シンポジウム 1

どうなる　新地域医療構想

◆日　　時：11月6日（木）10:20 ～ 12:20

◆座　　長：池端　幸彦　　日本慢性期医療協会　副会長

◆シンポジスト：森光　敬子　　厚生労働省　医政局長
江澤　和彦　　日本医師会　常任理事
松田　晋哉　　福岡国際医療福祉大学　看護学部教授

シンポジウム 1　略歴

座長

池端　幸彦（いけばた　ゆきひこ）

医療法人　池慶会池端病院
理事長・院長

略歴

【経歴】

1980年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
1981年	浜松赤十字病院　外科
1982年	国立霞ヶ浦病院　外科
1983年	慶應義塾大学病院　一般消化器外科助手
1986年	池端病院　副院長
1989年	池端病院　院長（～現在）
1997年	医療法人池慶会（ちけいかい）　理事長（～現在）
2008年	社会福祉法人雛岳園（すうがくえん）[愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長（～現在）

【現在の主な役職】
（全国）
日本慢性期医療協会 副会長
中央社会保険医療協議会（中医協）委員
厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員
地域包括ケア推進病棟協会 副会長
日本リハビリテーション病院・施設協会 理事

（県内）
福井県医師会 会長
福井大学医学部 臨床教授
福井県医療審議会 会長
福井県慢性期医療協会 会長
福井県介護保険審査会 会長
全日本病院協会 福井県支部長

【主な資格】
日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日医認定スポーツ医
日医認定産業医、認知症サポート医、介護支援専門員

シンポジスト

森光　敬子（もりみつ　けいこ）

厚生労働省　医政局長

略歴

職歴

1992. 4	厚生省大臣官房厚生科学課
1994. 7	環境庁企画調整局環境保健部保健業務課　特殊疾病審査室
1994. 7	環境庁企画調整局環境保健部保健企画課　特殊疾病審査室
1996.10	厚生省健康政策局指導課
1997. 7	厚生省医薬安全局監視指導課医療監視専門官
1998. 7	厚生省老人保健福祉局老人保健課保健医療専門官
2000. 4	文部省体育局学校健康教育課専門員
2001. 1	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課専門官
2002. 8	厚生労働省健康局国立病院部政策医療課長補佐
2003. 7	厚生労働省健康局国立病院部医療指導課長補佐
2004. 4	独立行政法人国立病院機構本部医療部医療課長
2005. 3	厚生労働省大臣官房厚生科学課長補佐
2005. 4	埼玉県保健医療部健康づくり支援課長
2007. 4	厚生労働省保険局医療課長補佐
2008. 7	東京検疫所東京空港検疫所支所長
2009. 8	関東信越厚生局健康福祉部医事課長
2013. 4	国立感染症研究所企画調整主幹
2014. 6	厚生労働省大臣官房付 （併：内閣府本府独立行政法人日本医療研究開発機構担当室企画官）
2015. 4	国立研究開発法人日本医療研究開発機構　戦略推進部次長
2016. 6	厚生労働省医政局研究開発振興課長
2018. 7	厚生労働省保険局医療課長
2020. 8	環境省環境調査研修所国立水俣病総合研究センター　所長 （併：環境省大臣官房審議官（水・大気環境局））
2022. 6	厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携、データヘルス改革担当）
2023. 9	厚生労働省大臣官房危機管理・医務技術総括審議官
2024. 7	現職（厚生労働省医政局長）

学歴　　1992. 3　佐賀医科大学医学部卒業

江澤　和彦（えざわ　かずひこ）
日本医師会　常任理事

略歴

【現職】
医療法人 博愛会・医療法人 和香会・社会福祉法人 優和会 理事長
【法人施設】
〔医療法人 博愛会〕(所在地：山口県宇部市)
宇部記念病院、宇部記念病院 介護医療院
介護老人保健施設 寿光園、グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び、
西部第 2 高齢者総合相談センター(宇部市西部第 2 地域包括支援センター)、寿光園指定居宅介護支援事業所、
地域コミュニティスペース ふぁみらんど＜介護老人保健施設 ぺあれんと・生活支援ハウス ふれんど・
グループホーム らくや・さるびあ訪問看護ステーション・さるびあヘルパーステーション・
さるびあ在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所＞
〔医療法人 和香会〕(所在地：岡山県倉敷市)
倉敷スイートタウン＜倉敷スイートホスピタル・倉敷スイートレジデンス（サービス付き高齢者向け住宅)・
倉敷スイート訪問看護ステーション・倉敷スイート訪問介護ステーション・
倉敷スイートホームサポートステーション（定期巡回・随時対応型訪問介護看護)・
倉敷スイートホームサポートステーション羽島（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）＞、
倉敷廣済クリニック、和香会訪問看護ステーション、和香会ヘルパーステーション、
和香会ホームサポートステーション（定期巡回・随時対応型訪問介護看護)、
介護老人保健施設 和光園、和光園在宅介護支援センター、
地域交流村 ふくだの里＜グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び・デイサービス 香り＞、
倉敷市福田高齢者支援センター（地域包括支援センター）
〔社会福祉法人 優和会〕(所在地：山口県宇部市)
ケアハウス らいぶりー
【最終学歴】
日本医科大学卒業/岡山大学大学院医学研究科卒業（医学博士取得）
【資格】
労働衛生コンサルタント（保健衛生)、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医
【賞罰】
厚生労働大臣表彰（2012 年)、藍綬褒章（2024 年）
【現役職】
・日本医師会 常任理事　　・日本慢性期医療協会 常任理事　　・日本介護医療院協会 副会長
・慢性期リハビリテーション協会 副会長　　・日本医療法人協会 常務理事
・日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
・全国老人保健施設協会 理事　　・全国デイ・ケア協会 理事
・厚生労働省 中央社会保険医療協議会 委員
・厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会 構成員
・厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会 委員
・厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
・厚生労働省 社会保障審議会 障害者部会 委員　　他
【著書】
＊認知症診療の進め方―その基本と実践―（共著 永井書店）2010 年発行
＊高齢者ケア実践事例集 2010 年 10 月『尊厳の保障を目指して―ユニットケアによる個を尊重したケアの

実現―』（第一法規）
＊シリーズ介護施設　安心・安全ハンドブック 5『苦情対応と危機管理体制』（株式会社ぎょうせい）2011 年発行
＊高齢者のための薬の使い方―ストップとスタート―（共著 ぱーそん書房）2013 年発行
＊感染制御標準ガイド（共著 じほう）2014 年発行
＊jmedmook 67『医師にとっての「地域包括ケア」疑問・トラブル解決 Q＆A』（共著 日本医事新報社）2020 年発行
＊Geriatric Medicine（老年医学）『特集「認知症施策―最近の動向―」』（共著 株式会社ライフ・サイエンス）2020 年発行
＊かかりつけ医のための認知症マニュアル（第 2 版）（共著 社会保険研究所）2020 年発行
＊週刊医学のあゆみ『特集「超高齢社会を支える医学・医療の提案」』（共著　医歯薬出版株式会社）2021 年発行　　他

【略歴】

医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むと共に、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わっている。平成 8 年現職就任以降、地域づくりを目指して、多数の医療介護施設を開設し、複数の病院、診療所、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、訪問・通所事業所等を運営し、特に、設計・建築、外装・内装デザイン、補助具開発も手掛ける。「社会貢献」を信条とし、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆を行い、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

松田　晋哉（まつだ　しんや）

福岡国際医療福祉大学　看護学部教授

略歴

1985年	産業医科大学医学部卒業
1992年	フランス国立公衆衛生学校卒業
1993年	京都大学博士号（医学）取得
1993年4月	産業医科大学医学部公衆衛生学講師
1995年3月	産業医科大学医学部公衆衛生学助教授
1999年3月	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
2025年4月	福岡国際医療福祉大学ヘルスサービスリサーチセンター所長 福岡国際医療福祉大学　看護学部　教授

専門領域：保健医療システム論

主要著書

1. 松田晋哉：医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル（2013），勁草書房.
2. 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか　超高齢社会日本への示唆（2017），勁草書房.
3. 松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020），医学書院.
4. 松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来（2021），勁草書房.
5. 松田晋哉：公衆衛生政策学の考え方　DPC、地域包括ケアシステムを中心に（2025），勁草書房.

受賞歴　2018 年　第 70 回保健文化賞受賞

S1-1

新地域医療構想について

厚生労働省医政局長
森光　敬子

2025 年を最終年度として対応を進めてきた現行の地域医療構想は、病床の機能分化・連携をテーマとして取り組んできた。2015 年の病床機能報告では全国の病床数は 125.1 万床であったが、2025 年の見込は 118.8 万床となり削減目標である 119.1 万床を達成している。一方、病床機能の内訳においては、急性期は目標より 11.7 万床多く、回復期は 16.4 万床少ないなど、アンバランスな状況である。また、医療のニーズが低い患者を在宅医療や介護医療へ移行させる取り組みを実施してきた。その結果、C3 基準未満の患者に係る病床数や療養病床の医療区分 1 の患者に係る病床数が減少しており、病床の効率的な使用が進展していると評価している。

2040 年には 85 歳以上の人口が 1,000 万人を超える見込みであり、現状の同年代の約 6 割弱が要介護認定を受けている現状を踏まえると、今後はより一層、医療と介護の複合ニーズが高まっていくと考えられる。救急搬送や在宅医療の需要増加が見込まれ、特に老人ホームからの救急搬送件数の加速的増加を見込んでいる。高齢者の急性期における疾病の特徴としては、入院患者では若年者と比べ医療資源を多く要する手術は少なく、疾患の種類は限定的で且つ比較的多くの病院で対応が可能であるという特徴がある。救急体制を維持するためには、高齢者の救急搬送件数の抑制が必要であり、そのためには高齢者施設等と医療機関との連携強化が不可欠である。同時に、高齢者救急を受け入れ、自宅や施設での療養生活に戻す取り組みを行える病院を整備していくことが必要となる。

また、在宅医療の需要と供給については、これまで診療所を中心に提供体制が構築されてきたが、2040 年に向けて需要のさらなる増加が見込まれる中で、病院による在宅医療の「伸びしろ」に期待しており、特に地方においては病院が在宅医療の担い手となる比重が高まるものと考えている。

新たな地域医療構想における医療機関機能は「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」としており、今後、地域によって必要な医療をどのように提供していくのかを考えていかなければならないと考えており、シンポジウムでの意見交換に期待している。

S1-2

新たな地域医療構想の課題と展望

日本医師会　常任理事
江澤　和彦

2040 年にかけて、我が国の後期高齢者人口の伸びは緩やかになる一方、85 歳以上の人口は増え続けるため、医療と介護の複合ニーズを持つ者への対応が喫緊の課題となっている。一方で、高齢者の人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少するため、二次医療圏や市町村において、在宅医療の需要が急増する地域もあれば、減少する地域も存在する等、我が国は地域によって大きく状況が異なるため、地域に応じた戦略を講じることは不可欠となっている。また、全国的には、高齢者が増加、要介護認定者が増加する中で、病床・介護施設稼働率の経年的低下をきたしている。

これらを背景として 2040 年を見据えた新たな地域医療構想が取りまとめられた。新たな地域医療構想では、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想とし、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能に着目し、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することとなる。合わせて、厚生労働省で医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージも取りまとめられ、人口過疎地域への医師の派遣や定着についても方向性が示された。今年 7 月から策定ガイドラインを議論する検討会も始まり、医療機関機能報告における求められる具体的な機能や体制及び協議のためのデータについて、人口規模別に検討されている。

現状、各地域の最適な医療提供体制の構築に当たっては、人口減少、地域医療構想調整会議の活性化、医療従事者の確保、医師偏在対策の具現化、介護政策との連携、医療機関の健全経営等の多くの課題を抱えている。また、2040 年はゴールではなく、一つの通過点であり、2060 年には国民の 4 人に 1 人が後期高齢者となる見込みも踏まえ、中長期に渡る持続可能な医療提供体制を模索する必要がある。本シンポジウムにおいて、様々な角度から課題と展望について議論したい。

S1-3

新たな地域医療構想の考え方

福岡国際医療福祉大学　看護学部　教授
松田　晋哉

少子高齢化の進行は、医療介護生活の複合ニーズを持った高齢患者を増加させるとともに、サービスの担い手となる現役世代の不足をもたらす。しかも、その状況は地域によって異なるため、地域ごとに現実的な対応策をとることを求められる。そのためには、各種データを用いた地区診断を行い、その結果を踏まえて、医療介護の関係者が協働的なシステムを、相互の合意の上で構築していくことが必要である。例えば、高度の高齢化が進んだ過疎地域では、推計上は訪問診療のニーズが出るとしても、その担い手である診療所や訪問看護ステーションの確保は難しい。したがって、このような地域では既存の病床や介護施設を維持しながら、さらにサービス提供がしやすい街づくりを行っていく必要がある。他方で、地方都市では 2040 年くらいまで介護需要が増加した後、徐々に低下していく地域が多いが、そこでは急増する訪問診療のニーズに応えるための、診療所と介護施設、病院の連携体制が必要となる。特に、現在急性期機能を担っている病院群から、在宅療養支援病院および介護施設の医療を日常的に支援する病院を整備していくことが、喫緊の課題である。これらの病院は高齢者救急に対応することが重要な機能となるが、単にそれを受け入れるだけではなく、日常的に在宅や介護施設と情報共有を行い、軽症のうちに予防的に対処する地域版の Rapid Response System を構築することも必要である。
また、在宅医療を進めるためには、ADL ケアを担う訪問介護の提供量を確保することも必要となる。そして、今後、臨死期を在宅で過ごす例が増加すると予想されることから、こうした訪問介護の担い手がターミナルケアに対応するための医療的な支援が重要となる。
以上のようなシステムを、限られた人材で効率よく構築するためには、ICT の活用とその前提となる連係情報のフォーマットの標準化が不可欠である。この情報の標準化に際しては、慢性期からの視点が重要となる。この点における先進事例は函館市である。函館では 240 以上の医療介護施設（薬局や歯科診療所、居宅介護支援事業所も含む）が、はこだて医療介護連携サマリーという標準フォーマットを用いて情報共有を行っている。
本講演では、国内の先進地域の事例を紹介するとともに、地区診断とその結果を踏まえた対応策、特に慢性期医療の重要性について説明する。

特別講演 1～会長講演～

さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは

◆日　　時：11月6日（木）13:40 ～ 14:40

◆座　　長：武久　洋三　　日本慢性期医療協会　名誉会長

◆演　　者：橋本　康子　　日本慢性期医療協会　会長

特別講演 1～会長講演～　略歴

座長

武久　洋三（たけひさ　ようぞう）

日本慢性期医療協会　名誉会長
平成医療福祉グループ　会長

略歴

1966年	岐阜県立医科大学卒業 徳島大学大学院医学専攻科を修了し、徳島大学医学部第３内科勤務
1984年	博愛記念病院を開設 平成医療福祉グループ　会長 平成リハビリテーション専門学校　校長　等を務める。

【主な役職】
厚生労働省　医療介護総合確保促進会議　委員
独立行政法人国立長寿医療研究センター認知症医療介護推進会議委員
など

【主な著書】
『基本治療マニュアル』『在宅療養のすすめ』『よいケアマネジャーを選ぼう』（メディス出版部）
『良い慢性期病院を選ぼう』（メディス出版部、2012）
『あなたのリハビリは間違っていませんか』（メディス出版部、2016）
『こうすれば日本の医療費を半減できる』（中央公論新社、2017）
『どうするどうなる介護医療院』（日本医学出版，2019）
『令和時代の医療介護を考える』（中央公論事業出版，2021）
『高齢者が急性期病院に殺されないために知っておくべきこと』（幻冬舎，2024）
『地域ごちゃまぜ病院をつくろう』（中央公論美術出版，2025）

〔監修〕
『慢性期医療のすべて』（メジカルビュー社，2017）

演者

橋本　康子（はしもと　やすこ）

医療法人社団和風会　理事長
社会福祉法人徳樹会　理事長
社会福祉法人福寿会　理事長
医学博士

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員

SL1

さらなる慢性期医療を目指す匠の技とは

日本慢性期医療協会　会長
橋本　康子

我が国の医療は、急性期医療と慢性期医療の両輪によって支えられている。少子高齢社会が加速度的に進行する中、慢性期医療の重要性はますます高まっており、まさに「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」と断言できる。慢性期医療が担うべき使命は、単なる延命や管理ではない。人生の後半をいかに「その人らしく」過ごせるかという、人間の尊厳に深く関わる領域である。そのために掲げているのが、「寝たきりゼロ」の実現である。これは絵空事でも理想論でもなく、リハビリテーション・栄養・ケアの連携によって実現可能な、科学的に裏付けられた目標である。

慢性期医療の質が高まれば、在宅復帰や自立支援が進み、結果として医療・介護費の抑制にもつながる。社会保障制度の持続可能性を確保する上でも、慢性期医療の強化は不可欠である。重要なのは、「質」と「効率」の両立である。その一助として ICT の活用が期待されているが、それは人員削減を目的とするものではない。現場の負担を軽減し、確保された時間を患者ケアに振り向ける環境整備の手段として導入されるべきである。ICT はあくまで「目的」ではなく、「寝たきりゼロ」を支える手段であり、実装には現実的な制度設計と継続的な支援が必要である。

その慢性期医療の現場には、すでに寝たきりゼロに向けた実践的なノウハウが蓄積されている。たとえば、多病である高齢者を治療し、生活機能の維持・改善を多職種で支える取り組みは、慢性期医療が先駆的に築いてきた「匠の技」である。日本慢性期医療協会としても、科学的アプローチに基づく実践知を全国の会員病院と共有し、その成果を積み上げてきた。今後、団塊世代が後期高齢者に達し、要介護人口の増加が避けられない中、この匠の技の価値はさらに高まる。制度的にもその価値を正当に評価し、慢性期医療の知見が政策に反映される仕組みが求められている。

一方で、慢性期医療に従事する人材の育成・確保も喫緊の課題である。医師、薬剤師、看護師、介護職、リハビリ療法士、管理栄養士、社会福祉士など、多様な専門職がその専門性を十分に発揮し、チームとして機能するには、制度的支援と処遇の改善が不可欠である。特に介護福祉士については、医療機関における活用と評価が遅れており、介護保険と医療保険における処遇の格差が深刻である。この是正なくして、安定的な人材確保は望めない。

「匠の技」とは、長年の経験に基づく直感や手技にとどまらず、エビデンスと実践、現場の知恵の融合によって生まれた、進化する慢性期医療の象徴である。科学と技術を活用しながらも、個々の患者に寄り添い、社会の未来を支える存在として、慢性期医療はさらなる高みを目指していく。

本講演では、「寝たきりゼロ」実現のための具体的な取り組みと制度提案を紹介し、慢性期医療が果たすべき役割と、その未来像を提示する。

シンポジウム 2

栄養の匠をめざして

◆日　　時：11月6日（木）14:50 ～ 16:30

◆座　　長：矢野　諭　　日本慢性期医療協会　副会長

◆シンポジスト：若林　秀隆　　東京女子医科大学病院　リハビリテーション科教授
川上　嘉明　　東京有明医療大学　看護学部教授

シンポジウム 2　略歴

座長

矢野　諭（やの　さとし）

日本慢性期医療協会　副会長

略歴

1983年 3月	北海道大学医学部卒業　第 2 外科入局 腫瘍外科学、呼吸器外科学の診療・研究に従事
1993年 3月	医学博士号取得
1996年 4月	NTT 東日本札幌病院　外科医長・救急部医長（兼任）
2006年 4月	南小樽病院副院長
2009年 4月	医療法人社団青優会　南小樽病院　病院長
2013年10月	医療法人社団大和会　多摩川病院　理事長
2016年 4月	医療法人社団大和会　平成扇病院　理事長
2024年 4月	医療法人社団大和会　平成扇病院　院長

役職

- 一般社団法人 日本慢性期医療協会副会長（2018 年～）
  同「看護師特定行為研修委員会」委員長（2016 年～）
  同「診療の質向上委員会」委員長（2024 年～）
- 一般社団法人 日本地域医療学会副理事長（2022 年～）
  同「学術委員会」委員長
- 東京大学大学院医学系研究科（健康科学・看護学専攻）非常勤講師（2016 年～）
- 兵庫県立大学大学院医療マネジメントコース　客員教授（2024 年～）
- 看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会　監事（2024 年～）

外部委員

- 日本病院団体協議会「診療報酬実務者会議」委員
- 日本医療機能評価機構　医療の質向上のための体制事業
  「QI 標準化・普及部会」委員
- 日本病院薬剤師会「専門薬剤師認定制度委員会」特別委員

シンポジスト

若林　秀隆（わかばやし　ひでたか）

東京女子医科大学病院　リハビリテーション科教授

略歴

＜学歴＞

1995年	横浜市立大学医学部卒業

2016年	東京慈恵会医科大学大学院医学研究科臨床疫学研究部修了

＜職歴＞

1995年5月～	日本赤十字社医療センター内科研修医
1997年5月～	横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
1998年6月～	横浜市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科
2000年4月～	横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科
2003年4月～	済生会横浜市南部病院リハビリテーション科
2008年4月～	横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科
2020年6月～	東京女子医科大学病院リハビリテーション科教授
2021年5月	東京女子医科大学大学院医学研究科リハビリテーション科学分野基幹分野長

＜資格・役職＞
Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders：Board member, Associate Editor of the Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle
日本栄養治療学会：理事、代議員、指導医、AWARD 選考委員会委員長、栄養治療リハビリテーション WG 長、学術集会プログラム委員
日本サルコペニア・フレイル学会：理事、広報委員会委員長、編集委員、サルコペニア・フレイル指導士
日本リハビリテーション栄養学会：監事、リハ栄養指導士
日本カヘキシア・サルコペニア学会：副代表理事
日本リハビリテーション病院・施設協会：常務理事、医科歯科連携推進委員会委員長
日本臨床栄養学会：理事、評議員
日本リハビリテーション医学会：代議員、指導医・専門医・認定医、男女共同参画委員
日本老年医学会：代議員

川上　嘉明（かわかみ　よしあき）

東京有明医療大学　看護学部教授

略歴

職歴

1993年	国立病院機構東京病院　看護師
1999年	社会福祉法人パール　在宅介護支援センター長　特別養護老人ホーム施設長　訪問看護師　居宅介護専門員
2010年	東京有明医療大学看護学部・看護学研究科教授　現在に至る

最終学歴
2017 年　千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程 卒業
著書（単著のみ）
『自然死を創る終末期ケア～高齢者の最期を地域で看取る』（現代社）
『穏やかに逝く～介護で支える自然な死』（環境新聞社）
『はじめてでも怖くない 自然死の看取りケア』（メディカ出版）
『家で死んでもいいんだよ』（法研）
『看取り　最期まで「その人である」ことを支える』（メディカ出版）

S2-1

慢性期における新たな栄養指標

東京女子医科大学病院リハビリテーション科
若林　秀隆

低栄養の診断には、GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準が用いられるようになった。2024年の診療報酬改定で、リハ・栄養・口腔連携体制加算を算定するときのGLIM基準の使用や、リハ実施計画書へのGLIM基準の追加など、GLIM基準を保険診療で使用する機会が増えた。GLIM基準における低栄養診断の流れは以下のとおりである。
①妥当性の検証された栄養スクリーニングツール（MUST、MNA-SFなど）で、低栄養のリスクありと判定される。
②表現型基準と病因基準でそれぞれ1項目以上に該当する場合に、低栄養と診断する。表現型基準は、意図しない体重減少（過去6か月以内で5% 以上の体重減少、6か月を超えて10% 以上の体重減少）、低BMI（アジアでは70歳未満ではBMI18.5未満、70歳以上ではBMI20未満）、筋肉量減少（例えば下腿周囲長が男性33cm未満、女性32cm未満）の3項目である。病因基準は、食事摂取量減少/消化吸収能低下（50% 以下の摂取量減少が1週間以上、何らかの摂取量減少が2週間以上）、疾病負荷/炎症（急性疾患や外傷による炎症、もしくは慢性疾患による炎症。炎症の程度は軽度0.3〜0.99mg/dl、中等度1.0〜5.0mg/dl、高度＞5.0mg/dl）の2項目である。
③低栄養の程度が、中等度か重度かを重症度判定する。
低栄養の場合には、GLIM基準では低栄養と炎症に関連する病因別分類として、以下のいずれかを検討する。1. 慢性疾患で炎症を伴う低栄養、2. 急性疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養、3. 炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養、4. 炎症はなく飢餓による低栄養（社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因）。
GLIM基準での慢性炎症による低栄養と似た概念として、カヘキシアがある。2023年にAWGC（Asian Working Group for Cachexia）が、アジアでのカヘキシアのコンセンサス論文を発表した。AWGCでは、「カヘキシアとは体重減少、炎症状態、食欲不振に関連した慢性疾患に伴う代謝不均衡」と定義した。カヘキシアの診断基準は、悪液質の原因疾患の存在（がん、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎不全、慢性呼吸不全、慢性肝不全、関節リウマチ、膠原病、制御できていない慢性感染症）と3-6ヶ月で2% 以上の体重減少もしくはBMI21kg/m2未満が必要条件である。その上で以下の3つのうち1つ以上に該当した場合にカヘキシアと診断する。主観的症状：食欲不振、客観的指標：握力低下（男性28kg未満、女性18kg未満）、バイオマーカー：CRP＞0.5mg/dL。低栄養だけでなく食欲不振、体重減少、サルコペニアを認めた場合には、これらの原因としてカヘキシアの有無を診断すべきである。
サルコペニアの診断は、Asian Working Group for Sarcopenia（AWGS）2019で、筋肉量減少を認め、筋力低下もしくは身体機能低下を認めたものとしてきた。しかし、AWGS2025では、身体機能低下が診断基準から削除され、筋肉量減少と筋力低下を認めたものをサルコペニアと診断する。慢性期では、低栄養、カヘキシア、サルコペニアの有無と原因の診断が重要となる。

S2-2

特養で老衰死する高齢者の栄養摂取量におけるトラジェクトリー ―本人が栄養を摂らなくなる経過をリスペクトする―

東京有明医療大学　看護学部看護学科　看護学研究科
川上　嘉明

「老衰」の死亡者が 2023 年には約 19 万人と年々増加しており，85 歳以上では第 1 位の死因となっている。現在，老衰死の約半数は老人ホームで発生している。中でも重度要介護高齢者が暮らす特別養護老人ホーム（以下，特養）では平均約 3.8 年の入所期間を経て 8 割以上の高齢者が死亡退所している。発表者が調査をした 5 つの特養では死亡退所高齢者の約 9 割の死因が「老衰」となっていた。

その中で人工的水分・栄養補給法を行わず死亡退所した高齢者を抽出し，調査対象とした。そして，死亡 5 年前から死亡直近時までの Body Mass Index（以下，BMI），提供された毎食の栄養量と喫食率から得た栄養摂取量（kcaL），食事以外の毎日の水分摂取量（mL）の 3 つのパラメータについて，各平均値の推移とその関係を調査分析した。その結果，次のトラジェクトリーが明らかとなった。

1. 標準範囲であった平均 BMI は死亡 5 年前から減少し続け，死亡直近時の平均 BMI は約 16.0kg/m^2 であった。
2. 一定量の栄養摂取が維持されながら BMI が減少する Unintentional weight loss の状態の後，死亡約 8-9 ヵ月前頃から栄養摂取量が有意に不可逆的に減少し続けた。
3. 水分摂取量は死亡 2 ヵ月前頃から急激に減少した。

こうしたトラジェクトリーは，同じ 5 つの特養に入所し調査期間中に生存していた高齢者においては検出されなかった。また食事介助によっても摂取量が維持できなかった理由を表す単語をケア記録からテキストマイニングしたところ，この栄養摂取量の減少とは相反し，「開口悪」「喘鳴」「熟眠」「拒否」といったキーワーズの記載頻度が増加する傾向が明確となった。

自らの意思を伝えることが困難となった高齢者の栄養・水分摂取量が不安定となり減少傾向となると，ケアを提供する側も家族もどうすればよいか戸惑う。一方，数ヵ月から年単位にわたる BMI，栄養・水分摂取量の数値や，それらが減少の一途をたどり現在に至ったトラジェクトリーから，家族らは普通ではない変化であることや栄養を付加すれば容易に回復する状態ではないことを実感的に理解しやすい。さらに高齢者の非言語的な栄養や水分摂取に対するネガティブな反応から，栄養摂取の効果よりも摂取による苦痛が上回る事態となっていることを感じ，栄養摂取を続けることより苦痛を少しでも除くことに軸足を移す共同意思決定につながっていく。

最後に，老衰死は今後も増加が見込まれており，上記のパラメータの特徴的な推移と関係は，特養で老衰死する高齢者にみられる典型的なトラジェクトリーではないかと考えている。

シンポジウム 3

医療介護連携・高齢者救急の匠をめざして

◆日　　時：11月6日（木）16:40 ～ 18:30

◆座　　長：井川　誠一郎　　日本慢性期医療協会　副会長

◆シンポジスト：中尾　一久　　高良台リハビリテーション病院　理事長
平野　正満　　淡海ふれあい病院　院長
小川　咲子　　ハート訪問看護ステーション　管理者

シンポジウム３　略歴

座長

井川　誠一郎（いかわ　せいいちろう）

平成医療福祉グループ診療本部長
日本慢性期医療協会副会長

略歴

1983年	大阪大学医学部卒業　大阪大学第一外科（川島康生教授）に入局
1987年	大阪府立母子保健総合医療センター心臓血管外科
1989年	大阪大学医学部第一外科
1992年	大阪府立母子保健総合医療センター心臓血管外科診療主任
1996年	社会保険紀南綜合病院心臓血管外科医長
1999年	市立豊中病院心臓血管外科医長
2004年	同院部長
2005年	同院心臓病センター開設に伴いセンター長兼任
2006年	医療法人豊中平成会豊中平成病院副院長
2008年	医療法人康生会平成記念病院院長
2011年	医療法人康生会常務理事（現職）/平成医療福祉グループ診療本部本部長（現職）
2022年	医療法人康生会豊中平成病院名誉院長（現職）

厚生労働省保健医療専門審査員
（中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会委員）
日本慢性期医療協会　副会長、慢性期救急委員会委員長
地域包括ケア推進病棟協会　理事
日本在宅救急医学会　理事

シンポジスト

中尾　一久（なかお　かずひさ）

高良台リハビリテーション病院　理事長

略歴

1989年 4月	英国ロンドン大学セントジョージ病院
1991年 4月	久留米大学医学部　第三内科（現心臓血管内科）
1992年 4月	国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、 公立八女総合病院　循環器内科を経て
1999年10月	療養型高良台病院開設（理事長・院長）
2006年 8月	高良台リハビリテーション病院に名称変更（理事長・院長）

2019年 4月	高良台リハビリテーション病院（理事長)(院長退任)
	現在に至る

役職：医療法人社団久英会　理事長
社会福祉法人久英会　理事長

日本慢性期医療協会　副会長
福岡県慢性期医療協会　副会長
全日本病院協会　常任理事
全日本病院協会福岡　会長
福岡県私設病院協会　会長
日本医療法人協会　福岡県支部　理事
日本在宅療養支援病院連絡協議会　理事
日本地域医療学会　理事

資格：日本内科学会　総合内科専門医
日本循環器学会　専門医
日本抗加齢学会　専門医
日本リハビリテーション医学会　認定臨床医
日本プライマリーケア連合学会　認定医・指導医
日本臨床栄養協会　サプリメントアドバイザー

平野　正満（ひらの　まさみつ）
淡海ふれあい病院　院長

略歴

学歴

1980年 3月	東海大学医学部　卒業
1984年 4月	滋賀医科大学大学院　医学研究科博士課程　入学
1988年 3月	滋賀医科大学大学院　医学研究科博士課程　修了

職歴

1980年 7月	滋賀医科大学　第二外科学教室　入局
1982年 3月	赤穂市民病院　外科　勤務
1983年 6月	滋賀医科大学医学部付属病院　第二外科　勤務
1989年 6月	滋賀医科大学第二外科　助手
1999年 1月	滋賀医科大学第二外科　学内講師
2002年 4月	医療法人誠光会、草津総合病院（外科、副院長）
2014年 4月	社会医療法人誠光会、草津総合病院　病院長
2020年10月	社会医療法人誠光会、淡海ふれあい病院　病院長

所属学会、役職
日本外科学会　会員、　日本消化器外科学会　会員、指導医
同志社大学（生命医科学部）客員教授（2016 年 4 月～）

滋賀医科大学医学部外科学講座　非常勤講師（2009 年 4 月～）、（元臨床教授）
社会医療法人誠光会草津看護専門学校　非常勤講師（2012 年 10 月～）

役員歴
社会医療法人誠光会、理事（2008 年 9 月～）
滋賀県病院協会、理事（2014 年 5 月～2020 年 4 月）
滋賀医科大学外科同門会、副理事長（2021 年 4 月～）

表彰歴
2020 年 12 月、第 49 回滋賀県医療功労賞（読売新聞社）
2025 年 1 月、令和 6 年度滋賀県公衆衛生事業功労者表彰（滋賀県健康づくり財団）

小川　咲子（おがわ　さきこ）
ハート訪問看護ステーション　管理者

略歴

医療法人恵泉会　ハート訪問看護ステーション看護師長・管理者を務めている。訪問看護管理者としての経験を積みながら、大阪府訪問看護ステーション協会堺ブロック教育ステーションの活動にも関わっている。看護師特定行為研修修了者であり、日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の資格をもつ。堺市中区のまちなか保健室や地域の健康相談事業に参加し、地域の住民に寄り添った支援を心がけている。また、堺市介護認定審査会の委員も務めている。

S3-1

高齢者救急を減らすための地域連携

高良台リハビリテーション病院　理事長
中尾　一久

今や救急搬送患者の内、65 歳以上の高齢者が約 6 割を占めている。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中で、最も大事なことは高齢者救急を減らすことである。そのためには高齢者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（ACSC）という概念が重要である。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ことが必要であり、それには医療と介護の連携、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。
このような中で、高齢者をサポートする側の医療や介護の問題点としては、地域によっては、救急隊員数の減少、医師の偏在や高齢化に伴う医師数の減少（診療所の減少）、医療や介護の従事者不足等が挙げられる。これらの課題を限られた資源で対応するためには、合理的なしかも生産性の高い対応策が求められる。現時点で具体的に考えられる対応策は、かかりつけ医機能を有した総合診療医の養成、看護師特定行為修了者、セラピスト、外国人労働者を含む介護人材の増員・育成等である。そしてこれらの多職種が情報共有するために ICT は不可欠であり、更には医療と介護の DX の実現ではなかろうか。
一方でサポートされる高齢者側の問題点としては、住み慣れた場所で安心して過ごす（Aging in place）ことを念頭に置き、介護が必要な高齢者は、可能な限り集住して頂くことも必要になるであろう。近年高齢者介護施設のみならず、介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に入所される方が増えてきており、医療・介護人材が不足する中、医療・介護の適時、適切な提供にも寄与している。
また 2040 年に向けた新しい地域医療構想調整会議においても、高齢者を診ていく上で、地域ごとにいかに医療と介護を連結させるかがポイントになる。現実的には経営が異なるグループ同士が、得意とする守備範囲を持ちつつ、上手に連携することが求められる。即ち自グループを守るのではなく、高齢者を守り、地域を守るという考え方のパラダイムシフトが必要ではなかろうか。
最後に、当グループが展開している、高齢者救急を減らすための医療と介護・福祉の連結と融合について紹介する。

S3-2

新しい指標NEWS（National Early Warning Score）を用いた医療介護連携

社会医療法人誠光会　淡海ふれあい病院　院長
平野　正満

淡海ふれあい病院は社会医療法人誠光会に所属する199床の包括期・慢性期病院である。隣接する急性期病院である420床の淡海医療センターとともに人口約34万人の湖南医療圏を中心に滋賀県南部の地域医療を支え、発展を遂げてきた。湖南圏域では高齢化率は22%台と全国に比べると低いが、高齢者数は急増しており高齢者医療・救急の需要は確実に高まっている。

淡海医療センターは救急告示病院で2次救急の受け入れを担っている。年間の救急部受診患者は1万2千人を超え、救急車による搬送患者は約4000人である。救急部受診患者の20〜25%が入院となり、その多くは高齢者である。2025年1月から6月の半年間で淡海医療センターに入院した高齢者（65歳以上）、1145名を対象に高齢者救急の実態を検証した。高齢者の入院は85歳を中心にその前後10歳に集中していた。入院時の病名（ICD10）では脳血管障害を含む循環器疾患、肺炎を中心とした呼吸器疾患、さらに消化器疾患が3大疾患であった。季節によって変動はあるものの外傷や骨折が主たる疾患である整形外科領域、尿路感染症などの泌尿器科領域の疾患もほぼ10%見られた。高年齢になるにつれ入院率、重症化率が上昇していた。

両病院では以前から患者の急速な病態変化を覚知し対応するための院内迅速対応システムとして、バイタルサインの重大な増悪を評価できるNEWSを利用してきた。当院は救急告示病院ではないが、介護保険施設などとの連携は充実しており、嘱託医などを派遣している。これらの施設からより早期にかつ迅速に病院に受け入れることを目指しNEWSの臨床導入を行ってきた。2025年1月から6月に施設から急変にて当院に紹介された患者61例を検証した。受診患者のうち24例（39%）が入院となり、入院患者のNEWSは4.1±2.1（MN±SD）であった。一方、外来通院のみとなった患者（37例）では1.8±1.6で入院患者群に比し有意に低値であった。病院受診にあたりNEWSを意識し観察項目に加えることで患者の重症度を正確に判断でき、適切な紹介と入院、さらには入院期間の短縮に寄与できると考えられた。

最近の医療DXの導入は医療介護連携においても必須となっている。患者の生体情報を迅速かつ正確に入手するツールとして非接触型生体監視装置であるミリ波センサーを利用している。この装置は上半身に向けミリ波を発信することで、呼吸数、心拍数、体温を測定し、その情報をパソコンや携帯にリアルタイムに伝達するものである。現在、重症な訪問診療患者や特養、介護医療院の入所者に臨床応用を行っている。ミリ波センサーではNEWSのうち特に重要な3項目を網羅している。発表では実際に有効であったケースなどを紹介し、NEWSの有効性や今後の展望について言及する。最後に、高齢者は医療の依存度が高く急変することも多いため、効率よく迅速に対応することが求められる。そのために情報の共有と一元化、他職種協働とチーム医療が必須である。早期警告スコアーであるNEWSの導入により質の高い医療の提供とともに医療介護連携の強化、推進に寄与できることを期待している。

S3-3

在宅介護施設における特定行為看護師の役割

医療法人恵泉会　ハート訪問看護ステーション
小川　咲子

私は訪問看護管理者として、また今年から大阪府訪問看護ステーション協会堺ブロック教育ステーション担当として携わり、地域包括ケアの推進や訪問看護師の育成に努めている。

本発表では、在宅療養中の高齢者に対する特定看護師の介入事例を通じて、医療と介護の連携における課題と可能性について考察する。
特定行為研修を修了した看護師が、地域において医師の指示のもと、複数の疾患を有する高齢者に適切なアセスメントと処置を行うことで、急変リスクの早期発見や重症化予防、本人の QOL 向上に寄与した。医師の診療を補完する立場として、特定看護師が現場で状況を共有し、多職種とゴールを一致させることが、療養者主体の医療介護連携を促進させた。

一方、制度上の制約や診療報酬の評価が十分でないこと、地域における特定看護師の認知不足、医師との信頼関係構築の難しさに加え、情報共有ツールが主に電話やファックス、メールといったアナログ手段に依存しているため、リアルタイムの情報共有や ICT 連携が十分に機能していないことが、在宅医療の連携を阻む大きな課題となっている。

制度による整備（手順書や指示体制）は必要不可欠であるが、それ以上に、共通の目的「本人の暮らしを支えたい」という思いを多職種間で共有することが、特定行為の意義を現場で生かす鍵であると感じた。

特定看護師は、制度を使う立場にとどまらず、実践を通じて制度を育てる存在であるべきである。自身がロールモデルとなり、活動を可視化し、関係職種や患者・利用者にその役割と効果を知ってもらうことが、今後の活躍の場を広げていくうえで重要である。

本発表では 3 事例を紹介し、特定看護師の現場での価値と、医療介護連携の中で求められる姿について考えを共有したい。

日本介護医療院協会セミナー

2040 年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割

◆日　　時：11月6日（木）13:40 ～ 15:40

◆座　　長：猿原　大和　　日本介護医療院協会　副会長

◆演　　者：鈴木　龍太　　日本介護医療院協会　会長
　　田中　滋　　埼玉県立大学　理事長、慶應義塾大学　名誉教授

日本介護医療院協会セミナー　略歴

座長

猿原　大和（さるはら　ひろかず）

医療法人社団和恵会理事長
介護医療院湖東病院院長
日本介護医療院協会副会長

略歴

2002年3月	東京医科大学卒業
2002年5月	東京医科大学研修医
2003年4月	東京医科大学第２内科（循環器内科）入局
2004年4月	東京都老人医療センター（東京都健康長寿医療センター）循環器科
2007年4月	東京医科大学循環器内科研究医
2010年4月	医療法人社団和恵会湖東病院
2015年7月	湖東病院院長
2018年4月	医療法人社団和恵会理事長

【学歴】
2012 年　医学博士号取得
Obstructive sleep apnea as a potential risk factor for aortic disease

【専門資格】
日本循環器専門医
日本内科学会総合内科専門医
日本内科学会認定内科医
在宅医療認定医
日本医師会産業医
認知症サポート医

演者

鈴木　龍太（すずき　りゅうた）

日本介護医療院協会　会長

略歴

学歴・職歴

1977年 3月	東京医科歯科大学（現東京科学大学）医学部卒業
1977年 4月	東京医科歯科大学（現東京科学大学）脳神経外科　研修医　入局
1980年 1月	米国　National Institutes of Health（NIH）NINCDS Visiting fellow

1995年 4月	昭和大学藤が丘病院脳神経外科　助教授（准教授）
2009年 9月	医療法人社団　三喜会　鶴巻温泉病院　院長
2015年 6月	医療法人社団　三喜会　理事長兼務
2025年10月	医療法人社団　三喜会　横浜新緑総合病院　院長
同	医療法人社団　三喜会　鶴巻温泉病院　名誉院長
	現在に至る

現職
医療法人社団　三喜会　理事長　鶴巻温泉病院　名誉院長

学会・資格・賞罰
学位　　医学博士　東京医科歯科大学第 09 号（1984 年 10 月 17 日）

1983 年 7 月―2023 年 3 月　社団法人日本脳神経外科学会　専門医
2007 年 3 月　日本リハビリテーション学会　専門医　指導医
2011 年 6 月　日本慢性期医療協会　理事
2014 年 6 月　神奈川県慢性期医療協会　会長
2018 年 6 月　日本慢性期医療協会　常任理事
2018 年 8 月　日本介護医療院協会　会長
2019 年 6 月　神奈川県病院協会　常任理事
2023 年 11 月　神奈川県保健衛生表彰

最近の著書　論文
著書　やって良かった介護医療院　日本医学出版　2022
　　看護師特定行為研修テキスト　共通科目編　中央法規　2023
　　看護師特定行為研修テキスト　区分別科目編　中央法規　2023
エッセイ　日本で始まった Endothelin と Vasospasm の研究が 30 年以上を経て患者を救う薬になりました。脳卒中　46：396-397, 2024　J-STAGE 早期公開　2024.2.9

田中　滋（たなか　しげる）

埼玉県立大学　理事長、慶應義塾大学　名誉教授

略歴

- 公立大学法人埼玉県立大学理事長（2018～）、慶應義塾大学名誉教授（2014～）
- 専門分野：地域包括ケアシステム論、医療・介護政策、医療・介護経営、医療経済学
- 略歴：慶應義塾大学助手（1977）・助教授（1981）を経て、同大学大学院経営管理研究科教授（1973-2014）、社会保障審議会委員（2013-23）。同会長（2021-23）
- 現在務める学会役員：日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事
- 現在務める主な公職：協会けんぽ運営委員会委員長、厚生労働省「医療介護総合確保促進会議」座長、埼玉県総合医局機構運営協議会委員、横浜市立病院経営評価委員会委員長、川崎市地域包括ケアシステム連絡協議会代表世話人など

LCS-1

日本介護医療院協会2025年度調査結果報告

日本介護医療院協会　会長
鈴木　龍太

介護医療院は 2018 年の創設以来、開設が進み、2024 年には 5 万床を越えた。2024 年 4 月には主な移行元病棟であった介護療養病床と医療療養病床経過措置が廃止され、総量規制の枠内となった。それ以降、新たな介護医療院は医療療養病床からの移行、少数ではあるが一般病床からの移行、従来型老健からの転換と全くの新設しかなくなり、開設は一つの区切りを迎えたと言える。一方、医療と介護の両面で高齢者の生活を支える介護医療院は理想形であり、医療が必要な重度要介護者の最後の砦になっている。
日本介護医療院協会は毎年介護医療院調査を実施している。2025 年度も実施したので、その結果を本セミナーで発表する。

LCS-2

2040年に向けた新たな地域包括ケアシステムと介護医療院の役割

埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授
田中　滋

ほんの 30 年前を振り返ってみよう。介護医療院どころか、介護保険制度を始め、介護支援専門員、回復期リハビリテーション病棟、小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、地域包括支援センター、看護小規模多機能型居宅介護、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟など、今、私たちが当たり前のように口にし、必要なら利用するこれらの仕組み・資格・政策はすべて 30 年前にはまだ存在していなかった。日本社会はたった 30 年の間に、急速に医療・介護をコアに置く地域包括ケアシステムにかかわる制度の刷新を進め、その背景にある考え方を整備してきたのである。

日本の地域包括ケアシステムをめぐる議論では、社会システムにかかわる多数の視点が提示され、各地で革新や工夫が行われてきた。そうした革新の一環となるべく創設された介護医療院には、医療と介護のみならず、住まいと住まい方をベースに、生活支援、予防（のうち特に三次予防）からなる地域包括ケアシステムの五大要素、さらにそれらを利用する本人の選択と、本人ならびに家族の心構えがすべて関係する。

なお地域包括ケアシステムは、地域ごとの医療、介護、福祉の整備状況のみならず、歴史や文化を反映し、別な地域に同じものは存在しない。各市町村で住民が望む地域ごとの姿を描き、そのための仕組みを工夫し、地域づくりを進める体制の設計、いわゆる地域デザインも不可欠である。上位目標は、高齢者や障害者がたとえ 1 人暮らしであれ、あるいは家族がいるならその人たち共々、安心して暮らせる地域の構築と継続に他ならない。そのためには、医療と介護の協働体制のみならず、日常生活を支援する住民と地元商業やサービス業の参加の仕組み、さらに経済格差が広がる中での分断リスクを抑える共生社会が上位目標に置かれなければならない。地域の安心の拠点としての介護医療院の発展を期待したい。

第 13 回慢性期リハビリテーション学会 シンポジウム

在宅医療の時代がやってくる。 在宅リハビリテーションのあり方

◆日　　時：11月6日（木）15:50 ～ 17:50

◆座　　長：橋本　康子　　慢性期リハビリテーション協会　会長

◆シンポジスト：柴口　里則　　日本介護支援専門員協会　会長
鈴木　邦彦　　志村大宮病院　理事長
粟生田　友子　　日本リハビリテーション看護学会　理事長

第 13 回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム　略歴

座長

橋本　康子（はしもと　やすこ）

慢性期リハビリテーション協会　会長

略歴

1981年	名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
1981年	香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室 入局
1985年	米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
1988年	医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
2000年	医療法人社団和風会 理事長 就任
2007年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
2020年	医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事
日本医師会 病院委員会 委員
社会福祉法人全国社会福祉協議会 評議員
BPSD の予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究検討委員会 委員

シンポジスト

柴口　里則（しばぐち　さとのり）

日本介護支援専門員協会　会長

略歴

1995 年宗像水光会総合病院医療相談室室長、福間町在宅介護支援センター所長、
水光会地域総合ケアセンター長・福津市地域包括支援センター長を経て、
2010 年から株式会社グリーンケア専務取締役を務める。
一般社団法人日本介護支援専門員常任理事・副会長を務め、2017 年 6 月より同協会会長に就任。
2022 年 11 月より一般社団法人つなぐ共生会代表。

鈴木　邦彦（すずき　くにひこ）

志村大宮病院　理事長

略歴

1980 年秋田大学医学部卒業。1996 年志村大宮病院院長、1998 年医療法人博仁会理事長に就任し現在に至る。2009 年 10 月～2015 年 10 月まで中央社会保険医療協議会委員、2010 年 4 月～2018 年 6 月まで日本医師会常任理事、2014 年 7 月～2018 年 6 月まで社会保障審議会介護給付費分科会委員、2020 年 6 月～2024 年 6 月まで茨城県医師会会長を務めた。2009 年 4 月～日本医療法人協会副会長、2019 年 12 月～日本地域包括ケア学会事務局長、2022 年 3 月～日本在宅療養支援病院連絡協議会会長。

粟生田　友子（あおうだ　ともこ）

日本リハビリテーション看護学会　理事長

略歴

聖路加看護大学卒業。
聖路加国際病院勤務を経て、埼玉県立短期大学看護学科助手、講師。
聖路加看護大学大学院修士課程、、同博士課程修了後、同大学講師として勤務。
福島県立医科大学看護学部准教授（障害者看護学）、新潟県立看護大学教授（精神看護学）。
国立障害者リハビリテーションセンター看護部長として勤務。
現在、埼玉医科大学保健医療学部教授を経て客員教授として大学院教育を担う。
日本リハビリテーション看護学会理事長。ほか複数の学会評議員を務める。

CRS-1

維持期における介護支援専門員のケアマネジメントとリハビリテーション専門職との協働 ～ICFの視点からみた生活支援の実践～

一般社団法人日本介護支援専門員協会　会長
柴口　里則

超高齢化社会を迎える現代において、医療の進歩と介護保険制度の成熟により、多くの高齢者が回復期を経て、在宅を中心とした「維持期（生活期）」での生活を送っている。この維持期における支援の要は、生活機能維持・向上を目的とした包括的なケアマネジメントであり、介護支援専門員とリハビリテーション専門職との協働が極めて重要である。

介護支援専門員は、本人・家族のニーズや生活環境を把握し、ケアプランを立案・調整する役割を担う。一方、リハビリテーション専門職は、心身機能の評価を基に、生活動作や社会参加に向けた訓練や指導を行っている。これら両者の連携・協働が有効に機能することで、利用者の QOL やストレングスを最大限に高めることが可能になる。

この連携・協働をより実効性のあるものとするためには、ICF の視点が有効である。ICF は、「心身機能・構造」「活動」「参加」の 3 要素に加え、「環境因子」「個人因子」といった多面的な視点から生活機能を捉える枠組みであり、利用者の「できること」「していること」、そして「したいこと」を整理・可視化できる。例えば、自宅で生活する利用者が「自分の目で見て商品を選び、買物に行きたい」と希望する場合、それは単なる身体機能の回復ではなく、ICF でいう「活動」および「参加」の領域に相当する。介護支援専門員は、この目標達成に向けて利用者が生活する地域のアセスメントを実施し、支援体制づくりと福祉用具の導入等を提案する。リハビリテーション専門職は動作の訓練や身体機能の維持・向上に関与する。地域社会の支援体制も「環境因子」として考慮され、包括的な支援計画が構築される。

こうした実践においては、目標設定の共有、モニタリング、評価といった情報の可視化が多職種連携の基本として求められる。特に維持期においては、機能の回復よりも維持や悪化予防が重視されるため、生活の中での変化を捉え、柔軟かつ継続的に支援方針を見直す視点が重要である。

結論として、維持期における利用者の生活の質を高め望む暮らしを実現するには、介護支援専門員とリハビリテーション専門職が互いの専門性を活かして尊重し、協働する体制の構築が不可欠である。その協働は、「その人らしい生活」の実現に向けた実践的な支援の根幹を成すものである。

CRS-2

「在宅回復期リハビリテーション」の可能性を探る

医療法人博仁会志村大宮病院理事長・院長
日本在宅療養支援病院連絡協議会会長
鈴木　邦彦

全国での在宅患者数は 2040 年以降にピークを迎えることが見込まれる。要介護認定率は年齢が上がるにつれて上昇し、特に 85 歳以上で上昇する。2025 年以降後期高齢者の増加は緩やかになるが、85 歳以上の人口は 2040 年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。
通所リハビリテーションの請求事業所数は、毎年増加していたが近年横ばいである。令和 4 年の受給者数は約 58 万人で、毎年増加していたが近年は減少傾向である。要支援の受給者は近年横ばいである。訪問リハビリテーションの請求事業所数は毎年増加している。令和 4 年の受給者数は約 13.6 万人であり、毎年増加している。要支援 1・2、要介護 1 の受給者は増加傾向であり、要介護 3〜5 の受給者は減少傾向である。
当法人の通所リハビリテーションにおいては、支援相談員にリハビリ専門職を配置することにより、リハビリ専門職による契約・インテークで利用者の生活動作・家屋環境のアセスメントを実施し、課題抽出から初回利用まで円滑な介入を実現している。また、同一スタッフが訪問リハビリテーションも兼務することにより、利用者の身体機能に合わせてリハビリ専門職が関わるサービスの幅の拡大を図っている。当法人の訪問リハビリテーションにおいては、病院と訪問リハビリが連携して、①法人内連携としては、家屋調査ミーティングや退院前カンファレンスへの参加とともに、入院中から訪問リハビリ利用検討者への訪問リハビリスタッフによる代診の実施や病院リハビリスタッフ向け訪問リハビリ事例報告会を実施している。②地域連携としては、退院カンファレンス、脳卒中地域連携パス定例会、地域ケア会議への参加や、メディカルケアステーション、電子連絡帳を活用したサービス間の情報共有を実施している。
当院は日本医療評価機構の高度・専門機能（回復期）の認定を受けた回復期リハビリテーション病棟とともに、令和 6 年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟も開設している。地域包括医療病棟は、高齢者救急の受け皿として早期リハビリテーションの実施やリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定により、ADL の低下を防ぎながらできるだけ短期間で在宅復帰を図ることを目的としている。回復期リハビリテーション病棟においても、今後は、廃用症候群に対するリハビリの見直しとともに、運動器を中心に入院日数の短縮化と早期の通所、訪問リハビリテーションへの移行が考えられる。
当グループにおいては、今後とも医療介護連携、医療福祉連携、介護福祉連携を強化して、社会参加に向けてリハビリテーションが途切れないよう連携した支援体制を構築するとともに、「在宅回復期」の確立を目指して、早期退院後も充実したリハビリテーションによる更なる能力向上を通じて、日常生活への安定した復帰を支援していく方針である。

CRS-3

在宅医療の時代に発揮する看護/careの機能 ―生活の中に溶け込んでいける リハビリテーションの視点―

日本リハビリテーション看護学会　理事長
粟生田　友子

超高齢社会にある日本において、在宅医療の時代はすぐそこにあり、すでにスタートを切っている。
看護職の就業状況は、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設のいずれの就業者数も十数年の間に軒並み増加傾向にある。この流れは、厚生労働省の診療報酬の改定により、急性期から回復期へのリハビリテーションと在宅ケアを機能的に結びつける方略、外来から在宅への連携の推進等々に呼応しており、急性期から在宅までのシームレスな機能と、医療とケアの連携が非常に重要視されてきていることを物語っている。
果たして、この時代にあって、在宅医療は、在宅リハビリテーションとどう連結して慢性期医療の質を担保していけることになるのだろうか。100 歳老人を最後まで在宅で家族とともに看取り、現在も 2 人の 90 代の老親の介護を家族とともに担う演者にとって、在宅医療への期待はことさらに大きい。しかし、特に不満があるわけではない在宅医療・サービスを受けながらも、ケアの中に、今日を生きる老親の「微かな希望」のような「安寧な時間」が少ないと感じられ、それを創り出してくれる在宅リハビリテーションへの期待を増々高めているところである。
在宅医療では、急性期や回復期のリハビリテーションとは異なる cure と care が明らかに協調されなければならない。慢性期医療の本質には、「継続的な治療とリハビリテーションを行い、在宅生活を送ることができること」があるが、日本において死因の上位にある脳卒中や心疾患の発症とそれに伴う後遺症、包括的ながん治療の長期にわたる継続、加齢現象や認知症への対応等々・・・、在宅医療には、若年から高齢者までの急な身体の変調と生活、そしてもう一つ「リハビリテーションの視点のあるサービス」は欠くことはできないだろう。
超高齢社会となった日本では、加齢により、いわゆる「慢性期のからだ」を抱える高齢者がいかに多いことか。からだは常に万全ではなく、どこかがうまく機能していない感覚というものを果たしてどのくらい医療の担い手に伝わるだろうか。ここに、当事者の生活ニーズにこたえ、その人らしい生活を基盤に据え、死までを看取る看護/care の機能が発揮されなければならない。
看護の射程は実に広く、人が生活し、息づいている―その人々に近いところから視座を持つ。慢性期看護の醍醐味は、人が生きて生活を営むその場、その時間、その人とそれを取り巻く環境に対して展開されるものであり、そのかかわり合いの中心には人と人としてのケアリングが存在する。むしろ、治療はその内からあるいは外から提供されており、治療選択の意思もその人自身にある。病名がなく虚弱なだけでもケアは展開され、生活の不自由に対して、ケアを構築することに、より重点を置く。その中心にある対象の希望にどう応え、生活のしづらさを少しでも緩和できる生活ケアの匠になる必要が在宅にはある。ケアや支援の質は必ずしも数値でみえるものばかりではない。ケアの受け手にしか測れないものでもある。

シンポジウム 4

慢性期医療・介護 DX の匠をめざして

◆日　　時：11月7日（金）9:00 ～ 11:00

◆座　　長：富家　隆樹　　日本慢性期医療協会　常任理事・事務局長

◆シンポジスト：名嘉　栄勝　　西崎病院　理事長
石川　賀代　　HITO 病院　理事長
谷　明紀　　株式会社善光総合研究所　介護ビジネスサポート部　部長

シンポジウム 4　略歴

座長

富家　隆樹（ふけ　たかき）

医療法人社団富家会　富家病院　理事長・院長

略歴

1991年	帝京大学医学部　卒業
1998年	医療法人社団ふけ会　理事長就任
1999年	医療法人社団富家会富家病院院長就任
2004年	医療法人社団富家会　理事長就任
2006年	社会福祉法人樹会　理事長就任

役　職：日本慢性期医療協会　常任理事・事務局長
埼玉県慢性期医療協会　会長
全国デイ・ケア協会　副会長
地域包括ケア推進病棟協会　理事
日本病院 DX 推進協会　理事
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授

シンポジスト

名嘉　栄勝（なか　ひでかつ）

西崎病院　理事長

略歴

学歴

1997年 3月	国立宮崎医科大学卒業

職歴

1998年 5月	琉球大学附属病院　泌尿器科	入局
1999年 4月	嶺井医院　泌尿器科	勤務
1999年 7月	東京歯科大学市川総合病院　泌尿器科	勤務
2000年 7月	琉球大学医学部附属病院　泌尿器科	勤務
2001年 1月	沖縄県立宮古病院　泌尿器科	勤務
2001年12月	鹿児島県　新村病院　泌尿器科	勤務
2002年 7月	医療法人　以和貴会　西崎病院	勤務
2003年 4月	医療法人　以和貴会　西崎病院	病院長就任
2022年 4月	医療法人　以和貴会　西崎病院	理事長就任

＜現在の活動＞
- 日本慢性期医療協会　理事
- 沖縄県慢性期医療協会　理事
- 沖縄県透析医会　会長

＜所属学会＞
- 日本泌尿器科学会　　専門医
- 日本排尿機能学会
- 日本透析医学会
- 日本慢性期医療協会
- 日本感染症学会

石川　賀代（いしかわ　かよ）

社会医療法人石川記念会　理事長
石川ヘルスケアグループ　総院長
一般社団法人 i shikoku holdings 代表理事

略歴

1992年　3月	東京女子医科大学　卒業
1992年　4月	東京女子医科大学病院　消化器内科　入局
1998年　6月	〃　助手
1999年	大阪大学　微生物学教室　非常勤講師
2002年　4月	医療法人綮愛会石川病院　入職
2010年　4月	〃　理事長 病院長
	※2013 年 4 月より、社会医療法人石川記念会　HITO 病院 へ名称変更
2019年　4月	社会医療法人石川記念会　理事長 石川ヘルスケアグループ　総院長
2023年10月	一般社団法人 i shikoku holdings 代表理事

〈公務〉
日本病院 DX 推進協会　代表理事
日本医療法人協会　副会長
日本社会医療法人協議会　理事
日本リハビリテーション病院・施設協会　理事
日本医療経営学会　理事
医療トレーサビリティ推進協議会　理事
日本医療マネジメント学会　評議員
全日本病院協会　愛媛県支部　副支部長
全日本病院協会　医療 DX 検討委員会　副委員長　等

谷　明紀（たに　あきのり）

株式会社善光総合研究所　介護ビジネスサポート部　部長

略歴

2012年 3月	慶應義塾大学法学部法律学科　卒業
2012年 4月	広島県庁　入職
2022年10月	社会福祉法人善光会　入職
2023年 4月	株式会社善光総合研究所　転籍
2024年 6月	株式会社善光総合研究所　介護ビジネスサポート部　部長　就任

S4-1

生成AIの医療現場での活用はどこまできているのか

西崎病院　理事長
名嘉　栄勝

生成 AI が医療 DX の主役に

日本の医療・介護現場は、超高齢社会の進展と慢性的な人手不足という喫緊の課題に直面している。医療従事者の過重労働は深刻であり、ある調査では医師や研修医の半数以上が週 60 時間から 80 時間以上労働しており、病棟看護職は月平均の超過勤務が 5.1 時間（全体平均）という実態が明らかになっている。このような状況下で、持続可能な医療提供体制を構築するための鍵となるのが、DX（デジタルトランスフォーメーション）である。

なかでも、生成 AI は従来のデジタル化の枠を超え、医療現場に革新的な変革をもたらす「道具」として大きな注目を集めている。単なるデータの電子化や管理に留まらず、自然言語を理解し、人間のように文章やデータを「創造」する能力はこれまで人間の手作業に依存していた多くの定型業務を根本から変え、医療従事者が本来持つ専門性や人間性を最大限に発揮できる環境を創出する。本講演では、慢性期医療に関わるすべての職種の皆様が、生成 AI の活用法を具体的にイメージできるよう、実践的な事例と導入における課題と対策について詳述する。

各業務領域における生成 AI の具体的活用事例

生成 AI はすでに多岐にわたる医療・介護業務で導入され、その効果を実証している。

電子カルテ・事務作業では煩雑な文書作成業務を大幅に効率化する。東北大学病院では、生成 AI の活用により医療文書の作成時間を平均 47% 削減し、恵寿総合病院では退院時サマリーの作成時間を 3 分の 1 に短縮。その他に AI 問診票の導入で初診カルテの下書きを自動作成し、医療スタッフ全体の業務時間を月 100 時間以上短縮する取り組みもある。私の所属する西崎病院でも、電子カルテのサマリーや紹介状作成に生成 AI を活用しており作成時間を短縮する取り組みを進めている。

介護業務では身体的・精神的負担の大きい業務の支援が期待される。排尿予測 AI の導入により夜間巡視を削減のほか褥瘡発生を減らすしくみや、AI ケアプランの活用により要介護改善が向上したと報告がある。

病棟ケアでは HITO 病院では、AI が患者の行動パターンから転倒・転落リスクを予測し、事故防止するシステムが導入されている。祐愛会織田病院ではスマートベッドシステムを導入し、看護師の約 95% が 90 分の仮眠時間を取得できるようになり、夜勤の業務負担を大幅に軽減した。

学会発表や資料作成では生成 AI で論文や研究文献を要約し、文献調査の時間を短縮する。また、「学会発表スライドメーカー」などのツールは、発表内容のテキストから学会発表に適したスライドの骨子を自動で作成し、スライド作成時間を数時間から数分に短縮するサービスも存在する。私の所属する西崎病院でも、会議のスライド資料や議事録作成に生成 AI を活用しており準備作業を大幅に効率化できている。

生成 AI 導入における課題と展望

生成 AI の導入には、倫理的・法的な課題、技術的・コスト的な課題、そして組織的な課題が存在する。特に、患者のプライバシー保護は最も重要であり、個人情報保護法に抵触するリスクがあるため、オンプレミス型 LLM の導入や、個人情報の匿名化、組織的な利用ルールの策定が不可欠である。また、高額な導入・維持コストが障壁となることもあるが、政府の補助金や公的保険適用の拡大が今後期待される。

しかし、これらの課題を克服することで、生成 AI は医療従事者の業務負担を劇的に軽減し、医療の質向上、経営の最適化、そして患者の QOL 向上といった多大なメリットをもたらす。医療・介護の現場において、生成 AI は決して人間の仕事を奪うのではなく、むしろ定型業務から解放された医療従事者が、患者との対話やメンタルケア、病状の細やかな観察など、「人間にしかできない」本質的な業務に集中できる環境を創出していく。

生成 AI は、超高齢社会における医療・介護の未来を拓くための強力な「道具」であり、その力を最大限に引き出すためには、AI を「万能な魔法」としてではなく、人間の判断を補完する「パートナー」として理解し活用することが重要である。

本講演が、慢性期医療に関わるすべての皆様が、自身の専門領域で生成 AI をどのように活用し、未来の「慢性期医療・介護 DX の匠」となるための第一歩を踏み出すきっかけとなれば幸いである。

S4-2

DXによる看護・介護の業務改善 ～現場の変革と未来への展望～

HITO 病院　理事長
石川　賀代

現在、医療・介護機関を取り巻く外部環境は極めて厳しい状況にある。物価上昇による経営コストの増大、少子高齢化の進行による人材確保難、ならびに社会全体で急速に進展するデジタル化および制度改革の影響を受け、従来の組織運営や労働形態のみでは、現場の負担軽減やケア品質の維持が困難となりつつある。このような背景から、限られた経営資源下でも高品質なケアを安定的に提供し続けるための「持続可能な体制構築」が喫緊の課題となっている。その実現に向けて特に重要なのが、現場主導型のデジタルトランスフォーメーション（DX）の推進である。DX は単なる ICT 機器の導入にとどまらず、既存の業務プロセスや職員の業務遂行環境を根本的に見直すことで、人材の能力を最大限発揮しうる新たなケア提供体制の再設計を目指すものである。当院においては、多職種協働セルケアシステム®の導入を通じて、限られた人的・時間的リソースの中でも質の高いケア継続を可能にする手段として活用している。本システムにより、「職員が本来的に注力すべき業務へ集中できる」環境の実現を図っている。また、iPhone 等をキーデバイスとした ICT 基盤の刷新により、業務効率化ならびに多職種連携の高度化を達成し、その結果、看護師の時間外労働を年間 6,000 時間削減した。さらに、グループ全体としては、スマートグラス等先端技術を活用した先進的看護モデルの実証実験や、施設間連携・在宅医療機能強化への取り組みも進めている。加えて、生成 AI 技術を活用した学習支援やサマリー作成支援の各種試行を通して、職員の知能拡張と教育体制整備にも注力している。本発表では、石川ヘルスケアグループにおける看護・介護現場の DX 推進とその改善プロセスについて具体的事例を提示し、慢性期医療・介護領域における医療従事者および患者・利用者双方にとって持続可能な将来像の考察を行う。

S4-3

介護現場におけるテクノロジー導入の実践知
―善光会の実践事例を通じて考える―

株式会社善光総合研究所　介護ビジネスサポート部　部長
谷　明紀

わが国が迎える超高齢社会において、介護現場は今後ますます深刻な人材不足に直面することが予想される。限られた人員体制のなかで、介護の質を維持・向上させつつサービスを継続していくためには、現場の在り方そのものを見直す必要がある。その有効な手段の一つが、テクノロジーの導入である。

本シンポジウムでは、当社のルーツである社会福祉法人善光会における実践をもとに、テクノロジーを活用した介護のあり方や具体的な導入手法、現場での活用プロセスをご紹介する。善光会は、全国に先駆けて介護現場へのテクノロジー導入を推進してきた法人であり、そこで培われたノウハウは、令和６年度の介護報酬改定で創設された「生産性向上推進体制加算」の制度設計にも活かされるなど、業界のモデルケースとして注目されている。

私たちは、「テクノロジーを活用した介護の姿」については、「スマート介護」と呼んでいる。具体的には、高い介護技術とテクノロジー活用スキルを併せ持つ人材を「スマート介護士」と定義し、彼らによる効率的かつ質の高いケアを「スマート介護」と位置づけている。本シンポジウムでは、実践を通じて得られた「スマート介護」の実像についても詳しくご紹介する。

さらに、善光会での取り組みをもとに、現場への導入ステップや導入後の成果についても取り上げる。同法人では、センサーやICT機器を単なる省力化ツールとしてではなく、介護の質を高める手段として活用しており、利用者の状態を「見える化」することで、精緻な判断とケアの個別最適化を実現してきた。

導入に際しては、現場の混乱を避けるためにも、段階的かつ計画的に進めることが重要である。講演では、「ビジョンの共有」や「現状の可視化」といった、組織変革に向けた初動のポイントについても、現場での経験を踏まえて具体的にお伝えしたい。

介護の未来を担う「スマート介護」の実現に向けては、病院・介護施設の双方での取り組みが不可欠である。今回のシンポジウムが、皆様の現場での実践に資する一助となれば幸いである。

特別講演 2〜学会長講演〜

排尿ケアの匠をめざして

◆日　　時：11月7日（金）11:10 〜 12:20

◆座　　長：西尾　俊治　　第 33 回日本慢性期医療学会　学会長

◆演　　者：西尾　俊治　　第 33 回日本慢性期医療学会　学会長
　　久保　亜紀　　東近江健康福祉事務所（東近江保健所）健康危機管理係長

特別講演 2〜学会長講演〜　略歴

座長・演者

西尾　俊治（にしお　しゅんじ）

第 33 回日本慢性期医療学会　学会長

略歴

1979年 3月	愛媛大学医学部卒業
1983年 3月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　助手
1988年 9月 〜1989年8月	イギリス国マンチェスター大学留学（尿路結石発生メカニズムの研究）
1989年 4月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　講師
1998年10月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室　助教授
2002年 4月	愛媛大学医学部附属病院低侵襲手術センター　副センター長併任
2004年 2月	南松山病院　院長
2006年 4月	済生会今治病院　副院長
2011年 4月	南高井病院　院長
	現在にいたる。

1986 年　医学博士取得　日本泌尿器科学会会員
2014 年〜　愛媛県慢性期医療協会　会長
2016 年〜　日本慢性期医療協会　総合診療医認定講座委員会　委員長
　　排尿自立支援研修会　責任者
2018 年〜　日本慢性期医療協会　常任理事

演者

久保　亜紀（くぼ　あき）

滋賀県東近江健康福祉事務所（東近江保健所）
健康危機管理係

略歴

2001.3	大阪大学医学部保健学科卒業
2001.4	滋賀県入庁 南部健康福祉事務所（草津保健所）勤務 結核対策、感染症対策、歯科保健、母子保健等
2004.4	甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所）勤務 難病対策、母子保健、発達障害対策、ひかり協会担当、福祉用具担当等
2007.4	精神保健福祉センター勤務 アルコール依存症対策、薬物依存症対策等

2011.4	県庁　障害福祉課勤務 身体障害者手帳審査、補装具費、重心児施設国庫補助金等
2013.4	県庁　健康寿命推進課勤務 難病対策、臓器移植対策、骨髄バンク、等
2014.4	県庁　障害福祉課勤務 指定難病審査、難病対策、医ケア児通学支援モデル事業等
2018.4	東近江健康福祉事務所（東近江保健所）勤務 脳卒中地域連携パス推進事業、地域リハ推進事業、在宅看取り、 入退院支援ルール評価検討事業、認知症対策、介護予防、精神保健対策、 高次脳機能障害対策等
2021.4	県庁　医療福祉推進課勤務 排尿支援プロジェクト推進事業、訪問看護体制整備、在宅医療介護連携推進事業、入退院支援ルール評価検討事業、地域連携パス推進事業、療養看取り推進事業、 在宅排尿管理推進事業、入退院支援機能強化事業、各種補助金等
2025.4	東近江健康福祉事務所（東近江保健所）勤務 感染症対策、災害医療体制整備事業、救急医療体制整備事業、結核予防対策、 特定家畜伝染病対策、保健師活動統括補佐業務、肝炎対策等

SL2-1

排尿ケアは心のケア～あなたの笑顔を見たい！～

南高井病院　院長
西尾　俊治

排泄問題は深刻であり、便・尿失禁は死ぬほどつらいという報告がある。「排尿ケア」こそ、慢性期医療の極みと考える。「排尿ケア」とは疾病や障害があっても自立した生活を送り、尊厳をもって人生を全うできるように支援すること。どのようにしたら「適切な排尿ケア」をできるか考えてみたい。

1）不要な尿道カテーテル留置は　排尿自立の最大の敵である

排尿自立への大きな壁は不要な尿道カテーテル留置である。2016 年は排尿ケア元年、排尿自立支援加算が算定できるようになった。当院では約 1400 名の入院患者で尿道カテーテルを抜去し、1100 名（約 80%）において抜去できた。不要な尿道留置カテーテルではないかという疑問を抱くことが重要である。

2）適切な排尿ケアをするために（科学的排尿ケアとは）

個々に応じた科学的排尿ケア（自論）が必要である。科学的排尿ケアとはひとりひとりの排尿機能・全身状態を理解し、適切かつ再現性の高い排尿ケアを提供できるようにすることである。まずは排尿日誌を 2 日間つける。排尿回数、夜の回数、膀胱容量、残尿量から 4 つのタイプがわかり、排尿支援方法が決まる。**タイプ 1. 正常膀胱**：尿失禁があるときはトイレ誘導のタイミングを考える。**タイプ 2. 過活動膀胱**：突然尿意をもよおし尿失禁となる。膀胱を大きくする薬を服用し、膀胱訓練、骨盤底筋体操をおこなっていく。**タイプ 3. 低活動膀胱**：膀胱が 500ml 以上と大きくかつ残尿が 50% 以上あると尿路感染症を来す。高熱を伴う時は緊急搬送（高齢者救急）となる場合がある。残尿を減らすための内服薬、導尿が必要である。**タイプ 4. 硬く小さな膀胱**：生活習慣病が大きな原因である。頻尿、尿失禁の改善は難しく、適切に尿失禁パッド、オムツを使用する。

3）夜間頻尿の対策と予防

排尿症状で最も困ることは夜間頻尿であり、40 歳以上の 40% が困っている。夜間頻尿の 3 大原因（夜間頻尿ガイドライン 2024 年改訂版）は **1. 夜間の尿量が多い、2. 膀胱が小さい、3. 不眠**である。夜の尿量が多い原因として飲水量が多いだけでなく、高齢者では下肢の浮腫が原因とされている。昼間は下肢に水が溜まりやすく、就寝すると下肢の水分が心臓に戻り、尿となる。下肢の挙上や下肢を動かすことが有効である。当院のデイサービス利用者（30 名）の調査では利用すると排尿回数は 3.3 回から 2.1 回に減っている。足底の膀胱のツボを刺激すると頻尿が改善するとの論文にヒントを得て、青竹踏みもデイサービスで導入している。セルフケアの推進と生活習慣病の予防が重要な課題である。

排尿自立への「バカの壁」を崩し、「適切な排尿ケア」を実践できることが「**排尿ケアの匠**」と言える。すべての方にうまく排尿ケアはできないかもしれない。まずは優しい言葉と心で接することから始めよう！きっと素敵な笑顔に出会います。

SL2-2

滋賀県における排尿支援
～多職種連携・病診連携・住民啓発の一体的実施～

東近江健康福祉事務所（東近江保健所）健康危機管理係長
久保　亜紀

【目的】
令和元年度に実施した滋賀の医療福祉に関する県民意識調査で、「尿失禁を経験している」者が 25.5% である一方、「年のせいで仕方がない」「治療できるものではない」と考えている者が 64.3% あり、排尿の悩みが適切な相談・受診につながっていない現状があった。
そこで、排尿支援の人材育成・排尿支援ネットワークの普及・県民への情報提供により、県民の QOL の維持向上を目指す取組を実施したので報告する。
【取組】
主な取り組みは以下の通りである。
①多職種で構成する企画検討会議を設置し、PDCA サイクルにて事業を展開した。
②独自作成のテキストによる住民対象の「排尿サポーター養成講座」を 21 回実施。合計 749 名（18/19 市町）が受講し、活用できると回答した割合は 94% と高かった。R5 年度以降、市町・社協等様々な機関が主体的に実施できるよう展開した。
③医療介護従事者を対象とした独自プログラムによる 3 日間の「排尿支援員育成研修会」を実施し、7 圏域中 3 圏域（4 回）で 65 名が受講。フォローアップ研修は 52 名（2 回）が受講した。
④各地域での多職種連携の場での検討を 3 圏域で実施し 183 名が参加した。
⑤モデル地区での病診連携勉強会を 4 回実施し 104 名が参加した。症例検討やミニレクチャーにより排尿管理について学びを深め、専門医との連携の契機となった。
⑥滋賀医科大学による医療介護従事者研修会が 13 実施され 307 名が参加した。参加者の満足度は高く専門医への具体的な相談も活発で、実践に繋がった。
⑦専門医・WOC ナース等「排尿支援リーダー」による情報交換会を 7 回実施し、延べ 283 名が参加した。各所属や地域での取組を共有しモチベーションを高め合った。
⑧排尿障害に関わる医療機関と訪問看護ステーショを調査し、リストを作成して公開した。
⑨職能団体との協働による研修会を 4 回実施し、171 名が受講した。演習では専門職に直接指導を受け質問もでき、参加者の満足度は高かった。
【考察】
(1) 相談支援体制の充実 (2) 病診連携の強化 (3) 支援の質の向上 (4) セルフケア能力の向上を目指して取り組みを進めた。
(1) のためには、①排尿ケアの視点を持った他職種連携②困ったときに相談できる地域の体制が必要である (2) には、医療介護関係者が必要な治療・ケアを学び顔をつなぐ場を、継続的に提供することが必要である (3) では、大学・保健所・職能団体等が中心となり、各圏域のニーズに合わせて実施することが必要である (4) のためには、多機関が目的を共有し、様々な事業・機会を活用することが必要である。
【結論】
県民だれもが気持ちよく排泄できることによる QOL の維持向上をめざすためには、上記 4 つを目指した取組を多職種多機関で一体的に推進することが重要である。

シンポジウム 5

認知症ケアの匠をめざして

◆日　　時：11月7日（金）13:40 ～ 15:20

◆座　　長：山口　晴保　　群馬大学　名誉教授

◆基 調 講 演：田中　志子　　内田病院　理事長

◆シンポジスト：阪口　英夫　　陵北病院　副院長

シンポジウム５　略歴

座長

山口　晴保（やまぐち　はるやす）

群馬大学・名誉教授

略歴

1976 年群馬大医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、1980 年に卒業（医学博士）。同年神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始して以降、病態解明を目指して脳 β アミロイド沈着機序をテーマに 30 年にわたって研究を続けた。1986 年に群馬大医療短大助教授、1993 年に同教授。1996 年に改組で群馬大学医学部保健学科教授。2011 年 4 月より組織替えで群馬大学大学院保健学研究科・教授。認知症の診療術、認知症のリハビリテーション、介護予防、群馬県内の地域リハビリテーション連携システム作りなどに注力した。2016 年 10 月から認知症介護研究・研修東京センター・センター長で、認知症の正しい理解と適切なケアの普及に尽力している。2023 年 6 月末にセンター長退任。その後、常勤職なし。2024 年 4 月福島県立医大臨床研究イノベーションセンター・特任教授に就任（非常勤）。

資格・専門領域等

医師、専門は認知症の実践医療・リハビリテーション・ケア
日本認知症学会専門医

著書

①「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう－」4 版、協同医書出版 2023
②「認知症ポジティブ：脳科学でひもとく笑顔の暮らしとケアのコツ」協同医書出版、2019
③「認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣」3 版、協同医書出版、2020
④「楽になる認知症ケアのコツ：本人も家族もそろって笑顔に」、技術評論社, 2015
⑤「紙とペンでできる認知症診療術：笑顔の生活を支えよう」. 協同医書出版、2016
⑥「身体拘束ゼロの認知症医療・ケア～大誠会スタイルの理念と技術」、照林社、2020
⑦「認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣～初期集中支援チームの実践 20 事例に学ぶ」協同医書出版、2017
⑧「認知症の人の主観に迫る～真のパーソン・センタード・ケアを目指して」協同医書出版、2020
⑨「認知症ケアの達人をめざす-予兆に気づき BPSD を予防して効果を見える化しよう-」協同医書出版、2021
⑩「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学 20 講－人のつながりを支える脳のしくみ－」協同医書出版、2023

活動

・日本認知症学会・名誉会員
・ぐんま認知症アカデミー・名誉会員

基調講演

田中　志子（たなか　ゆきこ）

医学博士
医療法人大誠会・社会福祉法人久仁会理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院　センター長
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
群馬大学医学部臨床教授

略歴

1991年	帝京大学卒業
2004年	介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007年	社会福祉法人久仁会 理事長
2009年	群馬大学大学院修了
2010年	医療法人大誠会 副理事長
2011年	同 理事長
2023年	同 理事長・内田病院 院長

【主な資格】
日本内科学会総合内科専門医、
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

シンポジスト

阪口　英夫（さかぐち　ひでお）

医療法人永寿会　陵北病院　副院長

略歴

学歴

1989年	東北歯科大学（現奥羽大学）歯学部　卒業
2014年	東京医科歯科大学（現東京科学大学）医歯学総合研究科　卒業 歯学博士

職歴

1992年	医療法人尚寿会　大生病院　歯科　勤務
2014年	医療法人永寿会　陵北病院　歯科診療部　歯科診療部長
2018年	医療法人永寿会　陵北病院　副院長

教育歴

1999年	東京医科歯科大学歯学部　高齢者歯科学講座　非常勤講師（兼務）
2005年	明海大学　歯学部　社会健康科学講座　口腔衛生分野　講師（兼務）
2006年	奥羽大学　歯学部　高齢者歯科学講座　講師（兼務）
2025年	福岡県立九州歯科大学　歯学部　生化学講座　講師（兼務）

役員

日本老年歯科医学会　理事　　日本病院歯科口腔外科連絡協議会　幹事
日本口腔ケア学会　評議員　　日本摂食嚥下リハビリテーション学会評議員
社会歯科学会　評議員

厚生労働省医政局　歯科衛生士の業務に関する検討会　構成員
日本歯科医学会 「口腔ケアに関する検討委員会」委員
日本老年歯科医学会　社会保険委員会　委員長
日本老年歯科医学会　歯科衛生士関連委員会委員
日本慢性期リハビリテーション協会　摂食嚥下委員会　委員長

資格

日本老年歯科医学会　専門医　指導医
日本口腔ケア学会　指導者

著書

『要介護高齢者の口腔病変アトラス（ヒョウロン・パブリッシャーズ，2023 年）』（単著）
『はじめて学ぶ非経口摂取患者の口腔衛生管理（医歯薬出版株式会社，2021 年）』（共著）
『解説 口腔ケアと摂食・嚥下リハビリテーション―基本から実践まで（口腔保健協会，2010 年）』（共著）

S5-SL

身体拘束最小化大作戦、認知症におけるACP

医療法人大誠会　理事長
田中　志子

大誠会グループは群馬県沼田市に本拠を置き、医療・介護・福祉を横断する複合法人として地域包括ケアを具現化してきた。医療部門は内科・整形外科等を軸に、認知症専門外来と訪問診療も展開している。介護部門は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、通所リハビリテーション等を擁し、訪問看護・訪問介護サービスと高齢者向け住宅を併設し、住み慣れた環境での生活維持と自立支援を一貫して担う体制を整備している。また、障がい者・子ども支援部門では、児童発達支援事業、放課後等デイサービス、就労支援プログラム、家族相談窓口を運営し、障がい児とその家族が安心して暮らせる拠点「いきいき未来のもり」を形成。第2の複合施設「SONATARUE」は天然温泉、レストラン、カフェ、ジム、地域交流スペースを併せ持ち、高齢者・障がい者だけでなく地域住民や観光客にも開かれたコミュニティハブとして機能する。これら四つの部門を連携させることで、予防・治療・生活支援を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを確立している。

今回のシンポジウムでは、大誠会グループが長年の経験から築き上げた「身体拘束ゼロ」と「パーソン・センタード」の二本柱による認知症ケア手法「大誠会スタイルの認知症ケア」を紹介する。ケア開始にあたっては、聴力・視力・表出(言語・身ぶり)・理解・精神状態の五要素をアセスメントし、その人に最適なコミュニケーションツールを組み合わせて意思疎通の成功体験を重ねる。環境面では居室・共用スペースの照明や動線を利用者の特性に合わせて最適化し、ベッド配置や動線、視覚サインをも個別対応し効果的に配置することで転倒や混乱を防ぐ空間づくりを徹底する。

対人支援では「されて嫌なことはしない」「どうしたいか、どうして欲しいかを聴く」を行動指針に、一方的な指示や強制的なケアを排除し、できる限り利用者の拒否サインや微細な声・表情の変化を見逃さないことを目指している。これは認知症の人の意思決定支援でもあり、私たちはアドバンスライフプランニングと呼んで、その人の「想い」をしっかりと受け止めることが大切であると考えている。加えて、脳活性化リハビリの五原則（興味喚起・自己選択・成功体験の反復・社会的交流・身体的活性）を日常ケアに統合し、認知症を肯定的に捉え、本人支援を行うことで行動・心理症状（BPSD）も予防する。

大誠会スタイルの認知症ケアは、AMED助成による三年間の研究にて、NPI-Qを用いたBPSD評価とタイムスタディによるスタッフ関与量を定量化。入院時と一週間後を比較したところ、8割以上の症例でBPSD軽減を確認し、統計的に有意な改善を得た。これらの手法はケアマニュアルとして体系化され、他施設への導入実証試験でも身体拘束率の大幅低減とケア品質向上を実証、再現性と普及可能性を担保している。

おわりに認知症があってもなくても生きがいがあり大切にされる居場所があることで認知症の方も地域住民として生活ができると考え支援を続けたい。

S5-1

食事支援のこつ

陵北病院　副院長
阪口　英夫

認知症をもつ高齢者では、病状が進行してくると喫食状況の安定が失われてくる事例が増えていきます。食事をする能力は先天的にもっているものではなく、後天的に獲得していく能力であるため、認知症が進行してくると嚥下状態は良好であっても、食事の摂取状況が不安定になることが増えると考えられています。そのような事例で経管栄養にせず、最後まで経口摂取を継続させるには、食事形態の調整や介助・提供方法の工夫、また環境などを調整するなど、多方面にわたる取り組みが必要になります。特に先行期～準備期の異常が多いと言われる認知症患者の病態では、医科歯科連携に加え、看護・リハビリ・栄養、そして口腔管理をする歯科衛生士の役割が大変重要になると考えます。今回のシンポジウムでは、私たちの経験からどのような取り組みが功を奏してきたかの報告をしつつ、「認知症ケアの匠」をめざして、皆さんと考えていく機会を頂ければと思います。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域包括医療病棟の現状と課題

◆日　　時：11月7日（金）10:20 ～ 12:20

◆座　　長：小山　秀夫　　社会医療研究所　所長
　　仲井　培雄　　地域包括ケア推進病棟協会　会長

◆基 調 講 演：西嶋　康浩　　厚生労働省　医政局地域医療計画課長

◆シンポジスト：塚田　信廣　　東京都済生会向島病院　院長
　　横倉　義典　　ヨコクラ病院　院長

地域病病連携推進機構シンポジウム　略歴

座長

小山　秀夫（こやま　ひでお）

社会医療研究所所長
医療福祉学　博士
兵庫県立大学・藤田医科大学・朝日大学・佐久大学客員教授

略歴

上智大学大学院博士後期課程を経て 1980 年厚生省病院管理研究所医療管理部研究員採用、1992 年国立医療・病院管理研究所　医療経済研究部長、2002 年厚生労働省試験研究機関再編に伴い、国立保健医療科学院経営科学部長、2006 年静岡県立大学経営情報学部教授、同学部長等を経て 2010 年兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授、2021 年同大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授（兵庫県立大学名誉教授）。2022 年佐久大学人間福祉学部特任教授など歴任。
2020 年 1 月より社会医療研究所所長として月刊『社会医療ニュース』を発行、 2025 年 8 月に創立 50 周年。特定非営利法人日本介護経営学会副会長・（一社）日本病院 DX 推進協会理事・（一財）竹田健康財団竹田綜合病院理事・（一社）日本医療・病院管理学会監事・（一社）日本健康・栄養システム学会および（社）日本臨床看護マネジメント学会の事務局長等を引き受けています。

仲井　培雄（なかい　ますお）

医療法人社団和楽仁　芳珠記念病院　理事長

略歴

1985年	自治医科大学医学部卒
1987年	舳倉島（へぐらじま）診療所長
1988年	白峰村（しらみねむら）診療所長
1989年	金沢大学附属病院第 2 外科入局、以降石川・富山両県の主要病院に勤務
1999年	医療法人社団 和楽仁（わらに）芳珠（ほうじゅ）記念病院外科部長
2001年	医療法人社団 和楽仁　副理事長
2004年	医療法人社団 和楽仁　理事長
2012年	社会福祉法人 陽翠水（ひすいすい）　理事長、ほうじゅグループ代表
2014年	地域包括ケア病棟協会（現 地域包括ケア推進病棟協会）初代会長

◆主な役職：
・一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会　会長
・一般社団法人 日本慢性期医療協会　常任理事
・一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
・日本リハビリテーション医学教育推進機構　学術理事
・日本在宅救急医学会　理事
・一般社団法人 日本地域医療学会　副理事長
・一般社団法人日本医療・病院管理学会　理事
・日本病院団体協議会　議長（2024.4～2025.3）（代表者会議・診療報酬実務者会議　メンバー）

・地域医療を守る病院協議会　メンバー
・公益社団法人日本医療機能評価機構 評価事業運営委員会 委員
・厚生労働省　医薬・生活衛生局「高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ」委員（2017.8～2019.5）
・厚生労働省　老健局「介護保険総合データベースに格納するデータの第三者提供に関する有識者会議」委員（2018.3～2020.6）
・厚生労働省　保険局医療介護連携政策課「国保データベース（KDB）を用いた医療・介護連携に係る地域の特色に関する調査研究」検討会 委員
・厚生労働省　令和４年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健増進等事業分）「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」検討委員会副委員長
・厚生労働省　老健局　令和４年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健増進等事業分）「介護老人保健施設の目的・特性を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業」班員
・厚生労働科学研究「患者のケア移行に伴う薬剤師間の情報連携の現状課題の把握とその解決に向けた調査研究」研究協力者（2024.4～）
・石川県医療計画推進委員会地域医療構想策定部会 委員
・石川県病院協会　理事
◆主な資格：日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会指導医・専門医。いしかわ技術経営（MOT）スクール修了。

基調講演

西嶋　康浩（にしじま　やすひろ）
厚生労働省　医政局地域医療計画課長

略歴

【学歴】

2002年 3月	山口大学医学部　卒業

【主な職歴】

2009年 8月	国立循環器病研究センター政策医療企画課長
2012年 8月	厚生労働省健康局疾病対策課長補佐
2014年 7月	厚生労働省医政局救急・周産期医療等対策推進室長
2015年10月	厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長
2018年 8月	厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
2020年 8月	岡山県保健福祉部長
2022年 7月	厚生労働省健康局移植医療対策推進室長
2023年 5月	厚生労働省健康局がん・疾病対策課長
2023年 9月	厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長（組織改編）
2024年 7月	厚生労働省医政局医事課長
2025年 7月	厚生労働省医政局地域医療計画課長

シンポジスト

塚田　信廣（つかだ　のぶひろ）

東京都済生会向島病院　院長

略歴

1981年	慶應義塾大学医学部卒業、医師国家試験合格
1985年	慶應義塾大学院医学研究科内科学（消化器内科）修了
1985年	慶應義塾大学医学部内科学助手、東京歯科大学市川病院内科学講師
1987年	カナダ、トロント大学医学部留学
1990年	日本鋼管病院内科医長
1998年	東京都済生会中央病院内科医長
2005年	東京都済生会中央病院内科部長
2010年	東京都済生会中央病院副院長
2018年 4月	東京都済生会向島病院副院長
2018年10月	東京都済生会向島病院院長　　支部東京都済生会常務理事

1988 年　学位取得　医学博士

資格
日本内科学会　　認定医・総合内科専門医・指導医
日本消化器病学会　　専門医・指導医
日本肝臓学会　　認定専門医・指導医
日本消化器内視鏡学会　　認定専門医・指導医
日本消化管学会　　胃腸科専門医・指導医
日本がん治療認定医機構　がん治療認定医
人間ドック健診専門医・指導医
日本抗加齢医学会専門医

横倉　義典（よこくら　よしのり）

ヨコクラ病院　院長

略歴

2000年 3月	久留米大学医学部卒業
2008年 3月	久留米大学大学院医学研究科卒業
2009年 4月	ドイツ連邦共和国ミェンスター大学血管外科 聖フランシスコ病院留学
2010年 4月	医療法人弘恵会ヨコクラ病院勤務
2015年12月	医療法人弘恵会ヨコクラ病院　院長
2016年 5月	福岡県私設病院協会　理事
2016年 6月	大牟田医師会　理事
2018年 6月	福岡県病院協会　理事
2020年 6月	福岡県医師会　理事

2024年 6月	日本在宅療養支援病院協議会　副会長
2025年 6月	全日本病院協会　常任理事
2025年 6月	日本医療法人協会　理事

RDS-SL

包括期入院医療はどうあるべきか

厚生労働省　医政局地域医療計画課長
西嶋　康浩

RDS-1

東京下町に所在する内科系病院での導入事例 ―地域包括医療病棟届出の取り組み、現況と課題

東京都済生会向島病院　院長
塚田　信廣

2024 年 10 月から地域包括医療病棟（医療病棟）の届出を行い運用している。導入に向けての取り組みと現況、課題について紹介する。
東京都済生会向島病院は、墨田区に所在し、病床数は 102 床、全国 83 の済生会病院のうち病床規模で下から 8 番目の地域密着型の出来高算定病院である。①常勤医師数 17 名、うち 13 名が内科医、いわゆる内科系病院②入院患者の約 8 割が 70 歳以上③緊急入院が 7 割④施設・近隣医療機関からの転送・入院が 2−3 割⑤機能強化型在宅療養支援病院（連携型）、開放型病院⑥生活困窮（社会的支援を必要とする）者支援（無料低額診療：令和 6 年度　17.25％）⑦チーム医療・多職種連携の歴史と組織風土⑧管理栄養士 11 名所属、などの特徴がある。
当院の果たすべき役割として①かかりつけ医機能②中等（度）症までの急性期疾患、亜急性期、後急性期対応③高齢者の生活機能の改善・向上・維持④在宅療養の支援⑤生活困窮者の支援、の 5 つを大きな柱として掲げ、数年来環境設定を進めてきた。
102 床の内訳は、急性期一般病床 4（39 床）、地域包括ケア病床 1（51 床）、地域包括ケア病床 2（12 床）であり、全ての病床を看護配置 10：1 で対応していた。地域包括ケア病床 1（51 床）を医療病棟への転換対象病棟として、2024 年 4 月から 9 月までの 6 ヶ月間を実績づくりの準備期間として 10 月に届出を行なった。
施設基準の中で、当初困難に思われたものは、休日を含めた全日のリハビリテーション提供体制の構築と医療・介護必要度の安定した達成であったが、リハビリテーション科職員の休日出勤体制への変更など全面的な協力があり、必要度についても医師、看護師などを対象に勉強会を実施し、施設基準取得への理解を求めた。包括ケア病棟から医療病棟への転換だったため緊急入院の増加、病床回転速度の増加などの環境変化に対して現場スタッフへの配慮が必要だった。
医療病棟届出後、 特に数ヶ月の間は、 3 種類の病床を機能的かつ効率的に運用することができなかった。医療病棟の入院単価は想定通りだったが、一方、施設基準を過剰に意識するあまりの在院日数の極端な短縮、そのための病床稼働率の低下、縛りの少ない急性期一般病床 4 から 6 への変更などを行い、また急性期一般病床数と転床先としての地域包括ケア病床数の比率の問題などで総稼働額は低迷した。
高齢患者の独居、老老介護、生活・認知機能低下などによる入院期間延長も多く、また当院は元来、済生会故に社会的支援を必要とする患者が多い。病状、社会的背景、各病棟の施設基準を見据え、俯瞰的に病床を管理して、入退院調整、在宅への復帰を図る必要がある。現在のシステムでは患者・病床の即時かつ精緻な施設基準情報の取得は困難で、入院病床選択や調整など病床運営の判断はアナログ的、かつ属人的スキルに頼っていることが大きな課題であり、その解決が早急に求められる。

RDS-2

求められる高齢者救急の受け皿とは

社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院　院長
横倉　義典

当院は高齢過疎地域に立地するケアミックスの病院である。令和６年度の診療報酬改定で登場した地域包括医療病棟に対しては、高齢者の救急搬送の受け皿が期待されているとの認識を持っていたため当地域では必要な病床と考え急性期病棟の一部を改変し対応した。地域包括医療病棟の概要が判明したとき、その施設基準が厳しく全国で否定的意見が多かった。当院でも基準を満たせるかどうか試算をしたがギリギリのところでの挑戦というレベルで導入に踏み切った。導入して医業収入や病床運用の面では良い点もあったが、実際の運用では入院時の病棟選定など外来、病棟、医事課等関連する部署全てで細かな対策を散りばめて実績クリアを重ねなければならない。そもそも地域包括医療病棟の施設基準では高齢者に多い内科系疾患のみでの受け入れが難しいため単純に高齢者救急の受け皿になるとは思えず、外科系に重きを置いている現在の医療看護必要度からは脱却が必要だと感じている。
また、新たな地域医療構想等で課題とされている高齢者の救急搬送は地域の病院に受け入れる役割が期待されている。救急搬送には少なくない軽症患者が含まれており、高齢者特有の肺炎や尿路感染症といった病状への対応は急性期基幹病院が対応するのではなく地域の病院が対応する時代になった。救急医療も決して全てに特殊な知識や技術が必要な訳ではない。基本的な対応で受け入れできる救急搬送患者も一定数いるため、 それらの受け入れをどう上手くやるかが今後の地域病院の存在意義につながると考えている。
一方で、現状で高齢者救急の受け入れが期待されている地域包括医療病棟への転換は、患者の医療看護必要度が必要なためスタッフの体制構築が重要である。特に看護師は制度上は数として計算されるが、実際は病棟種別で業務の中身が変わるため皆が同じ仕事をしている訳ではない。救急を受け入れていなかった病院にとって、救急対応を考えるとスタッフの負担と不安は高くなる。しかし前述したように医療度がそれほど高くない搬送患者は一定数おり、それらをしっかり対応するべくスタッフの意識改革を進めて受け入れ態勢を構築する必要がある。そして地域包括医療病棟には、高齢者の救急を受け入れる病院の努力が評価される病床となることを期待する。