

日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

166

vol.34 2026.8 隔月号

[特集]

医療と介護の連携

～好事例の横展開、日慢協だからできること～





ふわふわオムレツ la mere Poulard モンサンミッシェル

第166号表紙絵
エギュイスハイム (Eguisheim) アルザス地方 フランス
フランスの美しい村、多数の「コウノトリ」が巣を作っている。

南高井病院 院長 西尾俊治

Contents

論壇

東名裾野病院 理事長 木本紀代子

1

特集 医療と介護の連携

～好事例の横展開、日慢協だからできること～

地域密着型中小病院は「医療・介護複合体」へ
～2040年に向けた医療提供体制改革における生き残り策～

志村大宮病院 理事長・院長 鈴木邦彦

2

デジタル基盤と人的基盤で実現する医療介護連携
～リアルタイム可視化・情報共有・AIによる退院支援の実践～

内田病院 理事長 田中志子, ほか

10

介護人材不足と人材獲得方法
～医療・介護現場の課題と「野球×介護」による採用戦略～

鶴巻温泉病院 看護部 副部長 小玉達也

18

久英会グループが実践する医療と介護の連携とは
～いかにして必要な情報を共有するか～

久英会グループ 代表 中尾一久

24

小規模地域包括ケア推進病院における医療・介護連携の必然
～100年続く地域病院が歩んだ地域包括ケアシステム構築の軌跡～

志田病院 理事長 志田知之

29

谷田病院で取り組む、医療と介護の連携のかたち

谷田病院 理事長 谷田理一郎, ほか

34

日慢協リレーインタビュー

参議院議員 かまやち敏

42

会員病院の取り組み

あきしま相互病院 作業療法士 平野真琴, ほか

50

富山西リハビリテーション病院 作業療法士 吉村裕子, ほか

54

駿河西病院 作業療法士 百井孝顕

58

投稿論文

美原記念病院 理学療法士 藤田真介, ほか

64

慢性期医療 TIPS

光風園病院 副院長・診療部長 藤田博司

70

日慢協 Topics

日本慢性期医療協会 第8回ハワイ研修

72

記者会見報告, 総会報告, 2025年度研修参加優秀施設表彰, ほか

78

診療報酬改定で思うこと



医療法人社団榮紀会 東名裾野病院
理事長 木本紀代子

2026年6月より診療報酬改定が実行された。＋3.09%の改定であり、賃上げや物価高騰分等を除くと医科は＋0.28%であった。大変有りがたいが円安と人件費の上昇で物価高を招いており、公的病院や企業と比べ、賃金を上げたりIT化をすすめることもままならない。支払い分の上昇、委託会社からの値上げなど必要経費が急激に増加している。2022年頃から円安が進んでいるが強く実感し始めたのが2年前頃からかと思う。特に給食委託会社や衛生用品の急劇な値上がりがあった。追い打ちをかけてイラン戦争が突然勃発し、ホルムズ海峡封鎖が起こった。日常生活でゴミ袋が無いなんて考えたこともなかった。物であふれかえっている日常でおひとり様1つまでしか買えないとは、全く予測していなかった。今後さらに悪化しそうである。もはや自身の努力では切り抜けられない状況があり、病院だけではなく社会全体を揺るがす問題となっている。

私の病院は医療療養入院基本料2を算定する病棟と介護医療院で成り立っている。医師の基準は48：1とそれほど多くの患者を担当してはいないが、区分2と3が60%以上であり重症や死亡退院も多い。外来業務と病棟診察、治療方針の決定や家族への説明、点滴や処置などの指示、委員会や研修出席等でやる事満載である。全部終わらせたと実感

する日は無い。療養は周りから楽に思われているという意見も耳にすることがある。

その中で、カルテ記載について常に感じていた事がある。これがベストというカルテにはたどりついたことが無いが、自分なりに先輩に指導を受け参考書籍を読み、医療訴訟も念頭に置きながら記載をしている。毎日考えていることや患者の状態を誰が読んでも理解できるように記載することは、現実的に難しい。経験豊富な医師はカルテから患者の状態をイメージできると思う。しかし家族側からイメージすることはかなり難しい。

医療区分を取るにあたり、中心静脈や点滴、酸素、褥瘡、吸痰などの必要性についてカルテ記載が増えた。例えば肺気腫など慢性的に酸素が必要になっている患者に、検査データや症状、カルテを見れば酸素が必要だと医師であればわかるであろうことも、月末評価の記載が本当に必要なのだろうか。嚥下障害で肺炎を繰り返し経口摂取困難で中心静脈栄養が必要になっていても、その必要性を毎月記載しなければならないのかと矛盾に思うことがある。

かなり昔にはなるが、カルテ記載は治療方針や治療の内容について基準が満たされているかどうかが重要であった。昨今、医療訴訟や説明が重要視されカルテの記載に変化が生じ、誰でもわかるように記載することが推奨されているが、これには正直無理がある。カルテにつぎ込む時間がさらに増える可能性がある。医師に対してある程度のリスペクトが以前はあった。もしかしたら、これは不正請求を回避するための要求なのかもしれない。必要も無い治療で点数を上げようと考えている病院への対策なのではないかとも思ってしまう。交通違反と同じで、反則に対し法律を作っていくと法律が増えるばかりである。業務の効率化にやや逆行しているような気がする。必要なことは記載しなければならないが、時間短縮の観点から良い方法はないのかと考える。AI活用や新たな報酬改定が、業務改善に繋がると良いと考えている。



地域密着型中小病院は「医療・介護複合体」へ ～ 2040 年に向けた医療提供体制改革における生き残り策～

医療法人博仁会 志村大宮病院

理事長・院長 鈴木邦彦

1. 地域密着型中小病院における介護の必要性^{1) 2)}

2013 年から 2025 年まで行われた社会保障・税一体改革の二本柱は、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現であった。わが国の高齢化のピークである 2040 年に向けて今まさに始まろうとしている次の医療提供体制改革では、さらにかかりつけ医機能の充実・強化を加えた三位一体の取り組みが求められている。

このうち地域医療構想において、筆者は病院には高度化、集約化が求められる高度急性期大病院と、健院化、分散化が求められる地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の二つの軸が必要であり、後者には在宅療養支援病院（以下、在支病）がふさわしいと考えている（図 1）。2026 年度診療報酬改定で新設された急性期病院 A には高度急性期大病院が相当し、急性期病院 B には広域急性期大病院が相当する。また新たに設定された「包括期病院」とは、筆者は「急性期病院、慢性期病院と並ぶ概念で、急性期機能とこれまでの回復期機能を包括的に担い、超高齢社会に必要な不可欠な高齢者救急から在宅医療

までを地域に密着して行う病院であり、主に在支病が該当するが、具体的には包括期充実体制加算を算定しているか今後算定を目指している病院」と考えている。

急性期大病院と無床診療所は世界中どの国にもあるが、世界的には中小病院は淘汰される方向にある。今回急性期病院の数が限定された以上、それ以外の病院が生き残るためには、急性期大病院には担うことが困難な機能を有して補完関係になれるよう、世界最高齢国として超高齢社会において普遍的に必要なとなる多様な役割を持つことが必要になると考えている。

わが国では 2040 年に向けて 85 歳以上の医療と介護の複合ニーズを持つ虚弱な高齢者が増加し、2020 年と比べて 85 歳以上の救急搬送は 75% 増加し、在宅医療の需要は 62% 増加することが見込まれている（図 2）。

これに対して、在宅医療については、2024 年度から始まった第 8 次医療計画において在宅医療圏の設定が義務化された。多くはまだ二次医療圏単位だが、筆者はそれでは広過ぎると考えたため、当時地元の茨城県医師会会長を務めていたことから、本県については市町村単位にしていた。

介護と連携については、コロナ禍での経験を踏まえて、2024 年度診療報酬・介護報酬同時改定において、高齢者施設等における感染対策対応力の向上を含めて医療機関との連携が強化され、介護保険施設は 3 年の経過措置を経て病院を協力医療機関とすることが義務化された。その病院としては在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を持つ許可病床 200 床未満の病院が想定されている。

かかりつけ医機能については、2025 年度からかかりつけ医機能報告制度が開始され、2026 年 1 月

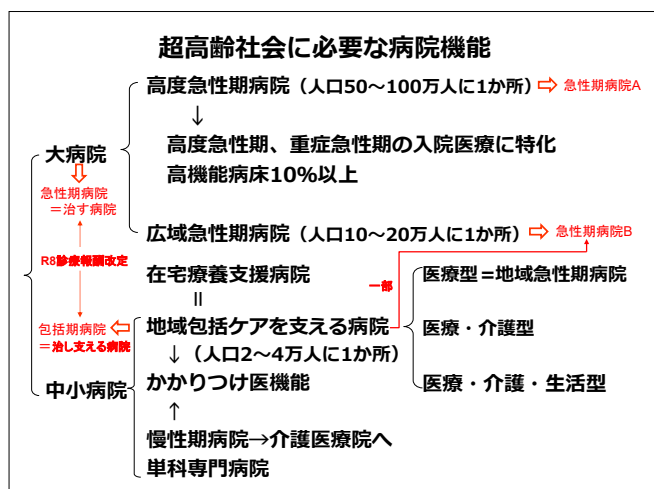
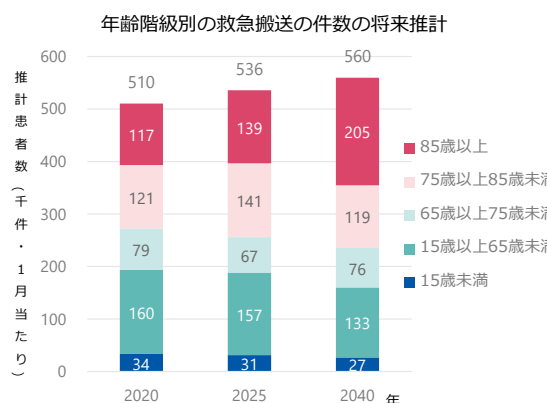


図 1

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

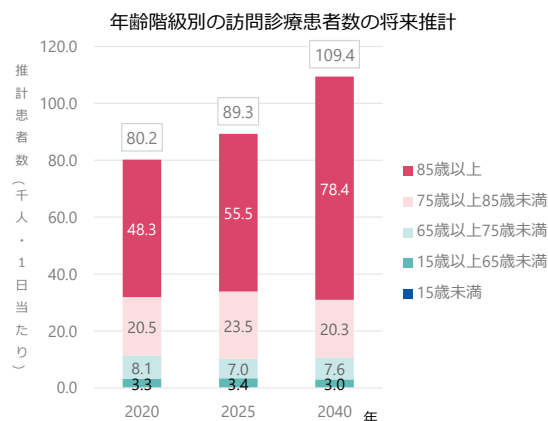
救急搬送の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したもの。2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で推して年齢階級別に利用者を推定し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で推して作成。
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「高齢者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2025年推計）」
を基に地域医療構想計画において推計。

6

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会（令和6年8月26日）資料より

図2

から3月にかけて最初の報告が行われた。今後都道府県が確認後公表され、7月頃から不足する機能等について協議の場で具体的方策を検討することになっている。このうち身近な地域における協議は市町村等单位で行われることになっており、「等」とは日常生活圏域とのことであった。

いずれにしても、高齢化が進むと85歳以上の医

療と介護の複合ニーズを持つ虚弱な高齢者が増加するので、在宅医療においても、介護施設との連携においても、かかりつけ医機能においても、遠方ではなく身近な圏域で基本的な医療と介護が完結することが求められるようになる。

筆者は現在人口2万人位からの市町村単位の「基本医療介護提供圏域（仮称）」を提案している（図3）。

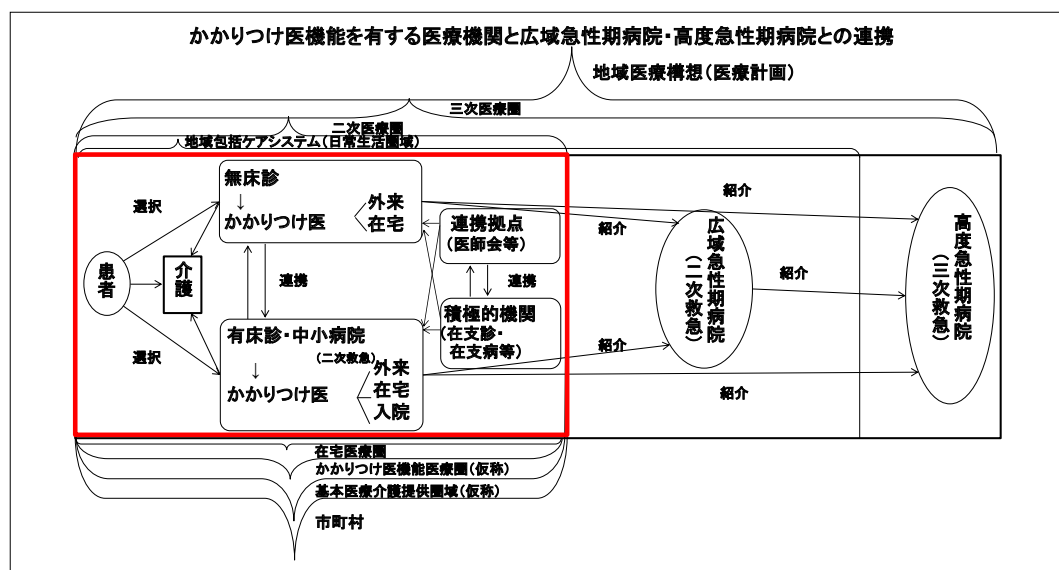


図3

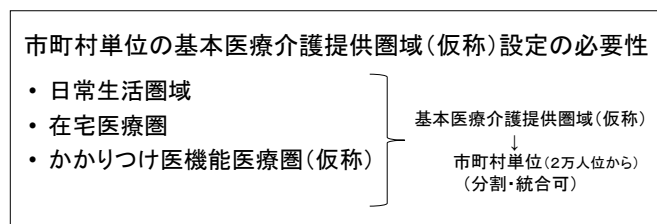


図4

それには地域包括ケアシステムの日常生活圏域、在宅医療圏、および「かかりつけ医機能医療圏(仮称)」が含まれる(図4)。適宜分割や統合が可能だが、中都市以上では日常生活圏域単位が考えられる。そこには固定した合議体を設置して、顔の見える関係でかかりつけ医機能を含めて医療、介護、福祉、保育など地域の様々な課題を協議することになるが、それは地域包括ケアシステムの構築に向けたまちづくりにもつながると考えている。そうした人口2万人位からの市町村単位の「基本医療介護提供圏域(仮称)」にふさわしい病院は、診療圏の規模から考えても在支病である。

ところで、筆者は20世紀は「病院の時代」であったが21世紀は「地域の時代」であり、現在はその転換期にあると考えている。在支病はその「地域の時代」においても必要不可欠な存在とならなければならない。そのためには地域のニーズに合わせて医療だけでなく介護、福祉、介護予防、保健、生活支援から、終活支援、居住支援、子育て支援、健康増

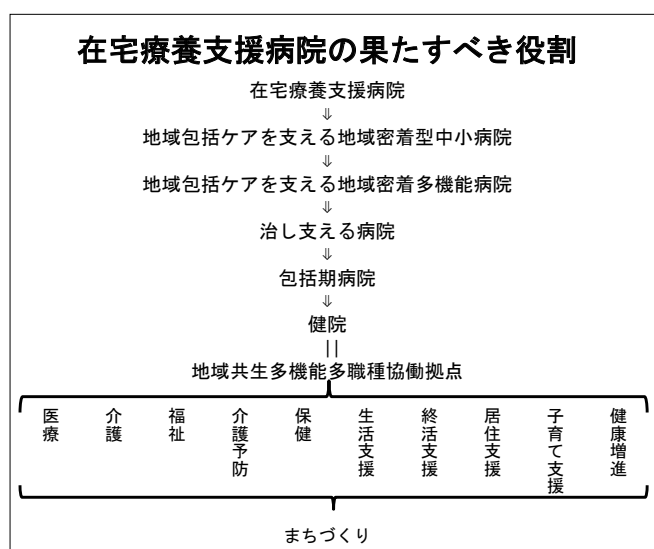


図5

進、さらにまちづくりにまで対応できるよう、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院から地域包括ケアを支える地域密着多機能病院、治し支える病院から包括期病院、そして健院すなわち地域共生多機能多職種協働拠点に向けて取り組むことが求められると考えている(図5)。

2. 志村大宮病院における医療と介護の連携について³⁾

志村フロイデグループ(以下、当グループ)(2026年4月1日現在職員数1367人)は、常陸大宮市、水戸市、ひたちなか市、笠間市を中心とした四大ケアタウンの構築を目指している。

このうち、母体となった志村大宮病院(1951年開設、178床、在宅療養支援病院)(以下、当院)を中心とするフロイデケアタウン大宮は常陸大宮市を対象エリアとする(図6)。同市は2004年に5町村の合併により誕生した。筆者は1993年より同院に勤務しているが、当時より高齢化率が高く社会的入院の方がいるなど医療だけでは支えられない状況になっていたため、1995年に訪問看護ステーション、1996年には中間施設と言われた老人保健施設を開設した。その後重度者対応と長期入所のニーズに応えるために、2000年に介護療養型医療施設(2017年に医療療養病棟に転換)、2001年に特別養護老人ホームを開設した。これで二木立氏が提唱していた保健・医療・福祉複合体になったが、その頃当地域に公的急性期病院誘致運動が起こり、2006年市内に常陸大宮済生会病院(160床)が開設された。当院は、同じ急性期の土俵では、先方は「補助金あり、税金なし」、当院は「補助金なし、税金あり」にて勝負にならないと考え、今でいう機能分化を迫られて、同院と連携できるよう、「回復期、慢性期、在宅、リハビリ、介護」に特化することを決断した。これが結果的に地域の高齢化に適合することになり、お陰で今日まで当院の運営が継続できている。

リハビリと介護に特化したのは、元々医師も看護師も足りない地域だったので、それらがいなくても取り組める分野であったからでもある。その結

常陸大宮市内の志村フロイデグループ事業所一覧

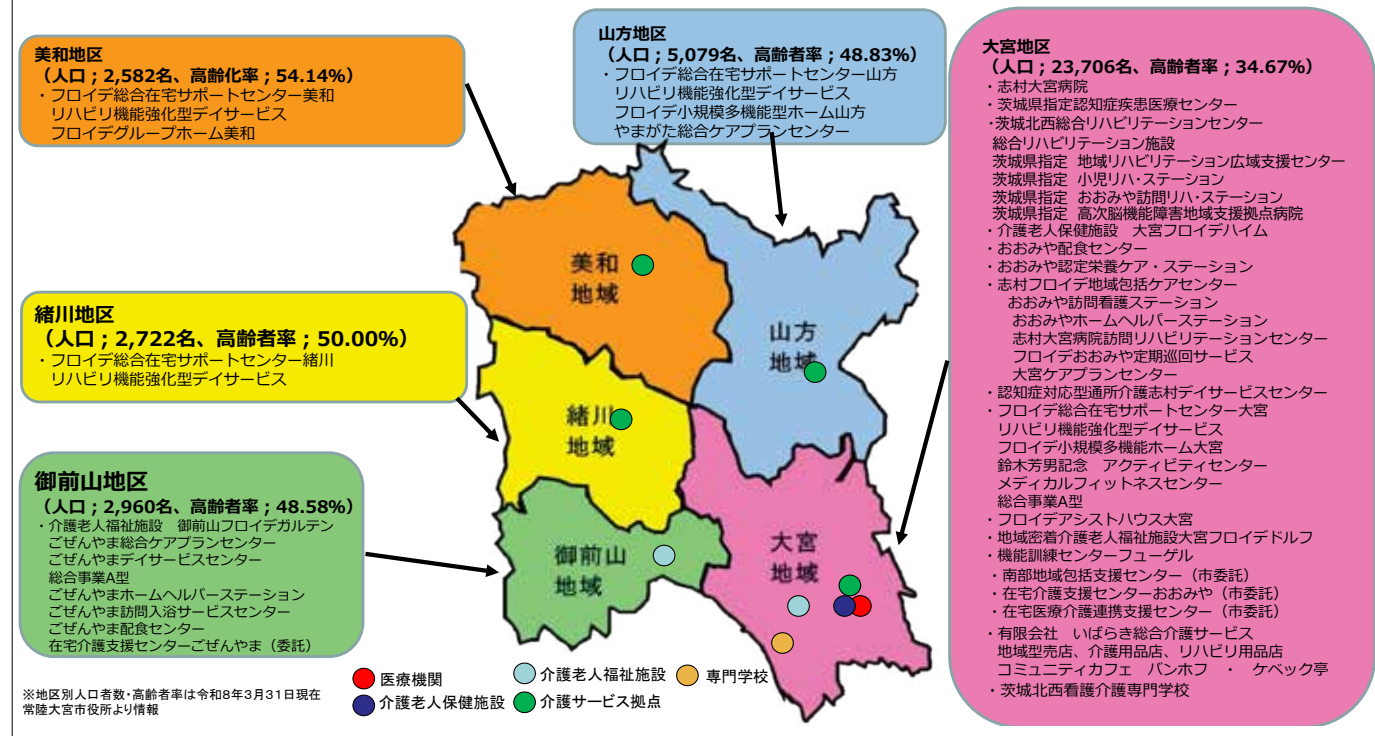


図6

果 2003 年には県内で 4 番目、県央・県北西部では初めての回復期リハビリテーション病棟をオープンさせることができた。2004 年の合併当初は、通所系サービスは特養のある御前山地区以外はすべて病院のある大宮地区まで送迎していたが、合併による市域の大幅な拡大により送迎車両の走行距離が 1 日 100km を超える日も出るようになったため、少なくとも通所系サービスは旧町村毎に受けられるよう、2025 年に美和地区（医師不足の中でリハビリ専門職を配置して独自に開発したリハビリ機能強化型デイサービス、グループホーム）、2006 年に緒川地区（リハビリ機能強化型デイサービス）、2007 年には山方地区（リハビリ機能強化型デイサービス、小規模多機能型居宅介護）に、それぞれフロイデ総合在宅サポートセンター（小さな拠点）を開設した。

その後 2010 年には学校法人志村学園を設立して大宮地区に「茨城北西看護専門学校」を開設し、看護師の養成に取り組んだ。2020 年には介護福祉学科も増設し、校名を「茨城北西看護介護専門学校」に変更した。2011 年には大宮地区に小規模特別養護老人ホームも開設した。

2015 年には 2011 年の東日本大震災で被災した病院本館の現地建て替えを行い、仮病棟として使用した建物はリハビリ機能強化型デイサービス、小規模多機能型居宅介護、メディカルフィットネスセンター、地域交流スペースから成るフロイデ総合在宅サポートセンター大宮として再オープンした。隣りにはサービス付き高齢者向け住宅も開設した。それ以外には病院近くに認知症対応型デイサービス、障害者向け機能訓練施設がある。

志村大宮病院の病棟構成は、現在県内第 1 号となった地域包括医療病棟（48 床）、地域包括ケア病棟（12 床）、県内 7 番目の緩和ケア病棟（20 床）、回復期リハビリテーション病棟（50 床）、療養病棟（48 床）である。病院併設の志村フロイデ地域包括ケアセンターからは訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導、定期巡回随時対応訪問介護看護および市内全域に向けた 1 日 3 食の配食サービスを行っている。

これ以外にも市から南部地域包括支援センター、在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口である在宅医療・介護連携支援センターの委託を、県からは認

知症疾患医療センター，地域リハビリテーション広域支援センター，高次脳機能障害地域支援拠点病院等の指定を受けている。

市内には当グループ以外に老健 1 か所，特養 8 か所，グループホーム 8 か所，デイサービス 13 か

所等があるが，当院と連携している事業者も多く，2024 年度診療報酬改定における協力対象施設入所者入院加算の施設基準に沿って，市内 19 か所（うち 7 か所は当グループ）の介護施設と（図 7）毎月医療介護連携推進会議を開催している（図 8）。

当グループはさらに月曜から土曜まで毎朝病院とサテライト施設を WEB でつなぐ SFG 情報共有会議を開催している。そして，グループ全体で約 200 台の車両が患者・利用者の送迎や配食サービスを行うとともに，市内において，①病院を中心としたまちづくり（図 9），②旧 5 町村ごとのまちづくり（小さな拠点），③市内 92 か所の集落ごとのまちづくり（小さな小さな拠点）（図 10）からなる 3 段階のまちづくり（図 11）を実践している。そのため 2025 年には介護予防や生活支援などで，グループ全体で延べ 2,445 名の職員を地域に派遣している。

一方，筆者の外来は 80 歳以上の方がほとんどで，生活習慣病はむしろ落ち着いているが，徐々に虚弱になられていくので，まずは地域に開かれた『一般介護予防事業』への参加を促すことで健康増進を図り，より個別的な支援が必要となった段階で『介護予防・日常生活支援総合事業』へ橋渡しを行う。そ

志村大宮病院が協力医療機関となっている介護施設		
福祉資源	常陸大宮市内	常陸大宮市外
介護老人福祉施設	3(1)	7
地域密着型介護老人福祉施設	3(1)	
介護老人保健施設	1(1)	
グループホーム	6(1)	6(2)
小規模多機能型居宅介護	2(2)	6(5)
看護小規模多機能型居宅介護		3(3)
住宅型有料老人ホーム	1	2(2)
サービス付高齢者向け住宅	2(1)	2(2)
ケアハウス	1	
介護付き有料老人ホーム		1
計 19 (7) 27 (14)		
合計 46 (21) () 内は当グループ数 2026. 4. 1 現在		

図 7

医療介護連携推進会議 年間スケジュール			
2025年度	計画	勉強会	カンファレンス
4月	会議開催計画		
5月	主旨説明施設訪問	病院・介護施設との連携について意見交換①	カンファレンス
6月		病院・施設の基準説明	カンファレンス
7月		DNR,DNAR,BSCについての理解	カンファレンス
8月		歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア	カンファレンス
9月		呼吸器医師による、肺炎・誤嚥性肺炎についての講演	カンファレンス
10月		災害支援について考える	カンファレンス
11月		感染管理認定看護師による感染対策	カンファレンス
12月	懇親会	管理栄養士による栄養管理について講演	カンファレンス
1月		ACPIについて考える	カンファレンス
2月		認知症についての理解を深める	カンファレンス
3月	次年度計画	病院・介護施設との連携について意見交換②	カンファレンス



図 8

病院を中心としたまちづくり

志村大宮病院を中心としたまちづくり



フロイデ商店街

- ・飲食(バンホフ&ケベック)・小売(ブラッツ&あんしん介護プラザ)
- ・介護保険(テクノエイドセンター)・自由空間(みんなの休憩所)
- ・健康増進(メディカルフィットネス)(ヘルスロード、フロイデリハビリ公園)
- ・イベント会場(フロイデホール)(市民健康教室)(映画上映)
- ・相談機能(医療法人博仁会)

建物名	築年月日
志村大宮病院	1951年→2015年
大宮フロイデハイム	1996年
志村デイサービスセンター	1998年
医療療養病棟	2000年
回復期リハビリ病棟	2003年
あんしん介護プラザ	2004年→2019年リフォーム
フロイデキンダーガルテン	2011年
コミュニティカフェバンホフ	2012年→2026年移転
サポートセンター大宮	2015年
アシストハウス大宮	2015年
キオスクプラッツ	2016年
機能訓練センターフリュエゲル	2017年
いばらきテクノエイドセンター	2019年
みんなの休憩所	2019年
フロイデホール	2025年

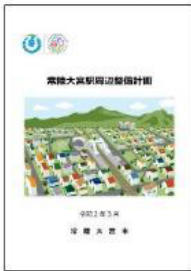
图9

小さな小さな拠点づくり 進捗状況



图 10

志村フロイデグループにおける3段階のまちづくり						
SFGが 目指すこと	常陸大宮市の施策と の整合	市担当部署 関係性	SFGの役割 現在地	SFGの 担当部署	将来の目標	茨城北西まちづく り研究会との関 係
① 病院を中心としたまち づくり	常陸大宮駅周辺整 備計画	駅周辺整備推進 課 関係性:◎	高機能ヘルス ロード社会実験 への協力	法人サポート 部	駅周辺の 人口増加 歩いて楽しいエリ ア	第5回研究会 久野教授 見附市視察
② 各地区の サポートセンター (小さな拠点づくり)	常陸大宮市 都市計画 マスタープラン	地域創生課 関係性:○	地域の情報収 集 フロイデ サポーター	CCS部	地域拠点の人口 維持 各地域の 生きがい づくり	第8回研究会 藤山先生
③ 小さな小さな拠点づくり (小さい地域の 交流の場)	市民協働の まちづくり指針 (市民協働事業)	長寿福祉課 関係性:◎	92地区の 情報収集 戦略立案	地域包括ケア センター フロイデ DAN	各地区に 小さな小さな 拠点がができる (小規模多機能自治)	第2回研究会 雲南市役所 板持氏

常陸大宮駅周辺整備計画


常陸大宮市都市計画マスタープラン


市民協働のまちづくり指針


図 11

の後、心身機能の変化に応じて本人・家族と合意の上で『要介護認定』を勧め、より専門的な介護サービスへと円滑に繋ぎ、できるだけ長く在宅で過ごしていただけるよう努めている。ちなみに筆者は1回目の介護支援専門員試験に合格しているが、更新はしていないのでそのままケアプランの作成はできない。当グループは市内にほとんどの介護保険サービスを用意しているので、本人や家族との話し合いがまとまれば、筆者の外来に付いているベテラン看護師を介して、担当の介護支援専門員に連絡し、できるだけ迅速にサービスが開始できるよう支援している。

このように超高齢社会においては、地域密着中小病院は、患者が要介護状態になっても引き続き安心して自らのグループのサービスを利用していただけるよう強力な「医療・介護複合体」になることが望

ましく、同院のかかりつけ医には、介護保険の知識を身に付けるために、介護支援専門員の試験に合格しておくことをお勧めする。

当グループとしても、当院の入退院支援の窓口である地域医療連携センターのメディカルソーシャルワーカーや退院調整看護師が、外部の医療機関と連携するとともに、居宅介護支援や訪問系サービスの拠点である志村フロイデ地域包括ケアセンターの介護支援専門員等と協力しながら、SFG 情報共有会議も活用して、グループ内外の医療・介護連携を推進している。また在宅医療については、市の委託を受けている介護保険の地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口である在宅医療・介護連携支援センターが、グループ内外の在宅医療・介護連携を推進している（図 12）。

なお、市町村事業である在宅医療・介護連携推進

常陸大宮市における志村フロイデグループの医療介護福祉サービス連携状況

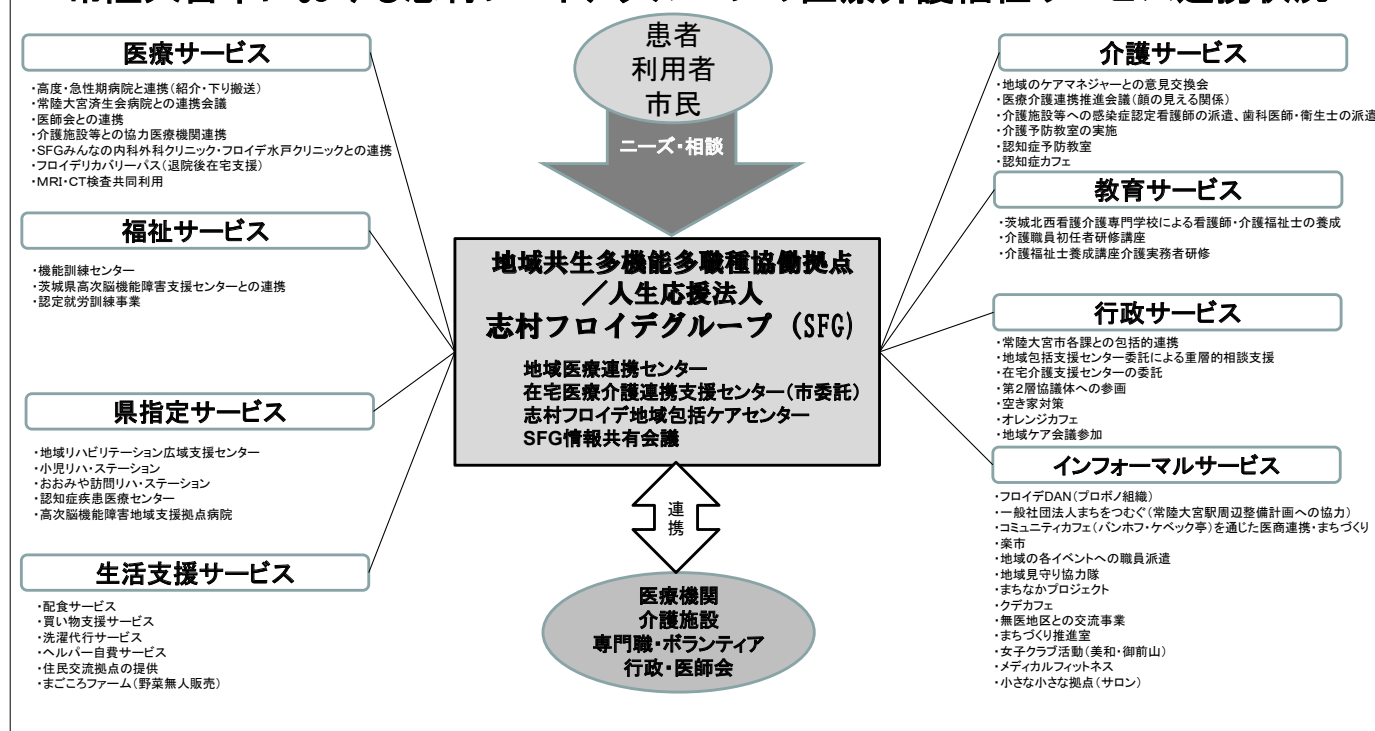


図 12

事業の相談窓口は、元々 2011 年度から開始された厚生労働省医政局の在宅医療連携拠点事業が安定財源を確保するために 2015 年度から介護保険の地域支援事業に移行した経緯があるので、2024 年度から始まった第 8 次医療計画において義務化された在宅医療圏における都道府県事業である在宅医療に必要な連携を担う拠点とは元々同じものであり、両者は同一の機関が担ってもよいことになっている。常陸大宮市では、在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口は当院が市から委託を受け、在宅医療に必要な連携を担う拠点は市が担っているが、両者は一体で機能しており、実態としては当方の相談窓口が活動している。

さらに当院が協力医療機関となっている介護施設とは、毎月医療介護連携推進会議を開催して、医療・介護連携の質の向上を目指すとともに、意見交換会や懇親会を通じて現場スタッフ同士の信頼関係を築いている。地域包括ケアシステムの構築とは、言

い換えれば「医療・介護・福祉の視点からのまちづくり」であり、なかでも医療・介護連携の推進は、高齢者医療と介護が一体化しているために、その中核を成す極めて重要な取り組みである(図 12)。

【文献】

- 1) 鈴木邦彦：かかりつけ医、医師会と連携して生活を支える病院を目指す、病院 77, pp202-209, 2018
- 2) 鈴木邦彦：地域共生社会に向けて医療・介護・生活型の在宅療養支援病院が果たす役割—多世代プラットフォーム作りから官民協働のまちづくりまで、病院 81, pp225-231, 2022
- 3) 鈴木邦彦：医療機関を中心とした地域包括ケアシステムの構築—志村フロイデグループの取り組み、日本医師会雑誌 154, pp397-401, 2025



デジタル基盤と人的基盤で実現する医療介護連携 ～リアルタイム可視化・情報共有・AIによる退院支援の実践～

医療法人大誠会 内田病院

理事長 田中志子 相談統括部 統括相談部長 原隆祥

1. はじめに

わが国は超高齢社会の深化に伴い、医療と介護の連携がこれまで以上に重要な局面を迎えている。地域包括ケアシステムの構築が国策として掲げられて久しいが、その実践の現場では依然として多くの課題が山積している。病院と介護施設の間には情報の断絶が存在し、退院調整は特定の職員の経験と人脈に依存し、施設間の空床状況すら電話で一件一件確認しなければならないという実態が、今なお各地で続いている。

当グループは、群馬県沼田市に拠点を置く医療法人大誠会と社会福祉法人久仁会からなる法人グループである。内田病院を核として、専門的な医療・介護サービスから、保育、障がい者支援、多世代交流を促進する複合施設「ソナタリュー」の運営に至るまで、医療・福祉の枠を超えた広範なサービスを一体的に展開している。『地域といっしょに。あなたのために。』という理念のもと、パーソン・センタード・ケアに基づく質の高いケアを実践するとともに、0歳から100歳までの全世代が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる「共生型のまちづくり」を、両法人の緊密な連携によって推進してきた。

当グループが所在する利根沼田地域は、広大な面積を有する中山間地域である。冬季には積雪による移動の制約も加わり、物理的な距離が連携の障壁となりやすい。一方で、限られた医療・介護資源を地域全体で最大限に活用しなければならないという切迫した事情もある。こうした環境だからこそ、デジタルツールを活用した連携の仕組みづくりと、それを支える人材育成・組織体制の整備が不可欠であると考え、段階的にその基盤を整備してきた。

本稿では、当グループが実践している医療介護連携の取り組みを、「人的基盤」と「デジタル基盤」

の2つの観点から報告する。いかに優れたシステムを導入しても、それを使う人と組織の基盤が整っていないければ仕組みは形骸化する。逆に、どれほど熱意のある人財がいても、情報を共有する仕組みがなければ連携には限界がある。当グループの実践は、この両輪を同時に回すことで、切れ目のない医療介護連携を実現しようとする試みである。

2. 医療介護連携における課題

具体的な取り組みを紹介するに先立ち、当グループがこれらの仕組みを導入するに至った背景となる課題を整理しておきたい。

(1) 情報の非対称性と「見えない壁」

医療と介護の連携において最も根深い問題の一つが、情報の非対称性である。病院側は近隣の介護施設がどのような状態の利用者を受け入れ可能なのか、費用はどの程度なのか、医療的ケアにはどの時間帯に対応できるのかといった情報を体系的に把握していないことが多い。一方、介護施設側も入院中の患者がどのような治療経過をたどり、現在どのような医療的管理が必要なのかという情報に、退院直前まで十分にアクセスできないことがある。この相互の「見えなさ」が、連携の遅延やミスマッチの原因となってきた。

(2) 記録システムの分断

情報の非対称性をさらに深刻にしているのが、医療と介護で使用する記録システムの分断である。当グループにおいても、医療情報は電子カルテ MIRAIS/AZ LITE に、介護情報はワイズマンシステム SP にそれぞれ記載しているが、両者は本来別個のシステムであり、相互の施設から直接閲覧することはできなかった。病院の医師や看護師は介護施設

での日々のバイタルサインの推移やケアの記録を確認する術がなく、介護施設の職員もまた、病院での治療内容や検査データ、処方内容を把握することが困難であった。同じグループ内の施設であっても、記録システムの壁が情報共有を阻んでいたのである。

(3) 属人化の問題

退院調整や施設の入所調整において、経験豊富な医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）や相談員の存在は極めて重要である。しかしその裏返しとして、調整業務がベテラン職員の暗黙知に大きく依存するという構造的な問題を生んでいる。「あの施設はこういう患者さんなら受けてくれる」「この施設の相談員とは関係が良いから話が早い」といった情報は、個人の頭の中に蓄積されるばかりで、組織の知として共有・継承されにくい。担当者の異動や退職により、それまで築いてきた連携のノウハウが一瞬にして失われるリスクを常に抱えていた。

(4) タイムラグと地域特性の課題

空床情報の把握一つをとっても、従来は電話で個

別に確認する以外に方法がなかった。確認した時点では空いていたベッドが、調整を進めている間に埋まってしまうということも日常的に発生していた。加えて前段で述べた通り、広大な面積に医療機関や介護施設が点在しており、拠点間の移動には相応の時間を要し、冬季にはさらにその制約が強まる。対面での情報交換や会議の開催にも物理的なハードルがあり、「集まること」自体が連携のボトルネックとなりかねない地域である。これらの課題に対し、当グループは「人的基盤の整備」と「デジタル基盤の構築」の両面からアプローチを進めてきた。

3. 人的基盤：連携を支える人財育成と組織体制（図1）

(1) 入職時のジョブローテーション

～相互理解の原点～

当グループでは、新たに入職した職員に対し、配属先を決定する前にグループ内の複数の部署・施設を体験するジョブローテーションを実施している（図2）。体験先は、外来、病棟、老健、特養、在宅部門（居宅介護支援、訪問介護、訪問看護等）、グルー

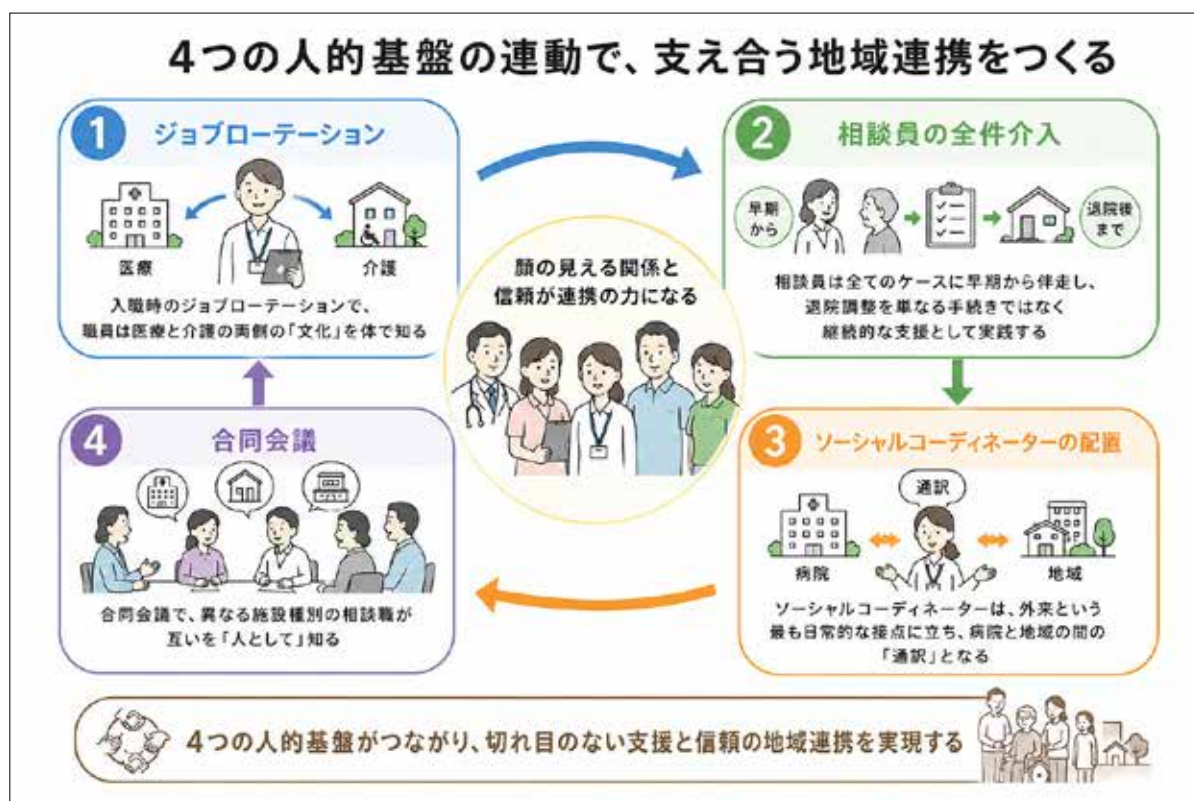


図1 4つの人的基盤



図2 入職時ジョブローテーションの対象部署と流れ

プホームなど多岐にわたる。

このジョブローテーションの目的は、単なる業務体験にとどまらない。自分が最終的に配属される部署以外の現場を知ること、各部署・施設がどのような役割を担い、どのような課題を抱え、どのようなケアを提供しているかを肌で理解することができる。病棟しか知らない看護師は介護施設の生活支援の実態を想像しにくく、特養しか知らない介護職員は病院での治療過程を理解しにくい。ジョブローテーションはこうした想像力の限界を補い、相互理解の基盤を築くものである。

さらに重要なのは、この過程で構築される人間関係である。各部署で一緒に働いた経験は、配属後に他部署と連携する際の心理的なハードルを大きく下げる。「あのとき一緒に働いた職員がいる部署」という認識があるだけで、電話一本かけるにも、相談を持ちかけるにも、格段にスムーズになる。デジタルツールによる連携が効果を発揮するためには、その背景に人と人との信頼関係が存在することが不可欠であり、ジョブローテーションはまさにその関係

構築の起点となっている。

(2) 相談員の手厚い配置と全件介入 ～漏れのない支援体制～

当グループでは、各病棟および老健に対し、基準上の定数を上回る相談員を配置している。一般的に、MSW や相談員の介入は、退院調整が困難なケースや医師からオーダーのあったケースに限定されがちである。しかし当グループでは、オーダーの有無にかかわらず、入院・入所している全てのケースに相談員が関わる体制をとっている。全件介入の体制を実現するためには当然ながら相応の人員が必要であり、定数以上の配置はそのための投資である。

この体制がもたらす効果は大きい。退院・退所が近づいてから初めて相談員が関わるのではなく、入院・入所の早期から本人や家族との関係を構築し、退院後の生活に関する意向や課題を継続的に把握することができる。その結果、退院時には施設やケアマネジャーとの連携が円滑に行え、退院調整の質とスピードが向上している。また、全てのケースに関

わることによって相談員自身の経験値が蓄積されやすく、組織としてのノウハウの厚みにもつながっている。

(3) 外来のソーシャルコーディネーター ～連携のハブとしての外来機能～

当グループの連携体制において特徴的な取り組みの一つが、病院の外来にソーシャルコーディネーターを配置している点である。外来は、地域で暮らす患者が医療機関と最も頻繁に接点を持つ場である。しかし多くの場合、外来診療は限られた時間の中で疾患の管理に集中せざるを得ず、患者の生活全体を見渡した支援につなげることが難しい。外来で「少し生活が大変そうだ」「一人暮らしで服薬管理ができていない」といった気づきがあっても、それを具体的なサービスにつなぐ導線が不明確であれば、対応は後手に回る。

ソーシャルコーディネーターは、まさにこの課題を解消するために配置された職種である。外来に常駐し、通院中の患者やその家族の生活上の困りごとや不安を早期にキャッチし、適切な支援へとつなぐ役割を担っている。在宅サービスの利用が必要と判断される場合には居宅介護支援事業所や訪問看護等の在宅部門との橋渡しを行い、入院が必要な場合には病棟やMSWとの連携を図り、施設入所が検討される場合には老健や特養等の施設との調整を行う。すなわち外来を起点として、在宅・入院・施設のいずれの方向にも患者を適切に導く「ハブ」としての機能を果たしているのである。

この配置により、従来は見過ごされがちであった外来患者の生活課題が早期に拾い上げられるようになった。状態が悪化してから緊急入院に至るケースや、支援が遅れたことで介護負担が限界に達してから施設入所を検討するケースが減少し、より計画的で円滑な医療介護連携が実現している。

(4) 相談職の合同会議

～組織を超えたネットワークの維持～

当グループでは、毎月1回、グループ全体の相談職が一堂に集まる場を設けている。病院のMSW、老健や特養の相談員、居宅介護支援事業所のケアマ

ネジャー、そして外来のソーシャルコーディネーターなど、医療・介護の各現場で相談業務を担う職員が参加する。

この合同会議では、各施設の最新の取り組みや、新たに把握した社会資源の情報共有を行っている。制度改正に伴う運用変更、地域に新設された施設やサービスの情報、困難ケースへの対応方法など、相談業務に直結する実践的な内容が共有される。加えて、この場は相談職同士の関係性を構築・維持する機能も果たしている。日常業務の中では他施設の相談職と顔を合わせる機会が限られるが、月1回の定例会議があることで継続的なつながりが保たれ、「誰に相談すればよいか」が明確になるという安心感が連携のスピードと質を高めている。

4. デジタル基盤：4つの柱による情報共有と連携の仕組み

人的基盤の上に、当グループでは4つのデジタル基盤を整備している。以下、それぞれの取り組みを紹介する。

(1) 第1の柱：デジタルホワイトボードによるリアルタイム可視化と日次会議

当グループでは、クラウドストレージサービスであるBox®を基盤としたデジタルホワイトボードを導入し、グループ内の病院および介護施設のベッド状況をリアルタイムに可視化している(図3)。デ



図3 デジタルホワイトボードの画面イメージ

デジタルホワイトボードとは、各施設の担当者がベッドの入退所情報をクラウド上に反映し、全拠点から即座に閲覧可能となる仕組みである。特別な専用システムを新たに構築するのではなく、汎用的なクラウドサービスを活用している点が特徴であり、導入コストを抑えながらも十分な機能を実現している。

このホワイトボードを共有画面として活用しながら、平日毎日の会議を実施している（図4）。各拠点の相談員や看護管理者、事務管理者等が参加し、地理的に分散した拠点からはZoom®によるハイブリッド形式で参加する。会議で扱う主な議題は、ベッドコントロール、体調不良者の確認、新規受け入れケースの検討、困難事例の相談の4つである。

体調不良の段階で情報が共有されることで重症化前の対応が可能となり、新規受け入れについてはグループ全体として最適な受け入れ先を検討できる。困難事例では多施設・多職種の視点から解決策を模索する。この日次会議は、ジョブローテーションや合同会議で構築された人間関係の上に成り立っている。顔の見える関係が既にある状態で毎日の会議に臨むからこそ、率直な情報共有と相談が可能となっているのである。

（2）第2の柱：ID-Link と MeLL+professional による医療情報・介護情報の相互閲覧

当グループでは、医療情報を電子カルテ MIRAIs/AZ Lite に、介護情報をワイズマンシステム SP にそれぞれ記載しているが、両者は本来別個のシステムであり、相互の施設から直接閲覧することができなかった。この構造的課題に対し、ID-Link と MeLL+professional という2つの情報連携システムを組み合わせることで解決を図った（図5）。

ID-Link は、異なる医療機関間で患者の診療情報を安全に共有するための地域医療連携ネットワークシステムである。電子カルテ MIRAIs/AZ Lite の情報をID-Link に連携させることで、接続先の施設からその情報を閲覧できる仕組みを提供している。一方、MeLL+professional は、介護施設の記録情報を医療機関等と共有するための多職種連携システムであり、ワイズマンシステム SP に記録された介護情報を外部に公開できる。

この2つのシステムを並行して運用することで、医療機関側ではMeLL+professionalを通じて介護施設での日々のバイタルサインの推移（血圧・体温・脈拍・SpO2等）を直接確認でき、介護施設側

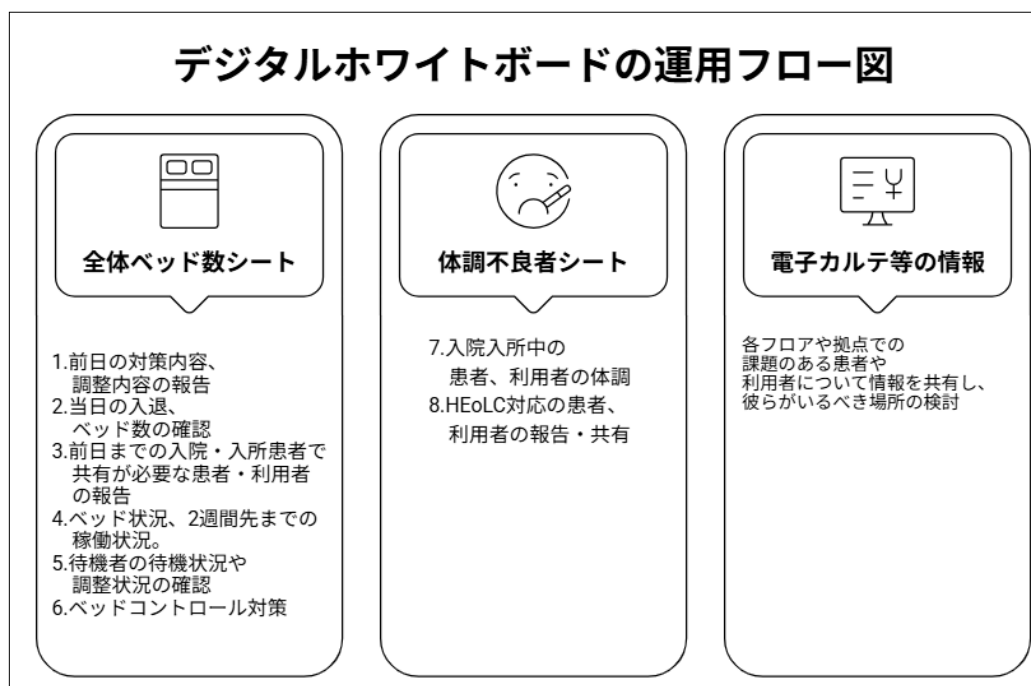


図4 平日日次会議（デジタルホワイトボード会議）の運用フロー

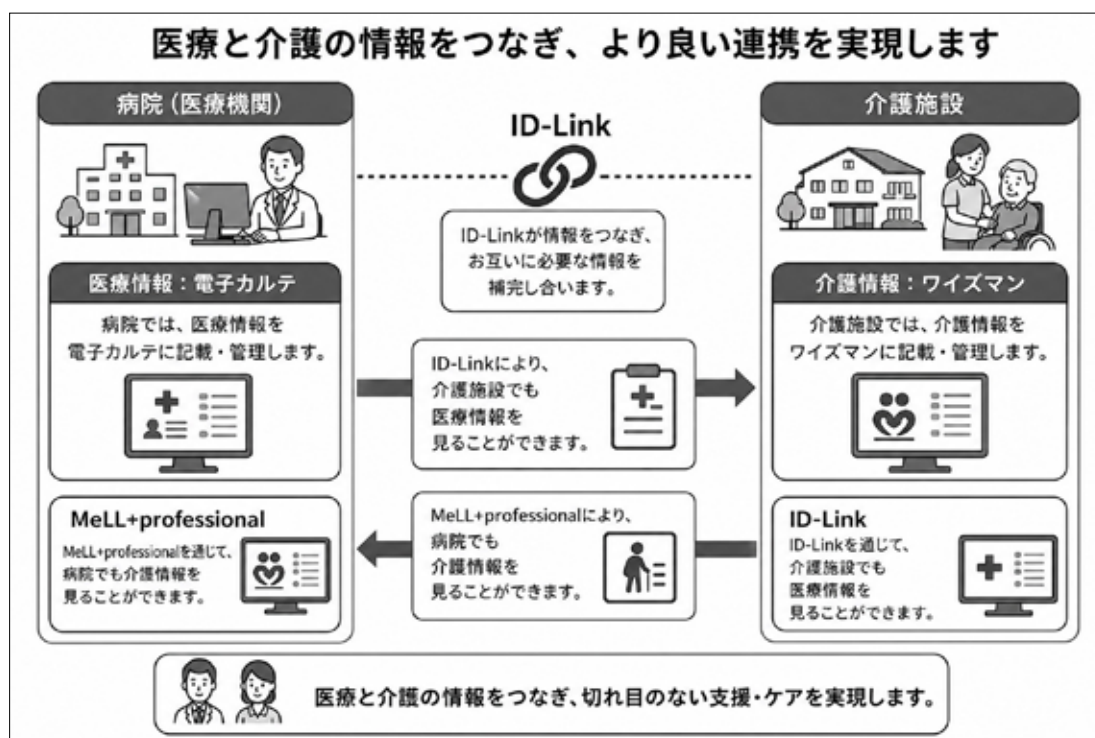


図5 ID-Link と MeLL+professional による医療・介護情報の相互閲覧の仕組み

では ID-Link を通じて治療のコメント、内服薬の情報、検査データを閲覧できるようになった。さらに、ID-Link は介護施設から医療機関への体調変化の報告にも活用されている。報告を受けた医療機関側は MeLL+professional で直近のバイタル推移を参照しながら対応の要否と緊急度を判断でき、医療と介護の両面からの包括的なアセスメントが可能となった。

この仕組みは、外来のソーシャルコーディネーターの業務にも恩恵をもたらしている。通院中の患者が介護施設も利用している場合、ソーシャルコーディネーターは MeLL+professional で施設での生活状況を確認しながら、外来での気づきと照合することができる。外来・病棟・施設・在宅の各部門が同じ情報基盤を共有することで、ソーシャルコーディネーターのハブ機能がより一層強化されているのである。

(3) 第3の柱：ID-Link を活用したサマリー共有と地域連携の展望

ID-Link の活用は、日常的な情報の相互閲覧に加え、入退院・入退所時のサマリー共有においても重要な役割を果たしている。現在の運用では、入院時

または施設の初回利用時に本人または家族の同意を得て ID-Link への患者登録を行い、病院から特養への退院時、および老健から特養への退所時に ID-Link 上にサマリーを貼付している。サマリーには、治療経過、現在の医療管理の内容、ADL の状況、食事形態、ケア上の注意点など、受け入れ側が必要とする情報を網羅的に記載している。

全てのケースに相談員が関わっている当グループの体制では、このサマリー共有の運用も漏れなく実施される。相談員が早期から本人・家族と関わり、退院・退所に向けた情報を継続的に整理しているため、サマリーの内容も充実したものとなりやすい。従来の紙ベースでのサマリー送付と比較して情報伝達のスピードは格段に向上し、受け入れ側の施設は事前に十分な準備を行うことが可能となっている。

今後はグループ内施設間の相互共有を実現し、中長期的には利根沼田地域の他の医療機関や介護施設との ID-Link 接続を推進したいと考えている。地域全体で患者・利用者の情報を共有できるネットワークが構築されれば、ID-Link が地域包括ケアシステムの実質的な情報基盤として機能する姿が見えてくる。

(4) 第4の柱：退院支援 AI の導入と運用

第4の柱として紹介するのは、退院支援 AI の導入である。退院・退所の調整において、近隣のどの施設が当該患者・利用者に適しているかを判断するためには、各施設の費用体系、医療的ケアへの対応状況、受け入れ可能な状態像など膨大な情報の把握が必要である。従来これらの情報は経験豊富な相談員の暗黙知に依存しており、属人化の典型的な構造であった。全件介入の体制をとる当グループにおいては、相談員が関わるケースの総量が多いだけに、一件一件の調整を効率化し、かつ質を均質化する仕組みの必要性は一層高い。

AI の導入に先立ち、利根沼田地域の近隣介護施設に対する詳細な情報の聴き取りを実施した。対象は特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など幅広い。費用については月額の利用料の目安や自費等を含めた費用負担を、医療対応については朝・昼・夕のどの時間帯に対応可能かを詳細に確認している。例えば、喀痰吸引は日中のみ対応可能で夜間は不可である施設、経管栄養は昼は対応できるが朝・夕は看護師不在のため対応が難しい施設など、実際の運用レベルでの情報を収集した。このレベルの詳細情報は従来ベテラン相談員の経験知としてしか存在しなかったものであり、それを明示的なデータとして整備したことの意義は大きい。その他にも、受け入れ可能な認知症の程度や ADL の水準、看取りへの対応方針、看護師の配置体制なども収集し、データベースとして体系的に整理している。

運用においては、退院・退所の調整が必要となった患者・利用者の情報から氏名や生年月日などの個人を特定できる情報を削除し、年齢層・性別・要介護度・ADL の状況・必要な医療的ケアの内容・経済的条件・家族の希望といった施設選定に必要な情報のみを抽出して AI に入力する。AI は整備された施設情報のデータベースと照合し、退院・退所に向けた課題の体系的な整理と、条件に合致する施設の複数提案という2つの出力を行う。AI の提案はあくまでも意思決定の支援であり、最終的な判断は担当者と患者本人・家族が行うという原則を堅持して

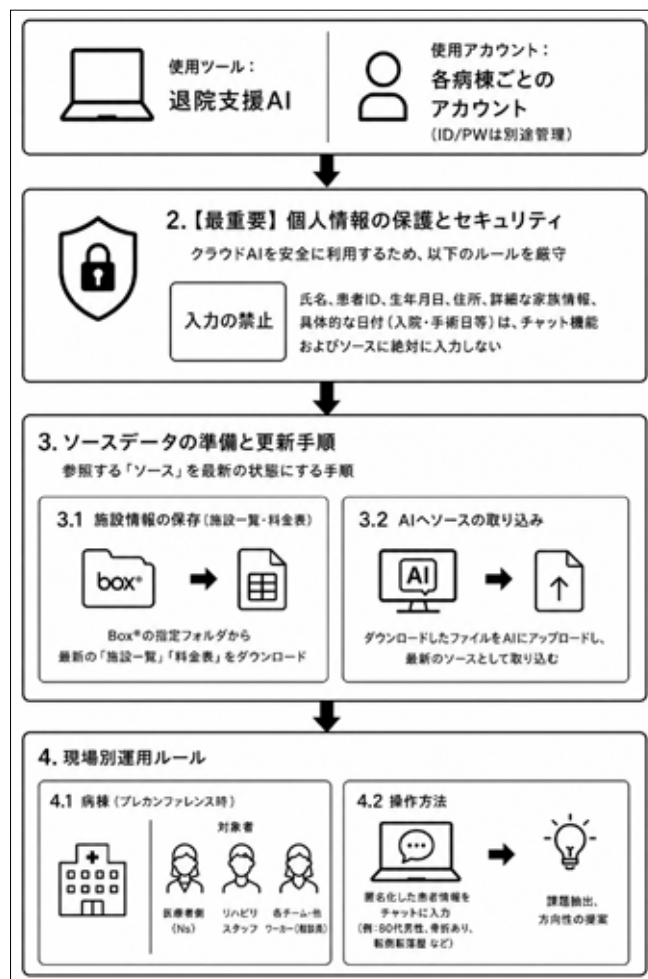


図6 退院支援 AI の運用フロー

いる。パーソン・センタード・ケアの考え方は、AI を活用する場面においても貫かれなければならない。(図6)

なお、施設情報の聴き取り活動は、毎月の相談職合同会議で共有される社会資源情報と補完的な関係にある。合同会議で把握された地域の動向が聴き取り項目の見直しにつながり、聴き取りで得られた情報が合同会議での共有素材となるという好循環が生まれている。

5. 両輪の設計思想

～なぜ「人」から始めたのか～

ここまで紹介してきた人的基盤とデジタル基盤は、独立して機能するものではなく、意図をもって組み合わせることで初めて意味をなす。当グループがなぜこの順序と組み合わせで連携の仕組みを構築してきたのか、その設計思想を改めて整理したい(図7)。

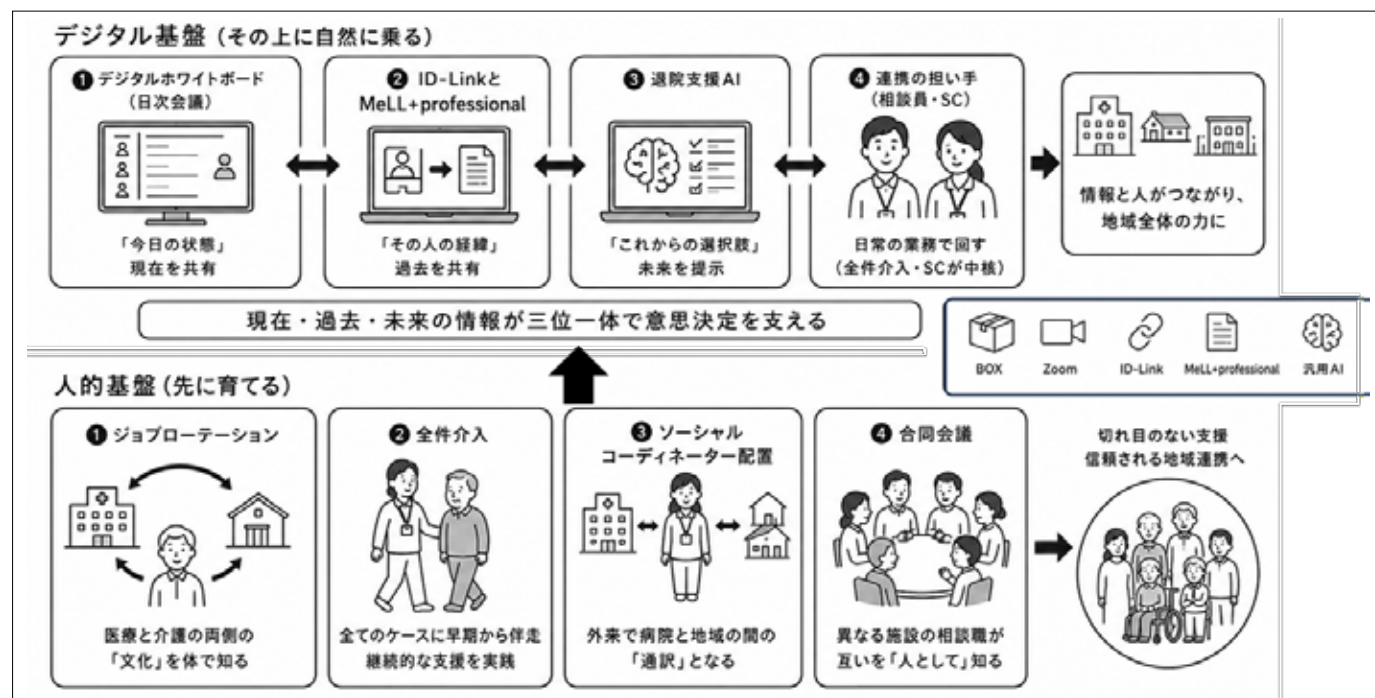


図7 人的基盤とデジタル基盤の連動全体図

6. おわりに

当グループの取り組みは、決して完成形ではない。ID-Linkの接続範囲は現時点でグループ内にとどまっており、利根沼田地域の他の医療機関・介護施設との共有ネットワーク構築はこれからの課題である。退院支援AIも、対象となる施設情報は近隣の5市町村にとどまり、精度の継続的な検証と施設情報の更新が欠かせない。ジョブローテーションも、施設数・職種の多様化に伴い、対象範囲と期間の最適化を常に模索している。

しかし、課題が残るということは、伸びしろがあるということでもある。「連携は意図して設計しなければ生まれない」という信念のもと、人的基盤とデジタル基盤の両輪を回し続けてきた結果として、現場には確かな変化が生まれている。以前は電話でしか確認できなかった施設の空床状況が画面上で把握でき、ベテランしか知らなかった施設の受け入れ条件がデータとして蓄積され、外来で見過ごされがちだった生活上の危機が早期にすくい上げられるようになった。これらの変化は数値で示しにくい部分

も多いが、現場の職員が「連携が変わった」と実感していることは、次の改善への推進力になっている。

制度改正においても、医療と介護の連携強化は引き続き重点課題として位置づけられている。慢性期医療機関が果たすべき役割は、入院医療の提供にとどまらず、地域の医療・介護資源をつなぐ「結節点」としての機能へと拡張しつつある。当グループはその役割を、グループ内の連携基盤の深化と、利根沼田地域全体への展開という二段階で実現しようとしている。グループ内で培った知見と信頼関係を足がかりに、地域の他の医療機関や介護施設とのID-Link接続を広げ、相談職のネットワークを地域規模に育てていくことが、中長期的な目標である。

『地域といっしょに。あなたのために。』という理念は、医療介護連携の文脈において言えば、「地域の医療・介護・福祉に関わる全ての人と一緒に、一人ひとりのために連携を作り続ける」ということである。連携とは、完成する瞬間のない、現在進行形の営みである。その営みを支える仕組みと文化を、利根沼田の地で根づかせることが、当グループに課せられた使命であると考えている。



介護人材不足と人材獲得方法 ～医療・介護現場の課題と「野球×介護」による採用戦略～

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院

看護部 副部長 小玉達也

1. 医療と介護の連携

近年、「地域包括ケアシステム」という言葉が広く浸透し、医療と介護の連携の必要性が強調されている。特に超高齢社会では、病院だけで完結する医療ではなく、地域全体で高齢者を支える仕組みが求められている。しかし、現場では「連携」という言葉だけが独り歩きしている印象も否めない。医療機関と介護施設、あるいは在宅支援事業所の間では、情報共有不足や役割認識の違いによる課題が多く存在している。ここでは介護の視点から見た「医療と介護の連携」に焦点を当て、その中で、鶴巻温泉病院で取り組んでいる、「野球×介護」による採用戦略を述べる。

2. 介護の視点から見る医療・介護の連携

近年、「地域包括ケアシステム」という言葉が広く浸透し、医療と介護の連携の必要性が強調されている。

しかし、病院側は医療的視点を重視し、疾患管理や安全管理を優先する傾向がある。一方で、介護側は、利用者の生活歴や価値観、生活リズムを尊重した支援を重視する。そのため、退院支援や在宅復帰支援の場面では、双方の視点が噛み合わないことも少なくない。

実際には、医療と介護は対立するものではなく、相互補完的な関係である。医療が「治す」ことを中心とするならば、介護は「生活を支える」役割を担っている。特に慢性期医療や高齢者ケアでは、治療だけでは解決できない課題が多く、生活支援の視点が欠かせない。

また、医療従事者と介護職員では、教育背景や専門用語にも違いがある。そのため、連携を進めるに

は、互いの専門性を理解し、尊重し合う姿勢が必要となる。単に会議やカンファレンスを増やすだけでは、本質的な連携にはならない。

筆者は、真の多職種連携とは、「お互いを対等な専門職として認識すること」から始まると考えている。医師、看護師、リハビリ職、介護福祉士、栄養士、薬剤師など、それぞれが異なる専門性を持ち、患者や利用者を支えている。その視点が共有されなければ、本当の意味でのチーム医療・チームケアは成立しない。

超高齢社会において、医療と介護の連携は不可欠である。厚生労働省も、地域包括ケアシステムの構築や人材確保を重要課題として掲げている。しかし、本質的な問題を見直さなければ、現状は大きく変わらないのではないだろうか。

(1) 「看護補助者」という呼称の問題

医療機関では、介護福祉士を含む介護職員を「看護補助者」と位置づけることが多い。しかし、「補助」という言葉には、専門職としての価値を弱める印象がある。

日本看護協会の「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」では、看護補助者を「看護が提供される場において、看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者」と定義している。一方で、介護福祉士は国家資格を持つ専門職であり、生活支援や介護指導など専門性を発揮する役割を担っている。医療機関では、無意識に「補助者」「助手」と呼ばれる場面もあるが、それが介護職員の就労意欲低下につながっている可能性は否定できない。

（２）病院で働く介護福祉士は「補助者」なのか

筆者の勤務先では、介護職員を「介護福祉士」「メディカルアシスタント」「ナースエイド」に区分し、職種としての役割を明確化している（表１）．現場では多職種が連携し、介護職員も重要な役割を担っている．一方で、「介護は補助者だから」という発言や、「助手さん」と呼ばれる場面も存在する．そのたびに、介護職員の専門性が十分に尊重されているのか疑問を感じる．

職種	職務	在籍人数	計
介護福祉士	介護福祉士の専門性を発揮し、個別性を重視した介護の実践	102 人	137 人
メディカルアシスタント	介護福祉士の指導を受け、個別性を重視した介護の実践（介護福祉士以外の介護職員）	24 人	
ナースエイド	看護師の指示を受け、看護間接業務を行う	11 人	

表１ 鶴巻温泉病院介護職員の職務内容と在籍人数
2026 年 4 月現在 ※職務は一部要約

介護福祉士は、「介護」や「福祉」に誇りを持ち、専門知識と技術を用いて支援を行う国家資格者である．それにもかかわらず、医療機関では「看護補助者」として扱われる傾向が強い．そこで筆者は、「介護体制加算（仮称）」の新設を提案したい．介護職員が専門性を発揮している医療機関を適切に評価する制度が整えば、処遇改善や人材確保にもつながる可能性がある．そして、「看護補助者」「看護助手」と呼称するような支配的な関わりが減少し、医療機関で働く介護人材の離職防止や人材獲得に僅かでも効果が期待できるのではないだろうか．

（３）医療機関と介護施設の賃金格差

医療機関で働く介護職員は、介護施設と比べて賃金が低い傾向にある（図１）．介護施設には処遇改善加算がある一方、医療機関では十分な加算がなく、格差が生じている．慢性期病院では、介護職員が患

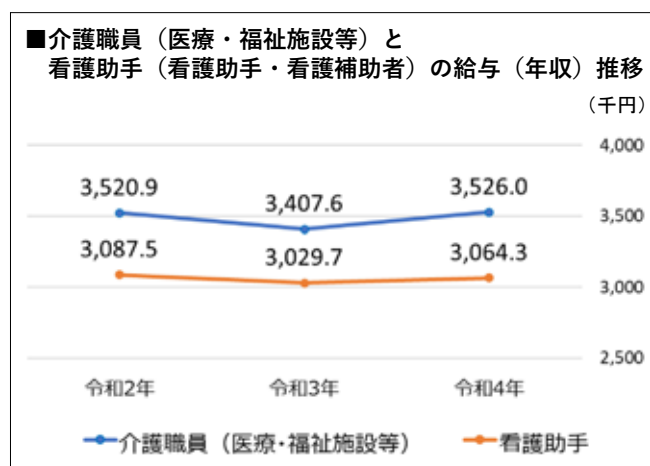


図1 介護職員と看護助手の給与推移

出典：日本看護協会 https://www.nurse.or.jp/home/assets/20231005_nl01.pdf 2026 年 5 月 19 日

者担当や介護記録、多職種連携など、専門職として重要な役割を担う場合も多い．しかし、給与面では十分に評価されているとは言えない．複雑な人間関係の中でストレスを抱えながら、介護施設と変わらない業務を行っているとしても、介護施設で働く者の方が高い報酬を得ている．医療機関の経営環境を考えれば、大幅な賃上げは容易ではないが、「介護人材確保」と「賃金」は切り離せない問題であり、国や関係団体による検討が必要である．

（４）介護人材確保の新たな戦略

介護人材不足を考えるうえで、「なぜ人が集まらないのか」という視点だけでなく、「なぜ辞めてしまうのか」という視点も重要である．介護現場では、人間関係や業務負担の問題により、早期離職が発生することも少なくない．特に若年層では、理想と現実のギャップに苦しみ、数年以内に離職するケースもみられる．また、介護職は感情労働としての側面が強い．介護を必要とする人や家族との関わりの中では、常に相手の感情に寄り添う必要があり、精神的な疲労も蓄積しやすい．さらに、看取りや急変対応など、心理的負担の大きい場面に直面することもある．それにもかかわらず、「誰でもできる仕事」という誤解を受けることがあり、専門職として十分に評価されていない現状がある．この社会的評価の低さも、人材流出の一因となっているのではないだ

ろうか。

そのため、人材確保を進めるには、単なる採用活動だけではなく、「働き続けられる職場づくり」が不可欠である。具体的には、教育体制の整備、メンタルサポート、多様な働き方への対応、キャリア支援などが求められる。特に若年層は、「給与」だけでなく、「働きやすさ」や「やりがい」を重視する傾向が強い。そのため、職場環境改善や組織文化の見直しは、今後さらに重要になると考えられる。

介護の仕事には、「きつい」「汚い」「低賃金」といった負のイメージが根強い。そのため、若年層が介護職を志す機会は少ない。現在は外国人や派遣職員に頼る場面も多いが、それだけでは根本的な解決にはならない。一方で、一部の医療機関や介護施設では、週休3日制やリファラル採用など、新たな採用戦略を取り入れている。今後は、処遇改善だけでなく、「働きたい」と思える環境づくりや、独自性のある採用戦略が重要になる。

また、介護職の魅力発信についても、再検討する必要がある。介護の仕事は、人の人生に深く関わり、生活を支える極めて重要な専門職である。しかし、社会的には「大変な仕事」という側面ばかりが強調されやすく、やりがいや専門性が十分に伝わっていない。

例えば、介護現場では、利用者や患者との信頼関係を構築し、小さな変化に気づきながら支援を行う力が求められる。これは単純労働ではなく、高度な対人援助技術である。また、認知症ケアや終末期支援、多職種連携など、専門性を必要とする場面も多い。こうした介護の本質的価値を、教育現場や地域社会、メディア等を通じて発信していくことも、人材確保において重要な視点である。

3. 鶴巻温泉病院の採用戦略「野球×介護」

(1) 野球部発足の経緯

2020年、新型コロナウイルス感染症が拡大する中、法人内で「病院同士で野球の試合を行う」という話が持ち上がった。野球経験者であった私は、その流れで野球部立ち上げを任されることになった。

当初は職員交流を目的として募集を始めたが、予想以上に多くの職員が集まった。医師、看護師、薬剤師、介護福祉士など、多職種が参加し、職員同士の交流やストレス発散の場となった。

活動を続けるうちに、本格的に野球に取り組みたい職員が集まり、病院の野球部として発展していった。特に印象的だったのは、普段は部署が異なり、業務上あまり接点のない職員同士が、野球を通じて自然に交流していたことである。医療・介護現場では、多職種連携が重要視されているが、実際には忙しさから十分なコミュニケーションが取れないことも多い。その中で、野球部活動は、職種を超えた関係構築の場として機能した。

また、若手職員にとっては、「病院に居場所がある」と感じられる機会にもなっていた。仕事だけではなく、趣味や交流を通じて組織に愛着を持つことは、離職防止にもつながる可能性がある（写真1）。



写真1 鶴巻温泉野球部 初回活動日のグラウンドでの様子
と職員への周知ポスター

（２）野球を続けることの難しさ

日本において、野球は長年親しまれてきたスポーツであり、多くの子どもたちが競技に打ち込んでいます。しかし、学生時代を終えると、同時に競技生活も終わってしまう者が非常に多い。その背景には、就職や進学、経済的事情、練習環境の問題など、様々な要因が存在している。特に社会人になると、仕事と競技を両立できる環境は限られており、競技継続を断念せざるを得ないケースも少なくない。こうした現状に対して、「競技を続けながら働ける環境」を整えることには大きな意義があると考えている。野球に限らず、スポーツ経験者は、協調性や継続力、礼儀など、多くの力を身につけている。その経験は、医療・介護現場でも十分に活かされる。実際に、当院で活動している野球経験のある職員を見ていると、周囲とのコミュニケーション能力が高く、困難な場面でも前向きに取り組む姿勢が目立つ。もちろん、全員がそうとは限らないが、スポーツ経験が仕事に良い影響を与えていると感じる場面は多い。

筆者は、高校卒業後に社会人クラブチームで硬式野球を続けていた。しかし、就職後は仕事との両立が難しくなり、競技を断念した経験がある。その後、草野球チームを結成したが、運営には多くの労力が必要であり、最終的には自然消滅した。野球を続けるには、周囲の支援や環境整備が不可欠だと痛感した。

（３）「野球×介護」の本格始動

ある介護事業所がアスリート採用を行っている記事を見たことをきっかけに、「野球ができる環境」を人材確保につなげられるのではないかと考えた。その後、調査を進めると、福利厚生や人材確保の一環

として、本格的に活動している病院が多数あることが分かり、中には毎年のように全国大会に出場している病院もあった。

2022年度から、当院でも野球部活動を強化し、「野球を続けたい学生の受け皿」として機能することを目指した(写真2)。



写真2 野球部強化ポスター

（４）野球経験者採用の壁

全国レベルを目指すには、練習環境や活動費など、多くの課題がある。当院には専用グラウンドがなく、活動は週1～2回程度である。それでも、一定の成果を上げているが、毎年安定して人材を確保できているわけではない。さらに、野球経験者を採用するうえでは、「介護」という仕事への理解不足も課題となる。学生の中には、「介護は大変そう」「将来性が不安」といったイメージを抱いている者も少なくない。そのため、当院では、単に野球環境を提示するだけでなく、「介護という仕事そのものの魅力」を丁寧に説明することを意識している。

実際に現場見学を行うと、患者との関わり方やチーム医療の雰囲気を見て、印象が変わる学生も多い。介護は、人と深く関わる仕事であり、感謝される場面も多い。こうした魅力を直接伝える機会を増やすことも、人材獲得において重要であると感じている。

（５）迷走するスカウト戦略

スカウト活動を進める中で、私は「介護」という言葉そのものが、学生に十分魅力的に映っていない現実を痛感した。

高校や大学の野球部を訪問すると、「介護の仕事は大変そう」「夜勤がきついのではないかな」といった反応を受けることもある。もちろん、介護現場が楽な仕事であるとは言えない。しかし、その一方で、介護を必要とする人から感謝され、その人の人生に深く関わることができる魅力については、ほとんど知られていない。また、近年の学生は、「働き方」や「自己実現」を重視する傾向が強い。そのため、「安定しているから」という理由だけでは、職業選択につながりにくくなっている。だからこそ、当院では、「野球ができる」という環境だけでなく、「介護職としてどのように成長できるか」を丁寧に説明することを意識している。例えば、介護福祉士資格取得支援、多職種連携の経験、卒後教育支援制度など、介護職として成長できる環境を伝えるようにしている。また、現場職員と直接話せる機会を設けることで、仕事のリアルな部分を理解してもらうよう努め

ている。

その結果、少しずつではあるが、「介護に興味を持った」「職場の雰囲気が良かった」と話す学生も増えてきた。人材確保には時間がかかるが、地道な取り組みの積み重ねが重要であると実感している。

近年、野球人口は減少している一方で、大学野球人口は増加している。公益財団法人全日本大学野球連盟の調査によると、直近 20 年で加盟校数にほとんど変わりはないが、部員数は約 7000 人増加していることが分かる(表 2)。大学に入学しやすくなった点や昔ほど厳しい上下関係がなく、純粋に野球を続けたいと思う若者が増えたことが増加した要因とされている。私が高校生であった数十年前には、学生サークル程度のものしか存在していなかったが、今や部員数が 100 人を超す大所帯になっている大学も多くなっている。

年度	加盟校数	部員総数
2007 年	373 校	20,146 名
2026 年	367 校	27,466 名

表 2 大学野球部員数推移

出典：公益財団法人全日本大学野球連盟加盟校部員数推移

<https://www.jubf.net/info/plyernum.html> 2026 年 5 月 11 日

当院の野球部員スカウトは主に筆者が担っている。軟式野球の強豪と呼ばれる企業や病院には、当然のように大学野球経験者が多く在籍している。将来的に同等のレベルを目指すのであれば、大学まで野球を続けた学生を獲得したいという思いは強いが、実績や環境面で他チームとの差は大きい。どの大学層をターゲットにするべきか、現在も試行錯誤を続けている。

(6) 野球と奨学金制度

高校球児は、卒業後の進路を考える際、大学で本格的に野球を続けるのか、将来のことを考えて学業に専念するのか、難しい選択を迫られる。大学野球に進む道が広がったとはいえ、高校球児の多くは、

進学や経済的事情により野球継続を断念している者も多い。そこで当院では、介護福祉士養成施設の学費支援と野球継続を組み合わせた取り組みを開始した。2024 年には、県内高校から希望者が現れ、現在は介護福祉士資格取得を目指しながら野球部に所属している。

(7) 現在の活動と今後の展望

現在、当院野球部はラジオや新聞でも取り上げられるようになり、野球をきっかけに入職を希望する人材も現れている(写真 3)。全国レベルにはまだ届かないが、「野球を続けながら介護職として働ける環境」は、確実に人材確保の一助となっている。今後、超高齢社会を支えるためには、介護職員が誇りを持って働き続けられる環境づくりが必要である。そして、「野球×介護」のような新たな切り口が、介護人材確保の可能性を広げると期待したい。

介護人材不足は、一つの制度改正や処遇改善だけで解決できる問題ではない。賃金、労働環境、人間関係、社会的評価、教育制度など、多くの要素が複雑に絡み合っている。そのため、現場・行政・教育機関・地域社会が連携し、多角的な視点から対策を講じる必要がある。その中でも重要なのは、「介護職員自身が誇りを持てる環境」を整備することである。専門職として尊重され、自分の役割に価値を見出せる職場であれば、人は長く働きたいと思える。逆に、どれだけ制度を整えても、現場で尊厳が軽視されれば、人材流出は止まらない。筆者は、介護の仕事には、人の人生を支える大きな力があると



写真3 市内の野球大会表彰式の様子

※写真中央は野球で採用した介護職員

考えている。そして、その価値を社会全体が再認識することが、今後の医療・介護業界に求められているのではないだろうか。

介護職は、単に身体介助を行うだけの仕事ではない。介護を必要とする人の人生に寄り添い、その人らしい生活を支える役割を担っている。特に高齢者ケアでは、身体面だけではなく、精神面や社会的背景まで含めて支援する必要がある。例えば、認知症高齢者への関わりでは、相手の言動だけを見るのではなく、その背景にある不安や生活歴を理解することが重要となる。また、終末期ケアでは、本人や家族の思いに寄り添いながら、最期まで尊厳を守る支援が求められる。こうした支援は、マニュアルだけでは対応できない。介護職員一人ひとりの経験や感性、人間性が大きく影響する。その意味で、介護とは極めて人間的な専門職である。

しかし、現代社会では、効率化や生産性が重視される傾向が強く、人と向き合う仕事の価値が見えにくくなっている。だからこそ、介護という仕事の本質的価値を改めて社会に伝えていく必要がある。また、今後は外国人介護人材の活用もさらに進むと考えられる。すでに多くの施設や病院で外国人職員が働いており、現場を支える重要な存在となっている。しかし、言語や文化の違い、教育体制など、新たな課題も存在している。外国人職員を単なる「労働力」として扱うのではなく、共に医療・介護を支える仲間として育成していく視点が重要である。そのためには、日本人職員側にも、多文化理解や教育力が求められる。さらに、今後の介護現場では、AIやロボット技術の活用について様々な課題を抱えながらも、身体的負担軽減や業務効率化に一定の効果をもたらす可能性がある。しかし、どれだけ技術が進歩しても、人の心に寄り添う部分までは完全に代替できない。利用者の表情の変化に気づき、不安を受け止め、安心感を与えることは、人だからこそできる支援である。そのため、これからの介護職には、「テクノロジーを活用する力」と「人と向き合う力」の両方が求められる時代になるのではないだろうか。

野球部活動を通じた採用戦略は、決して万能な方

法ではない。しかし、「介護に興味を持つきっかけ」を生み出し、新たな人材との接点を作るという点では、大きな意味があると感じている。

今後も、野球という活動を通じて、人と人とのつながりを大切にしながら、介護人材確保に取り組んでいきたい。そして、将来的には、「野球ができる病院」としてだけではなく、「介護職員が誇りを持って働ける病院」として認知されることを目指したい。

【引用文献】

- 1) 日本看護協会：看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務の在り方に関するガイドライン及び活用ガイド，2021，p8

【参考文献】

- 1) 厚生労働省老健局：「2040年に向けたサービス提供体制等の在り方」第1回検討会資料，2025，https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48603.html，（参照 2026-4-7）
- 2) 坂本すが，他：看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究，2019，厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業，p33（参照 2026-4-7）
- 3) 富士翔子，他：療養病床における看護職と介護職の業務負担と連携における課題，香川大学看護学雑誌，2012，16（1），p57-64
- 4) 川口啓子：コロナ禍以前から続く介護職員不足について考える，「Int' lecowk」76（7），2021，p12-19
- 5) 花畑明美：介護福祉の変遷と介護福祉教育における使命，宮崎学園短期大学紀要 Vol9，2016，p128-143
- 6) 一般社団法人全日本大学野球連盟：加盟校数及び部員数，<https://www.jubf.net/info/playernum.htm>，2026年5月11日
- 7) 文部科学省：学校基本調査，https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm，2026年5月13日



久英会グループが実践する医療と介護の連携とは ～いかにして必要な情報を共有するか～

久英会グループ 代表 中尾一久

1. はじめに

2040 年に向けて 85 歳以上の超高齢者が増えるであろうことは周知の事実であり、この超高齢者に対して、我々がどのように対応していくかが喫緊の課題である。そのためには、まず 85 歳以上の高齢者の疾病の特徴や課題を把握する必要がある。生産年齢人口（働き手）が著減する中で、それらの課題に効率よく対応するためには、何をどうするべきかを考え、速やかに準備するべきである。あくまでも、主役は利用者であり、その利用者が様々な疾患の罹患後に在宅復帰し、更には在宅生活で ADL を維持するためには、医療と介護が上手に連携され、利用者のシームレスな移行が望まれる。その中でいかにして必要な情報を共有できるかが重要である。

キーワード：85 歳以上の超高齢者、医療と介護の連携

2. 久英会グループについて

当グループは、福岡県久留米市を拠点に、医療・介護・福祉の融合を目指して事業を展開し、今年で設立 62 年目になる。久英会の理念を示す。

「私たちは、常に成長する努力を惜しまず、医療・

介護・福祉の一体的提供により、地域社会のまちづくりに貢献します。」

（＊ well-being を目指した地域共生社会（まちづくり）の実現）

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

また、方針として、職員の幸福度向上を目指し、健康経営を実践することとしている。当グループの特徴を示す。

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

当グループは、以下の多様な施設を運営している。（図 1）

- ・高良台コミュニティホスピタル（回りハ・地ケア）（在支病）（6 月に病院名変更）



図1 久英会グループ

- ・久英会クリニック（在支診）
- ・介護老人保健施設 高良台（超強化型）
- ・久英会シニアビレッジ（特養・サ高住・グループホーム）
- ・軽費老人ホーム ゆのそ苑
- ・看護小規模多機能型居宅介護 ゆのそピア（訪問看護ステーション）
- ・高良台シニアビレッジ（特養・サ高住）
- ・地域包括ケアステーション高良台（居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション）

3. 医療と介護の連携の必要性

そもそも何故医療と介護の連携が必要なのか？

今後 2040 年に向けて、要介護認定率 6 割である 85 歳以上の超高齢者が増えることが予想される。ということは、超高齢者は医療と介護が同時に必要で、更には在宅での生活やリハビリの視点が重要である。

その中で、当グループの目指すアウトカム（成果）を明確にする必要がある。

当グループのアウトカムは、高齢者の救急（入院）を減らすことである。そのためには高齢者の救急患者を作らないことが一番の解決策である。即ち、高齢者の疾病が重症化する手前で予防的に対応し、高齢者の救急患者を減らすことに尽きる。そのためには、予防的介入である Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)¹⁾ という概念が重要である。この概念は、高齢者に多い心不全、肺炎、尿路感染症、低栄養等に対し、プライマリケアの適切な介入によって発症や重症化を防ぐということであり、それには情報通信技術（ICT）による多職種のタイムリーな情報共有が不可欠である。そして高齢者疾病の特徴は、多疾病罹患であるために、総合診療医と看護師特定行為修了者等の存在が不可欠である。医療と介護が同時に必要であることは、疾病を治す（キュア）だけでなく治し支える（ケア）、そして生活の視点がなくてはならない。その上で、高齢者は循環型の医療・介護を辿りながら寿命を全うしていくものであることを理解し対応すべきである。^{2) 3)}（図2）

ACSCs に関して説明を加える。ACSCs による入

高齢者の救急（入院）を減らすための重要な3つの視点

○予防的介入である Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) という概念（不必要な入院を防ぐことができる可能性がある状態や疾患群）が必要¹⁾

・具体的には、高齢者に多い、心不全、肺炎、尿路感染症や低栄養等に対し、プライマリケアの適切な介入によって発症や重症化を防ぐ

○医療と介護の連携、更には情報通信技術（ICT）による多職種のタイムリーな情報共有（医療介護DX）

○高齢者疾病の特徴は、多疾病罹患であることと医療と介護が同時に必要であることである。即ち疾病を治す（キュア）だけでなく治し支える（ケア）、生活の視点が重要

多職種：総合診療医（歯科）、看護師特定行為修了者（ジェネラリスト）、専門・認定看護師（スペシャリスト）、セラピスト、介護福祉士、ケアマネジャー（CM）等

図2 高齢者の救急（入院）を減らすための重要な3つの視点

院は、高所得国における入院の 5～10% を占めており、多くの国でプライマリケアの質の指標として使用されている。プライマリケアへのアクセスの向上が、喘息や高血圧症などの入院数の減少と関連していたという報告があり、プライマリケアの継続性が高いほど、ACSCs による入院が少ないという報告がある。⁴⁾

ACSCs の分類（Bardsley ら）⁵⁾ を和訳

- 1) 効果的な管理により急性増悪を予防できる「慢性 ACSCs」（喘息や高血圧症など）
- 2) 早期介入により重篤な進行を予防できる「急性 ACSCs」（肺炎や腎盂腎炎など）
- 3) 予防接種やその他の介入により病気を最小限度に抑えることができるワクチンで予防可能な「VP-ACSCs」（インフルエンザや肺炎など）

済生会熊本病院は「慢性 ACSCs」を実施することで救急入院を減らしている。具体的には連携しているクリニックの患者の疾病コントロールを援助している。⁶⁾ 一方で、当グループが主に実施しているのは「急性 ACSCs」に該当すると考えられる。⁷⁾

4. 当グループ内での医療・介護・福祉の連結と融合、循環

アウトカムとしての高齢者の救急（入院）を減らすためには、医療・介護・福祉の連結と融合、循環（戦略）が必要であり、更には一貫通貫の縦串（戦略）が重要である。具体的な道具（ツール）としては、従来の疾患別の連携パス、リハビリ・栄養・嚥下・

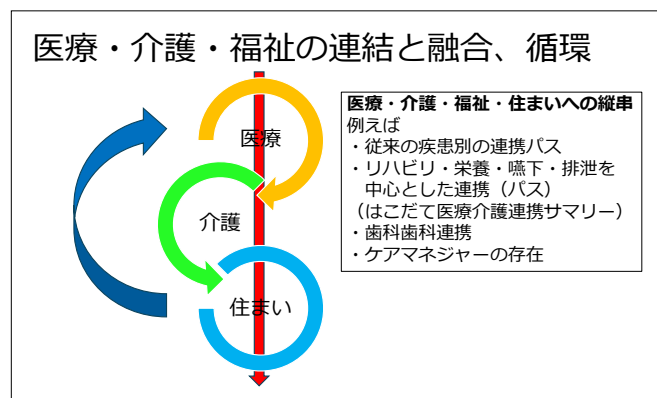


図3 医療・介護・福祉の連結と融合、循環

排泄を中心とした連携（パス）（はこだて医療介護連携サマリー）⁸⁾、それと医療と介護の連携に不可欠なケアマネジャー（CM）の存在である。（図3）

戦術として重要なものが、施設（建物）の接合と情報共有ツール（KIICS）である。施設の建物同士を物理的に廊下で繋ぐことがどのような目的で、どのような効果をもたらすかを説明する。

高齢者施設とクリニックの一例である。（図4 a・b・c）

当グループでは、高齢者施設（特養・サ高住・グループホーム）と無床クリニック（医科・歯科）を廊下で繋ぎ、施設（建物）を一体化させ、高齢者施設に居ながら医療を受けることができる環境を提供している。特に特養においては、軽度の肺炎や尿路感染症等は自室で治療を受けることができるため、医療機関への入院を回避できている。但し、特養には酸素の配管や吸引設備を完備することや、多数の看護師配置と看護師の夜勤も必要である。そして、医療機関への入院を回避することのメリットは、利用者のみならず、国の医療費の軽減になっている。この施設（建物）の一体化は、特養を医療機関化しているとも言え、数年前のコロナ禍では点滴や酸素を導入して自室で治療した経緯もある。

また、高齢者の誤嚥性肺炎の発症予防も前述のACSCsに繋がる。そのためにクリニックに歯科を標榜し、摂食嚥下認定の歯科医師が、高齢者施設の利用者の嚥下状態を含む歯科領域全般の治療を担当している。その結果、当高齢者施設において入院が

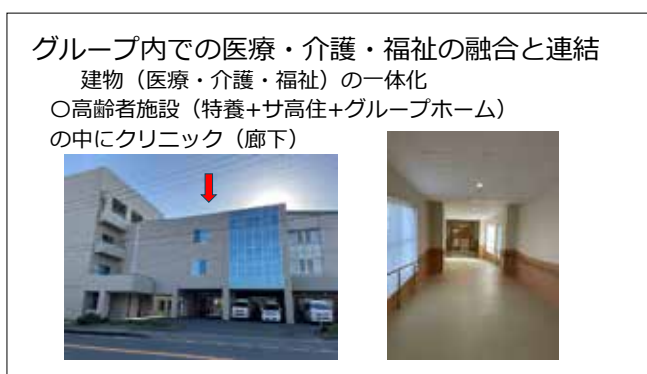


図4a 医療・介護・福祉の連結と融合 建物の一体化



図4b 医療・介護・福祉の連結と融合 建物の一体化

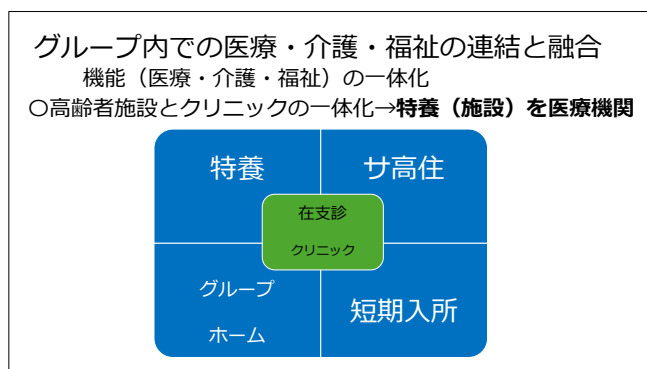


図4c 医療・介護・福祉の連結と融合 機能の一体化

必要な肺炎の患者さんは激減している。

次に、医療・介護・福祉の連結と融合、循環の機能的な手段（ツール）としての情報共有ツール（KIICS）について説明する。（図5）

医療と介護の両方を同時に使用できる電子カルテシステムを利用し、当グループ内のすべての施設や在宅事業所においてこのシステムを整備した。

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



図5 久英会統合ケアシステム (KIICS)

意を取得している。⁹⁾

次に情報内容の伝達方法について、特にリハビリ・栄養・嚥下・排泄に関して、「はこだて医療介護連携サマリー」⁸⁾を導入したので、一部を紹介する。

同サマリー導入の目的は、4つの柱（リハビリ・口腔・栄養・排泄）及びACPを中心に、「治療・リハビリ・ケアを継続して実践する」という職員共通の視点を持ち、グループ内の一体感と共通理解を醸成し、入院患者を減らすことである。

2024年度に函館市保健福祉部 地域包括ケア推進課の許可を得て、同サマリーを電子カルテ内に組み込み、当グループの情報共有ツール (KIICS) にお

いて情報共有する仕組みを構築した。

図6のフロー図のように、リハビリ・口腔・栄養・排泄及びACPに関する利用者の情報が入退院を繰り返すたびに、常に新しく書き換えられ、情報が循環することになる。

なるべく入力者の手間を省き、「退院サマリー」等他の情報との二重入力を軽減するため、電子カルテ内の情報をシートに自動で反映できるようにサマリーを改良した。

最後にケアマネジャー (CM) の存在の重要性を忘れてはならない。

「時々入院、ほぼ在宅」を可能にする地域包括ケ

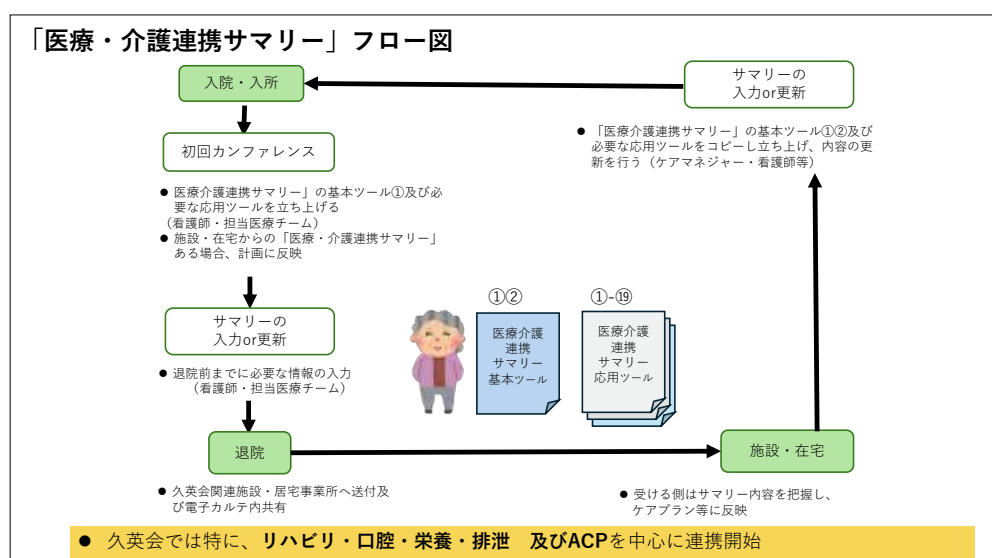


図6 はこだて医療介護連携サマリー

アを実現するためには医療と介護の連結が必須であり、在宅生活を継続するためには好循環・高回転の医療と介護の連携が必要である。

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

近年メディカルケアマネジャー（M-CM）という団体認定研修ができた。これは、当協会の武久洋三名誉会長が提言されたものである。¹⁰⁾ M-CM は、医療と介護の両方に精通し、高齢者の医療・介護サービスを統合的にコーディネートする専門職で、従来のケアマネジャーの資格を持ちつつ、医療知識を加えて医療・介護の橋渡し役を担う専門職である。高齢者が在宅や施設で医療と介護を行き来する際に、かかりつけ医と連携しながら必要なサービスを調整・提供することが期待されている。具体的には、入院や退院の調整、ポリファーマシー（多剤併用）の管理、認知症ケア、生活全体の支援計画の作成などが含まれる。

昨年、当グループ内に3ヶ所あった居宅介護支援事業所を統合して、大規模居宅介護支援事業所（地域包括ケアステーション高良台）を開設した。この事業所開設の目的は、グループ内の地域包括ケアを理想的な完成形にすることである。そして、この理想的な地域包括ケアは、この地域における地域共生社会へと発展し、利用者のみならずこの地域の人々の幸福に寄与するはずである。更にこの事業所においては、CM 個々の教育（リカレント）によりケアマネジメント能力を上げ、上述した M-CM の取得を目指していきたい。また、グループ内では CM を養成することにより、CM の量と質を担保することも併せて行っていくつもりである。

最後に、高齢者は常に状態が変化しながら、医療機関と在宅（施設）を循環している。しかしながら、高齢者にとってみれば連続した同じ人生である。であるならば、我々医療・介護・福祉に携わる人間は、

なるべくそれらの垣根をなくし、利用者の生活の視点で論じ、利用者主体の地域包括ケアの仕組み作りをするべきであろう。この仕組み作りこそが、我々慢性期医療に携わるものの使命ではないだろうか！

【参考文献】

- 1) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health, 123(2): 169-173, 2009
- 2) 中尾一久：久英会グループが実践する医療・介護・福祉の融合作戦 ～いかにして必要な情報を伝えるか～，病院経営羅針盤，2025年9月15日号，No.284，p17-22
- 3) 中尾一久：第33回日本慢性期医療学会 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」 高齢者救急を減らすための地域連携，2025年11月6日
- 4) Freund T, Campbell SM, Goissler S, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Ann Fam Med 11(4):363-370.2013
- 5) Bardsley M. et al BMJ Open 2013
- 6) 松田晋哉：地域医療構想と病院 第61回 済生会熊本病院 アライアンスの深化による医療介護複合ニーズへの対応，病院83巻10号，2024年10月，p819-825
- 7) 松田晋哉：地域医療構想と病院 第67回 高良台リハビリテーション病院，病院84巻10号，2025年10月，p806-811
- 8) 函館市医療・介護連携支援センター：はこだて医療・介護連携サマリー <https://hakodate-ikr.jp/>
- 9) 地域医療情報連携ネットワークにおける同意取得方法の例について（事務連絡）（令和2年3月31日）<https://www.mhlw.go.jp/content/000621515.pdf>
- 10) 武久洋三：識者の眼 医療介護専門員（メディカルケアマネジャー）の資格創設を，週刊日本医事新報5144号，2022年11月26日



小規模地域包括ケア推進病院における医療・介護連携の必然 ～100年続く地域病院が歩んだ地域包括ケアシステム構築の軌跡～

医療法人天心堂 志田病院

理事長 志田知之

1. はじめに

わが国は急速な高齢化と人口減少の進行により、医療提供体制の大きな転換期を迎えている。特に地方部では、高齢化率の上昇に加え、生産年齢人口の減少や医療・介護人材不足が顕在化しており、地域医療を取り巻く環境は年々厳しさを増している。

こうした中、地域包括ケアシステムの構築は国の重要施策として推進されているが、その実現には医療と介護の有機的な連携が不可欠である。一方で、小規模病院は限られた人的・物的資源の中で地域ニーズに応えなければならず、単独での機能発揮には限界がある。

当院は佐賀県南部の人口約2万6千人の地方都市である鹿島市に所在する病院である（写真1）。筆者が理事長として病院を承継した1996年当時は46床の小規模慢性期病院であった。その後30年間にわたり、病院機能の再編と介護保険事業の整備を進めながら、地域包括ケアを支える医療・介護複合体として発展してきた。

本稿では当院の歩みを振り返りながら、小規模病院にとって医療・介護連携がなぜ必然であったのかについて考察する。



写真1 医療法人天心堂志田病院 外観

2. 介護保険前夜と病院承継

当院は1925年に開設された地域密着型病院である。筆者の父が院長を務めていた当時、病院は46床であり、常勤医師は父一人であった。外来診療、病棟管理、訪問診療を一人で担い、地域住民の健康を支えていた。

1996年当時、筆者は大学院に在籍しており、週1回の非常勤医師として診療に携わっていた。その中で初めて、病院が地域住民の生活基盤として重要な役割を果たしていることを実感した。しかしその矢先、父が急逝した。十分な準備期間もないまま、30歳で病院経営を引き継ぐこととなった。

当時の病院建物は一部が築40年以上の木造であり、療養環境や医療機能の面から早急な建替えが必要な状況であった。資金調達や設計に奔走しながら病院再建を進め、2000年3月に新病院を竣工した（写真2）。そして同年4月、介護保険制度が開始された。結果的に、この制度創設が当院の方向性を決定づける大きな転機となった。



写真2 2000年竣工した新病院

3. 介護保険事業への参入と地域支援体制の整備

新病院完成後、46床のうち27床を医療療養病床、19床を介護療養病床として運営を開始した。しか

し、病床規模の小ささから病棟運営効率は決して高いものではなかった。また当地域は病床過剰地域に指定されており、病床増加による対応も不可能であった。一方で、地域には認知症高齢者の居場所不足、在宅サービス不足、リハビリテーション資源不足という課題が存在していた。

そこで当院は病院単独での機能強化ではなく、介護保険事業の整備による地域支援体制の構築を選択した。2003年に認知症対応型共同生活介護（グルー

プホーム）を開設したことを皮切りに、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、通所介護などを順次整備した（表1）。結果として約10年間で7つの介護保険事業所を開設し、地域高齢者を支える一定の基盤を形成することができた。

当時は個別の地域課題への対応として進めていた取り組みであったが、現在振り返ると地域包括ケアシステムの実践そのものであったと言える（写真3）。

年	事業	職員数
2000年	3月1日 現在の新病院に移転（4月から介護保険制度スタート）	50名
2003年	11月1日 グループホームさくら荘開設 	81名
2006年	3月21日 リハビリセンター増築 4月1日 デイケアきんもくせい開設 9月25日 病院機能評価（Ver.4） 10月1日 居宅介護支援事業所開設   	97名
2007年	7月1日 回復期リハビリテーション病棟開設 10月1日 小規模多機能ホームくすの木開設  	144名
2008年	7月28日 健診車導入 	152名
2010年	2月1日 デイサービス花水木開設 4月1日 在宅療養支援病院指定 	190名
2011年	11月1日 健診センター増設 11月4日 病院機能評価（Ver.6）更新認定  	199名
2012年	9月10日 新健診車導入 	211名
2013年	10月1日 小規模デイサービスさざんか開設 	223名
2015年	1月1日 地域包括ケア病床開設	225名
2016年	9月2日 病院機能評価（3rdG:Ver1.1）更新認定	230名
2017年	8月24日 近隣の病院の事業譲受 	235名
2019年	6月1日 新館完成（80床の病院に） 	250名
2021年	9月3日 病院機能評価（3rdG:Ver2.0）更新認定	270名
2023年	4月1日 ケアホームはるにれハウス開設 	289名
2025年	3月10日 新職員寮完成 7月5日 創業100周年  	281名

表1 2000年から現在までの年表



写真3 当院と併設施設の見取り図

4. 病院機能再編と病床増床

介護保険事業の充実によって地域支援体制は整備されたものの、病院では慢性的な病床不足が続いていた。2015年には地域包括ケア病床を導入したが、在宅復帰支援機能の強化により病床回転率が上昇し、むしろベッドコントロールは難しくなった。

そのため、有料老人ホーム整備による受け皿機能強化を検討していたが、2017年に近隣病院の事業譲受という大きな転機が訪れた。44床の病院を譲り受けることが決定し、地域医療構想調整会議での協議を経て病棟増築を実施した。2019年6月には、下記の通り計80床体制となった（表2）。

- ・回復期リハビリテーション病棟32床
- ・地域包括ケア病床28床

- ・療養病床20床

この再編により急性期後の患者を地域で受け止める機能が大幅に強化され、地域包括ケア推進病院としての役割がより明確になった。

5. 新たな介護資源の整備

病床機能が充実した一方で、退院先となる住まい機能の不足が新たな課題となった。特に高齢単身世帯や老老介護世帯では、医学的には退院可能であっても在宅生活への移行が困難な事例が少なくなかった。

そこで2023年、介護付有料老人ホーム「ケアホームはるにれハウス」を開設した（写真4）。開設後まもなく満室となり、現在も待機者が存在する状況が続いている。このことは、地域における住まい機能の不足を示すものであり、地域包括ケアシステムにおける「住まい」の重要性を改めて認識する契機となった。



写真4 有料老人ホーム（はるにれハウス）

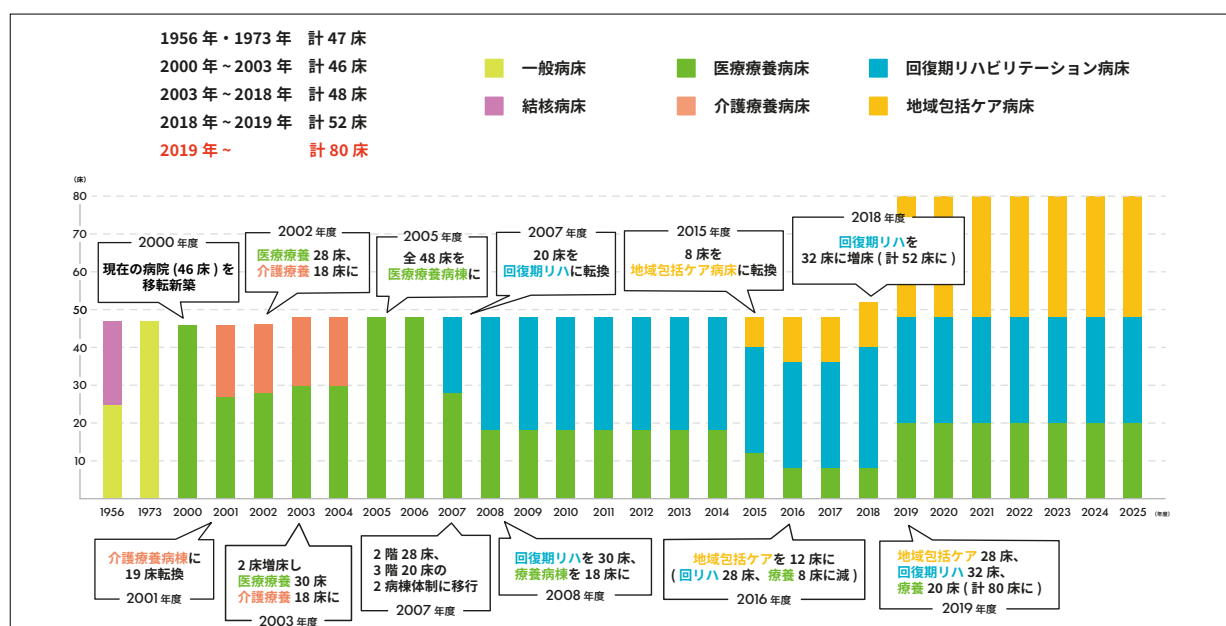


表2 病床数の変遷

6. 地域連携の新たな展開

近年、当院は老舗の特別養護老人ホーム好日の園（写真5）を運営している社会福祉法人梅生会との連携を強化している。2026年4月から、特別養護老人ホームの嘱託医を担う中で、平時の健康管理から急変時対応、入院受入れまで包括的な支援体制を構築した。その結果、施設利用者の安心感向上だけでなく、当院地域包括ケア病床の稼働率向上にも寄与している。



写真5 特別養護老人ホーム「好日の園」

また、当院からの退院先として特別養護老人ホームを紹介できるようになり、双方にメリットをもたらす連携モデルが形成されている。これは従来の法人内完結型連携から地域協働型連携への発展と位置付けることができる。

7. 考察

（1）なぜ小規模病院に医療・介護連携が必要なのか

医療介護連携は地域包括ケアシステムの中核的要素として位置付けられている。しかしながら、小規模病院にとって医療介護連携は単なる政策的要請ではなく、病院存続のための必然的戦略であると考えている。

地方都市では人口減少と高齢化が同時進行している。高齢者人口は増加する一方で、支える現役世代は減少し、医療・介護双方で人材不足が深刻化している。また患者の疾病構造も変化し、単一疾患の治療だけでなく、多疾患併存状態や認知症を伴う高齢者への包括的支援が求められるようになった。

こうした状況の中では、病院だけで患者を支えることは困難である。急性期治療を終えた後のリハビリテーション、在宅生活支援、介護サービス利用、

施設入所支援までを含めた一連の流れを構築しなければ、高齢者の生活は成り立たない。

当院が介護保険事業を順次整備してきたのは、制度改正への対応というよりも、地域の高齢者が抱える課題を解決する過程で自然に生まれた結果であった。その意味で、当院の歩みは地域包括ケアシステムを後追いしたものではなく、地域課題への対応を積み重ねた結果として地域包括ケアに近づいていった歴史であったと考えている。

（2）病床機能だけでは地域ニーズに応えられない

慢性期病院は病床を持つことが最大の強みである。しかしながら、病床のみで地域ニーズに対応することには限界がある。例えば回復期リハビリテーション病棟で在宅復帰可能となった患者であっても、独居高齢者、老老介護世帯、認知症高齢者などでは退院後の生活に不安が残る。療養病床で長期療養を行った患者においても、医学的安定後には生活の場への移行が必要となる。この時、地域に適切な受け皿がなければ病院は退院支援に苦慮することになる。

当院ではグループホーム、小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション、有料老人ホーム等を整備してきたが、その目的は病院経営上の多角化ではなく、退院後の生活を支える仕組みづくりにあった。結果としてこれらの機能は患者の生活を支えるだけでなく、病院の病床回転率向上にも寄与することとなった。病院経営と地域包括ケアは相反するものではなく、むしろ相互補完的な関係にあると考えられる。

（3）病床稼働率向上への効果

近年の慢性期病院経営において病床稼働率の維持は極めて重要な課題である。当院においても病床数が限られていた時代から、いかに地域から必要とされる病院であり続けるかを常に考えてきた。

介護事業所との連携体制が整備されることで、患者の状態変化を早期に把握できるようになり、必要時に速やかな受診・入院へつなげることが可能となった。さらに近年開始した特別養護老人ホームとの連携では、施設利用者の健康管理から急変時対応までを包括的に担うことで、地域包括ケア病床の利

用機会が増加している。

慢性期病院にとって重要なのは単に患者数を増やすことではない。地域における信頼関係を構築し、「困った時にはまず相談する病院」として認識されることである。その結果として病床利用率が安定し、経営基盤の強化につながる。

（４）紹介率向上と急性期病院との関係

近年の地域医療においては病院単独で完結する医療は存在しない。急性期病院、回復期病院、慢性期病院がそれぞれの役割を果たしながら地域全体で患者を支えることが求められている。

当院では回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病床を有していることから、急性期病院からの紹介患者受入れが重要な役割となっている。紹介元病院が患者を安心して紹介できるかどうかは、退院後支援体制の充実度に大きく左右される。介護保険サービスや住まい機能を含めた支援体制を整備していることは、急性期病院に対する大きな安心材料となる。結果として紹介患者数の増加や地域連携の強化につながり、病院機能の安定的運営に寄与している。

（５）法人内連携から地域連携へ

当院は長年にわたり法人内での医療介護連携を進めてきた。しかし近年、その考え方は大きく変化している。人口減少が進む地方都市では、一つの法人のみで地域包括ケアシステムを構築することは現実的ではない。医療機関、介護施設、社会福祉法人、行政がそれぞれの強みを活かしながら協働することが求められる。

特に今回の社会福祉法人との連携を通じて感じたことは、競争よりも協調の重要性である。かつては患者確保や利用者確保という視点で考えられていた関係も、現在では地域全体を支えるパートナーシップへと変化している。地域包括ケアシステムの成熟とは、このような関係性の成熟でもありと考えている。

（６）小規模病院の強み

一般的に病院経営では規模の経済が重視される。しかし小規模病院には大規模病院にはない利点も存

在する。

第一に意思決定が速いことである。当院では地域課題を認識した際に、比較的短期間で新たな事業展開を決定することができた。

第二に職員同士の距離が近いことである。医師、看護師、リハビリ職員、介護職員、ケアマネジャーが日常的に顔の見える関係を構築でき、多職種連携が自然に機能しやすい。

第三に地域との距離が近いことである。患者や家族の生活背景を理解しながら支援できることは、小規模病院ならではの大きな強みである。

人口減少社会において、小規模病院は必ずしも弱者ではない。地域密着型医療を実践できる存在として、今後も重要な役割を担うものと考えている。

8. おわりに

当院は2025年に開業100周年を迎えた。100年という長い歴史の中で医療制度は大きく変化し、地域社会もまた大きく姿を変えてきた。しかし、地域住民の暮らしを支えるという病院の使命は変わっていない。

当院が介護保険事業を展開してきたのは、事業拡大そのものを目的としたものではなく、地域が必要とする機能を補完するためであった。その結果として、医療と介護を一体的に提供する体制が形成され、地域包括ケア推進病院としての役割を果たすことが可能となった。

現在、当院は法人内連携から地域連携へと新たな段階に進みつつある。医療機関と介護施設が相互に支え合い、地域全体で高齢者を支える仕組みづくりこそが、これからの地域包括ケアシステムに求められる姿である。

人口減少と超高齢社会が進む中、慢性期医療を担う病院の役割はますます重要になる。小規模病院であっても、地域とのつながりを深め、医療と介護を結ぶハブとして機能することで、その存在価値はさらに高まると考える。

100周年は通過点に過ぎない。次の100年に向けて、当院は地域包括ケアを推進する医療・介護複合体として、地域住民が安心して暮らし続けられる地域づくりに貢献していきたい。



谷田病院で取り組む、医療と介護の連携のかたち

医療法人谷田会 谷田病院

理事長 谷田理一郎 事務部長 藤井将志

谷田病院がある甲佐町は、人口約1万人の町で、熊本市から車で1時間ほど離れた場所に位置している。病院の規模は99床で、地域包括ケア病棟と療養病棟、介護医療院がある。提供している医療は地域医療であり、専門特化した医療は提供していない。法人は別になるが、理事長が兼務する形で関わっている関連法人で特養、老健、診療所を運営している。また、同じ町や隣町にも似たような機能を有する病院が複数存在している地域である。このようなコミュニティホスピタルで、どのように医療と介護の連携を進めているかを本稿でお伝えする。

1. 患者にとって制度の境界は関係がない

まず大前提として、患者や利用者にとって、医療保険のサービスであろうと、介護保険のサービスであろうと、もしくは障害福祉のサービスであろうと、何も関係ないということである。診療報酬制度上、何日以内に退院しないといけないとか、その後は介護保険に切り替えて、そのためには申請手続きをする必要があるなどといったことは、患者個人からするとどうでもいいことである。

私たち医療介護従事者ですら制度が複雑で理解できないのに、一般の人たちがどのような制度を使い、どの病院や施設に転院したりすればいいのかなど、分かるはずがない。患者は単に、病気が治ったり、元の生活が送れたりすれば、それだけで十分である。担当する病院が変わったり、病室が変わったり、施設が変わったりすることは提供する側の理屈であり、患者には関係がない。

こうした制度が望ましいかはともかく、少なくともこのような制度と患者ニーズの狭間にいるのが、私たち医療介護従事者であると理解している。そのため、できるだけシームレスに、患者にストレスが

ないように連携していくことは重要であると考えている。

しかし、改めて患者視点に立つと、それは必ずしも本質的に求められているサービスではなく、そうであって当然のことである。スムーズに連携できているからスゴイわけではなく、そんなことはどうでもいいので、早く元のQOLに戻してくれというのが根底にあるニーズであろう。そのことを常に考えながら、医療や介護を提供するべきである。

2. 他施設も交えた多職種カンファレンス

毎週、院内の多職種が集まって、この1週間で入院した患者、方向性の検討をすべき患者だけをピックアップし、状況を確認、共有、検討をする多職種カンファレンスが開かれている（図1）。当初は、院内のスタッフ、しかも医療分野のメンバーに限定されていたが、院内の介護施設から参加するようになり、現在はさらに関連法人の施設からも参加してもらっている。前述の入退院がある患者状況の共有に加えて、各施設の空床・空室の状況や受け入れの余裕度なども共有されている。

情報共有の場であるので、それほど活発な議論が起こるわけではないが、毎週1回顔を合わせることで、様々な調整事項はこのカンファレンスを軸に進んでいく。情報の共有なら、ITツールを使えば済むと思われがちだが、メールやチャットで情報を流しているだけでは、人間と人間のコミュニケーションは密にならないと考えている。そのため、ICTは積極的に活用するが、このようなリアルな集まりも無くすつもりはない。

距離感の近い法人のメンバーだけであるので、カンファレンス後に病棟へ様子を見に行ったり、転院予定の患者の状況を共有したり、退院後に通所サービスを利用する患者がいつ来るのか、どのように対



図1 多職種カンファレンスで共有している内容

応するのかといった話になったりするなど、フランクな話し合いが見られる場となっている。

また、個々の症例ではなく、全体を共有することで、それぞれの施設が現在どのような状況に置かれているのかということも週単位で共有できる。地域連携室が中心に営業回りもするが、関連施設のどこが空いているのかということを入念に入れながら動くことができる。この会議自体が、各施設の状況を集約し、調整を進めるコマンドセンターのような役割を担っている。

3. 定期的実施している多法人との連携の会

この毎週の会合とは別に、10年ほど前に、関連法人ではない介護施設2つも合わせた毎月のミーティングを実施していた。そこでも、相互の施設に関連する患者の入退院の情報を共有することが目的であり、さらに運営上の課題なども共有していた。

例えば、認知症を診られる精神科の先生がいるとよいとか、皮膚科の先生に定期的にラウンドしてもらいたいなどといった意見が出ることもある。これら2つの介護施設は医療機関がバックにないが、現

場の評判が良いところに目をつけて、よりスムーズにやりとりをするために会議を持ちかけて実施していた。

結果として、そのうちの1つの介護施設が事業承継ということで、当時所有していた株式会社から谷田グループに参画することになった。それをきっかけにこの会も解散することになったのだが、そのくらい参加するメンバー同士は仲が良くなり、情報が密に共有されるようになっていた証でもあるだろう。

会合がなくなり、しばらく関連法人以外の介護施設とのやりとりは症例ごとのやりとりに限定されていたが、令和6年度の医療・介護同時改定では、介護報酬上、協力医療機関連携加算が設けられた。基本的には毎月集まりを行うことで、平時から情報の共有をしようという取り組みが求められている。これをきっかけに、新たな医療介護連携の会議を立ち上げた（写真1）。医療側からすると、算定できる診療報酬は、協力対象施設入所者入院加算などに限定されており、それほど高額な点数にはならない。しかし、介護保険施設からすると、入所者ごとに協力医療機関連携加算を算定できるため、収益インパ



写真1 連携の会の様子

クトも大きい。こうした制度変更があるときに、もし他の近隣医療機関が困り込んでしまうと、当院としても痛手である。外部環境の変化があったときには、なるべく早く動くということを心がけている。

令和8年の診療報酬改定で、開催頻度を3ヶ月に1回まで減らすことができるようになった。ひとまず今年度は毎月開催を継続し、ゆくゆくは3ヶ月に1回ぐらいに減らし、その一方で、ケアマネの居宅介護支援事業所へも声をかけ、内容も各施設の情報共有だけではなく、当院の医師から医療のレクチャーを実施し、内容をアップデートしていく予定である。

感染管理など、介護施設で法定で求められている研修も、このミーティングで実施するようにしている。医療機関のスタッフからすると、感染や医療安全といった情報が多く入る分、アップデートがしやすいが、介護施設になると、どうしても片手間になってしまいがちである。どちらにしろ施設基準で、院内ではそうした研修を定期的に行っているため、そのコンテンツを有効活用し、地域連携につなげている。

4. 医療の理屈を押し付けない

こうした介護施設との連携の際に、やはり気を付けなければいけないのは、医療機関が“偉い”という勘違いである。心不全の患者であるにもかかわらず、なぜ水分を多く摂らせているのか、なぜ塩分管

理が十分ではないのかなど、医療側からすると指摘したくなるようなケースもあるだろう。

しかし、相手は必ずしも医療的な知識を体系的に学んできたメンバーばかりではない。その背景にあるメカニズムや考え方を説明しないまま、白か黒かだけを一方的に伝えてしまうと、医療機関は偉そうだと受け取られてしまう。そのような関係性の中で、患者や利用者が中心となった連携ができるはずがない。

介護側からすると、医療者が月に1回、数分診察や回診で会うだけで何がわかるのか？という気持ちになる。日々接していて、何かおかしいと思って訴えているわけであり、そこに医学的な根拠があるかないかなど、関係ない。医療者からすると、だから素人のくせに余計なことをするな！と言いたくなるのであろうが、そうした身近なスタッフからの気づきが、大きな治療方針に関わることもある。さらには、病気を治すことが目的ではなく、QOLの改善が目指すところであるなら、なおさらそうした身近なスタッフから発信される情報を排除するべきではない。

多職種が一堂に会してカンファレンスをすれば、顔が見える連携ができるわけではない。やはり集まったときに、患者のことを考えると少し気になることがあるなら、それを共有することができなければ、いくら集まっても時間の無駄である。医療機関の医師や看護師の顔色をうかがって、何も言えない空間では意味がない。

すべてのカンファレンスでそのような空気感を作られているかという点、そうではないが、そうした心理的安全性が担保された場を作ることを目指している。やはりここでも、医療者や介護者といったプライドや背景などは、患者の「こうありたい」というニーズの下では無意味であることを改めて考えないといけない。

その思いに気づいて、それを達成するためにどうすればいいかを考え、実行できる。そんなチームを求めているわけであり、診療ガイドラインで求められている数字を改善することが求められていることではない。

5. 医師会を軸に地域全体でも医療と介護の連携を進める

これまでお伝えしたのは、谷田病院を中心とする介護との連携の話である。その一方で、上益城郡医師会という地元の小さな医師会の中でも、似たようなコンセプトで活動を進めている。上益城郡とは、甲佐町を含め、似たような人口1万人ほどの町が5つ集まった地域である。もともとは上益城郡で1つの二次医療圏となっていたが、熊本市医療圏に隣接していることもあり、2018年に熊本市と統合された。

この医師会で、より顔が見える連携が進んだのは、在宅医療を地域に広げる活動がきっかけである。当時、在宅医療を推進している先生たちが数名集まり、在宅医会という定期的な勉強会を始めた。当院のスタッフが事務局を買って出て、病診連携を推進するため、手弁当で動いていた。

在宅医療となると、医療関係者だけでは一向に打ちが明かない。そこで勉強会では、当初から介護施設や行政も巻き込み、開催するようにした。通常、医師会が開催する勉強会というと、循環器や消化器といった専門領域の勉強会が多い。一方で、こうした医療や介護の連携のような話になると、医師の参加率が下がるという傾向がある。そんななか、医師会が主導して、医療介護連携をテーマとした勉強会を開催したわけである。結果として、医療介護の従事者はもちろん、毎回医師も参加するような会となった。

その後、医師会の正式な組織となり、地域医療介護総合確保基金で県からの予算がつくなど、形は変わっているが、現在も年に複数回、定期的に勉強会を行い、介護施設も交えて集まっている。会の後には必ず懇親会を設けており、そうしたコミュニケーションも生かして、顔が見える連携を進めている。

2年前からは、当院に所属する緩和ケアのスタッフが中心となり、ELNEC-J（エルネック）という看護師向けの終末期看護の勉強会を医師会主催で開催するようになった（写真2）。全国的には、病院の看護師が中心となってこの研修に参加することが多いが、この地域では、地域の看護師が参加し、訪問看護ステーションや介護施設の看護師等が参加し、



写真2 緩和ケア勉強会の様子

緩和ケアを学んでいる。毎年たくさんの看護師が集まり、とても熱気のある会へと成長している。

6. 日常の関係が災害時に力を発揮する

こうした日々のつながりがあると、非常時にはより効果が発揮される。コロナ禍では、介護施設が大きなダメージを受けた。施設内には医師がいなくてころもあるし、感染管理の知識も不足しがちである。そうしたときに、日々垣根低く関わっているため、どうしたらよいかという問い合わせがあった。発生初日の段階で当院から感染メンバーが駆けつけたり、医師会と連携して、他の医療機関の嘱託医の施設関係をサポートしたりといったことが起こった。2020年に発生した熊本豪雨のときには、県内の医師会では最も早く JMAT を組成し、チームを送り込んだ（写真3）。その際のチームも、1つの医療機



写真3 医療機関混成チームの JMAT

関で医師、看護師、ロジスティクスの3名以上が組めないところもあったので、複数の医療機関の連合型のチームも作っている。

こうして垣根が低く連絡が来たり、フットワーク軽く動けたりするためには、ほぼ毎月のように顔を合わせている関係があるからだと確信している。特別なコミュニケーションツールも入れておらず、日常使いのLINEで医療介護従事者がつながっているため、緊急時にもすぐに連絡をして、数時間のうちにやりとりが済むといったことも多々経験している。もちろん、県が主導している医療連携のICTツールも導入しているのだが、やはり緊急時には使い慣れたツールが大きく活躍する。

今後は、谷田病院に認定看護師が増えていることもあり、前述の感染・緩和領域の看護師に限らず、認知症の認定看護師や感染の認定看護師などが地域に出て行き、介護施設も含めた医療の水準が高まるような動きを模索している。こうした活動の多くは、ほとんど直接的な収益につながっていないが、やはり何かあったときに相談ができる医療機関という印象にはなっているだろう。こうした敷居が低い医療機関と思われると、確かにいろいろなことで連絡が来る。その延長上で、患者が紹介されたり、事業承継の話になったり、経営の相談になったりすることにつながっていく。

来月、再来月という短期的な時間では結果が見えにくいことであるが、2年、3年という時間軸から考えると、明らかにメリットが大きいと感じている。その活動の根底に大義があるのかを常に問い続け、短期的な損得や私利私欲だけで判断しないよう心がけている。

7. 事務業務の共有化を模索

こうした活動を続けてきたからか、事業承継をお願いしたいという話もあるし、嘱託医をお願いしたいという施設も数年おきに増えている。結果として集患活動にもつながっている。一方で、近隣の医療機関と競争関係が続けるだけでなく、新たな関係性を模索する段階にも入っている。一番分かりやすいのは、地域医療連携推進法人にすることであろう。

しかし、法人を立ち上げ、協力関係を築いていくとなると、費用もかかるし労力もかかってくる。

そこで、ひとまず患者や利用者の流れは引き続きライバルとして切磋琢磨していくが、事務やバックオフィスといった業務について協力できないかということ、近隣の町も含めた4つの医療機関の事務長と話している。共同購入や外国人材の管理、人材募集、ゆくゆくは医事算定や情報システムのメンバーの共有化などもできないかと思っている。1つの医療機関だと100床しかないが、4つの医療機関が集まれば400床近くの規模感となる。さらには関係する介護施設まで入れていくと、ある程度の規模感が得られる。それを活かした交渉や連携ができないか、今後、動いていく予定である。

こうした活動を進めていくと、課題に感じるのが、診療報酬や介護報酬上で規定される特別な関係のことである。開設者が同一もしくは親族であったりすると特別な関係に該当し、一部の診療報酬が算定できない。一方で、国は医療・介護・福祉分野における法人間連携や経営基盤の強化を進めており、その政策の流れの中で、地域医療連携推進法人や社会福祉連携推進法人といった仕組みも設けられている。もちろん、推進法人に参加した医療機関同士であれば問題はないが、さらに距離が縮まり、代表者が一致していくと、一部の診療報酬が算定できなくなる。まさに政策の矛盾であり、そもそも大規模化されていくのであれば、こうした連携が増えていくわけであり、算定ができないというよりは、算定を推奨すべきではないであろうか。

8. 福祉も交えた地域連携

本稿では、医療と介護の連携についてお伝えしてきた。今後について、足元で当院が進めているのは障害福祉や地域住民も交えた連携である。当院では、これまでまちづくりに関する事業を行ってきた(図2)。例えば、古民家レストラン、リノベーションした古民家ホテル、キャンプ場、学習塾などである。こうした事業を含めると、院内の業務に加えて非常に多岐にわたる仕事が存在する。医療関係だけでも、患者の身の回りの世話や環境整備、リネンの洗濯が



図2 当院が関わるまちづくり事業

あるし、事務部においては、書類整理やデータ入力、郵送物の発送、プログラミングや SNS 管理など、パソコン系の業務もある。それに加えてまちづくり事業まで入れると、レストランの厨房やホテルの環境整備、農園での田畑の仕事、キャンプ場の草刈りやテント張りなど、ありとあらゆる業務が存在する。

こうした環境を生かして、業務の一部を障害を持った人たちにやってもらおう、という構想が生まれた。

これまで障害福祉の領域は、グループ全体も含めて実施してこなかったが、就労支援 B 型の立ち上げを 2025 年 10 月から始めている。少しずつ利用者も増え、現在は 12 人ほどの利用者が関わってくれている。

通常、就労支援の業務は、内職のような業務があり、それをやれるようにトレーニングするイメージであるが、Yatsuda Work Lab では「仕事を選べる就労支援」というコンセプトを掲げており、その利用者の興味がある仕事や働く場所から、どんな仕事ができるのかという視点でやれることを探していく。

徐々にではあるが、病棟を整理したり、事務所に出入りしたりする障害を持った方が増えている。いずれは病棟を見ると、常に障害を持った方と医療者が一緒になって仕事をしているような空間にまで育て上げたいと思っている。

9. cho-juu park でごちゃ混ぜをめざす

2026 年 4 月からオープンしたのが、公園型複合施設 cho-juu park (チョージューパーク) である (図 3)。

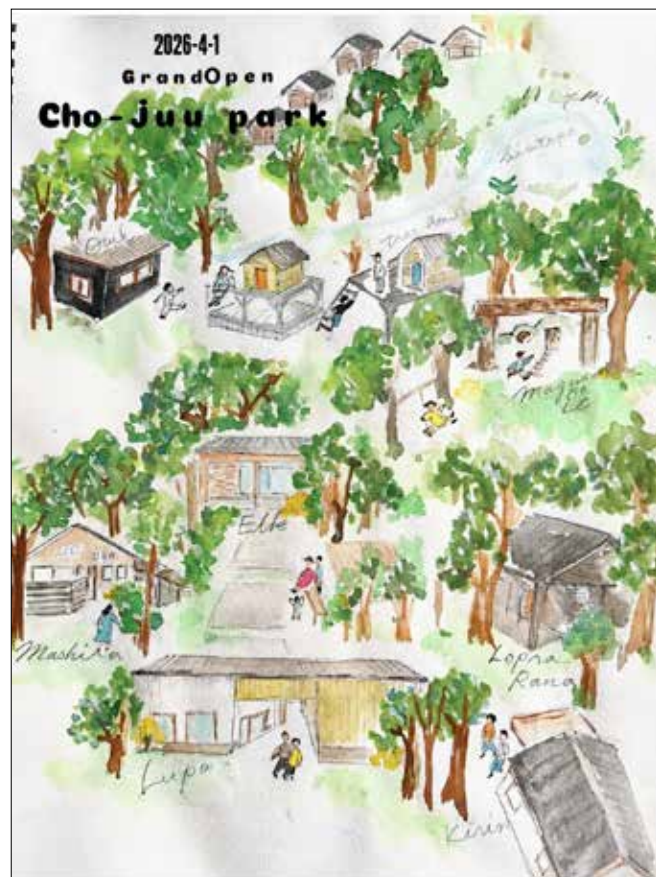


図3 施設の全体イメージ

病院から歩いていける距離にある小学校に隣接した約 5,000㎡の土地に、高齢者デイ、児童発達支援、放課後等デイといった福祉施設のほか、オーガニックレストラン、マーケット、図書室、レンタルスペースといった交流拠点を配置した複合的な場である。

全体は「公園」がコンセプトなので、周囲に塀もなく、いつでも誰でも入れる空間となっている。敷地内には小川が流れ、芝生の丘や流木アート、ツリーハウスなどもある。レストランやマーケットに来る一般の方、福祉施設を利用する高齢者から子どもたち、隣の小学校からは元気な子どもたちがごちゃ混ぜになる空間を目指している。

公園は、行く目的が必要のない唯一の場所だと思う。ただふらっと立ち寄ることもできるし、何かをしに行くこともできる。頑張る人が集まることも、特に何もしたくない人がいても許される。こうした“スキマ”のような場所になれるのが公園であろう。

甲佐町には公園がなく、住民ワークショップをす

ると、いつも欲しい機能の筆頭に公園が挙がってくる。その一方で、世間一般の公園を見ると、その多くが禁止事項の嵐である。火気厳禁に始まり、硬いボールの使用禁止、スケボー系の禁止などである。

どうせ公園を作るなら、“自由な公園”を作りたいと思っている。そのため、cho-juu park には、絶対のルールを作らないというルールを設けている。何もかもやってはいけないとルール化して、その空間だけで問題が起こらなくして、解決したことになっている。本来の社会は、そういう線引きがクリアにできるものではなく、倫理や道徳が生まれて、人の迷惑にならないほどほどのところで、でも時には衝突しながら作り上げられていくのが、人間の営みなのではないだろうか。それを体現してみようという試みである。

地域をはじめ、いろいろな人の「やりたい!」が集まることも目指しており、流木を使ったアートやナチュラル系の商材を扱ったマーケットは、こんなふうに使わせてもらえないか、というリクエストから実現している。他にも、隣の小学校の音楽の授業で青空ステージで練習するとか、レンタルスペースでイベントを開いたり、今後は毎月、地元の生産者さんを集めたマルシェが開催される予定である。こうして、いろいろな人に使われる中に福祉施設があり、元気な人も障害を持った人も、子どもから高齢者まで、自然な交流が生まれる。これから何が起るか、ワクワクする空間である。

本業である福祉事業にもこだわりがある。高齢者デイでは、集まった高齢者がもともと持っていた生きがいに取り組みめたり、まだまだ健在な機能を使って周囲の役に立つことをやったりできるデイサービスを目指している。施設内はカフェのような空間で、温泉のようなお風呂、バンドができる音楽ルーム、個室で静かに作業や読書ができる場などがある。決められたプログラムではなく、何歳になっても、自分のペースで、自分のやりたいことをやれる場を作りたい。

療育分野では、まずは障害福祉サービスを受けることが恥ずかしく、こそこそすることではないということを、地域文化として育てていきたい。塀で囲われて、人目につかないところに閉じこめるのではなく、オープンに元気な子どもと混じり合う。通っていることが恥ずかしくないおしゃれな場所であることが、自信を持って他人に言えるようになる。その上で、単なるお預かりのサービスではなく、医療福祉の有資格者が療育のトレーニングを行い、適切なタイミングで見極めて早期に介入することで、問題行動などを改善していく。医療機関がバックにあるからこそ、しっかりとした療育を提供していきたい。

空間もそうであるが、コンセプトやロゴマーク、イベントのプロデュースなど、見せ方にもこだわっている(図4)。医療や福祉っぽさをなくして、一般向けのおしゃれなアートのスポットのようなプロモーションを目指している。熊本で実績のある方に、全体のプロデュースに関わってもらっている。

cho-juu park というネーミングは、平安時代の鳥獣戯画という作品から生まれた。鳥獣戯画に描かれている動物のように、意図のない遊びができる空間という思いが込められている。タグラインは「超、自由。」である。韻を踏んでいるので、クスッと笑ってもらえると嬉しい。ロゴマークも、九州で有名なお菓子のロゴを作った方をお願いした。つつい SNS で拡散したくなる、そんな要素を散りばめている。

こうした発信を通して、公園全体で伝えたい、垣根を超えたごちゃ混ぜや、ルールに縛られず自由だけれど規律のある、自由を超越した社会というコンセプトが伝わるとうれしく思う。読者の皆さんも、ぜひ熊本甲佐まで遊びに来ていただきたい。



図4 オープンイベントの様子

新版

看護師特定行為 研修テキスト

編集 一般社団法人 日本慢性期医療協会
発行 中央法規出版

「特定行為に係る看護師の研修制度」の指定研修機関である日本慢性期医療協会により、研修のテキストとして企画されたのが本シリーズです。

すべての受講者に必須の共通科目と、慢性期医療や在宅医療に必要な12の区分別科目について解説しています。執筆者は講師や指導者として研修に関わる医師が中心となっており、具体的でしかも実践的です。研修のテキストとしてはもちろん、修了者のフォローアップとして、そして、これから受講を希望している看護師の皆様に役立つ内容です。



共通科目編

B5判 / 横組み / カラー / 488頁 定価 7,200円（税別）

- 第1章 臨床病態生理学
- 第2章 臨床推論
- 第3章 フィジカルアセスメント
- 第4章 臨床薬理学
- 第5章 疾病・臨床病態概論
- 第6章 医療安全学
- 第7章 特定行為実践



区分別科目編 1

在宅・慢性期パッケージ対応

B5判 / 横組み / カラー / 332頁 定価 5,700円（税別）

- 第1章 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
- 第2章 ろう孔管理関連
- 第3章 創傷管理関連
- 第4章 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連



区分別科目編 2

B5判 / 横組み / カラー / 682頁 定価 8,000円（税別）

- 第1章 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
- 第2章 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
- 第3章 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
- 第4章 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
- 第5章 動脈血液ガス分析関連
- 第6章 感染に係る薬剤投与関連
- 第7章 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
- 第8章 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

参議院議員に就任して見えてきたこと

インタビュー：かまやち敏 参議院議員

インタビュアー：安藤たかお 日本慢性期医療協会 副会長，衆議院議員



本対談では、医療現場と医師会活動を経て国政の場に立つかまやち敏氏に、参議院議員に就任して見えてきた医療・介護政策の課題について、当会副会長で衆議院議員の安藤たかお氏が話を聞きました。かまやち氏は「政治の世界は医療現場や医師会活動とは異なる部分が多く、常に一年生の意識で学んでいる」と述べ、制度を提供側ではなく利用者側の視点から見直す必要性に言及。新型コロナ対応を踏まえ、国民の協力と医療・介護・福祉関係者の尽力、国民皆保険制度の意義を確認したと振り返りました。安藤氏は、慢性期医療や介護の現場における物価高騰、人材不足、医療材料の供給不安を取り上げ、適正な収支差や制度の持続可能性について問題提起しました。対談では、給付と負担、人材確保、医師偏在、地域の実情に応じた医療・介護連携、日慢協の役割について意見が交わされました。

■「一年生」という意識で

○安藤：日本慢性期医療協会では、機関誌 JMC 上でリレーインタビューを行っております。本日はかまやち敏先生に、参議院議員に就任して見えてきたことについてお聞きします。

当会は、療養病床を中心とする慢性期医療から出発し、現在では回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関も加わり、急性期後の医療を広く担っています。

かまやち先生は、高崎市医師会長、日本医師会常



かまやち敏氏

任理事・副会長を歴任され、現在は参議院議員として厚生労働委員会などで活動されています。本日は、医師、医師会役員、国会議員としてのご経験を踏まえ、お話を伺います。

○かまやち：安藤先生には、日頃から大変お世話になっています。本日はこのような機会をいただき、

ありがとうございます。

○**安藤**：まず、医師としての長いキャリアをお持ちであり、地域医療や医師会活動にも深く関わってこられたかまやち先生が政治の世界に入り、初めて見えてきたものについてお聞かせください。

○**かまやち**：これまで医師として、あるいは医師会活動を通じて培ってきた経験は、国政の場でも活かせる面があると感じています。ただ一方で、政治の世界は医療現場や医師会活動とはかなり異なる世界です。少しでも役に立つためには、この世界の仕組みや考え方をしっかり学ばなければならないと強く感じています。多くの先輩方からお話を伺いながら、自分の役割を一つひとつ確認して進める必要があります。率直に申し上げれば、全く別の世界に入ったという印象です。

○**安藤**：医療界での経験があっても、政治の世界では改めて学ばなければならないことが多いのだと思います。

○**かまやち**：そのとおりです。常に「一年生」であるという意識を持って取り組まなければなりません。分からないことも多く、失敗することもあります。

政治の世界には、規律や先輩方から学ぶ姿勢が重

視される面があります。その意味では、運動部に近い世界だと感じることもあります。これまでの経験だけに頼るのではなく、謙虚に学び、周囲の方々から助言をいただきながら、少しずつ役割を果たしていきたいと考えています。

■ 利用者の視点で



安藤たかお氏

○**安藤**：次に、医師としての経験が国会の中でどのように活かされているか、また、医療現場にいた時には見えにくかった「制度の壁」を感じることもあるかについてお聞かせください。

○**かまやち**：国会議員として役割を果たすために

は、医療や介護・福祉を提供する側の立場だけで考えるのではなく、実際にサービスを受ける方々にとって利用しやすい仕組みになっているかという視点が欠かせないと感じています。

優れた医療・介護サービスが用意されていても、制度上の制約によって十分に利用できない場合があ

Profile

かまやち敏（さとし）

1978年 日本医科大学医学部卒業
日本医科大学附属第一病院 小児科 入局
1988年 小泉小児科医院 院長
2005年 高崎市医師会 会長
2011年 群馬県医師会 参与
2014年 日本医師会 常任理事
2020年 新型コロナウイルス感染症対策分科会構成員
新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード構成員
2023年 新型インフルエンザ等対策推進会議委員
2024年 日本医師会 副会長
2025年 第27回参議院議員選挙 当選

参議院における役職等一覧（令和8年3月25日現在）

厚生労働委員会、決算委員会、災害対策及び東日本大震災復興特別委員会、国民生活・経済に関する調査会、憲法審査会

自由民主党における役職等一覧（令和8年3月25日現在）

厚生・労働関係団体委員会 副委員長、報道局 次長、参議院国会対策委員会 委員



ります。また、制度そのものを知らないために、必要な支援にたどり着けない方もおられます。そうした障害をできる限り取り除き、必要な方が必要なサービスに確実につながるようにすることが、私どもの重要な役割であると考えています。

○安藤：高額療養費制度についても、以前は制度を十分に知らない方が少なくありませんでした。介護分野はさらに制度が複雑ですので、必要な支援にたどり着けないという課題はより大きいと思います。

■ 正確性と冷静さを

○安藤：続いて、新型コロナウイルス感染症への対応についてお聞きします。先生は新型コロナ対策に深く関わってこられましたが、その経験を踏まえて、現在の日本の医療体制をどのように評価されていますか。また、中東情勢の緊迫化やホルムズ海峡をめぐる懸念などにより、医療材料を含む物資の供給に影響が及ぶ可能性も指摘されています。こうした点も含めてご見解をお聞かせください。

○かまやち：新型コロナウイルス感染症について申し上げますと、これまでも SARS や MERS のようなコロナウイルスに関連する感染症がありました。しかし、我が国では幸いにも、それらによって大きな流行や深刻な被害を経験することはありませんでした。

病原体の性質が十分に分からない段階で感染が広がった際、医療提供体制、検査体制、ワクチン接種、国民への情報提供など、多くの面で難しい判断が求められました。

人口当たりの感染者数や亡くなられた方の数を諸外国と比較しますと、我が国は決して遜色のない形で危機を乗り越えることができたと思えます。国民の皆様の協力と、医療・介護・福祉に携わる多くの職種の方々の尽力が大きかったと思います。この経験を通じて、我が国の医療水準と国民皆保険制度の重要性を改めて認識しました。

一方で、国際情勢を見ますと、これまで日常的に供給されていた資材が手に入りにくくなったり、価格が高騰したりする可能性があります。医療材料や医薬品、エネルギー資源などは、医療提供体制の維

持に直結します。

昭和 48 年頃のオイルショックを経験した世代としては、物資への不安が社会全体に広がることの影響を覚えています。国民の不安を過度にあおることなく、資材を無駄にせず、必要なものを丁寧に使う方針は適切です。ただし、大きな危機になり得るという認識は共有し、医療提供体制を守る備えを進める必要があります。

○安藤：日慢協の会員には、慢性期医療や介護事業を担う医療機関が多くあります。手袋や使い捨てエプロンなど、感染対策に不可欠な医療材料の供給について、非常に心配する声が上がっています。

○かまやち：平時と比べて必要な資材が手に入りにくくなる、あるいは価格が高騰する可能性はあります。国としても対応しなければなりませんし、国民の皆様や医療・介護を提供する側も、常に状況に気を配りながら対応する必要があります。

現時点で一定の備えがあり、直ちに深刻な不足に陥るわけではないという見方もあります。しかし、供給の目詰まりは突然生じる可能性があります。「大丈夫です」と過度に強調し過ぎることは適切ではありません。冷静さを保ちながら、危機の可能性を認識し、備えを進めることが重要です。

○安藤：新型コロナへの対応では、先生は国民に向けて非常に分かりやすい言葉で情報を発信されました。多くの方々に発信する際、どのようなことを意識しておられたのでしょうか。

○かまやち：まず、正確な情報をできる限り迅速に伝えることです。そのうえで、情報発信が過度に不安をあおることにつながらないように注意する必要があります。同時に、現実には起きていることを正確に伝えることも欠かせません。思うようにいかない場面もありましたが、正確性、迅速性、冷静さのバランスを意識してきました。

判断の基盤となるのはデータです。専門家会議やアドバイザリーボードに加え、関係者が自主的に集まり、週末も含めて情報交換を継続しました。感染状況や医療現場の実態について、関係者間で共通認識を持てたことは大きな力になりました。

全国の医療関係者から日本医師会に寄せられた情

報も支えでした。日本慢性期医療協会の先生方からも、慢性期医療や介護の現場が直面する課題について、多くのご示唆をいただきました。

■ 人が直接関わる

○安藤：次に、日本の医療・介護政策についてお聞きします。課題は多岐にわたりますが、特に優先的に取り組むべき課題を挙げるとすれば、どのような点になるでしょうか。

○かまやち：私が最も大きな問題として認識しているのは、医療・介護・福祉を担う人材を今後いかに確保していくかという点です。我が国では人口減少が進みます。特に若年人口が減少し、高齢者の占める割合が高まる中で、医療や介護を必要とする方を支える人材を十分に確保できるかどうかは、極めて重要な課題です。

デジタルトランスフォーメーションの成果を現場に活かすことは必要です。しかし、医療・介護・福祉には、人が直接関わらなければ成り立たない領域が多く残ります。そのため、他産業と比較しても魅力ある仕事であると感じてもらえる環境を整えなければなりません。厳しい仕事であるにもかかわらず処遇が十分でなければ、人材は他産業へ流れてしまいます。

病院勤務医についても、長年にわたり賃金がほとんど上がっていないという実感があります。介護職については処遇改善加算などにより一定の改善が図られてきましたが、他産業の賃金上昇が大きい中では、相対的な魅力を維持することが難しくなっています。国家資格を持つ方々が医療・介護・福祉以外の分野で働く状況が、今後さらに増える可能性もあります。

■ 適正な収支差を確保する

○安藤：実際に政策を進めるうえで、最も難しいと感じる点はどのようなことでしょうか。

○かまやち：やはり財源の確保です。今後、我が国の経済全体の成長力をどこまで高められるかという点には、人口減少の影響もあり、難しい面があります。その中で医療・介護・福祉に必要な財源を確保

しなければなりません。同時に、他の政策分野とのバランスも考える必要があります。

○安藤：医療・介護の現場から見ると、財務省の主張は非常に厳しいものに映ることもあります。

○かまやち：財務省には、国全体の財政を持続可能な形で運営していくという重要な役割があります。その視点は必要であり、国を安定的に運営していくうえで欠かせない観点です。重要なのは、財政規律の視点と、医療・介護・福祉の提供体制を維持する視点とのバランスをどのように取るかです。

一方で、医療や介護を担う事業者が経営的に立ち行かなくなれば、必要なサービスを提供することはできません。適正な収支差を確保できる仕組みにすることが必要です。毎年赤字が続く状態では、事業を継続することはできません。

過大な利益を確保するという話ではありません。しかし、次の世代につなげるための体力は必要です。建築費や設備投資費も上昇しており、医療機関の建て替えも極めて難しい状況にあります。持続可能性を確保できるだけの適正な収支差を見込める制度設計にしていかなければ、医療提供体制そのものが維持できなくなると考えています。

○安藤：拡大再生産とまではいかななくても、少なくとも再生産が可能となる適正な利益水準は必要です。病院の七割、八割が赤字になるような状況は、本来あってはならないことです。一方で、診療所についても厳しい状況が広がっています。診療所にはまだ余力があると受け止められることもありますが、実際には診療所も非常に厳しい経営環境に置かれています。

今回の診療報酬改定では、急性期や救急医療には一定の手当てがなされた面があります。一方で、日慢協の会員が担っている慢性期医療については、依然として厳しい状況が続いており、現場からは切実な声が上がっています。

○かまやち：各医療機関では次年度の予算編成がほぼ固まっている頃だと思います。しかし、赤字を前提にしなければ予算を組めない医療機関も少なくないと同っています。

今回の報酬上の対応では、これまでに比べれば一

定の上積みはありました。しかし、現役世代の社会保険料を上げないという大きな枠組みがある中での対応であったため、医療機関の赤字を十分に改善するところまでは至っていません。この課題は今後も継続して取り組まなければなりません。物価や資材価格の動向も不確実であり、医療・介護の現場に与える影響は小さくありません。

■ 心が折れる前に

○安藤：今後、ご自身として、どのようなスタンスで政策に関わっていきたいとお考えでしょうか。先生は、自由民主党公認、日本医師会の組織内候補として国政に進まれたという経緯もあります。

○かまやち：私は日本医師会の組織内候補として選んでいただき、多くの皆様に押し上げていただきました。日本医師会だけでなく、医療・介護・福祉に携わる多くの団体や関係者の皆様からご支援をいただき、国政の場に送っていただきました。それぞれの現場で日々努力されている皆様の役に立つことが、私に課せられた最も大切な役割です。

医療・介護・福祉の事業が今後も継続できるようにするためには、関係者だけでなく、幅広い国民の皆様との理解と協力が不可欠です。現場がどれほど厳しい状況に置かれているのかを国民の皆様へ伝え、理解していただく必要があります。医療・介護・福祉を支えることは、国民全体の生活基盤を守ることにつながります。

○安藤：かまやち先生は全国各地を回っておられると思います。現場では、どのような声を多く聞かれますか。

○かまやち：全国を回る中で強く感じたのは、これまで地域医療や介護を支えてきた方々が今後も事業を続けていくことが本当に難しくなっているという切実な声です。

特に、人口減少が著しい地域、人口規模が小さい地域、大都市から離れて交通の便も限られている地域では、医療・介護・福祉を継続していくこと自体が非常に困難になっています。国の政策として、今後も何とか続けていけるという見通しを示すことができれば、現場の方々の心が折れてしまうので

はないかという危機感を持っています。

○安藤：先生の診療所は、お嬢様が継承されたと伺っています。全国的にも親の診療所を子どもが継ぐことは難しくなっているのではないのでしょうか。

○かまやち：本当に難しくなっています。今では、継承する人の方がむしろ珍しいと感じるほどです。地域の診療所を維持し、さらに次の世代へつなぐことは極めて難しい課題です。

特別な方法があるわけではありません。ただ、次の世代が親の姿を見たときに、苦労は多くても、患者さんから信頼され、地域に必要とされていることを実感できるかどうかは大切です。そのうえで、生活が成り立つだけの収入が確保されていれば、「この仕事には意味がある」と感じる可能性があります。しかし、赤字や資金繰り、建物・設備の老朽化への対応ばかりであれば、継承したいとは思えません。

■ 真正面から議論

○安藤：続いて、日本の医療・介護の未来についてお聞きします。かまやち先生は、日本の医療や介護の将来をどのように描いておられますか。

○かまやち：基本的には明るい未来を描きたいと願っています。しかし、人口減少や人口構成の変化を考えれば、決して楽観できる状況ではありません。

医療・介護・福祉は、国民の生活にとってなくてはならない社会基盤です。したがって、何としても維持していかなければなりません。その際に避けて通れないのが、給付と負担のバランスです。このバランスは、その時々、社会経済状況や人口構造に応じて見直すべきだと考えています。

我が国の医療制度は、給付が非常に充実しています。一方で、医療費の単価は全体として低く抑えられています。薬価も技術料も、国際的に見れば低い水準にあります。低い単価で制度を持続できるのであれば、それは国民にとって望ましいことです。しかし現在は、その水準では医療機関や介護事業者が運営を続けることが難しい状況に陥りつつあります。

給付を確保するために負担をどう考えるのか。あるいは、国民が負担できる額に限界があるとすれば、

その中で最低限必要な給付をどのように確保するのか。この議論は、真正面から行う必要があります。

現在、社会保障制度をめぐる議論では、給付付き税額控除や食料品の消費税の在り方などが取り上げられています。そうした議論を入り口としながらも、最終的には税と社会保障の一体的な改革、すなわち給付と負担の在り方について、国民の合意を得られる形で議論が深まっていくことを願っています。

○安藤：給付と負担の問題は、どうしても避けられがちな面があります。しかし、正面から議論しなければならない段階に来ていると感じます。

■ 若い時期の経験

○安藤：若い医師やこれから社会に出る方々に向けたメッセージについてお聞きします。国民の皆様には伝えたいこととも重なる部分があると思いますが、先生のお考えをお聞かせください。

○かまやち：国民の皆様が安心して暮らすためには、医療・介護・福祉という社会に不可欠な共通基盤を維持する必要があります。その仕事には多くの苦労がありますが、人の生活と地域を支える大きな意義があります。若い方々には、その価値を伝え、この分野に加わっていただけるよう発信していかなければなりません。

国民の皆様にも、医療・介護・福祉は、空気や水のように当然に存在するものではないことを理解していただく必要があります。提供体制を維持するためには、多くの人の努力、工夫、必要な負担が伴います。給付を受ける側と支える側の双方に理解がなければ、制度を持続させることはできません。

これから医療の世界に入る方々、とりわけ医師を目指す方々には、医師になれば将来の報酬が当然に保障されるという時代ではないことも現実として知っていただく必要があります。しかし一方で、使命感を持って医療に取り組むことは、今なお極めて大切です。

働き方についても、かつてのように365日、24時間働き続ける姿が望ましいとは思いません。過重な勤務によって身体を壊したり、精神的に追い詰められたりすることは、決してあってはなりません。

ただし、医師として成長する過程では、集中的に経験を積むことが大きな意味を持つ時期があります。一律に勤務時間だけで区切るのではなく、若い時期にしか得られない経験をどのように確保するかという視点も必要です。

特に医師になったばかりの時期には、さまざまな症例や現場を経験し、それを自分の力として蓄積していくことが重要です。卒後2年間の臨床研修についても、単に定時で帰ることを前提にするのではなく、医師として必要な経験をどのように積ませるかを考える必要があると感じています。

○安藤：医療者の働き方を守ることは重要ですが、同時に、若い医師が成長するための経験をどのように確保するかという視点も欠かせません。給付と負担の問題や医療・介護の持続可能性についても、先生のように国民の皆様に分かりやすく伝えていく役割は重要になると思います。

■ 日慢協の役割は今後も大きい

○安藤：最後に、日本慢性期医療協会、あるいは日慢協の会員の皆様に向けて、メッセージをお願いします。

○かまやち：日本慢性期医療協会の皆様については、以前からよく存じ上げておりますが、昨年の選挙活動を通じて、地域における大きな貢献を改めて実感しました。深く敬意を表するとともに、心より感謝申し上げます。

日慢協の皆様は、慢性期医療の現場を支えるだけでなく、さまざまな関係者との連携にも力を尽くしておられます。慢性期医療は、従来の療養病床を中心とした領域から、回復期、地域包括ケア、在宅、介護との連携を含む、より幅広い領域へと広がっています。

今後の人口構成を考えれば、医療・介護・福祉に対する需要は急性期医療だけでは完結しません。複数の疾患を抱えながらも、社会復帰を目指し、地域の中で生活が続け、必要な治療や支援を受けながら社会に関わっていく。そのような在り方をいかに長く支えるかが重要になります。

日本慢性期医療協会の皆様が果たす役割は、今後

さらに大きくなると考えています。引き続きご指導をいただきながら、私自身も日慢協の皆様と連携し、医療・介護・福祉の持続可能な体制づくりに取り組んでいきたいと思えます。

■ 地域に戻れる仕組みを

○安藤：そのほかにお話ししておきたいことがありましたら、ぜひお聞かせください。例えば、厚生労働委員会でご発言されている医師偏在の問題などについてはいかがでしょうか。

○かまやち：医師の地域偏在、あるいは診療科偏在の問題については、これまでも継続して関わってきました。特に、医学部の定員を今後どう考えるかは重要な課題です。これまで臨時定員として増やしてきた地域枠については、各大学の恒久定員の中に地域枠を位置づけ、そのうえで臨時定員の数を段階的に減らしていく必要があります。

現在、医学部の入学定員は年間およそ9,500人規模になっています。かつては7,500人程度で推移していましたが、平成16年の臨床研修制度の見直し以降、医師不足が大きな課題となり、平成20年以降、地域枠を中心に定員が増やされてきました。しかし、現在はその在り方を見直す時期に来ています。

制度変更は、影響を受ける方々に不利益が生じないよう、十分な準備期間が必要です。今決定しても実際の適用は令和10年以降になる可能性があり、早く議論を進める必要があります。

診療科偏在については、今回の診療報酬改定でも、特に不足が指摘されている消化器外科などに対して、一定のインセンティブが設けられました。効果はすぐに明確になるものではありませんが、継続して検証する必要があります。

一方で、美容外科に進む医師が増えていることについては、批判的に受け止められることもあります。特定の領域に医師が偏り過ぎることは望ましくありません。しかし、その分野を目指したいと考える医師が一定数いることも事実として認識する必要があります。なぜその領域を選ぶのかという背景も丁寧に考えたうえで、必要な診療科に医師が確保される

仕組みを構築していくことが重要です。

地域偏在については、医師が一定期間、医師不足地域で勤務する経験を持てる体制を、より多くの医師、幅広い年齢層に広げていく必要があります。すでに開業している医師が診療所を閉めて医師不足地域に行くことは、現実的には容易ではありません。まずは勤務医が一定期間、医師不足地域で働くことができるようにする。その際に重要なのは、派遣された医師が元の職場に確実に戻れる仕組みです。

かつての医局制度をそのまま復活させることは難しいと思います。しかし、一定期間を区切って地域で勤務し、その後は元の職場に戻るができる仕組みを整えることは必要です。そのためには、医師を送り出す病院側にも十分なインセンティブがなければ成り立ちません。

○安藤：初期研修の段階では、できるだけ効率よく学べる環境で研修を受け、早く一人前の医師として力を付けてもらうことが重要です。短い期間で、実力を備えた医師を育てることこそが大切であり、研修期間中に必ずしも条件の厳しい地域で勤務させることが、医師の育成にとって最も有効とは限らないと思います。

■ 究極の規制緩和で

○安藤：日慢協の橋本会長や役員の先生方も、かつての老人病院のように、一度入院したら退院できないという在り方ではなく、慢性期医療の中に多機能性を持たせ、地域の診療所や急性期病院とも連携しながら、一定の急性期対応も担える病棟をつくってほしいとされています。地域の中で、より役に立つ医療機能を整えていくことが重要だと考えています。

○かまやち：おっしゃるとおりです。そのためには、基準はある程度柔軟である必要があります。あまりに細かく、硬直的な基準で縛られると、地域の実情に合った対応が難しくなります。さまざまな受け入れの窓口が広がることが望ましいと思います。

○安藤：最近は「かかりつけ医機能」という新しい概念も示されています。人口減少地域や過疎地域では、人材を集めること自体が難しくなっています。

そのような地域では、病院、診療所、介護施設を厳格に分け過ぎるのではなく、きちんとしたアウトカムを出せるのであれば、一定の範囲で人材や機能を柔軟に活用してよいのではないかと考えます。医療と介護を含む多職種連携によって、地域全体を守っていく発想が必要ではないでしょうか。

○かまやち：おっしゃるとおりです。現実には人材が不足しているわけですから、そこは思い切って柔軟にしていく必要があります。地域の実情に応じて、医療・介護・福祉の機能を組み合わせながら対応できるようにすることが重要です。

ある意味では、究極の規制緩和ともいえるかもしれませんが、もちろん質を担保することは前提ですが、地域を守るためには、過度に硬直的な制度運用を見直していく必要があると考えています。

○安藤：本日はかまやち先生に医師としてのご経験、日本医師会での活動、そして参議院議員として見えてきた課題について、幅広くお話を伺いました。貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございました。



対談を終えて （左）かまやち敏氏、（右）安藤たかお氏

看取りを支えながらその人らしさを大切にする リハビリテーション ～療養病棟における取り組みと一症例～

社会医療法人社団健生会 あきしま相互病院（東京都昭島市）

作業療法士 平野真琴 理学療法士 飯田聖良

1. 病院紹介（写真1）

当院は2003年の開院以来、療養病棟を中心に高齢者医療と介護を担い、地域の慢性期医療を支えてきた。基本方針として、地域に根ざした医療機関として、安全で質の高い医療・介護を提供することを掲げている。当院の特徴は、医療・介護・福祉機関と連携し、入院から在宅まで切れ目のない支援体制を整備していることである。2025年には新棟の増築に伴い、療養病棟80床・地域包括ケア病床30床から、療養病棟110床・回復期リハビリテーション病棟45床・地域包括ケア病棟44床の計199床となり、より多様なニーズに対応できる体制を構築している。



写真1 あきしま相互病院外観

2. 当院療養病棟の役割（図1）

当院の療養病棟は、患者の状態や生活背景に応じて多様な役割を担っている。

- 1) 看取り支援：人生最後の時を穏やかに迎えられるよう、患者と家族に寄り添ったケアを提供。

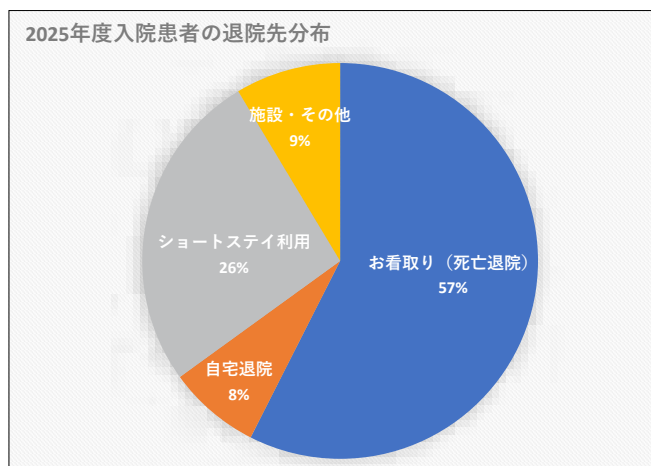


図1

- 2) 回復期病棟の適応外となった患者へのリハビリテーション継続：可能な限り機能回復を支援し、自宅退院を目指すリハビリテーションを実施。
- 3) 病状が安定すれば施設生活が可能となる患者の療養の場：身体機能の維持と安定した療養環境を提供し、次の生活の場に繋ぐ役割を担う。
- 4) 自宅生活を継続するためのショートステイとしての利用：自宅と病院の生活を定期的に繰り返すことで体調を維持し、地域生活を支援する。
- 5) レスパイト入院の受け入れ：家族の急な介護困難に対応し、在宅介護を支える。

その中で最も多いのが看取り支援である。2025年度の入退院データでは、看取り目的の入院が全体の57%を占める。疾患としては、脳卒中、悪性腫瘍、肺炎、運動器疾患、神経難病など多岐にわたっている。看取り患者の平均在院日数は43.6日、標準偏差66.9日とばらつきが大きく、多様な患者背景が伺えた。特に神経難病や廃用症候群は長期経過をたどる傾向が見られた。

3. 当院療養病棟での取り組み

これらの役割を踏まえ、当院では本人・家族の意思確認を丁寧に行い、苦痛症状に対する緩和ケアとともに、本人の尊厳を大切にしたりハビリテーションを実施している。終末期におけるリハビリテーションでは、以下の3つの取り組みを重視している。

- (1) 食事：最期まで安全に好きなものを食べる支援。
- (2) 交流：スタッフや他患者との交流を介した社会的つながりの維持。
- (3) 外出：外気浴により季節や環境刺激を感じる機会の提供。

これらは、終末期における QOL 向上のための重要な要素と考える。

(1) 最期まで食べる支援「お食い締め」(写真2)

当院では「お食い締め」として、最期まで可能な限り経口摂取を支える取り組みを行っている。患者や家族から最も多いニーズの一つが「好きなものを食べたい・食べてもらいたい」である。しかし、経口摂取の継続に当たっては誤嚥や窒息のリスクとのバランスが求められ、安全を重視する医療者側と患者・家族の思いの間で葛藤が生じる場面も少なくない。当院療養病棟には3名の言語聴覚士(ST)が在籍し、多職種と連携し、嚥下機能の評価・安全な食形態・食事姿勢を検討している。重度の嚥下障害や終末期の経口摂取が困難な場合でも、医師とSTが協議し、安全性を確保したうえで、本人の望んだ食べ物を提供する場合がある。終末期における食べるという行為は、栄養補給以上に心理的な意味合いを持つ。日常生活動作が思うように行えなくなる中で、食べるということは、生きている自分を支える希望的な行為となる。また、家族が用意したものを口にすることは、食べ物にまつわる記憶を想起し、人生を振り返る時間になるとともに、家族にとっても最後の思い出となる。このように「食べる」ことは患者の尊厳や家族の満足度に深く関わるため、当院では可能な限りその希望を尊重している。

写真2は、誤嚥性肺炎にて胃瘻造設した患者が、STの付き添いのもと大好きなクッキーを食べてい



写真2

る場面である。当院転院後、STの介入にて再び3食経口摂取に切り替えることができ、家族が持ってきた嗜好品を楽しむことで、家族も喜びを感じている。

(2) 交流「喫茶活動」

平日午後の病棟ホールでは、作業療法士と介護・看護スタッフが連携し、珈琲や紅茶・緑茶を提供する「喫茶活動」を実施している。喫茶文化は昭和初期から高度経済成長期にかけて広く普及し、高齢者にとってなじみ深いものである。そのため、食事では補えきれない水分補給の機会だけでなく、患者にとって日常生活の延長線上にある活動として受け入れやすい。活動では、あえて陶器のカップを使用し、形や大きさの異なる器を複数用意している。患者自身が飲み物やカップを選ぶという行為は、閉鎖的で単調となりやすい入院生活では少ない「自己選択・自己決定」の機会となる。また、意味のある定期的な離床は、身体活動量の確保だけでなく、生活リズムを整える効果も期待できる。患者にとって「ほっとできる」時間であると同時に、他者との自然な交流が生まれる場にもなっている。2023年の院内の研究では、定期的な喫茶活動が長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)の改善とも相関を示しており、見当識の向上にも寄与している。

(3) 外出「外気浴」(写真3)

当院のリハビリテーション室は、1階南側の最も明るい場所に位置し、バルコには家庭菜園とガーデニングスペースを設けている。四季折々の花々や



写真3

野菜の成長を眺めることができ、患者にとって季節を感じられる貴重な環境となっている。また、隣接する公園では、安全管理のもと、より広い空間での散歩も可能である。屋外に出ることは、時間感覚や季節感の再獲得に繋がるだけでなく、光や風を感じることで心地よさや安らぎをもたらす。歩行や車いすのみならず、ベッドごとの移動も積極的に行い、ターミナル期の患者であっても外気浴を楽しめるよう支援している。

写真3は、終末期患者の家族が「誕生日に病室外で写真を撮りたい」と希望された際、理学療法士がバイタルサインを確認しながら家族と過ごした場面である。家族からは「会話は出来ないが、景色が変わると目の動きが違う。明るくて気持ちがいいですね」との声が聞かれ、環境の変化が患者の反応に影響を与えることを実感した。

4. 症例紹介「病態進行においても可能なADLを最後まで支える関わり」(写真4)

(1) 基本情報

80歳前半女性。診断名：両側前頭葉の脳腫瘍(膠芽腫)。合併症：関節リウマチ・高血圧症。入院前ADL・IADL自立。夫と二人暮らし。夫は入退院を繰り返していたため、家事全般を担っていた。孫を可愛がり、外出機会も多かった。

(2) 入院までの経過

X年Y月より右麻痺を認める。Y+1月に不随意運動が出現し、救急搬送。両側前頭葉の脳腫瘍と診

断され、放射線治療・化学療法を施行されたが病態は進行。自宅退院困難となり、Y+3月に当院療養病棟へ転院となる。

(3) 入院時評価

Japan Coma Scale (以下JCS) I-0, コミュニケーション良好。右片麻痺Br-stage上肢V-手指V-下肢V。麻痺側上下肢の表在感覚軽度鈍麻あり。高次脳機能障害として記憶障害あり, HDS-R 20/30点。基本動作は、見守り～軽介助。歩行は下肢の振出しを介助することで、平行棒内5m程度可能。Functional Independence Measure (FIM) : 45点(運動項目28点/認知項目17点)。「自分でできることは行いたい」と発言あり、ADL自立への意欲は高かった。

(4) リハビリテーションの基本方針

- ①「最後まで自分でできることは行いたい」という本人の思いを尊重し、ADL維持することを目的とし、状態変化に応じたADLや介助方法を、病棟スタッフや家族と情報共有する。
- ②家族が持参したタブレット端末を用いて、孫の写真を共有することで、家族との繋がりを感じることができるよう支援する。

(5) 経過とリハビリテーション介入

Y+3月：理学療法・作業療法介入開始。

Y+4月：JCS II -10, 倦怠感や右片麻痺増悪(Br-stage 上肢V - 手指V - 下肢II)あり、一時的に離床が行えないことがある。

Y+5月：失語症状・右片麻痺の増悪(Br-stage 上肢II - 手指II - 下肢II)・右半身の身体失認を認める。右上肢は不動により浮腫著明となったため、左上肢での食事訓練を実施。発熱・痰絡みを認め、誤嚥の疑いがあるため、STの介入開始。食形態・量を見直し、介助摂取にすることで、痰絡みは軽減した。さらに、離床時にめまいが出現したため、病棟と介助方法を共有し、離床機会を維持した。

Y+6月：CTにて脳腫瘍の増大・脳浮腫を認めたため、ステロイド療法を開始。一時的にめまいと右麻痺は改善(Br-stage 上肢V - 手指V - 下肢V)し、

安定して離床が行えるようになる。再度食事評価を行い、車いす座位・右上肢での食事摂取を再開。また作業活動として、家族へクリスマスカードの作成を行う。失語により自発書字が困難となっていたため「ありがとう」の文字を練習し、家族に届けた。これは家族への最後のプレゼントとなった。

Y+7月：下肢装具を装着しての歩行訓練とトイレでの排泄訓練を実施。できることが増えることに對し、本人は喜びを感じていた。

Y+8月：徐々に運動耐久性は低下し、不調の訴えが増加する。

Y+9月：四肢体幹の浮腫・酸素飽和度の低下を認めたため、尿道カテーテルを留置し、利尿剤と酸素療法開始となった。会話の継続も難しくなり、ベッド上で過ごすようになる。桜の開花に合わせて、ベッドでの外気浴を実施。桜を見た際には「綺麗」と笑顔を見せる。

Y+10月：JCS II -20, 内服・食事摂取は中止となる。ベッド上で、タブレット端末を用いて孫の写真を見せると、頷きや注視する様子があった。頻脈・無呼吸を認め、終末期と判断。孫との面会許可あり、最後の時間を過ごし、224 病日目に死亡退院となる。

(6) 考察

本症例は脳腫瘍による看取り症例である。膠芽腫は原発性脳腫瘍の中でも最も悪性度が高く、1 年生存率は 40 ～ 60 % とされる。病状進行に伴い、多様な神経症状を呈し、急速な ADL 低下を呈することが知られている。多様な脳機能障害を正しく評価し、病棟と連携し ADL 方法を柔軟に調整することで、合併症を予防し、食事・排泄など最期まで ADL の維持を図ることができたと考える。一方で、脳腫瘍による脳機能障害だけでなく、がんに伴う体調変化や苦痛症状もみられ、離床が難しい場面もあり、本人の気持ちに寄り添いつつも、安全面の配慮が重要であった。また、終末期においても、家族へのメッセージカードの作成・ベッドでの外気浴・タブレット端末により家族への関わりを持ち続けたことは、患者の表情や反応の変化を引き出し、QOL の維持に寄与したと考える。



写真4

5. おわりに

人口動態統計によると、日本では看取りの約 6 ～ 7 割が病院で行われており、慢性期病院は地域の看取りを支える中心的な役割を担っている。病院での看取りが選択される要因は、医療的管理の必要性、家族の介護負担の軽減、急変時対応が可能という精神的安定がある。COVID-19 パンデミック以降、感染対策の観点から面会制限が行われ、患者と家族の関係性に大きな影響を与えた。こうした制約の中で、療養病棟スタッフが果たす役割はより重要性を増している。一方で、リハビリテーションには期限があることや、2026 年度診療報酬改定において「離床を伴わないリハビリテーションの減算」が導入されるなど、終末期リハビリテーションは、より困難な局面に立たされている。そのため私たちは、慢性期医療および終末期リハビリテーションが担う役割と有効性を、現場から積極的に発信していく必要がある。そして、患者と家族が最期まで尊厳を保ち、安心して穏やかな時間を迎えられるよう寄り添い続けたい。

【参考文献】

- 1) 百瀬由美子：病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア，日本老年医学会雑誌，2011，48（3），p227-234
- 2) 大塚有希子，尾岸恵三子：終末期の患者が食べることの意味，日本看護研究学会雑誌，2011；34（4）：p111-119



地域を支える「良き隣人」としてのリハビリテーション ～藤聖会グループにおける切れ目のない支援と 専門的アプローチの展開～

医療法人社団親和会 富山西リハビリテーション病院（富山県富山市）

作業療法士 吉村裕子 院長 野上予人 理事長 藤井久丈

1. はじめに

富山西リハビリテーション病院は、富山県富山市婦中町において、脳血管疾患や骨折などの急性期治療を終えた患者に対し、自宅・社会復帰を目指した質の高いリハビリテーションを提供している（写真1）。またニーズに寄り添い、ロコモフレイルや自動車運転等の外来リハビリを実施している。当院が位置する富山医療圏において、慢性期・包括期医療の質を担保することは、地域住民のQOLを維持するために不可欠な課題である。



写真1 病院外観

2. グループ理念

当院の運営および医療サービスの根幹には、藤聖会グループが掲げる「Good Neighbors（良き隣人）」「Good Hospitality（良きもてなし）」という理念がある。これは、単に疾患を治療する場である以上に、地域に住む人々にとっての「良き隣人」であり続け、真心を込めた「もてなし」の心で患者に向き合うということを意味している。

この理念を具現化するため、当院では各職種が専門性を発揮する「チーム医療」を徹底している。医師、療法士（PT・OT・ST）、看護師、ライフケアワーカー、薬剤師、管理栄養士、そして地域連携室の医療ソーシャルワーカーといった全スタッフが「リハビリマインド」を共有し、患者一人ひとりの人生に寄り添う支援を実践している（写真2）。



写真2 多職種カンファレンスの様子

3. 藤聖会グループによる「切れ目のない」地域包括ケア

当院の強みは、藤聖会グループ内の強力な連携体制にある（図1）。地域包括ケアシステムの中で、急性期から包括期（回復期）、そして生活期（維持期）に至るまで、「入院から在宅生活まで」を支えるサービスをシームレスで提供している。

具体的には、入院による集中的な回復期リハビリテーションに加え、退院後の受け皿として外来、通所（デイケア）、訪問リハビリテーションの機能を完備している（写真3・4）。これにより、患者の状態変化に応じたシームレスな移行が可能となり、住み慣れた地域での継続的な生活を支援している。



図1 藤聖会グループの地域連携ネットワーク



写真3 通所リハ



写真4 訪問リハの様子

4. 専門性の追求と認定資格の取得推進

質の高い医療を提供するため、当院ではスタッフの専門資格取得を積極的に推進している。認定療法士、認定看護師、回復期リハ協会認定のセラピストマネジャーなど、高度な知識と技能を持つプロフェッショナルを育成・配置することで、エビデンスに基づいたリハビリテーションの実践を可能にしている。また、2017年10月に締結した富山大学附属病院との医療連携協定（第1号）に基づき、専門医の派遣や症例検討会を通じた学術的な研鑽も継続している。

5. 現場における具体的な取り組み事例

① チーム連携による入院リハビリテーションと摂食嚥下アプローチ

入院リハビリテーションにおいては、多職種が密に連携し、患者の早期離床とADL向上を目指している。特に注力しているのが、摂食嚥下チームおよび栄養サポートチーム（NST）の活動である（図2）。

「口から食べる」ことの再獲得は、リハビリテーションの根幹をなす栄養状態の改善に直結する。当院では、歯科衛生士や言語聴覚士（ST）が嚥下機

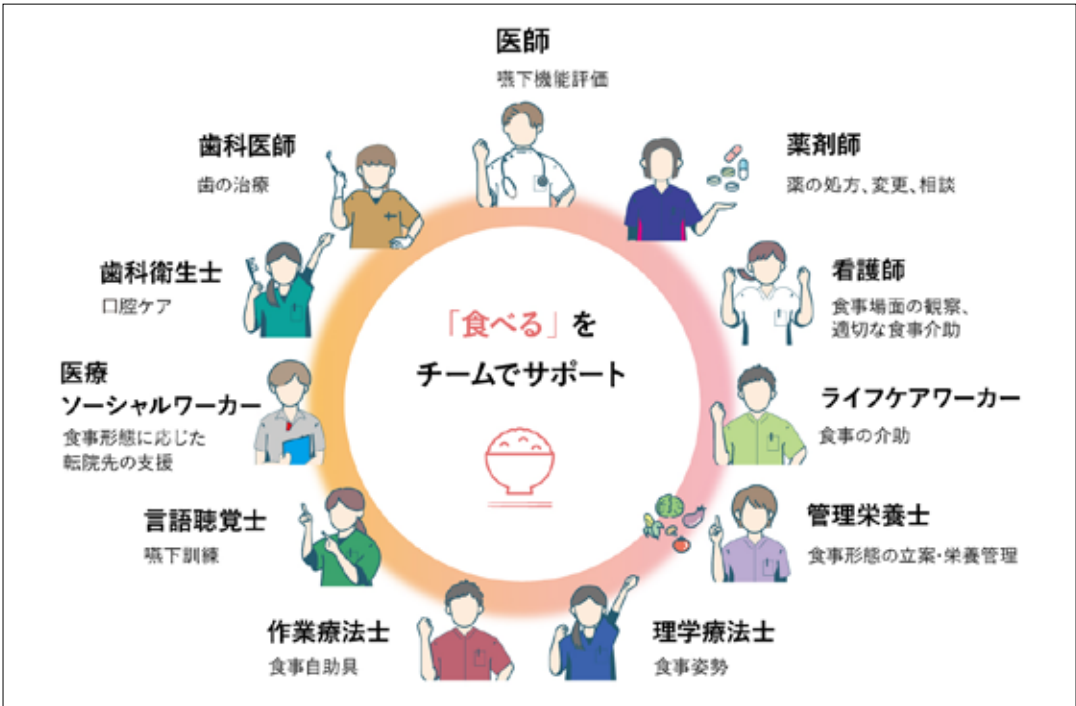


図2 多職種チームによる摂食嚥下支援のイメージ

能を評価し、管理栄養士が個々の患者に最適な栄養管理計画を策定する。さらに、認定看護師らが口腔ケアや食事介助の質を担保することで、肺炎などの合併症を防ぎながら、安全かつ効果的な食支援を展開している。各専門職が症例検討会を通じて情報を共有し、患者一人ひとりのゴールを一致させること

が、高い在宅復帰率を支える鍵となっている。

②ロコモフレイル外来：予防から介入まで

高齢化社会における「要介護状態の予防」を目的に、当院ではロコモフレイル外来を開設している（図3）。骨・関節・筋肉といった運動器の衰え（ロ

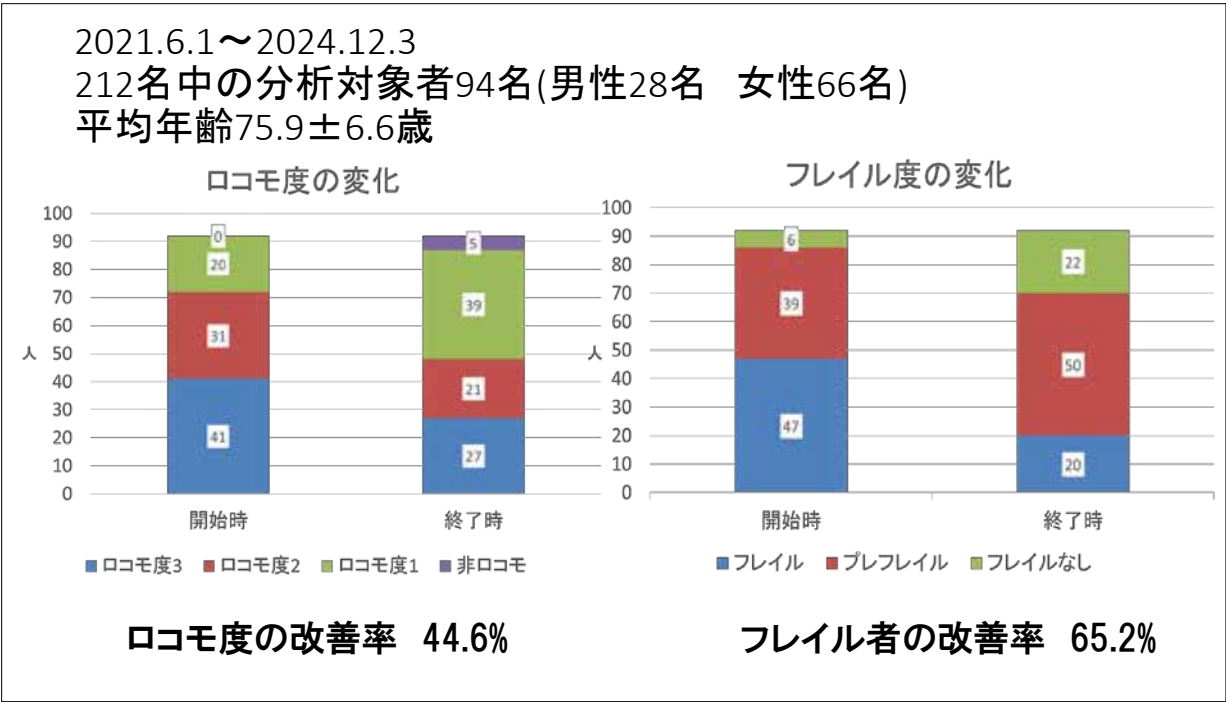


図3 ロコモフレイル実績データ

コモティブシンドローム）や、加齢による心身の脆弱化（フレイル）を早期に発見・診断し、適切な個別指導やリハビリテーションを提供している。

「片足立ちで靴下が履けない」「横断歩道を青信号で渡りきれない」といった日常生活の兆候を見逃さず、早期介入によって健康な状態への回復を目指している。これは、富山県から指定を受けた「地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター協力病院」としての重要な役割でもある。

③自動車運転外来と「あんしん運転診断」

生活の足としての自動車運転を支援するため、当院は自動車運転外来（医療保険）及びあんしん運転診断（自費診療）を展開している（写真5・図4）。運転免許センターと同等の性能を持つドライブシミュレータ（三菱プレシジョン株式会社 DRIVING SIMULATOR：DS-7000R）を導入し、身体能力や認知機能、注意機能を精緻に検査している。

脳血管疾患後の復職を目指す入院患者への評価・訓練だけでなく、加齢に伴う運転不安を感じる地域住民を対象とした診断も実施している。安全な運転継続の可否と、否の方へ別の移動手段や宅配情報等のフォローアップも行っている。これは、地域住民



写真5 運転外来写真

の自立した生活と安全を両立させる「良き隣人」としての具体的な貢献である。

6. おわりに

富山西リハビリテーション病院は、藤聖会グループの一員として、「Good Neighbors, Good Hospitality」の精神を堅持し、地域包括ケアシステムの中核を担い続ける。急性期から在宅までの広範なサービス提供体制と、専門チームによる質の高いアプローチを両輪として、地域住民が人生を最後まで自分らしく生きられる社会の実現に貢献していきたい。

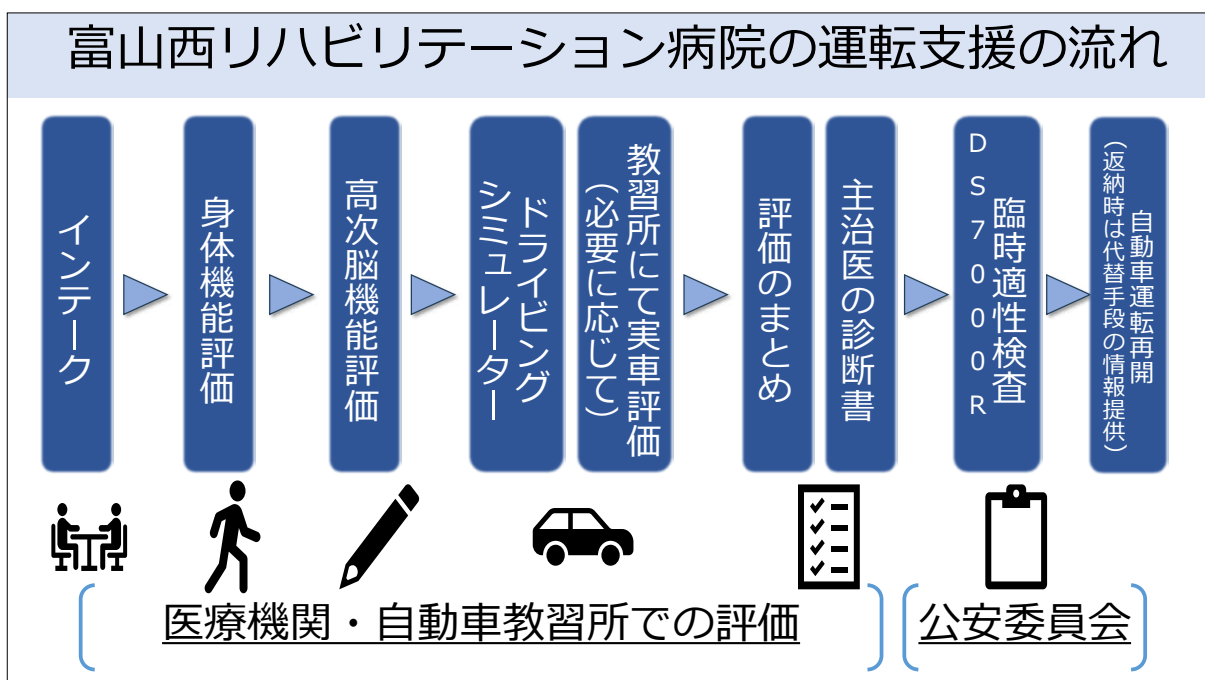


図4 当院運転支援の流れ



成功体験の積み重ねにより生活行動の変容に至った 重度運動性失語症の1症例 ～療養病棟における自己効力感に着目した支援～

医療法人社団綾和会 駿河西病院（静岡県焼津市）

リハビリテーション部 作業療法士 百井孝顕

1. 当院の概要

駿河西病院は静岡県焼津市に位置する医療法人社団綾和会が運営する病院であり、約200床を有する。回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、地域包括ケア病棟、介護医療院を備えており、回復期から慢性期までを担う地域密着型の医療機関である。また、訪問リハビリテーション、在宅診療、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設を併設し、入院から退院後の在宅生活まで切れ目のない支援体制を整えている。病院理念として、Mission「人に寄り添い、地域のために信頼される医療を提供する」、Vision「地域との絆を深め、誰もが安心して暮らせるコミュニティの未来を拓く」、Statement「常に新たな課題に挑戦し、革新する」を掲げ、多職種連携のもと包括的な医療・介護サービスを提供している。



写真1 駿河西病院 外観

2. はじめに

脳卒中後の失語症は、コミュニケーション障害にとどまらず、活動や参加の制限を通して生活の質に

大きな影響を及ぼすことが知られている¹⁾。失語症では、自発話の困難さから意思表出が制限され、対人交流の減少や活動意欲の低下を招きやすい。一方、脳卒中後には身体機能障害や失敗体験の蓄積により自己効力感が低下し、それが活動性や生活行動の縮小に結びつくことが報告されている²⁾。Banduraは自己効力感を、ある行動を遂行できるという自己の信念と定義し、成功体験がその形成に最も強く影響するとしている³⁾。さらに、段階的な課題設定は、自己効力感と内発的動機づけを高めるうえで有効とされる⁴⁾。

また、長期療養施設や入院リハビリテーション病棟に関する先行研究では、患者・入所者はリハビリテーション時間外では不活動となりやすく、施設環境は自主性や活動参加に影響を及ぼし得ることが示されている^{5) 6)}。加えて、脳卒中後は発症から数年を経ても参加や自主性の制限が残存しやすく、慢性期症例では新たな活動拡大が生じにくいことが報告されている^{7) 8)}。このような環境下では、患者の生活範囲や役割が固定化しやすく、主体的な行動変容を引き出すには、機能面だけでなく心理面や環境面に配慮した支援が重要となる。しかし、重度失語症例では、成功体験を言語的に共有し、その経験を意味づけることが困難である。そのため、成功体験を行動変容へとつなげる心理的側面への働きかけが十分に行われにくいという課題がある。

今回、発症から長期間を経た重度運動性失語症患者に対し、療養病棟という環境下において、スモールステップによる課題設定と成功体験の積み重ねを通じて自己効力感に着目した支援を行った。結果、病室中心であった生活範囲が病棟内外へ拡大し、自発的な活動参加やADLの自立度向上、新たな希望

の表出といった生活行動の変容が得られたため報告する。

3. 事例紹介

症例は 50 代男性である。主病名はくも膜下出血後遺症であり、併存症として糖尿病、脳卒中後てんかん、高血圧、脂質異常症を有していた。

発症前は母親と二人暮らしで、自立した生活を送っていた。

X-11 年にくも膜下出血を発症。急性期病院で治療後、回復期リハビリテーション病院へ転院した。回復期リハビリテーション病院において歩行能力は再獲得したが、失語症は残存した。

X-10 年に自宅退院後は当院デイケアの利用を開始し、週数回のリハビリテーションを継続していた。

X-5 年には同居していた母親が高齢かつ身体不自由に伴い在宅生活の継続が困難となり、本人および家族の希望により当院併設の介護老人保健施設へ入所となった。

X 年、要介護認定の見直しにより要支援認定となり、介護老人保健施設での生活継続が困難となったため、同施設を退所した。その後の退院先を決定するまでの繋ぎとして、当院療養病棟へ入院となった。

4. 入院時評価と問題点

(1) 療養病棟入院時の状態

身体機能は、右片麻痺を認め、上肢は重度運動麻痺および感覚脱失、下肢は中等度運動麻痺および重度感覚鈍麻を呈していた。

認知機能は、コース立方体組み合わせテスト 50 点 (IQ74)、Raven's Colored Progressive Matrices (RCPM) 33/36 点であった。

標準失語症検査 (SLTA) では、聴理解は単語 9/10、短文 8/10、仮名 4/10 であり、発話は単語復唱 1/10 と著明に低下していた。読解は漢字単語音読 9/10、仮名单語理解 5/10、短文理解 5/10 であり、書字は実施困難であった。

認知関連行動アセスメントは、意識 4、感情 4、注意 3、判断 3、記憶 4、病識 3 の合計 21/30 点。

コミュニケーション面では、日常会話の理解は概ね可能であったが、発語は単語レベルにとどまり、身振りや指差しを用いて意思疎通を図っていた。また、意思が思うように伝わらない場面で怒り出す様子も見られた。

趣味・嗜好として飲食に関する話題を好み、入所中は菓子パンの購入を楽しみとしていた。

本人の希望は ADOC にて聴取したが、具体的な希望は挙げられなかった。

ADL は、屋内歩行が短下肢装具および T 字杖使用にて自立していたが、更衣、整容、洗体は本人の希望もあり介助を要した。日中は病室でラジオを聴いて過ごすことが多かった。FIM は運動項目 69 点、認知項目 16 点、合計 85 点であった。

退院先については、後見人である叔父夫婦による在宅受け入れは困難であった。また、母親も入院中で独居状態となるため、自宅生活は現実的には困難と考えられた。しかし、本人は自宅退院への強いこだわりを示していた。

リハビリテーション場面では、書字課題や ADL 訓練などの新規課題に対して拒否的な反応を示すことが多く、特に屋外活動への抵抗が顕著であった。

(2) 問題点

退院に向けては、病室外や病棟外など、普段と異なる環境での活動経験を積む必要があったが、強い拒否が認められた。また、日中の生活は病室内で過ごす時間が大半を占めており、病棟内外での活動機会の乏しさや活動性の低下が課題であった。この背景として、失語症によるコミュニケーションの困難さに加え、右片麻痺に伴う動作遂行時の失敗体験が蓄積していたことが考えられた。これらの経験により、活動への自信が低下し、慣れない活動や環境変化を回避する行動様式が形成された可能性が考えられた。また、更衣や洗体に介助を要していた背景には、身体機能面の制約に加え、失敗回避や依存的な行動パターンの固定化が関与していた可能性があった。さらに、慢性期かつ療養病棟という生活環境の特性上、活動機会が限られやすく、受動的な生活パターンが固定化していたことも、行動変容を困難に

している要因と考えられた。

以上より、本症例では活動範囲の拡大と主体的な行動の再獲得を目的として、スモールステップによる課題設定を行い、成功体験の積み重ねを通じて自己効力感に着目した支援が必要であると判断した。

5. リハビリテーションの実際

本症例では、自己効力感に着目し、活動範囲の段階的拡大を図るスモールステップアプローチを実施した。各段階において、「成功体験の積み重ね」と「次段階への移行」を明確に設定した。

(1) 病室内から病棟内活動への拡大

病室外で過ごす機会を増やすことを目的に、デイルームでの訓練を導入した。内容は本人と相談のうえ、氏名、住所、生年月日の模写課題および上肢ストレッチとした。初期は療法士の直接的な関わりのもとで実施し、成功体験に繋がるよう課題難易度や介助量を調整しながら、徐々に介助量を減らし、自主訓練へ移行した。その結果、デイルームへ自発的に移動して過ごすようになり、病室外で過ごす機会が増加した。

(2) 病棟からリハビリテーション室への移動訓練

リハビリテーション室へ1人で移動するために、必要な課題を「スケジュール管理」、「移動許可証の受け渡し」、「エレベーター操作」の3項目に分けて実施した。

スケジュール管理では、模写課題と時計と時間の照合を用いて時間確認を視覚的に支援した。その結果、時間前に待機が可能になった。

移動許可証の受け渡しでは、失語症による言語的コミュニケーション障害を補う目的で絵カードを導入し、看護師とのやり取りを行った。

エレベーター操作については、操作ボタンの位置情報を手掛かりとした反復学習により操作が可能となった。

結果、リハビリテーション室へ1人で移動することが可能となり、「自ら移動し活動に参加する」という行動変容が確認された。

(3) 屋外活動および買い物訓練

屋外活動に対する拒否は段階的に軽減し、病院周囲での歩行訓練が可能となった。さらに、本人の関心が高い飲食に着目し、コンビニエンスストアでの買い物訓練を導入した。支払いに大きく時間が掛かる課題を認めたため、支払いの計算およびコインホルダーを用いた支払い動作の練習を実施した。その結果、支払い時間の短縮と自立度の向上が認められた。

6. 結果

生活行動および行動面において以下の変化を認めた。

ADLでは、更衣および洗体が介助レベルから修正自立となり、日常生活における介助量の軽減が認められた。また、これまで介助を受けることが多かった身の回りの動作に対して、自ら取り組む場面が増加した。

活動範囲については、以前は日中の多くを病室内で過ごしていたが、デイルームへ自発的に移動して過ごす機会が増加した。また、スケジュールに沿ってリハビリテーション室へ一人で移動することが可能となり、病院内での活動範囲が拡大した。さらに、屋外活動の拒否は軽減し、病院周囲の歩行訓練やコンビニエンスストアでの買い物訓練が可能となった。

コミュニケーション面では、絵カードを活用することで、看護師との移動許可証の受け渡しや、日常生活場面での意思表示が可能となった。以前は生活上の困りごとが生じた際に状況を他者へ伝えられず、怒り出す場面がみられたが、困りごとを他者へ伝えられる場面が増加した。また、エレベーターの出入りの際に周囲の人の動きを確認し、先に通す場面がみられるなど、他者に配慮した行動も認められた。

FIMは運動項目69点から77点、認知項目16点から25点、合計85点から102点へ改善した。また、認知関連行動アセスメントは21点から27点へ向上した。

退院先については、当初自宅退院へのこだわりが

強かったが、自己の能力や生活上の課題を踏まえた現実的な判断が可能となり、サービス付き高齢者向け住宅を自ら選択するに至った。さらに、「電車やバスを使って目的の場所に外出したい」「爪切りなど今できない身の回りのことを行えるようになりたい」といった新たな希望の表出も認められた。

以上より、本症例は、病室内で受動的に過ごし、慣れない活動を回避する状態から、自ら活動の場へ移動し、他者と関わりながら生活行動を選択・実行しようとする状態へ変化した。ADL能力の向上に加え、活動範囲の拡大、困りごとの表出、他者への配慮、新たな希望の表出、退院先の自己選択が認められ、生活者としての主体性の回復が示唆された。

7. 考察

自己効力感は成功体験により強化され、行動変容を促進する重要な要因である³⁾。また、段階的な目標に対する取り組みは、課題を達成できるという見通しを高め、自己効力感や内発的動機づけを高めるうえで有効とされる⁴⁾。本症例においても、病室外活動、病棟内活動、リハビリテーション室への移動、屋外活動、買い物訓練というように段階づけた課題設定により、失敗体験を最小限に抑えながら成功体験を積み重ねることができた。このことが、活動範囲の拡大および生活行動の変容に寄与し、自己効力感の高まりにもつながった可能性が考えられる。

脳卒中後の自己効力感は、機能、生活の質、抑うつ、自己管理行動などと関連することが報告されており²⁾、系統的レビューでも、自己効力感は回復過程や自己管理を支える重要な概念であることが示されている^{9) 10)}。本症例においても、単に能力訓練を反復するだけでなく、「できた」という実感を伴う経験を意図的に構成したことが、行動変容の基盤になったと考えられる。

また、本症例で行動変容が得られた要因として、第1にスモールステップによる課題設定が挙げられる。活動を細分化し、達成可能な課題として提示することで、成功体験を積み重ねやすくなった。第2に、興味・嗜好に基づいた課題設定である。本症例では飲食への関心を活用し、買い物訓練を導入した。

本人にとって意味のある活動は、内発的動機づけを高め、行動の継続および拡大に寄与すると考えられる。第3に、コミュニケーション手段の補完である。絵カードの使用などにより対人コミュニケーションを支援したことで、意思疎通の成功体験につながり、対人場面への不安軽減および活動参加の促進に寄与したと考えられる。重度失語症例においては、活動そのものへの支援だけでなく、成功体験が成立しやすい環境を整えることが重要であると考えられた。

さらに本症例は、発症から長期間を経た慢性期症例であり、かつ療養病棟という生活の固定化が生じやすい環境下にあった。先行研究では、入院脳卒中患者はリハビリテーションの時間外に不活動となりやすく⁵⁾、長期療養・居住施設においては環境要因が自主性に大きく関与することが示されている⁶⁾。また、脳卒中後は数年を経ても参加や自主性の制限が残存しやすい^{7) 8)}。このような条件下では行動変容は生じにくいと考えられるが、本症例では成功体験を意図的に設計し、心理的側面にも配慮した支援を行うことで生活行動の変容に至った。

一方で、本報告は1症例の経験であり、一般化には限界がある。また、自己効力感そのものを尺度により直接評価しておらず、生活場面や自己決定場面における行動変化、およびADOCを用いた聴取内容の変化から臨床的に推定した点には留意が必要である。しかし、慢性期かつ重度失語症例においても、成功体験を基盤に自己効力感に着目した支援を行うことで、主体性の回復や生活行動の変容が得られる可能性を示した点に意義がある。

以上より、療養病棟における重度運動性失語症例に対しては、成功体験を基盤に自己効力感を支える視点を持ち、意味のある活動へ段階的に接続していくことが、生活行動の変容を促すうえで重要である。

【参考文献】

- 1) Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS: Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen Aphasia Study. Cerebrovasc Dis, 17(1): 35-43, 2004.

- 2) Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J: Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(4): 460-464, 2000.
- 3) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2): 191-215, 1977.
- 4) Bandura A, Schunk DH: Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *J Pers Soc Psychol*, 41(3): 586-598, 1981.
- 5) Jones F, Gombert-K, Honey S, et al. : Addressing inactivity after stroke: The Collaborative Rehabilitation in Acute Stroke(CREATE)study. *Int J Stroke*, 16(6): 669-682, 2021.
- 6) Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, et al. : Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nurs Ethics*, 28(3): 414-434, 2021.
- 7) Palstam A, Sjödin A, Sunnerhagen KS: Participation and autonomy five years after stroke: A longitudinal observational study. *PLoS One*, 14(7): e0219513, 2019.
- 8) Desrosiers J, Rochette A, Noreau L, et al. : Long-term changes in participation after stroke. *Top Stroke Rehabil*, 13(4): 86-96, 2006.
- 9) Jones F, Riazi A: Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil*, 33(10): 797-810, 2011.
- 10) Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdóttir TB: Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *J Adv Nurs*, 67(9): 1876-1894, 2011.



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！



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！

日慢協を知る
メディア

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。

<http://manseiki.net/>

学会

第34回日本慢性期医療学会

日程 2026年11月19・20日(木・金)

会場 福岡国際会議場

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

併催 第14回慢性期リハビリテーション学会
日本介護医療院協会セミナー
地域病病連携推進機構シンポジウム

第7回アジア慢性期医療学会

日程 2026年11月19・20日(木・金)

会場 福岡国際会議場

テーマ 未来を紡ぐ慢性期医療～治して戻す～
Weaving the Future of Chronic Care ～Healing and Restoring～

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

書籍紹介

総合診療医テキスト 編集:日本慢性期医療協会 発行:中央法規出版株式会社

第1巻 慢性期医療概論 200頁 定価4,500円(税別)

第2巻 慢性期医療における疾患の管理 266頁 定価5,500円(税別)

新版 看護師特定行為研修テキスト 編集:日本慢性期医療協会 発行:中央法規出版株式会社

共通科目編 488頁 定価7,200円(税別)

区分別科目編 1 在宅・慢性期パッケージ対応 332頁 定価5,700円(税別)

区分別科目編 2 682頁 定価8,000円(税別)



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>

胃瘻造設後，経口摂取再開が可能となった高齢者の1例 ～多職種連携による包括的な取り組み～

公益財団法人脳血管研究所

- 1) 美原記念病院（群馬県伊勢崎市） リハビリテーション部
- 2) 介護老人保健施設アルボース（群馬県伊勢崎市） リハビリテーション課
- 3) 介護老人保健施設アルボース（群馬県伊勢崎市） 看護介護部
- 4) 介護老人保健施設アルボース（群馬県伊勢崎市）
- 5) 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

理学療法士 藤田真介^{1) 2)} 看護師 滝原典子³⁾ 作業療法士 石森卓矢¹⁾
医師 美原恵里⁴⁾，美原盤⁵⁾

【和文抄録】

急性期病院入院中に誤嚥性肺炎を併発，胃瘻造設して介護老人保健施設に入所した高齢女性に対し，多職種が連携して経口摂取再開に取り組んだ．各職種が情報共有，協力し，身体拘束の解除，積極的な生活リハビリテーションに取り組み，廃用症候群の改善と生活リズムの整備，精神機能の改善を図った．さらに，ミールラウンドの実施と嚥下機能評価に基づく経口摂取訓練を行い，段階的に経口と経管を併用して食事提供，口腔・歯科の介入を行った結果，経口摂取を再開することができた．生活期における高齢者の経口摂取再開に対して多職種による包括的な取り組みが有用であり，様々な職種が在籍する老健での介入の意義は大きいと思われる．

【Key words】

胃瘻，経口摂取，多職種連携

【はじめに】

誤嚥性肺炎は日本人の死因の第6位であり，高齢になるほど死因原因の割合として高くなることが報告されている¹⁾．高齢者の誤嚥性肺炎の要因として嚥下障害があげられ，嚥下障害のために経口摂取が困難となった場合には，経皮内視鏡的胃瘻造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy；PEG）などの非経口的な栄養管理が必要となる．胃瘻は栄養状態の維持に寄与する一方で，サルコペニアの進行²⁾や，口腔内の不潔に起因する誤嚥性肺炎，局所の皮膚トラブルの発生³⁾，患者の心理的負担の増加，患者の生活の質（QOL）の低下⁴⁾といった問題を引き起こす可能性があり，胃瘻造設患者の経口摂取再開は重要な課題である．

近年，急性期病院における問題点として，中央社会保険医療協議会などにおいて，急性期病院への入院が，在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが指摘されている⁵⁾．具体的には，急性期病院の中にはリハビリテーション（リハビリ）提供体制が相対的に不足し，廃用症候群を引き起こしているケースがあることや，経口摂取についての取り組みが十分になされないまま安易に胃瘻造設が行われている可能性があることなどが指摘されている⁶⁻⁷⁾．

胃瘻造設患者の経口摂取再開に関して，回復期リハビリ病棟での介入により再開されたとの報告は散見されるが⁸⁻¹⁰⁾，生活期においては，急性期病院などで胃瘻を造設した患者に対してその後の適切な介入がなされず，経口摂取が再開されることは少ない

ように感じられる。今回、急性期病院入院中に誤嚥性肺炎を併発し、経口摂取の再開に対して積極的な介入がないまま胃瘻を造設された高齢女性に対し、介護老人保健施設（老健）にて多職種連携によるアセスメントを基に経口摂取の再開に向けて取り組み、経口摂取再開に至った1例を経験したので報告する。

なお、本症例報告の作成および論文投稿について、本人に十分な説明を行い、文書による同意を得た。

【介護老人保健施設アルボースの概要】

当施設は1996年に開設された病院併設型老健であり、介護保険サービスは入所、短期入所療養介護、通所リハビリを提供している。一般療養棟54床、認知症専門棟36床、ユニット10床、計100床で構成されている。通所リハビリは定員32名/日の通常規模型、サービス提供時間区分は7時間以上8時間未満で運営している。

2024年4月から2025年3月までに退所した入所者（ショートステイを除く）の平均在所日数は 125.7 ± 118.9 日、平均要介護は 3.3 ± 1.2 、利用率は95.6%である。主な運営指標は、在宅復帰率87.2%、回転率19.7%、重症者割合51.5%で、2012年には群馬県において初めて在宅強化型老健の要件を満たし、以後一貫して維持している。現在は「超強化型」の施設区分に該当する。入所100床に対する人員配置は、常勤換算数で医師1.1名、看護師（Ns）15.5名、介護福祉士（CW）30.9名、理学療法士（PT）3名、作業療法士（OT）2名、言語聴覚士（ST）1名、管理栄養士（RD）2名、歯科衛生士（DH）1名が在籍し、多職種連携を実践して在宅復帰・在宅生活支援に取り組んでいる。

【症例】

症例は80代女性。病前はIADL自立し、犬の散歩や家庭菜園などを日課としていた。既往歴として頻脈発作、骨粗鬆症、高血圧症、右膝骨折、右恥骨骨折があった。X日に食欲不振を呈し、脱水の診断で急性期病院へ入院した。入院中に認知症と診断され、認知症の進行に伴い嚥下障害を認めて誤嚥

性肺炎を併発し、経口摂取を中止した。X+60日に中心静脈カテーテル（CV）管理となり、X+105日にPEG実施、X+126日にCVを抜去された。ADLは全介助で、夜間を中心に大声があり、介護用つなぎ、抑制帯等の身体拘束が行われていた。リハビリには拒否的であり積極的に提供されていなかった。X+135日に当施設に入所した。なお、入院中の病床区分やリハビリの頻度、期間等についての詳細は、情報提供書に明確な記載がなく詳細を把握することができなかった。

当施設入所時にアセスメントを実施。要介護5、障害高齢者の日常生活自立度はB2、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaで廃用症候群と診断された。ADLはBarthel Index（BI）15点、認知機能はmini-mental state examination（MMSE）13点、身長134cm、体重26.9kgでBody Mass Index（BMI）は15.0であった。嚥下機能は摂食・嚥下グレードGr. 2、反復唾液嚥下テストが2回/30secであった。精神機能の面では、せん妄を認め、昼夜ともに大声を出すなどの問題行動があり、胃瘻部の違和感を訴えて不穏になる場面がみられた。食事に関しては、嚥下機能低下に加え、食事摂取自体に拒否がみられたため経口摂取は困難であった。また、元々上顎総義歯であったが、不適合のため使用困難となっていた。

【取り組み内容】

当施設入所時のアセスメントより、嚥下障害の原因となる明確な疾患がなく、急性期病院入院に伴うせん妄の出現、さらに活動性低下により廃用症候群を助長されていたと考えられた。すなわち、経口摂取困難の要因は、せん妄や廃用症候群であり、改善の可能性が高いと想定され、経口摂取の再獲得に向けて取り組んでいく方針とした。そのために、まずは生活リズムを整え、日常生活や食事摂取への意欲を引き出すことを目指した。

取り組みは、医師の医学的管理下において、多職種が連携して包括的支援を実施した。当施設入所時にPT、OT、Ns、CWでの合同評価を行い、入所当日から一切の身体拘束を取りやめ、日中は離床さ

せ、常に職員の目が届く環境を設定した。職種別の取り組みとして、PT、OTの個別訓練に加え、廃用症候群を改善するため、CWと連携して生活全般の活動量を向上させる生活リハビリを計画、実践した。具体的には、PT、OTがADLを評価し、介助方法をCWと共有、トイレ誘導などから日中の活動を促し、日常生活場面において多職種が継続的に関わるようにした。また、CWは日々の生活の様子から利用者の精神状況を把握し、利用者に寄り添いながら無理強いせず徐々に集団活動への参加を促した。Nsは胃瘻部周囲のスキンケアを行い違和感の軽減を図った。食事に関しては、ST、RD、DHがミールラウンドを通じて経口摂取再獲得に向けた情報共有と目標や課題の共有を密に行った。STの嚥下評価にて嚥下機能低下はあるが嚥下反射は出現しており、誤嚥リスクを十分に考慮しつつも、少量のとりみ水やゼリーであれば摂取可能と判断し、ST個別訓練時のみ慎重に経口摂取訓練を実施した。RDは

段階的に経口と経管を併用した栄養管理を行い、体重増加を目標に必要なエネルギー量が確保できるよう調整した。また、STと嚥下訓練の経過を密に情報共有し、その内容を基に食事量および食形態を調整した。DHはCWと連携して口腔ケアを実施し、口腔内環境の改善と咀嚼機能の再建を図った。さらに、歯科医師と連携して義歯の作製・調整・装着支援を行った（表1）。

【経過】

生活状況では、取り組み初期より、徐々に生活リズムが改善し、夜間せん妄は軽減した。さらに、表情や活動性の改善がみられ、職員や他利用者とのコミュニケーションが増加し、「トイレに行きたい」などの訴えが聞かれるようになった。生活状況では、入所後1ヵ月程度で動作練習などの積極的なリハビリが可能となり、その後、自ら集団活動に参加するなど自発的な行動が見られるようになった。

目標：経口摂取の再獲得			
方針：生活リズムを整備し 日常生活や食事摂取への意欲を引き出すことを目指す			
【生活リズムの整備に向けた取り組み】			
主となる職種	目的	取り組み内容	具体的方法
医師 理学療法士 作業療法士 介護福祉士 看護師	身体拘束の解除 生活リズムの整備 廃用症候群の改善 精神機能の改善 感染予防	入所時合同評価	日中は原則離床し 職員が見守りできる環境を調整 夜間は見守りセンサー等を活用
		生活リハビリの実践	生活全般の活動量を向上させるため ADL評価を基に多職種で介助方法を統一しトイレ誘導など日中の活動を促進
		集団活動への促し	精神状況の把握 徐々に集団活動への参加を促進 職員・他利用者とのコミュニケーション機会の創出
		胃瘻管理	胃瘻周囲のスキンケア 胃瘻部の違和感を起因とする不穏の軽減
【直接的な食事摂取への取り組み】			
主となる職種	目的	取り組み内容	具体的方法
医師 言語聴覚士 管理栄養士 歯科衛生士 歯科医師	嚥下機能の改善 適切な栄養管理 口腔機能の改善 咀嚼機能の改善	ミールラウンド	経口摂取再獲得に向けた課題を密に共有
		経口摂取訓練	個別介入により嚥下評価と経口摂取訓練を実施
		栄養管理	体重増加を目標に経口と経管を併用した段階的な栄養管理を実施
		口腔管理	口腔ケアによる口腔内環境の改善と咀嚼機能の再建 義歯の作製・調整・装着支援を実施

表1 多職種連携による介入内容

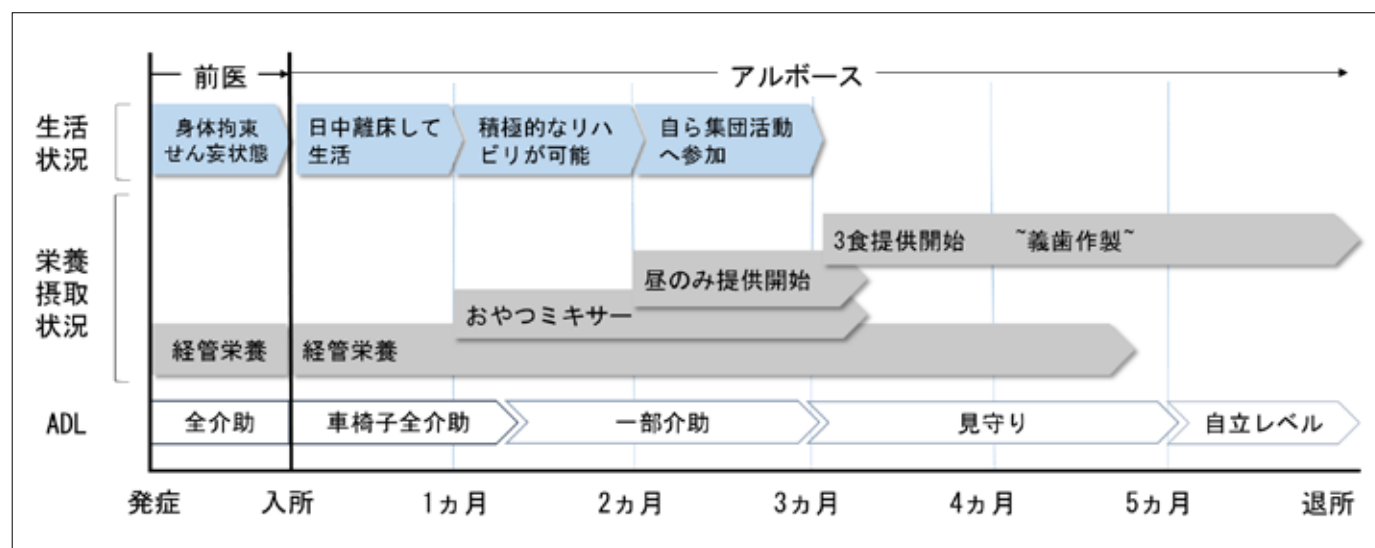


図1 生活状況および栄養摂取状況, ADL の経過

栄養摂取状況では、1ヵ月経過時点において、おやつのみミキサー食の提供を開始した。経口摂取開始後は特に自発性が向上し、「家に帰るには食べなきゃだしね」などの前向きな言動が増加した。2ヵ月経過時点において、昼食の提供が開始となり、併せて歯科医師の往診で義歯を作製した。義歯装着後は「鮭がおいしかった」と話され、家族の協力も得ながら本人の嗜好に合わせて食形態を工夫したことにより摂取量が増加した。栄養状態、廃用症候群の改善とともにADL能力は向上し、施設内の移動は歩行器歩行が可能、入浴以外のADLは自立レベルとなった。入所から6ヵ月後の自宅退所時には、食事は3食経口摂取が可能となり、BIは85点、MMSEは24点、身長134cm、体重29.9kgとなりBMI 16.7であった(図1)。

【考察】

本症例は、急性期病院において適切なりハビリや栄養管理がなされないまま胃瘻造設され、当施設入所時には、せん妄、転倒リスク、精神機能の低下など多面的な問題が存在し、胃瘻による栄養管理が必要な状態であった。せん妄は、高齢者であることや、入院、手術が要因となると報告されており¹¹⁾、本症例の入所以前の状況と合致している。さらに、長時間の持続的な苦痛を伴う経管栄養管理を行う際に

は、本人の理解が得られ難いため、自己抜去予防として身体拘束を行うことが多く、せん妄を増悪させる可能性がある¹²⁾。本症例は単独行動も多く、転倒リスクの観点からも、前医において身体拘束を実施されており、不必要な安静を強いられていた可能性がある。先行研究において、環境の変化と安静に伴う活動量の低下は、精神機能の低下を招き、食事拒否や摂食障害を生じることが報告されている¹³⁾。本症例においても、経口摂取から非経口摂取への変化や抑制に伴う活動量の低下により、精神機能の低下が生じたものと思われる。以上より、嚥下障害に関しては、嚥下機能の低下に加え、せん妄やそれに伴う精神機能の低下が影響していたと想定された。

先行研究において、せん妄の改善には、生活リズムの整備や活動性の向上、達成感や自己効力感が重要であると報告されている¹⁴⁾。本症例においては、まずは生活の基盤を整えるよう、入所初期にPT、OT、CWで身体機能や基本動作能力、ADL能力を評価して日常生活動作の介助方法を統一し、日中の活動を促進した。また、せん妄の要因としてあげられた身体拘束の廃止などの生活環境調整に加え、多職種が連携した生活リハビリを実践した。これらの取り組みにより、生活リズムの整備と廃用症候群の改善を図ることができたものと思われる。さらに、精神機能の低下に対しては、回想法、音楽療法、リア

リテオリエンテーションなどの心理療法があり¹⁵⁾、日常的な生活援助を通して昔話を回顧することで安心感を与えることも知られている¹⁶⁾。当施設においては、日常的に小集団での活動を行っていることや、季節ごとの行事、音楽療法などを取り入れており¹⁷⁻¹⁸⁾、これらの取り組みが本症例の精神機能の改善に有効であったものと思われる。

直接的な食事への介入においては、ミールラウンドにおいて多職種で評価することにより、嚥下機能の状態のみならず、栄養状態や口腔内環境、歯の状況などを包括的に情報共有することが可能となり、状態に応じたアプローチが可能になったものと思われる。

Maeda らは誤嚥性肺炎を呈した患者に絶食期間が生じると治療が長引き嚥下機能が低下したと報告している¹⁹⁾。そのため、不要な安静・禁食を避け、早い段階で離床や経口摂取に努めることが有用であると考えられている²⁰⁾。多面的な問題を抱えることの多い高齢者に対して経口摂取を進めていくためには、単に嚥下訓練を実施するのみでは改善は期待できない。生活全般をマネジメントして活性化する視点を持ち、活動量の向上に応じた栄養管理や精神機能への支援、口腔・歯科の専門的な視点など、包括的な介入が求められ、多職種で取り組むことが欠かせないと考えられる。

本邦の生活期における介護提供体制としては、通所介護や通所リハビリ、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリなど様々な存在する。しかしながら、これらのサービスにおいては、在籍する職種の数は限られており、他職種との連携を外部に求める形となる。一方、老健では、Drをはじめ、Ns、CW、PT、OT、ST、RD、DH といった多様な専門職が組織内に集結し、密な連携のもとでサービスを提供する体制が整っている。本症例は急性期病院にて、せん妄、転倒リスク、精神機能の低下など多面的な問題が要因で胃瘻を造設され、経口摂取の再開には多職種での包括的な介入が必要であった。このような経口摂取再開に向けた包括的な介入は、様々な専門職が在籍している老健だからこそ実現できたものと思われる。

【結語】

生活期の高齢者における胃瘻造設後の経口摂取再開には、嚥下機能のみならず生活リズムなど様々な課題が生じるため、多職種での包括的な介入が求められる。老健において新規入所者を迎えるにあたっては、急性期病院の評価を鵜呑みにせず、先入観を持たずにアセスメントを行い、適切な対応を検討することが重要と思われる。

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。

【参考文献】

- 1) 令和 6 年 (2024) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況, 厚生労働省, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/index.html>, 2026 年 2 月 18 日アクセス
- 2) 低栄養とサルコペニアの摂食嚥下障害, 国立長寿医療研究センター, <https://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/nst/30.html>, 2026 年 2 月 18 日アクセス
- 3) 山中英治: 栄養管理と QOL, 静脈経腸栄養 29 (3): pp799-803, 2014
- 4) 佐々木雅也, 阪井那津子, 栗原美香: QOL を高める経腸栄養法, 静脈経腸栄養 29 (3): pp811-817, 2014
- 5) 中心静脈栄養の議論, 中医協ニュース, <http://chuikyo.news/20210903-tpn/>, 2026 年 2 月 18 日アクセス
- 6) 井川誠一郎, 若林秀隆: 慢性期医療のリハビリテーション栄養, 日本慢性期医療協会誌 31(5): pp44-53, 2023
- 7) 令和 6 年度の同時改定に向けた意見交換会, 資料 4, 厚生労働省, https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000162533_00001.html, 2026 年 2 月 18 日アクセス
- 8) 三好正堂, 大里隆, 三好安, 他: くも膜下出血で重度の嚥下障害を起こし, 胃瘻を増設したが, 機関カニューレ抜去により嚥下機能がほぼ

- 完全に回復した一例，臨床と研究 102（5）：pp531-534，2025
- 9) 小林壮太，金井崇，金古美恵子：栄養介入と中高強度レジスタンストレーニングを含む包括的な介入により身体機能，嚥下機能の改善が認められた脳梗塞・誤嚥性肺炎後の一症例，リハビリテーション栄養 8（1）：pp93-99，2024
- 10) 島田直子：回復期リハビリテーション病棟において胃瘻を造設しない選択をした高齢女性の経過，臨床栄養 142（2）：pp262-266，2023
- 11) 柴田明日香：せん妄，田中久美（編）：一般病棟の認知症高齢者ケア：pp118-130，メヂカルフレンド社，東京，2022
- 12) 身体拘束廃止・防止の手引き，厚生労働省，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>，2026 年2月18日アクセス
- 13) 田中美波，本多葵，中村真知子，他：胃瘻増設後に経口摂取が回復，経管栄養を離脱した超高齢症例，日本静脈経腸栄養学会雑誌 33（3）：pp888-891，2018
- 14) 栗生田友子：高齢者せん妄のケア，日本老年医学会雑誌 51（5）：pp436-444，2014
- 15) 太田喜久子：老年看護学：pp139-143，医歯薬出版，東京，2012
- 16) 山田圭子：高齢者の栄養を考える～看護の現場から～，静脈経腸栄養 28（5）：pp1075-1081，2013
- 17) 澁澤菜里乃，滝原典子，海老原菜月，他：老健における音楽療法の研究第 23 報，意欲低下のある利用者に対する個別音楽療法の有用性～介護福祉士の存在の意義～，第 33 回全国介護老人保健施設大会兵庫抄録集：pp102，2022
- 18) 川田麻津子：高齢者を対象とした表現アートセラピーの紹介，老健ぐんま 21：pp102-104，2018
- 19) Maeda K, et al: Tentative nil per os leads to poor outcomes in older adults with aspiration pneumonia, Clinical Nutrition 35(5): pp1147-1152, 2016
- 20) 森隆志：サルコペニアの摂食嚥下障害，日本静脈経腸栄養学会雑誌 31（4）：pp949-954，2016



気管カニューレについて

医療法人愛の会 光風園病院（山口県下関市）

副院長・診療部長 藤田博司

1. はじめに

慢性期医療の現場でも、長期人工呼吸管理、誤嚥予防、声帯麻痺等の上気道閉塞など様々な理由で気管切開を受けた患者を診る機会が増えている。光風園病院では、現時点で入院患者のうち28人が気管切開を受けており、うち9人が人工呼吸管理を必要としている。このような患者は、その状況によりカニューレの選択や管理に注意が必要である。

2. 気管カニューレの種類と用途

気管カニューレはカフ付きかカフなしかの2つに分類され、各々に単管か複管の製品がある。カフ付きカニューレは、主に人工呼吸管理が必要な場合や、誤嚥が多い場合に用いられる。人工呼吸中の患者では、気道を確実に確保でき、喀痰の吸引が容易となり、口腔内を清潔に保ち、患者によっては食物等の経口摂取が可能である。嚥下障害が重度な患者では、カフにより上気道分泌物の下気道へ流入を防ぐ（必ずしも誤嚥を完全に防ぐことはできないが）目的で使用する。デメリットはカフによる気管への刺激が強く気道分泌物が増加すること、循環障害で気管壁の損傷を招くこと、また嚥下しづらいことなどがあげられる。カフなしカニューレは、上気道の狭窄、閉塞がある患者の気道確保に用いるが、スピーチバルブを装着して発声が可能になる、嚥下が容易になることから、人工呼吸離脱後の抜管に向けての訓練時に用いることもある。カフのあるなしにかかわらず、通常は単管のカニューレを用いるが、複管のカニューレを用いると内筒を抜いて洗浄できるため、喀痰が多い患者ではチューブの汚染、閉塞を予防できる。

3. 光風園病院で使用している気管カニューレ

（1）単管カフ付きカフ上吸引付き

・アスパエース（コヴィディエンジャパン株式会社）

通常使用しているもので、サイズごとにコネクタが色分けされている。

・アジャストフィット（富士システムズ株式会社）

チューブが柔らかく形状を自由に変えられるため、気管の変形が強い、あるいは胸郭の変形ある患者でも、気管の形状にフィットできる。さらにフランジの位置を動かしチューブの長さの調整ができるため、肥満で通常のカニューレでは長さが足りない場合、気管切開孔とカフの位置が近く自然抜管が多い場合に使用できる。

・ダブルサクションチューブ（株式会社高研）

カフ上と気管チューブ内腔に吸引ポートがあり、分泌物が多い患者でカフ上の吸引だけではカフのそばから気道内への流入がある場合、気管内から流入した液体を吸引できる。しかし、常に気道内に気流が生じるため、吸気トリガーがフローセンサーの人工呼吸器では誤作動の危険性がある。

（2）複管カフ付きカフ上吸引付き

・メラソフィット（泉工医科工業株式会社）

人工呼吸器や人工鼻が装着できる通常の内筒と、スピーチバルブ付きの内筒を交換して発声訓練が可能である。誤嚥リスクのある患者に発声訓練を開始する場合に有用である。

（3）単管カフなし

・高研式スピーチカニューレ（株式会社高研）

上気道閉塞の場合や、誤嚥のリスクはないが、喀痰吸引に気管切開孔の維持が必要な場合に用いる。一方弁があり発声が可能である。咳嗽力が強いと抜けやすい。

(4) レティナ (株式会社高研)

誤嚥のリスクがない患者で、喀痰吸引や気管口切開存の目的で用いる。気道内にチューブがないため気管への刺激が少なく、嚥下に対する影響も少ない。ワンウェイバルブを装着すると発声可能である。咳嗽力があまり強い患者では逸脱しやすい。

4. 気管カニューレの管理について

カフ付き気管カニューレを使用している場合、カフ圧の管理は重要である。当院で適切なカフ圧管理のために、時間毎のカフ圧の変化を知る目的で、入院中の気管切開患者 13 名を対象とした研究を行った (2018 年日本慢性期医療学会で報告)。午前 7 時にカフ圧を 30cm H₂O に調整し、その後 1 時間毎にカフ圧測定を行い、20cm H₂O を切った時点で再度 30cm H₂O に調整し、24 時間調査を行った。結果、ほとんどの患者が 1 時間毎、最長でも 3 時間毎に必ずカフ圧の調整が必要であった。人工呼吸器装着患者では安全にカフ圧を 20cm H₂O 以上に保つためには、1 時間おきのカフ圧調整が必要となることから、常に一定圧を保つため自動カフ圧調整器を用いている。カフ圧低下の頻度が誤嚥に及ぼす影響も検討したが、明らかな関連はなく、気道内に流れ込む分泌物をいかに管理するかが重要と思われた。このため、上気道の分泌物の多い患者では、声門下

持続吸引 (カフ上の吸引) を取り入れている。それでも気道内への流入が多い場合は、ダブルサクションチューブ (株式会社高研) を使用し、気管カニューレ内からの持続吸引を行っている。

気管カニューレの固定方法にも工夫が必要な場合がある。通常はセットに付属している固定用紐を用いるが、分泌物で湿り、皮膚に食い込むと皮膚トラブルの原因となる。このような例では、別売りの気管カニューレ固定ホルダーを用いると予防できる。咳嗽や体動で抜管しやすい場合は、アジャストフィット (富士システムズ株式会社) を用いる。気管内に深く挿入できるため抜管リスクは軽減できる。認知症などで患者自身による自己抜管が多い場合、ささえ フランジ固定板 (泉工医科工業株式会社) を使用し、カニューレを体幹に固定することもある。この器具を使用して気付いた別の効果として、カニューレが気管切開孔の中心に固定でき、ずれも少ないため、気管切開孔の皮膚トラブルが減少することも経験した。

5. おわりに

光風園病院で使用している気管カニューレの種類と用途に付き解説し、日常の管理の一部を紹介した。日常の業務の参考になれば幸いである。



日本慢性期医療協会 第8回ハワイ研修

国際委員会 副委員長 高石義浩

令和8年版の高齢社会白書が公表され、令和7年10月現在の日本の高齢化率は29.4%であった。欧州諸国が100年程の長い期間をかけて高齢化社会から高齢社会へと推移しているのに対し、日本はたった20数年という世界でも類を見ない速さで進行し、2007年には超高齢社会を迎え、世界第1位を堅持している。世界的な高齢化が進展する状況下で、日本は世界のどの国よりも早く構造的な社会課題に直面し「課題先進国」となり、これらの課題は将来的に世界各国が直面する共通の課題であることから、課題解決に向けて日本が築く対策や動向は世界から注目されている。超高齢社会において、急性期治療後の状態の安定化やリハビリによる自立支援、在宅復帰などを担う慢性期医療は、医療システム全体を支える極めて重要な役割を果たしており、医療崩壊を防ぐために不可欠である。故に医療・介護体制の逼迫や社会保障費の増加を中心とする課題に対応しつつ、質の担保及び向上に努めなければならない。高齢になり長期ケアに入ったとしても、また急性期に戻り、回復期へ進み、それを繰り返しながら最期を迎えるというケアサイクルの過程において、治癒を目指した性急な医療よりも、ADLやQOLを新たな医療のゴールと位置づけて提供するという多様で統合的な医療のあり方が求められている。このような医療を模索する中で、日本慢性期医療協会国際委員会として、他国へ赴き机上の資料などでは得られない現地の肌感や生の情報を直接体感し、グローバル社会における多様な価値観を認識することができる現地視察は非常に有意義であると考えている。2015年5月に第1回日本慢性期医療協会ハワイ研修を企画・開催し、その後毎年5月に継続して開催しているが、ご協力いただいた参加者アンケートのご意見等から、新たな視点を得、多くの学びの習得を体験できるとご好評いただいていることを実感し、安堵とともに喜びを感じている。この度、第8回を迎えたハワイ研修は令和8年5月

12日から17日まで4泊6日で開催され、全国の病院介護関連施設から23名、韓国慢性期医療協会から8名、合計31名と多くの方にご参加いただいた。以下研修報告をさせていただく。

研修の始まりは成田空港。夜8時半から日付変更線をまたいで約7時間半のフライトを経て、ハワイ ダニエル・K・イノウエ国際空港に降り立った。国際委員としてこの地を何度か訪れている私でさえも、開放的な空気感に心が躍る。そんな特別な場所である。すぐに空港から専用バスに乗車し、ホノルル市内視察が始まった。まず向かったのはオアフ島を代表する風光明媚な絶景ポイント、ヌウアヌ・パリ展望台。「涼しい高地の崖」という名をもつその場所は、その名の通りひんやりとした貿易風がいつも強く吹き抜けている。ハワイは自然崇拜を基盤とする自然信仰の地である。周りを見渡すと樹木でさえも、どこか神々しく荘厳で近寄りがたく感じる。美しい景色にばかり目を奪われるが、ここはカメハメハ大王がハワイを統一するに至った決戦の地、いわゆる古戦場であると知ると、岩肌に吹く貿易風に荒々しさを感じた。次に向かったのは、カラカウア王朝唯一の宮殿であるイオラニ宮殿の正面に、威風堂々とした姿で立つ初代カメハメハ大王像である。毎年6月のカメハメハ・デーには、大王像に色鮮やかで巨大なレイ（花の首飾り）が何重にもかけられ、盛大なセレモニーが開催されるらしい。周囲には歴史的建造物も多く非常に興味がひかれ、時間が許すならゆっくりと散策したい思いに駆られた。その後、宿泊ホテルであるハイアットリージェンシーワイキキリゾート&スパに到着した。八角形のツインタワーが特徴的な40階建てのホテルである。ワイキキビーチの紺碧の水と真っ白な砂浜が眼前に広がる眺望はこの上なく素晴らしい。チェックインののち17時45分より、ハイアットリージェンシーワイキキリゾート&スパで最も格式の高いバンケットルームで夕食研修会が開催された（写真1）。



写真1 夕食研修会 –バンケットルーム–

ここで参加者が一堂に会する。夕食研修会のテーマは「2026 年度診療報酬改定と慢性期医療の未来」と題し、TMG 会長 中村毅氏のご講演を拝聴した。今改定では包括的医療の質を問う内容に重点が置かれているが、ここでもまた本研修を通じて、求められる質とは何か、その向上のためには何をすべきかと向学心を刺激された。次いで金会長をはじめとする韓国慢性期医療協会の皆様が会場に入場されたのち、アジア慢性期医療協会 中村哲也会長および韓国慢性期医療協会 金徳鎮会長にご挨拶いただき、竹川勝治氏の御発声による乾杯により懇親会が開宴された。各々自己紹介の後、美味しい料理と美酒に酔いしれながら、徐々に初対面同士や始まりのやや緊張した面持ちから解放されていった。この土地の空気感と研修後に感じた活力も相まって、そこかしこで活発にそして和やかに意見が交わされ、談笑が聞かれる。今日出会ったばかりの人達とこれほどまでに心地よい時間を過ごせたことにやや驚きを感じながら、充実した時間はあっという間に過ぎてしまった。

2 日目の朝、ハワイ・ワイキキビーチの波音に包まれ、ヴィクトリア様式の優雅なりゾートホテル、モアナサーフライダーホテルで朝食を過ごした。この研修ではロイヤルハワイアンホテルをはじめ、近隣のホテルで利用可能なミールクーポンの朝食でゆったりとした時間を過ごすことが可能である。穏やかな朝の日差しや小鳥たちのさえずりに囲まれ、

心満たされる朝のひとつは、これからの研修を迎える私にとって大きな活力を養ってくれる。朝 9 時に専用バスに乗り込み、ハワイ大学マノア校イースト・ウエスト・センターに向かった。イースト・ウエスト・センターは教育と研究を通じて、文字通りアメリカとアジア、太平洋諸国の人々との間の相互理解を促進するために連邦政府が創設したものである。その中にある特別講義室にて、クアキニ病院 ICU/CCU で正看護師として活躍されている原田恵里加氏より日米の医療構造の違いや取り組みについての講義を受講した (1st Program)。原田氏は国際看護師を目指す人を支援するコミュニティ「BeLight」のプロジェクトマネージャー及び米国看護師国家試験の講師としても活動されており、まずその知見の広さに圧倒される。クアキニ病院は創立 125 周年を迎えた最も古い病院で、Resident Program があり臨床研究を推進しているという特徴がある。米国には日本の国民皆保険のようなシステムが存在しないため民間保険への加入が一般的である。高齢者には「メディケア」、低所得者には「メディケイド」と呼ばれる公的医療保険制度があり、加入保険によって異なるが、救急車を利用しても、ケガや病気をしても高額な医療費の自己負担を強いられるため、治療を受けないという選択をすることも日常生活の中で起こっている。あらためて日本の国民皆保険の素晴らしさを実感した次第である。世界で初めての疾病保険法は、1883 年にドイツ帝国で当時の宰相オットー・フォン・ビスマルクによって制定された。産業革命期の労働者保護と社会主義運動の抑制を目的として導入され、のちの社会保障制度の基礎となったものである。日本もまた大正時代、劣悪な環境下にある労働者の保護や軍事的労働力の確保を目的として、このドイツの制度を参考に 1922 年に「健康保険法」を制定した。その後高度経済成長期の 1958 年に国民健康保険法が抜本的に改正され、国民皆保険体制が確立された。また社会保障費の増大を背景に 2003 年に急性期医療の質の向上と効率化を目的に米国の DRG/PPS (診断群別定額支払制度) を参考に DPC 制度が導入された。日本の素晴らしい保険制度は歴史的に見ると、

他国の知恵を自国に置き換え発展させてきたものと理解できる。他国から学ぶことは非常に多い。電子カルテ1つとっても米国では患者情報の統一化が進められ、医療機関が異なっても電子カルテで情報共有しやすい仕組みが整えられており、患者自身もスマートフォンで自身の医療情報を確認できる環境が整えられている。まさしく日本が推し進めている結果がそこにある。やはり具現化されているものを体感することは現地視察の醍醐味であろう。またACPにおいては州統一の書式により個人が記載し冷蔵庫に貼っており、救急搬送時や施設入所時に持参され、患者本人が希望する治療が行われる。臓器移植に関しても運転免許証に登録されており、亡くなった時点で民間企業が動き医療機関は介入する



写真2 受講修了証書授与



写真3 University of Hawaii

ことなく、速やかに命を他者に引き継ぐという流れが出来ており、日本人との生に向き合う考え方の違いも大いに参考となった。活発な質疑応答の後、原田氏より各受講者へ受講修了証書を授与いただいた(写真2)。そして看板の前で集合写真を撮影(写真3)。学習意欲をすっかり満足させられた後はハワイ大学の購買部で買い物をしたり、フードコートで昼食をとったりして一息をついた。

その後IMSグループの関連施設である Hale Ho Aloha Nursing Home を視察した(2nd Program)(写真4)。1968年創立の介護付き有料老人ホームである。このHomeは小高い丘の上に立つ平屋建ての建物で、ダイヤモンドヘッドやホノルルが見渡せる。外庭の南国らしい樹木の緑と雲一つない青空とのコントラストが鮮やかでとても印象的である。公的保険は適用されず全額自己負担で入所しており、長期介護・ホスピスケア・レスパイトケアなどが24時間体制の看護ケアで提供される。部屋は馴染みのある生活空間を提供しており自宅にいるような温かみがあり、季節のイベントや多彩なレクリエーションなどのアクティビティで入所者の心身の健康を促していた。スタッフの言葉からは、大切な方が家族のように大切なケアをされることに良い意味でのこだわりを感じた。身体拘束に当たるようなベッド柵は1本もなく、入所者の人権を尊重しながら生活できる仕組みづくりに感銘をうけた。



写真4 Hale Ho Aloha Nursing Home

3日目の朝食は、憧れのロイヤルハワイアンホテル。「太平洋のピンク・パレス」として親しまれている、1927年創業のハワイ・ワイキキを代表する最高級ホテルである。贅沢この上ないひとときを過ごし、本日の活力を充足したところで、専用バスでホテルを出発し、長期介護施設である Palolo Chinese Home を視察した (3rd Program)。文字通り最初は中国移民の高齢者をケアするために設立されたが、現在はハワイの特徴でもある多民族の高齢者のケアをしている。支援（寄付）と地域の協力で130年続く113床の高齢者介護施設である。入居介護のみならず、ホスピスケア、デイケアサービス、ショートステイサービス、冷凍・食事配達などのサービスも提供している。入居時の情報収集はご本人の尊厳を保つ・守る・損なわないことを心に深く留め、詳しく希望を聞き取っている。QOLが重要視されるためアクティビティが積極的に行われているが、本人の気持ちを優先し、好みに合わせたプログラムが組まれており、実に献身的な姿勢が感じられた。日常的な支援は Palolo のスタッフが行うが、ホスピスサービスを提供する会社と施設 Palolo がパートナーとなり、ホスピス会社から定期的に看護師が派遣されるシステムは興味深い。研修後は、さわやかなハワイの風が吹き抜ける世界最大の屋外ショッピングセンター、アラモアナ・センターで買い物を楽しんだ。なお 2nd Program・3rd Program はオプション研修である。

4日目は終日フリータイムで、オプションツアーも充実しており、オアフ島のシンボル ダイヤモンド・ヘッドに登るサンライズツアーなど、リゾート地ならではのリラックスしたご褒美旅も満喫できる（写真5）。

最終日の朝、ホテルを出発して日本時間翌日の午後に成田空港に到着し、充実感と心地よい疲れと共に魅力あふれる旅は終わりを迎えた。以上報告する。

いかがだったでしょうか。ハワイ研修の魅力は伝



写真5 ダイヤモンドヘッド ワイキキビーチを望む朝

わったでしょうか。1841年頃、漂流の末、米国の捕鯨船に救助されホノルルへ辿り着いたジョン万次郎も、その後の活躍を見るにハワイに魅了された一人かと感じる。私もハワイに魅了され、この特別な地での素晴らしい研修に、多くの協会会員の方々に実際に体験していただきたいと心から願っている。開放的で美しい自然環境は、日頃のストレスを軽減し、高いモチベーションを維持しながら研修に取り組むことができる。本研修のプログラムは全員参加型のほかに、希望者のみのオプション研修も構成されており、研修後のアンケートの内容を確認しながら、毎回修正を加え内容の充実を図っている。今回の研修では、冒頭に述べた超高齢社会における国際的な共通課題の解決に向けて、医療・保健分野においては慢性期医療のあり方を検討するに際し、米国の医療・介護制度や先駆的な試みを学び、介護施設等を視察し知見を広げる旅の中で異文化や多様な価値観に触れ、新たな視点や気づきを得た。終わりに研修に際し、参加者の皆様のご協力に対して心より感謝申し上げます。そして本国際委員会では、次年度も協会会員の方々にご満足いただけるような更に充実した有意義な研修を企画立案して参りたい。ご興味を持っていただけたでしょうか。是非、ご参加を。

日本慢性期医療協会 第8回ハワイ研修に参加して

IMS グループ 新越谷病院 リハビリテーション科 係長 言語聴覚士 森本耕平

この度、日本慢性期医療協会主催の第8回ハワイ研修に参加する機会を得た。

ハワイ大学では、Kuakini Medical Center 看護師の原田恵里加氏より、アメリカ（ハワイ）の医療保険制度や医療従事者の職域、電子カルテを活用した医療情報共有、延命治療に対する制度などについてご講義いただいた。特に、職種ごとの役割分担の明確さ、患者自身が医療情報を閲覧できる仕組みが印象的であった。日本とは異なる制度や文化を学ぶ中で、医療の質向上に向けた合理的な取り組みの重要性を認識した。

Hale Ho Aloha Nursing Home では施設見学と意見交換を行った。想像以上に重症度の高い方が多く、看取りまで対応していることに驚いた。一方で、施設内は非常に清潔に保たれており、介護施設特有の臭気を感じることはなかった。IMS グループの「匂い0活動」の原点となった施設であることを伺い、療養環境の質が利用者の生活に与える影響の大きさを実感した。

Palolo Chinese Home では、長期介護、デイケア、在宅支援など多様なサービスが提供されていた。特に印象的だったのはアクティビティの充実であり、利用者の生活の質向上に向けた取り組みが施設全体に浸透していた。また、PT、OT、ST が連携してリハビリを提供しており、リハビリの制度や運営の違いについて理解を深めることができた。

施設見学、講義以外にもハワイ研修では、韓国慢性期医療協会ならびに日本慢性期医療協会の参加者と様々な場面で交流する機会があり、施設や職種の枠を超えた多くの学びを得ることができた。

今回の研修を通じて、慢性期医療においては、QOLや活動性向上を目的としたアクティビティの充実、多職種による役割分担の明確化、ICTを活用した情報共有、そして質の高い療養環境の整備が重要であることを学んだ。今後は、研修で得た知見を病院運営や多職種連携の強化、医療・介護サービスの質向上に活かし、IMS グループの理念である「愛し愛される IMS」の実現と、地域から信頼され、選ばれる病院づくりに貢献していきたい。



ハワイ大学講堂にて



パロロチャイニーズホーム職員の皆様との対面

医療法人社団東光会 小平中央リハビリテーション病院 作業療法士 細山泰子

パロロチャイニーズホームでの報告

今年で創立 130 周年を迎えた非営利団体パロロチャイニーズホームを訪問した。本施設はオーナーを持たず、コミュニティによって経営されている。設立当時の「地域の困窮者を救う」という理念を現在も受け継ぎ、デイサービスからホスピスまで切れ目のない包括的なケアを提供していた。

作業療法士の視点から特に感銘を受けたのは、リハビリテーション部門における明確な目標設定とアプローチである。PT・OT・ST が密に連携し、安全な生活や在宅復帰を見据えた ADL 動作への介入が毎日徹底されていた。保険会社との厳密な調整のもとで個人に合わせたプログラムが組み立てられており、生活機能の維持・向上に対する合理的な仕組みを学ぶことができた。

さらに、デイケアや各ユニットで実践されている「自宅のように寛げる環境づくり」や、多彩なアクティビティの質の高さに強い関心を持った。ガーデニングや外出などの活動は、単なる余暇活動に留まらず、利用者の役割や生きがいを引き出す重要な作業療法要素を含んでいると感じた。基本として身体拘束（ベッドサイドバー等）をせず、多様な人種や言葉の壁に対し

でもテクノロジーを活用して選択の自由を保障する姿勢は、作業療法士が第一に重んじる「尊厳と権利の擁護」そのものであった。

ハワイの深刻なスタッフ不足や費用負担という課題に直面しながらも、できる限りの離床を促し、生活の質（QOL）を保とうとするケアの実践は大変に意義深いものである。今回の研修で得た知見をもとに、対象者のバックグラウンドや生活の視点をより深く捉え、今後の作業療法実践に活かしていきたい。



パロロチャイニーズホームのリハビリ室

2026年5月の記者会見 これからの回復期リハのあり方 「強化体制加算」が示す未来



当会は5月21日に定例記者会見を開き、2026（令和8）年度改定で新設された「回復期リハビリテーション強化体制加算」を踏まえ、「これからの回復期リハのあり方」を示した。橋本康子会長は「回復期リハビリテーション」の役割を退院後の生活も見据えた機能回復まで拡充する必要性を指摘し、「回復期リハシステム（私案）」を提言した。

会見で橋本会長は、同加算の実績指数48という高い水準が求められる中で、在院日数のさらなる短縮が進む可能性を指摘し、「早く良くなり、早く退院することが理想だが、十分に改善しないまま退院することがあってはならない」との認識を示した。その上で、「自宅に帰ることと自宅で生活できることは異なる」とし、退院後の生活を軌道に乗せるための「外来リハ」「訪問リハ」「オンラインリハ」などの評価に期待を込めた。

■ 回復期リハのゴールは退院ではない

橋本会長はまた、排尿自立と経口摂取についても言及。当会が長年にわたり研修を継続してきたことを紹介し、「私たちが継続して支援してきた排尿自立や経口摂取の重要性が評価された。今回の改定での要件化を契機に、対象患者への積極的な取り組みが求められる」と述べた。

さらに、退院前訪問指導と医療機関外リハビリの重要性も強調した。橋本会長は「退院前に患者の自宅を訪問し、寝室からトイレまでの距離、玄関や台所の段差、入浴環境、手すりの必要性などを確認することで退院後に必要な訓練内容を具体化できる」とし、「退院前訪問指導と医療機関外リハビリを組み合わせ、生活課題を解決すべき」とした。橋本会長は「回復期リハビリ病棟のゴールは退院そのものではなく、退院後の生活である」と述べ、回復期病棟から退院後の支援、さらに慢性期リハビリとの連続性も見据えた取り組みの必要性を訴えた。

■ 退院後も途切れないリハビリ体制を

質疑では、「回復期リハシステム」として病棟から退院後までを一体的に評価する考え方について質問があった。記者は「今後の診療報酬で、病棟から退院後までを1つのパックとして評価する仕組みを求めているイメージか」と尋ねた。

これに対し橋本会長は、今回の診療報酬改定で回復期リハビリテーションについてさまざまな加算が設けられたことを踏まえ、「回復期リハシステムとは、点数上の評価だけを意味するものではない」と説明。「退院後のリハビリを円滑に継続できるよう、制度全体を見直していく必要がある」との考えを示

した。

その上で、橋本会長は「入院期間の短縮化が進む中で、退院後の生活を支えるリハビリの重要性が一層高まる。自宅や生活の場で必要な訓練を受けられるようにすることが患者の生活を軌道に乗せるうえで不可欠」との考えを伝えた。

■ 外来・訪問・オンラインリハの課題

この日の会見で橋本会長は、「生活に必要な実践的機能の回復」として、「外来リハ」「訪問リハ」「オンラインリハ」を挙げた。このうち外来リハについては、「退院後3カ月間に1日6単位まで算定できる枠組みがある一方、患者が実際に通院する手段の問題がある」と指摘。また、「医療機関内での実施が前提であるため、自宅や職場など実際の生活の場での訓練にはつながりにくい」とした。

訪問リハビリについては、通院困難者に限定されている上、退院後3カ月間は週12単位、時間にして4時間までと単位数が少ないことを課題に挙げた。オンラインリハについても、「現状では診療報酬上の評価がない」と指摘した。

記者の質問に対し、同席した池端幸彦副会長はこうした課題を指摘。「従来の回復期リハビリテーションは、『退院後は関知しない』という傾向が少なからずあった。今回の提案は、今後さらに入院期間が短縮されるのであれば退院後も途切れなくリハビリを継続できる制度・体制を整える必要がある」と説明した。

その上で、池端副会長は「外来リハや訪問リハにはまだ制限がある。オンラインリハに関しては制度として認められていない。介護保険につながるまでの間、『回復期リハシステム』として、やるべきことがあるのではないか。そういう橋本会長の強い思いを理解してほしい」と述べた。

■ 医療と介護をつなぐ新組織に期待

このほか、厚生労働省に新設された「リハビリテーション統括調整室」（室長＝江浪武志・大臣官房審議官）について質問があった。厚労省によると、同調整室は「リハビリテーションに関わる施策の総合的な調整に関する事務」を所掌する。厚労省は「今後、『攻めの予防医療』の具体化に取り組んでいく中で、リハビリテーション専門職が果たす役割は大きい」としている。記者は「リハビリ政策を一体的に進める組織と受け止めている」とした上で、新設への受け止めや期待を尋ねた。

橋本会長は、「今回の設置を大変うれしく受け止めている」と回答。特に期待している点として、医療と介護双方の担当者が参加することを挙げた。橋本会長は「これまで医療と介護のシームレスな連携や分断の解消を掲げてきたが、現実にはなお分断が残っている。医療と介護がつながっていくための大きな進歩だ」と評価した。その上で、「患者にとっては医療を受けている時期も介護へ移行した後も、同じ1人の人間として生活が続いている。医療と介護の分断が解消されれば、同じ職種であっても働く場所によって給与や処遇改善に差がある問題、医療・介護間でのカルテ共有、DXやAIの推進など、他分野にも良い影響が波及する可能性がある」と期待を込めた。

最後に橋本会長は、6月に開催される日慢協総会、そして2026年度改定の施行に触れ、「医療現場や介護現場にどのような影響を与えるのか、今後もしっかり注視し、検証していきたい」との考えを示した。

詳細はホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

<http://manseiki.net/?p=12321>



第51回通常総会を開催 橋本会長が再任、「寝たきりゼロ」を軸に 慢性期医療の価値を制度へ



当会は6月25日、東京研修センターで「第51回通常総会」を開催した。役員改選では、橋本康子氏が引き続き会長に選任され、3期目の執行体制が始動した。

■ 慢性期医療の使命は「患者の生活の再構築」



橋本康子氏

冒頭の挨拶で、橋本康子会長は出席者に謝意を示した上で、令和8年度診療報酬改定後の医療現場が病床機能の転換や質向上に向けた対応を進めている現状に言及した。さらに、来年には介護報酬改定が予定されていることを踏まえ、「これまでと同じ仕組み、同じ考え、発想のままでは医療・介護提供体制を維持することは極めて難しい」と述べた。

橋本会長は「慢性期医療が単に急性期後の受け皿ではなく、患者の生活を再構築するための医療である」と強調。急性期病院で救命された患者が、その後どのような生活を送り、どのような生活を取り戻せるのか。要介護状態や寝たきりをいかに防いで、その人らしい暮らしにつなげていくのが慢性期医療の使命であるとした。

これまで当会では、武久洋三名誉会長が「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」と訴え続けてきた。橋本会長は武久名誉会長の思いを受け継ぎながら、具体的な目標として現在掲げている「寝たきりゼロ」に改めて言及。「これは単なるスローガンではない。リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、認知症ケア、排泄支援、在宅復帰支援など、慢性期医療の現場が積み重ねてきた多職種実践の延長線上にある極めて現実的な目標」と位置づけた。

一方で、「慢性期医療の価値は社会に十分伝わっているとはいえない」との課題も提示。「医療費や介護費は、ともすれば抑制すべきコストとして語られがちである」と指摘した上で、「患者の機能を改善し、要介護状態を防ぎ、在宅生活を支える医療は社会にとっての資源、投資。その価値をデータに示して制度に反映させていく必要がある」と述べた。

■ 慢性期医療の価値をさらに明確化する

総会での新役員選任後、橋本会長は3期目の会長就任にあたり、改めて決意を述べた。「この職責の重さを改めて強く感じている」と述べ、協会が設立以来、慢性期医療の質の向上と制度的評価の確立に取り組んできた歩みを振り返った。

橋本会長は「この2年間、一貫して慢性期医療の構造改革を訴えてきた」と強調。「高齢化が進み、医療・介護人材が不足していく中で、単に今ある仕組みを守るだけでは将来の医療・介護は維持できない。必要なのは慢性期医療の目的、プロセス、アウトカムを明確にし、制度そのものを再設計していくことだ」との考えを示した。その中心に据えたのが「寝たきりゼロ」という目標。「寝たきりをつくらない」「寝たきりを改善させる」「悪化させない」の3つを医療・介護の大きな柱として位置づけることが「これからの慢性期医療に求められる」とした。

その実現に向けては「療養病床の役割をより明確にし、治療と改善を担う『慢性期治療病棟』としての機能を確立していく必要がある」と述べた。

その上で、「誤嚥性肺炎、尿路感染症、低栄養、脱水、褥瘡、その他の感染症など、高齢者に多い病態に対して慢性期医療は十分に治療と改善の力を発揮できる。その成果を示し、社会に伝え、制度として評価される形にしていかなければならない」と訴えた。

また、リハビリテーション、栄養、口腔、認知症ケア、排泄支援、ポリファーマシー対策、在宅復帰支援など、慢性期医療の現場には多くの「巧みの技」があると評価。橋本会長は、これらについて「経験だけに基づくものではなく、科学的根拠と実践知に裏付けられた、これからの日本に必要な医療の力」と述べた。そして、慢性期医療の価値をさらに明確化し、会員とともに政策提言、データ収集、制度改革への働きかけを進めていく考えを示した。

■ 令和7年度事業・決算を承認

議案審議では、矢野諭副会長が議長を務めた。第1号議案の令和7年度事業報告、第2号議案の令和7年度決算報告については、谷田理一郎監事より、公正かつ適正に処理されていると報告され、いずれも拍手をもって承認された。

■ 橋本会長を中心に新執行部が発足

第3号議案では、池端幸彦副会長が役員選任について報告した。理事60名、監事2名の役員案は、事前に提出された表決書・委任状により原案通り承認された。

総会に先立って開催された新理事会では、定款に



基づき会長選任が行われ、理事全員の一致により橋本康子氏が会長に選任された。副会長および常任理事は、会長が理事の中から指名し、理事会の決議を得て選任された。

■ 政策・制度改革へ、副会長が抱負を語る



池端幸彦氏

新執行部の挨拶では、副会長、常任理事、各委員会責任者が今後の抱負を述べた。

池端幸彦副会長は、今期で8期目になる長年の協会活動を振り返り、「まだまだ私自身、日慢協でやりたいことがある」と述べ、引き続き職責を果たす考えを示した。



安藤高夫氏

池端氏は、日本医師会の副会長も拝命する予定であることを報告した。福井県医師会長としても4期目を務めており、今後は複数の立場で多忙になるとの見通しを示しながら、「私自身のルーツは、やはりこの日慢協」と述べ、日本医師会や地域医師会で得る幅広い視野を活動に生かしていく考えを示した。



井川誠一郎氏

衆議院議員として社会保障政策にも尽力している安藤高夫副会長は、国の骨太方針や予算編成をめぐる議論に触れた。

来年の介護報酬改定を見据え、職員の処遇改善や物価高への対応とともに、介護事業の経営原資を確保する必要があると説明。「処遇改善だけでなく事業本体の経営が維持される必要がある」と述べた。

また、病院・介護施設の建て替え、老朽化対策、



矢野諭氏



中尾一久氏

災害対策についても言及。「建築費の高騰により、病院や介護施設の更新が難しくなっている」として、公的補助や金融面での支援の必要性を訴えた。社会保障費を機械的に抑制する議論に危機感を表し、療養病床削減をめぐる過去の議論にも触れながら、「社会保障費のキャップ制をつくらないようにしてほしい。皆さんと共に阻止したい」と呼びかけた。

井川誠一郎副会長は、中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の委員を務めていることにも触

れ、次期改定に向けた抱負を語った。

井川氏はまた、「今後は若い世代を政策議論の場へ送り出していく時期にも来ている」として、若手の育成にも力を尽くす考えを示した。武久名誉会長のもとで協会活動に関わってきた経緯を振り返り、「同じ志を継いでいる橋本会長を支え、さらに後輩を引き上げていくことも今後2年間の役割にしたい」と語った。

矢野諭副会長は、協会活動のため北海道から東京に生活拠点を移していることを紹介し、「日慢協のために全力を尽くしたい」と語った。

矢野氏は、診療の質向上委員会委員長、看護師特定行為研修の責任者として活動している。診療の質向上と人材育成はいずれも協会事業の基盤であり、「体の続く限り務めさせていただきたい」と述べた。

中尾一久副会長は2期目の副会長就任にあたり、学会長として第34回日本慢性期医療学会を11月19、20日に福岡国際会議場で開催することを案内した。福岡開催の魅力にも触れ、多くの参加を呼びかけた。

■ 委員会活動で質向上と人材育成を推進



富家隆樹氏



鈴木龍太氏



中西克彦氏



成川暢彦氏

続いて、事務局長および各委員会責任者らが挨拶した。

富家隆樹事務局長は、橋本会長を事務局長として支え、研修委員会、DX推進委員会、人材育成委員会の委員長として、会員に資する活動を進めていくと説明した。協会運営の実務を担う立場から、「会員の皆さま方に資する委員会を進めていきたい」と述べた。

鈴木龍太常任理事は、日本介護医療院協会会長、学術委員会委員長としての立場から挨拶した。

介護医療院は、慢性期医療と介護の接点に位置する制度。鈴木氏は毎年、会員を対象とした調査結果を公表し、日慢協の活動と深く関わりながら政策提言を行ってきた。制度創設期から運営を支えてきた世代が次の担い手をどう育てるかという課題を提示した。

中西克彦常任理事は、都道府県慢性期医療協会会長会議の議長として挨拶した。同会議は、地域ごとの慢性期医療協会の連携強化を目的としている。

都道府県単位の慢性期医療協会は、地域ごとの医療・介護提供体制、病床機能、在宅医療、介護連携、人材確保などに向き合う立場にある。中西氏は、地域組織の声を全国組織の活動につなぐ役割を担っている。



進藤晃氏

青年部会部会長の成川暢彦理事は、発足2年目を迎えた青年部会の活動を報告した。

成川氏は、会員数が微増していることにも触れ、「慢性期医療に関するイベントを企画・実施しながら会員増に努めていきたい」と述べた。青年部会は、次世代の経営者、医師、医療・介護職が協会活動に関わる入り口となり、世代交代を見据えた取り組みとして位置づけられる。

広報委員会委員長の進藤晃常任理事は、これまで運営してきた広報サイトを現在の潮流に合わせて見直し、慢性期医療を広く知ってもらうため、YouTubeチャンネルの開設を企画していると伝えた。

慢性期医療の現場で行われているリハビリテーション、栄養、口腔、認知症ケア、排泄支援、在宅復帰支

援などの実践を、専門職だけでなく社会にどう伝えるか。進藤氏は「オープンしたらぜひ視聴していただきたい」と呼び掛けた。

総合診療医認定講座委員会委員長の西尾俊治常任理事は、同講座が今年で12回目となることを報告した。「同講座には日慢協会員に限らず、医療センターや大学病院の医師も参加している。慢性期に限らず、地域を診る医療を学ぶ場となっている」と紹介した。

同講座は、急性期・回復期・慢性期・在宅・介護を横断して患者を支える医師像を育てる場として、協会の人材育成機能を担っている。

災害対策委員会委員長の安藤正夫常任理事は、東

日本大震災を経験した立場から「災害対策はこれからますます大事な時代になっているので、微力ながら貢献したい」と述べた。

安藤氏は、来年の第35回日慢協学会が仙台で開催される予定であることにも触れ、学会長として「今年の福岡開催はもちろん、来年の仙台での学会もよろしく願いたい」と参加を呼びかけた。

■ 慢性期医療から広がる多職種協働



仲井培雄氏

常任理事の挨拶では、慢性期医療の広がりと今後の課題が各氏の発言から示された。

仲井培雄常任理事は「日慢協からスピンアウトした地域包括ケア推進病棟協会の会長を務めている」と自己紹介。2040年に向けて高齢、虚弱、多疾患併存の患者が増えている現状に触れた。急性期病棟でも多職種協働が標準的な機能として位置づけられ、高齢者対応が進んでいると説明した。

猿原大和氏

仲井氏は、リハビリ・栄養・口腔連携の取り組みが介護から急性期まで広がってきた流れについて、「医療・介護に関する多くの施策が日慢協から発信されている」と評価。



江澤和彦氏

猿原大和常任理事は、浜松市で介護医療院、介護老人保健施設、グループホーム、サービス付き高齢者向

け住宅などを運営する法人の立場から挨拶した。自身の法人は病院を持たず、介護保険施設を中心としているため、「日慢協の会員の中でも珍しい存在」と紹介した。



木戸保秀氏

猿原氏は、「浜松市の死亡原因の第1位が老衰になった。介護医療院は看取りという重要な機能を持つ施設。老衰死が増える中で、欠かすことのできない場である」と語った。

江澤和彦常任理事は、7割の病院が赤字とされる現状について、「異常事態であり、政策としていかなものか。医療・介護は国民にとって欠かすことのできない提供体制。このままでは消えてしまう」と危機感を表した。さらに、病院建物の老朽化にも言及。「築40年以上の病院が少なく

ない中、建築費の高騰により民間病院では建て替えに手が届かず、公立病院でも入札不調が相次いでいる」と説明した。江澤氏は「箱物が壊れて病院がなくなるのではないかという局面。課題は山積しているが、引き続き取り組んでいく」との考えを示した。

木戸保秀常任理事は、回復期リハビリテーション病棟の創設期から協会と関わってきた経緯を振り返りながら、「リハビリで最も大事なのは回復期の後」との認識を示した。介護保険だけでなく医療保険も含め、多疾患を抱える高齢者の生活をどう支えるか、と問題提起。「慢性期の中でのリハビリを考えていけないと、これからの時代を乗り切ることはい」と述べ、回復期リハビリテーションと慢性期医療の連続性を強調した。

志田知之常任理事は、今回の改選で新たに常任理事に就任した。機関誌編集委員として日慢協の機関誌「JMC」に関わってきた経歴を紹介。また、新たに立ち上がったDX推進委員会にも参加することを報告。「一番、医療DXが遅れている病院の代表として委員会に入った。日慢協の中にもDXに十分取り組めていない病院は多いのではないか。そのような現場の声を届けながらDX推進に貢献したい」と述べた。

■ 研修参加優秀施設を表彰、質向上への取り組みを評価

総会終了後には、令和7年度の「研修参加優秀施設」表彰が行われた。橋本会長から、金賞を代表して、富家病院理事長の富家隆樹氏、島の病院おたに理事長の大谷まり氏に表彰状が授与された。



左から大谷まり氏、橋本康子氏、富家隆樹氏

■ 2040 年を見据え、医療・介護連携の方向性を提示



堀裕行氏

総会および表彰式に続き、「総会記念講演会」が開催された。講師には、厚生労働省老健局老人保健課長の堀裕行氏を迎えた。演題は「医療・介護連携を見据えたこれからの地域医療について～介護保険の視点から～」。座長は橋本会長が務めた。

堀課長は、これまで医療は医療だけを見て、介護は介護だけを見てという傾向があったが、医療も介護も必要な方が増えていく。両方を考えていただきながら医療体制についても議論していただく必要がある。地域によって、いろいろなバリエーションがあると思う。地域のことは地域の先生方が一番よくご存知なので、医療を検討する際に介護にも目を配りながら、一緒に考えていただければありがたい、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=12371>

令和7年度 事業実施状況

1. 総会

第50回通常総会（第17回定時社員総会）

2. 理事会

第68回通常理事会（第34回通常理事会）

第69回通常理事会（第35回通常理事会）

3. 常任理事会

4. 第50回通常総会記念講演

日時：令和7年6月24日

場所：東京研修センター

講師：中田勝己（厚生労働省医政局 地域医療計画課長）

5. 都道府県慢性期医療協会会長会議

第3回 日時：令和7年8月21日

第4回 日時：令和8年1月8日

6. 青年部会

第3回 日時：令和7年4月25日

第4回 日時：令和7年8月28日

第5回 日時：令和8年2月13日

7. 機関誌「JMC」の発行

8. 第33回日本慢性期医療学会

会期：令和7年11月6・7日

場所：大阪国際会議場

テーマ：慢性期医療の匠になろう！ 坂の上を目指して

9. 研修会

(1) 第11回総合診療医認定講座

※総合機能評価加算 該当研修

(2) 医師のための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

(3) 看護師特定行為研修

対象特定行為（9区分16行為）

・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連

・栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連

・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連

・創傷管理関連

・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

・感染に係る薬剤投与関連

・血糖コントロールに係る薬剤投与関連

・精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

①第15期研修

開講式 日時：令和7年4月5日（WEB開催）

②追加区分研修

③看護師特定行為研修指導者講習会

④特定行為研修修了者フォローアップ研修

⑤看護師特定行為研修管理委員会・研修委員会合同開催

(4) 看護力アップ講座

※看護補助体制充実加算 該当研修

(5) 看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座

※看護補助体制充実加算 該当研修

(6) 看護師のための認知症ケア講座

※認知症ケア加算2・3 該当研修

(7) リスクマネジメント研修

※安全対策体制加算 該当研修

(8) メディカルケアマネジャー研修

(9) 医療経営塾 内田病院見学会

(10) 第8回経営対策講座

(11) 第7回ハワイ研修

10. 第15回慢性期医療展

11. 委員会等

(1) 三役会（池端幸彦）

(2) 広報委員会（進藤晃）

(3) 学術委員会（鈴木龍太）

(4) 国際委員会（中村哲也）

(5) 慢性期救急委員会（井川誠一郎）

3次救急施設と療養病床の連携カンファレンス

「大阪緊急連携ネットワーク」

12. 日本介護医療院協会

13. 地域病病連携推進機構

14. 都道府県慢性期医療協会（計 28 組織 35 都道府県）

15. 調査・研究事業

- 令和 7 年 4 月 会員病床数確認アンケート
- 令和 7 年 4 月 介護医療院 賃上げ・物価高騰・離職等の状況調査（9 団体）
- 令和 7 年 4 月 介護医療院 急性期病院からの受入れに関する調査
- 令和 7 年 5 月 医療機関における控除対象外消費税に関する調査（6 団体）

- 令和 7 年 6 月 宿直に関する実態調査
- 令和 7 年 7 月 日本介護医療院協会 2025 年度調査
- 令和 7 年 8 月 介護現場の幅広い職種の賃上げ実現のための状況調査（13 団体）

- 16. 日本病院団体協議会への参加
- 17. 他団体への支援
- 18. 外部の審議会・委員会等への委員派遣
- 19. 慢性期医療の広報に関する活動
- 20. その他関係機関との連絡調整等

日本慢性期医療協会 令和 8・9 年度役員

令和 8 年 6 月 25 日～令和 10 年 6 月総会

No.	役 職	氏 名	施 設 名
1	会長	橋本康子	橋本病院
2	副会長	池端幸彦	池端病院
3	副会長	安藤高夫	永生病院
4	副会長	矢野諭	平成扇病院
5	副会長	井川誠一郎	淀川平成病院
6	副会長	中尾一久	高良台コミュニティホスピタル
7	常任理事 (事務局長)	富家隆樹	富家病院
8	常任理事	中西克彦	定山溪病院
9	常任理事	安藤正夫	金上病院
10	常任理事	鈴木邦彦	志村大宮病院
11	常任理事	田中志子	内田病院
12	常任理事	美原盤	美原記念病院
13	常任理事	進藤晃	大久野病院
14	常任理事	中村哲也	板橋中央総合病院
15	常任理事	鈴木龍太	鶴巻温泉病院
16	常任理事	仲井培雄	芳珠記念病院
17	常任理事	猿原大和	介護医療院湖東病院
18	常任理事	鉄村信治	奈良東病院
19	常任理事	江澤和彦	倉敷スイートホスピタル
20	常任理事	木下祐介	光風園病院
21	常任理事	木戸保秀	松山リハビリテーション病院
22	常任理事	西尾俊治	南高井病院
23	常任理事	志田知之	志田病院
24	理事	浦信行	札幌西門山病院
25	理事	橋本洋一	苫小牧東病院
26	理事	於本淳	於本病院
27	理事	木村尚人	南昌病院
28	理事	小谷野博正	外旭川病院
29	理事	渋谷磯夫	尾花沢病院
30	理事	木田雅彦	福島寿光会病院
31	理事	照沼秀也	いばらき診療所

No.	役 職	氏 名	施 設 名
32	理事	斉藤正身	霞ヶ関南病院
33	理事	唐澤秀治	初富保健病院
34	理事	竹川勝治	愛和病院
35	理事	田中裕之	陵北病院
36	理事	中尾健太郎	イムス横浜東戸塚 総合リハビリテーション病院
37	理事	林光輝	三条東病院
38	理事	大西仙泰	いま泉病院
39	理事	佐藤仁美	城東病院
40	理事	古屋俊宏	恵信甲府病院
41	理事	丸山和敏	丸子中央病院
42	理事	木本紀代子	東名裾野病院
43	理事	小林清彦	小林記念病院
44	理事	佐藤貴久	相生山病院
45	理事	田中民弥	伊勢田中病院
46	理事	清水紘	嵯峨野病院
47	理事	坂本勇二郎	坂本病院
48	理事	藪本知里	阪和病院
49	理事	越智豊	北摂中央病院
50	理事	成川暢彦	桜ヶ丘病院
51	理事	加藤節司	加藤病院
52	理事	石井知行	メープルヒル病院
53	理事	大谷まり	島の病院おおたに
54	理事	武久敬洋	博愛記念病院
55	理事	保岡正治	保岡クリニック論田病院
56	理事	田辺裕久	朝倉病院
57	理事	田中圭一	有吉病院
58	理事	永田雅治	新栄会病院
59	理事	木本恵子	吉田記念病院
60	理事	名嘉米勝	西崎病院
61	監事	近石登喜雄	近石病院
62	監事	谷田理一郎	谷田病院

（会長 1 名・副会長 5 名・常任理事 17 名・理事 37 名・監事 2 名 計 62 名 都道府県別五十音順）

令和7年度 資金収支計算書

自 令和7年4月 1日
至 令和8年3月31日

収入合計 548,089,253 円
支出合計 548,089,253 円（内次期繰越収支差額 377,233,099 円）

収入の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1. 事業収入			129,500,000	83,845,141	△ 45,654,859	
	1. 学会収入		65,000,000	42,292,059	△ 22,707,941	
	2. 研修会収入		60,000,000	37,108,972	△ 22,891,028	
	3. 出版物収入		500,000	46,640	△ 453,360	機関誌販売
	4. 広告料収入		1,000,000	908,270	△ 91,730	機関誌掲載広告料等
	5. 貸会議室収入		3,000,000	2,939,200	△ 60,800	東京研修センター利用料
	6. その他事業収入			550,000	550,000	
		1. 共催金収入		550,000		慢性期医療展共催金
2. 会費・入会金			83,000,000	72,660,000	△ 10,340,000	
	1. 会費		80,000,000	72,210,000	△ 7,790,000	
	2. 入会金		3,000,000	450,000	△ 2,550,000	
3. 助成金			3,000,000	0	△ 3,000,000	
	1. 助成金		3,000,000	0	△ 3,000,000	
4. 寄付金			100,000	0	△ 100,000	
	1. 寄付金		100,000	0	△ 100,000	
5. 雑収入			2,000,000	584,249	△ 1,415,751	
	1. 雑収入		2,000,000	584,249	△ 1,415,751	研修運営収入、ご祝儀、受取利息等
6. 不動産 賃貸収入				118,800	118,800	
	1. 不動産 賃貸収入			118,800		事務所賃貸収入
7. 経常外収入				1,251,950	1,251,950	
	1. 経常外収入			1,251,950		大規模漏水に係る損害金収入
8. 未収還付 法人税等				1,358	1,358	
	1. 未収還付 法人税等			1,358		令和6年度分
9. 前受金				2,947,520	2,947,520	
	1. 学会収入			150,000		
		1. 日本慢性期医療学会		150,000		受取寄付金
	2. 研修会収入			2,750,000		
		1. 看護師特定行為研修		2,750,000		研修参加費
	3. 出版物収入			47,520		機関誌販売
10. 繰越金			386,000,000	386,680,235	680,235	
	1. 繰越金		386,000,000	386,680,235	680,235	前期繰越収支差額
収 入 合 計			603,600,000	548,089,253	△ 55,510,747	

支出の部

単位：円

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
1. 事業費			163,000,000	75,782,413	△ 87,217,587	
	1. 学会費		65,000,000	40,347,423	△ 24,652,577	
		1. 日本慢性期医療学会		40,347,423		
	2. 研修会費		50,000,000	16,372,260	△ 33,627,740	
		1. 看護師特定行為研修		12,112,362		
		2. リスクマネジメント研修		166,484		
		3. 内田病院見学会		200,739		
		4. 看護力アップ講座		107,423		
		5. 経営対策講座		1,150,212		
		6. 看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座		230,952		
		7. 医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座		330,643		
		8. 看護師のための認知症ケア講座		251,458		
		9. 総合診療医認定講座		1,821,987		
	3. 調査研究事業費		22,000,000	3,257,015	△ 18,742,985	
		1. 実態調査費	6,000,000	115,460	△ 5,884,540	調査票送信・発送代
		2. 研究会費	8,000,000	2,952,273	△ 5,047,727	諸会費、会合費、研究会諸経費
		3. 集計費	8,000,000	189,282	△ 7,810,718	調査票入力代
	4. 出版広報事業費		21,000,000	14,243,734	△ 6,756,266	
		1. 機関誌発行費	17,000,000	11,866,744	△ 5,133,256	原稿代、印刷代、発送代等
		2. ニュース発行費	4,000,000	2,376,990	△ 1,623,010	原稿代、ニュース配信委託費
	5. 貸会議室費		2,000,000	365,867	△ 1,634,133	東京研修センター諸経費
	6. 地域病病連携推進機構		3,000,000	969,034	△ 2,030,966	原稿代、謝礼金、会場費、旅費等
	7. その他事業費			227,080	227,080	
		1. 慢性期医療展		227,080		旅費

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
2. 管理費			105,000,000	68,508,528	△ 36,491,472	
	1. 会議費		3,500,000	2,152,468	△ 1,347,532	
		1. 総会費	500,000	238,524	△ 261,476	総会資料印刷発送代等
		2. 理事会費	1,000,000	772,309	△ 227,691	理事会諸経費
		3. 諸会議費	2,000,000	1,141,635	△ 858,365	役員新年会費、 打合せ諸経費
	2. 人件費		52,500,000	41,386,450	△ 11,113,550	
		1. 給料	36,000,000	31,440,000	△ 4,560,000	職員給料
		2. 諸手当	2,000,000	1,620,000	△ 380,000	役職手当
		3. 賃金	6,000,000	2,781,570	△ 3,218,430	臨時雇用賃金
		4. 旅費交通費	2,000,000	497,390	△ 1,502,610	通勤手当、外勤交通費等
		5. 厚生費	6,500,000	5,047,490	△ 1,452,510	社会保険料、健康診断料等
	3. 需用費		42,000,000	21,778,980	△ 20,221,020	
		1. 通信費	4,000,000	1,054,623	△ 2,945,377	郵便代、宅配運賃、 電話代等
		2. 広告宣伝費	10,000,000	7,505,865	△ 2,494,135	HP管理費、広告掲載料等
		3. 印刷費	3,000,000	399,245	△ 2,600,755	封筒・年賀状印刷代等
		4. 消耗品費	4,000,000	1,126,241	△ 2,873,759	コピー機諸費用、 事務用備品消耗品代
		5. 備品費	2,000,000	0	△ 2,000,000	
		6. 光熱水料費	2,500,000	1,433,805	△ 1,066,195	電気代、ガス代、水道代
		7. 家屋管理費	5,000,000	3,832,800	△ 1,167,200	事務所管理費
		8. 修繕費	2,000,000	759,000	△ 1,241,000	コピー機保守料、 事務所設備修繕代
		9. 研究費	1,000,000	7,375	△ 992,625	専門誌購読料、書籍代
		10. 雑費	1,500,000	1,415,896	△ 84,104	清掃・ゴミ処理費、 事務所設備処分費等
		11. 委託管理費	7,000,000	4,244,130	△ 2,755,870	データ管理費、士業報酬等
	4. 諸支出金		7,000,000	3,190,630	△ 3,809,370	
		1. 交際費	1,000,000	484,079	△ 515,921	お花代、贈答品代、 慶弔費用等
		2. 公租公課	4,000,000	2,650,700	△ 1,349,300	中間消費税、固定資産税等
		3. 法人税等	2,000,000	55,851	△ 1,944,149	預金利子に係る源泉所得税

科 目			予 算 額	決 算 額	差 異	摘 要
款	項	目				
3. 支払助成金			5,000,000	3,240,000	△ 1,760,000	
	1. 支払助成金		5,000,000	3,240,000	△ 1,760,000	都道府県協会助成金
4. 経常外費用				1,134,656	1,134,656	
	1. 経常外費用			1,134,656		大規模漏水に係る工事費、 会場費、復旧諸費用等
5. 貯蔵品				7,848,192	7,848,192	
	1. 貯蔵品			7,848,192		看護師特定行為研修テキスト
6. 前払費用				799,130	799,130	
	1. 管理費			799,130		
		1. 保険料		270,470		企業総合保険料（5年）
		2. 研究費		448,800		MEDIFAX購読料（1年）
				79,860		日経ヘルスケア購読料（3年）
7. 建物				11,323,235	11,323,235	
	1. 建物			11,323,235		建物附属設備工事代 （エアコン、自動ドア）
8. 未払法人税等				70,000	70,000	
	1. 未払法人税等			70,000		令和6年度分
9. 未払消費税等				2,150,000	2,150,000	
	1. 未払消費税等			2,150,000		令和6年度分
10. 予備費			5,000,000	0	△ 5,000,000	
	1. 予備費		5,000,000	0	△ 5,000,000	
11. 繰越金			325,600,000	377,233,099	51,633,099	
	1. 繰越金		325,600,000	377,233,099	51,633,099	次期繰越収支差額
支 出 合 計			603,600,000	548,089,253	△ 55,510,747	

2025 年度 日本慢性期医療協会 研修参加優秀施設表彰

日本慢性期医療協会主催の学会ならびに研修会に多くの参加者を数えた施設から
下記の 14 病院を 2025 年度研修参加優秀施設として表彰致しました。

【金賞】 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数20名以上 （計2件）

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
埼玉県	医療法人社団富家会	富家病院	26
広島県	医療法人社団大谷会	島の病院おおたに	28

【銀賞】 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数15名以上19名以下 （計7件）

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
宮城県	医療法人金上仁友会	金上病院	16
群馬県	医療法人大誠会	内田病院	15
千葉県	医療法人社団ふけ会	富家千葉病院	15
東京都	医療法人社団明生会	セントラル病院	15
大阪府	医療法人社団和風会	千里リハビリテーション病院	16
島根県	社会医療法人仁寿会	加藤病院	17
佐賀県	医療法人天心堂	志田病院	15

【銅賞】 入院（入所）定員100床（名）に対し年間の学会・研修会の参加者数10名以上14名以下 （計5件）

都道府県	法人名	病院名	100床あたりの参加者数
東京都	医療法人社団大和会	平成扇病院	10
山梨県	医療法人慶友会	城東病院	11
和歌山県	医療法人千徳会	桜ヶ丘病院	13
福岡県	医療法人社団久英会	高良台コミュニティホスピタル	11
福岡県	医療法人芙蓉会	筑紫南ヶ丘病院	10

※100床あたりの参加者数は小数点以下切り上げ

北海道慢性期医療協会

2026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18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を開催し道内各地より82名が参加した。

高齢化の進行に伴い、嚥下機能低下を有する高齢者は増加しており、地域医療における重要な課題となっている。地域医療に携わる医療・介護スタッフが嚥下障害に関する基本的知識を持つことで、専門的評価や支援を要する患者の早期発見につながる。一方で、在宅医療や介護施設を含めた地域での嚥下診療の取り組みは、なお十分とは言えない。そこで今年度は、「嚥下機能障害について 一地域医療における早期発見と多職種連携の重要性」をテーマに、北海道医療大学歯学部教授の飯田貴俊氏、北海道医療大学看護福祉学部長の山田律子氏をお招きし、ご講演いただいた。

飯田氏のご講演では、嚥下障害の病態生理や臨床評価についてわかりやすくご説明いただいた。評価には食事観察、スクリーニング検査、内視鏡・嚥下造影検査などがあり、対応は栄養管理、口腔ケア、リハビリを中心に、多職種が連携して姿勢や食形態の調整を含め包括的に行う重要性が強調された。

山田氏からは、食べることは栄養摂取にとどまらず、生きがいや社会的意味を持つ重要な行為であることが示された。加齢や認知症により摂食・嚥下機能は低下するため、病態だけでなく生活背景や心身の変化を踏まえ支援が必要であり、環境調整や姿勢、食形態の工夫、多職種連携による本人視点のケアが、安全な食事と食べる喜びにつながることを強調された。



写真1



写真2

東北地方慢性期医療協会

橋本康子会長を迎えて

東北地方慢性期医療協会 会長 安藤正夫

令和8年5月30日、日本慢性期医療協会の橋本康子会長を仙台にお迎えし、「慢性期医療の役割と課題」と題してご講演を賜った。本講演会は東北地方慢性期医療協会の定例事業として毎年開催しているものである。

当日は講演に先立ち、東北地方慢性期医療協会総会を開催した。天候には恵まれたものの、仙台を本拠地とする楽天イーグルスの交流戦と重なり、会場周辺の駐車場はどこも満車であった。当院職員をはじめ多くの来場者が駐車場探しに苦労し、開始直前の到着となった。また、この日は風も強く、橋本会長が搭乗された航空機は仙台空港への着陸時にタッチアンドゴーとなり、上空待機を余儀なくされたとのことであった。

講演会は午後4時から、会場とウェブによるハイブリッド形式で開催した。当院ではサテライト会場を設け、金上病院公開講座として職員のほか地域住民や行政関係者にも広くご案内した。会場とウェブを合わせて200名を超える参加があり、慢性期医療への関心の高さがうかがえた。

講演では、慢性期医療の本質や寝たきりゼロを目指す構造改革について、豊富な臨床経験をもとに分かりやすく解説いただいた。リハビリテーションの実際を紹介する映像は大変印象深く、とりわけ重症患者が回復していく過程には会場からどよめきが起こるほどであった。

講演後には橋本会長を囲み、ささやかな懇談の席を設けた。若い参加者が目を輝かせながら熱心に質問する姿が印象的であり、牛タンや仙台の海の幸を囲みながら、和やかで有意義なひとときを過ごした。

今回は急性期病院や診療所の医師、医療・介護行政に携わる県職員など、慢性期医療に接する機会の少ない方々にも個別にメールで案内を送付した。「慢性期医療の現場を初めて知った」「リハビリでここまで回復するとは驚いた」など多くの反響が寄せられ、行政関係者からも感謝の言葉をいただいたことは大きな励みとなった。

ご多忙の中、東北までお越しいただき、貴重なご講演を賜った橋本会長に心より感謝申し上げるとともに、本講演会を契機に東北における慢性期医療への理解がさらに深まることを期待したい。



写真1 講演風景



写真2 橋本会長を囲む会

福岡県慢性期医療協会

令和8年度 第1回「適切な嚥下調整食講座」開催報告 (嚥下調整食加算該当研修)

福岡県慢性期医療協会 会長

有吉病院 理事長・院長 田中圭一

高齢社会を迎え、嚥下障害の入院患者は増加している。嚥下調整食を提供する機会は増えているが、嚥下調整食の調理は、知識と技術、適切なコード評価力だけでなく、コストも手間もかかる。社会的に適切に嚥下調整食を提供する必要性は高まっているが、今までこのような嚥下調整食についての講座は開催されてきていなかった。そこで当協会では、令和8年6月27日（土）および28日（日）の2日間にわたり、「適切な嚥下調整食講座」を開催した。本講座は、2026年度診療報酬改定にて新設された「嚥下調整食加算」に対応するため、嚥下調整食に係る責任者が修了すべき10時間以上の指定研修として実施したものである。参加者は、嚥下調整食の実務経験が3年以上で、嚥下調整食に十分な見識があると思われた管理栄養士30名である。全員が全日程を履修し、当協会規定の実習評価基準をクリアし、修了証は30名全員に発行することができた。本講習会は、摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士2名を中心に、医師、摂食嚥下障害看護認定看護師と、実習サポートとして、嚥下調整食を日ごろ調理されている栄養士、調理師を含む合計10名の講師で行った。会場は、嚥下調整食を提

供している（株）ホームランシステムズの災害時用の予備厨房を使用させていただき、病院の厨房に近い環境で実習を行うことができた。

本講座は、嚥下調整食加算の算定に必要な知識・技術を体系的に確認できる内容であり、参加者全員が高い意欲をもって取り組んだ。特に実習では、実際の調理・試食、コードの評価を通じて理解が深まり、自施設での運用改善に向けて、具体的な視点を得ることができた。今後、受講者が各施設において嚥下調整食の質向上と安全な食支援体制の構築を主導し、患者の栄養状態改善とQOL向上に寄与できることを確信している。

福岡県慢性期医療協会では、秋ごろに第2回目の講座開催を予定している。



写真1 自施設の振り返り、グループワーク



写真2 調理の様子



写真3 相互試食、コード評価

Event

第11回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座 (令和8年5月23日)

当会は令和8年5月23日に「第11回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座」を開催した。本講座は「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」に該当する研修である。本講座では、主に高齢者の尿路機能障害にポイントを絞り、病態や診断、治療、薬剤処方等の基本的な知識の習得から、実際の現場でチーム医療を行うための具体的な取り組みまで、幅広い内容の講義がされた。当日は104名が受講された。



第14回リスクマネジメント研修 (令和8年6月10・11日)

令和8年6月10・11日に「第14回リスクマネジメント研修」(オンライン)が開催された。本研修は令和3年度介護報酬改定で新設された「安全対策体制加算」の該当研修である。

講義については、介護保険施設に限らず、病院、施設、在宅などでも役立つリスク管理についての内容となっている。本加算は、介護医療院などの介護保険施設において、施設内に専任担当者一名を配置することによって算定できる。当日は113名が受講された。



訂正とお詫び

JMC165号(2026年6月)について下記の訂正とお詫び申し上げます。

P81 誤) 八紘為宇 正) 八紘為宇

開講講座のご案内

看護師特定行為研修 ※6カ月のeラーニングを含む

【第16期日程】2026年4月1日～

第14回看護師のための認知症ケア講座

【日程】2026年8月6～7日

【開催方法】オンライン研修

第9回経営対策講座～地上の輝く星を知る～

【日程】2026年8月22～23日

【場所】東京研修センター

第22回看護師特定行為研修指導者講習会

【日程】2026年9月5日

【開催方法】オンライン研修

第34回日本慢性期医療学会

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

【日程】2026年11月19・20日

【会場】福岡国際会議場

【学会長】中尾一久（医療法人社団久英会 理事長）

【併催】・第14回慢性期リハビリテーション学会

・日本介護医療院協会セミナー

・地域病連携推進機構シンポジウム

【同時開催】第7回アジア慢性期医療学会

各研修会の詳細情報は<https://jamcf.jp/symposium.html> からご確認ください。

編集者からのメッセージ

医療と介護の連携の形は、地域や法人によって実に多様である。本特集では、ICTを活用した情報共有、顔の見える関係づくり、多職種協働、人材育成など、各法人の実践はそれぞれ異なりながらも、「利用者・患者を中心に据える」という共通の理念に支えられていることが示されている。こうした好事例を会員施設で共有し、自施設での実践に繋げる契機となることこそ、日慢協だからできる大きな役割である。



日本慢性期医療協会
常任理事・事務局長
富家隆樹

■三役会■ 橋本康子（会長）・池端幸彦（副会長）・安藤高夫（副会長）・矢野諭（副会長）・井川誠一郎（副会長）・中尾一久（副会長）・富家隆樹（常任理事・事務局長）

□編集委員□ 田中志子（委員長・内田病院）・安藤正夫（副委員長・金上病院）・

中川翼（定山溪病院）・成川暢彦（桜ヶ丘病院）・志田知之（志田病院）

◇学術委員◇ 鈴木龍太（委員長・鶴巻温泉病院）・中川翼（副委員長・定山溪病院）中西克彦（定山溪病院）・

浦信行（札幌西門山病院）・田中讓（みなみ野病院）・矢野諭（平成扇病院）・高木賢一（緑成会病院）・

加藤寛（泉佐野優人会病院）・松本悟（豊中平成病院）・鉄村信治（奈良東病院）・齋藤淳（周南高原病院）・

保岡正治（保岡クリニック論田病院）・木戸保秀（松山リハビリテーション病院）・市川徳和（永井病院）

日本慢性期医療協会誌 JMC 第166号

(2026 August volume34 No4)

ISSN 2187-8846

<編集・発行> 日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

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

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

編集 柳田直己（日本慢性期医療協会事務局）

未来を紡ぐ慢性期医療 ～治して戻す～

Weaving the Future of Chronic Care ~Healing and Restoring~



第7回アジア慢性期医療学会

The 7th Asian Congress of Medical and Care Facilities

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

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

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

第34回 日本慢性期医療学会

(併催) 第14回慢性期リハビリテーション学会



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

会 期 令和8年 11月 19・20日

会 場 福岡国際会議場
(福岡市博多区石城町2番1号)

学会長 中尾一久
(医療法人社団久英会 理事長)



主 催 : 一般社団法人日本慢性期医療協会 〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

運営事務局: 株式会社学会サービス 〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101

TEL 03-3496-6950 FAX 03-3496-2150 E-mail: jamcf34@gakkai.co.jp

第34回日本慢性期医療学会



<https://www.gakkai.co.jp/jamcf34/index.html>

