ISSN 2759-6966

済生会総合研究所報

第４号

令和６年３月

社会福祉法人 恩賜財団 済生会

済生会保健･医療･福祉総合研究所

済生会総合研究所報

第４号

令和６年３月

社会福祉法人 恩賜財団 済生会

済生会保健･医療･福祉総合研究所

目　次

巻頭言　研究所報第 4 号の発刊に当たって　5

済生会保健・医療・福祉総合研究所　所長　炭谷　茂

研究部門活動成果

済生会病院の急性期入院患者数の 2045 年までの将来予測　7

山口　直人・見浦　継一・藤本　賢治・松原　了

看取りにおける家族間葛藤の課題解決に向けた職員の取り組み　19

―介護老人福祉施設へのインタビュー調査から

原田　奈津子

済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等に関する調査　27

～薬剤部への調査～

植松　和子・曽我部　直美・菅野　浩・大槇　昌文・柴崎　智行・森本　尚俊・田嶌　襄・原田　奈津子・山口　直人・松原　了

済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等に関する調査　37

～福祉施設への調査～

曽我部　直美・植松　和子・菅野　浩・大槇　昌文・柴崎　智行・森本　尚俊・田嶌　襄・原田　奈津子・山口　直人・松原　了

プロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）について　50

―済生会病院薬剤師会と済生会総研によるアンケート事例調査―

石合　徹也・植松　和子・曽我部　直美・菅野　浩・高橋　一栄・槙林　智子

介護・福祉施設における利用者および家族の満足度に影響を与える因子の検討　57

見浦　継一・山口　直人・松原　了

研究部門活動成果（続き）

福祉施設における経営幹部職員の養成に関する研究 **65**

鈴木　孝尚・原田　奈津子・松原　了

なぜ、済生会は臨床研修、臨床実習に向き合う必要があるのか **79**

船﨑　俊一・山口　直人・竹田　玄一

医療機関の現状と将来推計―済生会富山病院― **94**

藤本　賢治・山口　直人・松田　晋哉

人材開発部門活動記録

令和 4 年度 看護部長・副学校長研修 117
令和 4 年度 訪問看護ステーション管理者研修 118
第 47 回 臨床研修指導医のためのワークショップ 119
令和 4 年度 済生会全国次世代指導者研修 120
令和 4 年度 済生会地域包括ケア連携士養成研修会 121
第 48 回 臨床研修指導医のためのワークショップ 122
令和 4 年度 初期研修医のための合同セミナー 123
令和 4 年度 臨床研修管理担当者研修会 124
令和 4 年度 MSW・生活困窮者支援事業研修会 125
令和 5 年度 看護部長・副学校長研修 126
令和 5 年度 訪問看護ステーション管理者研修 127
令和 5 年度 訪問看護ステーション管理者　初級研修・アドバンス研修 128
令和 5 年度 看護部長臨床心理研修 129
令和 5 年度 認知症ケア研修 130
令和 5 年度 エンドオブライフケア研修 131
令和 5 年度 副看護部長研修 132
第 49 回 臨床研修指導医のためのワークショップ 133
令和 5 年度 看護師長研修 134
令和 5 年度 済生会地域包括ケア連携士養成研修会 135
令和 5 年度 新任看護師長研修 136
令和 5 年度 訪問看護ステーション臨床心理研修 137
令和 5 年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅳ 138
第 50 回 臨床研修指導医のためのワークショップ 139
令和 5 年度 薬剤部（科・局）長研修会 140

巻頭言　研究所報第 4 号の発刊に当たって

済生会保健・医療・福祉総合研究所
所長　炭谷　茂

ここに済生会総合研究所所報第 4 号を発刊できますことは大変嬉しく思います。

済生会総研は、平成 29 年 2 月 25 日に発足し、7 年余が経過しました。

この間新型コロナ感染が令和 2 年 2 月に国内で始まり、その後猛威を振るいましたが、日本の政治や行政では新型コロナ対策が最大の課題でした。本研究所でも重点的に研究を行い、前号では新型コロナに関する研究について特集を組み、発刊しました。

新型コロナは、いずれ終息していきますが、新型コロナの蔓延と時期を合わせ、世界の歴史は大きく変化しました。変化は、国際政治、経済、社会、文化、科学技術等あらゆる分野に及んでいますが、今が、歴史の転換期であることを表していると思います。

この中にあって医療、介護、福祉など本研究所の研究対象も同様であります。少子超高齢社会の到来、世帯の縮小、医学の著しい発展、AI をはじめ情報化の進展、財政構造の悪化、人手不足などにより私たちが経験したことのない事態が次々に発生しています。そのうえその変化のスピードは、大変早いです。

このためこれらに対する対策は、前例のないものになり、英知を結集し、解を求めての研究が必須であります。まさに本研究所は、この役割を率先して担っていきたいと思います。

今回第 4 号は、本研究所の研究者が最近まとめた研究論文でありますが、いずれも現場での経験を踏まえた実践的な内容になっています。済生会のみならず多くの関係者の参考になれば幸いであります。

研究部門
活動成果

済生会病院の急性期入院患者数の 2045 年までの将来予測

山口　直人[1]　見浦　継一[1]　藤本　賢治[1, 2]　松原　了[1]

[1]済生会保健・医療・福祉総合研究所　[2]産業医科大学産業保健データサイエンスセンター

要旨

【目的】　各病院の患者が居住する地域の将来推計人口を基に、医療需要に影響する患者の性、年齢を考慮したうえで、2045 年までの済生会各 DPC 提出病院における急性期入院患者数を予測することを目的とした。

【方法】　DPC 提出病院 64 施設の DPC データから、2018/2019 年を基準年として、居住する市区町村別の入院患者実数を求め、総入院患者数の 80%をカバーする市区町村を、その病院の「キャッチメントエリア」として特定した。各病院のキャッチメントエリアにおける 2018/2019 年および 2045 年の性別・5 歳年齢階級別人口を日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）から求め、各病院の性別・5 歳年齢階級別入院受療率が 2018/2019 年と 2045 年で変わらないと仮定して、2045 年における性・5 歳年齢階級別の入院患者実数を推計した。

【結果】　全国と済生会病院キャッチメントエリアの将来推計人口とを比較した結果、2015 年と 2045 年では、年少期（0～14 歳）は全国 71.4%の減少に対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 80.8%、生産年齢期（15～64 歳）でも全国 72.3%に対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 81.2%と減少幅は小さかった。前期高齢期（65～74 歳）では、全国 93.6%に対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 103.8%と若干の増加を示し、後期高齢期（75 歳～）では、全国 139.5%に対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 147.5%と全国よりも高い増加率が予測された。次に、分析対象とした済生会病院 64 施設全体における 2045 年の年間患者数の予測値と 2018/2019 年の患者数と比較した結果、総患者数は 103%とほぼ横ばいであるが、年齢別にみると年少期（0～14 歳）では 50%、生産年齢期（15～64 歳）では 80%まで患者数は減少すると予測されたのに対し、前期高齢期（65～74 歳）では 98%とほぼ横ばい、後期高齢期（75 歳～）の患者数は 133%と大幅な増加が予測された。さらに、病院別に 2018/2019 年と 2045 年の急性期入院患者を比較すると、総患者数で最も減少率が高かったのは病院で 59.8%まで減少、逆に、最も増加率が高かったのは病院で 147.2%まで増加すると予測され、増減には大きな幅があることが明らかとなった。

【結論】　済生会の DPC 提出病院 64 施設における 2045 年の急性期入院患者数を推計した結果、年少期（0～14 歳）、生産年齢期（15～64 歳）の患者数は減少し、前期高齢期（65～74 歳）の患者数は横ばい、後期高齢期（75 歳～）の患者数は増加することが予測された。高齢者、特に後期高齢者をターゲットにした医療に対する需要が継続的に増加してゆくことが予測される。ただし、各病院ごとの将来推計では急性期入院患者総数が 59.8%まで減少する病院から 147.2%まで増加する病院まで、非常に幅が大きいことも明らかとなった。

【キーワード】　将来推計；　済生会病院；　DPC データ；　急性期；　入院患者

【はじめに】

我が国は世界に例を見ない少子高齢社会が進行しつつあり、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年を目指して、地域医療構想などを中心に医療提供体制の整備が進められつつある（文献 1)。そして、2025 年まで 1 年余りとなった現時点においては、各病院は、10 年後、20 年後を視野に入れた計画策定を進める時期に至っている。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計)」(文献 2) によると、日本の人口は 2015 年の 127 百万人から 2045 年には 106 百万人へと 84%に減少すると予想されている。しかし、各病院における患者数の将来予測を行うためには、その病院の患者が居住する地域の人口の将来動向がより重要であるし、医療需要は患者の性、年齢構成によって大きく異なることから、患者の居住地域、患者の性、年齢を考慮したうえでの将来予測が必要である。

そこで、本研究では、済生会の DPC 提出病院を対象として、DPC データから把握可能な急性期入院患者について 2045 年の患者数の予測を試みた。

【方法】

急性期入院患者数の現状として、DPC 提出病院の 2018/2019 年の入院患者実数を DPC データから求め、2 年間を平均して年間平均入院患者実数を算出した。2018/2019 年を基準年として採用したのは、2020 年から始まった新型コロナウイルス感染症の影響を避けるためである。

次に、各患者の居住地を郵便番号 (7 桁) から割り出して市区町村別の入院患者実数を求めた。そして、入院患者実数が多い市区町村順に合計して、総入院患者数の 80%をカバーする市区町村を、その病院の「キャッチメントエリア」として特定した。

各病院のキャッチメントエリアにおける 2018/2019 年の性別・5 歳年齢階級別の人口および将来推計のターゲットとした 2045 年の性別・5 歳年齢階級別人口は、国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）（文献 1）に基づき、キャッチメントエリアを構成する市区町村別人口を合計して求めた。ただし、福島県は市区町村別人口が把握されていないため、済生会福島総合病院は除外せざるを得なかった。また、岡山県の済生会吉備病院は、キャッチメントエリアが岡山市の一部であるのに対して、人口は岡山市全体のデータしか入手できなかったために除外した。さらに、済生会加須病院は 2020 年 6 月、北上済生会病院は 2020 年 10 月の移転開院であるために除外、済生会横浜市南部病院は移転が具体的に計画されているために除外した。

各病院のキャッチメントエリアの性別・5 歳年齢階級別に 2018/2019 年の入院受療率を、2018/2019 年の入院患者実数（入院患者実数 $_{2018/2019}$)、2018/2019 年の人口（人口 $_{2018/2019}$）より以下の式で求めた；

$$\text{入院受療率}_{2018/2019} = \text{入院患者実数}_{2018/2019} \div \text{人口}_{2018/2019}$$

そして、2045 年の入院受療率は 2018/2019 年と変わらないと仮定して、以下の式を用いて、2045 年における性・5 歳年齢階級別の入院患者実数を推計した；

$$\text{入院患者実数}_{2045} = \text{人口}_{2045} \times \text{入院受療率}_{2018/2019}$$

以上のように、入院患者数は性別・5 歳年齢階級別に求めたが、結果の表示は男女計で、年少期（0～

14 歳)、生産年齢期（15〜64 歳)、前期高齢期（65〜74 歳)、後期高齢期（75 歳〜）に 4 分類して評価した。

【結果】

各病院の急性期入院患者の 80%が居住するキャッチメントエリアを構成する市区町村、2018/2019 年の平均年間入院患者実数、その中でキャッチメントエリアに居住する患者数と割合を**表 1** に示した。推計対象とした 64 病院全体の 2018/2019 年の急性期入院患者の年間平均患者数は 376,405 名で、その中の 315,450 名（83.8%）がキャッチメントエリアに居住する患者であり、今回の将来推計の患者数として用いた。東京都 23 区、大阪市、福岡市のように各区の人口が入手できる場合は区ごとの集計を行った。新潟市、岡山市、熊本市などは区ごとの人口が入手できなかったために市全体での集計を行った。済生会 64 病院のキャッチメントエリアを構成したのは 182 市区町村で、そのうち 19 市区町村は 2 病院のキャッチメントアリアとして重複しており、1 市（吹田市）は 3 病院のキャッチメントエリアとして重複していた。

全国の将来推計人口と済生会病院キャッチメントエリアの将来推計人口とを比較した結果を**図 1** に示す。2015 年の人口と 2045 年の推計人口を比較すると、年少期（0〜14 歳）は全国では 71.4%まで減少するのに対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 80.8%の減少で減少幅は小さいことが明らかとなった。同様に、生産年齢期（15〜64 歳）では全国は 72.3%の減少であるのに対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 81.2%の減少、前期高齢期（65〜74 歳）では、全国は 93.6%の減少であるのに対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 103.8%と若干の増加を示した。後期高齢期（75 歳〜）では、全国は 139.5%の増加であるのに対して、済生会病院キャッチメントエリアでは 147.5%の増加と予測された。

次に、分析対象とした済生会病院 64 施設全体における 2045 年の年間患者数の予測値と 2018/2019 年の患者数と比較した場合の比率を**図 2** に示した。図中の%は 2018/2019 年と比較した場合の 2045 年の予測値の増減を示しており、総患者数は 103%とほぼ横ばいであるが、年齢別にみると年少期(0〜14 歳)では 50%、生産年齢期（15〜64 歳）では 80%と、年少期、生産年齢期の患者数は減少すると予測された。一方、前期高齢期（65〜74 歳）では 98%とほぼ横ばいであるのに対して、後期高齢期（75 歳〜）の患者数は 133%と大幅な増加が予測された。

表 1. 各病院の 2018/2019 年の急性期入院患者実数に基づく、80%の患者が居住するキャッチメントエリア、平均年間入院患者実数、その中でキャッチメントエリアに居住する患者数と割合

病院略称	キャッチメントエリアを構成する市区町村	総患者実数	キャッチメントエリア患者数	%
小樽	小樽市	2,921	2,438	83.5%
山形	山形市　天童市　寒河江市　東根市　中山町　山辺町　河北町	7,366	5,912	80.3%
水戸	水戸市　ひたちなか市　那珂市　常陸大宮市　城里町　常陸太田市	9,793	7,836	80.0%
神栖	神栖市　鹿嶋市	2,682	2,398	89.4%
龍ヶ崎	龍ケ崎市　稲敷市　利根町　河内町	4,754	3,945	83.0%
常陸大宮	常陸大宮市　常陸太田市	2,482	2,033	81.9%
宇都宮	宇都宮市　日光市　さくら市	16,519	13,374	81.0%
前橋	前橋市　高崎市　伊勢崎市　渋川市	6,988	5,688	81.4%
川口	川口市　蕨市	10,982	8,971	81.7%
習志野	習志野市　船橋市　千葉市花見川区	9,924	8,081	81.4%
中央	東京都23区のうち千代田区を除く22区　船橋市　横浜市青葉区　市川市　川口市	11,208	8,997	80.3%
向島	東京都墨田区　葛飾区	1,554	1,286	82.7%
神奈川	横浜市神奈川区　鶴見区　港北区	4,198	3,583	85.3%
若草	横浜市金沢区　磯子区　横須賀市	1,529	1,265	82.8%
平塚	平塚市	1,631	1,330	81.5%
東部	横浜市鶴見区　神奈川区　港北区　幸区	16,569	13,621	82.2%
新潟	新潟市	8,340	6,819	81.8%
三条	三条市　燕市	3,750	3,142	83.8%
富山	富山市	5,217	4,254	81.5%
高岡	高岡市　射水市	4,394	3,704	84.3%
金沢	金沢市　白山市	3,346	2,901	86.7%
福井	福井市　大野市　越前市　鯖江市　坂井市　敦賀市	11,396	9,645	84.6%
静岡	静岡市	10,568	9,928	93.9%
松阪	松阪市　明和町　多気町　津市	7,770	6,493	83.6%
滋賀	栗東市　湖南市　草津市　守山市　野洲市	10,937	9,503	86.9%
守山	栗東市　湖南市　草津市　守山市　野洲市	1,541	1,332	86.4%
中津	大阪市淀川区　東淀川区　西淀川区　北区　都島区　福島区　豊中市　吹田市　岸和田市	14,739	11,839	80.3%
吹田	吹田市　摂津市　大阪市東淀川区	10,244	8,983	87.7%
野江	大阪市城東区　鶴見区　旭区	10,066	8,507	84.5%
泉尾	大阪市大正区　西成区	5,447	4,430	81.3%
富田林	富田林市　河南町　大阪狭山市　太子町	5,123	4,110	80.2%

表１．（続き）

病院略称	キャッチメントエリアを構成する市区町村	総患者実数	キャッチメントエリア患者数	%
茨木	茨木市	5,718	5,083	88.9%
千里	吹田市　豊中市	8,583	7,329	85.4%
兵庫	神戸市北区　三田市　西宮市	5,279	4,604	87.2%
奈良	奈良市	3,062	2,460	80.4%
中和	桜井市　宇陀市　橿原市　田原本町	5,775	4,683	81.1%
御所	御所市　葛城市　大和高田市　五條市	2,168	1,762	81.3%
和歌山	和歌山市	2,800	2,248	80.3%
有田	有田川町　湯浅町　広川町	2,327	1,954	83.9%
境港	境港市	2,065	1,701	82.4%
江津	江津市	2,010	1,607	80.0%
岡山	岡山市　赤磐市	13,573	11,104	81.8%
呉	呉市	1,695	1,549	91.4%
広島	広島市安芸区　坂町　熊野町　海田町	3,284	2,886	87.9%
山口	山口市	6,313	5,080	80.5%
下関	下関市	10,081	9,401	93.2%
豊浦	下関市	2,289	2,127	92.9%
香川	高松市	3,481	2,805	80.6%
松山	松山市	4,014	3,452	86.0%
今治	今治市	4,160	3,729	89.6%
西条	西条市	2,532	2,379	94.0%
福岡	福岡市　志免町　春日市　糸島市	11,096	8,941	80.6%
八幡	北九州市八幡東区　八幡西区　戸畑区　若松区　中間市	4,682	3,797	81.1%
大牟田	大牟田市　みやま市	1,869	1,602	85.7%
二日市	筑紫野市　太宰府市　大野城市	5,570	4,699	84.4%
飯塚	飯塚市　嘉麻市　桂川町	1,920	1,758	91.5%
唐津	唐津市	3,919	3,530	90.1%
長崎	長崎市	5,201	4,426	85.1%
熊本	熊本市　宇城市　宇土市　上天草市　天草市　玉名市　御船町　美里町	14,982	12,014	80.2%
みすみ	上天草市　宇城市	1,337	1,249	93.5%
日田	日田市　玖珠町	3,122	2,527	80.9%
日向	日向市　門川市	1,852	1,623	87.7%
鹿児島	鹿児島市	450	417	92.8%
川内	川内市　さつま町　いちき串木野市	5,236	4,595	87.7%
全病院		380,319	318,836	83.8%

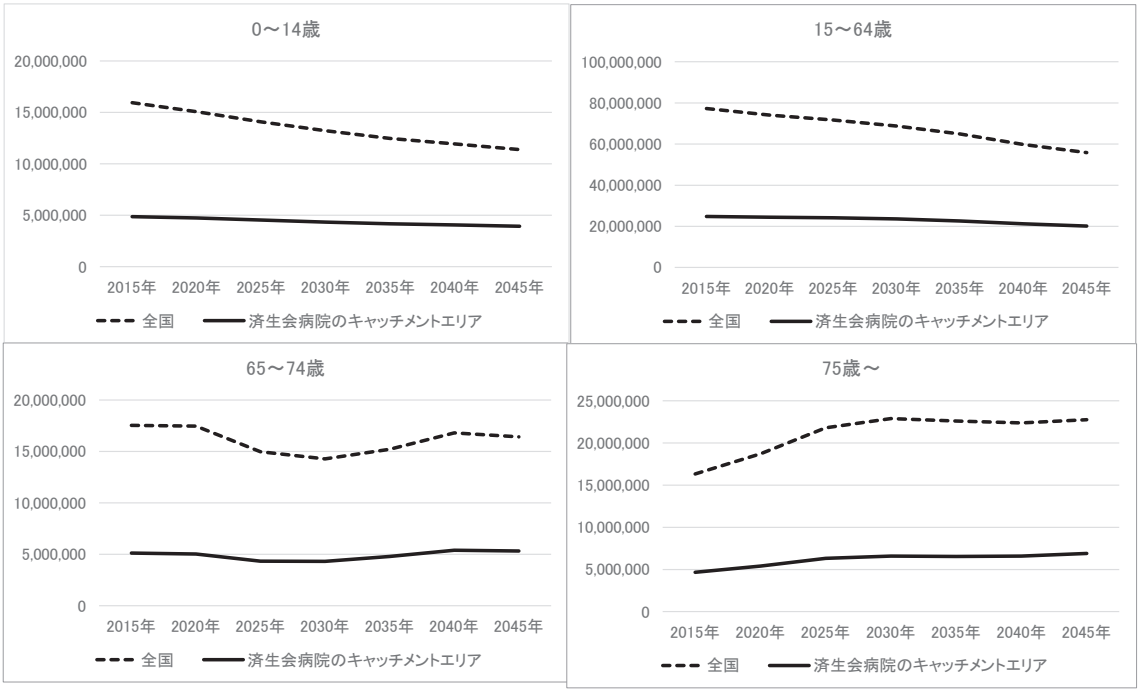


図 1. 全国と済生会病院キャッチメントエリア（急性期入院患者の 80%が居住する地域）における人口の将来予測値

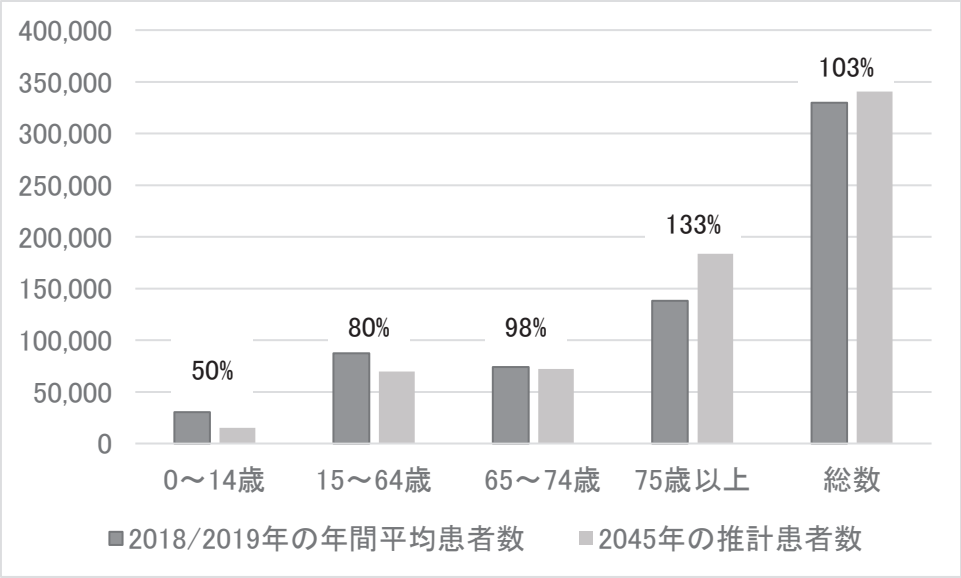


図 2. 集計対象とした済生会病院全体での急性期入院患者数の 2018/2019 年の平均実数と 2045 年の推計患者数の比較。図中の%は 2018/2019 年患者数を 100 とした時の 2045 年の予測患者数の比率

さらに、表 2 には病院別に 2045 年の急性期入院患者の予測数と、2018/2019 年と比較した場合の増減を示した。総患者数で最も減少率が高かったのは富田林病院で 59.8%、逆に、最も増加率が高かったのは守山病院で 147.2%と予測された。85%以下まで減少すると予測されたのは 12 病院、減少率が 85～95%と予測されたのは 11 病院、変化率が 95～105%とほぼ横ばいと予測されたのが 15 病院、105～115%の増加と予測されたのが 10 病院、115%以上の増加率と予測されたのは 16 病院であった。

表２．各病院の急性期入院患者の 2045 年における年間患者実数の予測値
N： 2045 年の予測患者数、 %： 2018/2019 年と比較した場合の比率

(1) 2018/2019 年の年間平均患者実数と比較して 2045 年の予測患者数が 85%以下の病院

病院略称	0～14歳		15～64歳		65～74歳		75歳以上		総数	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
富田林	25	0.7%	486	58.8%	721	80.2%	3,323	141.8%	4,554	59.8%
小樽	8	39.5%	238	44.8%	338	58.1%	1,159	89.0%	1,744	71.5%
泉尾	1	54.0%	454	55.9%	691	58.6%	2,078	85.2%	3,223	72.8%
日田	59	47.2%	303	53.9%	423	63.2%	1,125	96.1%	1,910	75.6%
下関	665	61.5%	1,807	64.9%	1,558	70.5%	3,111	93.6%	7,141	76.0%
茨木	895	23.1%	1,037	85.3%	940	109.3%	3,205	165.1%	6,078	77.1%
川内	330	61.5%	790	62.4%	753	69.0%	1,755	103.2%	3,628	79.0%
江津	23	64.6%	142	64.2%	180	63.3%	939	88.0%	1,283	79.9%
奈良	70	8.6%	468	68.0%	515	84.6%	1,482	139.8%	2,535	80.0%
今治	47	54.0%	510	63.4%	734	69.1%	1,692	95.3%	2,982	80.0%
大牟田	0	58.2%	203	60.0%	260	63.5%	839	98.3%	1,302	81.3%
兵庫	708	31.6%	832	70.2%	817	102.7%	2,572	161.5%	4,929	84.8%

(2) 2018/2019 年の年間平均患者実数と比較して 2045 年の予測患者数が 85%～95%の病院

病院略称	0～14歳		15～64歳		65～74歳		75歳以上		総数	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
中和	294	35.6%	667	65.6%	851	76.8%	2,621	125.1%	4,433	87.8%
呉	0	62.6%	122	68.3%	213	70.8%	1,032	96.5%	1,367	88.3%
豊浦	94	61.5%	250	65.0%	263	69.8%	1,315	108.4%	1,922	90.4%
三条	165	62.4%	605	66.4%	553	84.1%	1,521	116.2%	2,843	90.5%
龍ケ崎	116	47.5%	552	51.8%	624	69.6%	2,292	131.8%	3,585	90.9%
千里	547	22.4%	2,086	86.0%	1,618	111.0%	4,048	144.2%	8,298	90.9%
飯塚	0		218	70.7%	323	69.2%	1,089	110.9%	1,630	92.8%
日向	44	61.5%	320	67.0%	277	75.5%	881	124.7%	1,522	93.8%
常陸大宮	92	40.8%	158	47.1%	182	60.8%	1,494	127.4%	1,926	94.7%
高岡	102	67.0%	735	72.0%	736	85.2%	1,944	116.6%	3,516	94.9%
唐津	5	66.6%	560	68.9%	667	75.0%	2,120	116.4%	3,352	95.0%

(3) 2018/2019 年の年間平均患者実数と比較して 2045 年の予測患者数が 95%～105%の病院

病院略称	0～14歳		15～64歳		65～74歳		75歳以上		総数	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
長崎	162	60.7%	887	61.8%	615	74.8%	2,548	133.9%	4,212	95.2%
みすみ	1	60.0%	93	57.7%	152	63.4%	947	111.7%	1,192	95.4%
有田	3	67.0%	205	65.9%	270	75.0%	1,387	108.6%	1,866	95.5%
西条	7	61.7%	355	65.9%	482	80.7%	1,430	116.1%	2,273	95.5%
山形	268	67.5%	1,587	72.1%	1,105	91.1%	2,699	128.6%	5,659	95.7%
福井	456	73.4%	2,422	75.2%	2,194	90.9%	4,205	124.0%	9,277	96.2%
静岡	779	72.2%	2,310	74.0%	1,724	88.3%	4,773	126.5%	9,587	96.6%
境港	13	73.8%	232	70.8%	274	80.0%	1,137	112.3%	1,656	97.4%
和歌山	3	79.1%	354	79.3%	461	85.8%	1,401	111.2%	2,219	98.7%
松阪	53	72.8%	1,483	71.7%	1,265	89.6%	3,654	124.3%	6,456	99.4%
新潟	501	73.3%	1,869	75.7%	1,550	95.2%	3,389	135.7%	7,309	100.4%
御所	6	55.2%	151	55.0%	222	67.5%	1,397	121.7%	1,776	100.8%
宇都宮	1,048	77.7%	3,646	81.8%	3,184	98.3%	5,689	131.3%	13,566	101.4%
八幡	36	70.7%	479	75.2%	676	81.7%	2,755	120.8%	3,947	104.0%
水戸	207	64.5%	1,651	71.4%	1,884	94.8%	4,407	137.1%	8,149	104.0%

(4) 2018/2019 年の年間平均患者実数と比較して 2045 年の予測患者数が 105%～115%の病院

病院略称	0～14歳		15～64歳		65～74歳		75歳以上		総数	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
富山	115	76.0%	771	81.3%	1,021	95.9%	2,638	126.2%	4,544	106.8%
熊本	30	79.2%	2,388	78.8%	2,875	90.3%	7,646	132.7%	12,939	107.7%
前橋	48	71.2%	1,247	77.5%	1,568	96.7%	3,273	136.9%	6,137	107.9%
神栖	357	73.2%	504	81.5%	440	93.9%	1,290	156.9%	2,592	108.1%
香川	251	79.2%	625	82.5%	616	101.5%	1,572	140.0%	3,064	109.2%
野江	178	76.4%	1,861	83.1%	2,443	112.9%	4,854	125.5%	9,337	109.8%
岡山	600	85.5%	2,760	89.4%	2,734	105.4%	6,439	136.4%	12,533	112.9%
中津	664	84.4%	2,805	90.2%	3,473	111.5%	6,478	134.2%	13,420	113.4%
山口	17	79.9%	1,041	86.1%	1,417	100.4%	3,285	134.8%	5,761	113.4%
吹田	848	80.9%	1,947	84.7%	2,300	110.0%	5,139	145.0%	10,234	113.9%

(5) 2018/2019 年の年間平均患者実数と比較して 2045 年の予測患者数が 115%以上の病院

病院略称	0～14歳		15～64歳		65～74歳		75歳以上		総数	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
川口	881	92.3%	2,515	96.1%	2,580	119.1%	4,400	136.2%	10,377	115.7%
金沢	3	77.2%	672	84.9%	815	103.1%	1,915	145.6%	3,405	117.4%
若草	2	67.5%	128	71.3%	234	87.1%	1,124	138.2%	1,489	117.7%
向島	0	91.7%	159	97.4%	274	111.7%	1,094	124.8%	1,527	118.8%
松山	14	71.6%	620	78.6%	787	101.0%	2,826	151.6%	4,247	123.1%
広島	6	76.1%	390	81.0%	513	91.2%	2,655	144.8%	3,564	123.5%
習志野	27	83.8%	1,635	90.6%	2,323	114.4%	6,005	142.6%	9,990	123.6%
中央	31	93.4%	3,138	96.1%	2,555	127.2%	5,412	146.7%	11,138	123.8%
東部	1,603	96.0%	4,324	99.0%	4,288	133.0%	6,857	157.4%	17,072	125.3%
滋賀	725	88.5%	2,621	92.4%	2,605	118.8%	6,107	167.1%	12,058	126.9%
福岡	72	90.8%	3,507	93.6%	2,606	123.7%	5,333	177.3%	11,518	128.8%
鹿児島	0		86	76.7%	62	95.0%	405	169.4%	553	132.7%
平塚	2	64.9%	188	69.9%	205	96.6%	1,380	163.4%	1,776	133.6%
二日市	8	88.9%	985	92.0%	1,240	112.8%	4,382	173.9%	6,616	140.8%
神奈川	5	100.8%	767	103.0%	1,226	133.2%	3,099	162.1%	5,097	142.3%
守山	274	91.0%	173	93.2%	207	123.9%	1,307	192.7%	1,961	147.2%

【考察】

今回の推計結果の持つ不確実性について、まず考察する必要がある。まず、人口推計自体の不確実性であるが、本研究で用いた将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）（文献 2）に基づいている。推計にはコホート要因法という方法が用いられており、将来について、死亡率で規定される生残率と、転出、転入による移動率、そして、出生率が仮定値として用いられている。将来、これらの仮定から大きく乖離する事態が生ずれば予測値の信頼性も低下するが、そのような事態は予測不可能であり、現時点では、この将来推計人口に基づいた計画立案が最善と考えられる。

また、各病院の置かれている状況の変化も将来予測に影響を与える。例えば、近隣病院の新規参入や廃院などの影響、道路や公共交通網の変更などにより、病院のキャッチメントエリア自体が変わることはあり得る。さらに、今回の推計では各病院がカバーするキャッチメントエリア内の患者の入院受療率は変化しないと仮定したが、診療報酬制度の変更などによって入院受療率も変わりえる。このような不確実性を考慮し、推計の限界を理解したうえで、今回の推計結果を活用することは、各病院の将来像を描き、病棟整備などの計画を立案するうえで有用と考える。例えば、病床規模や病床機能の将来設計に活用することが第一に考えられる。患者数の減少が予測される病院ではダウンサイジングの可能性が検討され、逆に、患者数の増加が見込まれる場合には増床等の計画が必要となるであろう。また、病床の変更は、医師をはじめとするマンパワーの変更を伴うことになり、その面での将来構想も必要となる。

本研究で、済生会の DPC 提出病院 64 施設における 2045 年の急性期入院患者数を推計した結果、性・

5 歳年齢階級別の入院受療率が 2018/2019 年と変わらないと仮定すると、年少期（0～14 歳）、生産年齢期（15～64 歳）の患者数は減少し、前期高齢期（65～74 歳）の患者数は横ばい、後期高齢期（75 歳～）の患者数は増加することが予測された。ただし、各病院ごとの将来推計では 59.8%まで減少する富田林病院から 147.2%まで増加する守山病院まで、非常に幅が大きいことも明らかとなった。

表 2 では、総患者数の増減率によって、増減率が 85%以下の 12 病院、85～95%の 11 病院、95～105%の 15 病院、105～115%の 10 病院、115%以上の 15 病院の 5 分類に分けて表示したが、65 歳以上の高齢患者割合の平均値は、それぞれ、77%、80%、79%、76%、80%であり、高齢者割合に一定の傾向は認められない。高齢化の影響よりも、それぞれの病院のキャッチメントエリアの持つ地域特性、特に、転入、転出による社会的な移動の影響などが大きく作用している可能性が考えられる。

2025 年には、1950 年以前に生まれた団塊世代が後期高齢期に入るが、**図 1** に示されるように、患者の高齢化は、それで終わりではなく、特に 75 歳以上の後期高齢期の患者は、2025 年以降も高止まりすることが予想されている。一方、64 歳以下の患者の割合は、減少を続けることが予想され、65 歳以上の割合、すなわち高齢化率は継続して上昇することが予測されている。したがって、医療需要も高齢者、特に後期高齢者をターゲットにした医療に対する需要が継続的に増加してゆくことが予測される。

また、65 歳以上の高齢者、特に 75 歳以上の後期高齢者の割合の相対的な増加は、すべての済生会病院が取り組まなくてはならない重要課題であるが、そのような量的な変化とともに、質的な変化にも目を向ける必要がある（文献 3）。すなわち、高齢者、特に、後期高齢者の社会経済的な状況も変化してゆくことが予想され、2025 年に 75 歳を迎える世代は 1950 年生まれで、1970 年過ぎまでの高度経済成長の時代に育ち、その後は、多くは正規雇用で働いた世代であったのに対して、2045 年に 75 歳を迎える世代は 1970 年に生まれ、1990 年に成人し、その後の景気低迷の 30 年間を働いてきた世代であり、非正規雇用の割合は増加し、年金未加入の割合も相対的に高くなっている（文献 4）。したがって、今後の 20 年間における高齢者の医療需要の高まりは、単に量的な需要増加のみでなく、生活困窮者の増加など、経済的な状況の質的な変化にも目を向ける必要が生じるであろう。

【結論】

分析対象とした済生会病院 64 施設全体における 2045 年の年間患者数の予測値を 2018/2019 年の患者数と比較した結果、総患者数は 103%とほぼ横ばいであるが、年少期（0～14 歳）では 50%、生産年齢期（15～64 歳）では 80%まで患者数は減少すると予測されたのに対し、前期高齢期（65～74 歳）では 98%とほぼ横ばい、後期高齢期（75 歳～）の患者数は 133%と大幅な増加が予測された。さらに、病院別に 2018/2019 年と 2045 年の急性期入院患者を比較すると、総患者数で最も減少率が高かったのは病院で 59.8%まで減少、逆に、最も増加率が高かったのは病院で 147.2%まで増加すると予測され、増減には大きな幅があることが明らかとなった。高齢者、特に後期高齢者をターゲットにした医療に対する需要が継続的に増加してゆくことが予測される。ただし、各病院の将来推計では急性期入院患者総数が 59.8%まで減少する病院から 147.2%まで増加する病院まで、非常に幅が大きいことも明らかとなった。

【文献】

1. 社会保障制度改革国民会議．社会保障制度改革国民会議報告書、確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋．平成 25 年 8 月 6 日
2. 国立社会保障・人口問題研究所．日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）
https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/1kouhyo/gaiyo_s.pdf
3. 厚生労働省．平成 23 年版　労働経済の分析，世代ごとにみた働き方と雇用管理の動向，第 2 章経済社会の推移と世代ごとにみた働き方．
https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/11/dl/02-1.pdf
4. 公益社団法人全日本病院協会，病院のあり方委員会編．病院のあり方に関する報告書，2021 年版．
https://www.ajha.or.jp/voice/arikata/2021/

Forecast of the annual number of acute-care inpatients in Saiseikai Hospitals until 2045

Naohito Yamaguchi[1], Keiichi Miura[1], Kenji Fujimoto[1,2], Satoru Matsubara[1]

1 Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

2 Occupational Health Data Science Center, Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Occupational and Environmental Health Japan

[Objective]

This study aims to predict the annual number of acute-care patients hospitalized at 64 Saiseikai Hospitals in Japan These 64 hospitals reported annually the Diagnosis-Procedure Combination/Per Diem Payment System (DPC) data. The prediction was performed, considering residential areas and sex and 5-year age categories of patients, which were assumed to affect the need for inpatient acute care.

[Method]

First, the catchment area, consisting of a group of cities where at least 80% of each hospital's patients reside, was identified based on hospitalizations from 2018 to 2019. Then, the sex- and 5-year age-specific populations of the catchment area of each hospital were estimated toward the year 2045. Assuming that the sex- and 5-year age-specific hospitalization rates do not change from 2018/2019 to 2045, the annual number of acute-care inpatients was estimated.

[Results]

The population change from 2018/2019 to 2045 was compared between the entire nation and the catchment areas of the 64 hospitals combined: a 71.4% change in the nation versus an 80.8% change in the catchment areas for the 0–14 age group, a 72.3% versus an 81.2% change for the 15–64 age group, a 93.6% versus a 103.8% change for the 65–74 age group, and a 139.5% versus a 147.5% change for the 75 and older age group. Then the change in the annual combined inpatient number of the 64 hospitals was compared between the period 2018/2019 and the year 2045. The change in the total number of patients was found to be small at 103%, but the change differed by age group, with the largest decrease of 50% predicted for the 0–14 age group, followed by an 80% decrease for the 15–64 age group. In contrast, as much as a 133% increase was predicted for the 75 and older age group. The change for the 65–74 age group was slight: 98%. The change in the annual number of inpatients estimated for each hospital differed considerably, ranging from a 59.8% decrease to a 147.2% increase.

[Conclusion]

The annual number of acute-care inpatients in 2045 was predicted with a considerable increase predicted for the 75 and older age group, coupled with decreases in the 0–14 and 15–64 age groups. The need for acute inpatient care was predicted to steadily increase for the elderly, especially those aged 75 years and older. The change in the number of patients was predicted to differ considerably between hospitals, indicating that each hospital should develop its own plan toward 2045 considering its catchment area characteristics.

[Keywords]

future prediction, Saiseikai Hospitals, DPC, acute care, inpatients

看取りにおける家族間葛藤の課題解決に向けた職員の取り組み

―介護老人福祉施設へのインタビュー調査から

済生会保健・医療・福祉総合研究所　上席研究員　原田　奈津子

概要

看取りは、本人が何を望むか、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要である。

インタビュー調査を通して、多くの施設で、施設の入所前から看取りを含め入居者の意向を代弁できるキーパーソンを家族の中で決定し、普段からやりとりを積み重ねているということが明らかになった。

家族間の葛藤においては、こういった状況が伝わらず、やりとりを行っていない親族が、期せずして、本人やキーパーソン積み上げてきた意向に反する状況に陥りがちである。そのため、職員から、家族や親族間で十分に話し合いをすることを提案し、看取りに関する情報を提供するなど判断の材料を提供しているという工夫を行っていた。場合によっては、施設の職員も同席することもあるということであった。施設側として、生活相談員、看護職などそれぞれの専門性に応じた対応を実施していることもわかった。

今後、看取りについて、施設内・外の連携も含めた取り組みなどについて明らかにすることを通して、職員の研修なども含め検討し、現場での取り組みに寄与したいと考える。

キーワード　看取り、家族間葛藤、介護老人福祉施設、専門職、情報共有

【はじめに】

看取りは、本人が何を望むか、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要である。

看取りを取り巻く社会状況をみてみると、令和３年における死亡場所は、医療機関が 67%、自宅が 17%、介護施設・老人ホームが 14%となっており、自宅や介護施設等における死亡割合が増加している（社会保障審議会介護給付費分科会第 217 回（R5.5.24） 参考資料３ 厚生労働省）。

また、介護保険においては、看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を充実させる観点で令和３年度介護報酬改定を行っている。具体的には、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件で、ガイドライン等の内容に沿って取り組みを行うことを求める見直しを実施し、看取りの推進を図っている。また、次の介護報酬改定に向けても看取りを重視した議論がなされている。

福祉施設での看取りに着目すると、入居時からのかかわりにおいて、生活相談員、看護師、介護職、医師など、多職種でのスムーズな連携が可能な体制づくりが求められていると言えよう。

看取りについて、福祉施設における要素を検討すると、**図１**のようになる。本人の意向、家族の意向、施設内での多職種連携、嘱託医など地域の専門職や機関との連携の４つの要素が福祉施設での看取りには不可欠である。

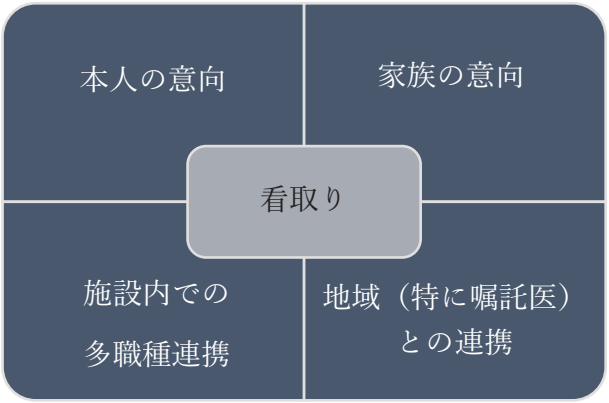


図１ 福祉施設の看取りにおける基本要素（筆者作成）

このように看取りについての環境は整いつつあるが、いくつか課題も散見される。本来はどのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、自分の意思を示していくことが望ましいが（人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』平成 30 年３月）、看取りについて、本人の意思が確認できない場合には家族等の役割が重要になっているのが現状である。

事前に本人が福祉施設での看取りを希望していたとしても、延命処置への希望など家族の迷

いが生じた結果、救急搬送の選択が優先されることも起きているという。こういった家族への配慮や制度上の問題などから、看取りのむずかしさが生じている。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、つまり、人としての尊厳を尊重した医療やケアを目指して、家族や関係者などが繰り返し話し合い、本人による意思決定を支援するプロセスを重視したかかわりをすすめていることから、実際の現場での実践でどのようにリンクし、看取りの取り組みを推進していくのか、大きな岐路に現在あるのではないかと考える。特に、コロナ禍での看取りのむずかしさなど、複合的な要素も加味しつつ、検討をしていくことが望まれている。

個々の価値観や人生観に加え、専門職としての価値・倫理など、看取りの取り組みでは反映されていくことや、葛藤を時には抱えることにもつながる。専門職としての力量を発揮できるように、医療・保健・看護・福祉・介護などさまざまな視点からの学際的な取り組みとしての看取りを考えていきたい。

看取りに関してCiniiを通して研究の動向に関するレビューを実施した。Ciniiで「看取り」の文言で検索すると、4144の論文が提示された（2023年12月検索・閲覧）。雑誌や専門誌の特集などで論文としての数が近年増えているのがわかる。死生観などの哲学や宗教からの観点での看取りそのものを検討する論文、医師や看護師などの医療職から看取りについての現状や課題をまとめた論文、在宅サービスでの看取りについてヘルパーや栄養士による実践報告など、多岐にわたっている。

次に、「看取り　特別養護老人ホーム」を検索したところ、315件の論文が確認された（2023年12月検索・閲覧）。実践事例をはじめ、看護職や介護職の視点のものが多くみられる。また、「看取り　介護老人福祉施設」で検索したところ40となっており、介護加算の考察やグリーフケアなどの事例が目についた（2023年12月検索・閲覧）。このように学術的な位置づけとして、看取りについて、看護や介護分野を中心に研究は盛んになっており、相談業務などによる福祉の視点からの研究は少ないのが現状である。

【研究目的・方法】

本研究では、看取りについて、施設としてどのような体制で取り組んでいるのか、施設内・外の連携も含めた取り組みなどについて、明らかにすることを目的としている。これまで、本人と家族に関する同意については別稿にて焦点を当てて考察をしたことから、今回は、特に、家族間葛藤として、家族間での看取りに関する意向の葛藤が生じた際の職員の対応のあり方に着目し、看取りの取り組みのあり方を考えたい。

調査方法として、済生会の介護老人福祉施設を対象とした半構造化によるインタビュー調査を行なった。2023年1月から2月に実施した。

対象の福祉施設については、看取り介護加算の状況や施設規模、地域性などを考慮し、調整を行った。2施設においてプレインタビューを行なった上で、7施設に調査を行なった。回答者は、施設長又は看取り対応を核になって行っている職員とした。

1施設のみWeb会議システムを用いた調査となったが、他の施設については、訪問した上で

の施設での複数の職種（相談職、介護職、看護職、ケアマネジャー、事務職等）が同席してのグループインタビュー調査となった。

インタビュー項目は、①看取りに関する本人や家族への意思確認調整、②嘱託医との連携、③施設内・外での多職種連携、④情報共有の方法（看取りの入居者や家族への対応等）、⑤看取りの振り返り（職員間や家族）、⑥施設での看取りマニュアル策定と研修となっている。

本稿では、①看取りに関する本人や家族への意思確認調整と④情報共有の方法（看取りの入居者や家族への対応等）をもとに、家族間葛藤の課題について、焦点をあてて、検討していく。その他の項目については、次稿にて検討したい。

なお、調査にあたって、個人の名前が特定されないことや研究成果公表におけるプライバシーの尊重等を対象者に対して説明し、同意書と撤回書を用意し、研究協力をお願いした。インタビュー調査の同意については、同意書にて確認した。また、所属する研究所内での倫理委員会にて調査について承認を得て実施した（済生会総研倫理委員会 2020. 09. 10No. 13）。

【結果・考察】

看取りに関する家族間葛藤について、【家族で意見が分かれるときはどう対応されていますか。インタビューの中で、「家族で決めてください」というパターンもあれば、「一緒に考えましょう」と家族も巻き込んで考えるところもあると聞きましたが、こちらはどんな感じですか。】ということをインタビュー調査で聞いた結果が以下のとおりである。

【施設Ａ　看護職のコメント】

「…キーパーソンは１、２、３と決まっているので、まずは１番の人。あと、うちは相談員がすごく柔軟で、入所のときに１番の人がいつまでも１番ではなくて、その人が病気になったりして状況は変わるので、その都度ちゃんと１番が変えられています。だから、常に１番が本当のキーパーソンです。（略）…ほかの人とよく話し合ってくださいと言います。（略）…この家族はどんな感じかというのは現場の看護師さんと相談員がとてもよくわかっていますので、受診や看取りをする場合も、長女さんは何とかさんとか、この人はすごく理解しているとか、この人はこうだというのは必ず現場に聞きます。」

【施設Ｂ　相談職のコメント】

「家族さんがあとから増えてくるというか、最初にキーパーソンとお話しさせてもらって聞いたら、そこからだんだん派生して、遠い親戚とかが出てきて、話が変わってくることがあります。本来はそこの間に入るものではないと思うのですが、基本的にはキーパーソンの意思を尊重したいというかたちで動いています。ですからキーパーソンとお話ししてくださいということで持って行っています。状況の説明は、そう言われた家族には随時説明することがあると思います。（略）…個人個人の家庭環境があると思うので。」

【施設Ｃ　相談職のコメント】
「最初に確認するのはキーパーソンの方になるのですが、キーパーソンだけの意見というわけにはいかないので、キーパーソンも自分の意向と兄弟なり親族なりに自分の気持ちをお伝えしていただいて、皆さんある程度合意のうえ、お看取りをさせていただく流れになります。キーパーソンの兄弟であっても、すごくアクの強い方とかがいらっしゃることもありますので、そのときは一緒に来ていただいて、ある程度方向性を統一して対応するように、そのへんは調整を図っています。「自分たちで考えていただくことが大事です。お医者さんから看取りなさいとか、施設のほうで勝手に判断することはないです」というところで、その後のトラブル関係も含めてご家族にはある程度意思統一していただくようにしています。」

【施設Ｄ　看護職のコメント】
「私たちはいろいろな情報はお伝えしますけれど、最終の決断はやはりご家族なので、総意としての意見をお持ちいただけるようにとお伝えしています。家族に投げるというふうになるのかもしれませんが、ただ、「自分たちだけでそれをしなさい」ではなく、「こんなこともあるよ」、「こんなケースもあったよ」と、いろいろな事例のご紹介とか、とりあえず迷っているところに対して折り合えるように情報を提供するという感じです。一緒に考えるという気持ちからそうしています。」

【施設Ｅ　相談職のコメント】
「入所されて、確かに兄弟間で家族の意向が割れる方が多いです。その場合、基本、家族同士でお話ししてくださいというかたちになっていますが、それでも兄弟間で意向が割れる場合は相談員とかが立ち会うというか、本人の状態はコロナ禍で面会もしていなくてわからない方もいますので、いまこういう状態ですというお話を相談員とか看護師さんが説明を行う。（略）…入所する前は比較的いい状態だったりして、入所して日数が経ってしまうと、家族の方は元気だったころのイメージがあるので、実際の状態を見ていただくことで、こういう状態なんだと納得したケースもあります。」

【施設Ｆ　相談職のコメント】
「決めるのは家族なんですよということはきちんと伝えますけれど、「どうしようかな」と悩んだときには、やはりちょっと一緒に悩んであげたい気はしますよね。キーパーソンが仮にこちらだとしても、「本当にこの人、よく通って来てくれていたし、何かあれば考えてくれたし」という状況があると、「そうは言ってもこの人の意見を聞いてあげたいよな」と。「言っていただくのは最終的にはキーパーソンの人ですからね」とは言うんですけれど。（略）…割と話せ

ばわかる感じじゃないですか。話せばわかる、わかるまで話す。」

【施設Ｇ　相談職のコメント】
「契約のときに、身元引受人さん１人お願いしますとお伝えしているのですが、そこで看取りにする、しないとか、そういうときにご家族の意見が違うことがありますが、そのとき施設は身元引受人さんの指示に従いますので、身元引受人さんがご家族の意見の調整をお願いしますというふうにお伝えしています。看取りにする前に、先生と面談をしていただくのですが、もし意見が違う方がいらっしゃれば事前に一緒に来ていただいてお話ししてもらうようにしています。」

このように、インタビュー調査を通して、多くの施設で、施設の入所前から看取りを含め入居者の意向を代弁できるキーパーソンを家族の中で決定し、普段からやりとりを積み重ねているということが明らかになった。家族間の葛藤においては、こういった状況が伝わらず、やりとりを行っていない親族が、期せずして、本人やキーパーソン積み上げてきた意向に反する状況に陥りやすい。そのため、職員から、家族や親族間で十分に話し合いをすることを提案し、看取りに関する情報を提供するなど判断の材料を提供しているという工夫を行っていた。場合によっては、施設の職員も同席することもあるということであった。施設側として、生活相談員、看護職などそれぞれの専門性に応じた対応を実施していることもわかった。

また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、つまり、人としての尊厳を尊重した医療やケアを目指して、家族や関係者などが繰り返し話し合い、本人による意思決定を支援するプロセスを重視したかかわりをすすめていることもインタビューで提示された。その他の課題として、医師との話し合いにおいて、意思が揺らぎ、言いたいことが十分に伝えられない家族もあるということが示された。複数の福祉施設では、病状説明やIC（インフォームドコンセント）に同席しているということであった。

【結論】

インタビュー調査により、看取りについて、家族間葛藤などの解決に向けた取り組みをそれぞれの施設で行っていることが明らかになった。人としての尊厳を尊重した医療やケアを目指して、家族や関係者などが繰り返し話し合い、本人による意思決定を支援するプロセスを重視したかかわりをすすめていることから、多職種連携も含め、さまざまな角度から検討をしていくことが望まれている。

看取りに着目した研究をはじめたのは、福祉施設の生活相談員からの他の施設での取り組みや看取りの振り返りについて情報共有をできればという声がきっかけである。今回、看取りを積極的に行なっている介護老人福祉施設へインタビューをしてきたが、施設における看取りの

促進要因と阻害要因は表裏一体であり、人員配置や専門職の力量や施設の方針など、福祉施設のあり方自体を考えるものであると感じた。

今後は、看取りについて、施設内・外の連携も含めた取り組みなどについて改めて明らかにすることを通して、職員の研修なども含め検討することで、現場での取り組みに寄与したいと考える。

【引用文献】

社会保障審議会介護給付費分科会第 217 回（R5.5.24）　参考資料３　厚生労働省
人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』平成 30 年 3 月

謝辞

調査にご協力くださいました施設の皆様に心より御礼申し上げます。今後とも引き続き、よろしくお願いいたします。

また、インタビュー調査に同席するなど研究協力者として動いてくださった済生会本部事務局の見浦継一氏、済生会福祉施設長会の当時の代表として研究をすすめるにあたってご協力くださった森本尚俊氏（岡山県済生会）に感謝申し上げます。

Staff initiatives to resolve issues associated with family conflict in end-of-life care based on interviews at nursing homes for the elderly

Natsuko Harada
Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

For end-of-life care, the family and the medical/care team must discuss and concur on what the resident desires and what is in the resident's best interest.
Based on an interview survey, many facilities identify a key family member who can represent the resident's wishes, including end-of-life care, even before the resident is admitted to the facility. They also have multiple regular interactions with family members. In cases of family conflicts, relatives who are uninformed of the situation and do not communicate with each other tend to unexpectedly find themselves in situations that go against the wishes of the resident and the key persons who have been identified. These are situations that conflict with the wishes of the family members and key persons. For this reason, staffs suggest that the family and relatives fully discuss and devise ways to provide information about end-of-life care and other materials necessary for decision-making. In some cases, the facility staff is also present. Facilities were also found to be taking measures based on the expertise of their staff, such as social workers and nurses.
This study aims to contribute to on-site end-of-life care by clarifying best practices, including cooperation within and outside the facility, and by considering the training of staff members.

Keywords: End-of-life care, family conflict, nursing home, profession, information sharing

済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等に関する調査　～薬剤部への調査～

○植松　和子[1)]　曽我部　直美[1) 2)]　菅野　浩[3)]　大槇　昌文[4)]　柴崎　智行[4)]
森本　尚俊[5)]　田嶌　襄[6)]　原田　奈津子[1)]　山口　直人[1)]　松原　了[1)]
1）済生会保健・医療・福祉総合研究所　2）埼玉県済生会加須病院
3）済生会横浜市東部病院　4）済生会山口地域ケアセンター湯田温泉病院
5）特別養護老人ホーム　みなみがた荘　6）特別養護老人ホーム　彩光苑

【概要】
済生会の高齢者福祉施設、児童福祉施設における服薬等に関する課題について、済生会病院の薬剤師がどのように関与しているか、薬剤部を対象とした調査と、福祉施設を対象とした以下 2 つの調査を実施した。これらの調査から、福祉施設での薬の使用に関連する課題を抽出し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について薬剤師としてどのような支援が可能であるかを明らかにする。

1．済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関する調査
（薬剤部対象）
【目的】福祉施設における服薬等に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について、薬剤師としてどのような支援ができるかを明らかにする。
【方法】各病院の薬剤部長あてに福祉施設との連携についてアンケート実施
【対象】済生会 82 施設（病院 81、福祉施設 1）

2．　済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関する調査
（福祉施設対象）
【目的】福祉施設における服薬等に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について、薬剤師としてどのような支援ができるかを明らかにする。
【方法】各施設の施設長あてに服薬等に関わる課題についてアンケート実施
【対象】介護老人保健施設、老人福祉施設、児童福祉施設、障害者福祉施設、重症心身障害児施設など

本稿では　1．済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関わる調査（薬剤部対象）について述べる。

【キーワード】
高齢者福祉施設、児童福祉施設、薬物治療、多剤併用、薬学的管理

【緒言】

済生会は多くの福祉施設を有しており、入所者の薬物治療も継続的に行われることが多い。薬物治療の対象者は高齢者が多数であるが、少数の小児入所者も対象となる。近年では、服用方法、使用方法が複雑な薬、副作用のモニタリングが必須である薬も多く、多剤併用による相互作用の確認も増加している。また、小児では多種多様な疾患の薬物治療において、投与量の調整、飲ませ方、副作用症状の所見など複雑かつ細かい対応が必要となる。このように医療安全、医薬品適正使用の観点からも、服薬等に関連する課題への対応は重要である。

そこで全国済生会病院薬剤師会は、済生会保健・医療・福祉総合研究所、福祉施設会と連携して「済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等に関する調査」を福祉施設対象、薬剤部対象に実施することとした。本稿では薬剤部対象の調査について述べる。

【目的】

済生会福祉施設会と薬剤師会との連携によって、福祉施設における服薬等に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について、薬剤師としてどのような支援ができるかを明らかにする。

【方法】

全国の済生会病院を対象に薬剤部長あてにメーリングリストを用い、記名式で福祉施設とのかかわりに関して調査票を用いて調査を実施した。以下に調査票を示す。

調査票

1. 貴施設では薬剤師が福祉施設に在籍していますか。

□はい　□いいえ

＊「はい」　の場合　設問２へ　　＊「いいえ」 の場合　設問３へ

2. １の設問で「はい」の施設へお聞きします。（複数回答可）

2-1 薬剤師の勤務体制について

□常勤　□非常勤　□委託　□その他（　　）

2-2 勤務の頻度について　（複数回答可）

□毎日　□週に数回　□週に一度　□月に数回　□その他（　　）

2-3 対応している施設名を教えてください。（複数回答可）

□済生会（施設名　　）　□済生会以外（　　）

2-4 薬剤師の業務内容について（複数回答可）

□調剤　□配薬カート等へのセット　□配薬　□服薬指導

□回診　□カンファレンス等に参加　□その他（　　）

2-5 薬学的管理は実施していますか（複数回答可）

□ポリファーマシィ対策　□副作用モニタリング　□なし

2-6 インシデントの把握はしていますか。　□はい　□いいえ

2-7 2-6 で「はい」の施設へお聞きします。

インシデントの種類を教えてください。

□服用方法の間違い　□飲み忘れ　□重複投与　□副作用を見逃した

□患者違い　□保管方法の間違い　□落薬（施設での用語；薬を落とすこと）

3. 施設職員への薬剤情報提供・講義等をしていますか。

□はい　□いいえ

4. 3 で「はい」の施設にお聞きします

□定期的に開催　（□年1回　□年数回　□毎月）

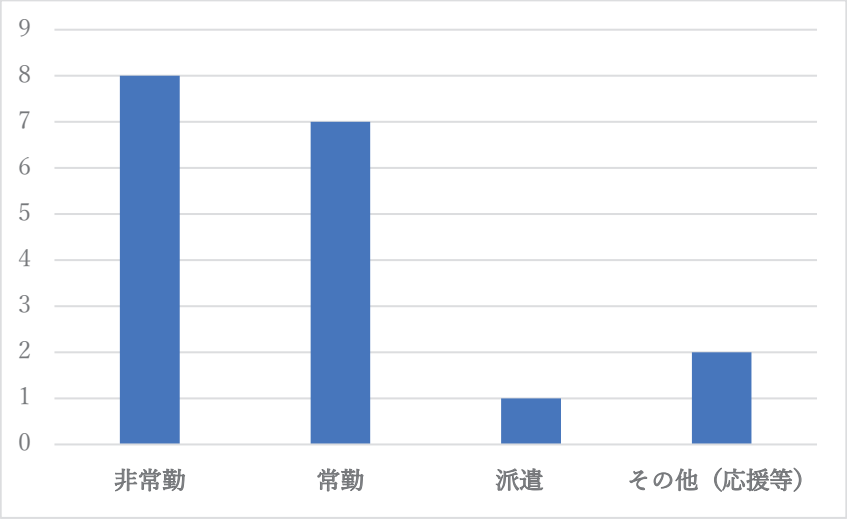
□必要時に開催　□その他（　　）

【結果】

全国の済生会病院 81 施設、福祉施設 1 施設の合計 82 施設に調査し、全施設より回答が得られ、回答率は 100%であった。その結果、薬剤師が在籍している施設は 82 施設中、17 施設で 20.7%であった。薬剤師が在籍している 17 施設で実施している業務としては調剤が最も多く、17 施設中 16 施設であった。一方、薬学的管理の実施は、複数回答で副作用モニタリングが 1 施設、ポリファーマシー対策が 2 施設と少ない状況であった。インシデントについては、17 施設中 6 施設で把握していると回答があった。ただし、今回の調査では、保管方法の間違い、副作用見逃し、重複投与について報告はなかったが、明らかになっていない潜在事例もあると考えられる。また、薬に関する職員向け情報提供や講義を実施している施設は全 82 施設中 20 施設で、24.4%であった。個別の意見としては、福祉施設への関りが必要なことは理解しているが、マンパワーなどの問題で難しいとの回答が多かった。

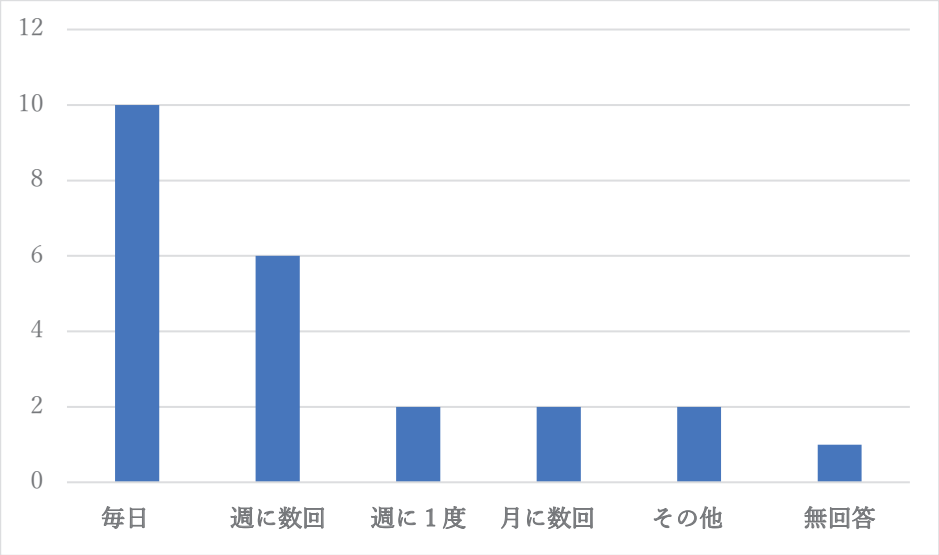
勤務体制（複数回答）

薬剤師在籍施設（n＝17）



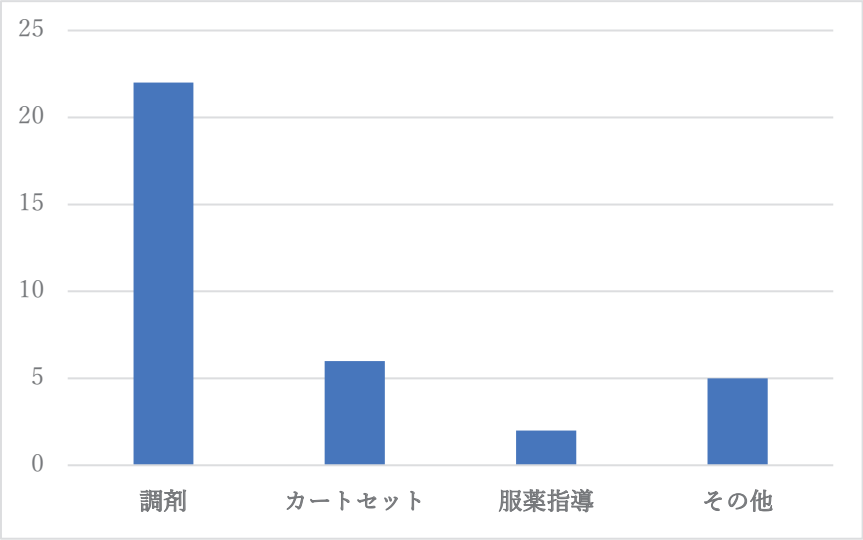
勤務頻度

薬剤師在籍施設（n＝17）



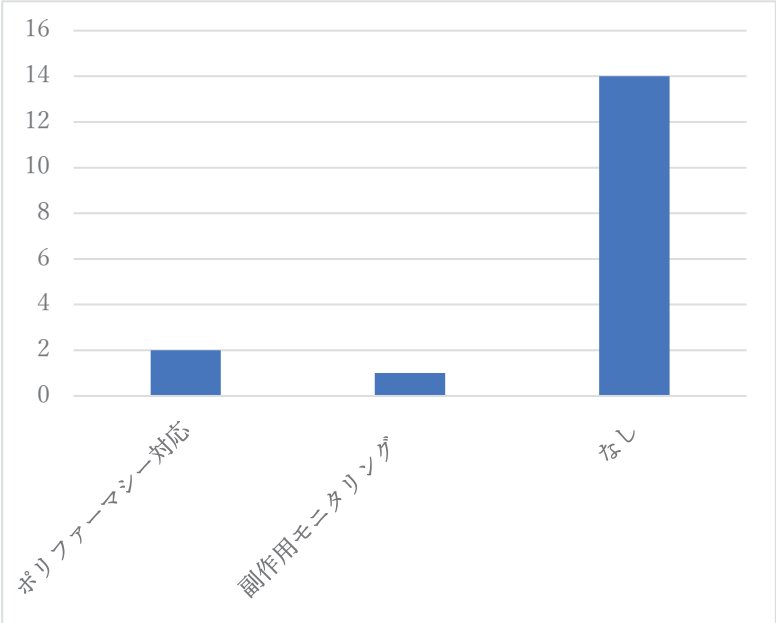
業務内容（複数回答）

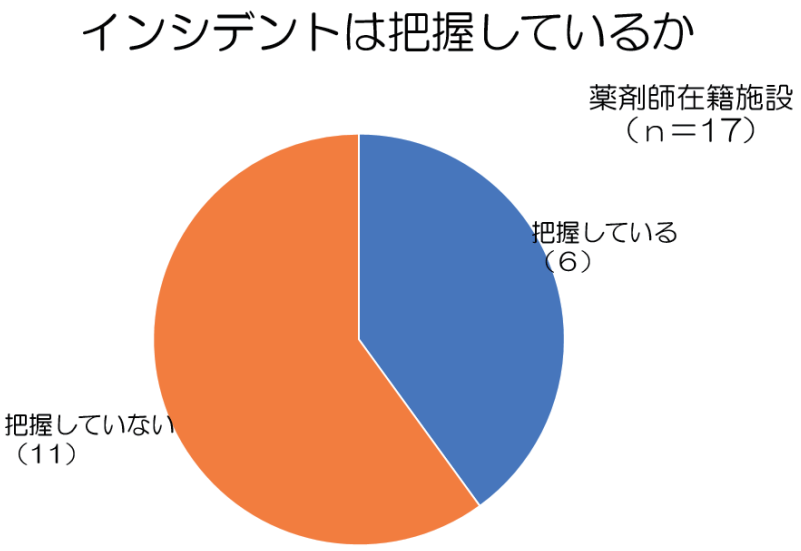
薬剤師在籍施設（n＝17）

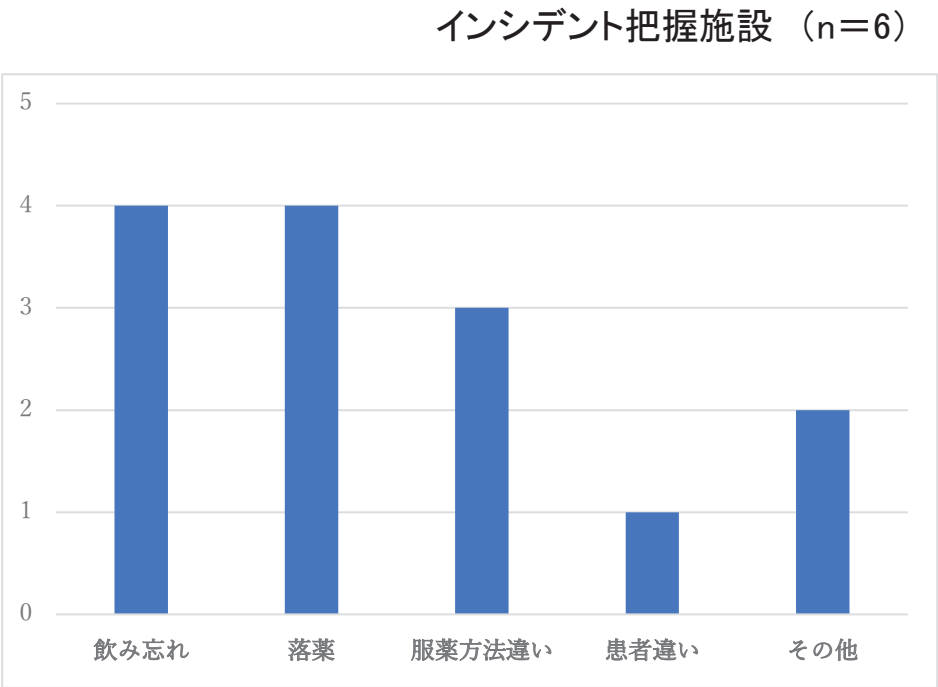


薬学的管理の実施（複数回答）

薬剤師在籍施設（n＝17）

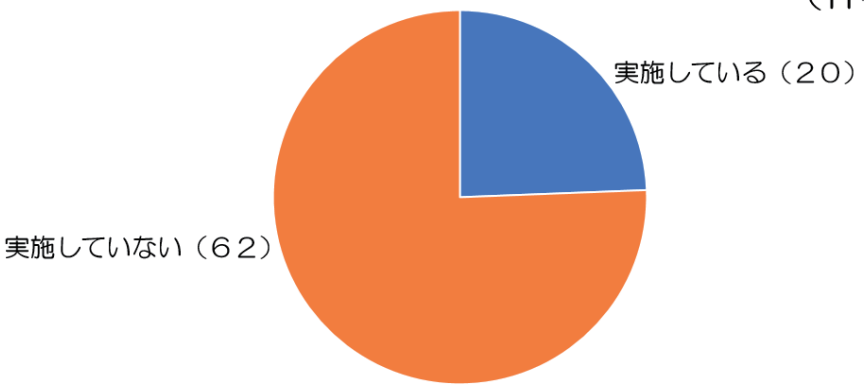



インシデントは把握しているか
薬剤師在籍施設
（n＝17）
把握している
（6）
把握していない
（11）


インシデントの種類（複数回答）
インシデント把握施設 （n＝6）
5
4
3
2
1
0
飲み忘れ
落薬
服薬方法違い
患者違い
その他

施設職員への薬剤情報提供・講義等実施の有無

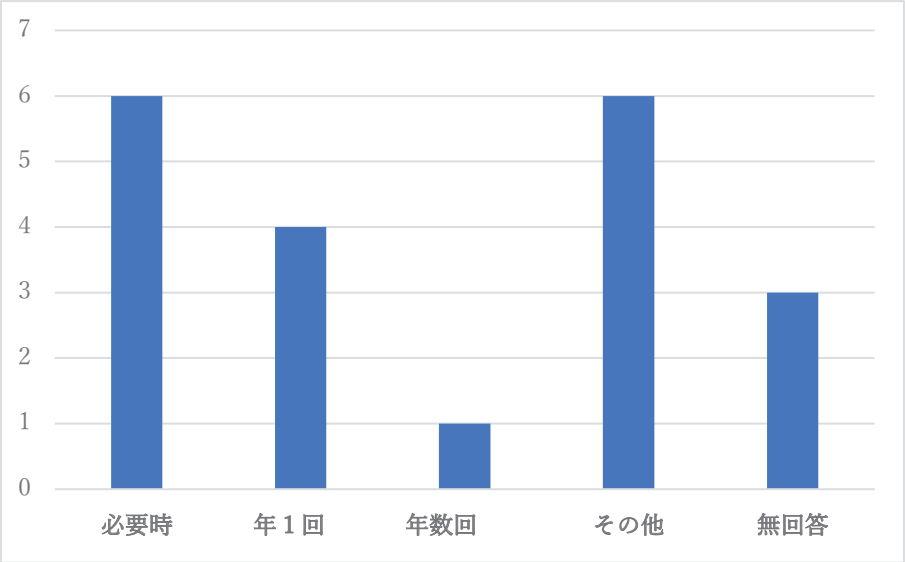
全施設対象
（n＝82）



（実施率　24.4%）

薬剤情報提供･講義等の頻度

情報提供等実施施設(n＝20)



【考察】

薬剤師側の関与状況が明らかになったことから、福祉施設側からの具体的な問題点、要望を確認した上で、できるところから薬剤師の支援について検討を進めることができると考える。

高齢者福祉施設への法的な施設基準では、薬剤師の配置は老人保健施設にのみ定められている。老人保健施設は基本的に医療を行う介護施設に位置付けられており、薬剤師の必要数は、「実情に応じた適当数として 300 対 1 を標準とする」とされている[1)]。しかしながら済生会で施設数の多い特別養護老人ホームは在宅として位置付けられているため、薬剤師は施設基準の中には含まれない。つまり、多くの施設に済生会の薬剤師が関わることに法的な裏付けはないが、業務を担い、協力、支援していることも明らかとなった。済生会は病院の周囲に施設があることも多く、薬局薬剤師とともに可能な範囲で連携することが必要と考える。薬局薬剤師を主な対象とした、「介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業報告書」（平成 30 年 3 月）[2)] によると、薬局に来局した 65 歳以上の患者の服用薬の種類数は、「6～9 種類」（36.2%）が最も多く、ついで「2 ～5 種類（30.8%）」、「10 種類以上」（22.3%）とされており、済生会施設入所の高齢者にも多くの処方薬があることが明らかである。

高齢者に関しては、厚生労働省から 2018 年 5 月に「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論）」[3)]、2019 年 6 月に「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論）[4)] が示され、高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況への対応等についてまとめられた。各論の内容は、第１部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設、第２部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療、第３部 その他の療養環境 （常勤の医師が配置されている介護施設等）から構成されている。特に高齢者に多いポリファーマシーにおける診療や処方の際の参考情報を医療現場等へ提供することを意図して作成されており、地域での連携に活用できるものとなっている。ポリファーマシーとは単に薬を減らすことではなく、高齢者の薬物療法の適正化であり、薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善を目指すためのものとされている。本文の各論編の療養環境別では、患者の病態、生活、環境の移行に伴い関係者にとって留意すべき点が変化することを念頭に、患者の療養環境ごとの留意事項を明らかにすることが記載されている。

現在、病院を中心とした医療現場では、慢性疾患を持った高齢者の救急対応、入院等が増加し、病院、診療所、地域薬局、入所施設など薬物療法に関わる情報共有は広範囲に渡り、お薬手帳とともに、薬剤情報提供書などによる情報共有が必要不可欠となっている。従ってそれぞれの立場で、高齢者の薬物治療を適正化する視点が必要であり、薬剤師の役割も大きくなっている。

一方、小児に目を向けると、日本の少子化は急激に進み、厚生労働省発表の令和４年(2022) 人口動態統計月報年計(概数) の概況によると、令和 4 年の出生数は 77 万 747 人で 80 万人を割り込み、前年の 81 万 1622 人より 4 万 875 人減少している。出生率（人口千対）は 6.3 で、前年の 6.6 より低下している[5)]。同様に 2023 年 4 月 1 日現在こどもの数は 1435 万人で前年比 30 万人減少し、国内の総人口に対する子どもの割合は、11.5%となっており、諸外国と比べても最低水準となっている[6)]。このような背景を理解し、子どもを育む女性や生まれてきた子どもたちを、どのような環境においても守ることは済生会の役割の一つと考える。

小児も多種多様な疾患を有し、薬物治療では投与量の調節、飲ませ方、副作用症状の所見等細かく気遣う必要がある。しかしながら小児の薬物治療に関する情報は、国内の法的根拠となる医薬品

情報である医薬品添付文書はじめ、多くの一般書籍だけでは、臨床に即した情報入手が困難である。この分野では特に、医師はじめ、小児認定看護師、小児薬物療法認定薬剤師など特化した知識、スキルを持った人材との連携も必要である。乳幼児、小児が入所している施設は少ないものの、薬物治療の必要な入所者も多く、小児の薬物治療についても可能な支援を考えていく必要がある。また、医療的ケア児においては薬物治療、日常のケアにおいても複雑な事例が多いと考えられる。

今回の調査結果から、課題に関する情報共有を進め、福祉施設会と薬剤師会との情報交換の場を設けること、研修会の開催などを進め、入所者の薬学的管理など薬剤師としてどのような支援が可能かを考えていきたい。

【結語】

薬剤部対象の本調査結果と、同時に実施した福祉施設対象の調査結果を基に、両者を突き合わせることで、福祉施設への薬剤師の可能な支援を明らかにし、具体策を構築することができる。薬剤師会と福祉施設会との連携を強化することで、施設の要望を踏まえ、薬に関する情報共有、研修会の企画など薬剤師が可能な支援を実施していくことが、より安全な入所者の薬学的管理につながると考える。

【参考資料】

1）介護老人保健施設の概要（参考資料）,厚生労働省社会保障審議会（介護給付費分科会）資料,
2017 年 8 月 4 日(平成 29 年 8 月 4 日)

2）介護分野における薬剤師の関わり方等に関する調査研究事業報告書， 平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業，みずほ情報総研株式会社,平成 30 年 3 月

3）高齢者医薬品適正使用検討会,高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編），
2018 年 5 月 厚生労働省

4）高齢者医薬品適正使用検討会,高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編 療養環境別），
2019 年 6 月 厚生労働省

5）令和４年(2022) 人口動態統計月報年計(概数）の概況， 厚生労働省,政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室

6）我が国のこどもの数 －「こどもの日」にちなんで;－統計トピックス No.137,総務省統計局,
令和 5 年 5 月 4 日

Title

Survey of medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities: A pharmacy department investigation

Kazuko Uematsu
Saiseikai Research Institure of Health Care Welfare

Abstract

Two surveys were conducted on medication and related issues at Saiseikai elderly welfare facilities and child welfare facilities. The investigation examined how pharmacists at Saiseikai Hospitals are involved. One survey targeted pharmacy departments and the other survey targeted welfare facilities. From these surveys, we identified issues related to the use of drugs in welfare facilities. This can clarify the types of support that can be provided by pharmacists related to the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.

1. Survey related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting pharmacy departments).
Purpose: This survey investigates issues related to medication administration in welfare facilities, and clarifies what types of support pharmacists can provide to maximize the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.
Method: A questionnaire was conducted with the pharmacy department managers of each hospital focusing on cooperation with welfare facilities.
Target: 82 Saiseikai facilities (81 hospitals, 1 welfare facility)

2. Surveys related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting the welfare facilities)
Purpose: This survey investigates issues related to medication administration in welfare facilities, and clarifies what types of support pharmacists can provide to maximize the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.
Method: A questionnaire was conducted with the facility managers of each facility regarding issues related to
Target: Long-term healthcare facilities for the elderly, welfare facilities for the elderly, child welfare facilities, welfare facilities for people with disabilities, facilities for children with severe mental and physical disabilities, etc.

This paper describes the following: 1. Surveys related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting pharmacy departments).

Keywords

welfare facilities for the elderly, child welfare facilities, drug treatment, polypharmacy, pharmaceutical management

済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等に関する調査　～福祉施設への調査～

○曽我部　直美[1) 2)]　植松　和子[2)]　菅野　浩[3)]　大槇　昌文[4)]　柴崎　智行[4)]
森本　尚俊[5)]　田嶌　襄[6)]　原田　奈津子[2)]　山口　直人[2)]　松原　了[2)]
1）埼玉県済生会加須病院　2）済生会保健・医療・福祉総合研究所 3）済生会横浜市東部病院
4）済生会山口地域ケアセンター湯田温泉病院　5）特別養護老人ホーム　みなみがた荘
6）特別養護老人ホーム　彩光苑

【概要】
済生会の高齢者施設、児童福祉施設における服薬等に関する課題について、済生会病院の薬剤師がどのように関与しているのかについて、薬剤部を対象とした調査と福祉施設を対象とした以下 2 つの調査を実施した。これらの調査から福祉施設での薬の使用に関連する課題を抽出し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について薬剤師としてどのような支援が可能であるかを明らかにする。

1. 済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関する調査
（薬剤部対象）
【目的】福祉施設における服薬等に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について、薬剤師としてどのような支援ができるかを明らかにする。
【方法】各病院の薬剤部長あてに福祉施設との連携についてアンケート実施
【対象】済生会 82 施設（病院 81、福祉施設 1）

2.　済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関する調査
（福祉施設対象）
【目的】福祉施設における服薬等に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的管理について、薬剤師としてどのような支援ができるかを明らかにする。
【方法】各施設の施設長あてに服薬等に関わる課題についてアンケート実施
【対象】介護老人保健施設、老人福祉施設、児童福祉施設、障害者福祉施設、重症心身障害児施設など済生会福祉施設 117 施設

本稿では 2.　済生会高齢者福祉施設および児童福祉施設における服薬等に関する調査（福祉施設対象）について述べる。

【キーワード】
高齢者福祉施設、児童福祉施設、インシデント、薬剤師の支援、医療安全

【緒言】

済生会は多くの福祉施設を有しており、入所者への薬物治療も継続的に行われることが多いと考える。薬物治療の対象者は高齢者が多数であるが、少数ではあるが小児の入所者も対象となる。高齢者では近年、服用方法、使用方法が複雑な薬剤や副作用のモニタリングが必須である薬剤を服用しているケースや多剤併用による相互作用の確認をする機会も増加傾向にある。又、小児に於いても多種多様な疾患があり、薬物治療も投与量の調節、飲ませ方、副作用症状の所見など複雑かつ細かい対応が必要となることが多くある。医薬品情報の入手においても多様化した情報から適切な内容を選択することが難しい場合もある。

このように医療安全、医薬品適正使用の観点からも、服薬等に関連する課題への対応は重要となっている。そこで全国済生会病院薬剤師会は、済生会保健・医療・福祉総合研究所、福祉施設会と連携して以下に示す２つの調査研究を実施することとした。この調査研究は、福祉施設での薬の使用に関連する課題を調査し、入所者の薬に関する安全性、適切な薬学的ケアについて薬剤師としてどのような支援が可能であるかを明らかにすることを目的とする。

【目的】

済生会福祉施設(以下「福祉施設」)における服薬等に関する課題・薬学的ケアがどのように実施されているのかを調査する事で、福祉施設側と情報共有・検討し、薬剤師が福祉施設へどのような支援ができるかを明らかにする。

【方法】

済生会福祉施設を対象に福祉施設長宛にメーリングリストを用い、記名式で服薬等に関わる課題についてアンケートを実施した。

以下に調査票を示す。

調査票

・該当する施設の種類・施設名を教えて下さい。

種類　□介護老人保健施設　□老人福祉施設　□児童福祉施設　□障害者福祉施設

□その他の施設（　　）

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．貴施設では薬剤師の関わりがありますか。　□はい　□いいえ

＊はい　の場合　設問２へ　＊いいえ　の場合　設問３へ

2．１の設問で「はい」の施設へお聞きします。

2-1 薬剤師の勤務体制について

□常勤　□非常勤　□委託　□その他（　　）

2-2 勤務の頻度について

□毎日　□週に数回　□週に一度　□月に数回　□その他（　　）

2-3 薬剤師の所属について

□済生会（施設名：　　）　□済生会以（　　）

2-4 薬剤師の業務内容について（複数回答可）

□調剤　□配薬カート等へのセット　□配薬　□服薬指導　□回診

□カンファレンス等に参加　□その他（　　）

3. 1で「いいえ」の施設へお聞きします。

3-1 薬の管理をしている職種を教えてください。（複数回答可）

□看護職　□介護職　□事務職　□相談職　□その他（　　）

4. 薬の管理・服薬に関する問題はありますか。　□はい　□いいえ

＊はい　の場合　設問5へ　＊いいえ　の場合　設問6へ

5. 4で「はい」の施設へお聞きします。

5-1 問題の内容を教えてください。（複数回答可）

□服用方法の間違い　□飲み忘れ　□重複投与　□副作用を見逃した　□患者違い

□保管方法の間違い　□落薬　□その他（　　）

5-2 その際の対応はどの職種がどのようにしましたか。

職種　　方法 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5-3 再発防止策はどの職種が立ててどのように職員に周知していますか。

立案職種　　周知方法 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6. 薬の効果、服用方法、副作用、保管等に関する疑問を調べたことはありますか。

□はい　□いいえ

＊はい　の場合　設問7へ　＊いいえ　の場合　設問8へ

7. 6で「はい」の施設にお聞きします。

7-1 その時どのように調べましたか（複数回答可）

□薬剤師に確認　□書籍　□インターネット　□その他（　　）

8．職員向けに医薬品の安全使用に関する研修会は開催していますか。

□定期的に開催　□必要時に開催　□行っていない　□その他（　　）

9．8 で研修会を開催している施設にお聞きします。

9-1 研修会の講師の職種を教えてください。（複数回答可）

□医師　□薬剤師　□看護職　□介護職　□相談職　□事務職
□その他（　　）

10．薬の安全使用に関する手順書の作成についてお聞きします。（複数回答可）

□作成していない　□自施設のみで作成している　□連携先と作成している

□作成を検討中　□連携先を検討している　□その他（　　）

11．利用者の服薬や薬の管理、福祉施設における薬の取り扱いについてご意見、ご質問等ございましたら自由にご記載ください。

【結果】

全国の済生会高齢者福祉施設・児童福祉施設 117 施設に調査し 59 施設より回答が得られた。回答率は 50.4%であった。薬剤師の関りのある福祉施設は 59 施設中 34 施設であった。薬剤師の所属は済生会･済生会以外が共に 17 施設であった。薬剤師の関りのある 34 施設での薬剤師の勤務形態は常勤5施設、非常勤 9 施設、委託 4 施設、常勤＋非常勤 1 施設、その他 15 施設であった。

薬剤師の勤務頻度は、週に数回が最も多く 10 施設であった。次いで毎日が 7 施設であった。薬剤師の業務内容は、調剤が最も多く 31 施設であり、次いで配薬カートへのセットが 12 施設であった。薬剤師が関わりのない施設での薬の管理は 25 施設中 24 施設が看護職員であった。薬に関するインシデントがあると回答した施設は 59 施設中 43 施設（72.9%）であった。その内訳は薬剤師の関りがある施設は 22 施設 64.7%（22/34）、薬剤師の関りがない施設は 21 施設で 84%（21/25）であり、薬剤師の関りがない施設ほど薬に関するインシデントがある傾向がみられた。

主なインシデントは飲み忘れが 26 施設、患者間違いが 23 施設、落薬が 16 施設であった。インシデントに対応している職種は主に看護師、薬剤師、介護士であり再発防止策の立案や職員への周知も実施している。薬についての疑問を調べた事のある施設は 59 施設中 56 施設であり 95%であった。その方法は薬剤師に確認が最も多く 47 施設、次いでインターネットが 44 施設、書籍が 29 施

設であった。職員向けに医薬品の安全使用に関する研修会を開催している施設は 59 施設中 23 施設（39%）であり、研修会の講師は、主に看護師、薬剤師、介護士であった。薬の安全使用に関する手順書の作成に関しては、59 施設中 29 施設（49.2%）が作成していた。検討中を入れると 36 施設（61%）が、薬の安全使用について、前向きに取り組んでいる。

利用者の服薬や薬の管理、福祉施設における薬の取り扱いについての意見等を以下に示す。

・業務等に関するマニュアル作成し遵守させることが大切である。
多くの福祉施設では服薬の間違いがないよう薬剤管理表を用いて、服用させている事が分かった。またマニュアルを作成し遵守させることで、危機意識を持ち業務に当たる事ができると考える。

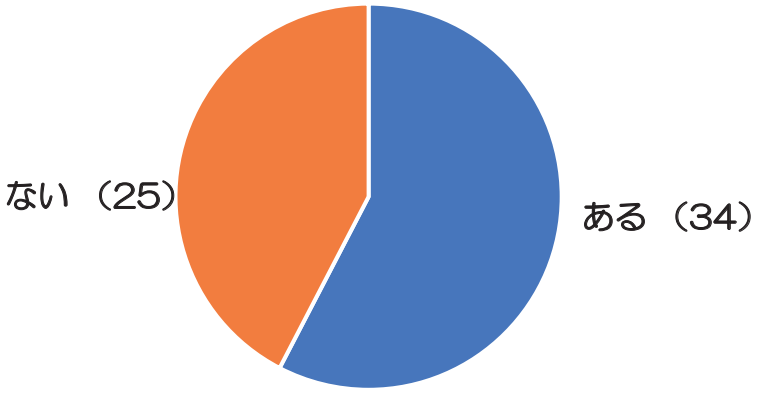
・薬に関する知識の向上と情報共有が大切である。
新薬を服用している入所者や専門性の高い疾患を抱えている入所者が増えている状況であり、薬に関する知識を得るための学習が必要である。わからない薬がある場合は、調べて他の職員との情報共有が大切であると考える。

・薬に関する研修会は必要である。
看護師のみならず服薬等に関わる介護職にも薬について簡単な知識の習得は必要であり、薬に関する研修会は必要と考える。結果、薬に関する知識を深め入所者への対応に反映することができる。

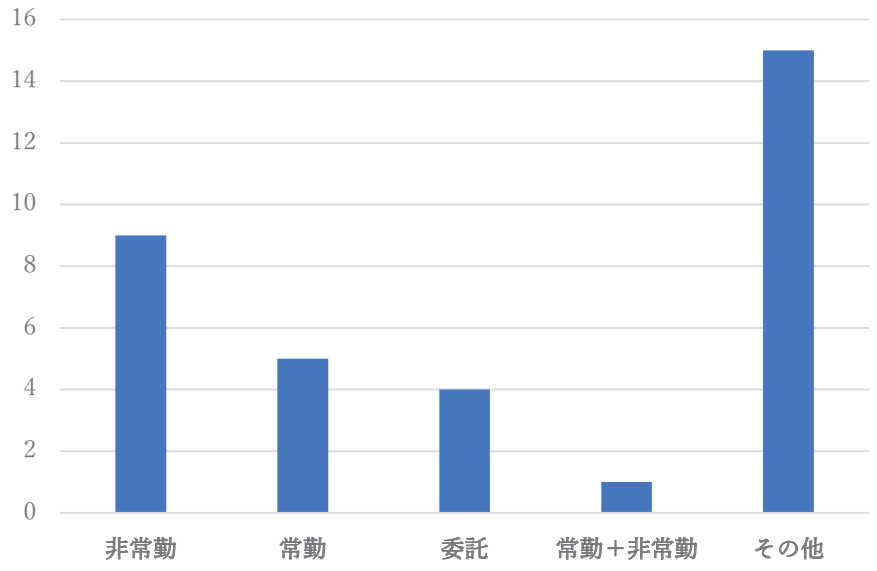
・薬の管理や与薬は、日常において各施設で実施されている業務ではあるが他の施設がどのように実施しているのか知りたい。

添付資料

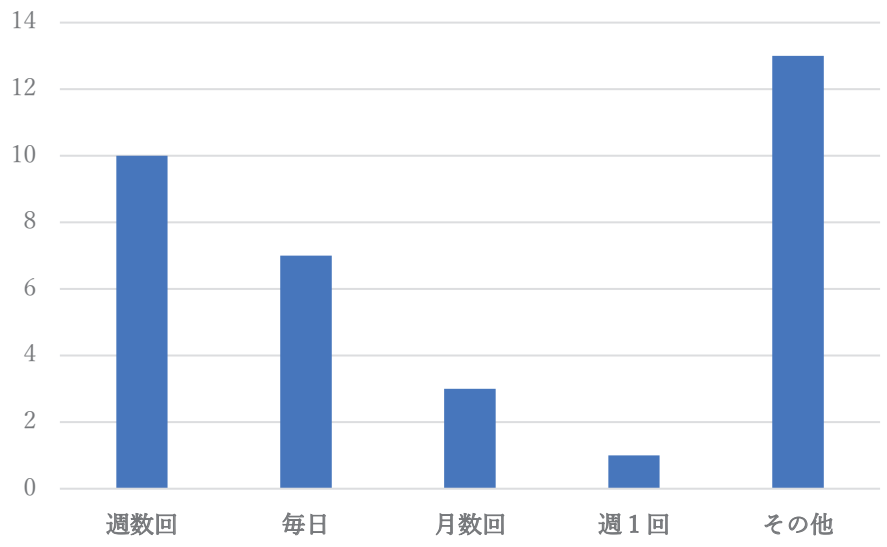
１．薬剤師の関りの有無　（ｎ＝59）



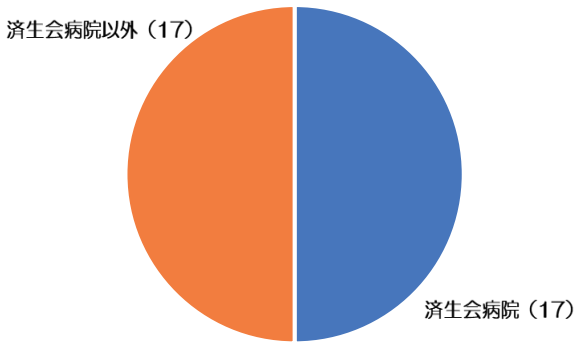
2-1.薬剤師の勤務形態 （ｎ＝34）



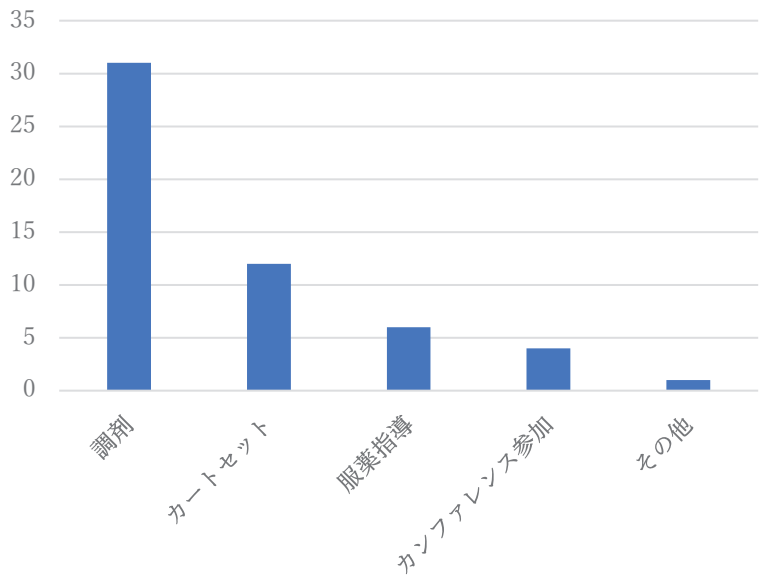
2-2.薬剤師の勤務頻度 （ｎ＝34）



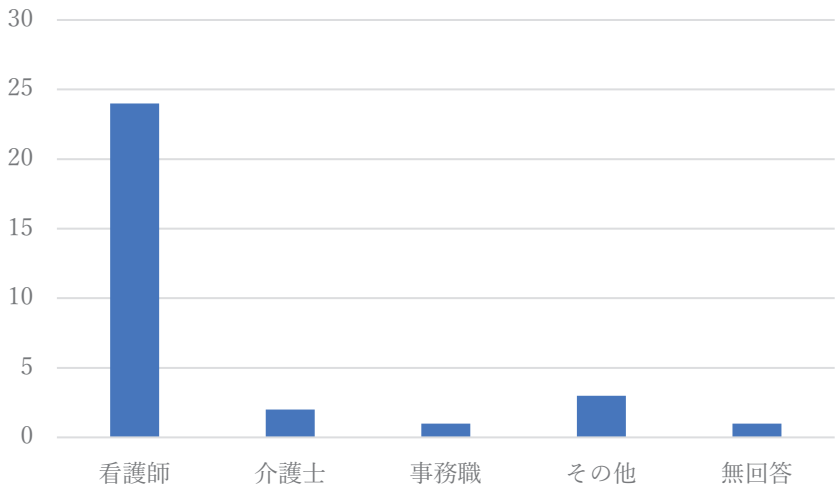
2-3. 薬剤師の所属　（n＝34）



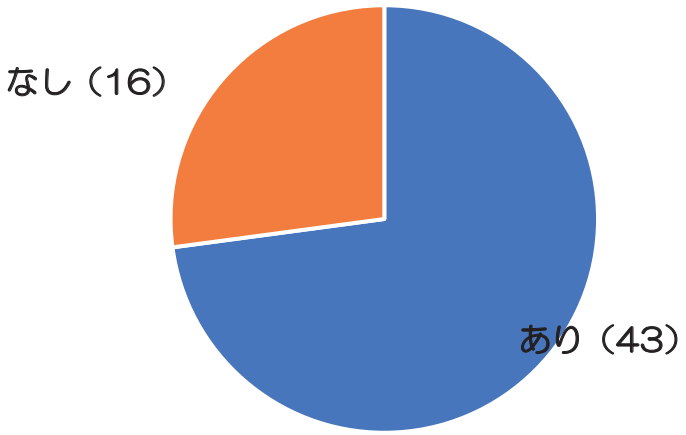
2-4. 薬剤師の業務内容（複数回答可）



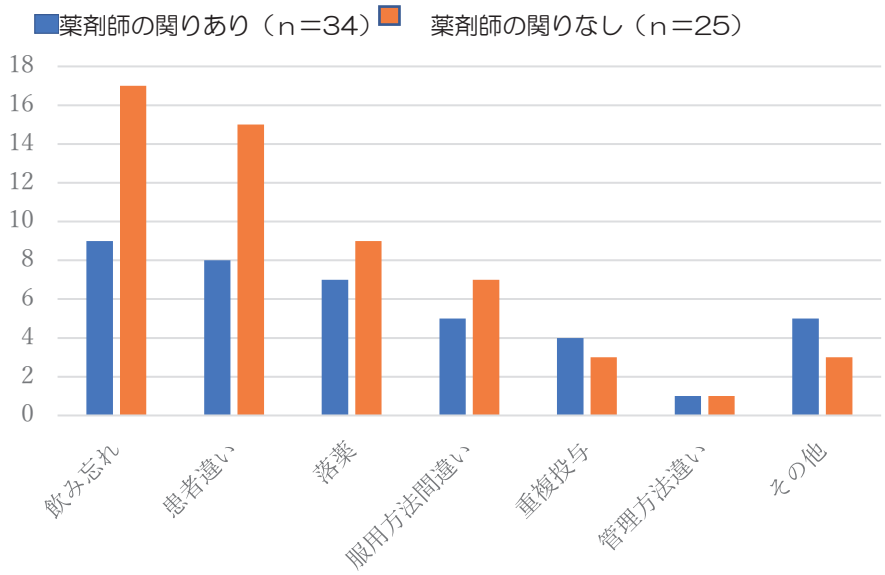
3. 薬剤師が関りのない施設での薬の管理をしている職種（複数回答可）



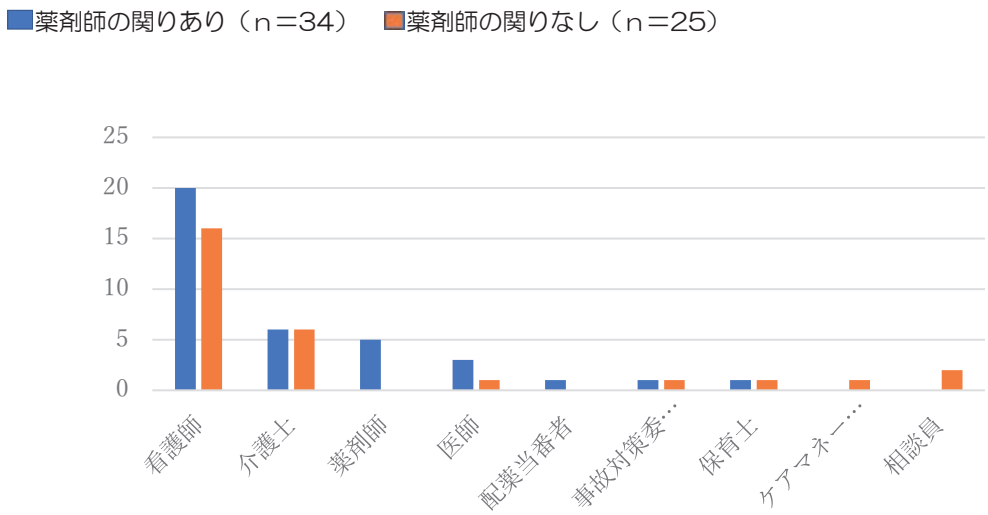
4. 薬に関するインシデントはあるか（ｎ＝５９）



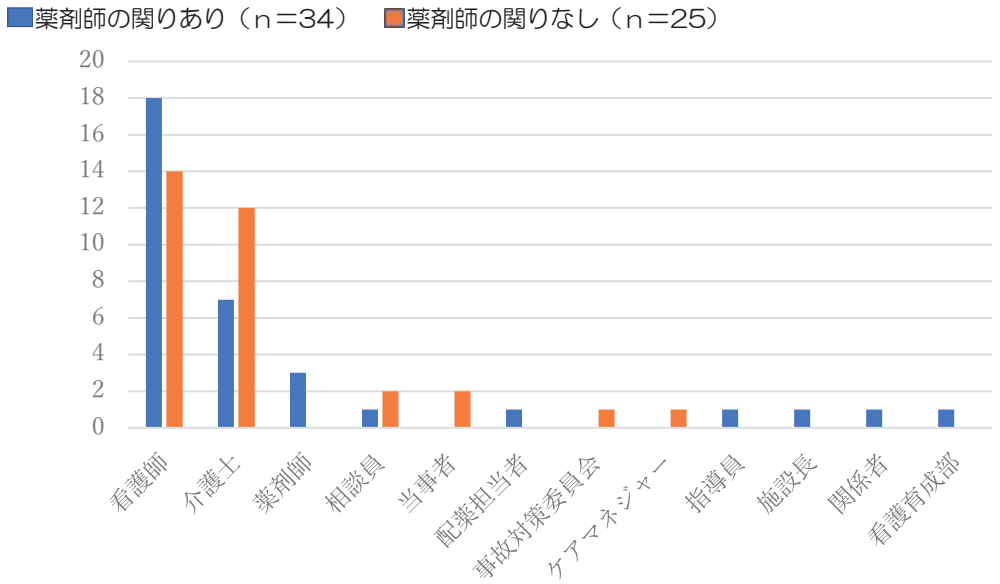
5-1 薬に関するインシデントの内容（複数回答可）



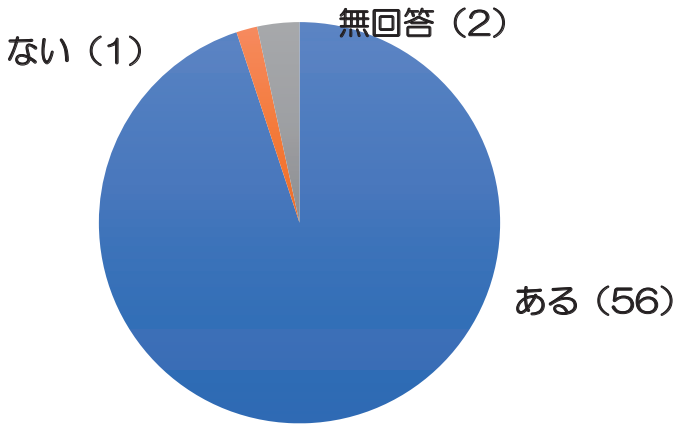
5-2 薬に関するインシデントに対応する職種（複数回答可）



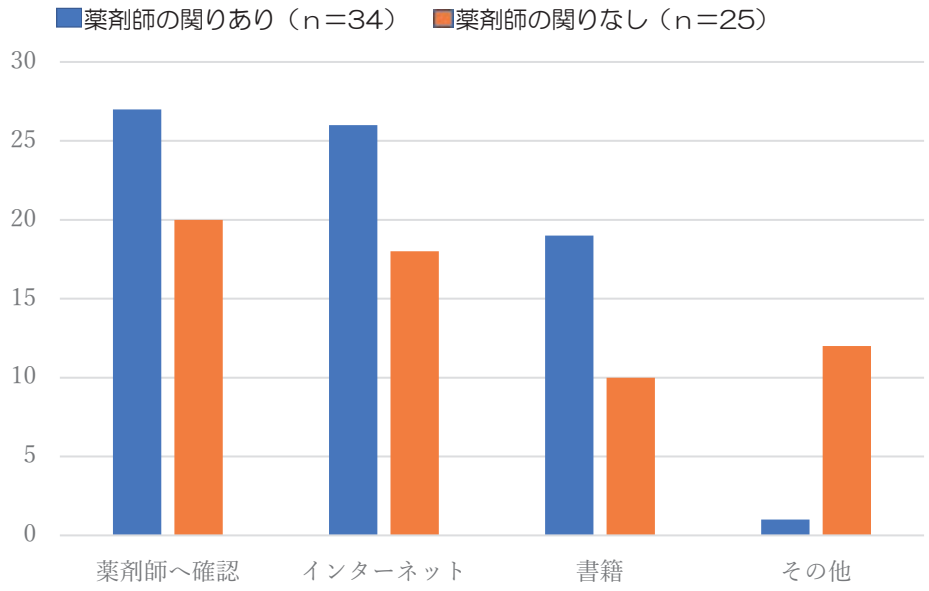
5-3. 再発防止策の立案と職員への周知をする職種（複数回答可）



6. 薬に関する疑問を調べたことがあるか　（n＝59）

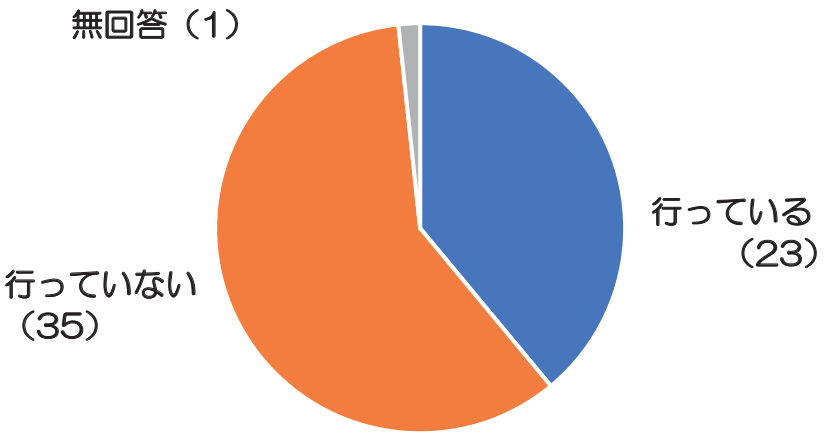


7. どのように調べたか（複数回答可）

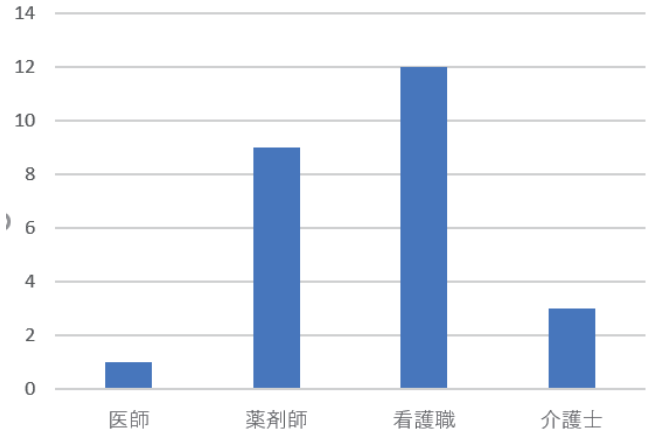


8．職員向けに医薬品の安全使用に関する研修会を開催しているか。

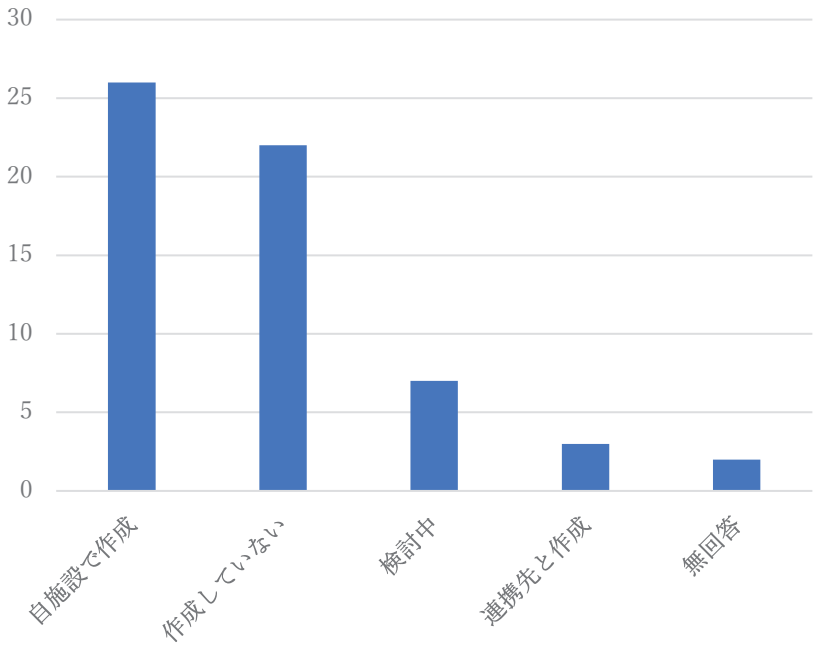
（ｎ＝59）



9．職員向けの医薬品の安全使用に関する研修会の講師の職種（複数回答可）



10．薬の安全使用に関する手順書の作成について　（ｎ＝59）



【考察】

福祉施設側の服薬等に関する調査を行ったことで薬剤師の関与の状況が見えてきた。又、具体的な問題点や要望も明らかになった。今後、薬剤師の支援についての検討を進めていきたいと考える。

今回の調査では 117 施設の調査を実施し 59 施設から回答があった。59 施設のうち 32 施設が介護老人福祉施設であり、薬剤師の施設基準がない。又、介護老人福祉施設は、事故の施設別発生件数も最も多いとされている。

人口の高齢化は世界的な課題である。2020 年における先進国における 65 歳以上の高齢者の割合はアメリカで 16.6%、カナダで 18.1%、イギリスで 18.7%、フランス 20.8%、ドイツ 21.7%、イタリア 23.3%、日本 28.1%であり最も高齢化率の高い国となっている。高齢化に伴い日常生活にサポートを必要とする高齢者も増加している。介護サービスを利用する高齢者はこの 20 年で 180 万人から 550 万人と約 3 倍に増加した。今後多くの高齢者が施設ケアを含む高齢者向け介護サービスの需要が増加していくと予想する。

多くの高齢者は慢性疾患に対して薬物治療を受けている。一般の高齢者の 5.8 種（2017 年厚労省調べ）に対し、高齢者介護施設では入所者の約 4 割が 9 種類以上の薬を服用していると事実がわかった。その事実から薬剤性の有害事象や薬剤関連のインシデントといった薬の使用に関わる安全性のリスクを抱えていると言える。高齢者の薬物療法の適正化が求められている。

高齢者福祉施設での事故は、転倒・転落、誤嚥、誤薬が上位を占めている。

転倒･転落にも薬が原因になることもあり高齢者福祉施設の職員は知識として覚えておく必要があると考える。今回の調査でも薬の飲み忘れ、患者間の誤薬、落薬、服用違いが上位を占めている。福岡県では誤薬のチェック項目にも挙げられている。できる限り複数の職員での確認をすることを推奨し、①介護職員が利用者の服用している薬の内容を理解できるよう、個人ファイル等での管理をしているか。②薬は一包化しているか。③薬を渡す途中での他の業務を行っていなか。④薬は朝・昼・夕だけでなく、食前・食後で分けているか。⑤薬は飲む直前に手渡しているか。⑥薬を手渡す際には薬に印字されている名前と利用者が一致しているか確認し、本人の氏名を確認しているか。⑦口に入れるまで確認しているか。⑧薬を飲みこむまで確認しているか。であり具体的に確認事項が示されている。

薬剤師が在籍している、又は、調剤で関わっている高齢者福祉施設では、前半で述べた薬剤性の有害事象の確認や評価も求められており、ポリファーマシー始め、さらなる医薬連携や情報共有が期待されている。

今回の高齢者福祉施設への調査から具体的な問題点や要望もみえてきた。又、薬剤師への調査では 17 施設が、高齢者施設への在籍をしていることも明らかになり全国済生会病院薬剤師会として介護の現場で必要な薬の知識を始め、高齢者福祉施設に寄り添い薬剤師の支援について、検討を進めていきたいと考える。

【結語】

今回、「高齢者福祉施設・児童福祉施設における服薬等の調査」を済生会病院 82 施設の薬剤部と高齢者福祉施設、児童福祉施設 117 施設に実施した。

調査結果から福祉施設の現状・具体的な問題点・要望が明らかになった。全国済生会病院薬剤師会として継続的に薬に関する情報提供ができるよう検討し、薬に関する研修会の企画等、支援を進めることで、より安全な薬学的ケアの実施に繋がると考える。

【参考資料】

1）入所前後の適切な投薬内容の評価は高齢者介護施設での薬物療法の安全性を向上させる。
京都府立医科大学　2022年6月16日
2）介護事故防止対応マニュアル作成の手引き
福岡県保健医療介護部介護保険課　平成31年3月
3）介護老人保健施設における薬剤処方の見直しと連携
第4回高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ＷＧ
2018年4月19日
4）高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編　厚生労働省
2018年5月
5）高齢者医薬品適正使用検討会　厚生労働省
2017年

Survey on medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities: A welfare facility investigation

Naomi Sogabe
Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

Abstract

Two surveys were conducted examining medication and related issues at Saiseikai elderly welfare facilities and child welfare facilities. The investigation examines how pharmacists at Saiseikai Hospital are involved. One survey targeted pharmacy departments and the other survey targeted welfare facilities. From these surveys, issues related to the use of drugs in welfare facilities were identified. This can clarify the types of support that can be provided by pharmacists related to the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.

1. Surveys related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting pharmacy departments).
Purpose: This survey investigates issues related to medication administration in welfare facilities, and clarifies what types of support pharmacists can provide to maximize the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.
Method: A questionnaire was conducted with the pharmacy department managers of each hospital regarding cooperation with welfare facilities.
Target: 82 Saiseikai facilities (81 hospitals, 1 welfare facility).

2. Surveys related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting welfare facilities)
Purpose: This survey investigates issues related to medication administration in welfare facilities, and clarifies what types of support pharmacists can provide to maximize the safety and appropriate pharmaceutical management of residents' medications.
Methods: A questionnaire was conducted with the facility managers of each facility regarding issues related to
Target: Long-term care health facilities for the elderly, welfare facilities for the elderly, child welfare facilities, welfare facilities for people with disabilities, facilities for children with severe mental and physical disabilities, etc.

This paper describes surveys related to medication administration at Saiseikai welfare facilities for the elderly and child welfare facilities (targeting welfare facilities).

Keywords
Elderly welfare facilities, child welfare facilities, incident, medical safety, pharmacist support

プロトコールに基づく薬物治療管理(PBPM)について

―済生会病院薬剤師会と済生会総研によるアンケート事例調査―

○石合 徹也[1)] 植松 和子[2)] 曽我部 直美[2) 3)] 菅野 浩[4)] 高橋 一栄[5)] 槙林 智子[6)]
1）済生会滋賀県病院 2）済生会保健・医療・福祉総合研究所 3）埼玉県済生会加須病院
4）済生会横浜市東部病院 5）大阪府済生会野江病院 6）福岡県済生会福岡総合病院

【概要】

令和３年９月30日に厚労省医政局から「現行制度下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」が発出された[1)]。これにより、各職種におけるタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例が提示され、薬剤師においても、職能団体である日本病院薬剤師会から推進の方針が示された[2)]。

中でも薬剤師以外の者へのタスク・シフトの実践が医師の薬物療法に関するタスク・シフトに繋がること、医師とのタスク・シフトではプロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM ：Protocol Based Pharmacotherapy Management）の実践が有効であることなどが示され、薬剤師が関わることによる医師の働き方改革への具体策が示されている。この取り組みにより効率的に薬物療法の質の向上や患者の安全性を守ることにもつながる。そこで済生会グループ病院でのPBPM実施状況を調査し、共有することで、導入を広く進めたいと考えている。

【キーワード】

医師の働き方改革、タスクシフトシェア、PBPM（プロトコールに基づく薬物治療管理）
薬物療法の質の向上

【背景】

医師の働き方改革が注目されている中、厚生労働省は、現行制度下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例や推進に当たっての留意点など、医師の労働時間短縮策を公開している。病院薬剤師が、プロトコールに基づく薬物治療管理であるPBPM（Protocol Based Pharmacotherapy Management）を実施することで、他職種の時間外勤務の抑制、とりわけ医師の業務時間の削減に寄与できる事が考えられる。

現行制度下で薬剤師が可能な業務としては、1.周術期における薬学的管理等薬剤に関連する業務、2.病棟等における薬学的管理等、3.医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき実施する項目、4.薬物療法に関する説明、5.医師への処方提案等の処方支援、6.糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導が挙げられている。

【目的】

済生会グループ病院の PBPM 実施状況を調査し、具体的な実施内容を把握することを目的とする。

【方法】

2023 年 2 月の状況を　済生会グループ病院（81 施設）を対象として、Google フォームにてアンケートを作成し、Web にて回答集計を行った。

【調査票】

済生会病院薬剤師会アンケート（PBPM）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

回答者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1.自施設で薬剤師が PBPM の取り組みをされていますか

□取り組んでいる　　□取り組んでいない

□その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.実施されている施設では、どのような PBPM を作成され実施されていますか

□疑義紹介簡素化　　□TDM に関わる検査等　　□持参薬からの切り替え提案

□その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.実施されている施設においては、済生会病院薬剤師会として、PBPM の内容を後日集積した上、公開したいと考えているが賛同いただけますか

□賛同できる

□賛同できない（理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※賛同できないご施設に関してデータは公表しません

4.実施していない施設におききします。今後取り組まれる予定がありますか

予定がない場合 PBPM の取り組みが出来ない理由を記載してください

□はい

□いいえ　（理由　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

PBPM を実施され、公開協力いただける施設には、個別に PBPM プロトコールの提出をお願いします

【結果】

53施設からアンケートが提出され、回答率は、66%であった。回答施設は、急性期が41施設、回復期が6施設、高度急性期が3施設、慢性期が3施設であった。

院外保険薬局向けPBPMプロトコールとして、調剤薬局からの疑義照会を簡素化し医師への問い合わせを減らす取り組みを行っている病院は、22施設であり、外来を院内処方で対応している病院や疑義照会件数が少ない病院は、PBPM導入に消極的であることが分かった。

一方で院内PBPMプロトコールについては、31施設が実施しており、処方代行入力PBPMは、23施設が取り組んでいた。その他にも、疑義照会、検査オーダ入力、TDM(Therapeutic Drug Monitoring)、投与設計、採血オーダ代行入力などが実施されていた。事例の詳細については以下に示す。

＜プロトコールの事例＞

◆院外向けPBPMプロトコール

・調剤薬局、地域薬剤師会等と疑義照会プロトコールを作成し医師への問い合わせを簡素化する（以下に主な項目を提示する）

項目	例
同一成分の銘柄変更	
内服薬の剤形変更	OD錠⇔普通錠⇔散
内服薬の規格変更	5mg2錠→10mg1錠
半割　粉砕　混合	
医療上必要性が認められる一包化	
軟膏クリーム剤の規格変更	5g2本　→　10g1本

◆院内向けPBPMプロトコール

代行入力・オーダに関する支援プロトコール

項目	例
処方代行・修正入力	
持参薬処方代行入力、処方修正	
投与設計における注射オーダ及び採血オーダ	バンコマイシンのTDM＊後
TDMオーダ代行入力	
服薬指導依頼代行入力	
周術期血糖測定	
血液培養提出	

（＊TDM：Therapeutic Drug Monitoring）

調剤に関する支援プロトコール

項目	例
経口困難な患者への粉砕等対応	
病棟転棟継続処方	
定期継続処方支援	整形外科
入院継続処方不足分入力	
処方日数延長短縮、	
別規格製剤がある場合の規格変更	5mg0.5 錠→2.5mg1 錠
混合時の製剤調整	1 包化、粉砕、軟膏＋クリームなどの混合
処方日数調整	週 1 回服用薬、月 1 回服用薬
簡易懸濁法における剤形変更	

処方支援プロトコール

項目	例
入院処方残薬問題解消支援	
院外処方の疑義照会	薬剤師判断可能範囲の設定
相互作用が危惧される用法	服用時間変更
投与時間の変更	注射剤
採用医薬品変更	先発品から AG（オーソライズド・ジェネリック）へ
院外施設向け情報提供用紙の作成	

がん化学療法に関する支援プロトコール

項目	例
処方オーダ入力	
検査オーダ入力	
インフォームドコンセント補助	
抗がん剤投与量・投与日変更処方せん修正	
HBV 検査オーダの代行入力	がん化学療法による B 型肝炎ウイルス再活性化予防
レジメン設定内での前処置入力	
催吐リスクに応じた制吐剤の変更	
初回時の保湿剤入力	チロシンキナーゼ阻害薬、ソラフェニブ、レンバチニブ等
副作用モニタリング	

個別医薬品に関する支援プロトコール

項目
H2 ブロッカーと PPI（プロトンポンプインヒビター）の重複対応
非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）重複対応
糖尿病薬の処方調節
COVID-19 治療薬処方支援
抗 VEGF 抗体製剤処方時の尿蛋白 （VEGF：Vascular Endothelial Growth Factor：血管内皮増殖因子）
EGFR 抗体投与期間中の低マグネシウム血症モニタリング （EGFR :epidermal growth factor receptor：上皮成長因子受容体）
エベロリムス使用時の初回 HbA1c および 2 回目以降の随時血糖測定
アベマシクリブ初回使用時のシスタチン C （腎機能を反映しない血清クレアチニン上昇があるため）
腎機能に応じた用量変更
ペメトレキセド使用時の VB12 注射剤の入力
ゾレドロン酸の投与量（腎機能に応じた用量変更）
デノボ（de novo）肝炎検査依頼プロトコール

その他

・全入院患者への薬剤管理指導料の算定

【考察】

少子超高齢化は抑えることができない状況となっており、人材不足は多くの分野に影響を及ぼし、医療・介護・福祉分野においても人材確保は喫緊の課題となっている。病院での医師の働き方改革を遂行するためには医師のみならず、多職種医療従事者の業務効率化も念頭に、病院全体の働き方に視点を置いた改革が求められている。

薬剤師の現状として、新卒者の就職先は約 70%が薬局、ドラッグストアであり、病院は約 30%となっており、病院薬剤師の確保は難しい状況である。また、薬剤師は女性が男性の２倍と女性の多い職種でもあり[3)]、ワークライフバランス、産休育休の確保など多くの課題があり、病院の労働環境は仕事の継続が困難な現状もある。

令和 3 年度厚生労働省医薬・生活衛生局総務課委託事業の報告書,（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所,令和 4 年（2022 年）3 月）によると、病院薬剤師不足により生じている弊害として「病棟業務に支障がある」、「薬剤師の時間外勤務が増えている」、「チーム医療への参画に支障がある」、「薬剤師の休日勤務日数が増えている」、「薬剤師外来の実施に支障がある」などが報告され、薬剤師不足によって、病棟業務やチーム医療などの対人業務に十分に取り組むことができていない状況がうかがえる。それ以外の業務を含め、時間外勤務によって薬剤師 への負担がかかっている状況も報告されている[4)]。

医療現場では、様々な問題に直面する中、課題解決の手段のひとつが PBPM の導入である。職場環

境の違いで発生する問題も異なるため、各施設に合った取り組みが必要であるが、今回のアンケートから薬剤師の職能を活かした取り組みが多い一方で、薬剤師人員不足により関われない施設も散見された。

薬剤の整理や計数、入力作業など薬剤師以外の者でも実施可能な業務については、薬剤師から薬剤師以外のスタッフへのタスクをシフトするなど業務を効率化し、より薬学的専門性の高い業務のタスク・シフティングを実施していくことが重要であると考える。

済生会グループでも、現場の課題は、施設や地域の現状によって様々で、解決案に必要とされる医療資源も異なる。課題を解決するには適切な PBPM の導入する事が有用であり、業務手順を明確化することが必要である。また同時に薬剤部内の業務効率化も重要である。

今回の結果を共有し参考とすることで、多くの施設での効率的な導入を支援していきたいと考える。

【参考資料】

1）現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について;
厚生労働省医政局（令和 3 年 9 月 30 日）
https://www.jshp.or.jp/content/2021/1004-2.pdf

2）現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について;
日本病院薬剤師会（令和 3 年 10 月 4 日）
https://www.jshp.or.jp/banner/document/taskshift.html

3）医師・歯科医師・薬剤師統計の概況: 厚労省令和 2(2020)年
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/dl/R02_1gaikyo.pdf

4）薬剤師確保のための調査・検討事業報告書;令和 3 年度厚生労働省医薬・生活衛生局総務課委託事業報告書,株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所,
令和 4 年（2022 年）3 月
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000963766.pdf

Title

About Protocol-Based Pharmacotherapeutic:
Questionnaire case study by Saiseikai Hospital Pharmacists Association
and Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

○Tetsuya Isigo[1)], Kazuko Uematsu[2)], Naomi Sogabe[2)3)], Hiroshi Kanno[4),]
Kazushige takahashi[5)], Tomoko Makibayashi[6)]

1)Saiseikai Shiga Prefectural Hospital
2)Saiseikai Research Institure of Health Care Welfare
3)Saitama Saiseikai Kazo Hospita
4) Saiseikai Yokohama City Eastern Hospital
5) Saiseikai Noe Hospital, Osaka
6) Fukuoka Saiseikai Fukuoka General Hospital

Abstract

On 30 September 2021, Japan’s Medical Policy Bureau of the Ministry of Health, Labour and Welfare issued "Promotion of Task Shift Share to the extent that it can be implemented under the current system." As a result, specific examples of tasks that can be shifted or shared in each occupation were presented. For pharmacists, the Japan Hospital Pharmacists Association, a professional organization, indicated a policy to promote.

The practice of task shifting for non-pharmacists results in task shifting for physicians related to drug therapy. Task shifting with physicians showed that the practice of protocol-based pharmacotherapy management (PBPM) was effective. Specific measures are presented to reform how physicians work with the involvement of pharmacists. Additionally, this initiative will lead to improvements in drug therapy quality and protect patient safety. By investigating and sharing the status of PBPM implementation at Saiseikai Group Hospitals, this study highlights the benefits of the widespread introduction of PBPM.

Keywords

physician work reform, task shift sharing, protocol-based pharmacotherapeutic（PBPM）, improving the quality of drug

介護・福祉施設における利用者および家族の満足度に影響を与える因子の検討

見浦　継一　山口　直人　松原　了

（済生会保健・医療・福祉総合研究所）

要旨

済生会は、平成 23 年度から毎年「医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標」として福祉サービスの質を評価する 20 指標を作成・公表している。開始から 10 年が経過し、指標作成のために収集したデータが蓄積された。

これら大量のデータの中からいくつかの項目について介護・福祉施設の利用者およびその家族の満足度との相関を検証したところ、「低所得者負担軽減制度利用入所者の割合」と弱い正の相関関係を、「労働生産性（付加価値額/年間平均職員数）」と弱い負の相関関係を確認した。この結果から、低所得者負担軽減制度を利用する入所者の積極的な受け入れや、労働生産性を過剰に追求しないことが利用者満足度の向上に寄与する可能性が示唆される。

今後、さらに積み重ねられるデータで継続して追加検証を行うとともに、利用者満足度の向上につながる改善活動を評価する指標の開発を進めたい。

キーワード：福祉の質、指標、利用者満足度

はじめに

済生会は、平成 23 年度から毎年「医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標（以下：質指標）」として福祉サービスの質を評価する 20 指標（表 1）を作成・公表している。医療の質と同様に、福祉サービスの質も指標により可視化し、指標数値の改善を図ることでサービスの質の向上に繋げることが目的である。

10 年の長期にわたり同一の指標を計測して定期的な公表を行っていることで、膨大なデータが蓄積されている。一方で、指標結果を分析し、サービスの質の改善につなげるといった指標結果の活用については、今後の検討課題である。

本研究では、これまでの指標結果に加え、済生会が持つ様々なデータを分析対象とし、介護・福祉施設での質改善活動に寄与しうる指標の活用方法を検討したい。

（表1）医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標　福祉分野の指標一覧

無料低額利用実施割合	在宅からの受入れ状況
無料低額利用相談件数	難病・障害を有した方の入所者数
利用者からの苦情に対する処理割合	特定の医療行為を行った入所者の割合
インシデント・アクシデント調査	所定疾患に関する施設対応状況
入所者の満足度	おむつ使用率
入所者の要介護度の人数割合	胃瘻や経管栄養からの経口摂取可能となった割合
福祉サービス第三者評価の受審状況	口腔機能維持管理に関する実施割合
認知症専門ケアにおける研修修了状況	介護老人保健施設における在宅復帰率
福祉施設の低所得者負担軽減制度利用入所者の割合	ターミナルケアの実施状況
措置入所対象者の受入れ状況	看取り介護の実施状況

研究方法

質指標の一つとして公表している利用者およびその家族の満足度は、施設の取り組みが利用者やその家族に好意的に受け入れられているかどうかを把握するための重要な指標である。そこで本研究では、利用者（家族）の満足度の高さが質の高い介護サービスの基盤であると捉え、満足度を向上させる因子の特定を目指す。

分析対象は、2016 年度から 2021 年度までの６年間に質指標を算出した施設とした。各年度の対象施設数を（表２）に示す。母数（N）は 493 施設であった。このうち、質指標の結果が欠損しているデータを除外し、各施設の満足度調査の結果と、同年度の質指標の結果や済生会本部事務局が持つ経営指標（表３）の数値との相関係数を算出し、相関の有無を調査した。

（表2）対象施設数

	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	施設数 計
2016年度	30	52	82
2017年度	30	52	82
2018年度	30	52	82
2019年度	29	53	82
2020年度	29	53	82
2021年度	29	54	83

N=493

（表3）満足度調査の結果との相関を確認する項目一覧

分野	項目名
質指標	無料低額利用の実施割合
質指標	インシデント・アクシデント総件数のうちレベル3以上の割合
質指標	低所得者負担軽減制度利用入所者の割合
質指標	特定の医療行為を行った入所者の割合
質指標	日中帯におけるおむつ使用率
質指標	胃瘻や経管栄養からの経口摂取可能となった割合
質指標	口腔機能維持管理に関する実施割合
質指標	介護老人保健施設における在宅復帰率
質指標	介護老人保健施設におけるターミナルケアの実施状況
経営指標	ベッド利用率
経営指標	職員１人あたりの収益
経営指標	労働生産性
経営指標	労働分配率
経営指標	離職率（介護福祉士）
経営指標	離職率（その他介護職員）
経営指標	職員平均勤続年数

結果

利用者（家族）の満足度調査の結果と各項目との相関係数および有意確率を（表 4）に示す。分析の結果、「低所得者負担軽減制度利用入所者の割合」と弱い正の相関関係を、「労働生産性」と弱い負の相関関係を確認した。その他の項目では満足度調査の結果との相関は確認できなかった。

また、利用者満足度と有意に相関があった 2 項目の詳細を、（表 5）に示す。

（表4）満足度調査の結果との相関係数

項目	母数（n）	相関係数（r）	有意確率（両側）	相関の有無
無料低額利用の実施割合	126	-0.05	p=.54	無し
インシデント・アクシデント総件数のうちレベル3以上の割合	367	0.03	p=.59	無し
低所得者負担軽減制度利用入所者の割合	231	0.23	p<.001	弱い正の相関
特定の医療行為を行った入所者の割合	369	0.02	p=.66	無し
日中帯におけるおむつ使用率	369	-0.03	p=.52	無し
胃瘻や経管栄養からの経口摂取可能となった割合	322	-0.01	p=.90	無し
口腔機能維持管理に関する実施割合	357	-0.04	p=.46	無し
介護老人保健施設における在宅復帰率	126	0.10	p=.25	無し
介護老人保健施設におけるターミナルケアの実施状況	125	-0.05	p=.54	無し
ベッド利用率	370	-0.01	p=.91	無し
職員 1 人あたりの収益	370	-0.15	p<.001	無し
労働生産性	370	-0.23	p<.001	弱い負の相関
労働分配率	370	0.05	p=.29	無し
離職率（介護福祉士）	370	-0.01	p=.82	無し
離職率（その他介護職員）	319	0.06	p=.26	無し
職員平均勤続年数	260	-0.02	p=.72	無し

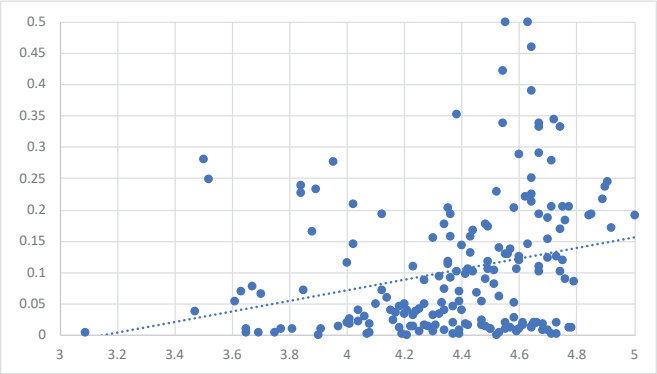
（表5）相関関係を確認した項目の詳細

● 福祉施設の低所得者負担軽減制度利用入所者の割合

$$\text{割合（x.x\%）} = \frac{\text{低所得者負担軽減制度の利用入所者数（延数）}}{\text{施設入所者数（延数）}} \times 100$$

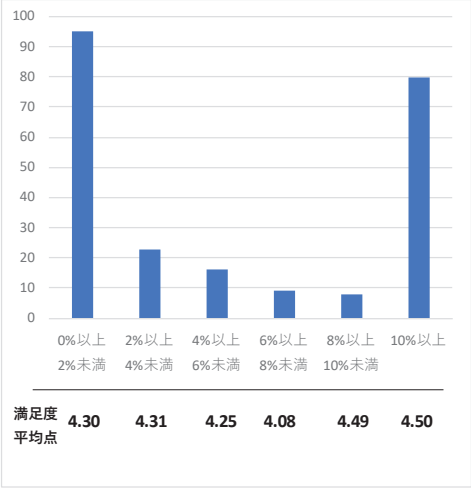
n=231

平均値	8.5%
最大値	49.9%
75%値	13.4%
中央値	3.9%
25%値	0.5%
最小値	0.0%



カテゴリーごとの平均満足度

	施設数	満足度平均点
0%以上 2%未満	95	4.30
2%以上 4%未満	23	4.31
4%以上 6%未満	16	4.25
6%以上 8%未満	9	4.08
8%以上 10%未満	8	4.49
10%以上	80	4.50



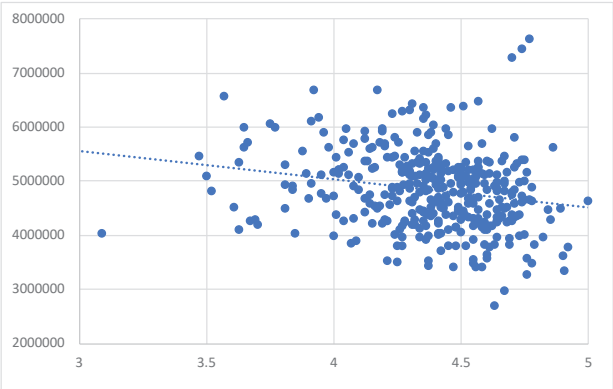
● 労働生産性

$$金額（xx円）＝\frac{付加価値額（サービス活動増減差額+人件費）}{年間平均従事者数}$$

n=370

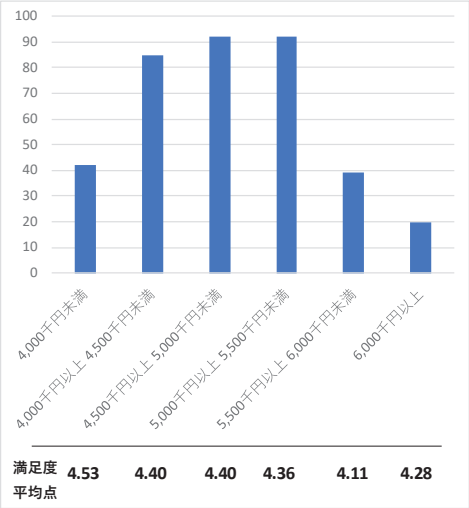
平均値	4,838
最大値	7,639
75%値	5,271
中央値	4,834
25%値	4,309
最小値	1,900

（千円）



カテゴリーごとの平均満足度

	施設数	満足度平均点
4,000千円未満	42	4.53
4,000千円以上 4,500千円未満	85	4.40
4,500千円以上 5,000千円未満	92	4.40
5,000千円以上 5,500千円未満	92	4.36
5,500千円以上 6,000千円未満	39	4.11
6,000千円以上	20	4.28



考察

この結果から、①低所得者負担軽減制度を利用する入所者を積極的に受け入れること、②労働生産性を過剰に追求しないこと、の 2 点が利用者満足度の向上に寄与する可能性が示唆される。

低所得者負担軽減制度とは、『低所得で生計が困難である者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図る』ことを目的とした公的制度である。（令和元年度「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度事業」行政事業レビュー公開プロセス資料より抜粋）

令和３年度の質指標の報告書によると、済生会が運営する特別養護老人ホームの 1 年間の延べ利用者のうち、7.9%が制度対象となる低所得者であった（表 4）。医療機関における無料低額診療事業の実施基準が、取り扱い患者総延べ数の 10%であることを考えると、7.9%という数値は決して高いとは言えない。最も積極的に受け入れを行った施設で 35.2%という実績があるが、10%までを 2%刻みで分割した場合の施設の分布を確認すると（図 2）、ほぼ受け入れができていない（0%以上 2%未満）施設群と、積極的に受け入れを行っている（10%以上）施設群に二極化している様子が伺える。

各郡の利用者満足度の平均点を見ると、受け入れができていない施設群に比べ、積極的に受け入れを行っている群の利用者満足度が高い。社会福祉法人の社会的役割として当該制度利用者を積極的に受け入れることは、制度利用者だけでなく広く地域社会からポジティブな評価を受け、それが職員のモチベーション向上などに広く影響を与え、利用者の満足度向上に繋がることが想定される。

労働生産性は、『従業員一人当たりの付加価値額を言い、付加価値額を従業員数で除したもの』で、『労働の効率性を計る尺度であり、労働生産性が高い場合は、投入された労働力が効率的に利用されている』ととらえることができる。（財務総合政策研究所レポート「法人企業統計調査からみる日本企業の特徴」より抜粋）

一般の営利企業においては、より多くの利益を獲得するために労働生産性の向上に取り組むが、利益追求を目的としない社会福祉法人の場合は、労働生産性の評価に注意する必要がある。

介護サービス事業における収入は、国の公的価格制度により定められた「介護・障害福祉サービス等報酬」である。施設の規模の拡大（定員数の増加）を行うには行政の許可が必要で、多くの場合ハードルが高く容易には認められない。収入上限が固定されている事業形態で労働生産性を上げるためには、より少ない人数で事業活動を行い、人件費を抑制することが必要であるが、介護業界の人手不足が大きな社会問題である昨今、介護サービスの事業所で積極的に人員整理を実行することは現実的ではない。

つまり社会福祉法人として「労働生産性を過剰に追求しない」ということは、定められた収入に対して少ない職員数もしくは少ない人件費単価で施設運営を行うことで利益効率を求めるのではなく、収入の範囲内で利用者に対して最大限のサービス提供を行うという社会福祉法人としての目的に徹することである。利益効率のみを強く求める施設が利用者に受け入れられづらいのは当然で、労働生産性の追求が利用者満足度の低下に繋がることは想像に難くない。

結論

低所得者負担軽減制度を利用する入所者の積極的な受け入れは、済生会の使命である生活困窮者支援の実践である。また、労働生産性の上昇は、人件費もしくは純利益の増加もしくは少ない職員での運営によってもたらされる。この裏を返せば、適正な人員を確保し、営利を目的としない社会福祉法人としての健全な経営が、利用者や家族の満足度に良い影響を与えることが考えられる。

利用者やその家族に喜ばれるより質の高いサービスを提供するために、この 2 項目を意識した組織運営が有効であることが示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究で注目した利用者満足度は、施設によって調査の方法が異なる。また、対象の利用者の中には、自らの意思表示が困難な認知症高齢者も少なくないため、利用者本人の回答と家族からの回答を合算して集計しているが、利用者本人と家族の満足度の評価が必ずしも一致しているとは限らない。これらのデータ特性により施設間での数値比較は難しく、同一施設の数値推移をもとに分析を行うためには、さらにデータを積み重ねる必要がある。

今後は、毎年蓄積されるデータで継続して追加検証を行うとともに、低所得者負担軽減制度の利用率や労働生産性の数値を改善するために、介護現場でどのような活動が必要となるかを調査し、利用者満足度の向上につながる改善活動に用いる指標の開発を進めたい。

An examination of factors affecting user and family satisfaction in nursing and assisted living facilities

Keiichi Miura , Naohito Yamaguchi and Satoru Matsubara
Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

Abstract
Since FY 2011, Saiseikai has annually created and published 20 indicators used to evaluate the quality of welfare services, titled "Indicators for Ensuring and Improving the Quality of Medical and Welfare Services." In the ten years since the start of the program, the data collected for the creation of the indicators have accumulated.
When items from this large data set were examined for correlation with the level of satisfaction of users of nursing care and welfare facilities and their families, a weak positive correlation was confirmed with the percentage of residents using the low-income burden reduction system and a weak negative correlation was found with labor productivity (value added / annual average number of staff). These findings suggest that proactive acceptance of residents using the low-income burden reduction program and not overly pursuing labor productivity may contribute to increased user satisfaction.
If possible, future research will utilize additional collected data and will develop indicators to evaluate improvement activities that can further increase user satisfaction.

Keywords: welfare quality, indicators, user satisfaction

福祉施設における経営幹部職員の養成に関する研究

鈴木　孝尚[1]　原田　奈津子[2]　松原　了[3]
（済生会保健・医療・福祉総合研究所 [1]上席企画員　[2]上席研究員　[3]所長代理）

概要

本研究は、同一法人内の福祉施設の施設長を対象にアンケートやインタビュー調査をすることで、福祉施設における経営幹部養成や人材の確保・育成等の現状を明らかにし、福祉施設における経営幹部職員の養成に資することを目的としている。

福祉施設での職員不足は法人内外を問わず深刻であり、採用や人材定着への取り組みは経営幹部職員を養成する上でも重視する必要がある。また、施設長の研修ニーズには、職員満足度や人間関係、業務や組織風土の改善があり、その背景には人材定着へ関心があることが考えられる。施設での幹部職員を養成する研修は 6 割以上の施設で行われておらず、その背景には定期的に幹部候補がいないなど、施設単独での育成が困難といった側面があり、法人全体でもフォローする必要が示唆された。

福祉施設の管理職は経歴や職種も様々であることから、強みや弱みを理解しつつ、福祉施設の管理職として必要な知識や技術を身に着ける必要がある。また、人材育成に関して施設単独と法人全体とでそれぞれの役割を考えていく必要もある。

今後、研修の企画・運営をする中で、それぞれの役割分担等を模索しながら、施設単独では難しい部分を法人全体でフォローできる体制を構築していきたい。

キーワード　人材育成、福祉施設、経営幹部職員養成、人材確保・定着

【はじめに】

社会福祉法人恩賜財団済生会（以下「本会」という）では、人材の確保対策の推進に必要な事項を検討することを目的に、人材確保対策委員会を設置している。この委員会において、福祉施設の経営幹部職員を養成する研修等を企画するにあたり、本会の福祉施設への調査・実態把握をすることが了承された。

近年、福祉分野での人材の確保・育成が喫緊の課題となっており、福祉施設での経営幹部によるリーダーシップが一層の重要性を増している。しかし、そうした経営幹部の養成は自施設で行える施設がある一方、それが困難となる施設もある。

そうした状況から、福祉施設における経営幹部養成の実態を調査するとともに、職員の採用や人材確保対策等の状況も併せて調査し把握することで、経営幹部養成研修の企

画や現場における経営幹部養成、法人全体の人材確保対策等に貢献したい。

なお、本研究の調査結果は前述の人材確保対策委員会において報告がなされている。

【研究目的】

同一法人内の福祉施設の施設長を対象としたアンケートやインタビューによる調査をすることで、本会の福祉施設における経営幹部職員の養成状況や、人材の育成・確保対策等の現状を明らかにするとともに、福祉施設における経営幹部職員の養成に関する研修企画や現場での養成に寄与することを目的とする。

【研究方法】

本会の福祉施設の施設長を対象に質問紙法による調査とインタビュー調査を実施した。両調査の質問内容は、所属する研究所内での倫理委員会にて承認を得て実施した。

〈質問紙法による調査〉

調査対象は本会の以下の福祉施設 150 施設の施設長とし、メールを通じて回答する質問紙法を用いて 2022 年９月に実施。ヒアリング候補者の選定や調査後に開催する研修企画においても回答施設の把握が必要となることから回答は記名とした。主な質問項目は「施設の概況」「職員の採用関連」「離職防止・定着促進の方策」「人材育成の取り組み」「キャリアパス・研修体系」「幹部職員の養成」「施設長（管理者）自身について」とした。

《 調査対象施設 》　＊（　）内は施設数

老人保健施設（28）　特別養護老人ホーム（53）　軽費老人ホーム（10）
養護老人ホーム（6）　乳児院（7）　児童養護施設（1）　保育所（5）
幼保連携型認定こども園（3）　障害児入所施設（8）　障害者支援施設（5）
障害児通所支援事業（4）　障害福祉サービス事業（15）　その他（5）

〈インタビュー調査〉

令和５年６月から７月にかけて３つの都道府県支部の福祉施設の施設長・管理者 15 名を対象に実施した。インタビューはグループインタビューとし、半構造化面接により実施。調査対象施設の選定については、１つの支部（都道府県）に複数の施設があり、調査対象者の経歴が様々となるよう配慮し（下記参照）、全体として高齢・障害・児童といった分野が含まれるようにするように選定した。

調査の実施にあたっては、個人の名前が特定されたり、個人の評価に利用されたりすることはない旨をインタビュー対象者に対して説明し、同意書と撤回書を用意し、その上での研究協力をお願いした。

《 調査対象者の経歴 》

- 所属施設での経験を踏まえて施設管理職になる　４名
- 病院からの転籍による施設管理職　４名
- 他法人の福祉施設等を経験した後に当会に就職し施設管理職　７名

【結果・考察】

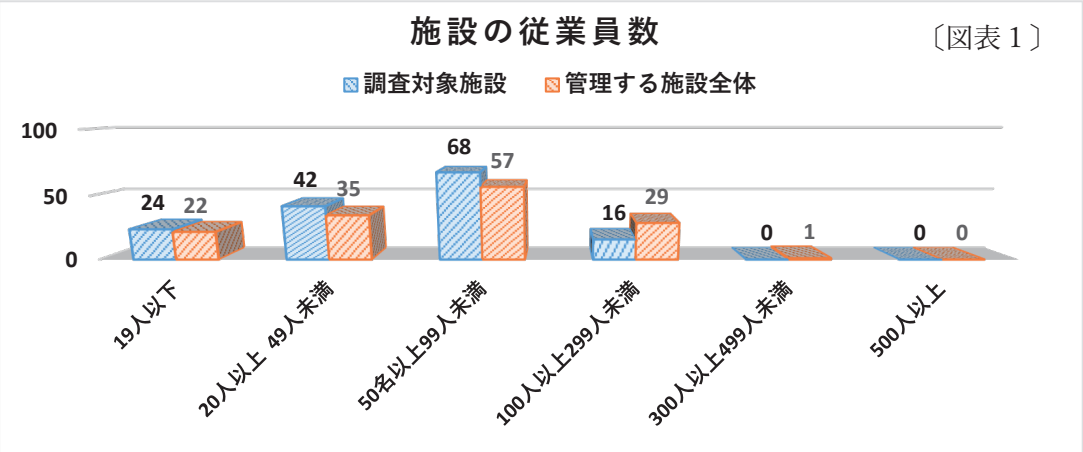
＜質問紙法による調査の結果＞

150 の福祉施設すべてから回答を得る。調査結果を「職員の状況」「人材の確保と定着」「人材育成」に整理した。

1　職員の現状

（1）1 人の施設長が管理する従業員数　〔図表 1〕

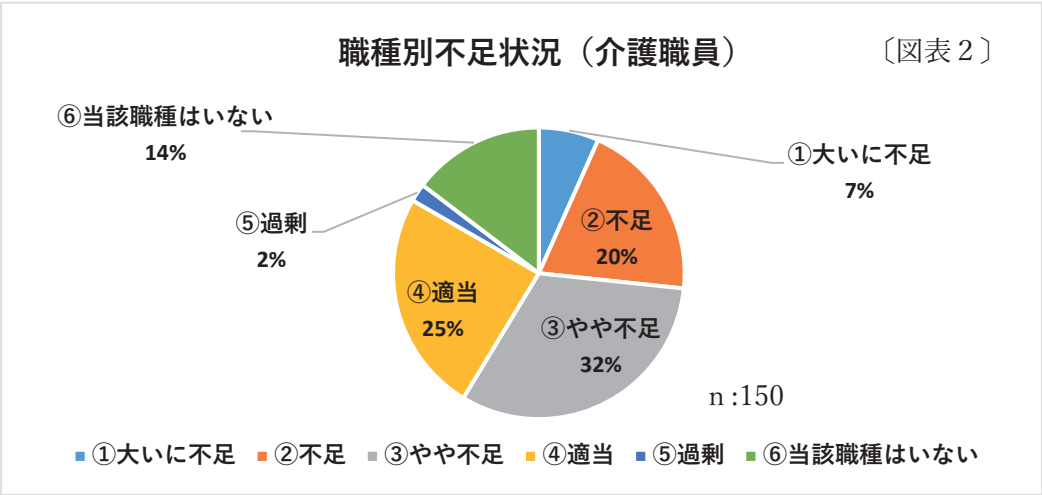
兼務する複数の施設を合わせても施設の従業員数は 100 名未満の施設の割合が高い。



（2）職員の不足状況　〔図表 2・3・4〕

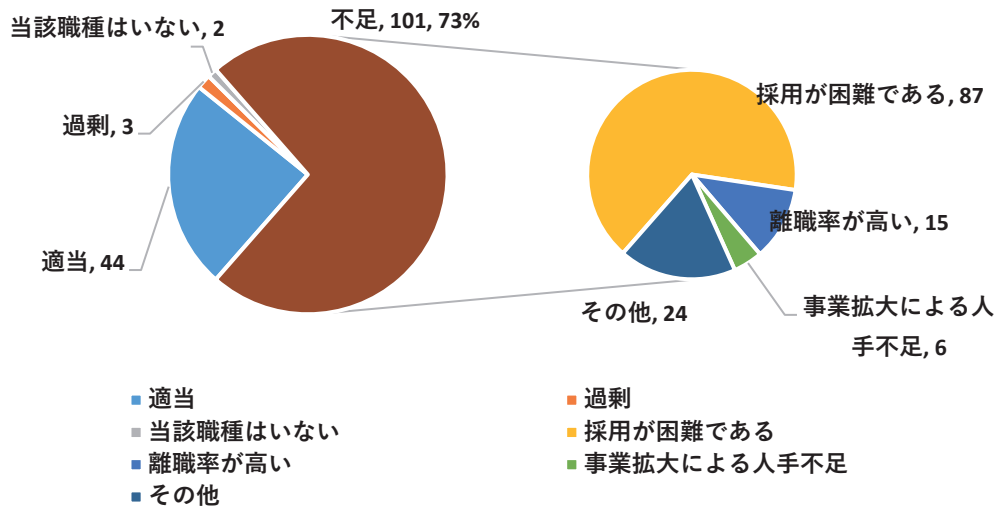
大いに不足（7%）・不足（20%）・やや不足（32%）を合わせ 59%の施設で介護職員が不足していると感じている。介護職員以外の職種も含めた施設全体での不足感においても 101 の施設が不足感を感じ、そのうち 87 施設が不足理由として「採用が困難である」をあげている（複数回答）。その背景には、地元養成校の定員割れ・福祉学部の廃止等の影響がある。

また、特別養護老人ホームにおける介護職員の不足感（大いに不足・不足・やや不足の合計）は全国と比較し 4.7 ポイント低いものの、全国と同様に不足感はある。



不足状況（施設全体）と主な不足理由

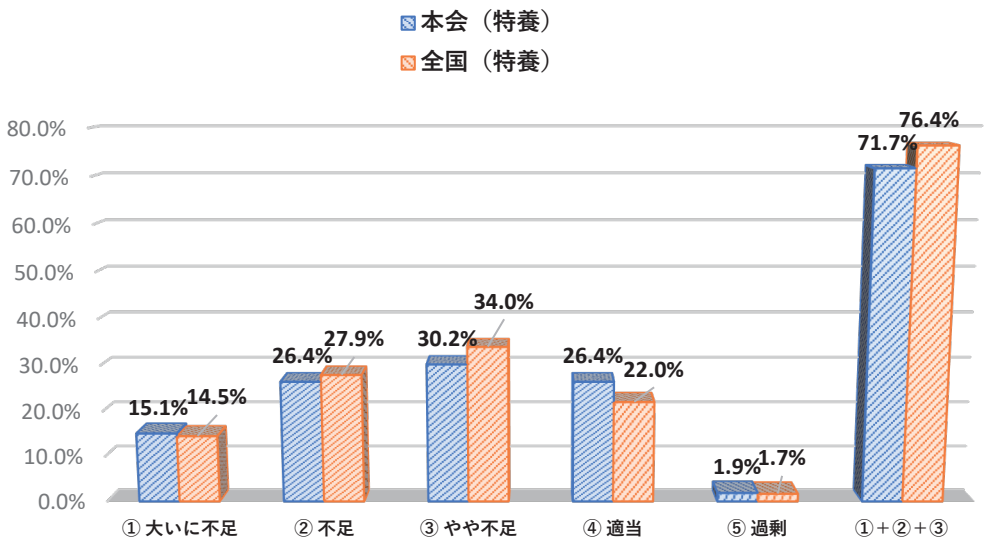
〔図表 3〕



＊ 不足：大いに不足（4）、不足（29）、やや不足（68）の合計　＊ 不足理由は複数回答

特養における介護職員の不足状況（本会と全国の比較）

〔図表 4〕



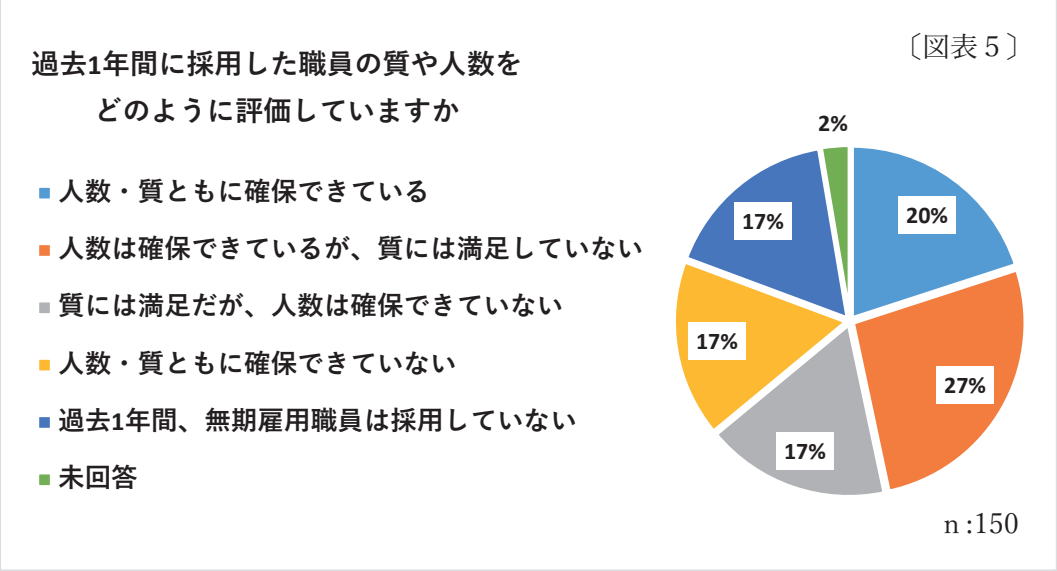
＊ 本会（ｎ＝53）

＊ 全国　（ｎ＝779）：令和２年度介護労働実態調査「事業所における介護労働実態調査 結果報告書」（公益財団法人介護労働安定センター）より

２．人材の確保と定着

（１）過去１年間に採用した職員の評価　〔図表５〕

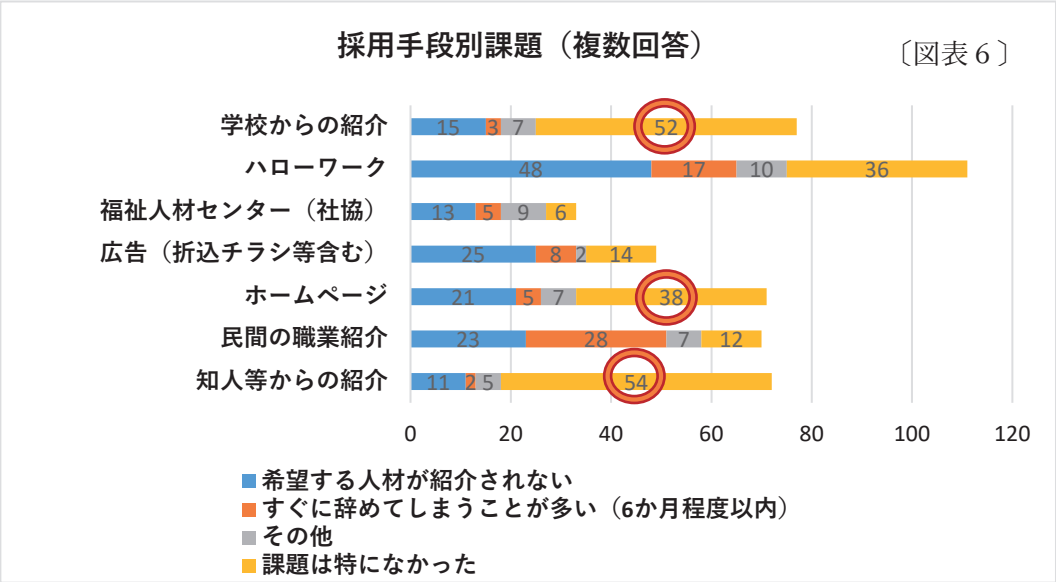
人数・質ともに確保できている施設は全体の 20％であった。質に満足していない（27％）、人数の確保ができていない（17％）、質の満足・人数の確保がともにできていない（17％）施設を合わせると全体の 61％になる。



（２）採用における工夫と課題　〔図表６〕

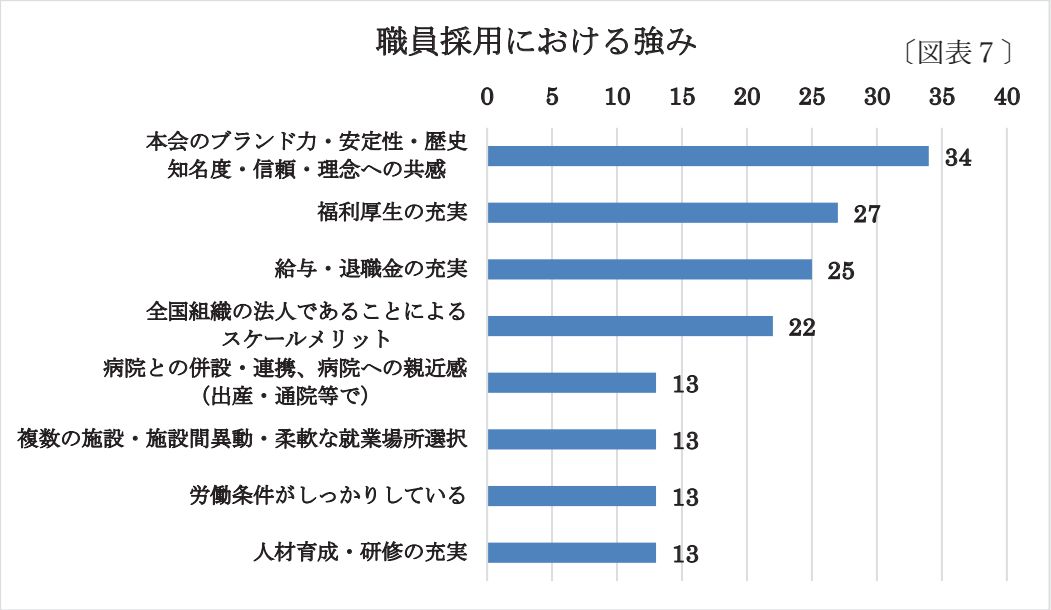
採用における工夫では、ホームページ等での PR や求人での労働条件等の掲載の工夫、学校や職員の知人への積極的な働きかけを行うことなどが多くの施設で行われている。

また、採用手段別の課題では「学校からの紹介」「知人等からの紹介」「ホームページ」では「課題がない」割合が高い。「採用の工夫」と「介護職員の不足している施設」の間に関係性はなく、これをしていると「介護職員が不足しない」というものはない。



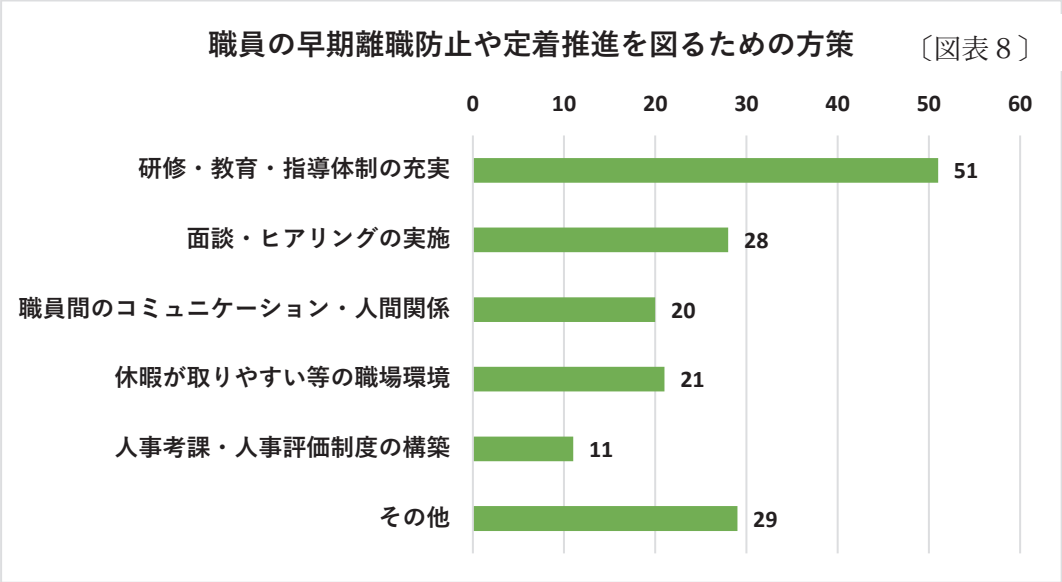
（３）職員採用における法人の強み　〔図表７〕

本会のブランド力や知名度が、施設での採用の強みの１つとなっている。



（４）離職防止や定着推進のための方策（複数回答）　〔図表８〕

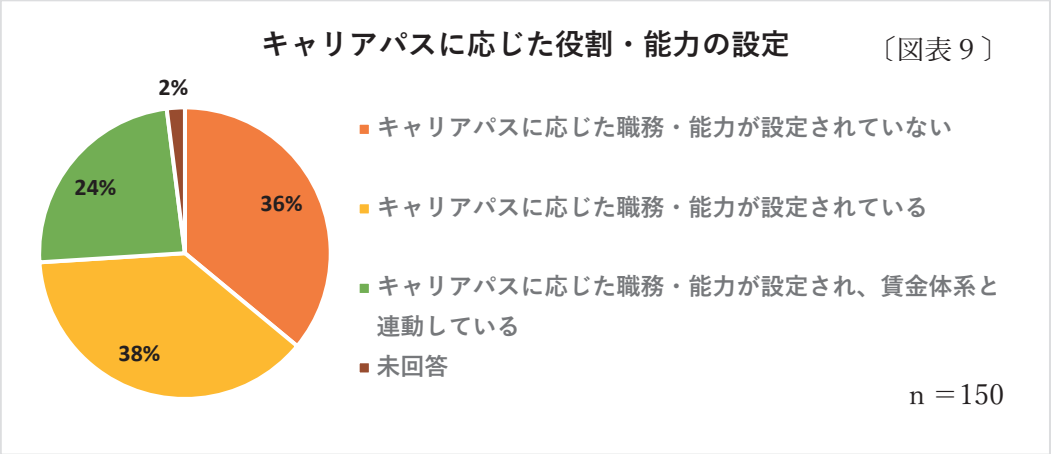
プリセプター制度の導入や丁寧なヒアリングなどを心掛けている施設が多い。



３　人材育成

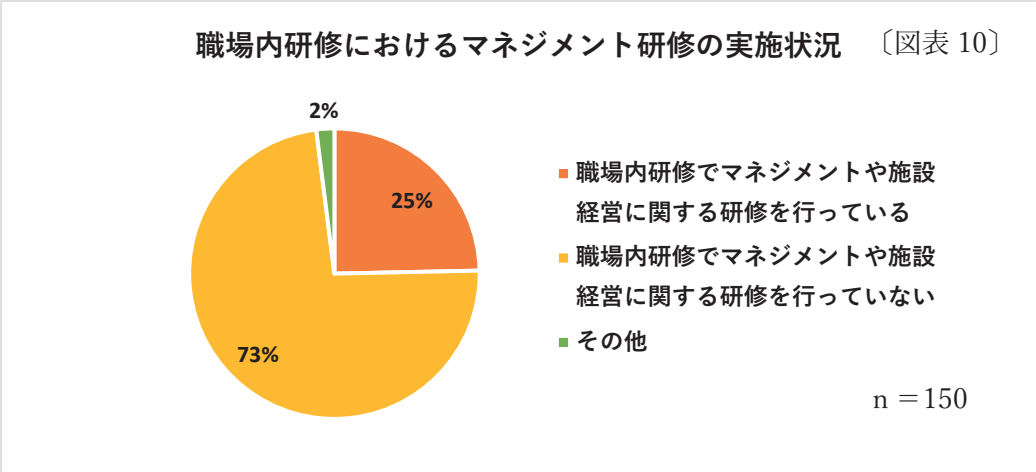
（１）人材育成の方策とキャリアパス　〔図表９〕

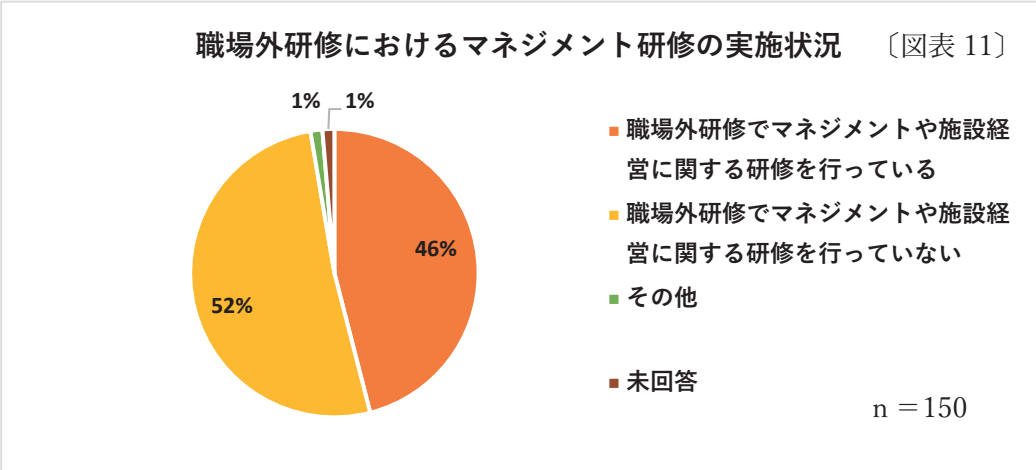
人材育成の方策として、多くの施設では、教育・研修計画、担当者・担当部署の設置、外部研修への積極的参加などを行っている一方、キャリアパスに応じた職務・能力が設定されていない施設が 36％ある。

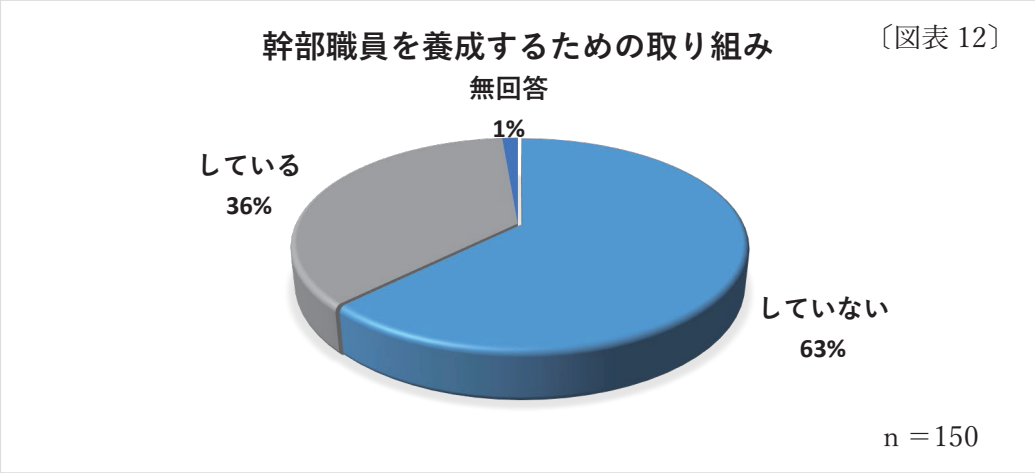


（２）マネジメント研修の実施状況と幹部職員の養成　〔図表 10・11・12〕

マネジメントに関する研修は、施設内で 25%、施設外でも 46%しか実施されていない。また、6 割以上の施設が幹部職員を養成するための取り組みを行っていない。その背景としては、現場職員が、役職が上がることを希望しないことや、施設内に常に管理職の候補者がいるわけではないことが考えられる。

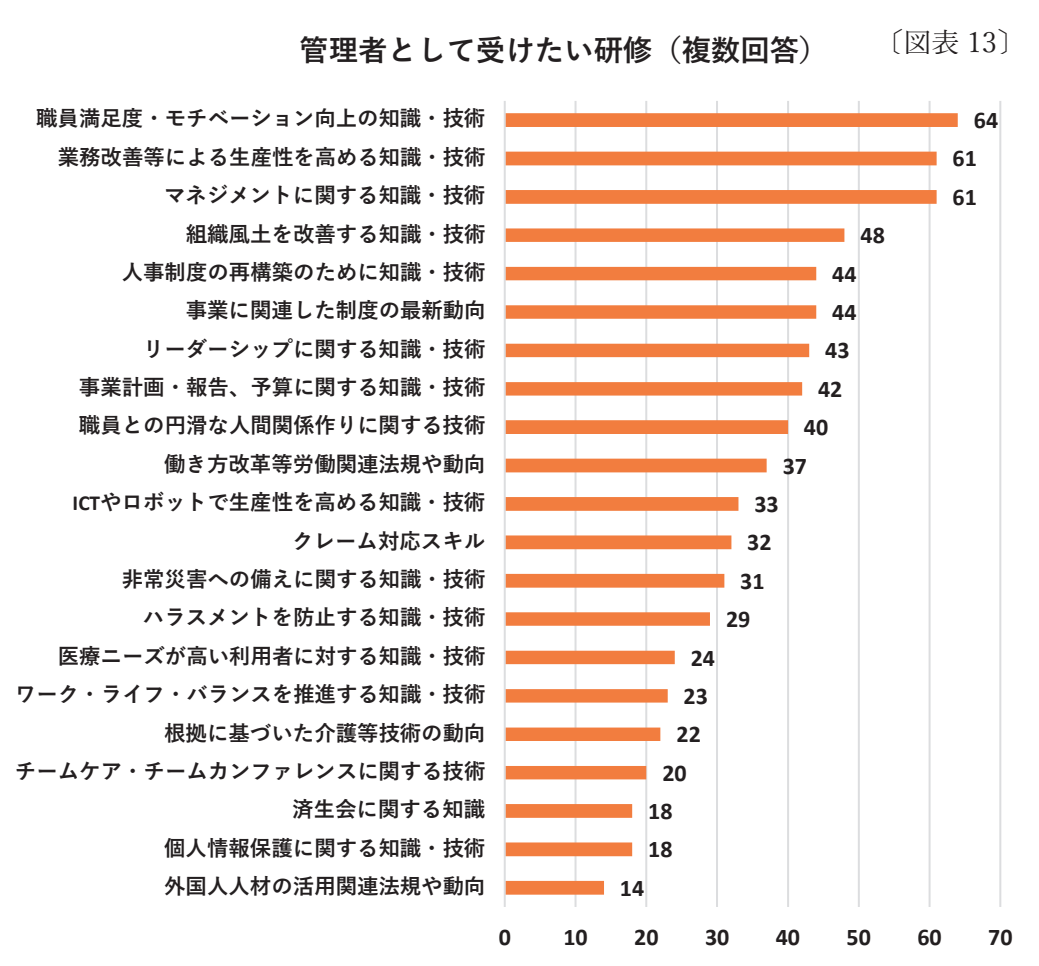






（３）管理者が受けたいと思う研修　〔図表 13〕

職員満足度、業務や組織風土の改善、職員との人間関係、人事制度等が多い。マネジメント、リーダーシップについても多い。職員満足度や人間関係、職場環境の改善などの背景には、人材定着への対応もある。



＜質問紙法による調査結果からの考察＞

介護職員を含む福祉施設での職員不足は法人内外を問わず深刻である。職員の不足理由で最も多いのが「採用が困難」であることから、特に採用について重視する必要がある。採用に関する調査では、「学校からの紹介」「知人等からの紹介」「ホームページ」では「課題がない」割合が高いことから、これらの採用における先駆的で効果のある実践報告を幹部養成研修プログラムに含めることが望ましいと考えられる。

また、法人の強みもたくさんあることから、その強みを生かすことも大切になる。歴史や病院との連携による安心感、法人規模の大きさなどのメリットも伝えていく必要もあることから、そうした部分を学ぶ機会も必要である。

施設における人材育成では、教育担当者を配置し、教育に関する計画も立てている施設は多くある一方、「職場外でもマネジメントを学ぶ機会」が 52%の施設でないこと、「キャリアパスに応じた職務・能力が設定されていない施設」が 36%あることから、施設におけるマネジメントや人材育成についても学ぶ機会が必要と思われる。加えて、6 割以上の施設が幹部職員を養成するための取り組みを行っていないことから、そうした機会を今後作っていく必要性が考えられる。

現在の施設長が受けたい研修には、職員満足度や人間関係、業務や組織風土の改善といったものが挙げられ、その背景には人材定着に向けた取り組みへの関心の高さがあると考えられる。

＜インタビュー調査の結果＞

インタビューによる調査結果から「採用の具体事例」「働きやすい環境づくり」「管理職の養成」に整理した。

1　採用の具体事例

（1）採用者枠の拡大

無資格者を採用し、施設補助で研修を受講してもらうなど、働きながら資格取得できる環境を整えることで採用者の枠を拡大する施設がある。また、障害者を採用し、特性に応じた業務の検討や、職員が障害者仕事サポーター養成等の講座を受講し理解を深める取り組みを行っている施設もある。外国人や矯正施設退所者等を採用している施設では、定期的な面談や食事会、アパートを借りる際のフォローなども行っている。

（2）リファラル採用とアルムナイ制度の導入

リファラル採用とは、職員の紹介による採用で、前述のアンケートでも採用者の課題が少ないとされ、効果的な採用の一つである。アルムナイ制度は、一度辞めた人を再雇用で迎える制度で、子育て忙しくてやめたが落ち着いたら復帰することなどがあることから、そうした対象者に施設側から積極的な声掛けをする施設もある。

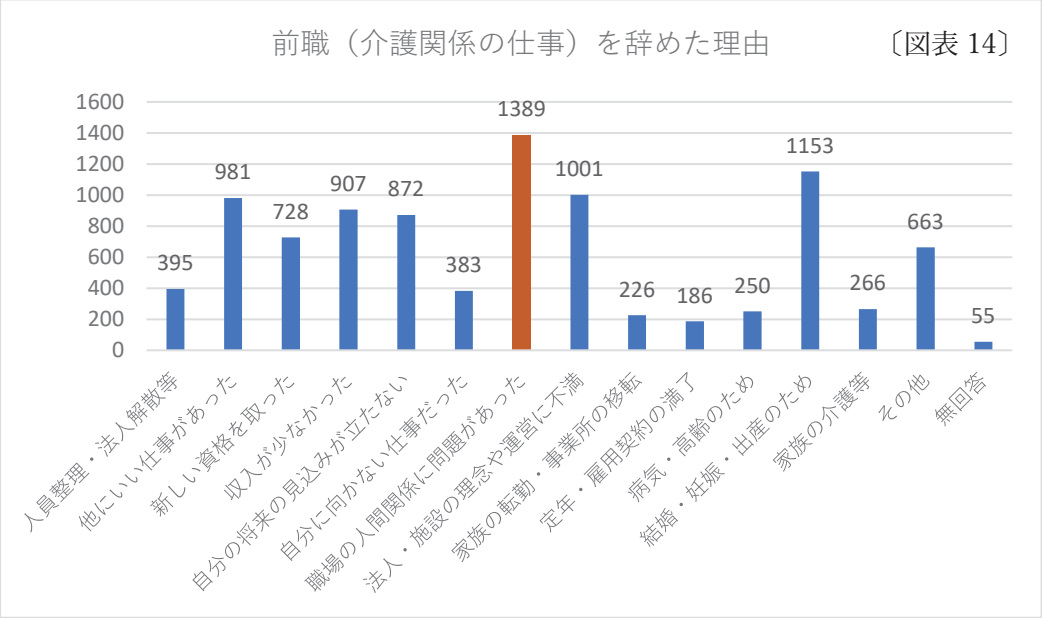
（３）養成校との関係強化

指導者の養成や実習プログラムの充実など、実習受け入れの強化を行うことで、実習する学生からの印象もよくなり就職にもつながりやすい。また、養成校の講師として学生に実践報告をすることや、福祉系大学の教授に参加してもらう学会を開催し、学生にも参加してもらうことで施設の実践報告を聞いてもらう機会を作る施設もある。こうした取り組みの実現には養成校からの信頼を得ることや、養成校の先生方に報告できるレベルの実践を積み重ねる必要がある。

なお、同じ学校からの毎年 1 人以上の学生を採用することで継続的な雇用につなげる施設もある。

（４）法人・施設の強みの PR

採用における法人の強みを PR するとともに、最近の学生は SDGs も学習し関心を持っていることも少なくないため、幅広い支援を行う当会の活動も PR になる。また、幅広く多くの事業を展開しているメリットは、幅広い業務経験ができることや、法人全体でも幅広い分野のノウハウがあり、それを学ぶ機会があるといったメリットにもつながる。加えて、事業規模が大きいことで休める環境を整えやすいことや、介護職の辞める理由で多い「人間関係」〔図表 14〕に対しても異動による対応ができるなどのメリットもある。



＊ 令和２年度介護労働実態調査「事業所における介護労働実態調査 結果報告書」（公益財団法人 介護労働安定センター）より。 n＝5808

（５）地域から信頼される施設になる

地域住民や入所者家族からの信頼が、施設就職への安心感につながる。また、地域活動の充実が、地域から信頼を得られるきっかけになることや、積極的な地域活動に福祉

を学ぶ学生が関心を持ち、就職につながる事例、保育園の卒園児が保育士を目指し実習・採用までつながることもあることから、地域から信頼される施設になることも採用への効果の一つとして考えられる。

（6）その他

採用時期を一般企業と同じ時期にするため、採用時期を早めるといった取り組みや、同法人内の定年退職後の再雇用で別の施設に就職することを想定するのであれば、退職前からの人事交流等を考えるべきとの意見もあった。

2　働きやすい環境づくり

（1）職員のフォロー

人材の定着においては、働きやすい環境づくりも重要となる。施設職員が働きにくくなるようなことが起きていないか、こまめな面接や相談できる体制、施設内のラウンドを多くする、職員アンケートを実施するなどの対応をしている施設がある。

（2）業務改善

掃除などを介護補助者が行い介護業務をスリム化するなど、介護業務の分業化をする施設や、休暇取得がしやすくなるよう、有給休暇の取得状況を部署ごとに開示する取り組みを行う施設もある。

（3）人間関係

職場の人間関係においては、医療職と福祉職との間での意見の対立もよくあることから、風通しのいい職場づくりも期待されている。双方のメリットをうまく融合し双方をほめることで、同じ方向をみてもらう工夫などが行われている。

（4）意識改革

施設経営の面から、現場職員に意識を変えてもらう必要があることもあり、経営情報を現場とも共有することで意識改革につなげる取り組みも行われている。その結果、「大変な利用者でも受け入れていこう」「節電しよう」といった意識が現場職員にも芽生えるようになった事例もある。

（5）公平な人事制度

降格・昇進の仕組みを構築することで、職員のモチベーションを高めるとともに、目標をもって仕事に取り組む効果も期待される。また、能力にあった仕事を提供できないと独立してしまう職員もおり、若くてもやる気と実力があれば管理者を任せることもできるような仕組みも必要となる。

3　管理職の養成

（1）管理職に求められるもの

職員が業務を通じて成長する中で、異動による新たな業務経験での学びは極めて重要であることから、計画的な人事異動による人材育成も重要となる。ただし、職員数も

限られる福祉施設において、施設長が経理や新築移転での対応など、経験のない分野を新たにすることが難しいこともあることから、苦手な分野は組織でフォローすることなども重要となる。

また、福祉施設での業務経験が少ない施設長の場合、現場の理解などに時間を要することもあることや、これまでの経験から得意な分野にこだわり、細かいことを気にして全体が見えなくなってしまうこともあることから、現場の理解や職員とのコミュニケーションなども重要となってくるケースもある。

その他、実務的には「苦情対応・事故対応」「労働法規・労務管理」などの知識が必要となってくるとの意見や、経営者としての問題解決能力や戦略立案、アイデアだけでなく実行力が必要との意見もあった。

（２）研修企画

福祉施設での管理職を養成するための研修の対象者は、施設の経営幹部もしくは幹部候補者となるが、施設長になった後でも不安がある人もいるため、定員に空きがあれば受講対象にしてはどうかといった意見もあった。

また、（１）より実践とのリンクも重要であり、学びながら実践することも必要となる。そのためには、実践する期間を設けることや、参加者だけでなく組織全体で協力してもらい人材育成することが重要となる。具体的には、改善・改革したことなど実践をプレゼンすることがいいのではないかといった意見もあった。

研修企画としては、全国から参加する受講者がいることを踏まえ、移動などに時間を要するため、ｅラーニングの活用はすべきではないかといった意見や、介護職は現場から出るのも難しく、動画でいつでも見られる環境があるといいといった意見もあった。

＜インタビューによる調査結果からの考察＞

採用に対する各施設の取り組みは様々であり、本会内の施設間で必ずしも共有されている情報ではないことから、経営幹部養成研修の企画では、こうした幅広い取り組みや効果のあった事例報告などが期待される。

また、せっかく採用しても長く勤めてもらえなければ意味がないため、人材定着の取り組みも重要となる。人材定着の取り組みでは、働きやすい環境づくりが重要であり、インタビュー結果からは、「職員のフォロー」「業務改善」「人間関係」「意識改革」「公平な人事制度」に整理することができた。これらの要素を研修企画に含め、さらに法人内の優良実践を報告することで、人材定着にも貢献できる可能性がある。

管理職の養成には、研修のみならず現場での業務経験も重要であることから、研修と現場業務をリンクさせるような企画が求められる。また、管理職として求められる知識は広範であり、かつ、経歴により個人差もあることから、研修企画では、e―ラーニングによる選択的な学習も考えられる。また、現場職員が職場を何日も空けることが難しいことへの対応としてもｅラーニングは効果的と思われる。

【結論】

福祉施設での人材育成の取り組みの調査結果からは、マネジメントを学ぶ機会が限られることや、6割以上の施設で幹部職員を養成するための取り組みを行っていないことが確認できた。そして、その背景には定期的に幹部候補がいなく、経験・指導も限られるため施設単独での育成が困難な側面があることから、幹部職員の養成は施設単独だけでなく法人全体でもフォローする必要が示唆された。

介護職員を含む福祉施設での職員不足は、法人内外を問わず深刻であることを踏まえると、採用や人材定着への取り組みは幹部職員となる人材にとって必要不可欠であり、経営幹部職員を養成する上でも重視する項目の一つといえる。また、人材の定着のためには働きやすい環境づくりが重要であり、「職員のフォロー」「業務改善」「人間関係」「意識改革」「公平な人事制度」に関する取り組みも重要となる。法人内外にある様々な実践が経営幹部養成研修で共有されることで、採用や人材定着に貢献することが期待される。

福祉施設の管理職になるルートは多様であり、職種もさまざまであることから、経歴に応じた強みや弱みを理解しつつ、福祉施設の管理職として必要な知識や技術を身に着ける必要があることから、それらのニーズに応じた幹部養成研修科目が用意されていることが望ましい。

法人全体での人材育成の機会を提供するとともに、現場での職務経験も同時に重要となることを踏まえ、人材育成に関して施設と法人全体での役割分担を考える必要がある。今後、研修の企画・運営をする中で模索をしながら、施設単独では難しい部分を法人全体でフォローできる体制を構築していきたい。

【引用文献】

『令和２年度介護労働実態調査』　2021年８月　公益財団法人 介護労働安定センター

謝辞

調査にご協力くださいました施設・事業所の皆様に心より御礼申し上げます。今後とも引き続き、よろしくお願いいたします。

Current training methodologies of senior management staff in welfare facilities in Japan

Takahisa Suzuki
Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

Abstract

This study examines the current status of training of senior management and the securing and development of human resources at welfare facilities. It conducts questionnaire and interview surveys of welfare facility leaders within the same corporation and examines contributions to the training of management executive staff at these welfare facilities.

Staff shortages at welfare facilities are serious both inside and outside of the focus corporation, and efforts to recruit and retain staff must be emphasized in the development of senior management staff. The training goals of facility managers also include improving staff satisfaction, human relations, and work and organizational culture, and it is believed that an interest in employee retention is the key to achieving these goals. More than 60% of the facilities do not provide in-house training for executives, and it is noted that it is difficult to conduct facility-specific training due to the frequent lack of in-facility executive staff candidates. Thus, it was suggested that it is necessary to follow up with the entire corporation.

Since managers of welfare facilities have a variety of backgrounds and occupations, it is necessary to acquire specific knowledge and skills necessary for managers of welfare facilities while understanding their strengths and weaknesses. Additionally, it is necessary to consider the respective roles of each facility individually as well as the corporation as a whole in terms of human resource development.

In the future, while planning and managing training activities, this corporation would like to develop a corporation-wide system that focuses on areas that are difficult for facilities to do alone while exploring the division of management roles among each facility.

Keywords:
human resource development (HRD), welfare facilities, training of senior management staff, securing and retaining human resources

なぜ、済生会は臨床研修、臨床実習に向き合う必要があるのか

船﨑　俊一[1]　山口　直人[2]　竹田　玄一[3]

済生会保健・医療・福祉総合研究所

1：人材開発　担当顧問　　2：研究部門長　　3：上席企画員

【要旨】

全国済生会研修医合同セミナーは平成 20（2008）年から始まった全国の済生会病院の研修医を対象とした研修会である。令和５年度から臨床実習前の客観的診療能力試験 OSCE が公的化されたことを受け、臨床研修中の１年目の研修医の本音・思いから臨床研修と臨床実習において研修医、臨床実習生（“Student Doctor”）が真に求める研修、実習、そして医師像を抽出すべくグループワークのテーマを設定し、実施した。

■対象と合同セミナー実施方法

対象は令和 5 年 2 月に開催された研修医合同セミナーに参加した全国各地の済生会病院にて研修中の 1 年目研修医のうち当日参加できた研修医 263 人。将来の志望診療科ごとに 33 グループに分け、GW 1「理想の医師像」と GW 2「臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには」の 2 つのテーマで済生会での臨床実習や臨床研修をより良いものにするためのグループ討議を行なった。各グループには各病院から参加している臨床研修管理責任者（計 35 人）をファシリテーターとして最低 1 名配置した。グループワークの成果物（プロダクト）は模造紙に様々な形で貼り付けられた付箋上の記述と模造紙に記載された文字、文章であり、セミナー終了後、研修医から抽出されたプロダクトを分析のための素データとして撮影保存し分析と検討を行なった。

■結果

GW 1 理想の医師像の内容は、「仕事」、「人間」、「生活」の 3 つのカテゴリーに分類し描くことできた。このうち、「仕事」に関わる内容が最多であった（73.1%）。「仕事」では医師としての「能力」（28.1%）、「患者」との関係（20.1%）が多く、「指導」と「研鑽」が次いでいた。「人間」では、「態度」と「人柄」で 87.0%を占めた。「生活」では「ワークライフ」と「私生活」で 78.3%を占めた。「仕事」、「人間」、「生活」の 3 つのカテゴリーごとに共通する特徴的キーワードを検討したところ、「仕事」では「仕事と能力」ついで「仕事と患者」、「人間と態度」であった。「仕事と能力」では総合力（14.8%）、判断力（13.6%）、技術（12.3%）などが上位であった。「仕事と患者」では“コミュニケーション”（30.0%）と“（患者に）寄り添う”（23.3%）の 2 つで半数を占めていた。「人間と態度」では共通する特徴的キーワードは見出せなかった。「人間と人柄」では“優しい”が最も多かった（27.3%）。「生活とワークライフ」では “オンオフ” が最も多い（38.5%）結果であった。

GW 2 の「臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには」では、プロダクトの内容は、1）望まれること、2）心理的負担の軽減、3）研修環境（設備）改善、4）労働環境改善に分類することができた。1）の「望まれること」については知識取得、実地経験、研修制度改善（外的要因）、自院運用改善（内的要因）に分類できたが、特に自院での研修内容・運用方法に望むことが多い結果（48.8%）であった。2）の「心理的負担の軽減」は人間関係に関する内容で、45 個（10.4%）であった。3）「研修環境改善」は 4.8%で設備等への要望であった。4）労働環境改善については 12.7%で、給与など経済支援に関わるものが 23 個（5.3%）、時間についてが 12 個（2.8%）、その他が 20 個（4.6%）という結果であった。

■考察

研修医が考える理想の医師とは「仕事」では診療遂行能力に優れ、後輩指導や自己研鑽を怠らない医師」と読み取ることができた。「人間」では「人に対する態度と人柄がよい医師」、「生活」では「仕事と生活・家庭のバランスがとれた生活をする医師」が上位を占めていた。「臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うために」からは、研修医が制度等の柔軟な運用の元により多くの臨床経験を積みたいと願っている結果を得た。研修医の成長意欲を表す結果と考えられたが、臨床研修開始から 19 年が経ち研修環境は既に充足している病院が多数となり、研修内容への希望が多数を占めるに至っていることが影響しているのかもしれない。忘れてならないこととして“心理的負担の軽減”（10.4%）があり、研修医が人間関係への配慮を求めていることを示すものと考えられた。

■結語

研修医が考える理想の医師とは「腕が良く、人柄が良い、公私のバランスがとれた医師」とまとめることができた。三隅二不二氏の PM 理論で表現すれば、PM 型、即ち、能力に優れ（大きな P）面倒見の良い（大きな M）医師と結論することができた。今も昔も医師が理想とする姿は変わらない結果であった。

■キーワード　臨床研修　臨床実習　理想の医師像　人材育成　PM 理論

【済生会での医師養成の経緯と現状】

平成 16（2004）年度から始まった新たな臨床研修制度は日本の医師養成システムにおけるパラダイムシフトであった。新制度発足前の平成 15 年度医師臨床研修の大半（72.5%）は大学病院、主に卒業大学の各診療科医局が担っていた。それまでは大学毎の卒業試験を通過し、医師国家試験に合格した新人医師の多くはその後も卒業大学・医局に残り、大学・医局は各地域の医療機関へ医師を派遣、赴任させる供給元として各地域医療の頂点として支え、栄えてもいた。この体制は大学教授を頂点とした医師のヒエラルキーを象徴するピラミッドを形成し、「白い巨塔」と揶揄されながら長く続いていた。しかし、平成 16 年からの新制度下では、広く一般病院で医師の臨床研修を行うことが可能となった。その結果、研修医には卒業大学以外の全国の大学や研修病院で臨床研修を選択する機会が与えられ、研修医の都市部への集中と地域の医師不足の一因とする考えもある。確かにこの制度変更はパンドラの箱とも言うべき大学医局に閉じ込められてきた若い医師の選択の自由を解き放ち、現在では研修医が臨床研修を受けている場の割合は大学 4 割、一般病院 6 割と逆転し、大学・医局を頂点としたピラミッド体制を根底から覆すものであった。

済生会ではこの制度変革に対応すべく院長会が主体となり平成 17（2005）年に臨床研修指定病院協議会を設置し医師の研修制度に関わる協議を始めた。その後、平成 22（2010）年に医師教育研修協議会と名称を変更し、平成 26（2014）年度からは済生会本部事業となり済生会医師臨床研修専門小委員会として活動が続いている。この小委員会では現在 3 つの研修会を企画している。1 つは厚労省が定める開催指針に則り開催される指導医講習会、「全国済生会指導医のためのワークショップ（SWS）」。2 つ目は各地域の済生会病院で臨床研修の実務を司る研修管理委員長や管理責任者、事務局を担う事務系職員を対象とした研修制度に関わる諸問題の情報共有を図ることを主眼とした臨床研修管理担当者研修会、そして、もう 1 つが全国各地の済生会病院の 1 年目の研修医を一同に集め開催される研修医交流事業「初期臨床研修医合同セミナー（今後、臨床研修医合同セミナー；以下、合同セミナー）」である。

SWS は平成 18（2006）年 2 月に川口総合病院で第 1 回目が開催され、令和 5（2023）年 7 月の水戸済生会総合病院主催で 49 回、11 月の富田林病院主催で 50 回を迎えた教育と研修の済生会を象徴する研修会となっている。対象者は原則として医師免許取得後 7 年を経過した方で、SWS の受講修了によって制度上の名称が上級医から臨床研修指導医（以下、指導医）となる。医師国家試験の合格をもって 1 回目の医籍登録を終えた者は臨床研修医として医師としての第一歩を始める。その後 2 年間の臨床研修修了により 2 回目の医籍登録を済ませた医師は「独り立ち」レベルへと成長し、更にそこから専攻医として各々が目指す領域の専門医への道を新たに歩むことになる。

合同セミナーは平成 20（2008）年から臨床研修医を対象として始まった研修会である。済生会学会の前日、全国各地の済生会病院で臨床研修を開始し間もなく 1 年が過ぎようとする研修医全員を集め、研修医同士の交流を図ると共に研修医に役立つ医療情報を提供し、かつより深く済生会を知ってもらう機会になることを願って開催されている。この合同セミナーでは将来希望する診療科別にグループ分けをして主催側が企画したテーマでグループ討議を行っている。円滑な討議となる支援者として各病院で臨床研修管理責任者をされている医師 1 名がグループのファシリテーター役を担い、グループ内の討議・発言を促し、テーマに対するグループのプロダクト作成を支援している。既述のように、合同セミナーではより良い済生会の臨床研修のための研修企画を続けて来たが、研修医は目の前の先輩医師、指導医たちを時々にロールモデルあるいは反面教師として成長してゆく。一方で、研修医も臨床実習として病院に来る医学生からみれば最も身近な目標であり反面教師である。このような観点から、令和 5 年度から臨床実習前の客観的診療能力試験 OSCE が公的化されたことを受け小委員会では臨床実習により積極的

取り組む方向性を確認し、令和 4 年度済生会学会における合同セミナーからは臨床実習に役立つ情報収集も重要な目的の 1 つとした。

そこで、令和 4 年度の合同セミナーでは臨床研修の中に身を置く 1 年目の研修医の本音・思いから臨床研修と臨床実習において研修医、臨床実習生（“Student Doctor”）が真に求めるものを抽出すべくグループワークのテーマを設定し実施された。

【対象と合同セミナー実施方法】

対象：令和 5 年 2 月 12 日横浜市東部病院主催（三角隆彦院長）で開催された第 75 回済生会学会前日に開催された研修医合同セミナーに参加した全国各地の済生会病院にて研修中の 1 年目研修医のうち当日参加できた 263 名。

方法：済生会での臨床研修、臨床実習を充実するための意見やヒントを 1 年目研修医から抽出すべく、臨床研修については研修医 1 年目が終わろうとする自分が今感じていることを回答してもらい、臨床実習については参加した研修医に臨床実習の時の自分を振り返って回答をお願いした。そのために、セッション 1 として、「済生会での臨床実習指導と臨床研修の未来」と題する前振りとなる講演を実施した。その後、研修医 263 人を将来の志望科ごとに 33 グループに分け、セッション 2 として 2 つのテーマで各グループ討議を行った。テーマの 1 つ目は GW 1「理想の医師像」、2 つ目は GW 2「臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには」である。GW 2 では済生会での臨床実習や臨床研修をより良いものにするためのグループ討議を行なった。各グループには各病院から参加している臨床研修管理責任者（計 35 人）をファシリテーターとして最低 1 名配置した。グループワークの成果物（プロダクト）は模造紙に様々な形で貼り付けられた付箋上の記述と模造紙に記載された文字、文章であり、セミナー終了後、研修医から抽出されたプロダクトを分析のための素データとして撮影保存した。

【分析方法】

合同セミナー終了後、グループワーク（GW）のプロダクトを総研において集計した。GW 1 ではカテゴリーデータの分析に際して、全ての文字化した文字を分析可能なカテゴリーデータとするための大項目となるキーワードを探索した（KW 1）。ついで、大項目を細分化するキーワードを探索した（KW 2）。GW 2 でも同様にカテゴリーデータをキーワードから分類し、その上で、これらカテゴリーデータがどのような傾向を持つかについて検討を行なった。収集した素データは自由なグループワークでの討議に際して記載されたものであり、単語や短い文章で記載されており、意図、意味の解釈に難渋する記載内容が含まれていた。解析のためのデータとして用いるためには、記載内容の意味やニュアンスの読解時の解釈ミスが問題となる可能性があり、このリスクを低減する必要があった。そこで合同セミナーにおいて各グループを担当したファシリテーターにグループの記述内容の文字化と、そこでの討議内容などを含めた補足コメントの記載を依頼した。こうしたデータ処理を経たものを最終記述データとして集計した。尚、個人情報への配慮から、記載する付箋には記載者の名前等の記述はせずこれら処理を行なった。

【結果】

33 グループを担当した当日のファシリテーター35 名中 33 名からの回答を得た。2 名は運営スタッフとの兼務であったため全グループ担当者からの回答を得て解析を実施することができた。

GW 1：理想の医師像

抽出された個別記載は 434 項目であった。このうち意味不明の 40 個の記載は除外し、残る 394 個の個

別記載を分析対象となった。これらは「仕事」、「人間」、「生活」の 3 つのカテゴリー（K1）に分類することができた**（表１）**。

（表１）理想の医師像

カテゴリー（K 1）	記載数	記載率
仕事	288	73.1%
人間	60	15.2%
生活	46	11.7%
総計	**394**	**100.0%**

このうち、「仕事」が 288 個（73.1%）で最も多く、「人間」が 60 個（15.2%）、「生活」が 46 個（11.7%）であった。最も多かったカテゴリー「仕事」を更に細分化すると、「能力」81 個（28.1%）、「患者」60 個（20.1%）、「指導」37 個（12.8%）、「研鑽」36 個（12.5%）であった**（表２）**。

（表２）KW１：仕事

カテゴリー（K 2）	記載数	記載率
キャリア	5	1.7%
患者	60	20.8%
研鑽	36	12.5%
指導	37	12.8%
体力	4	1.4%
態度	31	10.8%
能力	81	28.1%
連携	34	11.8%
総計	**288**	**100.0%**

またＫ１のカテゴリーである「人間」では、「態度」30 個と「人柄」22 個で 87.0%を占めた**（表３）**。

（表３）KW１：人間

カテゴリー（K 2）	記載数	記載率
教養ある	2	3.3%
人柄	22	36.7%
態度	30	50.0%
能力	6	10.0%
総計	**60**	**100.0%**

「生活」では「ワークライフ」26 個、「私生活」10 個で 78.3%割を占めた**（表４）**。

（表４）KW１：ワークライフ

カテゴリー（K 2）	記載数	記載率
ワークライフ	26	56.5%
健康	1	2.2%
私生活	10	21.7%
社会貢献	3	6.5%
人生	4	8.7%
体力	1	2.2%
余裕	1	2.2%
総計	**46**	**100.0%**

ここでカテゴリーによる分類である KW 1 と KW 2 が重なった場合に出現するキーワード検索を K 3 として行った。その結果、「仕事と能力」81 個、「仕事と患者」60 個、「人間と態度」30 個、「人間と人柄」22 個、「生活とワークライフ」26 個であった。「仕事と能力」では総合力 12 個（14.8%）、を筆頭に判断力 11 個（13.6%）、技術 10 個（12.3%）などが上位に検索された**（表５）**。

（表５）KW１：仕事、KW２：能力

カテゴリー（K3）	記載数	記載率
AI	1	1.2%
EBM	1	1.2%
カルテ	1	1.2%
コミュニケーション	2	2.5%
管理	5	6.2%
技術	10	12.3%
経験	2	2.5%
効率	2	2.5%
行動	9	11.1%
手術	8	9.9%
説明	1	1.2%
専門	4	4.9%
総合力	12	14.8%
知識	8	9.9%
知識技術	3	3.7%
判断力	11	13.6%
不安和らげる	1	1.2%
総計	**81**	**100.0%**

「仕事と患者」では“コミュニケーション”が 18 個（30.0%）で一番多く、次いで“（患者に）寄り添う”が 14 個（23.3%）でこの 2 つで半数を超えていた**（表６）**。

（表６）KW１：仕事、KW２：患者

カテゴリー（K3）	記載数	記載率
QOL	1	1.7%
コミュニケーション	18	30.0%
患者視点	1	1.7%
患者中心	2	3.3%
寄り添う	14	23.3%
希望	1	1.7%
謙虚	1	1.7%
行動	1	1.7%
信頼	4	6.7%
生活	4	6.7%
全人的医療	5	8.3%
相談しやすい	1	1.7%
知識	1	1.7%
背景	1	1.7%
優しい	2	3.3%
優しい医療	1	1.7%
理解	1	1.7%
良好な関係	1	1.7%
総計	**60**	**100.0%**

「人間と態度」では 30 個で、21 個の多彩なカテゴリーに分散し共通する特徴的キーワードは見出せなかった**（表７）**。

（表７）KW１：人間、KW２：態度

カテゴリー（K3）	記載数	記載率
あきない	1	3.3%
コミュニケーション	3	10.0%
まじめ	1	3.3%
マメ	1	3.3%
悪口言わない	1	3.3%
楽しい	1	3.3%
機嫌	1	3.3%

協調	3	10.0%
柔軟	1	3.3%
信頼	1	3.3%
人に頼る	1	3.3%
精神的安定	1	3.3%
精神力	1	3.3%
積極性	1	3.3%
責任感	1	3.3%
第一印象	1	3.3%
努力	1	3.3%
目線合わす	1	3.3%
優しい	2	6.7%
余裕	4	13.3%
冷静	2	6.7%
総計	**30**	**100.0%**

「人間と人柄」では“優しい”が６個（27.3%）で最も多くを占めていた**（表８）**。

（表８）KW１：人間、KW２：人柄

カテゴリー（K3）	記載数	記載率
おもしろい	1	4.5%
コミュニケーション	3	13.6%
我が強くない	1	4.5%
楽しい	1	4.5%
機嫌	1	4.5%
決断力	1	4.5%
幸福	1	4.5%
柔軟	1	4.5%
信頼	2	9.1%
明るい	1	4.5%
優しい	6	27.3%
余裕	1	4.5%
良い	2	9.1%
総計	**22**	**100.0%**

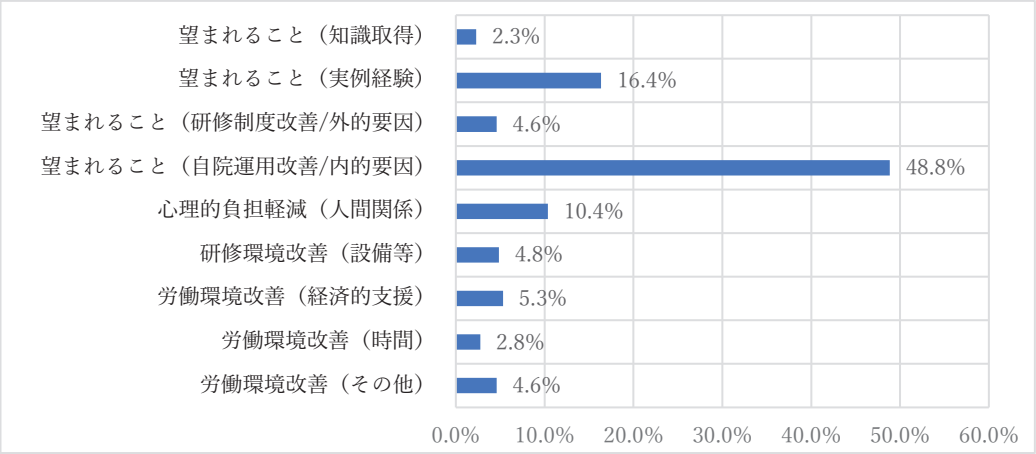
「生活とワークライフ」では26個のカテゴリーのうち10個（38.5%）が“オンオフ”で最も多く、“メリハリ”と“帰宅”が３個ずつで、“家庭と両立”が２個であった**（表９）**。

（表９）KW1：生活、KW2：ワークライフ

カテゴリー（K3）	記載数	記載率
オンオフ	10	38.5%
バランス	1	3.8%
メリハリ	3	11.5%
家庭と両立	2	7.7%
帰宅	3	11.5%
休み	1	3.8%
残業しない	1	3.8%
自分の時間	1	3.8%
出産、子育て両立	1	3.8%
定時	1	3.8%
働きすぎない	1	3.8%
両立	1	3.8%
総計	**26**	**100.0%**

GW 2：臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには

抽出した付箋記載の総数は 434 個であった。討議のプロダクトの内容は、1）望まれること、2）心理的負担の軽減、3）研修環境（設備）改善、4）労働環境改善に分類することができた。1）の「望まれること」については計 313 個の付箋がありこれらは、知識取得、実地経験、研修制度改善（外的要因）、自院運用改善（内的要因）に分類できた。抽出した付箋記載の総数でみると分類別に各々10 個（2.3%）、71 個（16.4%）、20 個（4.6%）、212 個（48.8%）で全体の 72.1%を占め、特に自院での研修内容・運用方法に望むことが多い結果であった。2）の「心理的負担の軽減」は人間関係に関する内容で、45 個（10.4%）であった。3）の「研修環境改善」は設備等への要望であり、21 個（4.8%）であった。4）の労働環境改善については 55 個（12.7%）があり、給与など経済支援に関わるものが 23 個（5.3%）、時間についてが 12 個（2.8%）、その他が 20 個（4.6%）という結果であった**（図 1）**。



（図１）

【考察】

全国済生会病院として開催する研修医合同セミナーの主催側の意図は、研修医同士の交流を図ると共に役立つ医療情報を提供し、かつ済生会を知る機会とすることである。２つのグループワークの結果について以下に考察した。

GW１：理想の医師像

理想の医師の姿は「仕事」、「人間」、「生活」3 つのカテゴリーに分類された**（表１）**。このうち、「仕事」に関する項目が 288 個（73.1%）で最も多く、「人間」が 60 個（15.2%）、「生活」が 46 個（11.7%）であった。最も多かったカテゴリー「仕事」を更に細分化した結果、「能力」81 個（28.1%）、「患者」60 個（20.1%）、「指導」37 個（12.8%）、「研鑽」36 個（12.5%）の順であった（表２）。「人間」では、「態度」30 個と「人柄」22 個で 87.0%を占め、「生活」では「ワークライフ」26 個、「私生活」10 個で 78.3%割を占めていた。得られた結果を占めるパーセントに順に見ると、「仕事」では、「仕事、特に患者を対象とした業務を遂行する能力に優れ、後輩指導や自己研鑽を怠らない医師」と読み取ることができる。「人間」では「人に対する態度と人柄がよい医師」、「生活」では「仕事と生活・家庭のバランスがとれた生活をする医師」が上位を占めていた。つまり、研修医が考える理想の医師とは「腕が良く、人柄が良い、公私のバランスがとれた医師」とまとめることができた。

これを、我が国のリーダーシップ論の第一人者である三隅二不二氏が展開した PM 理論（文献 1，2）に当てはめ解析した。PM 理論は複雑なリーターシップを 2 軸に落とし込み説明しており、P は performance；課題（仕事）の達成、仕事の能力を表し、M は maintenance；集団の維持、メンバーへの配慮（思いやり）と管理を表す。大きな P は課題達成能力に優れ、小さな p はその能力が発揮されていない姿を表す。大きな M はチームメンバーへの配慮と管理に優れ、小さな p はそれが乏しいことを意味する。「腕が良く、人柄が良い、公私のバランスがとれた医師」は PM 理論でいうところの、「PM 型：大きな P と大きな M」が備わっている医師と結論することができる。この結果は研修医に限らず、多くの医師が理想とする姿を現していると考えられ、年代を超えて今も医師が目指す理想の姿は変わらずにいると推察された。

GW２：臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには

抽出された研修医の意見では、“望まれること（制度等_自院運用・内的要因）”が 48.8%で最も多く、次いで”望まれること（実例経験）”16.4%であった。研修環境の整備以上に各研修病院での制度の弾力的、柔軟な運用を望み、より多くの臨床経験を積みたいという成長意欲を表す結果と推察される。臨床研修開始から 19 年が経ち研修環境は既に充足している病院が多数となり、研修内容への希望が多数を占めるに至っていることが影響しているのかもしれない。これらに次いで多いのが“心理的負担の軽減”（10.4%）であった。これは労働環境改善（経済的支援）”、”研修環境改善（設備等）”を足した割合（10.1%）よりも多く、研修医が人間関係への配慮を求めていることを示すものと考えられる。

済生会病院に限らず、多くの病院において臨床研修医は病院医師や職員にとっての触媒、そして未来の病院のエンジンとも言うべき「人財」である。

より望ましい「人財」確保は組織としての未来を考える際の最重要課題と言える。医師以外の多くの職種では入職後の他病院への移動は通常皆無であり、多くの職員は一つの病院でキャリアを終える。しかし、医師の場合は逆に多くの医師が複数の病院を経験し、キャリアを形成している。我々済生会では、海亀が産卵のために自分が生まれた場所に戻るように、研修医が彼・彼女らが過ごし育った済生会を選ん

で、成長した医師として済生会に回帰する循環を願い、済生会をあげて医師養成、人材開発に取り組むことを提案している。この実現のためには、各地域の済生会病院を教育・研修、人間成長の場として創り上げることが重要な課題である。

良い研修の場とはどのようなものなのだろうか。研修の「場」とは「病院（環境）とそこに存在する人間」を意味する。多くの「人間」が集まり造る部門、組織ではその「場」ごとの考え方、「風土」と「文化」が醸成される。「場」としての済生会の「風土・文化」は後に続く仲間たちの行動を決める要素となる。

済生会はその設立理念を守り、各々の職員が済生会人としての矜持を持ち続けてきた組織である。「場」の「風土・文化」は過去（歴史）をもとに今の組織人が創り出し続けるものと言える。これからも済生会は日本の保健・医療・福祉を支える社会福祉法人であり続ける社会的責務を背負っている。この責務を粛々脈々と果たしてゆくのは今共に働く済生会の仲間たちである。済生会の設立の理念は変わるものではないものの、その実践のされ方は時代ごと、各病院ごとに様々であろう。予測困難な社会。複数の解が存在する今であり未来である。次の時代を作り出すのは済生会を愛してくれる目の前の、あるいは未だ見ぬこれから入職する新人たち、後輩たちである。これからも続くであろう難局に柔軟に我慢強く対応し続ける済生会であるための最大の財産は土壌となる済生会人を育成することであり、「教育と人材育成の済生会」という風土づくりであると確信している。済生会の使命に共感し、その存在に誇りを持ち、所属する病院のより良い経営に寄与する人材育成は済生会の土台であり様々な困難から病院を守る石垣となろう。

【今後の取り組み】

既に 50 回を数える SWS の 2 日間の研修の終わりには参加した医師に対してアンケートを実施し指導医講習会へのフィードバックとしていた。これには自由なコメントも多数頂き、毎回研修会後に関係者内である程度これらフィードバック情報は共有されていたものの、これらをデータとして集積し解析、活用することは不十分であった。SWS や合同セミナーを企画運営する中心スタッフは全国の済生会病院で日々臨床現場でリーダーとして活躍する多忙な医師であり、事務スタッフも本部スタッフ以外は毎回主催が変わることから組織として集めたデータを有益に活用することが出来ずにいた。研修会、セミナーを企画し開催するまでは熱心に議論することができても、終了とともに各自臨床医として各病院の日常業務に戻らざるを得ず、セミナーで得られた貴重なデータはやがて休眠状態となっていた。研修医合同セミナーが「一日限りのお祭り」となっていたと感じている。今回から総研人材開発部門が研究部門と協力し総研全体として SWS や合同セミナーのデータ管理と解析を支援することが可能となった。今後は済生会として人材育成に有益な情報を有機的に管理、解析、活用できるものと期待している。

【最後に】

済生会総研は、済生会を支える医師、医療者と事務系スタッフが直面する実務的あるいは医療上の問題解決を、個人と組織が共に考え改善、解決してゆくべき課題と考えている。働く私たちは皆、業務の中で各自が解決・克服すべき課題を持ち、成果を求められている。しかし、私たちを取り巻く社会と医療の環境は複雑で不透明、しかも流動的である。このような時代の中で組織が成果を生み続けるためには、組織の柔軟性とチームダイナミクスが必要であり、組織を構成する良質な人材の育成が不可欠である。人材開発部門は済生会の職員一人ひとりを大切な「人財」と捉え、個人の“生きる、働く、学ぶ”を支援する組織である。研究部門は情報の“可視化、解析、発信（共有）”で全国の済生会病院に貢献したいと考えて

いる。2 つの部門が協同して見えにくい課題も可視化できるテーマにすることで、済生会の健全な経営等に有益な活動を行えると考えている。済生会総研は人材開発と研究の 2 つの部門を活用して、済生会の職員の皆さまにとっての伴走者、地域済生会病院にとっての頼れるパートナーとして活動したいと願っている。

日本の保健・医療・福祉を支える、我が国の良心ともいうべき済生会。総研は全国の済生会病院と共に済生会の活動に貢献してゆきたいと思う。

【結語】

研修医が考える理想の医師とは「腕が良く、人柄が良い、公私のバランスがとれた医師」とまとめることができた。三隅二不二氏の PM 理論で表現すれば、PM 型、即ち、能力に優れ（大きな P）面倒見の良い（大きな M）医師と結論することができた。今も昔も医師が理想とする姿は変わらない結果であった。

謝辞

第 75 回済生会学会の前日に開催された研修医合同セミナーにおいて全国の済生会病院から臨床研修管理責任者など（計 31 名・グループ兼務あり）の先生方にファシリテーター役としてご参加頂き、加えてデータの解析にあたってもご協力を頂いた。以下に各位の氏名を記載し感謝の意を表したい。（敬称略・所属は開催当時のもの）

北上済生会病院	佐藤　嘉洋	松阪総合病院	河俣　浩之
山形済生病院	福島　重宣	松阪総合病院	近藤　昭信
水戸済生会総合病院	千葉　義郎	中津病院	安井　良則
宇都宮病院	田島　敦志	吹田病院	平山　博
宇都宮病院	泉　学	茨木病院	金村　仁
前橋病院	初見菜穂子	富田林病院	窪田　剛
習志野病院	髙橋　成和	千里病院	久米　清士
中央病院	足立　智英	兵庫県病院	廣吉　基己
横浜市南部病院	菱木　智	岡山済生会総合病院	那須淳一郎
横浜市東部病院	後藤　淳	山口総合病院	大場　一生
横浜市東部病院	風巻　拓	下関総合病院	小畑　秀登
新潟病院	多賀紀一郎	松山病院	村上　英広
富山病院	久保　道也	今治病院	西崎　統
高岡病院	鈴木　崇之	福岡総合病院	定永　倫明
福井県済生会病院	高畠　靖志	二日市病院	宮川　貴圭
静岡済生会総合病院	小倉　跡夢	長崎病院	金子　賢一
滋賀県病院	越後　整	熊本病院	杉山　眞一

【文献】

厚生労働省　「平成 30 年度 臨床研修医の採用実績」

三隅二不二　『リーダーシップ行動の科学』（有斐閣　1978 年）

金井壽宏　『リーダーシップ入門』（日本経済新聞　2005 年）

Why Saiseikai needs to face residency training and clinical clerkship

Toshikazu Funasaki[1] , Naohito Yamaguchi[2] , Genichi Takeda[3]
Saiseikai Institute of Health, Medical Care and Welfare
1: Advisor in charge of human resource development
2: Director of research 3: Senior planner

Introduction

The Joint Seminar for Residents of Saiseikai Hospitals is a training seminar for residents of Saiseikai hospitals throughout Japan that began in 2008. In response to the OSCE (Objective Structured Clinical Examination), which became official in 2023, a recent seminar was held to discuss the true thoughts and feelings of first-year residents during their clinical training and to identify what residents and medical students in their clinical clerkship (i.e., student doctors) really want from their residency training and clinical clerkships. Group work was utilized to identify the targets related to training, practice, and doctors that residents and student doctors really want during their residency training and clinical clerkships. These group work themes were developed and implemented to identify what residents and student-doctors really want to learn, as well as the image of the doctor they want to be and the training and practice they want to have.

Study population and methods

The study population consisted of 263 first-year residents currently training at Saiseikai hospitals across Japan who attended the joint seminar in February 2023. These participants were divided into 33 groups according to their future specialties, and group discussions were held on two themes: GW1 “The ideal doctor,” and GW2 “How to improve residency training in hospitals hosting student doctors”. Each group had at least one facilitator and a clinical education manager from each hospital (35 participants in total). The group work products consisted of descriptions on sticky notes in various forms and text written on imitation paper. After the seminar, the residents' products were photographed and stored as raw data for analysis and discussion.

Results

GW1 stated that the ideal doctor's image could be described as consisting of three categories: “work,” “people,” and “life.” Of these, the majority (73.1%) were related to work. Within the "work" category, "competence" as a doctor (28.1%) and "relationship with patients" (20.1%) were most frequently mentioned, followed by "teaching" and "study. " For the people category, "attitude" and "personality" accounted for 87.0% of the

responses. For the life category, "working life" and "personal life" accounted for 78.3%. Examining the common characteristic keywords of the categories "work, " "people, " and "life, " within the work category, "work and ability" is followed by "work and patients, " and then by "people and attitude. " In the work and ability category, the most common responses were "general ability" (14.8%), "judgment" (13.6%), and "skill" (12.3%). In the work and patients category, "communication" (30.0%), and "being there for the patient "(23.3%) accounted for half of the responses. No common characteristic keywords were found within the people and attitude category. The most common response for the people and personality category was "friendly" (27.3%). The most common keyword associated with life and work was "on/off" (38.5%).

In GW2, "How to improve residency training in hospitals hosting student doctors," products were categorized into 1) "what is desired, " 2) "reduction of psychological burden, " 3) "improvement of training environment (facilities), " and 4) "improvement of the working environment". 1) "What is desired" included knowledge acquisition, practical experience, improvement of the training system (external factors), and improvement of the working environment (external factors). 2) "How to improve the training environment" was categorized as "how to improve the working environment." 2) In the category "reducing psychological stress," 45 (10.4%) of the responses were related to human relations. 3) Of the "improving the training environment," responses, approximately 4.8% were facilities-related requests. 4) "Improving the working environment" was selected by 12.7% of respondents, 23 (5.3%) were related to financial support such as salary, 12 (2.8%) to working hours, and 20 (4.6%) to other issues.

Discussion

The ideal doctor, according to the residents, was "a doctor who is excellent at performing their medical duties at work and who does not neglect to teach junior colleagues and engage in self-improvement." For "people," the most popular answer was "a doctor who has a good attitude and personality towards people," and for "lifestyle," "a doctor who maintains a good balance between work and life/family." "For better residency training at hospitals that host student doctors for clinical clerkship," the responses indicated that resident doctors would like to gain more clinical experience under a flexible operational system. It can be inferred that this coveys a desire for more flexible operations of the system at each training hospital and the desire to gain more clinical experience, rather than an improvement in the training environment. This may be because, 19 years after the start of clinical training, the majority of hospitals have already satisfied the training environment needs and the majority of respondents would like to have more training

content. Reducing psychological distress (10.4%) was not forgotten, suggesting that trainees are looking for attention related to their relationships with others.

Conclusion

The ideal doctor, as seen by the residents, could be summarized as "a doctor with good skills, a good personality, and a good balance between their public and private life." Using Jifuji Misumi's PM theory, we can conclude that the ideal doctor is a PM-type doctor, i.e., a doctor with excellent skills (large P) and a good caring attitude (large M). Thus, the ideal doctor has not changed in the past or the present.

Keywords: residency training, clinical clerkship, ideal doctor, PM theory, human resources development

医療機関の現状と将来推計―済生会富山病院―

藤本　賢治[1,2]　山口　直人[2]　松田　晋哉[1,3]

[1]産業医科大学　産業保健データサイエンスセンター　[2]済生会保健・医療・福祉総合研究所
[3]産業医科大学　医学部公衆衛生学

要旨

【目的】
我が国の急激な高齢化による人口構造の変容に対応するため、現状の地域におけるシェアを元に、将来必要となる医療資源を推計した。

【方法】
医療機能の供給情報は、医療機関が作成している医療レセプトデータを使用した。調査期間は、2014 年度から 2022 年度の９年間とした。医療機関の現状のシェアを、市町村別の人口に対する受診人数とした。受診者の圏域は、地域保険は保険者が属する市町村とし、国保組合および職域保険は富山市とした。外来１日あたりの受診人数は各年度別の平日の日数、入院１病床数あたりの患者数は年間の日数を使用した。将来推計は、患者数は 2022 年度、人口は 2021 年度を基準とし、現状の地域ごとのシェアを将来も維持したものとした。患者数は性年齢階級別の疾病別に有病率を計算し、将来推計人口で推計した。

【結果】
新型コロナの影響で、外来および入院患者数は減少し、その後コロナ前の状態には戻っていない。入院では、手術無の患者は１日当たりの病床数が減少し、手術有の患者は増加傾向であった。１日当たりの単価は、上昇傾向であった。外来の将来推計では、患者数は 2025 年度まで増加するが、それ以降は減少傾向であった。１日当たりの医療費は変動が無かった。入院の将来推計では、患者数は 2040 年度まで増加傾向であった。１日当たりの医療費は、手術無と比較して手術有は約２倍であった。金額は減少傾向であった。入院患者数増加により病床は 2025 年は 18 床、2040 年は 49 床不足となった。

【結論】
高齢化が進む各圏域において、医療機関の医療体制、機能およびその将来推計により、医療機能を検討する必要性について明らかになった。外来の患者数は、現状から大きな変化はないが、入院は増加傾向であった。病床数が増加できる可能性は低いため、在院日数を短縮させ受け入れる患者数を増加させるか、現状、患者数が少ない疾病の受け入れを止めるなど疾病を限定させ対応するかになる。どちらにしても地域の医療機関と連携や調整が重要となる。また入院できない患者が増加すると、在宅医療のニーズは増加する。在宅医療に対する地域における自院の役割について検討すべきである。経営面では、１日当たりの単価は減少するため、より効率的な運営が必要となる。

【キーワード】　レセプト，将来推計，機能分化

I. はじめに

我が国は急激な高齢化の進行に伴い、必要となる医療資源は増加することが見込まれる。高齢者は、加齢とともに糖尿病、心疾患、がんなどの生活習慣病や認知症、筋骨格系疾患など多くの疾患の有病率が高まり、複数の疾患に罹患していることが多い。したがって、高齢者に対する医療提供にあたっては、専門医療機関とかかりつけ医との連携により、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましいといえる。また、人口は減少傾向であり、厚生労働省は、地域医療構想において、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要、としている。医療機関は、各地域のおける機能分化に対応した資源の適正化を行わなければならない。

他方、医療機関においては、地域に応じた機能へ移行するため資源の再構築を行わなければならないが、他の医療機関との機能分化や将来の人口構成の変容や傾向を考慮した分析は進んでいない。

今回、済生会富山病院において、将来の病床の適正化と経営の効率化を検討するにあたり、2045 年までの地域の医療ニーズについて検討した。

II. 研究方法

1.　方法

1) データ

医療機能の供給情報は、医療機関が作成している医療レセプトデータを使用した。調査期間は、2014年度から 2022 年度の９年間とした。

2)分析対象の条件

調査期間の全ての月のレセプトが存在するものとし、患者の病名は、医療レセプトに記載されている病名で ICD10 コードが付与可能なものを対象とした。ICD コーディングされていない患者は対象外とした。疾病の集計は、ICD10 および DPC で使用されている MDC 分類を使用した。MDC 分類は、01 神経系疾患,02 眼科系疾患,03 耳鼻咽喉科系疾患,04 呼吸器性疾患,05 循環器系疾患,06 消化器系疾患, 肝臓・胆道・脾臓疾患,07 筋骨格系疾患,08 皮膚・皮下組織の疾患,09 乳房の疾患,10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患,11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患,12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩,13 血液・造血器・免疫臓

器の疾患, 14 新生児疾患, 先天性奇形, 15 小児疾患, 16 外傷・熱傷・中毒, 17 精神疾患, 18 その他、とした。

3)分析手法

医療機関の現状のシェアを、市町村別の人口に対する受診人数とした。受診者の圏域は、地域保険は保険者が属する市町村とし、国保組合および職域保険は富山市とした。有病者数は、外来・入院および入院時の手術の有無と疾病の ICD10 で分類し、年間を通じ記載された回数は関係なく 1 とする。対象年度内に、糖尿病で複数回外来(手術なし)受診した場合や、骨折で複数回入院(手術あり)した場合でも、有病者数は 1 とした。同じ患者で複数の疾病で受診した場合、疾病ごとに 1 とした。将来の人口は、国立社会保障・人口問題研究所が公開している将来推計人口を使用した。

外来 1 日あたりの受診人数は各年度別の平日の日数、入院 1 病床数あたりの患者数は年間の日数を使用した。医療費はレセプト点数とした。

将来推計は、以下の計算式とした。有病者数は 2022 年度、人口は 2021 年度を基準とした。

有病者数は性年齢階級別に有病率を計算し、将来推計人口で推計した。

$$\text{将来推計} = \sum \frac{\text{有病者数} \times \text{将来推計人口}}{\text{人口}}$$

III. 研究結果

1. 概要

2015 年度は女性が多かったが、2016 年以降は男性が多くなった(**図表 1**)。0-4 歳児は、新型コロナ発生による影響がでた 2020 年度以降は減少傾向であり、新型コロナ発生前の 2018 年度以前と比較して 10%以下になった (**図表 2**)。

MDC 分類では、男女ともに 05, 06, 10 は新型コロナの影響を受け 2020 年度は減少したが、その後増加し、03, 04, 08, 14 は 2015 年以降減少傾向だった(**図表 3**)。ICD10 では、上位の疾患は、新型コロナ前の状況に戻っているが、それ以外では減少傾向で推移している疾患が多く見受けられた(**図表 4**)。

図表 1. 年度別性別患者数

男女区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	16,594	17,182	16,768	16,414	16,270	15,990	14,182	14,552	14,815
女性	16,591	17,249	16,543	16,339	16,242	15,359	13,136	13,894	14,054

図表 2. 年度別年齢階級別患者数

年齢階級	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0	1,004	1,046	1,043	940	907	711	343	68	51
5	521	504	469	489	468	489	246	135	135
10	403	400	443	318	373	330	216	150	137
15	407	508	490	377	415	399	269	325	361
20	473	476	491	453	452	337	252	371	379
25	749	748	652	550	577	465	380	513	497
30	929	867	816	835	804	600	504	586	545
35	1,221	1,153	1,050	905	918	755	690	762	729
40	1,619	1,643	1,429	1,323	1,218	1,154	924	911	937
45	1,593	1,701	1,718	1,729	1,691	1,605	1,340	1,332	1,255
50	1,726	1,729	1,622	1,624	1,671	1,681	1,468	1,650	1,684
55	1,978	2,037	1,926	1,907	1,820	1,803	1,515	1,584	1,618
60	3,047	2,941	2,658	2,438	2,332	2,091	1,908	1,940	1,887
65	4,350	4,769	4,353	4,066	3,610	3,312	2,649	2,538	2,558
70	4,288	4,459	4,016	4,255	4,410	4,670	4,393	4,428	4,157
75	3,595	3,736	4,152	4,371	4,538	4,540	3,876	4,055	4,448
80	2,735	2,916	2,994	2,998	3,038	3,115	2,949	3,448	3,521
85	1,614	1,762	1,885	1,993	2,054	1,977	2,055	2,228	2,361
90	933	1,036	1,104	1,182	1,216	1,315	1,341	1,422	1,609

図表 3. 年度別性別 MDC 分類別患者数

男女区	MDC	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	01	神経系疾患	2,132	2,196	2,206	2,180	2,081	1,972	1,620	1,650	1,588
	02	眼科系疾患	881	885	831	799	808	771	720	806	829
	03	耳鼻咽喉科系疾患	603	597	572	557	488	494	306	252	268
	04	呼吸器性疾患	1,014	992	894	892	808	712	543	499	519
	05	循環器系疾患	1,877	2,029	2,087	2,072	2,245	2,276	2,177	2,254	2,475
	06	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	2,567	2,390	2,324	2,308	2,309	2,233	2,117	2,252	2,284
	07	筋骨格系疾患	1,345	1,298	1,254	1,154	1,228	1,230	1,053	1,015	1,030
	08	皮膚・皮下組織の疾患	720	761	701	673	625	646	456	461	459
	09	乳房の疾患	4	7	7	4	1	1	4	2	2
	10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	1,167	1,280	1,272	1,273	1,257	1,250	1,180	1,228	1,289
	11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	1,300	1,383	1,460	1,493	1,556	1,495	1,448	1,570	1,511
	12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩			2	2	1	1	1	1	2
	13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	83	105	68	79	98	130	99	102	92
	14	新生児疾患，先天性奇形	91	121	96	93	90	36	33	24	40
	15	小児疾患	146	145	144	106	118	142	82	47	58
	16	外傷・熱傷・中毒	895	865	942	887	831	781	669	631	586
	17	精神疾患	37	57	52	55	39	42	44	53	40
	18	その他	538	571	498	502	467	479	479	603	827
	A0	該当なし	1,161	1,468	1,326	1,258	1,218	1,299	1,151	1,102	915
	(空白)		33	32	32	27	2				1
女性	01	神経系疾患	1,790	1,825	1,813	1,817	1,672	1,628	1,249	1,396	1,324
	02	眼科系疾患	1,054	1,073	1,018	1,055	1,092	1,027	928	964	935
	03	耳鼻咽喉科系疾患	689	740	608	583	588	534	356	327	340
	04	呼吸器性疾患	826	891	783	781	760	683	423	406	414
	05	循環器系疾患	1,206	1,286	1,469	1,399	1,545	1,581	1,456	1,575	1,663
	06	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	1,767	1,836	1,760	1,641	1,781	1,678	1,429	1,558	1,582
	07	筋骨格系疾患	1,594	1,498	1,426	1,504	1,616	1,622	1,447	1,487	1,487
	08	皮膚・皮下組織の疾患	815	796	756	748	713	657	472	468	466
	09	乳房の疾患	325	397	389	366	360	341	312	378	361
	10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	998	1,037	1,036	1,019	998	993	941	1,021	1,072
	11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	417	422	407	414	386	426	365	347	343
	12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	1,503	1,549	1,397	1,279	1,194	825	758	847	826
	13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	154	173	167	171	152	134	160	132	168
	14	新生児疾患，先天性奇形	85	88	97	76	71	34	32	31	36
	15	小児疾患	149	133	153	133	154	118	65	55	63
	16	外傷・熱傷・中毒	1,032	1,044	1,004	1,070	979	1,011	912	937	893
	17	精神疾患	60	68	83	80	55	52	48	56	77
	18	その他	619	660	566	590	609	545	513	660	933
	A0	該当なし	1,481	1,714	1,596	1,586	1,514	1,468	1,269	1,246	1,069
	(空白)		27	19	15	27	3	2	1	3	2

図表 4. 年度別性別 ICD10 別患者数 TOP25

男女区	病名	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）	循環器系疾患	826	899	970	952	996	1,008	958	982	1,053
	屈折及び調節の障害	眼科系疾患	710	714	682	643	621	559	528	581	634
	２型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM>	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	568	646	612	639	617	621	588	580	594
	前立腺肥大（症）	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	509	554	541	496	461	434	392	420	406
	脳梗塞	神経系疾患	465	419	427	436	393	416	363	283	283
	脳血管疾患の後遺症	神経系疾患	392	405	400	407	366	337	300	349	295
	狭心症	循環器系疾患	337	335	319	338	328	339	336	334	387
	リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	251	274	289	289	293	288	277	324	337
	消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	該当なし	240	306	256	274	206	233	206	245	142
	胃炎及び十二指腸炎	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	341	233	217	281	265	209	193	175	151
	脳血管疾患（出血性<脳出血，硬膜下出血，くも膜下出血>，虚血性<脳梗塞，一過性脳虚血発作>）の後遺症，[illegible]	神経系疾患	224	245	268	262	268	220	172	177	171
	結腸，直腸，肛門及び肛門管の良性新生物<腫瘍>	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	196	245	212	219	213	148	146	224	369
	その他の関節障害	筋骨格系疾患	216	205	196	184	221	262	237	193	207
	脊椎障害	神経系疾患	196	256	230	227	235	235	175	176	179
	その他の肝疾患	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	162	189	202	205	230	224	219	193	205
	その他の脳血管疾患	神経系疾患	210	213	248	276	191	176	155	180	170
	その他の皮膚炎	皮膚・皮下組織の疾患	225	229	212	180	173	190	147	144	146
	男性不妊（症）	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	15	28	113	191	221	209	270	276	276
	その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	183	184	185	193	192	175	146	150	139
	胃の悪性新生物<腫瘍>	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	227	203	204	174	149	141	140	175	130
	心不全	循環器系疾患	138	159	165	151	185	159	154	177	201
	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	110	144	150	143	157	170	166	204	199
	腎結石及び尿管結石	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	175	166	160	158	157	146	138	156	154
	胃潰瘍	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	253	206	148	142	125	118	99	88	86
	膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	127	142	138	135	146	145	119	131	113
女性	屈折及び調節の障害	眼科系疾患	838	880	838	834	812	744	641	668	699
	本態性（原発性<一次性>）高血圧（症）	循環器系疾患	574	608	683	660	678	672	598	646	670
	膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	328	349	334	398	421	481	458	462	437
	その他の脳血管疾患	神経系疾患	453	524	535	508	348	297	240	304	312
	女性生殖器の性状不詳又は不明の新生物<腫瘍>	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	517	642	614	520	402	250	181	176	153
	２型<インスリン非依存性>糖尿病<NIDDM>	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	304	324	318	312	334	337	295	315	303
	リポタンパク<蛋白>代謝障害及びその他の脂血症	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	266	283	288	300	301	288	301	324	342
	脳梗塞	神経系疾患	356	298	306	314	284	323	237	250	209
	子宮平滑筋腫	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	472	363	251	240	275	147	152	175	177
	頭痛	該当なし	343	310	240	228	224	195	135	109	73
	胃炎及び十二指腸炎	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患	291	241	230	208	202	207	156	153	137
	めまい<眩暈>症及びよろめき症	該当なし	279	294	267	250	214	203	136	88	77
	脳血管疾患の後遺症	神経系疾患	186	211	204	207	201	169	163	209	187
	大腿骨骨折	外傷・熱傷・中毒	135	196	160	194	127	181	199	232	243
	その他の皮膚炎	皮膚・皮下組織の疾患	237	251	204	211	209	189	119	128	109
	狭心症	循環器系疾患	174	197	208	164	166	194	164	155	187
	消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	該当なし	187	225	214	249	170	166	118	153	113
	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳房の疾患	169	188	159	159	164	171	162	185	187
	その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物<腫瘍>	その他	213	226	147	159	173	151	111	92	91
	その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	129	122	129	146	153	158	133	119	132
	その他の急性虚血性心疾患	循環器系疾患	23	20	56	58	224	204	188	229	209
	心不全	循環器系疾患	121	109	125	130	124	118	152	142	142
	喘息	呼吸器性疾患	164	172	140	146	162	131	83	65	56
	頭部の損傷症候群	外傷・熱傷・中毒	157	133	143	156	154	148	64	87	64
	膝関節症［膝関節部の関節症］	筋骨格系疾患	111	125	107	111	123	105	108	123	141

2. 受診状況 -外来-

新型コロナの影響で、外来受診者数は減少し、その後増加傾向ではあるがコロナ前の状態には戻っていない(**図表 5**)。新型コロナ前は、1 日 450 人程度であったが、新型コロナ後は 400 人程度になった。1 日当たりの単価は、上昇傾向であった。2018 年度までは女性の比率が高かったが、2019 年以降は男性の比率が高かった(**図表 6**)。0－4 歳児は、新型コロナ後減少傾向であり、新型コロナ前と比較して 10%以下になった(**図表 7**)。MDC 分類では、01,02,05,06,07,09,10,11,13 はコロナの影響を受けその後増加したが、03,04,08,12,14,15,16 は減少傾向であった(**図表 8**)。ICD10 では、患者数が上位の疾患は、コロナ前の状況に戻っているが、それ以外では減少傾向で推移している疾患が多く見受けられた(**図表 9**)。

図表 5. 年度別外来患者数、受診日数

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
患者数	27,410	28,330	27,249	26,614	26,293	25,467	22,056	22,745	23,348
平均受診日数	4.0	4.0	4.1	4.2	4.4	4.4	4.4	4.4	4.3
単価/日	1,242	1,245	1,257	1,290	1,271	1,295	1,340	1,384	1,460
外来患者数/日	449	460	456	450	465	457	391	409	413
(平日日数)	247	246	245	248	248	244	246	246	245

図表 6. 年度別性別外来患者数

男女区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	13,343	13,800	13,435	13,160	12,949	12,786	11,251	11,374	11,677
女性	14,067	14,530	13,814	13,454	13,344	12,681	10,805	11,371	11,671

図表 7. 年度別年齢階級別外来患者数

年齢階級	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0	846	881	894	774	732	615	314	68	51
5	495	480	442	452	439	453	230	134	135
10	376	373	406	299	345	312	200	146	136
15	379	468	435	335	371	372	249	290	334
20	424	424	429	403	391	309	230	326	348
25	661	675	580	510	527	417	348	455	462
30	833	780	734	752	727	542	475	539	504
35	1,085	1,042	962	829	824	689	626	679	657
40	1,457	1,469	1,296	1,204	1,085	1,047	854	837	866
45	1,421	1,553	1,544	1,554	1,507	1,456	1,213	1,207	1,145
50	1,564	1,548	1,427	1,443	1,467	1,476	1,301	1,461	1,515
55	1,718	1,782	1,643	1,665	1,580	1,562	1,330	1,378	1,408
60	2,623	2,504	2,237	2,121	1,978	1,793	1,645	1,667	1,635
65	3,674	4,032	3,651	3,402	2,994	2,757	2,268	2,145	2,169
70	3,502	3,614	3,298	3,446	3,592	3,825	3,571	3,565	3,364
75	2,806	2,925	3,276	3,401	3,580	3,598	3,049	3,195	3,567
80	1,973	2,084	2,158	2,146	2,187	2,274	2,157	2,463	2,601
85	1,062	1,138	1,215	1,253	1,317	1,287	1,313	1,424	1,575
90	511	558	622	625	650	683	683	766	876

図表 8. 年度別 MDC 分類別外来患者数

MDC	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
01	神経系疾患	2,892	2,949	2,992	2,892	2,640	2,551	2,156	2,373	2,316
02	眼科系疾患	1,758	1,807	1,697	1,696	1,726	1,658	1,526	1,538	1,651
03	耳鼻咽喉科系疾患	1,171	1,200	1,026	1,014	941	912	578	505	517
04	呼吸器性疾患	1,292	1,333	1,134	1,140	986	879	571	478	504
05	循環器系疾患	2,462	2,632	2,919	2,846	3,172	3,205	2,933	3,089	3,285
06	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	3,286	3,125	2,958	2,862	2,990	2,800	2,450	2,552	2,601
07	筋骨格系疾患	2,501	2,354	2,215	2,158	2,307	2,360	2,071	2,061	2,119
08	皮膚・皮下組織の疾患	1,447	1,452	1,342	1,308	1,231	1,181	846	847	802
09	乳房の疾患	300	365	370	341	324	304	281	334	338
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	1,950	2,074	2,057	2,033	1,998	1,997	1,890	2,030	2,141
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	1,361	1,395	1,450	1,511	1,504	1,466	1,413	1,480	1,448
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	1,312	1,355	1,236	1,153	1,063	819	755	837	819
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	187	204	187	177	193	191	158	156	185
14	新生児疾患，先天性奇形	89	106	106	98	88	67	58	48	68
15	小児疾患	223	233	210	167	185	183	108	65	73
16	外傷・熱傷・中毒	1,413	1,361	1,376	1,318	1,272	1,236	1,029	1,005	1,006
17	精神疾患	91	119	122	119	88	85	86	94	102
18	その他	1,019	1,064	936	931	913	877	801	964	1,428
A0	該当なし	2,611	3,160	2,880	2,803	2,671	2,696	2,346	2,289	1,945
(空白)	(空白)	45	42	36	47	1				

図表 9. 年度別 ICD10 別外来患者数

病名	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
本態性（原発性＜一次性＞）高血圧（症）	循環器系疾患	1,318	1,436	1,581	1,553	1,620	1,576	1,456	1,553	1,648
屈折及び調節の障害	眼科系疾患	1,410	1,476	1,385	1,336	1,275	1,187	1,148	1,174	1,244
２型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	768	851	822	824	810	825	786	806	822
リポタンパク＜蛋白＞代謝障害及びその他の脂血症	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	493	542	569	577	581	570	561	628	658
脳血管疾患の続発・後遺症	神経系疾患	548	595	581	573	525	479	440	524	457
その他の脳血管疾患	神経系疾患	566	634	690	656	456	424	352	442	435
膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	377	389	370	420	430	503	461	493	471
前立腺肥大（症）	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	450	493	468	444	420	396	364	380	379
胃炎及び十二指腸炎	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	611	462	436	476	460	408	335	317	281
消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	該当なし	424	531	467	523	376	399	323	395	254
女性生殖器の性状不詳又は不明の新生物＜腫瘍＞	女性生殖器系疾患及び産病関疾患・産褥期疾患	508	631	605	507	395	250	180	173	151
その他の皮膚炎	皮膚・皮下組織の疾患	461	473	415	385	378	371	265	271	252
狭心症	循環器系疾患	353	354	392	328	340	383	342	328	366
めまい＜眩暈＞感及びよろめき感	該当なし	457	510	423	380	366	354	214	148	131
頭痛	該当なし	559	512	378	357	355	313	214	154	123
その他の肝疾患	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	246	281	300	291	337	330	307	285	299
脳梗塞	神経系疾患	378	229	249	285	228	277	271	235	230
脳実質外動脈（頸動脈、椎骨動脈）の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	神経系疾患	275	275	306	295	307	273	207	215	219
その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物＜腫瘍＞	その他	350	346	269	289	293	278	195	175	163
子宮平滑筋腫	女性生殖器系疾患及び産病関疾患・産褥期疾患	442	348	236	231	265	147	151	175	177
その他の椎間板障害	筋骨格系疾患	216	190	202	215	247	280	256	237	253
頭部の表在損傷	外傷・熱傷・中毒	297	258	263	278	292	262	128	145	115
睡眠障害	神経系疾患	202	251	231	238	249	232	195	203	194
その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	213	216	215	216	243	255	207	208	215
喘息	呼吸器性疾患	281	282	267	272	288	223	146	86	80
胃潰瘍	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	375	309	221	197	182	150	138	115	118

3. 受診状況　-入院（手術無）-

新型コロナの影響で、入院(手術無)の患者は減少したが、その後横ばいで推移していた(**図表 10、11**)。新型コロナ後、１日当たりの病床数が減少傾向であった。１日当たりの単価は、上昇傾向であった。2021 年度以降 15 歳未満の患者数が 0 となった(**図表 12**)。80 歳以上では、コロナ前の状況に戻っていた。MDC 分類では、01, 03, 07, 16 はコロナの影響を受け大幅に減少したが、その後も減少し続けた(**図表 13**)。04, 08, 10, 11, 15 はコロナの影響を受け減少したが、その後増加した。12, 14 はコロナ発生の前年(2019)から減少していた。02 は 2018 以降手術有に移行していた(**図表 13, 18**)。05, 06 は 2018 年以降増加傾向であった。ICD10 では、患者数が多かった脳梗塞はコロナ前から減少傾向であり、結腸の良性腫瘍、心不全、肺臓炎はコロナ後増加傾向であった(**図表 14**)。屈折および調整の障害は 2018 年から大幅に減少した。

図表 10. 年度別入院（手術無）患者数、受診日数

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
患者数	4,181	4,367	4,415	4,388	4,197	4,025	3,527	3,627	3,583
平均在院日数	13.1	13.3	13.4	13.6	14.3	14.6	15.6	14.3	14.4
病床数/日	150	160	162	163	164	161	151	142	141
単価/日	3,816	3,857	3,723	3,873	3,841	3,907	4,147	4,459	4,545

図表 11. 年度別性別入院（手術無）患者数

男女区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	2,360	2,472	2,436	2,358	2,279	2,149	1,943	2,023	2,014
女性	1,821	1,895	1,979	2,030	1,918	1,876	1,584	1,604	1,569

図表 12. 年度別年齢階級別入院（手術無）患者数

年齢階級	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0	153	163	149	163	173	95	29		
5	22	15	18	28	17	28	14		
10	16	11	18	9	18	12	13		
15	19	25	43	28	29	25	12	24	17
20	32	41	43	37	42	23	18	37	18
25	62	47	47	29	37	32	20	46	21
30	50	53	57	60	39	40	16	28	26
35	82	60	54	53	53	45	34	55	46
40	97	99	90	85	85	75	40	54	45
45	117	95	120	114	105	101	84	81	68
50	112	120	135	137	135	142	107	123	113
55	171	178	193	172	163	150	128	113	133
60	294	315	290	201	224	191	175	179	149
65	470	507	493	456	400	343	241	237	244
70	566	576	509	545	477	506	509	467	496
75	563	573	634	669	578	592	512	509	530
80	580	621	633	605	590	598	527	623	616
85	428	477	508	549	561	519	531	548	542
90	347	391	381	448	471	508	517	503	519

図表 13. 年度別 MDC 分類別入院(手術無)患者数

MDC	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
01	神経系疾患	905	935	901	961	934	885	595	557	488
02	眼科系疾患	131	123	140	138	18	10	23	33	16
03	耳鼻咽喉科系疾患	108	115	140	111	123	108	83	74	81
04	呼吸器性疾患	513	518	509	494	557	469	356	378	373
05	循環器系疾患	410	458	422	373	381	407	421	436	466
06	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	739	767	809	757	699	714	711	742	772
07	筋骨格系疾患	169	161	161	170	173	180	151	147	142
08	皮膚・皮下組織の疾患	85	98	110	102	100	116	80	78	116
09	乳房の疾患	9	12	8	8	12	11	14	12	7
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	182	212	212	231	205	184	176	181	191
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	226	246	273	274	260	279	249	270	246
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	80	84	71	63	46	5	4	8	7
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	35	49	27	49	37	43	65	37	32
14	新生児疾患，先天性奇形	83	100	85	68	67	3	3	5	6
15	小児疾患	71	45	86	72	85	74	38	37	47
16	外傷・熱傷・中毒	293	307	329	363	332	368	348	341	276
17	精神疾患	6	6	12	16	6	9	6	14	15
18	その他	96	105	73	102	111	97	144	227	262
A0	該当なし	26	17	36	30	47	61	59	47	37
(空白)	(空白)	14	9	11	6	4	2	1	3	3

図表 14. 年度別 ICD10 別入院(手術無)患者数

病名	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
脳梗塞	神経系疾患	413	456	456	437	409	410	302	261	228
結腸，直腸，肛門及び肛門管の良性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	128	164	203	181	192	157	146	198	247
肺炎，病原体不詳	呼吸器性疾患	82	81	137	151	164	180	133	134	134
心不全	循環器系疾患	109	111	132	122	135	106	134	142	150
脳内出血	神経系疾患	151	143	103	130	110	117	79	58	51
固形物及び液状物による肺臓炎	呼吸器性疾患	131	151	105	94	86	58	68	104	116
２型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	89	108	96	113	108	94	66	69	60
狭心症	循環器系疾患	83	98	66	69	77	80	86	79	98
前庭機能障害	耳鼻咽喉科系疾患	51	60	96	80	76	74	72	65	60
胆石症	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	58	66	72	76	61	66	64	86	78
大腿骨骨折	外傷・熱傷・中毒	61	87	68	72	46	73	74	70	70
頭蓋内損傷	外傷・熱傷・中毒	50	48	54	57	57	99	75	101	67
本態性（原発性＜一次性＞）高血圧（症）	循環器系疾患	74	66	64	47	46	83	77	58	58
屈折及び調節の障害	眼科系疾患	119	115	128	123	14	6	10	13	11
睡眠障害	神経系疾患	51	67	58	56	82	77	42	34	44
帯状疱疹［帯状ヘルペス］	皮膚・皮下組織の疾患	52	65	65	51	51	68	47	40	53
腰椎及び骨盤の骨折	外傷・熱傷・中毒	46	50	41	57	45	50	66	47	47
細菌性肺炎，他に分類されないもの	呼吸器性疾患	29	31	54	47	73	55	57	42	45
その他の脳血管疾患	神経系疾患	67	70	57	83	49	29	22	24	26
てんかん	神経系疾患	48	53	53	44	45	60	34	40	45
尿路系のその他の障害	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	23	22	35	40	35	60	61	66	63
前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	26	45	30	36	62	50	42	45	44
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	52	51	42	43	36	32	37	46	34

4.受診状況　-入院（手術有）-

患者数が、年度毎にばらつきがあった(**図表 15,16**)。1日当たりの病床数はコロナまでは横ばいでコロナ後増加傾向であり、1日当たりの単価はコロナの影響なく増加傾向であった。25 歳未満では、2019 年度から大幅に減少していた(**図表 17**)。80 歳以上では 2019 年以降増加傾向であった。MDC 分類では、01,07 はコロナ以降の減少傾向であった(**図表 18**)。03,04,06,11 はコロナで減少したが、その後増加傾向であった。05,13 は 2018 年以降、増加傾向であった。12 は 2019 年以降減少傾向であった。ICD10 では、そけいヘルニアおよび眼科疾患は 2018 年以降大幅に増加した（**図表 19**）。胆石症は、2021 年度以降大幅に増加した。老人性白内障は、2020,2021 年のみ患者が多かった。

図表 15.年度別入院(手術有)患者数、受診日数

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
患者数	1,594	1,734	1,647	1,751	2,022	1,857	1,735	2,074	1,938
平均入院日数	13.4	13.3	13.7	13.3	12.4	12.6	13.4	12.9	13.5
病床数/日	59	63	62	64	69	64	63	73	72
単価/日	8,023	8,172	8,094	8,473	8,713	8,676	8,773	9,004	9,237

図表 16.年度別性別入院(手術有)患者数

男女区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
男性	891	910	897	896	1,042	1,055	988	1,155	1,124
女性	703	824	750	855	980	802	747	919	814

図表 17. 年度別年齢階級別入院(手術有)患者数

年齢階級	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0	5	2		3	2	1			
5	4	9	9	9	12	8	2	1	
10	11	16	19	10	10	6	3	4	1
15	9	15	12	14	15	2	8	11	10
20	17	11	19	13	19	5	4	8	13
25	26	26	25	11	13	16	12	12	14
30	46	34	25	23	38	18	13	19	15
35	54	51	34	23	41	21	30	28	26
40	65	75	43	34	48	32	30	20	26
45	55	53	54	61	79	48	43	44	42
50	50	61	60	44	69	63	60	66	56
55	89	77	90	70	77	91	57	93	77
60	130	122	131	116	130	107	88	94	103
65	206	230	209	208	216	212	140	156	145
70	220	269	209	264	341	339	313	396	297
75	226	238	242	301	380	350	315	351	351
80	182	211	203	247	261	243	265	362	304
85	124	147	162	191	176	171	211	256	244
90	75	87	101	109	95	124	141	153	214

図表 18. 年度別 MDC 分類別入院(手術有)患者数

MDC	MDC名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
01	神経系疾患	125	137	126	144	179	164	118	116	108
02	眼科系疾患	46	28	12	20	156	130	99	199	97
03	耳鼻咽喉科系疾患	13	22	14	15	12	8	1		10
04	呼吸器性疾患	35	32	34	39	25	47	39	49	56
05	循環器系疾患	211	225	215	252	237	245	279	304	387
06	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	309	334	317	330	401	397	385	516	493
07	筋骨格系疾患	269	281	304	330	364	312	278	294	256
08	皮膚・皮下組織の疾患	3	7	5	11	7	6	2	4	7
09	乳房の疾患	20	27	18	21	25	27	21	34	18
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	33	31	39	28	52	62	55	38	29
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	130	164	144	122	178	176	151	167	160
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	111	110	92	65	86	2		3	2
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	15	25	21	24	20	30	36	41	43
14	新生児疾患，先天性奇形	4	3	2	3	6		4	2	2
15	小児疾患	1		1		2	3	1		1
16	外傷・熱傷・中毒	221	241	241	276	206	188	204	222	197
17	精神疾患			1					1	
18	その他	42	62	55	59	52	50	47	72	70
A0	該当なし	5	5	6	11	14	10	15	12	2
(空白)	(空白)	1			1					

図表 19. 年度別 ICD10 別入院(手術有)患者数

病名	ＭＤＣ名	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
大腿骨骨折	外傷・熱傷・中毒	60	87	71	103	59	84	93	100	92
狭心症	循環器系疾患	75	80	69	105	77	70	72	82	110
その他の椎間板障害	筋骨格系疾患	77	75	72	74	92	90	72	78	65
膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	42	60	70	76	102	83	82	70	53
その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	71	62	75	90	76	57	54	46	36
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	54	53	51	51	47	44	56	82	41
屈折及び調節の障害	眼科系疾患	19	3	7	18	144	110	11	62	78
胆石症	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	31	31	36	34	34	30	29	64	69
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	22	31	34	34	39	37	59	37	51
急性心筋梗塞	循環器系疾患	28	41	41	23	33	32	30	47	53
脳梗塞	神経系疾患	30	32	28	28	40	52	27	37	34
心不全	循環器系疾患	27	27	22	31	32	25	46	41	51
そけい＜鼠径＞ヘルニア	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	7	2	2	2	57	69	39	56	64
急性虫垂炎	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	38	26	30	40	42	28	25	28	36
頭蓋内損傷	外傷・熱傷・中毒	24	34	31	37	47	27	29	33	23
腎結石及び尿管結石	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	33	30	10	9	32	35	43	45	39
膀胱の悪性新生物＜腫瘍＞	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	31	32	30	28	30	32	37	25	30
その他の脳血管疾患	神経系疾患	30	33	36	45	34	20	21	18	21
老人性白内障	眼科系疾患					7	14	80	128	12
アテローム＜じゅく＜粥＞状＞硬化（症）	循環器系疾患	12	21	14	31	27	27	23	38	33
下腿の骨折，足首を含む	外傷・熱傷・中毒	22	22	36	34	24	17	18	27	22
股関節症［股関節部の関節症］	筋骨格系疾患	23	23	22	22	22	17	23	30	27
前腕の骨折	外傷・熱傷・中毒	31	27	30	27	19	13	17	23	19
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	乳房の疾患	20	25	17	20	23	25	20	34	17
２型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	15	11	12	14	33	39	31	20	15
前立腺肥大（症）	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	20	20	32	23	24	20	11	17	10
くも膜下出血	神経系疾患	25	27	25	20	22	23	15	12	7
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	25	19	18	18	13	8	17	18	20

5. 将来推計　-外来-

2025 年以降減少傾向であった(**図表 20**)。男性は 2030 年以降で減少傾向となった(**図表 21**)。１日当たりの単価は、2025 年以降増加傾向であった。50 歳未満は、おおむね減少傾向であった(**図表 22**)。大幅に増加するのは 90 歳以上であった。ICD10 では、概ねの疾患は 2025 年度まで増加傾向であった。膝関節症、脳梗塞は 2030 年まで、前立腺肥大症は 2035 年まで増加し、心房細動の患者は 2045 年まで増加傾向であった(**図表 23**)。

図表 20. 外来患者数、受診日数将来推計

	2022	2025	2030	2035	2040	2045
患者数	23,348	23,992	23,805	23,258	22,779	22,490
平均受診日数	4.3	4.4	4.4	4.4	4.4	4.5
単価/日	1,460	1,452	1,454	1,460	1,473	1,472
外来患者数/日	413	428	424	412	402	409
(平日日数)	245	246	248	248	250	246

図表 21.　性別外来患者数将来推計

男女区分	2022	2025	2030	2035	2040	2045
男性	11,677	12,105	12,119	11,947	11,781	11,733
女性	11,671	11,887	11,686	11,312	10,998	10,757

図表 22. 年齢階級別外来患者数勝利推計

年齢階級	2022	2025	2030	2035	2040	2045
0	51	50	48	47	45	42
5	135	126	118	115	111	107
10	136	129	119	112	108	105
15	334	313	291	270	253	244
20	348	323	300	279	258	242
25	462	494	449	419	393	363
30	504	514	549	496	466	438
35	657	604	593	633	573	539
40	866	785	712	700	750	678
45	1,145	946	820	743	730	781
50	1,515	1,649	1,343	1,166	1,056	1,038
55	1,408	1,611	1,904	1,554	1,352	1,224
60	1,635	1,726	1,930	2,277	1,863	1,622
65	2,169	1,941	2,047	2,293	2,704	2,206
70	3,364	2,532	2,173	2,293	2,573	3,038
75	3,567	4,644	3,556	3,072	3,249	3,660
80	2,601	2,925	3,713	2,852	2,484	2,650
85	1,575	1,592	1,898	2,464	1,904	1,685
90	876	1,088	1,242	1,475	1,908	1,825

図表 23. MDC 分類別外来患者数将来推計

		2022			年度				
病名	ＭＤＣ名	受診日数	単価	患者数	2025	2030	2035	2040	2045
本態性（原発性＜一次性＞）高血圧（症）	循環器系疾患	7.2	1,283	1648	1,738	1,730	1,689	1,657	1,657
屈折及び調節の障害	眼科系疾患	4.2	1,565	1244	1,280	1,258	1,213	1,196	1,199
２型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	内分泌・栄養・	1.2	2,440	854	846	842	822	810	810
エマージェンシーコードU07	その他	7.8	1,613	822	848	829	804	774	739
リポタンパク＜蛋白＞代謝障害及びその他の脂血症	内分泌・栄養・	5.3	1,354	658	671	668	653	645	632
膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	3.5	1,169	471	489	495	483	467	462
脳血管疾患の続発・後遺症	神経系疾患	4.5	1,562	457	483	482	472	462	471
前立腺肥大（症）	腎・尿路系疾患	2.2	1,558	435	421	426	427	426	440
その他の脳血管疾患	神経系疾患	6.4	1,353	379	446	439	415	404	403
狭心症	循環器系疾患	7.8	1,597	366	385	383	377	373	375
結腸，直腸，肛門及び肛門管の良性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患,	2.1	1,135	301	304	302	299	287	280
その他の肝疾患	消化器系疾患,	3.2	1,598	299	301	293	281	273	266
胃炎及び十二指腸炎	消化器系疾患,	3.6	1,778	281	278	269	262	259	256
その他の動脈瘤及び解離	循環器系疾患	2.8	1,645	275	276	271	262	257	251
その他の皮膚炎	皮膚・皮下組織	2.9	822	262	261	257	249	242	239
消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	該当なし	2.3	1,120	254	254	249	247	238	232
その他の椎間板障害	筋骨格系疾患	3.3	1,405	253	260	252	244	232	228
脳梗塞	神経系疾患	4.9	506	252	242	250	244	240	238
男性不妊（症）	腎・尿路系疾患	2.0	2,118	230	256	250	240	226	213
その他の機能性の挿入物の存在	該当なし	3.0	1,404	219	220	232	231	220	218
脳実質外動脈（脳底動脈，頸動脈，椎骨動脈）の閉塞及び狭窄，脳梗塞に至らなかったもの	神経系疾患	4.0	1,472	215	230	229	216	212	220
その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	3.8	1,210	206	225	224	217	214	216
心房細動及び粗動	循環器系疾患	5.7	1,928	194	196	198	200	201	201

6. 将来推計　-入院-

入院患者数は、2040 年まで増加傾向であった(**図表 24,25**)。性別では女性より男性の方が多かった(**図表 26,28**)。手術無と手術有では１日当たりの単価が約２倍程度の差があった。ベッド稼働率が、2022年度と同じ場合、入院全体で 2025 年度では１日当たり 18 床、2030 年では 35 床不足することとなった。65 歳以上の高齢者の入院は 2045 年まで増加傾向であった(**図表 27,29**)。入院(手術無)では、MDC 分類の神経系疾患が 2022 年度での医療費がおよび単価が高く在院日数が長く、患者数は 2035 年度まで増加傾向であった(**図表 30,32**)。ICD10 では、脳梗塞の医療費が高かった(**図表 31,33**)。入院(手術有)では、MDC 分類の循環器系疾患は単価が高かった。患者数は 2040 年度まで増加傾向であった。ICD10 では、狭心症の医療費が高かった。

図表 24. 入院(手術無)患者数、受診日数将来推計

	2022	2025	2030	2035	2040	2045
患者数	3,583	3,827	4,024	4,108	4,135	4,087
平均在院日数	14.4	14.7	15.0	15.4	15.6	15.5
入院患者数/日	141	154	166	174	177	174
単価/日	4,545	4,533	4,518	4,498	4,492	4,495
不足病床数		4,762	9,068	11,885	13,208	12,018
(不足病床数/日)		(13)	(25)	(33)	(36)	(33)

図表 25.　入院(手術有)患者数、受診日数将来推計

	2022	2025	2030	2035	2040	2045
患者数	1,938	2,060	2,120	2,137	2,143	2,131
平均入院日数	13.5	13.7	14.1	14.3	14.4	14.3
入院患者数/日	72	77	82	84	84	84
単価/日	9,237	9,154	9,029	8,906	8,824	8,842
不足病床数		1,997	3,705	4,364	4,646	4,263
(不足病床数/日)		(5)	(10)	(12)	(13)	(12)

図表 26.　性別入院(手術無)患者数将来推計

男女区分	2022	2025	2030	2035	2040	2045
男性	2,014	2,152	2,269	2,309	2,326	2,322
女性	1,569	1,675	1,755	1,799	1,809	1,765

図表 27. 年齢階級別入院（手術無）患者数勝利推計

年齢階級	2022	2025	2030	2035	2040	2045
0						
5						
10						
15	17	16	15	14	13	13
20	18	16	15	14	13	12
25	21	23	21	19	18	16
30	26	27	28	26	24	23
35	46	42	42	45	40	38
40	45	41	37	37	39	35
45	68	57	49	45	44	47
50	113	123	100	87	79	78
55	133	153	181	149	129	117
60	149	157	177	208	171	149
65	244	219	232	262	309	252
70	496	374	322	339	384	453
75	530	693	533	460	489	553
80	616	692	881	680	593	635
85	542	550	656	851	659	584
90	519	644	736	874	1,132	1,082

図表 28. 性別入院（手術有）患者数勝利推計

男女区分	2022	2025	2030	2035	2040	2045
男性	1,124	1,209	1,248	1,257	1,268	1,268
女性	814	852	872	880	875	862

図表 29. 年齢階級別入院（手術有）患者数勝利推計

年齢階級	2022	2025	2030	2035	2040	2045
0						
5						
10	1	1	1	1	1	1
15	10	9	9	8	8	7
20	13	12	11	10	10	9
25	14	15	13	13	12	11
30	15	15	17	15	14	13
35	26	24	24	25	23	21
40	26	24	21	21	22	20
45	42	35	30	28	27	29
50	56	61	50	43	39	39
55	77	89	105	86	75	68
60	103	109	122	144	119	103
65	145	129	136	153	181	147
70	297	224	192	202	227	268
75	351	459	352	305	322	366
80	304	342	435	335	292	310
85	244	246	293	381	294	260
90	214	267	308	367	478	457

図表 30. MDC 分類別入院(手術無)患者数将来推計

	2022			年度				
ＭＤＣ名	ALOS	単価	患者数	2025	2030	2035	2040	2045
神経系疾患	20.8	5,015	488	509	529	529	524	521
眼科系疾患	4.3	3,816	16	17	19	19	21	21
耳鼻咽喉科系疾患	4.7	4,926	81	83	82	79	78	78
呼吸器性疾患	22.0	4,266	373	416	455	484	502	491
循環器系疾患	13.6	4,749	466	505	538	549	556	547
消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	8.6	4,860	772	812	831	828	835	832
筋骨格系疾患	11.8	3,503	142	149	148	146	145	147
皮膚・皮下組織の疾患	13.6	3,818	116	120	125	129	123	121
乳房の疾患	11.3	3,586	7	6	6	7	7	6
内分泌・栄養・代謝に関する疾患	14.1	3,884	191	203	216	222	221	219
腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	12.1	4,076	246	264	283	293	296	293
女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	7.4	4,108	7	7	7	6	6	6
血液・造血器・免疫臓器の疾患	22.8	5,184	32	37	40	43	44	43
新生児疾患，先天性奇形	3.5	4,676	6	7	6	5	5	5
小児疾患	7.8	4,681	47	50	53	52	51	49
外傷・熱傷・中毒	16.7	3,467	276	297	319	331	329	323
精神疾患	6.9	3,949	15	15	15	14	15	15
その他	16.8	5,746	262	288	307	325	330	323
該当なし	11.2	3,153	37	39	42	44	45	43
(空白)	2.7	876	3	3	3	3	3	3

図表 31. ICD10 別入院(手術無)患者数将来推計

		2022			年度				
病名	ＭＤＣ名	ALOS	単価	患者数	2025	2030	2035	2040	2045
脳梗塞	神経系疾患	27.1	5,272	228	242	254	259	257	257
結腸，直腸，肛門及び肛門管の良性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	2.1	6,993	247	250	243	237	235	237
心不全	循環器系疾患	22.7	4,529	150	165	180	191	197	191
肺炎，病原体不詳	呼吸器性疾患	20.0	4,356	134	148	163	176	181	177
エマージェンシーコードU07	その他	13.6	7,586	136	148	159	170	172	167
固形物及び液状物による肺臓炎	呼吸器性疾患	24.0	4,190	116	133	148	158	168	164
狭心症	循環器系疾患	7.2	5,867	98	103	108	109	105	104
胆石症	消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	12.3	4,174	78	85	92	96	98	96
大腿骨骨折	外傷・熱傷・中毒	13.2	5,446	70	77	82	88	92	90
その他の敗血症	その他	17.0	3,116	65	74	79	83	89	88
頭蓋内損傷	外傷・熱傷・中毒	11.8	3,832	67	71	77	79	79	78
尿路系のその他の障害	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	17.0	4,082	63	69	73	75	77	76
本態性（原発性＜一次性＞）高血圧（症）	循環器系疾患	4.4	5,262	58	63	66	66	68	68
２型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	23.3	4,604	60	63	67	67	63	64
前庭機能障害	耳鼻咽喉科系疾患	10.4	3,918	60	63	64	61	59	59
腰椎及び骨盤の骨折	外傷・熱傷・中毒	32.1	5,041	47	52	58	58	56	55
細菌性肺炎，他に分類されないもの	呼吸器性疾患	18.7	3,560	45	53	57	56	57	58
帯状疱疹［帯状ヘルペス］	皮膚・皮下組織の疾患	7.8	4,037	53	55	58	56	54	53
脳内出血	神経系疾患	7.6	4,200	51	53	55	55	55	54
体液量減少（症）	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	27.6	4,262	40	44	48	51	53	52
てんかん	神経系疾患	14.0	4,861	45	46	48	49	50	48
その他の胃腸炎及び大腸炎，感染症及び詳細不明の原因によるもの	小児疾患	10.4	3,850	43	46	49	48	48	46
前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	2.3	5,614	44	44	47	47	49	49
睡眠障害	神経系疾患	7.5	4,742	44	45	45	44	41	41

図表 32. MDC 分類別入院(手術有)患者数将来推計

	2022			年度				
ＭＤＣ名	ALOS	単価	患者数	2025	2030	2035	2040	2045
神経系疾患	17.8	12,440	108	110	115	117	118	116
眼科系疾患	4.0	8,458	97	103	100	95	98	102
耳鼻咽喉科系疾患	5.8	7,627	10	10	9	8	9	9
呼吸器性疾患	23.6	5,232	56	63	71	75	75	73
循環器系疾患	13.8	13,014	387	421	435	439	444	441
消化器系疾患，肝臓・胆道・脾臓疾患	12.5	7,842	493	521	530	535	534	532
筋骨格系疾患	12.5	10,872	256	263	262	253	245	247
皮膚・皮下組織の疾患	16.3	5,432	7	8	8	8	7	7
乳房の疾患	7.3	10,520	18	18	17	17	17	16
内分泌・栄養・代謝に関する疾患	12.0	4,442	29	31	33	36	36	35
腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	9.2	6,161	160	172	178	177	174	174
女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	20.5	3,544	2	2	2	2	2	2
血液・造血器・免疫臓器の疾患	21.8	7,720	43	47	51	52	52	51
新生児疾患，先天性奇形	9.5	9,695	2	2	3	2	2	2
小児疾患	11.0	3,604	1	1	1	1	1	1
外傷・熱傷・中毒	18.3	7,452	197	210	220	228	234	232
その他	15.4	7,230	70	76	82	87	93	90
該当なし	37.0	3,759	2	2	3	3	4	4

図表 33. ICD10 別入院(手術有)患者数将来推計

		2022			年度				
病名	ＭＤＣ名	ALOS	単価	患者数	2025	2030	2035	2040	2045
狭心症	循環器系疾患	11.4	15,880	110	118	123	122	120	119
大腿骨骨折	外傷・熱傷・中毒	20.4	8,095	92	103	111	119	130	127
屈折及び調節の障害	眼科系疾患	4.2	8,435	78	86	84	79	81	83
胆石症	消化器系疾患，肝臓・胆道	12.1	7,944	69	71	70	68	67	68
そけい＜鼠径＞ヘルニア	消化器系疾患，肝臓・胆道	8.0	11,889	64	68	66	65	65	67
その他の椎間板障害	筋骨格系疾患	3.8	11,271	65	64	66	66	61	60
心不全	循環器系疾患	20.3	15,059	51	57	60	63	66	64
急性心筋梗塞	循環器系疾患	17.9	10,986	53	59	61	61	61	61
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患，肝臓・胆道	15.8	9,230	51	54	57	58	60	59
膝関節症［膝の関節症］	筋骨格系疾患	21.4	7,991	53	56	54	51	50	51
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	消化器系疾患，肝臓・胆道	15.9	8,827	41	44	43	47	46	45
アテローム＜じゅく＜粥＞状＞硬化（症）	循環器系疾患	5.6	7,860	33	37	40	40	42	42
脳梗塞	神経系疾患	6.8	9,795	34	35	37	42	43	42
腎結石及び尿管結石	腎・尿路系疾患及び男性生	6.2	11,949	39	41	40	38	37	36
その他の脊椎障害	筋骨格系疾患	27.4	10,407	36	38	37	35	34	36
膀胱の悪性新生物＜腫瘍＞	腎・尿路系疾患及び男性生	12.6	15,402	30	33	34	34	32	33
急性虫垂炎	消化器系疾患，肝臓・胆道	8.1	7,076	36	36	35	33	32	30
房室ブロック及び左脚ブロック	循環器系疾患	18.7	11,647	25	28	31	32	33	32
頭蓋内損傷	外傷・熱傷・中毒	3.0	6,089	23	25	28	30	29	28
その他の敗血症	その他	18.5	9,810	21	22	24	27	28	28
痔核及び肛門周囲静脈血栓症	消化器系疾患，肝臓・胆道	11.4	14,738	25	27	26	25	25	26
播種性血管内凝固症候群［脱線維素症候群］	血液・造血器・免疫臓器の	20.1	5,646	21	23	25	27	26	26
その他の変形性脊柱障害	筋骨格系疾患	22.5	6,066	24	26	26	25	24	23
股関節症［股関節部の関節症］	筋骨格系疾患	5.0	6,021	27	26	25	24	24	24

Ⅳ. 考察

1. 患者の変容

現在、我が国では人口の減少および高齢化率が増加している。高齢化率の増加や平均寿命の延伸により複数疾病に罹患している高齢者が増加する。患者も高齢に伴い罹患している疾病の数は増加し、受診する医療機関数も増加する。医療機関は、高齢者の疾病に対応できる体制の見直しが必要となる。

本医療機関では、患者では 50 歳未満は 2022 年以降減少傾向となり、2022 年以降 75 歳から 79 歳が一番多い年齢階級となった。外来患者は 1 日当たりの患者数は 2025 年以降減少傾向となり、入院患者は 2040 年まで増加傾向となった。

受診する医療機関のロケーションの問題による治療中断や、閉じこもりや認知症による治療中断の回避も検討する必要があり、地域全体として解決すべき課題である。治療中断は、重症化を促進させ不必要な医療資源の利用につながるため、高齢者が罹患する疾病に則した医療の提供が必要である。

2. 経営の効率化

高齢化により医療需要は増加傾向となるが、単価が減少していることから必要な医療資源は減少傾向になると考えられた。外来患者は、単価に変動はないが患者が減少傾向となる。入院患者は増加傾向であるが、入院単価が減少となる。入院患者は増加傾向のため、現状の病床数を維持するのであれば、受診できない患者が出てくる。地域の医療機関との連携により在院日数を短縮させるか、現状患者数が多い疾患を絞って安定した患者の受け入れが必要となる。人的資源の増加は困難になることから、医療提供体制に合わせた医療スタッフの教育も必要となる。

3. 機能分化

将来推計では、外来患者は減少傾向であり、入院患者は減少するが在院日数は増加するため医療資源は増加傾向となる。地域の課題では、入院できない患者の増加もあり在宅に関する医療資源が増加することとなり、訪問診療、往診ともに、ニーズは拡大する。必要となった在宅医療を、対応できる医療機関の体制確保が必要となる。現状、診療所の医師の高齢化が課題の中、医師を確保する施策が必要である。また、要介護認定者も増加するため、看護師および介護士の確保も医師と合わせて対策が必要となる。特に医師を支援する看護師の確保が、地域の医療体制の維持に重要なキーとなる。地域の医療を守るため、地域の在宅医療も

含めて各医療機関との連携および自院の機能の見直しについて、検討しなければならない。

4. 分析の限界

今回、収集した情報は、医療レセプトデータである。医療機関全体の現状を把握するには、自費、労災保険など医療保険以外の保険者の情報も必要となる。疾病については、レセプトに記載されている病名を使用した。レセプトには請求目的に付与された病名も記載されているため、疾病によっては患者数を見直す必要がある。

医療資源の情報は含まれていないため、生産性は把握できなかった。患者の住所地の情報が無く保険者の住所地を使用したため、圏域の医療需要に偏りがある可能性があった。

V. 結語

今回の研究では、高齢化が進む各圏域において、医療機関の医療体制、機能およびその将来推計により、医療機能を検討する必要性について明らかになった。医師の働き方改革も進む中、医療スタッフの確保および効率的な医療資源の活用が望まれる。将来の人口構成の違いによる医療ニーズの必要量は各圏域において違いがあり、圏域の医療を守るため提供体制に関する課題を検討する必要がある。

今後の研究では、今後、更に対象を拡大し、医療機関への情報提供の仕組みについて検討を進めていきたい。

本研究に関して、開示すべき利益相反はありません。

Status and future predictions of medical consultations at medical institutions of Saiseikai Toyama Hospital

Kenji Fujimoto[1], Naohito Yamaguchi[2], Shinya Matsuda[1,3]

1 Occupational Health Data Science Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan
2 Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare, Japan
3 Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan

[Objective]
It is necessary to respond to population structure changes resulting from the rapid aging of Japan's population. This study estimates the medical resources that will be needed in the future based on the current regional demographics and demand.
[Method]
Medical claims data created by medical institutions are used to supply information for medical functions. The research period spanned from 2014 to 2022. The current number of patients at medical institutions was expressed as a population ratio of each municipality. The local resident areas were defined as city, town, or village, and the area for those working at a company was defined as Toyama City. The number of daily outpatient visits was calculated using the number of weekdays each year, and the number of patients per hospital bed was calculated using the number of days each year. For future projections, the number of patients was based on 2022, the population was based on 2021, and the current share by region was assumed to be maintained in the future. The number of patients was estimated by calculating the prevalence of each disease by gender, age group, and by using future population projections.
[Results]
Due to the impact of COVID-19, the number of outpatients and inpatients decreased and has not returned to pre-COVID-19 levels. Regarding hospitalizations, the number of beds per day decreased for patients not requiring surgery, and increased for patients requiring surgery. The unit price per day for hospitalization has increased. Future projections for outpatient care show that the number of patients will increase until 2025, but will then decline. There was no projected change in medical expenses per day. Projections for future hospitalizations reveal that the number of patients will continue to increase until 2040. The daily medical costs for patients with surgery were approximately twice as high as those without surgery. Overall, costs were on a downward trend. Due to the increase in the number of hospitalized patients, there will be a shortage of 18 hospital beds in 2025 and 49 beds in 2040.
[Conclusion]
In areas where the population is aging, hospital systems, functions, and future projections have revealed the need to review hospital functions. The number of outpatients remains unchanged from the current situation, but hospitalizations are projected to rise. Since it is unlikely that the number of hospital beds can be increased, we will either shorten the length of hospital stays and increase the number of patients admitted, or we will

limit the number of patients by stopping low-incidence diseases. In either case, collaboration and coordination with local hospitals is important. Additionally, as the number of patients who cannot be hospitalized increases, the need for home medical care will increase. Thus, hospitals should consider their role in home medical care. Regarding management, more efficient operations will be needed as the daily unit price will decrease.

[Keywords]
medical claims, future estimation, functional differentiation

人材開発部門
活動記録

令和 4 年度 看護部長・副学校長研修

2022 年 4 月 21 日

看護部長･副学校長研修が 4 月 21 日に本部で開かれ､看護部長 82 人（うち新任 13）、副学校長 6 人（うち新任副学校長 2）の 88 人がオンラインで参加した。

厚労省の習田由美子医政局看護課長が「看護の動向」と題して講義。「今後の新型コロナ感染拡大に備えた看護職員確保」「看護師の特定行為に係る研修制度の概要・現状と推進」「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト／シェア推進の具体的な普及・推進策」「医療専門職支援人材（看護補助者・医師事務作業補助者）の活用を目的とした事業」を解説した。

全国済生会看護部長会と本部看護室が協働している 3 つのワーキンググループについて活動を報告。

水戸済生会総合病院の檜山千景看護部長が「特定行為研修など看護の動向に関するワーキング活動報告」、香川県済生会病院の松本久美恵看護部長が「タスクシフト、タスクシェアワーキンググループ活動報告」唐津病院岩﨑理佳看護部長が「看護補助者マニュアル改訂にともなうワーキング報告」を説明した。

午後は高輪心理臨床研究所主宰･岸良範氏が「メンタルヘルスとパワーハラスメント―豊かにはたらくために―」と題し講義。「人間関係を豊かにするためには、個々の事情の中で生きてきた人へのリスペクトから始まり、管理はひとりの人として『尊敬・尊重』することから始まる」と力説した。

受講者はハラスメントの事例をもとに「スタッフや部下への対応」「叱り方」のグループワークも実施した。

令和４年度 訪問看護ステーション管理者研修

2022 年 5 月 19 日～20 日

訪問看護ステーション管理者研修が 5 月 19～20 日に本部で開かれ、57 人（うち新任 11 人）がオンラインで参加した。

初日は、炭谷茂理事長が「看護に関する済生会原論～歴史の転換期での済生会の基本的方向～」と題し講演。「ウィズコロナ・アフターコロナへと時代が変化している中で済生会は、地域包括ケアのトップリーダーとして総合的な医療・福祉サービスを提供していかなければならない」と訴えた。

日本訪問看護財団の佐藤美穂子常務理事は、会員向けに行なったコロナ対応の実態把握調査を説明。医師やケアマネジャー等との職種間による感染に対する認識の差、病院での面会制限から在宅医療に切り替えるがん末期患者の看取りが増加したなどが報告された。

翌日は、全国 6 ブロックの代表が活動報告や今後の課題を報告。山形訪問看護ステーションの平由美子氏（東北北海道）、三田訪問看護ステーションの圷むつみ氏（関東）、三条訪問看護ステーションの阿部育子氏（北信越）、茨木訪問看護ステーションの西森麻喜子氏（近畿）、今治訪問看護ステーションの西野憲子氏（中四国）、訪問看護ステーションせんだいの湯之前瑞穂氏（九州）が地域連携や人材育成の取り組み等を発表した。

午後は、新型コロナ策などをテーマにグループワークを実施した。

第 47 回 臨床研修指導医のためのワークショップ

2022 年 7 月 30 日～31 日

新型コロナで延期やオンライン開催となっていた全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが約 3 年ぶりに対面での開催を実現した。

第 47 回となる本ワークショップは令和 4 年 7 月 30～31 日の 2 日間にわたり今治病院主催で、大阪市のクロス・ウェーブ梅田の会場に 19 病院から 27 人が参加した。

松野剛院長（今治病院）が開催責任者となり、チーフタスクフォースの船崎俊一・川口総合病院循環器内科部長・リハ科部長のほか、本会病院から参加した 7 人のタスクフォースが受講者をサポート。事務局は今治病院のほか次回主催予定の長崎病院、次々回主催予定の水戸総合病院、本部職員が務めた。

全国で新型コロナの感染者数が急増する中、特別講師である医師臨床研修専門小委員会の塩出純二委員長（岡山済生会総合病院院長）や、同外部委員の小西靖彦先生（静岡県立総合病院院長）が病院でのコロナ対応のため、オンラインに変更、タスクフォースも 1 名が勤務先からの参加を余儀なくされるなど、コロナの影響による変更が相次いだが、主催病院である今治病院スタッフやタスクフォースの先生方の柔軟かつ適切な対応により、無事、開催することができた。

内容は、主なテーマとして、研修医が行なう研修プログラムの立案、目標設定、研修方法（方略）、評価等、指導に必要な知識と技術についてグループワークで学んだ。

また、今回から e ラーニングによる事前学習も導入され、事前に内容の理解度を上げることも試みた。今後も効果的な導入を検討していきたい。

受講者からは「指導医として実践に活かせる多くのことを学べた」「適切で丁寧なタスクの先生のサポートがあり、理解を深めることができた」といった声が寄せられた。

令和４年度 済生会全国次世代指導者研修

2022 年 9 月 2 日～3 日

令和４年度済生会全国次世代指導者研修が９月２日～3 日に本部主催で開催され、本会 20 病院から 21 人が参加した。

本研修は新型コロナウイルス影響により令和２年１月以来、約２年半ぶりの開催となった。

研修は、先行き不透明な環境下に組織の進む方向性を指し示す事ができるリーダーの育成目標とし、多様性の意義・活用、DISC アセスメントを活用したタイプごとのリーダーシップ、コーチング、ピープル・リーダーとしてチームを導くため必要なスキル、知識等について主にグループワーク形式で行われた。

また、済生会病院におけるリーダーシップの実践例として、「環境変化に対応し、組織改革を推進するリーダーシップ」をテーマとする特別講演が、済生会院長会会長 園田孝志（唐津病院院長）・同人材開発部会長 登谷大修（福井県済生会病院院長）の共同により行われた。

特別講演後には、済生会の現状、リーダーとしての心構え、組織改革の実践等について多くの質問があった。

参加者からは、「様々なタイプの人がいることを知り、タイプごとの付き合い方を学ぶことができた」「実践例等を参考に組織改革に挑みたい」といった声が寄せられた。

令和 4 年度 済生会地域包括ケア連携士養成研修会

2022 年 10 月～11 月

令和 4 年度済生会地域包括ケア連携士（連携士）養成研修会が e ラーニングによる事前学習（10 月 3 日～11 月 11 日）、Zoom によるオンライン研修（11 月 15～16 日）、2 回に分けての対面研修（11 月 22 日と 29 日）を組合せ開催された。

コロナ禍で集合研修が開催できなかった 2 年間に、全国の済生会における先駆的な実践等を収めた動画コンテンツや、それを補足するテキストを制作し今回の開催に至った。

e ラーニングの動画コンテンツは 5 つのテーマからなり、講師となる済生会職員の他、多くの済生会を利用する患者や利用者、ご家族にもご協力いただき制作し、見ごたえのある動画コンテンツとなった。

連携士は済生会が進める地域包括ケアを中核となって進めていく役割を担っており、研修は高齢、障害、児童、生活困窮者など各分野における連携・支援や地域貢献、さらには、ICF（国際生活機能分類）や、職種間連携と多岐にわたる。

病院の MSW や看護師、福祉施設の相談員、訪問看護師など、様々な連携業務に携わる 70 人が参加した。

受講者からは、「e ラーニングの内容が充実していて他の職員とも共有したい」「研修内容も濃く学びになった。済生会人として何ができるか考え行動したい」「これまで院内の活動ばかり考えていたが院外に出て地域と連携したいと思えた」といった意見が寄せられた。

全国で地域共生社会に向けた取り組みが進められる中、本研修は済生会内外から多くの注目を集め、今年度に追加制作している動画コンテンツとテキストは、コロナ禍での地域共生社会に資する人材育成に寄与するとして日本財団の補助対象になっている。

第 48 回 臨床研修指導医のためのワークショップ

2022 年 11 月 26 日～27 日

第 48 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが令和 4 年 11 月 26～27 日に大阪市のクロス・ウェーブ梅田で開かれ、15 病院から 27 人が参加した。本年度 2 回目の対面開催となった。

開催責任者で長崎病院の衛藤正雄院長とチーフタスクフォースの風巻拓・横浜市東部病院救急科医長 スキルトレーニング室長が中心となって研修を進行、7 人のタスクフォースが受講者をサポートした。事務局は開催担当の長崎病院と次回以降担当の水戸済生会総合病院と富田林病院、本部が務めた。

研修では、e ラーニングによる事前学習から始まり、当日は主に臨床研修プログラムの立案、目標設定、研修方法（方略）、評価など指導医に求められる知識と技術をグループワークで学んだ。

受講者は「研修後のフィードバックやメンタルヘルスに気を配りたい」「研修医の考えを聞くことを重要視したい」「研修医指導　医療チームメンバーへの還元したい」と評価した。

令和 4 年度 初期研修医のための合同セミナー

2023 年 2 月 11 日～12 日

令和 4 年度初期研修医のための合同セミナーが令和 5 年 2 月 11 日～12 日にパシフィコ横浜にて開催され、38 病院から 263 名の初期研修医が参加した。

本セミナーは臨床研修指定病院で研修する 1 年目の全ての研修医を対象に、本会総会・学会に合わせて開催し、当該研修医が本会の規模を実感するとともに歴史、理念を学習し、もって本会への帰属意識を高揚させること、初期研修医が本会他病院の研修医や研修責任者等と交流を持つことにより、本会で初期研修を受ける自覚を促し、研修医本人にとって本会での初期研修が充実したものとなることを目的に開催される。

済生会学会・総会が新型コロナウイルスのため開催されなかったことから、3 年ぶりの開催となった。

1 日目

パシフィコ横浜ノース 1 階を会場に開催され、宇都宮病院 泉学 総合診療科主任診療科長が企画責任者を務められ同氏の進行により、松原了 済生会本部理事の挨拶の後、以下の講演・グループワーク・レジデント企画等が行われた。

・ＧW1 済生会での臨床実習指導と臨床研修の未来「学ぶ側から 教える側へ」
　講師：済生会保健・医療・福祉総合研究所 担当顧問　船﨑　俊一　先生

・レジデント企画「当院の初期臨床研修について」
　（各病院からのプレゼンテーション）

・ＧW2「臨床実習を受け入れている病院でよりよい研修を行うためには」
　講師：松阪総合病院 外科部長　近藤　昭信　先生

2 日目

パシフィコ横浜ノースにおいて開催された済生会学会・総会に参加。

本会の規模を実感し歴史、理念等を学習した。

令和 4 年度 臨床研修管理担当者研修会

2023 年 2 月 11 日

令和 4 年度臨床研修管理担当者研修会が令和 5 年 2 月 11 日にパシフィコ横浜にて開催され、35 病院から 35 人が参加した。

本研修会は済生会での臨床研修プログラムをさらに魅力あるものにするために、本会の臨床研修の推進に関わる職員が本会施設の情報を共有するとともに、自院の臨床研修プログラムの質の向上を図ることを目的とし、済生会学会・総会に合わせ開催される。

新型コロナウイルスのため済生会学会・総会、初期研修医のための合同セミナーが開催されなかったことから、対面による研修は 3 年ぶりの開催となった。

宇都宮病院 泉学 総合診療科主任診療科長が企画責任者を務められ同氏の進行により、静岡県立総合病院 小西靖彦院長による講演「卒前・卒後の医学教育について」と、船﨑俊一 済生会保健・医療・福祉総合研究所 担当顧問による講演「臨床実習後 OCCE と済生会の研修について及びアウトカム基盤型臨床実習と臨床研修にどう向き合うか」が行われ、最後に意見交換が行われた。

また、本研修の参加者は研修終了後に開催される初期研修医のための合同セミナーにて、GW のファシリテーターを担当した。

令和 4 年度 MSW・生活困窮者支援事業研修会

2023 年 3 月 3 日

令和 4 年度 MSW・生活困窮者支援事業研修会が 3 月 3 日開かれ、MSW53 人が参加した。

済生会呉病院の平田正彦氏、済生会習志野病院の村田智美氏が、各施設の無料低額診療事業、生活困窮者支援事業の実践状況を報告した。

そのあと、グループワークを行い、生活困窮者の見えにくい課題に対する実践の振り返りを行った。ファシリテーターは、実践報告をしていただいた平田氏・村田氏に加え、済生会滋賀県病院の川添芽衣子氏、福岡総合病院の宗像美緒氏、済生会本部の鈴木孝尚が担当した。

午後の講演では、炭谷茂理事長が「済生会における MSW 事業の理論と方法」と題して講演し、「済生会の MSW が日本の MSW をリードしてほしい」と強い期待を述べた。

2 つ目の講演では、日本社会事業大学・小原眞知子教授が「倫理綱領から振り返るソーシャルワーカーの視点と役割」と題して講演。ソーシャルワーカーが担うべき役割や、倫理綱領の背景やグローバルな視点について、現場レベルに落とし込みながら学ぶことができた。

講演後の 2 回目のグループワークでは、倫理綱領や済生会の理念を踏まえた MSW の実践について話し合った。

参加者からは「倫理綱領は今まで何となくの理解でしかなかったが、初めて生きたものに感じられた」「済生会の MSW として何をすべきか、自分なりの考えを形作るのに非常に大事な研修だと実感した」などの感想があがった。

令和 5 年度 看護部長・副学校長研修

2023 年 4 月 20～21 日

看護部長・副学校長研修を 4 月 20～21 日に 4 年ぶりに対面で開催した。

看護部長 82 人、副学校長 7 人が対面で参加し、WEB 参加の訪問看護ステーション管理者、乳児院院長等も含め合計 133 人が出席した。

初日は、厚生労働省医政局看護課・習田由美子課長は「看護の動向」について看護職員の確保と資質向上、特定行為研修推進事業、助産師活用推進事業等の講演を行なった。

日本看護協会・福井トシ子会長は「これからの看護職に求められること」をテーマに、看護職能団体の位置づけ、これからの時代に看護職に望まれる役割・活躍等を訴えた。

グループワークでは、コロナ禍における施設の活動や課題などお互いの情報交換をした。

2 日目は、初めての試みとして、全国済生会病院長会・園田孝志会長が「看護部長に望むこと」について全国の済生会病院長に実施したアンケート結果を紹介。「これからは院長とのコミュニケーションをより一層深めると同時に、経営意識を高め、職務にあたってほしい」と熱く語った。

令和 5 年度 訪問看護ステーション管理者研修

2023 年 5 月 11 日

5 月 11 日は訪問看護ステーションの管理者研修として、人事・労務管理をテーマにオンラインで開かれ 79 人が出席した。

在宅医療の労務管理に詳しい前田・鵜之沢法律事務所の弁護士・前田哲兵氏を講師に迎え、超過勤務などの人事管理について講義を実施した。また、ホームホスピス秋田訪問看護ステーション管理者の中村順子氏が訪問看護ステーションにおける基本的な看護サービスマネジメントを紹介した。

参加者は「経営管理として訪問看護ステーションの経営の具体的な手法を学び、自施設の振り返りにつながった」と話していた。

令和 5 年度
訪問看護ステーション管理者初級研修
訪問看護ステーション管理者アドバンス研修

2023 年 5 月 18 日・7 月 7 日

訪問看護ステーションの管理者のうち、対象者を限定した 2 種類の研修を 5 月 18 日と 7 月 7 日に開始した。

▶ 5 月 18 日

この日は訪問看護ステーション管理者初級研修として、訪問看護ステーションの管理者で 3 年未満の職員を対象にオンラインで開催し、35 人が受講しハラスメントや看護管理の基本を学んだ。参加者は「不安の軽減に役立った」などと語っていた。

▶ 7 月 7 日

訪問看護ステーション管理者アドバンス研修として、訪問看護ステーションの管理者で 3 年以上の職員を対象にオンラインで開催し、28 人が受講した。

参加者は「不安の軽減に役立った」などと語っていた。

令和 5 年度 看護部長臨床心理研修

2023 年 5 月 26 日・6 月 9 日

看護部長を対象にした初めての臨床心理研修を本部で 2 日間にわたり開催した。

5 月 26 日は近畿・北信越・中四国ブロックから 42 人、6 月 9 日は東北北海道・関東・九州ブロックから 32 人がそれぞれ対面型で参加した。

研修内容はコロナ禍での職員のメンタルケアや発達障害等の複雑な人的管理を実践している看護部長に対し、臨床心理学的に人事管理を読み解くもの。高輪心理臨床研究所主宰で茨城大学名誉教授などを務める岸良範氏が講師を務め、明確な答えがない問題や課題を解決していくための知識やスキルを習得する学問である「リベラルアーツ」を中心に事例を交えながら進行した。

参加者は「自己の考え方・捉え方を振り返り、『ひと』を活かす管理を実践ができるようにしたい」と話していた。

令和 5 年度 認知症ケア研修

2023 年 6 月 15 日

認知症の疾患の理解と支援を、学びと実務に生かすことを目的とした認知症ケア研修を 6 月 15 日、4 年ぶりにオンラインで開催した。

本研修は病院が認知症ケア加算を取得するための位置づけであったが、認知症発症者は、病院に限らず在宅看護や福祉分野でも関わりがあることから、今年度は幅広く受講者を募集。認知症の基礎講座をメインとした研修には、病院や訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業所などから 250 人が参加した。

講師は〈神奈川〉横浜市東部病院の認知症専門の後藤淳副院長（脳神経センター神経内科部長）と丸山理恵老年看護専門看護師の 2 人。具体的な認知症の症状から日常的な支援のあり方などケアの現場で活用できる知識やスキルを学んだ。

令和 5 年度 エンドオブライフケア研修

2023 年 7 月 11 日

エンドオブライフケア研修を 7 月 11 日にオンラインで初めて開催した。

終末期ケアに関心がある全ての職員を対象に募集し、看護師以外にも医師、薬剤師、介護士、事務職など多職種の 516 人が受講する大規模な研修となった。

終末期は患者さんやその家族が望む形になるよう、コロナ禍でも人と人が助け合い、支えあうことの大切さを再認識した。実施したアンケートでは「終末期ケアを身近なこととして考えることができた」などの前向きな意見が多く寄せられた。

令和 5 年度 副看護部長研修

2023 年 7 月 27 日～28 日

副看護部長研修を 7 月 27～28 日に対面とオンラインのハイブリッドで開催し、68 人が参加した。

炭谷茂理事長が「看護に関する済生会原論」と題し、歴史の転換期における済生会の使命を訴えた。その他、ハラスメント対応やマネジメントについて学んだ。高田誠講師のリーダーシップとマネジメントスキルは昨年度に続き今回も実施。

参加者は、グループワークで積極的に発表を行ない、リーダーに求められる役割を共有した。

第 49 回 臨床研修指導医のためのワークショップ

2023 年 7 月 29 日～30 日

第 49 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが令和 5 年 7 月 29～30 日に千葉市のクロス・ウェーブ幕張で開かれ、13 病院から 20 人が参加した。

開催責任者で水戸済生会総合病院の生澤義輔院長とチーフタスクフォースの船﨑俊一・済生会保健・医療・福祉総合研究所担当顧問が中心となって研修を進行、7 人のタスクフォースが受講者をサポートした。事務局は開催担当の水戸済生会総合病院と次回以降担当の富田林病院、本部が務めた。

研修では、e ラーニングによる事前学習から始まり、当日は主に臨床研修プログラムの立案、目標設定、研修方法（方略）、評価など指導医に求められる知識と技術をグループワークで学んだ。

受講者は「コーチング、one minute preceptor、研修医の評価に関して今回の WS の内容を活かしたい」「フィードバックの技法など取り入れていきたい」と評価した。

令和 5 年度 看護師長研修

2023 年 8 月 3 日～4 日

看護師長研修を 8 月 3～4 日に開催した。4 年ぶりの開催となった本研修には対面 64 名、オンライン 17 名が参加した。

炭谷理事長からまずコロナ等における看護師たちの活躍に関してねぎらいの言葉を頂き、「看護に関する済生会原論　歴史の転換期での済生会の基本的方向」の講義をしていただいた。身近な取り組みが多く理解しやすい内容であった。

その後、市瀬講師より「組織活性化のためのポジティブ・マネジメント」の講義を頂き、師長として部署の中で「学習する組織」を具体的につくっていくプロセスを学んだ。

翌日は、高田誠講師より「やりがいを感じる目標管理」という内容で部署マネジメントをしていくためのエッセンスを学んだ。特に目標の設定は、ワクワクすることを盛り込み、スタッフとも共有することの重要性が理解できた研修であった。

令和 5 年度 済生会地域包括ケア連携士養成研修会

2023 年 9 月～11 月

令和 5 年度済生会地域包括ケア連携士（連携士）養成研修会が開催された。

昨年から取り入れている e ラーニングによる動画コンテンツの事前学習（9 月 11 日～11 月 5 日）、オンライン研修（11 月 16 日）、対面研修（11 月 21～22 日）の 3 部構成で行われ、病院の MSW や看護師、福祉施設の相談員等 81 人が参加した。

事前学習の動画コンテンツは、昨年から 6 テーマ増え 11 テーマとなった。「ソーシャルインクルージョンの理念に基づくまちづくり」等を新たに加えた。講師となる済生会職員の他、多くの済生会を利用する患者や利用者、ご家族にもご協力いただき制作し、見ごたえのあるものに仕上がっている。補足のテキストブックは、全国の済生会施設での具体的な実践例や、支援の背景にある制度の説明、学習のポイントなどを掲載する事で、動画の視聴による学習を補完し、済生会ならではの支援の理解の深化に役立つ情報をまとめた。

追加の動画とテキストは、日本財団の補助金で作製した。

連携士は済生会が進める地域包括ケアを中核となって進めていく役割を担っており、研修は高齢、障害、児童、生活困窮者など各分野における連携・支援や地域貢献、さらには、ICF（国際生活機能分類）や職種間連携と多岐にわたる。

受講者からは、「動画やテキストは内容が充実していてわかりやすかった」「連携士として、必要な視点や考え方を学べたので支援対象者だけではなく職場内でも学んだことを生かせる取り組みをしていく必要があると感じた」「オンライン研修で良いのではと、対面研修に後ろ向きだったが実際参加すると対面だからできる情報交換や相手のニュアンスなどがわかり勉強になった」といった意見が寄せられた。

法人内部で行ってきた本研修は、昨今の地域共生社会の実現が求められる中、外部から多くの注目を集め、今後、法人外にも受講者の範囲を拡大する予定である。

令和 5 年度 新任看護師長研修

2023 年 9 月 21 日～22 日

新任看護師長を 9 月 21 日～22 日、ハイブリッド式で開催し、対面 63 人、オンライン 13 人の計 76 人が出席、福祉施設や訪問看護ステーションの管理者の参加もあった。

炭谷茂理事長が「看護に関する済生会原論　歴史の転換期での済生会の基本的方向」と題して講義。コロナ対応など、看護師たちの活躍に労いの言葉をかけ、歴史的な転換期である今、最も済生会の活躍が願われる時代であることを訴えた。

水戸済生会総合病院・檜山千景看護部長は「新任看護師長の役割について」をテーマに「看護師長とは」「組織とは」「人材育成とは」という三つの課題を研修生と考えるワークを行なった。

2 日目は高田誠講師が「リーダーシップと人材育成」について講義。管理者としてのマインドやリーダーシップの捉えなおしを行なった。

研修を終えて「ディスカッションの中で用いる言葉の曖昧さに気づき、看護師長としての行動を振り返りつつ具体的な改善点を見出すことができた」「施設を超えた意見交換や繋がりは新任看護師長にとって良い機会となった」などの意見が寄せられた。

令和 5 年度 訪問看護ステーション臨床心理研修

2023 年 10 月 6 日

訪問看護ステーションの管理者・職員向けに臨床心理研修の 1 日コースを 10 月 6 日に初めてオンラインで開催した。

講師は、福島学院大学客員教授・茨城大学名誉教授で臨床心理士の岸良範教授。

参加者は、32 名でひとつの訪問看護ステーションから複数参加しているところもあった。

研修のサブタイトルは「チーム間のメンタルヘルスを保ち、豊かに働くために」とし、メンタルヘルス、各ハラスメントについて事例をもとに心の状況を紐解いていく講義であった。

参加したステーションにおいて人間関係、利用者との関係など抱えている問題は、多いが今回の研修で問題解決に向けた考え方、メンタル不調の気づき方など、実践に活かせる内容が盛り込まれていた。特に受講者から「職務上の正当な関係」というところで「ハラスメントを受けていると二者関係（主従関係）に考えてしまっていたが三者関係（上司⇒憲法・労働法・就業規則⇒スタッフ）という関係で考えることが重要であることを知り、考え方を変えます」と答えていたことが印象的であった。

令和 5 年度 アドバンス・マネジメント研修Ⅳ

2023 年 11 月 16 日～17 日

次世代の看護管理者としてのマネジメントを習得するアドバンス・マネジメント研修Ⅳを 11 月 16～17 日に開催し、病院や訪問看護ステーション等の看護師 78 人が参加した。

1 日目は炭谷茂理事長が済生会の歴史と使命、済生会に求められる役割などを語った。東京外国語大学の市瀬博基氏は「看護管理のためのコーチングとファシリテーション」と題し、コーチングの方法やタイミング、傾聴のポイントなどを解説した。

2 日目は福島学院大学客員教授・茨城大学名誉教授の岸良範氏がメンタルヘルス・パワハラ・対話力を講義、「指導や管理は相手をひとりの人として尊敬、尊重することから始まる。一方的に伝える・動かす関係ではなく、『わかりあう』関係が大切」と訴えた。

受講生は「パワハラはあってはならないが、ハラスメント加害者への教育・支援の重要性についてもことを学ぶことができた」と話した。

第 50 回 臨床研修指導医のためのワークショップ

2023 年 11 月 18 日～19 日

第 50 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップが令和 5 年 11 月 18～19 日に大阪市のクロス・ウェーブ梅田で開かれ、14 病院から 20 人が参加した。

富田林病院の宮崎俊一院長が開発責任者を務め、チーフタスクフォースの金原秀雄 福井県済生会病院・内科部長をはじめ、7 人のタスクフォースが中心となって研修を進行、受講者をサポートした。事務局は開催担当の富田林病院と次回以降担当の茨木病院、静岡済生会総合病院、本部が務めた。

研修では、e ラーニングによる事前学習から始まり、当日は主に臨床研修プログラムの立案、目標設定、研修方法（方略）、評価など指導医に求められる知識と技術をグループワークで学んだ。

受講者は「学んだことを実践で生かしたい」「指導するにあたり、伝える、教えるだけでなく信頼して任せ、引き出すという点も必要だと感じた」と評価した。

同ワークショップは平成 18 年（2006 年）に第 1 回を開催。これまでの修了者は 1,432 人に達した。

令和 5 年度 薬剤部（科・局）長研修会

2023 年 12 月 18 日

令和 5 年度薬剤部（科・局）長研修会が令和 5 年 12 月 8 日、済生会本部大会議室にて開催された。

本研修会は済生会人材育成計画書に基づき済生会本部 事業基盤課・総研の主催で開催され、本会病院の薬剤部（科・局）長、またはこれに準ずる者 75 名（会場来会 50 名・WEB 参加 25 名）が参加した。

研修は、済生会本部 松原了理事、及び全国済生会病院薬剤部長会 菅野浩会長（横浜市東部病院 薬剤部長）のご挨拶の後、株式会社 日本経営 橋本竜也代表取締役による講演「役職者の役割とリーダーシップの基本」と、全国済生会病院長会 島俊英 副会長（吹田病院 院長）による講演「薬剤部に期待すること」が行われ、最後に全体討議が行われた。

参加者からは、橋本氏の講演について、「役割と職務の違いを知ることができた」「リーダーとして薬剤部にて目的や意義を共有することの重要性を感じた」、

また、島院長の講演について、「他職種から薬剤部に何が期待されているかを知ることができた」「フォーミュラリーは今後の課題である」等の感想・意見が寄せられた。

済生会総研　Web サイトのご案内

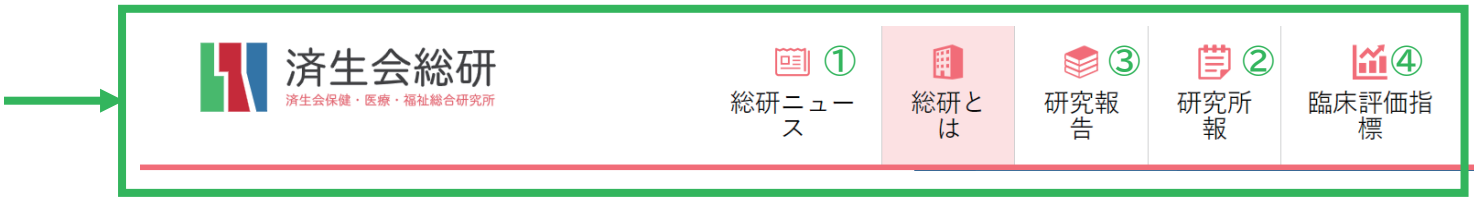
https://soken.saiseikai.or.jp/

スマホからも
ご覧になれます

トップページ（2024 年 2 月現在）

□　ドキュメントは安全に閲覧・ダウンロードできます
□　月初めには月刊「総研 News」が更新されます

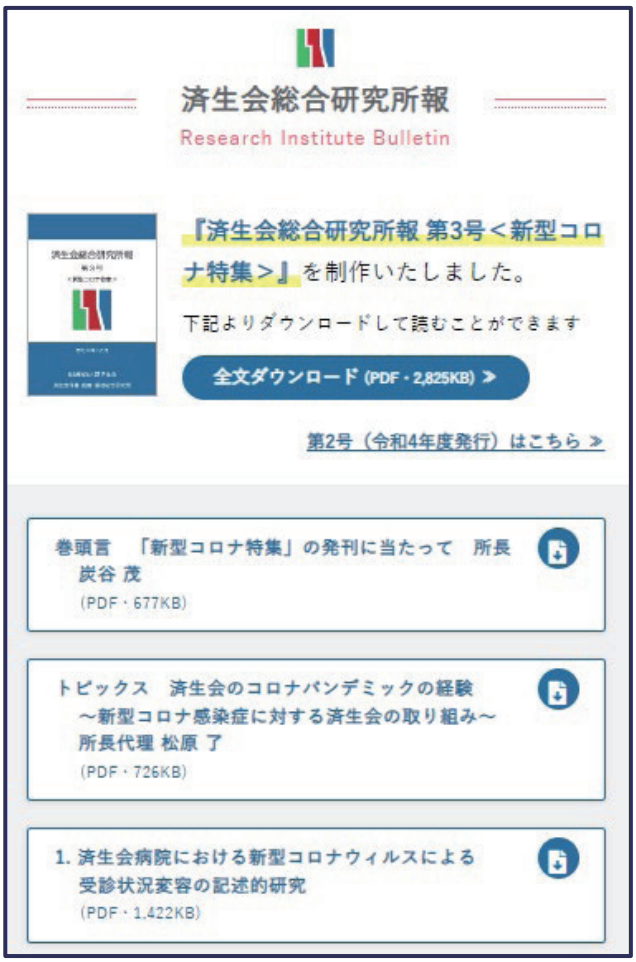
主なコンテンツ



① 済生会総研ニュース（月刊）

② 研究報告

③ 研究所報



④ 臨床評価指標

済生会保健・医療・福祉総合研究所
所報　第 4 号

令和 6 年 3 月 31 日　第 1 版 第 1 刷発行

発行　社会福祉法人 恩賜財団 済生会

理事長　炭谷 茂

編集　済生会保健・医療・福祉総合研究所

〒108-0073　東京都港区三田 1－4－28　三田国際ビル 26 階
電話：03-3454-3315　FAX：03-3454-5022
URL　http://soken.saiseikai.or.jp/

ISSN 2759-6966