

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

167

vol.34 2026.10 隔月号

[特集1] 今なぜ総合診療医なのか

[特集2] 日本慢性期医療協会
2026年度役員就任メッセージ



Contents

論壇

島の病院おたに 院長 大谷まり

1

特集1 今なぜ総合診療医なのか

これからの慢性期医療における総合診療医の必要性

日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会 委員長
南高井病院 院長 西尾俊治

2

医療の本質としての総合診療

多摩川病院 副院長 八戸敏史

7

総合診療医認定講座で学んだことを実臨床に活かす ～訪問診療医の立場から、課題も含めて～

クリニックグリーンガラス（在宅療養支援診療所） 院長 志知隆雄

14

総合性をおいもとめて…

京都民医連中央病院 副院長・総合内科科長 井上賀元

20

特集2 日本慢性期医療協会 2026年度役員就任メッセージ

会長，副会長，常任理事，理事，監事

24

日慢協リレーインタビュー

全国老人保健施設協会 会長 東憲太郎

41

会員病院の取り組み

北九州湯川病院 作業療法士 善明真梨奈

47

投稿論文

初富保健病院 医師 的場孝盛

52

慢性期医療 TIPS

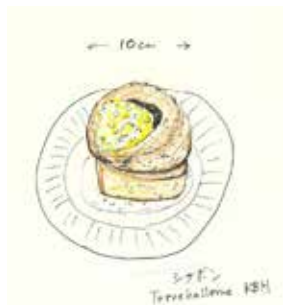
陵北病院 副院長 阪口英夫

55

日慢協 Topics

記者会見報告，都道府県の活動，ほか

57



大きいシナボン（トーヴハレヌ市場 コペンハーゲン）

第167号表紙絵

チボリ公園 コペンハーゲン デンマーク

1843年に作られた公園（テーマパーク）。町の中央にある。大人も子供も1日中楽しめる。ディズニーランドはこの公園を参考にして作られた。

南高井病院 院長 西尾俊治

慢性期医療から地域医療の未来を拓く ～地域密着型多機能病院の可能性～



医療法人社団大谷会 島の病院おおたに
院長 大谷まり

わが国では、高齢化と人口減少が同時に進行し、地域によって必要とされる医療の姿も大きく変化している。このような時代にあって、慢性期病院には、地域の医療需要に応じ、医療と暮らしを幅広く支える存在へと進化することが求められている。私は、その一つの姿が「地域密着型多機能病院」であると考えている。

地域によって人口構造も疾病構造も、医療資源も異なる。だからこそ、全国一律の病院機能を目指すのではなく、「この地域で今、何が必要とされているのか」を起点に病院の役割を考える必要がある。高齢者救急やサブアキュートを受け入れ、急性期治療後にはリハビリテーションを通して生活機能の回復を支え、在宅医療や介護とつながりながら、住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることを支えていく。治療だけでなく、その後の暮らしや人生まで見据えて支えていくことこそ、慢性期医療の大きな役割である。

武久洋三名誉会長が著書『地域ごちゃまぜ病院をつくろう』で提唱されているように、これからの地域医療には、従来の病期や制度の枠を越え、医療・介護・福祉を横断して地域住民を支える機能が求められる。地域のニーズに応じて必要な機能を備え、医療だけでなく暮らしまで支えるという考え方は、

これからの慢性期医療が目指す方向そのものである。いわば地域の医療を支える「何でも屋」として、必要とされる役割を柔軟に担っていくことが重要である。

2026年6月には、当院でも地域の医療需要と診療報酬改定を踏まえ、96床を回復期リハビリテーション40床、地域包括ケア42床、療養14床へ再編した。病床機能も、人口構造や疾病構造、地域のニーズに応じて柔軟に変化させていく必要がある。大切なのは現在の病床を維持することではなく、地域に必要な医療と暮らしを支えるために、その機能を適切に変えていくことである。これから求められるのは、ポストアキュートだけでなく、サブアキュート、高齢者救急、リハビリテーション、在宅支援、そして人生の最終段階までを支える「動ける地域密着型多機能病院」である。

慢性期医療は、急性期医療の下位に位置するものではない。治療の継続だけでなく、生活機能を支え、住み慣れた地域での暮らしを支え、患者の尊厳を守りながら人生の最終段階まで伴走する。人口減少と高齢化が進むこれからの日本において、慢性期医療は地域医療の要として、より大きな役割を担っていると考えている。

私が本年10月、学会長を務める「第5回日本地域医療学会学術集会」では、『『いのち』と向き合う医療の原点へ～AI時代の地域の『ちから』～』をテーマに掲げている。

AIやDXが進化する時代だからこそ、人の尊厳を守り、暮らしや人生に寄り添う医療の原点を見つめ直し、地域における慢性期医療のこれからを考える機会にしたい。

地域から頼られる限り、我々は「島でねばる」。地域に根を張りながら、必要に応じてしなやかに変わり、患者の暮らしと人生を最後まで支える。そのような「地域密着型多機能病院」が各地に根づくことこそ、持続可能な地域医療、そしてこれからの慢性期医療の姿であると考えている。



これからの慢性期医療における総合診療医の必要性

日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会 委員長
医療法人天真会 南高井病院 院長 西尾俊治

1. はじめに

「これからは総合診療医の時代」というタイトルで、本誌 2022 年 4 月号に拙稿を書いた。さらにその必要性は増してきている。そして医療制度の変遷もあり、慢性期医療も変わりつつある。今回は「これからの慢性期医療の在り方（進化）」を考察し、「慢性期における総合診療医の必要性」について考えてみたい。極端な話だが、慢性期医療で働く医師はすべて総合診療医であってほしいと願う。

2. わが国における総合診療医の実態

日本で総合診療医が必要とされる背景には、①高齢化の進行（65 歳以上が 3 割）：高齢者は複数の病気を同時に抱えていることが多く、総合診療医が複数の病気をまとめて診て、必要に応じて専門医につなぐ役割を担う。②地域医療を支える医師が不足している：地方では専門医が少ない地域が多く、総合診療医が幅広い病気に対応する必要がある。③患者の症状がはっきりしないときは総合診療医がまず全身を診察する。④医療が細分化されすぎたために病気全体や生活全体をみる医師が必要。⑤在宅医療や介護との連携が重要になっている：高齢化に伴い、自宅や介護施設で医療を受ける方が増えており、訪問診療、介護スタッフやケアマネジャーとの連携、家族への支援ができる医師が必要。今後はこの傾向が強くなっていくと考えられる。慢性期医療においても、こ

れら 5 つの項目に応えるべき総合診療医が必要である。

3. わが国におけるさまざまな総合診療医（図 1）

日本の総合診療専門医は着実に増えている。ただし、日本専門医機構の認定を受けた人数は 2025 年 4 月 1 日時点で 937 人（全医師の 0.3%）と少ない。

わが国における総合診療医・専門医の歴史と現状を解説する。図 1 にわが国における総合診療医（専門医）の変遷を示した。1978 年のアルマ・アタ宣言により開業医を中心とした日本プライマリ・ケア学会が創設された。1986 年には日本家庭医療学会、1993 年には日本総合診療医学会（大学病院、臨床研修病院）が創設され、この 3 学会は 2010 年に日本プライマリ・ケア連合学会へと発展している。会員数も多い。また、同年には日本病院総合診療医学会（病院内の総合診療医）、そして 2018 年には日本専門医機構が 19 番目の専門医として総合診療専門医を創設したが専門医数は少ない。現在は新・家庭医療専門医、病院総合診療専門医、総合診療専門医の 3 つの専門医ができています。新たな学会専門医・

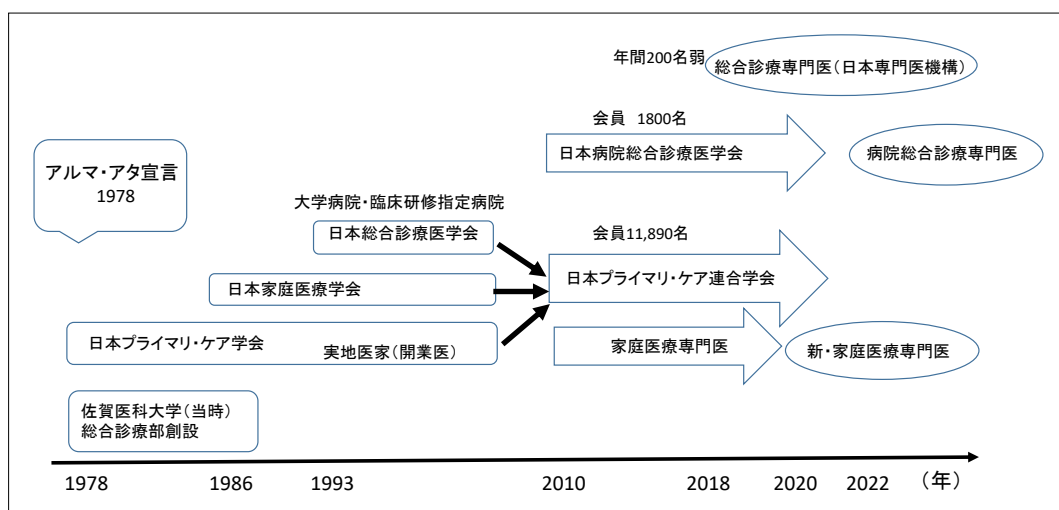


図1 わが国における総合診療医のあゆみと専門医制度

認定医としては 2022 年に日本地域医療学会（6 つの団体による）による専門医・認定医制度が開始され、日本慢性期医療協会も協力団体である。当協会では総合診療医認定講座修了者に認定証を授与している。認定医制度はない。それぞれの総合診療医は働く場所と医療行為の内容が異なるが、総合診療医のマインドは同じだと信じている。

4. これからの慢性期医療はどうなるのか？（表 1）
～「治し支える医療」の推進と介護予防・健康づくりにも貢献する体制づくり～

1. 病床の機能区分（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）は「回復期機能」を「包括期機能」として位置付ける。

2. 医療機関機能を高齢者救急・地域急性期機能，在宅医療等連携機能，急性期拠点機能，専門等機能，医育及び広域診療機能とする

3. 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化

4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携，介護予防・健康づくり，認知症ケア

5. 医療 DX の推進，オンライン診療の推進

表1 2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的改革（厚労省 2026 年 3 月）

厚労省の「2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的改革」（2026 年 3 月）に新たな地域医療体制について記述されている。病床の機能区分（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）は「回復期機能」を「包括期機能」として位置付けること。医療機関機能を高齢者救急・地域急性期機能，在宅医療等連携機能，急性期拠点機能，専門等機能，医育及び広域診療機能とする。慢性期では専門等機能に該当することが多いと思う。これからの慢性期医療としては各施設で「病床機能」を明確化する必要がある。

さらに「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し，地域完結型の医療・介護提供体制を構築し，外来・在宅・介護連携等

も新たな地域医療構想の対象となる。地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携，介護予防・健康づくり，認知症ケアも重要項目としている。医療 DX の推進，オンライン診療の推進も掲げられている。最近の診療報酬改定がその方向性を示している。令和 6 年度診療報酬改定では医療介護連携加算，令和 8 年度診療報酬改定では身体的拘束最小化推進体制加算（減算もあり），リハビリテーション・栄養管理・口腔管理体制加算，回復期リハビリテーション強化体制加算である。

以上より，わが国における医療・介護・福祉制度の今後の対応は，慢性期医療こそが重要な役割を果たすことができると考える。橋本会長が掲げる日本慢性期医療協会のスローガン，「寝たきりゼロを目指す！」が顕著に目標を表現している。入院した日から治療と同時に栄養状態の評価，口腔ケア，リハビリを行い，1 日でも早く退院させることが重要である。

そのためには患者の状態に応じた施設（病棟）に入院させ，総合診療医が的確に対応することが必須である。当協会の武久洋三名誉会長は 2018 年地域包括ケア病棟研究大会 シンポジウムにて地域多機能型病院（ごちゃまぜ病院）（図 2）を提唱された。これは地域包括ケア，回復期リハビリテーション，高度慢性期（慢性期治療），障害者の各病床を有する施設であり，このような地域多機能型病院の形態がこれからの地域連携に対応できる病院であるとし

地域多機能型病院	
7F	介護医療院
6F	医療療養病棟
5F	医療療養病棟
4F	障害者施設等一般病棟
3F	回復期リハビリテーション病棟
2F	地域包括ケア病棟 地域包括医療病棟
1F	外来(救急外来も可)

図2 地域多機能型病院とは？

ている。この形態の病院で活躍できる「後期高齢者の治療に熟知した医師（総合診療医）」が必要である。そのためには医師（総合診療医）はそれぞれの病棟（病床）の役割と制度を熟知して対応する必要がある。診療報酬加算項目も熟知し、積極的に参加する必要がある。

在宅からであれば地域包括ケア病棟または地域包括医療病棟への入院が望ましい。まず治療・リハビリを行い、早期に退院支援をする。継続的に入院治療する必要であれば療養病床を使用する。さらに、医療度は軽減したが自宅に戻れないようであれば介護医療院を使用する。神経難病であれば障害者施設等一般病棟へ入院させる。患者の状態によって、各病棟を的確に利用することが重要である。

5. これからの慢性期医療に必要な総合診療医になるためにどうするか？

わが国の医療体制の方向性とこれからの慢性期医療を考えると必然的に「これからの慢性期医療においてどのような総合診療医が必要か」がわかってくると思う。慢性期医療の現場で働く医師は必然的に「総合診療医のごとく」働いている。ただし、その仕事内容に不安を感じているのではないだろうか？入退院支援をスムーズに行えるように診療（医療）のみならず医療・介護・福祉制度を熟知し、「地域連携ができる即戦力のある総合診療医」が慢性期医療こそ求められていると思う（図3）。

これからの慢性期医療で活躍する「真の総合診療医」になるための具体的な方法を考えてみたい（表2）。独学でも良いが、それが現在のガイドラインに沿ったものかを考える必要がある。間違った方向性では患者の入退院支援は円滑にできないし、多くの時間も要する。短期間で学習し、総合診療医として自信をもって働けるように研修する必要がある。

1. 総合診療医認定講座の参加
2. 日本慢性期医療協会主催の研修会に参加
3. 診療報酬加算項目の理解
4. 院内の委員会、チームとして参加
5. 医療手技の習得
6. 地域参加

表2 これからの慢性期で活躍できる総合診療医になるために

（1）総合診療医認定講座について：未来の医療体制に向けたカリキュラムへの反映

まずは日本慢性期医療協会主催の「総合診療医認定講座」の受講をお勧めする。この講座では高齢者の総合機能評価、フレイル、ポリファーマシー、ACP、様々な病態への対応、医療・介護・福祉制度を学ぶことができる。2025年度には第11回目の総合診療医認定講座が開講され、現在までに526名の医師が受講された。月2日間（土・日）、計3か月の6日間コース。講義の理解を深めるために症例検討も実施している。総合診療医テキストも出版

されている（参考図書参照）。総合機能評価加算（50点 1回のみ）が取れる。また日本地域医療学会の認定総合診療医に必要な60ポイントのうち30ポイントを習得することができる。第12回総合診療認定講座のカリキュラム（図4）を掲載した。新しい医療の理解と実践ができるようにカリキュラムを毎年更新している。5年ぐらい経つと講義内容がかなり変わってくるので再受講もお勧めする。

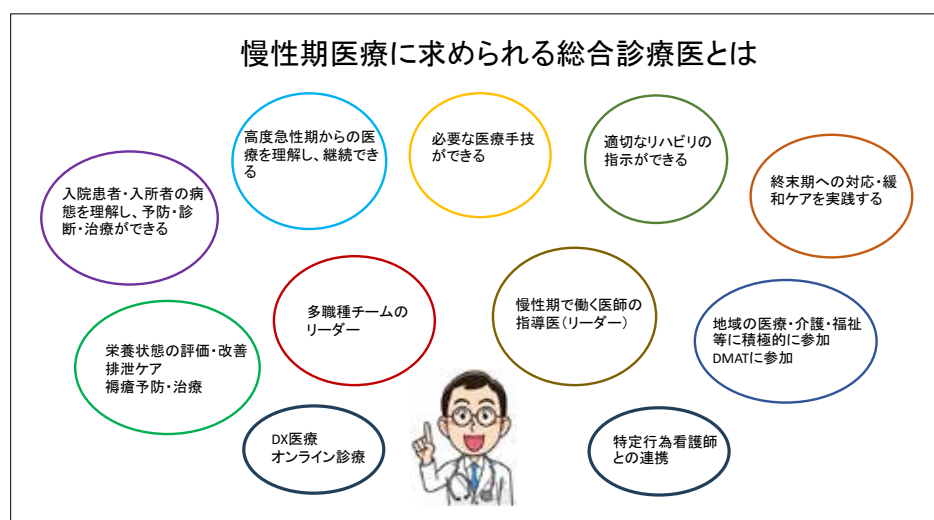


図3 慢性期医療で求められる総合診療医とは？

プログラム			
	内容	講 師	所 属
PART I 2026年 11月28日(土) *オンライン	9:30-10:40 総合診療医とは	武久洋三	平成医療福祉グループ 会長
	10:50-12:00 高齢者医療における医療の質指標 (Quality Indicator)と総合機能評価	矢野 諭	平成医療福祉グループ 理事長
	12:40-13:50 プレイの考え方とケア	鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
	14:00-15:10 高齢者医療の診療のポイント	井川 誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	15:30-16:40 総合診療医に必要な薬物療法と服薬管理	秋下 雅弘	東京都健康長寿医療センター 理事長
2026年 11月29日(日) *オンライン	16:50-18:00 総合診療医に必要な栄養管理	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
	9:30-10:40 総合診療医に必要なリハビリテーションの知識	橋本 康子	千里リハビリテーション病院 理事長
	10:50-12:00 総合診療医に求められる脳血管疾患の管理 ～脳卒中診療支援センターに～	木戸 保秀	松山リハビリテーション病院 理事長・院長
	12:40-13:50 総合診療医に必要な神経障害の管理	美部 肇	美原記念病院 院長
	14:00-15:10 総合診療医に必要な口腔管理と チームアプローチ	阪口 英夫	陵北病院 副院長
PART II 2026年 12月19日(土) *会場集合	15:20-16:30 通達地域の医療から学ぶ総合診療医に 必要な知識	中村 伸一	おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長
	13:00-14:00 症例検討：緩和ケア	熊谷 秀也	いばらき診療所 理事長
	14:10-15:10 症例検討：低血糖、NST、脱水	井川 誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	15:20-16:30 総合診療医に必要な排泄ケア	西尾 俊治	南高井病院 院長
	16:40-17:40 症例検討：排泄ケア	西尾 俊治	南高井病院 院長
2026年 12月20日(日) *会場集合	18:20-19:30 総合診療医に必要な心不全の知識	中尾 一久	高良台コミュニティホスピタル 理事長
	19:40-20:40 症例検討：循環器疾患	中尾 一久	高良台コミュニティホスピタル 理事長
	9:00-10:00 症例検討：嚥下障害、肺炎	矢野 諭	平成医療福祉グループ 理事長
	10:10-11:20 総合診療医に必要なAD/ADLと認知症 ～認知症支援センターに～	仲井 瑞穂	芳珠記念病院 理事長
	11:30-12:30 症例検討：地域医療のための入院支援・ 在宅復帰支援	仲井 瑞穂	芳珠記念病院 理事長
PART III 2027年 1月23日(土) *オンライン	13:10-14:10 症例検討：ポリファーマシー	比留間 祐介	みなみ野病院 薬剤科 科長
	14:20-15:30 総合診療医に必要な認知症の知識	田中 志子	内田病院 理事長
	15:40-16:40 症例検討：認知症のケア	田中 志子	内田病院 理事長
	9:30-10:40 総合診療医に必要な呼吸器管理 ～終末期を見送った呼吸管理チーム医療～	津田 徹	鎌倉五つた病院 理事長・院長
	10:50-12:00 総合診療医に必要な皮膚疾患の管理	木下 祐介	光風園病院 院長
2027年 1月24日(日) *オンライン	12:40-13:50 在宅療養支援診療所の実態	熊谷 秀也	いばらき診療所 理事長
	14:00-15:10 在宅療養支援診療所の小児ケア	秋山 正子	ケアーズ総合訪問看護ステーション代表取締役
	15:30-16:40 在宅療養支援診療所の小児ケア	高橋 昭彦	ひばりクリニック 院長
	16:50-18:00 総合診療医に必要な介護保険に関する知識	江澤 和彦	倉敷スイートホスピタル 理事長
	9:30-10:40 総合診療医に必要な高齢者ケアへの対応	小豆畑 文夫	小豆畑病院 院長
2027年 1月24日(日) *オンライン	10:50-12:00 総合診療医に必要なアドバンス・ケア・ プランニング(ACP)と終末期医療	新田 雅夫	日本臨床倫理学会 理事長
	12:40-13:50 総合診療医に必要な感染症管理	中村 洋之	坂出市立病院 副院長
	14:00-15:10 総合診療医に必要な DX	富家 隆樹	富家病院 理事長
	15:20-16:30 慢性期医療・介護の展望	池端 幸彦	池端病院 理事長
	16:30-17:30 総括ミーティング ～講座のふり振り返り～		
講義30時間20分・症例検討(ワークショップ形式)8時間			

図4 第12回総合診療医認定講座(2026年度 日本慢性期医療協会主催) プログラム

(2) 日本慢性期医療協会主催の研修会と参考図書

当協会主催の研修への参加も推奨する。医師にとって苦手な「排尿ケア」に対しては当協会主催の「医師のための排尿機能回復のためのケア講座」を年に1回開催している。同じ施設の看護師も同様な研修を受ければ排尿ケアチームとして排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料(週1回 200点 12週間)の加算が取れる。

現在の医療・介護・福祉制度を理解し、問題点を理解するためには当協会武久洋三名誉会長の著書を読まれることをお勧めする(参考図書参照)。

(3) 診療報酬加算項目の理解(表3)

どのような項目に加算されるかを知り、院内の委員会およびチームとして参加することは、総合診療医として活躍することにつながる。

加算項目
1. 在宅患者緊急入院診療加算
2. 入院時支援加算
3. 総合機能評価加算
4. 褥瘡対策加算(療養病床)
5. 褥瘡マネジメント加算(介護施設)
6. 栄養サポートチーム加算(療養病床)
7. 回復期リハ病棟入院料1 体制強化加算
8. 身体的拘束最小化加算
9. 排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料
10. 排せつ支援加算(介護施設)

表3 診療報酬加算項目(一例)

(4) 院内の委員会、チームとして参加すること(表4)
各施設での取り組みに総合診療医として積極的に参加することも重要である。各種委員会、ICT ラウンド、NST、排尿ケアチーム、褥瘡回診等がある。さらに医療 DX の理解と応用ができること。オンライン診療も今後、ますます必要とされる。

1. 医療安全委員会
2. 褥瘡対策委員会
3. 身体拘束抑制委員会
4. 栄養管理委員会
5. 院内感染対策委員会
6. ICT(感染制御チーム)
7. NST(栄養サポートチーム)
8. 排尿ケアチーム
9. 医療 DX の理解と応用ができる
10. オンライン診療ができる

表4 参加すべき院内委員会およびチーム医療(一例)

(5) 総合診療医に必要な医療処置(表5)

慢性期多機能病院で活躍するために、総合診療医はある程度の医療処置や管理ができることが望ましい。一例を表にまとめてみた。院内の医師の指導を受けるか地域の他の施設で研修することが必要である。自院で医療が完結できるように必要な医療手技を習得できれば、患者の自立支援・退院支援をするための地域連携がさらに円滑にできるようになる。

1. 胃ろう交換 PTEG 交換 胃内視鏡検査
2. 膀胱瘻カテーテル交換 膀胱瘻造設
3. 気切カニューレ管理・交換
4. 呼吸管理：人工呼吸器 補助機器装置，ネーザルハイフロー
5. 胸水穿刺 腹水穿刺
6. TPN（高カロリー輸液）のための CVC カテーテル留置（鼠径部 頸部）
7. PICC（末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル）留置・管理
8. 褥瘡処置
9. 嚥下造影検査（swallowing videofluorography: VF）

表5 総合診療医に必要な処置（一例）

（6）院外研修と地域参加（表6）

院外との連携を図るために地域との交流も必要である。認知症サポート医研修，緩和医療研修，介護保険審査会への参加，産業医等が考えられる。健康なまちづくりに貢献できるように予防・健康づくりへの

認知症サポート医研修 認知症講座 緩和医療研修
基幹病院主催の研修会
学校医 包括支援センターの相談医 介護保険審査会への参加 産業医
日本医師会主催の生涯教育講座や e-learning
予防・健康づくりに取り組む
特定行為看護師との連携
DMAT（災害派遣医療チーム）に参加

表6 院外研修・地域参加すべきもの（一例）

参加もぜひ行っていただきたい。総合診療医と特定行為看護師との連携も必須である。高齢者医療を得意とする慢性期医療の総合診療医は，災害時において DMAT（災害派遣医療チーム）として活躍できる。

6. まとめ：慢性期医療における「総合診療医」になるために（図5）

まずは総合診療医認定講座を受講していただき，これからのわが国における慢性期医療の重要性と役割を知ること。さらに医療手技の習得，各種の研修，院内委員会・チーム医療の参加，地域参加により「即戦力のある総合診療医」をめざしてほしい。日本慢性期医療協会としても慢性期医療施設で働く医師が必要とする研修会，実技実習等を企画し，時代に合った医師の活躍をサポートしていきたい。

【参考図書】

- 1）日本慢性期医療協会：総合診療医テキスト：第1巻 慢性期医療概論，第2巻 慢性期医療における疾患の管理，中央法規出版会社，2016
- 2）武久洋三：あなたのリハビリは間違っていないか，メディス，2016
- 3）武久洋三：どうするどうなる介護医療院，日本医学出版，2019
- 4）武久洋三：令和時代の医療・介護を考える，中央公論事業出版，2021
- 5）武久洋三：地域ごちゃまぜ病院をつくろう，中央公論事業出版，2025

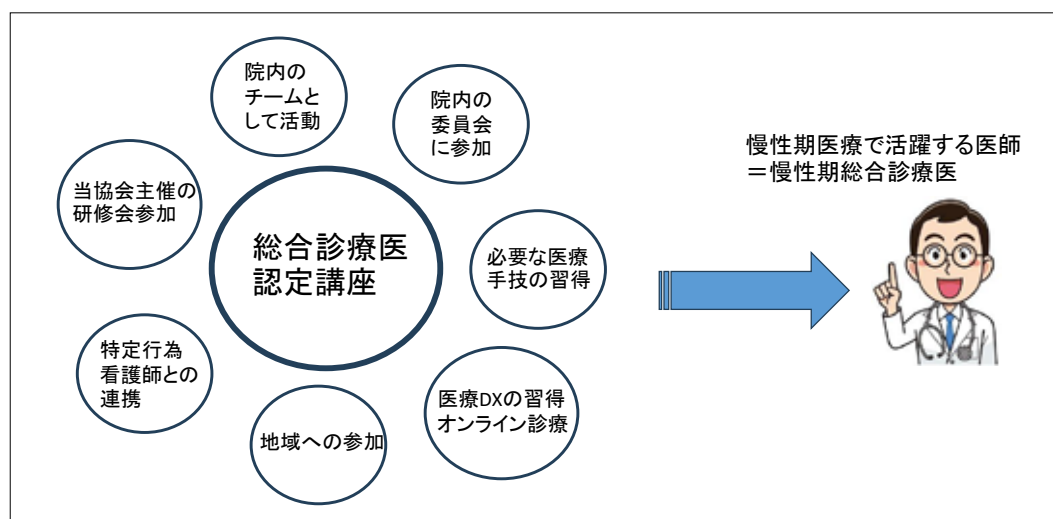


図5 慢性期医療で活躍する医師（慢性期総合診療医）になるために



医療の本質としての総合診療

医療法人社団大和会 多摩川病院

副院長 八戸敏史

1. 総合診療の原点

(1) 医療の本質としての総合診療

「総合診療医」と聞くと、救急外来で診断のついていない患者を診る医師、あるいは地域の診療所で幅広い疾患に対応する医師を思い浮かべる人が多いかもしれない。しかし本来、医療とは一つの疾患や臓器だけを扱うものではなく、病気を抱えた一人の人を診る営みである。そう考えれば、総合診療は特定の診療科だけが担うものではなく、あらゆる医療の基盤にある考え方である。

患者は、診断名だけをもって医療機関を訪れるわけではない。病気による症状や身体機能の変化に加え、生活上の困難、家族との関係、仕事や社会的役割、将来への不安など、さまざまな問題を抱えている。専門的な診断や治療は不可欠であるが、それらを患者の生活や価値観から切り離して提供しても、必ずしもその人にとって望ましい医療になるとは限らない。専門性を活かしながら、患者の全体像を捉え、医療をその人の生活に結びつける視点が必要である。

そのことが、とりわけ明確に表れるのが回復期を含む包括・慢性期医療の現場である。包括・慢性期医療の患者は、一つの疾患だけを抱えているわけではない。複数の慢性疾患、フレイル、認知機能低下、摂食嚥下障害、身体障害、疼痛、不眠、不安、家族の介護負担、経済的問題、住環境の問題などが重なり合っている。それぞれの問題を個別に診断し、ガイドラインに沿って治療するだけでは、全体として患者の生活が良くなるとは限らない。むしろ治療が増え、通院や服薬の負担が増し、本人が大切にしている暮らしが損なわれることさえある。

包括・慢性期医療で問われるのは、「この病気をどう治療するか」だけではない。「この人に今、何が起きているのか」、「何を回復可能な問題として扱

い、何を長く付き合う問題として受け止めるのか」、「限られた時間と体力の中で何を優先するのか」、「どのような生活に戻ること为目标とするのか」を考える必要がある。これは、臓器や疾患を越えて患者を全体として捉え、不確実性の中で優先順位をつけ、多職種と協働して支援を組み立てる総合診療の営みそのものである。包括・慢性期医療は、医療が本来もつこの総合診療的な性格が、特に見えやすい現場であると言える。

総合診療医認定講座を通して私が得た最も大きな意味は、これまで呼吸器科、がん診療、緩和ケア、地域医療の現場で経験的にやってきた実践が、総合診療という方法論によって整理され、共通言語として捉え直されたことである。

(2) 呼吸器科で培われた二つの総合性 ～病態を束ねる力と時間を支える力～

私は長く呼吸器科医として、肺がん、呼吸器感染症、気管支喘息、COPD、間質性肺疾患、呼吸不全などの診療に携わってきた。呼吸器疾患は、腫瘍、感染、アレルギー・免疫、膠原病、肺循環、睡眠、職業・環境要因、公衆衛生など、ほぼ全てと言ってもよいほど多様な病態カテゴリーにまたがる。また、同じ呼吸困難という症状であっても、呼吸器疾患だけでなく、心不全、貧血、神経筋疾患、代謝疾患、不安など、複数の要因が関与することが少なくない。呼吸器診療は、もともと一つの臓器や疾患だけでは完結せず、幅広い臨床推論と全身的な評価を必要とする領域である。以下では、同じ時点に存在する複数の臓器・疾患・生活課題を横断して捉え、一つの診療として束ねる視点を「横断的統合」、発症から急性期、回復期・包括期、慢性期、終末期まで、時間の流れに沿って支える視点を「縦断的伴走」と呼ぶことにする。

まず、横断的統合である。呼吸器疾患を抱える患

者には、心不全、腎機能障害、糖尿病、感染症、栄養障害、フレイル、認知機能低下、不安・抑うつなどがしばしば併存する。呼吸状態は、循環動態、腎機能、感染、栄養状態、活動性、精神心理的要因などの影響を受けるため、呼吸器だけを切り離して診ても、患者の全体像を捉えることはできない。これらをすべて他科に委ねていては診療が成り立たず、呼吸器科医自身が全身状態を評価し、併存疾患を治療しながら、薬剤、リハビリテーション、栄養、在宅療養まで含めて調整する必要があった。

加えて、都市部であっても呼吸器専門医の数や配置は十分とはいえず、他領域の医師から、呼吸器疾患の診断や治療、酸素療法、人工呼吸管理について相談を受ける場面は非常に多かった。一方で、実際の診療においては、呼吸器疾患だけを担当すればよいわけではなかった。心不全、感染症、腎機能障害、糖尿病、栄養障害、整形外科的疾患、認知症など、呼吸器以外の病態への対応が診療の中心となる患者であっても、呼吸器科医が主治医として診療全体を担うことが少なくなかった。

そのため、急性の呼吸器症状から慢性呼吸管理までを支えると同時に、併存する他領域の疾患についても自ら評価・治療し、必要に応じて各分野の専門家の助言を得ながら、退院支援や生活支援まで一貫して調整することが求められた。呼吸器疾患を診療の入り口としながらも、対象を特定の臓器に限定せず、主治医として患者の全体を引き受ける姿勢が、結果として総合診療に通じる臨床基盤となったのである。

次に、縦断的伴走である。呼吸器診療では、急性増悪期での救命だけでなく、増悪後の機能回復、呼吸リハビリテーション、在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法、再増悪の予防、さらに病状が進行した際の症状緩和や療養場所の調整まで、長い時間軸を通して患者に関わる。病状や生活機能は一定ではなく、回復が期待できる時期もあれば、次第に治癒や機能回復だけを主目標にすることが難しくなる時期もある。そのような変化の中で、何を続け、何を控え、医療の重心を治癒や延命から苦痛の緩和と生活の支援へ、どのように無理なく移していくかを、患者、

家族とともに考える必要がある。治療を突然切り替えるのではなく、病状と本人の価値観の変化に応じて、次の療養段階へ穏やかにつないでいく。この「ソフトランディング」も、呼吸器科医として日常的に行ってきた実践であった。

医療的ケアを必要とする障害児の診療においても、呼吸管理だけで支援が完結することはない。感染予防、排痰、栄養、姿勢、リハビリテーション、コミュニケーション、家族の介護負担、レスパイトに加え、小児期から成人期への移行や、本人と家族の加齢に伴う変化まで継続して捉える必要がある。その時々が存在する多様な課題を一つの支援として束ねる横断的統合と、本人と家族の歩みを長期にわたって支える縦断的伴走の双方が、ここでも求められてきた。

（3）専門性を薄めるのではなく、統合する

このように振り返ると、私は専門医から総合診療医へと、まったく別の方向に転じたわけではない。呼吸器科という専門領域の中で、複数の臓器・疾患・生活課題を一つの診療として束ねる「横断的統合」と、発症から急性期、回復期・包括期、慢性期、終末期まで、病状と生活の変化に沿って支える「縦断的伴走」を実践してきたのである。横断的統合と縦断的伴走は、それぞれ独立したものではない。患者のどの段階においても、その時点で抱えている医学的・生活的課題を横断的に捉えながら、病状や価値観の変化を長い時間の中で継続して支えていく。この二つを重ね合わせることで、診療は一つの疾患への対応にとどまらず、患者の生活と人生を見据えた支援となる。

総合診療医認定講座は、こうした経験を個人技としてではなく、臨床推論、多疾患併存への対応、継続性、患者中心性、多職種協働といった方法論として整理し直す機会となった。専門性を薄めるのではなく、専門性を基盤として患者の全体を統合し、その知識と技術を生活の中に着地させることこそ、私にとっての総合診療である。

2. 患者の全体像を捉え、診療を組み立てる

(1) 急性期と生活の間をつなぐ

多摩川病院は、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、医療療養病棟を有する167床の病院である。急性期病院で治療を終えた患者を受け入れるポストアキュート機能と、在宅や施設で状態が悪化した患者を受け入れるサブアキュート機能の双方を担い、在宅療養支援病院として退院後の生活も支えている。

このような病院では、患者は診断名だけで入院してくるのではない。「肺炎は改善したが歩けなくなった」、「骨折の手術は終わったが認知症が悪化した」、「脱水は治ったが食事が進まない」、「心不全は落ち着いたが独居生活に戻れない」といった、病気と生活が絡み合った状態で入院してくる。急性期治療の終了は、生活再建の出発点にすぎない。

私たちの役割は、急性期病院から患者を引き継ぎ長く療養してもらうことではない。入院を一つの機会として、疾患、身体機能、認知機能、薬剤、栄養、口腔、家族関係、住環境、本人の価値観をあらためて見直し、その人の今後の療養の軌道を整え直すことである。そのためには、臓器別診療の延長ではなく、全体を俯瞰する総合診療の視点が欠かせない。

(2) 患者の問題を「一枚の地図」にする

包括・慢性期医療で最初に必要となる総合診療のノウハウは、複雑な問題を整理し、優先順位をつけることである。高齢患者では、問題リストが十数項目に及ぶことも珍しくない。しかし、問題を並べるだけでは診療方針は生まれない。

私は患者を診る際、少なくとも五つの層に分けて考えている。第一は、今すぐ対応すべき医学的問題である。感染症、心不全、出血、薬剤有害事象など、見逃せば生命や機能に大きく影響する病態を評価する。第二は、回復を妨げている可逆的な問題である。疼痛、便秘、不眠、せん妄、低栄養、脱水、過鎮静、起立性低血圧などは、小さく見えてもリハビリテーションや摂食を大きく阻害する。第三は、生活機能

の問題である。移動、食事、排泄、入浴、コミュニケーションなどを具体的に捉える。第四は、家族・住環境・社会資源の問題である。第五は、本人が何を大切にし、どこでどのように過ごしたいかという目標である。

この五つの層を一枚の地図として共有すると、医師が診るべき問題と、看護師、リハビリテーション職、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどが担う問題が分断されにくくなる。そして、「何を治すか」ではなく、「この人の目標に向けて、どの問題から動かすか」というチームの方針が生まれる。

(3) 包括・慢性期医療での総合診療

私自身の実践を振り返ると、包括・慢性期医療で活かしている総合診療のノウハウは、次の五つに整理できる。

第一は、複数の仮説を持つことである。例えば高齢者の食欲低下、倦怠感、転倒、意識変容は、単一疾患だけでなく、薬剤、疼痛、便秘、睡眠障害、環境変化など、複数の要因によって生じる。一つの原因に早急に決めつけず、危険な病態を除外しながら、複数の問題を並行して整える。

第二は、経過を診断に活かすことである。包括・慢性期医療では、食事、睡眠、排泄、活動性、会話、リハビリテーションへの反応を継続して観察できる。治療や環境調整に対する変化を見ながら仮説を修正することは、不必要な検査を避け、診断の確かさを高めるうえで重要である。

第三は、治療に優先順位をつけることである。多疾患併存の患者に各疾患のガイドラインをそのまま重ねると、薬剤、食事制限、通院、自己管理の負担が増え、むしろ有害事象を引き起こすことがある。¹⁾ 予後、効果が得られるまでの時間、有害事象、治療負担、本人の目標を踏まえ、何を続け、何を減らし、何をあえて行わないかを判断する。

第四は、多職種の情報を統合することである。医師の診察だけで患者の全体像を捉えることはできない。看護師は日々の変化を知り、リハビリテーション職は動作の中で症状を捉え、管理栄養士は食べら

れない理由を探り、薬剤師は薬剤による不調を見つける。こうした情報を医学的判断と共通目標につなげることが重要である。

第五は、本人の目標に沿って治療を提案することである。選択肢を並べて本人や家族に決定を委ねるだけでは、十分な意思決定支援とは言えない。病状と見通しを共有し、本人が大切にしていることを明らかにしたうえで、その目標に合う治療を医療者から提案する。これにより、治療は単なる医学的選択肢ではなく、本人の生活を支える手段となる。

3. 診断と治療を暮らしの再構成につなげる

(1) 診療を暮らしにつなげる

例えば、誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者が入院した場合、抗菌薬を投与し、炎症反応や酸素化が改善すれば、感染症としての治療はひとまず成功である。しかし、それだけでは再発を防げない。なぜ誤嚥したのかを考えると、嚥下機能だけでなく、口腔環境、食事形態、姿勢、覚醒度、鎮静薬、義歯、栄養状態、食事介助、本人の食べる意欲、住宅環境などが関係している。

ここで総合診療医の役割は、すべてを一人で実施することではない。医学的な安全性を評価しながら、言語聴覚士、看護師、歯科・口腔ケア担当者、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーと論点を共有し、何を優先するかを決めることである。さらに、厳格な誤嚥予防を行えば食べる楽しみが失われる場合もある。リスクをゼロにすることはできず、安全性と本人の希望の間で現実的な着地点を探す必要がある。

同様に、心不全や慢性呼吸不全の患者では、数値を良くすることと、生活を良くすることが一致しない場合がある。血圧や体重を厳密に管理するために活動性が落ちたり、複雑な服薬によって食欲やふらつきが悪化したりすることがある。臓器別の指標を追うだけでなく、歩けるか、食べられるか、眠れるか、趣味を楽しめるかなどの事を同じ重さで評価することが重要である。

(2) ポリファーマシーを「数」の問題だけにしない

薬剤の見直しは総合診療の実践が最も表れやすい領域である。しかし、ポリファーマシー対策を単に薬剤数を減らす作業と捉えると、本質を見失う。厚生労働省の指針でも、多剤服用そのものだけでなく、薬物有害事象、服薬負担、生活機能、療養環境を踏まえて処方全体を見直すことが重視されている。²⁾

確認すべきなのは、その薬が何のために処方され、現在も目的を果たしているかである。予防薬であれば、効果が期待できるまでの時間と患者の予後を考える。症状緩和薬であれば、本当に症状を軽減しているかを確認する。眠気、便秘、食欲低下、ふらつき、認知機能低下などが薬剤によって生じていないかを検討する。また、患者や家族が薬をどのように受け止め、実際にどのように服用しているかも重要である。

薬を減らすこと自体が目的ではない。治療の負担を減らし、本人が大切にしたい活動に体力と時間を振り向けられるようにすることが目的である。そのためには、各薬剤を個別に評価するだけでなく、患者の生活目標から処方全体を見直す必要がある。

入院中は、症状や生活機能を継続して観察できるため、薬剤調整の好機である。一方で、退院後にかかりつけ医や専門医との間で処方が再び分断されれば、元に戻ってしまう。退院時には、中止・減量した理由、今後の観察項目、再開を検討する条件を明確にし、地域の医療者に引き継ぐことが重要である。総合診療は、入院中の処方を整えるだけでなく、医療機関を越えて治療方針をつなぐ役割を担う。

(3) 多職種協働 ～生活そのものを診断情報にする～

包括・慢性期医療では、医師が一人で患者を理解することはできない。むしろ医師の前では「大丈夫です」と答える患者が、リハビリテーション中には不安を語り、食事場面では疲労を示し、夜間にはせん妄を呈することがある。患者の全体像は、日常のさまざまな場面に分散している。

総合診療医に必要なのは、多職種の意見を聞く姿勢だけではない。それぞれの情報を医学的判断とケ

ア方針に統合する力である。例えばリハビリテーション職から「立位で息切れが強い」と報告を受けた際、単に運動耐容能の問題とせず、心不全、貧血、起立性低血圧、不安、鎮静薬などの可能性を検討する。看護師から「夕方になると食事が進まない」と聞けば、疲労、疼痛、服薬時刻、覚醒リズム、食事環境を考える。生活場面の観察は、検査に劣らない重要な臨床情報である。

そのため、カンファレンスでは職種ごとの報告を並べるだけでなく、「この人の回復を妨げている中心的な問題は何か」、「今週の共通目標は何か」を議論するようにしている。医師は結論を一方的に示すのではなく、医学的リスクと見通しを説明し、チームが同じ方向を向くための地図を示す。総合診療医は、チーム医療の司令塔というより、異なる専門性を翻訳し、接続する役割を担うと考えている。

4. 本人の価値観と背景を診療に組み込む

(1) ACPと目標に基づく医療 ～「何をしないか」ではなく「どう生きたいか」～

包括・慢性期医療では、治療選択に唯一の正解がない場面が多い。再び肺炎を起こした際に入院するか、経管栄養を導入するか、心肺蘇生を行うかといった判断は、医学的情報だけでは決められない。本人がどのような生活を大切に、何を負担と感じ、家族がどのように支えられるかによって適切な選択は変わる。

ここで重要となるのがACP（アドバンス・ケア・プランニング）である。ただしACPを、単なる治療方針の確認や治療差し控えの同意を得る「作業」にしてはならない。ACPは、本人が「この先をどのように生きたいか」を周囲の人と繰り返し話し合い、その価値観を医療とケアに反映するプロセスである。本人の意思は心身の状態や経験によって変化し得ることを前提に、一度決めた内容を固定せず、繰り返し確かめる必要がある。³⁾

私は意思決定支援の際、病状と見通しを共有する、本人の価値観と目標を明らかにする、その目標に沿って治療を提案する、という三つの段階を意識

している。これは、知識を共有し、目標を明確にし、治療選択を協議するというThree-Stage Protocolを用いている。医療者が選択肢を羅列し、本人や家族に決定を委ねるだけでは、大きな負担を背負わせることになる。総合診療医は、医学的判断を放棄せず、本人の価値観を踏まえた推奨を示す必要がある。^{4) 5)}

また、本人の言葉だけでなく、これまでの暮らし、習慣、人間関係、喜び、嫌がっていたことなどやlife eventを知ることが重要である。意思表示が難しい患者であっても、その人らしさを手がかりに最善の支援を考えることはできる。包括・慢性期医療は、患者と長く関わり、日々の様子を知ることができるため、本来ACPに適した場である。

(2) 退院はゴールではない ～医療と暮らしを再接続する～

包括・慢性期病院では、退院が重要な成果として扱われる。しかし、退院できたことだけで成功とするのは不十分である。退院後の生活が続かなければ、再入院を繰り返し、本人と家族の負担は増えていく。

総合診療の視点では、退院支援は入院前から始まる。入院時から、どこで誰と暮らしていたか、何ができなくなって入院に至ったか、どのような支援があれば生活を再開できるかを確認する。必要な医療処置だけでなく、家屋環境、介護力、食事、移動手段、通院方法、緊急時の対応を具体的に検討する。患者にとってのゴールは病院から出ることではなく、生活の中に戻ることである。

多摩川病院では、入院医療、在宅診療、地域連携、リハビリテーション、栄養支援などをつなぎ、患者と家族が困ったときに相談できる体制づくりを進めている。現在、患者支援地域協働センター「つどい」という構想のもと、入退院支援と在宅医療、地域との協働を一体的に捉え直そうとしている。病院の役割を院内で完結させず、地域の生活を支える拠点へと広げる試みである。

ただし、ここで注意したいのは、地域に戻せば問題が解決するわけではないという点である。特に都心部では、家族や近隣とのつながりが弱まり、独居や孤立が増える中、医療・介護サービスだけを増や

しても生活の基盤が整わない場合がある。医療が地域のすべてを代替することはできない。総合診療医には、医療で対応すべき問題と、地域の人や場、福祉、住まい、社会参加によって支える問題を見極め、必要なつながりをつくる視点が求められる。

(3) 総合診療医は「つなぐ医師」である

総合診療医は時に、何でも診る医師、専門医がいなくて埋める医師と理解されることがある。しかし、包括・慢性期医療に必要な総合診療医の価値は、扱える疾患の数だけでは測れない。

第一に、疾患と疾患をつなぐ。複数の専門領域にまたがる問題を一つの治療計画にまとめ、相互作用や治療負担を調整する。第二に、医療と生活をつなぐ。検査値や診断名を、食事、移動、睡眠、家族との時間といった具体的な生活目標に結びつける。第三に、専門職と専門職をつなぐ。各職種の評価を共通の目標のもとに統合する。第四に、病院と地域をつなぐ。入院中の治療方針を在宅医、施設、訪問看護、ケアマネジャーへ引き継ぎ、生活の場で継続可能な形にする。第五に、現在と将来をつなぐ。今の治療だけでなく、次に起こり得る変化を予測し、本人や家族と備える。

したがって、総合診療医はすべてを自分で抱え込む医師ではない。必要な専門医に相談し、多職種に任せ、地域資源と協働しながら、全体として一貫した支援になるよう調整する指揮者のような医師である。専門医療と総合診療は対立するものではなく、相互に補完し合う。包括・慢性期医療では、高度な専門性を適切なタイミングで活用しつつ、患者の目標から全体を統合する役割が必要である。

5. 総合診療を個人技から組織の文化へ

(1) 認定講座を修了して ～実践を共通言語に変える～

総合診療医認定講座を受講したことで、自分の臨床を振り返る枠組みが得られた。呼吸器科で培ってきた横断的な多疾患対応と縦断的伴走である継続的支援、さらに包括・慢性期医療における多職種協働や価値観の確認が、総合診療の一連の技術として位

置づけ直された。しかし、それらが個々の医師の姿勢や経験に依存しては、組織として再現することが難しい。

総合診療のノウハウは、「患者を全人的に診る」という理念だけではない。問題を構造化する、緊急度と重要度を分ける、不確実性を扱う、経過から仮説を修正する、治療負担を評価する、本人の目標に基づいて優先順位を決める、多職種の情報を統合するという高度な技術である。これらを言語化し、チームで共有することで、総合診療は個人技から組織の文化へと発展する。

また、講座の修了は一つの到達点ではなく、包括・慢性期医療の現場で学び続けるための出発点である。包括・慢性期医療では、明確な診断や劇的な治療効果が得られない場面も多い。だからこそ、判断を振り返り、他者の視点を取り入れ、不確実性に耐える姿勢が求められる。総合診療医の力量は、知識の量だけでなく、自分の判断の限界を知り、必要な支援につなげる力に表れる。

(2) 組織として総合診療を実装するために

総合診療医が一人いるだけでは、病院全体の医療は変わらない。総合診療の視点を組織に根づかせるには、日常の診療プロセスを病院全体で変える必要がある。

まず、入院時の評価を疾患別の問題リストだけで終わらせず、生活機能、認知、栄養、薬剤、家族・社会背景、本人の目標まで含める。次に、カンファレンスで職種別の報告を並べるのではなく、患者の中心課題と共通目標を確認する。さらに、退院時には病名と処方だけでなく、今後起こり得る変化、再評価の条件、本人が大切にしていることを地域へ伝える。

医師教育においても、診断や治療の正しさは勿論のことだが、優先順位のつけ方、多職種との対話、家族との合意形成を振り返る機会が必要である。若手医師にとって包括・慢性期病院は、急性期でついた診断の「その後」を学べる貴重な場である。治療後に患者がどの程度回復し、どのような生活に戻り、何が再入院の原因となるのかを見ることで、医療の

効果と限界を実感できる。

一方で、総合診療が「何でも引き受けること」になれば、医師の疲弊を招く。病院として相談体制を整え、専門医との連携を確保し、看護・リハビリテーション・薬剤・栄養・地域連携部門がそれぞれの専門性を発揮できることが前提である。総合診療の実装とは、総合診療医に業務を集中させることではなく、組織全体が患者を分断せずに支える仕組みをつくることである。

(3) 2040 年に向けて ～包括・慢性期医療から総合診療を育てる～

今後、高齢化と人口減少が進み、多疾患併存、認知症、フレイル、独居、老老介護がさらに増える一方、医療・介護を担う人材は限られていく。すべての問題を専門診療や制度上のサービスに細分化して対応する方法は、持続可能とはいえない。

必要なのは、医療を減らすことではなく、医療を適切な位置に置き直すこと、すなわち医療の再配置(repositioning)である。急性疾患や可逆的な問題には十分な医療を提供しながら、医療だけでは解決できない生活上の課題を見極める。患者、家族、地域がもつ力を損なわず、必要な部分を専門職が支えることが重要である。

包括・慢性期医療は、単なる急性期医療の後方支援ではない。多くの病気や障害を抱えながら生きる人に対し、治療の優先順位を整え、多職種の知を統合し、本人の価値観に沿って医療を暮らしへつなぐ中核的な領域である。ここで総合診療医に求められるのは、幅広い疾患を一人で抱えることなく、病気を診る力と人を診る力を統合し、医療と生活の間を調整することである。

そこで、私たち平成医療福祉グループでは、こう

した将来を見据え、総合診療専門研修プログラムを開設した。急性期から包括期・慢性期、在宅、地域までを連続して経験し、疾患だけでなく、生活背景や価値観を含めて患者を診る医師を育てることを目指している。総合診療医認定講座で得た学びも活かしながら、包括・慢性期医療の現場で培われた実践を個人の技術にとどめず、次世代の医師教育と組織の文化へ広げていきたい。

【その他役職】

- 1) 平成医療福祉グループ 医療事業部経営企画医師
- 2) 東京都慢性期医療協会 理事

【文献】

- 1) Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005; 294 (6) : 716-724.
- 2) 厚生労働省:高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編), 2018.
- 3) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018年3月改訂.
- 4) Lu E, Nakagawa S: A "Three-Stage Protocol" for Serious Illness Conversations: Reframing Communication in Real Time. Mayo Clin Proc. 2020; 95 (8) : 1589-1593.
- 5) 平成医療福祉グループ: ACPを治療選択の単なるツールにはしたくない. 目指すのは, ACPのプロセスを「地域」で担う未来. 特集記事 ACP vol.4. 2026年7月21日. <https://hmw.gr.jp/episode/4886>



総合診療医認定講座で学んだことを実臨床に活かす ～訪問診療医の立場から，課題も含めて～

医療法人社団永生会 クリニックグリーンガラス（在宅療養支援診療所）

院長 志知隆雄

1. 日本慢性期医療協会と医療法人社団永生会

現在勤務する「クリニックグリーンガラス」は医療法人社団永生会（以下、永生会）の一事業所で、永生会は「疾病予防・医療・介護・福祉の切れ目ない、トータル的なヘルスケア」を提供、実践している医療法人である。日本慢性期医療協会（以下、日慢協）が扱う主なテーマ「治し、支える医療」の確立と、「急性期医療・介護・地域をつなぐ連携体制の構築」と当法人が重視する領域は一致しており、日慢協が主催する研修会（総合診療医認定講座を含め）・学会

には毎年何人も参加させていただいている。

永生会は、八王子市内の中核病院である永生病院（慢性期・回復期）や南多摩病院（急性期・救急医療）、みなみ野病院（回復期・緩和ケア）などを運営する一方で、当院は主に「在宅医療（訪問診療）」に特化した拠点として位置づけられている。八王子市は東京都心から西へ約 40 キロメートル、新宿から電車で約 40 分の距離にあり、東京都の多摩地域南西部に位置する、人口約 58 万人の多摩地区最大の都市である。面積は 186.38 平方キロメートルで、この広さは東京都の市区町村で第 2 位（市部では第 1 位）となる。広大な面積を持つ八王子市をカバーするため、永生会は市内の各エリアに 3 つの「グリーンガラス」を展開している（図 1）。表 1 には 3 つのクリニックを合わせた訪問件数の推移を示しているが、件数は年々増加している。看取り件数はコロナ禍の影響で 2021 年～2023 年にかけては増加傾向にあったが、最近 2 年はやや減少傾向にある（表 2）。表 3 は当院のみのデータだが、他地域と同様、訪問診療の患者のほとんどが 80 歳以上で女性の割合が多い。



	常勤医師	非常勤医師	看護師	相談員	事務員
クリニックグリーンガラス (GG) 2019年4月開設	5	15	8	1	4.5
グリーンガラス南大沢クリニック (南大沢) 2022年2月開設	5	19	11	1	6.5
グリーンガラス川口町クリニック (川口町) 2024年8月開設	2	8	6	0	3.5

※2026年5月31日現在職員数

図1 永生会の拠点病院、3つのグリーンガラスとその職員数

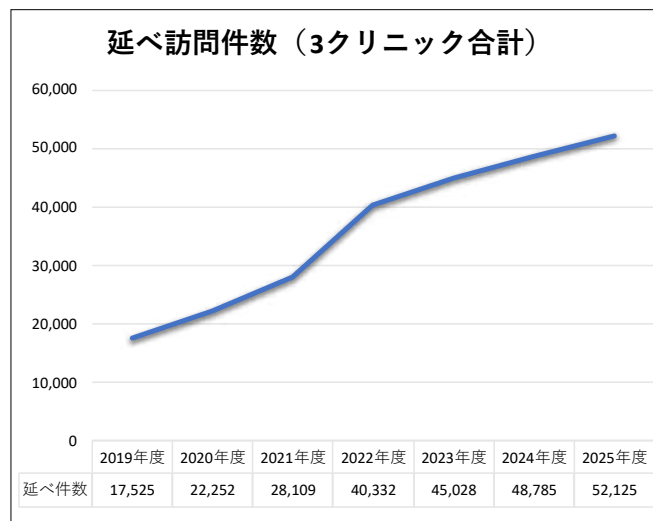


表1 3クリニック合計の訪問件数の推移

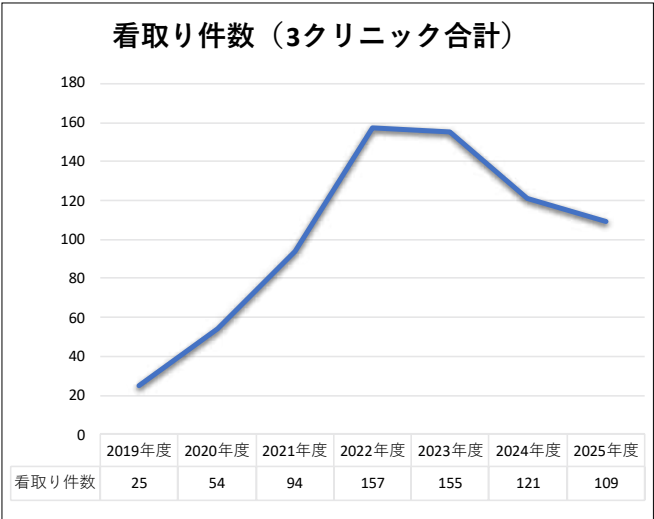


表2 3クリニック合計の看取り件数の推移

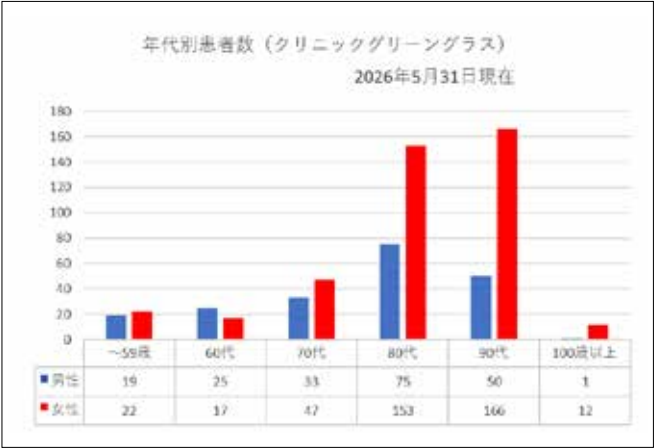


表3 当院の年代別、男女別の患者数

病院や地域の診療所，行政や地域のケアマネジャー，介護事業所と「グリーングラス」が密に連携することで，市民の医療・介護の相談から訪問診療への移行をスムーズに行う仕組みが作られ，八王子市という広大な地域において，「グリーングラス」は市民の在宅生活を医療面から24時間体制で支える，社会インフラとしての機能を担っている。

2. 総合診療医認定講座受講の動機

超高齢・多疾患併存社会を迎え，一人の医師に総合的に診てもらいたいという患者・家族のニーズが高まっている。私は約30年前，頻度の高い一般的な疾患の知識習得を目指し，大学病院ではなく市中病院での初期研修を選んだ。当時は専門医療が重視される時代であった。2年の初期研修修了後は母校

の神経内科学教室に入局し大学病院や専門病院等に勤務したが，専門に偏る診療は「病気は診るが人は診ない」と評され，病院内では専門医偏重による診療科間の「たらい回し」も課題となっていた。その後，リハビリテーション病院勤務を経て，2020年頃からは訪問診療に従事している。在宅医療を始めるにあたり，何でも診られる医師への憧れがあった。多忙な日々の合間に勉強を続けてきたが，体系的に学ぶ機会を求め本講座の受講に至った。在宅医療を始めてしばらく経つが，自身の診療が標準レベルを満たしているか，患者・家族に不利益を与えていないかという不安を常に抱えている。在宅医療は多職種のサポートの基に成り立ってはいるものの，実臨床の現場において訪問診療医は孤独であり，自身の医療水準の客観的な把握が困難なのが現状である。こうした臨床上の不安を支え，自らの診療行為を検証・サポートしてくれる学習機会を切望していた。

3. フレイルの考え方とケア

表4に当院の介護保険認定患者数を示す。要支援になる原因としては「関節疾患」，「高齢による衰弱」，「骨折」が多い。当院は施設への訪問診療も行っているが，特に有料老人ホームには要支援の方も入居されている。そのようなプレフレイル層へ早期に介入し要介護への移行を予防したい。プレフレイルの見極めには，歩行速度，姿勢，体重減少，喫食量の低下に留意する。対策として，タンパク質を意識した食事，口腔ケア，日常の活動量維持，他者との交

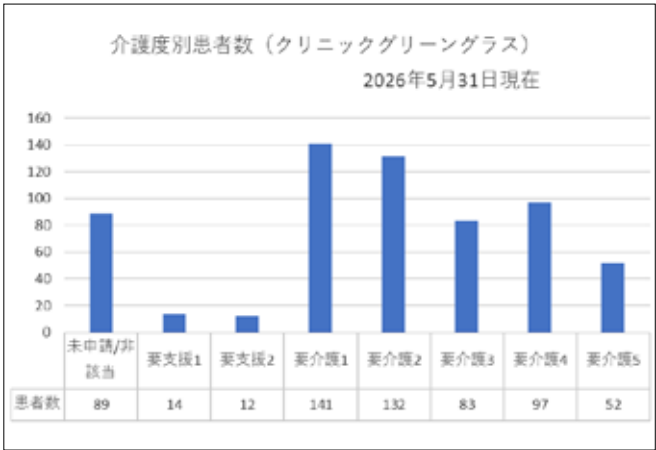


表4 当院の介護度別患者数

流の4点を重視している。地域の管理栄養士に訪問栄養指導を依頼し、個々の身体状況や生活環境に合わせた栄養・食事管理を行ってもらうこともある。しかし、介護職の中でもフレイルに対する認知度が未だ低い印象がある。多職種と話し合い、アイデアを持ち寄り、実施可能な対策を見つけていくことが必要である。

4. 総合診療医に必要な薬物療法と服薬管理

「多剤内服」は、体内での薬の処理能力が落ちていく高齢者にとって、思わぬ体調不良を引き起こす大きなリスクとなる。有害事象としては、「ふらつき・転倒」、「認知機能の低下・物忘れ・せん妄」、「食欲不振・便秘」、「排尿障害」、「低血糖・低血圧」などが挙げられる。講義では薬剤数6剤以上で有害事象、5剤以上で転倒の発生頻度が有意に増えるというデータの紹介があった。薬が多だけでなく、服薬時間が介護負担になっていることや抗コリン薬リスクスケールの話はまったく知らなかった視点だったので良い気づきが得られた。実臨床においては、処方方を「生命維持に必須」、「症状緩和」、「予防(長期)」に分類し、多疾患併存を考慮しながら、減薬や服薬の簡素化につなげていきたいと考えている。

訪問診療ではそれまで複数の医療機関から処方されていた薬剤を一元管理できるので、一見対策は容易に思えるが、減薬に不安を感じる方も一定数存在し、困難なケースもある。前医から処方され、服薬を継続していた薬を突然不要と言われたら、患者・家族は医療への不信感を抱くだろう。患者・家族との信頼関係を作り、話を聞き、聞いていただく。前医へのリスペクトを忘れず、多職種と情報を共有し、協議していくことが重要だ。

5. 総合診療医に必要な栄養管理

日常の診療において、喫食量低下や体重減少を認め、低栄養が疑われれば、とりあえず、栄養補助食品が提案されることが多い。薬剤性体重減少の原因薬剤には、高齢者診療において頻用される薬剤も多く含まれているので注意が必要である。

在宅医療においては、身体だけでなく、生活全体を見て栄養課題を抽出する必要がある。「体重減少」の背景には孤食によるうつ傾向、経済的困窮、買い物困難などが原因のこともある。医学的検査で異常がない場合こそ、生活背景にもアプローチしたい。また、厳格な制限のせいで食欲が落ちて低栄養になるケースがあるため、「制限」より「まずは食べられるものを食べる」ことを優先することがある。

6. 総合診療医に必要なリハビリテーションの知識

リハビリテーションによって回復した患者の紹介があった。本人の意欲、リハビリ診断の見直し、ダイナミックな動きが覚醒レベルを向上する、寝たきりにしないことなど、示唆に富む内容で感銘を受けた。

絶対安静や身体拘束により、筋萎縮は1週間で10～15%、3～5週間で50%低下する。関節拘縮は1週間で発生すると説明があった。自宅で療養されている患者には高度の関節拘縮を来している方も多い。維持期・生活期リハビリテーションは生活の質向上や介護負担軽減の点でとても大切である。しかし、在宅医療におけるリハビリテーションは訓練士へのいわゆる「おまかせリハ」になっていることが少なくない。医師は訓練士に対して定期的に指示書を出すだけで報告書の確認がおろそかになり、指示をした内容が実施されているのか、効果が出ているのかへの関心が薄れていることが課題だ。入院中であれば多職種のスタッフで定期的にカンファレンスが行われ、情報の共有がなされる。在宅でも、入院中のように訪問診療医と訓練士が患者の動作確認をしながら討議できるような場があればよいと思う。

7. 総合診療医に求められる脳血管疾患の管理 ～高次脳機能障害を中心に～

在宅医療では患者の高次脳機能障害に関して、改めて議論することはほとんどない。患者・家族は病院でも説明されてこなかったし（実際は説明されて

いても覚えていないことが多い), 紹介医がリハビリテーション科医もしくは高次脳機能障害に関心がある医師でない限り, 訪問診療医への診療情報提供書の中で高次脳機能障害について記載されていることは少ない。

自宅療養で特に困るのは社会的行動障害である。家族だけでなく, 生活を支える介護職の負担が多くなる。最初は挨拶, 次に笑顔。訪問診療では定期的に訪問するので, 何回も通っていると, なんとなく受け入れてくれるようになってくる(気がする)。講義でも触れていたが, 不安が軽減してくるのだろう。高齢者では社会復帰は目指せないが, 通所介護などの社会参加を目標にしている。

8. 総合診療医に必要な口腔管理とチームアプローチ

在宅医療では訪問歯科に活躍していただく場面が多い。齲歯の治療や義歯作成だけではない。歯科衛生士による定期的な口腔衛生管理は誤嚥性肺炎だけでなく, 嚥食量低下に対する予防効果もある。

歯磨きが自立している患者の場合, 他者の介入がないため, 当然のことながら口腔内汚染に気づかれるのが遅れる。日々の口腔内の診察では, 口腔乾燥(ドライマウス)の有無, 残根や不適合義歯, 舌苔と口腔衛生状態(ひどい口臭や汚れ)に注意している。

9. 総合診療医に必要な排尿ケア

要介護状態の患者には, オムツ利用や尿道カテーテルが留置されている方が多い。オムツ利用からの離脱やカテーテル抜去は, その後のケアのこともあり, 容易に解決できない問題である。排尿障害への対応として薬剤の使用だけでなく, 内服薬の見直しや骨盤底筋体操, 環境整備, トイレ誘導, 膀胱訓練, 飲水指導など, 「年のせい」とあきらめず, 非薬物療法も並行して行いたい。

夜間頻尿を訴える高齢者は多く, 夜間のトイレ歩行は転倒事故につながることもある。夜間頻尿は心不全によって引き起こされることがあり, 注意が必要だ。心不全で心臓の機能が低下すると, 重力の影響

で日中に水分が足などの下肢に溜まり, 下肢のむくみが起こりやすくなる。その状態で夜に横になると重力の影響が弱まり, 下肢に溜まった過剰な水分が心臓に戻るようになり, 結果として夜間睡眠中に尿が作られる。対応として利尿薬, 抗利尿ホルモンなどの処方を検討することもある。睡眠障害の他に夜間における水分の過剰摂取や利尿作用のあるアルコール, コーヒー・紅茶・緑茶などの夜間摂取が原因になることがあり, 患者・家族からの聞き取りが不可欠だ。

10. 症例検討：緩和ケア

緩和ケア＝死というイメージを持つ方がいる。また, 死のイメージは「近寄りたくない」, 「気持ち悪い」, 「怖い」, 「暗い」といったネガティブなワードが浮かぶ。癌に限らず, 終末期において在宅死を選択される方は想像する以上に悩まれた上での決断だろう。患者本人は家族には負担をかけたくない, でも最後は自宅で家族と過ごしたい。家族は大事な人の死が近いというショックと悲しい, つらい気持ちでいっぱいになり, 結論はすぐに出せない。訪問診療医ができることは在宅でも病院と同じようなことができる, 最後までサポートすると言って安心を与えてあげることではないだろうか。

11. 総合診療医に必要な心不全の知識

在宅医療では心不全の増悪が原因で入院が必要となることが多い。また, 感冒などの体調不良をきっかけに心不全が悪化してしまうこともある。多職種と協働し, 増悪時の早期徴候を見逃さないようにしたい。数日での体重2 kg以上の増加は体液貯留の指標になる。夜間の「起坐呼吸」と咳の増加は肺うっ血を疑う。血圧が下がっているのに心拍数や呼吸数が増えているのは脱水や心拍出量低下の兆候のことがある。従って, 体重増加時には利尿薬を一時的に追加服用する。逆に夏場や感染症(発熱・下痢)による脱水時には, 利尿薬やRA系阻害薬, β 遮断薬を一時的に減量・中止することがある。以上の実践には, 本人や家族だけではなく, 訪問看護師やヘルパーに対して事前に明確な「連絡基準」を示してお

くことが重要である。

訪問中、「隠れ塩分」（漬物や梅干し、麺類のスープなど）の存在に気づくこともある。過剰な塩分（ナトリウム）の摂取がないか確認することを忘れてはならない。

12. 総合診療医に必要な呼吸器管理

在宅呼吸管理では機器の安全使用だけでなく、マスクによる皮膚トラブルに対しても適切に対応したい。患者・家族に対し、業者や訪問看護師と連携し繰り返し指導する必要がある。吸入薬が効かない場合は吸入エラーやアドヒアランス低下を疑い、目の前で動作を確認する。認知症やポリファーマシーの患者には、3剤合剤などの導入により吸入回数を最小限にして介護負担軽減にも配慮する。

また、増悪の初期徴候（なんとなく元気がない、発話量や食欲が低下しているなど）に患者・家族が気付けない場合があるため、訪問看護師らの判断で開始できるステロイドや抗菌薬の事前処方が有効なことがある。

在宅生活では長い酸素チューブが家具や足に引っかかり転倒するリスクがある。訪問時には生活動線の確認を行い、転倒への注意を促す。

慢性呼吸器疾患のある患者では呼吸筋の過活動により消費カロリーが増大し、容易にサルコペニアが進行する可能性がある。一度の食事でも多く食べると横隔膜を挙上させて息苦しくなることがあるため、「高カロリー・高タンパク・小分け（分食）」を指示し、必要に応じて訪問栄養指導を依頼する。日常生活に組み込む呼吸リハビリテーションとして、訪問リハビリの活用や、息切れを誘発しやすい動作の前に呼吸を整えることや、日常生活での「口すばめ呼吸」や「前かがみ姿勢（息苦しい時のレスキューポーズ）」が自然に出るように繰り返して指導している。

13. 総合診療医に必要な皮膚疾患の管理

「痒み」を訴える患者は多い。睡眠障害（特に入眠障害や中途覚醒）、QOL（生活の質）の著しい低下を招くため、迅速かつ多角的に介入する必要がある。湿疹や紅斑などの皮膚病変を伴わない場合は、

悪性腫瘍や腎疾患や肝疾患などの内科的疾患のスクリーニングを行う。また、患者の心理・社会的背景、薬物有害事象までを横断的に評価する包括的アプローチが必要である。皮膚病変がある場合には湿疹、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、虫刺され、感染症（疥癬や白癬）などの皮膚科的疾患を疑う。必要に応じて抗ヒスタミン薬、保湿剤やステロイド外用薬の処方を行う。ステロイド外用薬を選択する際には、部位別経皮吸収率に配慮したい。また、長期投与の際には局所および全身性の副作用には留意しなければならない。外用薬使用の際は処置の主体が患者・家族、介護者になる場合が多い為、外用薬の使用量の目安や使用回数、使用期間の丁寧な指導が大事だ。

14. 総合診療医に必要なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）と終末期医療

癌末期患者の自宅に訪問診療する際、特に訪問看護師から「今後の方針はどうなっていますか」、「決まっていないなら確認してください」とよく言われる。講義内のスライドにもあったが、いきなり終末期の話はできないし、決めたくない人もいだろう。多くの自治体が人生会議に役立つパンフレットを公表している。それらの内容すべてを診療時間内に確認して結論を出すことは不可能だ。私は既存のパンフレットを参考にしつつ、以下の3つの質問をするようにしている。「①生きがいは何か」、「②何をしている時が、または何が楽しいか」、「③こういう状態になったら生きていたくない」、加えて、それぞれの理由を可能なら答えていただく。人生会議、「死のプラン」を考えることは、終末期において「良い選択肢を選ぶ、良い選択肢が選ばれる可能性を拡げる」ことに繋がる。具体的には忘れてしまったが、ネットで見た動画で、「人生会議は1年後、2年後の献立を具体的に考える作業ではない。和食とか洋食とか本人の好みを確認する、共有することだ。」と話していた。日頃の診察の中で、本人の価値観や好みを共有し本音を伺う。そうしておくことで、いざという時に最後の決断をする家族（もしくは周囲の関係者）の肩の荷、苦痛が軽減する。

15. 総合診療医に必要な高齢者救急への対応

高齢者による救急医療体制の逼迫が課題となっている。表2が示す在宅や施設での看取り件数の減少が、急変時の救急搬送増加の一因にもなっている。

在宅での適切な初期対応の重要性はもちろんだが、紹介時の連携にも留意したい。経過の紹介だけでなく、生活背景や患者・家族の価値観・希望などを紹介状で伝えることができればなおよい。急性期病院の慌ただしさの中で生活背景まで含めた、深い病歴の聴取が実践されることは少なく、情報不備のままケアが行われ、在宅でのケアが継続されないことがしばしばある。

16. 慢性期医療・介護の展望

単身者の増加、高齢化、人口の減少、物価高騰、賃金上昇、支え手が減少する中での人材確保、現役世代の負担軽減、慢性期医療の事業継続など課題は山積している。

「治す医療」と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療提供体制の構築が急務である。労働環境の改善、医療従事者の業務負担軽減の更なる推進も必要だ。

医療DX推進は、医療サービスの質向上や効率化、患者・家族の利便性向上を目指す大きな変革である。医療従事者の負担軽減や地域医療の強化にも寄与す

ると期待されている。しかし、技術面や制度面での課題も多く、当院では電子カルテの導入に留まっている。例えば、外来診療で受診前にオンラインで必要な事務作業や問診などが実施されていれば、待合室の混雑の緩和につながる。また、診察時には一段深いところからの診察や問診が可能になる。診察時間に余裕が生まれ、患者側からはより多くの「語り」が得られ、早くニーズにアプローチすることが可能になる。

今後、医療AIの活用が今からは想像もできないような場面で実装されていくことだろう。タスク・シフトも推進される。これから人の医者として期待されることは何か、考えなければならない。

17. 最後に

医療技術の進展は目覚ましく、症状が出現する前から、疾患の病態にアプローチできる時代が始まっている。他方では、患者の語りもまた、大きな意味を持つようになっている。検査ではわからない痛みや違和感、生活の不都合や不安、体調不良などを気軽に相談できる「かかりつけ医」が必要だ。そうでなければ地域に住み続けることはできない。臓器や年齢にとらわれず、患者の「医学的・心理的・社会的背景」を含めて全体像を捉える「全人的な診療能力」の習得の為、研鑽を継続することが求められている。



総合性をおいもとめて…

公益社団法人京都保健会 京都民医連中央病院

副院長・総合内科科長 井上賀元

総合診療という言葉がでて久しいが、それでも私が医師となった25年以上前には現在のように流布されていなかったし、その存在自体も医療界から認められていなかったように記憶している。

私の医師としての原点は父である。父は専門をもっていましたが、「オールマイティ」とよばれることに喜びを感じており、患者に請われて専門外のものにも手をだすことをいとわなかった。今となっては時代がなせる業であったと思われるが、医学部に入る前からぼんやりとした総合的な医師のイメージがついていたのだ。自分にとっての総合診療は試行錯誤の連続であった。来し方をふりかえりつつ、おぼろげながらうかびあがる総合診療への思いをつづりたいと思う。

大学時代、以前の言葉では「ポリクリ」なるものが大学付属病院でおこなわれていた。白い巨塔の中、白衣姿で歩くということ自体は、医師の卵としての誇りに非常に胸躍るころもちがしたが、私としてはポリクリの内容になかば絶望していた。なにしろ呼吸器内科のローテート中であるにもかかわらず、ほとんどの入院患者は肺がんであり、当時死因の第3位におどりでてきた肺炎なるものを診療せずに終了してしまったのである。唯一あったのは、おなじ肺炎でも、Wegener肉芽腫症（現在のGPA）による肺病変であった。同様に、産婦人科ローテート中では、経膈分娩の見学経験が全くなかった。産まれるあかちゃんは、すべて帝王切開であった。ある朝に、付属病院勤務の医師の奥さんが下から産む、との情報がかけめぐりポリクリ班みんなで見学させていただいた。経膈分娩のイメージがついたのは非常にありがたかったが、なんだか申し訳ないような気持ちになった。また、その当時、自分の進路としておぼろげながら考えていた小児科にいたっては、ほぼすべてが悪性腫瘍をもっていった。亡くなることが確実な小児がんの担当をさせてもらいながら、子供

たちの無邪気な笑顔にいやされつつも、脱毛した頭に忍び寄る死の影をうけとめることができず、これは小児科医として到底やっていけない、と結論付けたのであった。「ポリクリ」でありながら、医療のきわめて限られた一面しかみていない、そのことに強烈な違和感をおぼえ、短絡的に大学での初期研修では意味がないと考え、当時めずらしかった市中病院の初期研修にとびこむこととなった。

初期研修はまだ必修制度化されていない時代であり、各科ローテーションなどの考えもなかった。まずは内科で基礎をつくる、その思いで内科主体の初期研修をスタートさせた。なるほど市中病院には、症例がたくさんあった。大学ではレアな肺炎もたくさんあった。季節になれば、ウイルス性腸炎がおしよせてきたし、インフルエンザもいやというほどみた。当時2年目で、100床規模の病院にて祝日の外来日直をしていると、午前中だけで50人ちかい患者が来院し、ただひたすらに診療したこともあった。野蛮といえばそうだが、地域でのコモンディーズの診療に汗まみれていること自体に全く違和感はなかった。これぞ総合診療、自分が理想としていた医師そのものだとおもっていたのである。

初期研修の間に、トップレベルの総合診療に触れる機会があったことは自分にとって幸運であった。京都では、京都大学に総合診療の教室が存在していたころから毎月GIMカンファレンスなるものがあり、先輩医師とともに初期のころから参加した。いわば診断クイズのような形式でカンファレンスがすすめられ、診断力、いまでいう臨床推論の力がずいぶん鍛えられたとおもう。その日は業務を早くおわらせて会場にかけつけ、そこで話される言葉の一字一句を聞き漏らすまいと必死に食らいつき、わからないことは帰ってから徹底的にしらべたことを思い出す。自分でも「肥厚性硬膜炎」「糖尿病性舞踏病」などの症例をひっさげて並みいる重鎮たちを前に極

度に緊張しながら発表した。いまでもカンファレンスとともに学んだ先輩の先生方とも交流があるのはありがたいことである。

当時研修していた病院は救急医療体制が十分ではなかったが、自分としては総合診療の究極として救急医療をとらえていた。「困ったときに患者の手をさしのべる」ことが医師としての原点であると思っていたので、突然の病にこまっているひとを助けるヒーロー的な存在が救急医のイメージであった。ぜひとも本場の救急医療を経験したいと思い、同僚の研修医たちとともに救急研修の希望を病院側に提出し、当時北米型 ER と銘打って 1 日平均 42 台の救急車をうけとっている福岡の病院で研修をさせてもらう機会をえた。内科でも外科でも小児科でも耳鼻咽喉科でもなんでもまずは ER で初期対応にあたるという姿勢であり、3 日に 1 回の当直が課されていたため、相当に多忙だろう、と覚悟を決めていったが、全国からも初期研修医が集結しており、研修医ひとりあたりの診療する担当患者の数は思っていた以上には多くなかった。それでも目の前を多数の症例が通過していった。自分の目指す総合診療のひとつの形ではあるとは感じたが、救急はやはり外科的手技が必須である、との思いに至った。内科を医療の中心として考えており、その延長で救急もできると考えていた自分としては衝撃であった。多発外傷で手術をする救急医の横で、ひたすら輸血をポンピングしながらそう思った。そして救急医への憧れは霧散するのである。ただ、当時ガイドラインがようやく策定された心肺蘇生についてその教育手法とともに自院にもちかえり、今でもつづく救急医学会認定の ICLS コースとして根付かせた。そのきっかけをいただいたことに非常に感謝している。2 年間は結局ほとんど内科+救急、わずかな外科研修でおえた。

初期研修の 2 年間と、地域の小病院での内科 1 年間ですぎ、自分にも専門をもちたいとの思いが芽生えだした。なぜだろう、やはり周りをみても専門をもつことが王道であり、憧れでもあったのだ。〇〇内科の医師です、と名乗りたかっただけではない、GIM カンファレンスのような診断推論も魅力はあ

るのだが、やはり患者を治したかった。救急医のような神の手はもたなくとも、仏心をもって有効な薬で患者を治したかったのである。

その当時の病院で医師が不足している分野であり、かねてより興味のあったところであったので、上司の K 先生より熱心にさそってくれた腎臓内科にすすむこととした。それでもやはり総合診療的に全身をみることについての自分の矜持もうしなわずにいたい、その思いに答えてくれたのは、K 先生がおっしゃった言葉、「腎臓は体全体をみる窓だよ」である。たしかに腎臓の疾患は多岐におよび、全身疾患と合併するものも多い。さらに、悪性腫瘍こそ泌尿器科分野ではあるが、それ以外の感染症や自己免疫、代謝疾患、血管疾患などほぼすべての病理を網羅している。さらに、京都でも有数であった透析分野を担うこととなれば、免疫不全や心不全をはじめあらゆる合併症が出現する透析患者を通じて、自分のおもいう総合診療が、専門性をたかめながら実現できるのでは、と考えたのである。

しばし、腎臓専門医・指導医をとることに専念したかったが、当時病院で救急集中治療分野を新規にたちあげることとなり、その中心となるよう要請されたため、自然と急性疾患の中での総合的な視野をつねに必要とされることとなった。集中治療を要する多臓器不全においては急性腎不全の割合が圧倒的に多く、急性腎不全の診療にどっぷりとはまった。当時急性血液浄化のエビデンスが迷走する中、市中病院の中でできるだけの高流量の持続血液濾過透析をおこなったし、尿道バルーンカテーテル内に流出し始めた尿が夜のベッド灯にかがやくのをみて、数日の疲れがふきとんだものである。腎臓専門医として、血液透析療法という圧倒的な武器をえてたかえることに深い満足感をえた。その際に、腎臓分野の中でもやや急性疾患に興味が傾きがちな私をみて、K 先生からは、「専門医というのはその分野では誰も知らない疾患についても熟知しておく責任がある」といわれ、専門医の矜持と覚悟をみた思いであった。ひろさに責任をもつのが総合診療であれば、専門医はふかさに責任をもたねばならないのである。

高齢化社会を背景に、多疾患併存の患者がふえた。専門医のはざまにおちこむ患者やそもそも専門分野にふりわけられない患者もふえた。たとえば、腎臓も心臓も肝臓も問題ない浮腫や、CKDも慢性心不全も肝硬変ももった患者の浮腫、専門医としては、「これは自分の分野ではない」と言いたくなる気持ちもわかるが、腎臓専門医をとったあともやはりそういういたくなかった。どの専門医もいやがるのであれば、こまっている患者の要望にこたえたい、複数の分野にもまたがるものであれば患者のQOLにもっとも直結する分野をみきわめたい、総合診療へのおもいがふつつつと頭をもたげた。腎臓専門医を目指す若手が増えるに従い、自院の腎臓分野に余裕ができたため、自分自身で総合内科をたちあげ、高齢患者を総合的に診療する分野に身を投じ、現在に至っている。なんのことはない、自身としてはいろいろと動き回っていたような気になっていたが、結局は総合診療という観音菩薩の掌の上で右往左往する孫悟空にすぎなかった、ふりかえればそれが自分の一番の希望進路であった。

総合内科とはなにか、総合診療とはやや性格を異にするかもしれない。私見ではあるが、総合診療が、慢性疾患の管理や予防医学の分野が中心で、内科にかかわらず科横断的に診療し、おもに診療所ベースではたらくことが主であれば、総合内科は、いわゆるホスピタリストであり、病院というセッティングで、内科の急性疾患をおもに担当するものであり、科横断的な分野、とくに感染症や栄養分野、血糖コントロールなどに強く、ときに自分の専門分野を有していることが多いのではないと思う。

とくに総合病院で働く場合、総合内科は、専門医との相対的な位置によってその守備範囲はおおきく変化する。専門医が不在の分野に総合病院としての責任がまっとうできるか、そこに働く総合内科医の懐の深さがとわれる。現在の病院では、かつては呼吸器内科医が不在であったり、現在も神経内科医が少数にとどまることなどがあり、総合内科医がアメーバのようにその守備範囲を伸縮している。

さらに、総合診療医の担うべき分野は教育である

と思う。患者をみるときに、臓器をみずにひとをみよ、とは言うは易いが行うは難し。また一人では到底患者の全体像をつかむことが難しい。多職種連携のもと患者まるごとをみる、という習慣は初期研修のうちから身につけていく方が望ましい。私も長きにわたり、初期研修および、現在は内科専攻医研修のプログラム責任者として教育にかかわり、専門医にすすむことが決まっても、ジェネラリストとしての側面をかならず身に着けてもらうようにしている。

ところで、話は変わるが、医師の仕事を行う上で小説や映画の影響がある、と思う。患者のもつ背景をすこしでも理解しようとする場合、あらゆる分野への興味や理解が欠かせない。それを端的にあらわしてくれている小説は人生を豊かに深くしてくれる。

「病床六尺」、正岡子規が肺結核におかされ、六尺にみえない病床の上でかきつづった随筆と俳句を新聞社に投稿しつづけた記録である。「糸瓜咲いて痰のつまりし仏かな」という辞世の句があるが、苦しみぬいた闘病の末に仏となるその陶酔ともいえる最期が印象的である。同様に、さだまさしの「解夏」、映画では大沢たかおが演じていたが、ベーチェット病におかされ、すこしずつ視野がむしばまれていく過程で苦しみぬく主人公が、最終的に失明となった時、仏教の世界で苦しい修行から解放される日である解夏になぞらえ、一人の僧が「それがあなたの解夏ですな」とつぶやいたこともまた感銘をうけた。

総合診療医のイメージをつくりだしてくれたのは、信州の山里で訪問診療をおこなう南木佳士の「阿弥陀堂だより」であった。最近では、本屋大賞を受賞した、夏川草介の「神様のカルテ」シリーズは圧巻である。夏目漱石の「草枕」を敬愛するという主人公の医師という設定で、地域の病院での総合診療をじつに生き生きと描き出している。決してヒロイックなエピソードばかりではないが、矛盾あふれる多忙かつ過酷な現実に押しつぶされそうになりながらも、芯のおった対応をする医師に喝采をおくりたくなる。

最後に、われわれのような都市部の中核病院でおこなう総合診療について、日本プライマリケア学会が提唱する、プライマリケアの5要素である、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性にわけて考えてみたい。

都市部の総合病院では、とくに地域の医師会との関係から、「近接性」が失われやすい。なにしろ病院に気軽にはかかれない、紹介状がないといけいない、紹介状がないと7000円以上もする選定療養費がかかるとなると、地域の人たちにとって病院が遠い存在になる。「あんたの病院急にえろうならはったなあ」と言われる。地域医師会との関係を築くにはむろん非常に重要なことであるが、患者にはなかなか理解しづらい、すべてはそちらの都合でしょ、となる。

また、専門科が多数存在する総合病院では「包括性」も展開しにくい。たとえば糖尿病科の専門医が多数いる病院では、血糖コントロールについても容易に手がだしにくい。まずはコンサルトでしょ、となる。専門医がたくさん充実している病院ほど、総合内科医の活躍の場がせばめられていく印象である。

また、長く診ていた患者が高齢になるにつれ、「継続性」もうしなわれる。病院に通えなくなった患者を訪問診療でもみてあげたい、またがんになった患者をみとってあげたい、その思いはつよいが、patient flowの時代である、訪問診療の得意な診療所や緩和ケア病棟にあってという間に患者はながされてしまう。

「責任性」これについては、専門医へのはしわたしが山場である。「なんでもかんでもおくってくるな〜」「なんでこんなになるまで放っておいたのか」などの専門医からの批判は甘んじてうけいれなければならぬ。前者はやや慎重派、後者は頑張ってみていたが専門医なら気づく陥穽に陥った場合である。患者の立場からすると、前者の方が安心には相

違ないが、専門医のキャパシティと需要のバランスをとらねばならぬ。やはり総合診療医は広い分野につき知識をアップデートしつづけねばならないのである。もちろん患者の考え方にも寄り添わないといけいない、ある医療資源のとぼしい地域では、「専門の先生にはみてもらわないでも大丈夫です」、「先生にすべてお任せしておりますから」と、言われるご高齢の方も多し。ああいいですよ、なんて安請け合いすると、ここには大いなる責任がともなう。患者の人生の中で、信頼する医師にすべてをゆだねる安心感はなにものにも代えがたいことも知っている、専門医を転々することは逆に不幸におもえてしまうのだが…。

やはり医師側からみると「協調性」がもっとも重要な要素かもしれない。むろん専門医にも必要な能力であるが、自分だけでは解決しない問題にたいして、頭をたれて担当患者のことをお願いすることができなければ総合診療医はつとまらない。専門医と総合診療医の間に上下関係はないのは当然のことであるが、ともすれば専門医から総合診療医が下にあるような接し方をされた機会を見聞きする。後医は名医であり、専門分野の深さにおいては到底総合診療医は及ばない、そのことは十分に理解したうえで、かぎられた医療資源の分布が適切となるように、おたがいの立場を慮る気持ちがなによりも必要である。

わからないことが多い、そんな臨床の不確かさを患者とともに共有する。「今はわからなくても先にわかることがあるかもしれない」と言い続け、患者の苦しみによりそう。Crowned dens syndromeなどは今や高齢者の頸部痛としてはcommon diseaseであるが、私が医師になったときには疾患概念がなかった。医療の海のひろさ、ふかさに常に畏敬の念をいだきながら、日々謙虚に学び続けるしかないのである。地域の中で一隅を照らす存在でいつづけた、それが現在のささやかな望みである。



会長 橋本康子

大阪府 千里リハビリテーション病院 理事長

会員の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は本会の運営ならびに地域の医療・介護活動に多大なるご尽力とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

このたび、日本慢性期医療協会総会において、引き続き3期目となる会長を拝命した。会員の皆様から賜った信任の重みを真摯に受け止め、その責任の重大さに身の引き締まる思いである。

2期4年間にわたり、本協会の活動を支えてくださったすべての会員の皆様、役員の皆様、各委員会、そして事務局の皆様にご心より感謝申し上げます。医療・介護提供体制は、物価高騰や人材不足への対応など、私たちを取り巻く環境はかつてないほど大きく変化した。そのような困難な状況にあっても、本協会は「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」の理念を揺るがすことなく、会員の皆様とともに歩み続けることができた。

この4年間、本協会は現場の声を社会へ届け、政策へ反映させるため、さまざまな提言と実践を積み重ねてきた。3期目では、その歩みをさらに発展させ、「寝たきりゼロ」の実現をはじめ、日本の医療・介護・福祉の現状改善に向けた具体的な取り組みを一層力強く発信してまいりたい。現場から新たな価値を創造し、制度改革へとつなげていくことが、今期に課せられた私たちの使命であると考えている。

慢性期医療は、急性期医療を終えた患者を受け入れる「受け皿」ではない。高齢化が進展する我が国

において、生活機能を維持・改善し、住み慣れた地域でその人らしい人生を送ることを支える医療であり、地域包括ケアシステムを支える重要な基盤である。急性期から在宅までをつなぐ医療の要として、その役割は今後ますます重要となる。

一方で、医療・介護を取り巻く環境は依然として厳しい状況におかれている。物価や人件費は上昇を続け、医療材料費や食材費、光熱費など病院経営を支えるあらゆるコストが増加している。しかし、その実態は診療報酬や介護報酬に十分反映されているとは言えない。医療・介護従事者の処遇改善が社会的要請となる中、多くの医療・介護施設が厳しい経営を余儀なくされている。

現場で働く医療・介護従事者の献身的な努力によって、現在の地域医療は支えられている。こうした努力が正当に評価されなければ、国民皆保険制度を維持することはできないだろう。本協会は今後も現場の実情を丁寧に発信し、必要な財源の確保と診療報酬・介護報酬の適正な評価を強く求めていく所存である。

私はこれまで、「リハビリテーションは医療である」という考えを繰り返し発信してきた。リハビリテーションは単なる機能訓練ではない。患者の残された能力を最大限に引き出し、寝たきりを防ぎ、日常生活動作（ADL）を改善し、自立した生活を支援する重要な医療である。

本協会では「寝たきりゼロ」を目標に掲げ、慢性期医療におけるリハビリテーションの充実を提唱してきた。寝たきりは高齢だから避けられないものではない。適切な医療とリハビリテーション、多職種による継続的な支援によって予防・改善できる場合も少なくない。患者一人ひとりの可能性を最後まで信じ、その人らしい生活を支えることこそ、私たちの使命であろう。

そのためには、病院だけでなく、在宅医療、介護施設、地域の介護サービスとの連携をさらに強化し、切れ目のない支援体制を構築しなければならない。また、医師、看護師、リハビリテーション専門職、介護職、管理栄養士、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士など、多職種がそれぞれの専門性を発揮しながら

協働するチーム医療をさらに推進してまいりたい。

そして、医療 DX への対応も重要な課題である。電子カルテ情報の利活用や医療情報の共有、AI 技術の活用は、医療の質と効率を高める可能性を秘めている。しかし、高齢患者が多い私たちの現場では、DX はあくまで患者のために活用されるべきものであり、人と人との温かな医療を置き換えるものではない。テクノロジーと人間らしいケアを調和させることが重要だろう。

また、人材育成も重要な柱である。本協会では総合診療医認定講座、看護師特定行為研修、リハビリテーション看護師やメディカルケアプランナー研修など、新たな人材育成にも取り組んできた。専門職の能力向上と多職種連携を推進できる人材の育成は、医療の質を高める重要な基盤である。今後も教育研修を充実させ、全国の会員施設とともに質の高い医療・介護を実現してまいりたい。

私たちが目指すのは、「寝たきりゼロ」の実現だけではない。患者一人ひとりが、その人らしく人生を送り、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられ

る社会を実現することである。そのためには、医療・介護・福祉がそれぞれの役割を果たしながら、一体となって支え合う仕組みを築いていかなければならない。これこそが、本協会が目指す未来であると考えている。

日本慢性期医療協会は、会員の皆様一人ひとりの英知と実践によって支えられている。これからも全国の会員施設が互いに学び合い、支え合いながら、慢性期医療の質の向上と日本の医療・介護・福祉の発展に貢献できる組織であり続けたいと考える。第3期も、会員の皆様と心をつなげて、新たな時代を切り拓いてまいりたい。

医療は命を支え、介護は暮らしを支え、福祉は人生を支える。これらは決して別々のものではなく、一人の人を支えるための一つの営みである。日本慢性期医療協会は、その中心に立ち、現場の声を力に変え、日本の医療・介護・福祉の未来を切り拓いてまいる所存である。会員の皆様には、今後とも一層のご理解とご支援、ご協力を賜るよう、心よりお願い申し上げます。



副会長 池端幸彦

福井県 池端病院 理事長

このたび橋本康子会長のもと、日本慢性期医療協会副会長を引き続き拝命し、8期目を務めさせていただくこととなった。会員の皆様からの長年にわたるご支援とご厚情に、心より感謝申し上げたい。

また本年6月には、日本医師会副会長を拝命した。日本慢性期医療協会の役職との兼務となるが、私はこれを、二つの役職を兼ねる事になったというよりも、「新たに、慢性期医療の声を日本医師会、さらには国の医療政策へ届ける責任を担った」と受け止めている。

我が国は世界に例を見ない超高齢社会を迎え、医療提供体制は大きな転換期にある。急性期医療の充実はもちろん重要だが、治療後の生活を支え、慢性疾患や複数疾患を抱えながらも、その人らしい人生を支える医療なくして、これからの地域医療は成り立たない。

ご承知の通り、慢性期医療は決して「治療を終えた後の医療」ではない。疾病の重症化予防、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、認知症ケア、在宅復帰支援、人生の最終段階における意思決定支援など、多職種が連携しながら患者一人ひとりの生活と尊厳を支える医療そのものである。その重要性は、高齢者救急や地域包括ケアシステムの推進とと

もに、ますます高まっていくと考える。

一方で、慢性期医療を取り巻く環境は依然として厳しいものがある。物価や人件費の高騰、医療DXへの対応、医師の働き方改革への対応など、医療機関経営はかつてない難局に直面している。さらに、新たな地域医療構想や2040年を見据えた医療提供体制の議論も本格化しており、慢性期医療が果たす役割を、これまで以上に明確に示していくことが求められている。

そのためには、もはや「慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」と訴えるだけでは十分ではない。日頃から会員施設が実践している医療の質やアウトカムを客観的なデータとして示し、科学的根拠に基づいて社会へ発信していくことが不可欠であろう。私は中医協委員を務めた経験を通じて、政策決定の場では現場の熱意だけではなく、客観的データが極めて重要であることを改めて実感した。日本慢性期医療協会としても、調査・研究機能をさらに強化し、慢性期医療の価値を「見える化」していくことが重要であると考えている。

幸い現在、日本医師会においても病院、地域医療、在宅医療などを担当する立場をいただいたところである。日本慢性期医療協会が長年培ってきた知見や現場の経験を、日本医師会の議論にも積極的に反映させるとともに、病院団体との連携をさらに深めながら、国民が安心して必要な医療を受けられる持続可能な医療提供体制の構築に力を尽くしてまいりたい。

慢性期医療は、日本の超高齢社会を支える医療の基盤である。そして、その使命はこれからさらに大きくなっていくだろう。橋本会長をはじめ役員、会員の皆様と力を合わせ、「国民のいのち・暮らし・尊厳を守る慢性期医療」のさらなる発展に全力で取り組んでいく所存である。引き続き、皆様のご支援とご協力を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

**副会長 安藤高夫**

東京都 永生病院 理事長

厚生労働大臣政務官在任中は役員を離れていたが、この度、再び日本慢性期医療協会の副会長を拝命した。

政務官退任後、昨年度末の補正予算編成や診療報酬改定率の決定に際しては、日慢協をはじめとした関係団体とともに医療・介護現場の実情を訴え、必要な財源の確保や改定率の引き上げにつなげることができた。来年の介護報酬改定、再来年の診療報酬改定に向けては、必要に応じて期中改定も視野に入れながら、物価高騰が続く中でも医療・介護現場を支えることができる報酬体系や必要な財政支援の実現を目指していく。

特に私が危機感を持っているのが、病院や介護施設の建替え問題である。建築費の高騰により、地域の医療・介護を担う施設の更新が困難になりつつある。地域包括ケアシステムを支える基盤を維持していくためにも、建替えを取り巻く課題について積極的に問題提起するとともに、日慢協での政策提言や

国政の場を通じて必要な支援策の実現に向けて取り組んでいきたい。あわせて、長年の課題である控除対象外消費税問題についても、引き続き解決に向けた働きかけを続けていく。

高齢化が進み、医療・介護双方の需要が増大する中で、地域包括ケアシステムを支える慢性期医療の重要性はますます高まっていくだろう。誤嚥性肺炎や尿路感染症など、高齢患者に多い疾患への対応に加え、急性期治療後の患者を地域で支えていくことは、慢性期病院が長年担ってきた。また、リハビリテーション、栄養管理、口腔ケア、認知症ケアなどの分野においても、多くの実践と経験を積み重ねてきた。こうした慢性期医療の役割や機能は、高齢化が進む中で、重要性を一層増していくものと考えている。こうした慢性期医療の役割や機能が地域医療の中で十分に発揮されるよう、必要な環境整備に取り組んでいきたい。

慢性期医療の価値や医療の質を社会に示していくためにも、現場感覚だけでなく、客観的なデータに基づく発信は重要である。武久洋三名誉会長の会長在任中から、日慢協は現場の課題をいち早く捉え、積極的に政策提言を行ってきた。橋本康子会長の現場感覚を大切にする姿勢や、データに基づく政策提言を重視する考え方は、患者・利用者にとってより良い慢性期医療の実現につながると確信している。

橋本会長のもと、会員病院の皆様とともに、患者・利用者が安心して地域で暮らし続けることができる医療・介護体制の実現に尽力してまいりたい。

会員病院の皆様方には、引き続きご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



副会長 矢野諭

東京都 平成扇病院 院長

この度5期目の副会長を拝命することになった。病院長を務めていた北海道小樽市の南小樽病院を退職して単身で上京したのが、2013年9月のことだった。それに至る経緯について端的に言えば、日本慢性期医療協会（日慢協）の活動に自由に心置きなく、積極的に参画できる環境を求めて、敢えて北海道から東京に生活の拠点を移したということである。それほど日慢協の活動は魅力的であり、充実感を味わえるものであった。日慢協の活動で多少の実績があったとしても、北海道出身の田舎者の自分が、臨床医としても管理者としても、首都東京でやっていけるという保証は全くなかったが、大きな不安は感じなかった。まず、武久洋三現名誉会長にお願いして、平成医療福祉グループ関連の調布市の多摩川病院理事長として、東京での医師としてのスタートを切ることが出来た。その後は、関東地区のいくつかの病院に関与し、あっという間に10年が過ぎた。現在は足立区の平成扇病院（2016年開院、回復期リハビリ病棟60床、医療療養病棟60床）の院長として、臨床は特養2か所の訪問診療、外来リハビリ、訪問リハビリが中心である。業務では、病院が乱立する東京都において、診療の質を担保しつつ安定した病床稼働率を維持するには、他院との「差別化」が必須であり、病院管理者としての綿密なマネジメントが求められる。患者紹介元の激増・多様化

に対応した外部との連携、患者フローの把握、入院調整などに連日関与している。上京後約13年、未知の土地で、臨床医としても病院管理者としても大きな失態がなく何とかやってこられたのは幸運だと思う。

日慢協の委員会活動では、「看護師特定行為研修委員会・管理委員会」委員長、「診療の質向上委員会」委員長を継続する。「看護師特定行為研修」（共通科目5教科）、「総合診療医認定講座」（医療の質指標と総合機能評価、嚥下障害・肺炎の2コマ）、「看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座」（医療安全対応）の講師も担当する。また上京後の色々と縁から、東京大学大学院医学系研究科非常勤講師（慢性期医療のQI）、兵庫県立大学大学院社会科学部研究科客員教授（臨床倫理学）も務めている。「日本地域医療学会」副理事長、学術委員会委員長、「看護師特定行為に係る指定研修機関協議会」監事、日本医療機能評価機構医療の質向上のための体制事業「QI標準化・普及部会」委員、「日本病院団体協議会実務者会議」委員としての活動もある。自分は臨床医であり専門の研究者ではないが、「学術・アカデミズム」に対する特別な思い入れ（憧れのようなもの）が人一倍強く、大学医学部に象徴される役割である「臨床」、「研究」、「教育」にバランス良く携われる医師になることが理想であった。日慢協のおかげで、それが実現出来たと感じているが、特にその中で、2024年11月に「第32回日本慢性期医療学会」（パシフィコ横浜）の学会長を務めさせていただいたことは、大変光栄であり望外の喜びであった。先日、ある看護師から冗談交じりに『いつまでこんな芸能人のような生活が続くんですか？』と言われた。しかし実は、この生活パターンこそがプライベートも含めた充実感を支える原動力になっている。住居は日慢協事務局から徒歩7～8分のところである。副会長職は重責であるが、日慢協に恩返しの意味も込めて、「身体の続く限り務めさせていただきたい」という思いである。



副会長 井川誠一郎

大阪府 淀川平成病院 診療本部長

このたび、日本慢性期医療協会の副会長に再度指名をいただき、3期目の任を拝命した。身に余る重責であり、これまで以上に誠実に職務を全うしなければならないと改めて身の引き締まる思いである。

私は、2022年に武久洋三先生が会長を退任され、橋本康子先生が当協会の会長にご就任された折、初めて副会長を拝命し、以来2期4年間、橋本会長、各副会長、事務局長とともに、協会の歩みをより良いものとするために奮闘してきた。今般の理事会において橋本会長より再指名をいただいたことを踏まえ、これまでの取り組みを確実に次の段階へつなげるべく、さらなる努力を重ねる所存である。

私の担当業務はいずれも重要であるが、その中でも、慢性期医療を代表する委員として出席している中医協の診療報酬調査専門組織、入院・外来医療等の調査・評価分科会（入院・外来医療分科会）は極めて重要である。本分科会は、医療機関への実態調査等を通じて、医療の質や提供体制の現状を把握し、診療報酬が適切に機能しているかを評価するとともに、次期改定に向けた技術的検討を行うことを目的としている。その結果は中医協総会において、診療報酬改定の重要な参考資料として示され、多くの調査専門組織の中でも中核の位置を占める。慢性期医療の実態を踏まえた視点を損なうことなく、責任をもって発言し、検討の質を高めることが求められていると考える。

本分科会の前身に当たる入院医療等の調査・評価分科会が2012年8月に発足した際、慢性期医療側

の委員として武久洋三名誉会長が厚労大臣より任じられ、その後、2014年6月からは池端幸彦副会長が務められ、私は2020年から担当している。昨年、70歳の節目を迎えたことに伴い、厚労省より年齢的に原則として再任が認められない扱いとなる旨の通知があったが、これまでの経過を踏まえ、次期改定までの期間を途切れさせないことが必要であると判断し、特段の理由による再任を願い出て、了承を得た経緯がある。これからも、分科会の議論に最後まで関与し、橋渡しの役割を果たすことが私の使命である。

一方で、昨年秋に池端副会長が中医協委員を退任されたため、正直なところ若干の心細さはある。しかし、2040年に向けて包括期・慢性期医療の重要性が増すことは明白であり、安易に沈黙することはできない。生来寡黙な性格ではあるが、分科会の中では積極的に発言し、データと現場の根拠を結び付けて議論を前に進める必要があると感じている。

併せて後任の先生を見つけ、強引にでも引き受けていただくことも重要である。この委員の席は、慢性期医療を代表する立場として、日本慢性期医療協会の役員が受け継いできたものである。慢性期医療を最も的確に把握し得るのは、当協会の会員以外にあり得ない。その知見を確実に継承するためにも、次の担い手の確保と引き継ぎを、私の役務の一つとして徹底したい。

また、副会長としては、諸先生方のご負担をできる限り減らすことも重要な職務である。池端副会長には日本医師会の副会長、世界医師会理事としてご活躍いただくなど、ますます多忙であることと伺っている。安藤先生も衆議院議員としてのご活動があり、矢野、中尾両副会長におかれても、それぞれ重要な役割を担われている。私としては、可能な範囲で分担を引き受け、協会の活動が滞りなく進むよう努力する。

もちろん、これらの取り組みは役員のみで成し遂げられるものではない。理事の先生方、会員の皆さまのご協力とご支援があって初めて成立する。今後も皆さまの応援をお願い申し上げ、3期目の就任の挨拶とする。



副会長 中尾一久

福岡県 高良台コミュニティホスピタル 理事長

2016 年度に当協会理事就任，2022 年度に常任理事，2025 年度に橋本康子会長よりご推薦頂き，副会長に就任した。この度，二度目の副会長を拝命することになった。毎月開催される理事会に先立ち，協会の運営に必要な三役会というものがある。会長，副会長，事務局長が参加するが，家族会議のような暖かいものであり，これは三役の先生方と事務局の「良い想念，お人柄」のお陰ではないかと思う。

今年度の私の使命は，副会長としての役割を遂行することは当然であるが，11 月に開催予定の第 34 回日本慢性期医療学会を学会長として滞りなく行うことである。コロナ禍であった 2021 年 2 月に第 8 回慢性期リハビリテーション学会を福岡にて学会長として開催（Web）したので，福岡での学会は私としては二度目になる。私を応援して頂き，当協会へ導いて頂いた（故）原寛先生が天国から見守って頂いているような気がする。

本学会のテーマは，「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～」である。医療や介護は，国民にとってなくてはならない重要なインフラであることは言うまでもないが，このことを国民は本当に実

感，共感しているだろうか。特に若い世代にとってみれば，社会保障費に関する出費が増えるだけで，あまり自分自身にメリットを感じてないのではないだろうか。少子高齢化の日本において，諸物価高騰に追いついていない現行の給与水準では，頭では理解できるが，心では納得できていないのではないか。そもそも医療と介護は，治療やサービスという現物支給という形で，提供する側と提供される側の契約（信頼関係）で成立させている。ところが近年この信頼関係が薄れてきている。特にコロナ後のインフレのための諸物価高騰に伴い，多くの病院が赤字だと報道されたが，自身の生活の方が赤字問題より大事なのではないだろうか。医療や介護の主役は，国民であり，我々医療提供側ではない。我々は地域医療や国民のために働いているといくら叫んでも，国民の理解が得られなければ，我々の存在意義はない。であるならば，我々の存在意義を示そうではないかというのが，本学会のテーマに繋がる。その手段として，地域とともに医療と介護があることを具現化する，すなわち我々が地域共生社会を創る必要があるということである。そのためには，我々医療人が心身ともに幸せである状態（well-being）で仕事に向き合える健康経営が必要であり，地域に一番近い慢性期医療がまちづくりに着手するべきではないかと考える。勿論，地域ごとでまちづくりの内容は異なるはずであり，まずは地域のニーズに答えることから始めるべきではなかろうか。

武久洋三名誉会長が言われた「良質な慢性期医療がなければ，日本の医療は成り立たない」という言葉は本当に納得できる言葉であり，会員の皆様とともに良質な慢性期医療とは何かを追求し，日本の明るい未来を国民に提供できるよう尽力していきたい。

今後とも会員の皆様方のご指導，ご鞭撻のほどをお願い申し上げます。

**常任理事・事務局長 富家隆樹**

埼玉県 富家病院 理事長

このたび、日本慢性期医療協会の常任理事・事務局長を拝命することとなった。引き続きこの重責を担わせていただくことに対し、会員の皆様をはじめ、役員ならびに関係者の皆様のご信頼とご支援に心より感謝申し上げます。橋本康子会長のもと、協会のさらなる発展に向けて与えられた任務を着実に果たすべく、身の引き締まる思いで職務に臨む所存である。

我が国の医療を取り巻く環境は大きな転換期を迎えている。高齢患者の多くは複数の疾患を抱え、医療のみならず、介護、リハビリテーション、生活支援を含めた包括的な対応を必要としている。新たな地域医療構想では、急性期、包括期、慢性期という機能の境界は次第に薄れ、それぞれが連携しながら患者を切れ目なく支える医療提供体制が求められている。医療機能ごとの役割は異なっても、患者を中心に据え、その人の命と生活を支えるという目的は共通である。

急性期医療が命を救い、包括期医療が生活への回復を支え、慢性期医療がその後の人生と暮らしを支える。しかし、これらは独立したものではなく、一人の患者の人生を支える連続した医療である。病気や障害だけを見るのではなく、その人が歩んできた歴史、家族とのつながり、大切にしてきた思いに目を向け、多職種が力を合わせて支援することが重要である。慢性期医療には、長期にわたり患者と家族に寄り添い、医療と介護、地域と生活をつなぐ役割がある。

このような時代において、日本慢性期医療協会に求められる使命は、これまで以上に大きい。診療報酬や介護報酬の改定、医療提供体制の再編、人材不足への対応など、会員施設が直面する課題は多岐にわたる。協会には、現場の声を国や社会へ届けるとともに、慢性期医療の価値と必要性を広く発信し、全国の会員施設の知恵と経験を結び付ける役割がある。

2026 年度も研修委員会委員長として、会員施設の人材育成と医療・ケアの質の向上に取り組む。制度や知識を学ぶだけでなく、患者の尊厳を守る姿勢、多職種で協働する力、現場の課題を解決する実践力を育む研修を充実させていきたい。

事務局長として、橋本会長を支え、役員、各委員会、事務局が一体となって活動できるよう、円滑で開かれた協会運営に努める。患者中心の医療を実現するために、日本慢性期医療協会が果たす役割は今後ますます大きくなる。会員の皆様と力を合わせ、協会のさらなる発展に全力を尽くしていく決意である。

日慢協役員紹介コーナー

	常任理事 中西克彦 北海道 定山溪病院 院長 2018年に慢性期医療の世界に飛び込み、2022年より理事、2024年より常任理事を務める。また、2024年発足の都道府県慢性期医療協会会長会議の初代議長を拝命した（「北から順番」だと思っている）が、協会への貢献の難しさを実感している。今後も慢性期医療の発展のため、微力ながら尽力したい。		常任理事 安藤正夫 宮城県 金上病院 理事長 災害対策委員会委員長と機関誌JMCの編集副委員長を拝命している。甚だ微力ではあるが少しでもお役に立てるよう尽力したい。また、来年の第35回日本慢性期医療学会の開催地に仙台市を選んで頂いた。東北地方慢性期医療協会として鋭意取り組んでいく。ご指導ご鞭撻何卒宜しくお願い致したい。
	常任理事 鈴木邦彦 茨城県 志村大宮病院 理事長 これまでの地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現にかかりつけ医機能の強化を加えた医療提供体制改革が、高齢化がピークとなる2040年に向けて始まろうとしている。地域包括ケアを支える地域密着型中小病院としての在宅療養支援病院は、生き残りをかけて地域共生多機能職種協働拠点を目指す必要がある。		常任理事 田中志子 群馬県 内田病院 理事長 引き続き常任理事に選任いただいた。継続して介護給付費分科会委員として地域の現場の患者、ご家族、職員の声を制度へ届け、制度を現場で機能する形への橋渡し役を果たしたい。身体拘束に頼らないケア、看取り、地域共生の実践を共有し、その人らしく生きることのできる地域づくりに力を尽くしたい。
	常任理事 美原盤 群馬都 美原記念病院 院長 新たに発表された「地域医療構想策定ガイドライン」は、地域全体の医療提供体制のあり方を問うものである。ここで求められるのは「連携」であり、日慢協はこの地域医療連携の中心として機能することが期待される。再度常任理事としての立場をいただいたことの重要性をしっかりと認識し、その職務に応えたい。		常任理事 進藤晃 東京都 大久野病院 理事長 常任理事と広報委員長を務めさせていただいている。医療提供体制は激変を迎えており、在宅療養を支える慢性期・包括期医療へ対応しなければならない。医療と介護を合わせて提供できる組織になりたいと考えている。微力ながら慢性期・包括期の医療・介護を充実させて行くことに努めたい。

日慢協役員紹介コーナー



常任理事 中村哲也

東京都 板橋中央総合病院
理事長

超高齢化社会の問題は日本だけにとどまらず、韓国や中国などアジア諸国の共通の問題である。国際委員会での活動は慢性期医療の質の向上を目指し、アジア諸国と情報を共有して今後の未来を考えていく。今年は第7回アジア慢性期医療学会の開催があるので、慢性期医療の発展のために新しい関係を築いていきたい。



常任理事 鈴木龍太

神奈川県 鶴巻温泉病院
名誉院長

2018年から日本介護医療院協会会長を務めている。介護医療院は医療が必要な重度要介護者の最後の砦として、超高齢社会になくてはならない存在となっている。2012年から学術委員会委員長として、JMC投稿論文の掲載判定、優秀論文、優秀演題選考に関わっている。今後もできる限りの力を尽くしていく所存である。



常任理事 仲井培雄

石川県 芳珠記念病院 理事長

2026年度診療報酬改定や新たな地域医療構想において「治し支える医療」は標準仕様となった。リハビリテーション・栄養・口腔の取り組みや看護・多職種協働加算が急性期にも広がる中、私達は単に支えるだけでなく、包括期での高齢者救急、慢性期での中長期にわたる入院医療や在宅療養支援を力強く訴求していきたい。



常任理事 猿原大和

静岡県 介護医療院湖東病院
理事長

常任理事に加え、日本介護医療院協会副会長も務めさせていただいている。2040年を見据え、医療ニーズの高い高齢者の増加に伴い、介護医療院の果たすべき役割はますます重要となる。介護報酬改定、新たな地域医療構想、医療DX、人材確保等の諸課題に真摯に向き合い、良質な慢性期医療の実践を通じて地域貢献したい。



常任理事 鉄村信治

奈良県 奈良東病院 理事長

このたび常任理事を拝命した。診療報酬改定はプラス改定となったが、さらなる物価や人件費の高騰により経営環境は依然として厳しい。一方で、慢性期医療が果たす役割はますます高まっている。奈良県慢性期医療協会との連携も深めながら、微力ながら当会の発展に尽力してまいりたい。

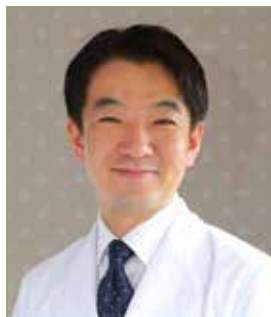


常任理事 江澤和彦

岡山県 倉敷スイートホスピタル
理事長

病院の7割、診療所の4割が赤字という異常事態での令和8年度診療報酬改定は、+3.09%と30年ぶりの大台となり、その多くは特に厳しい状況の急性期医療に配分された。今後、急性期も含めて、包括期・慢性期医療を担う医療機関の全てが健全経営を担保し、質の高い医療を提供できるよう全力で取り組んでいきたい。

日慢協役員紹介コーナー



常任理事 木下祐介
山口県 光風園病院 院長

医療、介護、障害福祉の垣根を越え、分野横断的にリハビリテーション政策を推進する目的で、『リハビリテーション統括調整室』が設置された。急性期から慢性期まで切れ目のないリハビリテーションが推進され、慢性期医療の核となる医療療養病棟における入院リハの充実につながることを期待している。



常任理事 木戸保秀
愛媛県 松山リハビリテーション病院 理事長

リハビリテーション医療の対象者は疾患別やFIMが向上する者だけではない。体や日常生活に支障をきたす全てがリハビリテーション医療の対象で、継ぎ目のない医療提供そのものがリハビリテーション医療である。日本慢性期医療協会の立ち位置はそこにあると強く思う。これからもよろしくお願い申し上げます。



常任理事 西尾俊治
愛媛県 南高井病院 院長

当協会主催の「排尿自立支援加算をとるための研修会」と「総合診療医認定講座」を担当している。排泄支援はますます必要になってきていると実感している。「排尿自立支援加算」をとっている施設は全国で1069施設（約13%）しかない。全施設で加算が取れるようにしたい。「地域に役立つ総合診療医」も増やしたい。



常任理事 志田知之
佐賀県 志田病院 理事長

今年から常任理事を拝命した。理事となって10年が経過した。10年は長いようであつという間であつたが、この10年で慢性期医療を取り巻く環境は大きく変化した。明るい話を聞かない昨今であるが、機関誌編集や委員会活動を通して、会員病院に前向きなメッセージが届けられるような今後であることを期待したい。



理事 浦信行
北海道 札幌西門山病院
名誉院長

超高齢化社会では医療から介護への円滑な移行が必須だが、介護支援専門員の不足は北海道では顕著であり、札幌とて例外でない。当院では複数の専門業務を兼務する職員の育成を行い、例えばリハ専門職が介護支援専門員を兼務しているが、両業務の理解や多職種連携の観点からも良好な業績を積み上げている。



理事 橋本洋一
北海道 苫小牧東病院 院長

北海道の21ある2次医療圏の中で、15の2次医療圏が人口20万未満で、12の2次医療圏が20%以上の入院患者流出率を示し、地域完結型医療の大きな阻害因子が存在している。新地域医療構想において、地方では急性期拠点機能と高齢者救急の重複機能を合わせ持つ医療が明記され、これに沿って航を切ることが決定された。

日慢協役員紹介コーナー



理事 於本淳
青森県 於本病院 院長

このたび、日本慢性期医療協会の役員に再任され、その責任の重さを実感している。自らが医療に携わる地域の立場から、地域の課題や実践を全国へ発信し、会員の皆様との連携を深め、誰もが安心して療養できる医療体制の充実に尽力するとともに、慢性期医療の発展と地域医療の向上に貢献していく所存である。



理事 木村尚人
岩手県 南昌病院 院長

東北地方のケアミックス病院として培った地域医療の現場に根差した経験を生かし、慢性期医療の発展に協力したい。地域の課題や実情を全国へ広く発信し、多職種連携と人材育成を推進し、日本全国どこでも患者と家族が安心して暮らせる医療提供体制の充実に努め、協会の活動に誠実に貢献していく所存である。



理事 小谷野博正
秋田県 外旭川病院 院長

2024年に引き続き、理事を拝命した。ホスピス担当医として患者の症状を緩和し、患者自身の大事な時間を穏やかに過ごせるように日々努めている。それとともに病院として地域医療への貢献も図っていけるように取り組んでいきたい。今後とも微力ながら日本慢性期医療協会に貢献したいと思う。



理事 渋谷磯夫
山形県 尾花沢病院 理事長

慢性期医療は、重度化する患者への長期的支援や多職種連携の強化が求められ、地域包括ケアの中核として役割が一層重要になっている。現場の声を踏まえ、安心して療養できる慢性期医療の充実に努め、地域に貢献する所存である。



理事 照沼秀也
茨城県 いばらき診療所 理事長

私が慢性期医療に関わりを持ったのは小山秀夫先生の影響が一番多かったと思う。もちろん、天本宏先生や加藤隆正先生にご指導いただいたことも、大きな財産となっている。最近では、日本在宅救急医学会と日本病院前救急診療医学会（ドクターヘリ、ドクターカーの学会）で活動している。



理事 斉藤正身
埼玉県 霞ヶ関南病院 理事長

理事重任を拝命し、身の引き締まる思いである。日本リハビリテーション病院・施設協会の会長として、当協会と二人三脚で、高齢者や障害者のリハビリテーション・ケアの発展に寄与したい。住み慣れた地域でその人らしく生きられる地域共生社会の実現に向け、その橋渡し役を果たす所存である。

日慢協役員紹介コーナー



理事 唐澤秀治

千葉県 初富保健病院 理事長

2025年5月からNEWS2 (National Early Warning Score 2) の院内での全面活用を開始した。また2025年10月に高齢者救急トリアージ室（院内名称：初富ER）をオープンした。日慢協においても、高齢者救急の分野で貢献したいと考えている。



理事 竹川勝治

東京都 愛和病院 理事長

東京23区は地価や人件費が高騰し、高度急性期病院が過剰な地域である。しかし高齢化が進む都市部こそ、在宅復帰や療養を支える慢性期医療の役割が不可欠だ。新役員として地域に根ざした慢性期病院の重要性と必要性を広く発信し、誰もが安心して暮らせる医療体制の構築に貢献していきたい。



理事 田中裕之

東京都 陵北病院 院長

この度、理事に再任いただいた。地域包括ケア病棟と介護医療院を運営する立場から、高齢者救急を含む医療・介護連携を推進し、重度の要介護者や認知症の方が尊厳をもって暮らせる慢性期医療の充実に努めたい。地域の多職種と力を合わせ、現場の声を協会活動に届けていく。会員の皆様とともに歩んでいきたい



理事 中尾健太郎

神奈川県 イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 院長

平成25年にイムスグループに所属し平成26年7月に当院（旧新戸塚病院）赴任、令和3年病院長に就任した。あきらめないリハビリテーションを心がけて地域に根づいた慢性期医療を行っている。微力であるが理事として日本の慢性期医療の発展に努めていきたいと思う。



理事 林光輝

新潟県 三条東病院 理事長

病床機能の整理が進み、慢性期医療の守備範囲は増々広がった。目指すところは全人的医療・介護であるが、同一病床でも施設により力量に格差があることは否めない。日慢協主催の学会、研修、講習を通じて研鑽を重ね、社会ニーズに応える事を責務として理事としての任期を全うする所存である。



理事 大西仙泰

富山県 いま泉病院 理事長

富山県慢性期医療協会は、看護部会・リハビリテーション部会・管理栄養士部会、薬剤師部会を立ち上げ活動を行っている。今後も各部会の連携を密に図り、「とやまの力」を高めていきたいと思う。

日慢協役員紹介コーナー



理事 佐藤仁美
山梨県 城東病院 院長

長年高齢者医療に携わり、日本慢性期医療協会から多くの学びを得てきた。地域と共にある病院を目指し、一人一人がその人らしい人生を送れるよう医療ケアの質の向上、地域支援に向き合う毎日である。今年度より、当協会の理事を拝命し、諸先生方のご指導をいただきながらさらに邁進する所存である。



理事 古屋俊宏
山梨県 恵信甲府病院 理事長

2018年7月に前任の横山宏先生より日本慢性期医療協会理事を引き継ぎ、この度4期目となる。日本慢性期医療協会の益々の発展に、微力ではあるが尽力したい。また、地元山梨県の慢性期医療の質の向上に努め、安心できる医療体制づくりに協力していきたい。



理事 丸山和敏
長野県 丸子中央病院 理事長

3期目の理事を拝命した。地方における人材不足は危機的状況である。更に中東情勢の緊迫化による資材不足、物価高騰は医療施設の経営に想定外の影響を与えている。新たな地域医療構想も始まり、慢性期医療が果たすべき役割の重要性が増している。この難題を皆さんと知恵を出し合い、地域医療の発展に尽力したい。



理事 木本紀代子
静岡県 東名裾野病院 理事長

理事を拝命する事となった。感謝申し上げる。地域格差はすべての分野で拡大している。地方中小病院は介護と医療の融合が必要でありサービスの多様化が進んでいる。それに対応する人材がいない。努力だけでは理想と現実は埋まらない。皆様のお知恵をかりながら協会の発展に微力でも尽くしていきたいと考える。



理事 小林清彦
愛知県 小林記念病院 理事長

2期目の理事を拝命した。加えて本年度は、東海慢性期医療協会においても、佐藤貴久前会長の後任として会長に就任した。この厳しい時代にあってこそ、叡智を結集し、良質な慢性期医療の提供が重要である。微力ではあるが、協会のさらなる発展と地域医療への貢献に向け、全力で取り組む所存である。



理事 佐藤貴久
愛知県 相生山病院 理事長

今年度より日本慢性期医療協会の理事に加えて頂いた。新たな地域医療構想実現に向けて、今後病床機能・医療機関機能の転換を迫られる慢性期医療機関も少なからずあるだろう。当協会の参加施設は地域に必要とされ、街づくりの一環となり頑張られることを切に願っている。微力ながら協力していきたい。

日慢協役員紹介コーナー



理事 田中民弥

三重県 伊勢田中病院 理事長

当院は地域包括ケア61床、障害者病棟22床の病院である。有料老人ホーム、看護小規模多機能などを併設している。日慢協理事会に参加していると、経営の参考になることが多い。今後は、私共の方からも皆さんに情報提供できるように頑張りたい。地元東海地区、三重県の慢性期医療にも有用な情報を伝達したい。



理事 清水紘

京都府 京都南西病院 理事長

私が運営する介護医療院の入所者の平均年齢は私より一歳下である。そのような私が理事を引き受けて良いか迷ったが、武久洋三名誉会長は私より一歳半も年上であると思い直し、お引き受けした。全国の病院の7割もが赤字で、人手不足も深刻である。そんな状況下で日慢協は会員施設に何ができるか、責任は重大だ。



理事 坂本勇二郎

大阪府 坂本病院 理事長

今や医療ニーズは従来の病気を治す急性期医療と高齢者の能力を支える慢性期医療に二分化された。前者は大規模な公立病院に集約され、後者は中小民間病院に分散されていく。在宅医療、高齢者救急、障害者医療、終末期医療をシームレスに結び付け、日慢協の皆様と、人生最後のあり方について共に考えていきたい。



理事 藪本知里

大阪府 阪和病院 理事長

高齢社会が加速する中、慢性期医療の役割は「待つ医療」から「つなぐ医療」へと変わりつつあると感じている。グループの多様な病床機能を活かし、患者一人ひとりが住み慣れた地域で尊厳ある生活を続けられるよう、皆様とともに取り組んでいきたい。



理事 越智豊

兵庫県 北摂中央病院 院長

急性期医療のみならず、医療療養も、舵取りがますます難しい時代となった。高市政権に代わって少しは改善があるものの、この診療報酬改定で足りる筈はなく、更に積極的財政に取り組まなければ、日本消滅の危機を危惧している。一理事として何とか、頑張りたいと思っている。



理事 成川暢彦

和歌山県 桜ヶ丘病院 理事長

日本慢性期医療協会の理事に加えていただき8年になる。近年の物価上昇や人件費の高騰を背景に、医療機関の経営環境は厳しさを増している。引き続き、日本慢性期医療協会の理事として、微力ながらも協会の発展に尽力していきたいと考える。今後とも御指導の程宜しくお願い申し上げます。

日慢協役員紹介コーナー



理事 加藤節司
島根県 加藤病院 理事長

僻地医療を担う者として、地域に根差す医療の尊さと使命を深く心に刻んでいる。新たな地域医療構想のもと、地域の皆様に

寄り添い、その暮らしと安心を支える慢性期医療の質を高め、持続可能な地域医療の実現と本会のさらなる発展に力を尽くす所存である。



理事 石井知行
広島県 メープルヒル病院 理事長

日本全体が大きな転換期にある中において理事に就任させていただくこととなった。今回の診療

報酬改定を見ると、物価や人件費の上昇に追いつくものとなっておらず、人口減少による必要病床数の低下を考えると病院の自然淘汰を待たれている感がある。日慢協の叡智を集めて生き延びていきたいものだ。



理事 大谷まり
広島県 島の病院おおたに院長

協会理事、また青年部会副部長として、地域に根ざした多機能で良質な慢性期医療の魅力

を、次代を担う若い世代へ広く伝えていきたい。本年、日本地域医療学会学術集会の開催という貴重な機会をいただいた。この機会を通じ、地域医療と慢性期医療の価値を全国へ発信し、本協会の発展に貢献する所存である。



理事 武久敬洋
徳島県 博愛記念病院 理事長

キュアが花形で、ケアは黒子だった時代はすでに終わった。医療においても、ケアそのものが重要であり、かっこいいという

時代が本格的に始まっている。ケアの視点を持った医療を当たり前にする、そしてその価値を丁寧に内外に伝えることが、これからの慢性期医療の鍵となりそうである。



理事 保岡正治
徳島県 保岡クリニック論田病院 会長

急激な人口動態変化の中で、地域医療提供体制充実のために、介護施設と多職種連携、住民へ

の医療環境の周知が必然の時代になっている。病院機能報告制度導入に合わせた地区診断は、自院の現状と将来を推計する上で重要であり、可視化したデータを共有してPFMに活用する機会である。スピードをもって行動したい。



理事 田辺裕久
高知県 朝倉病院 理事長

日本慢性期医療協会の理事となって2期目となる。高知は人口当たりの病床数が一番多く、慢性期病床の削減も視野に入っ

ている。改めて慢性期の役割を見直し、このいわば慢性期航空高知便を視界不良の中、軟着陸できるか？皆様方の知恵もお借りしたい。

日慢協役員紹介コーナー



理事 田中圭一

福岡県 有吉病院 理事長

8期目の理事を拝命した。福岡県慢性期医療協会会長も兼務しており、地域の課題を共有しながら、日慢協の活動に貢献していきたい。特に、今年は福岡県で日本慢性期医療学会が開催される。アジア慢性期医療学会も同時開催されるので、多くの方とお会いして議論できることが楽しみである。



理事 永田雅治

福岡県 新栄会病院 院長

このたび二期目の理事を拝命し、改めて身の引き締まる思いである。慢性期医療の重要性は2040年に向けて一層高まると思われる。これからの高齢者医療を支える若手医療者に、その意義や魅力を伝え、慢性期医療に関心を持ってもらうための活動に微力ながら尽力したい。



理事 木本恵子

鹿児島県 吉田記念病院 理事長

今回の改定では急性期、回復期、慢性期、さらに在宅医療まで連続した医療提供体制の構築の重要性、慢性期医療はその中でも質の向上のための生活機能の維持、改善を求められ、高齢化がまだ進むこの地域の中で治し、支える医療の実践を他病院、施設とともに考えていきたい。



理事 名嘉栄勝

沖縄県 西崎病院 理事長

これまで広報委員会に所属していたが、新たに2026年5月に新設のDX推進委員会委員も拝命した。当会が新たに取り組むYouTube動画制作や慢性期医療現場のDX推進と情報発信の両面から、会員病院の皆様のお役に立てるよう微力を尽くしていきたい。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



監事 近石登喜雄

岐阜県 近石病院 理事長

2度目の監事を拝命した。2026年の診療報酬改定は約30年ぶりの高水準となる3.09%で実施された。しかしながら中小病院の恩恵は少ない。控除外消費税、働き方改革、物価上昇など問題は多く日慢協の役割は大きいと思われる。今後2040年に高齢者がピークとなり、慢性期医療はますます重要となると考えている。



監事 谷田理一郎

熊本県 谷田病院 理事長

人口減少が進む地域において、慢性期医療の役割はますます大きくなる。医療だけでなく、介護や福祉、まちづくりまで含めて地域の暮らしを支え、AIなど新しい技術も積極的に取り入れながら、小さな地域だからこそできる持続可能な医療の形を、会員の皆さんとともにチャレンジしていきたい。

2040 年に向けて地域の医療・介護をどう支えていくか

インタビュイー：東憲太郎 全国老人保健施設協会 会長

インタビュアー：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長



2040 年に向けて、人口減少と高齢化、生産年齢人口の減少が進む中、地域の医療・介護提供体制は大きな転換期を迎えます。東憲太郎氏は、医療機関や介護施設の再編が避けられず、老健にも「選ばれる施設」への転換が求められると指摘しました。

その上で、全国各地に配置され、多職種と 24 時間の運営体制を有する老健について、地域包括支援センターの機能補完、フレイルへの早期介入、医療的ケアを必要とする障害者の受け入れという 3 つの新たな役割を提示しました。

都市部と人口減少地域では課題が異なります。両氏は、市町村の委託や包括的な報酬、必要な規制の見直しによって既存の施設と人材を柔軟に組み合わせ、医療・介護・障害福祉の垣根を越えて地域全体で支えることが重要だと語りました。

■ 医療・介護の再編は避けられない

○橋本：2040 年に向けて、地域の医療・介護は大きな転機を迎えると言われています。東先生は、今後の変化をどのように見ておられますか。

○東：人口減少と高齢化、生産年齢人口の減少は避けられません。この確実な未来を前提として、地域に必要な医療・介護の規模と機能を考えなければなりません。

医療については、人口の減少に伴って受診者や手術件数が減る一方、高齢者の救急搬送は増えています。現在の病床数や救急機能をすべてそのまま維持



東憲太郎氏

することは難しく、地域ごとの再編と機能分担が不可欠です。

私の地元の松阪市にも、済生会松阪総合病院、松阪市民病院、松阪中央総合病院という大規模病院が 3 つあります。しかし、各病院が同じ機能を競い合えば、どこも経営が厳しくなります。設置主体の違いを越え、どの病院が急性期を担い、どこが回

復期や慢性期を担うのかを決めなければなりません。

○橋本：個々の病院の存続を前提とするのではなく、地域住民に必要な機能をどう残すかという視点が必要ですね。

○東：そのとおりです。医療機関の再編は、病院を減らすこと自体が目的ではありません。限られた人材と財源を集中し、必要な医療を持続させるための再構築です。

現在は、日赤、厚生連、済生会、JCHO、公立病院など、異なる設置主体の病院が同じ地域で似た機能を担い、互いに患者や人材を取り合っている例があります。現場の院長同士で問題意識を共有しても、組織全体の方針を変える権限がなければ再編は進みません。設置主体のトップが協議し、地域全体の機能分担を示す必要があります。

■ 介護施設も「選ばれる時代」へ

○橋本：介護施設についてはいかがでしょう。

○東：介護施設も厳しい状況です。老健は収益性が低下し、建物を更新できずに廃業する施設も出ています。一方、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームが増え、特養、介護医療院、老健を含めて「終の住まい」の競合が生じています。

かつて有料老人ホームは比較的所得の高い人が利用する印象がありましたが、現在は家賃や食費を抑え、同じ建物に訪問診療、訪問看護、居宅介護支援、看護小規模多機能型居宅介護などを併設する事業モデルが広がっています。



橋本康子氏

○橋本：利用者にとっては住居費を抑えられる一方、サービス提供の在り方には課題もありますね。

○東：はい。移動が少なく効率的な面はありますが、自法人のサービスへ利用者を囲い込むことや、必要性を超えてサービスが組まれることには注意が必要です。報酬制

度が変わって事業が成り立たなくなれば家賃や食費が上がり、住み続けられなくなる人も出てきます。そのとき、医療ニーズの高い退去者を誰が受け入れるのかという問題も生じます。

集合住宅型の施設では、同じ建物内に居宅介護支援事業所を置き、入居者のケアプランをまとめて担当することができます。移動時間がかからず効率的

Profile

東憲太郎（ひがし けんたろう）

【職歴】

昭和55年3月 三重大学医学部卒業
昭和55年7月 三重大学医学部附属病院 胸部外科入局
平成元年5月 有床診療所千里クリニック開業
平成3年5月 医療法人緑の風設立 理事長に就任
平成9年5月 介護老人保健施設いこいの森設立 施設長に就任
平成12年5月 グループホームくつろぎの家開設 居宅介護支援事業所虹開設
平成17年6月～平成21年6月 全国老人保健施設協会 常務理事に就任
平成24年4月～現在 三重県老人保健施設協会 会長
平成24年4月～現在 全国老人保健施設協会 三重県支部長に就任
平成24年4月～現在 全国老人保健施設協会 東海・北陸ブロック長に就任
平成24年6月～平成26年6月 全国老人保健施設協会 副会長に就任
平成26年6月～現在 全国老人保健施設協会 会長に就任

【その他】

- ・三重大学医学部 非常勤講師
- ・厚生労働省社会保障審議会 介護給付費分科会 委員
- ・厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会 委員（～令和8年3月まで）
- ・厚生労働省医道審議会 専門委員



ですが、独立した事業所とは収支構造が大きく異なります。効率性を評価する一方で、利用者の選択が確保されているか、必要なサービスが中立的に組みられているかを確認しなければなりません。

競合施設が増える中、老健や特養、介護医療院も、単に施設種別を掲げるだけでは選ばれません。医療対応が手厚い、リハビリテーションに強い、食事や看取りに特色があるなど、利用者にとっての価値を明確にする必要があります。満床を当然と考える時代は終わり、「選ばれる施設づくり」が求められます。

■ 地域包括支援センターを老健が補完

○橋本：病院中心から地域全体で支える体制への転換が求められています。望ましい地域モデルをどのように考えておられますか。

○東：地域包括ケアシステムは、特定の施設や制度を指すものではなく、地域の医療、介護、福祉、生活支援を組み合わせる考え方です。ただ、理念としては理解できても、具体的にどの組織が何を担うのかは見えにくいところがあります。

その具体的な担い手として、老健は重要な役割を果たせます。老健は、都市部だけでなく中山間地域や過疎地域にも広く配置されています。医師、看護職、介護職、リハビリテーション専門職、支援相談員、介護支援専門員など、多職種が働いていることも大きな特徴です。この人材と24時間の運営体制を、施設内だけでなく地域のために活用すべきです。

地域包括支援センターも住民に身近な単位で配置されているため、地域によっては老健と比較的近い圏域を担当しています。津市内でも、老健と地域包括支援センターが各地域に分散しており、両者を組み合わせやすい状況があります。現在は別々に活動していますが、分布を生かせば相互に機能を補完できます。

○橋本：特に地域包括支援センターは、総合相談、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議など、多くの業務を限られた人員で担っています。

○東：本来は、独居高齢者や老老介護世帯の身近な困り事を受け止め、必要な支援につなぐ窓口です。例えば、電球を交換できない、エアコンが壊れて熱中症が心配だ、要介護認定の手続きが分からない、

身近な人やペットを亡くして孤立しているといった相談があります。

しかし、介護予防ケアマネジメント、権利擁護、地域ケア会議、関係機関への支援など、制度改正のたびに業務が積み重なっています。その結果、訪問して生活状況を確認し、継続的に支援したり、夜間・休日の相談に応じたりする余力がない地域も少なくありません。

○橋本：相談を必要とする高齢者の生活は、平日の日中だけに限られません。新たな役割を求めるなら、他の機関との役割分担を同時に整える必要があります。

○東：そこで、地域包括支援センターと老健を地域ごとに組み合わせ、老健が相談対応の一部を補完する仕組みを提案しています。

例えば津市では、地域包括支援センターと私どもの老健「いこいの森」が連携し、夜間や休日の電話を老健へ転送することが考えられます。日中は支援相談員、夜間は看護職などが一次対応し、緊急性があれば救急や担当者につなぎます。緊急性が低ければ、翌日に地域包括支援センターへ引き継ぎ、必要に応じて訪問してもらいます。

○橋本：その場ですべてを解決できなくても、相談を受ける窓口が途切れないこと自体が本人や家族の安心につながります。

○東：老健がすべてを肩代わりするものではありません。一次対応、緊急性の判断、翌日の引き継ぎなど、老健が担える部分を明確にし、地域包括支援センター、行政、病院と役割を分担するのです。医療職がいるため、単なる電話受付にとどまらず、病状の変化や緊急性を踏まえて適切な機関へつなぎやすいという利点もあります。

全国の地域包括支援センターに職員を1人ずつ増員するには、多くの人材と財源が必要です。それよりも、すでに24時間稼働している施設と連携すれば、少ない追加負担で相談機能を強化できます。

○橋本：全国的な分布、多職種、24時間運営という条件を考えると、老健は連携先として適しています。地域によっては病院や介護医療院などが担うことも考えられますね。

○東：重要なのは施設種別ではなく、地域にある機

能を横断的に使うことです。それが「地域全体で支える体制」の具体像だと思います。

■ 人口減少地域は既存資源を組み替える

○橋本：都市部と中山間・人口減少地域では、課題も大きく異なります。

○東：都市部では複数のサービスから選べますが、人口減少地域では、訪問介護や訪問看護、診療所そのものがない場合があります。利用者が広い範囲に点在し、移動時間が長い一方、件数が少ないため、出来高払いだけでは事業が成り立ちません。

福島県の会津地方では、老健、短期入所、通所リハビリテーション、訪問介護などを担っていた法人が人材不足によって訪問介護事業所を閉鎖し、以前はヘルパーを利用していた住民が困った例がありました。老健には介護職員がいても、制度上、その職員がそのまま訪問介護に出ることはできません。地域の中に人材は残っているのに、事業所の指定が異なるため支援に使えないのです。

○橋本：支援を必要とする人と担い手が同じ地域にいるのに、制度の区分によって結び付けられないわけですね。

○東：そこで、市町村が老健などに業務を委託し、必要な研修と勤務管理を行った上で、職員が訪問支援を担える仕組みが考えられます。施設の本来業務に支障を来さないこと、職員の過重労働を防ぐことは大前提です。委託先は老健に限らず、特養や介護医療院でも構いません。

また、人口の少ない地域では、訪問件数が月によって変動します。数件の訪問に対する出来高だけでは、移動時間や待機時間、人員を確保する費用を賄えません。提供した回数だけでなく、必要な時に訪問できる体制を維持することに対して、市町村が委託料や包括的な報酬を支払う必要があります。

○橋本：サービス量だけでなく、地域の生活基盤を維持する機能を評価するということですね。

○東：そうです。質と安全性を守る基準は必要ですが、規制が住民をサービスから遠ざけることになってはなりません。全国一律の仕組みを厳格に適用するだけでは、人口減少地域からサービスが消えてし

まいます。地域に残る施設と人材を柔軟に組み合わせ、不足する機能を補うための規制の見直しが必要です。

医師不足の地域でも、外部から常勤医を1人招くことだけを考えるのではなく、地域の病院や老健の医師が、本来業務に支障のない範囲で診療や往診を分担する方法があります。住民が少なければ、毎日常勤医を置くほどの診療需要はなくても、定期的な診療や急変時の相談は必要です。

自治体が地域外から医師を1人招聘するには、大きな財政負担が生じます。それよりも、地域に根差した医療法人や施設へ必要な機能を委託した方が、住民との関係を保ちやすく、地域の実情に合う場合があります。重要なのは、常勤医を置いたかどうかではなく、必要な診療を継続的に受けられるかどうかです。

○橋本：医師個人の善意や時間外勤務に頼れば長続きしません。自治体との委託契約、報酬、代替要員、責任の所在を明確にする必要があります。

○東：そのとおりです。利用件数が少なくても、必要な時に使える体制を維持することに価値があります。医療も介護も、出来高だけでなく、地域の安心を支える機能に報酬を支払う考え方が必要です。

■ 老健が担う「攻めの介護予防」

○橋本：老健は在宅復帰支援を担ってきました。今後はどのような役割が求められますか。

○東：地域包括支援センターの機能補完に加え、介護予防へ積極的に関わるべきです。老健には医療職とりハビリ専門職がいるため、要介護状態になる前のフレイルに専門的な介入ができます。

市町村には高齢者の「通いの場」があります。比較的元気な高齢者が集まり、体操、歌、交流などを行うことは、閉じこもりの防止や社会参加の面で重要です。

一方、要支援認定には至らないものの、転倒が増えた、歩行が不安定になった、認知機能が少し低下したといったフレイルの段階では、住民同士の活動だけで十分とは限りません。運動、栄養、口腔、認知機能を多面的に評価し、必要な介入を行う専門職が必要です。

私どもは津市の委託を受け、介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスを行っています。診療所で高齢者を診ていると、認知機能の低下や転倒

の増加、活動性の低下に気付くことがあります。その段階で事業への参加を勧め、週1回、2時間程度のプログラムを提供しています。

頻度だけを見れば週1回ですが、専門職が状態を把握し、その人に合った内容を継続することに意味があります。参加者の中には、2年間にわたり要支援・要介護認定を受けず、地域生活を続けている方もいます。

○橋本：週1回でも、専門職が継続的に関わる意義は大きいんですね。

○東：はい。老健であれば、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが、身体機能、認知機能、摂食嚥下、日常生活動作を評価し、一人ひとりの課題に応じたプログラムを提供できます。

軽度の認知機能低下があれば、認知症短期集中リハビリテーションの知見を応用した活動もできます。定期的に顔を合わせることで、表情や会話、生活状況の小さな変化にも気付き、必要に応じて診療所や地域包括支援センターへつなげられます。介護予防と見守り、早期発見を一体的に担えるのです。

○橋本：ただし、複数の専門職を配置する取り組みが、一般的な活動と同じ報酬では広がりにくいと思います。

○東：専門性と効果を適切に評価する報酬が必要です。同じ総合事業であっても、交流を中心とした活動と、医師、看護職、リハビリテーション専門職が評価と個別介入を行う取り組みでは、必要な人員も内容も異なります。そこを報酬上で評価しなければ、老健の参入は広がりません。全国の老健がフレイルの段階から関われば、要介護状態になってから対応するのではなく、その前から支える「攻めの介護予防」を広く展開できます。

○橋本：在宅復帰支援だけでなく、要介護状態になる前から地域住民と関わり、変化を発見して必要な支援へつなぐ。これも老健の新しいハブ機能になりますね。

■ 医療的ケア者の地域の受け皿に

○橋本：老健のもう1つの役割として、障害のある方への支援を挙げておられます。

○東：医療的ケア児は18歳を迎えても、胃瘻、喀痰吸引、気管切開の管理などが不要になるわけでは

ありません。成人期へ移行すると利用できる制度や支援機関が変わり、家族のレスパイトを目的とした短期入所や、リハビリの受け皿が不足します。

老健は、医師、看護職、介護職、リハビリ専門職を配置し、胃瘻や吸引などの医療的ケアにも日常的に対応しています。高齢者と障害者では制度は異なりますが、現場で必要となるケアには共通する部分が少なくありません。一定の要件を満たせば、老健が障害のある方を医療型短期入所で受け入れたり、リハビリテーションを提供したりすることが可能です。

○橋本：設備と人材はすでにあっても、介護保険と障害福祉の制度が分かれているため、別の指定が必要になるんですね。

○東：その指定が大きなハードルです。障害福祉サービスとして報酬を請求するには、都道府県の指定と事業所番号が必要です。医療法人の定款に障害福祉事業が含まれていなければ、事業目的の追加も求められます。介護保険の指定を受け、長年運営してきた施設であっても、別制度として改めて申請しなければなりません。私どもの施設でも、準備から指定までほぼ1年を要しました。

申請では、地域に暮らす医療的ケア児・者の人数、家族が利用できる短期入所の不足、リハビリを受けたいのに専門職のいる事業所がない方の存在などを示しました。その上で、設備、人員配置、運営規程、医療的ケアへの対応、緊急時の連携体制について審査を受けました。

○橋本：質と安全性を確認する審査は必要ですが、すでに医療・介護を提供している施設が、新たな制度に参入するまで1年を要するのは大きな負担です。

○東：既に実績のある施設については、手続きの合理化を検討してよいと思います。障害福祉サービスの費用は介護保険とは別の仕組みから支払われますが、本人の生活は制度ごとに分かれているわけではありません。

障害のある方も地域住民です。障害のある方だけが特定の場所に集まって暮らしているわけではありません。地域にある老健が短期入所や通所リハビリテーションを担えば、本人と家族の選択肢が広がり、家族のレスパイトにもつながります。

○橋本：老健が2040年に向けて担う役割を、改めて整理していただけますか。

○東：3つの柱があります。1つ目は、フレイルの段階から介護予防に取り組むこと。2つ目は、地域包括支援センターと連携し、相談支援や夜間・休日対応の一部を補完すること。3つ目は、障害のある方の短期入所やリハビリテーションを担うことです。多職種、設備、24時間体制、全国的な施設分布という強みを、高齢者介護の枠内だけで完結させず、地域全体を支えるために活用する必要があります。

■ 医療・介護・障害の垣根を越えて

○橋本：人材の確保と育成について伺います。2040年に向け、何が必要でしょうか。

○東：人材不足が一層厳しくなることを前提にしなければなりません。必要な人数を新たに採用し続けるのは困難です。各施設が個別に人材を集めれば、同じ地域で限られた人材を奪い合うことになります。病院、老健、介護医療院、特養、在宅サービスが役割を補完し、人材の専門性を地域全体で生かすことが重要です。

障害のある方を受け入れると聞くと、老健の職員は「自分たちに対応できるのか」と不安を感じます。しかし、胃瘻、喀痰吸引、気管切開など、日常的に高齢者へ提供しているケアと共通する部分は多くあります。障害特性や家族支援について必要な研修を受ければ、現在の知識と技術を生かせる領域は広いのです。

○橋本：特定の施設や制度の中だけで通用する人材ではなく、医療、介護、障害福祉を横断して地域生活を支えられる人材を育てる必要があります。一方で、新たな役割を現場の善意や使命感に委ねてはなりません。

○東：おっしゃるとおりです。人材不足を理由に1人の職員へ仕事を集中させれば、疲弊と離職を招きます。新たな領域を担う職員には、対象者の特性、家族との関わり、緊急時対応などを学ぶ機会が必要です。

同時に、研修、報酬、人員配置、責任体制を制度として整え、個人の使命感だけに依存しない仕組みにしなければなりません。ICTによる情報共有や業務効率化も進め、複数の機関で負担を分かち合うことが重要です。限られた人材を大切にし、その能力を地域全体で生かすことが、人材確保と育成の基本です。

■ 関係団体が力を合わせ、現場の声を政策へ

○橋本：最後に、日本慢性期医療協会と会員に向けてメッセージをお願いいたします。

○東：次期介護報酬改定に向けても、1つの団体だけで訴えるのではなく、関係団体が共通課題を整理し、まとまって意見を示すことが重要です。医療と介護は別々に議論されがちですが、利用者の生活は1つです。医療だけ、介護だけで地域住民を支えることはできません。

○橋本：当会も医療と介護の双方を担う会員で構成されています。人材不足、物価高騰、経営、地域連携など、現場の課題には共通点が多くあります。医療と介護をつなぐ立場として、関係団体と協力していきたいと思います。

○東：2040年に向けて人口減少と人材不足は進みますが、地域にはこれまで築いてきた病院、診療所、老健、介護施設、在宅サービスがあります。それらを制度や組織の中に閉じ込めず、地域全体の資源として結び直すことが大切です。

医療、介護、障害福祉の垣根を越えて人材と機能を生かせば、厳しい時代にも地域の暮らしを守ることができます。全国老人保健施設協会と日本慢性期医療協会が力を合わせ、現場の声を政策につなげ、地域に必要な仕組みを形にしていきたいと思います。

○橋本：本日は、2040年に向けた地域医療・介護の在り方について、老健の新たな役割や人材活用、制度を越えた連携の可能性まで、幅広くお話しいただきました。ありがとうございました。



対談を終えて（左）橋本康子氏、（右）東憲太郎氏

慢性期医療機関における 高齢がん患者のFIM改善度と退院先との関連 ～死亡退院例を除く単施設後方視的観察研究～

社会医療法人北九州病院 北九州湯川病院（福岡県北九州市）

作業療法士 善明真梨奈

1. 要旨

【背景】 高齢がん患者ではがんや治療に伴う身体機能低下に加え、廃用症候群、疼痛、がん関連倦怠感、低栄養、認知機能低下などの複合的な課題を有することが多い。慢性期医療では身体機能の回復だけでなく、退院後の生活場所を見据えた包括的な支援が求められる。【目的】 死亡退院例を除く高齢がん患者における FIM 改善度および FIM 効率と退院先との関連を後方視的に検討した。【方法】 2024 年に当院でがんリハビリを受けた 65 歳以上の患者 71 名のうち死亡退院例 46 名を除外し、25 名を解析対象とした。対象者を自宅・施設退院群 14 名、医療機関転院群 11 名に分類した。入退院時 FIM、退院先、在院日数、退院前の病棟内移動状況などを診療録から収集した。FIM 改善度は退院時 FIM 総得点から入院時 FIM 総得点を減じ、FIM 効率は、FIM 改善度を在院日数で除して算出した。群間比較には Mann-Whitney U 検定を用いた。【結果】 入退院時 FIM に有意差を認めなかった。FIM 改善度は自宅・施設退院群 4.0 [3.0-9.0] 点、医療機関転院群 0.0 [0.0-0.0] 点、FIM 効率はそれぞれ 0.14 [0.03-0.30] 点/日、0.00 [0.00-0.00] 点/日で、自宅・施設退院群が有意に高かった ($p < 0.001$)。在院日数は自宅・施設退院群 41.0 [20.8-104.8] 日、医療機関転院群 14.0 [10.0-18.0] 日で、自宅・施設退院群で有意に長かった ($p = 0.030$)。【結論】 FIM 改善度および FIM 効率は退院先と関連していた。本研究は少数例を対象とした単施設後方視的観察研究であり、FIM の改善が退院先を規定したという因果関係を示すものではない。FIM の経時的変化は病状、認知機能、栄養状態、家族介護力および生活環

境と併せて評価すべき退院支援指標の一つであると考えられた。

2. 緒言

高齢化が進行し、がん医療においても高齢患者への対応が重要な課題となっている。がん治療の進歩に伴い、生命予後の延長が期待される一方、高齢がん患者では、治療後の生活機能をどの程度維持できるか、また、どこで療養生活を継続できるかが重要な臨床課題となる¹⁾。

慢性期医療機関には急性期治療後の全身管理に加え、生活機能の再構築、介護負担の軽減、療養場所の調整および地域生活への移行を支援する役割が求められている。

World Health OrganizationはRehabilitation 2030において、リハビリを保健医療システムに統合すべき重要な医療サービスとして位置づけている²⁾。Dietzはがんリハビリを予防的、回復的、維持的および緩和的リハビリに分類した³⁾。がんのリハビリ診療ガイドラインにおいても病期、治療目的および治療内容に応じた評価と介入の必要性が示されている⁴⁾。

ASCO ガイドラインでは 65 歳以上のがん患者に対し身体機能、認知機能、情緒面、併存疾患、多剤併用、栄養状態および社会的支援を評価し、治療や支援方針に反映することが推奨されている⁵⁾。

療養病棟入院患者を対象とした先行研究ではリハビリ開始時および終了時の FIM 得点、変化量が退院可否と関連していたことが報告されている⁶⁾。しかし、慢性期医療機関でがんリハビリを受けた高齢患者について、FIM の経時的変化と退院先との関連を検討した報告は限られている。

本研究では慢性期医療機関でがんリハビリを受け

た高齢がん患者のうち、死亡退院例を除く患者の FIM 改善度および FIM 効率と退院先との関連を後方視的に検証した。

3. 方法

本研究はカルテ情報を用いた単施設後方視的観察研究である。2024 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに、当院でがんリハビリを受けた 65 歳以上の患者 71 名から死亡退院例 46 名を除外し、生存退院した 25 名を解析した。男性 9 名、女性 16 名であり、平均年齢は 81.0 ± 7.5 歳であった。自宅または施設へ退院した 14 名を自宅・施設退院群、他の医療機関へ転院した 11 名を医療機関転院群とした。

当院は社会医療法人北九州病院に属する慢性期医療を担う医療機関であり高齢患者、慢性疾患患者、急性期治療後に継続的な医療管理を必要とする患者、生活機能が低下した患者および退院調整を必要とする患者に対して、医療、看護、介護およびリハビリを提供している(写真1)。リハビリは患者の全身状態、疼痛、がん関連倦怠感、治療状況、認知機能、栄養状態および安静度を確認したうえで実施した。

理学療法では主に離床、関節可動域練習、筋力練習、起居・移乗動作練習および歩行練習などを実施した。作業療法では主に食事、整容、更衣、排泄、移動などの日常生活動作を評価し、退院後の生活場面を想定した動作練習を行った。必要に応じて家屋評価、福祉用具の選定、生活環境の調整および家族指導を実施した。



写真1 北九州湯川病院 外観

入院後約 2 週間を目安として医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカーおよび家族が参加する退院支援カンファレンスを実施した。カンファレンスでは FIM、移動能力、排泄動作、認知機能、家族介護力、住環境、介護保険サービスの利用状況および退院後の支援ニーズを共有し、必要な支援内容を検討した。

【調査項目】

年齢、性別、退院先、在院日数、入退院時 FIM 総得点、退院前の病棟内移動状況、歩行練習実施状況および家屋評価実施の有無を収集した。

FIM は運動項目 13 項目と認知項目 5 項目の計 18 項目から構成され、日常生活動作に必要な介助量を評価する指標である⁷⁾。各項目は 7 段階で評価され、総得点は 18 点から 126 点となる。FIM は、理学療法士または作業療法士が採点した。

FIM 改善度は、退院時 FIM 総得点から入院時 FIM 総得点を減じて算出した。

FIM改善度＝退院時FIM総得点－入院時FIM総得点

FIM 効率は、各症例の FIM 改善度を在院日数で除して算出した。FIM 効率の単位は点 / 日とした。

FIM 効率＝ FIM 改善度÷在院日数

FIM 改善度を主要評価項目、在院日数および FIM 効率を副次評価項目とした。

病棟内移動状況および歩行練習実施状況は、退院前の最終記録から抽出した。病棟内移動の歩行には独歩、杖、歩行器およびシルバーカー、歩行練習にはこれらと平行棒を含めた。

連続変数は分布に応じて平均値±標準偏差または中央値で示した。カテゴリ変数は人数と割合で示した。群間比較には、Mann-Whitney U 検定を用いた。性別の比較には Fisher の正確確率検定を用いた。有意水準は両側 5 % とし、統計解析には JSTAT For Windows を使用した。病棟内移動状況、歩行練習実施状況および家屋評価実施状況については、記述統計とした。FIM 改善度と FIM 効率の分

布には偏りがみられたため、結果は中央値（四分位範囲）を中心に示した。

倫理的配慮として対象者情報は匿名化し、研究目的以外には使用しなかった。

4. 結果

解析対象は自宅・施設退院群 14 名（自宅 10 名、施設 4 名）、医療機関転院群 11 名であった。年齢および性別に有意差を認めなかった（表 1）。

入院時 FIM 総得点の中央値は自宅・施設退院群 54.0 [39.3–67.5] 点、医療機関転院群 69.0 [61.5–80.0] 点であり、両群間に有意差を認めなかった（ $p = 0.273$ ）（表 2）。退院時 FIM 総得点は自宅・施設退院群 66.5 [55.0–87.0] 点、医療機関転院群 68.0 [61.5–78.5] 点であり、両群間に有意差を認めなかった（ $p = 1.000$ ）。

FIM 改善度は自宅・施設退院群 4.0 [3.0–9.0] 点、医療機関転院群 0.0 [0.0–0.0] 点であり、自宅・施設退院群で有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

在院日数は自宅・施設退院群 41.0 [20.8–104.8] 日、医療機関転院群 14.0 [10.0–18.0] 日であり、自宅・施設退院群で有意に長かった（ $p = 0.030$ ）。

FIM 効率は自宅・施設退院群 0.14 [0.03–0.30] 点 / 日、医療機関転院群 0.00 [0.00–0.00] 点 / 日であり、自宅・施設退院群で有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

退院前に病棟内を歩行していた症例は自宅・施設退院群 10/14 名、医療機関転院群 6/11 名、歩行練習を実施していた症例は自宅・施設退院群 13/14 名、医療機関転院群 8/11 名であった（表 3）。

家屋評価は、自宅退院した 10 名のうち 6 名に実施され、他群には家屋評価の実施記録を認めなかった。

項目	自宅・施設退院群 (n=14)	医療機関転院群 (n=11)	全体 (n=25)	p値
年齢 (歳) 平均値±標準偏差	83.3±6.7	78.1±7.8	81.0±7.5	0.111
男性/女性	6/8	3/8	9/16	0.677
退院先	自宅10, 施設4	医療機関11	自宅10, 施設4, 医療機関11	—

※年齢の群間比較にはMann-Whitney U検定、性別の比較にはFisherの正確確率検定を用いた。

表1 解析対象者の背景

項目	自宅・施設退院群 (n=14)	医療機関転院群 (n=11)	p値
入院時FIM総得点	54.0 [39.3–67.5]	69.0 [61.5–80.0]	0.273
退院時FIM総得点	66.5 [55.0–87.0]	68.0 [61.5–78.5]	1.000
FIM改善度	4.0 [3.0–9.0]	0.0 [0.0–0.0]	<0.001
在院日数 (日)	41.0 [20.8–104.8]	14.0 [10.0–18.0]	0.030
FIM効率 (点/日)	0.14 [0.03–0.30]	0.00 [0.00–0.00]	<0.001

表2 退院先別の FIM 総得点, FIM 改善度, 在院日数および FIM 効率

項目	自宅・施設退院群	医療機関転院群
病棟内移動が歩行であった症例	10/14 (71.4%)	6/11 (54.5%)
リハビリ場面で歩行練習の実施症例	13/14 (92.9%)	8/11 (72.7%)

表3 退院先別の退院前移動状況

5. 考察

慢性期医療機関でがんリハビリを受けた高齢がん患者のうち、死亡退院例を除く 25 名を対象として、FIM 改善度および FIM 効率と退院先との関連を検討した。結果、入院時および退院時の FIM 総得点には両群間で有意差を認めなかった。自宅・施設退院群では医療機関転院群と比較して、FIM 改善度および FIM 効率が有意に高かった。

FIM 総得点は、評価時点で患者が必要とする介助量を示している。FIM 改善度は、入院期間中に生活機能や必要介助量がどの程度変化したかを示す指標である。本研究では、自宅・施設退院群で FIM 改善度が有意に高かった。絶対的な機能水準だけではなく入院中に介助量が軽減し、生活機能が改善する過程が自宅または施設という生活の場への移行と関連していた可能性がある。しかし、入院時 FIM 総得点の中央値は自宅・施設退院群 54.0 点、医療機関転院群 69.0 点であり、統計学的有意差は認めなかった。

対象者数が少ないため統計学的有意差を認めなかったことは、両群が同等であることを意味はしない。自宅・施設退院群における FIM 改善度の中央値は 4.0 点であった。高齢がん患者および慢性期医療患者における FIM 総得点の臨床的に意味のある最小変化量は十分に確立されていないため、統計学的有意差のみから臨床的に重要な改善であったと断定することはできない。

在院日数は、自宅・施設退院群で医療機関転院群より有意に長かった。自宅・施設退院群における FIM 改善度の高さには、生活機能の改善を観察できる期間の差が影響した可能性がある。

FIM 効率についても、自宅・施設退院群で有意に高かった。結果、自宅・施設退院群における FIM 改善度の高さは在院日数の長さだけでは説明できず、入院期間中における生活機能の改善速度も退院先と関連していた可能性がある。FIM 効率は在院日数や外れ値の影響を受けやすい。本研究でも両群の標準偏差は大きく、症例間のばらつきが認められた。FIM 改善度および FIM 効率が、自宅・施設退院を

促進したと因果的に解釈することはできない。患者の病状や転院理由などが、FIM の変化と退院先の双方に影響していた可能性がある。

病棟内歩行だけで自宅や施設での安全な生活を判断することはできない。退院支援では歩行能力だけでなく、起居・移乗動作、排泄、更衣、認知機能、必要な介助量および家族介護力を含めた評価が必要である。

家屋評価は、自宅退院候補に選択的に実施されるものであり、実施割合を施設退院例や医療機関転院例と単純に比較することは適切ではない。また、本研究の結果から、家屋評価の実施が自宅退院を促進したと結論づけることもできない。

病棟内での動作能力を、実際の住環境で安全に発揮できるとは限らない。家屋評価は重要な退院支援手段である。FIM 総得点が同程度でも、必要な介助内容、家族介護力、住環境および社会資源によって退院先は異なる。退院支援では FIM の得点のみではなく、各項目の内容を実際の生活場面と結びつけて検討する必要がある。排泄動作や夜間の移動、起居・移乗動作は退院後の介護負担に直結する可能性がある。退院支援カンファレンスにて情報を早期に共有し、退院までに必要な訓練、福祉用具、環境調整、家族指導および介護保険サービスを検討することは、生活の場への移行を支援するうえで重要である。

高齢がん患者の生活機能は筋力や歩行能力だけでなく、がんの進行度、治療関連有害事象、疼痛、がん関連倦怠感、低栄養、貧血、認知機能、心理状態、併存疾患および社会的支援の影響を受ける。FIM 改善度、FIM 効率を単独で用いて退院先を判断することはできない。患者が退院後に必要となる具体的な生活動作、介助者の有無、利用可能な介護サービスおよび療養環境と結びつけて解釈する必要がある。

慢性期医療における高齢がん患者の退院支援では多職種で情報を共有し身体機能、認知機能、栄養状態、治療状況、家族介護力および社会的支援を包括的に評価することが重要である。

本研究では対象候補者 71 名中 46 名が死亡退院であり、がんリハビリ対象者に進行期または人生の

最終段階にある患者が多く含まれていた可能性を示す重要な施設特性である。生存退院した 25 名に限定されたものであり、当院でがんリハビリを受けた患者全体には一般化できない。

緩和的リハビリでは歩行や ADL 自立だけではなく安楽な姿勢の確保、疼痛や呼吸困難感の軽減、排泄動作の維持、離床機会の確保および家族との時間の支援など患者が大切にしたい生活行為を支えることが重要である。

今後は回復的、維持的および緩和的リハビリの目的別に対象者を分類し、それぞれに適した評価指標を検討する必要がある。前向き多施設共同研究により、慢性期医療における高齢がん患者の退院先に関連する因子を検証する必要がある。入院時 FIM 総得点を含む背景因子を調整し FIM 運動項目、FIM 認知項目、GA、栄養指標、疼痛、がん関連倦怠感、がん種、病期、治療状況、家族介護力、住環境、在院日数、リハビリ提供量および転院理由を含めた解析が求められる。自宅退院、施設退院および医療機関転院を個別に解析し、再入院率、QOL および介護者負担を評価する必要がある。

退院時点の FIM のみならず退院後も患者が希望する生活を継続できたかを評価することで、慢性期医療におけるがんリハビリの臨床的価値をより明確にできると考える。

6. 結語

自宅または施設へ退院した患者では医療機関へ転院した患者と比較して、FIM 改善度および FIM 効率が有意に高かった。入院期間中における生活機能の改善量および改善速度が、退院先と関連する可能性を示している。本研究は少数例を対象とした単施設

設後方視的観察研究であり、因果関係や独立した関連性を示すものではない。高齢がん患者の退院支援では FIM の経時的変化に加えがんの病状、認知機能、栄養状態、疼痛、がん関連倦怠感、家族介護力、住環境および地域支援体制を含めた包括的な評価が必要である。

【引用文献】

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス. 最新がん統計.
- 2) World Health Organization. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 3) Dietz JH Jr. Rehabilitation Oncology. New York: John Wiley & Sons; 1981.
- 4) 日本リハビリ医学会がんのリハビリ診療ガイドライン改訂委員会編. がんのリハビリ診療ガイドライン第 2 版. 東京: 金原出版; 2019.
- 5) Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofesoc K, et al. : Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2023; 41: 4293-4312.
- 6) 関田惇也, 中島爽冴, 加藤雄大, 他: リハビリ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. 日本慢性期医療協会誌 JMC. 2026; 34 (2): 64-69.
- 7) Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. : The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. Adv Clin Rehabil. 1987; 1: 6-18.

CPI（Cペプチドインデックス）を活用し、 インスリン療法から離脱できた1例

医療法人社団一心会 初富保健病院（千葉県鎌ケ谷市）

医師 的場孝盛

【和文抄録】

【はじめに】慢性期医療病院入院中に自宅や施設への退院に向けてインスリン離脱を希望されるケースに度々遭遇する。Cペプチドインデックス（CPI）は、2型糖尿病患者のインスリン必要性の判定に有用と報告されている。【症例】症例は80代女性で施設退院に向けて、インスリン療法離脱できないか先方施設から打診があり、CPI値0.93を勘案し、インスリン療法離脱した。離脱後は内服のみで血糖値100-200mg/dl程度で安定して経過し、退院となった。【結語】CPIがインスリン療法の継続の可否の判断指標として有用であった症例を経験した。

【Key words】

CPI（Cペプチドインデックス）、高齢糖尿病患者、インスリン療法

【はじめに】

高齢社会において高齢糖尿病患者が増えており、2型糖尿病患者の高齢化、罹患期間の長期化に伴ってインスリン治療が施行されている例が少なくない¹⁾。2型の糖尿病患者においてインスリン皮下注療法は侵襲性があり、可能なら離脱したい治療である。高齢入院患者が多数を占める慢性期医療病院では、入院中に自宅や施設への退院に向けてインスリン離脱を希望されるケースに度々遭遇し、継続してインスリン治療が必要か否かに関する指標が必要になることがある。これまでの内因性インスリン分泌能を評価する方法としては24時間蓄尿Cペプチド（以下U-CPR）、HOMA- β （Homeostatic Model Assessment of beta cell）、グルカゴン負荷試験、空腹時や食後の血中Cペプチド（以下S-CPR）などの方法があるが、U-CPRは24時間蓄尿が必要であることや、高齢者にはグルカゴン負荷は実施困難なケースがあること、Cペプチド（U-CPRやS-CPR）の値は高血糖なら分泌量も高くなるため、内因性分泌能のみを正確に反映してはいないなど種々の問題がある。そのような状況の中、血中Cペプチド

（S-CPR）を空腹時血糖（FPG）で補正（S-CPR/FPG $\times$ 100）したCペプチドインデックス（CPI）が、2型糖尿病患者のインスリン必要性の判定に有用と報告されている。更に外因性インスリンは空腹時Cペプチドを低下させるが、同時に血糖も低下しており、その増加率やS-CPR/FPG比には変化がないとの報告もある²⁾。今回、入院中のCPIを参考にし、インスリン離脱できた症例を経験したので報告する。

【症例】

80歳代、女性

<現病歴>

今回入院の20年前に2型糖尿病と診断され治療開始となる。その後、夫に介護されていたが、夫の入院に伴い長期療養目的で当院入院となる。

<既往歴>

60歳時にパーキンソン病と診断された。

<入院時処方>

レボドパ600mg/日、カルビドパ60mg/日、プラミベキソール0.25mg/日、ビペリデン2mg/日、ダパグリフロジン10mg/日、ビベグロン50mg、ウラピジル30mg/日、ランソプラゾール30mg/日、

インスリン製剤：グラルギン 6 単位（朝）

<主な入院時現症>

身長150cm, 体重39.8kg, BMI 17.7kg/m². 意識清明, 体温36.9℃, 脈拍77/分・整, 血圧125/70mmHg, SpO₂（自発呼吸, 室内気）98%, 過剰心音や心雑音はない. 肺雑音はない. 腹部は平坦, 軟で圧痛はない. 下腿浮腫は認めない.

網膜症の指摘なし. 末梢神経障害（右足関節遠位部のしびれ感）を認める.

<主要な検査所見>

〔尿一般〕比重 1.021, pH 6.0, 蛋白質（±）, 糖（2+）, 潜血（±）, ケトン体（-）

〔血算〕WBC：5400/μl, RBC：418 万 /μl, Hb：11.8g/dl, Ht：36.8%, MCV：88.0fl, MCH：28.2pg, MCHC：32.1%, Plt：22.4 万 /μl

〔生化学〕TP：6.9g/dl, Alb：3.5g/dl, BUN：20.6mg/dl, Cre：0.50mg/dl, Na：145mEq/l, K：3.6mEq/l, Cl：105mEq/l, LDH：159IU/l, AST：21IU/l, ALT：7IU/l, TG：78mg/dl, LDL-Chol：103mg/dl, 空腹時 Glu：128mg/dl, 空腹時 C-ペプチド 1.2ng/ml

〔血清〕CRP：0.09mg/dl

〔内分泌〕HbA1c（NGSP）：7.9%

〔心電図〕心拍数：73bpm, 洞調律, 正常範囲

〔胸部単純 X 線〕心陰影拡大なし. 肺野に異常陰影なし.

<入院後経過>

入院後, 食事, 内服, インスリン療法継続で落ち着いていたが, 特別養護老人ホームに夫と入居したいと希望あり, また施設入居条件として可能ならインスリン離脱してほしいという要望があった. 採血で CPI 値 0.93 であったことから, 入院 19 日目からリナグリプチン 5mg 内服開始, 入院 20 日目にグラルギン注射を中止の上, 血糖経過をみる方針となる. 図 1 に示すように血糖値は 100 から 250mg/dl で経過, 入院 81 日目に上記施設に退院となった.

【考察】

高齢入院患者が多数を占める慢性期医療機関では, 入院前の治療を継続しておこなうことが散見される. すでにインスリン導入されている患者におい

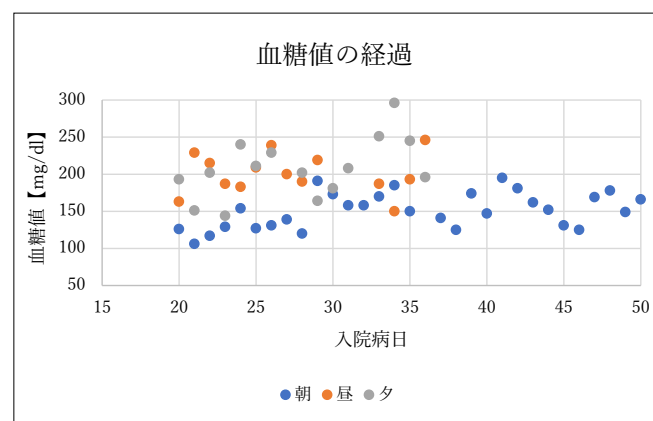


図1 本症例の血糖値の経過

て, インスリン離脱を行うことはしばしば難しい判断となる. これまでの報告で, 2 型糖尿病患者で CPI がインスリン導入の指標になりうることが報告されている^{3) 4) 5)}. また CPI 値に関して, 0.8 以下でインスリン必要, 1.8 以上で不要とすると特異度は約 90% となることが報告されている⁶⁾.

本症例は施設退院に向けて, インスリン離脱できないか先方施設から打診があり, CPI 値 0.93 を勘案し, 内服調整した. インスリン離脱後も血糖は安定していた. 80 歳代の高齢者であり, 高齢糖尿病患者におけるインスリン自己注射の不確実性に関しては, 加齢に伴う手指の巧緻性低下や視力障害が投与量の誤設定や着脱の困難さにつながることや独居やサポート不足が手技の不確実性を高めるリスク要因となることが報告されている^{7) 8)}.

また 65 歳以上の高齢者の低血糖は, 症状が減弱し, 無自覚性低血糖や重症低血糖を起こしやすいことや非典型的な低血糖症状を示すことが多いことから, 疑わしい場合には薬剤を減量することが提案されている. また高齢者で中等度以上の認知症や基本的 ADL 低下または多くの併存疾患があるときは, インスリン製剤を含む重症低血糖が危惧される薬剤が処方されているときの目標 HbA1c 値は 8.5% 未満, 処方されていないときは 8.0% 未満にすることも提唱されている⁹⁾.

HbA1c と推定平均血糖値の相関に関しては David M らによる報告があり, 図 2 に示すような相関関係となっている. 本症例のような高齢者の HbA1c の許容範囲を 8.0 から 8.5% とすると, 血糖値 180

から 200mg/dl 程度までは許容範囲となり、本症例の経過も許容できると考えられる¹⁰⁾。

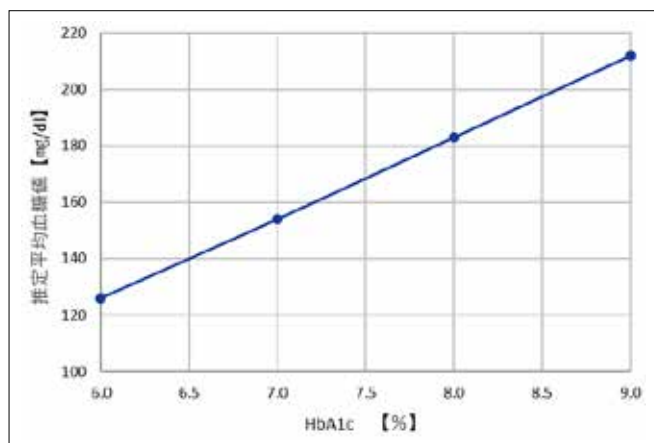


図2 HbA1c と推定平均血糖値の関係

(推定平均血糖値【mg/dl】= (28.7 × HbA1c) - 46.7¹⁰⁾)

本症例ではインスリン離脱に向けて CPI が有用であったが、CPI を利用するにはいくつかの条件が必要である。まず血中 C ペプチドは腎機能低下例ではその腎排泄低下により血中 C ペプチドが上昇、尿中 C ペプチドが低下するため、C ペプチド値を用いた内因性インスリン分泌能の評価が困難になることが指摘されており、慎重に判断することが必要とされる¹¹⁾。またインスリン療法離脱直後は安全性の確保のため、血糖検査及びスライディングスケール対応などが可能な医療機関での対応が必要になる。加えて、自宅や施設に退院後もかかりつけ医による経時的な糖尿病の管理を継続することが条件になる。したがって著明な腎機能低下がなく上記のような条件であれば、CPI を利用してインスリン療法離脱を試みることは有用な方法の一つと考えられる。

【結語】

慢性期医療機関において、CPI がインスリン療法の継続の可否の判断指標として有用であった症例を経験した。

【COI 開示】

本論文に関して、著者に開示すべき COI 状態はない。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施された。当

院の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施された（承認番号 2025-A-10）。

【参考文献】

- 1) 武田智美, 福島光夫, 藤本新平, 他: 非肥満 2 型糖尿病における残存インスリン分泌能と罹患期間の関係, 糖尿病: 46: 472, 2003
- 2) Albareda M, Rigla M, Rodriguez-Espinosa J, et al: Influence of exogenous insulin on C-peptide levels in subjects with type 2 diabetes, Diabetes Res Clin Pract: 68: 202-206, 2005
- 3) 関根信夫, 田口円, 林道夫, 他: 2 型糖尿病の治療方針決定における各種内因性インスリン分泌能指標の有用性, 日本内分泌学会雑誌: 81: 95, 2005
- 4) 浅野貴子, 川村光信, 渡辺孝之, 他: 2 型糖尿病におけるインスリン治療の要否決定の指標としての尿中 C ペプチド補正值 (UCC) および C ペプチドインデックス (CPI) の有用性, 糖尿病: 51: 759-763, 2008
- 5) 瀧川彰子, 岩田実, 岡澤光代, 他: 2 型糖尿病における CPR Index (CPI) をもちいた治療選択法の妥当性の検討, 糖尿病: 51: S188, 2008
- 6) 浅野貴子: 2 型糖尿病におけるインスリン治療の要否判定の指標としての尿中 C ペプチド補正值 (UCC) および C ペプチドインデックス (CPI) の有用性, 糖尿病: 51 (8): 759-763, 2008
- 7) 山内恵史: 高齢糖尿病患者におけるインスリン自己注射の問題点の解析, 日本老年医学会雑誌: 46: 537-540, 2009
- 8) 藤井夕香, 磯和勅子, 平松万由子, 他: 外来通院をしている高齢糖尿病患者のインスリン自己注射手技に影響する要因, 日本看護科学会誌: 36: 179-188, 2016
- 9) 糖尿病ガイド 2024: 日本糖尿病学会編: 文光堂: 東京: 99-100, 2024
- 10) David M, Nathan, David S, et al: Translating the A1C Assay Into Estimated Average Glucose Values, Diabetes Care: 31: 8, 2008
- 11) 糖尿病診療ガイドライン 2024: 日本糖尿病学会編: 南江堂: 東京: 10-11, 2024



口腔ケアの重要ポイント「除去と回収」

医療法人永寿会 陵北病院（東京都八王子市）

副院長 阪口英夫

1. はじめに

口腔ケアは口腔内を衛生的に保つ行為であり、日常の「歯みがき」の延長線上にあるものと思われる。その考え方に間違いはないが、患者自らがおこなう「歯みがき」と、看護・介護者が患者におこなう口腔ケアとは、その基本的な考え方や手技に違いがある。特に口腔ケアにおける「除去と回収」は、その基本的な考え方や手技を守らないと、口腔ケアの十分な効果が得られないとされている。今回の豆知識では「口腔ケアの除去と回収」について解説する。

2. 口腔の汚れとは何か

口腔内にある汚れの主たるものは、プラークである。プラークとは、細菌の塊であり、健康な成人でも1 mg 中に 700 種類以上、数千万～数億個の細菌がいるとされている。すべての細菌が悪さをするわけではないのだが、そのなかには、歯周病菌など肺炎の原因菌などになるとされる危険な菌も多く含まれている。これらの菌は、粘着性のグルカンを主体としたプラークを形成し、歯の表面や歯肉に付着している。プラークは粘着性が強いために、うがい程度では容易に除去できない。なので、歯ブラシを使用して機械的に除去しないと、取り除くことが難しいのである。自らがおこなう「歯みがき」では、このプラークを除去することに主眼がおかれる。しかし、患者に対して行われる口腔ケアでは、さらにこの除去したプラークを、口腔の外へ回収することが重要となる。つまり、除去したプラークは口の中に置いてこないようにするということである。

3. なぜ回収が必要なのか

口腔ケアが必要となる要介護高齢者や病院等に入院し療養している患者では、誤嚥の危険性が高い人

が多い。特に意識レベルが不安定で、嚥下状態が不良な患者では、口腔内の細菌を誤嚥することで、誤嚥性肺炎が起こることが報告されている。誤った方法で口腔ケアをおこなうと、誤嚥の危険性が高まることもある。意識障害を呈する患者の口腔ケアにて口腔が刺激され口が不意に動くことは、頻繁に体験する。口が動いたときに、除去されたプラークや汚れが口の奥底へと運ばれ、嚥下することもある。正常な嚥下がおこるのであれば問題はない。また誤嚥しても咯出できる能力や、肺炎にならない抵抗力があれば問題はない。しかし、口腔ケアの対象となる患者は、嚥下が不安定になっているケースのほうが圧倒的に多いのである。また、少量の誤嚥にて、容易に肺炎を起こしてしまうほど抵抗力が低下していることもあり、取り除いたプラークや汚れは、口腔の外へ回収することが必要になるのである。

4. 経口摂取ができない患者

慢性期医療の現場では、なんらかの原因で経口摂取ができなくなり、胃瘻や経鼻経管栄養もしくは中心静脈栄養を受けている患者がいる。以前は経口摂取していなければ、口のなかは汚れないと考えられ、口腔ケアを積極的におこなわない風潮もあった。現在ではそのような誤った認識は減っているものの、口腔ケアを単なる「歯みがき」として捉え、除去された汚れが正しく回収されないケースも散見される。特に非経口摂取の患者では、口腔粘膜表面に角質層変性物や唾液、プラークなどの汚れからなる剥離上被膜（写真1）が広がり、適切な手技をもって除去と回収をおこなわないと、かえって誤嚥を誘発し、誤嚥性肺炎の発生を助長するという恐れもある。口腔ケアにおける除去と回収は経口摂取できない患者では特に重要なのである。



写真1 剥離上被膜



写真2 汚れはティッシュペーパーやガーゼで回収する

5. 回収方法は？

回収方法は、いたって簡単である。歯ブラシやスポンジブラシと一緒にティッシュペーパーやガーゼを持ち、汚れを常に拭き取りながら口腔ケアを進めることである（写真2）。また非経口摂取の患者で口腔乾燥がみられる場合は、口腔ケア用ジェルなどの保湿が行える薬品を使用し、粘膜表面についた汚れを回収する方法も有効である。このような手技は口腔ケア用ジェルの提供メーカー*などが動画で紹介していることもあるので、ぜひチェックして頂ければ幸いである。

*雪印ビーンスタークWebセミナー

<https://www.beanstalksnow.co.jp/>

6. おわりに

口腔ケアは歯みがきとは基本的な考え方が違っている。その違いを理解したうえで、正しくおこなうことで、入院患者や利用者の安全を守ることができる。ぜひ参考にして頂きたいと思っている。

2026年7月の記者会見 「攻めのリハビリ戦略」を提言 寝たきり・要介護を防ぐ予防的リハビリ



当会は7月23日に定例記者会見を開き、「骨折・転倒を防ぐ攻めのリハビリ～寝たきり・要介護を防ぐ、これからの予防的リハビリ～」をテーマに見解を示した。橋本康子会長は、健康寿命の伸びが近年停滞する中、骨折・転倒が要介護化と重度化の大きな要因になっていると指摘した。

橋本会長は会見で、「転倒させない」「骨折させない」「寝たきりにさせない」という3段階の予防モデルを提示。高齢者を対象とした「転倒リスク健診」の導入、健診の担い手としてのPT・OTの位置付け、ICT・AIによる自宅環境評価の簡便化、予防的リハビリテーションを評価する制度の創設を提言した。

■ 骨折・転倒は要介護化と重度化の要因

橋本会長は、国が掲げる「攻めの予防医療」を具体化する上で、「攻めのリハビリテーション」が重要な役割を担うとの考えを示した。平均寿命が延びる中でも健康寿命の伸びは停滞しており、寝たきりや要介護状態を減らす対策が必要であるとした。

介護が必要となった主な原因を見ると、骨折・転倒は認知症や脳血管疾患と並んで大きな割合を占める。女性では複数回答で27%に達しており、その背景として骨粗しょう症の多さを挙げた。骨粗しょう症の有病率は、70歳代の女性で約3人に1人、80歳代では約2人に1人とされている。

橋本会長は、自院の通所リハビリテーションセンター利用者を対象とした調査を紹介。それによると、

1年間で要介護度を維持した人が72.7%、軽度化した人が5.7%、重度化した人が20.6%であった。重度化した人の半数以上で転倒・骨折が関係し、発生場所は自宅のベッドサイドや庭などが多かったという。

橋本会長は、身体状態や生活動線は時間の経過とともに変化するとし、退院時や初回訪問時だけでなく、自宅環境を定期的に見直す必要性を強調した。

■ 「転倒させない」「骨折させない」「寝たきりにさせない」

橋本会長はまた、健康寿命を延ばすための予防モデルとして、3段階の対応を示した。転倒させないためには、筋力やバランス、歩行能力の維持・改善に加え、段差、照明、手すり、家具の配置、生活動線などを確認するほか、骨粗しょう症、低栄養、サルコペニア、睡眠薬などの疾患・服薬管理も重要と指摘した。

骨折させない対策としては、骨粗しょう症の評価・治療、ヒッププロテクターの活用、転倒時の衝撃を軽減する環境整備を挙げた。AI、IT、ロボット工学などを活用した機器開発にも期待を示した。

骨折した場合にも、急性期、回復期、慢性期の各段階でリハビリテーションを切れ目なく提供し、「寝たきりにさせない」ことが必要であるとし、各段階で慢性期医療と慢性期リハビリテーションのノウハウを活用できると視点も示した。

■ 要介護前の「転倒リスク健診」を提言

橋本会長は、身体機能、生活環境、栄養、骨密度、服薬状況などを総合的に評価する「転倒リスク健診」の導入を提案。PT・OTが筋力、バランス、歩行速度、ADL、認知機能、住宅環境などを評価し、医師が疾患管理や治療を担う構想である。

それにより、健診で転倒リスクが確認された高齢者を短期集中型リハビリテーション、外来・通所・訪問リハビリテーション、生活環境の調整などへ早期につなげる。自宅の写真や動画からAIが危険箇所を抽出し、高リスク者に重点的な訪問支援を行う仕組みも示した。

提言では、転倒リスク健診の導入、健診を担う専門職としてのPT・OTの制度上の位置付け、ICT・AIによる自宅環境評価の簡便化、要介護前の予防的リハビリテーションを評価する制度の創設を掲げた。

■ 予防リハは地域の既存事業と連動

質疑では、「予防的リハビリテーションを介護保険給付、市町村事業のどちらで実施すべきか」との質問があった。

橋本会長は「明確な制度の方向性は今後の検討課題」とした上で、市町村の総合事業など、「現在の制度と結び付ける方法が現実的ではないか」との考えを示した。

その上で、企業健診や高齢者健診では、重大な異常が見つければ医療機関の受診につながるが、血圧やコレステロールがやや高い程度では、生活指導だけで終わりやすいと指摘。「健診の結果を予防的な治療や継続支援に結び付ける必要がある」と述べ、地域単位で取り組むことが望ましいとした。

■ PT・OTの地域偏在と病院偏在

転倒リスク健診を全国で実施する場合、「PT・OTの人数や偏在が課題にならないか」との質問も出た。

橋本会長は「地域偏在は大きく、病院での偏在もある」とした上で、「PT・OTは回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟などに集まる傾向があり、在

宅分野で働く専門職は増えているものの、地域にはまだ少ない」との認識を示した。

その上で、学校健診に病院の医師が出向く例を挙げ、「地域で転倒リスク健診を実施する際には、病院に所属するPT・OTを健診会場へ派遣する仕組みなども必要ではないか」との考えを示した。

■ ICT・AI導入は継続費用が課題

ICT・AIを用いた自宅環境評価については、導入時期や費用、会員施設での活用・共同開発事例に関する質問があった。

橋本会長は「在宅分野だけでなく病院でも価格面が大きな障壁になっている」と説明。導入補助があっても、運用を続けるための費用への支援がなく、「導入しても使い続けられないと見込んで、導入自体を見送るケースもある」と現状を伝えた。

その上で、「医療機関の経営が厳しく、現状を維持するだけでも苦慮している施設が多いため、補助金が示されてもICT・AI活用まで進めない実情がある」と説明。転倒・骨折や寝たきりの減少によって医療・介護費をどれだけ抑えられるかを示し、「その効果の分を予防施策へ振り向ける考え方が必要ではないか」と述べた。

■ 骨折予防で救急医療の逼迫を緩和

高齢者救急に占める骨折患者に関する質問もあった。橋本会長は地方の会員から寄せられた現場の状況を紹介。それによると、冬場には、路面の凍結や身体の動かしにくさなどから高齢者の転倒・骨折が増え、救急搬送が相次ぐという。橋本会長は「地域の病院や病床に限られる中、骨折患者で病床が埋まれば、心筋梗塞や緊急手術を必要とする患者の受け入れにも影響しかねない」とした。

その上で、「転倒・骨折を予防することは高齢者の要介護化や重度化を防ぐだけでなく、救急医療と病床の逼迫を緩和する上でも重要である」と強調した。

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=12422>

神奈川県慢性期医療協会

「第19回神奈川県慢性期医療協会 講演会」を開催

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 伊勢正輝（事務局）

医療法人社団三喜会 理事長，鶴巻温泉病院 名誉院長 鈴木龍太
（神奈川県慢性期医療協会 会長）

2026年6月1日（月），横浜の崎陽軒本店にて，当協会と株式会社大塚製薬工場の共催により「第19回神奈川県慢性期医療協会 講演会」が開催された。今回はイムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院が幹事病院を務め，県内から約80名が参加した。

開会にあたり行われた一般演題では，イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 病院長の中尾健太郎副会長が座長を務め，同院栄養科の能條優花

氏より「慢性期病院におけるNST活動の実際」と題した報告がなされた。発表では，同院におけるNST（栄養サポートチーム）活動の具体的な運用事例が紹介され，慢性期医療の現場で求められるきめ細やかな栄養管理の取り組み状況を，参加者全体で共有する有意義な機会となった。

続く教育講演では，茅ヶ崎中央病院 総合診療科の庭野元孝氏から，「急性期病院と慢性期病院 高齢者の人工的水分・栄養補給法（AHN）」というテーマで講演が行われた。高齢者医療において重要な議論となるAHN（人工的水分・栄養補給法）について，急性期・慢性期それぞれの病院機能の視点から詳しく解説され，現場のスタッフにとって意思決定支援や適切なケアの在り方を再考する貴重な学びの場となった。

講演終了後は会場を移し，恒例の情報交歓会を開催した。崎陽軒の料理が提供される中，和やかな雰囲気の中で各施設の参加者同士による情報共有や親睦が行われ，盛況のうちに閉会した。次回の講演会は，平成横浜病院が幹事病院を務める予定である。詳細が決まり次第，改めて会員の皆様にご案内する。



写真1 当協会幹部と演者の庭野元孝氏（前列中央左），能條優花氏（前列中央右）

京都府慢性期医療協会

第27回通常総会・特別講演会を開催

京都府慢性期医療協会 会長 清水 紘

京都府慢性期医療協会は、令和8年8月21日(金)に第27回通常総会および特別講演会を開催した。

総会では、2025年度事業報告・決算、2026年度事業計画・予算、第15期役員の選任について審議が行われ、すべて原案どおり承認された。事業報告では、京都府・京都市の高齢者施策への協力、「認知症ケア加算2・3」および「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」施設基準該当研修の実施、ホームページのリニューアル等の取組を報告した。

続く特別講演会では、仲井培雄氏（医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長、地域包括ケア推進病院協会会長、日本慢性期医療協会常任理事）を講師に迎え、「2026年度診療報酬や地域医療構想において標準仕様になった『治し支える医療』」をテーマにご講演いただいた。

講演では、85歳以上人口が増加する一方、生産年齢人口が減少する2040年に向け、地域特性を踏まえた医療提供体制の再構築が必要であると説明された。新たな地域医療構想では、病床機能に加えて、医療機関機能を明確にすることが求められる。その中で、地域包括医療病棟は高齢者救急を受け入れる病棟として役割を担うこと、地域包括ケア病棟は在宅療養支援や在宅医療・介護連携を強みとして、今後の地域包括ケアシステムを支える重要な基盤となる。

高齢者の多疾患併存が増加する中で、「治す医療」から、患者本人の生活機能や価値観、人生観を重視しながら生活を支える「治し支える医療」への転換が必要であり、医療の成果指標も疾患の改善だけでなく、患者のQOL向上や住み慣れた地域で暮らし続けられることに置かれるべきである。

その実現のために多職種協働が不可欠である。病院内の連携のみならず、介護支援専門員や訪問看護師、介護事業所等を含めた地域全体での連携が必要である。高齢者救急患者では、発症前の生活状況や

在宅での支援体制を把握した上で治療や退院支援を進めることが重要であり、退院後の生活を見据えた継続的な支援体制づくりが求められる。

講演の終盤には、仲井氏が理事長を務める芳珠記念病院における実践事例も紹介された。同院では、高齢者救急の受入れ強化や訪問診療への参入、リハビリ・栄養・口腔の一体的な取組などを進めた結果、救急搬送件数や入院患者数の増加につながり、地域における役割を再定義することで病院経営の改善にも結び付いた。人口減少社会にあっても、地域ニーズに即した機能転換と多職種協働を進めることが、病院の持続可能性を高める重要な鍵となることが示され、参加病院にとって今後の病院運営の参考となる貴重な機会となった。



写真1 清水紘会長



写真2 仲井培雄氏

奈良県慢性期医療協会

奈良県慢性期医療協会 総会

奈良県慢性期医療協会 会長 鉄村信治

令和8年7月3日、奈良県慢性期医療協会総会ならびに記念講演会を開催した。24 医療機関、計 64 名が参加され、令和7年度の活動報告ならびに令和8年度事業計画について円滑に審議いただき、すべての議案が承認された。

総会に続き記念講演会を開催した。講師には池端幸彦副会長をお招きし、「令和8年度診療報酬改定からみた中小民間病院の生き残り戦略」と題してご講演いただいた。令和8年度診療報酬改定の内容を、中医協委員というまさに当事者のお立場から詳しくご紹介いただき、改定決定までのプロセスや今後取り組むべき課題についてわかりやすくご解説いただいた。特に講演で繰り返し語られた「Change or Die」という考え方は参加者に強い印象を与え、慢性期医療を担う私たちが変化を恐れず、覚悟を持って進むことの重要性を改めて認識する貴重な機会となった。

講演会終了後の懇親会には、池端副会長をはじめ、平素より協会をお支えいただいている医療機関の理事長・院長先生方など、多くの皆様にご参加いただき、大変盛況となった。ご承知のとおり、このたび池端副会長は日本医師会副会長という重責を担われることとなったが、そのようなご多忙の中にもかかわらず、講演会ならびに懇親会にご参加いただいたことに深く感謝申し上げたい。今回の講演は、ご就任が正式に決まる前からお願いしていたこともあり、この貴重な機会をいただくことができたことは、本協会にとって大きな喜びであった。

今後もこのような講演会を通じて、日本慢性期医療協会と奈良県慢性期医療協会との連携をさらに深め、慢性期医療の発展に向けた活動を積極的に進めていきたい。



写真1



写真2

福岡県慢性期医療協会

令和8年度「排尿機能回復に向けた治療とケア講座」を開催

福岡県慢性期医療協会 会長 田中圭一

令和8年7月31日（金）及び8月1日（土）の2日間、福岡県私設病院協会看護学校において、「令和8年度 排尿機能回復に向けた治療とケア講座」を開催した。本講座は、「排尿自立支援加算」及び「外来排尿自立指導料」の該当研修として実施した。

本講座には福岡県内外の医療機関から医師及び看護師合わせて88名が参加し、高齢者に多くみられる排尿機能障害に対する適切な評価、治療及びケアについて学んだ。令和8年度診療報酬改定では、回復期リハビリテーション強化体制加算の要件として排尿自立支援加算の取得が位置付けられるなど、排尿ケアの重要性は一層高まっており、参加者の関心も非常に高い研修となった。

初日は、排尿自立支援加算の概要をはじめ、下部尿路の解剖・排尿生理、下部尿路障害の病態、治療・予防・ケア、尿道留置カテーテル抜去に向けた取り組みなどについて、各分野の専門医師による講義が行われた。また、排尿自立に向けた実践例や症例検討では、医師と看護師による活発な意見交換が行われ、臨床現場での課題や対応について理解を深めた。

2日目は看護師を対象に、排尿日誌による評価、事例検討に加え、エコーを用いた残尿測定、排泄関連用具の適切な使用方法、自己導尿指導及び排尿自立のためのリハビリテーションなど、実践を重視した演習を実施した。少人数グループによる実技指導では、講師へ積極的に質問する姿が多く見られ、参加者は現場で直ちに活用できる知識と技術の習得に熱心に取り組んでいた。

受講者からは、「講義と演習が連動しており理解が深まった」「明日からの排尿ケアに生かせる内容であった」「多職種連携の重要性を改めて認識した」などの声が寄せられ、本講座に対する満足度の高さがうかがえた。本講座を通じて、排尿ケアに関する専門的知識と実践力の向上に加え、多職種が連携し

て患者の排尿機能回復と生活の質の向上を支援することの重要性を再認識する機会となった。今後、自施設で活躍してくださると確信している。

当協会はケアのスキルを高める活動をしてきた。抑制廃止運動に始まり、おむつ外しの推進、食べる事を支えるケアの啓発と、会員施設の質の向上に資するべく講習会などを開催している。これらの研修を通じて、一人でも多くの患者に喜んでいただけることを願っている。

次回は令和9年7月30,31日で行う予定である。加算算定のためではなく、スタッフの勉強のために、会員の皆様から多数の参加を期待している。



写真1



写真2

Event

第14回看護師のための認知症ケア講座 (令和8年8月6・7日)

令和8年8月6・7日に「第14回看護師のための認知症ケア講座」がオンライン研修会として開催された。本講座は「認知症ケア加算2・3」の該当研修である。

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

当日は201名の看護師が受講し、講義の他にグ



ループディスカッションなどを通して活発な意見交換が行われた。

第9回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～ (令和8年8月22・23日)

令和8年8月22・23日に、昨年度に続き「第9回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～」が開催された。

激変する医療・介護制度の中で、中小・慢性期病院が生き残り、選ばれ続けるための戦略とはどのようなものか。今回は、全国の先進的8病院からリアルな経営実践が共有された。

当日は全国各地から58名の参加者が集い、最後



まで熱心に受講され、大変盛況のうちに終わった。

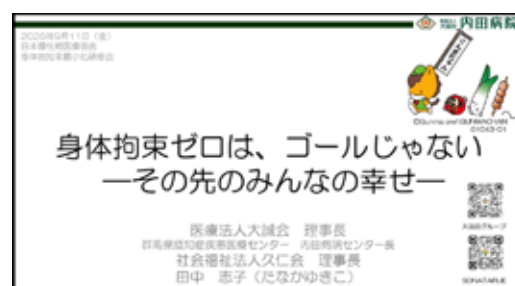
身体的拘束最小化研修会

(令和8年9月11日)

令和8年9月11日に「身体的拘束最小化研修会」がオンラインで開催された。

本研修では、「身体拘束ゼロのその先にあるみんなの幸せ」を考える理念と、25年以上にわたり身体拘束ゼロを実践してきた病院の具体的な取り組み等を、講師の方からお話いただいた。

今回の研修では247回線のお申し込みがあり、当日は病院・施設等からの多くの方が受講された。



開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第16期日程】2026年4月1日～

看護力アップ講座

【日 程】2026年10月17日

【開催方法】オンライン研修

第6回特定行為研修修了者のためのフォローアップ講習会

【日 程】2026年10月24日

【開催方法】オンライン研修

第12回総合診療医認定講座

【日 程】2026年11月28・29日, 12月19・20日, 2027年1月23・24日

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

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

新たな地域医療構想に関する会議が各地で始まった。当会会員の多くは、高齢者救急・地域急性期機能と在宅医療等連携機能を担うことになるのだろう。そこで求められる医師は、医療としての総合診療的知識や技能はさることながら、介護や福祉を含め患者の生活全てを包括してコーディネートできる力量を身に付けなくてはならない。2040年に向け、それができる医師が率いる医療機関が地域に残る。その道しるべとして、本号の特集は必読である。



金上病院 理事長
安藤正夫

■三役会■ 橋本康子（会長）・池端幸彦（副会長）・安藤高夫（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）中西克彦（定山溪病院）

浦信行（札幌西円山病院）・木村尚人（南昌病院）・田中譲（みなみ野病院）・矢野諭（平成扇病院）

高木賢一（緑成会病院）・加藤寛（泉佐野優人会病院）・松本悟（豊中平成病院）・鉄村信治（奈良東病院）

齋藤淳（周南高原病院）・保岡正治（保岡クリニック論田病院）・木戸保秀（松山リハビリテーション病院）

市川徳和（永井病院）

日本慢性期医療協会誌 JMC 第167号

(2026 October volume34 No5)
ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

Tel: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@jamcf.jp

URL: <http://jamcf.jp> BLOG: <http://manseiki.net>

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）

未来を紡ぐ慢性期医療 ～治して戻す～

Weaving the Future of Chronic Care ~Healing and Restoring~



第7回アジア慢性期医療学会

The 7th Asian Congress of Medical and Care Facilities

会 期: **2026年11月19日(木)・20日(金)**
Nov. 19(Thu.)・20(Fri.)

会 場: **福岡国際会議場**
Fukuoka International Congress Center

大会長: **高石 義浩**(北条病院 院長)
Yoshihiro Takaishi (Hospital Director, Hojo Hospital)

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>

