新設された入退院支援加算において、退院困難が予測される患者については14日以内に患者及び家族と、病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う事が算定要件として定められている。そのような現状を踏まえると、14日を早期退院の基準値とする事についてはある程度の妥当性を有しているものと考えられるが、そもそも早期退院の定義そのものが患者背景や病院の特色によってそれぞれ異なるため、今回の結果の一般化可能性には限界があるものと思われる。また、主病名による分類において病期を考慮していない点も踏まえると、主病名別の群間比較の結果においても、その妥当性の検討には更なる検証が必要と考えられる。

今回、リハビリテーション実施単位数が独立した関連因子として抽出されたが、今回の調査ではリハビリテーションの提供の有無に関わらず、全ての高齢入院患者を対象に含んでいるため、今後サブグループ解析としてリハビリテーション介入を行った患者群の中で、入院日数の差に影響を与える関連因子の抽出を改めて行っていく必要があると考える。更に、患者ごとのリハビリテーション介入の必要性の判断根拠については今回未検証であるため、今後詳細に検証する必要があると考える。

統計学的手法については多重共線性の問題があるが、VIFは1.11～3.31であり、明らかな多重共線性の問題は確認されなかった。今回の結果から入院時の早期退院の予測値として採用できるアウトカムはAlb値のみであるが、ROC曲線を作成しカットオフ値を求めた結果Alb値のAUCは0.66であった。Alb値のカットオフは3.7という結果となり早期退院の規定因子となる一方で、AUCは0.5を基準として1に近づくほど予測能が高いとされているため、AUC 0.66はカットオフとしての予測能は弱いと考えられる。

Alb値は従来栄養指標として重要視されていた。先行報告ではAlbはタンパク質栄養状態の指標とされており、中高齢者のADLやその低下のリスク因子になるといった関連が報告されている<sup>9) 10)</sup>が、近年では炎症や侵襲、水分量などに影響を受けやすい為、栄養指標として用いるべきではないとその評

価が見直されている<sup>11)</sup>。一般的に 3.5g/dL を下回ると低栄養の可能性が考慮されるといわれるが、特に ADL 低下を伴う高齢者の低栄養判定を Alb 値のみでおこなうのは危険であるとされる。Alb 値が低値である場合、単純に低栄養状態にあると判断するのではなく、侵襲や炎症・感染の影響、肝機能、水分量、エネルギー投与量や窒素投与量など、さまざまな因子を考慮する必要がある。先行報告においても高齢入院患者の発熱、死亡の予測因子とされうる報告や、地域在住高齢者においても体重減少並びに Alb 低値群は、死亡率が 1.92 倍上昇するといった死亡リスクに関連する報告が散見される。Alb 低値がどのようなプロセスで死亡につながるかは現時点でまだ明らかになっていないが、これらの先行研究は Alb 値が単に栄養状態だけではなく、幅広い全身状態の変化の影響を受ける指標であることを示唆していると考えられる<sup>12) 13) 14)</sup>。今回の結果で単変量解析において、栄養指標である GNRI に有意差がみられなかった事もその裏付けの一つとなると考える。そして、本研究では CRP をデータ収集の対象としていない為、炎症・感染の影響を検証する事は困難である。今回の結果から、患者の良好な栄養状態、全身状態が早期退院を促進する重要な要素であることを示唆している一方で、その結果の解釈には注意が必要であると考えられる。

## 【結論】

本研究の限界としては単一施設による調査であることや、対象を高齢者という属性のみに限定している点にあるため、地域性や施設の特色の影響を受けやすく、対象患者層に偏りが生じている可能性がある。また、本研究は後方視的研究であるため、因果関係を説明できるものではないことなどが挙げられる。そして、病棟種別による入退院の経路の調査は未実施であるため、入院病床の違いによる患者傾向の違いも否定できないと考えられる。

本研究により、リハビリテーション実施単位数、Alb 値、ADL 利得が当院入院患者の早期退院に関連する因子であることが明らかとなった。リハビリテーション実施単位数と ADL 利得に関しては、リ

ハビリテーション実施群と未実施によって結果が異なる可能性が示唆されているため、リハ実施群、未実施群の群間比較やリハ実施群の中でもリハ実施量の異なる群間で比較する。更には、介入したリハビリテーション専門職の職種による差がないかを比較するといった、更なるサブグループ解析が必要と考えられた。Alb 値に関しては高いほど早期退院に与える結果となった。早期退院の Alb 値のカットオフは 3.7 となったが、その妥当性には疑問の残る結果となり、あくまで当施設における暫定的な基準と考える必要がある。結果の解釈に注意が必要だが、今回の結果から栄養状態のみならず患者の全身状態が早期退院に影響している可能性が考えられた。

本研究の結果から、早期退院促進に向けた介入には ADL 向上が必要とされる症例に対してリハビリテーションを高頻度で実施するといった介入量や理学療法、作業療法、言語療法といった各リハビリテーション専門職がどの程度関わるかといった調整だけでなく、患者個々の機能レベルや全身状態の管理および早期からのリハ評価や栄養評価ならびに全身状態の評価が重要である事が示唆された。

## 【COI 開示】

本論文に関して、著者が開示すべき COI 状態は無い。

## 【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき、当院における倫理委員会により承諾を得ている。得られたデータは匿名化した状態で個人情報特定できないように配慮した。

## 【参考文献】

- 1) 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/heikin.pdf>, 2025 年 4 月 1 日アクセス
- 2) 相川みづ江, 泉キヨ子, 正源寺美穂: 一般病院に入院中の高齢患者における生活機能の変化に影響する要因, 老年看護学: pp54, 東京, 2012

- 3) 阿部庸子, 藍真澄, 金子美智子, 他: 大学病院における高齢早期退院の阻害要因に関する検討, 日老医誌: pp44, 東京, 2007
- 4) 武久洋三, 大和薫, 荒尾徳三, 他: 慢性期病院における新規入院 8007 症例の入退院先調査と生存期間解析, 日老医誌: pp357, 東京, 2022
- 5) 今岡信介, 佐藤浩二, 森照明: 急性期病院における誤嚥性肺炎患者へのリハビリテーション介入が在宅復帰に与える影響, 日本医療マネジメント学会雑誌: pp87, 東京, 2017
- 6) 三浦亜純, 泉谷佑美, 佐藤章礼, 他: 療養病棟での離床時間増加が身体機能および誤嚥性肺炎のリスク因子に与える効果, 早期離床: pp35, 東京, 2021
- 7) 野村卓生, 井垣誠, 栗田祐代, 他: 地域包括ケア病棟の適切な管理を目的とした後方視的研究—リハビリテーションの実施に与える要因の検討, 保健医療学雑誌: pp36, 東京, 2022
- 8) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software “EZR” (Easy R) for medical statistics. Bone Marrow Transplant, 452-458. 2013
- 9) 藤原亮, 野村卓生, 岩村健司, 他: リハビリテーションが必要な中高齢患者の栄養状態と日常生活動作能力との関連, 保健医療学雑誌: pp43-44, 東京, 2014
- 10) Jensen GL, Kinberly K, Judith F, et al: Nutrition risk screening characteristics of rural older persons: relation to functional limitations and health care charges. Am J Clin Nutr 66, 819-828, 1997
- 11) David C, Mark R, Ainsley M, et al: The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper. Nutrition in Clinical Practice 36, 22-28, 2021
- 12) 井上善文編: 静脈経腸栄養ナビゲータ: pp9-10, 照林社, 東京, 2021
- 13) 池松秀之, 鍋島篤子, 山家滋他: 高齢入院患者における血清アルブミン値と発熱頻度及び死亡率との関連, 感染症学雑誌: pp1259-1265, 東京, 1996
- 14) 矢野朋子, 樺山舞, 神出計: 地域在住高齢者の体重減少並びにアルブミン低値と死亡との関連とその影響要因—システムティックレビュー—, 日老医師: pp60-71, 東京, 2020
- 15) 及川慶浩: はじめての看護研究 統計学編: pp90-92, メディカ出版, 東京, 2012
- 16) 新谷歩: みんなの医療統計 多変量解析編: pp160-182, 講談社, 東京, 2017
- 17) 野嶋一平, 野口泰司: 新たな評価法の統計—感度・特異度・ROC 曲線など—, Jpn J Rehabil Med: pp1125-1130, 202



## 慢性期医療における「特定看護師」の役割 ～医師と同様に求められる『総合診療』の視点～

日本慢性期医療協会 副会長

同「看護師特定行為研修委員会」委員長 矢野 諭

### 1. はじめに

2015年10月に開始された「特定行為に係る看護師の研修制度」は、現在までの特定行為研修修了者（以下特定看護師）は、2025年3月時点で11840人である。近年、特定看護師配置に対する診療報酬上の評価も加わり、ますますその役割が期待されている。筆者はこれまでJMC103号、113号の中で、慢性期医療における「チーム医療のキーパーソン」としての、高度急性期医療とは異なる特定看護師の存在意義を強調してきた。また149号では、特定行為の実施件数に修了者間で明らかな差が生じているという現状がある一方で、「チーム医療」・「多職種協働」の中で、特定看護師の活躍の場・働き方が、『特定行為実践だけにとどまらず』、当初の想定を超えて「多様化」してきているという現状も報告した。

本稿では、『総合診療』の視点から慢性期医療における特定看護師の役割と総合診療医との連携について改めて解説してみたい。

### 2. 慢性期医療の現場では「総合診療」の視点が必須

日慢協は、2015年10月から「第1回看護師特定行為研修」を開講し、2026年2月現在の修了者は約370名。「9区分16行為」の「必修義務化」が他の大部分の研修機関との差別化が可能な重要な特徴の一つであり、その根底にあるのは「総合診療」の視点である。慢性期医療の担当領域は、軽度・中等度の急性期機能から、高齢者の特徴を代表する非感染性疾患（Non-communicable diseases：NCDs）、認知症、フレイル、サルコペニア、運動器症候群などの予防と管理、人生最終段階における医療・緩和ケア（がん・非がん）、ACP、意思決定支

援等に至るまでの多彩かつ広範な内容を包括する。対象患者の多くは、複数の「慢性臓器障害」を合併し（multimorbidity）、社会経済的背景も複雑である。必然的に、慢性期医療の現場においては「臓器別専門医」よりも、「総合診療医」の需要が増加する。患者の全体像に1）身体面 2）精神心理面 3）社会経済面から総合的・包括的にアプローチする「高齢者総合機能評価（CGA）」の視点を持った医師が求められるのである。この両者の関係は、実は看護師においても当てはまる。すなわち、慢性期医療では看護師も医師と同様に、認定看護師などの「専門性」よりも『総合診療』の視点が重要視され、それを習得した特定看護師が必要となる。一人の患者に複数の特定行為を実践する機会が増加し、ごく少数の限定的な区分の専門性を高めることよりも、日常遭遇する可能性の高い複数の特定行為を体得して、それを実践していくことが求められる。それが、日慢協研修が「9区分16行為必修化」を推進する最大の理由である。在宅・居住系施設を含む慢性期医療の現場では、医師にも看護師にも『総合診療』の視点が絶対に必要なのである。

### 3. 「チーム医療」における総合診療医と特定看護師

#### （1）総合診療医はチーム医療の「リーダー」・看護師は「キーパーソン」

慢性期医療の現場では必然的に、「チーム医療」・「多職種協働」の充実が必要不可欠となり、チームの責任者たる「リーダー」となるべき医師は、臓器別専門医ではなく総合診療医でなければ診療が成り立たない。また、看護師を中心に介護職（介護福祉士を含む）、リハビリ担当者、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士・ケアマネジャー・看護師等を含む）等、専門性

を有する多職種の間が必須となる。「チーム医療」の主な目的は決して権限委譲による医師の負担軽減という視点ではない。「チーム医療」の「キーパーソン・コーディネーター」の役割を担うのは、種々の意味で看護師が最もふさわしい。

## (2) 多様化する特定看護師の役割

JMC149号で詳説したので本稿では内容は割愛するが、特定看護師の『特定行為実践以外』の活動が当初の想定よりも多様化し、医師や多職種に対し「コンサルト・提案・指導」等が実施されていることに特に注目したい。(図1)

慢性期医療の医師はさらに「総合診療医」としての臨床能力の涵養に努めるべきである。一方で、専門外で自分に自信がない場合には、特定看護師や他職種からの提案がありがたいと考える医師も多い。逆に、特定看護師は医師の得意分野を指導してもらうとともに自ら提言も行い、患者について積極的に合議をする関係が理想的である。医師と同様に『総合診療』の視点を持った正しい診療プロセスを学習した「特定看護師」が増加することは、「診療の質」の向上に確実に寄与する。

## (3) 慢性期医療におけるタスクシェアは目的でなく結果

医師の働き方改革の視点からは、医師の負担が軽減され、診療の効率化や医療全体の質の向上に寄与

するのならば、それ自体は望ましいことであろう。筆者は、改訂テキストの作成に専心し、日慢協の研修で長年にわたり、受講生に「標準化された治療」を徹底的に指導してきた。その結果、現場で適切な提言や議論が行われた結果、チーム医療全体の質が向上したことや、介護施設でのタイムリーな判断により色々な意味で患者の利益につながったということを実感している。慢性期病院におけるタスクシェアは、「結果的に」医師の負担軽減にもつながったことになろうが、少なくともそれは主要な「目的」ではなく、「総合診療医」をリーダーとする「チーム医療」の必要性を基盤として、働き方改革とは独立した形で必然的に促進されてきた事実を強調したい。

## 4. おわりに

特定行為実践そのものだけでなく、特定看護師の『特定行為研修で学んだ内容を活かした対応（コンサルト・提案・指導）』は「診療の質」の向上に直結する。特に、信頼関係に基づく「特定看護師」と「総合診療医」の密接な連携が鍵を握る。特定看護師に必要なことは、医師の信頼を得るために『特定行為実践に必要となる、医学的根拠に基づく確固たる論理的基盤を堅固にすること』である。総合診療医は指導を通して、それをしっかりとサポートしていくべきである。『教えることは学ぶこと』でもある。

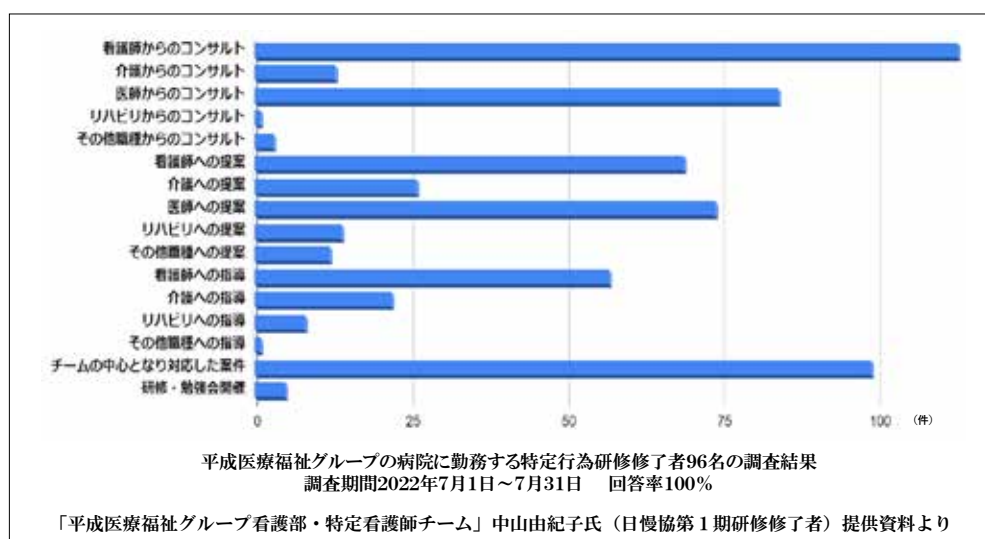


図1 研修修了看護師の「特定行為実践以外」の活動状況

## 2026年2月の記者会見 2026年度診療報酬改定 ～在宅復帰，寝たきりゼロへの使い方～



2026年度診療報酬改定の答申を翌日に控えた2月12日、当会は定例記者会見を開き、「2026年度診療報酬改定 ～在宅復帰，寝たきりゼロへの使い方～」と題する見解を示した。橋本康子会長は、今回の改定を「日慢協が長年提唱してきた『寝たきりゼロ』や『在宅復帰』の取り組みが反映された内容」と評価。急性期から慢性期，在宅へとつなぐリハビリテーションの強化や，排泄・摂食機能の改善に対する評価が手厚くなった点を解説し，質の高い慢性期医療の実践が経営安定にも寄与するとの見方を示した。

### ■ 急性期 —— 早期リハで寝たきりを作らない

会見で橋本会長は，急性期医療における重要な課題として「寝たきりを作らないこと」を挙げ，発症早期からのリハビリテーション介入が強化された点を評価した。

具体的には「早期リハビリテーション加算」の評価が見直され，入院初期（最初の4日間など）に高い点数が設定された。これにより，より早期かつ集中的な介入が促される。また，「休日リハビリテーション加算」の新設による切れ目のないリハビリ提供体制にも期待を込めた。

### ■ 慢性期 —— 自宅に帰す

慢性期，特に回復期リハビリテーション病棟につい

ては，「自宅に帰す」ことを目的とした機能回復が重点化された点を挙げた。橋本会長は「トイレに行けて食事ができれば家に帰れる」とし，特に今回の改定で「排泄」と「摂食」への評価が強化されたことを歓迎した。

具体的には，「回復期リハビリテーション強化体制加算」の新設を挙げた。この算定要件には，FIMの実績指数に加え，「排尿自立支援加算」の届出や「退院前訪問指導料」の実績が盛り込まれた。橋本会長は「排泄動作と移動手段が自立すれば，在宅復帰の可能性は飛躍的に高まる」とし，「前会長である武久洋三名誉会長がずっと提言してきた内容である」と，その意義を強調した。

### ■ 在宅 —— 生活を見る

退院後の生活を見据えた支援として，橋本会長は「患者の生活を担当療法士が見て，課題に応じてプログラムできる仕組みが整備された」と評価した。

具体的には，現行の「入院時訪問指導加算」が「退院前訪問指導料」へと改組されたことや，「医療機関外リハビリテーション」の見直しを挙げた。

橋本会長は「病棟内にいた担当療法士は外に出られなかったが，今改定で自由度が上がった」と評価。「急性期も慢性期も在宅も，在宅復帰や寝たきりゼロへの取り組みを促進させる改定をしていただき，患者さんのためになるような改定だ」と述べた。

## ■ 質を追求する医療機関には「追い風」

質疑では、今改定が医療機関経営に及ぼす影響や、慢性期医療における具体的な加算算定のハードル、地域医療における役割などについて活発な意見交換があった。

まず、全国紙の記者から「全体の方向感を見たときに、経営の安定化は図れそうなのか、それともまだ厳しい課題ありという評価なのか」との質問があった。

橋本会長は「物価高騰や賃上げへの対応が含まれているものの、30年ぶりとなる3%超のプラス改定は大きい」との認識を示した。その上で、「今回の改定は、これまで人件費や手間を惜しまず質の高い医療を提供してきた医療機関にとっては追い風になる」と評価。「質を追求せずに何とかやっというのは苦しくなる。真面目に医療の質向上に取り組む病院が報われる内容である」と述べた。

## ■ 慢性期で減薬、ポリファーマシー対策を評価

ポリファーマシー対策の強化や、療養病棟における薬剤の出来高算定に関する質問もあった。橋本会長は「慢性期医療の現場では以前から減薬に取り組んでいるものの、服用開始時期の不明確さなどが障壁になっていた」と説明し、マイナンバーカード活用などの医療DXが進むことで、より対策が進むことへの期待を寄せた。また、包括払いから出来高算定へ移行する薬剤として、抗がん剤や血液疾患治療薬が含まれたことを評価した。

矢野副会長も補足し、「急性期では治療上の必要性から多剤になりがちである一方、慢性期こそが減薬を担う場である」と強調。「5剤以下の比率」を指標としてきた当会の取り組みを紹介し、「今回の改定でそれが評価されることは非常にありがたい」と述べた。

## ■ 急性期と在宅をつなぐ慢性期医療

療養病床に関する質問では、感染症と処置が重なった場合の医療区分の扱いが話題となった。橋本会長は、感染症と処置がそれぞれ医療区分2であっ

ても、両者が重なり重篤化している実態が十分に評価されていなかったと説明した。今回、複数の要素が重なった場合に医療区分3へ引き上げられることが認められた点について「実態を反映した見直しである」と述べた。

矢野副会長は、「長年要望してきた事項であり、大きな前進である」と強調した。

地域医療構想との関係についても質問があった。橋本会長は「慢性期医療の役割は今後さらに重要になる。単なる病床削減ではなく、一定の医療提供体制を維持する必要がある」と強調。当会が掲げる「寝たきりゼロ」の理念に触れながら、「適切なりハビリテーションや生活支援により、寝たきりを減らすことができる。慢性期医療が急性期と在宅をつなぐ重要な役割を果たす」と述べた。

## ■ 工夫次第で加算は取得できる

介護との連携に関連して「在宅復帰の取り組みがこれから評価されていくが、慢性期医療として終の住処としての機能をどう捉えるか」との質問もあった。

橋本会長は、介護医療院における看取り機能にも言及し、「人生の最終段階を支える役割も慢性期医療の重要な役割」との認識を示した。その上で、特養などで医師不在のために最期を迎えられず、救急搬送されてしまう現状を問題視。「かかりつけ医機能はクリニックだけではなく慢性期病院も担う。人生の最後で一番大事な時をもっと丁寧に重要視すべき」との考えを示した。

改定後に向け、新設された「回復期リハビリテーション強化体制加算」などについて、「今の体制のまま取れる状態か」との質問もあった。

橋本会長は「例えば排尿自立支援加算のために泌尿器科医を常勤させることは難しくても、週1回のコンサルテーションや、研修を受けたスタッフの配置で対応可能である」と回答。地方などでの医師確保の難しさは認めつつも、「工夫次第で加算は取得できる」とし、会員病院に対して積極的な算定を促した。

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=12193>

## 2026年3月の記者会見 2026年度診療報酬改定 ～プラス改定を「医療の質」に変える～



当会は3月12日の定例記者会見で「2026年度診療報酬改定 ～プラス改定を『医療の質』に変える～」と題して見解を示した。橋本康子会長は今改定について「当会の提言が反映されている」と評価し、中央社会保険医療協議会総会の資料にも取り上げられた「医療機関外のリハビリ」のほか、会員病院の多くが取り組む身体的拘束最小化などを挙げた。

会見で橋本会長は「プラス改定を単なる増収で終わらせず、医療の質の向上と寝たきりゼロの推進につなげることが重要である」と強調。今回の改定について、「上位基準の取得や加算の算定を通じて良質な医療を評価する方向性が一層明確になった」との認識を示した。

その上で、「プラス改定は国民にとってよかったと言える成果につなげなければならない」と指摘。上位の加算の算定や療養環境の整備などに改定分を活用し、治癒・改善、平均在院日数の短縮、寝たきりゼロといったアウトカムを創出し、税や社会保険料を負担する国民に還元していくことが重要であるとした。

### ■ 慢性期医療での拘束ゼロを目指す

橋本会長が具体例としてまず取り上げたのが入院時食事療養費。長年据え置かれていた1食当たりの点数が段階的に引き上げられたことを挙げ、給食部門の赤字縮小にとどまらず、必要栄養量の確保、リハビリによる運動量や体重回復に見合った栄養管理、摂食機能の強化、さらには「食べる気力」を引き出す工夫へとつなげるべきだと述べた。

次に、医療機関外のリハビリについては、「生活を見る院外リハ」の評価が拡充された点を評価した。院外リハの上限緩和により、買い物や公共交通機関の利用など在宅生活に直結する訓練が実際の生活場面でより十分に行えるようになったと評価。退院前訪問指導料についても、療法士に加えて看護師の関与が評価されたことで、住環境を踏まえた退院支援が進むとの期待を示した。

また、認知症ケア加算では、身体的拘束を行わない場合の評価が引き上げられ、拘束最小化に向けた高い取り組みには1日40点の加算が新設されたことを紹介した。「慢性期医療での拘束ゼロを目指すべきであり、身体的拘束を行わないことが病院の風土として定着した医療機関が明確に評価される改定になった」と位置付けた。

## ■ 寝たきりゼロへの診療報酬

一方、課題としては、回復期リハ病棟におけるFIM実績指数の見直しを挙げた。入院時FIMの低い患者にとって厳しい内容であり、基準だけで受け入れを控えたり、十分なリハビリ提供がなされなかったりすれば、寝たきりを生む危険があると警鐘を鳴らした。

橋本会長は自身の千里リハビリテーション病院における改善例を紹介。「入院時運動FIM 20点以下でも改善できる。可能性がある限り、基準だけで切ることなく、十分なリハビリを提供し改善させるべき」と説いた。

看護要員の確保が困難な場合の柔軟化にも触れ、「人員を減らしてよいという意味ではなく、職員負担の増大や離職につながらないように、質を落とさず運営する視点が重要である」とした。

橋本会長は最後に、「診療報酬改定を寝たきりゼロの起点とし、ストラクチャー、プロセス、アウトカムを改善し続けることが、今求められる医療の質を実現する道である」と強調。「慢性期医療であっても治療を行い、結果を出すことが求められている」とした上で、「現場の努力を診療報酬の評価につなげながら、寝たきりゼロの実現に向けた取り組みを積み重ねていく必要がある」との認識を示した。

会見に同席した池端副会長は「療養病床への配分は低水準にとどまったものの、医療区分の見直しや

身体的拘束最小化の評価新設など、当協会が要望してきた事項が一定程度反映された。努力して加算を取得する医療機関が報われる、メリハリのある改定であった」と述べた。

## ■ 運動器リハ、「もう少し自由度を」

質疑では、運動器リハビリテーションの算定上限が6単位とされた点をめぐり、前回会見で橋本会長が「課題がある」と述べていた認識に変化はないのかとの質問が出た。これに対し橋本会長は「運動器リハの対象には大腿骨頸部骨折などの骨折患者が多く、一般的には認知機能に対するリハビリの必要性は限定的である」とした上で、「工夫して6単位以内に収めることはできる」と述べ、制度の基本的な枠組みには一定の理解を示した。

その一方で橋本会長は、骨折患者のリハビリには症例ごとの差があると指摘。「受傷後の早期には荷重をかけられない期間が生じることに加え、人工骨頭を挿入した患者とそうでない患者とでは、その後のリハビリの進め方も異なる」と説明した。その上で、運動器リハについて「6単位で別に異論はない」としつつも、実際の臨床現場では時期や病態に応じた対応が必要になるとして、「もう少し自由度があればいい」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=12229>

## 富山県慢性期医療協会

## 富山県慢性期医療協会 研修会 開催報告

富山県慢性期医療協会 事務局

令和8年2月14日、富山市のボルファートとやまにおいて、富山県慢性期医療協会主催の研修会を開催し、県内各地より96名が参加した。

本研修会では、日本慢性期医療協会の池端幸彦副会長を講師に迎え、「令和8年度診療報酬改定の概要と中小民間病院の経営戦略」と題する特別講演が行われた。講演では、次期診療報酬改定の方向性と重点項目について最新の動向を踏まえた解説がなされるとともに、中小民間病院が地域包括ケアシステムの中で持続的に役割を果たすためには、明確な経営理念（ビジョン）を持ち、その実現に向けた戦略を描くことが不可欠であることが示された。その上で、画一的な対応にとどまらず、地域で求められる機能や役割を的確に捉え、環境変化に応じて自らも

変化していく姿勢の重要性が強調された。また、地域ニーズを踏まえた病床機能の見直しや人材育成、データに基づく経営判断など、実践的な視点が提示された。続いて、当協会の作業部会である看護部会、リハビリテーション部会、管理栄養士部会より活動報告が行われ、各専門職の立場から慢性期医療の質向上に向けた取り組みが共有された。さらに、部会横断型の合同研修会の開催を通じて、職種間の連携と横のつながりが着実に深まっていることが確認された。

本研修会で得られた知見と連携を今後の実践に生かし、富山県における慢性期医療の一層の充実に努めていきたい。



写真1 池端幸彦氏



写真2 講演風景

## 愛媛県慢性期医療協会

## 愛媛県地域包括ケアを考える会 (第13回愛媛県慢性期医療研究会) 報告

愛媛県慢性期医療協会 会長

南高井病院 院長 西尾俊治

本研究会が松山市医師会館の大ホールにて、2026年1月31日(土)に開催された。参加者は70名であった。2025年秋には新地域医療構想が厚労省で作成され、2026年からは各地域での構想が作成されようとしている。愛媛県においても、地域包括ケアシステムの観点から、医療の地域特性を可視化することで、本県の目指す姿をイメージし、その実現に向けたマネジメント体制の構築が重要と考える。そこで、「新地域医療構想」(厚労省)作成委員の松田晋哉氏、江澤和彦氏と、愛媛県新地域医療構想アドバイザーの上甲裕継氏から講演をして頂いた。

テーマ：新地域医療構想

座長：榎本真幸氏 (四国医療産業研究所 所長)

西尾俊治氏 (南高井病院 院長)

・講演① 松田晋哉氏 (福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授) 「どうなる新地域医療」

病院の機能に応じて各施設が対応していく必要がある。特に急性期では地域包括ケア病棟への変換が必要である。松山市内でも救急医療がうまくいっていない。多くの急性期病院では高齢者特有の疾患のみを受け入れている。輪番制の救急病院以外でも日頃から患者を受け入れる体制が必要である。融通が利く「ごちゃまぜ病院」が良い。愛媛県における方向性について具体的に解説された。

・講演② 江澤和彦氏 (日本医師会 常任理事)  
「新たな地域医療構想と令和8年度診療報酬改定の動向」

令和8年度の診療報酬改定からみる今後の病院の在り方について具体的に解説された。

・講演③ 上甲裕継氏 (愛媛県医師会 常任理事)  
「愛媛県における地域医療構想の対応と課題」

愛媛県内の8つの医療圏における医療連携の問題点を挙げられた。県レベルで調整会議を開催しても市町村レベルで調整する受け皿がないことが問題。今後、どのプラットフォームで話し合いをするべきかが検討課題であると述べられた。

3つの講演後、パネルディスカッション「新地域医療構想のこれから」では、参加者から熱心な質問があった。診療報酬に従った地域医療の構築が必要、医学部における総合診療医の教育方法の問題点などが議論となった。今後は慢性期医療から積極的に動いてほしいとの意見を頂いた。

最後に、松山リハビリテーション病院 理事長 木戸保秀氏より閉会のあいさつをして頂いた。



写真1 松田晋哉氏



写真2 江澤和彦氏



写真3 上甲裕継氏

愛媛県慢性期医療協会

## 排尿機能回復に向けた治療とケア講座 (排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料 該当研修) 開催報告

愛媛県慢性期医療協会 会長  
南高井病院 院長 西尾俊治

令和8年2月27日(金)・28日(土)の2日間にわたって上記講座を開催した(会場:松山市総合コミュニティセンター 主催:愛媛県慢性期医療協会)。研修参加者は医師45名・看護師50名の計95名で、約7割は県外から参加された。令和8年度の診療報酬改定(回復期リハビリテーション強

化体制加算)の影響もあって、医師の参加人数が多かった。1日目は医師・看護師対象の研修、2日目は看護師のみ対象の研修。2日目は皮膚・排泄ケア認定看護師5名の指導の下、自己導尿指導、残尿測定(機器を使用)、排泄用具(オムツ装着)の演習がおこなわれた。講義最後は全員がシートの上に横になり、高知大学 骨盤機能センターの井出志正氏により骨盤底筋訓練の実施方法のトレーニングをおこなった。大塚製薬工場をはじめ多くの企業様のご協力もあり盛況であった。本研修会を通じて、参加者全員が排尿ケアチームとしてご活躍していただけるものと確信している。



写真1 症例検討



写真2 自己導尿の演習



写真3 骨盤底筋体操のトレーニング

## Event

### 常任理事会・都道府県慢性期医療協会 会長会議 合同開催

(令和8年1月8日)

令和8年1月8日に「常任理事会」と「都道府県慢性期医療協会会長会議」が合同開催された。当会の役員の方々に加えて、都道府県慢性期医療協会の会長が参集された。

当日の会議では、理事会の審議事項、今後の慢性期医療の課題などについて話し合った。参加者同士で活発な意見交換が行われ盛会裏に終了した。



### 令和8年日慢協役員新年会

(令和8年1月8日)

令和8年1月8日に、日本慢性期医療協会の役員新年会が開催された。新年会には役員のほか、賛助会員企業やマスコミ関係者なども出席した。

橋本康子氏（日本慢性期医療協会会長）、角田徹氏（日本医師会副会長）、武久洋三氏（日本慢性期医療協会名誉会長）からのご挨拶の後、上西紀夫氏（地域病病連携推進機構理事長）に乾杯のご発声をいただいた。安藤たかお氏（衆議院議員）も会場に駆けつけて祝辞を述べた。



ご列席者からもスピーチを賜り、中尾一久氏（第34回日本慢性期医療学会学会長）の挨拶により閉会の運びとなった。

### 第11回総合診療医認定講座

(令和7年11月29・30日、12月20・21日、  
令和8年1月24・25日)

令和7年11月から令和8年1月にかけて、地域医療の要となる医師を養成する第11回総合診療医認定講座（PART I・II・III）が開催された。「総合機能評価加算」（医師）に関する施設基準の研修にも該当する本講座には、24名が参加した。全6日間26講義および8時間に及ぶ症例検討のすべての科目を履修された方には認定証が発行される。



## 開講講座のご案内

**看護師特定行為研修** ※6カ月のeラーニングを含む

【第16期日程】2026年4月1日～

**令和8年度診療報酬改定説明会**

【日程】2026年3月11日より配信開始

**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

令和8年度診療報酬改定は+3.09%となったが、賃上げ分：+1.70%、物価対応分：+0.76%、食費・光熱水費分：+0.09%であり、医療機関本体の改定は+1%にも満たないものだ。我々医療機関は、医師の偏在や働き方改革という逆風にも対応しながらの令和8年度の船出になりそうである。地域医療を守るために必要な視点は、医療介護を提供する側と受ける側のミスマッチを最小限度にすることではないかと考える。



日本慢性期医療協会  
副会長 中尾一久

- 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）・田中讓（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164号

(2026 April volume34 No2)  
ISSN 2187-8846

＜編集・発行＞ 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

Tel: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@jamcf.jp

URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net>

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）

# 第34回 日本慢性期医療学会

## (併催) 第14回慢性期リハビリテーション学会



### 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～

会期 令和8年11月19・20日

会場 福岡国際会議場  
(福岡市博多区石城町2番1号)

学会長 中尾一久  
(医療法人社団久英会 理事長)



主催 : 一般社団法人日本慢性期医療協会 〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

運営事務局: 株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101

TEL 03-3496-6950 FAX 03-3496-2150 E-mail: jamcf34@gakkai.co.jp

第34回日本慢性期医療学会



<https://www.gakkai.co.jp/jamcf34/index.html>



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—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—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

(株)テレビ大阪エクスプロ内

TEL : 06-6944-9913 E-mail : infobmk2026@tvoe.co.jp

入場無料



同時開催

バリアフリー-2026

看護未来展 2026

防犯防災総合展 2026

熱中症対策展