

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

159

vol.33 2025.6 隔月号

[特集] 慢性期医療展2025





ペスカ (Pesca) プラト イタリア
フィレンツェ近くのプラトのカフェ。桃の形をしたカスタードクリーム入りのケーキが有名。Ginoliのお皿で頂く。

第159号表紙絵

ピサ イタリア 2024

35年ぶりのピサの斜塔。やはり凄く傾いている。手前のドーム、教会の奥に斜塔が見える。観光客は斜塔を両手で支えるポーズで記念写真。私も同じポーズをとってしまった。

南高井病院 院長 西尾俊治

Contents

論壇

大久野病院 理事長 進藤晃

1

特集 慢性期医療展2025

開会式

2

セミナー1 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

6

セミナー2 米国の医療 DX から見たこれからの日本の DX の方向性と
富家病院の DX の取り組み

19

セミナー3 困っていませんか？ 夜間頻尿

28

セミナー4 座る、歩く、握る、生活の基本動作の衰えを防ぐ筋力アップ

33

セミナー5 現場で役立つ認知症の方への介助・コミュニケーション技術

38

セミナー6 慢性期医療における口腔機能への取り組み「お口の健康が長寿の秘訣！」

43

セミナー7 かくれ栄養失調にならないために

54

セミナー8 知って得する介護保険在宅サービス・病院・施設の活用方法

59

日慢協リレーインタビュー

日本看護協会 会長 高橋弘枝

66

会員病院の取り組み

城山病院 言語聴覚士 松元亜未, ほか

79

ふくの若葉病院 看護師 立島美穂, ほか

84

明海病院 理学療法士 金戸利幸

90

慢性期医療 TIPS

富家病院 理事長 富家隆樹

95

投稿論文

美原記念病院 理学療法士 野本正仁, ほか

96

JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第30症例

101

日慢協 Topics

第33回日本慢性期医療学会の開催に向けて 学会長 西尾俊治

104

記者会見報告、都道府県の活動, ほか

106

業務の効率化



医療法人財団利定会 大久野病院
理事長 進藤晃

高齢化社会を迎え、医療費用は増大する一方である。我々は自ら業務を効率化し、費用を抑えることに尽力すべきなのであろう。しかも、今の快適さを失わずに医療を提供する必要がある。業務を効率化し、費用を抑えることに成功したとしても、インセンティブが働かない中で行わねばならない。なんとも虚しい感じがする。

業務の効率化と聞いて思い浮かぶのは、おそらくIT化・ロボット化・AIの利用であろう。多くの病院で、ITやロボットを導入したがコストに見合う業務の効率化が叶わなかったのではないかと。かくゆう当法人も、コストに見合わないIT導入を経験している。産業界では、業務を効率化すると費用が削減されて利益が生まれるので、インセンティブが働くと聞いている。そのきっかけはインシデント・アクシデントレポート（以下、IAレポート）や問題発覚の場合もあると聞いている。医療における業務の効率化は、IAレポートや問題を契機として行うとわかりやすい。IAレポートは、転倒・転落や薬剤の間違い・ヒト間違いが大半を占めている。例えば、薬剤間違いに対して6Rの確認が推奨されている。6Rは、正しい患者（Right patient）・正しい薬物（Right drug）・正しい目的（Right purpose）・正しい用量（Right dose）・正しい方法（Right route）・正しい時間（Right time）である。これを投薬に際して、指示書の確認・薬剤取り出し時・薬剤の準備前・薬剤準備後・与薬直前・与薬直後の6回、

またはこの中から選択して3回繰り返すとされている。これが実行されると薬剤の間違いは減るかもしれない。慢性期医療の現場で、全入院患者に6Rを3回実行して内服させると、50床で1日に2700回の確認が必要となるので、可能とは思えない。しかし薬剤の間違いはあってはならない。二律背反である。間違いが発生すると、確認が増えて業務量が増える。少ない人数で、多数の業務をこなしている現場で、さらに業務を増やすことは職員の疲弊につながる。産業界では、工程を管理する、という考え方が一般的であると聞いている。医療においてもこの考え方は利用できると思う。多くの病院で薬剤は、薬局で調剤されて、病棟へ払い出されるという工程になっている。工程ごとに管理するならば、薬局で調剤された時点で、正しい薬物・目的・用量は確認されているので、6Rのうち3Rは病棟で行う必要がない。正しい患者・方法・時間は病棟で確認すべきであるが、6回確認する必要はない。与薬直前の1回で450回確認する。この方法を各部署が確実に行えば与薬間違いは減らせると考える。2700回の確認に比べて84%の労力を削減し、同じ結果を出せる。この6Rを実行するために、IT化やロボット導入を考えるのは、コストパフォーマンスが悪い。まず行うべきは、薬剤を間違えないために、自分の病院における問題を考えるべきである。そして、6Rの考えをどのように利用すべきか、検討すべきである。言うまでもないが、IT化やロボット導入が目的ではない、薬剤の投与間違いを防ぐことが目的である。

業務の効率化は、無駄を省くために行うのであるが、無駄をみつけることはかなり難しい作業である。IAレポートや問題を契機にすると、無駄は見つけやすい。問題を解決する時に、チェックを増やすなど業務を増やすのではなく、業務全体を見渡して無駄な業務を省いて、必要な業務を効率的に付加していくと、業務は効率化され同時に安全になる。そこに相応しいITやロボットがあれば導入すべきだが、現状では無い。業務の効率化は難しい作業である、だからインセンティブが欲しいものだ。



開会式

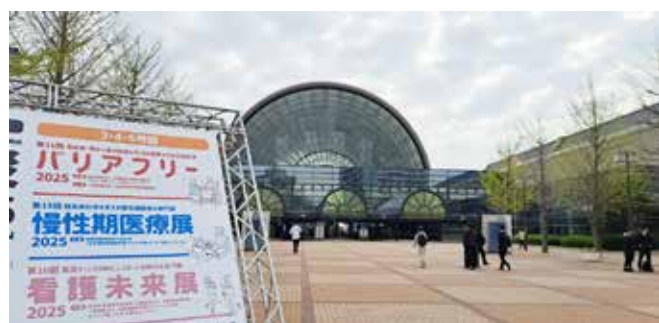
超高齢社会を支える慢性期医療の専門展 第15回「慢性期医療展 2025」を開催



2025年4月16日から18日にかけて、インテックス大阪において「バリアフリー 2025」「慢性期医療展 2025」「看護未来展 2025」が同時開催された。本展示会は、1995年に始まった「バリアフリー展」から発展を遂げ、西日本最大級の介護・福祉・医療・看護の総合展示会となった。展示やセミナーでは、医療DX、介護テクノロジー、予防医療、在

宅ケア等をテーマとする多様な企画が設けられた。

とりわけ「慢性期医療展 2025」は、超高齢社会を迎える日本において、地域包括ケアの深化や医療・介護・福祉の連携体制の強化が求められる中、慢性期医療の課題に対応する実践的な取り組みが示され



会場 インテックス大阪



開会式風景

る場として注目され、今年で15回目の節目を迎えた。

初日には開会式が催され、行政関係者をはじめ、看護・医療団体、福祉関係者、放送事業者など、幅広い分野から登壇者が集まり、それぞれの立場から本展示会への期待と今後の展望が語られた。

■ 実際に見て使ってみる価値の共有 ——井手之上会長



井手之上優氏

開会式の冒頭、社会福祉法人大阪府社会福祉協議会の井手之上優会長が登壇し、本展示会の歴史的背景と発展の経緯を紹介した。

1995年に開始された「バリアフリー展」は、高齢者や障害者が安心して暮らせる社会の実現を目指して始まり、その後、慢性期医療および看護の視点を加える形で発展してきた。井手之上氏は、これまでの歩みを振り返りながら、「地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムの構築が不可欠である」と強調。「住み慣れた地域で自分らしく生きる仕組みづくりが重要であり、その実現に向けた各分野の連携と情報共有の場として本展示会が大きな役割を果たしている」と述べた。

さらに、健康機器、介護ロボット、ICTやAIを活用した最新機器の展示、ならびに多様なセミナー・講習会を通じて、参加者が実際に見て触れて理解を

深めることの意義を訴えた。井手之上優会長は「スマートフォン等で情報が容易に得られる現代においても、実際に現場に行き、実際に見て、説明を聞いて、実際に使ってみることは非常に重要」と実地での体験が持つ価値を伝え、「今後も私たちは多様なニーズをキャッチしながら、より良い展示会にしたい」と期待を込めた。

■ 慢性期医療の理解を深めるセミナーも ——橋本会長



橋本康子氏

続いて登壇した当会の橋本康子会長は、関係者の協力を得て本展示会への参加が15回目を迎えたことに謝意を示した上で、「とても大きな貴重な展示会。昨年は約4万7,700人が来場したが、今年は5万人の来場者数を期待している」と盛会

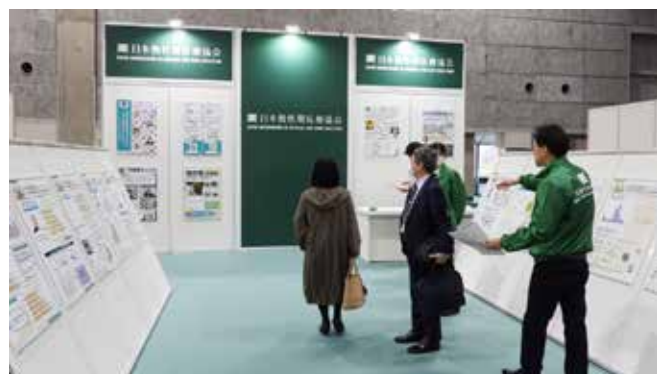
を祝った。

橋本会長は、単に情報を得るだけでなく、実際に体験しながら学べる場としての展示会の重要性を指摘。「井手之上会長がおっしゃったように情報はすぐに手に入る時代だが、見て触って試してみることができる非常に貴重な会場」と評価した。

当会の展示ブースでは、「大阪緊急連携ネットワーク」の取り組みをはじめ、当会主催の講習会などの情報が幅広く紹介されているほか、多数のセミナーが開催された。



会場風景



日本慢性期医療協会の展示ブース

橋本会長は「3日間を通じて医療DXや夜間頻尿、認知症ケア、口腔衛生、栄養管理（かくれ栄養失調への対応）など、慢性期医療に関連する多様なセミナーが開催される」と紹介。「慢性期医療の理解を深め、日常のケアに生かせる内容になっているので、ぜひ本セミナーに参加していただきたい」と呼び掛けた。

橋本会長はまた、本展示会では補助犬に関する体験型展示や、セラピストによる筋力向上セッションなども併設され、訪問者にとって有意義な時間となるよう企画されていることに触れ、「現場に根差した慢性期医療の実践が、この展示会で具体的に感じられるはず」と述べた。

■ 看護の立場から災害支援を考える —— 弘川会長



弘川摩子氏

今年で10回目を迎える「看護未来展」の主催者である大阪府看護協会の弘川摩子会長は、災害への備えを今年度の重点テーマとして設定していることを紹介。阪神淡路大震災から30年を迎え、また南海トラフ地震の発生確率が高まっていると

のシミュレーションを踏まえ、災害対策が喫緊の課題であることを強調した。

同協会では「災害支援ナース」の育成に取り組んでおり、能登半島地震での活動事例を紹介するとともに、医療従事者と地域住民が災害時にどう対応するべきかを共に考える講演を開催する旨を伝えた。

同協会のブースでは、「血管年齢測定」など来場者の健康チェックも実施されており、平時からの健康管理の重要性についても発信。近年の災害の多発を踏まえ、弘川会長は「看護の立場からできる支援を改めて考える機会にしたい」と語った。

■ 自分らしく生き方を見つめる —— 長濱会長



長濱あかし氏

大阪府訪問看護ステーション協会の長濱あかし会長は、協会の創立30周年と「看護未来展」の第10回開催という節目に触れ、訪問看護の普及と発展について述べた。

長濱会長は、大阪府における訪問看護ステーションの数がこの10年

間で約800事業所から2,300事業所へと飛躍的に増加していることや、地域における看護の役割が一層拡大していることを紹介。会場では、実際の利用者の笑顔があふれる写真展や、新卒看護師向けの教育課程など、訪問看護の魅力を伝える企画を用意していると紹介した。

同協会では、最終日に佛教大学の濱吉美穂教授による「人生会議」をテーマとした講演を開催。「自分らしく生き方を見つめるためのものとして考えていただければ幸いなので、この講演会に参加してほしい」と呼び掛けた。

■ いのち輝く社会を築く—— 品田社長



品田卓代氏

テレビ大阪株式会社の品田卓代表取締役社長は、今回の展示会が「防犯防災総合展2025」との同時開催となったことに言及。災害時の支援体制や、高齢者・要介護者への対応に関する展示やセミナーなどを通じて、「皆さんで考えていただく場を提供したい」と述べた。

品田社長は「日本で5人に1人が後期高齢者という時代。そういう中での介護サービスのあり方が問われている、2025年問題に直面する中で、介護・

医療サービスが提供できる体制をいかに確保していくかが大きな課題」と指摘。「私たち一人ひとりが介護・福祉のあるべき姿を考えることが非常に重要」との認識を示した。

その上で、介護職の人材確保や業務の効率化に資する最新技術を紹介する「人材確保・育成ゾーン」の設置や「介護テクノロジー・DX フェア」などの開催をはじめ、現場の課題解決を意識した会場の構成を紹介。3日前に開幕した「大阪・関西万博」のテーマである「いのち輝く未来社会のデザイン」を引き合いに、「今回、私たちが開催する展示会は、まさにこのテーマ。社会課題を解決しながら、いかにして、いのち輝く社会を築くことができるか。今回の展示会を通して、とにかく考え、そして体験していただき、交流を深めていただく場になればいい」と述べた。

■可能性を最大限に発揮できる社会へ ——谷口室長



谷口吉宏氏

最後に、来賓として大阪府福祉部高齢介護室の谷口吉宏室長が挨拶。「団塊の世代が75歳以上となる2025年をまさに迎え、高齢者が孤立することのない地域づくりや認知症施策の推進、また医療と介護の一体的な提供とともに介護人材の確保

や介護現場の生産性の向上に取り組み、高齢者を支える体制を強化することがますます重要」と強調した。

その上で、谷口室長は大阪府の取り組みを紹介。「地域包括ケアの深化・推進を柱とする大阪府高齢者計画に基づき、さまざまな取り組みを進めている。介護・福祉・医療・看護分野で網羅的に情報発信を行い、誰もが住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができる、より良い社会の実現に向け、ともに考える場である本展示会は大変意義のあるもの」と評価した。

本会場の隣駅・夢洲で開催されている万博のテーマに触れ、「一人ひとりが自らが望む生き方を考え、それぞれの可能性を最大限に発揮できるようにするとともに、こうした生き方を支える持続可能な社会を国際社会とともに推進していくものであり、本展示会は、まさにこの趣旨にも沿う」と述べた。

主催者・来賓の挨拶に続いて登壇者によるテープカットが行われ、大きな拍手の中、本展示会の開幕が宣言された。



登壇者によるテープカット

セミナー 1

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

講師：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長

座長：矢野 諭 日本慢性期医療協会 副会長



「慢性期医療展 2025」では、3日間で8つの日本慢性期医療協会セミナーを開催した。初日のセミナー1では、当会の橋本康子会長が「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」と題して講演し、慢性期医療の現状と課題、今後の展望を語った。会場は満席となり、追加の席が用意された。

講演で橋本会長は、慢性期医療の役割について「急性期治療後から在宅、看取りまで支える。入院医療、在宅医療、介護など多岐にわたる支援が求められる」との考えを示した上で、「寝たきりゼロ」に向けた取り組みを慢性期医療の重要課題と位置づけた。

橋本会長は、介護人材不足や報酬体系の課題にも言及。人材不足への対応策については、「リハビリテーション介護士」の養成などを提唱。リハビリマインドをすべての職種が共有する必要性を強調した。また、報酬上の課題については、改善効果によるインセンティブの減少を挙げ、見直しの必要性を訴えた。さらに、患者の自立支援を通じたQOL向上の重要性を具体的な症例を交えて紹介し、医療・介護現場全体で寝たきりを防ぐ取り組みの必要性を示した。

座長を務めた矢野諭副会長は、リハビリマインドの重要性について補足し、慢性期医療に携わるすべ



講演風景

ての職種がこの視点を共有すべきであると強調。「リハビリは生活に根ざした支援。リハビリマインドを広げていくべき」と述べ、これからの慢性期医療の展開に期待を込めた。

■ エネルギーな活動で発展

○座長：矢野諭氏（日本慢性期医療協会副会長）

当会では、今年の慢性期医療展でも日慢協セミナーを企画しており、その始めとして橋本康子会長にご講演いただく。橋本会長は2022年に会長に就任された。前会長で武久洋三名誉会長は、2008年に前身である日本療養病床協会を現在の日本慢性期医療協会に改称し、その後、わが国の慢性期医療の礎を築かれた先駆的な存在である。武久先生のご尽力により、「慢性期医療」という概念は広く社会に浸透し、一般にもその重要性が認知されるに至った。

橋本会長は、その偉業を継承しつつ、新たな視座から慢性期医療のさらなる発展に尽力されている。特筆すべきは、日本の医療団体における初の女性会長であり、その指導力と行動力によって当協会は一層の躍進を遂げている。役員一同、橋本会長のもとで活動を共にし、その進取の精神に強く感銘を受けている。

橋本会長のご専門はリハビリテーション医療であり、慢性期医療の現場においても、常に介護や福祉の視点を融合させた包括的なアプローチを重視されている。毎月開催している当会の定例記者会見においても、医療・介護連携や地域包括ケアシステムの推進など、多岐にわたる課題に対し、積極的に発信

を続けている。

本日の講演では、慢性期医療の現状と課題、さらには介護保険制度の動向に至るまで、幅広いテーマについて解説していただく。橋本会長ならではの視点から、現場の実情を踏まえた貴重な示唆を得られるものと期待している。

■ 本日の内容について

○橋本康子氏（日本慢性期医療協会会長）

本セミナーのタイトルである「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」という言葉は、前会長である武久洋三先生が掲げられた。当協会の理念となっており、慢性期医療の重要性を象徴する言葉として受け継がれている。また、慢性期医療展のテーマには「超高齢社会を支える慢性期医療」を掲げている。今後のわが国における慢性期医療の役割について、これらのテーマを軸に見解を示したいと考えている。

本日、ご参加いただいている方々は、病院関係者や施設関係者が多くを占めている一方で、建築関係者、コンサルタント、企業関係者など、医療以外の分野の方々にも多数のご参加をいただいている。実は医療関係者でも、慢性期医療とは具体的に何を指すのか、その定義が明確でないと感じられる方が少なくない。また、医療以外の分野の方々においては、「慢性期医療って何だろう？」と疑問を持たれることも少なくない。

そこで、まずは慢性期医療の定義およびその役割について、私たちがどのような実践をしているのかを説明したい。その上で、日本の医療と介護の現状、日本の介護保険制度の課題について述べたい。

■ 慢性期医療とは何か

今回の講演内容は、①慢性期医療とは何か、そしてその役割、②日本の医療の現状、③日本の介護保険の問題点——の3部構成だが、なかでも私が最もお伝えしたいのは、第一に掲げた「慢性期医療とは、そしてその役割」についてである。私たち日本慢性期医療協会がどのような理念のもとに活動しているのかをお伝えしたい。



矢野諭氏

まず、慢性期医療の位置づけについて。患者が病気を発症し、身体機能が急激に低下する段階が急性期である。大学病院などにおいて、手術や集中的な治療が行われる期間である。この急性期を経て、命が救われ、ある程度の回復が見られると、次に回復期へと移行する。この回復期においては、回復期リハビリテーション病棟にて、機能回復を目指したりリハビリが行われる。

回復期を過ぎると、生活期あるいは維持期、在宅期と呼ばれる段階に入る。この期間には、地域包括ケア病棟や療養病床が関与する場合もあり、医療と介護が連携しつつ、患者の生活支援が行われる。

急性期および回復期は主に入院している期間であり、病院内で医療が提供される。その後、退院した患者は在宅や施設へと戻り、外来診療や介護保険サービスの利用が主となる。ここからは介護保険が中心的な役割を果たし、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションなどのサービスが提供される。

さらに、退院後の患者はクリニックへの通院を続ける場合もあれば、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームなどの施設に入所することもある。これらはすべて生活期、維持期に位置づけられる。

■ 急性期後の包括的な支援

では、「慢性期」とはどの段階を指すのか。私たちは、急性期を経た後から看取り、すなわちお亡くなりになるまでの期間を広く「慢性期」と捉えている。私たちは医療、看護、介護、ケア、リハビリテーションといった多岐にわたる支援を広範に担っている。

急性期が限定的というわけではないが、急性期医療は主に治療や手術といった集中的な医療を提供する期間であり、それに対して慢性期医療は、入院医療、外来診療、施設介護、在宅ケアといった多様な形態を含む。この全てを包含するのが「慢性期医療」である。したがって、急性期と慢性期という二つの区分で考えると、より理解しやすいであろう。

私たちが運営する医療法人の多くは、いわゆるケ

アミックス型であり、医療、看護、介護、施設運営の全てを手掛けている。そのため、急性期後から看取りまでのすべての段階が慢性期医療の対象となる。私の法人も、病院だけでなく、老健、特養、介護医療院を併設し、さらに在宅系のデイケアやデイサービスなどの事業も展開している。このように、急性期後のあらゆる段階を網羅することが、私たちの考える「慢性期医療」の実践である。すなわち、急性期を経た後から、最期の時までを慢性期医療として位置づけ、包括的な支援を行っている。

■ 今こそ、寝たきりゼロ作戦を

このように慢性期医療は非常に広範な領域を包含しているが、日本慢性期医療協会としては、どのような目標と使命をもって活動しているのか。私たちの掲げる目標は「寝たきりゼロ」である。

本日、傍聴席の一角には当院の新入職員である若手のセラピストも多数参加している。このような展示会に参加することで知識と視野を広げる機会としている。今回が初めての参加となる職員も多く、ここで得られる経験は非常に有意義である。患者にとって必要不可欠な装具や車椅子、ベッド、入浴機器といった福祉機器が一堂に会しており、医療・看護・介護関係者のみならず、一般の方々にとっても有益な情報を得られる貴重な機会である。新たな製品や技術の動向を把握する場として大変有意義であり、介護犬の活用についても具体的な情報を得ることができる。このような展示会は、医療・介護関係者として情報収集と見識を深める場である。

ただ、若い職員にとって「寝たきりゼロ作戦」という言葉は耳にしたことがないかもしれない。26年前、介護保険制度や回復期リハビリ病棟が創設された。当時、旧厚生省が「寝たきりゼロ作戦」を打ち出した。寝たきりの高齢者を減らし、ゼロにすることを目指した国家的な取り組みである。

当時から日本は世界一の長寿国であり、それ自体は誇るべきことであった。しかし一方で、欧米諸国に比して寝たきりの高齢者が多いことが課題とされ、寝たきりを減らす必要性が強く認識されていた。しかしながら、それから25年以上が経過した現在、

寝たきりの高齢者はむしろ増加している。この現状を踏まえると、私たち自身の努力が不十分であったのではないかと痛感する次第である。

高齢化社会の進展は避けられない現実であるが、寝たきりの高齢者を増やしてはならない。こうした認識のもと、当会は「今こそ、寝たきりゼロ作戦を」と改めて掲げ、具体的な取り組みを推進している。

■ 医療・介護分野へ進む若者も減少

現状のままでは、医療・介護体制は維持できない。現場の職員は実感されていると思うが、すでに報道等で広く取り上げられているので一般の方々にも知られている。人材不足が非常に深刻化している。看護師については一定数確保されているものの、介護士は極めて不足している。

さらに、高齢化が急速に進行する一方で、高齢者医療に従事する医師も十分とはいえない。特に高齢者を診療する専門の医師が不足しており、大きな課題となっている。そうした中で、最も不足しているのが介護士であり、現場ではその確保に苦慮している状況である。

では、介護士や高齢者医療に従事する医師、看護師を増やせば解決するのか。確かに人材を増やす努力は必要であるが、そもそも日本の総人口が減少傾向にあり、就労人口、特に若年層の労働力は今後ますます減少していく。このような状況下で、医療・介護職に就く人材だけが増加するというのは、現実的には極めて困難である。2040 年に向けて、全体の就労人口が約 10% 減少すると推計されている。このような中で、医療・介護従事者だけを増やすというのは、もはや夢物語に過ぎない。

では、どうすればよいのか。お世話をする側の人数が減少する一方で、要介護者が増加し続ければ、医療・介護システムそのものが立ち行かなくなる。介護需要の増加は、当然ながら費用の増大を招き、人件費も膨らむ。しかし、それに対応する人材は減少の一途をたどっている。若年層の人口そのものが減少している上に、医療・介護分野へ進む若者も減少しているのが現状である。

■ 医療業界の魅力が低下している

かつて、医師や看護師など医療従事者は、高収入を得る職業として位置づけられていた。免許を取得し、専門的な知識と技能を有する職業であり、その労働の対価として相応の報酬が得られると考えられていた。

しかし、昨今ではその状況が変化している。医療従事者は、もはや高収入層には分類されなくなり、特に IT 業界など他産業のほうがはるかに高収入を得られる状況となっている。

もちろん、医療職は金銭のためだけに従事するものではないが、それでも免許取得までに多くの努力と時間を費やし、過酷な労働環境のもとで患者の命を預かる重責を担っている。その対価として適切な報酬が得られることは、職業選択の重要な要素である。看護師は夜勤を含む厳しい勤務に従事し、医師は患者の命を預かる責任を負っている。このような職務であるからこそ、他産業と比して高い水準にあった報酬が現在では相対的に低くなっている。

医療・介護分野における報酬水準そのものは大きく変化していないが、他産業が急速に成長し、高収入を実現しているため、相対的に魅力が低下している。その結果、医療・看護・介護職から他産業への人材流出が加速している。免許を持ちながら看護職に従事しない人や、医師免許を持ちながら臨床医療に従事しない医師も増えている。

例えば、医師免許を取得した後、直接美容外科に従事する医、いわゆる「直美（ちよくび）」と呼ばれる現象がある。美容外科は確かに医療行為ではあるが、自由診療に分類され、診療報酬制度の枠外で行われる。そのため、高額な報酬が期待できる。

こうした傾向は、医療業界の魅力が低下していることの表れでもある。優秀な人材が医療の発展に貢献するためには、医療職の魅力を再構築する必要がある。この課題に真摯に向き合うことが今後の医療体制維持のために不可欠である。

■ DX やロボットでは解決できない

一方、介護分野に目を向けると、介護離職による経済的損失が深刻な問題となっている。家族の介護を理由に現在の仕事を辞めざるを得ない介護離職者が増加しており、その経済損失は2030年には9兆円に達すると見込まれている。親や祖父母、あるいは難病を抱える子どもの介護のために仕事を辞職したり、正規雇用から非常勤やパートタイム勤務に切り替えたりするケースが後を絶たない。

これは、医療・介護従事者を増やせば解決するという単純な話ではない。人材確保が難しい現実を踏まえると、要介護高齢者や寝たきり患者を減少させることが極めて重要となる。

近年、DX やロボット技術の導入が進められている。しかし、例えばロボットによるオムツ交換が実現するまでには、まだ多くの課題が残されているのが実情である。

外国人労働者の雇用促進も一つの方策である。ただ、それだけで解決できる問題ではない。むしろ、寝たきり高齢者の数そのものを減らすことが根本的な解決策として必要である。

私たちは医療従事者であり、外国人労働者の雇用促進や人材確保を主導する立場にはない。私たちの専門性を生かすべき領域は、寝たきり患者を減少させる取り組みそのものである。慢性期医療の専門家として、寝たきを予防し、介護を必要としない健康な高齢者を増やすための努力こそが、私たちに課せられた使命である。

寝たきりの患者を減らすという取り組みに対し、「それは困難ではないか」と感じる方もおられるかもしれない。寝たきりになった方は、もう動くことができないのではないかと、そう考えがちである。しかし、決してそうではない。寝たきり患者を減少させる目標値はわずか1%で十分なのである。1%の改善で現在と同水準を維持でき、2%改善できれば、今よりも明るい将来が見えてくる。

例えば、100床規模の病院や施設で、仮に全員が寝たきりの状態であったとしても、そのうちの1人を回復へと導くだけで状況は大きく変わる。麻痺

がないものの筋力低下が見られる患者や、適切な介助とリハビリにより自力で食事ができるようになる患者が一定数存在する。そのような患者を見つけ出し、集中的なリハビリを施すことで、確実に状態の改善が期待できる。

決して、50人、100人すべての寝たきり患者を回復させることを求めているのではない。重要なのは、改善可能性のある1人、2人、3人を見つけ出し、適切な支援を行うことである。この積み重ねが全体の改善につながる。

■ 寝たきをなくす構造改革を

医療・介護の人材不足と高齢者の増加という構造的な問題に対しては、従事者を無理に増やすのではなく、寝たきり高齢者の数を減少させることで、現在の人員体制でも持続可能な医療・介護システムを維持できると考える。

今のままでも何とかするという楽観的な見方はもはや通用しない。現実を直視し、寝たきをなくす構造改革を進めなければ、日本の医療・介護システムは成り立たなくなっていく。この問題に真摯に向き合い、私たちが果たすべき役割はその改革の一端を担うことである。

とはいえ、その努力は決して過大なものではない。先ほど申し上げたように、寝たきり高齢者を1%減少させるだけでよい。100人中1人、あるいは2人から始めれば十分なのである。

そのためには、改善が見込める人に対し、リハビリやケア、介護を通じて、自力で食事を取れるよう支援したり、車椅子への移乗を可能にするためにわずかな補助を行ったり、歩行器を使って自らトイレに行けるようサポートしたりする。これらの支援こそが寝たきを防ぐための実践である。

決して、患者を走り回れるほどに回復させることを求めているわけではない。自らトイレに行ける、自分で食事ができるといった基本的な生活動作が可能となることで、寝たきりから脱する状態であり、私たちはそのような方を1人でも多く増やす努力を積み重ねていくべきである。

■ 健康寿命の延伸に向けて

今後の日本は、急速な高齢化と現役世代の急減という二重の課題に直面する。特に、高齢者人口がピークを迎える 2040 年ごろを見据え、医療・介護体制の抜本的な見直しが強く求められている。

日本の将来推計人口と高齢化率に関するグラフは、皆さんも一度は目にされたことがあると思う。2070 年までの将来予測が示されている。高齢者層が増加し、同時に総人口は減少していく。2070 年には、高齢化率がかつてない水準に達する見込みである。

2070 年には、私はすでにこの世にいないかもしれないが、ここにいる当院の新入職員をはじめとした若い世代の方々は、その時代を生きていることだろう。そのとき、自分自身が介護を受ける立場となった場合、介護を担う生産年齢人口が大幅に減少していることを実感することとなる。つまり、必要な介護サービスを十分に受けられない、そうした現実が待ち受けている。

超高齢社会における本質的な問題点は、単に高齢化そのものではない。真に課題となるのは、不健康な期間、すなわち要介護や寝たきりの状態で過ごす 10 年間の存在である。平均寿命が延び続ける中で、この不健康な期間をいかに短縮するか。私たちに課せられた重要な課題である。

日本は、男女ともに世界一の長寿国であり、これは大いに誇るべきことである。長寿は、世界中の誰もが望むものであり、アメリカ人であれ、ヨーロッパ人であれ、中国人であれ、例外ではない。

日本が長寿国となった背景には、医療・看護・介護といった私たちの不断の努力が大きく寄与している。また、感染症が蔓延しにくい清潔な環境、良好な栄養状態、銃社会でないことなど、複数の要素が相まって日本の長寿社会が築かれている。

現在、日本の平均寿命はおおむね 87 歳であり、今後は 89 歳、90 歳とさらに延びていくと予想されている。一方で、「健康寿命」という概念がある。健康上の問題なく自立した生活が送れる期間であり、日本人の健康寿命はおおむね 75 歳前後である。

すなわち、平均寿命と健康寿命の間には約 10 年の差が存在し、この期間が不健康な状態で過ごす時間となっている。もちろん、全員が 10 年間寝たきりというわけではないが、この期間に寝たきりとなる方が一定数存在するのも事実である。この不健康な期間をいかに縮め、健康寿命を平均寿命に近づけるかが、今後の大きな課題である。

例えば、膝痛で整形外科に通院している方や、糖尿病、高血圧などを抱えつつも自立して生活している方は、健康寿命に含まれる。つまり、自立した生活が可能であるかどうかが基準となる。この不健康な 10 年間で、せめて 2～3 年、あるいは 5 年に半減させることを目標に私たちは努力を重ねていく必要がある。

■ 要介護 4・5 の増加を止める

このような話をすると、「人は死の直前には誰しも寝たきり状態になるものではないか」と思われるかもしれない。確かに、そうした側面は否定できない。しかし、ここで重要なのは、その期間の長さに伴う負担である。

例えば、5 年間寝たきりの状態が続くと、その間、介護が必要となる。その 5 年間の介護負担は、本人にとっても、家族や社会にとっても大きなものとなる。しかし、リハビリテーションなどの介入により、その寝たきり期間を 1 年に短縮できれば、介護負担は 5 分の 1 となる。さらに 3 カ月程度まで短縮できれば、本人にとっても家族にとっても格段に良い状況となることは言うまでもない。

「ピンピンコロリ」という言葉がある。まさに理想的な生き方である。「あのおばあちゃん、先月まで元気に食事をしていたのに急に亡くなられた」という状況は、本人にとっても周囲にとっても最も幸福な形であるといえる。

もちろん、若年層における突然死は不幸な出来事であるが、高齢者が元気に過ごし続け、ある日静かに旅立つという形は、本人にとっても周囲にとっても最も望ましい。このような生き方を目指していくべきであり、それが私たち医療・介護に携わる者の役割である。

不健康な状態と要介護者の状態は必ずしも同じではない。2000年から22年間で介護保険の認定を受けた高齢者数は166%、すなわち1.6倍に増加している。これは高齢者人口の増加によるもので、当然の結果ともいえる。

しかし注目すべきは、要介護4・5の増加率である。要介護4は寝たきりの状態、要介護5はさらに重度の寝たきり状態である。この要介護4・5の高齢者数は、実に233%、すなわち2.3倍にまで増加している。これを止めなければいけない。

介護保険を利用する高齢者が増えるのは当然としても、私たち医療・介護従事者の努力がまだ足りないことを示している。高齢者の増加が避けられないのであれば、せめて寝たきり状態の高齢者の増加を抑え、全体の増加率と同程度に抑制すべきであり、それが私たちの使命である。

■ 介護士が100万人不足すると

一方、就労人口は確実に減少していく。労働力人口が減少する中で、2040年、今から約15年後には介護士が100万人不足すると試算されている。

では、介護士が不足した場合、現場はどうなるのか。具体例を挙げれば、特養や老健、さらには病院などの現場において、夜間のオムツ交換がこれまでのように2～3時間おきに行われるのではなく、夜間は介護士が1～2名しか配置できず、就寝前と起床時の2回のみという状況になりかねない。つまり、その間のオムツ交換ができなくなる。

昼間であっても、介護士の不足によりトイレ介助が困難となり、結果として利用者がオムツの中で排泄をせざるを得ない状況が生まれてしまう。このような環境では、排泄介助が十分に行き届かず、QOLが著しく低下する。

また、急性期病院においても、患者が自由に動くことが困難となり、職員が「動かないでください」と指示することが増える。トイレに行きたいと訴えても、介助の人手が足りず、結果として尿道カテーテルを挿入せざるを得ないという対応が取られることが現実となる。

介護士が100万人不足するということは、この

ような状況を意味している。今、ここにいる若い世代の皆さんが将来、病氣や要介護状態となった際には、すぐに尿道カテーテルを挿入されるような状況に直面する恐れがある。トイレに連れて行ってもらう余裕がなくなる。人材不足がもたらす悲しい未来である。

■ 介護士を増やせるのか

では、介護士を増やすことができるのか。現在、介護人材確保のためのさまざまな施策が講じられているものの、短期間での大幅な増加は難しい。

近年、介護士の処遇改善が進められ、給与水準の引き上げが図られている。他職種との整合性の問題も指摘されているが、それでも介護士の待遇改善は一定の成果を上げている。例えば、勤続10年以上の介護福祉士に対しては、給与が月額8万円程度引き上げられた例もあり、もともと25万円だった月給が33万円にまで改善されたケースも報告されている。

しかし、こうした給与改善によって、看護師など他職種との賃金逆転現象が生じることもある。たとえば、看護師の月給が30万円程度である場合、介護士のほうが高くなるケースが生じ、不均衡が発生する。

さらに、処遇改善加算は介護施設に限定されており、病院には適用されない。このため、病院併設の介護施設で勤務する職員が病院と施設を異動で行き来する場合、給与差が生じるという問題がある。同じ介護業務であるのに、施設勤務では33万円の給与が支払われる一方、病院勤務では25万円程度にとどまる。このような状況は、職員のモチベーションや勤務体制にも影響を及ぼす。処遇改善が進められているとはいえ、それが介護士の増加には直結していない。離職防止や人材定着に向けた取り組みも併せて行う必要があるが、限界もある。

■ 医療・介護における生産性向上とは

介護職の魅力が低下している。その魅力をいかに高めるか。どのように改善すべきか。

最近、SNSなどで介護職が「3Kどころか4K」と

揶揄されることがある。「3K」という言葉自体、若い世代にはあまり馴染みがないかもしれないが、これは「きつい・汚い・危険」の頭文字を取ったものであり、かつてはトラック運転手や清掃業者、建設業など、労働条件が厳しい職業に対して用いられていた。医療職や介護職においても、労働環境の厳しさから、この「3K」という言葉が使われるようになっていく。

さらに「4K」とは、この「3K」に「給料が安い」という意味が加わる。介護職に対し、このような評価がなされているのが一般的な認識である。こうした評価を耳にすれば、介護職に就こうとする若手の人材が減少するのは当然の結果であろう。

このような状況を打開するためには、生産性の向上も必要である。しかし、経済用語としての生産性向上ではなく、医療・看護・介護の現場に即した形で考えなければならない。一般企業においては、個人の業務能力を高め、生産性を向上させることが求められるが、医療や介護の現場では、それとは異なる意味を持つ。

例えば、10人の医療・介護士が100人の患者を担当しているとする。そのうち50人が寝たきりにならず、残りの50人が寝たきりとなった場合、生産性は「5」と評価できる。つまり、1人の職員あたり5人の患者を寝たきりにしなかったという指標である。

これを生産性「10」に引き上げるとは、100人の患者全員が寝たきりにならず、自立した生活を維持できるよう支援することを意味する。このように、医療・介護現場における生産性向上とは、患者の生活の質を高め、要介護状態や寝たきりを防ぐことであり、その実現が求められている。

■寝たきりの状態は改善できるのか

では、寝たきりの状態は改善できるのか。日本作業療法士協会が老健において実施した調査によると、リハビリテーションの実施による改善効果が確認されている。具体的には、1年以内に一定のリハビリを継続して行うことで患者が自立できる可能性が示された。ここでのリハビリとは、特別に高度な



橋本康子氏

ものではなく、例えば患者をしっかりと座らせるといった基本的な介助を指している。

調査結果によれば、1年間リハビリを継続した場合、食事の自立は25%、すなわち4人に1人が自立可能と評価されている。また、移乗動作については15%、整容（顔を洗う、歯を磨くなど）も15%であり、これらはおおむね3人に1人が自立可能となる水準である。実際にリハビリを行った結果、これらの評価に近い改善が得られている。

具体的なリハビリの内容として、最も多かったのは移乗方法の検討である。セラピストが直接介助を行うのではなく、介助者に対して適切な移乗方法を指導し、「このように移乗させてください」と助言する形を取った。

次に、車椅子の適合性を見直した。患者の身体に合わない車椅子ではなく、それぞれの患者に適したサイズや高さの車椅子を選定し、最適な環境を整えた。座位姿勢の調整も行った。車椅子や椅子に座る際の正しい姿勢を指導し、安定した座位を維持できるよう工夫を施した。

これらの基本的な介入のみであっても、4人に1人が自立して食事を取れるようになるという成果が得られている。したがって、このような取り組みが不十分であったことについて、私たちは深く反省し、今後さらに努力を重ねていく必要があると考えている。

■急性期病院での早期リハビリが重要

当院における改善事例を紹介する。A氏はコロナ感染症罹患後に入院した若年の患者で、関節拘縮を呈していた。いわゆる筋萎縮や関節拘縮の状態、手首や足は無理に曲げているわけではなく、この状態から動かすことができない。足は伸びきったままであり、いわゆる「バレリーナ足」と呼ばれる状態である。足首が屈曲できず、筋肉のバランスが崩れ、

特定の筋肉が強く収縮し続けることでこのような拘縮が生じている。

このような状態に至った原因は、コロナ感染拡大期に急性期病院へ入院した際、院内クラスター発生などによりリハビリが十分に行えなかったことである。その結果、わずか2カ月で拘縮が進行し、関節が伸びなくなったのである。

この状態では、いくら歩行訓練や立位訓練、移乗訓練を行おうとしても実施できない。特に、足関節がこのような状態では立つことすら不可能である。

そこで、外科医と協議のうえ、筋切離術を施行した。これは、アキレス腱を外科的に切離し、過度な牽引を解除する手術である。同様に、手関節についても手術を実施した。このような処置を施さなければ、立位保持や歩行訓練に移行することはできなかった。拘縮が進行すると、このような高度な介入が必要となる。

したがって、このような状態に至らないよう、急性期病院での早期リハビリ介入が重要である。万が一このような状態になってしまった場合でも、当院のようなリハビリ専門病院で適切な治療と訓練を行うことで、改善の可能性は残されている。

実際、この患者は現在では歩行が可能となり、自ら食事を取れるまでに回復している。このような事例を踏まえ、拘縮予防とリハビリの重要性を再認識する必要がある。

■ 栄養管理の重要性を認識する

次に、B氏の事例を紹介する。この患者は60歳の女性で、入院時の身長は157センチメートル、体重22キログラム、BMIは8.9であった。下肢には浮腫が認められ、重度の栄養不良により寝たきり状態となっていた。もともと体格の細い方ではあったが、体重わずか22キロではリハビリどころの話ではなかった。リハビリを開始することで命に危険が及ぶ恐れがある。

そのため、リハビリを実施する前に、まずは身体状態を改善する必要がある。立位保持や足を下ろすことすら困難な状況であったので、まず栄養状態を改善し、生命を維持できる状態に戻すことが最優先

である。その結果、5カ月後には歩行が可能となり、無事に退院されている。

栄養状態がここまで低下している患者は稀に思われるかもしれないが、当院の回復期リハビリ病棟に入院される患者の約3分の2は栄養失調状態である。また、約半数の患者は、軽重の差はあれど脱水状態にある。

医療における栄養管理の重要性を十分に認識しなければならない。B氏のような患者が入院された場合、まずは栄養状態の改善に取り組み、徐々に体重を増加させていく。体重が22キログラムしかない方を、例えば35キログラムまで増加させるためには、心臓への負担を考慮し、1カ月に1キロも増加させないペースで慎重に進める必要がある。この過程は非常に困難を伴うが、適切な栄養管理を通じて徐々に改善を図っていくことが重要である。

■ 「覚悟してください」と告げられたが

C氏は当院の回復期リハビリ病棟に入院した際、気管切開および胃瘻の造設が行われていた。当初は座位保持すら困難な状態であり、セラピストが後方から支えることで座ることができていた。このままでは確実に寝たきりとなる状態であったが、リハビリの結果、現在では自宅前を走ることができるまでに回復している。畑作業も可能となっており、寝たきりの状態からは完全に脱却している。

これがリハビリテーションの成果である。セラピストは、このような患者を支え、回復へと導いていく使命を担っている。

D氏は88歳の女性で、退院後は訪問リハビリを受けられた。気管切開および胃瘻造設が行われ、酸素療法も必要であり、喀痰吸引は1日7～8回行わなければならなかった。また、褥瘡も発症寸前の状態で、完全な寝たきりであった。しかし、リハビリの結果、3カ月後には自宅の台所で調理ができるまでに回復した。5カ月後には、石垣島へ息子さんと共に旅行し、趣味である蝶の採集を楽しまれるまでになった。好きなビールを飲み、現在も元気に過ごされている。

D氏は当初、急性期病院の医師から「リハビリは

困難であり、覚悟してください」と告げられたという。家族は「自宅で最期を迎えさせてあげたい」との思いから、当院でのリハビリを選択された。しかし、実は亡くなるような状態ではなく、適切なリハビリを通じてここまで回復された。このような事例を通じ、リハビリの可能性と重要性について改めて認識する必要があると考えている。

■ すべてのステージで意識の共有を

私たちリハビリテーションに携わる者は、医療界全体に対してリハビリの重要性を積極的に発信していかなければならない。リハビリを実施すれば改善するという実績を、より多くの医療関係者に示していく必要がある。

そうしなければ、急性期病院をはじめ、さまざまな医療現場において「この患者は状態が悪すぎて、リハビリは不可能です」と判断されてしまう。だが、実際にはそうではない。むしろ、状態が悪い患者こそ、リハビリが必要なのである。

状態が悪いとは、たとえば呼吸困難がある、肺疾患がある、糖尿病が重度である、あるいは末期がんを抱えているといった状況であり、こうした患者は「リハビリ病院では対応できない」と誤解されがちである。しかし、医療とはそのような疾患を治療しつつ、リハビリを併行して行うことに本質がある。

何の疾患も持たない健康な方が、単なる骨折などでリハビリを受けるとするのがリハビリの全てではない。リハビリの本質は、重篤な疾患を抱えた患者であっても、QOLの向上を目指して実施するものであり、この点を誤解してはならない。

「糖尿病が重度である」「がん治療中である」といった理由で「リハビリは無意味である」と判断するのは、急性期病院の医師の専断であってはならない。がん患者であれ、どのような疾患を持つ患者であれ、リハビリは必要不可欠である。この認識を医療界全体で共有していく必要がある。

したがって、寝たきりを防止する取り組みは、急性期・回復期・慢性期などの各ステージに限定されるものではない。急性期病院であれ、慢性期病院であれ、介護施設であれ、すべての医療・介護のステ

ジにおいて「寝たきりにしない」という意識を常に持続する必要がある。一過性の取り組みではなく、医療・介護に携わるすべての者が日々の実践の中で意識し続けなければならない課題である。

■ 大学病院にも高齢患者が多数

医師も例外ではない。現在、大学病院においても80歳以上の患者が多数入院している。私が医師として勤務を始めた約30年前、私は内科の呼吸器専門医であり、私の教室には白血病や肺がんの患者が多く入院していた。その当時、大学病院では75歳以上の患者は基本的に入院対象外とされていた。

若年層でもがんに罹患することは多く、特に肺がんなどは若い患者も多く、そうした患者が優先的に入院していた。75歳以上の患者は「治療効果が期待できない」と判断されることが一般的であった。

しかし、現在では75歳がむしろ中心世代となっており、80歳、90歳の患者も珍しくない。大学病院においても、年齢制限なく患者が受け入れられている。

私の記憶に強く残っているのは、多血症を患った76歳の患者である。入院を検討した際、上司の医師から「76歳か。当院は75歳までなんだが」と言われ、「1歳だけ特別におまけして入院させてあげよう」と冗談交じりに伝えられた。この経験は今でも鮮明に覚えている。

今はそのような制限はなく、高齢者も大学病院で治療を受けている。急性期病院においても寝たきりを防ぐ取り組みが必要であり、それは常に意識しなければならない。そのためにはリハビリが不可欠であるが、リハビリは決してセラピストのみが担うものではない。

■ 「あなたの街の病院がいま危機的状況」

日本の医療の現状について述べる。先日、当会を含む6つの病院団体が共同で緊急提言を発表した。この内容は新聞にも掲載され、各協会のホームページでも公開されている。「あなたの街の病院がいま危機的状況」という表現は、決して誇張ではない。私たち医療界は、ここ数十年で最大の危機に直面し

ており、特に病院経営は極めて深刻な状況にある。この事実を、ぜひ皆さまにもご認識いただきたい。地域医療は崩壊寸前の状態にある。

その最大の要因は、診療報酬の低下である。診療報酬は本来、病院の運営や医療従事者の給与を支える基盤であり、患者から徴収する一部負担金は全体のごく一部に過ぎない。残りの7～8割は診療報酬として公的機関から支払われるものであり、それによって病院は成り立っている。

しかし、この診療報酬は年々引き下げられてきた。一方で、物価や人件費、さらには水道光熱費などの経費は上昇を続けており、病院経営はそのギャップに苦しめられている。診療報酬が低下する一方で、経営コストが増大している現状では、多くの病院が経営難に陥るのは必然であり、日本の医療界の深刻な課題となっている。

病院の医業利益率は全体的に減少傾向が続いており、各病院が次第に赤字へと転じている。民間病院では、赤字が2年、3年と続けば経営破綻に至る。何とか2年程度は持ちこたえることができるが、3年目には倒産の危機に直面する。これは、家庭における家計と同様である。家賃や教育費などの支出が家庭の収入を上回る状況が続けば貯蓄は底をつき、やがて生活が立ち行かなくなる。病院経営もこれと同様の構造にある。多くの病院が赤字経営に苦しみ、その割合は増加している。

では、病院が努力を怠っているのか。決してそうではない。懸命に病床稼働率を上げる努力を続けている。病床を満床に近い状態に保つため、一生懸命に患者を受け入れている。民間病院では9割以上、あるいは100%に達しているところも多い。当院においても、病床稼働率は96～98%と、ほぼ満床の状態で運営している。これほどまでに患者を受け入れなければ病院経営は成り立たず、職員への給与も支払えない。給与水準が低ければ人材は集まらない。人材が確保できなければ、病院運営の質は維持できず、その結果、患者が離れ、さらに赤字が拡大する。このような負の連鎖が生じている。

その悪循環を何とか食い止めようと、多くの病院は質の維持に努めているが、依然として資金不足と

いう厳しい状況に直面している。福祉医療機構の調査によれば、2023年時点で破綻懸念先とされる病院が全体の半数を占めており、医療界の現状は極めて厳しいものとなっている。

■ インセンティブが働かない報酬体系

介護保険制度にも主に二つの問題点がある。一つ目は、先述したように介護人材の不足である。介護士の数が減少しており、現場は深刻な人手不足に陥っている。

二つ目は、報酬体系のひずみである。私は現行の仕組みに対して疑問を感じている。「寝たきりを減らしましょう」「リハビリを頑張りましょう」「介護士も努力して要介護度を下げましょう」と呼び掛けても、要介護度が下がれば下がるほど、事業者の収益も減少する仕組みとなっている。経営者の立場で考えたとき、このような仕組みで積極的に要介護度を下げる努力をするだろうか。要介護度4や5の利用者が多数いれば1人あたり50万円の収入が得られる場合に、要介護度3や2、1へと改善されると、収入は10万円にまで減少する。このような仕組みでは、リハビリを行って介護度を下げようとする意欲が生まれにくいのが現実である。

このような報酬体系が生まれた背景には、介護保険が創設された2000年当時の考え方が影響している。当時、要介護度4・5の利用者は、食事介助やオムツ交換、入浴介助、体の清拭など、非常に手間がかかる存在とされ、その「手間賃」として高い介護報酬が設定されていた。一方、要介護度1の利用者は、自力歩行やトイレ介助が可能であり、転倒防止など最低限の支援のみが求められていたため、報酬は低く抑えられていた。

しかし、現在は状況が変わっている。要介護度4や5の寝たきり高齢者をそのまま維持するのではなく、できる限り軽度化し、要介護度1や2の状態に改善していくことが求められている。そうしなければ、日本全体が「寝たきり老人の国」と化してしまう危険性がある。今後、高齢者が人口の3分の1から4分の1を占めるようになる中で、要介護度の重い高齢者が増え続ければ、制度自体が成り立たなく

なる。したがって、要介護度4・5を軽度化する取り組みを推進する必要があるのだが、現行の報酬体系では、そのインセンティブが働かない。

では、どのように改善すべきか。私見ではあるが、単純に報酬体系を逆転させ、要介護度1の利用者に対する報酬を最も高く設定するのが一つの方法であると考えている。これは極論かもしれないが、現行制度の在り方について真剣に見直す必要があると強く感じている。

■「リハビリテーション介護士」の養成

寝たきりを減少させることが良質な慢性期医療の実現につながる。その取り組みの一つとして、当会は「リハビリテーション介護士」の養成を提案している。先ほど矢野先生から記者会見について紹介いただいた。2月の定例記者会見で「リハビリテーション介護士」という新たな職種を創設すべきと提言しているので、ぜひ当会のホームページをご覧ください。

私たちがこのように考えるに至った背景には、介護の魅力を上昇させたいという思いがある。介護士の給与水準は処遇改善加算等によって向上しているが、介護士の数は思うように増加していない。その要因は先ほど述べた「3K」と呼ばれる労働環境にある。

そこで、介護職の魅力を高める必要がある。そのためには、やりがいや誇りを持てる環境を整えることが必要となる。自身の仕事に対して「良かった」「嬉しかった」「患者が喜んでくれた」「楽しかった」と感じられる経験が職業の魅力となる。医療職に従事する者の多くは、他者に喜ばれることにやりがいを感じる人々であり、そうでなければ医療の道を選ばない。さらに、完全なボランティア精神ではないにせよ、一定の奉仕の精神を持ち合わせていることも特徴である。このような奉仕の精神を自然に引き出せるような仕組みを構築することが必要であり、その一つの形が「リハビリテーション介護士」の養成である。「リハビリテーション介護士」という職種は、介護士としての誇りを持つための一助となる。

■介護士としてのやりがいや誇りを向上

現在、介護士は看護師の補助的存在として、ごみ捨てやシーツ交換などの業務を担うというイメージが強く、それが介護士志望者の減少につながっていると言える。

「リハビリテーション介護士」の養成にあたっては、リハビリ専門職であるセラピストたちが病院内で指導を行い、介護士に必要なリハビリの知識と技能を伝えることが有効である。介護士が患者と接する時間は、他の職種よりも圧倒的に長い。医師は1日に1回または2回、患者の状態を確認したり、熱が出た場合などの治療に関与したりする程度である。セラピストは1日1時間程度、看護師はそれ以上の時間を関与するものの、それでも最も長く患者に接しているのは介護士である。

したがって、介護士がリハビリテーションの視点を取り入れた介護を行うことが患者の改善効果を高める。例えば、排泄トレーニングでは、2時間おきにトイレへ誘導し、排泄パターンを確認しながら自立支援を行うことができる。

介護士は「よいしょ！」と力任せに患者を移乗させることが多いが、これは腰痛の原因となる。セラピストは、足の位置や体重移動を考慮し、無理なく移乗させる技術を持っており、これにより20年、30年と勤務しても腰痛を発症しない。介護士がこの技術を習得すれば、自身の身体への負担を軽減し、長く仕事を続けることができる。

患者の移乗についても、回数を重ねることで自立が促される。1回目より10回目、10回目より50回目、50回目より100回目と、移乗回数が増えるごとに患者は自立への一歩を進める。500回目には、自ら立ち上がることができるようになる。

「500回も」と思われるかもしれないが、実際には1日に30回程度の移乗が行われている。食事やトイレのために、ベッドから車椅子へ、車椅子から食堂やトイレへと何度も移乗が行われる。こうした日常の中で、適切な移乗介助を積み重ねれば、500回に達する頃には患者が自立できるようになる。

その成果を目の当たりにしたとき、「私がこの患

者を立てるように支援した」という達成感が得られる。このようなリハビリテーション介護を実践することで、介護士としてのやりがいや誇りを持つことができると考えている。

当院では、リハビリテーション介護に関する実習を実施しており、腰痛予防にも効果がある内容となっている。この実習では、セラピストが指導役を担い、介護士に対して技術の伝達を行っている。このような取り組みを通じて、介護現場の質を高め、介護士自身の健康管理にも寄与するものと考えている。

■ 全職種がリハビリマインドで

○矢野（座長）：

最後にご紹介いただいた「リハビリテーション介護士」という考え方は非常に重要である。

本日は介護職、リハビリ職の皆さまも会場にご参加いただいていることと思う。介護職の離職率は依然として高く、日々懸命に業務に従事しているにもかかわらず、報酬がそれに見合っていない現状がある。その中で、「リハビリテーション介護士」という新たな役割が示すリハビリマインドは、医師を含む全ての職種、特に慢性期医療に携わるチーム医療の中で必要とされる考え方である。

橋本会長はリハビリテーションをご専門とされて

おり、本日のご講演でもお分かりいただけたように、「慢性期医療とは何か」というテーマに、リハビリマインドがしっかりと根付いている。その考え方を、特に介護職にもぜひ持っていただきたい。この点については、橋本会長が記者会見などでも繰り返し述べられている独自の視点である。この考え方がより広く浸透していくことを期待している。リハビリマインドとは、まさに生活に根ざした支援を行う姿勢そのものである。

○橋本：

リハビリテーションは、今やリハビリスタッフだけの業務ではなく、すべての職種がこの視点を持ちながら取り組んでいくべきものであると考える。

○矢野（座長）：

当会のホームページには、過去の記者会見で発表した資料が掲載されている。本日は資料の配布は行わなかったが、今回の内容も含めて「日本慢性期医療協会からのメッセージ」のページに掲載されている。関心のある方はご覧いただきたい。

本日は多くの方にご参加いただき、良いスタートを切ることができた。心より感謝申し上げます。最後に橋本会長に盛大な拍手をお願いしたい。

セミナー 2

米国の医療 DX から見たこれからの日本の DX の方向性と 富家病院の DX の取り組み

講師：富家隆樹 富家病院 理事長



米国の医療 DX はどこまで進化しているのか。今後、わが国における医療 DX をどのように進めていくべきか——。セミナー 2 は、先端医療や ICT に精通している当会の富家隆樹常任理事。米国医療 DX 視察の報告と、自院での DX・ロボット活用について講演した。

米国視察の報告では、カルフォルニア大学やサター・ヘルス、シャープ・ヘルス等で、スマートフォン活用やクラウド型電子カルテ「Epic」の導入、患者中心の情報共有が進展している事例を紹介。米国の「患者体験」を中心としたシステム設計に対し、日本の医療 DX は施設中心に設計されている現状を指摘し、今後の課題を挙げた。

後半では、富家グループにおける DX の取り組みを紹介。iPhone の導入による患者支援の向上、院内情報の共有、業務効率化などを実現しているほ

か、自動喀痰吸引器や Apple Watch、排泄センサー「Helppad」、追従型ロボットなどの導入事例を通じ、患者中心の医療提供と職員の労務軽減を図る取り組みを伝えた。富家先生は最後に「米国はまだ医療 DX 黎明期。日本の医療 DX は米国に大きく遅れておらず、患者中心の視点を軸にさらなる推進が可能である」と結んだ。

■ Apple Park を訪問

○富家隆樹氏（富家病院理事長）

私は帝京大学を卒業し、1999 年より富家病院の院長を務めている。現在は日本慢性期医療協会の常任理事・事務局長、埼玉県慢性期医療協会の会長、さらに昨年発足した「日本病院 DX 推進協会」の理事を兼任しており、これらの立場から医療 DX に関する見解を述べたい。

前半では、2024年9月に米国カリフォルニア州のサンフランシスコおよびサンディエゴ、さらに10月にはニューヨークにおいて実施した医療DX視察について報告する。この視察で得られた知見をもとに、米国の医療DXの現状を紹介する。

まず、サンフランシスコ視察の初日は、Apple 社本社である Apple Park を訪問した。Apple Park は「Ring」と呼ばれる円形の本社施設であり、2017年に竣工した。建設費は約7,000億円とされ、世界で最も高額の建築物の一つと評価されている。

このリング型の建物内には、フットボールスタジアムが丸ごと収まる規模の広大な公園が存在し、湖や芝生の広場が広がっている。また、ガラス張りの「スティーブ・ジョブズ・シアター」が設けられており、新製品発表会などで使用される施設である。敷地内には Apple 社を象徴するリンゴの木が多数植えられていた。

当日は、Apple 社のヘルスケア部門の担当者より、Apple 製品の紹介と、米国医療現場におけるこれら製品の活用状況について説明を受けた。Apple Park 内では撮影が厳しく禁止されており、iPhone を操作しているだけでも、撮影行為と誤解されるほどであった。端末を手に持っている、即座にスタッフが近づいてきて注意を受ける厳格な体制が敷かれていた。施設内の移動についても厳重な制限が課されており、会議室からトイレまでの移動は許可されるものの、それ以上の区域への立ち入りは固く制限され、屋外には一步も許されなかった。

■ ベッドサイドに iPad

今回の視察では、Apple 社ヘルスケア部門の担当者より、米国各地のみならず、ヨーロッパを含めたさまざまな病院や自治体における iPhone および Apple 製品の活用事例について説明を受けた。また、Apple Vision Pro と呼ばれる最新機器についても体験する機会を得た。なお、施設内での撮影が禁止されていたため、記録を残せなかったことは非常に残念であった。

2日目は、米国の大規模なヘルスケアグループを訪問した。いずれの医療機関でも PHS は使用され

ておらず、すべてのスタッフがスマートフォンを携帯し、電子カルテはフルクラウド化されていた。

2日目の午前中は、カルフォルニア大学のサンフランシスコ病院を訪問した。この病院は、サンフランシスコを拠点とする大規模な学術医療システムであり、4つの病院で総病床数は1,000床を超え、複数の外来クリニックや専門治療センターも併設している。年間収益は約80億ドル(日本円で約1兆円)に達する大規模なヘルスケアグループである。

このグループには2万6,000人のスタッフが所属し、6,700台のスマートフォンが配布されている。これらのデバイスには、コミュニケーション用アプリ、電子カルテ記載用アプリ、各種センサーやモニターのアラーム確認用アプリ、リアルタイムデータの閲覧アプリ、回診用アプリ、さらにはマニュアルや規則を閲覧できるアプリケーションが搭載されていた。

カルフォルニア大学の小児病院では、患者向けのIT機器の整備が極めて高度であり、詳細に設計されている。病室内を見ると、壁面には大型モニターが設置され、枕元にはアーム付きのiPadが備え付けられていた。

壁面の大型モニターは、Netflix や Hulu といったエンターテインメントの視聴が可能であり、ホテルのように食事の注文ができる機能を有している。また、患者教育用のビデオ視聴や看護師とのビデオ通話が可能なインタラクティブなテレビシステムが搭載されていた。

ベッドサイドのiPadにも、患者教育用ビデオの視聴機能、家族や医師、外国人患者向けの通訳者とのビデオ通話機能が備わっており、さらに自分のバイタルサインや当日のスケジュールを確認できるシステムが導入されていた。病室の入口には「デジタルデザイン」と呼ばれる液晶パネルが設置されており、担当医師や看護師の名前、アレルギーの有無、患者の状態などが表示されている。

■ Apple Watch のヘルスケアへの応用

2日目の午後は、サター・ヘルスというヘルスケアグループを訪問した。同グループは、カリフォル

ニア州を中心に 23 の病院を展開し、総病床数は約 5,500 床、さらに 200 の外来クリニックを運営する大規模なヘルスケアグループである。

サター・ヘルスには独自の研究開発部門が設置されており、そのトップを務める 2 名の責任者から話を伺う機会を得た。

1 人目はリチャード・ミラー氏で、チーフ・クリニカル・イノベーション・オフィサーを務めている。もう 1 人はクリス・ウォー氏で、チーフ・イノベーション・オフィサーという役職に就いている。特筆すべきは、クリス・ウォー氏が Apple 社の初代 Macintosh コンピュータに搭載されたマウスのデザインを手掛けた人物であるという点である。

私は Apple 製品の愛好者であり、その視点から見ると、クリス・ウォー氏はスティーブ・ジョブズに次ぐ影響力を持つ人物の一人と認識しており、後にその経歴を知り大いに驚かされた。

このような経歴を持つ人物が研究開発部門のトップに据えられていることから、サター・ヘルスが DX に強い意欲を持って取り組んでいる姿勢が明確に伝わってきた。

サター・ヘルスでは、複数のトライアルが実施されていた。その一つが「ウェルカムキット」と呼ばれる取り組みであり、血圧計などのバイタル測定機器を患者宅に届け、得られたデータを病院と共有することで、在宅患者の健康状態をリアルタイムかつきめ細かに管理することを目的としていた。

また、単身独居の高齢者を対象とした「スマートホームシステム」の開発も進められていた。これは、各種センサーやカメラを設置し、高齢者の健康状態や容態変化を早期に察知するためのシステムである。

さらに、Apple Watch のヘルスケア分野への応用も検討されており、その心房細動検知機能は「Game changer（時代を変える者）」と表現されるほど高い評価を受けていた。心房細動検知システムについては非常に期待が寄せられているとのことであった。

ただ、Apple Watch に搭載されている転倒検知機能については、依然として課題が残されている。例

えば、飛び込み前転のような大きな動作では反応するが、軽度な転倒では検知できない場合があるという。そのため、転倒検知機能の精度向上については、今後の改良が求められる。

■ 電子カルテとApple製品の高い親和性

3 日目は、飛行機でサンディエゴへ移動し、シャープ・ヘルスというヘルスケアグループを訪問した。同グループは人口約 130 万人のサンディエゴ市において、入院医療の約 3 割を担う大規模な医療機関である。7 つの急性期病院と 19 のクリニックを運営し、総病床数は 2,200 床、年間収益は約 40 億ドル（約 6,000 億円）に達している。

ここでは、4 年前に導入した Epic 社製の電子カルテについて説明を受けた。Epic は米国市場におけるシェア 1 位の電子カルテであり、Apple 製品との高い親和性を備えている。このシステムを中心に、Apple 製品が医療現場でいかに有効に活用されているかが紹介された。

米国では電子カルテのことを「EMR (Electronic Medical Record)」と称するが、今回の視察先すべてで Epic が採用されていた。Epic の市場における地位は極めて高く、導入している病院の関係者は「当院は Epic を使用している」と誇らしげに語っていたことが印象的であった。

Epic は Google Cloud 上に構築され、フルクラウド対応である。Mac 専用アプリが提供されており、iPad や iPhone からのアクセスが可能であることに加え、Apple Watch への通知送信も可能とされている。

Epic の Mac ネイティブ版は、フルクラウドであるため自宅や旅行先からも電子カルテにアクセスでき、Mac 特有の高速起動によりログイン速度は従来型電子カルテの 10 倍以上であると説明された。これにより医師の業務効率が大きく向上するという。

また、iPad を用いた診察では、パソコン画面を見ながら患者と対話するのではなく、iPad 上の電子カルテを患者と共有しながら診察することで、患者満足度の向上が期待できるとの事例も紹介された。

■ 診療内容を患者へ送信する

視察では、Mac 専用の回診台も見せていただいた。その内科医は私物の Mac に Epic をインストールし、職場と自宅の双方で活用しているという。Mac の回診台と従来型の回診台を比較すると、そのコンパクトさが際立っている。従来のデスクトップ型電子カルテ回診台に比べ、携帯性に優れていることが確認できた。

Epic の医師用 iPhone アプリも紹介された。このアプリには DAX Copilot という AI テクノロジーが搭載されている。DAX Copilot は、患者との会話内容を自動的に要約し、カルテに記載する機能を持つ。また、会話内容を基に紹介状を作成したり、患者に対して「このような内容を説明した」という趣旨のメールを送信することが可能である。

この DAX Copilot の利用には、1 台当たり年間 200 ドルの使用料がかかるが、希望する医師には導入されているとの説明があった。仮に 100 人の医師が使用すると、年間 2 万ドル（約 300 万円）の費用が発生する計算となる。

この費用対効果を考えると、近年の iPhone には Apple Intelligence が搭載されており、これを活用すれば同様の AI 機能を追加費用なく利用できる可能性があるかもしれない。

DAX Copilot によって要約された外来カルテの画面では、患者と医師の外来でのやり取りが自動的にカルテへ記録されている。この画面では、「彼女は転移性乳がんと診断され、内分泌治療中であり、軽い倦怠感と関節痛を訴えている」と記載されている。こうした外来記録は、さらに患者向けのメールにも変換され、診療内容を患者へ送信する仕組みが導入されていた。

■ 日本の医療DXは決して遅れていない

西海岸視察の後、10 月には東海岸ニューヨークに赴き、視察を継続した。視察先の一つは、全米リハビリテーション病院ランキング第 1 位と評されるニューヨーク大学ランゴーン・ヘルス ラスク・リハビリテーション病院。リハビリテーション医療の

専門病院である。

院内では Epic 電子カルテが導入されていたものの、スタッフが病院支給のスマートフォンを使用している様子は確認できず、デジタルツールの活用は限定的であった。

次に訪れたモンテフィオーレ・メディカルセンターは、高度な医療サービスと教育機能を備えた急性期病院であるが、ここでも病院支給のスマートフォンは使用されていなかった。

今回のアメリカ視察をまとめると、西海岸では最先端の医療 DX の取り組みを確認できた一方、東海岸ニューヨークでは DX があまり進んでいない実態が浮き彫りとなった。

そうした中で、カルフォルニア大学ヘルスケアグループにおける「デジタル・オペレーティング・モデル (UCSF)」の考え方は注目すべきであった。同グループは自らを最先端とは位置付けておらず、「今後さらに顧客重視を推進し、データおよびエビデンスに基づく意思決定を強化する」という姿勢を示していた。

その運営方針としては、DX の達成を目標とするのではなく、学習と継続的な改善を重視し、アウトカムを基準とした永続的な取り組みを行うことが強調されていた。同グループの担当者は「DX には学習と継続的な改善のためのプロセス設計 (instrumenting processes) が必要」と述べていた。

また、サンディエゴのシャープ・ヘルスケアグループが Epic 電子カルテをフルクラウド化したのは 4 年前であり、米国における医療 DX もごく最近の動きであることが示された。

これらの視察を通じ、米国の医療 DX も地域や施設によって進展に差があることが確認でき、日本の医療 DX が決して大きく遅れているわけではないと考える。今後の努力次第で、日本も DX を推進し、追いつき追い越す可能性があるとの期待が高まった。

■ 医療 DX は患者体験向上が目標

今回の視察を通じて、根本的なスタンスの転換が必要であると強く感じた点がある。それは、米国の

全米シェア第1位を誇る Epic 社のホームページに示されていた理念。注目すべきは、Epic の全システムを中心に「患者体験」が据えられているという点である。この姿勢は、Epic 社のホームページを訪れると最初に表示される図に明確に示されており、全システムが「患者体験」を中心に設計されていることがわかる。

一方、国内の電子カルテベンダーはどうか。Epic が患者中心の姿勢を示しているのに対し、日本のシステムは施設中心ではないか。日本における医療 DX は、患者不在のまま進められているのではないか。この点は、今後の医療 DX 推進において重要な課題であろう。

患者中心の医療について改めて考えると、大型の医療機器に囲まれ、実験動物のように扱われる環境よりも、医師や看護師の顔が見える医療・看護が、患者にとって大きな安心感をもたらすことは明らかである。この点は、視察中に得られた印象からも強く感じられた。

医療 DX の目的は、常に患者体験の向上であると考え。例えば、iPad を活用した外来診療や入院看護により、顔が見える医療・看護が実現され、安心感や信頼感の醸成につながる。

また、医療情報の共有においても、医療従事者間や病院間のみならず、患者自身やその家族も情報共有に参画することが重要である。これにより、医療提供者と患者側の間に強固な信頼関係が築かれる。

さらに、DX が業務改善を促進し、入力時間の短縮やモニターを見る時間の削減が実現できれば、その分、医療従事者が患者の傍にいる時間が増える。このような環境においては、患者が常に見守られていると実感でき、不安が軽減され、安心感が得られる。これにより、不安が不穏な状態に発展することなく、快適な入院生活が送れるのではないか。

今回の視察を通じ、患者体験の向上を目指した医療 DX の推進が、選ばれる病院、さらには遠方からも患者が訪れる病院づくりにつながるの確信を得た。この理念を今後の医療 DX 推進の指針としたい。

■ 富家グループでは 280 台の iPhone を導入

後半は、「富家病院における DX とロボット活用」について述べる。当グループは、埼玉県および千葉県に1か所ずつ病院を有し、その周囲に介護施設を併設する医療・介護複合体である。本日は、埼玉県ふじみ野市に所在する富家病院を中心に紹介したい。

富家病院は 281 床を有し、内訳は医療療養病棟 113 床、回復期リハビリテーション病棟 29 床、障害者病棟 89 床、地域包括ケア病棟 50 床と、回復期から慢性期に特化した構成となっている。

患者の内訳を示すと、気管切開患者 122 名、胃瘻造設患者 128 名、人工呼吸器装着患者 55 名、入院透析患者 50 名と、重度の医療依存度が高い患者が多数入院している。



富家隆樹氏

当院の理念は「されたい医療 されたい看護 されたい介護」である。これは、自身や家族、大切な人が医療・看護・介護サービスを受ける立場になったとき、「こうしてほしい」と思える医療・看護・介護を提供することを目指すものである。この理念を基盤として、質の高いサービスの提供に努めている。

現在、富家グループ全体において iPhone の導入を進めており、現時点で 280 台が稼働している。私見ではあるが、病院における DX の初動として、PHS からスマートフォンへの切り替えが重要な一

歩であると考えている。

前述のカリフォルニア大学ヘルスケアグループでは、2万7,000人のスタッフに対して6,700台のスマートフォンを配備しており、約4人に1台の割合であった。富家グループにおいては、スタッフ1,000人に対して280台が配備されており、1台あたり約3.57人。先進事例と比較しても遜色ない水準にあると自負している。

■ iPhone の活用による情報共有

iPhone を用いて実施している取り組みの一つが、Bluetooth インカムの活用である。従来は無線インカムを使用していたが、スマートフォンとBluetooth インカムの組み合わせにより、携帯電波の届く範囲であれば、どこでも接続が可能である。音声も極めてクリアであり、雑音がない。

また、グループの切り替えも柔軟に対応でき、たとえば病棟師長であれば、病棟グループと師長グループを使い分けて運用することが可能である。加えて、Bluetooth インカムの装着感が非常に良好であり、装着していることを忘れるほどである。ある師長がインカムを装着したまま帰宅し、夕食の献立をつぶやいていた内容が病棟の看護師全員に伝わっていたというエピソードもある。これほどまでに通信が安定している点は、現場運用において大きな利点である。

グループチャットの活用にも有用である。当院では、医師と病棟看護師、医療相談員を対象に、病棟ごとにグループチャットを設けている。この仕組みにより、たとえば医師が病院不在時でも、患者の状態報告や在宅患者の緊急入院に関する情報が即座に共有される。

直接の通話と異なり、グループチャットは瞬時に情報共有が可能であり、通話に応じられない状況でも、後から内容を確認できる。画像データの共有も可能で、患者の診療を円滑に進める一助となっている。グループチャットは会議にも応用しており、決められた時間に拘束されることなく、短時間での情報共有が可能である。

iPhone のカメラ機能も大いに役立つ。患者の歩

行状態、下肢の浮腫の状態、レントゲン画像、さらには患者が楽しんでいる飾り付けの様子などを撮影し、グループチャットで共有している。コロナ禍で普及した Zoom などのオンライン会議も iPhone で活用している。当グループ独自のグループウェア「FSNS」では、電子朝礼を実施しており、その閲覧も iPhone で可能となっている。

また、相談員や病棟看護師は、患者家族と LINE を用いて登録し、質問やコミュニケーションを円滑に行っている。遠方で来院が困難な家族や、電話連絡に時間を割けない家族との間でも、LINE を活用した家族面談や連絡が行われている。家屋調査においても、住宅状況の写真を LINE で送付してもらうなど、スムーズなコミュニケーションが図られている。

■ ロボットで患者の苦痛緩和、看護師の労務軽減

続いて、富家病院におけるロボットおよび病院システムの導入事例について紹介する。まず、当院で最も有用性が高いとされるのが自動喀痰吸引器であり、当院ではこれを「自動喀痰吸引ロボット」と呼称している。この機器は、気管カニューレ内の喀痰を自動的に吸引する装置である。

気管切開患者に対する喀痰吸引は、バックキング（反射的な咳嗽）を誘発し、患者にとって極めて苦痛である。加えて、筋緊張の亢進や関節拘縮の進行を引き起こす要因ともなる。このため、当院では患者の負担を軽減する目的で、自動喀痰吸引器を導入した。

導入以前は、手動的な喀痰吸引を1日平均17回実施していたが、導入後は平均3回まで大幅に減少した。

また、この自動喀痰吸引器は、1日あたり平均100ccの喀痰をタンクに回収する。この喀痰を非感染状態時にグラム染色で分析したところ、30例中18例（60%）に感染喀痰が確認された。このことから、自動喀痰吸引器の使用により、手動的な喀痰吸引と比較して、呼吸器内における感染喀痰の曝露時間が短縮され、肺炎リスクの軽減が期待できると考えられる。

次に、気管カニューレのカフ圧を調整する「カフキーパー」を紹介する。気管カニューレのカフ圧は、看護師が毎日最低1回、自動的に測定し、一定の圧力を維持する必要がある。

カフ圧が低下すると、唾液が気管内に流入し、誤嚥性肺炎を引き起こす恐れがある一方、カフ圧が過剰であれば、気管組織の圧迫壊死を招く。このように、カフ圧管理には極めて繊細な対応が求められるが、カフキーパーを用いることで、省力化と安全性を両立したカフ圧管理が実現している。このカフキーパーの導入により、唾液の気管内流入を最小限に抑制し、誤嚥性肺炎の予防に寄与している。

■ 患者情報の一元化で医療・介護連携

富家グループの病院情報システムを紹介する。当院では、ワイズマン社が提供する「MeLL + (メルタス)」を導入しており、患者情報の一元管理を実現している。

このシステムは、患者が病院、介護施設、在宅といった異なる環境に移動しても、ウェブ上でリアルタイムに状態を確認できる仕組みである。例えば、富家病院に尿閉および尿路感染で入院している患者が、当グループの特別養護老人ホーム大井苑を退所した経緯がある場合、その生活状況をケア記録として確認できる。

病院の看護師がこのケア記録を閲覧することで、患者の生活状況や健康状態を把握し、再入院の必要性を早期に察知することが可能となる。また、施設職員も入居者が病院に入院している間の経過を確認できるため、退院後の受け入れ準備を適切に進めることができる。このように、患者情報の一元化は、医療と介護の円滑な連携に寄与している。

昨年より導入した新たなシステムとして、Apple Watchを用いた見守りシステムがある。患者にApple Watchを装着していただき、複数台のApple Watchを1台のMacまたはiPadで一括管理するものである。

現在のApple Watchには、血中酸素濃度、心拍数、不整脈、手首皮膚温、睡眠時間、歩行の安定性、転倒検知といった機能が搭載されており、さらに昨年

9月からは心房細動の検知が日本国内でも許可されている。これらの情報をApple Watch 1台で取得できる点が大きな特徴である。

■ 患者の安心感につながる活用法も

当院では、複数のApple Watchの情報を1台のMacで集中管理しており、異常値が出た患者の情報が画面上部に表示される仕組みとなっている。そのため、すべての患者のデータを個別に確認する必要はなく、効率的なモニタリングが可能である。

このシステムに期待する効果としては、24時間の体温監視による感染症の早期発見、酸素飽和度との組み合わせによる肺炎予兆の把握、転倒検知や歩行安定性のデータから転倒リスクの評価、さらには医療従事者が気づかない隠れた転倒の感知が挙げられる。また、睡眠状態のモニタリングによって、高齢者における昼夜逆転や睡眠不足など、せん妄状態の予兆を捉えることも期待される。

さらに、心房細動の検出については、Apple Watchが承認を得たプログラムを用いることで、隠れ心房細動の早期発見が可能となる。このように、Apple Watchを活用した包括的なモニタリングにより、患者の状態を多角的に把握することが可能となる。

ただ、導入から約1年が経過し、病院内では、施設と比較して医療従事者が多く配置されているため、看護師や介護士によって異常が早期に発見されるケースが多いことが明らかとなった。このため、現在は本システムを医療従事者の目が限られる施設に移し、人的資源が少ない環境における補完的な役割を期待してトライアルを進めている。

今年2月には、看護師の後方を追従するロボットを導入した。処置や包交などに使用する機材や、ロボット上には電子カルテを搭載している。

このロボットの導入による効果としては、重い包交車を押す必要がなくなること、看護師の労務軽減が図られる点が挙げられる。従来は、包交車が先に部屋へ入り、その後に看護師が続く形であったが、ロボットの導入により、看護師が先に入室できる体制が整った。この変化が患者に対する心理的な安心感の向上に寄与していると考えられる。

■ 症状の悪化を防ぎ、介護士の負担も軽減



富家隆樹氏

富家病院におけるDXの紹介の最後として、Helppadという排泄センサーについて述べる。これまで2部屋8人を対象にテストを実施し、翌日からは1つの病棟60床全員に本格導入を開始する予定である。このHelppadは、匂いセンサーを用いて尿や便を感知し、

反応があるとiPhoneに通知が送信される仕組みとなっている。

本センサーに対する期待は、オンデマンドでの排泄対応が可能となり、排泄後速やかにオムツ交換が実施できる点にある。これにより、患者にとっては極めて快適な環境が提供されると考えられる。

多くの病院では、オムツの定時交換方式が採用されている。例えば夜中の3時に排泄があった場合でも、朝9時までオムツ交換が行われないことがある。しかし、Helppadの導入により、排泄があった際に即時対応を行う。また、定時交換では一斉に多くの介護士が必要となるが、排泄時のみ交換を行うことで、必要な介護士の人数を削減できる。

介護士の労務軽減に関しては、「空振り」がなくなることも大きな利点である。「空振り」とは、定時交換時にオムツを確認したが排泄がなかった場合を指す。この状況は、患者にとっても不要な着脱が羞恥心を刺激する可能性がある。Helppadの導入により、こうした負担の軽減が図られる。

さらに、排泄後すぐに交換することで、皮膚への刺激を最小限に抑え、褥瘡の軽減にもつながる。既に褥瘡を有する患者に対しても、症状の悪化を防ぐ効果が期待される。排泄物が放置されることによるストレスは認知機能の低下やせん妄の発症につながる恐れがあり、その点でもHelppadの導入は有益と考える。

なお、現時点では、オムツの使用量が増減するか

は不明である。もし使用量が減少するようであれば、施設経費の削減にも寄与する可能性があると期待している。

■ 患者中心の医療 DX へ

本講演のまとめを述べる。米国視察を通じて、医療DXが患者中心に進められていることを強く実感した。一方で、米国における医療DXも依然として黎明期にあると感じられる。進展している施設がある一方で、必ずしも全ての医療機関においてDXが進行しているわけではない。

また、病院DXの第一歩として重要なのは、PHSや携帯電話からスマートフォンへの切り替えであると改めて認識した。

さらに、視察中にDAX Copilotといった技術も見学したが、私自身も現在、ChatGPTを用いて個人的にAI技術を探求している。しかし、組織的なAI導入については、現時点では時期尚早であると判断する。製品としての成熟度は未だ十分ではなく、機能面においても今後の進展が期待される段階にあるためである。私の講演は以上であるが、会場からご質問やご意見があれば承りたい。

○会場：

貴重なご講演に感謝を申し上げます。スマートフォンの運用について伺いたい。従業員4人に対して1台、3人に1人が使用されているとの説明であったが、これは複数名で共有されているのか、それとも特定の職員が専用で使用しているのか、ご教示いただきたい。

○富家：

幹部スタッフおよび医療相談員については、共有せずに各自専用の端末として配備している。また、病棟には共用のスマートフォンを配置しており、当日の病棟リーダーが交代で使用する形を採用している。このため、幹部や相談員は個別に端末を持ち、病棟においてはその時点のリーダーが共用端末を活用する運用としている。

○会場：

アメリカでは、患者中心のDXが進められていると認識している。私自身も医療の現場を長く見てきたが、日本の場合、どうしても内部組織の効率化を目的としてDXが導入されている印象がある。患者中心のDXでなければ本来の意義を果たさないというお考えに深く共感するが、現実には組織的にその理念まで到達していない医療機関が多いと感じている。貴院においてDX導入時、スタッフへのスマートフォン利用に関する研修期間はどの程度設けられたのか、お伺いしたい。

○富家：

スタッフへの特別な研修は、ほとんど実施していないのが実情である。というのも、当院のスタッフ

に限らず、多くの職員が既に個人でスマートフォンを使用しており、基本的な操作には習熟している。

確かに、Zoomの接続方法については指導した記憶があるが、それ以外のグループチャットやカメラ機能の使用方法については、特に研修を行わずとも各自が問題なく対応していた。むしろ、私の知らない活用方法を実践している職員も見受けられたほどである。

また、先ほどご紹介したApple Watchに関しては、患者が操作することはほとんどなく、主に当院側がデータを管理・確認している。そのため、患者への特別な説明なども必要としていない。今後、さまざまな運用を積み重ねて、新たな課題があれば提示したい。

それでは、以上をもって本セミナーを終了したい。



セミナー 3

困っていませんか？ 夜間頻尿

医療法人天真会 南高井病院

院長 西尾俊治



1. はじめに

生活の質（QOL）を低下させる因子は多数ある。排尿トラブルは QOL を低下させる大きな因子のひとつである。排尿状態で困ることとして夜間頻尿が最も多く、次に昼間の頻尿、尿意切迫感、切迫性尿失禁がある。そこで、このセミナー 3 では①夜間頻尿の 3 大原因を知る、②夜間頻尿の対策方法を知る、③夜間頻度を減らし、健康寿命を伸ばすという内容で講演をおこなった。会場参加者自身、ご家族、要介護の方に少しでも役立てば幸いである。

2. わが国における夜間頻尿の頻度（図 1・2）

40 歳以上の男女および年齢別にみると、すでに 40 歳台で夜 1 回トイレに行く人が 40% 認める。夜間排尿回数は年齢とともに増加し、80 歳以上では夜 1 回が 90% 以上、2 回が 70% 以上であり、40 歳以上の男女 4500 万人が夜 1 回以上（夜間頻尿の定義）となっている。さらに女性では 3 回以上の頻尿が男性よりも多い（80 歳で 40%）¹⁾。

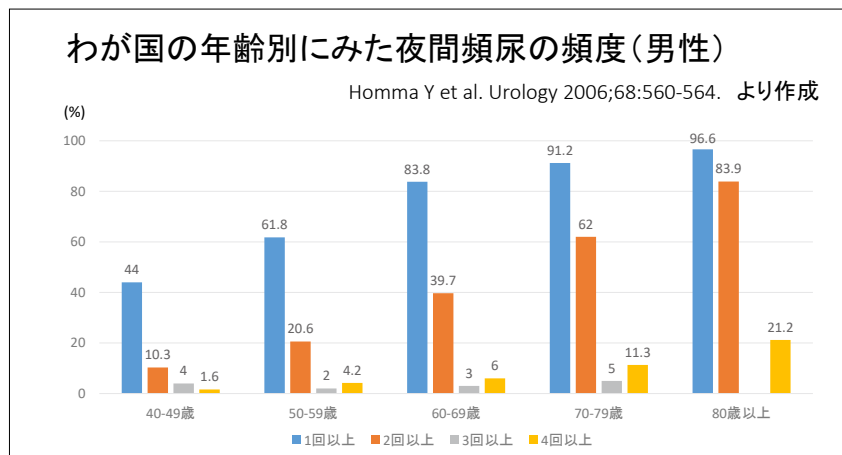


図1 わが国の年齢別にみた夜間頻尿の頻度（男性）

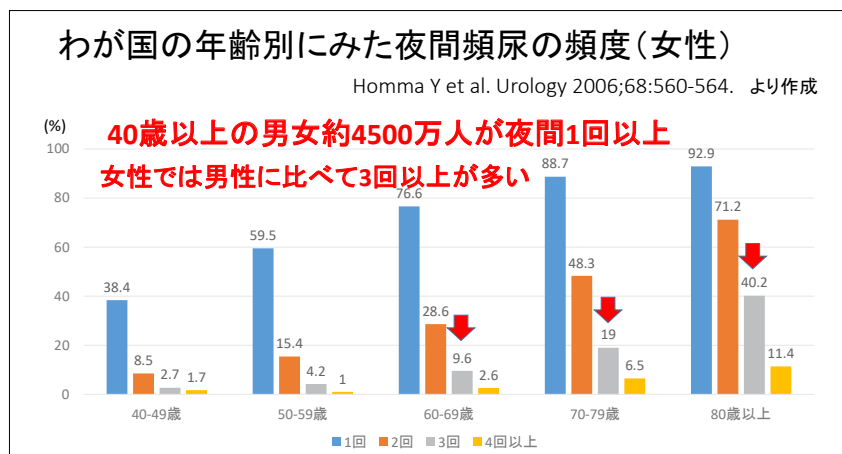


図2 わが国の年齢別にみた夜間頻尿の頻度（女性）

3. 夜間頻尿の原因とその悪影響

夜間頻尿は単に年のせいではなく、多くの原因から発症している症候群である。夜間頻尿診療ガイドライン（第2版 2024年11月改訂）²⁾によると夜間頻尿の原因として糖尿病、高血圧、肥満（特に女性 BMI 30以上）、心臓病など生活習慣病との関係が指摘されている。さらに60歳以下の男性で2回以上では冠動脈病変による疾患リスクが高い。夜2回以上トイレに行く人はそうでない人に比べて、転倒・骨折のリスクが高い（1.3倍）。睡眠不足によるストレスによって、生活習慣病が進行し、脳卒中や心筋梗塞のリスクが高まる。フレイルと夜間頻尿が悪循環となって健康寿命が短くなると記載されている。

4. 夜間頻尿の3大原因と予防・治し方（図3）

夜間頻尿の3大原因として以下のタイプに分けられる。2つ以上の混合型もある。

（1）膀胱が小さい（膀胱容量が小さい）タイプ

このタイプでは昼も夜も頻尿となる。膀胱容量が小さくなる原因として、さらに3つのタイプがある。(B) 膀胱が硬く小さい、(C) 過活動膀胱・尿道括約筋の筋力低下のために早めにトイレに行く、(D) 低活動膀胱（残尿が多いためにすぐに膀胱容量がいっぱいになる）の3つタイプがある（図4）。膀胱容量の測定方法として、簡単に測定できる超音波機器があるが、簡単な方法として洋式トイレにおいて測定できるユーリパン（アズワン）、尿瓶、ペットボトル（事前にメモリを書いておく）方法がある（図5）。

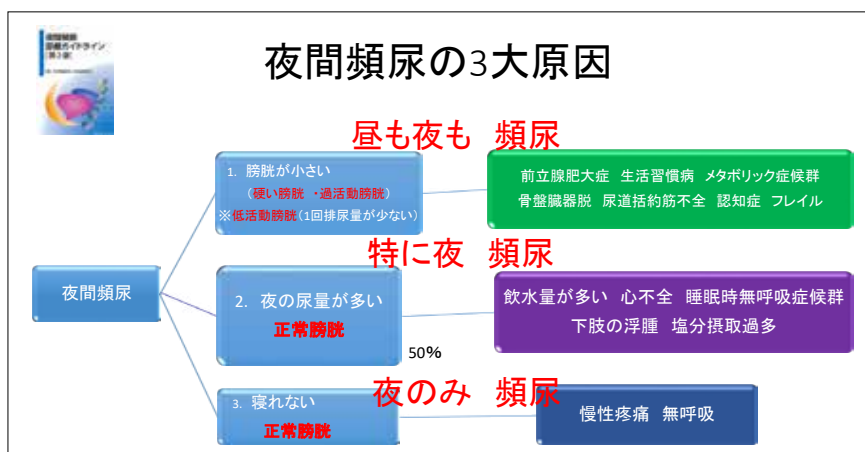


図3 夜間頻尿の3大原因と病態

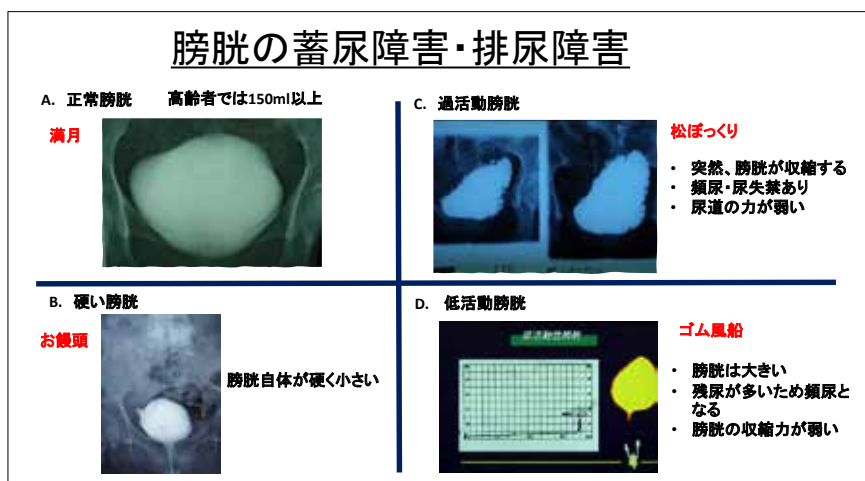


図4 膀胱のタイプと蓄尿障害・排尿障害

膀胱の大きさをチェックする方法

1回の排尿量を測定する

トイレで設置可能な測定器



その他

- ・検尿コップ(200mlまで)
- ・尿瓶
- ・ペットボトル(事前にメモリを付ける)
- ・トイレでの排尿量を推測(介護者)
- ・オムツ(排尿後の重量測定)



図5 膀胱の大きさ（容量）の測定方法

(B) 膀胱が硬く小さい原因として動脈硬化が考えられる。原因の多くは生活習慣病である。動脈硬化・酸化ストレスにより膀胱への血流障害や膀胱の慢性炎症が発生すると考えられている(図6)。男性では前立腺肥大症が原因のこともある。高齢者では膀胱容量は150ml以上が望ましいとされているが、すでに50歳台で150ml以下の方がいる。

【予防・治し方】

40歳台から生活習慣病予防に努める。前立腺肥大症では受診し、早めに治療薬を内服すると膀胱が小さくならない。

(C) 過活動膀胱・尿道括約筋不全のタイプが多くは女性である。年齢により原因はさまざまである。肥満の解消、骨盤底筋体操、過活動膀胱治療薬の内服により改善が期待できる。

【予防・治し方】

女性では肥満の解消が最も効果がある。骨盤底筋体操は図7のようにおこなうと効果がみられる。高齢者で膝や腰の痛みがあっても行うことができる。肛門を閉めることが重要。過活動膀胱では内服薬により改善がみられることが多い。

(D) 低活動膀胱は高齢者の約 20%で認められる。原因不詳のことも多いことが分かってきた。原因疾患として糖尿病、骨盤部の手術などがある。残尿が多いために頻尿だけでなく、頻回に膀胱炎・腎盂腎炎をきたすことがある。残尿測定は導尿または超音波機器にておこなう。頻回に膀胱炎や腎盂腎炎をきたすときは低活動膀胱をチェックするために一度は病院を受診する。

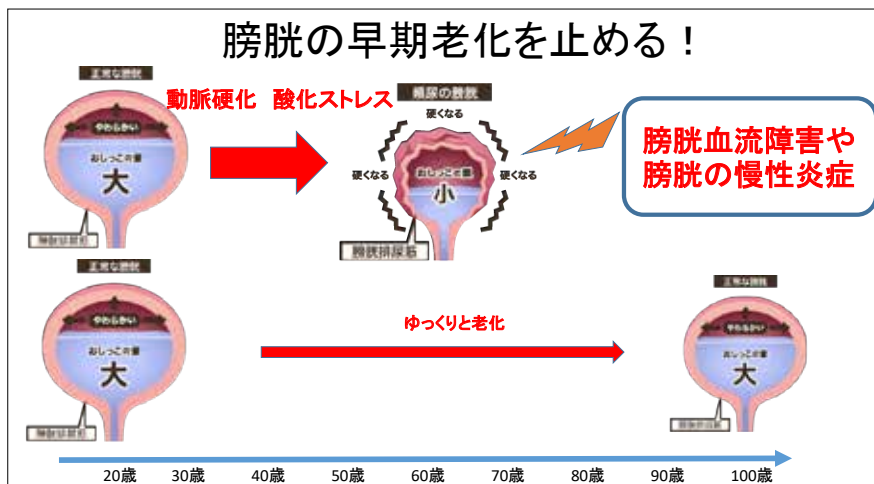


図 6 膀胱の早期老化の原因

骨盤底筋体操 コツ:肛門を閉める



軽度認知症患者およびフレイル患者で骨盤底筋トレーニングは有用である(診療ガイドライン 2021)

図7 骨盤底筋体操

【予防・治し方】

糖尿病では血糖値をコントロールし、安定させる。子宮がんの放射線治療後、骨盤の外科的手術後、頸椎損傷では改善しないため、尿路感染症を来さないように間欠導尿、尿道カテーテル留置（必要なら）も考える。膀胱を収縮させる内服薬の効果は少ない。

(2) 夜の尿量が多い（夜間多尿）タイプ

このタイプは主に夜に頻尿となる。膀胱容量は正常だが夜の尿量が多いために夜間頻尿となるタイプ。夜寝てから朝の第一尿までが夜間尿量となる。1日全体の尿量のうち、この夜間尿量が33%以上を夜間多尿という。夜間頻尿の原因の50%に相当する。原因として3つのタイプに分けられる。

(A) 夜間の水分の取り過ぎによるもの。原因として脳梗塞や心筋梗塞の予防のために必要以上に水分を取っている。内服薬の副作用などによる口渇。習慣としてトイレに行くたびに水分を多く取っている場合がある。

【予防・治し方】

1日の尿量と夜の尿量を測定してみる。夜間尿量率が33%以上かどうかチェックする。明らか疾患

予防なら一度、医師に相談する。習慣ならば口渇を感じたら少量の飲水にしてみる。

(B) 下肢の浮腫が原因（わからないことも多い）によるもの。高齢者の下肢浮腫保有率は外来レベルでも約40%、長期高齢者施設入所の方では66%とされている^{3) 4)}。高齢になると昼間に摂った水分が下肢に貯まるようになる。夜、就寝し下肢が挙がるとその水分が心臓に戻り、結果として尿量が増える。このような場合は昼間の排尿回数は2～3回、夜5回以上という例も多い。

【予防・治し方】

下肢を親指で押さえてみて皮膚がへこむようなら浮腫と考える。弾性ストッキングの装着、午後3時ごろの足挙げ30分、夕方の散歩30分、夜寝る前の足挙げ30分、青竹踏み15分、ジョギング、自転車に乗る、テニスが有効。要介護者ではデイサービスの利用により平均夜3回から2回に減る。デイサービス利用により車の乗り降り、歩行訓練、下肢マッサージ機器の利用等により効果があったと考えている(図8)。

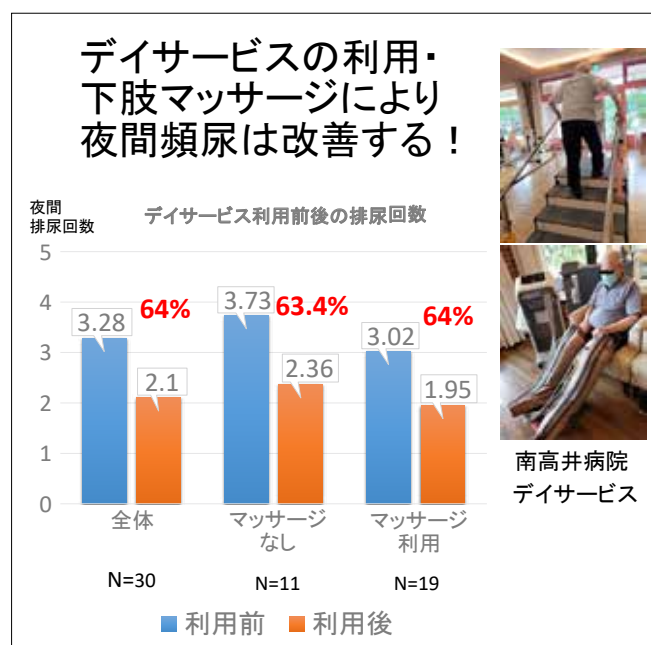


図8 デイサービスの利用における夜間頻尿の改善(南高井病院での取り組み)

(C) その他、塩分の取り過ぎもある。高血圧症・心不全・睡眠時無呼吸によっても夜間多尿となる。

【予防・治し方】

減塩食により夜間頻尿は改善することが多い。塩分を取り過ぎると尿量が増えることが知られている。高血圧症では夜間の尿量が増えるホルモンが分泌される。降圧剤にて治療をおこなうことが望ましい。心不全（BNP 100pg/ml 以上）では利尿ペプチドが多く分泌される。心不全を治療することにより夜間頻尿が改善されることが多い。睡眠時無呼吸では無呼吸のため心臓に多くに血液が流入し、尿量が増加する。一度、自分が睡眠時無呼吸症候群かどうかチェックしてほしい。

（３）夜寝れないタイプ

夜寝れない人は多い。寝つきが悪い人もいるが、腰痛症、むずむず脚症候群などが原因で不眠のためトイレに行くようになる。このような場合は夜だけ頻尿となる。一度、医師の受診を考えてほしい。睡眠の観点からみた夜間頻尿に対する生活指導（夜間頻尿改善 10 か条）を参考にしてほしい⁵⁾。

5. 夜間頻尿を治すコツ（表 1）

夜間頻尿の 3 大原因を知り、その人に合った改善策を考えることが重要である。まずは 1 回の排尿量と 1 日の尿量の概略を知ることが重要。膀胱容量が 150ml 以下であれば医師に相談する方が良い。150ml 以上であれば尿量が多い（特に夜）可能性がある。飲水過多、塩分取り過ぎ、下肢の浮腫を

チェックする。原因がわからないときは高血圧症、心不全、睡眠時無呼吸症候群などが考えられる。要支援・要介護の方はデイサービスの利用により夜間頻尿が改善される可能性が強いので継続していただく。まだ 40～50 歳台の方は生活習慣病を予防する。女子では肥満を解消することで夜間頻尿を改善できる。夜間頻尿により健康寿命が短くなることが知られている。夜間頻尿の原因を分析し、早めに対策することにより健康寿命を伸ばしましょう。

【参考論文】

- 1) Homma Y et al: Urology 2006; 68: 560-564.
- 2) 夜間頻尿診療ガイドライン(第2版)2020, 編集: 日本排尿機能学会 / 日本泌尿器科学会, 出版: リッチヒルメディカル (株)
- 3) 深沢雷太ら: CGA スクリーニングテストでみられた外来通院患者の下肢浮腫とその関連因子, 日本老年医学会雑誌 2013, 50 (3), 384-391
- 4) Sato A et al: A cross-sectional study of elderly individuals with oedema and skin injuries at long-term care facilities. Journal of the Tsuruma Health Science Society, Kanazawa University, 2015; 39 (2), 63-73.
- 5) 内村直尚: 高齢者における夜間頻尿による不眠, Geriatric Medicine 2015, 53, 1085-1088

夜間頻尿を治すコツ

- ① **排尿日誌**(1回排尿量 昼・夜の尿量チェック)
1日尿量をチェック、夜間多尿のチェック?
- ② 膀胱容量が**小さい**(150ml以下)、残尿が**多い**→ 医師に相談
- ③ 夜間**多尿**→ 飲水制限必要? 塩分制限?
- ④ **高血圧**、**心不全**、**呼吸障害**、**腰痛**などの**基礎疾患**?→医師に相談
- ⑤ 下肢の**浮腫**の有無? 運動、リハビリ、散歩、日光浴、弾性ストッキングを勧める
- ⑥ **要支援・要介護**の方は**デイサービス**を利用する(下肢の**浮腫**のチェック)
- ⑦ 朝の散歩より**夕方**の散歩がおすすめ!
- ⑧ 睡眠障害?
- ⑨ **生活習慣病**を予防する 40～50歳台でお薦め

夜の排尿回数が1回減るだけで満足度は高い!
QOL改善している!

表1 夜間頻尿を治すコツ（まとめ）

セミナー 4

座る，歩く，握る，生活の基本動作の 衰えを防ぐ筋力アップ

医療法人和香会 倉敷スイートホスピタル

リハビリテーションセンター センター長・理学療法士 藤田慎一郎



1. はじめに

この度，第 15 回慢性期医療展のセミナーとして講演をさせていただく機会を頂いた。加えて，その内容について，日本慢性期医療協会誌「JMC」への掲載に際し心より感謝申し上げます。

2. 日本の現状について

我が国の人口は増加の一途をたどっており，大正 9 年の第 1 回国勢調査開始以降も増加し続けてきたが，平成 22 年をピークに現在は人口減少の時代へ初めて突入した。一方，平均寿命は，新型コロナウイルス感染症流行期にわずかに短くなっていたが，令和 5 年には男性が 81.09 歳，女性が 87.14 歳と，令和 4 年に比べて男性で 0.04 年，女性で 0.05 年伸びており，徐々にコロナ禍前に戻っている兆しがある。同様に健康寿命も徐々に延長してきており，健康寿命のさらなる延長を目指す上で，さらには予防医学の観点からも運動を継続し，筋力を維持する事は大変重要な要素である。また，社会保障の点から見ても，医療費の削減を行なう上で健康寿命の延長は必要である。高齢者（65 歳以上）の人口は現在 3500 万人であるが，2042 年には 3900 万人となりピークを迎えるといわれている。高齢者人口の増加という点から見ても，諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進んでおり，こういった人口減少，高齢化，少子化といった問題が社会保障上の課題となっている。2060 年には 20 歳から 64 歳の人口 1 人で，65 歳以上の人口 1.2 人を支えると予測されており，医療費を含む社会保障費において，今後も様々な観点から対策を進めていく必要がある。

3. 加齢性筋肉減弱減少（サルコペニア）について

加齢と老化の定義は，加齢は「成人以降の形態及び機能の低下」，老化は「加齢に伴う形態的及び機能の変化」とされている。身体機能の低下は，加齢による身体活動量の低下も加わりさらに大きな機能低下をもたらすといわれている。そこでフレイル・ロコモティブシンドロームとならび，老年期症候群の一つである「加齢性筋肉減弱減少（以下，サルコペニア）」が大きな問題となってくる。サルコペニアは，「身体的な障害や生活の質の低下，及び死などの有害な転帰リスクを伴う物であり，進行性及び全身性の骨格筋量及び骨格筋力の低下を特徴とする症候群」と定義されている。1989 年に Rosenberg によって，ギリシャ語で筋肉を意味する「サルコ」と，喪失・減少を意味する「ペニア」から来る造語として提唱された。サルコペニアは加齢によって引き起こされる一次性と，廃用，内分泌障害，栄養不良，神経変性疾患，カヘキシアなど様々な要因から引き起こされる二次性に分類される。筋肉量が減少することで，筋力が低下しバランス能力が低下，転倒，骨折，移動能力の低下，歩行困難，それに伴う活動性の低下，消費エネルギーの低下，低栄養，さらなる筋肉量の減少というように，サルコペニアは様々な負の連鎖を引き起こし，最終的には要介護状態になる危険性がある。そうならないためにも，日頃から運動する習慣をつけ，負の連鎖を引き起こさないよう心がける必要があり，また我々医療従事者は，高齢者に限らず常にそういった視点で患者，利用者と向き合う必要がある。

サルコペニアの診断基準は，2019 年に AWGS

(Asia working group for Sarcopenia) によって改定され、筋力、身体機能、骨格筋量を用いて診断される。筋力評価としては握力が採用され、男性 28kg 未満、女性 18kg 未満、身体機能評価としては歩行速度が男女とも秒速 1.0m 未満または 5 回立ち上がりテストが 12 秒以上とされている。骨格筋量は生体電気インピーダンス解析法 (BIA 法) と二重エネルギー X 線吸収法 (DXA 法) のいずれかを用いて骨格筋指数 (Skeletal Muscle Index: SMI) を算出し、それぞれのカットオフ値は BIA 法で男性 7.0kg/m² 未満、女性 5.7kg/m² 未満、DXA 法で男性 7.0kg/m² 未満、女性は 5.4kg/m² 未満とされている。さらに 2019 年の改訂では設備の整った施設だけではなく、一般の診療所や地域でも簡便にできるスクリーニング的な評価も加わり握力と身体機能が基準以下であればサルコペニアの疑いとして、設備の整った専門医療機関へ紹介する事が推奨されている。20 歳代をピークに低下していく筋肉量に対して、若年時より運動習慣を定着させ、予防することが重要である。また、高齢者に対しては定期的な筋量評価やスクリーニングをすることで、自身がまず「現状を知る」こと、そしてその結果を「見える化する」ことが重要である。また、医療従事者や介護従事者と

関わりのない人に対しても、地域などありとあらゆる様々な所に、「Window of Opportunity: 治療機会の窓」を常にかけておき、啓蒙し続けていくことが大切である (図 1)。

4. 座る, 歩く, 握る, 生活の基本動作の衰えを防ぐ筋力アップ

【座る】

ただ座るといっても、座位 (椅子座位): Sitting, またがって座る: Ride sitting, 俗に言う体育座り: Crock sitting, 長座位: Long sitting, 横座り: Side sitting, 正座: Seiza など、様々な座り方があり、筋活動はそれぞれ異なってくるため、本稿では椅子座位について進める。座るという動作を言葉で表すと「ひざを折り曲げて、物の上に腰を下ろす」という動作になる。どの姿勢においても当てはまる事だが、「安定した姿勢」+「快適な姿勢」=「安楽な姿勢 (緩んだ姿勢)」であり、「安楽な姿勢 (緩んだ姿勢)」の筋活動量は少ない。すなわち、頭を持ち上げ正面を向き、背もたれから背中を離して背すじを伸ばし、骨盤を起こすだけで筋活動量は増加する。さらに、意識して自発的に腹筋に力を入れ腹圧を高めることでさらに筋活動は高まり姿勢は良くなる。

こんなこと困っていませんか？

つまずく事が増えたり、食欲がなくなったり、もの忘れがふえたりしていませんか？
少しでも気になることがありましたら、私たち医療ソーシャルワーカーにご相談ください！
ご相談は電話でも受け付けております。お気軽にご相談ください。

つまずく事が増えた



最近活動量が減った



筋力が落ちたと感じる



食欲がなくなった



もの忘れが増えた



短期入院のご相談も！
※短期的に入院してリハビリや
栄養相談を行うことも可能です。
※食数スイートホスピタルは
196床 全室個室です。
※感傷訪問も行っております。



当日のご相談も可能ですが、あらかじめご連絡を
いただくとゆっくりとお話をお伺いできます。
相談料金はかかりません。お気軽にご相談ください！



お問い合わせ
ご相談窓口

食数スイートホスピタル 地域ケアセンター (総合受付棟)

☎086-463-8111 (直通)  月～土曜日 (土日祝日)
〒719-0016 岡山県倉敷市中区 35-42 番1
9:00～17:00

※当センターには、医療ソーシャルワーカー、看護師、医師、薬剤師、理学療法士が在籍しています。

図1 次の頁へ続く

倉敷スイートホスピタル「リハビリ機能強化入院」のご案内

最近体力の衰えが気になりませんか？ リハビリで体力UP↑↑

倉敷スイートホスピタルでは、「リハビリ機能強化入院」を行なっております。高齢者が在宅での生活を送る中で徐々に低下していく体力や身体機能などの対策として、集中的なリハビリテーションを提供しています。

対象となる方

- ▶ 歩く時ふらふらする
- ▶ 歩くスピードが落ちた
- ▶ 最近よく転んでいる
- ▶ 体重が減少してきた
- ▶ 運動習慣がない
- ▶ 筋力が落ちたと感じる
- ▶ 在宅での介護量が増えてきている
- ▶ 5分前のことが思い出せない
- ▶ 食欲がなくなった
- ▶ 動くとき疲れやすく、一日のうちほとんど動いていない

※レスパイト入院を目的にリハビリを行うことも可能です。

入院について

期間：2週間～1ヶ月程度（最長60日）
病室：196床 全室個室
※感染対策も行っております。



「リハビリ機能強化入院」1日のスケジュール例

午前
個別リハビリ+マシントレーニング
音楽療法または食前嚥下訓練（体操）

午後
個別リハビリまたはマシントレーニング
自主トレーニングまたはレクリエーション



リハビリ機能強化型入院に関する
お問い合わせ・ご相談

倉敷スイートホスピタル 地域ケアセンター
TEL 086-463-8111

受付時間 月～土曜日（祝日除く）
9:00～17:00

MSWにお気軽に
ご相談ください！

倉敷スイートホスピタル「嚥下強化入院」のご案内

最近「のど」の老化が気になりませんか？ 飲み込む力をUP↑↑

倉敷スイートホスピタルでは、「嚥下強化入院」を行なっています。ご自宅で安心してお食事が楽しめるよう、言語聴覚士と音楽療法士が連携し、「のど」を鍛えるリハビリを提供しています。

「嚥下強化入院」1日のスケジュール例

午前
運動リハビリ
嚥下リハビリ
（言語聴覚士によるリハビリ）

午後
音楽療法
（音楽療法士によるリハビリ）
自主トレーニング

嚥下強化入院って？

嚥下強化入院は、**誤嚥性肺炎の予防**を目的としています。入院時に患者さまにあった食事形態や食べ方、姿勢などを専門職が評価いたします。

また、ご自宅で出来る飲み込みの筋力トレーニング方法などもお伝えします。お口の体操や音楽療法で歌を歌うことにより、声を出しやすく・息をしやすく・飲み込みやすくするなどの効果があります。

「嚥下強化入院」に関するお問い合わせ・ご相談

「嚥下力チェック！」

- ☐ 飲み物や食事とむせることがある
- ☐ 最近、やせてきた
- ☐ 痰が増えた
- ☐ 食べるのに時間がかかる（嚥下力が弱くなった）
- ☐ 誤嚥性肺炎と診断されたことがある

「嚥下強化入院」に関する
お問い合わせ・ご相談

倉敷スイートホスピタル 地域ケアセンター
TEL 086-463-8111

受付時間 月～土曜日（祝日除く）
9:00～17:00

MSWにお気軽に
ご相談ください！

「1つでも当てはまる方は誤嚥性肺炎の可能性大！」

嚥下機能（飲み込む機能）や口腔内に原因があるかもしれません。一度、当院にご相談ください！



図1 倉敷スイートホスピタルのフレイル・サルコペニアに対する「Window of Opportunity」（上段：医療への窓口、中段：身体機能強化入院、下段：嚥下機能強化入院）

このような座位姿勢のことを「活動的（機能的）座位」といい、前述の緩んだ姿勢のことを「安楽（休息）座位」という。活動的（機能的）座位姿勢を保持するためには頸部、体幹、骨盤の安定化する筋力が必要となってくる。主な筋としては板状筋、半棘筋（頭を支える）、僧帽筋、菱形筋、前鋸筋（胸を開く、肩甲骨を支える）、最長筋、多裂筋、腸肋筋

（背筋を伸ばして安定させる）、腹横筋、内腹斜筋（腹圧を高める）、腸腰筋（骨盤を起こす）が挙げられる。これらの筋の収縮を促す運動として、座位での腿挙げや四つ這いでの運動（写真1）、上級者向けとしてはプランク（写真2）が挙げられる。回数や時間に関しては、長く続けられることが大切なので、まずは楽な運動から始めることを勧める。



写真1 四つ這い運動 (対角線の手足を伸ばす)



写真2 プランク

【歩く】

二足動物の移動には、歩行：Walking，走行：Running，跳躍：Jumping の3様式があり、歩行は

重力に抗して立位姿勢を保持しながら、全身を移動させる複雑な動作である。下肢の支持性や、慣性力、動的バランス能力など様々な要素が関係しており、筋力は歩行において最も重要な要素の一つである。歩行の安定性に大きく影響する筋力だが、歩行速度によって多少影響は異なってくるが、本稿では一般的な通常歩行について話を進める。一般的に歩行に必要な筋は、大腿前面の大腿四頭筋（大腿直筋、内側広筋、中間広筋、外側広筋）、臀部の大殿筋や中殿筋、下腿後面にある下腿三頭筋（腓腹筋、ヒラメ筋）等が挙げられる。また、歩行は全身運動であるが故に、その他にもバランスをとる上では足趾の筋や姿勢を維持する上で必要な脊柱起立筋群や大腿四頭筋の拮抗筋として働く大腿後面のハムストリング（大腿二頭筋、半腱様筋、半膜様筋）、足関節を背屈させる前脛骨筋など、下肢全般だけでなく上肢筋、体幹筋など、全身の多くの筋力を鍛える必要がある。歩行以外での運動でそれらの筋力を鍛える方法は多く存在するが、大腿四頭筋など下肢の筋力を効果的に代表的な運動が「スクワット」や「ランジ」である。運動の詳細に関しては、「倉敷スイートホテル筋肉量コツコツ積み上げ体操」を参考にご覧頂きたい（図2）。これらの運動強度に関しても、回数や時間に関しては、長く続けられることが大切なので、まずは楽な運動から始めることを勧める。

フレイル・サルコペニア予防のための 筋肉量コツコツ積み上げ体操

④足腰を強くする編





倉敷スイートホテル リハビリテーションセンター



図2 筋肉量コツコツ積み上げ体操（スクワット，ランジ）

【握る】

日常生活を送る上で上肢機能、特に握る、つかむ等に大きく関わる手指機能の維持も重要である。握るという動作は、主に前腕部の筋の影響が大きく、サルコペニアの部分でも触れたが全身の筋力と握力の関連性が強いということが、先行研究等でも示されている。中でも母指の機能は最も重要で、生活を送る上で母指機能障害は日常生活動作（ADL）を大幅に低下させてしまう。握るという動きで重要になってくる母指の筋は、長母指屈筋、短母指屈筋、母指対立筋、短母指外転筋、母指対立筋等があり、その中で長母指屈筋を除いた4つの筋で母指球が形成されている。その他の手指においては代表的な筋として深指屈筋（DIP 関節）や浅指屈筋（PIP 関節）、虫様筋（MP 関節）が挙げられ、それらの屈筋群がそれぞれ影響を及ぼしながら関与することで、手指の関節を曲げる事が出来る。握力を鍛えるためにはハンドグripperや、柔らかめのボールを握ること、新聞紙を片手で丸めていくことなどで鍛えることが出来る。さらに、本稿では関節リウマチ患者に対する手指、手関節に特化した上肢機能を改善させる効果を証明した「Strengthening and Stretching for Rheumatoid Arthritis of the Hand(以下, SARAH)」¹⁾を紹介する。SARAHは、オックスフォード大学 S. E. Lamb 教授らの研究グループが開発し、日本における SARAH の先駆者である中村めぐみ氏と荒木泰子氏によって日本語版が翻訳された。Strength（4種類の筋力強化エクササイズ）と Mobility（7種類の可動性エクササイズ）の11種目から構成されている。SARAHは、関節リウマチ患者の手の器用さ、実用性、そして力を向上させる事が証明されたハンドエクササイズプログラムで、SARAH マニュアルと9種類の資料が用意されている。11種目からなる SARAH エクササイズプログラムの負荷や回数調整だけでなく、対象者の目標設定とエクササイズ実施状態の把握が重要で、さらに把握するだけでなく、効果を実感することも継続性（アドヒアランス）

向上のために重要である。注意事項として、日本での導入は、SARAH 研究会（URL: <http://sarah-ra.jp/>）が先導しており、SARAH の実施には SARAH の資料の活用が実践するには必須であるため、上記 SARAH 研究会ホームページから資料を DL した上で実施する必要がある。関節リウマチ患者に対する上肢機能改善目的で開発されたプログラムであるが、非リウマチ患者に対しても運動習慣に対する行動変容の効果が期待できると推察される。

SARAH 研究の中にも記載があるが、【座る】、【歩く】、【握る】いずれの運動に関しても、Key となることは、患者、利用者自身が日課(Routine)を確立し、運動を生活の中に組み込めるようにし、患者、利用者自身に運動を修正できるよう、うまく誘導することが重要である。

5. おわりに

日本という国がいま直面している高齢化という現状、そしてそこに生じている現場レベルでの問題点について、筋肉量、筋力といった切り口から紹介させていただいた。あくまでこれは一つの一般的な手段、方法であり、実際には変形、疼痛など様々な個別化された問題点がある。今回紹介した手段、方法が、現場で日々奮闘されているスタッフの方々への一助となれば幸いである。また、今後も多くの知見を取り入れながら、現状の問題点に対して解決策となる手段、方法を探っていききたい。

【参考文献】

- 1) Strengthening and Stretching for Rheumatoid Arthritis of the Hand (SARAH), © Copyright, Universities of Warwick and Oxford 2014. All Rights Reserved. The authors, being Professor Sarah Lamb and Dr. Mark Williams and Dr. Esther Williamson and Mr. Peter Heine have asserted their moral rights.



セミナー 5

現場で役立つ認知症の方への 介助・コミュニケーション技術

医療法人大誠会グループ

統括介護部長，介護福祉士・社会福祉士，認知症介護指導者，
シナプソロジーアドバンス教育トレーナー **黒木勝紀**



1. はじめに

本稿は，2025年4月17日に開催された慢性期医療展 2025 の日慢協セミナーでの講演内容をまとめたものである。認知症の方との接し方や介護現場で実践できるコミュニケーション技術について，私なりの経験と知見を共有させていただく。

2. 介護専門職の役割と使命

まず，介護専門職とは何かを改めて考えたいと思う。「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項では，介護福祉士は「専門的知識および技術をもって，身体上又は精神上の障害があることにより日常生活に支障のある方につき心身の状態に応じた介護を行い，本人および介護者に対して介護に関する指導を行う」と定義されている。ここでいう「介護者」とは，ご家族や職場のスタッフを指す。

つまり，介護福祉士は，ご利用者の心身の状態を的確に捉え，それに応じたケアを行うとともに，介護の模範となるような関わり方を示すことが求められている。

また，「介護保険法」第1条には，介護サービスは「ご利用者の尊厳を保持し，その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを支援する」と明記されている。さらに第2条第2項では，介護保険の保険給付（私たちがお給与をいただくということ）は「ご利用者の要介護・要支援状態の軽減または悪化の防止」に資するものでなければならないとされている。

つまり，「危ないから」とか，「歩かれると困るから」などといった理由で，認知症の方の「できること」を奪い，自律の可能性を狭めてしまうような対応は，介護専門職としての責務を果たしているとは言えない。そうし

た関わりは，認知症の症状を悪化させ，認知症の進行を早めてしまう恐れがあると言われている。

そのため，本稿では，認知症の方とのコミュニケーションにおいて，介護の専門職としての役割と使命をどのように果たすか，具体的な方法を解説していく。

3. 認知症の方とのコミュニケーションの目的

認知症の方とのコミュニケーションには，以下の3つの目的があると考えている。

- 1) 相手の想いを理解し，コミュニケーションを通して良好な人間関係を築くこと
- 2) 五感を通して潜在記憶にもアプローチし，分かりやすい情報で正しく共有すること
- 3) 相手のペースに合わせることで自尊心やプライドが守れ，状態に応じた自律した日常生活を送れること

あえてここでは，「自律した日常生活」と明記している。一般的に「自立」とは，「他の援助を受けずに自分の力で身を立てること」の意味である。しかし福祉分野では，人権意識の高まりやノーマライゼーションの思想の普及を背景として，「自己決定に基づいて主体的な生活を営むこと」「障害を持っていてもその能力を活用して社会活動に参加すること」の意味としても用いられている。

令和5年に施行された「認知症基本法（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）」には，自己決定支援の重要性が示されている。本稿においても，認知症の方において自分自身の大事にしていることや，「したいこと」が実現するためにも，自分の行為を主体的に規制して，自分で立てた規範に

従って行動することと定義されている「自律」を使用している。

4. コミュニケーションの5つの要素と認知症ケアへの応用（図1）

コミュニケーションには、「送り手」「受け手」「メッセージ」「Channel（伝達手段）」「Media（媒体）」という5つの要素がある。特に「Channel」は、言語（話の内容）、非言語（ジェスチャー、表情、服装、態度など）、準言語（声の調子、高低、大小、ペース、トーンなど）に分けられる。

アメリカの心理学者アルバート・メラビアンの研究によれば、コミュニケーションにおける情報の伝達効果は、言語（話の内容）が7%、非言語（視覚情報）が55%、準言語（聴覚情報）が38%という割合だと言われている。つまり、「何を話すか」よりも「どう話すか」「どんな表情や態度で接するか」の方が、はるかに大きな影響力を持つのである。

これは認知症ケアにおいて特に重要である。言語理解の低下がある認知症の方には、言葉だけでなく、表情、声のトーン、身振り手振りなどの非言語コミュニケーションが大きな役割を果たす。

お風呂にお誘いするのに、言葉で「お風呂に行きましょう」というより、風呂桶やタオル・その方の好む入浴剤などをお見せすることの方がいい場合もある。また、歯磨きをするのに、支援者が目の前で

歯磨きをしてみせる方がうまくいく場合もある。具体的に認知症の方がイメージしやすいものを視覚的に表現するようにしてみよう。

5. 認知症を理解する（図2）

「認知症」という言葉は「認識・知識・症状」の略と考えると理解しやすい。認知症の方は、これまでに得た知識や経験が全て抜け落ちているわけではなく、それらを引き出すことが苦手になっている。また、五感からの情報を分析・処理する過程でエラーが生じやすくなっているため、状況を「誤解」しやすい状態である。そして、症状として明らかなときもあれば、あやふやな時もある。そのあやふやな時が多くなると「不確かさ」が増えると言われている。

このように、認知症の方は「不確かさ」の中で生きている。「自分は誰なのか」「ここはどこか」「今日は何日か」「周りの人は誰か」「なぜ座れと言われるのか」「なぜこんなにも人がいるのか」など、私たちが当たり前に把握していることが不明確な状態で生活しているのである。

私たち専門職がもつべき視点は、「（不確かさの中で）困っている人を（私たち支援者側の）困った人にしない」ということだ。

故長谷川和夫先生（認知症専門医・ご自身も認知症と診断）は、著書の中で「自分自身が壊れていきつつあることは、別な感覚で分かっている、感じて

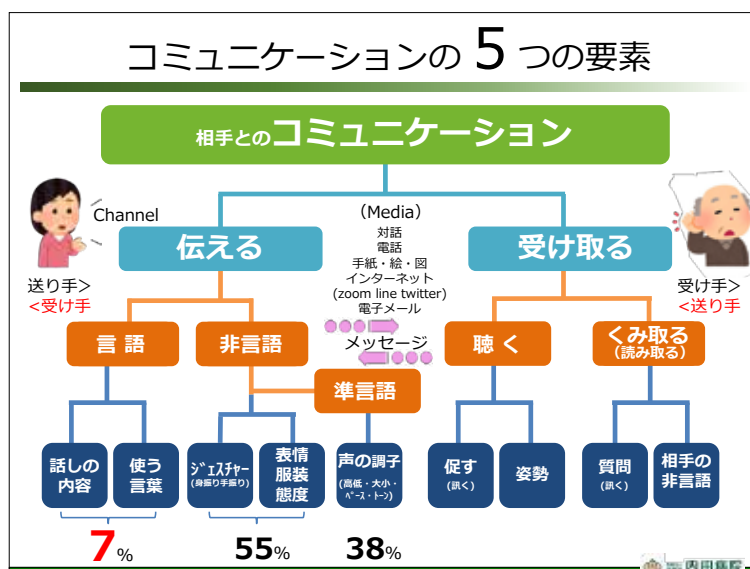


図1

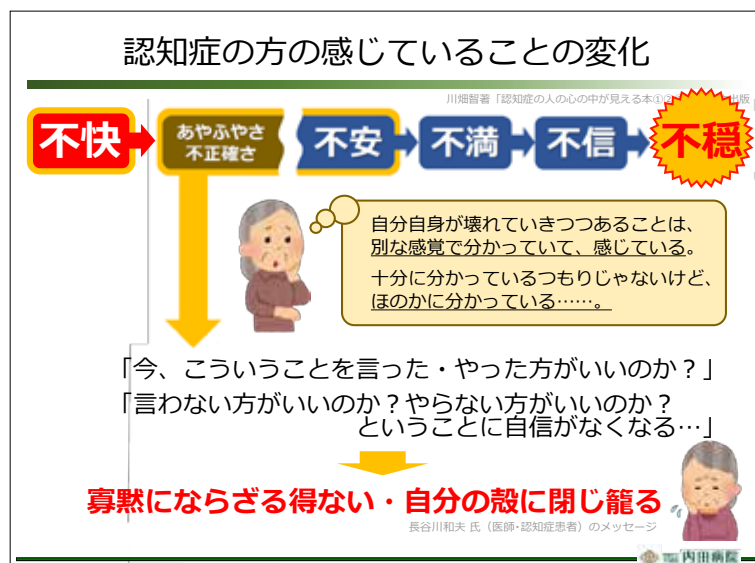


図2

いる。十分に分かっているつもりじゃないけど、ほのかに分かっている」と述べておられる。この不確かさの中で、認知症の方は「今、こういうことを言った・やった方がいいのか？ 言わない方がいいのか？」という自信のなさから、徐々に寡黙になり、自分の殻に閉じこもることが多くなる。

また、川畑智氏の著書『認知症の人の心の中が見える本』では、認知症の方の感情の変化を「不安→不満→不信→不穏」というプロセスで説明している。そして、その負のプロセスの前に私は「不快」があると考える。私たちが動き出す元となる感情や感覚に、「喉が渇いた」「お腹が痛くなった」「お尻がいたくなった」などの「不快」があって、それを「快」の状態にするために動き出しているということだ。私たち支援者の役割は、「快」の状態で生活できるよう、人と物の環境を整えることが大切である。

6. 認知症の方とのコミュニケーションの問題点と改善策

①突然の声かけになってしまい、驚かせてしまう

認知症の方に背後から突然「●●さん！」と声をかけると驚かせてしまう。認知機能の変化により、周囲の状況把握が難しくなっている方にとって、予期せぬ声かけは不安や混乱を招く。

【改善策】

プレ・コミュニケーション（会話の前に自分の存

在を伝える）を意識しよう。まず視界に入るところで手を振る、自分の存在を認識してもらってから声をかけることが大切である。

②会話の始まりが「大丈夫ですか？」「どうされました？」と曖昧

「大丈夫ですか？」「どうされました？」「困ったことありますか？」といった質問は、認知症の方にとって理解が難しく、むしろ不安を増幅させることがある。「私が大丈夫じゃないの？」「何をどうすればいいの？」と混乱を招く。

【改善策】

具体的な観察に基づいた声かけをしよう。「●●さん、眠そうですね」「足が痛そうですね」など、相手の状態を伝えてから「休みましょうか」「座りましょうか」と提案するほうが理解しやすい。

③聴覚情報だけで伝えてしまうコミュニケーション

認知症でない私たちは、自分が話す際に言語（言葉）のみで伝えることが多く、相手が理解できていることを前提に話しかけがちだ。しかし、認知症の方は言語理解の低下がある場合が多いため、言葉だけの情報では十分に理解できないことがある。

【改善策】

言葉よりも話し方（表情、声の強弱、抑揚、間など）に気を配り、相手に言葉ではなく気持ちを伝えるよ

うに話しかけよう。例えば「体操の時間ですので体操しますよ」と事務的に伝えるより、「体操！しましゅう♪」と明るい表情で伝える方が効果的である。

④理解の程度を問わない一方通行なメッセージ発信

私たち介護者は、自分が伝えたいことを自分のタイミングで、自分が話したい順番で休みなく話しがちである。しかし、認知症の方にとって、そうした話し方は「早送り」のように聞こえ、理解することが困難になる。

【改善策】

「言葉（単語）の理解度」や「聞き取りのスピード」を考慮し、「短い言葉」で「分かりやすく区切り」伝えることが大切だ。また、情報は視覚→聴覚の順で伝えると理解しやすくなる。単語の数と伝える速度に注意して「ゆっくり」伝えよう。

7. BPSD とケアの影響

BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症による行動心理症状）は、ケアの質に大きく影響される。BPSD が起きやすいポイントとして以下が挙げられる。

- ・行動や言動を否定されたとき
- ・やりたいことを止められたとき
- ・話を聞いてもらえなかったとき
- ・自分のしたくないことをさせられたとき
- ・自分では正しいと思っているのに怒られたとき
- ・プライドを傷つけられたとき

これらの反応として起こる「怒り」や「大声」など症状は、なにも認知症の方だから起こるものではなく、認知症ではない私たちでも人として当たり前に表出するものである。だからこそ、私たち大誠会グループでは、BPSD が表出するのはケアの失敗と捉え、「楽になる認知症ケアのコツ」の改訂版を今年度中に出版する予定だ。改訂版では、より認知症のご本人の気持ちに寄り添い、「自分だったらどうだろうか」という本人の目線で物事を見る視点を大切にしまとめている。出版されたらお手にとっていただければ幸いである。

8. スピーチロックに注意して、声かけはポジティブな表現に

「スピーチロック」とは、身体拘束とは異なる「言葉による拘束」（speech lock）のことを指す。「早くこっち来て！」「動いたらダメ」「早く食事して」「立ち上がらないで」「どうしてそんなことをするの」など、言葉によって利用者の行動を抑制・制限する対応は避けるべきだ。

また、声かけはポジティブな表現を心がけよう。「転ばないように気をつけて！」という声かけは、実は逆効果だ。なぜなら、脳は「富士山をイメージしないでください」と言われると富士山をイメージしてしまうように、「転ばないように」と言われると「転ぶ」ことをイメージしてしまうからである。

代わりに「大丈夫、ゆっくり歩きましょう！」「前を見て歩きましょう！」「足を前に出して、つま先を上げて歩きましょう！」など、安心のイメージとして欲しい行動を具体的に伝えよう。

9. ケアのコツ

【知ってほしいこと】

- ・起こっている事象は「脳の病気がさせていること」であり、本人の意志ではない。一番困っているのはご本人である。
- ・認知症の方は何年くらい「心からありがとう」と言われていないか考えてみよう。当たり前のことも「ありがとう」を伝えることで関係性が向上する。

【こうしてほしいこと】

- ・正しいことを教え込まない（誰も得をしない）
- ・役割を持ってもらう
- ・感謝する、承認する
- ・大切にされる居場所を創る
- ・安心できる居場所を創る
- ・人としての関わりを見直す

これらを実践し続けるために当法人では、スタッフの基本指針で大事にしていることが2つある。1つは、『「どうしたいか、どうして欲しいか」常に想いを聴き続け、その実現に取り組みます』。もう一

つは『「されて嫌なこと」を決して行わず、相手の立場になって考える実践をし続けます』になります。どんなに認知症の症状が進行しても、人としてのあり方を忘れないようにしよう。

10. 立ち上がり動作の実践例（図3）

介護現場では「この方は立てなくて負担が大きい」という相談をよく受ける。認知症の方だとしても同様である。しかし、立ち上がれない、立位保持が難しいという問題は、ほとんどの場合「筋力低下」が原因ではなく、「準備ができていない」ことが原因だ。そして、これまで説明してきたように、コミュニケーションの取り方が不十分なのである。

【立ち上がり動作をサポートする際には以下の点に注意しよう】

「目は合っているか、声かけの方法は適切か、肌に触れる触れ方は優しいか、立つことの理解はできているか、少しでも動く意思はあるか、筋肉への指示が伝わっているか、立つ準備（浅座り・足の位置・誘導方向など）はできているか、座面の高さは適切か、当事者と支援者の呼吸、スピード、タイミングは合っているか」など、これらの要素を丁寧に整えることで、「立てない」と思われていた方も立位が可能になることが少なくない。そして、当事者の反

応をアセスメントし、その方の持っている力が発揮できるまで「待つ」ということが大切である。

11. まとめ

認知症ケアにおいては、「病気」ではなく「人」を見ることが何より大切である。認知症の方が「不確かさの中で困っている」ことを理解し、適切なコミュニケーション方法で接することで、その方の尊厳を守り、自律を支援することができる。

大切なのは、本人の声に耳を傾け、本人の「したい」を支え、できることを活かしながら関わること。支援者が先回りしすぎず、本人の力を信じて見守り待つ姿勢が重要である。

認知症ケアは、マニュアル通りにはいかないことも多い。それは、一人ひとり違う個性を持った方たちだからこそ。うまくいかなくても大丈夫である。しかし、目の前の方を大切に思うからこそ、私たちには工夫を重ね続ける姿勢が求められる。

そのために、プレ・コミュニケーション、ポジティブな声かけ、非言語コミュニケーションの活用、情報の適切な区切りと具体的な伝え方などを今回の講演ではお伝えした。

ここでの学びやヒントが、現場やご家庭での実践に役立ち、より温かなケアにつながることを心から願っている。

立ち上がり動作の実践例



介護技術指導で施設にいくとよく言われる
この方立てなくて負担が大きいのですが…
どうにかありませんか！！

介護職が立てないと決めつけていることが多い！

立ち上がれない、立位保持が難しい……
ほとんどの理由は「筋力低下」ではなく
「準備が出来ていない」から

目は合うか、声かけの方法、肌に触れる触れ方、立つことの理解、
少しでも動く意思はあるか、筋肉への伝達は？
立つ準備（浅座り・足の位置・誘導方向など）
高さはあるか？当事者と介助者の呼吸、スピード、タイミング…

POINT!!

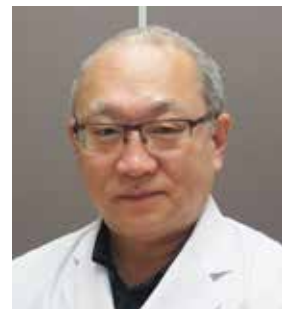
内田病院

図3

セミナー 6

慢性期医療における口腔機能への取り組み 「お口の健康が長寿の秘訣！」

医療法人永寿会 陵北病院
副院長 阪口英夫



1. はじめに

平均寿命の世界ランキングで日本は1位である。さらに、100歳を超える高齢者の数も95119人（2024年9月）と世界で一番である。この100歳を超える高齢者の数は、人口に比例するはずであるが、アメリカは7万人（人口3億4千万人）、中国で4万人（同14億人）フランスでも3万人（同6千500万人）と、我が国はその比率を勘案しても、断然トップの長寿国である。その長寿である要因の1つに「食べること」を挙げる論説や記事は多い¹⁾²⁾。当然のことながら、身体を作る源は栄養にあるので、食べることが健康で長生きである身体をつくるために必要なことは間違いない。それ以外にも食は楽しみという部分でも人間の本能である「食欲」

を満たす大切な事項である。

食べるために「歯」は重要な要素になる。これも多くの方が異論なきところであろうが、すでに現代人は、「歯」の重要性を心得ており、近年の歯科疾患調査では、日本人の残存歯数（口の中に残っている天然歯の本数）は、この30年間で劇的に改善している³⁾（図1）。特に70歳代での改善が顕著で、自分の歯でしっかり噛める人が高齢者で大幅に増加した。このように、多くの高齢者が自分の歯で噛むことができる時代が到来した。しかし、食べることに必要なのは「歯」だけではない。「歯」に付して「口腔機能」も重要な要素となる。本項では口腔機能に着目し、さらに慢性期医療における口腔機能に対する取り組みの実践事例を紹介する。

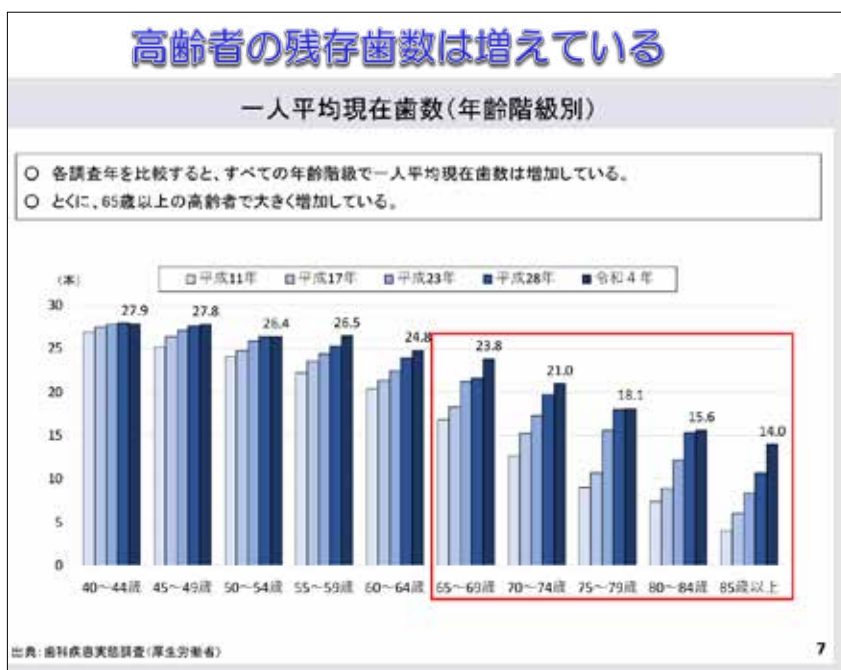


図1 中医協総会資料 P3 令和 5.7.12

2. 口腔機能とは

近年提言された口腔機能低下症は7項目の口腔機能を検査し、その3つに機能低下が認められると診断される。医学的な解説はさておき、分かり易く示すと「上手く噛めるか」「咬む力があるか」「口の乾燥度」「口の清潔度」「舌・口唇の動きは良いか」「舌の力は十分か」「食事や飲み込みに支障はないか」のうち3つ以上の機能が低下した状態を口腔機能低下症と診断する(図2)。令和6年の診療・介護報

酬の同時改定においても、「リハ・栄養・口腔、三位一体の取り組み」(図3)が示され、口腔機能にあっては重要項目として取り入れられている。口腔機能が十分発揮されるために、まず取り組むべきことは、正しく口腔の機能を評価することである。国によって示されている「リハ・栄養・口腔」の取り組みでも、口腔に対しておこなうことは、その現場に応じて一定期間のうちに評価をおこない、異常があれば歯科専門職につなげて、早期に対応を協議することとなっている。



図2 口もと元気で快適ライフ！ 日本老年歯科医学会作製 パンフレット

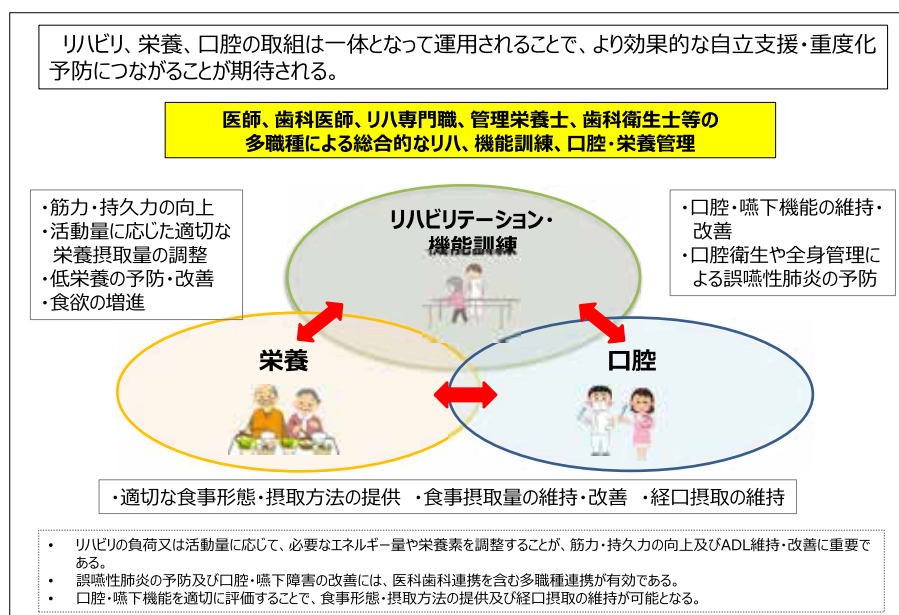


図3 令和2年6月介護報酬改定資料より 厚生労働省

口腔機能の評価法を紹介する。口腔機能の評価法は、歯科専門職が行う場合とそれ以外の職種が行う場合に分けられる。歯科専門職以外が行う簡便な方法として、日本歯科医学会が発出している「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する 口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方」⁴⁾ が用いられる。そこで異常が発見された場合、歯科専門職の介入が必要となるが、それ以前に慢性期医療を受けるすべての患者には歯科専門職の介入が必要であると筆者は考える。

口腔に関する問題が疑われる患者には、歯科専門職による口腔機能評価が必要である。歯の状態や装着される義歯などの情報のほかに、口腔機能評価として下記の7項目が歯科医師によって評価される。

①口腔乾燥

口腔は唾液によって常に湿潤した状態に保たれている。特に食事をすることによって唾液の分泌量は増加する。逆に経口摂取が出来なくなると唾液の分泌が減少し、口腔乾燥が亢進する。この口腔乾燥を測る方法は、近年開発された口腔水分計(ムーカス®)(写真1)を使用して測定するのが広く普及している。



写真1 ムーカスによる口腔湿潤度測定
日本老年歯科医学会 口腔機能低下症保険診療における検査と診断より

②口腔衛生状態不良

口腔衛生状態はその名の通り、清潔状態を測定す

る。数々の論文で、口腔機能が低下することで、口腔内の自浄作用が低下し不潔になることが報告されている⁷⁾。現在では口腔内細菌を数値化して、口腔の汚染度を測る方法が確立されている。(写真2)



写真2 細菌カウンターによる口腔衛生状態検査

③舌圧低下

舌を上を持ち上げる圧力のことを舌圧と呼ぶ。その力を測定して規定値よりも低い場合を低舌圧と呼び、口腔機能低下症の大きな要因としている。舌の力は、食塊形成（食べ物を飲み込みやすい形に整えること）だけでなく、嚥下機能にも影響され、高齢者では加齢に伴った舌圧の低下が見られることが知られている。舌圧の測定は舌圧計(写真3)によって測定し、30Kpa未満は低舌圧であるとされる。



写真3 JMS 舌圧測定器による舌圧検査
日本老年歯科医学会 口腔機能低下症保険診療における検査と診断より

④咬合力低下

咬合力も口腔機能に重要なファクターとなる。単に筋力低下によって起こる咬合力低下だけでなく、歯の痛みや動揺なども影響するため、総合的な判定が必要となる。咬合力にあっても、数値化される検査方法が確立されている。(写真4)

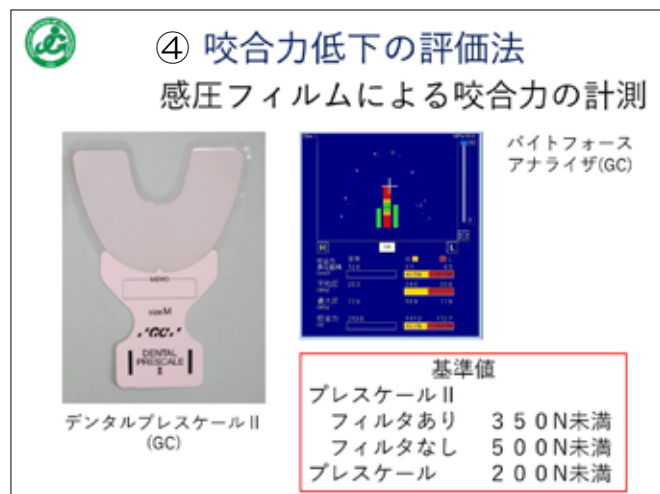


写真4 咬合圧測定 (デンタルプレスケール)
日本老年歯科医学会 口腔機能低下症保険診療における検査と診断より

⑤舌・口唇運動機能低下

食べ物を食べる以外にも、言葉を話す機能が口腔にはある。特に口唇や舌を使った発話機能は、摂食嚥下機能とも密接に関連しており、口腔周囲筋群の機能低下は隠れた摂食機能障害であることも多い。評価方法としてオーラルディアドコキネシス検査等を実施して評価する。(写真5)

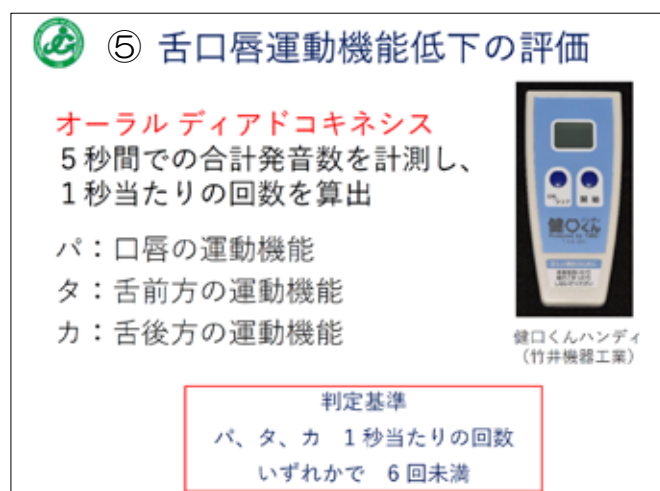


写真5 舌口唇運動機能検査
日本老年歯科医学会 口腔機能低下症保険診療における検査と診断より

⑥咀嚼能力低下

咬合力低下と相まって、咀嚼能力の低下も口腔機能低下症では見られる。咀嚼能力判定にあっても、数値化する機器が開発されている。しかし、計測には、残存している歯の状態や、残っている歯の種別 (前歯・臼歯の別など) や咬合面の形態・摩擦状況など、多岐にわたる評価が必要となる。(写真6)



写真6 咀嚼能力検査
日本老年歯科医学会 口腔機能低下症保険診療における検査と診断より

⑦嚥下機能

嚥下機能の評価は、Eat-10 や聖隷式嚥下質問用紙などの評価方法を用いることが推奨されている。

これらの検査結果をもとに口腔機能低下症の診断がなされ、口腔機能を維持向上させるための管理や訓練、必要に応じて治療などがおこなわれる。

3. 慢性期医療の現場では

経口摂取と口腔機能は密接に関連している。慢性期医療の現場ではできるだけ経口摂取を継続させる様々な工夫が必要であるが、歯科診療科を併設していないなどの理由から歯科の関与なしで取り組みが行われている場合がある。上記したとおり、口腔機能に関しては多岐にわたる評価・検査が必要である。正確な評価をもって利用者・患者の残存機能を把握し、適切な経口摂取への取り組みをおこなうことで、

経管栄養から経口摂取へ移行できるケースも多くみられる。この項では、医療法人永寿会の取り組みを紹介し、歯科専門職と多職種の連携を中心に解説する。

4. 医療法人永寿会の概要

医療法人永寿会は昭和40年に57床の精神科病院からスタートし、現在は東京都と福岡県に4病院、1老人保健施設、総病床数1704床を有する医療法人である(図4)。4つの病院のうち、3つの病院が歯科診療科を併設しており、常勤歯科医師6名、非常勤歯科医師10名、常勤歯科衛生士16名、非常勤歯科衛生士1名が法人全体に勤務している。歯科診療科は外来診療のほかに、院内入院患者の口腔管理を受け持っている。特に陵北病院やシーサイド病院は各病棟に歯科衛生士を配置し、日々看護職員と協働して入院患者・利用者の口腔衛生管理を実施している。これは、誤嚥性肺炎などの全身疾患を防ぐとともに、食事の経口摂取維持に大きく貢献している。また、患者・利用者が長期療養を安全に続けるうえで、口腔内のトラブルに迅速に対応できることも利点である。さらに家族から併設されていることに対して安心感を示す意見も聞かれる。歯科が併設していないと、外部歯科医療機関への往診依頼ということになる。すると、歯科診療の許可や一部負担金の請求は外部歯科医療機関から行われる。患者家族にとっては、請求元の違いを心配する声も聴かれるため、永寿会ではそれに対応した形で併設歯科

の設置を進めてきた。また、歯科併設がない、川添記念病院(精神科310床)でも、シーサイド病院の歯科医師が訪問診療として実施しており、同一法人の関係職種と密接な連携がとれるよう努力するとともに、同一法人の連携を生かし、病状に応じた歯科医療を提供している。

5. 介護医療院

陵北病院(東京地区)(図5)とシーサイド病院(福岡地区)(図6)の2病院は慢性期医療を中心的に担う病院で、介護保険における介護医療院を、陵北病院369床、シーサイド病院233床、それぞれ併設している。介護医療院は、平成30年(2018年)から新たに制定された介護保険施設で、当法人もそれまであった介護療養型医療施設から移行している。介護医療院は住まいとしての機能や介護を中心としたサービス提供体制、また人生の最終段階に必要な医療の提供など、病院と介護施設の両方の機

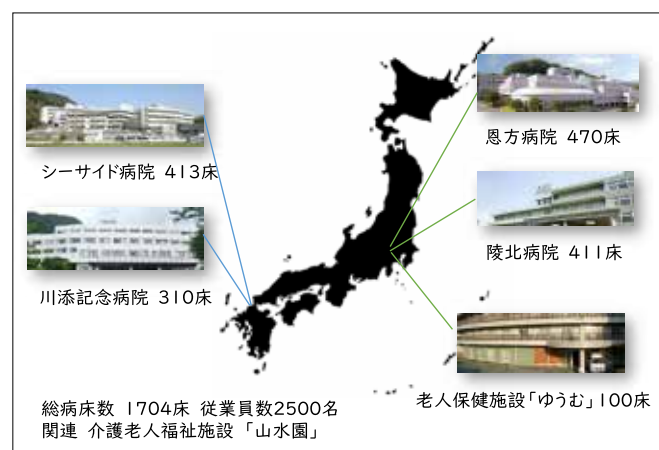


図4 医療法人永寿会グループ



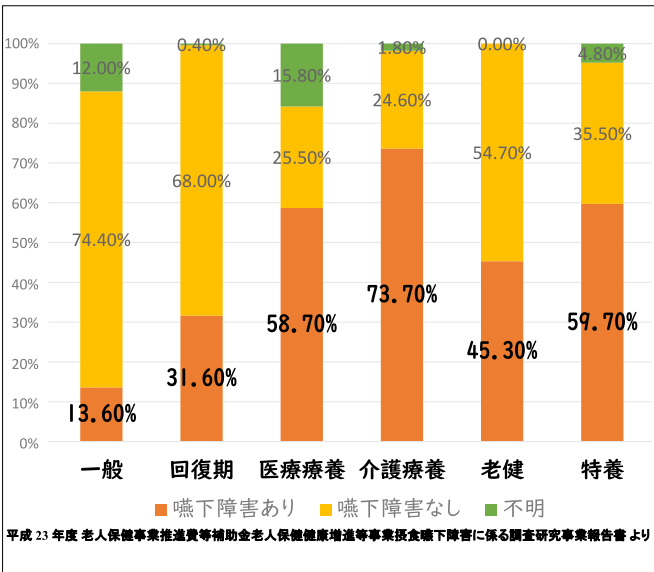
図5 医療法人永寿会 東京地区



図6 医療法人永寿会 福岡地区

能を併せ持った施設という位置づけである。介護療養型医療施設からの移行が進んでおり、令和6年4月の時点で全国に926施設、5万3183床が設置されている。介護医療院では、摂食嚥下障害をもつ入院患者・利用者（以下利用者）が多いことが知られている。平成23年に行われた調査⁵⁾（グラフ1）では、介護医療院の前身である介護療養型医療施設の状況であるが、特別養護老人ホームや医療療養病棟と比較しても、摂食嚥下障害を持つ利用者が多く入院していることが報告されている。摂食嚥下障害をもつ利用者は経管栄養の患者だけではない。食事中に咽ることや、認知症が進行し、食事に対する認識や集中が出来なくなった利用者も摂食嚥下障害を有すると診断される⁶⁾。介護保険にはこのような摂食嚥下障害をもつ利用者ができるだけ長期に経口摂取を継続できるような取り組みを、栄養ケアマネジメントに付随して経口維持加算という形で評価している。この経口維持加算は一定の条件は必要とするものの、その実施の指示を歯科医師ができるようになってきている（表1）。

陵北病院とシーサイド病院に併設される歯科では、入院患者の摂食嚥下障害を中心に診療しており、経口維持加算算定に必要なミールラウンドの実施やカンファレンスへの参加なども行っているだけでなく、院内の食事や栄養に関する全般のマネジメント



グラフ1 施設別 摂食嚥下障害をもつ患者・利用者の割合

作業をおこなっている。これは多職種連携の要（かなめ）を歯科が担うことで、広く病院全体の利用者を総合的にマネジメントすることができる。たとえば、医師を中心におこなうと、どうしても、病棟ごとに対応に違いが生まれることがある。それは、診療方針の違いや医師の専門性の違いなど様々な要因があるため、そのような事態に陥りやすいと言える。しかし、歯科が食事に関する全体のマネジメントをすることで、統一性が生まれ、各病棟で生じる対応の差が少なくなるというメリットがある。

	経口維持加算（Ⅰ）	経口維持加算（Ⅱ）
算定要件	医師または歯科医師の指示のもと、摂食機能障害や誤嚥がある入所者に対し、多職種が連携して経口維持計画を作成し、その計画に基づいて栄養管理を行った場合に算定する。 具体的には、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員などが共同で、食事の観察や会議を行い、入所者ごとの経口維持計画書を作成する必要があります。月1回以上、多職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者等が経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、特別な管理を実施した場合に算定。療養食加算の併算定可（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける栄養管理士等が医師の指導を受けている場合に限り）	介護保険施設等が協力歯科医療機関を定めた上で、医師（配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が食事の観察及び会議等に加わった場合（※）に、経口維持加算（Ⅰ）に加えて（Ⅱ）を算定。療養食加算の併算定可
対象者	摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能障害を含む）を有し、水飲みテストや頸部聴診法等により誤嚥が認められる（食事の摂取に関する認知機能の低下から嚥下機能検査が困難である場合等を含む）ことから、経口による継続的な食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者	
単位数	400単位／月	100単位／月

表1 経口維持加算ⅠとⅡ

6. 陵北病院での歯科診療活動

前記したように、陵北病院とシーサイド病院では、食事に関するマネジメントを歯科が行っている。これは、病院全体での栄養ケアや摂食嚥下障害への対応を均一化できるメリットがあることは前記した。その理由は歯科診療活動の内容にあるともいえる。陵北病院を例に歯科診療科の活動を紹介する。

①入院前の情報共有

陵北病院に入院してくる患者・利用者の情報は、事前に医師だけでなく歯科医師にも共有される。その共有方法は文書上だけでなくカンファレンスとして、診療方針や食事における対応、栄養ケアの方法や、リハビリテーションの方針なども、詳細に打ち合わせされる。(写真7)



写真7 情報交換を行う田中病院長(左)、齋藤病棟担当医師(右)、大野歯科診療部長(中央)

②そして入院当日は、医師・看護師の診察や処置と、歯科医師・歯科衛生士による口腔機能や嚥下状態の評価が行われる(写真8)。この結果は、医師や看護師、リハビリテーションスタッフ、管理栄養士にも共有され、即座に栄養提供方法に反映される。場合によっては、事前に得られた情報から大きく変更した食事提供方法などを選択する場合もあるが、常にリフレッシュされた情報を多職種が共有できるようにしている。



写真8 多職種協働による入院時診察

③入院時の患者家族への説明は、医師・歯科医師ともに実施する。長期療養となるので、口腔機能管理について歯科医師から家族へ説明をするが、その時に本人・家族の食事に対する希望や思い、考え方などを綿密に聴取・相談する。たとえ経管栄養が実施され、情報提供では経口摂取困難な状態ということであっても、精査の結果可能性があれば、リハビリテーションの実施などを検討する。もちろん、訓練によって必ず食べられるようになると勘違いされるケースもあるが、実際に経口摂取を伴う訓練を実施することで、誤嚥性肺炎の危険が高まることもあるため、十分な理解を患者家族から得ておくようにしている。

④入院後、最初の食事は多職種で観察する。食事介助が必要な場面では、実際に歯科医師が食事介助をおこない(写真9)、指導やリハビリテーションスタッフへの情報提供をおこなっている。また



写真9 歯科医師・リハスタッフによる食事観察

訓練メニューの相談なども実施する。実際の嚥食状況は、すぐに担当医に報告し、状況に応じて食事形態や提供量の変更を実施する。

- ⑤入院後すぐに、歯科衛生士は専門的口腔衛生管理を実施する（写真 10）。この専門的口腔衛生管理は、陵北病院に入院中は継続的に実施される。専門的口腔衛生管理は、経口摂取ができるかどうかにかかわらず、実施される。また特に人生の最終段階においては、頻回に介入をおこなって、悪くなりやすい口腔環境を改善させることに注力している。



写真 10 歯科衛生士による専門的口腔衛生処置

- ⑥その後も継続的に食事観察や嚥食状況の変化などを記録し、必要に応じて関係職種とカンファレンスを実施する。また重度摂食嚥下障害が疑われる場合には、医師と協働して嚥下造影検査（Video Fluoroscopic examination of swallowing : VF）や嚥下内視鏡検査（Videoendoscopic examination of swallowing : VE）を実施する（写真 11）。ま



写真 11 嚥下造影検査（左）と嚥下内視鏡検査（右）

たその結果は、患者家族にも情報提供し、今後の方向性確認・変更なども行っていく。

- ⑦陵北病院では入院時の病棟から介護医療院へ転床することが多い。入院を受けた病棟で、患者の状態把握や、対応・服薬の調整などを行うほか、食事に関する調整も実施している。それをおこなうことで、介護医療院での安定した療養につながっていると考える。介護医療院に転床すると、本格的に経口維持加算の取り組みが始まる。

- ⑧介護医療院では、歯科医師も参加して月に 1 回ミールラウンドを行い（写真 12）、適切な食事形態が提供されていることを確認するほか、適時状態の変化を見逃さないように観察や指導を継続している。また、経管栄養のまま介護医療院への転床をした場合でも、状態の経過観察は、継続的に実施していき、少しでも経口摂取が可能であるとの判断が出た場合には、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を実施して、経口摂取の可能性を探るようにしている。その結果、経管栄養の実施と併行して経口摂取を実施している例も、介護医療院には 20 名を超えている（2025 年 4 月現在）。



写真 12 ミールラウンドと食事介助する管理栄養士

- ⑨食事形態は刻み食を廃止し、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食分類 2021（表 2）に準拠してすべての食事形態を用意している。特に嚥下調整食分類 3（歯や補綴物なしでも押しつぶして食塊が形成できる、やわらか食やソフト食）は 2 種類のタイプを用意している（写真 13）。特

コード [1-8 項]	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 [1-10 項]	他の分類との対応 [1-7 項]
0	嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー・離水が少なく、スライス状にすることが可能なもの	・重度の症例に対する評価・訓練用 ・少量をすくってそのまま丸呑み可能 ・残留した場合にも吸引が容易 ・たんぱく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L0 えん下困難者用食品許可基準 I
	嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水(原則的には、中間のとろみあるいは薄いとろみのどちらかが適している)	・重度の症例に対する評価・訓練用 ・少量ずつ飲むことを想定 ・ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口で溶けてしまう場合 ・たんぱく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L3 の一部(とろみ水)
1	嚥下調整食 1j	均質で、付着性・凝集性・かたさに、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	・口腔外で既に適切な食塊状となっている(少量をすくってそのまま丸呑み可能) ・送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある ・0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L1・L2 えん下困難者用食品許可基準 II (ゼリー状) (UDF: ユニバーサルデザインフード)
2	嚥下調整食 2-1	・ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの ・スプーンですくって食べることが可能なもの	・口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分: かまなくてもよい
	嚥下調整食 2-2	・ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものを含む ・スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分: かまなくてもよい
3	嚥下調整食 3	・形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの ・多量の離水がない	・舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの ・押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥 など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分: 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	・かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの ・箸やスプーンで切れるやわらかさ	・誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの ・歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽堤間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など	上下の歯槽堤間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分: 舌でつぶせる および UDF 区分: 歯ぐきでつぶせる および UDF 区分: 容易にかめるの一部

表2 嚥下調整食分類 2021 (食事) 早見表 (日本摂食嚥下リハビリテーション学会 2021 より一部抜粋)

に新軟菜と呼ぶ食事形態は、常食に近い見た目を有し、実際には舌で押しつぶしやすく、食塊形成しやすい形態となっている。この食事形態を提供できる基準としては、ある程度の口腔機能を維持していることが条件となるが、その判定には、歯科医師が口腔機能評価をおこない、全身状態、利用者本人の希望などを考慮して多職種で相談の上決めている。

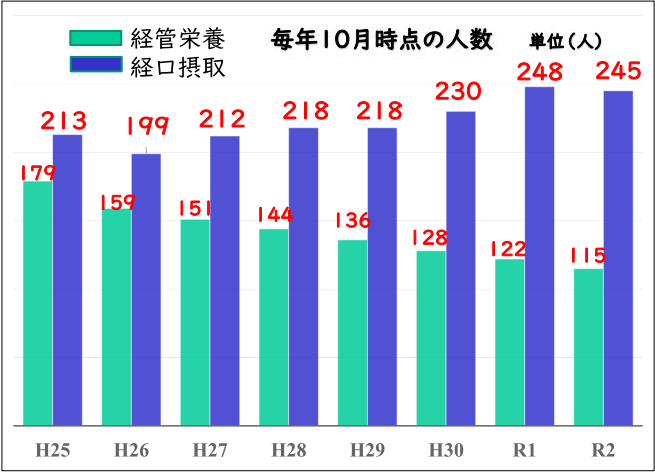
以上のような取り組みが陵北病院で行われている歯科診療活動である。

7. 歯科診療活動の成果

前記したように、陵北病院において入院患者・介護医療院利用者に対して、歯科が食事・栄養にかかるすべての事項に関して多職種協働の要としての活動を行うようになったのは、平成26年(2014年)からである。それまでも歯科は併設されていたが、口腔衛生管理と一般歯科治療が中心的な診療活動であった。摂食嚥下障害への対応を中心として診療活動を方向転換した背景には、前記した経口維持加算を利用した栄養ケアマネジメント活動の充実が目的であった。さらに各病棟でのバラつきのあった食事への対応を統一することも目的としていた。この成果を測る方法として、経口摂取をおこなっている利用者の数を年次で比較したグラフを示す(グラフ2)。歯科の活動方針を現在の方向へ転換する前



写真13 主菜比較



グラフ2 陵北病院入院者経管・経口患者数年次推移

年の平成25年には、経口摂取をしている利用者は213名、経管栄養を受けている者は179名であったが、6年後の令和2年には、経口摂取が245名、経管栄養が115名へと変化し、あきらかに経口摂取の患者が増加した。一時期は食事介助を必要とする利用者が増えたことで病棟が悲鳴を上げることもあったが、対応の均一化を図ることによって、現在ではすべての病棟で食事介助の患者を受け入れ、経管栄養と経口摂取を並行して行っている利用者も増えた。

また、表3は令和3年1月から3月までに陵北病院に入院してきた経管栄養の27症例を追跡したも

症例	年齢	性別	入院日	栄養摂取法	経口摂取開始日	備考
1	85	男	1月8日	NG	1月12日	3食経口
2	88	女	1月14日	Peg	1月21日	3食経口
3	52	男	1月18日	NG	2月24日	3食経口
4	80	女	1月18日	Peg	3月17日	1食経口
5	90	女	1月19日	NG	2月19日	3食経口
6	96	女	2月4日	NG		3月19日死亡退院
7	80	女	2月16日	NG		
8	73	男	2月16日	NG		
9	79	女	2月18日	NG	3月2日	3食経口
10	93	男	2月25日	NG		
11	88	男	2月26日	NG	3月2日	3食経口
12	83	女	2月19日	Peg	3月17日	1食経口
13	87	女	2月26日	NG		
14	90	女	3月3日	NG		
15	80	男	3月5日	NG		
16	84	男	3月5日	NG		
17	87	男	3月5日	NG		
18	83	男	3月9日	NG		
19	83	女	3月12日	NG	4月30日	3食経口
20	72	男	3月17日	NG	3月31日	2食経口

症例	年齢	性別	入院日	栄養摂取法	経口摂取開始日	備考
21	91	女	3月19日	NG		
22	76	男	3月22日	NG	3月29日	3食経口
23	87	女	3月22日	NG	3月29日	1食経口
24	90	女	3月23日	NG	4月20日	1食経口
25	89	男	3月24日	NG		
26	83	女	3月30日	NG		
27	86	女	3月31日	NG		

令和3年1月～3月 入院時経管栄養 27名

1食以上の経口摂取が実現した数 13名 約48%

3食経口摂取が実現した数 8名 約30%

表3 陵北病院新規入院患者のうち経管栄養だった患者さんの動向（令和3年1月～3月）

ので、赤い字で示すのは、1食でも経口摂取が可能となった症例を示している。経管栄養を実施していた患者でおよそ48%にあたる13名が1食以上の経口摂取を実現している。この結果は、介護医療院においても諦めることなく、口腔機能を精査し、多職種協働にて取り組むことで、経口摂取を回復する可能性があることを示唆している。それだけでなく、当然のことながら実際に経口摂取をすることで、誤嚥性肺炎の可能性も高まるため、患者家族の理解や協力が必須である。それは、コミュニケーションをしっかりとることや、検査・診断をしっかりと行って、その説明も十分尽くすことを求められる。そのコミュニケーションを担うのも歯科診療活動である。

8. おわりに

陵北病院に入院してくる患者家族と面談した時のエピソードを紹介する。食事が充分とれなくなり、急性期病院で精査したが、特に問題となる症候はなく、認知症の進行で経口摂取が困難になっているという患者が、紹介で当院へ入院となった。入院時の食事診査に立ち会った家族は当院を選んだ理由として、食事を部屋で摂るのではなく食堂に出してくれることであると話した。その家族は、近隣の病院を実際に見て回り、多くの病院が部屋で食事をとっている現状を見てきたという。そして、「人生の最後に、たとえ食べられなくても、みんなと一緒に食事をする環境に置いて欲しかった」と語った。当院の方針として、経口摂取する人は、原則食堂での食事をするため、部屋から移動をおこなっている（写真14）。食事をとれなくなってきていても、できるだ



写真14 病棟での食事風景

け部屋から移動するようにしている。これは、看護・介護職にとって大変な労力であろう。しかし、家族としては人生の最終段階にある利用者をできるだけ人間らしく扱って欲しいと望み、職員もできるだけ叶えるようにしてあげたいと思っている。人材の不足が叫ばれて、なかなか手が回らないことも多いが、いろいろな工夫でこのような取り組みができていることは、当院の自慢でもある。最後までその人らしく、経口摂取が続けられるように、今後も歯科診療活動を続けていきたいと考えている。

【参考文献】

- 1) 健康長寿ネット HP, <https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/rouka/himitsu.html>, 2025年4月15日アクセス
- 2) 長生きの秘けつは食にあり, 100歳100人調査, <https://www.nippon.com/ja/japan-data/h01192/>, 2025年4月15日アクセス
- 3) 歯科医療その1 一人平均現在歯数, 中央社会保険医療協議会 総会(第549回)資料, P3, 2025
- 4) 日本歯科医学会編, 入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方, <https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf>, 2025年4月20日アクセス
- 5) 摂食・嚥下障害の割合, 平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書 P10, 2011
- 6) 多職種経口摂取支援チームマニュアル, 平成29年度厚生労働省科学研究費補助金(長寿科学政策研究費)「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班編, P17-50, 2017
- 7) 松尾浩一郎: 口腔機能低下症への対応と今後の方向性, 老年歯学 第33巻 第3号 p304-311, 2018
- 8) 水口俊介他: 日本老年歯科医学会口腔機能低下症保険診療における検査と診断 Ver3.0, 日本老年歯科医学会学術委員会, 2023



セミナー7

かくれ栄養失調にならないために

医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院

栄養部 部長 鞍田三貴



1. はじめに

飽食の日本において、かくれ栄養失調という言葉が十数年前より聞かれるようになった。食事を3食とっている人も、やせているわけではなくふくよかな人も、栄養失調になっているということで「新型栄養失調（低栄養）」ともよばれている。

2. 新型栄養失調の定義と背景

新型栄養失調は、エネルギーは十分に摂取しているものの、特定の栄養素が不足している状態を指す。低体重が最もハイリスクとされているが、加工食品や炭水化物（糖質）によってエネルギー摂取量は足りているにもかかわらず、特定の栄養素（たんぱく質、ビタミン、ミネラルなど）が不足した状態を指し、このような場合、外見上は痩せていないため見過ごされやすいという特徴がある。特に高齢者に多く見られるが、若年層や中年層にも影響が及んでいる。

3. 日本における年齢別発生割合とリスクの高い層

厚生労働省は、BMI（体格指数；体重÷身長²）18.5未満を低栄養者として報告している¹⁾。2018年の国民健康栄養調査報告では、本邦の20～29歳女性のやせ（BMI<18.5kg/m²）は、約20%である。20歳代女性のやせは、次世代の健康にも影響を及ぼすことが指摘されており、特にダイエットを意識した極端なやせ願望の高まりは不確かな情報の氾濫を背景として生まれると言われている。本邦の若い女性への健康教育は、新たなアプローチによって改善させなければならない。

40～60代は、外食やコンビニ食品の利用頻度が高く、糖質を多く含む食事に偏ることで、たんぱく質の摂取不足を来しやすい。この年代はメタボリック疑いが増加しており、代謝機能や免疫機能が低下するリスクが高まり、やせていなくても新型栄養失調となるリスクが高い（図1）。



図1 メタボリックシンドローム・やせの割合

65歳以上の高齢者の低栄養傾向の者（BMI ≤ 20kg/m²）の割合は男性12.2%，女性22.4%である²⁾。年齢階級別にみると、男女とも85歳以上でその割合が最も高くなっている（図2）。高齢者は食欲の低下や咀嚼力の衰え、また独居による食生活の偏りなどが原因で新型栄養失調のリスクが高まる。

4. 新型栄養失調の症状と健康への影響

新型栄養失調は、さまざまな身体的・精神的な症状を引き起こす。筋肉量の減少や筋力の低下により、日常的な活動がしづらくなるほか、全身の倦怠感や疲労感が持続する。また、免疫力が低下することで疾患に罹患しやすくなる。

カルシウムやビタミンDの不足により、骨密度が低下して骨粗しょう症のリスクが高まり、鉄分やビタミンB群の欠乏は、貧血の原因となる。

また、慢性的な栄養素の不足は脳の機能にも影響を及ぼし、認知機能の低下、このようなサルコペニアやフレイルといった深刻な状態に至る。

5. 関連する症状：サルコペニアとフレイル (Feailty)

サルコペニアとは、加齢や栄養不足、あるいは運動不足によって筋肉量および筋力が低下する状態を指す。この状態は主に高齢者に見られ、日常生活動作の低下や転倒・骨折のリスクが高まるなどの問題

を引き起こす。たんぱく質の摂取不足やビタミンDの欠乏が主な原因とされており、食生活と身体活動の両面からの対策が求められる。

フレイルとは、健康と要介護状態の中間に位置する、身体的・精神的に脆弱な状態をいう。具体的には、①意図しない年間4.5kgまたは5%以上の体重減少、②何をするのも面倒だと週に3～4日以上感じる、③歩行速度の低下、④握力（筋力）の低下、⑤身体活動量の低下で、このうち3項目当てはまればフレイル、1～2項目はプレフレイルとなる。このような状態にある人は、新型栄養失調と診断される割合が高い。フレイルの概念には、介入により再び健康な状態に戻るという可逆性が含まれており、早期の発見と対策が必要である。

6. 新型栄養失調の予防法

・筋質（筋力）の維持

筋肉の「量」は、筋肉のサイズや重さのことであり、その筋肉がどれだけ効率よく働いてくれるか、どれだけ力を発揮できるかは筋肉の「質」が重要になる。「質」が高ければ、疲れにくさやパフォーマンスが違う。この筋肉の質は筋力で評価され、握力測定が最も簡易な評価方法である（表1）。

Brian C Clark ら³⁾ は高齢者の5年間の縦断的研究で、体重が減少した高齢男性（309人）と体重が増加した高齢男性（143人）の、筋肉量と筋力の変化率を比較した（図3）。体重が増加したグ

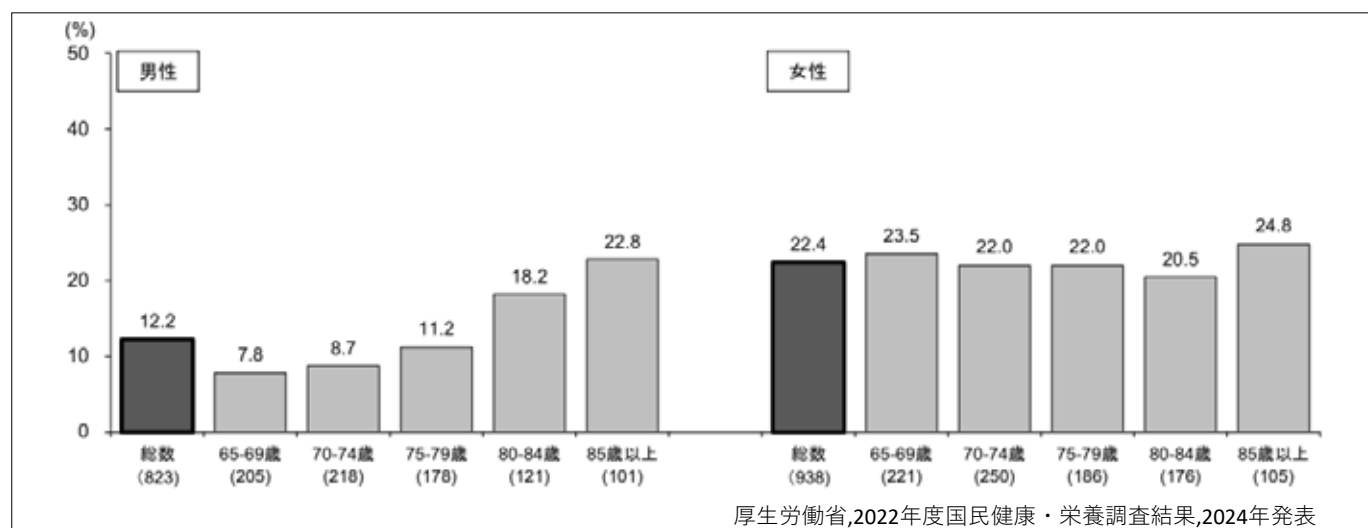


図2 低栄養傾向の者（BMI ≤ 20kg/m²）の割合（65歳以上）

方法	筋肉の量	筋肉の質	一般向け	精度・詳細	年齢（歳）	男性（kg）	女性（kg）
握力テスト	△	○	◎	手軽	65～69	38.7	23.8
体組成計	○	△	◎	機種により質の推定も可能	70～74	35.3	22.6
超音波検査	△	◎	△	詳細分析可能	75～79	34.3	21.5
MRI	◎	◎	×	高精度	80以上	29.7	19.6
筋電図（EMG）	△	◎	×	神経との連携を見る			
筋生検	◎	◎	×	細胞レベル			

平成31年度厚生労働科学研究費 長寿科学政策研究事業
「介護予防ガイド実践・エビデンス編」

表 1 筋肉の測定方法と年齢別（65 歳以上）握力平均値

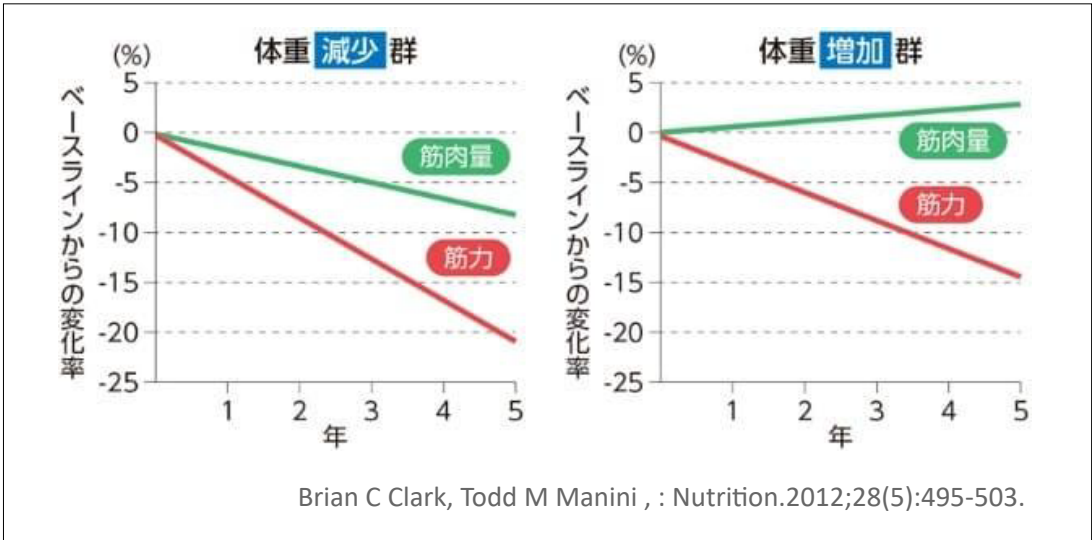


図 3 加齢に伴う体重の増減と、骨格筋量・筋力の減少率

ループでは筋肉量も増えていたが、両群ともに加齢に伴い筋力の低下が起こった。①筋力は筋量よりかなり速い速度で失われる、②筋肉量を増やしても加齢に伴う筋力の低下を防ぐことはできないとしている。つまり、年をとると筋肉は少しずつ減っていく（筋肉量の減少＝サルコペニア）が、それよりも早く「筋肉の中身」が変わってしまうということである。牛肉はさし（脂肪）が入ると最上級の A5 ランクであるが、人間の場合はさしが入っては筋肉の質が下がり筋力が低下するのである。

7. どうすれば筋力を維持できるのか

まずはバランスの取れた食事が最も基本的であり重要である。毎日の食事に「主食・主菜・副菜」が揃っているかどうかを意識することが重要で、主菜（たんぱく質）がない食事は（図 4）、体脂肪が蓄積しメタボリックシンドロームへとつながる。主菜にはたんぱく質源を含む食品を取り入れ、副菜には野菜や海藻類（図 5）をとり、乳製品や果物も毎日摂取するよう心がけることで、筋肉の維持や免疫機能

つまり、1日に約70g～100gのたんぱく質が目安となる。100gの肉が100gのたんぱく質量ではない。たんぱく質は、肉、魚、卵、大豆製品、乳製品などに多く含まれるが、これらの食品に含まれるたんぱく質を総合して目安量となるよう肉や魚、卵、大豆製品などを毎食取り入れることが望ましい。当院は食事を自身で選ぶこともリハビリテーションと考えており、1食のたんぱく質量が20～30gになるよう管理栄養士がサポートしている（図6）。

たんぱく質は腎疾患の場合、摂りすぎに注意が必要となるため、個々の必要量については医師、管理栄養士への相談を推奨する。

・身体活動の習慣化

ウォーキングや軽い筋力トレーニングなどを日常的に取り入れることで、筋肉量を維持し、エネルギー消費のバランスを整えることができる。特に高齢者においては、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とも関連し、運動と栄養の相乗効果が重要である。

さらに、定期的な健康チェックも重要な予防策である。血液検査や体重・筋肉量・握力の測定を通じて、自身の栄養状態を客観的に把握することができる。また、地域の保健センターや栄養相談、介護予防教室

などの公的サービスを活用することも推奨される。

8. まとめ

新型栄養失調は、現代の食生活やライフスタイルによって誰にでも起こり得る健康問題である。特に高齢者を中心に、サルコペニアやフレイルといった深刻な健康リスクにつながるため、日頃の食生活の見直しと運動習慣の維持が重要である。また、自覚しにくい場合家族や地域での見守りや支援の仕組みも大切である。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：2018年度国民健康・栄養調査結果，2020
- 2) 厚生労働省：2022年度国民健康・栄養調査結果，2024
- 3) Brian C Clark, Todd M Manini , : What is dynapenia? Nutrition. 28(5):495-503, 2012
- 4) Annweiler C, Schott AM, Berrut G, Fantino B, Beauchet O. Vitamin D-related changes in physical performance: a systematic review. J Nutr Health Aging. 2009;13:893-8. 2009, doi: 10.1007/s12603-009-0248-x. [DOI] [PubMed]

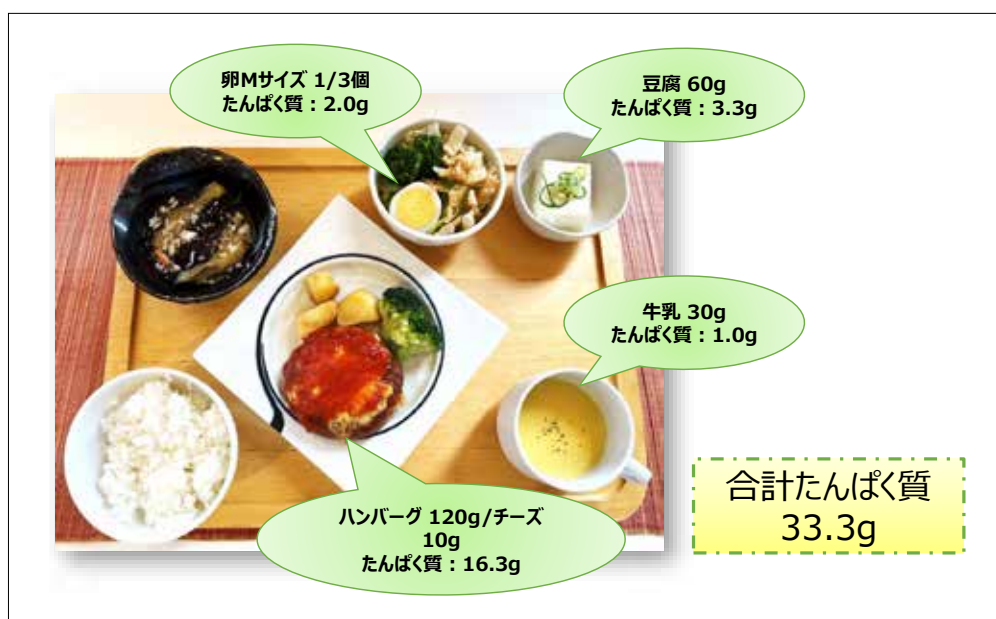


図6 当院の選べる食事 千里リハビリテーション病院 栄養部

セミナー 8

知って得する介護保険在宅サービス・ 病院・施設の活用方法

一般財団法人仁風会 嵯峨野病院居宅介護支援事業所
管理者（看護師・主任介護支援専門員） 川添チエミ



介護保険制度は、2000年（平成12年）4月からスタートし、25年が経過した。この制度は、「介護を社会で支える」5つ目の社会保障制度である。

1. 介護保険制度の概要

（1）介護保険の財源

介護保険は、市町村・特別区が保険者となり運営される。介護保険制度の財源は図1に示すとおり、保険料と公費（税）が各50%となっている。65歳以上の第1号被保険者は、年間18万円以上の年金を受け取っている場合は、年金から保険料が引かれる。18万円未満の場合は、納付書に基づき支払うことになる。40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、医療保険料に上乗せして、医療保険者が徴収し、社会保険診療報酬支払基金から各市町村（保険者）に全体の27%相当分が交付される。図1の国25%は、厳密には20%＋調整交付金5%である。調整交付金は、後期高齢者の割合や所得段階別（13

段階）の分布状況により第1号保険料が低くなることを調整するために交付されるため、5%は定率ではなく変動する。

（2）利用者負担

サービスを利用した場合、負担割合証に表示された割合（1割～3割）をサービス事業者を支払う。負担割合は、65歳以上の場合は所得により異なるが、65歳未満の場合は所得に関係なく1割となる。

（3）ケアマネジャーの給付管理業務

医療保険の場合は、医療サービスを提供した医療機関が直接国民健康保険団体連合会に請求し、審査の結果医療機関に診療報酬が支払われる仕組みである。これに対し、介護報酬は、ケアマネジャーがケアプランで位置づけサービス提供の実績を把握したうえで作成される「給付管理票」とサービス提供事業所から提出された「介護給付費明細書」を突合させ、内容が一致しているか審査の上事業者を支払われる。ケアマネジャーは単に必要なサービスを調整しケアプランを作成するだけでなく、サービス事業者へ介護報酬が支払われるまでの一連の役割を担っている。

（4）要介護・要支援認定の仕組み

図2に示したとおり、保険者へ申請後、主治医意見書の記載と認定調査（概況調査・74項目の基本調査・特記事項）が行われ、コンピューターによる一次判定を基に、介護認定審査会で審査を行い、要介護（要支援）度が決定する。申請から30日以内に認定結果を通知することになっている。申請から認定結果通知までに時間がかかっている保険者もある。

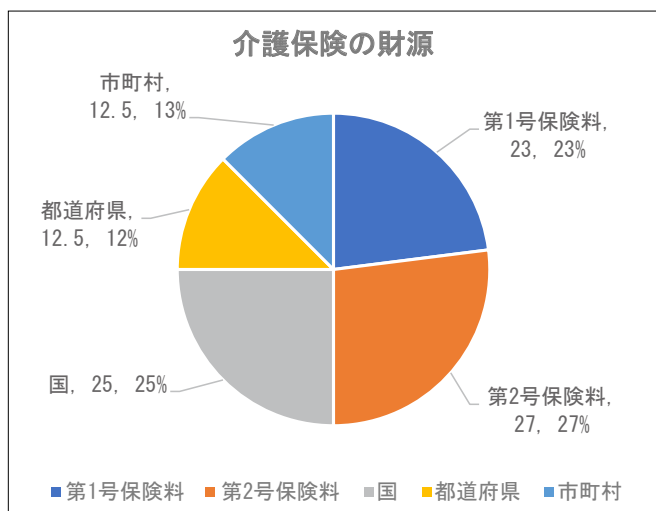


図1

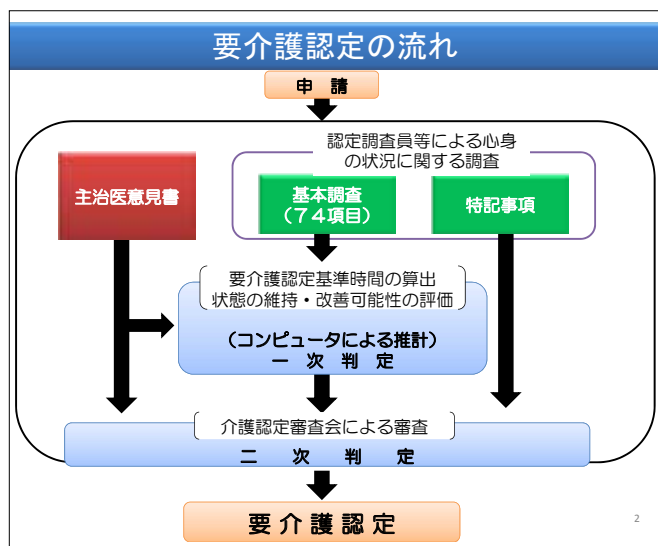


図2 (出典：厚生労働省ホームページより)

り、国は申請から認定までにかかった期間を公表するという動きもある。認定者数の増加は図3のとおりである。高齢者数の増加率に比べ要介護認定者数の増加率の伸びが大きいことから、介護給付費の増大を防ぐ意味でも、要介護状態にならないよう、フレイル予防などに力を入れる必要がある。

(5) 持続可能な制度運営のために

要介護・要支援者を増やさないことと、一方で生産年齢人口の減少により担い手不足が深刻な課題である。令和6年度介護保険法改正・介護報酬改定において、生産性向上の取組が強調されている。施設等での見守りセンサーやロボットやICT活用が推奨されている。介護職員の不足や処遇改善については、処遇改善加算等介護報酬に位置づけ対策を講じている。介護職員だけでなく、ケアマネジャーの不足も深刻で、業務内容や処遇改善についての検討が求められる。「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」で中間整理されたとおり、①現在働いている方々の就労継続支援、②新規入職の促進、③潜在ケアマネジャーの復職支援が必要である。

2. 保険給付（サービス利用）と利用者負担について

(1) 給付の増大は保険料にも影響を及ぼす

介護保険サービスを利用する場合、要介護・要支援認定を受けることが必要である。介護保険で利用

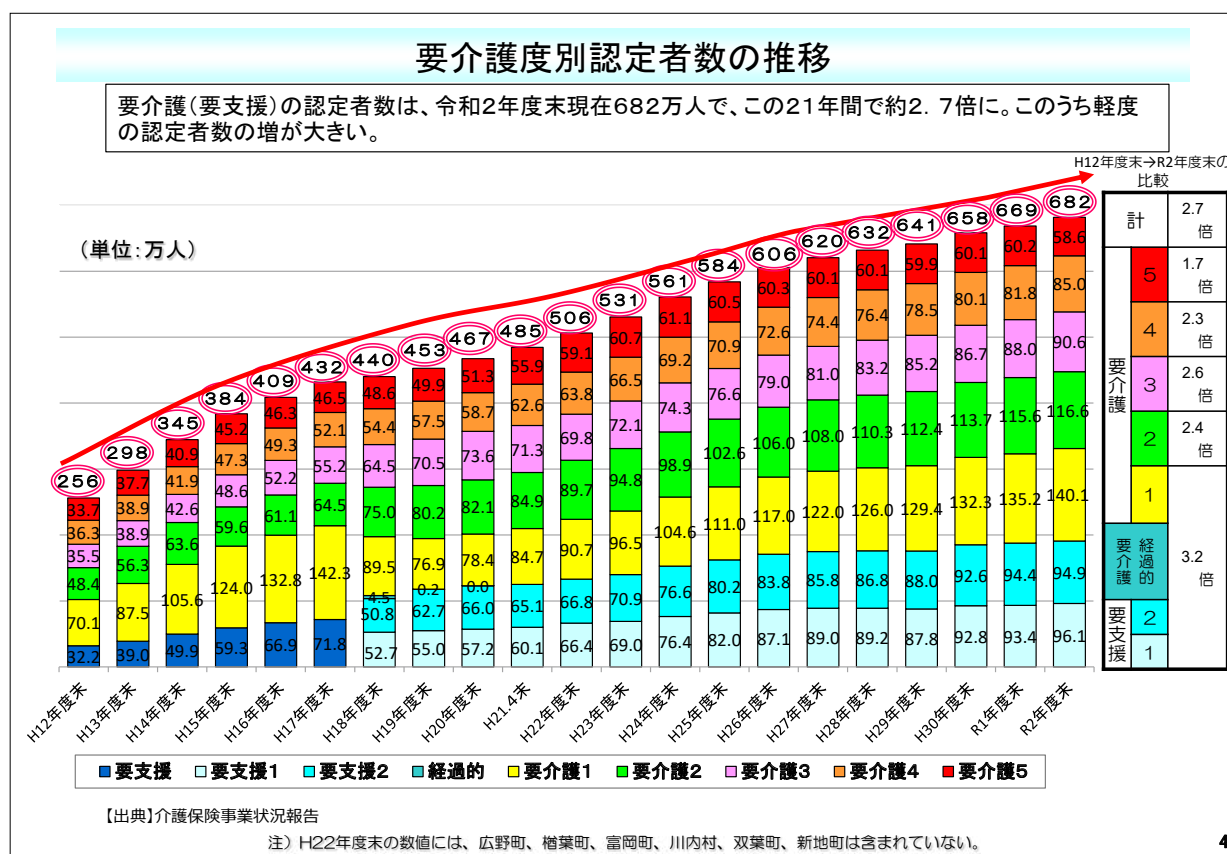


図3 (出典：厚生労働省 第217回社会保障審議会 介護給付費分科会資料)

できるサービスは〔居宅サービス〕〔居住系サービス〕〔施設サービス〕がある。「必要なサービスを必要な時に必要なだけ」利用できるよう支援するのが、ケアマネジャーである。ケアマネジメントの定義は、利用者の心身の状態に応じて、適切な社会資源を結びつけることである。社会資源とは、日々の生活において利用可能な「すべてのもの」と考えられ、大きくは「人的資源」と「物的資源」に分けられる。また公的サービス(フォーマルな制度、介護保険サービスもその一つ)と私的なもの(インフォーマルな資源)として整理できる。介護保険サービスは図4では「共助」に当たる。ケアマネジャーはまずは「自助」「互助」に着目し、「共助」「公助」で補うケアマネジメントが求められている。

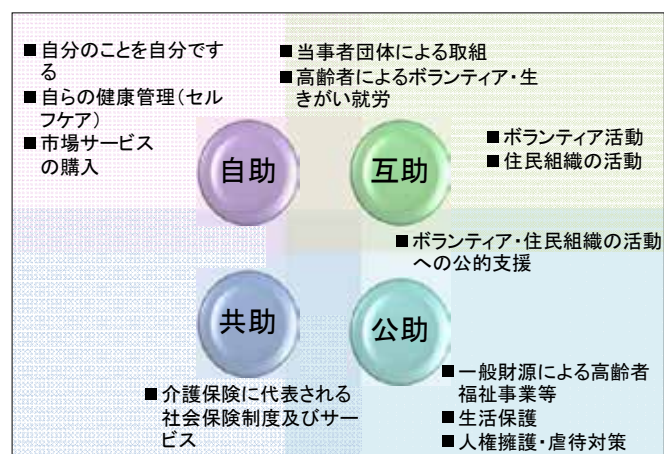


図4 「自助」「互助」「共助」「公助」から見た地域包括ケアシステム

(2) 居宅サービスの活用

図5の一覧のとおり、15種類以上のサービスが用意されている。前述のとおり、要介護・要支援認定を受け、生活の中での困りごと等に対し、どのようなサービスを受ければ良いのか、本人や家族の意向を確認しながら、適切なサービス調整をするのがケアマネジャーである。訪問介護や訪問看護等サービスを利用した場合は、利用者が1割～3割を負担するが、このケアマネジャーの支援(居宅介護支援費)においては利用者負担がなく全額が保険給付される。利用者が平等に適切なサービスを受けられるよう、専門的な支援を受けることができるよう、全

〔居宅サービス〕

- ・訪問介護
- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所介護
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所療養介護
- ・短期入所生活介護
- ・福祉用具貸与
- ・居宅療養管理指導
- ・特定福祉用具販売
- ・住宅改修

〔地域密着型サービス〕

- ・小規模多機能型居宅介護
- ・看護・小規模多機能型居宅介護
- ・定期巡回随時対応型訪問看護・介護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・認知症対応型通所介護

図5 要介護者の居宅サービス一覧

て保険給付となっている。介護保険制度見直しの中で、居宅介護支援費においても利用者負担を導入すべきと議論がなされている。

介護保険法の基本理念に基づき、サービスを受けることで利用者が居宅においてより自立した生活を営むことができるよう支援する。そのため、少なくとも月1回は居宅において利用者と面接し、サービス提供の効果等のモニタリングを行うことが重要である。漫然とサービスを継続することがないように、ケアプランでは目標の期間を設定し、サービス事業者とともに評価する仕組みになっている。

特定福祉用具販売は、入浴関連用具や排泄関連用具、その他多点杖や歩行器(車輪のついていないもの)等、毎年度(4月1日から翌年3月31日)10万円分が対象になる。

住宅改修は、要介護度に関係なく20万円までが対象となる。必要な分だけ利用し、残額を確認しながら追加で住宅改修を行っていく。また、要介護認定が3段階変化した場合、特別に20万円の権利が発生(リセット)すると考えてよい。その理由は、例えば要支援2で手すり等の工事をしたが、要介護4になると車椅子で移動するための「段差解消」や「床材の変更」が必要になるからである。要支援2と要介護1は同じ段階であることに注意する。

要支援者と事業対象者は介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)のサービスを受けることができる。市町村が主体となり、地域の実情に応じた多様な担い手による新しいサービスも提供される。

(3) 居住系サービスの活用

図6のとおり、5種類くらいのサービスがある。簡単に説明すると「自宅ではない住まい」であるため、ケアハウスと住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に入居していても、前述の居宅サービスを利用することができる。介護付き有料老人ホームは介護保険の特定施設入居者生活介護に当たり、ホームの中で食事や入浴等の生活介護を受けることができる。特に、住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の違いについて理解することはなかなか難しい。病院から退院を迫られ、慌てて入居を決めてしまうことがないように、ケアマネジャー等としっかり相談し、サービス内容を確認して入居を選択することが大切である。また、このサービスは介護保険施設ではないため、後述の「負担限度額認定証」を適用することはできない。つまり住宅として、家賃や食費を支払うという考え方である。近年、居住系サービスが急増している。提供されるサービスが千差万別である。

(4) 施設サービスの活用

図7のとおり、介護保険施設は4種類ある。要介護1以上の方は施設入所できるとされているが、介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設含む)は、入所要件が原則「要介護3以上」となっている。介護保険施設の特徴を知り、利用者の心身の状態や家族等の状況により適した施設を選択することが大切である。施設により、医師や看護師、介護職員、リハビリ専門職等の人員配置基準も異なる。施設により、例えば経管栄養や褥瘡・インスリン注射など、

対応できないこともある。施設入所の相談は、ケアマネジャーや地域包括支援センター、近隣の施設や知人の紹介、そして老人ホーム紹介事業者等がある。この老人ホーム紹介事業者は、「高齢者向け住まい紹介事業者届出公表制度」により、紹介事業者の運営の透明性と質の向上を目指している。昨年末に、紹介料が高額になっている件につき報道されていたとおり、紹介事業者を利用する際も慎重にする必要がある。

利用料の負担については、利用者等の所得に配慮した次に述べる「特定入所者介護サービス費(食費・居住費の補足給付)」「高額介護サービス費」「高額医療合算介護サービス費」の適用を受けることができる。特定入所者介護サービス費を受ける方は、「負担限度額認定証」の申請を行い、施設に提示しなければならない。ひとことに施設と言っても、多床室か個室(従来型・ユニット型)等細かく設定されており、自己負担する金額も異なるため、負担限度額認定証に記載してある金額をしっかりと確認することが大切である。

(5) 利用者負担軽減の制度

介護保険サービスを利用した場合の利用者負担額が高額にならないよう、低所得者に配慮した制度がある。主な3つのサービス費について解説する。

(i) 特定入所者介護サービス費

施設入所(短期入所も含む)した場合の「食費」「居住費(滞在費)」の基準額(日額)を国が定めている。また所得や資産(預貯金)等の状況により第

- ・ケアハウス(軽費老人ホーム)・・・老人福祉法
 - ・介護付き有料老人ホーム・・・老人福祉法
 - ・住宅型有料老人ホーム・・・老人福祉法・厚生労働省管轄
 - ・サービス付き高齢者向け住宅・・・「高齢者の居住の安全確保に関する法律」都道府県知事へ登録、国土交通省・厚生労働省の共管制度
 - ・グループホーム(認知症対応型共同生活介護)老人福祉法
- 【介護保険施設との違い】
- ・いずれも個室で「家賃+食費+管理費+介護保険サービス利用料等」介護保険施設ではないので介護保険負担限度額認定証は適用されない。

図6 居住系サービス(名称と根拠法令)一覧

- 【介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)】
- ・日常生活で常に介護が必要で、在宅での介護が困難な方に、日常生活の介護、健康管理などを行う施設です。＊終身利用が多い
 - ・新たに入所される場合は、原則として「要介護3」以上
- 【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】
- ・定員29人以下の介護老人福祉施設、同じく「要介護3」以上
- 【介護老人保健施設】＊中間施設(病院から自宅へ)
- ・医学的管理の下での介護、看護、機能訓練、その他必要な医療などを行い、家庭での生活に戻れるよう支援する。終の棲家ではない。
- 【介護医療院】(Ⅰ型・Ⅱ型)＊看護師24時間配置＊要介護度重度
- ・長期療養が必要な方に、療養上の管理、看護、医学的管理下での介護、機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の支援などを行う。

図7 施設サービス一覧

1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階に区分される。第1段階～第3段階①②に該当する場合、「介護保険負担限度額認定証」の申請を行い、交付を受け、施設利用時に提示することになり、「負担限度額認定証」に表示された金額で利用することができる。基準額と利用者負担の差額が、「特定入所者介護サービス費」として給付されることになる。補足給付とも呼ばれている。「負担限度額認定証」は交付を受けた月の1日から適用することになるため、施設入所が予定されている場合には前もって負担限度額認定証の申請に行くことが大切である。資産（預貯金等）に関しては、金・銀や有価証券等も含まれる一方で、負債があればその分は差し引いて計算されるため、勝手に判断せず、市役所等の窓口で相談すると良い。負担限度額認定証は毎年7月31日までの期間となっている。そのため施設利用を継続する予定がある場合、継続申請を忘れないように行い、8月1日からの新しい証を受け取る。

（ii）高額介護サービス費

介護保険サービスを利用し、自己負担額（月額）が一定の上限額を超えた場合、申請により超えた額が払い戻される制度である。（図8参照）自己負担額が高くなることを心配して必要なサービスの利用を躊躇する方もある。この制度をしっかりと理解し、

ケアマネジャーと相談しながら、自立支援に必要なサービスが受けるようにする。高額介護サービス費の対象になる場合は、市役所等から申請書のお知らせが文書で届く。初回の時だけ申請を行えば、その後は自動的に払い戻しを受けることができる。施設利用の場合は、高額介護サービス費を上限として請求するが、同世帯の配偶者もサービスを利用していると、世帯として計算されるため、払い戻しがあることがある。払い戻しは保険請求額の確定や処理に時間を要するため対象月の3月後が目安になる。

（iii）高額医療合算介護サービス費

介護保険と医療保険における一定期間（8月1日～翌年7月31日）の自己負担額の合計額が一定の上限額を超えた場合、申請により、上限を超えた額が払い戻される。70歳未満と70歳以上では自己負担額の上限も異なる。前述の高額介護サービス費同様、対象者には市役所等から申請のご案内が届くため、速やかに書類の提出を行い、その後支払いの通知に基づき、入金されていることを確認すると良い。

3. 病院の活用について

病院は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの機能に分類される。病院は「治療の場」であり、治療が終われば速やかに退院することになる。

設定区分	対象者	負担の上限額（月額）
第1段階	①生活保護を受給している方等 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①15,000円（個人） ②15,000円（世帯） ③24,600円（世帯） 15,000円（個人）
第2段階	市町村民税世帯非課税で公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の合計が80万円以下	24,600円（世帯） 15,000円（個人）
第3段階	市町村民税世帯非課税で第1段階及び第2段階に該当しない方	24,600円（世帯）
第4段階	①市区町村民税課税世帯～課税所得380万円（年収約770万円）未満 ②課税所得380万円（年収約770万円）～690万円（年収約1,160万円）未満 ③課税所得690万円（年収約1,160万円）以上	①44,400円（世帯） ②93,000円（世帯） ③140,100円（世帯）

※「世帯」とは住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。
※第4段階における課税所得による判定は、同一世帯内の65歳以上の方の課税所得により判定します。

図8 高額介護サービス費

しかし、高齢者の場合、病気は治っても心身機能の変化により、元の生活に戻れない場合もある。あらかじめこのような事態を予測し、入院直後から退院に向けて、医療機関とケアマネジャーも交え相談していくと良い。「地域包括ケア病棟」は在宅生活を支援するために活用することもできる。医療処置等が多い方で、介護保険の短期入所サービスの利用が難しい方が期間を決めて利用することもできる。上手く病院を活用することで、在宅サービスが限度額内で調整することもできる。京都府では、在宅療養支援の目的で「在宅療養あんしん病院登録システム」がある。あらかじめ主治医と相談して病院を3つまで登録しておく制度である。早めの対応により、病状の悪化や身体の動きの低下をできるだけ防ぎ、入院時からチームで連携してスムーズな退院につなげ、在宅生活を続けることを支援する。

4. 仕事と介護の両立支援・ワークサポートケアマネジャーの存在

これまで述べてきたとおり、少子高齢化、特に支援者側の不足が深刻である。そんな中、家族の介護のために会社を辞めなければならないという「介護離職」をなくす支援をするために、一般社団法人日本介護支援専門員協会が「ワークサポートケアマネジャー（以下WSケアマネジャー）」という資格制度を作った。現在全国で約300名が登録し、活動している。（令和7年3月末時点）WSケアマネジャーの役割は図9のとおりである。ケアマネジャーは利用者・家族への支援を直接行うのに対し、WSケアマネジャーは所属する居宅介護支援事業所

ワークサポートケアマネジャーの役割

1. 企業等に勤務する社員等の介護問題に関する情報提供と相談支援
 2. 契約企業等が抱える介護離職問題への側面的支援
 3. 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の介護関係の社会資源への紹介およびその仲介
 4. 社会保険労務士や産業医及びかかりつけ医と連携した社員等への介護離職予防への対応
 5. 介護保険制度に関するセミナー開催支援等の、企業による介護離職予防のための支援
- ⇒具体的にワークサポートケアマネジャーが行う支援は、企業の要望や状況により様々ですが、社員向けの介護離職予防セミナーの開催から、既に介護の問題を抱えている社員の個別相談と支援など、幅広く対応します。

図9

と企業間が契約し、企業等に勤務する社員が仕事を継続できるように支援することが目的となる。

5. まとめ

介護保険制度の概要について述べたが、利用できるサービスもかなり複雑であるため、住まいの地域包括支援センターやケアマネジャーに相談して、自立支援のために効果的・効率的なサービスを利用する。介護保険制度だけで日常生活を支えることは困難であり、他の制度や地域の資源を活用、または新たな地域の資源開発を心がける必要がある。支援者側（担い手）不足については、専門職だけでなく、地域の中での見守り体制や公的なサービスではできない支援（電球の交換等）が地域住民で支え合うよう考えていく。前期高齢者（65歳以上75歳未満）が力を発揮できる場所をつくることは、高齢者介護だけでなく、地域の子育て支援にも大きく期待できる。

慢性期.com

慢性期医療の今が分かるWebサイト

X(旧Twitter)で新着記事をチェック!

Check

医療・福祉の情報がたくさん

Check

病院運営、キャリアなどの情報も

Check

インタビューも多数掲載



病院運営

すべては現場のために——新しいアイデアを柔軟に取り込むHITO病院の
営手法とは

社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長／石川ヘルスケアグループ 総院長 石川 賀代先生

診療報酬の引き締めなど、病院経営は非常に厳しい状況に置かれています。そのようななか、HITO病院（愛媛県四国中央市）では他業界の考え方を柔軟に取り込み、従来の医療業界の常識や慣習にとらわれない手法で病院経営を行っています。社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長／石川ヘルスケアグループ 総院長の石川 賀代（いしかわ かよ）先生に、石川先生のあゆみ、病院経営についてお話を伺いました。

思いもよらない帰郷、院長に就任

医師を目指した最初のきっかけは、父と対等に話したいと思ったことでした。父は無医村で診療所に勤務し、日々多忙を極めていました。そんな父に自身の話を聞いてもらうには、父と同じバックグラウンドを持つ必要があると思っていたのです。

フォローして慢性期医療の
仲間を増やそう!

X(旧Twitter)の
フォローはこちら!



Facebook
はこちら



介護・福祉

長い歴史とともに地域に貢献する金上（かながみ）仁友会のあゆみと展望——安藤正夫先生に聞く慢性期医療の醍醐味とは



研究

第30回日本慢性期医療学会 長講演『日本慢性期医療協
目指す道』レポート

2022年11月17日（木）～18日（金）
立京都国際会館にて第3...



施設

知っておきたい巻き爪ケア・対策——ベディグラスによる補正
や足の環境改善法とは

多くの方が悩んでいる巻き爪。特に高齢者の
場合、自分で観察...



イノベーション

“体内病院”で自宅でも診断
療を——ナノ医療イノベー
ンセンターの取り組み

医療の世界では、新しい検査や治療
するべく日々研究が...

慢性期.comとは？

日本慢性期医療協会が運営
する、慢性期医療に関する情
報発信サイト。慢性期医療を
もっと良くしていくために
最新動向や情報を発信中。



看護の力でウェルビーイングを高める

インタビュー：高橋弘枝 日本看護協会 会長

インタビュアー：橋本康子 日本慢性期医療協会 会長



看護の力でウェルビーイングをいかに高めるか——。日本看護協会の高橋弘枝会長と当会の橋本康子会長が看護職の現状や今後の課題などについて意見を交わしました。

高橋会長は、看護職自身のウェルビーイングが患者ケアの質に影響を与えることを踏まえ、6月に公表する2040年に向けた「看護の将来ビジョン」では、看護職が活躍する基盤として、職場環境の整備や夜勤負担の軽減、キャリア支援の必要性などを示したと説明。加えて、現場での業務改善や処遇改善を推進するため、関係省庁に対する政策要望や、看護業務効率化の好事例の収集・発信にも継続して取り組んでいることを紹介しました。

一方、橋本会長は、慢性期医療を担う現場の管理者として、看護師のマネジメント能力や現場対応力の高さに着目。リハビリスタッフや介護職と連携しながら病棟を運営する中で、看護師が調整役として機能している実情を示しました。また、看護職に限らず医療に携わる者には、患者に対して自分ができる最大限を尽くすという姿勢が求められるとの考えを示し、その気持ちを持ち続けなければ業務が困難になる場面もあることを指摘しました。

看護職を取り巻く環境について高橋会長は、夜勤者確保への支援、新たな地域医療構想に対する財政措置などの必要性を強調。日本看護協会として、看護職の継続的な就業を支える制度づくりに向け、多職種と連携しながら政策提言を進める取り組みを伝えました。

橋本会長は、医療職が一致した視点で現場の課題を訴え、連携して取り組んでいくことの重要性を述べ、高橋会長も賛意を表明。今後もこうした意見交換の場を持ちながら、現場の実情に即した取り組みを進めていきたいと語りました。

■ 心身の健康だけでない豊かな状態を

○橋本：今回のインタビューのテーマは「看護の力でウェルビーイングを高める」です。日本看護協会の倫理綱領にも、看護職のウェルビーイングに関する記述が盛り込まれていますね。



高橋弘枝氏

○高橋：日本看護協会の「看護職の倫理綱領」は2021年3月に改訂されました。また同年10月には、国際看護師協会（ICN）も倫理綱領を改訂し、公表しています。

これらの倫理綱領は共通して、ウェルビーイングの実践に取り組

むことが個々の幸せや豊かな人生の基盤となること、さらに組織や社会の安定や発展にとっても重要であるという考えに基づいています。そして、まず

はウェルビーイングとは何かを理解し、自身にとってのウェルビーイングを考え、それを実現することから始めることが重要ではないでしょうか。

そもそも「ウェルビーイング」という概念は、私が学生の頃に学んだWHOの健康の定義にも既に登場していました。その定義は、「健康とは、単に病気でないというだけでなく、身体的・精神的・社会的に良好な状態である」というものでした。

つまり、単なる心身の健康にとどまらず、心の豊かさや社会の良好な状態を含めた「心・身体・社会」の三位一体の良好な状態こそが、ウェルビーイングの本質であるといえます。慶應義塾大学名誉教授の前野隆司先生も、同様の解釈を示されています。このような広い視点からウェルビーイングを捉えることが重要だと考えています。

■ 国民に向けて「看護の将来ビジョン」

○橋本：高橋会長は、かつて日本WHO協会の理事も務めておられました。

○高橋：現在も日本WHO協会には関わっており、

Profile

高橋弘枝（たかはし ひろえ）

【学歴】

1980年 大阪大学医療技術短期大学部看護学科 卒業
1981年 大阪大学医学部附属助産婦学校 卒業
1986年 厚生省看護研修研究センター看護教員養成課程
2008年 大阪教育大学大学院教育学研究科 卒業 学位：修士（学術）

【職歴】

1981年 大阪厚生年金病院 助産師
1988年 大阪厚生年金看護専門学校 専任教員
1997年 大阪厚生年金看護専門学校 教務部長
1999年 大阪厚生年金病院 看護師長
2001年 大阪厚生年金病院 副看護部長 保健事業部長付兼務
2010年 大阪厚生年金病院 看護部長
(2014年改組により独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院)
2015年 独立行政法人地域医療機能推進機構 本部 経営企画部看護担当副部長
2016年 公益社団法人大阪府看護協会 会長
2022年 大手前大学 国際看護学部 客員教授
2022年 市立池田病院 参与
2023年 大手前大学 学長補佐
2023年 公益社団法人日本看護協会 会長



さまざまな講演活動なども行っています。ウェルビーイングは、私にとって看護における最も重要なテーマの一つであると考えています。

日本看護協会は、2015年に、75歳以上の後期高齢者が国民の約5人に1人となる2025年を見据えた「看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」を策定しました。近年では出生数が過去最低を記録するなど、急速な少子化が進行しています。

こうした背景を踏まえ、日本看護協会では、生産年齢人口の大幅な減少と高齢者のさらなる高齢化が深刻な社会課題となる2040年に向けて、増加する医療・介護ニーズに対応できるように取り組んでいます。そのためには、看護職一人ひとりのキャリア形成と継続的な研鑽を支援し、看護の質を向上させると同時に、その力を十分に発揮できる働きやすい環境を整備していく必要があります。

新たに公表する「看護の将来ビジョン」では、看護提供体制を確保する前提として、看護職のウェルビーイングの重要性を明示しています。また、2040年の社会において、すべての人々がどのような健康状態であっても、その人らしく暮らせる社会の実現を目指し、看護が進むべき大きな方向性を打ち出しています。本年度（2025年度）は、看護職および国民に向けて、この将来ビジョンの周知を図っていきます。なお、6月11日に開催する日本看護協会の通常総会において、このビジョンを公表します。まずは広く周知を行い、2026年度以降には、重点政策および重点課題としてこのビジョンをどのように具体化していくか、その策定作業に本格的に取り組んでいく予定です。

■ 最前線で命を助ける仕事なのに

○橋本：昨今の物価高騰やエネルギー価格の上昇は、医療・介護現場にも大きな影響を与えています。特に、看護職をはじめとする医療従事者の処遇については、多くの課題があるように感じています。日本看護協会としては、どのように対応されていますか。

○高橋：おっしゃるとおり、依然としてエネルギー価格や物価の高騰は、医療機関や訪問看護事業所な

どの経営に深刻な影響を及ぼしています。そのため、日本看護協会としては、他の医療関係団体と連携しながら、国に対して厳しい経営状況を訴え、緊急の財政支援を要望してきました。その結果、地方交付金などを通じた一定の支援策は講じられてきました。

しかしながら、診療報酬という公定価格の枠組みの中での引き上げは十分とは言えず、とりわけ現在のように多くの病院が経営難に直面している状況下では、看護職に限らず職員全体の給与を引き上げることが困難な状況にあります。

ある民間企業が新入職員に対して初任給33万円を提示しているという話を耳にしたとき、私たちは非常に驚きました。そのような企業が次々と現れる一方で、日本の人々の健康と幸福を支えている医療者・介護者への処遇はどうあるべきなのか、改めて問い直す必要があると感じています。

○橋本：かつては、医師や看護師、薬剤師など医療免許を持つ職業は、他の職種に比べて高収入であるというイメージがありました。しかし、気がつけばそのような時代は過ぎ去ってしまったように思います。

○高橋：実際、現場から離れていく看護師が後を絶ちません。医師もまた、高収入の職場に流れていく傾向があります。加えて、現在の報酬は、命の最前線で行っている責任の重い業務に対して、あまりにも対価が見合っていないと感じています。命を救うという極めて重要な仕事を担っている人々の処遇を、いまこそ本気で見直すべき時期に来ているのではないのでしょうか。

■ 人員を増やすか手当を増やすか

○橋本：命を助けるという責任の重さはもちろんのことですが、看護師は24時間体制でのケアが求められるため、夜勤が避けられません。その夜勤を継続して担うには、大きな精神的・身体的負担が伴います。

夜間はスタッフの人数も限られていますので、そのような過酷な環境下で働いているにもかかわらず、報酬が見合っていないという現状は大きな課



橋本康子氏

題であると感じています。このような状況に対して、日本看護協会としてはどのように改善を図ろうとされているのでしょうか。

○高橋：実は、夜勤手当はこの20年間、全く見直されていません。その事実を聞いただけでも驚きですが、ある

医師からは「自分たちも30年間当直の手当は変わっていない」と聞かされました。看護師も医師も、命を守る最前線で働いているにもかかわらず、その対価が適切に支払われていないという現実があります。

特に現在、夜勤を希望する看護師が減少しており、夜勤に従事する職員に対しては、より手厚い評価が必要だと考えています。

最近、総合病院の副院長兼看護部長の方とお話した際、夜勤体制について「これまで3人だった配置を4人に増員したい」との話がありました。夜勤の負担が非常に大きいため、少しでも体制を厚くしたいという現場の工夫が見られます。

私自身は、夜勤手当を引き上げるだけでも、働く意欲は大きく変わるのではないかと感じています。ただ、病院としては、夜勤スタッフを1人増やすことと夜勤手当を引き上げることの費用対効果を検討する必要があり、そうしたバランスの中で最適な方策を模索している状況です。

しかし、もし夜勤手当が1万円から2万円に上がれば、もっと夜勤をしようとする看護師も出てくるはずです。実際、それでも安すぎるくらいだと思います。

○橋本：夜勤の看護師を増やすと、どうしても日勤帯の人数が不足してしまうのが悩ましいところです。

○高橋：日勤帯もまた、育児などで時短勤務の職員が多くなっています。そのため、誰が最終的に責任を持ってケアを完結させるのかという問題もあります。従来の「日勤・準夜・深夜」という三交代制だ

けではなく、日勤の中でも多様な働き方を組み合わせる必要があるでしょう。

夜勤・交代制勤務の負担軽減や多様で柔軟な働き方を推進し、医療提供体制全体、とりわけ職員の処遇改善については、より真剣に議論し、対応を進めていかなければならないと感じています。

最近の若い世代は、「子どもを預けてまで夜勤に出るか」と問われると、なかなかそうはしません。そうした背景も踏まえたうえで、働く側にとって魅力的な勤務体系や処遇を整える必要があります。こうした課題に対して、制度的な支援や発想の転換が求められていると感じています。

■ 職場全体のウェルビーイング

○橋本：先ほどお話に出た新しい「看護の将来ビジョン」について、もう少し詳しくお聞かせいただけますか。特に、その中で重視されているウェルビーイングという概念について、現場でどのように根づかせていこうとされているのか、ご見解を伺いたいと思います。

○高橋：新たな「看護の将来ビジョン」では、ビジョンを実現するための重要なポイントとして、看護職自身のウェルビーイングをあげています。2015年の「看護の将来ビジョン」が公表された当時、私は病院で看護管理者をしていたこともあり、このビジョンを隅々まで読み込みました。スタッフとも読み合わせを行いながら、「これからの看護はどの方向に進むのか」ということを現場で真剣に考えていたのを覚えています。

看護の専門性を発揮する指針として、2040年に向けた新ビジョンは、私たち自身が強い思いを込めて作り上げたものです。

○橋本：看護師が「働く意味がある」「働きがいがある」と実感できる環境づくりは非常に重要ですね。看護師の皆さんは、それぞれ目的意識を持って仕事に取り組んでおられますが、職場が非常にハードであるため、心身ともに疲弊してしまうことも少なくありません。

○高橋：そうですね。看護職の多くは、人に尽くすことによって自らのやりがいや存在意義を見出して

いる方々です。そのため、無理を重ねて自身が枯れていくような状態に陥りながらも、「目の前の患者さんのためにやらなければならない」と、結果的にバーンアウトして臨床現場を離れてしまう方も少なくありません。

本来、ウェルビーイングとは、まず患者の状態やニーズを正確に捉え、適切なケアプランを立てて実施することで実現されるべきものです。そして、そのケアを提供する側も満足した状態であることが不可欠です。つまり、提供する側のウェルビーイングがなければ、真に質の高いケアは成り立たないのです。

私は「看護師のウェルビーイング」だけでなく、「職場全体のウェルビーイング」が重要だと考えています。仮に看護師だけが良好な環境で働けたとしても、他の職種の職員がそうでなければ、チーム医療としての本来の力は発揮できません。医師、薬剤師、理学療法士など、それぞれが患者のために良いケアを提供している仲間であり、すべての職種がともにウェルビーイングを保てる職場づくりが大切です。したがって、患者、看護師を含む医療従事者、そして職場そのもの、これらすべてのウェルビーイングを包括的に捉え、推進していくべきだと強く感じています。

■ 縦割りのない多職種協働へ

○橋本：多職種連携の重要性についてはさまざまな場面で語られていますが、実際に効果的に機能するためには、現場でどのような工夫や姿勢が求められるとお考えですか。また、看護師が果たす役割についてもお聞かせください。

○高橋：私が病院の看護部で副部長を務めていたのは、今からおよそ25～26年前のことです。その当時、ICT（感染制御チーム）やNST（栄養サポートチーム）、褥瘡対策チームなどが本格的に始動し、現場が大きく変化した時期でした。これらのチームでは、本当の意味での多職種協働が実現しており、チームメンバーが一人ひとり生き生きと活動して、新しいアイデアを出し合っていました。

当時、私は副部長として各種会議に参加していま



高橋弘枝氏

したが、他の部門でも会議を避ける人はおらず、皆が真剣に議論に参加していました。例えば、ICTでは感染対策について、褥瘡チームではエアマットの選定ひとつをとっても非常に重要な判断が求められます。その際、事務職のスタッフも「レンタルにするか、購入にするか」といった経営面を含めて真剣に検討していました。

そうした議論を通じて、看護部・リハビリ・栄養部・事務など、従来の縦割り構造が自然と取り払われ、「患者にとって最良の医療とは何か」を共に考える姿勢が浸透していきました。ウェルビーイングを意識した良質なチーム医療を実現している現場では、ディスカッションが非常に活発です。医師はもちろん、臨床検査技師や理学療法士、管理栄養士など、それぞれの専門職が積極的に関与し、互いの専門性を尊重しながら協働しています。

私はこのような現場を見て、こうした取り組みが、最終的には病院や職場そのものを変えていくのだと強く感じました。その後、1年、2年と経つうちに、看護部の視点から見ても組織が変わったと実感することができました。形式的な多職種連携ではなく、それぞれの職種が自らの専門性を理解し、明確な目的を持って集まることが必要です。そうでなければ、ただの形骸化した会議になってしまいます。

私たち看護職は、患者さんの医療と生活の両面にわたり、24時間ベッドサイドで寄り添い続けています。そのため、患者さんの個性や価値観を理解し、ウェルビーイングの観点から最適な提案を行うこと

ができます。また、看護職が提供する情報があるからこそ、医師や他職種がより適切に患者にアプローチできるのです。

こうしたダイナミックな展開を生み出すうえで、職場全体のウェルビーイングは決して切り離して考えてはならないと考えています。

■ 地域全体で考えるウェルビーイング

○橋本：個人や職場のウェルビーイングに加え、今後は地域全体のウェルビーイングについても考えていく必要があるのではないのでしょうか。看護職が地域との連携にどのように貢献できるか、展望をお聞かせください。

○高橋：おっしゃるとおり、今後は地域全体のウェルビーイングという視点がより重要になってくると考えています。今後の社会の動向を踏まえると、患者、医療者、職場、そしてそれらを取り巻く地域が一体となって、ウェルビーイングを実現していく方向に進むのではないのでしょうか。

例えば、病院や施設間で職員を出向させるような連携が必要になった場合、給与や待遇の格差があるとスムーズな連携は難しくなります。そうしたときに、単なる制度設計ではなく、ウェルビーイングの視点から「どうあるべきか」を考えることが大切です。つまり、地域の中で働く人々のつながりや、職場間の連携を含めて、地域全体のウェルビーイングをどう実現していくかということが、今後の大きな課題になると考えています。

新たな「看護の将来ビジョン」では、2040年に向けて看護がめざすものとして、三つの柱を掲げています。その人らしさを尊重する生涯を通じた支援、専門職としての自立した判断と実践、キーパーソンとしての多職種協働、です。この三つの柱は、どのような健康状態にあっても、その人らしく暮らせる社会の実現のため、看護職が日々の実践を通して進むべき方向性です。

そして、この新ビジョンの実現の重要ポイントとして、「看護職のウェルビーイング」を位置づけ、個人・職場・地域社会すべてを視野に入れた取り組みを進めていきたいと考えています。

■ 職場の活性化を通じて変革していく力

○橋本：多職種連携を通じて職場が活性化し、それが病院全体の変革につながっていくというお話は非常に示唆に富んでいます。それぞれの職種が持つ専門性をどう理解し、尊重し合うかが、連携の質を高める鍵になるのではないのでしょうか。

○高橋：多職種連携の本質的な意義は、職場の活性化を通じて医療機関そのものを変革していく力にあると感じています。そのためには、職種間の相互理解が何よりも大切です。それぞれの職種には特有の役割や強み、そして課題もあります。それらを理解し、尊重し合うことで、初めて真の意味で対等なパートナーシップが築かれます。

私は、各職種の皆さんの話を聞いているだけで、わくわくすることがよくありました。たとえば、ICT（感染対策チーム）の今後の展開について、あるいは褥瘡対策チームがどのようなエアマットを選定するかといった議論なども、経営的な視点を踏まえた上で検討されており、非常に実践的で刺激を受けました。こうした議論には、当然ながら管理・運営の視点も含まれてきます。その中で「より良い医療を提供するにはどうすればよいか」という前向きな意見が自然と生まれてくるのです。

特に重要なのは、多職種が従来どおりの業務をこなすのではなく、「この患者さんにとって何が最善なのか」という視点で考え、連携のあり方を日々見直していく姿勢です。このような姿勢こそが、チーム医療の質を高め、職場や病院全体の変化をもたらす原動力になると考えています。

■ 看護業務の効率化に向けた支援も

○橋本：2040年に向けて労働人口が減少する中、看護の現場にも大きな変化が求められていると感じています。現場の負担を軽減し、持続可能な看護体制を構築するためには、どのような視点が必要とお考えでしょうか。

○高橋：2040年に向けて働き手がますます減少することは避けられず、「7対1」の手厚い看護配置体制も、現実的には非常に困難になっていくと感じ

ています。私が日本看護協会の会長に就任した際、まず申し上げたかったのは、「このままの働き方では、看護師はもうもたない」という警鐘でした。

私たちは、いま一度、自らの働き方や業務の在り方を見直さなければなりません。しかし、現場の看護師たちはそのような振り返りをする余裕もないほど、日々のケアに全力で向き合っています。あえて表現するならば、這いつくばるようにして患者さんに寄り添い続けている状況です。だからこそ、看護管理者や日本看護協会のような職能団体が、少しでも現場を支援しなければならないと強く感じています。

具体的には、看護業務の効率化に向けた取り組みや、働き方改革の推進など、現場の負担を軽減するための施策を検討・実施してきました。看護師が安心して、やりがいを持って働ける環境を整えることが、結果として患者に提供されるケアの質の向上にもつながると信じています。

■ 働きやすさとケアの質を両立するために

○橋本：私も病院の現場に入ることが多く、看護師の皆さんの働きぶりを間近で見えています。勤務表と一緒にしながら話すこともありますが、正直なところ、ギリギリすぎる体制で運営されているのではないかと感じます。

看護師の業務は多岐にわたり、いまの2倍の人数がいてもいいのではと思うほどです。たとえば、患者さんに季節の変化を感じてもらいたい、桜が咲いたら見せてあげたいという思いはあるものの、実際にはそのような時間的余裕がないのが現状です。こうした課題は、当院だけではなく、日本全国どここの医療現場でも共通している問題だと感じています。

○高橋：まさにそのとおりだと思います。私たちは、本来どのような看護・医療を提供したいのかという原点に立ち返り、働き方を見直していく必要があります。

現行の働き方では、もはや限界です。私自身が入院を経験した際、看護師が常にパソコンに向かっていて、顔や目を合わせる機会がほとんどなかったことに、寂しさを覚えました。一度の接触で、どれだ

け多くの情報を記録し、処理しなければならないかを考えると、その負担は非常に大きいものがあります。ナースコールが絶え間なく鳴る中で、看護師たちは必死に対応しているのです。

しかし一方で、IT化が進んでいる現場では、ナースコールの回数が減少しています。たとえば、患者ごとのベッド状態が可視化されるモニタリングシステムを導入している病院では、看護師が状況を把握しやすくなり、先手を打って動けるようになっています。

また、記録業務の多さも大きな課題です。すでにAIを活用して書類作成の効率化を進めている医療機関もあり、現場の負担を軽減するためのテクノロジーの導入が様々始まっていることは非常に心強く感じます。

しかしながら、こうした最新の取り組みは、私たちのアンテナにはなかなか届いてきません。だからこそ、常に意識を高く持ち、現場の最前線に目を向けていくことが重要だと強く思っています。

■ 何が必要か、何を減らせればいいか

○橋本：医療分野におけるIT化の必要性は高まっていますが、その中でも特に恩恵を受けるべきは看護師ではないかと思います。もちろん、他職種も含まれますが、やはり看護師が最もIT支援を必要とする職種の一つではないでしょうか。

看護師は、看護計画の立案をはじめ、日々の観察記録、報告など、多くの業務を担っています。これらはすべて、論理的に、かつ的確に記録される必要があります。なぜなら、患者の状態は常に変化しており、それに適切に対応するには、過去の記録が欠かせないからです。医師もまた、自身の記録だけでなく、看護記録に大きく依存しています。特に夜間など、患者の様子を把握するためには、看護師が残した記録が非常に重要な情報源となっています。

○高橋：確かに、現在もその傾向は変わっていません。ただ、問題は何を記録として残すべきかという判断が難しくなっていることです。病院全体で見ても、記録や書類の量が異常に多くなっており、非効率な状況に陥っています。

例えば、私の母が入院した際には、1回の入院につき10枚以上の書類に住所や電話番号を記入し、サインを求められました。これを3回繰り返すことになり、同じ情報を何度も記入しなければならなかったのです。一度入力した情報がシステムに反映され、次回以降は自動的に反映される仕組みがあれば、こうした手間は大幅に減らせるはずです。

○橋本：経営者の立場から申し上げても、現場の負担を軽減したいという気持ちは強くあります。たとえば、看護師が患者さんのベッドサイドで、その場で簡単に記録ができれば、わざわざナースステーションに戻ってパソコンに入力する必要はなくなります。

現在はスマートデバイスも多く普及しており、それらを活用できれば業務効率は格段に向上すると思います。ただ、そのような環境を整備するにはコストがかかり、診療報酬が現状に見合っていないため、なかなか実現が難しいのです。

■ 患者の特性を踏まえた柔軟な運用を

○高橋：働く側、特に看護師に対して、もう少し柔軟で実効的な記録体制が必要だと感じています。たとえば、看護記録の方法に強いこだわりを持つ方にとっては、「フローシートで十分」とする簡略化の考え方に抵抗を覚えることもあるようです。また、患者一人ひとりに対して、何枚も看護計画を紙で提出するような現在の運用に対して、「本当にそこまで必要なのか」と疑問を感じる場面もあります。

とはいえ、これは患者のためであると同時に、自分たちのためでもあります。だからこそ、「今、何が本当に必要なのか」「どの業務を削減すべきか」を冷静に見極めていく必要があるのです。

○橋本：実際、介護の現場のほうが医療現場よりもIT化が進んでいると感じることがあります。どのような基準で比較するのかという議論はあるかもしれませんが、介護現場ではシステムが比較的シンプルで、導入・運用しやすい傾向があります。介護計画の内容は比較的簡潔で、見直しのサイクルも長く、毎週・毎月と頻繁に見直す必要はありません。

一方で、医療の視点から見ると、看護記録はレセ

プト請求などの事務的な役割は果たしているものの、実際の患者の状態が見えてこないという課題があります。例えば、処方された薬が何の目的で使われているのか、血圧の薬であれば理解できますが、心臓の薬などでは、どの疾患に対して処方されているかが明確でないこともあります。そのあたりは、医療的な視点から見たときに情報が不十分であると感じています。

○高橋：だからこそ、今こそ私たちは踏み切って、不要な業務を思い切って削ぎ落としていく必要があります。このままの体制で今までどおりの看護を提供し続けるのは、現実的ではありません。これからさらに人材が不足していく中で、私たちは根本的な業務改革に本腰を入れて取り組む時期に来ていると感じています。

もちろん、必要な患者さんには質の高いケアを提供しなければなりません。ただし、状態が安定しており、画一的なケアでも支障がない患者さんにまで、過剰な記録や対応を行う必要はないのではないのでしょうか。

現場で経験を積んだ実践力のある看護師が、「このケースは標準的な対応で問題ない」と判断したのであれば、それで十分です。一方で、「この患者には注意が必要」と感じた際には、しっかりと記録を残す。このようなメリハリある対応を、組織全体で進めていくことが大切です。

ただし、急性期病院のように患者の状態が刻々と変化する場面では、より綿密な記録が必要になることは理解しています。その特性を踏まえた柔軟な運用が求められていると思います。

■ 人材不足の解消に向けた議論を

○高橋：看護職の新規就職者の数は減少傾向にあります。特に看護専門学校への入学者が定員割れを起こすケースが全国的に増えています。専門学校は地域密着型で、地元就職してくれる人材を育てる重要な役割を担っています。しかし、入学者が集まらなければ、地域に新人看護師が供給されなくなります。これは地域医療にとって大きな打撃です。

一方で、都道府県の県庁所在地には看護系の大学

が多く設置されております。ただし、大学を卒業した学生がどこに就職するかは流動的であり、地域への定着率が低いという課題も残ります。定員割れが進むということは、今ある養成機関のキャパシティを将来的に活かしきれなくなるということでもあります。現在入学している学生が卒業する3～4年後には、供給数が確実に減少していくのです。

だからこそ、一度看護師として就職した方には、できるだけ長く現場で働き続けていただくことが不可欠になります。そのために、労働環境の整備や業務の効率化、柔軟な働き方の導入など、さまざまな工夫と提案が続けられています。それでも、根本的な問題として「人がいない」という現実には直面しているのです。

○橋本：少子化の影響と、看護職自体の人気の以前ほど高くないというのが要因の一つかもしれませんね。看護師の仕事の重要性ややりがいを、改めて社会全体に伝えていく努力も必要になってくるのではないのでしょうか。

■ 看護職の魅力を発信する

○高橋：新型コロナウイルスの流行時には、一時的に看護職が大きく注目され、感謝の言葉も多くいただきました。しかし、その一方で、看護師の過酷な労働環境が社会に可視化されたことで、看護職を志す本人はもちろん、その家族も進路選択に慎重になる傾向が見られるようになりました。

だからこそ今後は、看護職のイメージアップが必要不可欠です。看護や医療といった患者ケアに携わる仕事は、非常に豊かな人生経験をもたらしてくれます。実際、私自身も看護師になっていなければ、これほど多くの学びや喜びを得ることはできなかったと思っています。こうした看護の魅力を社会に対して積極的に発信していくと同時に、処遇改善にも真剣に取り組んでいくことが、次世代の看護師確保には欠かせないと感じています。

○橋本：今後、若い世代に看護という職業を選んでもらうには、働く価値、やりがいを伝える努力が求められていると私も感じます。

○高橋：患者のウェルビーイングを高めるには、看

護師が患者の状態を的確に捉え、入院中や在宅療養の生活の中で、その人にとって最も良い支援を提供していくことが大切です。患者にとってのウェルビーイングという概念は、実はWHOが健康の定義を示した時代から根底に流れているものであり、私たち看護職にとってはごく自然に受け入れられる考え方です。ケアを実践する際には、このウェルビーイングの視点をしっかりと意識し、「この人にとって何が最善か」という視点を持ち続けることが求められます。

また、患者との間での何気ない会話のやり取り、例えば、「今回はおかげで気分が楽になりました」といった言葉は、看護師にとって大きなやりがいや喜びになります。このような心のキャッチボールこそが、看護の本質的な魅力の一つだと思うのです。

私たちに課せられているのは、こうした看護の価値や意義を、言葉として患者さんにしっかりと伝えていくことです。その積み重ねが、患者自身にも「看護とはこういうものなのだ」という理解と感謝の気持ちを育んでいくのではないのでしょうか。だからこそ、看護師と患者とのコミュニケーションは、今後ますます重要になってくると感じています。

■ 尊厳を大切にするウェルビーイング

○橋本：当院では、リハビリ病棟や認知症病棟を運営している関係で、高次脳機能障害や認知機能の低下が見られる患者さんに多く接しています。必ずしも認知症と診断されていないまでも、がん治療後やその他の疾患後にせん妄が現れるケースも多くなっています。

入院患者の平均年齢が80歳近くになると、こうした認知機能の変化に対応する介護や看護の手法を、これまで以上にしっかりと整えていく必要があると感じています。

○高橋：その点については、日本看護協会としても、専門性の高い看護職の育成と配置に力を入れてきました。認知症看護認定看護師や、老年看護専門看護師などが現場で非常に重要な役割を果たしています。

実は私の母も認知症が徐々に進行してきているの

ですが、日々の介護を通して、何よりも大切にされていると実感してもらうことが根本にあるべきだと痛感しています。暴言を吐く方や落ち着かない方も、内面にある「自分が大切にされていない」という感情が言動に表れていることが多いと感じます。

人間にとって、尊厳を守られるということは、ウェルビーイングに直結する非常に重要な要素です。ケアする側も、その人の尊厳を意識して温かく接すれば、関係性そのものがより良いものになります。つまり、私たちはケアを提供する上で、常に「相手のウェルビーイングをどう支えるか」という視点を持ってアプローチしていくことが求められています。



対談風景

○橋本：認知症だから、高齢者だから、あるいは何かの疾患があるからといって特別な対応をするのではなく、すべての人を大切に作る姿勢、お互いに尊重し合うという関係性がケアの基本にあるべきだと思います。

○高橋：尊厳をもって会話することの大切さは、相手が認知症であろうと高齢者であろうと、子どもであろうと変わりません。私たち大人であっても、大切に扱われていると実感できるかどうか、精神的な安定や安心につながるのだと思います。

○橋本：そうした姿勢こそが、患者のウェルビーイングの根幹にあるべきだと感じます。技術や知識以上に、人と人との関係性の中で生まれる温かさが、結果的に患者の心身に良い影響を与えていくのではないのでしょうか。

○高橋：患者を一人の存在として認め、その人生や背景を尊重しながらアプローチすること。それが私たちのケアの根幹であり、その行為にきちんとした根拠があってこそ、真の意味での看護が成り立つのだと思います。

現在、私も母の介護を通じて多くを学んでいます。時に私の言葉が強くなってしまったとき、母がショックを受けている様子を見ると、自分の接し方を改めて振り返らずにはられません。

○橋本：私の母も現在 94 歳で、病院でリハビリを受けながら生活しています。4～5 年前に軽い脳梗塞を起こしてからというもの、リハビリと日常のケアを続けています。やはり家族の立場で接してみると、現場でのケアがいかに本人の尊厳と心の安定に影響を与えているかを日々実感します。

■ 病院全体で取り組んでいく

○高橋：その時々に関わりを大切にしながら、人は生活しているのだと感じます。

○橋本：看護師に限らず、介護職やリハビリ職、医師など、すべての医療従事者が日常的に丁寧なコミュニケーションを取りながら業務にあたることが大切だと思います。これは単なる業務の一部ではなく、人間関係そのものが、チーム医療の質に大きく影響していると実感します。

看護師同士はもちろん、医師や薬剤師との関係性も重要です。先ほど高橋会長がお話しされたように、NST などで多職種が協働し、互いに尊重し合いながら連携できれば、患者にとっても良いケアが提供できますし、現場の雰囲気も非常に良くなると感じます。

○高橋：確かに、専門看護師や認定看護師の中には、医師のモチベーションを高めるのが非常に上手な方が多く、一緒に働いていて快適なチーム環境を築いています。その様子を見ていると、とても気持ちがよく、理想的なチーム医療だと感じます。

一方で、病棟をラウンドしていて、看護師の表情がどこか陰しいと感じることがあります。そうした場合、その方が職場にうまく馴染めていなかったりするケースがあるのではないかと心配になります。

職場における人間関係の問題、特にハラスメントも、ウェルビーイングを考える上では見過ごせない重要な課題です。こうした職場環境を含めた多面的なウェルビーイングの実現に向けては、病院全体で取り組むことが不可欠だと考えています。

■ 多職種が協働するマネジメント力

○橋本：当院はリハビリの専門病院ということもあり、病棟内にリハビリスタッフが常駐しています。そのため、看護師とリハビリスタッフの人数がほぼ同じくらいで、さらに介護職の方々も一緒に働いています。

ある病棟では、看護師と同じくらいの数のセラピストが配置されており、病棟の管理職構成も多様です。病棟によってはセラピストがトップを務めているケースもあり、たとえば病棟長が作業療法士、主任が看護師という体制の病棟もあります。

こうした体制で10年以上運営してきましたが、最近特に強く感じているのは、病棟管理や医師との連携に関する感覚やノウハウについては、看護師が非常に優れているということです。

もちろん、セラピストにも個々に優秀なスタッフはいますが、病棟運営という視点では看護師のほうの本質的な力を持っていると感じています。初めて主任や病棟長に就任した看護師でも、自然と病棟運営の要点を掴み、患者対応の優先順位や医師との調整といった実務をスムーズにこなせる傾向があるのです。

○高橋：それは、おそらく看護師がもともとチーム単位で動く文化に慣れているからだと思います。例えば、Aチーム・Bチームと分かれて、朝には申し送りを行い、1日の行動計画を共有する。そうした体制が看護業務の中にしっかり根づいています。

また、多職種が連携して働く中では、自分たちと同じ感覚で接しないことや、相手を尊重しつつも過剰な遠慮や上下関係を持ち込まないことがとても重要です。互いに対等な立場で率直に意見を交わし、患者を中心にカンファレンスやディスカッションを行える関係性が、多職種協働の最低条件だと感じています。

○橋本：まさにそれが最低限だと思います。職種が異なっても、共通の目標である患者のために、専門性を持ち寄ってきちんと話し合いができる。そうした関係性が現場の質を大きく左右するのだと思います。看護師は日々の業務の中で培われた柔軟性と調整力を持っており、医療チームの要としての役割を果たせる存在だと改めて感じます。

■ 医療・介護全体の課題として提言

○橋本：貴会として、新たな将来ビジョンの策定に取り組まれているとのことですが、診療報酬の見直しや政策提言の場面でも、看護職だけでなく、リハビリ職や介護職などと連携して動いていく必要があるのではないかと感じています。

○高橋：私たちも今回、改めて多職種との連携の重要性を強く実感しています。特に賃金や診療報酬の見直しの場面では、医師だけでなく、医療の現場を支えるすべての職種が一体となって訴えていく必要があります。誰か一職種だけで声を上げるのではなく、医療・介護全体の課題として提言していくことが重要です。

当会としても、現場からの声をもとに、労働環境に関する好事例の提示や、多様な働き方の提案を行ってきました。また、全国各地の関係機関を訪問し、厚生労働省、文部科学省を含む10か所以上の省庁に政策提言を行いました。なかでも「夜勤交代制勤務の負担軽減」は大きなテーマであり、2040年に向けた需給推計の見直しについても、「今の延長線では立ち行かない」というメッセージをしっかりと伝えてきました。

令和8年度の予算・政策に関する要望書として、2040年に向けた看護提供体制の確保、看護職員の夜勤負担軽減・夜勤者確保に向けた支援、新たな地域医療構想の推進に向けた財政支援措置——という3項目を重点要望事項に掲げています。さらに、具体的な要望事項は14項目にわたります。こうした提言を通じて、看護の現場をさらに魅力あるものにしていきたいと考えています。

■ 現場の課題を踏まえ、制度改革へ

○橋本：そうした政策提言は、今後の看護職確保と医療体制の維持にとって非常に重要です。看護師が不足してくると、病院現場としては直接的な影響を受けますし、すでにその兆しが出てきています。

○高橋：看護政策の推進においては、雇用環境・均等局や労働基準局などへの働きかけも含め、労働環境整備の必要性を訴えています。現実として、看護の現場にインセンティブがつかないと、制度も人も動きません。だからこそ、政策の枠組みに看護がきちんと組み込まれることが極めて重要なのです。また、同じ視点を持った多職種の方々と一緒に要望を出すことの意義も非常に大きいと感じています。

5年前から実施している「看護業務の効率化先進事例アワード」では、全国から「自分たちの病院ではこんな工夫をしています」という実践事例を集めて紹介しています。これらの好事例の発信は、現場での工夫の共有と同時に、政策的な提言にもつながっています。また、夜勤のあり方や勤務体制の改善についても、ヒアリングを重ねながら、各病院の看護部長や有識者の意見を取り入れて具体的な提案に落とし込んでいます。

私たちの役割は、現場ではなかなか声を上げられない課題を吸い上げ、制度改革へと橋渡ししていくことだと考えています。そしてその先に、看護師が安心して働き続けられる職場づくりがあると思っています。

○橋本：まさにそのとおりだと思います。看護師がいなければ、病院は成り立ちません。現に、すでに看護師の確保が困難になりつつあり、病院経営に直接的な影響を及ぼしています。こうした状況を早急に改善する必要がありますので、貴会の取り組みに大いに期待しています。

■ 在宅療養と高齢者ケアの未来を見据えて

○高橋：在宅療養を支える看護師の役割は、今後ますます重要になると考えています。将来、私たちは高齢者の生活や療養をどのように支えていくべきな

のか、今から真剣に考えておかねばなりません。もちろん、施設での生活もあれば、住み慣れた自宅で最期を迎えたいという希望もあるでしょう。しかし、すべての人が自宅での療養を実現できるとは限りません。

私たちは、可能な限り自宅で過ごしてもらいたいという思いで努力を続けていますが、現実には、通院や訪問医療の担い手が確保できず、十分な支援が届かないケースもあります。その結果、劣悪な環境で暮らさざるを得ない高齢者も存在します。そうであれば、むしろ快適で清潔な施設に集約して、心地よく生活していただくことも、選択肢の一つとして検討すべきだと考えています。

今後は、医療・介護の各立場で現場の動向をしっかりと見据え、どのような形が最善か、そして誰にとって何が最も良いかなど、多角的に判断していく時期に来ていると感じます。

○橋本：さすが高橋会長は、長年にわたって現場を熟知されてきた方ならではのご意見ですね。私も同感です。一方で、現場を経験していない方、特に大学で教育や研究をされている関係者の中には、現実と乖離した理想論を語ってしまう傾向もあるように感じます。理想はもちろん大切ですが、現場の実態に即した視点も重要です。

○高橋：理想と現実の両面を正しく理解した上で、ウェルビーイングをどのような形で実現していくのか、その判断と実行が医療者には求められていると思います。

現実を踏まえながらも、人としての尊厳と幸福をどう守るか。その視点を持ち、関わるすべての医療職が連携してアプローチしていくことが、これからの高齢者ケアにおいて非常に重要になるでしょう。

■ 看護政策の共創に向けて——連携と対話の重要性

○橋本：本日は、高橋会長から看護の将来ビジョンや現場が抱える様々な課題について貴重なお話を伺うことができ、大変ありがたく思っています。私たちも慢性期医療の立場から、医療・看護の持続可能な在り方を考えていかななくてはなりません。

最後に、日本慢性期医療協会に対して、何かご期待やメッセージがあればお願いいたします。

○高橋：このように、先生方と直接お話をしながら、現場で何が問題となっているのかを共有できる機会はとても貴重です。その上で、共に語り合い、より良い医療の実現に向けた方向性を見出していきたいと願っています。

日本慢性期医療協会だけでなく、現場の第一線で実践されている皆様が私たち看護職に寄り添い、また訪問していただけることは非常に励みになります。これからも、ぜひ一緒に連携しながら歩んでいければと思っています。

○橋本：医療や看護の未来を考えるうえで、仮に同じような主張をしていたとしても、バラバラに話していたら伝わりません。共通の目標を目指して、一貫性ある言葉で発信していくことが広く理解を求めるために必要であると思います。

○高橋：まさにそのとおりです。何が大切かという視点を共有し、しっかりと議論を重ねていくことが重要です。私たちが推進する看護政策についても、現場を深く理解し、適切に分析し、対応できる人材が必要であると強く感じています。その上で、当会としても、引き続き真摯に政策に取り組んでいきたいと考えています。

○橋本：私自身も、スタッフに対して常々話しているのですが、医療に携わる以上、「すべてをボランティアで」とまでは言いませんが、自分にできる限りのことをしてあげたいという気持ちがなければ、この仕事は本当に続けられないと思っています。

どんなに理想や制度を整えても、やはり根底には

患者さんへの思いがなければ、現場では長くやっていけません。最近、そのような気持ちを持ちづらくなっている人も増えているように感じる中で、どう育て、支えていくかも課題ですね。

○高橋：おっしゃるとおりです。医療や看護は人と人との関係で成り立っており、そこに思いやりや使命感があるかどうか、その質を大きく左右します。だからこそ、私たちリーダー層がその思いを伝え、次世代につなげていく責任があるのだと思います。

○橋本：本日はお忙しいなか、貴重なお話をありがとうございました。看護の将来ビジョンやウェルビーイングの概念だけでなく、現場で求められる現実的な視点についても深く学ぶことができました。今後の医療・介護の在り方を考える上で、非常に示唆に富んだご意見だったと思います。今後も一緒に力を合わせて、より良い医療・看護の未来を築いていけたらと思います。



対談を終えて (左) 高橋弘枝氏, (右) 橋本康子氏

当院の嚥下障害への取り組み — 言語聴覚士のかかわり方を中心に —

八王子保健生活協同組合 城山病院（東京都八王子市）

言語聴覚士 松元亜未 医師 院長 杉本淳 医師 持尾健二郎

言語聴覚士 田島優美，長井瞳，広瀬真弓 理学療法士 林弘康，青木賢宏

1. はじめに

超高齢社会をむかえ，在宅療養患者が増えるとともに，在宅における医療・介護の需要が増えてきている．生きていくうえで必要な栄養や水分を口から摂取できること，つまり経口摂取は在宅復帰や在宅生活を維持する上で重要な要素の一つである．このことは，在宅生活を支える医療・介護において，嚥下障害に対する評価やリハビリテーションは重要な要素となると言い換えられる．今回は当院の概要と嚥下障害への取り組み，またその中の言語聴覚士の役割について事例も挙げて報告する．

2. 城山病院の概要

（1）城山病院がある地域の特性

当院（写真1）は東京都八王子市の西部に位置しており，最寄り駅は JR 中央線・京王線の高尾駅であり，背後には高尾山を構えるかつての新興住宅地である．八王子市は人口 56 万人，高齢化率は 27.8% であるが，病院のある西部地域でみると，高齢化率は 30% 台に達し，当院の受診者も高齢者の割合が高い．



写真1 緑に囲まれた城山病院

（2）八王子保健生活協同組合について

当院の母体である八王子保健生活協同組合（以下，はちせい）は，基本的な理念として，住み慣れた街，できれば住み慣れた家であるべく最後まで生活できるよう，「元気な時」から「医療介護が必要な時」「終末」まで，「ときどき入院・ほぼ在宅」をスローガンとしている．

『はちせい地域包括ケア』として，地域に法人の在宅事業部の拠点を 20 か所配置し，住み慣れた地域での在宅生活を支援している（図1）．法人内の医療・介護事業所，地域の関連医療機関・介護事業所等と連携し，住まいが病室，道路が廊下，そして各事業所がナースステーションとイメージし，どこにいても必要な医療や介護を 24 時間 365 日で地域へ展開できることを目標に取り組んでいる（図2）．

（3）城山病院の特徴

当院は同法人内の在宅事業所と連携しながら，在宅生活を目指した医療を提供している．1985 年の当院開設時は医療療養病棟と介護療養病棟の 209 床の療養型病院から始まっていたが，その後 2011 年に回復期リハビリテーション病棟（以下，回復期リハ病棟）40 床，2018 年に地域包括ケア病棟 40 床にそれぞれ病棟を変更して，現在は地域包括ケア病棟 40 床，回復期リハ病棟 39 床，医療療養病棟 80 床，計 159 床で診療している．

施設基準については，回復期リハ病棟は入院料 1，地域包括ケア病棟も入院基本料 1 であり，2024 年度の実績では，回復期リハ病棟では在宅復帰率 92.2%，実績指数 61.8 であり，地域包括ケア病棟は在宅復帰率 80.3% である．また，医療療養病棟の在宅復帰率は 59.2% である．

在宅事業部の事業所一覧

町 名	事業所名	事業内容
高尾町	城山みなみ訪問看護ステーション	訪問看護・（訪問リハビリ）
	居宅介護支援事業所 たかお	ケアマネジメント
東浅川町	地域包括支援センター 高尾	八王子市委託事業
	ディーフェスタめじろ台	高齢者住宅
	通所介護事業所 栄社	通所介護（デイサービス）
	城山介護24時間サービス・サテライト	定期巡回・随時対応サービス
館 町	シルバーふらっと相談室 館ヶ丘	八王子市委託事業
元八2丁目	城山訪問看護ステーション	訪問看護・（訪問リハビリ）
	小規模多機能 快社	小規模多機能居宅介護
	通所介護事業所 爽社	通所介護（デイサービス）
元八3丁目	通所リハビリ 結生	通所リハビリ
	訪問リハビリ 結生	訪問リハビリ
川町	城山介護サービス	訪問介護
	城山介護24時間サービス	定期巡回・随時対応サービス
	ディーフェスタ高尾	高齢者住宅
大楽寺町	地域包括支援センター 元八王子	八王子市委託事業
叶谷町	居宅介護支援事業所 たいらく	ケアマネジメント
	福祉用具サービス こもれび	福祉用具貸与・販売
楢原町	小規模多機能サテライト 悠社	小規模多機能居宅介護
本 町	通所Bわくわく	八王子市委託事業



図1 はちせいの事業所

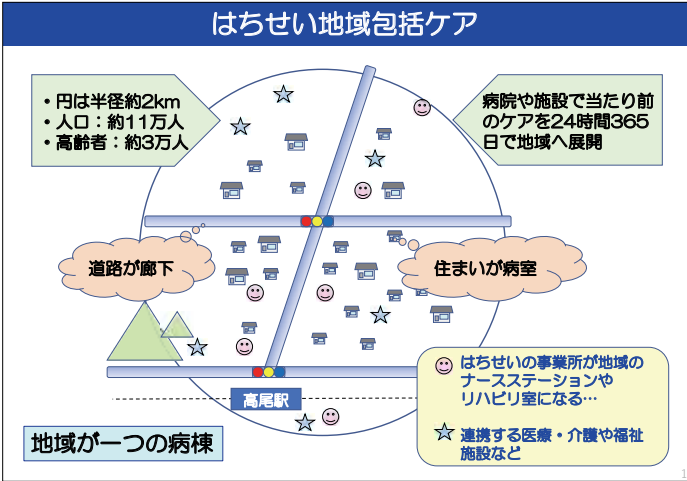


図2 はちせい地域包括ケア

当院の特徴として以下の3つの重点医療項目を挙げている。

- ①高齢者救急医療：療養病院であるが、高齢者救急医療として、かかりつけ患者の救急はできる限り受け入れる。
- ②在宅復帰に向けてリハビリテーション（以下、リ

ハビリ）医療を充実させ、入院から在宅までの一連のリハビリを提供する。

- ③在宅療養支援病院として、訪問診療を実施し、八王子西部の在宅医療を担う。（訪問診療は延1300件超／年実施）

（4）城山病院のリハビリ

リハビリ部門の構成はPT 22名、OT 17名、ST 4名、病院併設の通所・訪問リハビリにPT 4名、OT 3名（2025年4月現在）であり、法人内の在宅事業部のリハビリ部門にもPT及びOTは在籍している。施設基準は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）である。リハビリ処方数（年間）は、2024年度は、脳血管リハビリ約180件、運動器リハビリ約160件、廃用症候群リハビリ約300件である。STのみで見ると、リハビリ処方数（年間）は脳血管リハビリ139件、廃用症候群リハビリ129件であった。

リハビリ部門の理念として、「地域での安心できる暮らしをリハビリテーションの立場から支える」こと、「入院時から在宅生活を意識したリハビリテーションを提供する」ことを常に意識して、在宅生活を想定したリハサービスの提供を目指している。

3. 当院の嚥下障害に対する関わり方

(1) 嚥下障害における ST のアプローチ

①嚥下造影検査 (Video fluoroscopic examination of swallowing : 以下, VF) の調整

VF は医師が電子カルテで予約検査にてオーダーするが、その優先順位や検査人数の調整、必要な食形態の栄養科への連絡等 ST が医師と連絡を取りながら施行している。VF は症状と病態の関係を明らかにすること、食物・体位・経口摂食方法などの調節により治療に反映させることを目標に実施している。

②担当病棟での患者の嚥下機能の評価

リハビリスタッフは病棟担当制のため、医師のリハビリ処方がなくとも、病棟カンファレンス等で看護師や他の職種からの相談があれば、患者の食事状態の観察、評価等を行っている。必要があれば医師にリハビリ処方の依頼をすることもある。

③嚥下機能訓練

脳卒中亜急性期や誤嚥性肺炎等にて一定期間経口摂取をしていない患者は、反復唾液嚥下テストや嚥下音、観察での喉頭挙上の有無等にて評価、可能であれば VF の施行、まだ困難であればアイシング等の刺激や複合低周波治療器を用いての刺激等間接訓練を施行する。VF が可能となれば施行し、直接訓練の可否を判断する。直接訓練が可能と判断されれば、多くの場合はゼリーを用いてポジショニングを考慮して直接訓練をリハビリ時に施行する。ゼリー（嚥下調整食 1j, 1 食分相当のゼリー食）1 個 15 ～ 20 分程度で摂取可能となれば、病棟看護師に注意点等指導し、看護師による摂食機能療法の適応となり、経口摂取の機会を増やしていく。患者の状況を日々確認しながら再度 VF を施行し、可能であれば昼食から ST 観察下で食事を開始し、問題なけれ

ば 3 食経口摂取へと増やしていく。最終的にはできるだけ食形態を常食へ、90 度坐位の正しい姿勢で食事を摂取することを目指す。一口量の調整が必要な患者にはスプーンの選択や水分のトロミの濃さの調整やストローの使用、麻痺のある患者には食器や自助具の使用、坐位のポジショニングなど PT や OT の協力が必要なことは少なくない。必要に応じて医師に胸部レントゲンや血液検査での炎症反応のチェック等を依頼することもある。すでに経口摂取している患者は、VF を施行して同様に食形態やポジショニングの調整をしていく。基本的に、食形態のアップ等は担当の ST が評価できるときから始めるようにしている。特殊な例としては、パーキンソン病などで、食道入口部の開大不全が認められるときは、



写真2 食道拡張用バルーンカテーテル

食道拡張用バルーンカテーテル（写真2）を用いて、医師とともにバルーン拡張法（バルーン法）を施行する。

④退院後の指導

退院後の主介護者に食形態や摂食時のポジショニング等の指導を行う。また、とろみのつけ方の指導や栄養補助食品の紹介等を行っている。

⑤勉強会の開催

病院の新入看護師・介護士に対しての嚥下機能と食事介助方法の勉強会の実施やはちせいや地域包括支援センターの依頼を受け、地域住民や介護施設職員等を対象とした講演会や勉強会も積極的に実施している。

(2) 嚥下造影検査 (VF 検査) について

嚥下造影検査の開始当初、ST 1 名体制、医師も非常勤であり、年間 60 件程度であった。回復期リハ病棟が開設され、ST 3 名体制となり年間 100 件

を超え、ST 4 名体制、その後地域包括ケア病棟も開設された現在は医師も 2 名体制で年間 200 件を超えた件数を実施している。また、入院患者だけではなく、当院を退院した外来患者や地域の関連医療機関や介護施設、障害者施設から紹介された患者の検査も実施している。VF の実施指針として誤嚥を見つける検査ではなく、リスクに配慮しながらも、「どうしたら食べられるか」を目指している。

VF 検査時（写真 3）には、医師、看護師（必要時）、放射線技師、ST が立ち会い、実施頻度としては基本的には 1 回 / 週で、1 回に 4～5 名実施している。造影剤は、硫酸バリウムを用い、栄養科で造影剤入りのゼリーや様々な食形態の検査食を用意している。患者の病態、検査の目的や食物アレルギー、食事を摂取中の場合は食事形態・とろみの濃度・摂取角度等の必要な情報を記入された問診表を参考に実施される。実際の検査は吸引が必要なことも多く、医師が施行している。前述したように、いかに誤嚥のリスクを減らしながら経口摂取ができるかを検査するために、リクライニングによる違い、食形態による違い、頸部のポジションによる違いを必要に応じて検査している。

VF 検査の評価方法として、嚥下造影の標準的検



写真3 VF 検査時

査法（詳細版）（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会）推奨の観察項目の観察の実施、摂食・嚥下能力のグレード（藤島）を用いた評価・報告を行っている。検査後に検査を実施した医師と今後の方針や目標、具体的な訓練内容を決定している。担当医師や看護師とも結果を共有し、最終的な方針を協議し、食事形態の調整や ST での嚥下練習内容を決定して行っている。

4. 事例紹介

ここで、病状にあわせて複数回の嚥下造影検査を実施し、胃瘻からの経管栄養を併用しながら経口摂取可能となり、経口摂取にて在宅復帰した事例を紹介する。（第 32 回日本慢性期医療学会発表）

<事例紹介>

70 代女性、脳出血を発症し、救急車で心室細動となり、蘇生術を受けながら救急搬送され、救急病院にて蘇生された患者。意識レベルの改善を認めなかったため、蘇生後脳症の診断も加わり、意識の改善は困難と判断され X + 20 日に救急病院から当院療養病棟に転院した。

<入院時評価>

意識レベルは JCS-20、追視や表情変化あるのみ。気管切開あり、頻回の吸引が必要な状態であった。基本動作、ADL とともに全介助で、栄養は経鼻経管栄養だった。嚥下機能は評価できなかった。

<経過>

家族の希望は「吸引がなくなったら家に連れて帰りたい」であった。ST の目標を、意識レベルが改善し意思伝達手段の獲得、栄養補給手段の確立として嚥下機能改善とし、アプローチを開始した。療養病棟への入院後 ST アプローチとして刺激入力、嚥下間接訓練を実施した。アイコンタクトは日に日に可能となり、声かけに反応が出てくるようになり、アイスマッサージ後に空嚥下も認められるようになった。

X + 49 日に、能力改善が期待できるため、車い

す離床時間延長，一人介助での移乗，経口摂取の自立，日常簡単なコミュニケーションの確立を目標に回復期病棟に転棟となった。表情や選択肢を用いての頷き等のやり取りが可能となり，理解力に改善を認めた。積極的な離床も行った。1回目の嚥下造影検査を実施し，STのリハビリ時のみゼリーでの摂食訓練を開始した。

X + 161日に，まだ在宅療養は困難であるが，リハビリによる更なる改善が期待できることにより，療養病棟へ転棟した。転棟時には状況判断や簡単な指示理解は可能となり，スピーチカニューレにて意思表示や簡単な会話が可能となった。2回目の嚥下造影検査で，1部のみ（昼食）栄養摂取が経口から可能となり，食事（嚥下調整食 2-2）を開始した。会話や呼吸発声練習を行い，少しずつ発声機能や理解力も改善し，3回目の嚥下造影検査を実施し，嚥下機能にも改善を認め，少量であれば普通食や水分もとろみなしで摂取可能となった。しかし，食事量にむらがあり，今後も積極的に経口摂取練習を進めるためには，経鼻経管は嚥下の障害となることにより，経鼻経管栄養を抜き，内視鏡下胃瘻造設術が施行された。まずは好きなものを食べることから始めたことで，食事量が安定してきた。

X + 497日の退院時には気管切開も閉鎖されコミュニケーションは日常会話可能，指示理解も可能となった。普通食，水分もとろみなしで摂食可能となり不足分や内服薬のみ胃瘻から注入した。

経過の中で嚥下造影検査の結果を，STがPT・OT・相談員に伝え，嚥下機能が改善した嚥下造影検査後や食事形態が変更となるタイミングで相談員から家族に連絡をした。病棟転棟時や機能の改善時に医師から家族に病状説明も実施し，各職種が必要なタイミングで家族に説明することが出来た。家族が食べられるようになってきたことを喜び，本人にも「食べられるようになったら家に帰ろう」と伝えた。それが伝わったことで，本人に食べる意欲がでてきて，食事量も安定してきた。

<考察>

長い入院期間の中で，意識レベルや理解力の改善，

コミュニケーション手段の変化，嚥下機能の改善の状態にあわせた練習方法や栄養摂取方法を選択し実施してきた。状態の変化にあわせ，嚥下造影検査を実施し，検査後に食事形態の調整を行った。変化に合わせた練習を実施し，情報を共有することで家族の希望する退院可能な状態に近づき，退院を目指すことができた。意思表示手段が確立することで，家族とやりとりが可能となり本人に意欲もでてきた。食事量が安定しない中，胃瘻と併用し本人が食べたいものを食べることができたこと，家族の希望の状態を目標に定め長い入院期間で担当が変更となりながらも各職種が情報を共有しながら，それぞれの役割を果たせたことが退院に結びついた。

5. 終わりに

嚥下障害について当院のST業務を中心に，VFの目的や長期間関わることにより経口摂取が可能となった事例について述べた。嚥下機能は発症から長期間経過している場合でも改善することは少なくない。慢性期医療においても，必要な時期に必要な応じて必要な検査やリハビリが提供できる体制が必要であると考えられる。動物にとって摂食は，睡眠や排泄と並んで生きていく上での基本的な生理現象であるが，脳の発達している人間にとっての摂食は，生活を豊かにする楽しみの一つでもある。また，在宅復帰や在宅生活維持のための重要な要因でもある。これからも医師やコメディカルと連携をはかりながら，最新の治療法も取り入れ，一人でも多くの患者が口から食べられるように努力していきたいと考える。

【参考・引用文献】

- 1) 嚥下リハビリテーション学会：嚥下造影の標準的検査法（詳細版），日摂食嚥下リハ会誌 8（1），pp71-86，2004
- 2) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類，日摂食嚥下リハ会誌 25（2），pp135-149，2021
- 3) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害，医歯薬出版，東京，1993



拒食状態にある認知症高齢患者の経口摂取行動再獲得に向けた取り組み ～経過記録を振り返りにより職員の関わりを意味づけし、 有効と考える援助を考える～

医療法人社団良俊会 ふくの若葉病院（富山県南砺市）

看護・介護部 看護師 立島美穂，増神翔子，米田雅代，鍛冶本秀子
介護福祉士 赤松晃子 介護職 飛田洋子

1. はじめに

ふくの若葉病院は病床数100床の医療療養病床からなる病院である。回復期、慢性期の看護、高齢者看護、終末期看護を担っている。

近年、経口摂取能力の低下をきたしても、TPNや経管栄養などの特殊な栄養法を選択せず、「最後まで経口摂取を希望する」人が増加しているとの報告がある¹⁾。当院でもそのような患者は少なくない。その場合、可能な限り本人、家族の意向に添うようにNSTと連携し取り組んでいる。しかし、嚥下機能に問題がなく、認知症の影響による拒食・食欲不振患者に対しては、病棟スタッフが手探りで取り組み、支援をしているのが現状である。

この様な中、「経口摂取ができなくなっても、特殊な栄養法を希望しない」という意向を持つ認知症患者とその家族を担当することになった。入院時は拒食状態で末梢点滴による水分補給が必要な状態であったが、試行錯誤しながら対応した結果、経口摂取が可能となりADL向上も認めた。

この経験を、今後の認知症ケアの向上につなげたいと考え、振り返りに取り組むことにした。

2. 研究目的

本症例を振り返り、有効と考えられる観察・アセスメント・判断および援助過程を明らかにし、今後の認知症ケアの向上への一助とする。

3. 研究方法

(1) 研究デザイン

回顧的単一事例研究。

本症例における2023年3月～11月までの患者

と病棟スタッフとの関係づくりの経過および、状況と文脈に合わせた援助を分析するため症例研究法を選択した。



写真1 ふくの若葉病院外観

(2) 研究対象（入院時）

- ・A氏 90歳代女性 アルツハイマー型認知症。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ 障害高齢者の日常生活自立度C2
- ・施設入所中に転倒し、右大腿骨転子部骨折。急性期病院における検査と相談の上、保存的治療が選択され、療養継続のため当院に転院。
- ・既往症に心不全があり、酸素療法を継続。
- ・骨折治療のため床上安静。膀胱カテーテル留置とオムツによる排泄。
- ・拒食、拒薬、大声を発する、昼夜オムツ外しをする、点滴自己抜去をするなどの問題行動があり、クエチアピン25mg朝・昼1錠ずつ服用。

(3) データ収集と分析

カンファレンス記録と経過療録をもとに、当時行った医療・看護・介護を再構成し援助経過記録を作成した。その記録において、病棟スタッフの具体的な介入とA氏の行動変容についての意味づけを行った。

4. 倫理的配慮

研究者が、A氏と家族に口頭および書面にて研究への協力依頼、研究の趣旨・研究参加の自由・秘密の保持・辞退の際の不利益がないことを示し説明した。事例の提示にあたっては、個人が特定できないようにした。

5. 研究結果

	観察	アセスメント・判断	援助
入院当初	◆入院時の提供食 全粥 200 g やわらか菜 1/2 量 栄養ゼリー 2 種 最初は2～5割摂取していたが徐々に摂取量は低下した。 ◆食事の様子 朝食は眠気が強く、ぼんやりしており、0～2割のみの摂取 昼食は静かに無表情で食べる3～5割程度の摂取 夕食は帰宅願望強く、表情は険しくて摂取拒否が強い0～3割程度の摂取。食事介助には「あっちに行け」と手で払いのけるしぐさあり。 ◆その他の行動の様子 夜間是不眠。オムツ外し、酸素外し、柵外し、柵ロック外し、柵をガタガタ揺らして大声を出す。 「なんでここにいるのか？ 家から自転車できたのか？ 骨折なんかしていない」など、同じ内容のことを繰り返し訴える。	転院に納得していない。 説明を忘れている。 入院に納得していないのではないか。 夕方から不穏状態が強くなる。	夕食後から翌朝までスタッフステーション近くのホールで過ごし、見守る。
	◆長女と初回カンファレンス実施 ・施設にいた時も食事はあまり食べない。 ・夜中に空腹を訴えカステラを置いておくといつのまにか食べていた。	もともと小食か。 施設にいた頃の対応を行ってみてはどうか。	長女に差し入れを依頼する。
一か月	指示の提供食は、ほぼ食べない状態 摂取量は、提供食0～1割と栄養ゼリー3～8割程度。 「こんな物イヤ！」と険しい表情。	食事介助をすると拒否行動が増すのではないかと。	時間制限を設けず、患者の自己ペースで食べられるように置いておく。
	長女より、鈴カステラや、桃の缶詰の差し入れあり。 テーブルに置いてある物を、数個ずつ食べるようになった。	好きな時に食べてもらい、少しでも摂取量が増えればよい。	差し入れを少しずつテーブルに置いておくことにした。
	食事の時は他者が見ていると嫌がるため、居室で食事。しかし、食事は全く増えず。	関わり方を変えてみてはどうか。	ホールに出て見守りと促しの声掛けを行うことにした。

図1

会員病院の取り組み

	観察	アセスメント・判断	援助
二 か 月	ご飯の好みを問うと「すっぱい梅干し」と答えた。 減塩の蜂蜜梅を試したが好まず。紫蘇漬けの梅干しを差し入れてもらい、粥の上にのせて提供すると梅干しのついた部分を食べた。	昔ながらの紫蘇漬けの梅干しなら食事量が増えるかもしれない。	自宅での食習慣や生活歴を確認した。 主治医に紫蘇漬けの梅干しの許可を得た。
	隣の患者のヤクルトをみて、「私も飲みたい」と言う。 汁物にはポタージュ状のトロミを付けていたため、ヤクルトにトロミをつけて提供すると、「こんなもん違う!」と言って全く飲まなかった。 通常のヤクルトを、ストローでむせること無く飲んだ。	ヤクルトのキャップ部分にストローを立てて提供しているのを見て、同じ物が欲しいと思ったのだと考えた。	通常のヤクルトを試しに渡した。 パックジュースを家族に依頼した。
	パックジュースを美味しそうに飲んだ。 栄養ドリンクをトロミなしで提供すると、ストローでむせること無く全部飲んだ。	栄養ドリンクもヤクルトと同様にトロミなしで提供してみてもどうか。	パックのままストローを立てて提供した。
	末梢点滴の自己抜去は続いていた。 梅干し粥と栄養ドリンクを全量摂取、食間に差し入れのジュースを飲めるようになってきた。	飲水量は確保できており、輸液の終了は可能と考えた。	主治医に相談し、末梢点滴を終了。

図2

	観察	アセスメント・判断	援助
二 か 月	点滴自己抜針対策のため、ミトンを使用。ミトンを噛む・布団を蹴る・スタッフを叩くなどの拒否行動あり。	輸液不足よりも、ミトン使用の方が本人にとって害ではないか。	ミトンを中止。 輸液は日中、スタッフの見守り下で実施。
三 か 月	表情穏やかで笑顔あり。 夜間ベッドの下に降りることがあり。 理由を問うと、「トイレに行こうと思って…」「台所に立とうと思って…」と答える。	行動に本人なりの目的があり、危険行動ではないと考える。	低床ベッドと衝撃緩衝マットで対応しているため、行動に制限をかけずに見守る。
七 か 月	端坐位でいることが多くなり、床頭台の引き出しの中にあるものをしばしば触っている。	危険物は床頭台に入っていないので自由に触っても良いのではないかと考えた。	ボーロ、櫛、ラジオなど日常的に1人で危険なく使える物を床頭台に配置した。
	ベッド G-up から→ベッド端坐位での食事に変更。 端坐位では覚醒状態がよく、姿勢保持も良好で食事しやすい様子であった。	端坐位の姿勢が好き。座っていると楽なのではないか、体力・筋力も向上しているのではないかと考えた。	自由に端坐位になれるように環境を整えた。 サイドテーブルでの食事環境を調整。

図3

6. 考察

(1) 患者の行動変容

①拒食

アルツハイマー型認知症は、中期以降に注意障害や、失認・失行等による摂食困難を認めるとされる²⁾。A氏の状態を認知症高齢者の自発的な摂食行動を引き出す援助を必要とする対象特性と比較すると、「決められた一律の食事が合わない」「環境からの影響を受けやすく落ち着かない」「活動と休息のバランスが調整できない」「隠れた思いがある」が当てはまり³⁾、摂食嚥下機能障害ではなく、拒食という本人の意思表示であると考えられた。

入院初期には前病院からの情報をもとに、補助食品を中心に食事提供を行った。A氏は「こんな物はイヤ!」と提供食を見ながら拒否を続けた。このことは、A氏には食事内容を認識する力があり、不満をもっているのだと考えられた。そして、自己の嗜好や食習慣に添わず、受け入れることができないのだと考えられた。また、記録に「転院に納得していない。説明を忘れている」との記述があり、記憶障害や見当識障害により、転院の経緯を思い出せなかったり、新たな環境への不安が高まったりしたことが拒食の要因であるとも考えられた。我々は環境調整を行っているが、生命の維持、危険行動に対する行動制限といった対応が主であり、患者自身が認知症のために言葉では上手く伝えられない「自己の思い」に寄り添うことができていなかったのではな

いかと思われた。(図1・4)

②自発的な摂食行動の芽生え

入院から二か月が経過した頃、「何が食べたい?」という職員の声掛けに、A氏は「酸っぱい梅干し」と答えた。カンファレンスに出席した長女は、「すっぱい梅干しを漬けていた」「施設入所前、自宅ではご飯ばかりを好んで食べていた」と話してくれ、入院前の食習慣や生活背景の情報を得ることができた。

これをきっかけに、好みの梅干しを提供した。すると、A氏は梅干しで赤く染まった部分のみ食べることができた。お粥に混ぜると食べないため、梅干しを混ぜ込まずにお粥の上のにのせて提供した。箸を使用してA氏の食事作法に合わせる、水分のトロミを外してジュースをストローで飲むなど様々な見直しを行った。

入院時に提供していた食事は、摂食嚥下機能低下を想定して指示されたものであった。我々は、安全な食事と少量でも効率的にバランス良く栄養摂取することを大切にして、主に栄養補助食品やトロミ剤を使用した献立を提供していた。それは見た目も風味も本来の食事とは異なるものであり、90歳代の高齢者の食事に対する価値とは程遠いものであったと考えられた。

A氏は、「こんな物はイヤ!」とって食事を拒否し、次第に「こんなもん腹の足しにならん。米でないと」と声にするようになった。相津らは、「経口摂取は生命維持の他に社会的・精神的・文化的な意味を持つ」と述べている⁴⁾。また、乙木の「昭和

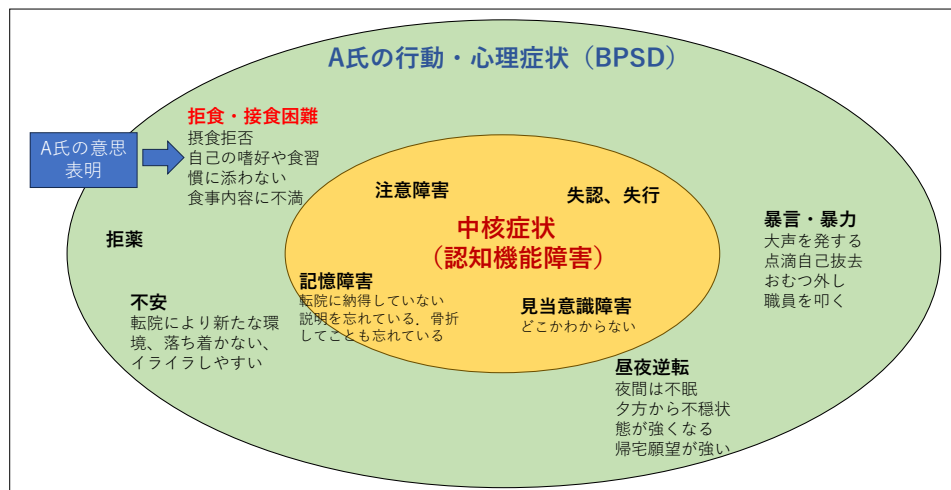


図4 A氏のアルツハイマー認知症の症状

初期における農村地域の日常食の傾向」の調査研究によると、普段は「飯と味噌汁、野菜料理 1 品と漬物」といった献立が主で、朝・昼・晩ともあまり変化がなかった。昼食を家で食べる場合は、「朝の残りの飯に味噌汁と漬物だけ」という質素さがうかがえるものであったと報告している⁵⁾。こうした時代を生きた A 氏にとって、米と梅干しが一番の力の源で、大切にしたい食への思いであったのではないかと考えた。こうした「患者の隠れた思い」を知り、それに寄り添った関わりを実現できたことが、A 氏の意欲向上と自発的な摂食行動を可能にしたのではないかと考えられた。

認知症患者の症状として出現する行動・心理症状には、それまでの生活歴が影響していることが知られている。認知症患者の言動を把握し、その人を深く理解するためには、個人的背景と時代背景を知ることが重要となる。疾患だけを見るのではなく、患者の視点で見つめて受け止めることで、患者との良い関係づくりができ、患者も我々も満足できるケア実践が可能になるのだと再認識できた。(図 2)

(2) 職員の意識・患者との向き合い方の変化

①苦痛を緩和し安全を整える関わり

入院初期の頃、職員を払い除けたり食事の姿を見られるのを嫌がったりすることから、静かに過ごせる空間が良いと考え個室対応とした。しかし摂取量の減少、点滴自己抜去、転倒の危険などの問題があり、スタッフステーション近くのホールでの行動見守りに変更した。すると、穏やかに過ごす時と、表情が険しくなる時の、A 氏のリズムが観えてきた。穏やかな時は職員と自然な会話ができ、拒否や抵抗が強い時は少し時間をおいて関わるなど対応を工夫することができた。また、ミトン中止、排泄方法の変更、点滴の中止など、患者の思いを察し、A 氏にとって苦痛の少ない環境調整にも取り組んだ。さらに、骨折診断からの経過を考察して安静度を見直したことで、A 氏は床上での自由な行動が可能となった。低床ベッド、衝撃緩衝マットの使用により、万が一の転倒・転落に備えたり、床頭台には患者自身が日常的に 1 人で危険なく使える物だけを配置したりして安全な環境を整えた。歩きたいという思いを受け

止めて一緒に行動したり見守ったりして、A 氏自身が納得し、自分で次の行動を判断できるように支援した。すると、次第に精神状態も安定し行動は穏やかになった。さらに、便意を自覚し、介助にてポータブルトイレで排泄できるようになった。相津らは、「患者に経口摂取への取り組みをはじめ、様々な援助を行った結果、痴呆が軽快し、日常生活の拡大をはかることができた」と報告している⁶⁾。我々は、食事援助に取り組む過程で、A 氏との向き合い方の見直しや患者に視点を合わせた環境調整など、援助のありようを見直してきた。そうした関わりが A 氏の心身の回復に良い影響をもたらしたと考えられた。(図 3)

②意向の把握と受容、尊厳のある関わり

入院初期、我々の A 氏の捉え方に「認知度 IV」「寝たきり C2」というフィルターがあったと考えられる。

「寝たきりで、認知症のために言葉が少なく、物事の判断も理解もできない人」という先入観である。そのため、A 氏の意向を確認しない一方的なケアを行っていたのではないかと考えた。そして、それが A 氏の様々な問題行動を増強させたのではないかと考えられた。

一方、援助経過の途中から、病棟スタッフは A 氏の意味表示能力があることに気づくこともできていた。そして、その後は援助者側の一方的な関わりから、ひとりの人間として尊厳を大切に、A 氏の意向に沿った対応の検討と実施に取り組んでいたことを経過記録から読み取ることができた。

認知症高齢者は、意思表示が困難になっても、その人の意思がなくなるわけではない。記憶や認知力、判断力の障害が進むことで言葉数が減り、言葉による意思疎通が難しくなると考えられている。しかし、そうした認知症高齢者でも感情機能は保たれていると言われており、周囲から理解され難い状況で生活する対象を理解し、意向を汲み取ることを我々の役割として大切にしていかなければならないと実感した。

意思疎通を図るためには、コミュニケーションが欠かせない。様々な障害によって意思表示が困難になった認知症高齢者とコミュニケーションをとるためには、その症状を考慮した技法を学び実践していくことが必要である。

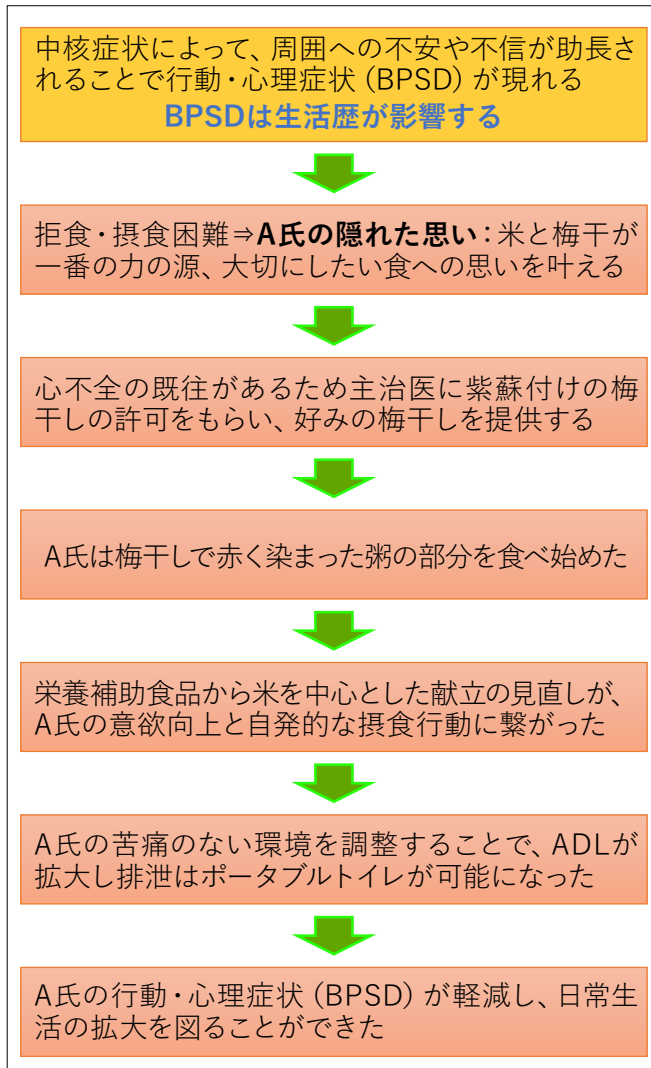


図5 A氏の行動・心理症状 (BPSD) への介入

7. 要約

- ・個人的背景と時代背景を知ることが、その人を深く理解することにつながる。
- ・疾患だけを見るのではなく、患者の視点で見つめて受け止める。
- ・認知症のために言葉では上手く伝えられない「自己の思い」に寄り添ってニーズの充足を支援する。
- ・意思表示が困難になった認知症高齢者とのコミュニケーションには、その症状を考慮した技法を学び実践していくことが必要である。

8. おわりに

我々は、本研究をまとめる為の学習で「バリデー

ション」という認知症高齢者とのコミュニケーション技法を知った。バリデーションとは、認知症高齢者のニーズ把握を行い、その先にあるニーズの充足を目的とする方法である。これに関する先行研究「認知症高齢者ケアにおけるバリデーションに関する実践的研究」⁶⁾と、A氏に対する取り組み経過を比較検討してみた。感情や意思表示を受け止め、ニーズを満たす関わりをした結果、情緒が安定し、ADL向上を認めた。また、発語が増え家族や職員との良い関係構築ができたなど、先行研究にある報告と同様の経過を確認できた。

このように有効な技法を学び、尊厳を大切にしたい個別性のある関わりを実現するために、医療チーム全体としての認知症ケア教育がますます重要となることが明確になった。今後も知識・技術向上を課題と考え、研鑽していきたい。

【文献】

- 1) 内閣府：平成 25 年版高齢者白書
- 2) 認知症ケアガイドブック, P130-137, 照林社, 2019. 9. 10
- 3) 中村祥子, 角濱春美：認知症高齢者の自発的な摂食行動を引き出す援助の構造, 日本ヒューマンケア学会誌, 第 9 巻, 第 1 号, 2016
- 4) 相津裕子, 鈴木留都：寝たきり老人患者の意欲低下時における“食事援助”の意味を考える；老人性痴呆に対する刺激として経口摂取を試みて, 月間ナーシング 9 (7), P746-749, 1989
- 5) 乙木隆子：昭和初期 (1920 年代) における日常食の傾向 島嶼地域と都市地域を比較して, 生活経済学研究, 17 巻, P43-55, 2002 年
 - ・五十里沙月：富山県統計調査課, とやま経済月報, 平成21年5月号
 - ・文化研究所：米ライブラリー, 米と地域文化, 富山県, 2019. 8. 30
- 6) 都村尚子, 三田村矢子, 橋野建史：認知症高齢者ケアにおけるバリデーション技法に関する実践的研究, 関西福祉科学大学紀要, 第 14 号, 2010



入院患者の「孫の結婚式に参加したい」という希望を叶えることができた症例 ～環境調整と他職種との連携～

医療法人社団弘成会 明海病院（兵庫県明石市）

理学療法士 釜戸利幸

1. 法人の概要

当院は1930年に小河内科「湊川診療所」を開設。1935年に19床で開設した「藤江診療所」が現在の明海病院の第一歩である。1945年に65床の病院となり、結核患者の長期療養を目的とした結核療養所「明石保養院」を開設し、50年近く運営した。1946年に小河内科分院を開設、1980年には明石医師会からの検診業務依頼を受け、「明石保養院検診部」が発足した。市民定期検診、市内園、学校職員の定期検診、市内小・中・高校生の心電図などを実施した。1989年「医療法人社団弘成会」の認可。転機となったのは、高齢社会の到来に伴い、老人保健法改正による中間施設構想が浮上したため、超高齢社会が迫り始めた1992年、入所定員100名・通所定員20名の老人保健施設「ライフ明海」を開設。1996年には「明石保養院」から、「ライフ明海」と名称を統一して「明海病院」に改称し、翌年、結核病棟から一般病棟へと変更した。現在、60床の療養型病床を有する「明海病院」（写真1）と介護老人保健施設「ライフ明海」を中心に「めいかい歯科クリニック」「通所リハビリテーション」「ポシブル明海西明石」「訪問看護ステーション」「ヘルパーステーション」「在宅介護支援センター」「グループホーム」「地域包括医療ケア連携室」と多くの選択肢があるのが特徴である（図1）。

2. はじめに

当院には急性期、回復期の治療を終えられた後も医療行為の継続が必要な患者、在宅復帰に向けてリハビリテーションの継続が必要な患者、ADLの介助量が多く、在宅復帰が困難な患者などにくわえて、



写真1 医療法人社団弘成会 明海病院



図1 弘成会 本部組織案内図

認知症ケア、看取り、末期癌患者に対する緩和ケアや終末期リハビリテーションが必要な患者も入院し

ている。理学療法士としてさまざまな患者と関わる中で、関節可動域制限や筋力低下といった機能障害の改善が見込めるものと困難なものが存在する。たとえば、末期癌で食思が低下し、倦怠感が強い患者に機能障害の改善を目指して理学療法を実施することは困難である。一方で、気分転換も兼ねて車椅子に移乗し、家族と一緒に海を眺めることであれば可能である。1981年の厚生白書においてリハビリテーションとは障害者が一人の人間として、その障害に関わらず人間らしく生きることができるようになるための技術および社会的、政策的対応の総合体系である。単に運動障害の機能回復訓練分野だけではないと記載されている¹⁾。また、川勝はリハビリテーションはすべての医学、すべての医療の目的であり、例え医療で治らなくても自立的な参加が出来るところまで考慮する必要がある。自立出来なくてもその存在に意味を見出せるようにしていかなければ、リハビリテーションは完結できないとしている²⁾。当院リハビリテーション科では、機能障害の改善だけに固執せず、残存機能の活用、環境調整などを通じて、それぞれの患者の well-being を目指し、その人らしく安心して生活できるケアや環境を提供すべく、多職種と連携しながら日々奮闘している。

一方で、リハビリテーションはチーム医療だと言われているが、実際の現場では他職種との連携が上手くいっていないことも少なくない。今回、家族を含む他職種との連携、環境調整を実施し、孫の結婚式に参加したいという希望を叶えることができたので紹介する。

3. 当院におけるリハビリテーションの取り組み

【症例紹介】

80代の女性Aさん。一週間前までは当院の外来に通院できていたが、誘因なく腰痛が増悪し、動けなくなり入院となった。診断名は陳旧性第12胸椎圧迫骨折。腰痛が増悪する前は娘の支援を受けながら、独居で生活されていた。入院時の基本動作能力は寝返りが軽介助レベルで他は全介助レベル、日常

生活動作も全介助レベルであった。入院して間もなく一ヵ月後に孫（新婦）の結婚式があるという情報が入ったため、Aさんに意思確認すると結婚式に参加したい、孫はAさんに参加して欲しいという希望があった。

【結婚式参加前】

Aさんと孫の希望を踏まえたうえで、理学療法士としては自宅復帰して家族と一緒に結婚式に参加することを目標に理学療法を開始した。理学療法プログラムは、腰痛軽減を目的にマッサージと関節可動域運動、離床を目的に車椅子座位練習を実施した。理学療法開始3週目の時点で腰痛の改善が思わしくなかったため、あらためて結婚式参加に向けて3つの選択肢を考えた。①一時的に退院し、家族と一緒に結婚式に参加する②入院したまま、外出という形で結婚式に参加する③入院したまま、病室からオンラインで結婚式に参加する。医師と家族と3つの選択肢も含めて話し合った結果、入院したまま外出という形で参加することになった。この時点で結婚式当日までに腰痛が軽減することは難しいと判断し、引き続き機能障害の改善にも取り組みつつ、残存機能を活かしてどうすれば結婚式に参加できるのかに視点を切り替えた。

腰痛が持続し、身体機能が低下していることにくわえて、当時流行していたCOVID-19の感染リスクを考慮し、Aさんには結婚式のどの場面に参加したいのか、孫には結婚式のどの場面に参加して欲しいのかを確認した。結婚式当日のスケジュール確認、結婚式をオンラインで視聴するためのWi-Fiの確認、結婚式場内の環境を確認するために担当のウェディングプランナーを紹介してもらった。

結婚式当日を想定する中で4つの不安要素が考えられた。①腰痛がある状態で長時間車椅子座位で過ごすこと②結婚式場内をティルトリクライニング式車椅子で移動すること③後期高齢者のAさんが急変する可能性があること④結婚式当日の排泄のことである。

理学療法士として、4つの不安要素を解消するために他職種と連携しながらの環境調整と理学療法プ

プログラムを実施した。腰痛がある状態で長時間車椅子座位で過ごすことに関しては、一時的に休憩できる場所の確保と、少しでも腰部にかかる負担を軽減する目的で、ティルトリクライニング式車椅子を選定した。車椅子に関しては、商品名と型番をケアマネジャーに伝えて手配してもらった。理学療法プログラムとしては、結婚式当日のスケジュールを想定し、2時間の車椅子座位練習を病棟看護師の協力も得ながら繰り返し実施した。管理栄養士には身体機能を維持・改善するための食事内容について相談し、医師には腰痛に対する服薬の調整について相談した。結婚式場内をティルトリクライニング式車椅子で移動することに関しては、当日利用する部屋やエレベーターの横幅と奥行きを確認をウェディングプランナーに依頼し、問題なく移動できることを確認した。後期高齢者のAさんが急変する可能性があることに関しては、医師が家族ヘリスクについて説明し、同意を得たうえで、当日は私以外に救命救急士の資格を持つ介護タクシーの運転手と急性期病院で働いた経験を持つ外部の看護師に同行を依頼した。結婚式当日の排泄に関しては、前日に看護師に排便を依頼した。バルーンカテーテルが入っていたため、排尿に関しての問題はなかった。万が一に備えて、当日は余分にオムツを持参した。

【結婚式当日】

家族の希望であった「結婚式前の新郎・新婦との写真の前撮り」「部屋からオンラインでの結婚式への参加」「親族一同の集合写真への参加」に問題なく参加することができた。結婚式前の新郎・新婦との写真の前撮りでは孫のウェディングドレス姿を見た瞬間に涙を流して喜ばれ、孫も体調が万全でない状態で結婚式に参加してくれたAさんに感謝の言葉を伝え、涙を流されていた。病棟では見せたことがない笑顔で写真に納まることができた(写真2)。写真の前撮りから結婚式までに少し時間的な余裕があったため、車椅子から休憩場所であった部屋のベッドに移乗し、臥床する時間を作ることで腰部への負担を軽減した。結婚式には家族の協力を得て、結婚式会場と部屋をLINEのビデオ通話で繋ぐこと

で、場所は違えど同じ時間を共有することができ、孫の結婚式を見ながら再度涙を流すAさんがいた(写真3)。また、病棟看護師から「せっかくの非日常的な空間だから、少しくらい好きな物を食べれたらいいのにね」という助言があり、医師、言語聴覚士に事前に安全性を確認したうえで、結婚式を見ながら好物である回転焼を1つ食べてもらうこともできた。親族一同の集合写真には家族の希望通り、標準型車椅子で参加することができた(写真4)。限ら



写真2 結婚式前の新郎・新婦(孫)との写真



写真3 結婚式にオンラインで参加



写真4 親族一同の集合写真

れた時間とはいえ、腰痛を訴えないか心配な場面ではあったが、写真撮影が終わるまでの間、ひ孫と談笑する様子も見ることができた。写真撮影後、親族に挨拶を済ませ、介護タクシーで帰院し、Aさんと孫にとって大切な1日を大きな問題なく支援することができた。

【結婚式に参加できた理由】

Aさんが孫の結婚式に問題なく参加できた理由として、2つの理由が考えられた。①理学療法士として機能障害の改善だけに意識を向けるのではなく、環境調整や他職種との連携の3つの視点を意識して関わることができたこと。②Aさんが理学療法に対して意欲的であったことである。結婚式の日時が決まっている中で、理学療法士として腰痛と身体機能の改善に固執せず、どうすれば今の状態でも結婚式に参加できるだろうかという視点に切り替えることができた。同時に、家族やウエディングプランナーとの情報交換を頻繁に実施した。ウエディングプランナーと連携したことで、結婚式当日をより具体的にイメージすることができた。車椅子の選定だけでなく、当日どの程度の時間、車椅子座位でいる必要があるのかを把握できたことで、車椅子座位練習の時間を設定しなおすことにも繋がった。結果的に、大きな問題なく車椅子座位を保てるだろうという安心感を持って、当日を迎えることができた。

Aさんが理学療法に対して意欲的であったことも結婚式に問題なく参加できた要因だと考えられる。石垣らによると、理学療法対象患者のリハビリテーションへの参加意欲が高いと良好な帰結を得やすいとしている³⁾。また、小宅らは患者・医療者に対して、リハビリテーションに対する患者の意欲を高める動機付け要因について調査を実施し、多く支持された動機付け要因トップ3は患者・医療者で共通しており「回復の実感」「明確な目標の設定」「患者の生活に関係する訓練」だったと報告している⁴⁾。Aさんの孫の結婚式に参加したいという希望に寄り添った支援ができたこと、2時間継続して車椅子に座れる必要性があるという結婚式に参加するための明確な目標を伝えていたことが意欲を引き出した可能性が

ある。喜多らは理学療法実施時の肯定的な声かけが、患者の意欲の向上に有効な手段になり得る可能性を示唆している⁵⁾。また、桑原らは看護師や医師といった他職種の声かけや気遣いがリハビリテーションの意欲を向上させる可能性を報告している⁶⁾。理学療法士による肯定的な声かけだけでなく、看護師や医師の声かけもAさんのリハビリテーションに対する意欲を高めていた可能性がある。多職種がチームとして、Aさんの孫の結婚式に参加したいという希望を実現するために関わった結果がリハビリテーション意欲を高め、結婚式参加に繋がったと考える。

【結婚式参加後】

結婚式から数日後、孫からメッセージが届いた(写真5)。当日のAさんの写真と孫から届いたメッセージを含めた報告書を作成し、医師と看護師を中心とした病棟スタッフ、リハビリテーション科スタッフに感謝を伝えるとともに成功体験を共有した。正木によると、感謝を表明する経験と受ける経験のどちらにもワークエンゲイジメントと文脈的パフォーマンスに対する正の効果がみられたと報告している⁷⁾。ワークエンゲイジメントとは、仕事に対してやりがいや誇りを持つとともに、働くことで活力を得られている充実した心理状態とされており、小澤らによると、看護師のワークエンゲイジメントが高まることで、職務満足度が高まり、離職意思が低くなり、精神的・身体的健康度が高まることが報告されている⁸⁾。結婚式当日に参加できなくても、Aさんの当日の様子や家族からの感謝を伝えることでスタッフ

私は 9年間
勤めていましたが、釜戸さんが今回してくださったことを見て、入院中の子どもや家族に何を
してあげられたかなととても考えさせられました。また看護師として働きたいなと思っていま
すので、その時は釜戸さんのように、患者さん
家族さんにしてあげたいことを事例がないから
と諦めてしまうのではなく、率先してできたら
な～と思いました。

写真5 孫から届いたメッセージ

のワークエンゲイジメントを高めることに繋がると考えた。

Aさんは結婚式後、併設している介護老人保健施設に入所し、理学療法を継続した結果、歩けるようになり、自宅復帰することができた。結婚式に参加し、親族から声をかけられたことが自宅復帰という明確な目標設定に繋がり、意欲を引き出した可能性がある。自宅復帰後は介護サービスの利用と家族の支援を受けながら、独居で生活できている。

【今後の課題】

理学療法士として、Aさんの孫の結婚式に参加したい、孫のAさんに結婚式に参加して欲しいという希望を叶えることができたことは大きな喜びである。一方で、支援できたことに満足して終わりではなく、理学療法士としてもっとできる関わりがあったのではないかと振り返ることも必要である。「孫に会いたい」「1日だけでも自宅に帰りたい」「桜を見にいきたい」。病院で働いていると、患者や家族のさまざまな希望を耳にする。これからも病棟スタッフ、リハビリテーション科スタッフと一緒に、その人らしい生活を支援できるように患者、家族の思いを大切にしたい関わりを続けていきたい。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：厚生白書，1981
- 2) 川勝邦弘：理学療法とリハビリテーション—その用語の持つ意味—，甲南女子大学研究紀要 6，1-7，2012
- 3) 石垣智也，尾川達也，松波咲恵，他：回復期リハビリテーション病棟入院患者におけるリハビリテーションへの参加意欲が帰結に与える影響—社会的要因を考慮して—多施設共同研究，理学療法学 41(2)，108-109，2014.
- 4) K. Oyake, K. Yamauchi, et al.: A Multicenter Explanatory Survey of Patients' and Clinicians' Perceptions of Motivational Factors in Rehabilitation. Communications Medicine 3, Article Number: 78, 2023
- 5) 喜多一馬，池田耕二：理学療法想定場面におけるフレーミング効果を意識した声かけの言い回しの違いによる視覚的文字教示が患者の意欲に与える影響について—肯定的と否定的な言い回しによる比較—，理学療法科学 34(3)：353-357，2019.
- 6) 桑原裕也，京極真，寺岡睦，他：回復期リハビリテーション病棟入院患者におけるリハビリテーションの意欲に関わる要因の質的解明，精神・心理領域理学療法学 2(1)：11-22，2024
- 7) 正木郁太郎：職場において感謝がワークエンゲイジメントと文脈的パフォーマンスに与える効果：応答曲面分析を用いた検討，社会心理学研究 39(1)：15-30，2023
- 8) 小澤理香子，菅谷智一，森千鶴：病棟看護師のワーク・エンゲイジメントに影響する要因，日本看護管理学会誌 26(1)：55-63，2022



病棟内バス停の紹介 ～富家病院の認知症患者の帰宅願望への対応～

医療法人社団富家会 富家病院（埼玉県ふじみ野市）

理事長 富家隆樹

富家病院の地域包括ケア病棟では、認知症患者が帰宅願望を強く持たれた際に、非薬物療法の一つとして「バス停」を設置し、心理的安定を図る取り組みを行っている。この方法は、認知症患者の気持ちに寄り添いながら、安全で安心できる環境を提供するために考案された。今回はこの取り組みについてご紹介する。

地域包括ケア病棟に設置された「バス停」は、患者の「家に帰りたい」という気持ちを尊重しつつ、それを病棟内で実現しているかのように感じさせる工夫がなされている。バス停には、地元の地名や「東京駅行き」「羽田空港行き」などの遠方の行き先も表示され、患者にとってリアリティのある環境を作り出している。これにより、患者は「帰宅できる」という安心感を持ちながら、病棟内で過ごすことが可能になる。

帰宅願望を訴える患者がいらっしゃった場合、スタッフは「もうすぐお家に帰れるバスが来ますので、ここで待ちましょう」と優しく声をかけ、バス停に案内します。そして、ベンチに座って一緒にお話をしたり、不安な気持ちを聞いたりする。このプロセスの中で患者は落ち着きを取り戻し、夕方になる頃には心理的な不安

も和らいでいる。その後、「今日は遅くなってしまったので、また明日にしましょう」と伝え、多くの患者は納得してお部屋に戻られる。

この取り組みを導入したことで、以前は病棟から外に出てしまう患者を追いかけるのに苦労していたが、そのような状況は大幅に

減少した。結果として、スタッフも安心して患者の対応に専心でき、患者自身も落ち着いて日々を過ごせるようになった。

また、この取り組みは患者のご家族からも、「家族がここで安心して過ごせている」という声を多くいただいている。

さらに、このバス停は認知症患者へのケアの新しいアプローチとして注目されている。患者の「帰りたい」という気持ちを否定するのではなく、受け入れながらも安全に配慮した形で対応することで、患者の尊厳を守りつつ、病棟内での穏やかな生活を実現している。

また、スタッフ同士の協力体制もこの取り組みによって強化されている。患者が安心して過ごせる環境を提供するためには、チームでの連携が欠かせない。例えば、看護師や介護士、リハビリスタッフが患者の状態を共有しながら適切な対応を行うことで、より効果的なケアが実現されている。このようなチームケアの精神は、職場全体の士気向上にもつながっている。

富家病院では、今後も認知症患者のニーズに応じたケアの研究と実践を進めていく。このバス停の取り組みは、患者の心理的安定を図るだけでなく、病棟全体の雰囲気をもより穏やかで安心感のあるものにする役割を果たしている。これからも、患者とご家族が安心して過ごせる環境づくりに努めていこうと考えている。

認知症ケアの改善は常に進化する分野であり、私たちは患者やそのご家族からの声を真摯に受け止めながら、更なる工夫を重ねていく。



写真2



写真1

在宅療養中の患者に対する訪問リハビリテーション事業の効率性に関する検討

公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

リハビリテーション部 理学療法士 野本正仁，佐藤由依，平野佳美

作業療法士 石森卓矢 脳神経内科 医師 美原盤

【和文抄録】

居宅におけるリハビリテーション（リハ）は，訪問リハ事業所からの訪問と訪問看護ステーションからの訪問が存在する．今回，当院回復期リハ病棟退院後に訪問リハ（訪リハ群）および看護職員の代わりに訪問させるリハ（訪看リハ群）を利用した脳血管疾患患者を対象とし，居宅における訪問リハのあり方について検討した．まず，両群の患者特性，プロセス，アウトカムの群間比較を行った．次に両群それぞれにおける開始時と終了時の Functional Independence Measure（FIM），Frenchay Activities Index（FAI），Life Space Assessment（LSA）を群内比較した．最後に両群それぞれの FIM 点数を 1 点改善させるためにかかるコストを試算した．結果，両群の患者特性に差を認めず，FIM，FAI，LSA は両群とも終了時の得点が高かった．FIM 点数を 1 点改善させるためにかかるコストは訪リハ群が訪看リハ群の 3 分の 1 以下だった．訪問リハは，看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ，効率的かつ低コストで生活能力の改善を図る機能を有していることが示唆された．

【Key words】

訪問リハビリテーション，訪問看護ステーション，効率性

【はじめに】

介護保険法において，訪問リハビリテーションは，心身機能の維持向上を図り，日常生活の自立を助けるために居宅にて行われる理学療法，作業療法，その他必要なりハビリテーション（リハ）と定義されており¹⁾，介護を要する高齢者の在宅生活への支援として，その重要性が大きくなっている．居宅におけるリハに関しては，病院や診療所，介護老人保健施設内の訪問リハビリテーション事業所からの訪問（訪問リハ）と訪問看護ステーションからの訪問（看護職員の代わりに訪問させるリハ）が存在する．前者は機能回復と自立支援を目的とし，後者は看護業務の一環として看護職員の代わりに訪問させるという位置づけでのリハである．介護報酬上，両者は医師による指示の出し方が異なることや看護師の配置基準など，ストラクチャーやプロセスに差を設けている．

石森らは，訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハの機能分化について，訪問リハの対象者は回復期リハ病棟退院後の患者で脳血管疾患や整形外科疾患など機能回復や生活能力の改善が見込める患者とし，看護職員の代わりに訪問させるリハの対象者は神経難病など，心身機能の低下が予想される疾患の患者とすべきであると報告している²⁾．すなわち，医師の指示や看護師の訪問など，プロセスによる誘導ではなく，退院からの期間，疾患，患者像など，その目的に応じて機能分化を図るべきである．

当院先行研究において，当院回復期リハ病棟退院後に訪問リハおよび看護職員の代わりに訪問させるリハを利用した脳血管疾患患者を対象とし，訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハの介入の違いによるプロセスやアウトカムを比較した．その結果，訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハの両者ともに，ADL，IADL，生活範囲の改善が可能であるものの，訪問リハは看護職員の代わりに訪

問させるリハに比べ、1日あたりのリハ提供量が多く、終了までの期間が短いことを示した。すなわち、訪問リハは看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ、短期間で集中的なりハを提供することにより、効率的に終了へと導く機能を有していることを指摘した³⁾。

厚労省の介護給付費等実態統計によると、介護保険制度が始まった翌年度の2001年度から介護費用の総額は増加傾向にあり、2022年度は2001年度の約2.6倍となっている⁴⁾。このように高齢者人口の増加とともに介護サービスの利用患者が増加していることに加え、1人あたりにおける介護費用の抑制に歯止めがかからない状況となっている。今後、さらなる高齢化社会を迎える中で、病院退院後の訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハの需要は増加し⁵⁾、介護費用額においてもさらなる増加が見込まれる。これらの状況を踏まえ、訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハに関して、プロセスとアウトカムのみならず、コストにおける効率性についても検討する必要があると思われる。しかしながら、訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハのADL能力改善にかかるコストに関しては十分に検討されていない。

今回、当法人における両事業所のプロセス、アウトカムの比較に加え、ADL能力改善にかかるコストにも着目し、訪問リハビリテーション事業の効率性について検討した。

【当法人における訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの変遷】

当法人は、2004年に当法人運営の美原記念病院訪問看護ステーショングラーチア（グラーチア）にて、看護職員の代わりに訪問させるリハを開始した。しかし、2005年度の介護報酬改定において、訪問看護ステーションからの看護職員の代わりに訪問させるリハは、看護師の訪問回数をリハ職が上回ってはならないことが示された。このことはリハ難民を増やすことにつながりかねないため、2006年より美原記念病院に訪問リハビリテーション事業所を設置し運営を開始した。

2015年、患者数増加に伴い、訪問リハビリテー

ション事業所において、介護報酬制度で求められている二重診察に対し、業務効率性が低下し、対応が限界と判断し、美原記念病院訪問リハビリテーション事業所を閉鎖、グラーチアでの看護職員の代わりに訪問させるリハとして事業を移行した。二重診察とは、訪問リハビリテーションを受ける患者が、訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師を主治医として計画的な医学的管理を受けている場合、訪問リハビリテーション事業所の医師は患者に対して、訪問リハビリテーション処方のために3か月に1回程度の診察を行うことである。この診察は訪問リハビリテーション事業所の医師が診察しても診療報酬が得られないため、訪問リハビリテーション事業所にとっては、効率性の面や経済性の面から負担となる。一方、訪問看護ステーションでは、どの医療機関の医師であっても診察を行っていれば訪問看護指示書として看護職員の代わりに訪問させるリハを指示することができる。

2018年度の介護報酬改定において、訪問看護ステーションからの看護職員の代わりに訪問させるリハを実施する場合、定期的な健康管理を行う観点から、3か月に1度看護師による訪問を行うことが義務付けられ、グラーチアは看護職員の代わりに訪問させるリハ実施の規模を縮小し、再び美原記念病院に訪問リハビリテーション事業所を設置し運営を開始した。

このように当法人は介護報酬改定に合わせて訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの事業移行を繰り返してきたが、本来、訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハは機能を明確にすべきであると思われる。当法人における訪問リハ、看護職員の代わりに訪問させるリハの変遷を見ると、介護報酬改定は機能を明確にするどころか、必要な患者への提供体制確保を阻害しているとも言え、現在、当法人は訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの機能分化における過渡期を迎えている。

【対象】

2014年7月から2020年9月までの間で当院回

復期リハ病棟退院後に訪問リハおよび看護職員の代わりに訪問させるリハを利用した脳血管疾患患者 153 名を対象とした。その中で訪問リハを利用した患者 20 名（男性 10 名，女性 10 名，年齢 72.6 ± 10.4 歳）を訪リハ群，看護職員の代わりに訪問させるリハを利用した患者 87 名（男性 55 名，女性 32 名，年齢 70.2 ± 11.2 歳）を訪看リハ群とした。状態悪化や死亡した患者は除外した。

【方法】

当院のリハ部，グラーチアリハ部門では，患者の年齢・性別等の基本情報と専門的評価（理学療法評価・作業療法評価・言語聴覚療法評価）から構成されるデータベースを構築している。これは，臨床の質の向上を図ることや研究活動に活用し，当院から情報を発信していくことを目的としている⁶⁾。

本研究は，このデータベースと診療録を用いて後方視的に調査した。対象患者への説明と同意に関しては，インフォームドコンセントを省略する代わりに，当法人ホームページにて研究情報を公開し，対象者が拒否できる機会を保証し，当法人倫理委員会の承認を受けた（受付番号 110-05）。

すべての解析は，統計解析ソフトの Excel 統計 2013 を用い，統計学的有意水準は 5 %未満とした。

1. 訪リハ群と訪看リハ群の群間比較

年齢，性別，訪問リハ開始までの日数，開始時の Functional Independence Measure (FIM)，Frenchay Activities Index (FAI)，Life Space Assessment (LSA)，1日あたりのリハ時間，訪問頻度，利用期間，リハ提供回数，リハ費用合計，終了時のFIM，FAI，LSA，FIM利得の計15項目について，群間比較を行った。統計解析はカイ二乗検定，Mann-WhitneyのU検定を用いた。

2. 訪リハ群と訪看リハ群それぞれにおける開始時と終了時の群内比較

開始時と終了時の FIM，FAI，LSA について郡内比較を行った。統計解析は Wilcoxon の符号付順位和検定を用いた。

3. 訪リハ群と訪看リハ群それぞれの FIM 点数を 1 点改善させるためにかかるコスト

訪リハ群，訪看リハ群それぞれの開始から終了までに要したリハ費用合計×地域区分÷ FIM 利得から算出した。訪問リハが位置する地域区分は 6 級地にあたることから 1 単位あたり 10.17 円，看護職員の代わりに訪問させるリハが位置する地域区分は 7 級地にあたることから 1 単位あたり 10.21 円とした。

【結果】

1. 訪リハ群と訪看リハ群の群間比較

年齢，性別，訪問リハ開始までの日数，開始時・終了時の FIM，FAI，LSA，FIM 利得は差を認めなかった。訪リハ群は訪看リハ群に比べ，1 日あたりのリハ提供量と訪問頻度が多く，利用期間が短かった ($p<0.05$)。さらに，リハ提供回数，リハ費用合計においても，訪リハ群が訪看リハ群に比べ，少なかった ($p<0.05$) (表 1)。

項目	訪リハ群(n=20)	訪看リハ群(n=87)	P 値
年齢(歳)	72.6±10.4	70.2±11.2	$p=0.2$
性別(男:女)	10 : 10	55 : 32	$p=0.2$
開始までの日数(日)	7.1±4.7	10.1±10.4	$p=0.1$
開始時FIM(点)	105.7±15.3	100.1±22.8	$p=0.7$
開始時FAI(点)	4.5±4.4	4.8±6.9	$p=0.3$
開始時LSA(点)	21.0±13.1	26.4±22.3	$p=0.4$
1日あたりのリハ回数(回)	2.4±0.5	2.0±0.0	$p<0.05$
訪問頻度(回)	1.8±0.8	1.2±0.4	$p<0.05$
利用期間(日)	152.0±129.1	531.3±513.9	$p<0.05$
リハ提供回数(回)	65.9±46.0	147.9±146.5	$p<0.05$
リハ費用合計(単位)	19733.5±13991.6	44282.5±43698.7	$p<0.05$
終了時FIM(点)	111.5±13.9	103.8±23.8	$p=0.5$
終了時FAI(点)	12.0±6.5	9.5±10.2	$p=0.1$
終了時LSA(点)	36.6±16.0	42.1±29.4	$p=0.7$
FIM利得(点)	5.7±4.8	3.7±10.2	$p=0.1$

表1 訪リハ群と訪看リハ群の群間比較

2. 訪リハ群と訪看リハ群それぞれにおける開始時と終了時の群内比較

FIM, FAI, LSAは、訪リハ群、訪看リハ群とも開始時に比べ、終了時の得点が全て高かった ($p<0.05$) (図1)。

3. 訪リハ群と訪看リハ群それぞれのFIM 点数を1点改善させるためにかかるコスト

訪リハ群のFIM利得は6点で実際の金額に換算するとFIM 1点あたり、33,447円であった。一方、訪看リハ群のFIM利得は4点で実際の金額に換算するとFIM 1点あたり、113,029円であった (図2)。

【考察】

石森らは、回復期リハ病棟退院後に訪問リハビリテーションを利用することで、生活混乱期における生活機能の低下を抑制し、ADL 能力を向上することができると報告している⁷⁾。本調査より、当院先行研究同様、回復期リハ病棟退院後に訪問リハおよび看護職員の代わりに訪問させるリハを利用した脳血管疾患患者は、両者ともにADL, IADL, 生活範囲の改善が可能であることが示された。このことは、回復期リハ病棟退院後の在宅リハは訪問リハ、看護

職員の代わりに訪問させるリハともに生活能力の改善が可能であることを示すものである。訪問リハと看護職員の代わりに訪問させるリハの比較結果においては、両者のサンプルサイズは異なるものの、訪問リハは、看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ、1日あたりのリハ提供量、訪問頻度が多く、終了までの期間においては短い結果であった。さらに、リハ提供回数、リハ総単位数においても、訪問リハが看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ少ない結果であった。

訪問リハビリテーション提供量に関して、現行の介護報酬制度における訪問リハは、退院から3ヶ月間は週に240分間(12回/20分)のリハが提供可能であることに加え、短期集中リハ実施加算(200単位/回)が算定可能となっている。一方、看護職員の代わりに訪問させるリハは週に120分(6回/20分)までとなっている。これらの介護報酬制度の違いからも、訪問リハが看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ、短期間で集中的なりハを提供しやすいことが伺える。FIM 点数を1点改善させるためにかかるコストに関して、本研究の対象期間に平成27年度と平成30年度の介護報酬改定があり、これらが結果に影響を与える可能性があることを

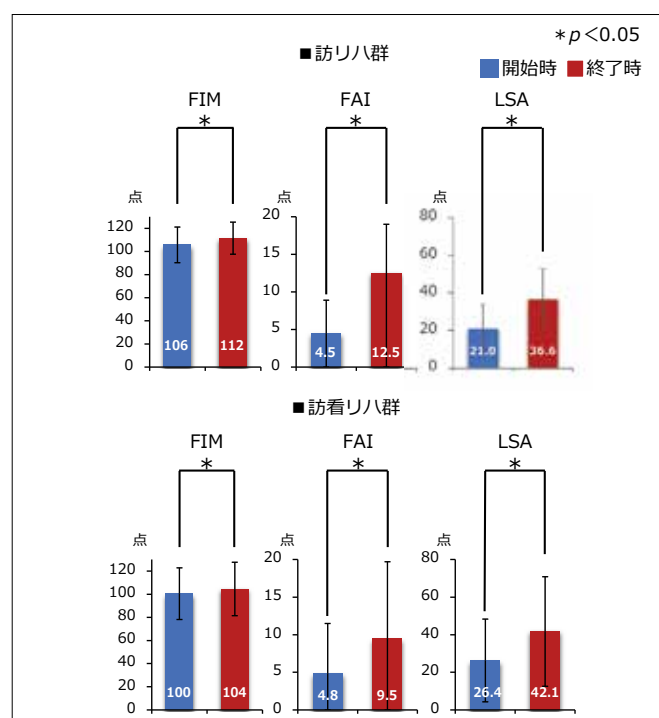


図1 訪リハ群と訪看リハ群それぞれにおける開始時と終了時の群内比較

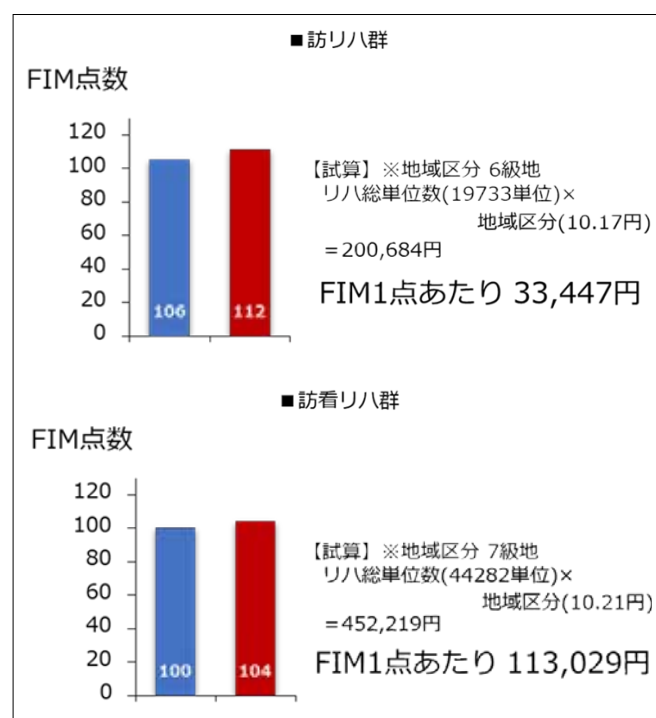


図2 訪リハ群と訪看リハ群それぞれのFIM 点数を1点改善させるためにかかるコスト

否定できないが、訪問リハは 33,447 円、看護職員の代わりに訪問させるリハは 113,029 円であった。このことから、訪問リハは、看護職員の代わりに訪問させるリハの 3 分の 1 以下のコストで ADL を改善させ、終了に導く機能を有していることが示唆された。適切な時期に適切な医療・介護資源を投入し、訪問リハビリテーションを終了することは、患者にとっても有益であり、かつ我が国の医療財政の削減にも貢献できると思われる。

真鍋らは、訪問リハビリテーションの終了に関して、訪問リハビリテーションは目標指向型で行われ、目標達成をもって終了にするべきであると報告している⁸⁾。さらに、石森らは、適切な時期に訪問リハビリテーションを終了すれば、生活能力は低下しないことを報告している⁹⁾。すなわち、これら先行研究では、患者がリハに依存しない主体性のある生活を獲得するためには、訪問リハビリテーションを終了することが重要であることを指摘している。本調査より、訪問リハは、看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ、短期間で集中的なリハを提供することにより、効率的かつ低コストで生活能力の改善を図り、終了に導く機能を有していることが示された。すなわち、回復期リハ病棟退院後に生活能力の改善が見込める脳血管疾患の患者に対しては、訪問リハが介入することが適切と考えられた。

【結語】

訪問リハは、看護職員の代わりに訪問させるリハに比べ、低コストで生活能力の改善を図る機能を有している。すなわち、回復期リハ病棟退院後に機能回復や生活能力の改善が見込める脳血管疾患の患者に対しては、効率的なリハが提供できる訪問リハが介入するべきである。以上より、在宅療養中の患者に対する適切な訪問リハビリテーションのあり方として、疾患、退院からの期間、患者像などに応じて、リハ提供施設の機能分化を推進されることが期待される。

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

【文献】

- 1) 莊村明彦：第 5 章訪問リハビリテーション。老人保健福祉関係法令研究会：老人保健福祉関係法令通知集，中央法規出版株式会社，P107-112，2015
- 2) 石森卓矢，他：訪問リハビリテーションのあり方についての提言～訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの機能分化に向けて～，社会保険旬報，No.2848，P12-19，2022
- 3) 野本正仁，他：訪問リハビリテーションのあり方について～訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの比較～．全日本病院協会雑誌，35 巻 1 号，P37-40，2024
- 4) 令和 4 年度介護給付費等実態統計の概況（令和 4 年 5 月審査分～令和 5 年 4 月審査分），<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/22/index.html>，2024 年 10 月 27 日アクセス
- 5) 新井幸起，他：訪問リハビリテーションにおける新人教育について～今後の課題と当院の教育プログラム～，理学療法研究・長野 41：P114-117，2012
- 6) 鶴井慎也，他：リハビリテーション部の患者データベースシステムの見直し～効率性と質向上への取り組みに向けて～，リハビリテーション医療 DX 研究会第 1 回学術集会抄録集，P74，2023
- 7) 石森卓矢，他：回復期リハビリテーション病院退院直後における訪問リハビリテーションの有用性～ADL とリハビリテーションに関わる医療費に着目して～，日本慢性期医療協会誌，Vol23 No.6，P60-65，2016
- 8) 真鍋阿沙子，他：訪問リハビリテーションの終了の考え方②「病院からの訪問リハビリテーションの立場から」，訪問リハビリテーション 3，P525-532，2013
- 9) 石森卓矢，他：訪問リハビリテーションを終了すると生活は変化するのか，作業療法ジャーナル，vol52 No.7，P679-683，2018



第 30 症例

下記治療について、会員の皆様と症例供覧を行い、治療方針を募集いたします。奮ってご投稿ください。

治療方針投稿締切：2025 年 6 月 30 日 投稿先：info@jamcf.jp 文字数：2400 字以内を目処（である調）

※投稿治療方針を掲載する際に、病院・執筆者名等は無記名をご希望の場合は、その旨をお知らせください。

精神疾患を有する若年者の墜落外傷 ～回復期リハビリ病棟での対応～

【症例】

18 歳 女性

【既往歴】

小学 5 年生（10 歳時）より某心身クリニックへ通院。（詳細不詳）

202X 年 2 月 12 日より自宅近くの別のクリニックに転医。こだわり、感覚過敏、コミュニケーションの質的障害などから軽度精神遅滞（FIQ65）、「自閉スペクトラム症」と診断され通院中だった。ブレクスピラゾール 1 mg、クロナゼパム 0.5 mg が処方されていた。『TikTok できらきらした人を見ると気持ちが悪くて死にたくなる』といった訴え、慢性的な抑うつ気分、希死念慮が認められたとのこと。服薬アドヒアランスも不良で怠薬傾向であった。

【現病歴】

202X + 2 年 9 月 30 日に自宅 3 階より飛び降り、某市立医療センターへ救急搬送されたが、対応困難で某医科大学総合医療センター救命センターへ転院。

腰椎（L2）破裂骨折に対して後方固定術（Th 12-L4）施行。

右踵骨骨折に対して 10 月 1 日に創外固定、10 月 10 日に観血的固定術が施行された。

精神科面接では、自殺念慮については明確に否定し、飛び降りについては「後悔しています」「二度としません」と話されたとのことである。

入院後は、アリピプラゾール 6 mg で治療が開始されたが、衝動性抑制のため 10 月 8 日より中止、リスペリドン 2 mg へ変更、不眠に対してレンドレキサント 5 mg 開始。

「悪口をいわれた」「手術が失敗した」等の訴えがあり、当初は拒薬があった。

10 月 9 日より個室対応、耳栓・ワイヤレスヘッドホンを可とすることで拒薬がなくなり、穏やかに過ごされていた。

10 月 15 日に「目が上を向く」との訴えあり、リスペリドンによるジストニア疑いでビペリデン 2 mg が追加されたところ症状は消退した。

202X + 2 年 10 月 24 日に初診の某市立医療センターへ転院。転院後は基本的に落ち着いて過ごされており、錐体外路症状は認めなかった。

術後より膀胱直腸障害が残存しており、尿閉に対して尿道留置カテーテル留置。

10 月 7 日より 15 日まで尿路感染症として CTRX 投与、10 月 15 日 RBC4 単位の輸血が施行された。

心身共に状態が安定したため、202X + 2 年 11 月 19 日、当院回復期リハビリテーション病棟に転院となった。

【当院転院時の様子】

両親の付き添いのもと車椅子で来院。

質問に対して簡単な返答あり、口数は少ないが時折笑顔あり。

【入院時現症】

身長 163 cm・体重 36.5 kg（BMI 15.6）

意識清明、36.2℃、脈拍 65/分、血圧 87/57（通常でも 80～90 台）、酸素飽和度 97%、尿道カテーテルが留置されている。

右下肢：疼痛自制内、しびれの訴えなし。腫脹、熱感なし。

踵部に 2 cm 台の発赤あり。乾燥高度。

左下肢：踵部の発赤なし。第一足趾付け根周囲に発赤あり。

背骨周囲の創部、仙骨・大転子部：皮膚トラブルなし。

【入院時 ADL】

- ・移乗：一部介助，右踵は免荷の状態の手すりなどを使用し，軽介助で可能。
- ・移動：車椅子全介助
- ・食事：自立
- ・排泄：尿道留置カテーテル，黄色尿流出良好
一旦セミ留置された際，尿意なく患者自身で定期的にキャップを外して排尿する必要があることの説明を受けているが，あまり理解出来ておらず患者自身も自信がなかったとのこと。前医では自己導尿は難しいと判断されている。
排便は酸化マグネシウムを内服し，前医では連日自然排便あり。ただし便意ははっきりせず，適宜オムツ内を確認して対応していた。
- ・更衣：一部介助
- ・入浴：コルセットについて確認取れ次第

【家族状況】

両親，母方祖父母との5人暮らし

父：キーパーソン。就労あり（22：00～9：00）

母：就労なし，祖父母：同居

家族は退院後の生活について，特に排尿障害についてはかなり心配しており，尿道カテーテル抜去に期待していることは明らかであった。

【家屋状況】

戸建3階建て

3F：寝室（布団）

2F：リビング・浴室・トイレ

1F：祖父母生活スペース・トイレ

階段には昇段時に左側手すり。基本的には2Fで過ごしていたとのこと。

【経済状況】

詳細未聴取，本人就労なし

【制度等利用状況】

- ・精神保健福祉手帳2級（交付：202X年3/9，有効期限：202X+4年3/31）
- ・自立支援医療（精神通院）（有効期限202X年+2年3/1～202X+3年2/28）
精神科かかりつけ医あり

【入院時持参薬】

- ①ロキソプロフェンナトリウム錠60mg 3錠 3×毎食後
- ②リクシアナOD錠15mg 1錠 1×朝食後
- ③クエン酸第一鉄Na錠50mg 2錠 2×朝・夕食後
- ④ファモチジンD錠20mg 2錠 2×朝・夕食後
- ⑤酸化マグネシウム錠330mg 3錠 3×毎食後
- ⑥リスペリドン内用液分包0.5mg 2包 2×朝・夕食後
リスペリドンOD錠1mg 1錠 1×就寝前（リスペリドン計2mg/日）
- ⑦デエビゴ錠5mg 1錠 1×寝る前
- ⑧アキネトン錠1mg 2錠 2×朝・夕食後
- ⑨デエビゴ5mg 1錠 1×就寝前
- ⑩頓用：ピコスルファートNa内用液0.75% 便秘時

入院後，すぐに当院精神科医（週2回非常勤）が介入。面接の結果，「やや過剰適応気味にも見えるが，精神的には穏やかである。ストレス耐性は低い方で，無理はさせず保護的な対応が必要そうであるが，今のところは大丈夫のようである。このままの処方内容を継続して経過観察」という方針となった。

整形外科医（週1回非常勤）も介入。前医から提示された，踵骨骨折に対しての免荷スケジュールは以下の通りである。

- ・11/21日まで免荷（荷重をかけたいときはグラフィン装具固定）
- ・11月22日～12月6日 1/3荷重
- ・12月7日～12月21日 2/3荷重
- ・12月22日～疼痛に応じて全荷重
コルセットは12月30日まで装着の指示。

【身体機能】

- ・ROM：（右/左）
右足関節背屈（5/-）
- ・筋力：（右/左）
上肢3～4/3～4レベル，右前脛骨筋MMT4レベル
- ・疼痛（NRS）：荷重時に右踵部，腓腹部に疼痛出現する。
- ・BBS：10点

【入院時検査所見】[202 X +2年/11月19日]

* LD (IFCC)	147 U/L	* 白血球数	5600/ μ L
* AST (GOT)	18 U/L	* 赤血球数	$339 \times 10^4/\mu$ L
* ALT (GPT)	37 U/L	* ヘモグロビン	10.5 g/dL
* ALP (IFCC)	63 U/L	* RDW-SD	45.7
* γ -GT (γ -GTP)	11 U/L	* ヘマトクリット	31.8 %
* CK	58 U/L	* MCHC	33.0
* 血清アミラーゼ	119 U/L	* MCV	93.8fL
* TG (中性脂肪)	58 mg/dL	* MCH	31.0
* 総コレステロール	158 mg/dL	* RDW-CV	13.0 %
* HDL- コレステロール	67 mg/dL	* PDW	12.2
* non-HDL	—	* MPV	9.7
* LDL- コレステロール	88 mg/dL	* 血小板数	$18.4 \times 10^4/\mu$
* 総蛋白	6.1 mg/dL	* P-LCR	23.7
* アルブミン (BCP)	4.0 g/dL	* W-SCR	24.7
* A/G (BCP)	1.90	* W-MCR	10.5
* 総ビリルビン	0.42 mg/dL	* W-LCR	64.8
* 尿素窒素	15.6 mg/dL	* PCT	0.18 %
* 尿酸	3.9 mg/dL	* 総リンパ球数 (X)	$14.0 \times 10^2/\mu$ L
* クレアチニン	0.43 mg/dL	尿色調 痰黄色	
* Cre・推算 GFR (eGFR)	157.5 mL/分	尿混濁 (—)	
* グルコース	103 mg/dL	尿ウロビリノーゲン定性：正常	
* CRP 定量	0.01 mg/dL	尿潜血反応 RBC (1 +)	
* HbA1c (NGSP)	4.64 %	尿糖定性 (—)	
* ナトリウム	143.2 mEq/L	尿蛋白定性 (—)	
* カリウム	4.05 mEq/L	尿 PH 8.0	
* クロール	106.6 mEq/L	尿比重 1.010	
* 乳び	(—)	赤血球 5 ~ 9/HPF	
* 溶血	(—)	白血球 1 ~ 4/HPF	
* 黄疸	(—)	血尿 (+)	
* PT-INR	1.21	均一赤血球 大部分	
* フィブリノーゲン	280mg/dL	尿培養：Escherichia Coli 1.0×10^4 CFU/mL	
* D ダイマー	0.88 mcg/mL	感受性結果は省略	
* 梅毒定性 RPR 法 (—)			
* 梅毒定性 TP 抗体法 (—)			
* HCV 抗体 3 : LPI 判定 (—)			
* HBs 抗原 CLIA 判定 (—)			

入院時の問題点

1. 精神疾患の存在（認知症でも統合失調症でもうつ病でもない若年者の自閉スペクトラム症）と症状悪化の可能性：精神科常勤不在
2. 膀胱直腸障害、特に尿道カテーテル留置について：泌尿器医は不在
3. ポリファーマシー
4. 自宅退院後の問題点

今後の治療方針・具体的対応

左記の問題点に対し、回復期リハビリ病棟において、患者の在宅復帰に向けて、多職種（医師、看護師、リハビリ担当者、介護職、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、社会福祉士）がどのように関わるべきか、治療計画と具体的対応について検討してください。



第33回日本慢性期医療学会の開催に向けて 学会テーマ「慢性期医療の匠になろう! : 坂の上をめざして」

第33回日本慢性期医療学会 学会長 西尾俊治

第33回日本慢性期医療学会は、2025年11月6日(木)・7日(金)大阪国際会議場において開催する。第13回慢性期リハビリテーション学会も併催となる。日本介護医療院セミナー、地域病病連携推進機構シンポジウムも開催される。本学会のテーマは「慢性期医療の匠(たくみ)になろう! : 坂の上をめざして」である。

「慢性期医療」という名称はかなり全国的に普及し、「慢性期医療」のあるべき姿も見えてきたと思う。「慢性期医療」では多くの疾患・多くの障害をもった方(主に高齢者)およびそのご家族のトータルサポートが必要であり、「良質な慢性期医療」をめざして多くの課題に多職種が日夜取り組み、すべての方が「匠」をめざしているだろう。

「匠」とは「優れた技術を持った職人」をさす言葉であり、仕事に向きあう真摯な眼差し、そしてその手がけている仕事を良くしようという努力の道筋を連想させる。しかし、決してゴールではない。そこで本学会では慢性期医療における課題の中からテーマを選んですでに「匠」になっている方、上手く取り組んでいる「匠施設」、一方では取り組みに難渋している施設が討議をおこない、結果としてすべての方が「匠」への道に進めるような企画をした。

シンポジウム1「どうなる新地域医療構想」では2040年に向けた地域医療構想について解説していただき、今後の慢性期医療における対応(どのような匠になるべきか)について考えたいと思う。シンポジウム2「栄養の匠をめざして」では新たな栄養指標の解説、栄養をどこまで続けるかという実践的な課題について討議される。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」では円滑な医療介護連携の具体的な方策や医師・看護師以外の職種でもどのような状態であれば緊急搬送する

べきかというわかりやすい指標も提案される。特定看護師の役割の重要性についても実践例が提示されるものと期待している。シンポジウム4「慢性期医療・介護DXの匠をめざして」ではすでに導入が進んでいる施設から活用方法や問題点について、またロボットを熟知した介護士の養成について解説される。DXを全職種が活用できるための具体策が示されると思う。シンポジウム5「認知症ケアの匠をめざして」では認知症に関わる多くの問題の中から身体拘束最小化大作戦、ACPそして食事支援方法について考えてみる。フロアからの多くのご質問を期待する。

特別講演1では、橋本康子会長に「さらなる慢性期医療をめざす匠の技とは」と題して、慢性期医療における今後の在り方についてご講演をいただく。学会長講演(特別講演2)「排尿ケアの匠をめざして」では私から「排尿ケアは心のケア あなたの笑顔を見たい!」と題してお話をする。排尿ケアに関しては困難事例が多く苦勞していると思う。具体的な排尿ケアについて解説する。適切な排尿ケアにより患者・利用者の笑顔を見たいと思う。またすでに自治体で排尿ケアサポーターを養成している滋賀県から、5年間におよぶその取り組みについてご講演をしていただく。排尿トラブルについても予防が重要性である。全国の自治体での取り組みに参考になると期待している。第13回慢性期リハビリテーション学会シンポジウムでは「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かた」について討議される。

一般演題に関して、ご迷惑をおかけするが発表はすべてポスターにした。会場の広さの問題もあるができるだけ発表しやすい環境を整えたいと考えている。発表者は発表後30分その場に残っていただき

しっかりとご討議していただき、発表内容を多くの参加者と深めていただきたいと思います。

どのテーマも簡単には「匠」にはなれないものばかりである。しかし、困難な課題であるからこそ、その「坂の上」を目指していききたいと思う。「坂の上の雲」の上はいつも晴れ！各セッションにおいて「匠」になるためのキーワード、ポイントを討議していただき、学会参加者すべての方が「匠」への道をめざしていければ幸いである。しかし、個々の課題の匠だけでは慢性期医療は不十分と考える。総

合的な匠になってこそ「慢性期医療の匠」と言えるだろう。それぞれの職種に応じた「匠」も必要だ。多職種が力を出し合ってこそ「患者・利用者にとって真の匠」になれるのではないかと思う。皆様がこの学会を通じてどのような「匠」になるか楽しみである。

慢性期医療の現場で働き、同じ志を抱く多くの方々が大阪の地に参集されることを希望する。積極的な演題登録と会場参加登録をお願い申し上げる。

プログラム(予定)

第33回日本慢性期医療学会

シンポジウム1	どうなる 新地域医療構想
シンポジウム2	栄養の匠をめざして
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
シンポジウム4	慢性期医療・介護DXの匠をめざして
シンポジウム5	認知症ケアの匠をめざして
特別講演1(会長講演)	さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは
特別講演2(学会長講演)	排尿ケアの匠をめざして

第13回慢性期リハビリテーション学会

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

日本介護医療院協会セミナー

2040年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域包括医療病棟の現状と課題

図1 第33回日本慢性期医療学会 プログラム



2025年3月の記者会見 育児・介護休業法改正への対応 ～魅力ある職場を作る持続可能な体制構築～



当会は3月13日、「育児・介護休業法改正への対応 ～魅力ある職場を作る持続可能な体制構築～」をテーマに定例記者会見を開き、法改正による医療・介護業界への影響を踏まえた課題や対応策を示した。会見で橋本康子会長は、支援制度の充実が重要だが、一方で現場の負担軽減にも配慮が必要であると強調した。

■ 育児・介護休業法改正による影響は

今年4月から施行される育児・介護休業法の改正により、短時間勤務制度の適用範囲が3歳から就学までに拡大される。橋本会長は「法改正により、育児をしながら働く職員にとっては利便性が向上するが、現場運用においては人員配置の調整が必要になる」と指摘。医療・介護業界では厳格な人員基準が存在するため、短時間勤務者が増加することで人員不足が発生する可能性があるかと懸念した。

また、いわゆる「産後パパ給付」の充実により、

男性の育児休業取得が促進される影響に言及。この制度では、一定の条件を満たした場合に育児休業中の手取り賃金が100%保証されるため、取得を希望する職員が増加することが予想されるが、医療機関では夫婦ともに同じ職場で働くケースがあり、両親が同時に休業することによる影響が大きいと指摘し、「業務の質を維持するためには、人員補充や手当の支給などの対応が求められる」との認識を示した。

■ 多くの病院は厳しい財政状況

人員確保に向けた診療報酬上の措置として橋本会長は、柔軟な働き方を可能にするための常勤配置要件の緩和や、新型コロナウイルス感染症の流行時などの緊急時の特例を挙げた上で、限定的であるとした。人材確保のための助成金制度についても、対象が中小企業に限定されていると指摘。「基準を満たす病院は全体の36%にとどまり、残りの64%の病

院は助成金の対象外となるため、人材確保に向けた経済的支援を受けることができない」と伝えた。

その上で、橋本会長は代替人員の確保やプール制の導入などの対応策を提示。これらの施策を実行するには財政的な負担が生じるとの問題点を指摘した。プール制により短期間の人材確保を図る対応に理解を示しながらも、「現在の診療報酬や介護報酬の状況を考慮すると、多くの病院は厳しい財政状況に直面しており、新たな人件費の確保が困難であり、その導入は現実的には難しい」との見方を示した。

■ 持続可能な人材確保策を

橋本会長は、医療の質の維持についても言及。「リモートケアの活用は医療従事者の負担軽減に寄与する可能性があるが、主治医が休暇中であっても業務対応を求められるケースがある」とし、運用面の課題を指摘。DXによる業務効率化や残業手当の支給、助成金の活用といった対応策については「長期的に持続することが難しい側面もある」とした。

こうした状況を踏まえ、橋本会長は現場の負担軽減のための対策が求められると指摘。「育児・介護支援制度の充実が重要であるが、それを支える病院や施設の運営が成り立たなければ、制度自体の持続性が問われる。国や関係機関と連携しながら、持続可能な人材確保策を検討することが必要」と述べた。

■ 代替要員の確保などの支援策が必要

質疑では、記者から「代替要員の確保を個々の病院で行うのは現状では難しいため、国や都道府県が制度化し、病院をサポートするべきではないか」との質問があった。

これに対し、橋本会長は「国や都道府県による代替要員の確保やプール制の導入は有効な手段であり、実現すれば大変助かる」としながらも、「現時点では実現の可能性が低く、多くの病院では自ら代替要員を確保している」と説明した。具体例として、20人の看護師が配置されている病棟では、あらかじめ1～2人を追加配置し、突発的な欠員に対応している実態を伝えた。

橋本会長は「育児休暇取得時に適用される助成金が中小病院に限定されていることが課題」とし、「助成金の適用範囲を広げることで、病院側の負担が軽減される可能性がある」との改めて強調。現行制度の課題を指摘しつつ、代替要員確保や助成金の拡充などの支援策に期待を寄せた。

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=11167>

2025年4月の記者会見

メディカル ケアプランナーの必要性 ～医療介護の一体化ケアプランニング～



当会は4月24日、「メディカル ケアプランナーの必要性 ～医療介護の一体化ケアプランニング～」をテーマに定例記者会見を開いた。橋本康子会長は、寝たきりゼロの実現に向けたケアマネジメントの在り方や、医療と介護が一体となったケアプランニングの重要性について説明した上で、医療的な知識を有する「メディカルケアマネジャー」の育成とともに、医療職が主体となる「メディカルケアプランナー」の導入を提案。ケアマネジャーと医療職との連携強化を通じて、質の高いケアと介護費用の抑制を目指すべきとの考え方を示した。

■ 寝たきりを「作らず・改善させ・悪化させない」

会見で橋本会長は、寝たきりゼロの実現に向けた方策として「作らず・改善させ・悪化させない」という三つの柱を掲げ、その中でも特に重度化防止の重要性を強調。重度化を防ぐことによって利用者の自立支援を促進し、結果として介護費用の大幅な低減が可能となると説明した。要介護2および3の利用者のうち、およそ17～18%が1年以内に要介護4または5へと悪化している現状を示し、リハビリテーションなどの介入によってその半数の重度化を防ぐことができれば、月額約100億円の介護費用削減が見込まれるとの認識を示した。

橋本会長は「このようなケアマネジメントの実効性を高めるためには、予後予測や改善可能性の評価が不可欠であり、現状のケアマネジャーによるケアプラン策定では、その領域に十分に踏み込めていないことが課題」と指摘。令和6年度介護報酬改定では、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組を評価する新たな加算が設けられたものの、「同加算の算定率は1割程度と低い」と懸念し、メディカルケアプランナーの導入による算定率の向上にも期待を込めた。

■ ケアマネジャーとの情報共有や連携強化を進める

橋本会長はケアマネジャーの業務負担にも言及。要介護者数が増加する一方でケアマネジャーの数は減少しており、1人当たりの担当利用者数が増加している状況を示した。加えて、診療報酬や介護報酬の加算が複雑化し、ケアマネジャーの業務量が増大していることから、離職率の上昇や業務継続の困難さが課題となっている点も挙げた。

こうした状況を踏まえ、当会が育成に取り組む「メディカルケアマネジャー」に加えて、退院支援などに携わる院内スタッフがチームで関わる「メディカルケアプランナー」の導入を提案。具体的には、主治医、看護師、リハビリ療法士、管理栄養士、社会福祉士などがチームを組み、医療的観点からケアプランを策定し、ケアマネジャーと連携して最適なケアプランを作成する仕組みで、橋本会長は「メディカルケアプランナーという取り組みにより、ケアマネジャーの業務負担軽減とともに、質の高いケアの提供が実現できる」と述べた。

また、ケアマネジャーの処遇改善についても触れ、処遇改善加算の対象外となっていることを問題視。今後は加算対象とすることが必要であるとの認識を示した。一方、メディカルケアプランナーの取り組みに対しても新たな加算を設けることで、寝たきり

ゼロに向けた取り組みの推進を図るべきとした。橋本会長は「医療と介護が一体化したケアプランニングに向けて、医療職とケアマネジャーとの情報共有や連携強化を進めていく必要がある」と締めくくった。

■ 医療介護の一体化ケアプランニングによる質向上

質疑では、メディカルケアプランナーの役割や人材確保の課題、制度設計に関する質問が寄せられた。記者は「医療機関も忙しい中で、メディカルケアプランナーの導入によって負担が増えるのではないかと質問。これに対し、橋本会長は「退院時には、医師、看護師、栄養士、薬剤師など各職種がサマリーを作成し、紹介状も用意しているので、すでに担当している業務。また、それらの情報を活用すれば追加の負担にはならない」と説明した。

その上で、橋本会長は「こうした情報は、かかりつけ医などには届いていても、ケアマネジャーには伝わっていない場合が多い」との課題を指摘し、メディカルケアプランナーの導入による効果を挙げた。

加算に関する質問もあった。橋本会長は「既存の加算を減らすのではなく、医療職が担う業務に新たな加算があればいい」とした上で、「私たちが重視しているメインとしてはメディカルケアプランナーのような役割の必要性であり、医療的な視点も盛り込んだ医療介護の一体化ケアプランニングによる質の向上」と説明した。

■ 地域全体でケアマネジメント体制を強化

人材面に関する質問もあった。記者は「医療現場やケアマネジャーも人材不足が指摘される中、メディカルケアプランナーの人材確保は現実的か」との質問。橋本会長は「新たに特別な職種を新設するのではなく、既存の医療職がチームとして担う」と説明した。具体的には、「主治医、看護師、リハビリ療法士、管理栄養士、薬剤師が連携し、医療的なケアプランを立てる。そうした体制をメディカルケアプランナーとして考える。新たな資格制度などを設けるわけではない」とし、院内スタッフとケアマネジャーとの連携強化を目指す取り組みであると説明した。

また、「要介護者だけでなく、要支援者や介護保

険の枠外の患者も対象とするのか」との質問もあった。橋本会長は「退院患者すべてが対象」と答えた。

橋本会長は「元気で健康な方は別として、高齢者や医療・介護が必要な方には、要支援や介護保険の有無にかかわらず、維持するためのプランが必要」と述べ、さらに「病院では全患者について情報提供書を作成しており、今後の生活や医療・介護を考慮したケアプランニングを行っている」と説明した。また、「居宅のケアマネジャーに限らず、地域包括支援センターのケアマネジャーとも連携する」とし、地域全体でのケアマネジメント体制強化の必要性を指摘した。

■ 新たな試みや努力を今後も続けていく

このほか、ケアマネジャーに対する処遇改善加算や、メディカルケアプランナーの取り組みに対する加算については、「医療・介護費の増大につながるのではないかと」の指摘があった。橋本会長は「寝たきりゼロを目指し、要介護度の悪化を防ぐほうが長期的に見れば費用対効果は高いはず」と説明。「寝たきり期間が1～2年続くより、亡くなる直前の2～3週間だけに短縮すればケアにかかる費用も人材も抑えられる」とし、「重度化を防ぐことで医療・介護費全体を抑制できる」と強調した。その上で、橋本会長は「寝たきりをつくらないという発想を広げなければ今後ますます負担が増える」と述べ、早期介入と支援の重要性を訴えた。

会見の前日に財務相の諮問機関である財政制度等審議会の財政制度分科会が示した医療費抑制策に関する質問もあった。橋本会長は「高齢化が進めば医療・介護費が増えるのは当然。ただし、だからといって無制限に増えていいわけではない」とした上で、「日慢協としては、寝たきりゼロを目指し、介護費を少しでも減らす取り組みを続ける」とし、重度化防止による費用抑制の重要性を改めて強調。「地域の人たちから選ばれる病院を目指す。安心して地域で暮らし続けられるため、日慢協では新たな試みや努力を今後も続けていく」と語った。

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=11257>

2025年5月の記者会見 介護職の処遇格差の是正を ～医療・介護の壁を超えた同一労働同一賃金化～



当会は5月22日、「介護職の処遇格差の是正を～医療・介護の壁を超えた同一労働同一賃金化～」をテーマに定例記者会見を開いた。橋本康子会長は、介護職の処遇が就業場所によって大きく異なる現状を指摘し、医療機関と介護施設の制度的な壁を取り払い、「制度」を超えて「職種」に着目した評価制度の構築を求めた。特に病院に勤務する介護職員（看護補助者）の役割や重要性が十分に評価されていないとし、処遇改善の必要性を強調。介護職の専門性を正に評価しなければ、病院での人材確保が困難となり、結果として寝たきりの増加やQOL低下を懸念し、慢性期医療を支える人材基盤の強化に向けた対応の必要性を訴えた。

会見で橋本会長は、まず「就業場所に依存しない公平な処遇改善」を目的とし、医療・介護の制度の壁を取り払った横断的な人材評価の必要性を強調。その結果として、要介護者の減少や寝たきり高齢者の予防といったアウトカムの実現を目指すと語った。

現状について橋本会長は、まず令和6年度の診療報酬改定における対応を振り返り、「介護福祉士の資格を有する者」と施設基準に明記された点を「画期的」と評価した。その上で、病院において介護職として働く「看護補助者」の役割について説明。新型コロナウイルス感染症の流行時にも、介護職の支

援なくしては高齢者のケアが成り立たなかった事例を紹介し、医療現場における介護職の必要性を強調した。

■ 同一業務・同一資格であれば公平な評価を

橋本会長は「介護福祉士の就業先の大多数が介護施設に偏っており、病院における人材確保が困難な状況にある」と指摘。介護施設では処遇改善加算などが導入されているのに対し、病院勤務の介護職にはそうした加算が適用されていないため、病院が補填しているケースもあるが、その負担は大きく、同一法人内での人事異動が困難になっている状況を報告した。

さらに、処遇改善加算を導入しても格差を拡大させてしまうことを懸念し、加算をあえて取得しない法人も存在すると指摘し、「せっかく制度として設けられた処遇改善加算が実際には算定されない」との課題を挙げた。

橋本会長は「同一業務・同一資格であれば、働く場所に関係なく公平な評価と処遇がなされるべき」との考えを示し、2021年に四病院団体協議会が厚生労働大臣宛てに提出した要望書に言及。「当時から病院介護職の処遇改善を訴えていたにもかかわらず、依然として病院には介護職が集まりにくい。病院における介護職の確保と処遇改善の両立に向けた対応が求められる」と述べた。

■ 病院経営にとって大きな負担が発生

質疑では、病院の看護補助者数が減少した要因について質問があった。橋本会長は「業務内容や人間関係など、従来からある理由も影響しているが、最大の要因は介護施設との給与格差にある」と回答。平成26年ごろから顕著に病院勤務の介護職が減少している背景として、介護施設で処遇改善加算が導

入され、病院との報酬差が広がっている影響も挙げた。

続いて、「病院において介護職不足をどのように補っているか」という質問に対しては、「看護職を増員して対応しているが、看護職がそのまま介護職の業務を代行しているわけではない。食事や排泄、入浴などのケアは、看護師と介護職の双方が共同で担っている」と説明した上で、「看護師の人件費は介護職よりも高く、病院の持ち出しが発生している。人員配置基準を満たすために看護職を多めに雇用することは経営的に重い負担となっている」と述べ、見直しに向けた検討の必要性を示した。

■ 要件緩和など柔軟な制度設計を

質疑の中で橋本会長は、同日に開催された中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で示された令和6年度調査のデータに触れ、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届け出率が全体の9.0%にとどまっている状況を紹介した。同調査によると、加算の届出に至らない主な理由として、「常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を2名以上配置することが困難」「土日祝日のリハ提供単位が平日の8割以上に満たない」など、人材配置や運営体制に関する課題が挙げられていた。

橋本会長は、この加算がリハビリ・栄養・口腔の一体的な推進に向けた重要な取り組みであると評価しながらも、「届け出られる医療機関が1割にも満たないのは制度として現実的ではない。人材確保が困難な現状を踏まえた要件緩和など、柔軟な制度設計が必要」との考えを示した。

■ 総合診療的な視点も求められる

令和6年度調査結果については、薬剤師の業務負担に関する質問もあった。調査によると、病棟薬剤業務における持参薬確認業務時間割合について、「病

棟薬剤業務における持参薬確認業務は病院の機能に関係なく20%以上を占めていた。

記者は「複数疾患を多く抱える高齢者の多い慢性期の病院では、持参薬の確認業務が大変だと伺ったことがある。慢性期医療の病院では、どのような工夫をされているのか」と尋ねた。

橋本会長は、「紹介状と実際の持参薬に違いがあるケースが多く、患者や家族への聞き取り、さらには紹介元医療機関への照会など、多くの確認作業が必要となっている」と現場での対応を具体的に説明。「患者が複数の医療機関を受診していることも珍しくない。お薬手帳には処方された全ての薬剤が反映されてない場合もあるため、情報の整合性を取る作業が煩雑で時間を要する」とした。

その上で、橋本会長は「今後はマイナ保険証の活用などを通じて、服薬履歴や医療情報の一元化が進めば薬剤師の業務効率が向上し、より質の高いケアにつながるのではないか」との期待を述べた。また、制度面での支援とあわせて、患者側の理解と協力も不可欠であるとした。

矢野諭副会長は、慢性期病院に転院してくる高齢患者の中には10剤以上の薬を服用しているケースもあることを紹介した上で、「薬剤師が病棟でまず取り組むのは、持参薬の把握と減薬の検討だが、各科から個別に処方された薬を一括して見直すには医師に総合診療的な視点が求められるとし、「医師と薬剤師が協力し、入院初期にしっかりと服薬状況を把握することが極めて重要。必要な薬を減らすわけにいかないのです、かなり悩ましいところではあるが、医師の立場からは、入院時にいかに見直して把握するかが大事であると思う」と語った。

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=11322>

北海道慢性期医療協会

2025年度 北海道慢性期医療協会・講演会

北海道慢性期医療協会 事務局

定山溪病院 経営管理部次長 林 邦宣

4月19日(土)札幌市社会福祉総合センターにて、定山溪病院院長(日慢協常任理事)中西克彦が会長を務める、北海道慢性期医療協会の講演会が開催された。今年度は日慢協会長の医療法人社団和風会理事長 橋本康子氏をお招きし、『慢性期医療の現状と未来』をテーマに道内の医療機関から93名の参加があった。

橋本氏からは、「慢性期医療とは、そしてその役割」として、今のままでは医療・介護は成り立たない。その解決策は、寝たきり、要介護者を減らすことが必要である。そのためには専門家が係ること、一定数の寝たきりや要介護者は改善することが重要で、患者の日常生活に最も関わる介護福祉士(介護職)がリハビリ視点でケアすることにより、患者の

能力向上を図ることができる(リハビリテーション介護士の養成)。

次に「日本の医療の現状」について、地域医療は崩壊寸前で多くの病院が経営難に陥っている。物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みが必要であり、社会保障予算に関しての財政フレームの見直しを行い、社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制するという取扱いを改める必要がある。

最後に「日本の介護保険の問題点」について、介護人材の減少と報酬体系のひずみの問題点があり、ケアの質を高めるにはマンパワー(人員数)が不可欠で、介護職への門戸を広げ、処遇を改善し、育成するシステムが求められる。



写真1 中西克彦氏



写真2 橋本康子氏

東北地方慢性期医療協会

令和 6 年度排尿機能回復のための治療とケア講座（仙台） 開催報告

東北地方慢性期医療協会 会長 安藤正夫

日本慢性期医療協会のご後援を頂き、東北地方慢性期医療協会主催にて、去る令和 7 年 3 月 14 日・15 日に仙台市のフォレスト仙台において「令和 6 年度排尿機能回復のための治療とケア講座」を開催した。東北地方慢性期医療協会としては、平成 28 年度、平成 30 年度に第 1 回、第 2 回を開催したが、その後新型コロナの影響もありしばらく企画することが出来ず、今回が第 3 回となる。

令和 6 年度の総会において第 3 回目を開催する方針となったが、企画開始が遅くなり年度末ぎりぎり開催の日程となった。前回の開催から間があったこともあり、講師陣の人選や依頼において最終決定までに想定外の時間を要してしまった。これらのため、厚生労働省への申請が年末近くとなってしまうなどあり、日本慢性期医療協会本部事務局には多大なご尽力を頂くこととなった。改めて心から深謝申し上げたい。

当初、参加募集の開始が遅くなったこともあってか、なかなか申し込みが集まらなかった。そのような中、本部事務局の更なるご支援もあり、同時期開

催で既に募集定員に達していた愛媛での同講座から、西尾俊治氏のご高配により参加者をご紹介して頂くこともできた。申し込み締め切りを延長してからは、考え得る多くのルートで開催を周知し、終盤には県内外の病院院長・事務長に直接電話やメールで講座参加の重要性を訴えた。

最終的には何とか、医師 14 名、看護師 53 名の計 67 名が参加して下さった。講座はプログラムに沿って順調に進み、非常に長時間に及ぶ密度の濃い内容であったにも関わらず、最後まで全員が真剣に受講してくれた。初日の講義においては多くの質問やホットなディスカッションもあった。2 日目の演習においても皆積極的に取り組み、多くの成果が上がったと感じられた。協力して下さった各業者に感謝である。また、大塚製薬工場様には今回も通して様々なご支援を頂き大変ありがたかった。

東北地方慢性期医療協会としては、高齢者における排尿ケアの質向上という大変重要な課題に関し、今後も本講座の開催など通し微力ながら貢献していきたいと考えている。



写真1 講義風景



写真2 演習風景

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7年3月28日(金), 29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14名, 看護師50名, 計64名, 約7割は県外から参加された。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ツの上に横になり, 市立八幡浜総合病院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

山口県慢性期医療協会

第28回山口県慢性期医療協会研究会を開催

山口県慢性期医療協会 会長 木下祐介

山口県慢性期医療協会は、2025年2月15日に第28回山口県慢性期医療協会研究会を開催した。本研究会は毎年1回開催していたが、新型コロナウイルスの影響もあり5年ぶりの開催となった。研究会には18病院から219名の参加があった。

研究会のテーマは『山口県の慢性期医療の未来』とした。山口県では全国に先駆けて人口減少と高齢化が進んでいる。施設運営やサービス提供を継続するためには、医療・介護従事者の確保が益々重要となっている。地域に必要とされ、職員にとっても魅力のある職場であり続けるために、山口県の慢性期医療のあるべき姿について考えることとした。

研究会では特別講演と会員病院による演題発表を行った。特別講演の講師に厚生労働省大臣官房厚生科学課長の眞鍋馨氏をお招きし、「医療政策の方向性」をご講演いただいた。長年にわたり診療報酬・介護報酬に携わってきた眞鍋氏による講演は、制度

設計にいたるまでの様々な過程や、国が今後の医療をどう考えているかという意図等について、現場職員が学ぶ良い機会となった。

演題発表では13病院が33演題の発表を行った。各病院が日頃の取り組みや症例報告、研究発表などを中心に発表し情報交換の場となった。近隣の慢性期病院の取り組みを共有することは現場職員にとって良い刺激となり、地域医療の更なる発展に有用であると感じられた。

5年ぶりの開催となった本研究会では、山口県の慢性期医療に携わる施設や職員が高い意識を持って医療に取り組んでいることを改めて認識することができた。閉会後に回収したアンケートでは、今後も情報収集の場を設けてほしいといった意見が多く挙がった。学会形式での発表は今年度をもって終了するが、今後も当協会では講演会の開催などを通じて山口県の慢性期医療の発展に寄与したい。



写真1 眞鍋馨氏



写真2 演題発表の様子

開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第15期日程】2025年4月1日～

第13回リスクマネジメント研修

【日 程】2025年6月12・13日

【開催方法】オンライン研修

内田病院 見学会

【日 程】2025年7月17日

看護力アップ講座

【日 程】2025年7月18日

【開催方法】オンライン研修

第8回経営対策講座 ～地上の輝く星を知る～

【日 程】2025年8月30・31日

【場 所】東京研修センター

看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座

【日 程】2025年9月17・18日

【開催方法】オンライン研修

第33回日本慢性期医療学会

【テ ー マ】慢性期医療の匠になろう！：坂の上をめざして

【日 程】2025年11月6・7日

【場 所】大阪国際会議場

【学 会 長】西尾俊治（南高井病院 院長）

【併 催】・第13回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病連携推進機構シンポジウム

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

編集者からのメッセージ

JMC159号をお届けしたい。慢性期医療展2025の記事が特筆される。橋本康子会長のご講演では、リハビリテーションの重要性が繰り返し語られている。私事で恐縮であるが、私の家内が氷の上で大転倒し、腰椎の椎体の複雑な圧迫骨折をした。激痛で体位変換もできない中、リハビリテーション療法士（PT、OT）の熱心な療法により、受傷後4ヶ月で自宅退院した。私も、現在訪問リハビリに関わっている。リハビリは急性期、回復期、慢性期、生活期の一生必要な療法である。他の原稿もとても興味深い。ご一読をお勧めしたい。



定山溪病院 顧問
中川翼

■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）・富家隆樹（常任理事・事務局長）

□編集委員□ 田中志子（委員長・内田病院）・安藤正夫（副委員長・金上病院）

中川翼（定山溪病院）・成川暢彦（桜ヶ丘病院）・志田知之（志田病院）

◇学術委員◇ 鈴木龍太（委員長・鶴巻温泉病院）・中川翼（副委員長・定山溪病院）・木田雅彦（副委員長・福島寿光会病院）

中西克彦（定山溪病院）・浦信行（札幌西円山病院）・田中譲（みなみ野病院）・矢野諭（平成扇病院）

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

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

市川徳和（永井病院）

日本慢性期医療協会誌 JMC 第159号

（2025 June volume33 No3）

ISSN 2187-8846

＜編集・発行＞ 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

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

URL：http://jamcf.jp BLOG：http://manseiki.net 慢性期.com：http://manseiki.com

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）



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

良質な慢性期医療がなければ 日本の医療は成り立たない！

良質な慢性期医療が日本を強くする！

慢性期.com

これからの慢性期医療には、地域に密着し、高度急性期医療以外のあらゆる疾病を持つ患者にケアも含めた医療を提供していくことが求められています。

時代とともにその役割はますます拡大していくでしょう。

慢性期ドットコムは「慢性期医療とは？」を知ることができるオウンドメディアです。

このメディアでは、学術面、実践面、ICT活用など、様々な角度から

第一線で活躍する方々が慢性期医療にアプローチいたします。

慢性期医療の
「いま」を伝える
医療メディア

<https://manseiki.com/>



日慢協 BLOG

良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない！

日慢協ブログでは、日本慢性期医療協会が行っている記者会見や厚生労働省の審議会などで提言している「これからの慢性期医療」を発信しております。

日慢協を知る
メディア

<http://manseiki.net/>

学会

第33回日本慢性期医療学会

日程 2025年11月6・7日(木・金)

会場 大阪国際会議場

テーマ 慢性期医療の匠になろう！：坂の上をめざして

併催 第13回慢性期リハビリテーション学会

日本介護医療院協会セミナー

地域病病連携推進機構シンポジウム

研修会

総合診療医認定講座、看護師特定行為研修、経営対策講座、リスクマネジメント研修、
他オンライン研修多数開催中

運営組織

慢性期リハビリテーション協会、日本介護医療院協会、地域病病連携推進機構



日本慢性期医療協会

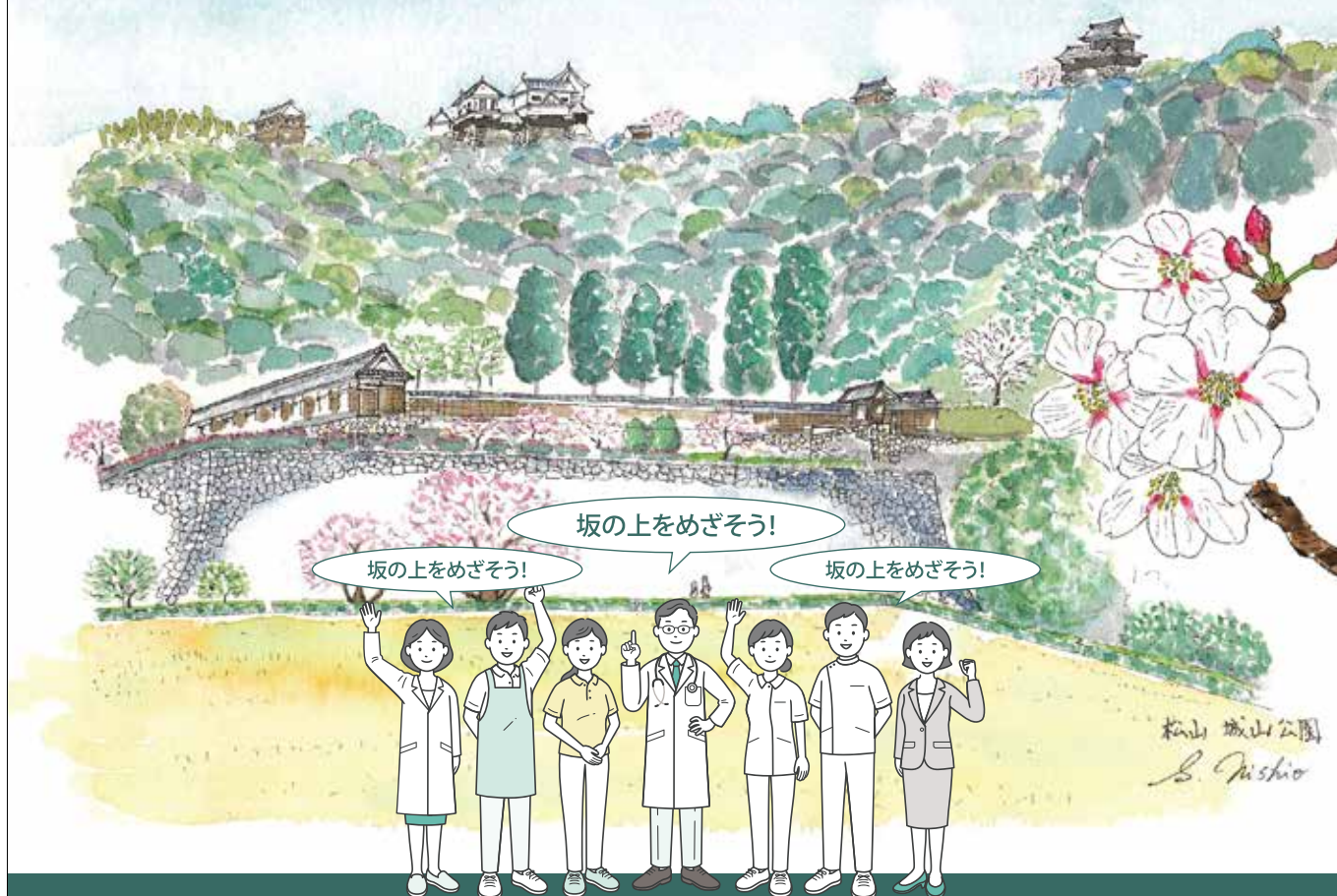
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シヤトレ市ヶ谷2階 TEL 03-3355-3120 FAX 03-3355-3122

E-mail info@jamcf.jp URL <http://jamcf.jp> BLOG <http://manseiki.net> 慢性期.コム <https://manseiki.com>

第33回 日本慢性期医療学会

〔併催〕第13回 慢性期リハビリテーション学会

テーマ ^{たくみ}慢性期医療の匠になろう! : 坂の上をめざして



会期 2025年 **11/6・7** 木・金

会場 **大阪国際会議場**

学会長 **西尾 俊治** (南高井病院 院長)

併催 日本介護医療院協会セミナー
地域病病連携推進機構シンポジウム

主催 一般社団法人日本慢性期医療協会
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

運営事務局: 株式会社学会サービス
〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101
TEL 03-3496-6950 FAX 03-3496-2150
E-mail: jamcf33@gakkai.co.jp

<https://www.gakkai.co.jp/jamcf33/index.html>