

神奈川県病院学会誌

第44号

「新たな地域医療構想」と病院の将来
～2040年に向けた地域医療（・介護）のこれからを考える～

(2025年10月15日 実地開催)

公益社団法人 神奈川県病院協会

学 会 長 挨拶



公益社団法人神奈川県病院協会
会長 吉田 勝明
(第44回神奈川県病院学会 学会長)

公益社団法人神奈川県病院協会会長の吉田でございます。

はじめに、2025年10月15日に開催した第44回神奈川県病院学会にご支援・ご協力いただきました皆様方に心より感謝申し上げます。

学会当日は本当にお忙しい中、多くの方にお集まりいただきまして、ありがとうございました。また、44年間にわたって、この学会を継続して開催されてこられた先輩方に改めて感謝の意を感じているところでございます。

病院は多職種連携のチームでございます。今回の一般演題では、色々な職種から、そして決して難しい話ではなくて、病院の臨床に直結した話が多く、明日から病院の診療に役立つような内容ばかりだったと感じております。

また、今回も24団体と多くの協力団体に参加していただきました。色々な職種の団体が色々な形で、皆が病院運営のため、そして、神奈川県民のためにしっかりやっっていこう、このような姿勢が表れていたと感じました。

ここに当日の貴重な発表を、学会誌として取りまとめましたので、ご参考にして頂ければ幸いです。

2026年2月

第 44 回 神奈川県病院学会

目 次

開催概要	1
会場写真	3
プログラム	11
来賓挨拶	23
特別講演	
新たな地域医療構想と病院の将来	尾形裕也 25
シンポジウム発表	
「新たな地域構想」と臨床現場における現状と取組	
急性期病院の立場から	稲瀬直彦 50
新たな地域医療構想と病院現場における現状と取り組み	
一包括期、慢性期に関して一	鈴木龍太 63
精神科医療と地域医療構想	山口哲顕 74
シンポジウム意見交換	85
一般演題（口演発表）	
① 自宅退院が叶わず施設退院が決定した患者への関わり	
～肯定的な受容のための言葉かけ・姿勢について～	小笠原夏月 91
② 褥瘡発生をしない・させない！皆で取り組む予防策	
～関節可動域訓練とポジショニングによる褥瘡予防～	石渡明子 94
③ 医療療養病院における摂食機能療法の取り組みと成果	内田陽子 98
④ 栄養情報連携料算定の取り組み	西江あみ 101
⑤ 平均寿命日本一 川崎市麻生区を支える麻生総合病院の挑戦	
～地域包括医療病棟の導入による医療・経営の質向上～	漆原義寛 102
⑥ RPAを使った働き方改革～医療秘書科の取り組み～	青山美佳子 106
⑦ 内科系病院における地域包括医療病棟への関心と展望	高崎祐樹 107
⑧ 顔の見える連携を活かす	
～鶴巻温泉病院の高齢者医療への取り組み～	伊勢正輝 115
⑨ 社会的課題に向き合う病院の役割	
～頻回入院患者の一事例にみる「社会的処方」の実践から～	小原由里 117
⑩ MSW の役割と基本姿勢を再認識した 1 事例	千葉沙織 122

⑪ 骨密度検査における私服での検討	三 枝 礼 紀	124
⑫ 全入院患者への嚥下評価体制の構築と実践報告 ～嚥下センター構想に向けた取り組み～	伊 藤 涼 花	128
⑬ 集団リハビリを中心としたリハビリ介入の取り組みについて	齋 藤 翼	129
⑭ 入院支援外来における薬剤師の周術期リスクへの介入 ～市販薬を含む薬剤管理と 将来的な地域連携・情報共有に向けて～	白 田 昌 弘	130
⑮ 災害時に有効な情報共有を目指して！ ～2024年度神奈川県病院薬剤師会 災害時被災状況報告訓練～	野 村 恭 子	134
⑯ 当院における Romidepsin 療法の初回コース時の悪心の発生状況	行 谷 真 波	138

一般演題（ポスター発表）

① DX化がもたらす働き方改革 ～業務負担軽減と残業時間削減への効果～	久保田 竜 也	144
② 介護老人保健施設へ退院支援をする際の 医療・介護間の現状と課題	松 原 麻 子	145
③ これからを見据えた回復期リハビリテーションにおける 理学療法評価フィードバック体制の構築	新 井 龍 一	146
④ 地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して ～利用者の想いと生活に寄り添って～	坂 部 尚 子	148
⑤ 当院における腎臓リハビリテーションの取り組み	鳥 海 真理子	149
⑥ 学会・論文発表の質的向上を目指す取り組み	越 智 良 明	150
⑦ 採用抗菌薬の見直しが促す処方行動の変化と地域医療への波及効果	岡 村 秀 行	151
⑧ 地域包括ケア病棟における退院に向けた食支援の検討	三 宅 利 恵	152
⑨ 認知症専門病院における家族の困り事の実態とその対応 —A病院における看護相談外来の実態より—	村 山 由 子	153
⑩ 行動制限最小化に向けての取り組み ～拘束指示数、拘束使用者数データの見える化を 進めての考察、今後の課題～	加 賀 陽 一	155
⑪ 身体拘束の必要性への認識と解除経験に関する調査： J-PRUQを用いた回復期病棟看護師の分析	高 橋 麻衣子	156
⑫ 器質性精神障害のある患者のストーマ管理 —個別性を考慮した継続支援—	大 平 浩 泉	157
⑬ 外科外来における継続看護の取り組み	原 美 鈴	158
⑭ 退院促進に向けた多職種協働	高 野 寿 子	159
⑮ 地域とともに取り組む感染対策 —感染管理認定看護師相談窓口を開設して—	矢 野 ゆう子	160

編集後記		161
協力団体		162

第44回神奈川県病院学会開催概要

1. 開催状況

2025年10月15日(水) 13:00～18:00

「ホテル・ザ・ノット ヨコハマ」において現地開催

2. 参加状況

・会場参加者数 250人

3. 学会長表彰者

優秀演題表彰者(一般演題 口演発表)

氏名	施設名	演題名
内田 陽子 (看護師)	高台病院 (看護師長)	医療療養病院における摂食機能療法の取り組みと成果
漆原 義寛 (事務)	麻生総合病院 (事務部)	平均寿命日本一 川崎市麻生区を支える麻生総合病院の挑戦 ～地域包括医療病棟の導入による医療・経営の質向上～
伊藤 涼花 (言語聴覚士)	港南台病院 (リハビリテーション課)	全入院患者への嚥下評価体制の構築と実践報告 ～嚥下センター構想に向けた取り組み～

優秀演題表彰者(一般演題 ポスター発表)

氏名	施設名	演題名
新井 龍一 (理学療法士)	横浜鶴見リハビリテーション病院 (リハビリテーション技術科)	これからの見据えた回復期リハビリテーションにおける理学療法評価フィードバック体制の構築
坂部 尚子 (理学療法士)	クローバーヴィラ(クローバーホスピタル) (リハビリテーション部)	地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して ～利用者の想いと生活に寄り添って～
原 美鈴 (看護師)	横須賀共済病院 (一般外来)	外科外来における継続看護の取り組み

4. 学術委員

学会長（会長）

吉田 勝明 横浜鶴見リハビリテーション病院長

委員長（副会長）

長堀 薫 横須賀共済病院長

常任理事

沼田 裕一 横須賀市立総合医療センター管理者

高野 靖悟 相模原協同病院名誉院長

三角 隆彦 済生会横浜市東部病院院長

理事

小澤 幸弘 三浦市立病院総病院長

神谷 周良 よこはま港南台地域包括ケア病院院長

廣瀬 憲一 広瀬病院理事長

事業委員

玉井 拙夫 神奈川県予防医学協会消化器検診部部长

佐野 晴美 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会会長

藤井 理恵薫 神奈川県栄養士会医療事業部会長

早川 みつほ 神奈川県看護協会常務理事

土田 賢一 神奈川県公衆衛生協会理事

神保 武則 神奈川県作業療法士会長

土志田 務 神奈川県精神保健福祉士協会会長

山田 裕之 神奈川県病院薬剤師会長

田島 隆人 神奈川県放射線技師会長

内田 賢一 神奈川県理学療法士会長

佐藤 泰之 神奈川県臨床検査技師会長

大石 竜 神奈川県臨床工学技士会長

梅田 弘之 全国病院理学療法協会神奈川県支部執行委員長

（2025年10月15日現在）

5. 運営内容及び運営協力職員一覧

区分	運営内容	運営協力職員		
ステージ係	・司会者・座長等の補助	県臨床工学技士会	門松 豊	及川 陽平
進行係	・発表時間のチェック ・時間の合図	県栄養士会医療事業部会 県病院薬剤師会 県臨床検査技師会	唐木 由喜 坪谷 綾子 蓮沼 裕也	依田理恵子 小杉 満孝 鈴木 孝夫
受付係	・参加者及び関係者の受付 ・資料渡し	県看護協会	藤波富美子 大平 了子	野村志津枝
会場案内係	・出席票記入案内	全国病院理学療法協会県支部	小堺 文明	
演者係	・演者名確認・記念品渡し ・座長演者打合せ対応	県精神保健福祉士協会	出川 桃佳	伊藤 洋
会場係	・会場の設営 ・会場内対応 ・参加者の誘導	県作業療法士会 県理学療法士会	神保 武則 木村 充広	
パソコン・マイク係	・パソコンの操作、説明 ・録音の操作 ・質問者へのマイク渡し	県医療ソーシャルワーカー協会	木戸 昂明	宮本 竜也
写真係	・写真撮影	県放射線技師会	木本 大樹	

第44回神奈川県病院学会写真

開 会



総合司会 三角 隆彦 常任理事



開会の辞 長堀 薫 副会長



学会長挨拶 吉田 勝明 会長

来 賓 挨 拶



足立原 崇 神奈川県健康医療局 局長



鈴木 紳一郎 神奈川県医師会 会長

特別講演



尾形 裕也 先生



シンポジウム



菅 泰博 座長



シンポジスト発表 稲瀬 直彦 先生



シンポジスト発表 鈴木 龍太 先生



シンポジスト発表 山口 哲頭 先生



シンポジウム意見交換

一般演題（口演）



一般演題（口演） 稲瀬 直彦 座長



一般演題（口演）① 小笠原 夏月 先生



一般演題（口演）② 石渡 明子 先生



一般演題（口演）③ 内田 陽子 先生



一般演題（口演）④ 西江 あみ 先生



一般演題（口演）⑤ 漆原 義寛 先生



一般演題（口演）⑥ 青山 美佳子 先生



一般演題（口演）⑦ 高崎 祐樹 先生



一般演題（口演）⑧ 伊勢 正輝 先生



一般演題（口演）⑨ 小原 由里 先生



一般演題（口演）⑩ 千葉 沙織 先生



一般演題（口演）⑪ 三枝 礼紀 先生



一般演題（口演）⑫ 伊藤 涼花 先生



一般演題（口演）⑬ 齋藤 翼 先生



一般演題（口演）⑭ 白田 昌弘 先生



一般演題（口演）⑮ 野村 恭子 先生



一般演題（口演）⑯ 行谷 真波 先生

一般演題
(ポスター)



一般演題（ポスター）小澤 幸弘 座長



一般演題（ポスター）① 久保田 竜也 先生



一般演題（ポスター）② 松原 麻子 先生



一般演題（ポスター）③ 新井 龍一 先生



一般演題（ポスター）④ 坂部 尚子 先生



一般演題（ポスター）⑤ 鳥海 真理子 先生



一般演題（ポスター）⑥ 越智 良明 先生



一般演題（ポスター）⑦ 岡村 秀行 先生



一般演題（ポスター）⑧ 三宅 利恵 先生



一般演題（ポスター）⑨ 村山 由子 先生



一般演題（ポスター）⑩ 加賀 陽一 先生



一般演題（ポスター）⑪ 高橋 麻衣子 先生



一般演題（ポスター）⑫ 大平 浩泉 先生



一般演題（ポスター）⑬ 原 美鈴 先生



一般演題（ポスター）⑭ 高野 寿子 先生



一般演題（ポスター）⑮ 矢野 ゆう子 先生

学会長表彰



学会長表彰（一般演題）



閉 会



閉会の辞 小澤 幸弘 理事

第44回神奈川県病院学会 プログラム

メインテーマ

「新たな地域医療構想」と病院の将来
～2040年に向けた地域医療（・介護）のこれからを考える～

日時：2025年10月15日(水)
13:00～18:00

会場：ホテル・ザ・ノット ヨコハマ
横浜市西区南幸2-16-28
現地開催(Web配信はありません)

主催：公益社団法人神奈川県病院協会

学会長：神奈川県病院協会 会長 吉田 勝 明

学術委員長： // 副会長 長 堀 薫

協力団体：(公社)横浜市病院協会
(公社)川崎市病院協会
(公社)相模原市病院協会
三浦半島病院会
鎌倉市医師会病院会
湘南病院協会
湘南西部病院協会
厚木病院協会
大和・高座病院協会
小田原医師会病院会
足柄上病院会
神奈川県医療専門職連合会
(一社)神奈川県医療ソーシャルワーカー協会
(公社)神奈川県栄養士会医療事業部会
(公社)神奈川県看護協会
神奈川県公衆衛生協会
(一社)神奈川県作業療法士会
(一社)神奈川県精神保健福祉士協会
(公社)神奈川県病院薬剤師会
(公社)神奈川県放射線技師会
(公社)神奈川県理学療法士会
(一社)神奈川県臨床検査技師会
(公社)神奈川県臨床工学技士会
(公社)全国病院理学療法協会神奈川県支部

プログラム・目次

時 間	会 場	内 容	<掲載ページ>
13:00～ 13:10	2階 キング& クイーン	開会 ・総合司会 三角 隆彦 常任理事 ・開会の辞 長堀 薫 副会長 ・学会長挨拶 吉田 勝明 会長 ・来賓挨拶 足立原 崇 神奈川県健康医療局長 鈴木 紳一郎 神奈川県医師会長	
13:10～ 14:00		【特別講演】 ○「新たな地域医療構想と病院の将来」 九州大学名誉教授 尾形 裕也 氏	<1ページ>
14:00～ 15:20		【シンポジウム】 「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組 1 シンポジスト発表 ・「新たな地域構想」と臨床現場における現状と取組 急性期病院の立場から 平塚共済病院院長 稲瀬 直彦 氏 ・「新たな地域医療構想と病院現場における現状と取組 組み—包括期、慢性期に関して—」 横浜新緑総合病院理事長兼院長 鶴巻温泉病院名誉院長 鈴木龍太 氏 ・「精神科医療と地域医療構想」 港北病院理事長兼院長 山口 哲頭 氏 2 特別講演講師及びシンポジストによる意見交換	<2ページ>
15:20～ 15:30	休憩		
15:30～ 17:30	2階 キング& クイーン	一般演題 口演発表(16 演題予定)	<6ページ>
	3階 ハート	一般演題 ポスター発表(15演題予定)	<8ページ>
17:30～ 17:40	休憩・一般演題表彰審査		
17:40～ 18:00	2階 キング& クイーン	閉会 ・学会長表彰 吉田 勝明 会長 ・閉会の辞 沼田 裕一 常任理事	

Ⅱ 特別講演 (50分)

13:10～14:00 <会場 2階キング&クイーン>

「新たな地域医療構想と病院の将来」

九州大学名誉教授 尾形 裕也 (おがた ひろや)

プロフィール

[職歴]

東京大学工学部、経済学部卒業後、1978年厚生省入省、年金局、OECD事務局（在パリ）、大臣官房、老人保健課、保険局国民健康保険課、在ジュネーブ国際機関日本政府代表部一等書記官、千葉市環境衛生局長、健康政策局看護職員確保対策官、国家公務員共済組合連合会病院部長等を経て、2001年より九州大学大学院医学研究院教授、2013年より東京大学特任教授、2013年より九州大学名誉教授



日本の医療政策においては、医療保障に関しては、皆保険体制の維持、推進のため、累次の医療保険制度改革の実施等、強い政府の関与があった。その一方で、医療提供に関しては基本的に自由放任政策がとられてきた。

これまでの拡大局面ではこうした方式がそれなりに機能してきたが、現在のよ
うな縮小局面においては種々の課題に直面している。

現在の地域医療構想はこうした伝統的な自由放任政策の一部転換を目指したものと位置付けることができる。

本講演では、現行の地域医療構想の現状と課題を整理するとともに、新たな地域医療構想の骨格案について説明し、それらの病院経営に及ぼす影響について検討する。

Ⅲ シンポジウム (1時間 20分)

14:00～15:20 <会場 2階キング&クイーン>

「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組」

座長 神奈川県病院協会 副会長

麻生総合病院 理事長兼病院長 菅 泰 博 (すが やすひろ)

プロフィール

【経歴】

- 2000年 東京医科大学卒業
- 2000年 東京医科大学助手外科学第1講座
- 2005年 東京医科大学呼吸器外科助教
- 2006年 医療法人鎗田病院外科医長
- 2008年 神奈川県立がんセンター外科医員
- 2010年 東京専売病院 (現・国際医療福祉大学三田病院) 呼吸器センター外科医員
- 2011年 東京医科大学呼吸器外科・甲状腺外科客員教授
- 2011年 医療法人社団総生会麻生総合病院呼吸器科員
- 2012年 医療法人社団総生会麻生総合病院病院長
- 2014年 医療法人社団総生会理事長



座長から一言

今後 85 歳以上の増加や、労働力不足がさらに進む中で、病院経営は非常に厳しい状況に置かれています。

本学会では「新たな地域医療構想と病院の将来」について、九州大学名誉教授の尾形裕也先生に特別講演を賜ります。

そして、シンポジウムでは、「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組に関して、会員を代表して、急性期の病院について平塚共済病院院長の稲瀬直彦先生に、包括期・慢性期は鶴巻温泉病院名誉院長で横浜新緑総合病院院長の鈴木龍太先生、そして精神科は港北病院院長山口哲頭先生から発表していただき、特別講演講師の尾形裕也先生を交え、議論をしたいと思っています。

ぜひともご参加いただき、皆様で医療提供体制の現状と目指すべき方向性などについて考えていければと願っています。

1 シンポジスト発表（各15分×3名）

（1）「新たな地域構想」と臨床現場における現状と取組

急性期病院の立場から

平塚共済病院院長 稲瀬 直彦（いなせ なおひこ）

プロフィール

【経歴】

1985年3月	東京医科歯科大学医学部卒業
1985年6月	東京医科歯科大学第二内科研修医
1987年6月	国立がんセンター内視鏡部研修生
1988年3月	横須賀共済病院内科医員
1990年6月	東京共済病院内科医員
1991年7月	カルフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) 留学
1994年9月	東京医科歯科大学霞ヶ浦分院助手
2002年11月	東京医科歯科大学呼吸器内科講師
2004年4月	横須賀共済病院内科部長
2009年11月	東京医科歯科大学統合呼吸器病学分野（呼吸器内科）教授
2019年4月	平塚共済病院院長



現行の地域医療構想調整会議では、国が定める算定式に準拠して基準病床数が検討された。2023年の湘南西部医療圏の既存病床数は4,638であり、当初の試算では基準病床数が5,253（615床不足）とされたが、医療需要予測や非稼働病床も踏まえて最終的に4,360（278床過剰）と算定された。

2024年度には病床数適正化支援事業が予算化され、病床削減が支給対象とされた。急性期病院の経営は大変厳しい状況下であり、全国で機能転換や再編が進められている。新たな地域構想においても医療・介護の連携強化が重要であり、広域の連携に資する公的システムの構築が望まれる。

(2) 「新たな地域医療構想と病院現場における現状と取り組み —包括期、慢性期に関して—

医療法人社団三喜会理事長兼横浜新緑総合病院院長

鶴巻温泉病院名誉院長 鈴木 龍太 (すずき りゅうた)

プロフィール

【経歴】

- 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



神奈川県では2015年の既存病床58999床に対し、2025年までの地域医療構想での必要病床は72410床と13000床あまりの不足であり、特に回復期で15000床、慢性期で2000床不足しているとの発表であった。現実と乖離した国と県のミスリードにより、現場は大きな混乱をきたした。2025年の結果として神奈川県の既存病床は約60000床となり2015年と殆ど変わらなかった。そのうち回復期病床は計画には達しなかったが、3500床程度増加した。

人口当たりの病床数が都道府県で4倍程度の差があり、地域医療構想はその平準化が一つの目的であった筈である。人口減少が始まり、交通網も充実していない地域とこれから高齢者が増えるが、人口密度が高く、更に交通網が発達して、医療圏を越えて受療しやすい都市部とは必要病床数の算出は異なる方法を使うべきではないだろうか？

2040年に向けての地域医療構想は従来の4区分を維持するが、回復期を「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を加えた包括期と呼び方を変える。包括期、慢性期は「治し支える医療」を提供する役割として位置づけられている。慢性期では2018年に新設された介護医療院が2024年4月で53000床となり、このうち40000床あまりが病床からの移行なので病床数から引かれるため、慢性期病床はかなり減ることが確実である。一方慢性期は病床数だけでなく、在宅医療、訪問医療、介護施設での医療等の関わりが重要となってくる。

本発表では2025年までの地域医療構想を顧みながら、2040年に向けての地域医療構想への期待と課題を論じ、現場での取り組みを提案する。

(3) 精神科医療と地域医療構想

港北病院理事長兼院長 山口 哲顕 (やまぐち てつあき)

プロフィール

【経歴】

昭和 57 年	3 月	日本医科大学卒業
昭和 57 年	6 月	日本医科大学精神医学教室
昭和 59 年	6 月	横浜市立大学医学部精神医学教室
平成 15 年	1 月	医療法人正永会港北病院院長
令和 元年	6 月	公益社団法人神奈川県病院協会理事
令和 5 年	5 月	一般社団法人神奈川県精神科病院協会会長



今般精神科医療の新しい地域医療構想への参入が決定したが、その詳細、方向性については現時点ではまだ検討中とのことである。

そのような情勢をふまえ、当日は精神科の地域医療構想参入に至る経緯、精神科医療の変遷、精神科病院の現状並びに現時点で想定されている将来像、課題等について私見を交え報告する予定である。

IV 一般演題 (2 時間)

15:30~17:30

口演発表 16 演題各 8 分 (説明 5 分、質疑応答 3 分)

＜会場 2 階キング&クイーン＞

ポスター発表 15 演題各 8 分 (説明 5 分、質疑応答 3 分)

＜会場 3 階ハート＞

※お名前は、発表代表者のみ記載させていただきました。

研究者等のお名前は、ホームページか、「第 44 回神奈川県病院学会／一般演題抄録集」(別冊)をご覧ください。

口演発表

- ① 自宅退院が叶わず施設退院が決定した患者への関わり
～肯定的な受容のための言葉かけ・姿勢について～

金沢文庫病院 看護部
小笠原 夏月 (看護師)

- ② 褥瘡を発生しない・させない！皆で取り組む予防策
～関節可動域訓練とポジショニングによる褥瘡予防～

金沢文庫病院 看護部
石渡 明子 (看護師)

- ③ 医療療養病院における摂食機能療法の取り組みと成果

高台病院
内田 陽子 (看護師)

- ④ 栄養情報連携料算定の取り組み

相模原協同病院 栄養室
西江 あみ (管理栄養士)

- ⑤ 平均寿命日本一 川崎市麻生区を支える麻生総合病院の挑戦
～地域包括医療病棟の導入による医療・経営の質向上～

麻生総合病院 事務部
漆原 義寛 (事務)

- ⑥ RPA を使った働き方改革～医療秘書科の取り組み～

横須賀共済病院 医療秘書科
青山 美佳子 (事務)

- ⑦ 内科系病院における地域包括医療病棟への関心と展望

クローバーホスピタル 法人事務局経理部
高崎 祐樹 (事務)

- ⑧ 顔の見える連携を活かす-鶴巻温泉病院の高齢者医療への取り組み

鶴巻温泉病院 地域連携室
伊勢 正輝 (事務)

⑨ 社会的課題に向き合う病院の役割

～頻回入院患者の一事例にみる「社会的処方」の実践から～

藤沢湘南台病院 医療福祉相談室
小原 由里 (医療ソーシャルワーカー)

⑩ MSW の役割と基本姿勢を再認識した 1 事例

よこはま港南台地域包括ケア病院 地域医療連携室
千葉 沙織 社会福祉士 (医療ソーシャルワーカー)

⑪ 骨密度検査における私服での検討

金沢文庫病院 放射線科
三枝 礼紀 (診療放射線技師)

⑫ 全入院患者への嚥下評価体制の構築と実践報告

～嚥下センター構想に向けた取り組み～

港南台病院 リハビリテーション課
伊藤 涼花 (言語聴覚士)

⑬ 集団リハビリを中心としたリハビリ介入の取り組みについて

よこはま港南台地域包括ケア病院 リハビリテーション課
齋藤 翼 (理学療法士)

⑭ 入院支援外来における薬剤師の周術期リスクへの介入

～市販薬を含む薬剤管理と将来的な地域連携・情報共有に向けて～

川崎幸病院 薬剤部
臼田 昌弘 (薬剤師)

⑮ 災害時に有効な情報共有を目指して！

～2024 年度神奈川県病院薬剤師会 災害時被災状況報告訓練

厚木市立病院 薬剤部門薬剤科
野村 恭子 (薬剤師)

⑯ 当院における Romidepsin 療法の初回コース時の悪心の発生状況

横須賀共済病院 薬剤科
行谷 真波 (薬剤師)

ポスター発表

① DX化がもたらす働き方改革～業務負担軽減と残業時間削減への効果～

戸塚共立第1病院 総務課
久保田 竜也 (事務)

② 介護老人保健施設へ退院支援をする際の医療・介護間の現状と課題

横浜鶴見リハビリテーション病院 地域医療連携室
松原 麻子 (医療ソーシャルワーカー)

③ これからを見据えた回復期リハビリテーションにおける理学療法評価フィードバック体制の構築

横浜鶴見リハビリテーション病院 リハビリテーション技術科
新井 龍一 (理学療法士)

④ 地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して

～利用者の想いと生活に寄り添って～

老健リハビリセンター クローバーヴィラ リハビリテーション部
坂部 尚子 (理学療法士)

⑤ 当院における腎臓リハビリテーションの取り組み

横須賀共済病院 リハビリテーション科
鳥海 真理子 (理学療法士)

⑥ 学会・論文発表の質的向上を目指す取り組み

大船中央病院 薬剤部
越智 良明 (薬剤師)

⑦ 採用抗菌薬の見直しが促す処方行動の変化と地域医療への波及効果

神奈川リハビリテーション病院 診療技術部薬剤科
岡村 秀行 (薬剤師)

⑧ 地域包括ケア病棟における退院に向けた食支援の検討

湘南ホスピタル 栄養科
三宅 利恵 (管理栄養士)

⑨ 認知症専門病院における家族の困り事の実態とその対応

横浜ほうゆう病院 看護部 地域医療連携室
村山 由子 (老人看護専門看護師)

⑩ 行動制限最小化に向けての取り組み

～拘束指示数、拘束使用者数データの見える化を進めての考察、今後の課題～

横浜相原病院 看護部
加賀 陽一 (看護師)

⑪ 身体拘束の必要性への認識と解除経験に関する調査
: J-PRUQ を用いた回復期病棟看護師の分析

横浜鶴見リハビリテーション病院 回復期リハビリテーション病棟
高橋 麻衣子 (看護師)

⑫ 器質性精神障害のある患者のストーマ管理—個別性を考慮した継続支援—

横須賀共済病院 看護管理科
大平 浩泉 (看護師)

⑬ 外科外来における継続看護の取り組み

横須賀共済病院 一般外来
原 美鈴 (看護師)

⑭ 退院促進に向けた多職種協働

横須賀共済病院 総合相談、がん・看護相談支援室
高野 寿子 (看護師)

⑮ 地域とともに取り組む感染対策 —感染管理認定看護師相談窓口を開設して—

神奈川リハビリテーション病院 医療安全推進室、感染制御室
矢野 ゆう子 (看護師)

公益社団法人神奈川県病院協会

〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町3-1

神奈川県総合医療会館4階

TEL 045 (242) 7221 (代表)

FAX 045 (231) 1794

来賓挨拶



神奈川県健康医療局
局長 足立原 崇

ただいまご紹介いただきました、神奈川県で健康医療局長をしております足立原でございます。

本日は、第44回を数えます神奈川県病院学会の開催、誠におめでとうございます。また、吉田会長をはじめ県病院協会の皆様に、日頃から大変お世話になっております。県の地域医療にご尽力いただき、あらためて御礼を申し上げます。

さて、病院経営の非常に厳しい状況を伺っており、これは診療報酬と物価の関係が一番大きいのですが、県としても、地域医療を支える病院の緊急課題という思いから、知事以下一団となり、吉田会長、鈴木県医師会長等にご尽力いただき、病院経営緊急対策会議を設置し、様々なご意見をいただきながら支援策の検討をしています。そうした中、9月の補正予算で全て一般財源で約27億円の病院に対する緊急支援をさせていただきました。ただ、これだけでは本当の構造的な問題は解決するものではありません。

今日のテーマ「新たな地域医療構想に向けて」は大変素晴らしいテーマだと思います。地域医療構想は、2016年に作って今年で一区切りですが、この約10年、行政も色々な取り組みをしてきましたが、特に神奈川県では、先生方をはじめとする地域の皆様が、本当に膝詰めで話す環境ができてきた、ただお付き合いの会議ではなく、正直に皆で話し合う文化ができてきたと、とても素晴らしい成果だと思っています。実はコロナの中で、これがとても役に立って、神奈川は本当にうまくいったと思っております。

これからの新しい地域医療構想は、決まるものではなくて決めていくものですので、行政も汗をかき、よく人・物・金つてありますが、こういったところを行政がどのように支援できるのか。さらに制度・ルールをどう変えたり強化したりして、うまく医療が回っていけるのか。こういったところを皆様と一緒に考えさせていただきたいと思っています。今日の学会では様々な演題があると伺っております。私ども県も多くの職員が参加させていただいております。ぜひ聞かせていただき、今後の施策・ご支援の検討をしっかりと県として行っていきたいと思っております。

最後に、今日の会の盛況、ご参加の皆様のご健勝をお祈りいたしまして、お祝いのご挨拶とさせていただきます。誠に本日はおめでとうございます。

来賓挨拶



公益社団法人神奈川県医師会
会長 鈴木 紳一郎

神奈川県医師会の鈴木紳一郎と申します。本日は、第44回神奈川県病院学会開催おめでとうございます。このように多くの方がお集まりになる学会を44回も開催されることは、素晴らしいことだと思います。

今、本当に日本の政権はこれからどうなるのか分からない状況になってきました。

その中で、厳しい状況の病院を守るために、どこにどのようにお願いすれば良いのかではなく、我々が世論を作って、民意を形成していくこと、厳しい状況の中で病院を皆で守ろうという民意を作っていくことが一番だと思います。

最近の厳しい経営状況の中でも元気な病院はあります。そのような病院はどのようなことをされているのかと考えますと、私は二つあるのかと思います。

一つは、DXを嫌々やらされているのではなく、楽しんでいる病院は元気かと思っ
てます。もう一つは、様々なキャラクターの多職種で色々なアクターが集まり、オールキャストで下を向かず、上も向き過ぎず、ある方向を向いて皆で前に進んでいく、そのような病院は元気があるのかと思っております。その意味では、この学会は、まさにこの二つ目の話を現実化するのにとっても良い学会だろうと思っております。

本日は医師だけでなく、多職種の関連団体や多くの方がお集まりです。先ほど議員の方からも、本日は勉強させてもらいますとお話しがありました。神奈川県全体がそのように動いていくことは本当に素晴らしいことだと思っております。これから、機能的に縮んでいかなければならない少子高齢化の中で、やはり新たな地域医療構想が道標でありますし、皆で元気のある病院となって進んでいければと思います。

今日は本当におめでとうございます。

新たな地域医療構想と 病院の将来

2025. 10. 15

1

【略歴】

兵庫県神戸市生まれ

東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業

1978年 厚生省入省

1978年～81年 厚生省年金局年金課

1981年～83年 OECD事務局（在パリ）出向

1983年～85年 厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐

1985年～86年 厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐

1986年～88年 厚生省保険局国民健康保険課課長補佐

1988年～89年 厚生省健康政策局指導課課長補佐

1989年～92年 在ジュネーブ国際機関日本政府代表部一等書記官

1992年～93年 厚生省大臣官房国際課課長補佐

1993年～95年 千葉市環境衛生局長

1995年～96年 厚生省健康政策局看護職員確保対策官

1996年～98年 国家公務員共済組合連合会病院部長

1998年～2001年 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

2001年～2013年 九州大学大学院医学研究院教授

2013年～2017年 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

2013年～ 九州大学名誉教授

2

【主要著書】 ←

尾形裕也（2000）『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画・吉村賞 ←

尾形裕也、田村やよひ編著（2002）『看護経済学』法研 ←

山崎泰彦、尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 ←

黒川清、尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務（上）（下）』 ←

日経メディカル開発 ←

田近栄治、尾形裕也編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房 ←

尾形裕也（2010）『病院経営戦略論』日本医療企画 ←

尾形裕也（2017）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る 第2版』 ←

MAS プレーン ←

尾形裕也（2018）『日本の医療政策と地域医療システム』日本医療企画 ←

尾形裕也（2021）『看護管理者のための医療経営学：第3版』日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち：医療政策の動向と課題』 ←

日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2023）『志なき医療者は去れ！ 岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版 ←

日本看護協会出版会 ←

3

本日お話しする予定の内容

0. 2025年度の位置付け
1. 医療需要の変化
2. 医療供給の現状と課題
3. 地域医療構想の現状と課題
4. 新たな地域医療構想
5. 病院医療における外来の位置付け
6. 最近の政策論議

4

0. 2025年度の位置付け

- 2024年4月 第8次医療計画(～2030年3月)
第4期医療費適正化計画(")
医師の働き方改革始動
介護報酬改定、薬価改定
- 6月 診療報酬・材料価格改定
- 12月 **新たな地域医療構想**等に関するとりまとめ

- 2025年4月 かかりつけ医機能報告制度始動
薬価中間年改定
- ?月 医療法等改正
新たな地域医療構想GL検討開始

5

1. 医療需要の変化

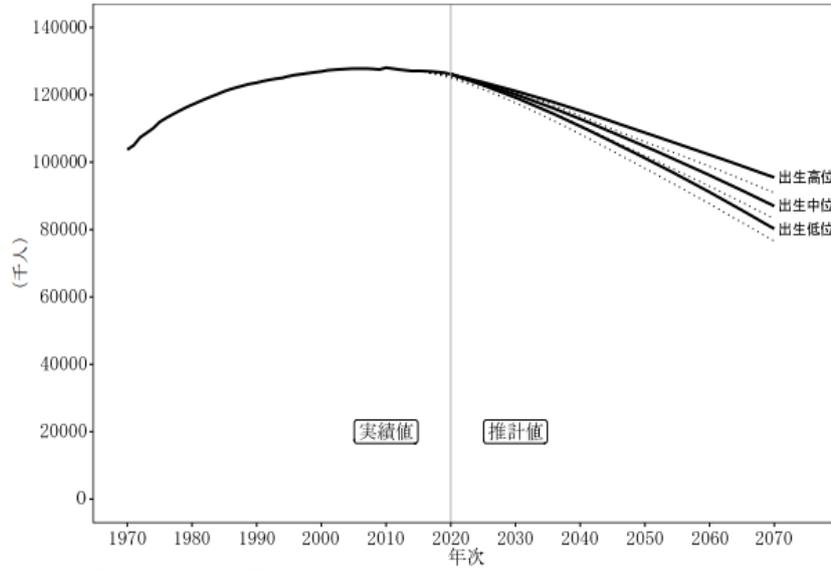
(1) 医療需要に影響する諸要因

○人口構造の変化

- ・新人口推計(2023.4.26)
- ・「**人口減少社会**」という避けられない現実
→人口減少社会を前提とした制度、政策、仕組みを構築していく必要
- ・**地域差**についての考慮:神奈川県の位置付け

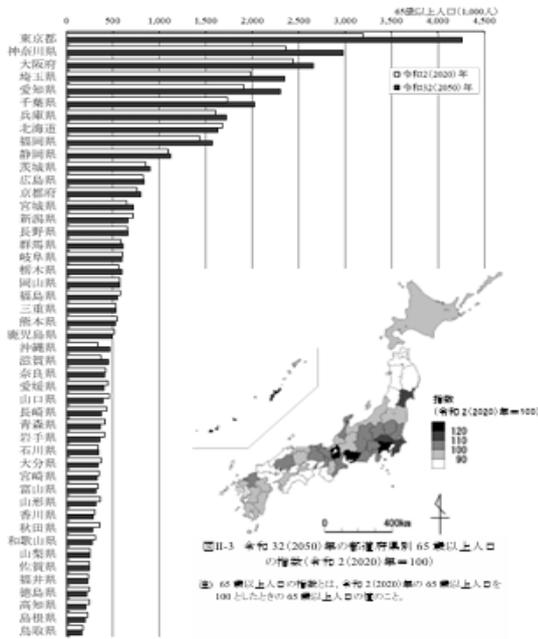
6

図1-1 総人口の推移 —出生中位・高位・低位（死亡中位）推計—



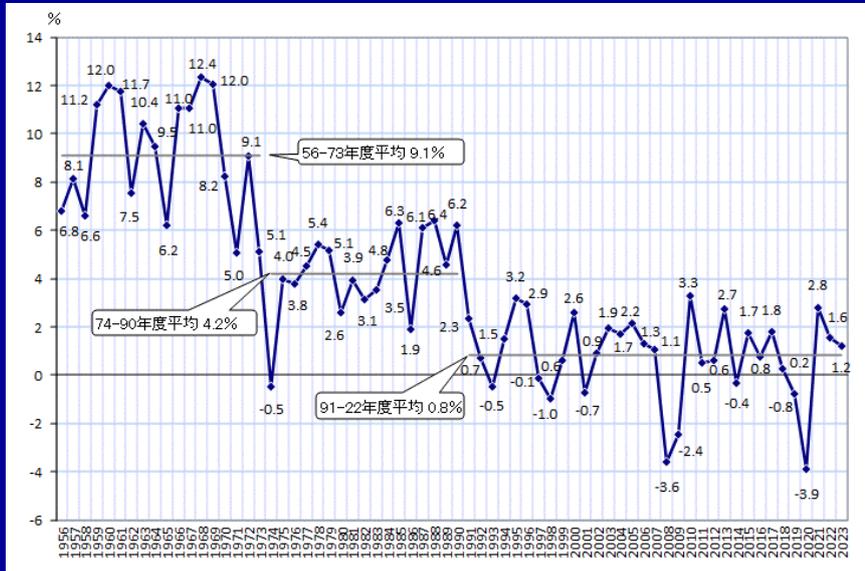
実線は今回推計、破線は前回推計。

7



8

○経済成長率(GDP伸び率)の推移



○技術進歩

- ・Newhouse (1993) *An Iconoclastic View of Health Cost Containment*, *Health Affairs* 12, suppl 1 (1993):152-171.
- ・医療費の増加要因として最も大きいものは何か
→「技術進歩」
- ・公的医療保険でどこまで技術進歩を取り入れるか
→技術評価、費用対効果分析等

10

○人々のニーズの変化

・価値観等の反映

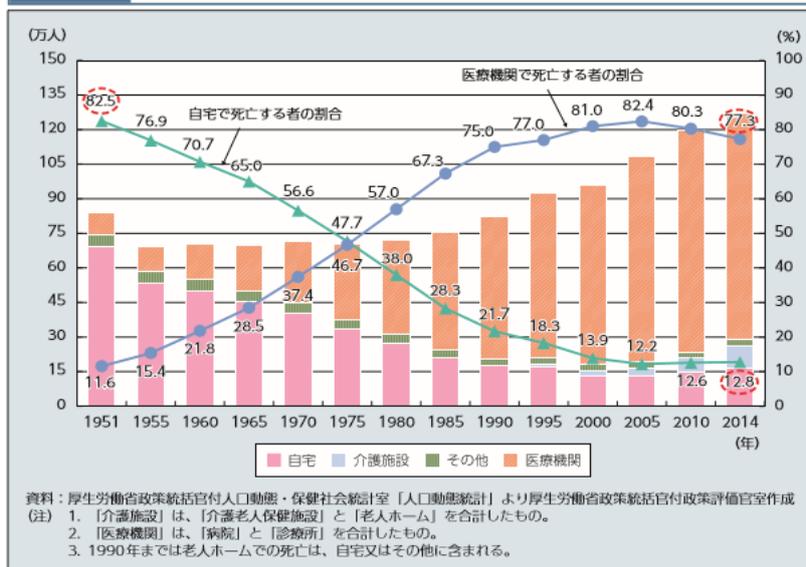
＜例＞「死に場所」の変化

・医療者の価値観とのギャップ

＜例＞「闘病」→長期的に埋まるか？

11

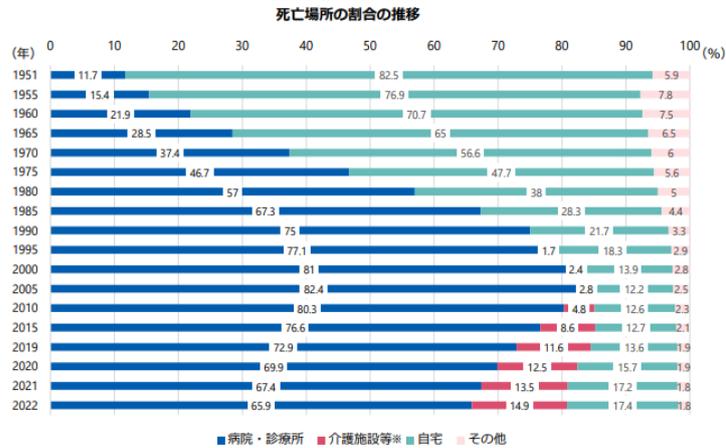
図表 1-1-12 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



12

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態
 ※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム)
 ※ その他には助産所を含む
 ※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

47

13

(2) 医療(・介護)分野の将来ニーズ

◎医療(・介護)は、長期的に見て、数少ない確実な「成長分野」

○医療・介護支出における日本の相対的位置

- ・最長寿国だが、比較的コントロールされている
- ・医療費4兆円削減論？

○ただし、**ポジショニング**の問題あり

- ・後述するように、入院、外来、在宅等、分野によって医療需要の変化は一律ではない

14

詳細データ① OECD加盟国の保健医療支出の状況 (2021年)

国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考	国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
		順位		順位				順位		順位	
アメリカ合衆国	17.4	1	12,197	1		チエコ	9.5	20	4,303	20	
ドイツ	12.9	2	7,518	3		スロベニア	9.5	21	3,885	24	
英国	12.4	3	5,467	15		イタリア	9.4	22	4,043	23	
カナダ	12.3	4	6,278	8		チリ	9.3	23	2,677	32	
フランス	12.3	5	6,106	12		韓国	9.3	24	4,189	21	
オーストリア	12.1	6	6,690	6		ギリシャ	9.2	25	2,736	31	
スイス	11.8	7	7,582	2		ラトヴィア	9.0	26	3,122	28	
日本	11.3	8	4,899	19		コロンビア	9.0	27	1,532	37	
オランダ	11.3	9	6,739	5		イスラエル	7.9	28	3,258	27	
スウェーデン	11.2	10	6,228	10		リトアニア	7.8	29	3,336	26	
ポルトガル	11.1	11	3,830	25		スロヴァキア	7.8	30	2,522	34	
ベルギー	11.0	12	6,022	13		コスタリカ	7.6	31	1,671	35	
デンマーク	10.8	13	6,372	7		エストニア	7.5	32	3,074	29	
スペイン	10.7	14	4,087	22		ハンガリー	7.4	33	2,749	30	
オーストラリア	10.6	15	6,226	11		アイルランド	6.7	34	5,861	14	
フィンランド	10.3	16	5,252	16		ポーランド	6.4	35	2,522	33	
ニュージーランド	10.1	17	4,921	18		メキシコ	6.1	36	1,262	38	
ノルウェー	9.9	18	7,043	4		ルクセンブルク	5.7	37	6,274	9	
アイスランド	9.7	19	5,107	17		トルコ	4.6	38	1,560	36	
						OECD平均	9.7		4,714		

出典：「OECD HEALTH Statics 2023」
 (注) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

15

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)2023.3.17改正

全国で見れば、65歳以上人口は令和22年(2040年)を超えるまで、75歳以上人口は令和32年(2050年)を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年(2025年)まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年(2035年)頃まで一貫して増加する。また、外来患者数は令和7年(2025年)頃、入院患者数は令和22年(2040年)頃、在宅患者数は令和22年(2040年)以降に最も多くなる。

一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。

○医療内容(外来、入院、在宅等の種別)を横軸、2次医療圏等地域を縦軸とした、2次元の座標軸によって、医療需要を具体的に捉える必要

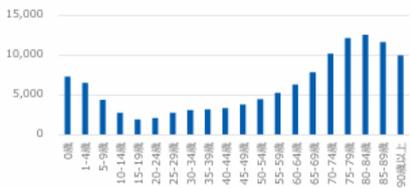
16

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

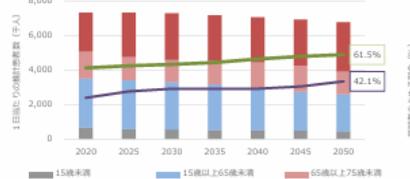
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

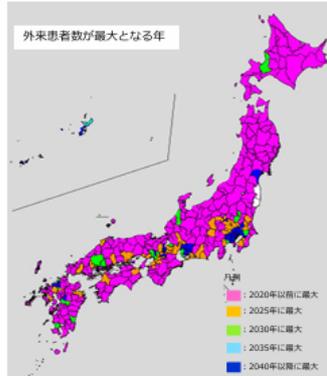
外来受療率 (人口10万対)



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



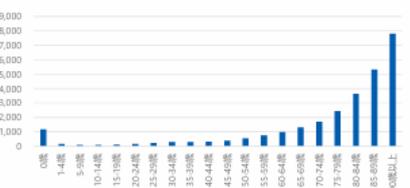
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口統計」(2017年)及び国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率を各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 医療圏は相対、いわゆる2医療圏を含む広域り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

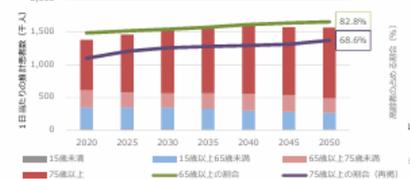
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

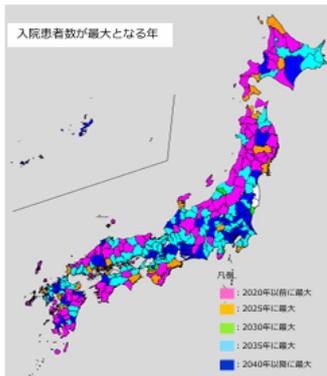
入院受療率 (人口10万対)



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



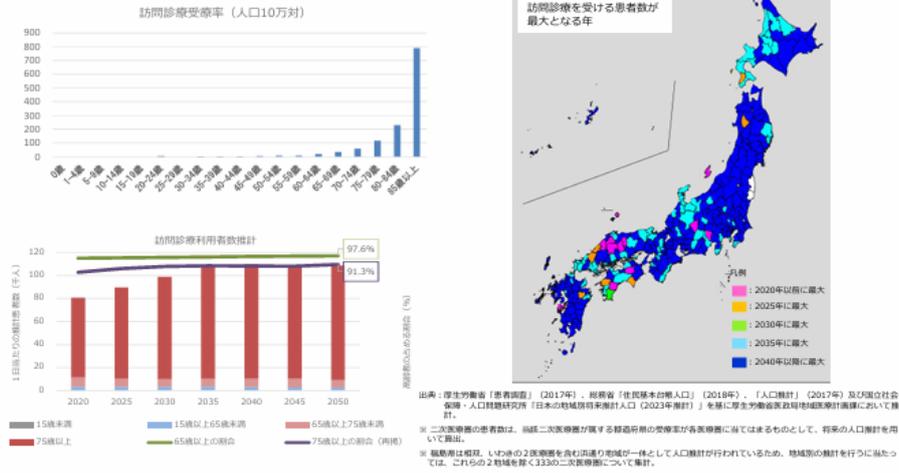
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口統計」(2017年)及び国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率を各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 医療圏は相対、いわゆる2医療圏を含む広域り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 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。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



19

2. 医療供給の現状と課題

(1) 資本集約的(=労働節約的)な医療提供体制

○ 医療は、一般的には「労働集約的」なサービスと考えられている

○ 国際的に比較してみると、資本が豊富にある一方で、手薄な人員配置という状況
→ いわゆる「医療崩壊」の基本的背景

20

○主要な医療資本投入状況の国際比較(2017年)

国名	人口千人当り 病院病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	13.05	111.49	55.21
カナダ	2.52	15.28	9.97
フランス	5.98	17.36	14.21
ドイツ	8.00	35.13	34.71
イタリア	3.18	34.71	28.61
イギリス	2.54	9.46**	7.23**
アメリカ	2.77*	42.64	37.56

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成 (*2016年、**2014年)

21

○主要な医療労働投入状況の国際比較(2017年)

国名	病床100床当り 臨床医師数	病床100床当り 臨床看護職員数	人口1,000人当り 臨床医師数	人口1,000人当り 臨床看護職員数
日本	18.5*	86.5*	2.43*	11.3*
カナダ	105.1	395.2	2.65	10.0
フランス	52.8	175.3	3.16	10.5
ドイツ	53.1	161.6	4.25	12.9
イタリア	125.4	182.3	3.99	5.8
イギリス	110.8	308.5	2.81	7.8
アメリカ	93.4*	427.6*	2.61	11.7

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成 (*2016年)

22

(2) 地域差の問題

○都道府県間・内の双方において大きな地域差

→医療政策上無視できない

○いわゆる「西高東低」の問題(次ページ)

○神奈川県的位置

23

○病床数の地域差

(人口10万対都道府県別病院病床数:2023.10)

一般病床 710.0床 (最大最小比2.3)

1.高知1146.5 2.大分1074.9 3.北海道1018.0 4.鹿児島989.0 5.和歌山955.3
47.神奈川508.7 46.埼玉519.6 45.愛知531.6 44.千葉584.3 43.東京584.7

療養病床 220.1床 (最大最小比4.9)

1.高知669.8 2.山口550.1 3.徳島465.8 4.佐賀455.5 5.長崎451.4
47.神奈川138.3 46.京都137.8 44.岐阜140.7 43.埼玉150.6

精神病床 256.5床 (最大最小比4.2)

1.長崎603.0 2.鹿児島600.5 3.宮崎559.3 4.徳島520.4 5.佐賀514.4
47.神奈川143.3 46.東京146.7 45.滋賀160.7 44.愛知163.5 43.静岡180.4

24

○病床数の地域差をめぐる議論

- ・「わが県は病床数が多く、医療へのアクセスもよく、県民は大変満足している。病床数が多くて何が悪いのか」という議論について、どう考えるか？

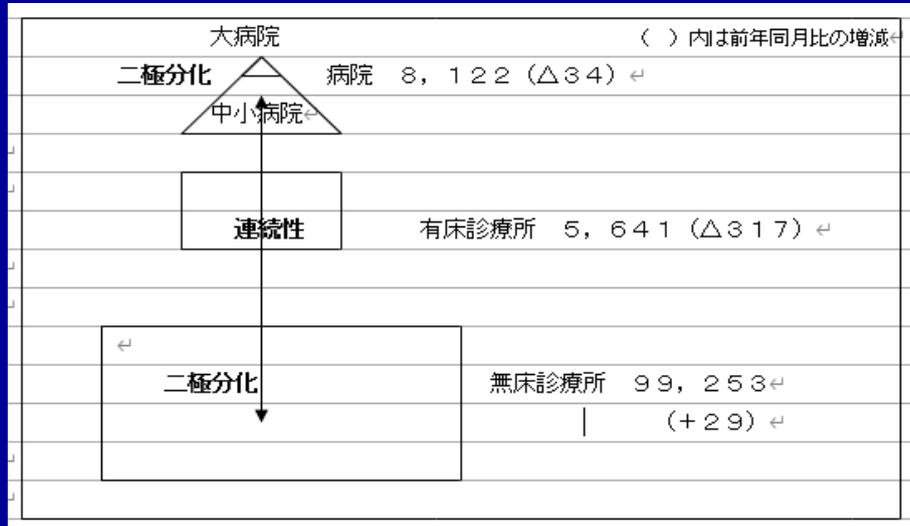
25

(3) 医療施設体系の連続性

- 病院と診療所の区別、機能分担、連携が少ない
→「診療所が大きくなったものが病院」
- 診療報酬も基本的に病院、診療所共通：出来高払
- Lack of differentiation and standardization
機能分化と標準化の欠落：OECD(2001)

26

日本の医療施設体系に関する概念図(2023.10)



27

(4) 民間主導の医療提供体制

○Publicly funded and privately delivered

- ・病院8,122のうち、医療法人69.7%、個人1.3%、公的14.7%、国3.9%
- ・少なくとも量的には、民間医療機関が大きなウェイトを占めている
- ・国際的には、公—公、民—民の組合せも

28

○公—民という日本の組合せの評価

- ・「保険あって医療なし」という当初の危惧は杞憂に
- ・むしろ、「需要が供給を引っ張る」形で、医療提供体制の整備が急速に進んだ
- ・問題はこれから: 拡大局面→縮小局面にどう対応するか

→地域医療構想

29

(5) Laissez-faireの医療提供政策

○Laissez-faire(自由放任主義)

- ・医療保障政策は、強い国家の介入: 皆保険体制、医療保険改革等々
- ・医療提供体制については、「自由放任」
→基本的に自由開業制で、医療機器の規制もない
- ・医療計画の病床規制も増床抑制のみ
→人口減少社会において今の体制で持つのか?

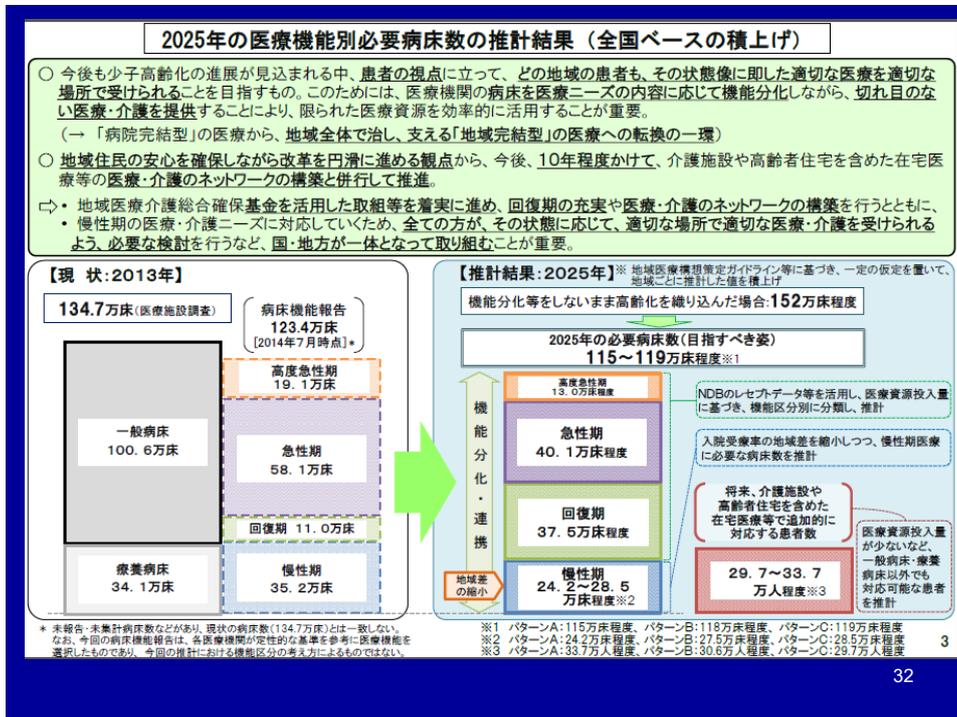
30

3. 地域医療構想の現状と課題

(1) 地域医療構想の位置付け

- 日本の伝統的な医療提供政策(Laissez-faire: 自由放任主義)から一歩踏み出したもの
- 医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現

31



32

(2) 地域医療構想と医療機関経営

- 基本的な経営戦略(ポジショニング)に関わる問題
 - ・公開データを基に、地域における自院のポジショニングをどう考えるか
- 診療報酬との比較
 - ・法律事項vs.大臣告示別表

33

<日本の法令の階層秩序>

日本国憲法

法律

(健康保険法)

政令

(健康保険法施行令)

省令

(健康保険法施行規則)

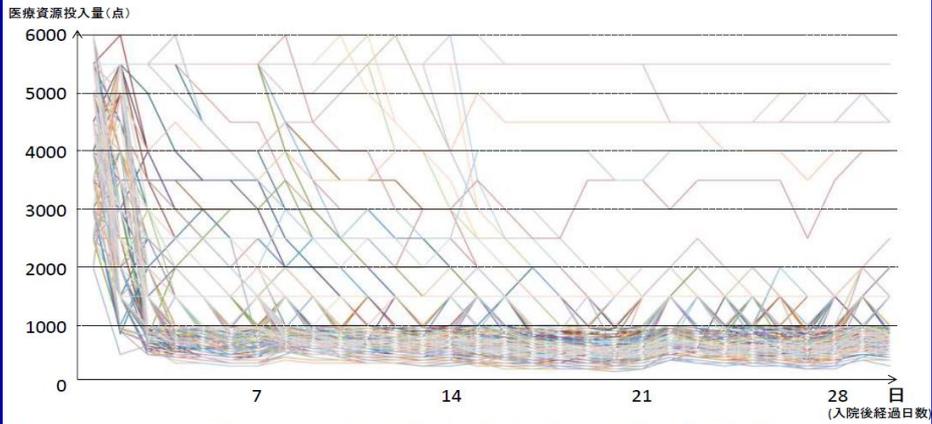
告示

(診療報酬の算定方法)

通達

34

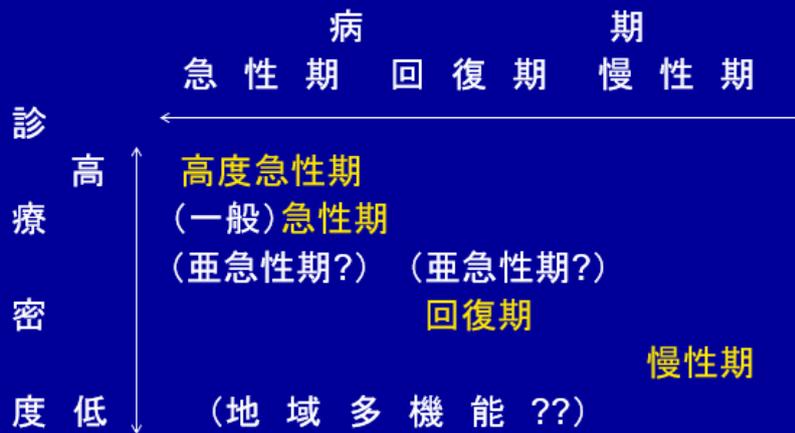
医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

35

○病床機能区分の考え方(概念図)



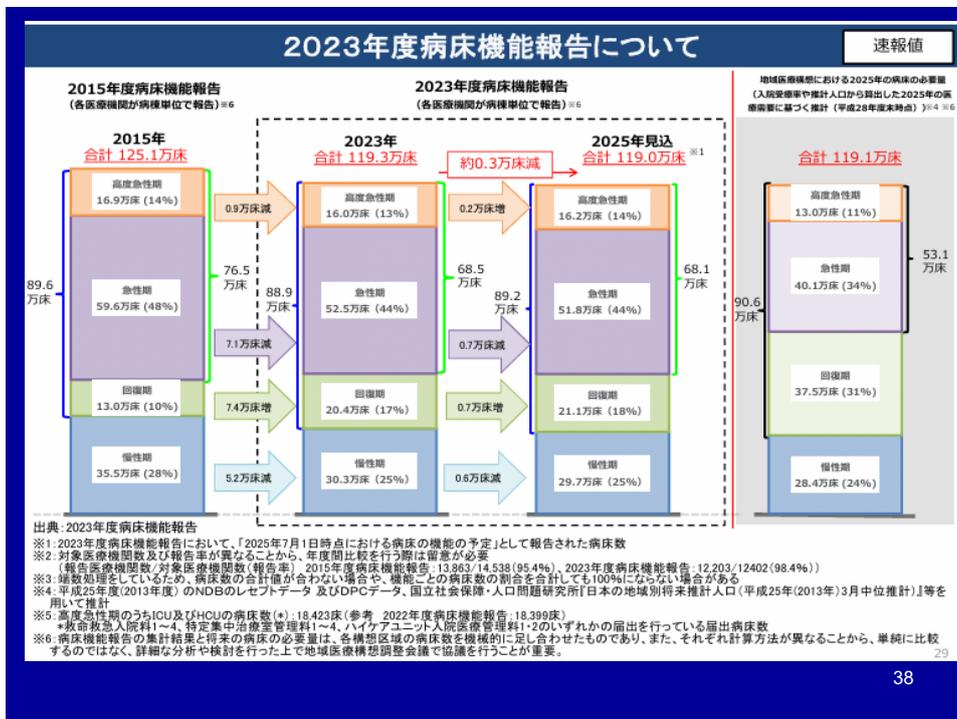
36

(3) 地域医療構想の現状評価

○2023年度報告まで判明

- ・全体として、一定の進捗
→必要病床数に近づく方向にある
- ・地域によっては課題有り
- ・2025年に向けてさらに加速する必要

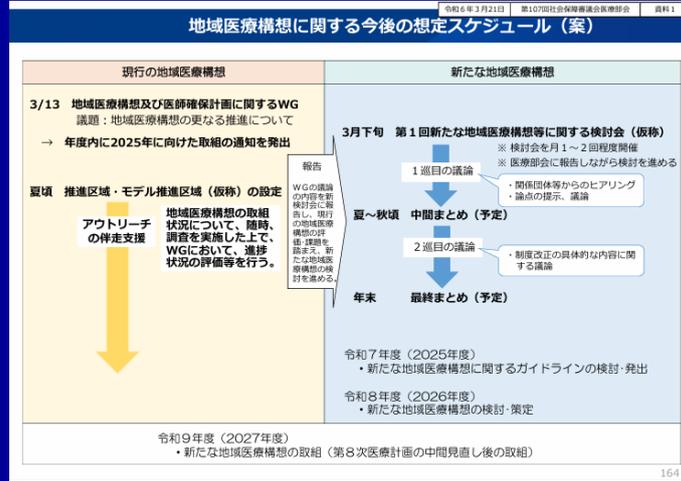
37



38

4. 新たな地域医療構想

◎新たな地域医療構想等に関する検討会



39

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・ 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・ 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・ 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進（将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等）
- ・ 新たな構想は27年度から順次開始（25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等）
- ・ 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・ これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・ 構想区域ごと（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）、広域な観点（育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・ 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・ 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・ 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・ 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の实情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務：支援を明確化（目指す方向性：データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・ 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

40

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「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・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口総量が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため有効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

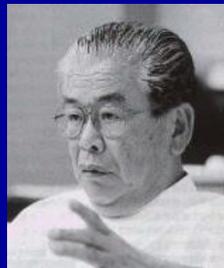
- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえ一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要 |

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

5. 病院医療における外来の位置付け

◎尾形(2023)『志なき医療者は去れ:岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版
日本看護協会出版会



○「急性期(非救急型)高機能病院は、アクセスの悪いところにこそ立地すべきだ」

→「バスの入構」は困ったことか！？

○「ブティックで、コンビニと同じものを売っているか？」

→マイケル・E・ポーター「ポジショニング論」

「あれもこれも」、ではなく、「あれかこれか」の選択

43

○急性期(非救急型)高機能入院医療の立地戦略

・急性期病院の外来部門は一般的に赤字

中医協コスト調査分科会資料

病院・診療所共通の外来診療報酬の帰結

・外来→入院につなげるという「神話」

・きわめて効率の悪い方式

・経済的効率の問題だけではなく、職員も疲弊

・効率の良い方式:紹介外来→機能分化・連携

44

6. 最近の政策論議

○少数与党下での社会保障をめぐる議論

○「経済財政運営と改革の基本方針2025」
(骨太の方針2025)

○医療法改正、2026年度診療報酬改定等

45

(1) 全世代型社会保障の構築

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めと

した必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ²⁰⁷の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

46

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費²⁰⁴については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。非社会保障関係費²⁰⁵及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

47

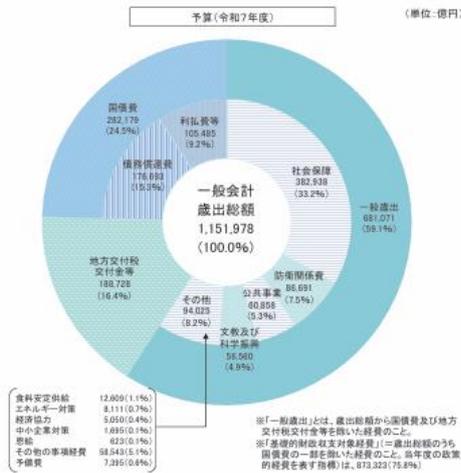
○一部野党が主張する「医療費4兆円削減論」をどう考えるか

- ・日本の医療費の国際比較(P15)
- ・給付と負担のバランスをどう考えるか
- ・消費税減税論をどう考えるか
 - 社会保障目的税としての消費税
 - すでに最大の税収項目となっている現実

48

令和7年度一般会計予算歳出内訳

図の一般会計歳出では、社会保障関係費と地方交付税交付金等と国債費(国債の元利払いに充てられる費用)で歳出全体の約4分の3を占めています。

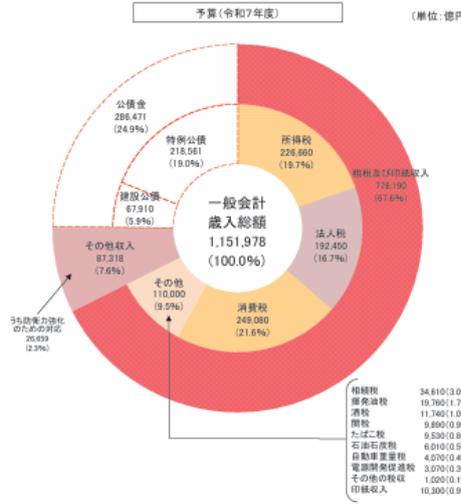


【注1】計数については、それぞれ四捨五入によっているので、諸数において合計とは合致しないものがある。
 【注2】計数は修正案の予算による。【注3】一般歳出における社会保障関係費の割合は42.1%。

49

令和7年度一般会計予算歳入内訳

令和7年度一般会計予算における歳入のうち税収は約78兆円を見込んでいます。本案、その年の歳出はその年の税収やその他の収入で賄うべきですが、令和7年度予算では歳出全体の約4分の3しか賄えていません。この結果、残りの約4分の1を公債金すなわち借入金に依存しており、これは将来世代の負担となります。



50

「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組

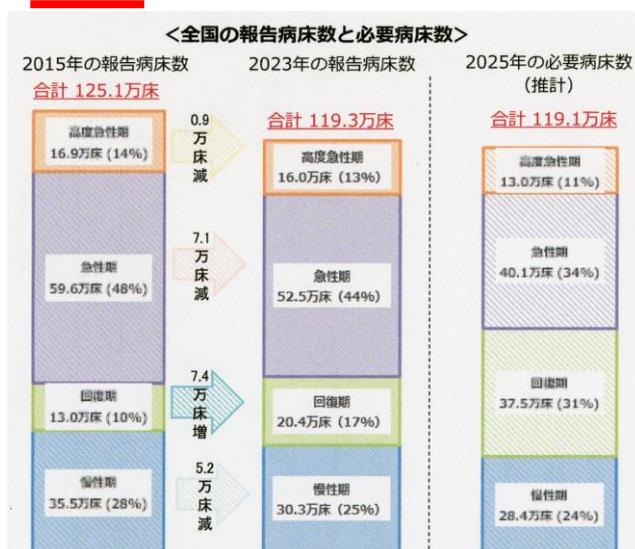
○急性期



平塚共済病院院長
稲瀬直彦

現行の地域医療構想

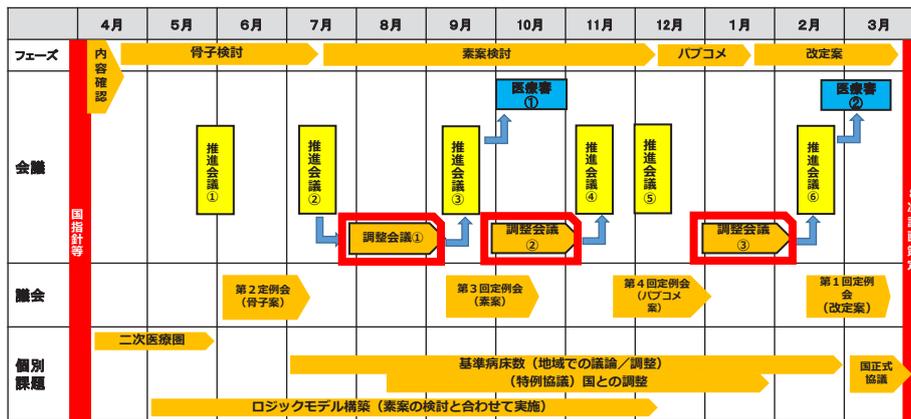
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年には、高齢者の医療需要が増加
- 約300の構想区域で、病床の機能分化・連携を推進するために策定



神奈川県二次医療圏



地域医療構想調整会議 (2023年度スケジュール)



Kanagawa Prefectural Government

2023年度 基準病床数の検討①

3. 仮試算の結果（推計人口は試算せず）

二次保健医療圏	既存病床数 (R5.4.1) 〔A〕	現在の基準病床数 ()内は知事加算前	パターン① 直近人口+地域の 病床利用率 〔B〕	パターン② 直近人口+国告示の 病床利用率	差引 〔A〕-〔B〕
横浜	23,608	23,993	28,158	29,758	△4,550
川崎北部	4,115	3,796(3,613)	4,835	5,432	△720
川崎南部	4,776	4,189(4,097)	4,430	4,487	+346
相模原	6,302	6,545(6,276)	7,209	7,356	△907
横・三	5,098	5,307	5,619	6,096	△521
湘南東部	4,417	4,064	5,512	5,896	△1,095
湘南西部	4,638	4,635(4,471)	5,253	5,690	△615
県央	5,333	5,361(5,018)	5,665	5,772	△332
県西	3,092	2,809(2,558)	2,856	2,950	+236
合計	61,379	60,699(59,397)	69,537	73,437	△8,158

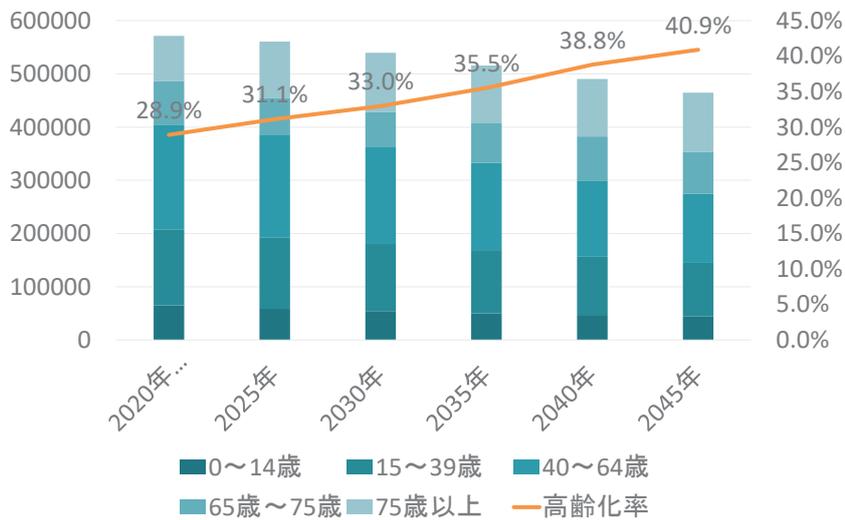
ほとんどの地域で基準病床数が増床する結果に。既存病床数と比較すると、400床※を超える増床がある地域が多数。

横浜、川崎北部、相模原、横須賀・三浦、湘南東部、湘南西部

※回復期・慢性期を増やしていく必要がある中で、特定機能病院の承認要件である400床を超える規模の増床は不合理か

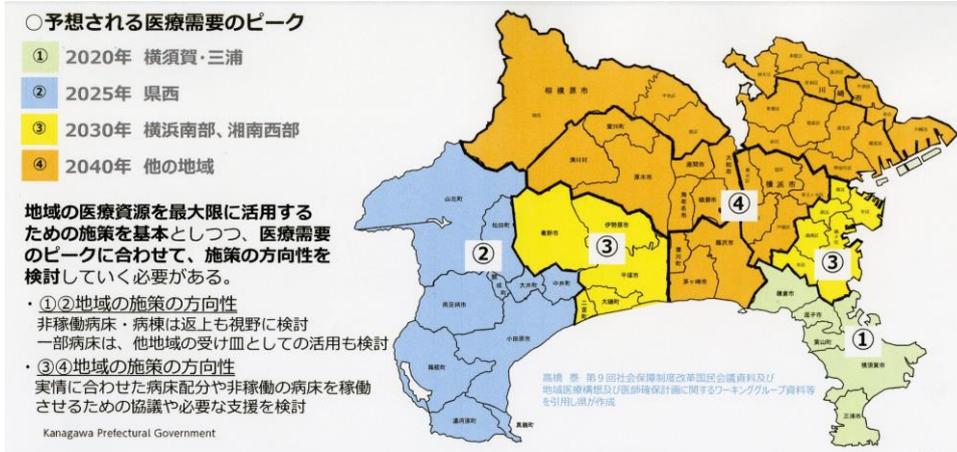
湘南西部地区保健医療福祉推進会議(2023年10月)

湘南西部医療圏の将来推計人口



(国立社会保障・人口問題研究所 2018年3月推計)

医療需要のピーク(神奈川県)



2023年度 基準病床数の検討②

2. 基準病床数の算定案について【算定パターン】

令和5年11月6日開催
第4回県保健医療計画推進会議資料より

【算定パターン】

- 「病床利用率」と「平均在院日数」、「県（地域）の数値」と「国告示の数値」の4パターンで算定する。

基準病床数 算定パターン		平均在院日数	
		令和元年の県平均在院日数 (13.8日)	国告示の平均在院日数 (14.7日)
病床利用率	令和元年 病床機能報告	パターン1	パターン2
	令和5年 厚労省告示	パターン3	パターン4

湘南西部地区保健医療福祉推進会議(2024年1月)

2023年度 基準病床数の検討②

2. 基準病床数の算定案について〔算定案〕

二次保健医療圏	既存病床数 (R5.4.1)	現在の 基準病床数	パターン1※	パターン2※	パターン3※	パターン4※
湘南東部	4,417	4,064	4,726 (△309)	4,966 (△549)	5,144 (△727)	5,412 (△995)
湘南西部	4,638	4,635	4,360 (+278)	4,547 (+91)	5,047 (△409)	5,272 (△634)
県央	5,333	5,361	4,881 (+452)	5,195 (+138)	4,915 (+418)	5,229 (+104)
県西	3,092	2,809	2,504 (+588)	2,640 (+452)	2,542 (+550)	2,678 (+414)
合計	61,379	60,699	59,737 (+1,642)	62,820 (△1,441)	64,092 (△2,713)	67,444 (△6,065)

※ () 内の数値は、既存病床数 (R5.4.1) との差引

Kanagawa Prefectural Government

湘南西部地区保健医療福祉推進会議(2024年1月)

非稼働病床・病棟(神奈川県)

地域	R4年度病床機能報告より		
	許可(床)	最大(床)	差引(床)
横浜	22,823	21,449	1,374
川崎北部	4,403	3,925	478
川崎南部	4,704	4,218	486
相模原	6,093	5,706	387
横・三	5,202	4,404	798
湘南東部	4,168	3,861	307
湘南西部	4,490	4,131	359
県央	5,156	4,861	295
県西	2,920	2,726	194
合計	59,959	55,281	4,678

Kanagawa Prefectural Government

湘南西部地区保健医療福祉推進会議(2024年1月)

2023年度 基準病床数の検討②

2. 基準病床数の算定案について〔算定案〕

二次保健医療圏	既存病床数 (R5.4.1)	現在の基準病床数	パターン1※	パターン2※	パターン3※	パターン4※
湘南東部	4,417	4,064	4,726 (△309)	4,966 (△549)	5,144 (△727)	5,412 (△995)
湘南西部	4,638	4,635	4,360 (+278)	4,547 (+91)	5,047 (△409)	5,272 (△634)
県央	5,333	5,361	4,881 (+452)	5,195 (+138)	4,915 (+418)	5,229 (+104)
県西	3,092	2,809	2,504 (+588)	2,640 (+452)	2,542 (+550)	2,678 (+414)
合計	61,379	60,699	59,737 (+1,642)	62,820 (△1,441)	64,092 (△2,713)	67,444 (△6,065)

※ () 内の数値は、既存病床数 (R5.4.1) との差引

Kanagawa Prefectural Government

湘南西部地区保健医療福祉推進会議(2024年1月)

医政案 0401 第 5 号
令和 7 年 4 月 1 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

令和 7 年度 (令和 6 年度からの繰越分) 医療施設等経営強化緊急支援事業の実施について

標記の事業については、別紙「医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)により行うこととしたので通知する。
なお、貴管下関係者に対しては、貴職からこの旨通知されたい。

2. 病床数適正化支援事業

(1) 事業の目的
本事業は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う。

(2) 事業の実施主体
都道府県とする。

(3) 事業の内容
令和 6 年 12 月 17 日 (令和 6 年度補正予算成立日) から令和 7 年 9 月 30 日までの間に病床数 (一般病床、療養病床及び精神病床の病床数とする。以下同じ。)の削減を行う病院又は診療所に対し、給付金を支給する事業を行う都道府県に補助を行う。

(4) 事業の支給額
次により算定したものを、実施主体となる都道府県毎に積み上げたものを予算の範囲内で支給する。

- ・削減した病床 1 床につき 4,104 千円とする。
- ・支給対象の稼働病床が地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業 (単独支援給付金支給事業) による給付金の支給を受けていた場合は、差額のみを支給する。

また、算定にあたっては、以下を除くこと。

- ① 産科部門の病床 (MFCU 等を含む) 及び小児科部門の病床 (NICU・GCU 等を含む) を削減した場合、その削減した病床数 (産科施設において現に分娩に用いておらず、今後も用いる予定のない病床等、分娩取扱や小児医療の提供に支障を来さない病床を除く。)
- ② 同一開設者の医療機関へ病床を搬送した場合、その搬送した病床数
- ③ 事業譲渡等により病床を削減した場合、その削減した病床数
- ④ 病床種別を変更した場合、その変更した病床数
- ⑤ 医療法第 30 条の 4 第 10 項から第 12 項までの規定及び「国家戦略特別区域法」に基づき許可を受けた病床を削減した場合は、その削減した病床数
- ⑥ 診療所の療養病床又は一般病床について、医療法施行規則第 1 条の 14 第 7 項の規定に該当し、医療法第 7 条第 3 項の許可を受けずに設置された病床を削減した場合、その削減した病床数

病床数適正化支援事業 (令和7年度医療施設等経営強化緊急支援事業)

- 国では、令和6年度補正予算において、医療施設等経営強化緊急支援事業（いわゆる「緊急支援パッケージ」）の一つとして、「**病床数適正化支援事業**」を予算措置した。
- 本支援事業は、**令和6年12月17日**（国予算成立日）から**令和7年9月末**までに**病床（一般・療養・精神）の削減の届出等を行った場合、1床当たり約400万円**を支給するもの。

【施策の概要】

- 患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援
 (概要) **医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象**とした経費相当分の給費金を支給する
 (交付額) **病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円/床**
休棟・休床中の病床を削減する場合も支給対象（R7.2.4国明会で判明）

【施策のスキーム図】



2

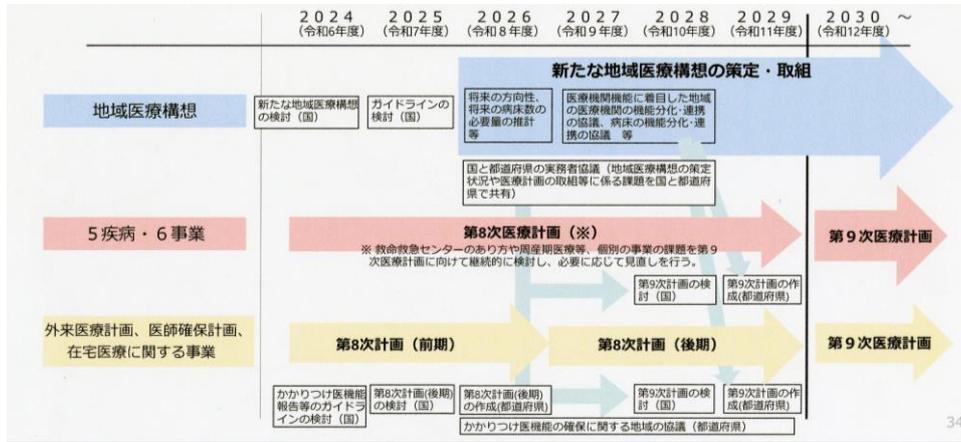
神奈川県病院協会地域医療構想等検討会議(2024年4月)

病床数適正化支援事業

(単位：床)		(単位：床)		(単位：千円)	
都道府県	活用意向を示した病床数	都道府県	配分対象病床数	配分額 (第1次内示額)	
北海道	4,862	北海道	352	1,444,608	
青森県	575	青森県	100	410,400	
岩手県	1,022	岩手県	138	566,352	
宮城県	812	宮城県	100	410,400	
秋田県	1,103	秋田県	147	603,288	
山形県	603	山形県	135	554,040	
福島県	2,361	福島県	220	902,880	
茨城県	1,009	茨城県	260	1,067,040	
栃木県	647	栃木県	107	439,128	
群馬県	753	群馬県	100	410,400	
埼玉県					
千葉県					
東京都	2,595	東京都	539	2,212,056	
神奈川県	1,569	神奈川県	411	1,686,744	
新潟県	1,112	新潟県	260	1,067,040	

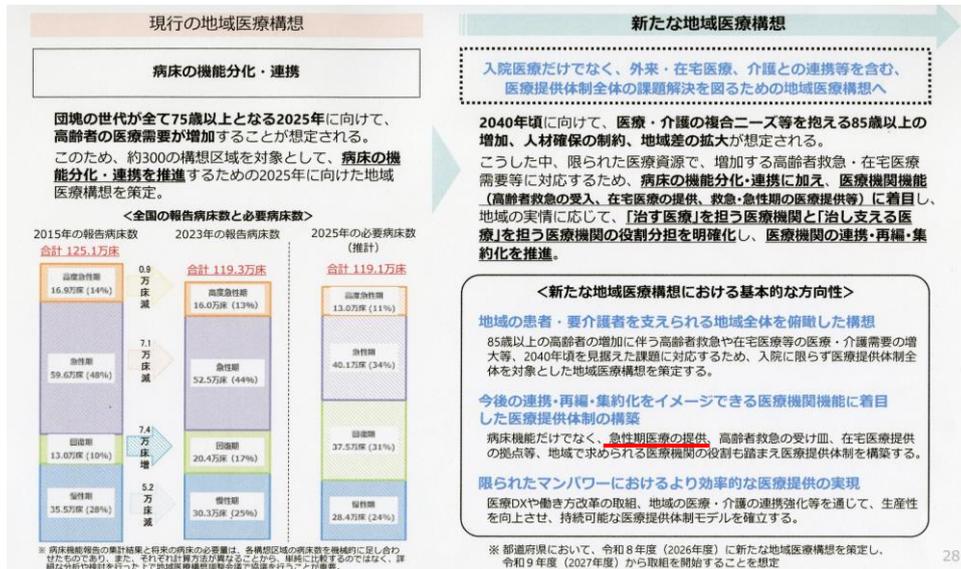
1,569床(一般894床・療養191床・精神484床)

新たな地域医療構想と医療計画の進め方(案)



厚生労働省 新たな地域医療構想について(2024年12月)

新たな地域医療の基本的な方向性(案)



厚生労働省 新たな地域医療構想について(2024年12月)

急性期病院(湘南西部)

国立病院機構神奈川病院(370床)

東海大学医学部付属病院(804床)

秦野赤十字病院(320床)

伊勢原協同病院(350床)



平塚市民病院(416床)

平塚共済病院(400床)

徳洲会湘南大磯病院(312床)

平塚市(人口25.7万)の急性期病院

平塚市民病院(416床)

平塚共済病院(400床)



- 急性期拠点機能 ⇨ 人口の少ない地域(30万以下)は「1医療機関」?

(厚生労働省 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会)

医療機関の機能転換・再編等の先行事例

事例	構想区域の人口	概要	成果	支援策
■山形県 (R5) 米沢市立病院、三友堂病院	21.2万人	・医師不足による救急医療の体制維持に課題がある中、市立病院(322床)と2つの民間病院(185床、120床)を再編し、米沢市立病院(263床)は急性期、三友堂病院(199床)は回復期・慢性期を担う体制とし、両病院を併設して連携を強化	・医療機関の併設による急性期と回復期・慢性期の連携強化 ・併設による転院動線の簡略化、エネルギーセンター・給食センター等の共有化	・地域医療介護総合確保基金 ・登録免許税・不動産取得税の税制優遇措置 ・都市構造再編集中支援事業費補助金(都市再生整備計画)
■兵庫県 (R元) 県立丹波医療センター	10.9万人	・医療資源が分散し、病院の経営状況が悪化する中、県立病院(303床)と公的病院(95床)を再編し、急性期から回復期、終末期までの幅広い医療を担う中核病院(316床)を整備	・救急搬送受入件数の増加(約1500件(2病院)→約2000件) ・医師数の増加(62人(2病院)→78人)	・地域医療介護総合確保基金
■茨城県 (H30) 茨城県西部メディカルセンター、さくらがわ地域医療センター	27.0万人	・医師の分散等により急性期機能が低下する中、2つの公立病院(399床、173床)と民権病院(79床)の再編により、急性期・二次救急対応を担う茨城県西部メディカルセンター(250床)、後方病院として回復期・慢性期に対応するさくらがわ地域医療センター(128床)に機能分化	・茨城県西部メディカルセンターに地域臨床教育センターを設置し、医師数の増加(17名(公立2病院)→30名(茨城県西部メディカルセンター)) ・救急搬送受入件数の増加(約1000件(公立2病院)→約2200件(茨城県西部メディカルセンター))	・地域医療再生基金
■埼玉県 (H29) 県立小児医療センター、さいたま赤十字病院	128.1万人	・医師不足や産産期・救急医療の拠点不足という課題がある中、県立病院(300床)と公的病院(605床)を再編し、両病院(316床、632床)を併設して、総合産産期母子医療センターを協同運用	・ハイリスク母胎・ハイリスク新生児への対応が域内で可能 ・併設によるヘリポート、職員食堂、職員用保育園等の共有化	・地域医療再生基金
■群馬県 (H28) 国立病院機構渋川医療センター	11.6万人	・基幹病院がなく、多くの患者が他の医療圏に流出する中、公的病院(380床)と市立病院(154床)を再編して、急性期機能を拡充し、地域の中核病院(450床)を整備	・医師数の増加(40人(2病院)→58人) ・救急搬送受入件数の増加(約560件(2病院)→約1080件) ・手術件数の増加(約2.2倍)	・地域医療再生基金
■香川県 (H26) 小豆島中央病院	3.0万人	・医師不足が続き、医療水準の維持が難しい中、2つの市立病院(111床、196床)を再編し、幅広い医療を提供する中核病院(225床)を整備	・島内での医療完結に向け救急医療の充実	・地域医療介護総合確保基金
■静岡県 (H25) 中東連総合医療センター、掛川東病院、袋井市立聖隷市民病院	47.6万人	・医師不足で医療資源が分散する中、隣接自治体の2つの市立病院(450床、400床)を再編し、急性期を中心とした中核病院(500床)を整備。また、市立2病院の跡地に回復期・慢性期を中心とした2つの後方支援病院(190床、150床)を整備	・医師数の増加(83名(市立2病院)→145名(中東連総合医療センター))	・地域医療再生基金

厚生労働省医政局長通知(2024年3月)

新たな地域医療の基本的な方向性(案)

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞

2015年の報告病床数: 合計125.1万床
 回復期: 13.0万床 (10%)
 急性期: 59.6万床 (48%)
 慢性期: 52.5万床 (42%)

2023年の報告病床数: 合計119.3万床
 回復期: 20.4万床 (17%)
 急性期: 52.5万床 (44%)
 慢性期: 46.4万床 (39%)

2025年の必要病床数(推計): 合計119.1万床
 回復期: 37.5万床 (31%)
 急性期: 40.1万床 (34%)
 慢性期: 41.5万床 (35%)

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機能的に足し合わせたものであり、また、各町村別計算方法が異なることから、単純に比較することはできず、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想協議会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

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へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)に着目し、地域の実情に応じて、「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。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想
 85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築
 病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

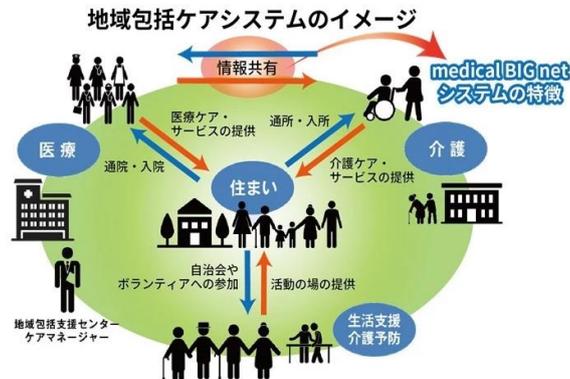
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現
 医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度(2026年度)に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度(2027年度)から取組を開始することを想定

厚生労働省 新たな地域医療構想について(2024年12月)

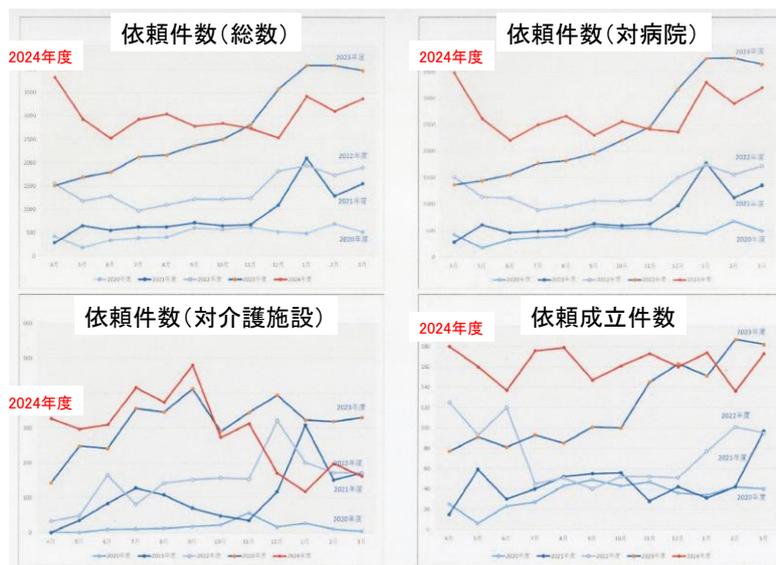
湘南西部病院協会 Medical B.I.G. net

(地域医療・介護サービス資源情報管理システム)



会員：48病院、3介護医療院、16診療所、33入所介護施設、18非入所介護施設

Medical B.I.G. net 利用状況(2020年～)

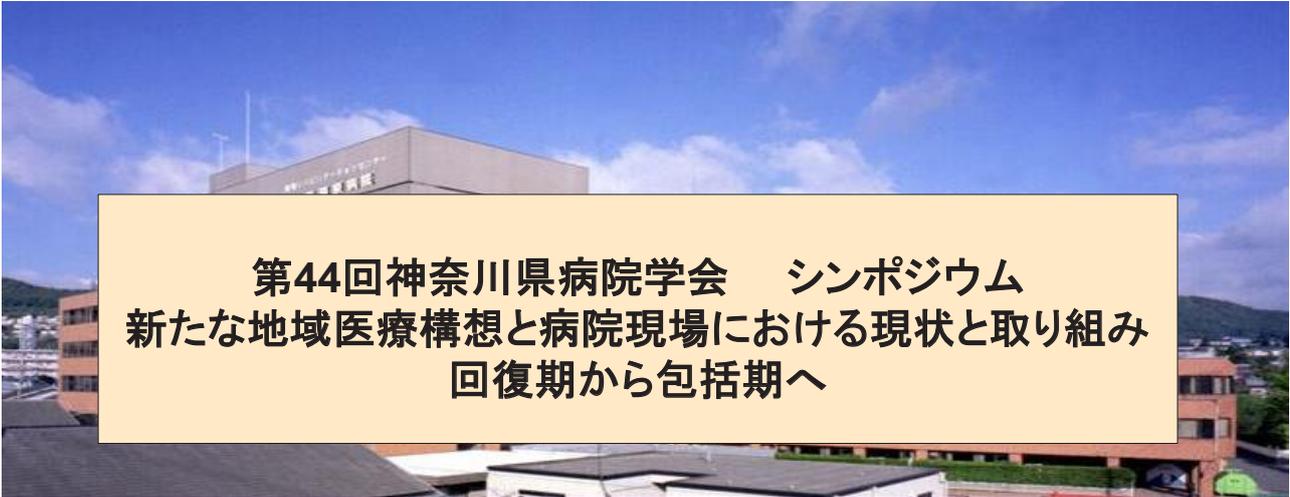


「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組

○急性期

- 急性期病院の経営は大変厳しい状況下であり、全国で機能転換や再編が進められている。
- 新たな地域構想においても医療・介護の連携強化が重要であり、広域の連携に資する公的システムの構築が望まれる。

シンポジウム発表 2



第44回神奈川県病院学会 シンポジウム 新たな地域医療構想と病院現場における現状と取り組み 回復期から包括期へ

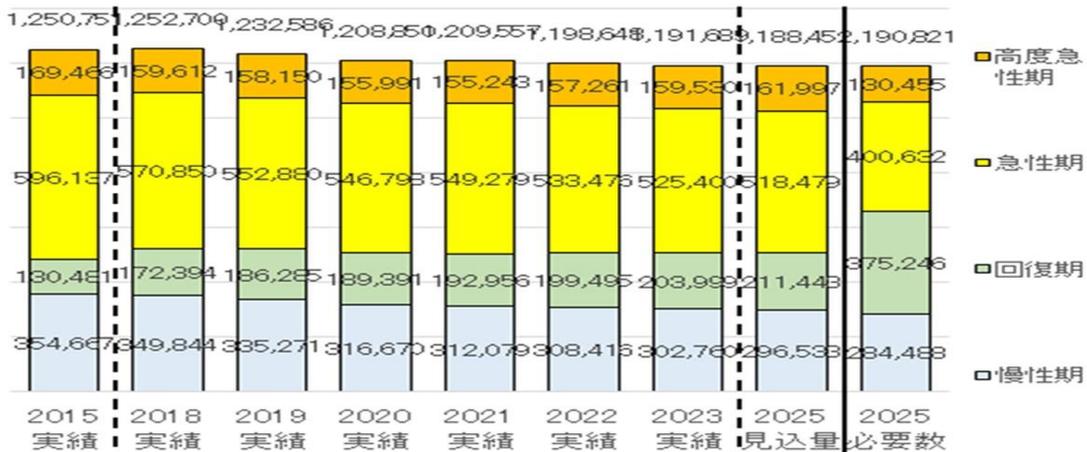
医療法人社団三喜会 理事長
鶴巻温泉病院名誉院長 横浜新緑総合病院院長
日本介護医療院協会会長
鈴木龍太

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.



医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

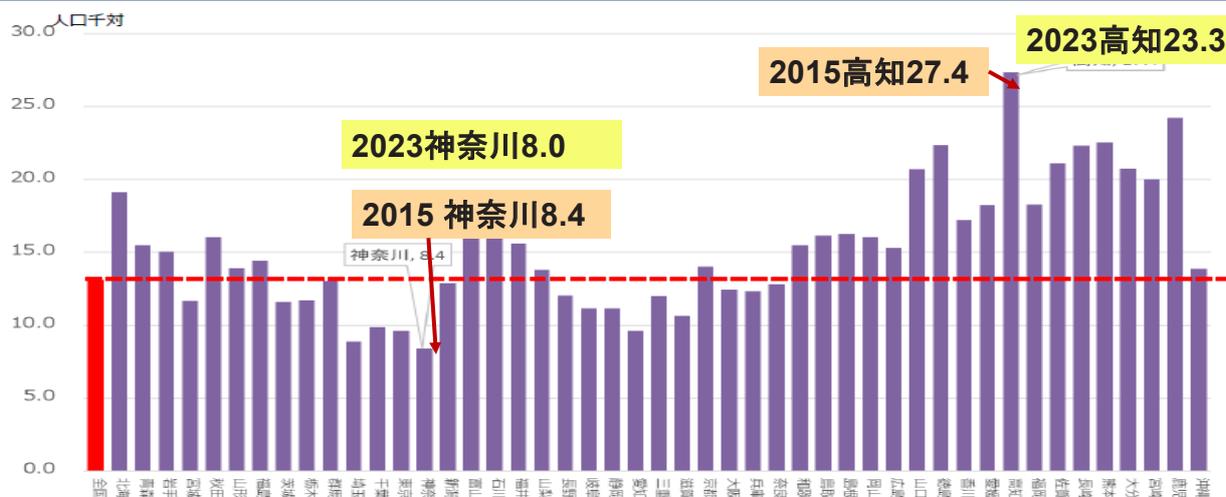
2025年までの地域医療構想 全国の病床数の結果



2015年の病床125万床が2025年には119万床になる予定(実際は2024年10月で115万床と報告)。地域医療構想の119万床に近い値となるが、機能別では高度急性期と急性期が必要数より多く、回復期が少ない。慢性期は介護医療院へ移行し、6万床減

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

都道府県別病床数（人口千対）



人口千人に対する病床数は都道府県でまちまち。地域医療構想では病床数は全国均一に減らすのではなく、人口当たり多い県（二次医療圏ごと）を減らす構想。2023年には少し減っているが、全体の傾向は殆ど変わりなし。最低と最高では3倍の差がある。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

3

2025年までの地域医療構想の結果と課題 県



神奈川県の必要病床は13000床増床のプラン。実際は1600床増加、回復期は21000床には遠く及ばず、8400床。



高知県では必要病床では4000床減床のプラン。実際は2500床減床。急性期2860床には減らず、回復期3286床には届かず。慢性期が2000床近く減床した。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

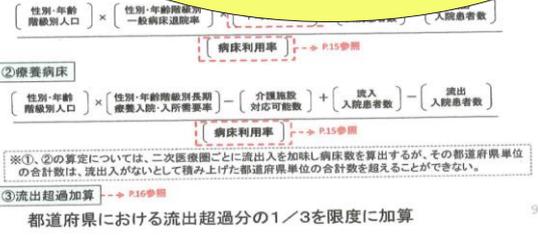
4

2025年までの地域医療構想の問題と功績



- 1. 基準病床数計算式の問題**
 病床利用率を低く設定したために必要病床数が多くなった。地域の実情を考慮して、また余力を考えて数値をある程度高い数字を使用すべき。
 むやみに病床を増加するのは、稼働低下を招き、地域の医療を崩壊させる。また医療費の削減方向とは逆の方向へ向かう。
- 2. 届け出制の問題**
 大学病院等は全病床を高度急性期として届け出ることが続いた。
 手術数や、救急患者受け入れ数、高度医療実施例数等、客観的数字を用いて評価できるようにすることが必要か。
- 3. 人口密度が高く交通網の発達した都市部と地方とは医療需要の動きが違うので、全国統一の計算式ではなく、別の計算方法を考案してはどうか？**

功績
 地域の推進会議の開催等、地域での医療機関の情報交換、意見交換の場ができ、地域として医療を考える基盤ができたことは大きな功績である。



Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

5

慢性期病床の減床には2018年に創設された介護医療院が貢献している。 2023年7月1日 日経新聞朝刊

医療と介護は高齢者の状態に合わせて一体で提供されるのが理想だ。ところが特養や老健の入所者が病気になった場合に施設内でできる医療は極めて限られる。病院に移って治療を受け、安定したら施設に戻る。こうした移動を頻繁に繰り返す高齢者もいる。そのたびに家族は手続きや立ち合いが必要になる。

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

「介護医療院」という選択肢

医師常駐、最期まで生活拠点

総定員は特養の1割弱

医療と介護は高齢者の状態に合わせて一体で提供されるのが理想だ。ところが特養や老健の入所者が病気になった場合に施設内でできる医療は極めて限られる。病院に移って治療を受け、安定したら施設に戻る。こうした移動を頻繁に繰り返す高齢者もいる。そのたびに家族は手続きや立ち合いが必要になる。

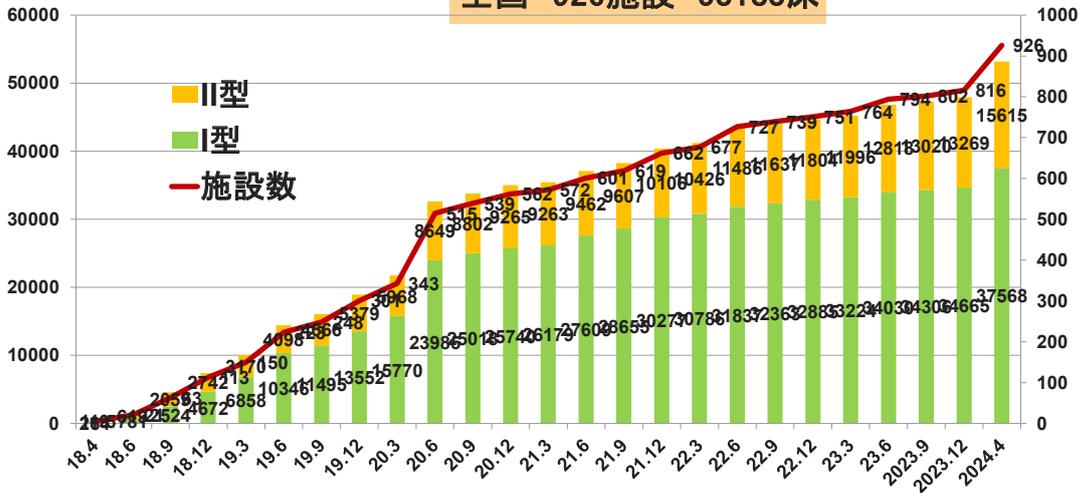
慢性期病床の減床には2018年に創設された介護医療院が貢献している。2023年7月1日 日経新聞朝刊

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

介護医療院開設状況(厚労省24.4.1)

全国 926施設 53183床



3か月で施設数110施設、介護療養病床数は2634床増加した。I型71%、II型29%。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

2022.9.5 日本介護医療院協会 医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

日本介護医療院協会調査 やって良かった介護医療院

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
良かった	70	71	64	67	69	74
変わらず	15	16	16	18	15	13
悪かった	0	1	3	3	1	1
わからない	14	12	17	12	15	12

やって良かった介護医療院

日本介護医療院協会では毎年全国の介護医療院へアンケート調査を実施している。開設当初より、「よかった」が70%前後であり、24年度は最高の74%になった。一方「悪かった」は1%で、特にI型では0件(下段)である。

	全体	I型	II型
1.よかった	74	76	64
2.変わらない	13	13	14.0
3.悪かった	1	0.0	5
4.わからない	12	11	16

介護医療院の創設は好意的に受け止められており、新しい制度は成功と言える。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

医療需要のピーク

【参考】医療資源の最大限活用に向けた、地域での協議について（医療需要のピーク見込み）

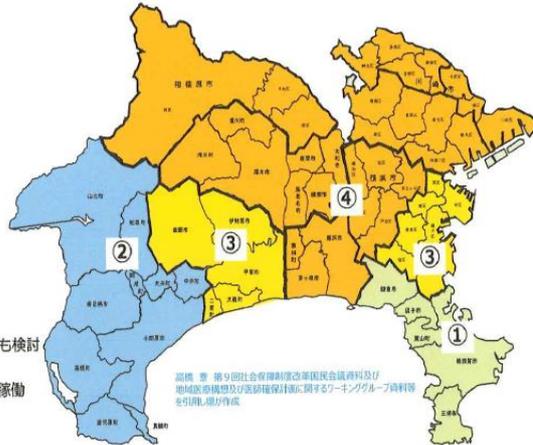
○予想される医療需要のピーク

- ① 2020年 横須賀・三浦
- ② 2025年 県西
- ③ 2030年 横浜南部、湘南西部
- ④ 2040年 他の地域

地域の医療資源を最大限に活用するための施策を基本としつつ、医療需要のピークに合わせて、施策の方向性を検討していく必要がある。

- ・①②地域の施策の方向性
非稼働病床・病床は返上も視野に検討
一部病床は、他地域の受け皿としての活用も検討
- ・③④地域の施策の方向性
実情に合わせた病床配分や非稼働の病床を稼働させるための協議や必要な支援を検討

Kanagawa Prefectural Government



高橋 孝 埼玉医科大学保健医療政策研究センター及び
湘南地区保健局及び医師会等との協力を得て、関係機関
を訪問、検討中。

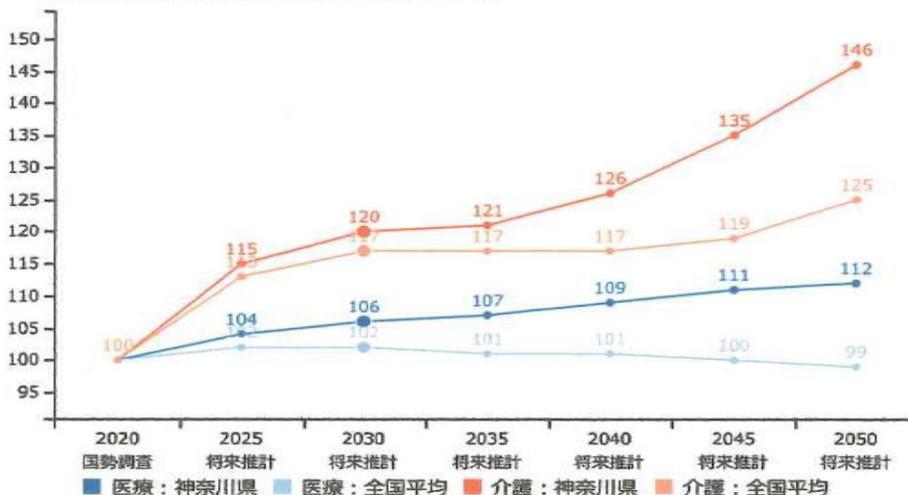
横須賀、三浦は2020年
県西は2025年
湘南西部は2030年
横浜、川崎、相模原
は2040年

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

医療介護需要予測指数 2020年を100 全国平均と神奈川県

医療介護需要予測指数（2020年実績=100）

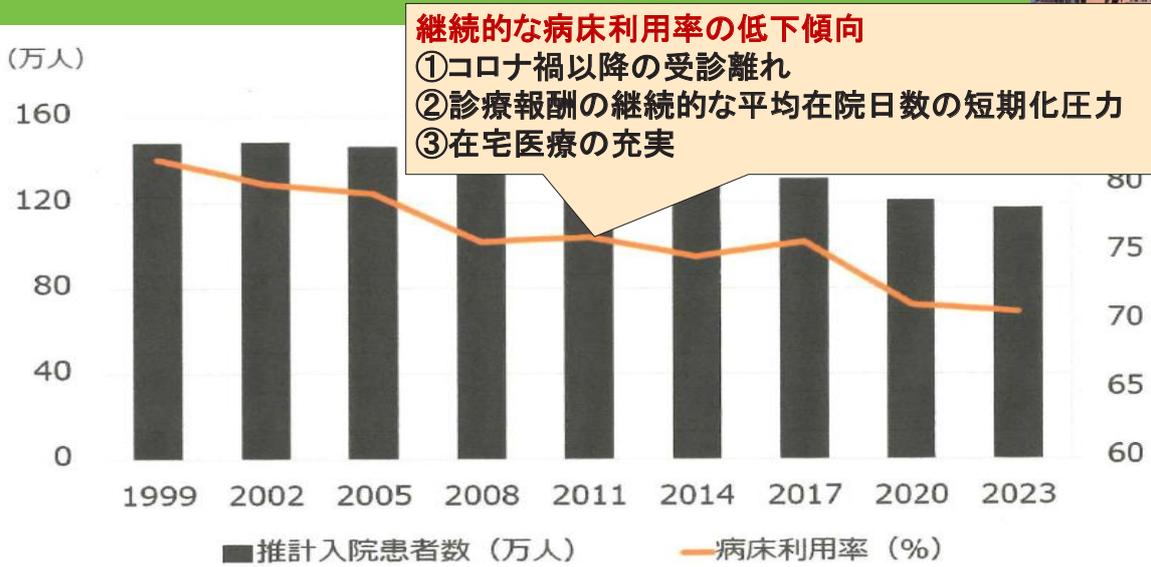


全国平均の医療需要は2030年をピークに減少する。介護需要は2030年から横ばいで120前後で、2045年以降やや上昇する。神奈川県では医療需要は継続的に緩やかに上昇していくが、介護需要の上昇が急峻である。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

計入院患者数と病床利用率の変化 (日本経営グループより)

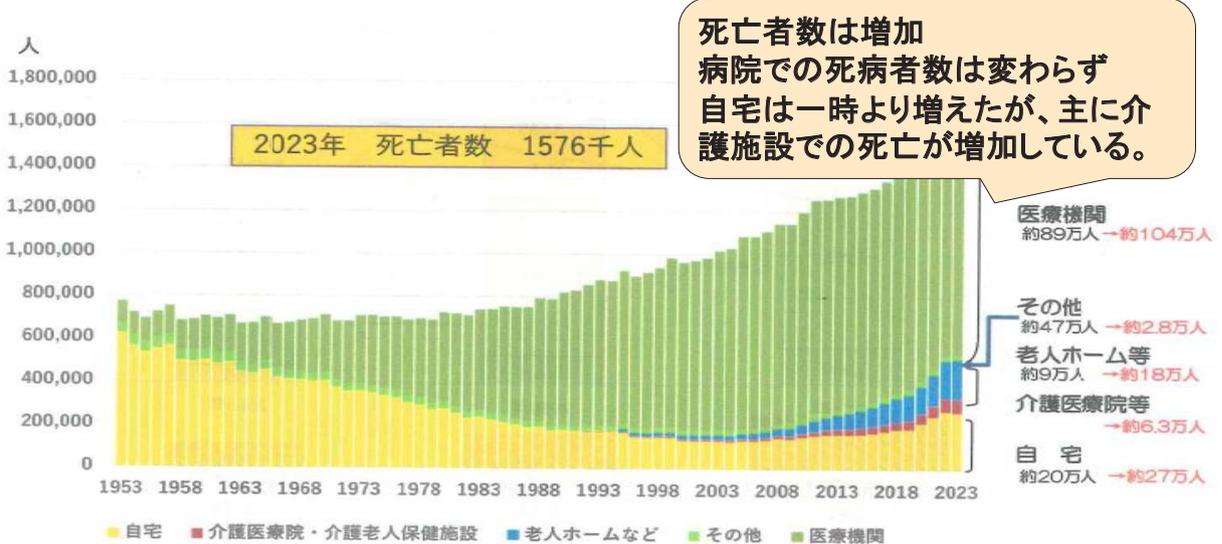


Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

Copyright © NIKKENKEI Co., Ltd. All rights reserved. 医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

11

死亡場所別 死亡者数の年次推移



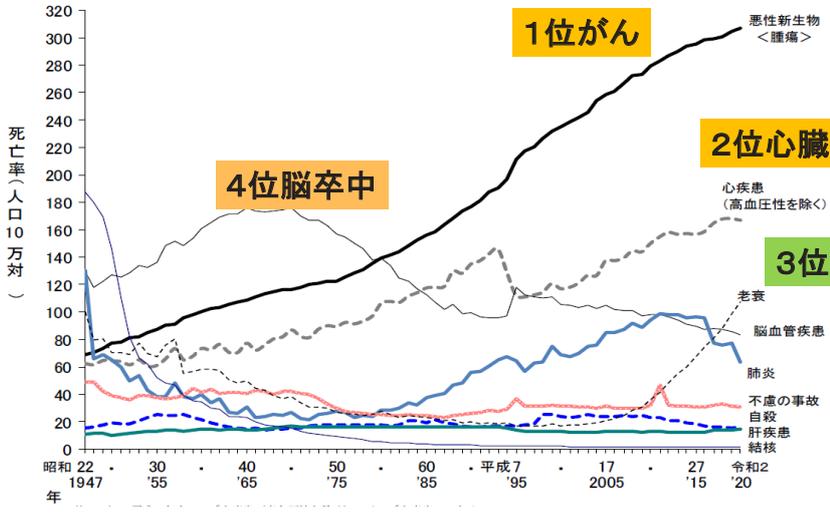
Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

12

2020年 日本の死因

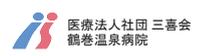
図6 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移



2018年に老衰が死因の3位となり、以後増加し続けている。老衰の増加は在宅や介護施設での看取りが反映している。

5位肺炎

厚労省令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況より



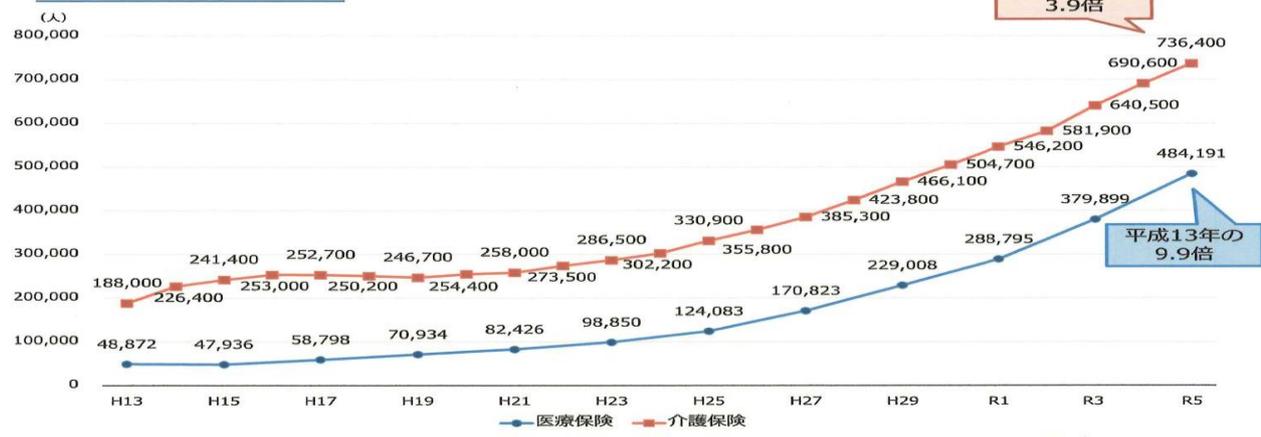
Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

訪問看護の利用者数の推移

中医協 総-2
5.10.20

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

■ 訪問看護利用者数の推移

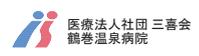


平成13年の3.9倍
平成13年の9.9倍

443/1244

2023年の訪問看護利用者は2001年の医療保険で9.9倍、介護保険で3.9倍となっている。

出典：訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))、介護給付費等実態統計(各年5月審査分)



新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

- 85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築
- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
 - ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(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)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

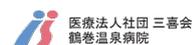
(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.



医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

15

新たな病床機能区分(案)

病床の機能区分(現行:高度急性期、急性期、回復期、慢性期)については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期機能】を、【包括期機能】とし、高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能として位置づける。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.



医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

16

新たな地域医療構想 包括期機能



包括期機能(または地域包括医療病棟の機能)とは、急性期後の高齢者などに対して、**在宅復帰に向けた治療やリハビリテーション**を提供し、地域全体で患者を支える仕組みである**地域包括ケアシステム**の**目標達成を担う機能**です。

包括期機能の主な役割

- ・ **在宅復帰支援機能:**
自宅や家族が支えられる環境を整えるため、多職種が連携して、患者の生活機能の回復と再入院の予防を支援します。
- ・ **リハビリテーション機能:**
早期からリハビリテーションを行い、身体機能の回復を促し、自立した生活を目指す。
- ・ **地域との連携:**
病院が地域のかかりつけ医やケアマネージャーと連携し、患者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう支援します。

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

17

包括期 課題



包括期機能で提供されるサービス

- ・急性期患者への治療と早期からのリハビリテーション
- ・安全な住居環境の提案と家族へのアドバイス
- ・栄養管理と栄養指導 入退院支援 在宅復帰支援

これらのサービスを包括的に提供することで、患者の早期在宅復帰を促し、高齢者がより長く地域で安心して暮らし続けられる環境を整備することが、「包括期」の重要な目的です。

地域包括ケアシステムとの関連

高齢化が進む日本では、2025年以降に医療、介護の需要が増大すると見込まれており、地域全体で高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が急務となっています。包括期機能は、このシステムの中核を担う病院が持つべき機能の一つであり、急性期の医療から在宅医療への移行をスムーズにし、地域医療を包括的に支える上で不可欠な役割を果たします

Copyright © Tsurumaki Onsen Hospital, All Rights Reserved.

医療法人社団 三喜会
鶴巻温泉病院

18

新たな地域医療構想策定ガイドラインより 医療機関の役割のイメージ

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急 手術等 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の提供 在宅医療の提供や からの患 	
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による 	

地域包括医療病棟
地域包括ケア病棟
在宅・介護との連携

回復期リハビリテーション病棟
慢性期 医療療養病床

新たな地域医療構想 病床機能の役割 まとめ



高度急性期
急性期

治す

包括期

治す

»

支える

慢性期

治す

=

支える

介護医療院
介護施設

支える

»

治す

包括期

在宅復帰支援

リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組
地域との連携

慢性期

高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ(多疾病併存状態)患者へのリハビリテーションを含む、
治し支える医療の提供



ご清聴ありがとうございました

公認ゆるキャラ
鶴のまきちゃん

Copyright © Tsuruma

社団 三喜会
病院

21

精神科医療と地域医療構想

医療法人正永会港北病院 山口 哲 顕

地域医療構想参入に至る経緯

日本精神科病院協会雑誌第43巻第10号（2024年10月）において山崎 学会長がその巻頭言で、「第二次ベビーブーマーが後期高齢者になる2040年の医療需要と病床の必要量が検討され始め、2025年3月に中間まとめを公表するスケジュールが進行している中で、精神科医療においても少子高齢化による疾病構造の大きな変化、従業員確保のリスク、統合失調症モデル経営で2040年問題を乗り切れるのかを考えた時に、地域医療構想に参画して2040年以降の精神科地域医療モデルを日精協主導で真剣に考える時期に来ていると考え、精神医療の地域医療構想参入について厚労省の関係部局に申し入れを行った」と述べている。

その後の進捗状況（1）

日本精神科病院協会定期社員総会
（令和7年6月13日）

「精神病床については一般病床よりも
余裕をもって検討される予定となっております」との報告。

その後の進捗状況（2）

日本精神科病院協会常務理事会（令和7年8月7日）における
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（7月24日）報告

「医療法が継続審議となっていることを踏まえ法律改正を
伴わない事項を中心に、地域医療構想のガイドライン策定
や医師の偏在対策について議論し、今年度中の取りまとめ
を目指す。新たな地域医療構想では、必要病床数の算定方
法の見直しや、医療機関・病床の機能、構想区域の在り方
が議論される。」

精神科医療の変遷 (1)

昭和15年	精神病床	約25,000床
昭和20年	精神病床	約4,000床
昭和25年	欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入による精神衛生法の制定 (精神病院の設置の都道府県への義務付け、措置入院制度の制定等)	
昭和28年	精神病床	約30,000床

精神科医療の変遷 (2)

昭和29年	全国精神障害者実態調査 全国推定数 130万人うち要入院35万人⇒ 法改正による非営利法人の設置する 精神病院の設置及び運営に要する 経費に対し、国庫補助の規定の新設⇒ 病床の急速な増加	
昭和33年	精神科特例	精神病床の許可基準の定数は 医師は1/3、看護師は2/3の事務次官通達
昭和35年	精神病床	約85,000床

精神科医療の変遷 (3)

昭和39年 ライシャワー事件 当時の駐日アメリカ大使
ライシャワーが統合失調症の少年に刺されて
負傷した事件⇒精神障害者の不十分な医療の
現状が大きな社会問題に⇒精神衛生法の改正
(通院医療費公費負担制度の新設、措置入院
制度に関連した手続上の改善等)

昭和40年 精神病床17万床

昭和50年 精神病床28万床

精神科医療の変遷 (4)

昭和59年 宇都宮病院事件 無資格者による
レントゲン撮影、看護助手らの暴行に
より患者が死亡する等した事件⇒

昭和62年 精神衛生法の改正
(精神保健法への名称変更、精神障害
者本人の同意による入院制度の新設等)

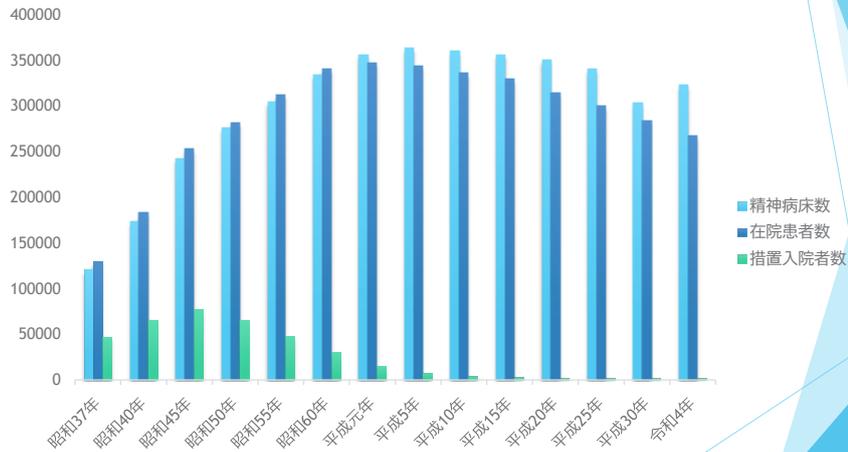
精神科医療の変遷 (5)

- 平成5年 障害者基本法が成立 施策の対象となる
障害者に精神障害者を位置付け
- 平成7年 精神保健法改正 (精神保健福祉法への
名称変更、精神障害者保健福祉手帳
制度の創設等)
- 平成15年 医療観察法の成立

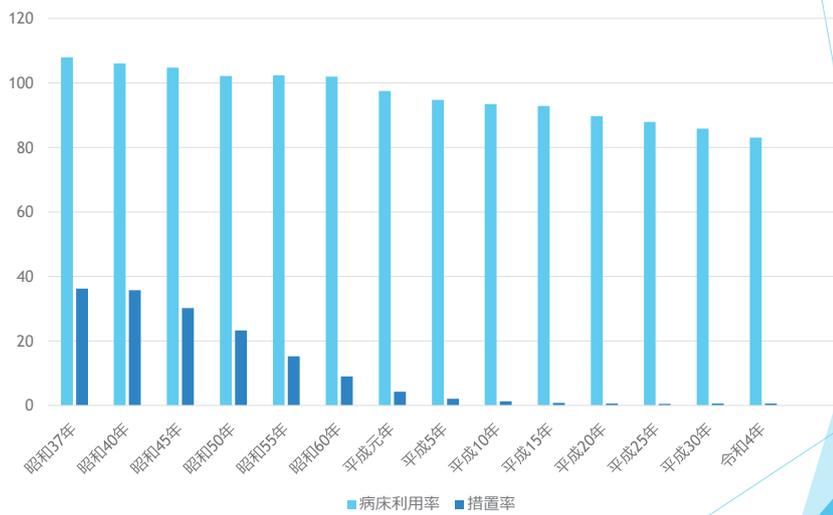
精神科医療の変遷 (6)

- 平成16年 精神保健医療福祉の改革ビジョン 入院医療中心
から地域生活中心へ、①国民の理解の深化、
②精神医療の改革、③地域生活支援の強化、を
10年間で進め7万床の減床を目指す
- 平成18年 障害者自立支援法施行 身体、知的、精神
三障害の一体化
- 令和4年 精神保健福祉法改正 (精神科病院における
虐待防止のための体制整備の義務付け等)

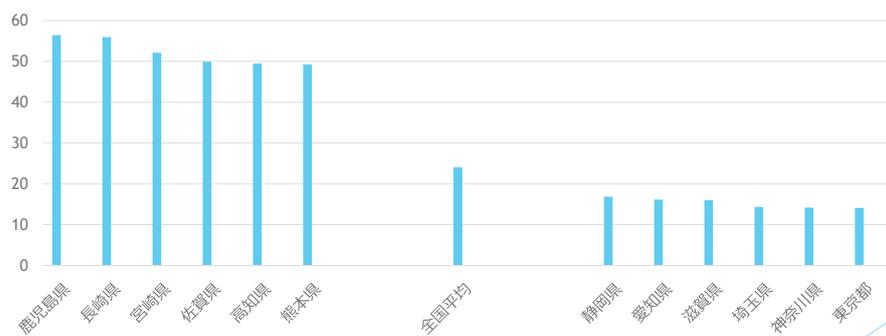
精神病床数・在院患者数・措置入院者数の推移



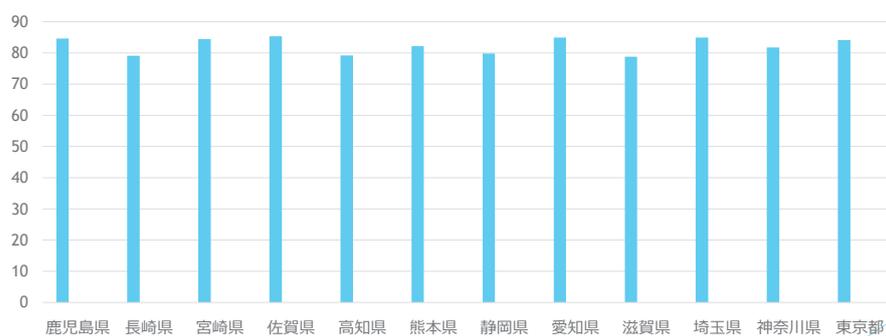
病床利用率・措置率の推移



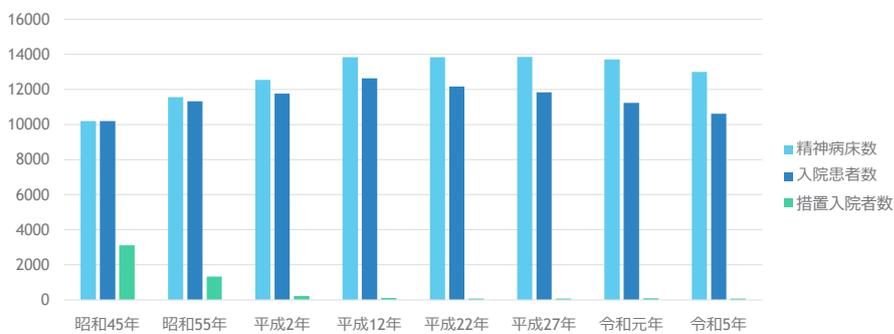
都道府県別人口万対病床数



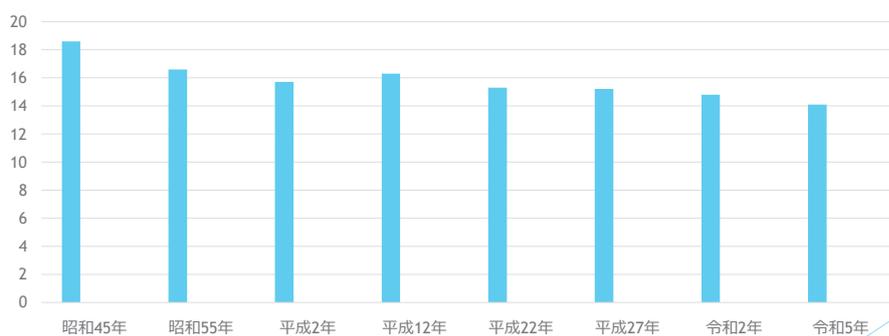
都道府県別病床利用率



神奈川県精神病床数・入院患者数・措置入院者数の推移



神奈川県人口万対病床数の推移



精神科病院における今後の課題

病床稼働率の低下への対応
疾病構造の変化への対応(長期入院統合失調症患者の減少等)
高齢者の身体合併症等、精神科疾患以外の疾患への対応
人口減少等に伴う人材不足への対応
物価上昇、人件費の高騰等による経営状態悪化への対応
病院施設の老朽化への対応(建築費の高騰)
入院患者の高齢化への対応(バリアフリー化等)
医療DXへの対応
精神科救急医療体制の維持継続

まとめと私見 (1)

1. 精神科の地域医療構想参入の経緯とその後の進捗状況について示した。
2. 精神科医療の変遷について概説した。
3. 精神科病床の稼働率は年々低下し現在は約80%であるが、今後も低下傾向は続くと予測されている。
4. 3. より、今般の精神科の地域医療構想への参入は精神科病院にとり背水の陣とも言える状況での参画であることは否定出来ない。

まとめと私見 (2)

5. 4. ではあるが、精神科関連の事件がある度に法改正が繰り返されてきた精神科医療の歴史において、今回は自主的な変革になること、一般科との連携の強化に繋がること等のプラス要因もある。
6. 精神科病床の稼働率の低下への対策として、病院のダウンサイジング、合併、病床機能の変更等が考えられるが、いずれに対しても補助金、診療報酬等による経済的支援は必須であると考ええる。

まとめと私見 (3)

7. 精神科医療の地域医療構想の作成に当たっては全国一律の考え方ではなく、その地域毎の実情に合致した構想の作成が望まれる。
8. 神奈川県精神科救急医療体制は全県一区として体制を構築しているため、それらも考慮しての地域医療構想の作成が望まれる。
9. 2040年に主力になるであろう先生方の検討会等への参加が期待される。



ご清聴ありがとうございました。

意見交換「新たな地域医療構想」と 病院現場における現状と取組

座長 神奈川県病院協会 副会長
麻生総合病院 理事長兼病院長 菅 泰 博

【座長】

ただいまより意見交換を開始したいと思います。今回、「新たな地域医療構想に向けて」ということで、様々なテーマ、急性期、慢性期、包括期、精神という分野でご発表いただきました。大きな課題が課せられたなというような、私の率直な意見でございますが、一気にお話しをするのは難しいので、それぞれの機能別にお話しさせていただきたいと思います。

まず、急性期の分野で稲瀬先生がお話しされましたが、若干、急性期が過剰になっているエリアもあって、将来的に患者数も減っていったり、スタッフの数も確保が難しくなってきた時に、何らかの機能転換をしているところが、全国にもちらほらあるという例を出されましたが、これは経営者判断になるのか、地域医療構想調整会議の中などで調整していくのか、その辺りに関して、地域とバランスを取り、どのように2040年を迎えていこうかということを考えてらっしゃると思いますが、その辺り、いかがでしょうか。

【稲瀬】

機能転換や統合は避けられないと思っても、実際にやるのはどう考えても難しいですね。設立母体も違えば、医師の派遣元も違うので、相当追い込まれるまでは、行けるとここまで頑張られて言われるのだと思います。だから、本当に人口減少が

激しい地域で、もうどうにもならなくなってくると、いよいよ動き始めるんだと思います。

ただ、どこかがリーダーシップをとる必要があり、公的病院はある程度補助があって少し生き残れるというのがあるので、元気な自治体が主導をとった方がいいかもしれませんが、その辺はケース・バイ・ケースかなとは思いますが、調整会議の中で理想的な形で進めるというのは、言うは易しで、実際は難しいだろうなと思います。

ただ、いよいよ2040年に向けて25年どころか、ここ5年・10年でだいぶ追い込まれる病院が多いと思うので、どういう局面になるのかを、びくびくしながら考えている状況です。

【座長】

本日、尾形先生にもご登壇いただいておりますので、お伺いしたいと思います。

今回、稲瀬先生のご発表の中で、病床数適正化支援事業のお話が出ておりました。

我々これまで地域医療構想調整会議で全国一律の計算式に基づいた様々な議論を展開し、右往左往してきましたが、ここにきて一気に、病院経営が厳しいから病床数適正化支援事業が行われたのか、ちょっとその背景も、私、正確には分かりませんが、病床、返還していいよ、苦しかったら返還してもいいよというような新たなかじの切り方を国がしたと思います。

病床を増やせと言われている地域でも、返還したいという病院が現れたり、その地域医療構想調整会議との整合性がとれなくなった場面が、今年、見受けられたのですが、その辺り、尾形先生はどのように見てらっしゃいますか。

【尾形】

これからお話しすることは、私の個人的な意見ですので、そのつもりでお聞きいただきたいのですが、私は病床数適正化支援事業、言葉は悪いですが、減反政策だと思っています。これまでの、今、おっしゃったように、かなり精緻に積み上げてきた地域医療構想とは全然レベルの違う話かなというふうに思ってます。私は、この病床数適正化支援事業に全く関わってないので、あるいは、的外れかもしれませんが、あまり思想がないかなという気がしています。

それから、私の基本的な疑問は、病床数を減らすと、医療費が減るかのようなことを言われていますが、では、先ほど私の資料でお示したように、日本は最も病床数が多い方の国です。アメリカは日本の5分の1ぐらいの病床数ですが、アメリカは世界で最も医療費が高いです。ですから、病床数を減らすと医療費が減るとするのは、どういうロジックなのかというのはよく分からないところがあります。それはまさに医療のやり方に関わっているので、病床数さえ削減すれば医療費が減るんだというのは、非常に私は乱暴な議論だと個人的には思っております。

ただ、この事業に多くの病院が応募して予算が足りなくなったなんて話も聞いてますので、そういう意味では、今は相当苦しくなっていて、手放したいと思われているところがあるので、そういうニーズには多分合っていたと思いますが、地域医療構想でかなり真面目にと言うと変ですけど、積み上げてきた議論とはちょっと違うのではない

かなというのは、率直な印象です。

【座長】

我々も相当混乱をして、県行政にもこんなことをやってくれないで欲しいなと思ったと思いますが、少し違うレベルで我々に対する手助けなのかちょっと分かりませんが、手助けになったところもあるのは事実なので、そう考えなければならぬんだなとは思ってはいます。

しかし、かたや病床を減らさずに何とか機能を維持しようと思って頑張っている病院もかなり経営が厳しいという状況が今はありますので、これからは色々なところで支援のお話をされるとは思いますが、その辺りも地域医療構想とは別の次元で考えていただくと大変良いのかなと個人的には思っています。

続きまして、回復期等から包括期へということで、鈴木龍太先生にお話しいただきました。

新たな地域医療構想の包括期に求められるものが、非常に多岐にわたっているような印象を受けます。この機能というのは、回復期リハビリは専門病院、療養も専門病院、でも、包括期というのはアザーズなのでしょうか。高度急性期以外のところだと、かなり広く一般病院が含まれてくるのですが、そういった病院は普段、一般急性期をやっている、あまりリハビリや療養はやってこなかった。そこで、新たな新タイプの病棟として、地域包括医療病棟ができてますが、それに転換するのに、皆さん結構苦労されているという話を伺います。その辺り、先生、この包括期になるにあたって、どのような工夫が現場は求められるのかを教えていただければと思います。

【鈴木】

おそらく、包括期は、リハビリという言葉がキー

ワードであると思います。あとは栄養と口腔ケア。今、急性期でもリハビリテーション・栄養・口腔ケア加算というのがあります。急性期でもリハビリはあって、包括期だけがリハビリではないですが、今、リハビリというのを何でも通用して、急性期もリハビリだし、包括期もリハビリ。ともあれ、包括期となるとリハビリは必須にはなってくるんだらうと思います。

地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、それから回復期リハビリテーション病棟、この三つぐらいをまとめて回復期という地域包括ケアはどうするんだとか、そういう意見があったので、包括期という言葉でそのあたりを分かりやすくし、あと、「なんちゃって急性期」をそっちへ持っていこうと、そういうことだとは思いますが。

【座長】

先ほど、尾形先生のお話から、急性期1から地域包括医療病棟への転換が意外と多いというお話で、まさに今、鈴木先生がご解説されたような現象が起こっているというようなことですが、なかなかこの転換のハードルが意外と高い、特に手術を行っていないような内科系疾患をメインで診ている病院の地域包括医療病棟への転換が大変だというようなお話を聞きます。

この辺りは、中医協等で議論されているとは思いますが、また新たな地域医療構想の中では、包括期の位置づけとか、包括期に転換していくと、やはり病院の機能として、その地域のポジショニングとして合っていれば生き残っている、そんな点数配分、高い点数が付いているのかなと思いますが、ややハードルが高く感じます。その辺り、尾形先生、何かご意見はございますか。

【尾形】

その前にちょっと議論を整理したいんですけど

ど、包括期というのは、先ほども申し上げたように病床機能の話です。つまり、高度急性期、急性期、今度、包括期、慢性期ということになったということであって、それと医療機関機能とは必ずしも一致しません。病床機能報告は病棟単位で行われているはずなので、1病棟がそういう機能を持っていたとしても、医療機関機能として報告する時は、別の機能を報告することが十分あり得ることで、そこは少し違う話だということをもっと申し上げておいて、それで、病床機能報告で包括期として想定されているのは、診療報酬で申し上げると、回復リハ病棟であり、地域包括ケア病棟であり、地域包括医療病棟であるということだと思います。

その上で、今のご質問に対してのお答えですが、確かに中医協でも地域包括医療病棟の実態について、色々データが出てきたので議論をいたしました。そのとき、今、おっしゃったように、地域包括医療病棟については、急性期のほうから下りていくものと、それから、地域包括ケア病棟とか、従来の回復期、あるいは慢性期の方から上がってくるもの両方あるんじゃないかっていうことで、厚労省はそういう説明もしてましたし、実際に制度設計をしたはずですが、実際にふたを開けてみると、先ほど申し上げたとおりで、4割が7対1から来ている。それから、急性期の病棟から来ているほうが圧倒的に多い。地域包括ケア病棟からはなかなか上がりにくいっていうのが実態だったっていうことが一つあります。

それから、もう一つは、これも今ご指摘のとおりですが、特に整形は地域包括医療病棟になりやすいと言うと、少し言い過ぎかもしれませんが、そういうところがあるのも事実だということで、一方、内科系からだ要件が厳しいのではという議論は確かに出ております。ただ、それを踏まえて、どういう見直しをするかは、これは総会の方

でこれから議論して決めることなので、今の時点では何とも言えませんが、問題意識としては、そういうことが分科会でも議論され、もう少し要件を考えたほうがいいんじゃないかという意見が出たことは事実です。

【座長】

ここで言うお話ではないかもしれませんが、その要件緩和を求めている医療団体も多いので、ぜひ、そのようになればと個人的に思っております。

続きまして、精神科の領域で、山口先生、今度の新たな地域医療構想に精神医療が含まれるということで、まだ何も決まってない中で、既に病床稼働率が低下してきてますよというお話がありました。その原因は様々あると思いますが、一番大きな原因と、もし新たな地域医療構想に組み込まれるとしたら、ベッドは少し余裕をもってというのは、先ほど精神科協会の中でありましたけど、実質的に削減するというよりは、国が新たな計算式を作って、この計算式に基づいて削減してほしいなみたいな、そんな課題が突き付けられるかどうかは分かりませんが、今後、稼働率が下がっていくという現象を、どのように精神科の病院の経営者として受け止められるかというのを、教えていただければと思います。

【山口】

非常に難しい問題だと思います。稼働率の低下は以前から言われていましたが、急性期と慢性期を分けると、急性期はそれほど変わらないが、慢性期はさらに減るという数字が出ております。その理由としては、長期で入院されている患者さんが高齢化して、精神症状が軽くなり目立たなくなってきたり老健に行く、もしくは、残念ながらお亡くなりになる施設も増えてきている、その結果

だと思います。

当初、日本精神科病院協会は、認知症の患者さんが入院の対象になると考えていましたが、それも老健等に結構行ってしまった。それで、現状として、このままベッドの稼働率が80パーセントを切ってくるだろうという時に一つ考えられるのは、いわゆる老健と内科の中間ぐらいの患者さんを空床に入院させられるかどうか。ただ、その時に、我々がそれに対応できるかどうか。対応できる人、例えば内科の先生をお願いするなり、我々が内科の先生から勉強するなりスタッフを育てるなり、そういったことが必要になってくるのではないかと個人的には思っております。

【座長】

やはり精神科はどうしてもこれまで別の地域医療構想の枠の外で議論されてきたものが、一般の病床機能と同じか近い土俵で、それぞれ人的な交流等も持ちながら、何とかその機能に合った患者さんに入院していただいているような流れになっていくのではないかなとは思ってはいるんですが、そうすると、教育の面からも少し、例えば、総合診療科的な意識が、そういった精神科の病院に勤めても、遜色なく勤められるような教育を最初からの導入するというか、そういったことも必要になってくるのではないかと思います。今の医学教育の中で、あまり分野別ということをやらずとやり過ぎているので、なかなかハードル越えにくいなという感じがあるんですけども、そういったところに関して、精神科病院協会として何か教育面での、今後、こういう医師を育てて欲しいみたいな、そういうリクエストみたいなのがあれば。

【山口】

私が言えることかどうか分かりませんが、これ

までは精神科病院の中に留まっていた精神科医が、例えば先生方の病院に往診に行く、逆に先生方に来ていただく、そのような交流ができてくる中で、お互いに成長していった知識が増えていく。そうすると、先ほど言ったある程度のところが見えるようになってくる。そのような格好が生まれてくるのではないかと期待しております。

【座長】

あとは、全体に関わることで、今度の新たな地域医療構想はやはり介護との連携とか、在宅とか、外来とか、人材確保なんていうところも叫ばれているのですが、今、神奈川で問題になっている、尾形先生も出された資料で、病床数も少ないけども、医療人材もかなり少ない。特に看護師は、人口対10万人比でもずっとワーストで来ているというような状況の中で、医療費の数字を見ると、神奈川はいかに効率良くたくさんの患者さんを診るかということに、かなり効率の良い医療を色々な病院が連携しながらうまくやっているなど感じているのですが、尾形先生、いかがでしょう。全国色々見られてると思いますが、神奈川県がそれぞれ医療機関とうまく連携しながら少ないスタッフの中で成果は出ているような気がするんですけども、何かコメントをいただくと勇気付けられます。

【尾形】

今、手元にデータがあるわけではないんですけども、さっきお示したようなデータから印象で申し上げると、まさにおっしゃるとおりで、非常に効率的な医療を展開されているのではないかとこのように思います。特に私、福岡に12年おりましたので、九州の医療提供体制と比べると、相当違うのは事実だと思います。これだけの少ない病床数で、十分に効率的にサービスを提供され

てるのかと思います。

その一方で、課題としては、今日、最初の方で申し上げたように、やはり高齢化の、特に65歳以上人口が非常に増える。実は、もう全然増えない地域もたくさんあるわけですね、日本の中では。しかし、そういう中で、そこにどう対応していくかというのは、ちょっと今までとは違う視点が必要になってくるんじゃないか。つまり、病院だけではなく、介護施設等も含めて、どういう対応をしていくかというのが、課題なのではないかなというふうに思っております。

それから、せっかくのお話だったので、山口先生よろしいでしょうか。山口先生のプレゼンテーションの中で、今回、地域医療構想に加わるのは背水の陣だということをおっしゃって、非常に感銘を受けました。そうなんだなというふうに思いました。

ただ、ちょっと経緯を申し上げますと、実は、今の地域医療構想の基になっております、民主党政権の時代の2011年に策定された、いわゆる2025年ビジョンというのがあります。

これは2025年にどういう医療や介護の提供体制になるのかという展望を示した、非常に粗い推計なんですけど、それがあります。それがそのまま地域医療構想に使われているわけではないんですけども、基本的な発想はそこを引き継いでいる。実は、その2025年ビジョンには精神も入ってたんです。精神病床の将来像、非常に粗い姿ですけども、入っておりました。ところが、地域医療構想をつくるという段になって、精神はいろんな事情があって落ちてしまった。

私自身はずっと精神は入れるべきだと主張をし続けてまいりまして、昨年の、先ほどお話しした3月の検討会ですね、厚労省に対して、精神を入れないのかって言ったら、やっぱり入れませんという、そういう話だったんですが、さっき申し上

げたように、突然、9月になってこういうのが降ってきたんで、私の希望としては、最初から入っていただきたかったなど。そうすれば、もうちょっと議論ができたんじゃないかなと思うんですが、残念ながらそういうことで、ほとんど実質的な議論もしてないので、やはり今回の四つの病床機能、あるいは、五つの医療機関機能に精神がうまくはまってくるのかどうかって、きちんと議論をする必要があるし、データに基づいた議論も必要なのかなというふうに思っております。しか

し、そういう中での、先ほどの背水の陣ということのを伺いましたので、これは非常に頼もしく思っています。以上です。

【座長】

ありがとうございました。まだまだ意見交換を続けたいところですが、お時間となりましたので、これにて終了したいと思います。先生方、どうもありがとうございました。もう一度、大きな拍手をお願いします。

自宅退院が叶わず施設退院が決定した患者への関わり ～肯定的な受容のための言葉かけ・姿勢について～

◎小笠原 夏月

医療社団法人協友会 金沢文庫病院 看護師・看護部

【はじめに】

日本国内で高齢化が急速に進行している中、厚生労働省の2012年の希望する療養の場の調査では、「国民の約60%以上が自宅退院を望んでいる」¹⁾と回答している。しかし、自身が地域包括ケア病棟に勤務しさまざまな患者の退院にむけた支援に取り組んでいく中で、日常生活動作（以下、ADLと称す）や認知機能の低下、家族の介護力や背景の問題などの多くの要因により本人が自宅への退院を希望していても自宅退院が困難になってしまうケースに直面することが多い。患者の多くは「退院」と聞くと「自宅へ帰れる」と思う感情は当然のことではあるが、実際は医師と家族の間で今後の方向性を話し合わせ、その中で患者本人の意向にも触れるが実際は難しいと施設入所の話に進むことが多い現状である。そうした際に、家族は自宅へ帰れないという現実を患者へどのように説明したらよいのか、患者を不安にさせたくないといった思いも強く持たれている。今後の療養の場は患者にとって余生を過ごす場となるため、説明のタイミングや説明後の患者への対応には注意を払う必要が高いと感じていた。そこで今回の事例では自宅退院の希望がかなわなかった患者に対し、看護師がどのような言葉や姿勢で関わる必要があるのかを考察する。

【目的】

自宅退院の希望が叶わず、悲観的な気持ちを抱いている患者が前向きな受け止めに至るまでの自己の関わりを振り返り、効果的なコミュニケーションのあり方を見出す。

【方法】

1. 研究期間：令和6年9月～12月
2. 事例紹介：A氏、70歳代男性、水泡性類天疱瘡の継続治療と退院調整目的で入院。既往に糖尿病、パーキンソン病がある。妻と長女と同居し、入院前までは介護サービスを利用しある程度自立した生活を送っていた。しかし自宅で転倒を繰り返し家族の介護負担が大きく、家族は自宅退院に不安を示していた。また、入院の長期化や既往のパーキンソン病の症状の進行によりADLの低下もみられていた。
3. 分析方法：カルテ記録より自身の関わり方を後方的に分析する。
4. 倫理的配慮：本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。研究対象者へは、研究目的、趣旨、匿名性の保持、研究不参加への不利益がないこと、本研究以外には使用しないこと、研究後にはデータを廃棄することの説明を行い同意を得た。本研究において利益相反関係にある企業等はない。

【看護の実際】

A氏が施設の退院に対し現在どのように受け止めているのかを確認する必要があると考え、病室のベッドサイドにてA氏の思いを傾聴する機会を作った。話を聞く際は、タッチングを用いて、相手に緊張感を与えないように椅子に座りベッド上のA氏と同じ目線になるように意識して傾聴を行った。また、カーテンを閉めプライバシーに配慮し気持ちを表出しやすいような環境づくりに配慮した。傾聴を行っていく中でA氏からは「本当は家に帰りたけれどね。今は歩けないから難しいだろうね。」という発言が聞かれた。表情は暗く、涙ぐんでいる様子であった。A氏は入院前介護サービスを利用しながらもある程度自立して生活をしていた。そのためA氏は入院前と現在のADLにギャップを感じており、悲観的な気持ちを抱えていることが考えられた。このことから、まずは悲観的なA氏の心情に寄り添うことを意識し言葉かけを行った。A氏の言葉を否定せずに「そうだったんですね。」「つらいですね。」など、共感を示すような言葉かけを意識した。数日後、A氏より「ちょっと歩いてきたよ。」とリハビリテーション（以下、リハビリと称す）で歩行練習ができたことに対する発言があった。この場面では、「すごいですね。」「頑張りましたね。」といったような相手に対し頑張りを受容するような肯定的な言葉かけを意識して行った。その後も日常生活でA氏とコミュニケーションをとる際は、共感的・肯定的な言葉かけや姿勢を意識してつづけた。その結果、A氏の日常生活状況にも徐々に変化がみられた。それまでは離床のために食事の時間に車椅子への乗車を促しても、「痛いから嫌だ!」などの発言がみられていた。しかし、日々A氏との関り続ける中で「ベッドから離れて過ごす時間を作るために食事の時間に車いすに乗って食べましょうか。」と声をかけると、A氏は「乗って

みようかな。」と言い、車いすに座り食事をとられた。その後も離床のため、食事の際は車いすに乗車し食事をとるようになり、積極的に離床しようとする様子が見られた。また、入院当初はあまり日中の活動に積極的ではなかったA氏も離床が進むにつれて、好きな読書をして過ごすようになるなど日中の過ごし方にも変化が現れるようになった。その後も関わりを続けることでリハビリの成果もあり、少しずつ離床する時間が増えていき、コミュニケーションの際も笑顔がみられるようになっていった。最終的にA氏は、施設への退院が正式に決定した。退院の前日、A氏に現在の思いをうかがった。退院に対し何か心配なことはあるかと問うと「特にないな。」と返答があったが、転院先でもリハビリが続くこと、ADLを維持できるようにと伝えると「うん、頑張ります!」と笑顔で前向きな発言が聞かれた。

【考察】

今回の事例では、自宅への退院が叶わなかったA氏への悲観的な気持ちに対し、共感的な言葉かけを行うことを意識して関わりを行った。また同時に、患者のリハビリへの頑張りなどの発言に対しては肯定的な言葉かけを意識して行った。長尾は患者の看護師の傾聴における概念の定義として、「看護師が患者の話を傾聴する際の態度として、看護師が自身の感情を自覚したうえで患者に共感し、肯定的関心を持って受容することである。患者に対し共感し、肯定的な関心を示したうえで傾聴を行った結果として患者と看護師の間に信頼関係が構築されることにより、患者は精神面の安定が図られ自分自身を振り返ることができ、感情を言語化することにつながる。そして、最終的に問題解決に向けた行動へと至る」²⁾と述べている。つまり看護師の患者に対する姿勢や言葉かけは患者の精神面に大きく影響するということが言える。

当初自宅への退院を希望していたA氏は、パーキンソン病による症状の出現や入院期間の長期化によりADLの低下がみられ自宅への退院が困難となった。介入の当初A氏は施設への退院に対し自身のADLも踏まえやむを得ないと理解していながらも、本来の希望であった自宅への退院が叶わず、施設への退院に対し悲観的な受け止めをしている様子が見られた。今回の事例ではそのようなA氏的心情に対し、共感的・肯定的な言葉かけを行ったことで最初は悲観的だったA氏的心境に変化が現れ、積極的に離床をしたり、好きな読書を楽しんだりするなどの行動が徐々にみられていき、最終的に前向きな受け止めへとつながった。これは、看護師の共感的・肯定的な言葉かけによるコミュニケーションや態度によりA氏との間に信頼関係を構築することができた結果であると考えられる。退院支援において最も重要なのは患者の意向が叶えられ、退院後もその人らしく生活ができることである。しかし、患者本人のADL、認知機能の低下や家族の介護負担、介護に対する不安などのさまざまな要因により本人にとって本意ではない決断をしなければならない場面が多くある。超高齢化の影響により、そのような葛藤を抱える患者は退院支援の場面で今後も増えていくことが予想される。そのような場合であっても、看護師は患者の心情をよく理解し、その気持ちに寄り添う役割があると考えられる。また、年齢を重ねるごとに様々さ体力の低下や、さまざまな疾患にも罹患する中で、機能の低下や衰えを避けて通る

ことは難しい。その中でも、本人の持てる力や残存機能を活かすことも、患者の生活の質（以下、QOLと称す）の維持向上には欠かせない看護である。看護師の共感的・受動的な働きかけにより、A氏の離床意欲が向上し、自身の時間の過ごし方を見つけたり、リハビリへも意欲時に取り組むことができたと考える。退院支援の場面では、患者の言葉に対し共感を示し、肯定的な言葉かけや姿勢を示すことで患者が現状を受容し、前向きな気持ちで退院後もその人らしく生活が送れるよう支援していくことが重要であると考えられる。

【結論】

看護師の言葉かけや姿勢は患者の精神面に大きく影響する。そのため看護師は患者がどのような心情にいるのかを理解したうえで、どのような言葉かけや姿勢が適切であるのかを考えながら関わっていく必要がある。患者が自身のQOLの維持・向上を阻害されかねない出来事に直面したときに、前向きな受け止めをすることができるように看護師の共感的・肯定的な言葉かけや姿勢は重要となる。今回の事例で学んだことを今後の臨床の場面でも生かしていきたい。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：「在宅医療・介護の推進について」、2012
- 2) 長尾雄太：「看護における「傾聴」の概念分析」、2013

褥瘡発生をしない・させない・みんなで取り組む予防策 ～関節可動域訓練とポジショニングによる褥瘡予防～

◎石渡 明子 高橋 若奈

医療法人社団協友会 金沢文庫病院 看護師・看護部

【はじめに】

褥瘡は身体への圧迫によって血流が低下・停止し、皮膚や皮下組織が壊死してしまう状態のことである。自分で体位変換ができず、長時間寝たきりで栄養状態が悪い、皮膚が弱くなっている（高齢者、排泄物や汗により皮膚のふやけがある、むくみが強い、抗がん剤やステロイドなど薬の副作用で免疫力が低くなっている）人が圧迫だけでなく、摩擦やずれなどの刺激が繰り返されている場合に褥瘡になりやすい。褥瘡は、患者の生活の質（以下、QOLと称する）を低下させ、痛みや苦痛、感染症のリスク、在院日数の長期化を引き起こす。当病棟は障害者病棟で、難病や肢体不自由にて四肢が拘縮し寝たきりの患者が多い。2023年度、病棟内で新規発生した褥瘡16件のうち、4件が踵部に発生していた。当病棟の踵部褥瘡保有率は25%であり、2021年度日本褥瘡学会が行った実態調査では全国の踵部褥瘡保有率は16.3%であり、全国と比較しても多かった。踵部褥瘡の発生が多かった要因として考えられたのが踵部に褥瘡発生した全患者において、下肢の関節拘縮があり、踵部除圧のための良肢位の保持、ポジショニングが困難であったからではないかと考えられた。そのため、皮膚排泄ケア認定看護師（以下WOCNと称す）・セラピストと共同し、病棟スタッフが患者の個性に合わせた下肢の関節可動域訓練を実施することで、下肢の関節拘縮が軽減し、良肢

位を保持、適正なポジショニングの実施が可能となり、踵部褥瘡の発生件数を減らすことにつながることを検証する。

【目的】

WOCN・セラピストと共同し、病棟スタッフが患者個々にあった関節可動域訓練を実施し、良肢位の保持、適切なポジショニングを行うことで、褥瘡発生率にどのように影響し効果を示すのか検証する。

【方法】

1. 対象患者：日常生活自立度（以下、ADLと称する）C2（重度の寝たきり状態）かつ研究開始時点で褥瘡発生していない四肢の拘縮がある患者8名選定した。
2. 患者の状態
 - ・A氏：90代、男性、脱水による廃用症候群、合併症として陳旧性脳梗塞の既往あり、不動による関節拘縮が見られており、るい瘦・骨突出も著明であり褥瘡発生リスクが高い状態であった。
 - ・B氏：90代、女性、子宮がん、右上下肢の筋、関節柔軟性の低下、るい瘦・骨突出著明であった。
 - ・C氏：90代、男性、誤嚥性肺炎、るい瘦・骨突出著明、両下肢の関節拘縮が強く、ポジショニングが難しい状態であった。

- ・D氏：80代、男性、遺伝性プリオン病、不随運動による全身の筋緊張の行進が見られていた。
- ・E氏：80代、男性、誤嚥性肺炎、るい瘦・骨突出著明、ポジショニング・除圧が必要であった。
- ・F氏：80代、女性、るい瘦・骨突出著明、上下肢に筋力低下あり、体動時苦痛表情がみられていた。
- ・G氏：90代、女性、右心不全で入院中に脳梗塞発症。るい瘦・骨突出著明、右半身麻痺があった。
- ・H氏：80代、女性、左股関節転子部骨折、全身の筋緊張が強く、関節拘縮が進んでいる状態であった。また、るい瘦・骨突出も著明であり褥瘡発生リスクが高い。

3. 研究期間：2024年9月～2025年2月

4. 調査方法：

- 1) 対象患者8名の踵骨部の体圧測定を実施・体圧測定器パームQ使用。方法として対象患者の左右の踵骨部の体圧を三回測定した数値を平均値とし、踵骨部の体圧とした。(リスク評価のため実施する)
- 2) 関節可動域訓練の周知と実施を病棟看護師・看護補助者へ動画作成し視聴してもらい指導した。関節可動域訓練の実施は14時のオムツ交換後、左右1回ずつより開始、その後1週間後に増やすが左右最大3回ずつまでとした。関節

可動域訓練のポイントは①対象患者との距離を近くに行う②患者の踵を下から手を添えるように持つ③ゆっくりと患者の持っている最大最小可動域を動かす④①から③のポイントをもとに理学療法士と作成した関節可動域訓練の動画視聴を行った後実施する。

3) 患者個々のポジショニングカードを褥瘡対策チーム・セラピストと作成し良肢位を可視化し、統一したポジショニングを行う。

4) セラピスト・看護師間でカンファレンスを行い毎週情報共有(ポジショニングの修正・周知)週に1回行い、カンファレンス記録を残した。

【倫理的配慮】

本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。研究対象者へは、書面を用いて研究目的、趣旨、データの管理方法、匿名性の保持、研究不参加への不利益がないこと、本研究以外は使用しないこと、結果の公表方法、研究後にはデータを廃棄することの説明と同意を得た。利益相反に関する企業等はない。

【結果】

対象患者8名の踵部の体圧を研究開始前のリスク評価のため測定し、平均値は右42mmHg、左46mmHgであった。(表1)

表1 踵骨部の平均体圧

氏名	踵骨部の平均体圧(mmHg)	
	右	左
A氏	44	45.8
B氏	38.5	50.3
C氏	38	44
D氏	25.4	40.2
E氏	46	42
F氏	52	51
G氏	35.8	43.8
H氏	47.4	47.6

「体圧が40mmHg未満が褥瘡発生リスクが低い」¹⁾といわれるため、下肢拘縮もあり、対象者全員が踵部への褥瘡発生リスクが高い状態であった。研修は個別性に合わせた関節可動域訓練の動画を研究チームとセラピストで作成し、動画視聴を病棟看護師・看護補助者に行った。研修に参加した日を表にて受講を促し確認することで、研修参加率は100%であった。スタッフからは、「実際の動作を動画にて視聴することでイメージがしやすく、体位変換が実施できたとの意見が聞かれ

た。」対象患者への関節可動域訓練では、一人ひとりのポジショニングのポイントを文字にて提示し、クッションを使用した良肢位のポジショニングカードを作成することで可視化し体位変換ごとにポジショニングカードを参考に実施していた。関節可動域訓練は継続して1日1回日勤帯の体位変換時に行っていた。ポジショニング実施時にカードを持参、実施状況を確認してゆき体位変換も実施状況は100%であった。(写真1)

写真1 ポジショニングカード



「ポジショニングは、クッションの種類や使用方法が写真にて示されているため、わかりやすく、ポジショニングカードにて可視化することで、取り掛かることができた」といった感想も聞かれた。カンファレンス時には、ポジショニングの変更や追加を話し合い、臥床時のみでなく、経管栄養時やギャジアップ時の状態についても話し合い共有していた。カンファレンス内容は記録として残し、参加できていないスタッフも記録内容から情報を共有するよう指導した。患者の個別性に合わせ、統一した関節可動域訓練を実施し、ポジショニングを行うことで、2024年度踵部の褥瘡発生率は0%であった。

【考察】

超高齢社会を迎え患者層も自力で動くことの困難な患者が増加している。そのため、入院前に自宅や施設で発生し治療目的で入院となるケースも近年増えてきている。寝たきり、高齢化、るい瘦、骨突出、関節拘縮や栄養状態のよくない患者も多く、入院後の発生も起きている現状である。褥瘡は日々のケアによって発生を予防できるものであるが、日々の業務の中で医療者個々の知識や経験で実施する体位変換では発生率が高いということが昨年度の課題であった。そして今回、対象患者8名の研究開始前のリスク評価のために測定した踵骨部の体圧は、40mmHg以上であり褥瘡発生

リスクが高い状態であった。廣瀬らは、「日本で開発されたOHスケールでは関節拘縮がリスク要因として、総点数10点のうち、拘縮が1点（10%）を占める。厚生労働省危険因子評価表では関節拘縮が挙げられ、日本の褥瘡リスク要因の一つになっている」²⁾と述べている。対象患者8名は下肢拘縮だけでなく、踵部の体圧も高く、対象患者全員が踵部への褥瘡発生リスクが高い状態であった。梅本らは、「脊髄損傷や脳梗塞などによって運動機能障害や感覚障害がある患者では、特に褥瘡発生しやすい。これらの患者に対してリハビリテーション療法を適切に実施できるかどうか、褥瘡発生の予防や治療に大きく影響する」³⁾と述べている。今年度踵部の褥瘡発生が0件であったのは、看護・介護で統一し個別性に合わせた関節可動域訓練を実施後、ポジショニングを行うことで良肢位が保持できたため踵部の褥瘡発生予防につながったのではないかと考える。また、角沢らは、「各病棟職員が体交枕の当て方について共通理解することで、各勤務帯で統一したポジショニングを実施することができる」⁴⁾と述べている。セラピスト、WOCNと連携し個別性に合わせたポジショニング、関節可動域訓練の検討を行い、病棟看護師、看護補助者への研修による知識や技術の周知、ポジショニングカード作成・掲示により統一したケアの提供が行えた。田村は、「より良い健康のためには、専門職の協働、専門職間の協働実践が大切である」⁵⁾と述べている。カンファレンスを開催し、多職種と情報共有することで専門職と共同し、職員間で統一したケアを行う

ことにつながり、質の高いケアを提供することで、2024年度踵部の褥瘡発生率が0%につながったと考える。今後も継続し褥瘡を発生を予防するためのケアを実施し患者のQOLの維持・向上を図っていきたいと考える。課題として褥瘡には栄養面も重要であり、栄養サポートチームとも連携し総合的に評価していきたい。

【結論】

1. 踵部の褥瘡発生予防には、看護師・介護士が統一して個別性に合わせた関節可動域訓練実施後ポジショニングを行うことで良肢位が保持していくことが有効である。
2. 専門職種と共同し、職員間で周知し統一したケアを行うことにより質の高いケアが提供できる。

【引用文献】

- 1) 大桑麻由美ほか：新マルチパッド型簡易測定器の臨床における信頼性と妥当性の検討。日本褥瘡学会誌, 14 (2) : 129-133, 2012
- 2) 廣瀬秀行ほか：関節可動域を考慮した褥瘡予防のためのポジショニング/シーティングMB Medical Rehabilitation, 159巻, 2013
- 3) 梅本安則ほか：褥瘡予防・管理におけるリハビリテーション部門との連携, 臨床栄養, 138巻, 6号, 2021
- 4) 角沢和江ほか：関節拘縮患者への統一したポジショニングの有効性の検討 第42回日本精神科看護学術集会
- 5) 田村由美：新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門 P.3

医療療養病院における 摂食機能療法の取り組みと成果

◎内田 陽子 石田 真理 大橋 明奈

医療法人勝又 高台病院 看護師

【はじめに】

当院は透析病床10床含む310床の医療療養病院である。病棟の看護単位は6単位で構成している。当院の病院理念は『「生きる」を全力で支える病院であり続けたい』と掲げられている。そして指針には「あなたらしさを大切に」と「最後まで食べるをあきらめない」を示している。療養病院では、急性期や回復期を経た患者の受け皿として、長期療養や終末期を支える役割が求められているが、その中で「食べることを支える看護」は患者の生活の質や尊厳の保持に深く関わる重要な課題である。

近年、2040年問題に向けて高齢化がさらに進行し、医療・介護の人材不足や社会保障費の増大が懸念される。そのような社会背景の中で、限られた社会資源を有効に活用しながら、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるための地域包括ケアシステムの推進が求められる。当院においても、摂食機能療法の推進は、単に嚥下機能の維持・改善する取り組みではなく、患者の尊厳を支え、地域での生活を支援する実践として位置づけられている。

本報告では、当院の理念に基づき実施した摂食機能療法の取り組みと、その成果について報告し、今後の看護のあり方を考察する。

【背景】

医療療養病院である当院は、入院患者の平均年齢は86歳、障害高齢者の生活自立度はランクCが93%、ランクBが7%で、介護度が非常に高い。当院へ入院される患者様の特徴は、急性期治療は終了したが、吸引や点滴等の継続治療が必要である事。また、自宅や施設で過ごされている方が身体的機能低下や認知機能低下により医療行為が必要となった場合である。医療療養病院の機能上、高度で積極的な治療は提供できず、治療や検査の内容に制限がある。

当院の課題として、急性期治療を終了後、点滴や経管栄養で当院に入院された患者は、本人や家族が経口摂取を希望されても、嚥下機能評価のシステムや嚥下機能訓練の方法が確立していなかった。このため、経口摂取を試みることが出来なかった。

小山は、「口から食べることに困難を有しても、おいしく食べ続けたいと切に願っているのは患者本人とその家族であり、その願いを実現すべく包括的支援を注ぐことが高齢社会に生きる我々の責務であり、未来への継承となる。」¹⁾と述べている。看護師は人間として当たり前の口から食べ続けたい、という患者の思いをくみ取り支援をしていかなければならない。

そこで、2023年1月に摂食機能療法推進チームを立ち上げ活動を実施した。

【摂食機能療法の取り組み活動】

摂食機能療法推進チームの目的を、摂食・嚥下障害を有する患者の嚥下機能回復、誤嚥性肺炎の予防を行い、生活の質を高めるために多職種で支援することとした。チーム構成には医師・看護師・栄養士・歯科衛生士でチームを立ち上げ師長会議、管理者会議で目的を提言し活動をする事とした。特に看護師は、各病棟から1～2名ずつ選出し、活動の中心的立場となった。

摂食機能療法推進チームの活動では勉強会を開催し、チームメンバー全員に摂食機能療法推進チームの果たす役割を説明した。その後、摂食機能療法推進チームメンバーが病棟のスタッフに説明をして摂食機能療法の重要性を浸透させた。

次に、チームとしての活動内容やルールを取り決めた。チームが取り組むべき行動を明確化し、マニュアルを作成した。チームメンバーの不安を払拭できるよう意見を取り入れながら手順を考え、統一した方法で活動出来るようにした。そして、毎月の摂食機能療法推進チーム会議で、各病棟のチーム活動内容を討議した。さらに、摂食機能療法推進チームが取り組んだ結果が、診療報酬の算定となっていることをチームメンバーにフィードバックした。

院内研修会を実施し、全看護師へ嚥下機能評価と嚥下機能訓練方法を指導した。また、2023年3月から摂食機能療法算定を開始し、2024年2月からは嚥下内視鏡（VE）を導入し、摂食機能療法算定対象者を拡大させた。2023年度は算定実施日数1951日だったが、2024年度は5275日となり、前年度2.7倍となった。

また、摂食機能療法の活動を報告するために、院内で事例発表会を開催した。

摂食機能療法推進活動中に生じた課題は、チームメンバーで検討し内容の分析を行い確認しながら改善した。その結果より良い活動が出来る環境

となった。

【結果】

当院に入院する患者は、脳血管疾患や重度認知機能低下により嚥下機能の低下が著しい患者が多い。点滴や経管栄養で入院された患者は、経口摂取を試みる事が出来ず、「口から食べたい」という希望に沿う事が出来なかった。だが、摂食機能療法チームが活動する事で人間の基本的ニーズに基づいた看護活動が実践できるようになった。

摂食機能療法の対象患者は、経口摂取しているが嚥下機能が十分でない患者や、本人・家族から経口摂取への移行を希望される患者、看護師が日々のカンファレンスの中で経口摂取へ移行可能ではないかと考えた患者である。対象者には、摂食機能療法を実施する事で、飲食による誤嚥リスクを予防して、安全に食事を楽しんでいただくように摂食状況の観察を注意深く行っている。その結果、経口摂取への移行が不可能とされていた3名の患者様が、地域へ退院する事が出来た。経管栄養や中心静脈栄養から口から食べる事が出来るようになり、患者や家族から喜びの声をいただいている。

また、中心静脈栄養や経管栄養から経口摂取へ移行したことで、身体拘束を解除出来た事例が10件報告されている。これは、身体拘束最小化の活動にも貢献出来、患者の尊厳を尊重した看護実践につながられた。

更に有意義な効果として、スタッフは、食べる事を諦めていた患者や家族が、摂食機能療法を実施した事で食べる事が出来、喜んでいる姿を見て、やりがいと質の高い医療の提供をすることで意欲の向上にもつながった事が、事例発表のアンケート結果から明らかになった。

【考察】

摂食機能療法を推進することは、患者の口から食べる力を回復・維持するだけでなく、患者の尊厳を支える看護実践として大きな意義をもつ。療養病院では、急性期・回復期を経た患者の受け皿として在宅復帰や人生の最終段階を支える役割が求められている。2040年には高齢者人口がピークを迎え、医療・介護の人材不足や社会保障費の増大が懸念される中で、限られた資源を有効に活用し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる体制の構築が必要となる。摂食機能療法の推進は、その基盤となる地域包括ケアシステムの充実に直結する取り組みである。秋野は「摂食嚥下障害のある高齢者に対しては、様々な医療職種と介護職種の密な連携による支援・多職種連携のチームビルディングによる支援の必要性が高まっている。」²⁾と述べている。多職種と協働して摂食機能療法を推進し、実践する事は療養病院に求めら

れる責務である。

さらに、本療法を通して患者の「食べる意欲」を引き出し、QOLを向上させたことは、スタッフのモチベーションやチーム連携の強化にもつながった。看護師は、摂食機能を単なる生理的行為としてではなく、人間としての尊厳を尊重する行為と捉えている。今後、2040年を見据えた持続可能な看護実践として、摂食機能療法の推進は極めて重要な課題であり、看護職の使命といえる。

引用・参考文献

- 1) 小山珠美 (2013)、「口から食べたい」を支える看護実践の意義と課題. 日本看護協会雑誌 Vol.136. No3
- 2) 藤本篤士ら編著 (2017)、老化と摂食嚥下障害「口から食べる」を多職種で支える視点. P142. 医歯薬出版株式会社

栄養情報連携料算定の取り組み

◎西江 あみ 加藤 由起 上條 広高 太附 広明 船津健太郎

神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 管理栄養士・栄養室

【目的】

栄養情報連携は適切な栄養管理を継続するため重要である。平成26年から当院を中心に地域連携活動（相模原栄養地域連携の会）を開始し、栄養サマリーの作成に取り組んできた。栄養連携の重要性は診療報酬として医療施策に反映され、令和2年に栄養情報提供加算の新設、令和6年6月には栄養情報連携料に改定された。今回、栄養情報連携料算定の取り組みについて報告する。

【方法】

栄養サマリーの書式改定では栄養情報連携料の新設に併せ転院先への説明日、担当医師または管理栄養士の名前、GLIM基準による評価項目を加えた。同時に、栄養情報連携料電話マニュアルを作成し、栄養サマリーの記入方法と電話連絡の留意点を示し、ミーティングにて管理栄養士に周知した。新書式は他の施設でも利用できるように、当院のホームページ上に掲載している栄養サマリーを更新した。

【結果】

栄養サマリーの作成件数は、令和5年度は644件、令和6年度6月から3月は656件であった。

令和5年度、栄養情報提供加算は5件で2,500円であった。令和6年度、栄養情報連携料は295件で206,500円となった。平均して月間62件の作成状況となり、45%が算定に繋がっている。栄養情報提供加算は患者へ栄養指導を実施することと併せ算定を行う仕組みであり、本人の状態や治療状況により転院となる患者は栄養指導の対象にならず、算定件数はわずかであった。栄養情報連携料では管理栄養士が患者を直接みる機会が増え、情報に厚みができ、栄養情報連携料電話マニュアルの作成を行うことで転院先の施設へ電話連絡が容易となった。従来は一方通行だった情報提供が相互に行えるようになり、転院先での治療を想像できるようになった。

【考察】

栄養情報連携料の新設から他施設の管理栄養士へ直接電話にて栄養情報提供することで詳細な情報共有が可能となり、診療報酬算定増加に繋げることができた。栄養サマリー作成数に対して算定率は40%と低かった原因は院内での転院情報の共有が滞る事と考える。栄養サマリー作成依頼の運用方法を再考し、実践していきたい。

平均寿命日本一 川崎市麻生区を支える麻生病院の挑戦 ～地域包括医療病棟の導入による医療・経営の質向上～

◎漆原 義寛 砂田麻奈美 坂下聖加子 神崎比佐子 東郷 淳子 安藤 貴子
寺松 剛 木口 淳一 武久 晃士 吉井 亨 犬塚 祐
田中 智也 春山加世子 大森 壘 湯原 美和 新妻 咲子
尾野 彩香 佐々木英也 飯島 政法 小澤 明奈

医療法人社団総生会 麻生総合病院 事務・事務部

【目的】

当院がある川崎市麻生区は、令和2年に平均寿命が男性84.0歳、女性89.2歳と男女共に全国で最

も高くなった。この事実は、地域医療を担う当院にとって大きな励みとなるものである。

はじめに ～日本一の長寿の街、川崎市麻生区～

■川崎市麻生区：平均寿命 全国1位（令和2年 厚労省）
・男性：84.0歳 ・女性：89.2歳

令和2年（2020）市区町村別平均寿命（上位5、下位5）

順位 (参考)	男 性			女 性		
	都道府県	市区町村	平均寿命	都道府県	市区町村	平均寿命
	全 国		81.5	全 国		87.6
1	神奈川県	川崎市 麻生区	84.0	神奈川県	川崎市 麻生区	89.2
2	神奈川県	横浜市 青草区	83.9	熊本県	上益城郡 益城町	89.0
3	長野県	上伊那郡 忍田村	83.4	長野県	下伊那郡 高森町	89.0
4	愛知県	日進市	83.4	滋賀県	彦根市	89.0
5	京都府	木津川市	83.3	兵庫県	芦屋市	88.9
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
1983	青森県	上北郡 六ヶ所村	78.3	青森県	むつ市	85.6
1984	青森県	下北郡 東通村	78.1	青森県	南支庁 大村町	85.6
1985	大阪府	大阪市 生野区	78.0	青森県	南支庁 田舎館村	85.5
1986	大阪府	大阪市 浪速区	77.9	青森県	東支庁 今別町	85.5
1987	大阪府	大阪市 西成区	73.2	大阪府	大阪市 西成区	84.9

【出典：「令和2年市区町村別生命表の概況」2023.8.12 厚生労働省 より作表】



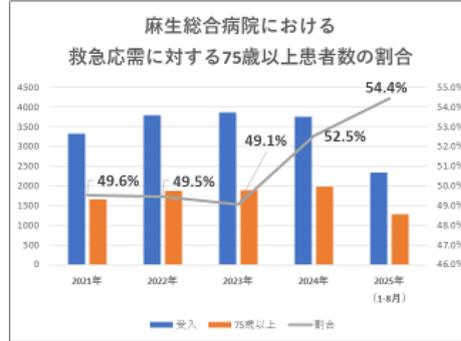
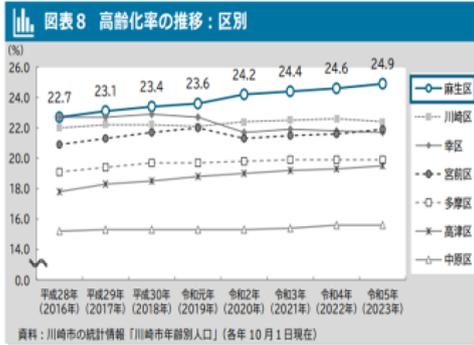
2023年麻生区民まつり長寿ブースの様子

一方、当院における救急応需に占める75歳以上の患者割合は増加傾向にあり、直近では54.4%となっている。高齢の救急搬送患者は複数の併存

疾患を有することが多く、急性期治療を脱しても直ちに在宅復帰することが困難な事例が少なくないことが喫緊の課題となっている。

長寿の街が直面する「課題」～地域の医療課題～

■ 高齢化率の上昇、高齢者救急搬送件数の増加



■ 課題：「急性期を脱しても、すぐには家に帰れない」患者の増加

これらの課題に対応し、「治し、支える医療」を実践するため、当院では地域包括医療病棟（以下、同病棟）を導入した。本稿では、同病棟の導入が高齢救急患者の早期在宅復帰とADLの維持・向上に寄与し、同時に病院経営の質をも高め、持続可能な地域医療提供体制の構築に繋がった取り組みについて報告する。

【方法】

2024年6月に一般急性期病棟1病棟47床を同病棟へ転換した。その後2024年10月に地域包括ケア病棟1病棟50床、2025年5月に一般急性期病棟1病棟47床を、その効果や運営上の評価を行いながら段階的に同病棟へ転換を進めた。

戦略的・段階的な病棟展開



$$199床 = HCU8床 + 4病棟：3病棟 (47床 \times 3) + 1病棟 \times 50床$$

コンセプトは「チーム力を高め地域のニーズに応えよう！」

対象は、急性期治療を経過し、在宅復帰に向けたリハビリテーションや退院支援を必要とする高齢救急患者とした。

入棟後、原則48時間以内に医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー（MSW）から成る多職種チームが、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理を評価し、ゴール設定・個別計画の立案を実施した。

介入開始後は多職種・複数回のベッドサイドラウンド、カンファレンスを実施し、その情報を共有した。

個別性の高いリハビリテーション計画と栄養サポート計画を立案し、集中的な介入を行った。

病棟に配置された理学療法士はADLの維持、向上のサポートを行い、休日を含めた継続的なリハビリテーション提供体制を構築した。また、管

理栄養士はミールラウンド等、ベッドサイドにて栄養管理を行い、食事調整に関する提案を実施した。

入退院支援については、対応の迅速化とスクリーニングシートの最適化を行うことで精度向上に取り組んだ。また、地域のケアマネジャー、訪問看護、医療・介護施設との連携を強化し、シームレスな支援体制の構築を目指した。

効果検証として、在宅復帰率、ADL低下割合、病床稼働率、入院収益等の指標を用い、同病棟導入前後で比較検討した。

【結果】

同病棟導入前後を比較した結果、在宅復帰率は平均86.7%から94.1%へと7.4ポイント向上し、ADL（BI）が低下した患者の割合は平均2.63%から1.01%へと1.62ポイント低下（改善）した。

	転換前	転換後	差
在宅復帰率（平均）	86.7 %	94.1 %	+ 7.4 pt
ADL(BI)が低下した患者の割合（平均）	2.63 %	1.01 %	- 1.62 pt

また、病床稼働率は平均90.6%から 92.9%に 2.3ポイント向上し、患者一人当たりの1日あたりの

平均収益は平均54,159円から 61,439円へと 7,280円増加し、経営の安定化に寄与した。

成果②：経営の質の向上（導入前後比較）

	転換前	転換後	差
病床稼働率（平均）	90.6 %	92.9 %	+ 2.3 pt
日当円（平均）	54,159 円	61,439 円	+ 7,280 円

【考察・結論】

地域包括医療病棟における、多職種による集中的な介入、および地域のケアマネジャー、訪問看護、医療・介護施設との連携は、超高齢地域における高齢救急患者のADLの維持・向上、早期在宅復帰に極めて有効であることが示唆された。これは医療の質の向上だけではなく、病床機能の最適化による経営の質向上にも直結するものであった。2040年問題を見据え、今後も同病棟を核としたシームレスな医療・介護連携をさらに深化させ、

地域のニーズに応える病院としての役割を果たしていく必要があると考える。

出典：

- 1) 「令和2年市区町村別生命表の状況」2023.5.12厚生労働省
- 2) 川崎市の統計情報「川崎市年齢別人口」（各年10月1日現在）

RPAを使った働き方改革 ～医療秘書科の取り組み～

◎青山 美佳子 山田 真也 鈴木 美穂 佐久間奈美 笠原 恭世 坂本 康代

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 事務・医療秘書科

【はじめに】

近年、少子高齢化に伴う人手不足の波は当院医療秘書科（医師事務作業補助部門）も例外ではない。現在当科で取り組んでいる画像・病理検査の結果確認状況の把握と臨床医への連絡業務は、未確認データの抽出・催促データの作成に多くの時間を費やしている。そこで、当院で採用しているRPA（Robotic Process Automation）ツール「WinActor」を利用して、未確認データファイルの自動生成を可能とした。医師の働き方改革の一部を担っている我々医師事務作業補助者の取り組みを報告する。

【取り組み方法】

①電子カルテのアプリから検査所見のCSVファイルを作成し「未確認データ抽出用Excel」ファイルにCSVファイルを取り込み、新規催促データを抽出する。②以前からの催促情報を管理する「未確認管理ファイル」を更に読み込ませ2回目以降の催促データを抽出する。本作業に毎日約20分要するためRPAツール(WinActor)を

利用しシナリオを作成し、タスクスケジューラーで夜間に作業を実施した。作成済の催促データファイルを使用して業務を開始する。また、シナリオ終了時に各担当者へ成功メールを送信するよう設定。シナリオ失敗時に早急に対応できるような仕組みを整備した。

【結果・考察】

本シナリオの稼働により○画像未確認：[1日] 20分・[月22日稼働] 440分・[年間] 5,280分=88時間削減。○病理未確認：[1日] 13分・[月4日稼働] 52分・[年間] 624分=10.4時間削減。○年間計98.4時間の削減を達成した。時間削減により、残業時間の減少、新規業務の取り組みが可能となった。また、シナリオ作成についてはシステム専門部署でなく、現場の業務担当者が掛け持ちで作業を行うため時間に制限はあるが、業務をより理解しているため細やかな対応が可能となった。今後もRPAなどのIT技術を駆使し、働き方改革の推進に取り組んでいきたい。

内科系病院における地域包括医療病棟への関心と展望

◎高崎 祐樹

医療法人篠原湘南クリニック クローバーホスピタル 事務・法人事務局経理部

【要旨】

本稿は、クローバーホスピタルが地域包括医療病棟へ転換する意義と課題を論じたものである。急性期治療後の高齢患者の在宅復帰支援を目的に、回復期（包括期）機能病床の重要性が高まる中、当院は高齢者救急、在宅医療、回復期リハビリテーションを柱に地域医療を支えていくこととなる。

試算の結果、4床の転換が現実的な規模と見込まれた一方で、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価の不適合、病院救急車の評価不足、施設基準上の届出単位に関する制約など、制度面での課題が浮き彫りとなっており、より柔軟な運用が望まれる。

キーワード：

新たな地域医療構想、診療報酬改定、地域包括医療病棟、看護必要度、内科系病院

【背景・目的】

わが国の医療提供体制は、急速な高齢化と人口減少を背景に、従来の枠組みでは対応しきれない局面に差しかかっている。

これまでの地域医療構想では、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期という四層の病床機能の構造を基本としてきたが、新たな地域医療構想では、回復期機能を再定義し、包括期機能として再編された。これは、急性期治療を終えた患者が在

宅や施設へ円滑に移行するための中継点としての役割を担うものであり、医療と介護の連携を促進する上で重要な位置づけにある。

また、包括期機能病床は、上記のような単なる医療の中間的な位置づけのみならず、地域の医療資源を効率的に活用し、患者の生活再建を支援する機能を持つ。特に、急性期病院の病床稼働率の最適化や在宅医療へのスムーズな移行を実現するためには、包括期機能を担う病棟の整備が欠かせない。

こうした状況下で、急性期機能を持たない内科系病院が、本稿のテーマである地域包括医療病棟という新たな病棟を展開するということは、地域医療の持続可能性を高める上で極めて意義深い。

クローバーホスピタル（以下、当院とする。）は、一部不足しているリソースはあるものの、高齢者救急の受け皿、在宅医療の提供並びに回復期リハビリテーション（以下、回復期リハとする。）の提供という三つの柱を通じて、地域に密着した医療を展開している。これらの機能は、まさに地域包括医療病棟の理念と合致しており、新たな地域医療構想において中核的な役割を果たすことが期待される。

さらに、地域医療構想調整会議を介して、医療機関の機能分担や構想区域の柔軟な設定が可能となっており、内科系病院が包括期機能を担うことへの制度的後押しも進みつつある。今後は、こう

した制度を活用して、地域の医療ニーズに即した機能再編が求められることになるだろう。

【概況】

地域包括医療病棟入院料は、2024（令和6）年度診療報酬改定により新設された特定入院料であり、急性期一般病棟、地域包括ケア病棟及び回復期リハ病棟の機能を併せ持つ後継的な位置づけとして注目されている。この入院料は、主に高齢の軽症・中等症の救急搬送患者を受け入れ、短期間での在宅復帰を支援する病棟に対して設定されるものである。

施設基準には、平均在院日数21日以内、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度とする。）の重症患者割合16%以上（看護必要度Ⅰの場合）または15%以上（同Ⅱの場合）、入院後48時間以内のADL・栄養・口腔評価、土日祝日のリハビリテーション提供体制、ADL低下率5%未満など、複数の要件が課されている。これらの要件は、患者の早期回復と在宅復帰を促進するために設けられているが、実際の運用においては、内科系病院にとって高いハードルとなっている。

特に問題視されているのが、看護必要度の評価基準である。急性期病棟と同等の重症患者割合（急性期一般入院料4相当）が求められているものの、地域包括医療病棟の対象とする患者層は、必ずしも重症度が高いわけではない。むしろ、医療的には安定しているが、在宅復帰に向けた支援の必要な患者が多い内科系病院においては、制度と実態

の乖離に直面している。

【方法】

試算の前提として、地域包括医療病棟入院料を算定する病棟内に、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室（病床）を設けることについては、過去に地方厚生局へ照会した際に、「特定入院料を算定する病棟に、病室（病床）単位で算定する別の特定入院料を届け出することは可能である」との回答を得ており、この点に鑑みて検討を進める。

地域包括医療病棟に限ったことではないが、病棟規模の適正化は極めて大切な要素である。そこで本稿では、地域の人口動態、救急搬送件数、既存病棟の稼働状況などを参考に、現実的かつ実効性のある病床数の試算を行った。

まず、対象患者を75歳以上の高齢者と仮定し、看護必要度の評価基準を踏まえて、A得点2点以上かつB得点3点以上、またはA得点3点以上の症例を救急搬送患者と定義した。これは、地域包括医療病棟入院料の施設基準に準じた設定であり、制度上求められる患者像との整合性を図るための必要条件である。

病床機能報告結果より、2023（令和5）年度の実績では、地域包括ケア病棟の病床数46床、延べ入院患者数15,808人、新入院患者数451人、病床利用率93.9%、平均在院日数35.1日、在宅復帰率83.8%、看護必要度A得点1点以上の割合24.3%であり、ポストアキュートとサブアキュートの患者割合はほぼ半々であった。

これらのデータは、地域（図表1）地域包括ケア病棟の概況

包括医療病棟への転換に向けた基礎資料として活用した（図表1）。

次に、患者受け入れを高い確度でみなし得る数値に基づき、延べ入院患者数及び看護必要度の実績（以下、「件数」は患者数と同義）から、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病床の対象患者を振り分けた。なお、本分析は救急搬送により重症患者割合の要件を満たすことを前提としている。

今回の診療報酬改定では、看護必要度の評価期間が従来の5日間から2日間に短縮された。この変更を踏まえ、置き換え後の対象患者は、A得点2点以上かつB得点3点以上、またはA得点3点以上の758件のうち、全体の約4割に相当する303件とした。

残る455件（全体の約6割）については、前述の758件からA得点3点以上の347件を除いた結果、A得点2点かつB得点3点以上が411件となった。このうち、評価期間短縮の影響により、A得点2点の患者は当該期間を超えると0点になると見込まれるため、対象件数は164件にとどまり、残る247件は便宜的に対象外とした。

一方、A得点3点以上の347件については、評価期間を超えてもA得点1点が残ると想定される。したがって、置き換え後の対象は139

● 地域包括ケア病棟の概況

実績 (年度)	実績 2023
病床数(床)	46
延べ入院患者数(人)	15,808
新入院患者数(人)	451
退院患者数(人)	449
1日平均入院患者数(人)	43.2
病床利用率(%)	93.9
平均在院日数(日)	35.1
在宅復帰率(%)	83.8
看護必要度(A1点以上)(%)	24.3

【出所】令和6年度病床機能報告（実績期間：令和5年4月1日～令和6年3月31日）（クローバーホスピタル）

入院(入棟)経路	件数 (件)	構成比 (%)
家庭からの入院	184	40.8
介護施設等からの入院	37	8.2
他院からの転院	225	49.9
その他(院内転棟)	5	1.1
計	451	100.0

【地域包括ケア病棟の概況】

- ① 延べ入院患者数：15,808人
- ② 看護必要度（A1点以上）：24.3%
- ③ ポストアキュート対サブアキュート：5対5

件とし、残る208件はA得点1点として整理した。補足すると、対象外とした247件とA得点1点として整理した208件を合わせたものが、前述の455件に相当する。

以上より、置き換え後の対象患者は、地域包括医療病棟では303件（内訳：A得点2点かつB得点3点以上164件、A得点3点以上139件）、地域包括ケア病床では15,505件（内訳：対象外12,214件、A得点1点3,164件、A得点2点かつB得点2点以下127件）となり、それぞれに振り分けた（図表2）。

（図表2）看護必要度実績の置き換え

● 看護必要度実績の置き換え（試算の準備） n=15,808

	実績（2023年度）		改定後（置き換え）	
	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)
看護必要度(I)対象外	75.7	11,967	77.3	12,214
A1点以上	24.3	3,841	22.7	3,594
(再) A1点(推計)	18.7	2,956	20.0	3,164
A2点以上	5.6	885	2.7	430
(再) A2点かつB2点以下(推計)	0.8	127	0.8	127
(再) A2点かつB3点以上(推計)	2.6	411	1.0	164
A3点以上	2.2	347	0.9	139
(再) A3点以上かつB2点以下(推計)	0.1	15	0.04	6
(再) A3点以上かつB3点以上(推計)	2.1	332	0.8	133
A2点以上かつB3点以上、またはA3点以上	4.8	758	1.9	303

【出所】令和6年度病床機能報告（実績期間：令和5年4月1日～令和6年3月31日）（クローバーホスピタル）

続いて、二次医療圏における転院動向及び救急搬送件数を推計した。前者については、湘南東部医療圏において75歳以上の人口が今後も増加すると見込まれることから、それに比例して退院件数及び転院件数も増加すると仮定した。

地域連携が活発な主要病院からの転院患者のうち、内科系疾患（主要診断群〔MDC：Major Diagnostic Category〕におけるMDC04〔呼吸器系疾患〕、MDC05〔循環器系疾患〕、MDC06〔消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患〕、MDC11〔腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患〕）を対象とし、当院が13.2%を受け入れると仮定した場合、年間200～230件（およそ月間20件、うち純増分として月間2件）の受け入れが可能であると試算した。

なお、これらの転院患者（純増分）については、後述する病棟規模の予測において、便宜的に地域包括ケア病床の対象患者として扱い、在院日数は35日と設定した（図表3）。

後者については、藤沢市における救急搬送件数のデータを用い、前段で示した内科系疾患に該当する75歳以上の中等症（入院適用）患者を対象に、消防救急車による搬送件数を試算した。地域内の救急輪番病院11施設で均等に受け入れると仮定した場合、当院の受け入れ件数は年間90～110件（およそ月間8件、うち純増分として月間6件）と見積もられる。

なお、これらの搬送患者（純増分）については、後述する病棟規模の予測において、地域包括医療病棟の対象患者として暫定的に分類し、在院日数は12日と設定した（図表4）。

（図表3）主要病院の転院動向（内科系）及び当院の受け入れ予測

● 主要病院の転院動向（内科系）及び当院の受け入れ予測

	実績（平均） （年度）	推計				
		20～23	2025	2030	2035	2040
75歳以上人口（湘南東部医療圏）（人）	101,798	113,776	123,528	122,570	127,719	
退院（件）	38,497	43,007	46,694	46,331	48,278	
再掲	他院転院（件）	2,413	2,709	2,942	2,919	3,042
	呼・循・消・泌（推計）（件）	1,359	1,525	1,656	1,643	1,712
当院受入件数（件）	180	201	219	217	226	

一定の条件のもと（主要病院における75歳以上の内科系疾患の転院患者のうち、当院が13.2%を受け入れる場合）、当院の現況による推計では、当該患者の受け入れは年間200～230件（月間20件前後、残差：+2件/月純増）

① 転院患者の定義は、筆者の分析目的に基づき、75歳以上かつ特定MDC（04・05・06・11）に限定した便宜的な設定とした。
 ② 退院等の件数は、75歳以上人口の増加に比例すると仮定した。
 ③ 退院件数は全世代を対象とするが、推計の便宜上、筆者が算出した75歳以上人口に対する退院率37.8%を仮定として用いた。
 ④ 他院転院率は、病床稼働率報告書資料に基づき86.3%とし、筆者が推計上便宜的に仮定した。
 ⑤ 対象MDCの症例割合は、DPCデータに基づき56.3%とし、筆者が推計上便宜的に仮定した。
 ⑥ 上記より転院患者数を人口×0.378×0.063×0.563で算出し、実績1,359件・25年度推計1,525件とした。

（図表4）75歳以上人口・搬送件数（藤沢市）及び当院の受け入れ予測

● 75歳以上人口・搬送件数（藤沢市）及び当院の受け入れ予測

	実績（平均） （年度）	推計				
		22～24	2025	2030	2035	2040
75歳以上人口（藤沢市）（人）	62,679	66,029	71,944	71,833	75,715	
救急搬送件数（急病（中等症））（件）	9,986	10,499	11,439	11,421	12,039	
再掲	75歳以上（推計）（件）	2,756	2,898	3,157	3,152	3,323
	呼・循・消・泌（推計）（件）	959	1,008	1,099	1,097	1,156
当院受入件数（推計）（件）	-	92	100	100	105	

一定の条件のもと（75歳以上の中等症の内科系搬送者を、救急輪番11施設で按分して受け入れた場合）、当院の現況による推計では、消防救急車による救急搬送の受け入れは年間90～110件（月間8件前後、残差：+6件/月純増）

① 救急搬送件数は、75歳以上人口の増加に比例すると仮定した。
 ② 救急搬送件数は全世代を対象とするが、推計の便宜上、筆者が算出した75歳以上人口に対する搬送率15.9%を仮定として用いた。
 ③ ②の75歳以上割合は、消防庁資料に基づき87.6%とし、筆者が推計上便宜的に仮定した。
 ④ ③の内科系患者割合は、消防庁資料に基づき84.8%とし、筆者が推計上便宜的に仮定した。
 ⑤ 上記より搬送患者数を人口×0.159×0.276×0.348で算出し、実績（平均）959件・25年度推計1,008件とした。

【結果】

(図表5) 現況下での仮想病棟（病床数）予測

これらの試算結果をもとに延べ患者数から算出した1日平均患者数及び病床利用率(90%)を踏まえ、仮想病棟の構成を検討した。その結果地域包括医療病棟として必要な病床数は54床と算出された。ただし、このうち50床については、地域包括医療病棟入院料の施設基準を満たすことができないため、地域包

括ケア病床として配置せざるを得ず、実際の地域包括医療病棟の病床数は4床にとどまる。

この規模は、既存の地域包括ケア病棟の一部を転換することで対応可能であり、段階的な制度移行に適した現実的な数値といえる(図表5)。

また、地域の人口動態や医療ニーズの変化に応じて、病床数の調整が可能であることも確認された。2040年までの人口推計によれば、75歳以上の人口は増加傾向にあり、それに伴い、転院件数及び救急搬送件数も増加する見込みである。

もっとも、高齢者人口の増加により転院や救急搬送の潜在的ニーズは高まるものの、これらの医療イベントの発生率には大きな変動がないと考えられるため、実績への影響は限定的であると推定される。

一方、看護必要度における重症患者割合の要件を満たすためには、患者の在棟期間を事前にある程度固定せざるを得ず、病床の柔軟な運用が制限される可能性がある。実際、本分析においても、制度的要件が病棟の病床拡充を阻む構造的要因として作用していることが確認された。特に看護必要度の要件は、病棟整備の制約要因として機能している実態が改めて浮き彫りとなった。

● 現況下での仮想病棟（病床数）予測

		地域包括医療病棟			
		地域包括ケア病床		地域包括医療病棟	
		延べ患者数	1日平均	延べ患者数	1日平均
看護必要度 (実績)	対象外(人)	12,214	33.5		
	A1点(人)	3,164	8.7		
	A2点・B2点以下(人)	127	0.3		
	A2点以上・B3点以上、A3点以上(人)			303	0.8
主要病院	転院受入(+2件×35日×12か月)(人)	840	2.3		
消防救急車	搬送受入(+6件×12日×12か月)(人)			864	2.4
	計(人)	16,345	44.8	1,167	3.2
	病床数(病床利用率90%とした場合)(床)	50		4	

なお、主要病院からの転院や救急搬送以外にも、例えば主要病院以外からの転院や、消防救急車以外の手段による居宅からのサブアキュート入院など、入院患者受け入れの手段は複数考えられる。ただし、主要病院以外の医療機関においては、スポット的な転院相談は一定数見られ、継続的な連携の可能性も否定できないものの、実績において安定的な傾向が認められないため、本分析では定量的な評価の対象とはしなかった。

同様に、居宅からのサブアキュート入院には、訪問診療患者の緊急入院などが該当するが、当該患者に占める緊急入院件数の割合は2割程度とされており、当院の実績とも一致している。このことから、分母拡大の余地はあるものの、これ以上の割合の上昇は困難であると判断した。

【考察】

地域包括医療病棟は、新たな地域医療構想の中核を担う重要な仕組みであるが、現場の実態との乖離が随所に見受けられる。特に内科系病院がこの病棟機能を担う場合、制度的なハードルが高く、柔軟な運用が求められる。

まず、看護必要度の評価基準に関する課題については、【概況】でも触れたとおりだが、現行の

要件では、「期待される役割」と「制度上求められる患者像」との間にギャップが生じている。次回以降の診療報酬改定においては、看護必要度の要件の緩和や、これに代替する評価方法等の検討が望まれる。

次に、病院救急車の利活用に対する制度的評価の課題が挙げられる。地域包括医療病棟は、地域の救急医療体制を補完する役割を担っているが、病院救急車による搬送に対する診療報酬上の評価は一部にとどまり、導入や運用に対するインセンティブに乏しい。看護必要度の要件の緩和とも関連するが、A得点の救急搬送対象に病院救急車を追加するなど、制度的支援の拡充が不可欠である。

さらに、入院料の区分拡充も重要な課題である。現行の地域包括医療病棟入院料には、看護職員の配置や各種要件の強度に応じた区分が設けられていないが、地域の実情や病院の機能に応じた複数の区分が導入されれば、より多くの医療機関が参入しやすくなると考えられる。

加えて、病棟単位での届出が原則とされている現行制度では柔軟な運用が困難であるため、病室（病床）単位での併置が認められれば、段階的な制度移行が可能となり、医療機関の負担を軽減しつつ、地域包括医療病棟への転換を促進することが可能となる。

最後に、地域包括医療病棟は、単なる診療報酬上の区分ではなく、地域医療の未来を担う重要なインフラである。高齢化が進む中で、医療と介護の連携、在宅復帰支援、救急対応力の強化など、多面的な機能を統合する場としての価値はますます高まっている。

制度の整備と現場の創意工夫が両輪となって、より持続可能で質の高い地域医療の実現に資することが期待される中、内科系病院においても地域包括医療病棟が導入しやすく、実践的な選択肢として定着していく将来像が展望されるところである。

【参考文献】

URL 最終確認：2025（令和7）年9月30日

- 1) 藤沢市. 藤沢市公式ホームページ. <https://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/>
- 2) 茅ヶ崎市. 茅ヶ崎市公式ホームページ. <https://www.city.chigasaki.kanagawa.jp/>
- 3) 寒川町. 寒川町公式ホームページ. <https://www.town.samukawa.kanagawa.jp/>
- 4) 日本医師会. JMAP 地域医療情報システム. <https://jmap.jp/>
- 5) 厚生労働省. 新たな地域医療構想に関するとりまとめ. 新たな地域医療構想等に関する検討会. 令和6年12月18日.
- 6) 厚生労働省. 新たな地域医療構想について. 第9回新たな地域医療構想等に関する検討会. 令和6年9月30日.
- 7) 厚生労働省. 【入院 I（地域包括医療病棟）】の概要. 令和6年度診療報酬改定説明会. 令和6年3月5日.
- 8) 中央社会保険医療協議会. 令和7年度第11回入院・外来医療等の調査・評価分科会資料（入-3）. 令和7年9月11日.
- 9) 厚生労働省. 病床機能報告の結果（令和3年度、4年度及び5年度）- 様式1_病院票・関東地方（東京都-神奈川県）.
- 10) 東京都福祉保健局. 東京都医療機関実態調査結果報告書（令和5年3月）- 在宅療養患者の緊急入院の発生件数.
- 11) 藤沢市消防局. 消防年報（令和5年、6年及び7年版）.
- 12) 総務省消防庁. 令和6年版救急・救助の現況の公表資料.
- 13) 総務省消防庁. 令和6年版救急・救助の現況資料 - I 救急編.
- 14) 厚生労働省. DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告（令和2年度、3年度、4年度及び5年度）- MDC 別医療機関別件数（割合）.
- 15) 厚生労働省. 病院救急車の有効活用に関する資料. 第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会. 令和元年5月23日.
- 16) 小松幹一郎. 地域包括医療病棟が地域で期待される役割. 令和6年度第2回地域医療構想普及促進事業研修会. 令和7年2月6日.
- 17) 篠原裕希. 地域包括ケア病棟からの転換～2040年の新たな地域医療構想をめぐって～. 令和6年度第2回地域医療構想普及促進事業研修会. 令和7年2月6日.

【算出条件】

本稿における試算は、地域包括医療病棟への転換に向けた実現可能性を検証するため、以下の条件に基づいて行った。

1. 看護必要度実績に関する集合論的検証

対象データは、2023（令和5）年度の地域包括ケア病棟における延べ入院患者数15,808人（件）である（ $n=15,808$ ）。

(1) 与件（実績値）

- ・ A 得点 1 点以上：3,841件 ($A \geq 1$)
- ・ A 得点 2 点以上：885件 ($A \geq 2$)
- ・ A 得点 3 点以上：347件 ($A \geq 3$)
- ・ A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上、または A 得点 3 点以上：758件 ($(A \geq 2 \cap B \geq 3) \cup (A \geq 3)$)

※この条件は、地域包括医療病棟入院料の施設基準における重症患者割合の要件に該当する患者像を示すものである。

(2) 推計値（分布の内訳）

- ・ A 得点 1 点：2,956件 ($A=1$)
- ・ A 得点 2 点かつ B 得点 2 点以下：127件 ($A=2 \cap B \leq 2$)
- ・ A 得点 2 点かつ B 得点 3 点以上：411件 ($A=2 \cap B \geq 3$)
- ・ A 得点 3 点かつ B 得点 2 点以下：15件 ($A=3 \cap B \leq 2$)
- ・ A 得点 3 点かつ B 得点 3 点以上：332件 ($A=3 \cap B \geq 3$)

(3) 整合性の検証

- ・ $A=2$ の構成：127+411=538件
- ・ $A=3$ の構成：15+332=347件（与件と一致）
- ・ $A \geq 2$ の構成：538+347=885件（与件と一致）
- ・ $A \geq 1$ の構成：2,956+538+347=3,841件（与件と一致）
- ・ $(A \geq 2 \cap B \geq 3) \cup (A \geq 3)$ ：411+347=758件（与件と一致）

(4) 補足（集合関係の整理）

- ・ 包含関係： $A \geq 1 \supset A \geq 2 \supset A \geq 3$
- ・ 部分集合： $A=2 \cap B \geq 3 \subset A \geq 2$ 、 $A=3 \cap B \geq 3 \subset A \geq 3$
- ・ 差集合の構成：

$$A=2 : \{A=2 \cap B \leq 2\} \cup \{A=2 \cap B \geq 3\}$$

$$A=3 : \{A=3 \cap B \leq 2\} \cup \{A=3 \cap B \geq 3\}$$

さらに、重症患者割合の算定に関しては、集合定義を明示することで重複のない構成を確認できる。すなわち、「A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上、または A 得点 3 点以上」という条件は、次式で表される。

$$S = (A=2 \cap B \geq 3) \cup (A \geq 3)$$

このように定義することで、両集合は互いに排他的であり、重複カウントが生じないことが明確と

なる。

また、表記の一貫性を確保する観点から、「 $A \geq 2 \cap B \geq 3$ 」という表現は実際の集計上「 $A = 2 \cap B \geq 3$ 」のみを指すため、集合ラベルを「 $A = 2 \cap B \geq 3$ 」に統一することが適切である。

なお、 $A = 3$ かつ $B \geq 3$ の事例はすべて「 $A \geq 3$ 」に含まれるため、別途の表記は不要である。

以上の検証により、推計値はすべて与件と整合していることが確認された。看護必要度の得点分布を集合論的に整理することで、制度上求められる患者像との一致を定量的に検証した。

特に「 A 得点2点以上かつ B 得点3点以上、または A 得点3点以上」という条件は、地域包括医療病棟入院料の施設基準における重症患者割合の要件に直結するため、病棟整備の根拠として重要な指標となる。

2. 患者受け入れ件数の推計式

(1) 主要病院からの転院件数の推計

当院の年間受け入れ件数 (T) は、以下の係数を用いて算出した。

$$T = \sum_{y=2025}^{2040} P_y \cdot 0.378 \cdot 0.063 \cdot 0.563 \cdot 0.132$$

- ・ P_y : 年 y における湘南東部医療圏の75歳以上人口
- ・ 退院率 : 37.8% (0.378)
- ・ 他院転院率 : 6.3% (0.063)
- ・ 対象MDC割合 : 56.3% (0.563)
- ・ 当院受け入れ率 : 13.2% (0.132)

(2) 救急搬送件数の推計

当院の年間受け入れ件数 (E) は、以下の係数を用いて算出した。

$$E = \sum_{y=2025}^{2040} Q_y \cdot 0.159 \cdot 0.276 \cdot 0.348 \cdot 0.0909$$

- ・ Q_y : 年 y における藤沢市の75歳以上人口
- ・ 搬送率 : 15.9% (0.159)
- ・ 75歳以上人口割合 : 27.6% (0.276)
- ・ 内科系疾患割合 : 34.8% (0.348)
- ・ 当院受け入れ率 (11施設で均等配分) : 約9.09% ($1/11 \doteq 0.0909$)

このように、集合論的検証と人口統計に基づく推計を組み合わせることで、地域包括医療病棟への転換に必要な病床数や患者受け入れ件数の妥当性を定量的に評価した。

顔の見える連携を活かす ～鶴巻温泉病院の高齢者医療への取り組み～

◎伊勢 正輝 鈴木 龍太 蓮江健一郎 小澤 哲二 北崎麻美子 丸山 文寿
大友 友美 工藤美加子

社会医療法人三喜会 鶴巻温泉病院 事務・地域連携室

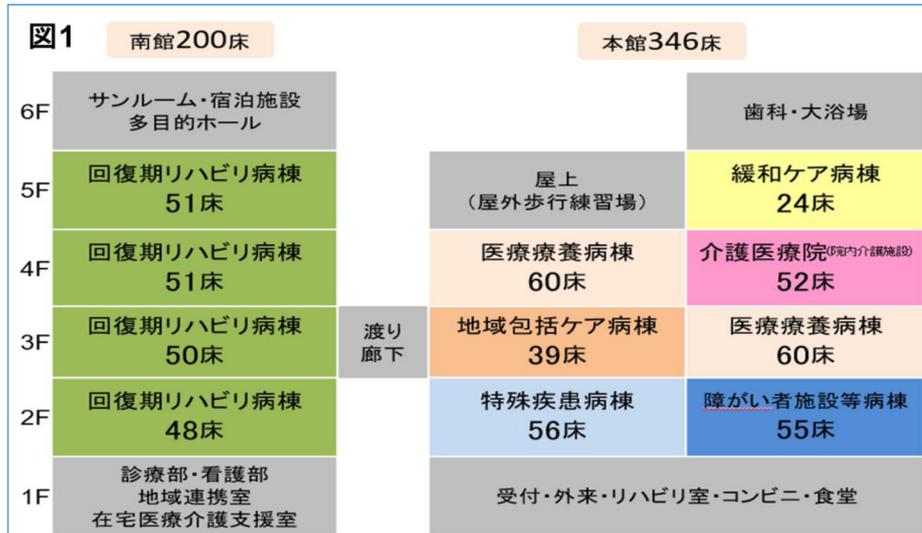
【背景】

日本の高齢化に伴い、地域での医療・介護ニーズは増加し、住民が住み慣れた地域で安心して生活を継続できる体制の整備が求められている。湘南西部医療圏においても、在宅療養と病院の橋渡しとなる受け入れ機能の強化が重要であり、後方支援病院が果たす役割は大きい。鶴巻温泉病院（以下当院）（図1）は2018年に「在宅療養後方支援

病院」の届出を行い、在宅医療と連携した高齢者救急の受け入れ体制を整備してきた。

【目的】

「顔の見える連携」を基盤に、当院が取り組む高齢者救急の受け入れ実績を分析し、地域における医療提供体制の効果を検証するとともに、課題の抽出と解決策の提案につなげる。



【方法】

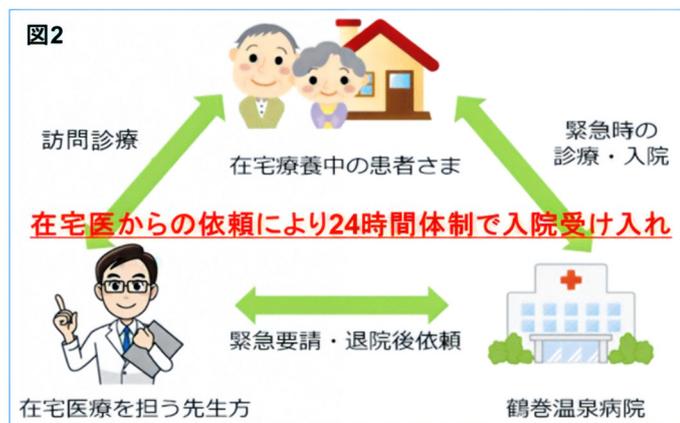
体制整備：登録患者（図2）は在宅医療機関からの求めに応じて、24時間体制で入院受け入れを実施。退院時に訪問診療へ依頼する患者を原則登録し、状態が安定していても「万が一」に備えた登録を推進。

相談窓口：登録外の患者も月～土の時間内で相談を受け付け、最短当日で受け入れ可能な運用を構築。クリニックからの「急性期病院ほどではないが自宅は難しい」症例（例：誤嚥性肺炎、脱水

など）を対象に柔軟に対応。

施設連携：近隣4施設と「協力対象施設／入所者入院加算」に基づく連携を強化。2024年8月から3施設、2025年4月に1施設を追加し、急変時の入院受け入れを開始。

多職種協働：医師・看護師・地域連携室スタッフが在宅医、訪問看護ステーション、介護施設へ訪問、情報共有会議を開催。相互理解と信頼関係構築を促進し、連絡経路と判断基準の標準化を進めた。



【結果】

緊急受け入れ体制の整備により、地域医療の質が向上し、高齢者が住み慣れた環境で適切な医療

を受けられる体制が強化された。（図3）「顔の見える連携」による相互理解が深まり、多職種連携の効率化が促進された。



【結論】

当院の高齢者救急受け入れは、在宅・介護施設・病院の三位一体の「顔の見える連携」により、高齢者が安心して生活できる医療提供体制の構築に

寄与している。今後も地域連携を強化し、多様な医療ニーズに対応することで、持続可能な医療と介護の提供を目指していく。

社会的課題に向き合う病院の役割

～頻回入院患者の一事例にみる「社会的処方」の実践から～

◎小原 由里 鈴木 紳祐

一般財団法人同友会 藤沢湘南台病院 社会福祉士・医療福祉相談室

【要旨】

本稿は、拡張相肥大型心筋症を有し頻回入院を繰り返していた患者に対する退院支援の事例を通じて、医療機関が潜在的な社会的ニーズを発見し、支援へと繋げる役割について考察したものである。対象患者は社会的孤立状態にあり、食事や内服管理が困難であった。多職種チームによる包括的支援を通じて、障害支援区分の申請、経済的支援、心理社会的支援、グループホーム入所調整を行った結果、患者は地域生活において安定を得ることができた。本事例は、医療機関が「社会的処方」を実践することで、健康維持と生活安定を実現し得ることを示している。

【はじめに】

医療機関は従来、疾病の診断と治療を主たる役割としてきた。しかし近年、患者の生活背景や社会的課題に向き合うことが医療の質を左右する重要な要素として認識されつつある。特に頻回入院を繰り返す患者の背景には、疾患そのものだけでなく、社会的孤立や生活支援の欠如といった要因が存在することが多い。こうした課題に対して、医療機関が「社会的処方」を実践することは、患者の健康維持と地域生活の安定に寄与する可能性がある。本稿では、拡張相肥大型心筋症を有し、急性期病院において頻回入院を繰り返していた患者が当院へ転院した事例を通じて、医療機関が潜

在的な社会的ニーズを発見し、支援へと繋げる役割について考察する。

なお、本事例の報告にあたっては、対象患者本人に対し主治医から研究目的を説明し、同意を得たうえで実施した。また、個人が特定されないよう匿名化を徹底し、プライバシー保護に十分配慮した。

【研究背景】

2015年、厚生労働省は「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉提供ビジョン」¹⁾（以下、ビジョンとする）のなかに「すべての人が安心して暮らし続けられるまちづくりが不可欠である」と明記した。現在、社会的孤立が看過できない量の人々に生じているが²⁾、障害者福祉領域では社会的孤立に関する報告はほとんど見られず、ビジョンにおける記述も極めて弱いといえる。障害者支援においては、かつて入所施設中心の集合的ケアに依拠してきた歴史を持つが、障害者権利条約第19条に示される「地域社会への包容と参加」は依然として国内外の課題である。³⁾

一方、WHOの健康の社会的決定要因に関する最終報告では、医療機関の役割として、健康格差を数量的に評価すること、多様な機関や専門職同士の連携を進めること、そのような連携により単に健康リスクに対応するだけでなく、生活環境を

整えることという3点を推奨事項に掲げている⁴⁾。近年、医療機関が健康の社会リスクを抱える患者を把握して福祉的ケア等を紹介する機関と結びつけるような活動をsocial prescribing（直訳：社会的処方）⁵⁾称して、推奨事項を具現化し実践できるような動きが注目されている。本事例は、こうした制度的空白の中で医療機関が主体的に社会的処方を実践した例として位置づけられる。

【事例概要】

対象はA氏、40代男性（表1）。拡張相肥大型心筋症を有し、過去9年間で14回の入院歴がある。今回15回目のC急性期病院への入院を経て、社会

的支援を目的に当院へ転院となった。眼間乖離、翼状頸、低身長、軽度知的障害などの所見からヌーナン症候群が疑われた。転院後に実施したIQ測定では「49」であり、中等度知的障害が認められ、小学校中学年程度の認知水準と推定された。

A氏は生活保護を受給していたが、キーパーソンは存在せず、社会的孤立状態にあった。食事や内服の自己管理が困難で、心不全の増悪を繰り返していた。転院前の社会的状況を図式化したエコマップ（図1）では、支援につながる関係が極めて限定的であることが示されている。医療機関以外との接点は乏しく、B市役所の生活保護ケースワーカー以外に安定した支援者は存在しなかった。

表1 事例概要

基本情報
<ul style="list-style-type: none"> •Aさん（40代）男性、一人暮らし、キーパーソン無し、IQ「49」程度 •生活保護受給中（B市役所）、受給前は店舗清掃の就労経験
病状
<ul style="list-style-type: none"> •拡張相肥大型心筋症の治療（C急性期病院） •眼間乖離、翼状頸、低身長、軽度の知的障害が疑われ、生育歴不明であったが、Noonan症候群が疑われた
転院の目的
<ul style="list-style-type: none"> •内服コンプライアンス不良や感染の合併などで心不全増悪 •9年間で14回の入院歴 •15回目の入院の際に当院へ対応を依頼されて転院
課題
<ul style="list-style-type: none"> •社会的孤立により、ソーシャルサポートが不足 •食事、内服管理が困難で病状の増悪を繰り返している

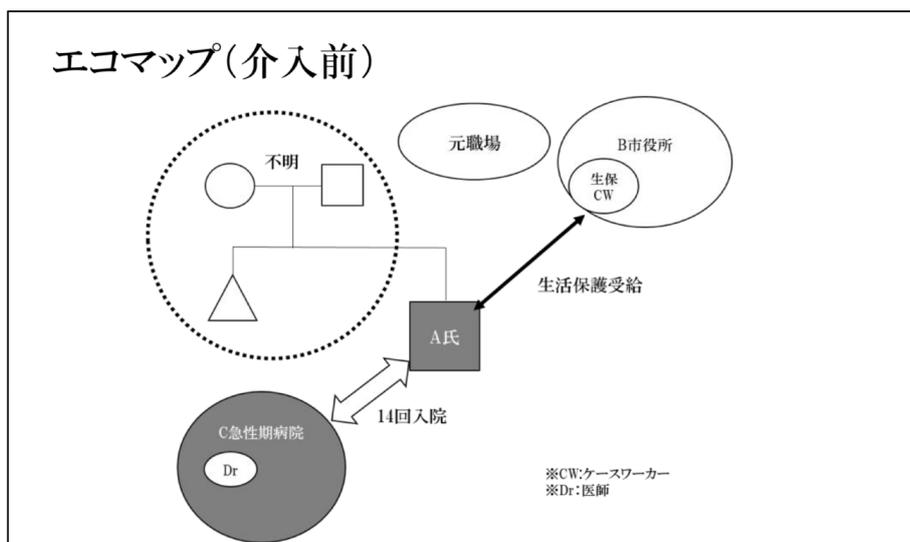


図1 転院前の社会的状況を図式化したエコマップ

【考察】

本事例においてA氏は、先天的な障害を抱えながらも自立した生活を営んでいたが、疾患による心身の変化や失業といったライフイベントを契機に「社会的孤立」へと移行していったと考えら

れる。社会的排除は「失業・貧困・社会的孤立」の三要素が相互に悪循環を形成する構造（図3）であるとされ、失業や経済的困難は社会的活動への参加を制約し、互恵的な関係性の維持を困難にすることで孤立を深める要因となる。

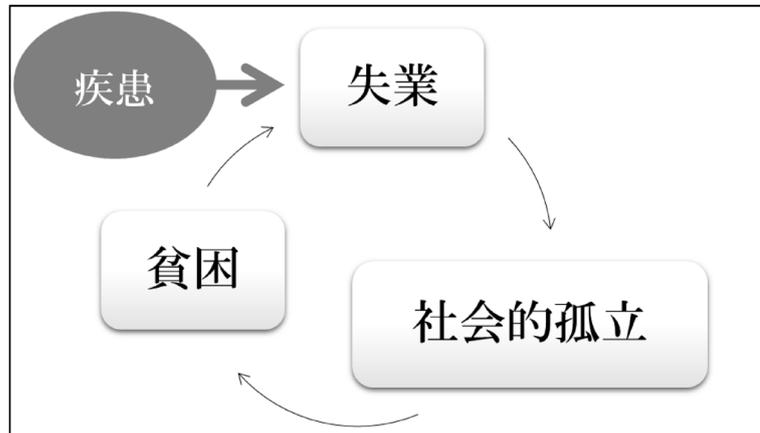


図3 社会的排除の三要素

ミニューチン⁵⁾は社会的孤立の明確な定義は存在しないとしつつも、その共通点として「意味のあるソーシャルネットワークの欠如」を指摘し

ている。本事例におけるA氏も、孤立によってソーシャルネットワークおよびソーシャルサポート（表2）を喪失していたと考えられる。

表2 ソーシャルサポート

上位分類	下位分類	内容
道具的サポート	直接的サポート	食べ物、お金、家事等、直接的に資源を提供
	情動的サポート	生活に必要なサービス情報等を提供する
情動的サポート	情緒的サポート	愛情、愛着、親密性のような情緒に関するサポート
	認知的サポート	評価やフィードバック

さらに、全国の障害者のうち障害福祉サービスを利用している割合は8.8%に過ぎず、サービスに結びついている者はごく一部である⁶⁾。既に資格認定を受けているが地域や行政との関わりを持たない者と、資格認定を受けていない潜在的障害者との二分されるとされるが、A氏は後者に該当し、地域社会から見えにくい存在となっていたと推察される。このような対象を発見し支援ニーズを把握するアウトリーチの重要性は高く、特に医療機関にのみ繋がっている潜在的障害者に対して、

医療機関が果たす役割は大きい。

本事例では、医療機関を起点として健康問題の背景にある社会的課題を抽出し、適切な社会資源へと接続することが可能となった。健康は個人要因のみならず社会的要因によって規定されるものであり、社会的要因は環境や行動を通じて健康に影響を及ぼす。本事例においては「社会的処方」が有効に機能し、健康維持に寄与したと評価できる。

以上より、潜在的な社会的ニーズを抱える患者

に対して、医療機関がアウトリーチを通じて早期介入し、継続的な支援を行うことの意義が示された。今後の課題としては、現行の支援体制を継続することによって得られる効果を検証し、医療と福祉の連携をさらに深化させる必要がある。

しかし、本研究は1症例を対象とした検討であり、得られた知見を一般化するには限界がある。個別事例の分析は社会的孤立や医療機関の役割を具体的に理解する上で有用である一方、症例特有の背景や条件に依存するため、他の障害者や地域にそのまま適用できるとは言い難い。今後は症例数を増やした検証や、異なる地域・制度環境における比較研究を通じて、より一般化可能な知見を積み重ねていくことが課題となる。

なお、本稿の内容は第24回日本成人先天性心疾患学会総会・学術集会（2023年）において口頭発表した事例報告を加筆修正したものである。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等あり方検討プロジェクトチーム（2015）：「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」
- 2) 後藤広史（2011）：「社会的孤立の様相」『地域におけるつながり・見守りのかたち』、東洋大学福祉社会開発研究センター、中央法規出版,p32-51
- 3) 大村美保（2016）：『障害者の社会的孤立とその対応に関する文献検討』福祉社会開発研究、東洋大学学術情報リポジトリ第8号、p49-58
- 4) 西岡大輔、近藤尚巳（2020）：『社会的処方事例と効果に関する文献レビュー－日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題－』医療と社会 J Health Care Soc29,p527-544
- 5) Ludwien Meeuwesen(2006)A typology of social contacts,Roelof Hortulanus eds.Social Isolation in Modern Society.Routledge advances in sociology,37-59
- 6) 「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について」（厚生労働省）
障害者白書（令和4年）

MSWの役割と基本姿勢を再認識した1事例

◎千葉 沙織 豊浦由希絵

医療法人裕徳会 よこはま港南台地域包括ケア病院 社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）・地域医療連携室

【背景】

自宅で転倒し、大腿骨頸部骨折にて手術。術後、回復期リハビリ病棟へ転院。認知症進行による摂食不良、腎機能障害などがあり、末梢留置型中心静脈カテーテル（以下PICC）の栄養管理の上、療養型病院への入院待機のため一般病院へ転院となった。しかし、入院中2回のPICC自己抜去があり再挿入は行わず、嚥下訓練と施設調整目的にて地域包括ケア病棟のある当院へ転院となる。

【対象】

A氏90代女性。要介護4。娘と2人暮らし。

【入院経過】

入院時家族面談では歩行器でのトイレ歩行と経口からの食事量アップの希望があった。介護者となる娘は職場でのトラブルにより精神的に疲弊が見られ、自身の休養を希望。退院支援目的の介入はあえて行わず、意図的に休養時間を設け、心理的負担を下げられるよう配慮した。入院後はA氏の嗜好を取り入れつつ、経口からの食事量アップを目指した。A氏は食事量が増え、自力摂取可能となるが、歩行は困難、ベッド上での生活、おむつ交換が必要な状況であった。娘の体調が回復し、精神的に落ち着いたタイミングで、面談を実施。娘は現状を受け入れ、自宅退院を希望。退院準備では、おむつ交換や食事介助の方法などの指

導を行った。しかし、退院先である自宅の片付けが包括ケア病棟の入院期限（60日）に間に合わず、老健ショートステイを経て自宅退院する計画となった。

【結果】

介護者の休息時間を意図的に設けた結果、現状と向き合い、課題を理解することで、必要な在宅サービスが選択可能となった。介護指導や多職種における退院支援により、在宅復帰をすることができた。

【結語】

超高齢化社会により、2025年現在、高齢者の5人に1人が認知症と推定される。判断能力の不十分な認知症高齢者の家族と、今後の生活を相談する場面が増えている。ソーシャルワーカーには、相手の置かれている状況や感情をそのまま理解するように努める「非審判的態度」と「受容的態度」が重要であると再認識した。面談を繰り返す中、介護者の想いを共有・尊重し、その上で、患者様の現状を介護者自身が正確に理解できるように情報提供のタイミングと内容を工夫することも不可欠である。

参考文献

- ・厚生労働省「令和5年度病床機能報告 報告マニュアル〈①基本編〉
- ・The case work relationship (ケースワークの関係)
フェリックス・P・バイステック
- ・令和7年版高齢社会白書 内閣府

骨密度検査における私服での検討

◎三枝 礼紀

医療法人社団協友会 金沢文庫病院 診療放射線技師・放射線科

【目的】

骨密度検査を行う際、当院では患者様に検査着に着替えていただいている。しかし、それには時間を多く要してしまう。そこを短縮することが可能であれば待ち時間が少なくなり、スムーズな検査が行えると考えられる。また骨密度検査を行う際、重要なのは再現性であり、服の厚さや材質によって結果に影響があるのか分からない状態である。今回、私服のままで検査を行えるか、再現性を保てるのか検討を行うこととする。

【方法】

骨密度検査の点検として使用しているQAファントムに実験①～④を装着し、測定をそれぞれ5回ずつ行い、腰椎2、3、4番と全体の平均を出した。以下の方法で検討しました。また基準をファントム撮影で誤差とされている15%としました。

実験①として、ファントムのみと検査着の比較を行いました。

実験②として、検査に影響があるとされる金属およびプラスチックの比較を行いました。

実験③として、服装の厚さについて、タオルを1～5枚まで重ねた場合の比較を行いました。

実験④として、材質を変更し影響を検討しました。材質として綿、ポリエステル、ズボンのゴム、刺繍、ニット素材、デニム、ビニール素材の材質で検討を行いました。

使用機器

- ・X線透視装置：SONIALVISION G4
【D1500BC-40S、ZS-200】
- ・ファントム：QAファントムBMD【g/cm³】
S N：19889862-01

【結果】

〈実験①〉ファントムと検査着の差を表1に示す。誤差は最大でも腰椎4番の0.514%であった。

表1 ファントムと検査着

	全体	L2	L3	L4
なし	0.791	0.599	0.784	0.978
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
差	0.002	-0.002	-0.003	0.005
誤差%	0.254	0.366	0.381	0.514

〈実験②〉検査着と金属の差を表2にプラスチックの差を表3に示す。検査着時と比較し、最大で金属は38.94%、プラスチックは7.58%であった。

表2 金属のボタン

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
金属	0.982	0.832	0.994	1.120
差	0.193	0.231	0.207	0.146
誤差%	24.499	38.946	26.238	15.040

表3 プラスチックのボタン

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
プラスチック	0.757	0.553	0.747	0.922
差	-0.031	-0.048	-0.040	-0.051
誤差%	3.956	7.580	5.131	5.260

〈実験③〉検査着とタオル1から5枚重ねた差をそれぞれ表4、5、6、7、8に示す。タオルを重ねるほど、測定値が上がった。最も変化があったのはタオルを5枚重ねた測定値で検査着との差は2.94%であった。

表4 タオル1枚

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
タオル1枚	0.790	0.600	0.785	0.975
差	0.002	-0.001	-0.002	0.002
誤差%	0.203	-0.133	-0.254	0.205

表5 タオル2枚

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
タオル2枚	0.790	0.604	0.787	0.977
差	0.002	0.003	0.000	0.004
誤差%	0.216	0.532	-0.025	0.370

表6 タオル3枚

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
タオル3枚	0.791	0.608	0.790	0.979
差	0.003	0.007	0.003	0.005
誤差%	0.355	1.165	0.330	0.555

表7 タオル4枚

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
タオル4枚	0.794	0.612	0.797	0.988
差	0.005	0.011	0.010	0.014
誤差%	0.621	1.864	1.245	1.469

表8 タオル5枚

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
タオル5枚	0.797	0.619	0.798	0.996
差	0.008	0.018	0.011	0.022
誤差%	1.014	2.942	1.397	2.281

〈実験④〉検査着と綿、ポリエステルをそれぞれ表9、10に示す。綿やポリエステルの素材では検査着との差は見られなかった。最大でも綿素材で約0.5%の変化であった。

表9 綿

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
綿	0.791	0.596	0.787	0.970
差	0.003	-0.005	0.000	-0.004
誤差%	0.355	-0.532	0.000	-0.370

表10 ポリエステル

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
ポリエステル	0.790	0.600	0.788	0.974
差	0.002	-0.001	0.001	0.001
誤差%	0.203	-0.233	0.102	0.062

次に検査着と刺繍とゴムの差をそれぞれ表11、12に示す。刺繍もゴムもすべてで差は出ており、最大で刺繍は約6.6%、ゴムでは約3.5%の変化がありました。

表11 刺繍

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
刺繍	0.752	0.559	0.748	0.935
差	-0.036	-0.042	-0.040	-0.038
誤差%	-4.590	-6.616	-5.029	-3.945

表12 ゴム

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
ゴム	0.772	0.586	0.760	0.944
差	-0.017	-0.015	-0.028	-0.030
誤差%	-2.156	-2.529	-3.505	-3.041

次に検査着とニット、デニム、ビニール素材の差をそれぞれ表13、14、15に示す。すべての材質において変化がありました。最大でニット素材では約4.9%、デニム素材では約2.7%、ビニール素材では約2.8%の変化がありました。

表13 ニット

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
ニット	0.764	0.614	0.816	0.925
差	-0.024	0.013	0.029	-0.048
誤差%	-3.094	2.163	3.683	-4.931

表14 デニム

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
デニム	0.799	0.596	0.799	0.999
差	0.010	-0.005	0.012	0.025
誤差%	1.268	-0.799	1.473	2.692

表15 ビニール

	全体	L2	L3	L4
検査着	0.789	0.601	0.787	0.973
ビニール	0.797	0.595	0.810	0.957
差	0.008	-0.006	0.022	-0.016
誤差%	1.065	-0.965	2.819	-1.644

【考察】

すべての結果を図1に示した。金属やプラスチックではレントゲンなどでも同様に影響が出てしまうため、必ず撮影範囲には入れないことが重要だと考える。厚さや材質の違いによっても結果

に影響がでました。しかし検査着と同等の厚さや硬さの綿やポリエステルなどのTシャツのみであれば、基準の範囲内であり影響なく、検査ができると考える。

	最大 (%)			最大 (%)	
検査着	0.514	●	綿	0.532	●
金属ボタン	38.946	✕	ポリエステル	0.233	●
プラスチック	7.580	✕	刺繍	6.616	✕
タオル1枚	0.254	●	ゴム	3.505	✕
タオル2枚	0.532	●	ニット	4.931	✕
タオル3枚	1.165	●	デニム	2.692	✕
タオル4枚	1.864	✕	ビニール	2.819	✕
タオル5枚	2.942	✕			

図1 まとめ

【まとめ】

私服での結果は影響を及ぼすものがほとんどであった。しかし実際の検査では無地の綿やポリエステルのTシャツのみで来院される患者様はほとんどいなく、ゴムや飾りなど影響を及ぼすものが

ついていることが考えられる。また、夏、冬など毎回同じ格好で来院されることも難しいと考えられる。そのため再現性を高めるためには時間がかかっても検査着になっていただくことが重要と考える。

全入院患者への嚥下評価体制の構築と実践報告 ～嚥下センター構想に向けた取り組み～

◎伊藤 涼花 大塚 裕一 粉川 将治

医療法人裕徳会 港南台病院 言語聴覚士・リハビリテーション科

【背景】

当法人では訪問診療に注力しているが、関連施設から誤嚥性肺炎等の高齢患者が多く入院する。多くの場合で認知症や嚥下障害が合併し、数日間の経口摂取中止が嚥下機能の更なる低下や廃用を招くことを経験してきた。この課題認識を受けて、急性期でも安易な絶食を避け、早期の経口摂取維持並びに再開が重要と考えた。

【目的】

入院患者の嚥下障害に質の高い評価・介入を標準的かつ網羅的に提供し、安全な経口摂取を推進する。さらにそれらの実績を基に、将来の地域医療における貢献の在り方を構想することを目的とした。

【方法】

2023/4月～2025/3月の2年間、全入院患者を対象としてSTが入院時に全例の嚥下評価を実施し、嚥下内視鏡検査（以下VE）を第一選択、症例により嚥下造影検査（以下VF）も適宜施行した。VE評価は兵頭スコア等で客観性を担保し、摂食訓練は医師と協働で方針決定を行い、STが重症例を中心に担当、PT・病棟看護師も参加する多職種連携体制を構築した。また、退院後のフォローや訪問先での評価、健診の一検査としての

VEを実施した。これらを踏まえ、経時的なVE実施状況を中心に検討を行った。

【結果】

2023年度と比較し、2024年度はVE施行件数が38件から191件（502%）へ、VF施行件数が17件から35件（205%）へと著明に増加した。これに伴い、摂食機能療法の算定件数も954件から1745件（182%）へと大幅に増加した。

【考察・結論】

新型コロナウイルス感染症の5類移行後、嚥下障害への積極的介入方針を再構築した。STを中心に多職種での協働とVEによる評価、嚥下関連への介入体制を強化することができた。STによる評価を重点化し、PTや病棟看護師による訓練の分担が、限られたリソース内でのほぼ全例介入を可能にした。安全な経口摂取は患者QOL向上に直結し、早期離床や合併症予防を通じ在院日数短縮にも貢献しうると考えられ、今後は「嚥下センター構想」を進め、嚥下外来、訪問リハ、オンライン診療、症例相談、人材育成等といった摂食嚥下に関わる業務を多職種で協働しながら包括的に提供することで地域のなかでの専門性や唯一性を維持しながら地域医療の質向上に寄与していきたい。

集団リハビリを中心とした リハビリ介入の取り組みについて

◎齋藤 翼

医療法人裕徳会 よこはま港南台地域包括ケア病院 理学療法士・リハビリテーション課

【目的】

地域包括ケア病棟においては補完代替リハビリ（以下CARB）が推奨されており、集団リハビリ（以下集団Rh）の取り組みは増加している。当院は全120床が100%地域包括ケア病床であり、早期からCARBの一環として、集団Rhを中心に取り組んでいる。今回は、集団Rh参加患者を調査することにより、集団Rh中心の取り組みについての考察を行った。

【方法】

2024年10月1日～12月27日の期間に、A病棟（全60床）の集団Rhに参加し退院した患者63名を調査対象とした。集団Rhの内容は座位の運動、起立着座、立位バランス運動等で計約20分。頻度は4回/週。セラピスト3～5名で約20名の患者を対象に実施した。調査項目は年齢、長谷川式認知症スケール（以下HDS-R）、入院・退院時Barthel Index（以下BI）、BI利得（退院時BI-入院時BI）、集団Rh実施率（集団Rh参加回数/在院日数）、個別リハ実施率（個別リハ回数/在院日数）。入院時と退院時のBIの比較、個別リハ実施率によるBI利得の比較の統計はWilcoxonの順位検定を用いた（有意水準：5%）。

【結果】

平均年齢86.09±5.98歳。HDS-R中央値15点（第

1四分位点10点、第3四分位点27.25点）、非測定者9名は除く。入院時BI60点以下：44名、BI65点以上：19名。退院時BI60点以下：20名、BI61点以上85点未満：16名、BI85点以上：27名。BI利得中央値25点（第1四分位点15点、第3四分位点37.5点）。また、入院時と退院時のBIの比較において有意差がみとめられた（ $p<0.01$ ）。集団Rh実施率中央値0.34（第1四分位点0.27、第3四分位点0.45）。個別リハ平均実施率は 0.42 ± 0.19 。個別リハ実施率によるBI利得の比較においては、高頻度群と低頻度群との間で有意差はみられなかった。

【考察】

昨今の超高齢化に伴い当院患者も超高齢化しており、集団Rh参加患者の多くが超後期高齢者という結果であった。それに伴い、認知症患者割合も高く、入院時ADLや耐久性の低い患者も多い。そういった患者においてもBIの有意な改善が得られたこと、個別リハ実施率の差でBI利得に有意差が見られなかったことから、当院では集団Rhを個別リハビリの補完・代替として有効的に活用できていると考える。これは、少人数のスタッフで運営される地域包括ケア病棟において集団Rhが一つの有効な手段であることを示唆している。

入院支援外来における薬剤師の周術期リスクへの介入 ～市販薬を含む薬剤管理と将来的な地域連携・情報共有に向けて～

◎白田 昌弘 昆 真生 森 奈央 藤田英里子 平野 菜摘 島田 実咲
大森 俊和 樋口 愛子

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 薬剤師・薬剤部

【背景・目的】

川崎幸病院では入院支援外来（以下、支援外来）に薬剤師1名が常駐し、入院前から薬学的介入を実施している。術前中止薬剤は抗血栓薬等の医療用医薬品のみならず、EPA・DHA、ニンニク成分等のサプリメントや一般用医薬品も対象とし、包括的な薬剤管理を行っている。

当院では2024年12月より、中止薬の遵守が困難と薬剤師が判断した症例に対し「検査・術前中止指示の薬剤管理依頼書（以下、依頼書）」を発行し、薬薬連携の強化を図っている。薬局・病院間で共通確認可能な常用薬情報として、従来の手段に加え、マイナポータルでの処方情報（以下、マイナ処方情報）による調剤情報確認事例が増加しているため、その実施状況を明らかにし、支援外来業務における地域連携・情報共有の取り組みについて報告する。

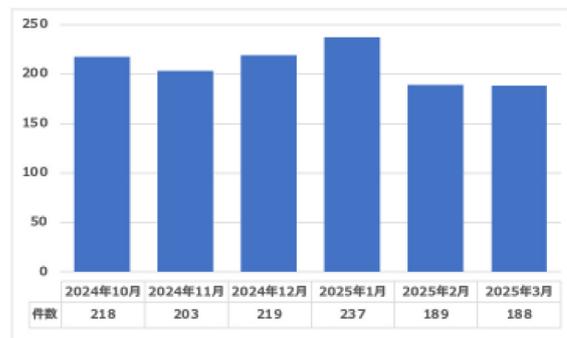
【方法】

対象期間は2024年10月～2025年3月とした。期間内に支援外来で薬剤師による面談件数と、面談を実施した患者について、患者背景（年齢、服薬管理、調剤方法、かかりつけの有無、入院前中止指示薬）、サプリメント・OTC摂取状況、薬剤管理依頼書の発行状況・転帰、サプリメント・OTCの使用状況、マイナ処方情報の使用状況（マ

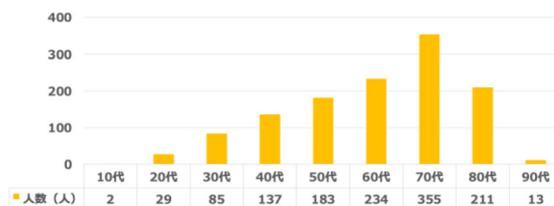
イナ処方情報のみ2025年6月まで）を調査した。

【結果】

調査期間中の薬剤師による支援外来での面談は1,251件であった。患者背景は、60歳以上66%、自己管理84%、PTP78.5%、かかりつけ薬局は27.9%が有し、入院前中止指示薬の使用は21%であった。サプリメント・OTCの使用は484名、うち術前中止推奨成分は69名（14%）が摂取しており、全例に中止指導を実施した。



支援外来での面談件数



年齢分布

入院前に中止指示のある薬剤を処方されていた患者に対し、薬剤管理依頼書を発行した件数は13件であった。そのうち、11件では指示どおり中止が遵守されたが、2件では遵守されていなかった。これら2件はいずれも、保険調剤薬局に依頼書が提出されていなかったことが入院時の確認で判明した。

また、保険調剤薬局からの返書から以下のようなフィードバックが得られた。

①飲み忘れの報告が入院中の服薬指導の再実施につながった事例②吸入薬のアドヒアランス不良の報告が入院中の吸入指導の再実施につながった事例③入院前面談では本人・家族から報告がなかったが、実際には薬剤アレルギーが存在しアレルギー発現の未然防止につながった事例

マイナ処方情報の確認は2024年10月～2025年3月の6か月間で10件、2025年4月～6月の3か月間で9件であった。

【結果（症例報告）】

腹腔鏡下胆嚢摘出術を予定していた患者に対し、手術8日前の入院支援外来で薬剤師が面談を行った。その際、患者が慢性的な頭痛に対してアセチルサリチル酸（ASA）600mgを含有する市販薬ケロリン®を常用していることが判明したが、患者は医師に使用を申告しておらず、カルテ上にも記載や中止指示はなかった。

薬剤師は速やかに医師へ報告し、内服中止の許可を得たうえでASAの抗血小板作用による出血リスクを説明し、内服中止を指導した。これにより7日間の術前休薬期間を確保することができた。本症例では、外来面談によってASAを含有する市販薬の使用を早期に把握し、適切な休薬指導を実施できたことで、周術期の出血リスク回避に寄与したと考えられた。

表 患者背景

服薬管理方法	人数（人）
本人	1049 (84.0%)
家族	34 (2.7%)
施設	6 (0.5%)
その他	8 (0.6%)
内服なし	152 (12.2%)
調剤方法	
PTP	980 (78.5%)
一包化	117 (9.4%)
内服なし	152 (12.2%)
かかりつけ薬局	
あり	348 (27.9%)
なし	749 (60.0%)
内服なし	152 (12.2%)
かかりつけ薬剤師	
あり	26 (2.1%)
なし	1071 (85.7%)
内服なし	152 (12.2%)

中止薬	人数 (人)	人数 (人)
あり		262
抗血栓薬	109	
糖尿病薬	88	
その他 (ホルモン剤等)	65	
なし		1010
サプリメント	人数 (人)	人数 (人)
あり		312
アスピリン	0	
DHA・EPA 成分	43	
ニンニク成分	21	
その他	248	
なし		937
OTC	人数 (人)	人数 (人)
あり		279
アスピリン	8	
DHA・EPA 成分	0	
ニンニク成分	13	
その他	258	
なし		962

【考察】

薬剤管理依頼書により患者および患者家族の薬剤管理を支援できた。術前中止未遵守の2件は依頼書が薬局へ提出されていなかった事例であり、地域との連携・情報共有が必要であると考えられた。薬局からの情報により服薬アドヒアランス不良や未把握のアレルギーなどの医療機関内だけでは把握が困難であった問題への対応が可能となった。地域との連携は、中止薬管理以外にも患者安全・治療の質向上に有用であることが考えられた。

今回、サプリメント・OTCの術前中止推奨成分を使用しているが、医療者側が把握していなかった事例を経験した。サプリ・OTCの摂取率は約40%、術前休薬推奨成分の使用が14%で確認され、既報と一致していた¹⁾。EPA/DHA未休薬による術式変更の報告もあり²⁾、薬剤師による情報収集と多職種連携が重要であると考えられた。

【展望】

現在、サプリメントやOTC医薬品の摂取情報が自動的に反映される仕組みは存在せず、電子処方箋が普及したとしても自動取得は困難であると厚生労働省からも示されている³⁾。患者がお薬手帳へ手書きで記載する可能性はあるものの、その確実性には限界がある。今後、医療DXの進展により電子カルテ共有システムが発展すれば、処方情報のみならずサプリメント・OTCの情報を取得できる可能性もあるが、現時点では医療者が能動的に患者へ確認し、カルテに記載することが不可欠と考えられる。

今回の症例で経験したように、術前中止が推奨される成分を患者が摂取している事例を早期に把握するためにも、多職種による地域連携の重要性は極めて高い。術前中止が遵守されなかった事例は、調剤方法にかかわらず認められたほか、患者

都合により依頼書がかかりつけ薬局に持参されなかったケースも存在した。これらの点からも、病院内での指導にとどまらず、地域との情報共有を通じた包括的な薬学的管理が求められると考えられる。

当院ではマイナンバーカードを用いた処方情報の確認件数が増加しているが、医療DXがさらに発展してもサプリメント等の情報が反映されず、確認が困難であるとの指摘がある³⁾。特に高齢者ではポリファーマシーが生じやすく⁴⁾、多くがサプリメントを併用しているとの報告もある⁵⁾。したがって、薬剤師のみならず多職種が連携して情報を共有し、適切な周術期管理を行う体制の構築が今後ますます重要になると考えられる。

参考文献

- 1) 消費者の「健康食品」の利用に関する実態調査（アンケート調査）内閣府 食品安全委員会（平成24年5月）
- 2) 日本病院薬剤師会雑誌 60 (12) 1379-1383, 2024.
- 3) 厚生労働省「よくある質問～マイナ保険証について～」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001231560.pdf>
- 4) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11125000/0000162475.pdf>
- 5) 内閣府消費者委員会. (2012). 消費者の「健康食品」の利用に関する実態調査報告書.
https://www.cao.go.jp/consumer/doc/20120605_chousa_houkoku.pdf

災害時に必要な情報共有を目指して！

～2024年度神奈川県病院薬剤師会 災害時被災状況報告訓練～

◎野村 恭子 五十嵐 文 宇野 洋司 瀬川 亮 竹島 秀司 中村 彰子
 永尾美智瑠 藤巻 智則 宮坂 優人 山崎 勇輝 山波 大輔
 依田 竜也 井口恵美子 廣瀬 幸文 喜古 康博 山田 裕之
 厚木市立病院 薬剤師・薬剤部門薬剤科（公益社団法人神奈川県病院薬剤師会 会員・広報出版委員会）

【目的】

災害発生時における医療施設間および薬剤師間での迅速かつ正確な情報共有は、被害状況の的確な把握や外部支援の検討、ならびに支援の優先順位の判断において重要である。（公社）神奈川県病院薬剤師会（以下、県病薬）の会員広報出版委員会では、災害対策の一環として、毎年「災害時被災状況報告訓練」（以下、報告訓練）を実施している。従来はFAXやメールによる報告も使用していたが、通信手段の進化による使用減少に加え、送信側および受信側の医療機関・通信機器

の被災により使用困難のリスクが指摘されていた。また、報告率は会員施設の2割～3割と低く推移していたため、2024年度から報告方法を連絡フォームへ入力に一本化することで、実効性の強化、情報収集・集計の効率化、報告率の向上を目的とした。

【方法】

（1）周知

県病薬会員施設への報告訓練実施の周知は、月1回の定期通信に案内（図1）を同封し、さらに訓練1週間前に別途郵送した。案内には、連絡フォームのURLに加え、QRコードでスマートフォンから入力可能としアクセスの利便性を図った。また、県病薬ウェブサイト（図2）のトップページに目立つように掲示した。



図1 案内



図2 ウェブサイト

(2) 被災想定

被災日時：2024年9月2日（月曜日）午前9時

災害規模：

相模湾を震源とし、神奈川県ほぼ全域で震度6強以上の地震が発生した。相模湾内で6～10m、東京湾内で3～5mの津波、県全域の海岸沿いと河川の流域では、液状化の可能性がある。

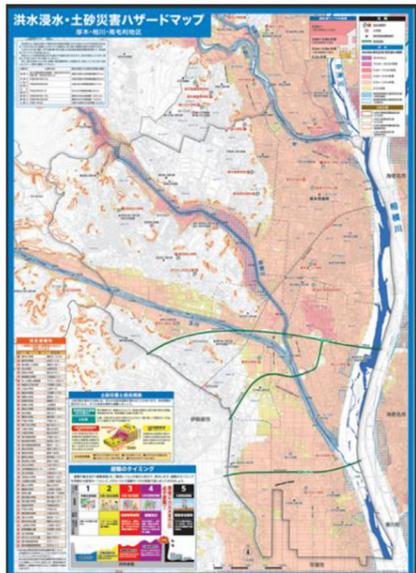


図3 ハザードマップ

(3) 報告訓練

神奈川県災害情報ポータル (<https://www.bousai.pref.kanagawa.jp>) のハザードマップ (図3) より、自施設付近の災害危険度から被災状況を想定し、Google フォーム (図4) で報告する。

図4 Google フォーム

(4) 報告内容

日本病院薬剤師会版 Ver.1.0 に準拠した入力項目

必須：医療機関の所在地・名称、報告者の氏名・所属・電話番号

任意：医療機関薬剤部門の連絡先、薬剤師の人的被害状況、人的被害が生じている場合の状

況、内服調剤・注射調剤の継続可否、不足している医薬品・資材の有無、調達困難で不足している or 今後不測の可能性のある医薬品・資材、薬剤業務関連の被害状況、外部支援（薬剤師）の必要性、伝言板

【結果】

薬剤師の人的被害状況（表1）、内服薬調剤（表3）・注射調剤（表4）の継続可否、不足している医薬品・資材（表5）、調達困難で不足しているor今後不足の可能性がある医薬品（表6）・資材（表7）、外部支援（病院薬剤師）の必要性（表9）の選択式回答は表の通りであった。

人的被害が生じている場合の状況（表2）、薬剤関連の被害状況（表8）、伝言板（表10）の自

由記載欄では、医薬品や調剤機器の浸水・落下被害、停電による医薬品搬送困難、抗菌薬供給の停止など、現実的かつ具体的な課題が多数報告された。

321施設中148施設（46.1%）が報告を行い、2019年度からの5年間に於いて2割から3割で推移していた報告率を大きく上回った。（表11、図5）

表1 薬剤師の人的被害状況

なし	118件
あり	14件
不明	8件

表2 人的被害が生じている場合の状況（一部抜粋）

怪我数名、出勤できない職員が半数
職員の怪我等の状況は把握できているが、患者さんの状況はまだ把握できていない。

表3 内服薬調剤の継続可否

継続可能○	97件
継続困難△	31件
継続不可×	7件
無回答	13件

表4 注射調剤の継続可否

継続可能○	94件
継続困難△	33件
継続不可×	8件
無回答	13件

表5 不足している医薬品・資材

あり【医薬品】	58件
あり【資材】	20件
なし	68件
不明	11件
無回答	10件

表6 調達困難で不足しているor今後不足の可能性がある医薬品

ある	74件
ないor報告済or不明	57件
無回答	17件

表7 調達困難で不足しているor今後不足の可能性がある資材

ある	78件
ないor報告済or不明	49件
無回答	21件

表8 薬剤業務関連の被害状況（一部抜粋）

地震による建造物の影響は少ないものの、防潮堤を超えた浸水被害により薬剤部の主だった調剤機器が浸水被害を受け動作不能。医薬品の在庫に関しては落下、浸水により大部分が使用不可と思われる。
棚から医薬品が落ち散乱しているが、使用は可能な状態である。 水害に備え上階への医薬品の避難を始めているが、停電の影響で搬送が困難である状況
医薬品不足。抗菌薬の納入が一切なく、感染症治療に滞りあり。第一世代セフェムでもいいから50バイアル求む。

表9 外部支援（病院薬剤師）の必要性

支援が必要な状況	16件
支援は不要な状況	68件
現時点では判断不可	49件

表10 伝言板（一部抜粋）

施設は海からは離れているため津波の被害はないが、震度が大きかったため街中では建物の被害がある。今後患者が多く運ばれて来る可能性があるため、既に不足している抗菌薬の在庫確保が不安である。
1～2週間分の通院患者の薬はあるが、今後の道路などの復旧状況によっては未入荷の薬や医療材料の支援が必要になるかもしれない。
当院採用でない同効薬の切り替え、薬剤の調達、在庫管理人員として薬剤師2名の派遣を希望します。

表11 報告施設件数推移

年	2019	2020	2021	2022	2023	2024
報告施設数	89	67	98	105	94	148
会員施設数	343	339	333	333	332	321



図5 報告率推移

【考察・課題】

報告手段を一本化したことで参加率が向上し、実災害時の運用における有効性が示された。一方、

未報告施設の存在や報告情報の実際の活用法については今後の課題であり、更なる啓発と体制強化が求められる。

当院における Romidepsin 療法の 初回コース時の悪心の発生状況

◎行谷 真波 金子憲太郎 豊田 茂雄 小林 路子

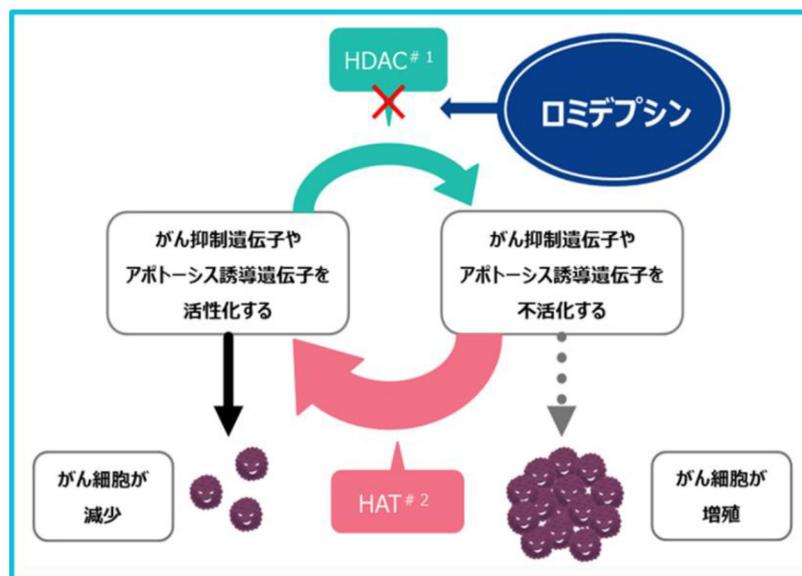
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 薬剤師・薬剤科

【緒言】

末梢性T細胞リンパ腫（peripheral T-cell lymphoma：PTCL）は、成熟T細胞を起源とする悪性リンパ腫であり、全悪性リンパ腫の中では比較的稀な疾患であるものの、臨床的には治療抵抗性で予後不良となることが多い。特に日本を含むアジア地域ではPTCLの発生比率は欧米より高く、臨床現場において対応が求められる症例が少なくない。PTCLは複数の病型が存在し、いずれも化学療法に対する反応性に差がみられる。一般的な初回治療としてCHOP療法を中心とした化学療法が行われるが、寛解後に再発する症例も多

く、また初回治療に抵抗性を示す例も散見される。こうした背景から、再発または難治性PTCLに対する治療戦略の確立は、血液腫瘍領域において重要な課題である。

Romidepsinは、ヒストン脱アセチル化酵素（histone deacetylase：HDAC）阻害作用を有する分子標的薬であり、PTCLに対して使用されている治療薬である（図1）。通常14mg/m²を1・8・15日目に4時間かけて静脈投与し、28日間を1コースとして繰り返す治療スケジュールで行なわれる。



- #1 ヒストン脱アセチル化酵素:遺伝子の発現を抑制
#2 ヒストンアセチル化酵素:遺伝子の発現を促進

図1 Romidepsinの作用機序

一方で、Romidepsin投与に伴う副作用の一つとして悪心・嘔吐（chemotherapy-induced nausea and vomiting：CINV）が挙げられる。CINVは患者のQOLを著しく低下させ、摂食不良、体重減少、脱水、電解質異常などを引き起こし、治療スケジュールの遅延や中断にもつながり得る。したがって、CINVの適切な管理は抗がん剤治療の継続において極めて重要である。Romidepsinは発売当初、軽度催吐リスク（low emetic risk）に分類されていたが、2023年に改訂された「制吐薬適正使用ガイドライン」では、Romidepsinの催吐リスクは中等度催吐リスク（moderate emetic risk）へと引き上げられた。

軽等度催吐リスクに分類される抗がん薬では、デキサメタゾンもしくは5-HT3受容体拮抗薬の単剤使用が予防的制吐療法として推奨されるが、中等度催吐リスクに分類される抗がん薬では、デキサメタゾンと5-HT3受容体拮抗薬の2剤併用が予防的制吐療法として推奨される。発売当初

Romidepsinは軽度催吐リスクに分類されていた為、当院では5-HT3受容体拮抗薬であるグラニセトロン単剤での予防的制吐療法が行われていた。しかしながら、初回コースから悪心を訴える症例が一定数存在し、患者のQOL低下や治療負担の増加につながっていた。こうした問題を背景に、悪心の発生頻度、悪心が出現した際に使用された制吐薬の効果、また予防的制吐薬の変更や追加がどの程度有効であったかについて、より体系的に評価することが必要と考えられた。

【対象と方法】

2018年4月から2024年8月までの期間に当院でRomidepsin療法の初回コース（以下、1コース目）を施行したPTCL患者を対象とした。患者背景は（図2）に示した。対象症例は電子カルテシステムから抽出し、Romidepsin投与に関連する悪心の発生状況、制吐薬使用状況、ならびに制吐効果を後方視的に調査した。

項目(N=20)	
年齢・中央値(範囲)	76(62-89)
性別(男性・女性)	15・5
PTCL Type	
・末梢性リンパ腫,非特定型(PTCL-NOS)	10
・血管免疫芽球性T細胞リンパ腫(AITL)	7
・ALK陰性未分化大細胞リンパ腫(ALK陰性ALCL)	2
・肝脾T細胞リンパ腫(HSTCL)	1
Ann-Arbor分類(中央値)	4(1-4)
IPI	3(1-5)
前治療	
(R)CHOP	10
その他(ICE/A+CHP/THP-COP/GDP/BV-AVD等)	10
前治療回数	1(1-8)
糖尿病既往	5

図2 患者背景

悪心の有無および重症度判定は、電子カルテに記録された薬剤師・医師・看護師の記載内容を基に行った。悪心ありの基準は、①診療記録に「悪心」「気持ち悪さ」「むかつき」等の記載がある場合、あるいは②制吐薬が投与された事実が確認された場合とした。悪心の重症度は Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) ver.4 を基準として評価した。

予防的制吐薬は、1コース目で全例にグラニセトロン3mgが投与された。本研究では、この予防投与後に悪心が発生した症例について、追加的に投与された制吐薬の種類、およびその後の症状変化についても調査した。また、当院採用薬価に基づき、グラニセトロン3mg、パロノセトロン0.75mg、アプレピタント125mg（2日目以降80mg）、オランザピン5mg、メトクロプラミド5mgの薬剤費を算出し、費用対効果を検討した。

【結果】

本研究期間中に1コース目を施行したPTCL患者は20例であった。20例全例が予防的制吐薬としてグラニセトロンを投与されており、そのうち1例がアプレピタントを併用していた。

20例中アプレピタント併用を含む8例に悪心が認められた。悪心の重症度はCTCAE ver.4に基づき、Grade1が1例、Grade2が7例であった。悪心が認められた8例のうち、Grade2の7例でメトクロプラミドが追加投与されていた。このうち、投与後に症状の改善が確認できた症例は1例であった。残りの6例では、メトクロプラミド投与後も悪心が継続していた。

オランザピンは、メトクロプラミド投与後も悪心が継続していた6例のうち5例に追加投与されていた。5例全例で、投与後に症状の改善が認められた（図3）。

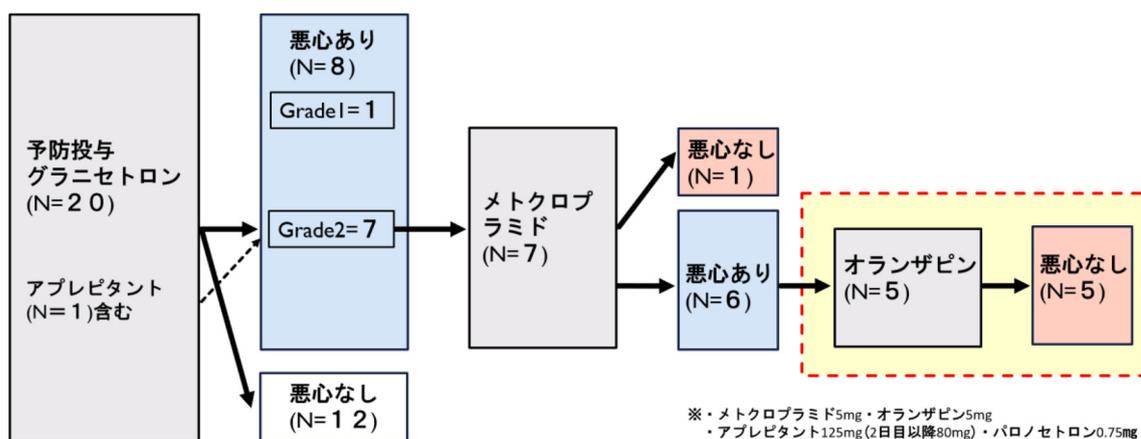


図3 悪心の発生状況と制吐剤の効果①

予防的制吐薬の変更が行われた症例は5例であった。グラニセトロンにアプレピタントを追加した症例は3例であり、この3例のうち2例で悪心が認められた。悪心改善が認められた1例はメ

トクロプラミドが併用されていた。

グラニセトロンをパロノセトロンへ変更した症例は2例であり、いずれの症例でも悪心が認められた(図4)。

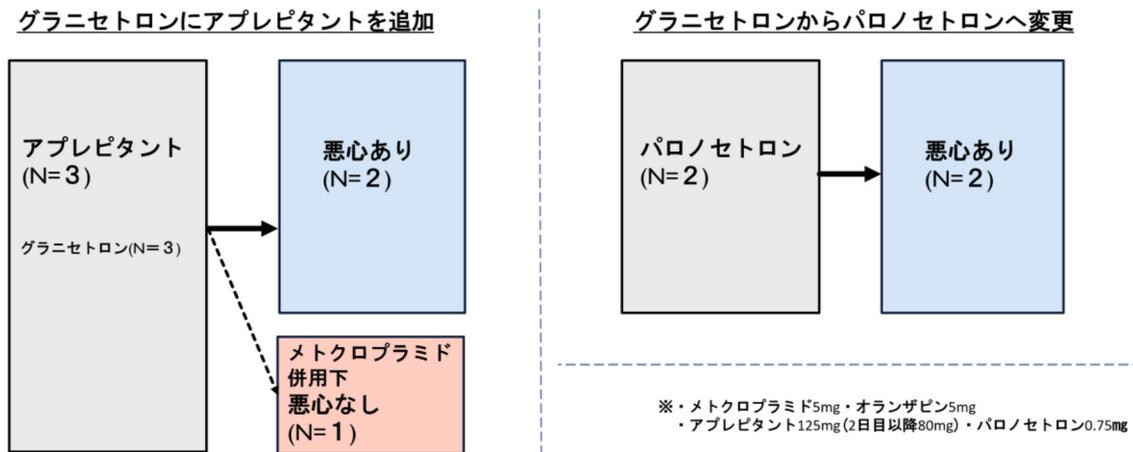


図4 悪心の発生状況と制吐剤の効果②

【考察】

本研究では、1コース目における悪心の発生率は40%であり、従来の軽度催吐リスクとしての評価とは一致しない結果が得られた。Romidepsinは発売当初から軽度催吐リスク薬に分類されていたが、実臨床では悪心を訴える患者が一定割合で存在することが経験されていた。今回の悪心発生率40%は、中等度催吐リスク化学療法における悪心発生頻度に近く、2023年のガイドライン改訂によってRomidepsinが中等度催吐リスクへ再分類された根拠を裏づける結果となった。

予防的制吐薬としてグラニセトロンが全例に投与されていたが、それでも8例に悪心が認められた。悪心発生後の制吐薬の使用状況では、メトクロプラミドが7例で使用されていたが、改善が認められた症例は1例だけであった。

一方で、オランザピンは使用された全5例で改善が認められており、Romidepsinによる悪心の臨床的コントロールに有効である可能性が高い。オランザピンは5-HT₂、D₂、H₁、M₁など

多受容体に作用する薬剤であり、CINVの急性期および遅発期の双方に対して有効性が示されている¹⁾。この多受容体拮抗作用により、CINVに対してより効果を発揮しやすいと考えられる。特に本研究において、メトクロプラミドによる改善が得られなかった症例の一部で、オランザピンへの切り替え後に症状改善が認められた点は注目に値する。今回の症例数は限られているものの、Romidepsin投与時の悪心に対してオランザピンが有効となる可能性を臨床的に示唆する結果となった。

アプレピタントやパロノセトロンへの変更が試みられた症例では、いずれも十分な悪心抑制効果は得られていなかった。特にアプレピタントを追加した3例中2例で悪心が発生した点は、Romidepsinとアプレピタントの併用に注意が必要であることを示している。RomidepsinはCYP3Aで代謝されるため、同じくCYP3Aを阻害するアプレピタントを併用するとRomidepsin血中濃度の上昇が生じ、悪心を含む副作用が増大す

る可能性がある。今回、アプレピタントが奏功しなかった症例が存在したことは、こうした薬物相互作用の影響を反映している可能性が考えられる。

また、デキサメタゾン製剤は制吐療法の中核薬剤である一方で、免疫抑制作用を有しており感染リスクを増大させることが知られている。血液腫瘍患者は疾患及び化学療法による免疫不全を背景に易感染性であるため、制吐療法におけるデキサメタゾン使用について当院では回避されていた。

パロノセトロンへの変更例でも2例とも悪心が生じており、5-HT₃受容体遮断薬の限界を示す

結果となった。パロノセトロンは一般的に強力な制吐作用を持つが、Romidepsinによる中等度嘔吐リスクを5-HT₃受容体遮断薬単剤で防ぐことは困難であると推察される。

臨床の運用を考える上では費用対効果も重要である。パロノセトロンやアプレピタントは薬剤費が高額であり、長期的な治療に伴う費用負担が大きい。一方でオランザピンは、効果が期待できるだけでなく薬剤費が低廉であり、今回の結果はオランザピンが効果と費用の両面から臨床的に優れた選択肢となる可能性を支持している（図5）。

薬剤名	1コースあたりの金額(約)※
パロノセトロン	13,608円
グラニセトロン	3,795円
アプレピタント	6,912円
メトクロプラミド	422円
オランザピン	357円

※当院採用薬価を基準に算出
 パロノセトロン、グラニセトロンはday1,8,15で投与した場合
 アプレピタントはday1,8,15に125mg、day2-3,9-10,16-17に80mg投与した場合
 メトクロプラミドはday1-21まで1日3回、1回1錠で投与した場合
 オランザピンはday1-21まで1日1回、1回1錠で投与した場合

図5 1コースあたりの各薬剤の金額

本研究の限界として、単施設・後方視的研究である点、対象症例数が20例と少なく、統計学的検討が困難であった点が挙げられる。また、悪心の記録は医療者の記載に依存しており、患者が軽微な悪心を訴えなかった場合には記録上は悪心なしと扱われる可能性もある。しかしながら、悪心が認められた8例から、Romidepsinによる悪心に対し、グラニセトロン単剤では抑制が不十分である症例が一定数存在すること、悪心発生後にはオランザピンが有効である可能性が高いことなど、臨床運用に直結する示唆が得られた点は意義が大きい。

以上より、Romidepsin療法における制吐対策として、従来のグラニセトロン単剤予防に加えて、多受容体作用を有するオランザピンの併用を検討することは、悪心のコントロール向上および治療継続性の向上に寄与する可能性があると考えられる。今後は、予防的にオランザピンを導入した場合の効果検証、最適な投与タイミングの検討、前向き研究などが課題として挙げられる。

【結語】

本研究では、Romidepsin療法1コース目を施行した20例を対象に、悪心の発生状況および悪

心発生時に使用された制吐薬の効果を後方視的に検討した。その結果、悪心は全体の40%に認められ、その大部分がGrade2であった。予防的にグラニセトロンを全例に投与していたにもかかわらず悪心が発生した症例が8例存在したことから、従来の軽度催吐リスクに準じた制吐予防では十分な悪心抑制が得られていない可能性が示唆された。

悪心発生後の対応として最も多く使用されたメトクロプラミドは改善が1例に留まり、Romidepsinによる悪心に対して十分な効果を示さなかったと考える。一方、オランザピンは使用された5例すべてで改善が確認され、Romidepsinによる悪心に対する有用性が示唆された。さらにアプレピタントやパロノセトロンへの変更は、今回の検討では悪心抑制に明確な改善をもたらさず、Romidepsinの薬物動態や悪心の発生機序を踏まえた制吐対策の再考が必要であると考えられた。

今回の結果から、Romidepsin療法における悪心対策として、グラニセトロン単剤予防に加え、多受容体作用を有するオランザピンの併用が有効

である可能性が高いことが示唆された。オランザピンは症状改善効果に加えて薬剤費が低廉であるという利点もあり、費用対効果の観点からも臨床における現実的かつ有用な制吐療法となり得る。

本研究は単施設・後方視的で症例数が限られている点で限界を有するものの、Romidepsinに対する制吐薬の実際の使用効果について、臨床現場の課題を反映した貴重な知見を得ることができた。今後は、オランザピンの予防的投与の有効性検証や、最適な制吐療法の確立を目的とした前向き研究の実施が望まれる。

【参考文献】

- 1) Navari RM, et al. N Engl J Med. 2016;375(2):134-142.
制吐薬適正使用ガイドライン2023年10月改定第3版
ロミデプシンインタビューフォーム
アプレピタント電子添文
グラニセトロン電子添文
パロノセトロン電子添文
オランザピン電子添文

DX化がもたらす働き方改革～業務負担軽減と残業時間削減への効果～

◎久保田 竜也

医療法人横浜未来ヘルスケアシステム 戸塚共立第1病院 事務・総務課

【目的と背景】

昨今、急性期病院においては経営環境の厳しさが増し、健全経営のためには入院患者の確保が不可欠である。一方で高稼働維持に伴う業務過多により人材不足が顕在化し、以下の課題が浮き彫りになった。

- ・医療従事者の業務負担増による離職者の増加
- ・人材不足による残業時間の増加
- ・人材確保のための紹介手数料の大幅増

これらを解消する為、当院では電子カルテの入れ替えを行い、電子カルテの機能を最大限活かすべく DX 推進委員会を発足し、本格的に DX 導入による働き方改革について検討を開始した。

その活動内容、活動結果、今後の課題について報告する。

【方法】

DX 推進委員会発足前と発足後の職員の残業時間、離職率、紹介手数料を比較。

DX 化による次の効果を検証する。

- ・電子カルテ入替に伴う残業時間の減少
- ・iPhone 導入による電子カルテへの入力時間の削減
- ・チャット機能を利用した職員間同士の効率的な情報共有による職員の負担軽減

【効果と結果】

電子カルテの入替により当月中にレセプトを確認することが出来るようになりレセプト期間中の業務量が減少したことにより医事課全体の時間外が半分以上削減することが出来た。

電子カルテシステムを有した iPhone を導入し今まで医師、看護部、リハビリ科を中心に PC 上でしかできなかったカルテ入力を iPhone 上で入力できるようになり時間外の削減、離職率も減少し業務効率の向上に繋がった。

チャット機能については部署間の共有事項や個人間での連絡のやり取りが確実に出来るようになり部署間・部署内のコミュニケーションが円滑に行えるようになった。

【考察と今後の課題】

DX 導入により残業時間の減少と業務効率向上が認められ、業務負担軽減および離職率減少に一定の効果が見られた。一方で、人材不足は依然として解消されず、紹介業者依存による紹介手数料は横ばいであった。しかし、離職率の減少は将来的な紹介手数料の抑制への可能性が示唆された。今後は現場の意見を反映しつつ、更なる業務効率化に繋がる DX 導入を検討し、患者様へよりよい医療を提供できる体制を整備していく必要がある。

介護老人保健施設へ退院支援をする際の医療・介護間の現状と課題

◎松原 麻子 福田 あかり 狩野 友菜

医療法人社団協友会 横浜鶴見リハビリテーション病院 医療ソーシャルワーカー・地域医療連携室

【目的】

当院における2024年度退院患者468名のうち、81名（約17%）が介護施設へ退院し、そのうち最も多い退院先は介護老人保健施設であった。入所支援においては、本人の心身機能のみならず、薬剤の変更や医療的支援の可否が入所判断に影響を及ぼす場面が少なくない。今後の高齢化の進行を見据え、医療機関と老健の連携における実態と課題を明らかにすることを目的に、横浜市・川崎市内の老健を対象とした調査を実施した。

【方法】

老健109施設に対しアンケートを配布し、22施設より回答を得た。設問は①薬価および薬剤採用の実態、②薬剤変更に伴う影響と対応、③老健の今後の医療ニーズに関する見解の3項目とした。あわせて、2024年度に当院から介護施設へ退院した患者について、年齢、介護度、FIM、認知機能、世帯構成、家族関係、経済状況、薬価、処方薬剤数、薬剤変更の要否、調整期間、相談件数、相談目的を集計した。

【結果】

介護施設へ退院した患者は、高齢・重度要介護・認知機能低下のいずれにも該当する割合が高かった。薬剤面では11剤以上の多剤処方が50%を占め、老健退院患者の約48%において薬剤変更を要した。老健の薬剤選定においてはコストや処方頻度を重視する傾向があり、薬剤未採用を理由に入所を断った経験がある施設は86%にのぼった。抗がん剤投与や疾病により定期通院を要する患者の受入れにあたっては不可もしくは条件付きとなる場合が多かった。老健が感じる医療機関との連携における課題としては、事前の情報共有不足や急変時の受入れが円滑に行われないことが挙げられた。

【考察】

在宅復帰支援を目的とする老健であるが、特養待機中の中継ぎ施設としての役割を担っている実態がある。経済的に公的施設を選ばざるを得ない高齢者は少なくなく、多様な疾病を抱えた高齢者の退院先として老健のニーズは高い。今回のアンケートで薬剤や通院の必要性によって受入に制限がかかることが改めて可視化されたが、この点を解消するためには入所者の医療費を老健が負担するという現行の制度の見直しが必要だと考える。医療から介護への移行がスムーズになることは適切な時期に退院することに繋がり、病床回転の向上に繋がるのではないかと考える。

Physical Therapy Feedback Sheet



図2 PTFB

図は入院して2ヶ月の患者の例。数値をグラフ化することでわかりやすく、カットオフ値や評価の解説を用紙に記載することで評価結果を理解しやすいようにした。

【結果】

今後、患者の評価に対する理解度が向上し、治療への主体性とアドヒアランスが高まると予測される。また、セラピストにも評価の重要性、評価を丁寧に行う意味も促されると考える。

【考察・結論】

本取り組みにより、患者への評価結果フィードバックが患者の主体的な治療参加とアドヒアランスの向上につながると思われる。評価説明の標準化により患者が治療効果を実感しやすくなると考える。これらの成果はSMDの理念に沿った患者中心のリハビリテーションの推進に寄与すると期待される。一方で、本取り組みには課題も明らかとなった。例えば、認知機能が低下した患者に対しては家族への情報共有や簡易な説明方法の工夫が必要であり、説明を希望しない患者にはプライバシーや意向を尊重した対応が求められる。今後はこうした課題に対応すべく運用方法を改善し、全ての患者に適したフィードバック体制の構築を目指したい。

地域に選ばれる通所リハビリテーションを目指して
～利用者の想いと生活に寄り添って～

◎坂部 尚子 土居 忍

医療法人篠原湘南クリニック クローバーヴィラ（クローバーホスピタル）

理学療法士・リハビリテーション部

【はじめに】

当通所リハビリ（以下、通所リハ）は、入浴・レスパイト目的の利用が中心の大規模型デイとして長期にわたり地域に根差したサービスの提供を行ってきた。変わりゆく時代のニーズに合わせ、通所リハ見直しプロジェクトを発足。これからの地域に選ばれる通所リハを目指し取り組みを行ったため、ここで報告する。

【目的】

地域における通所リハの存在意義を見直し、その人の想いと地域のニーズに寄り添い自立支援をチームで実践する。また、在宅で認知症や重介護を抱える家族を多職種で支援し、質の高いチームリハビリテーション（以下、リハビリ）を提供する。

【方法】

運動機能、認知症、重介護など様々なニーズがある方を受け入れるため 1)リハビリに特化した運動機能向上プログラム 2)認知症リハビリプログラム 3)医療・重介護支援プログラムを3本の柱とし通所リハの運営形態を大幅リニューアル。利用者の想いと生活に寄り添い、その方に合った過ごし方を選択できるシステムを構築した。1)では運動量の確保、活動性の維持を目的としたサーキット形式の集団リハを導入。リハビリ、介護スタッフ協働で①歩行 ②いきいきエクササイズ ③元気はつらつ ④健口フレッシュの4コーナーを担当し、各15分程度の種類の異なるプログラムを午前午後各2時間の開設時間内に回っていただく形式とした。2)では認知症の行動・心理症状の軽減と脳の活性化を図ることを目的とし、全員一律のプログラム提供ではなく個々に適した活動内容の選定とその方らしい一日の過ごし方を提案。メインプログラムである①役割リハビリ②グループ回想法の中からの個別設定とした。3)では医療依存度が高い方や特別な介助が必要な方でも安心して過ごせることを目的とし、各専門職種が利用者の身体状況やニーズに合わせて個別性を持って対応。活動に焦点をあて、楽しく過ごせるアクティビティなども充実させたプログラム設定とした。

【結果】

個々の利用者に合わせた過ごし方、プログラムを選択できるシステムを構築したことで、地域からの様々なニーズに対応できるようになった。また、一日を通して利用者が主体的にプログラムに参加・活動できるようになったことで自立支援の推進にもつながり、スタッフ側にとっても効率的な運営が可能となった。

【まとめ】

今回通所リハの在り方を見直し、新たなシステムを構築したことで、地域からの様々なニーズに対応した利用者主体のサービスを提供することができた。今後も、利用者の想いと生活に寄り添いながら取り組みを継続し、地域の方々を支援していきたい。

当院における腎臓リハビリテーションの取り組み

◎鳥海 真理子 木村 充広

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 理学療法士・リハビリテーション科

【背景】

一般的に運動不足は、肥満や糖尿病、脂質異常症のほか、がんやうつ病、また認知症といったさまざまな国民病の誘因になり、基礎体力が低下する高齢者にとっては、自立を妨げる重要な危険因子となる。

CKD 患者においては、さらにその影響は生命予後に直結すべく、運動不足によって透析導入を早め、QOL の低下を招き、そして死亡率上昇に関連することが明らかにされている。

こうした経緯から近年の CKD 治療は、「運動制限から運動療法へ、安静から活動へ」と大きく転換し、ガイドラインレベルで運動が推奨されるようになった¹⁾。

また、時を同じくして、糖尿病性腎症による高度腎機能障害指導管理加算（100 点）や、透析時運動指導等加算（75 点）が診療報酬に加わったことから、腎臓リハビリテーションの社会の期待度は近年高まっているといえる。

【取組と課題】

このような背景を受け、当院のリハビリテーション科では、5 年ほど前より腎臓内科からの依頼において、透析時間を利用した理学療法（以下、透析リハ）を実践している。透析リハは、必要性や身体的リスクに応じてその対象を絞るところからはじめ、主治医、リハ医と情報を共有し対象者を決定している。近年では、腎臓内科からの総依頼件数約 350 件に対し 10%程度がその対象となっている。

スケジュール調整および日々の体調については、医師をはじめ、看護師、臨床工学士と情報交換を行うなどチームで取り組むことを基本とし、実施に際しては、心電図モニター監視下にて開始から約 30 分後よりウォーミングアップ、メイン運動（レジスタンス運動ならびに有酸素運動）、クールダウンの順で概ね 40 分間としている。

透析リハは、弱化した骨格筋の回復を促すだけでなく、リンの排泄促進など透析効率の改善に有効であるとされるほか、医療者の監視下で安全かつ定期的に運動を行うことで運動習慣の確立が期待できるといわれている²⁾。

しかしながら、現状においては、必ずしも透析リハが地域へ浸透しているとは言い難い状況であり、当院退院後のシームレスな運動環境の提供には課題を残している。

今回の発表では、今後の課題や地域に向けた他職種活動についても報告をさせていただく。

参考文献

- 1) 上月正博. 腎臓リハビリテーションの効果と実際
—運動制限から運動療法へ— Jpn J Rehabil Med 2018 ; 55 : 682-689
- 2) Usui N, et al. Effect of blood volume change related to intensity of intradialytic aerobic exercise on hemodialysis adequacy: a pilot study. Int Urol Nephrol 2022.

学会・論文発表の質的向上を目指す取り組み

◎越智 良明 難波 昭雄 宮内 秀典 草野 淳一 松丸 美佳 安島 秀友 上村 忠聖
島崎 信夫 七尾谷 充 濱口 翔太 松村 泰之 宇野 崇之 清家 亨 小原 悠
山本 加奈 坪谷 綾子 小杉 満孝 尾鳥 勝也 山田 裕之
社会医療法人財団互惠会 大船中央病院 薬剤師・薬剤部
(公益社団法人神奈川県病院薬剤師会 学術情報委員会)

【目的】

近年、働き方改革や病院薬剤師の不足などから、学会発表や論文作成を行う薬剤師が少なくなっている現状がある。そこで、若手の薬剤師が積極的に学会発表、論文作成ができるようにサポートできるような研修会を確立するために、学会・論文に関する問題点抽出のアンケートを行い、それに付随する研修会を実施しその影響を考察した。

【方法】

神奈川県病院薬剤師会の会員を対象に研修会前アンケートを実施した。次に、得られたアンケート結果から学会発表を支援する内容の研修会を組み立て実施し、研修会後のアンケート調査を行った。

【結果・考察】

研修会前アンケートでは40名の会員からの回答が得られた。学会発表や論文投稿があると回答したのは30名(75%)であり、経験の有無と、病院の背景(病床数・薬剤師数など)や薬剤師個人の背景(経験年数など)に大きな差は認められなかった。一方で学会発表や論文投稿の経験がないと回答したのは10名(25%)であった。挙げられた理由のうち、改善されたら学会発表や論文投稿を行いたいと回答があった項目として「忙しいから」「方法が分からない」の項目があった。

次に上記のアンケート結果から、学会発表の経験がある者から研究テーマの選定や、発表準備やデータ作成の方法、日常業務と発表準備の両立方法など、経験に基づいた内容をシンポジウム形式で開催した。本研修会実施後のアンケートでは70名の参加者より回答が得られた。99%の参加者が「今後の学術発表・論文発表に生かせる」と回答しており、研修会の重要性が示唆された一方で、個々の能力以上に環境の重要性も示唆された。

実際に、神奈川県病院薬剤師会においても学術大会を共催していたものの、近年では演題の応募が少ないなどの背景もあり開催が中止となっている。我々病院薬剤師会としても発表できる環境を整えたり、薬剤師による学術発表・論文発表に対するモチベーションを促進できたりするような研修会開催へと取り組んでいきたい。

採用抗菌薬の見直しが促す処方行動の変化と地域医療への波及効果

◎岡村 秀行 清家 亨 三浦 愛理 矢野 ゆう子 佐藤 ひふみ

神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院 薬剤師・診療技術部薬剤科

【目的】

感染症医が在職しない当院では、AST 専任薬剤師が採用抗菌薬の見直しや研修を通じて間接的な抗菌薬適正使用支援（AS）を行い、一方で病棟薬剤師が日常業務で医師へ直接的 AS を実践してきた。本研究では、採用抗菌薬の見直しを軸としたこれらの取り組みが医師の処方行動に与えた影響と、外来処方を含む地域医療への波及効果を検証した。

【方法】

2020年4月～2025年3月の抗菌薬使用状況について、入院および外来院内処方（外来）における DDDs、DOTs、DDD_s/DOT_s 比を経時的に分析した。時系列線形回帰分析により傾向を評価し、 $R^2 \geq 0.3$ を傾向ありとし、有意水準は $p < 0.05$ とした。外来 Watch 薬使用量の年次変化は AWaRe 分類で比較した。

【結果】

有意な変化を認めた薬剤は、入院で CEX、ST が増加、CCL、CFPN、LZD が減少した。外来では AMPC、AMPC/CVA、CEX、DOXY、CAM が増加し（Fig.1）、CFPN、EM、FOM、FRPM が減少した（Fig.2）。CCL は1回量が減少した。2024年の外来 Watch 薬使用量は、2020年比で皮膚科 50%、泌尿器科 47%減少し、リウマチ内科では 80%増加した（Fig.3）。

【考察】

CEX、DOXY など Access 薬の追加により、皮膚科や泌尿器科では Watch 薬から Access 薬への処方シフトが進んだ。AST 方策を理解した病棟薬剤師の AS は、Access 薬の積極使用を提案して医師の同意を得た。その結果、薬剤師の関与が少ない外来にも影響を与えたと考えられる。一方で、治療上 Watch 薬が必要な疾患があり、診療科によっては Access 薬への処方シフトに限界があることも示された。採用薬見直しを軸とした本取り組みは、治療抗菌薬選択の限界を含みつつも処方行動を変化させ、地域医療における AMR 対策の一助となり得たと考える。

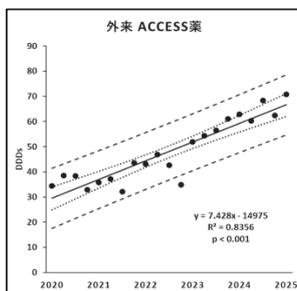


Fig.1 外来 Access 薬使用量

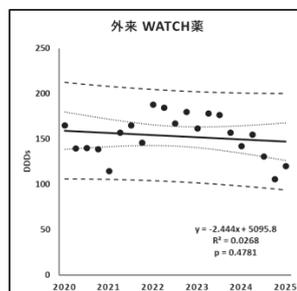


Fig.2 外来 Watch 薬使用量

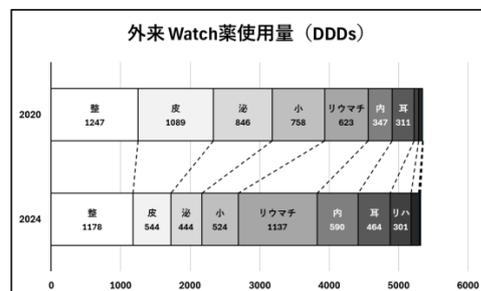


Fig.3 診療科別 Watch 薬使用量

地域包括ケア病棟における退院に向けた食支援の検討

◎三宅 利恵¹⁾ 榊原 大貴²⁾ 團野 光祐³⁾ 大橋 洸太郎⁴⁾ 杉野 嘉津枝^{1) 5)}
医療法人長谷川会 湘南ホスピタル 管理栄養士・栄養科
1) 湘南ホスピタル 栄養科、2) ヘルシーフード株式会社、3) 株式会社プラウドアドバンス、
4) 文教大学 情報学部、5) 文教大学 健康栄養学部

【目的】

地域包括ケア病棟では、在宅復帰を目指して支援や準備を行っている。しかし、高齢患者では、入院前から要介護状態の患者が多く、治療が終了しても食事摂取量の低下や ADL の低下が問題となって在宅復帰が難しくなる。そのため、多疾患を抱え、摂食・嚥下機能や認知が低下した患者では食事摂取量の増加が難しいため、個別対応を行っている。そこで、地域包括ケア病棟に入院した患者の食事内容や食事摂取量、栄養状態、ADL などの状況を調査することによって、退院に向けた食支援について検討した。

【方法】

GLIM を基準導入した 2024 年 6 月以降に地域包括ケア病棟へ入院し、2025 年 5 月までに退院した 252 名のうち、死亡や転院、検査などの短期入院、入院前から経口摂取不可の患者らを除く 223 名（平均年齢 87 歳）を対象とした。退院ができた患者とできなかった患者および退院後に自宅へ戻れた患者と戻れなかった患者の 2 群間でその要因について比較検討を行った。

【結果】

退院できた患者は 191 名、退院できなかった患者は 32 名であった。退院できた患者は、退院時の GLIM 基準による栄養状態が良好で BI (Barthel Index) の合計点が高く、食事摂取量、トイレ動作や移乗が関係していた。退院時の必要エネルギー量に対する充足率は、退院できた患者の平均が 93% だったのに対し、退院できなかった患者では 50% に満たなかった。退院できた患者でも約 40% は、栄養補助食品の提供が必要であった。退院できた患者のうち入院前に自宅で生活していた患者は 170 名であったが、退院後、施設入所となった患者は 48 名だった。施設入所となった患者では、自宅に戻れた患者より退院時の BI 合計点が低く、栄養状態や子世代の支援など家族支援の形態に差はみられなかった。

【結論】

早期退院に向けて、入院当初から栄養介入を行うことで食事摂取量の増加を図り、栄養状態の改善と共にリハビリテーション効果の向上を図ることが重要である。

認知症専門病院における家族の困り事の実態とその対応

—A 病院における看護相談外来の実態より—

◎村山 由子 原科 美津枝

医療法人社団鵬友会 横浜ほうゆう病院 老人看護専門看護師 看護部地域医療連携室

【はじめに】

認知症という疾患は、本人にとっての問題だけではなく、介護する家族にも大きな影響を与えていると加藤（2019）も述べており、認知症の介護をする家族の負担感が強いことは多くの論文でも言われている。（渋谷 2018、村山 2000 など）現在まで A 病院では看護相談外来を行っている。この経過を振り返り、看護相談外来の概要、相談された内容、支援についてまとめ、家族の支援の方向性を明らかにした。

【方法】

1. データ収集と分析方法

7 年間に実施された、看護相談外来で使用されている、看護相談外来申込書（以下、相談シートという）として残されていた申し込み内容の分析を行う。

2. 倫理的配慮

本研究は、A 病院倫理委員会において承認を受けた。すべてのデータを特定個人につながらないように、処理を行い配慮した。

【結果】

1. 相談件数について

7 年間に 85 件の相談シートが残されていた。7 年の間に相談外来として行われていた機会をもっとあった可能性があるが、残されていた相談シートは 85 枚であり、内訳については表 1 のとおりである。（表 1 参照）相談時間は、最短 8 分、最長 150 分平均 41 分の相談の時間をとっていた。

2014年	16
2015年	10
2016年	8
2017年	18
2018年	21
2019年	5
2020年	7
総数	85

2. 相談した結果、看護師が提案した内容及び件数

85 枚の相談シートの対応を集約し分析したところ、一枚の相談シートに対して 1 から 3 件の提案や対応が記載されていた。半数が認知症を持つ人への対応、コミュニケーションの仕方や症状への対応であった。

【考察】

1 家族にとっての相談することの意味と対応を考える

相談者の内訳は、夫または妻、いわゆる配偶者が 36 件であり約 4 割を占めていた。2019 年の国民生活基礎調査による統計からみると、配偶者の介護者が多いことと一致しており、介護者の何らかの困り事がここでは相談されたことが見えてきた。介護者の疲労や負担感を考える際には、できるだけ抱え込まず介護をすることが望ましいと考える。

さらに、相談者は、認知症を持つ人へのかかわり方に戸惑いや不安を抱えながらも、自分なりに気持ちの折り合いをつけながらかかわっている。「一方的な情報提供や助言の押し売りにならないように相談者が持つ力を最大限に活用し、自身で問題解決していけるように導くこと」（今井 2012）が大切と言われるように相談者の持つ力を査定し、提案という形態での相談を持てることがより大切と考える。介護の先はなかなか見えにくいいため、的確にこの先も相談先があるように支援していくことが大切と考えている。

引用文献

- 今井幸充 (2012) : 認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との多職種連携, 臨床精神医学, 41 (12), 1699-1704.
- 加藤伸司 (2017) : 認知症の人の地域生活を守る介護, Geriatric Medecine vol.55 (10) 1079-1082, 2017.
- 厚生労働省 (2019) : 2019 年国民生活基礎調査 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf> 2020 年 7 月 17 日
- 村山由子 (2020) : 認知症の人を介護する男性家族介護者の支援に関する文献検討. 松蔭大学紀要 看護学部, 第 5 号, 2020 年 3 月, 29-36
- 渋谷美香 (2018) : 認知症高齢者を在宅で支える家族の実態と介護支援への課題, 北海道看護研究学会集録, 平成 30 年度, 139-141.

行動制限最小化に向けての取り組み

～拘束指示数、拘束使用者数データの見える化を進めての考察、今後の課題～

◎加賀 陽一 田中 真祐美

医療法人社団哺育会 横浜相原病院 看護師・看護部

【はじめに】

2024年度診療報酬改定により、身体的拘束を最小化する取り組みの強化が必須となり、当院でも指針の作成、身体的拘束最小化チームの設置。行動制限最小化ラウンドを開始した。また拘束指示数、拘束使用者数のデータ化を行い、職員間で情報共有することや身体拘束実施チェックシートの使用を開始した。以上の取り組みの考察や結果を報告する。

【方法】

調査期間 2023年4月1日より2025年3月31日。病棟の現患数、拘束指示数、拘束実施数を集計。現患対指示、現患対実施、指示対実施の割合を月毎にグラフ化し委員会時に共有した。

【結果】

①2023～2024年度のデータ、②2024～2025年度のデータを比較すると、②の現患対指示の割合は5病棟で低下し、他2病棟は±0という結果であった。現患対拘束実施の割合は4病棟が低下。3病棟が上昇という結果。指示対拘束実施の割合は7病棟全て上昇した。

【考察】

データの共有により、指示対実施の差に気づきやすくなり、病棟での不要な指示の解除が促進したと考えられる。また在院日数の長い病棟で、指示対実施率が高値を示しており、拘束指示数、拘束実施数が毎月同数となっていた。これは同一患者が長期に渡り拘束が必要となっており、拘束解除困難な事例ではないかと推測された。また特に拘束使用が多かったのが認知症病棟であり、対応に困難を感じ、拘束実施が増えている可能性があると考えられた。

【まとめ】

今回データを分析し見えてきた、長期拘束実施者の拘束解除の為に、多職種カンファレンスを施行、対策を考え、行動制限最小化ラウンドにて実際の状況を確認。対策を行って3か月後の状況の評価していく必要があると考える。また認知症患者への理解と拘束しないケアを学び、拘束解除への活動を行っていき、さらなる行動制限最小化に繋げていきたい。

身体拘束の必要性への認識と解除経験に関する調査：J-PRUQ を用いた回復期病棟看護師の分析

◎高橋 麻衣子 若林 嵩大 末松 望美

医療法人社団協友会 横浜鶴見リハビリテーション病院 看護師・回復期リハビリテーション病棟

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）では、転倒転落の予防やルート・カテーテル類の自己抜去防止を目的とした身体拘束が実施されている。しかし、拘束解除に関する明確な判断基準は整備されておらず、看護師の経験や感覚に基づいて判断されている場面が多くみられる。そのため適切なタイミングで解除するのが難しいという課題がある。

本研究では、看護師の身体拘束解除に対する認識と実践内容を明らかにし、今後のケアの質の向上につなげるため意識調査を実施した。

【方法】

対象は当院の回りハ病棟看護師と准看護師 38 名。看護師の身体拘束に対する認識を測定する尺度は、J-PRUQ（日本語版身体抑制認識尺度）を用い、経験年数による解答の違いの有無を分析、身体拘束解除に向けた看護実践に関する自由記載で成功例と失敗例を収集した。

【結果】

身体拘束が「必要」という回答が最も多かったのは、「カテーテル自己抜去予防」で 37 名（98%）、経験年数別では、1～4 年（以下①）13 名（100%）5～9 年目（以下②）10 名（91%）10 年以上（以下③）14 名（100%）だった。転倒関連では「不安定な歩行による転倒の予防」で 25 名（52%）、①7 名（54%）②5 名（45%）③8 名（57%）であった。

自由記述では、「離床を促し、カンファレンスで情報共有し見守りを強化したことで患者が落ち着き拘束の解除につながった」、また経験年数の長い看護師では「代替手段がないためやむを得ず実施した」「医師や多職種と相談し早くチューブが取れるよう相談する」「行動を把握し本人の生活スケジュールを固定し混乱を防ぐ」等の回答があった。

【考察】

看護師はカテーテルや胃管等の抜去などの医療的リスクに対しては、抑制を必要と判断しやすい傾向があった。一方で転倒予防を目的とした身体拘束が少なかったのは、センサー等の代替手段があるためと考える。

経験年数での大きな差異はなかったが、自由記述から経験年数が多い看護師ほど様々な経験の中から身体拘束回避のための代替手段に繋がっていると考える。身体拘束解除において、経験から得た知識や判断力が重要と言え、内容の共有をしていく事が重要だと考える。

【結論】

身体拘束の最小化に向けては、経験年数にかかわらず誰もが適切に対応できる体制を構築するため、看護師への教育の充実と代替え手段の共有を推進することが今後の課題である。

器質性精神障害のある患者のストーマ管理
—個別性を考慮した継続支援—

◎大平 浩泉 慶 貴子 坂本 理恵

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 看護師・看護管理科

【目的】

緊急手術でストーマを造設した器質性精神障害のある患者に対し、継続的な支援によりストーマ管理が可能となった事例を報告する。

【症例】

A 氏 50 代男性、母親と 2 人暮らしである。直腸癌による単純性大腸閉塞のため、緊急手術で横行結腸人工肛門を造設した。ADL は自立しているものの、器質性精神障害による易怒性や伝達内容の忘却という特性があり、理解に時間を要した。A 氏のできている点をフィードバックし指導を重ねた結果、ストーマ装具の貼付のみ母親が介助し、ストーマケアは A 氏が主体的に実施可能となった。母親から退院後のストーマ管理への不安が聞かれたため訪問看護導入を提案したが、金銭的な問題から希望されず退院に至った。

【経過】

退院後すぐにストーマ脱出が見られ、A 氏と母親による管理が困難となり、便漏れも頻回となったため、専門的な介入が必要と判断し、皮膚・排泄ケア認定看護師として介入した。A 氏の特性からストーマケアをシンプルなものとし、絵や文章で図示しながら指導を行ったが、漏れは続いた。週に 2～3 回の頻度で受診し、指導内容の理解が進まない A 氏は苛立ち、母親に当たる様子が見られた。母親の疲労感も伺えた。また、漏れが続くことで皮膚トラブルが発生し、さらに管理が困難になることが予測された。これまでの経過からも A 氏が手技を獲得するまでには一定の時間を要しており、継続的な介入が必要であると判断した。母親の費用面の心配も考慮した上で A 氏と母親へ訪問看護を再提案したところ希望されたため、早急に訪問看護が導入できるよう調整した。訪問看護導入後は、A 氏の特性や漏れの現状、A 氏の理解度を訪問看護師と電話で共有し、漏れることなく管理が可能となった。

【考察】

今回のように、医療者が在宅での訪問看護の支援を必要と考えていても、患者や家族が支援を求めないケースがある。継続的なサポートや A 氏の強みを支えながら支援のニーズを見極め介入できたことが、適切なタイミングでの訪問看護導入につながったと考える。また、訪問看護師と A 氏の既往における特性を踏まえたケア方法を共有し、在宅でも訪問看護師による前向きなフィードバックと繰り返しの指導を継続できたことが、ストーマ管理の習得につながったと考える。

外科外来における継続看護の取り組み

◎原 美鈴 入田 なぎさ 井上 名穂子 坂本 理恵
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 看護師・一般外来

【目的】

三浦半島の中核病院である当院外科外来では、患者・家族の高齢化、治療は高度化に伴い、がんの診断前検査から告知、治療、在宅療養への移行まで多岐にわたる患者対応が求められている。しかし、業務の繁雑さのため、患者・家族の変化に気づいていても患者への関わりや情報共有が不足し、看護介入の遅れが生じ、継続的な支援に課題を抱えていた。

そこで、患者・家族の生活の質（QOL）向上と在宅療養支援の強化を目的に、生活背景や意向を早期から把握し、チームで継続看護を実践することに注力した。今回、この取り組みを振り返り、成果と今後の課題を明らかにした。

【取り組みと成果】

（1）継続看護の質的向上

看護の専門性向上と患者理解を深めるため、看護記録の重要性を再認識する学習会を行った。また、業務中の情報共有をカンファレンスと認識し、看護師の「気づき」や看護実践を言語化することからはじめ、「患者や看護が見える記録」の記載を目指した。カンファレンスにより、患者の価値観や意向がチーム内で共有され、看護記録の活用により看護師の対応能力が向上し、患者への継続的・包括的な支援が増加した。看護師からは「患者に関心をもって情報を共有し、対応できるようになった」との声が得られた。

（2）カンファレンスの定着と活用

多職種連携カンファレンスは、定時開催で月 20～30 件の実施が定着した。看護師間のカンファレンスは随時開催されるようになり、件数は昨年度の 2 倍以上に増加した。これにより、院内リソースの活用促進、地域連携が進んだ。患者来院時の具体的な介入方法を事前に検討し看護記録に残すことで、チーム全体での継続的な介入が強化された。

（3）介入事例の共有

ピア・レビューの実施では、成果につながった成功事例を抽出し、看護記録から看護の視点や介入のポイント、成功要因を共有した。ポジティブ・フィードバックにより、看護師のやりがいや自己効力感の向上、看護実践能力の向上を図った。

【考察】

外来看護の特性は、多くの来院患者の中から看護介入が必要な患者の早期発見と、生活背景や意向の把握、タイムリーな介入である。看護師の「気づき」からカンファレンス、介入へ繋がるプロセスは、看護師自身の学びを深め、また、患者・家族との相互作用によりやりがいや役割認識を高め、継続看護の好循環を生み出していると考ええる。

【今後の課題】

患者・家族の変化に気づき、看護介入できる能力の向上とともに、患者・家族が相談しやすい外来環境を作る必要がある。そして、カンファレンスの定着とチーム力の向上、看護記録を充実させ、質の高い継続的・包括的支援を目指していく。

退院促進に向けた多職種協働

◎高野 寿子 高木 里佳 川口 智子 金城 幸子
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 看護師・総合相談、がん・看護相談支援室

【はじめに】

当院は高度急性期を担う DPC 対象病院である。地域連携センター総合相談退院支援室では、年間 3000 件以上の退院調整の依頼があり、MSW と看護師が協働し総勢 18 名で対応している。独居、老老介護の増加に伴い転院を希望するケースが増えているが、後方病院の受入れが困難であり転院調整が滞っている状況がある。入院して 7 日以内に病棟と各病棟に配属された入退院支援担当者は、多職種協働で退院支援に関するカンファレンス（以下 7 日以内カンファレンスと略す）を開催している。しかし、治療方針が定まらない、症状が安定しないなどの理由により再評価が滞り、退院先に対する意思決定、退院に向けた環境調整等が適切な時期に行えず、入院期間が長期化する傾向があった。そこで、7 日以内カンファレンスの再評価の見直し、DPCⅢ期患者を対象とした多職種カンファレンスを開始したことで DPCⅢ期越えの減少に繋げることができたため報告する。

【取り組み内容】

① 7 日以内カンファレンスの再評価患者の選定、再評価日の設定、記録方法について基準を定め、基準に沿って再評価を実施した。② 転院調整の多い 2 病棟（呼吸器内科・整形外科）に於いて DPCⅢ期 20 日を超える患者を対象に定期的に多職種（看護師、MSW、理学療法士、薬剤師、栄養士）カンファレンスを開催。入院が長期化している要因、退院に向けて必要な支援内容について検討した。

【結果・考察】

① 7 日以内カンファレンスの基準に沿って再評価することで、確実に再評価が実施され適切な時期に介入を行うことができた。退院支援の促進につながった② 多職種にて患者の状態、家族の支援状況等を共有することで、転院から自宅退院に変更となった割合は 30%弱であった。自宅退院可能な患者の早期見極めができたことにより、1 部署では、DPCⅢ期を超える患者の割合が 6.4%から 4.6%へ減少した。定期的にカンファレンスで話し合うことで、入院が長期化する患者の傾向、診療科毎の問題点も明らかとなった。

【課題】

現在医師は参加していないが、治療方針により今後の療養先が大きく左右されるため、医師の参加が必要であると考え。また、対象部署が 2 病棟に留まっているため対象病棟を拡大することが今後の課題である。

地域とともに取り組む感染対策
—感染管理認定看護師相談窓口を開設して—

◎矢野 ゆう子 糠澤 達志 佐藤 ひふみ

社会福祉法人神奈川リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院

看護師・医療安全推進室、感染制御室

【はじめに】

新型コロナが2類相当であった時期に老健・介護施設で発生した新型コロナウイルス感染症（以下新型コロナと示す）患者のうち、病院に搬送されたのは13%であり施設内で治療することで医療崩壊を回避できたとされている¹⁾。しかし施設には感染対策の専門知識を持つ職員が少なく、対応に難渋したという状況も多く見られた。当院は感染対策向上加算1届出施設であり、地域の感染対策強化が求められている。そこで、感染対策向上に貢献するため感染管理認定看護師相談窓口を開設した。その取り組みと今後の課題について報告する。

【目的】

感染管理認定看護師相談窓口への相談内容を振り返り、これからの地域の感染対策向上に向けた課題を見出す。

【結果】

3年間で2医療機関、7福祉施設からの依頼があった（表1）。福祉施設からは今起きている感染症への相談、医療機関からは平時の感染対策の相談が多かった。福祉施設では感染対策の専門知識を持つ職員も少なく、平時からの感染症対応への準備も十分ではない。相談できる場も限られているため、地域の専門家に即対応してもらえる仕組みが必要である。医療機関では新型コロナパンデミックを経て、平時からの感染対策を見直す動きが起きており、その支援が望まれている。行政や他の地域医療機関との連携強化を図り、地域の感染対策の更なる向上に貢献していくことが課題である。

表1

	相談件数 (講師依頼件数)	相談内容と講師依頼内容	
		福祉施設	医療機関
令和4年度	2	<ul style="list-style-type: none"> 吐物処理と消毒 福祉施設利用者対象研修計画 	
令和5年度	8(4)	<ul style="list-style-type: none"> 吐物処理に関すること 新型コロナウイルス感染症関連 感染対策の基本 吐物処理の実際 	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症関連 レジオネラ対策
令和6年度	6(2)	<ul style="list-style-type: none"> 吐物処理と手洗いについて 感染対策の基本-標準予防策- 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算届出について 院内感染対策マニュアル・看護手順等

【引用文献】

1) 厚生労働省、新興感染症発生・まん延時における医療について

<https://www.mhlw.go.jp/content/108000/001146147.pdf>. 2024. 1. 12

編集後記



第44回神奈川県病院学会は「『新たな地域医療構想』と病院の将来～2040年に向けた地域医療（・介護）のこれからを考える～」をテーマに開催しました。

特別講演では、九州大学名誉教授の尾形裕也先生から、現行の地域医療構想の現状と課題について整理された上で、新たな地域医療構想の骨格案及びそれらの病院経営に及ぼす影響について、ご講演いただきました。

続いてシンポジウムでは、「新たな地域医療構想」と病院現場における現状と取組に関して、会員を代表して、急性期の病院について平塚共済病院院長の稲瀬直彦先生に、包括期・慢性期は鶴巻温泉病院名誉院長で横浜新緑総合病院院長の鈴木龍太先生、そして精神科は港北病院院長山口哲顕先生から発表していただきました。

その後、特別講演講師の尾形先生にも入っていただいて意見交換を行い、医療提供体制の現状と目指すべき方向性などについて実りある討論が繰り広げられました。

そして、様々な職種の方から一般演題の発表がありました。口演発表 16演題、ポスター発表 15演題、合計31演題について、日頃の取組みと研究成果が発表されました。

最後に、学会長表彰では学術委員による審査で選ばれた6演題の「優秀演題」の演者の皆様が表彰されました。

ご多忙の中、第44回神奈川県病院学会に携わってくださった皆様方に心から御礼申し上げます。

公益社団法人神奈川県病院協会 副会長

(学術委員会 委員長)

長 堀 薫

第44回神奈川県病院学会 協力団体

(公社) 横浜市病院協会

(公社) 川崎市病院協会

(公社) 相模原市病院協会

三浦半島病院会

鎌倉市医師会病院会

湘南病院協会

湘南西部病院協会

厚木病院協会

大和・高座病院協会

小田原医師会病院会

足柄上病院会

神奈川県医療専門職連合会

(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会

(公社) 神奈川県栄養士会医療事業部会

(公社) 神奈川県看護協会

神奈川県公衆衛生協会

(一社) 神奈川県作業療法士会

(一社) 神奈川県精神保健福祉士協会

(公社) 神奈川県病院薬剤師会

(公社) 神奈川県放射線技師会

(公社) 神奈川県理学療法士会

(一社) 神奈川県臨床検査技師会

(公社) 神奈川県臨床工学技士会

(公社) 全国病院理学療法協会神奈川県支部

(公社)：公益社団法人

(一社)：一般社団法人

記載なし：任意団体

神奈川県病院学会誌第 44 号

発行者 公益社団法人神奈川県病院協会
〒 231 - 0037
横浜市中区富士見町3-1
TEL 045(242)7221

発行日 2026 年2月

編集責任者 学会長 吉 田 勝 明

印刷所 中川印刷株式会社
〒 231 - 0036
横浜市中区山田町 7 -1
TEL 045(261)2101