

済生会総合研究所報

第5号



令和7年3月

社会福祉法人 日本赤十字社 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 5 号の発刊に当たって	----1
-------------------	-------

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

済生会病院におけるコロナ前、コロナ期、コロナ後の急性期入院患者の動向	----3
------------------------------------	-------

山口 直人 松原 了

調査結果からみる地域での暮らしを支える医療と福祉の連携	---16
-----------------------------	-------

原田 奈津子

高齢者施設での医薬品に関する支援 ― 済生会福祉施設会と薬剤師会の連携 ―	---27
---------------------------------------	-------

植松 和子 曾我部 直美 田中 嘉一 菅野 浩 柴崎 智行
則武 有美 田畠 襄 山口 直人 松原 了

済生会が独自に「SWS:臨床研修指導医のためのワークショップ」を開催する意義	---41
--	-------

船崎 俊一

人材開発部門 活動記録

初期研修医合同セミナー	----57
医師臨床研修管理担当者研修会	----58
済生会全国次世代指導者研修	----59
臨床研修指導医のためのワークショップ	----60
医療技術者 (PT・OT・ST) マネジメント研修会	----61
薬剤部 (科・局) 長研修会	----62
臨床研修指導医のためのワークショップ (SWS)	----63

令和 6 年度 総研研究部門 研究業績	----64
---------------------	--------

巻頭言 研究所報第5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報第5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、8年余が経過しました。

この間新型コロナ感染が平成29年2月に国内で始まり、その後猛威を振るい、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ってきましたが、本号においても新型コロナによる入院患者の動向分析に関する研究論文を掲載しています。

また、済生会の薬剤師会が済生会の福祉施設会と連携し取り組んでいる高齢者施設における薬物治療、服薬等に関する研究論文を掲載しています。福祉施設においてはとすれば、医療面の体制の不備から医薬品に関して問題が発生しがちで、対策が十分になされていないのが現状です。そこでこの研究論文は、医療と福祉の両部門を有する済生会の特色を生かした研究であると思います。

新型コロナの収束後、国民の受療行動は大きく変化するとともに、人口減少、超高齢社会の到来、人手不足、人件費や諸物価の高騰など、これまで経験したことのない状況が生じています。これに対して現行の診療報酬制度や介護報酬制度は、人件費や物価の上昇に適切に対応できていませんので、昨年の医療機関や民間介護事業者の倒産・廃業件数が過去最高を記録したように、医療機関や福祉施設の経営は、大変厳しさが増えています。私は、「済生会が戦後最大の経営危機にある」と思います。

これらに対する対策は、前例のないものになりますので、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5号は、本研究所の研究者が最近まとめた研究論文ではありますが、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す。

研究部門

活動成果

済生会病院におけるコロナ前、コロナ期、 コロナ後の急性期入院患者の動向

山口 直人 松原 了

済生会保健・医療・福祉総合研究所

【要旨】

目的：2023年5月に5類感染症に移行した後のコロナ後において済生会病院の急性期入院患者数は2019年までのコロナ前の状態に回復していないが、この状況に済生会全体として取るべき対策を検討する一助とするために、DPCデータを基に、コロナ前、コロナ期、コロナ後の3期間の間で、急性期入院患者にどのような変化が起きてきたかを分析することを目的にした。

方法：対象としたのは済生会病院の中で2023年度までのDPCデータを本部経営情報システムに提出し、対象期間中に移転等がなかった64病院。分析の対象とした期間は、2016年9月～2019年12月までのコロナ前、2020年1月から2023年4月までのコロナ期、2023年5月から2024年3月までのコロナ後の3期に分類し、各期間中に急性期病棟に入院した患者を対象として、月間新規入院患者数、平均在院日数、1日平均入院患者数を算出した。平均在院日数に影響する因子として、入院時の主要傷病の中で平均在院日数が特に減少した疾患群がないか特定を試みた。さらに、コロナ前に比した場合のコロナ後の新規入院患者数の増減に影響する要因として、同時期に各病院の入院患者が居住する地域の人口増減との関連を分析した。

結果：64病院の中で、コロナ前に比べてコロナ後の1日平均入院患者数が10%以上減少したのは49病院(77%)であり、49病院の中で平均在院日数が10%以上減少したのは34病院(69%)、月間新規入院患者数が10%以上減少したのは16病院(33%)であった。コロナ前と比較してコロナ期の平均在院日数の減少は僅かであったが、コロナ後の減少はより大きかった。入院時の主要疾患別にコロナ前とコロナ後の平均在院日数の変化を比較すると、ほとんどの疾患群でコロナ後に平均在院日数が減少しており、在院日数短縮に向けた診療報酬上の誘導を受けて病院全体が在院日数短縮に努力したことによると考えられた。各病院におけるコロナ前とコロナ後の新規入院患者数の比(入院比)と、病院の急性期入院患者の居住地のコロナ前とコロナ後と人口比を比較すると、人口減少よりも新規入院患者数の減少がより大きかった病院も多く、1日平均入院患者数が減少した病院では平均在院日数の減少に対抗して入院患者数を維持するまでには新規入院患者数が増加していなかった。一方、1日平均入院患者数が減少していない病院では、人口減少に対抗して新規入院患者数が確保できており、1日入院患者数の減少が抑えられていることが明らかとなった。

考察： 今回の分析では新規入院患者数が 10%以上減少した病院が 16 病院あったが、これらの中には急性期病床を減らした病院、看護師不足等で一時的に休床している病院も含まれており、人口減少の影響や、患者の受療行動の変化による低下を必ずしも意味しない。一方、2024 年度の診療報酬改定では、急性期一般入院料1の平均在院日数の基準が 18 日から 16 日に短縮されたが、診療報酬改定による在院日数短縮に向けた政策的な誘導が今後とも継続されと考えられ、病院が新規入院患者数を確保して入院患者数を維持するには、人口減少に対抗して新規入院患者を増やす必要がある。2045 年までの急性期入院患者数の予測では、2018/19 年と比較して 2045 年では 15～64 歳群で 80%まで大きく減少するのに対して、65～74 歳で 98%と横ばい、75 歳以上では 133%と増加することが予想されており、高齢者の急性期入院に重点をシフトすることも人口減少による急性期入院患者数の減少への対応策として選択肢となるであろう。

結論： 済生会病院における急性期入院患者数の減少は、平均在院日数の短縮が背景にあり、それに対抗して新規入院患者数の増やすことは、今後の人口減少から容易ではない。人口が増えることが予想される高齢者への重点シフトなどの対応策が選択肢となる。

キーワード： 済生会病院 新規入院患者数 平均在院日数 平均入院患者数 新型コロナウイルス感染症

【はじめに】

新型コロナウイルス感染症は世界に未曾有の健康被害をもたらした。その流行に国を挙げて取り組むべく、新型コロナウイルス感染症を感染症法上の「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけ、特に新型コロナ患者の入院医療に対して、いわゆる「コロナ補助金」を支給して、入院が必要な患者が確実に入院治療を受けることができるように対策が進められた(文献 1)。済生会病院も全国の病院とともに積極的に新型コロナの入院患者を受け入れたが、同時に、済生会病院を含む全国の医療機関において、外来、入院双方の患者数が大きな減少を示し、済生会病院の診療体制も大きな変更を余儀なくされた(文献 2)。

2023 年 5 月に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが 5 類感染症に変更され、「コロナ補助金」も廃止されて、「ニューノーマル」時代に入った。ニューノーマルとは、社会に大きな変化が起こった結果、それまでの常態に替わって新しい常態が定着することを言うが、2023 年 5 月から始まった「コロナ後」の医療はまさにニューノーマルという語にふさわしく、外来患者数は回復傾向を示すものの、入院患者数は 2019 年までの「コロナ前」の状態に戻らず病院経営を持続的に圧迫して、多くの病院が対応に苦慮している(文献 3)。

入院患者数が回復しない背景には個々の病院に固有の事情も多々ある。患者の受療行動が変化した可能性があるが、病院の中には急性期病床を減らした病院、看護師不足等により一部の病床を休床としている病院もあって、入院患者数の背景要因は様々である。したがって、病院単位で詳細な分析の上で対応がとられるべきであるが、済生会全体として取るべき対策を策定するためには、入院患者数の回復を妨げている要因を済生会全体として分析することは大きな意義がある。そこで本研究では、急性期入院患者の診療情報がわかる DPC データを基に、コロナ前、コロナ期、コロナ後の 3 期間の間で、どのような変化が起きてきたかを分析することにした。

【方法】

対象としたのは済生会病院の中で 2023 年度までの DPC データを本部経営情報システムに提出した病院。ただし、分析対象期間中に移転等があった病院は分析対象から除外した。結果として 64 病院が分析対象となった。分析の対象とした期間を、2019 年 12 月までの「コロナ前」、2020 年 1 月から 2023 年 4 月までの「コロナ期」、2023 年 5 月から 2024 年 3 月までの「コロナ後」の 3 期に分けた。ただし、コロナ期と期間をそろえるために「コロナ前」は 2016 年 9 月から 2019 年 12 月までの 28 か月とした。各期間中に急性期病棟に入院し、期間中に退院した患者を対象として、月間新規入院患者数、平均在院日数、1 日平均入院患者数を算出した。ただし、地域包括ケア病床を有する病院では急性期一般病床から地域包括ケア病床に転室した場合、一定期間は DPC 算定が継続され、その期間も DPC データに含まれるため、1 日平均入院患者数は急性期の病床数とは必ずしも一致しない。

以下の関係式に基づいて入院患者数を分析した。

$$\text{【1 日平均入院患者数】} \propto \text{【月間新規入院患者数】} \times \text{【平均在院日数】} \text{ —— (式 1)}$$

1 日平均入院患者数は、ある日に病院に入院している患者数を示し、その減少が問題となっているが、式 1 によれば、月間新規入院患者数が減少した場合、平均在院日数が減少した場合、あるいは、その両方が起きた場合、1 日平均入院患者数は減少する。また、平均在院日数が減少した場合でも月間新規入院患者数が増加すれば、1 日平均入院患者数は保たれることになる。

今回の分析では第一に、各病院について、コロナ前、コロナ期、コロナ後の 3 期について、1 日平均入院患者数、月間新規入院患者数、平均在院日数を算出した。次に、入院時の主要傷病の中で平均在院日数の減少に特に寄与した疾患群がないか、その特定を試みた。さらに、コロナ前に比した場合のコロナ後の月間新規入院患者数の増減に影響する要因として、同時期に各病院の入院患者が居住する地域の人口の増減との関連を分析

した。人口の変化は、各病院の急性期入院患者の80%以上が居住する自治体の人口を合計して算出した研究に基づき(文献4)、2018年と2019年の平均人口と2025年の推計人口の比を算出して、コロナ前とコロナ後の月間新規入院患者数の比との差を分析した。人口比よりも新規入院患者数比が高い場合は、人口変動から予想される以上の患者数が新規に入院したことになり、逆に人口比よりも新規入院患者数比が低い場合は、人口変動から予想される患者数に実際の入院患者数が達していないことを意味し、その要因を分析する必要性を示すこととした。

【結果】

分析対象となった延患者数は、コロナ前に入院した1,186,304人、コロナ期に入院した1,086,409人、コロナ後に入院した192,518人であった。Table 1には、分析対象となった64病院について、コロナ前、コロナ期、コロナ後の月間新規入院患者数(I)、平均在院日数(D)、1日平均入院患者数(P)を示した。各病院について、以上の3指標のそれぞれがコロナ前と比較してコロナ後の値が10%以上の減少を示した場合を減少(+)として、3つの指標の組み合わせで、グループ1:I減少(+)、D減少(+)、P減少(+);グループ2:I減少(―)、D減少(+)、P減少(+);グループ3:I減少(+)、D減少(―)、P減少(+);グループ4:I減少(―)、D減少(―)、P減少(+);グループ5:P減少(―)の5グループに分類した。グループ1に分類されたのは、向島、富山、有田、境港、江津、みすみ、鹿児島県の7病院、グループ2に分類されたのは、小樽、山形、水戸、龍ヶ崎、常陸大宮、中央、南部、金沢、福井、静岡、松阪、中津、吹田、野江、泉尾、富田林、泉南、和歌山、吉備、広島、山口、香川、西条、八幡、大牟田、唐津、日向の27病院、グループ3に分類されたのは、福島、川口、神奈川、若草、平塚、三条、守山、御所、岡山外来の9病院、グループ4に分類されたのは、習志野、東部、高岡、茨木、松山、日田の6病院である。グループ1~4は1日平均入院患者数がコロナ前(PRE)に比べてコロナ後(POST)で10%以上減少した病院であり、対象の64病院中49病院(77%)であった。また、これら49病院の中で平均在院日数減少が10%以上だった病院は34病院(69%)、月間新規入院患者数減少が10%以上だったのは16病院(33%)であった。最後にグループ5は1日平均入院患者数の減少が10%未満であった川俣、神栖、前橋、新潟、千里、兵庫、呉、下関、豊浦、今治、福岡、二日市、長崎、熊本、川内の15病院であった。

Table 1. コロナ前(PRE)、コロナ期(EPI)、コロナ後(POST)における月間新規入院患者数(I)、平均在院日数(D)、1日平均入院患者数(P)の推移。変化率はコロナ前(PRE)値に対するコロナ後(POST)値の比を示す。

グループ1: 月間新規入院患者数、平均在院日数、1日平均入院患者数すべてが10%以上減少

病院	月間新規入院患者数(I)				平均在院日数(D)				1日平均入院患者数(P)			
	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率
向島	126.1	121.3	104.4	0.83	19.2	17.6	16.5	0.86	80.6	71.1	57.5	0.71
富山	446.6	388.8	381.9	0.86	15.0	15.1	12.9	0.86	222.7	195.8	163.8	0.74
有田	206.4	172.3	148.6	0.72	20.9	23.3	17.9	0.86	143.9	133.5	88.7	0.62
境港	172.5	149.6	145.4	0.84	26.9	23.6	16.1	0.60	154.4	117.4	78.1	0.51
江津	177.5	144.3	98.7	0.56	26.7	28.9	22.9	0.86	158.2	138.9	75.4	0.48
みすみ	117.1	93.8	85.9	0.73	29.8	31.3	25.9	0.87	116.5	98.0	74.1	0.64
鹿児島	39.8	22.1	33.4	0.84	27.7	31.2	23.3	0.84	36.8	23.0	26.0	0.71

グループ 2: 平均在院日数、1 日平均入院患者数が 10%以上減少

病院	月間新規入院患者数(I)				平均在院日数(D)				1日平均入院患者数(P)			
	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率
小樽	243.5	244.0	258.1	1.06	24.0	23.8	19.0	0.79	194.8	193.2	163.5	0.84
山形	626.7	427.3	813.5	1.30	17.9	16.6	11.0	0.62	373.5	236.4	299.5	0.80
水戸	820.6	716.5	956.8	1.17	13.2	12.2	9.7	0.73	361.5	290.6	308.4	0.85
龍ヶ崎	409.5	375.3	406.7	0.99	12.5	11.6	10.9	0.88	169.9	144.9	147.7	0.87
常陸大宮	203.2	161.6	203.8	1.00	15.3	14.1	12.5	0.82	103.4	75.8	84.7	0.82
中央	954.2	827.1	970.3	1.02	13.5	13.4	11.7	0.87	430.0	370.7	379.9	0.88
南部	1,290.1	1,126.8	1,233.7	0.96	10.5	9.8	9.0	0.86	449.5	368.7	369.0	0.82
金沢	297.1	242.8	279.4	0.94	20.9	21.1	18.3	0.88	206.5	170.5	170.0	0.82
福井	951.1	901.3	947.5	1.00	13.0	11.8	10.7	0.82	413.4	355.5	338.3	0.82
静岡	923.0	825.6	977.9	1.06	14.1	14.4	11.2	0.80	434.8	395.1	366.6	0.84
松阪	647.3	637.1	621.3	0.96	14.6	13.3	11.7	0.80	314.5	283.2	242.1	0.77
中津	1,277.5	1,120.9	1,257.5	0.98	13.1	12.6	10.2	0.78	559.7	469.4	427.2	0.76
吹田	901.3	815.4	817.3	0.91	12.2	12.0	10.4	0.85	367.8	327.5	284.6	0.77
野江	838.4	779.7	961.5	1.15	11.9	12.1	9.2	0.77	333.3	314.0	294.8	0.88
泉尾	427.7	380.6	459.7	1.07	17.9	20.9	13.8	0.77	255.7	265.4	211.6	0.83
富田林	424.6	432.9	432.0	1.02	15.9	15.3	13.3	0.83	225.4	221.1	191.3	0.85
泉南	46.8	39.5	48.0	1.03	14.3	13.0	11.8	0.83	22.2	17.1	18.9	0.85
和歌山	254.8	256.1	324.0	1.27	17.7	19.1	10.9	0.61	150.3	163.3	117.5	0.78
吉備	35.4	40.5	36.8	1.04	47.2	48.6	39.4	0.84	55.7	65.5	48.3	0.87
広島	275.8	238.0	261.8	0.95	22.7	24.9	20.4	0.90	209.0	197.9	178.0	0.85
山口	535.5	532.9	593.6	1.11	15.4	13.9	12.1	0.79	274.0	247.7	240.4	0.88
香川	300.7	246.5	289.3	0.96	12.3	12.4	10.9	0.89	122.8	102.1	104.8	0.85
西条	219.5	211.1	228.6	1.04	17.4	16.2	13.1	0.75	127.5	113.8	99.5	0.78
八幡	408.0	388.0	400.4	0.98	21.1	20.6	18.2	0.86	287.6	266.2	242.8	0.84
大牟田	164.2	143.0	186.5	1.14	24.2	22.4	16.0	0.66	132.6	106.7	99.2	0.75
唐津	323.6	328.2	350.3	1.08	17.1	16.1	13.0	0.76	184.1	175.8	152.1	0.83
日向	158.1	141.2	165.0	1.04	23.9	20.0	14.6	0.61	125.9	93.9	80.4	0.64

グループ 3: 月間新規入院患者数、1 日平均入院患者数が 10%以上減少

病院	月間新規入院患者数(I)				平均在院日数(D)				1日平均入院患者数(P)			
	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率
福島	305.5	231.2	244.6	0.80	15.4	15.4	14.8	0.96	156.5	118.5	120.3	0.77
川口	948.3	805.4	834.5	0.88	11.6	11.4	10.5	0.91	366.5	305.1	293.1	0.80
神奈川	331.7	294.0	269.9	0.81	15.6	16.1	15.5	1.00	172.6	157.3	139.7	0.81
若草	130.3	98.4	89.5	0.69	32.5	38.7	35.2	1.08	141.0	126.7	105.1	0.75
平塚	124.9	113.3	99.3	0.79	33.7	39.9	35.8	1.06	140.4	150.5	118.4	0.84
三条	326.7	262.4	242.6	0.74	14.8	15.5	13.9	0.94	160.7	135.7	112.7	0.70
守山	141.3	100.4	95.0	0.67	23.4	39.5	30.1	1.29	110.2	132.1	95.4	0.87
御所	181.1	138.5	115.5	0.64	20.3	23.0	21.7	1.07	122.7	106.1	83.7	0.68
岡山外来	1,128.8	1,038.2	971.9	0.86	12.1	12.6	11.9	0.98	454.4	434.9	385.0	0.85

グループ4:1 日平均入院患者数のみが10%以上減少

病院	月間新規入院患者数(I)				平均在院日数(D)				1日平均入院患者数(P)			
	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率
習志野	858.4	756.4	796.0	0.93	12.3	12.5	11.3	0.92	351.1	315.8	299.2	0.85
東部	1,424.7	1,361.2	1,311.8	0.92	9.9	9.7	9.4	0.95	470.3	439.0	410.1	0.87
高岡	355.4	346.1	331.3	0.93	17.4	18.2	16.4	0.94	206.3	210.1	181.1	0.88
茨木	489.4	420.3	440.5	0.90	15.0	16.8	14.7	0.98	244.0	234.7	215.3	0.88
松山	339.3	305.4	322.3	0.95	15.1	15.0	13.7	0.91	170.9	152.2	147.6	0.86
日田	251.5	260.9	234.4	0.93	21.3	18.1	19.2	0.90	178.3	157.8	150.1	0.84

グループ5: 1 日平均入院患者数の減少は10%未満

病院	月間新規入院患者数(I)				平均在院日数(D)				1日平均入院患者数(P)			
	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率	PRE	EPI	POST	変化率
川俣	41.9	46.9	48.1	1.15	22.8	28.3	22.5	0.99	31.8	44.2	36.1	1.13
神栖	210.9	271.8	270.8	1.28	10.5	10.6	10.0	0.95	74.1	95.8	90.5	1.22
前橋	617.7	607.6	704.7	1.14	12.1	12.5	11.6	0.96	248.8	253.4	273.1	1.10
新潟	715.3	661.2	788.5	1.10	14.1	13.4	11.8	0.84	335.4	295.1	310.6	0.93
千里	881.6	903.2	1,316.5	1.49	11.4	11.1	8.9	0.78	335.8	335.5	390.5	1.16
兵庫	436.3	413.2	472.7	1.08	11.4	12.1	10.3	0.90	166.1	166.7	162.6	0.98
呉	155.8	123.4	153.0	0.98	22.2	27.6	22.8	1.02	115.5	113.6	116.2	1.01
下関	833.1	806.0	1,019.8	1.22	13.1	12.5	10.2	0.78	363.2	336.6	345.7	0.95
豊浦	207.2	174.3	199.9	0.96	21.2	27.2	21.0	0.99	146.7	158.3	139.9	0.95
今治	353.1	318.7	352.9	1.00	16.2	16.7	14.9	0.92	190.4	177.4	175.7	0.92
福岡	966.2	839.5	978.1	1.01	11.1	11.2	10.9	0.98	356.9	313.2	354.3	0.99
二日市	458.2	498.8	695.0	1.52	13.9	12.9	10.2	0.73	212.6	214.7	236.6	1.11
長崎	446.2	407.6	499.6	1.12	12.4	12.2	11.1	0.90	184.4	165.6	184.8	1.00
熊本	1,258.0	1,119.5	1,255.1	1.00	10.0	10.4	10.1	1.01	419.2	388.3	420.7	1.00
川内	423.5	461.1	515.6	1.22	11.8	10.0	9.2	0.77	167.0	153.0	157.5	0.94

グループ単位で平均在院日数の減少を評価した結果を Table2 に示す。コロナ前(PRE)では、グループ1 が最も高く、グループ2, 3が続く、グループ4, 5が最も低かった。コロナ前(PRE)とコロナ期(EPI)を比較すると、各グループとも変化はほとんど起きなかったことがわかる。一方、コロナ前(PRE)とコロナ後(POST)とを比較すると、グループ1, 2では減少が大きく、グループ3～5では大きな変化は起きなかった。

Table 2. グループ別に見た平均在院日数の推移

グループ	コロナ前(PRE)		コロナ期(EPI)		コロナ後(POST)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	21.2	31.8	21.4	33.6	16.9	21.2
2	14.7	20.7	14.4	20.5	11.9	14.7
3	15.0	20.9	16.2	23.7	14.5	18.8
4	13.1	18.2	13.1	18.3	12.3	15.7
5	12.5	16.5	12.6	17.1	11.3	13.4

Table 3 には入院時の主要疾患別にコロナ前とコロナ後の平均在院日数の変化を見た結果を示す。感染症及び寄生虫症、精神および行動の障害を除き、すべての疾患群で、コロナ後にはコロナ前と比較して平均在院日数が減少したことが明らかとなった。この結果は、平均在院日数の減少が入院患者の疾病構造の変化によって起きたと考えるよりも、おそらく医療政策による在院日数の短縮への誘導を受けて、病院全体の取り組みによって起きた可能性が高いと考えられる。

Table 3. 入院に至った主要疾患別に見たコロナ前とコロナ後の平均在院日数の変化

ICDコード	疾患群名	コロナ前		コロナ後		P値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
A00-B99	感染症および寄生虫症	14.0	21.8	14.1	17.9	0.9
C00-D48	新生物＜腫瘍＞	14.1	18.9	10.7	13.0	<.0001
D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	18.8	26.3	16.1	19.6	0.0114
E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	16.7	19.8	14.5	14.7	<.0001
F00-F99	精神および行動の障害	15.7	27.1	13.4	22.0	0.2463
G00-G99	神経系の疾患	14.6	26.3	12.5	19.0	0.0004
H00-H59	眼および付属器の疾患	3.8	3.0	3.6	2.7	<.0001
H60-H95	耳および乳様突起の疾患	6.2	5.8	5.3	4.4	0.0001
I00-I99	循環器系の疾患	17.9	27.4	15.6	21.0	<.0001
J00-J99	呼吸器系の疾患	18.1	24.5	16.4	18.2	<.0001
K00-K93	消化器系の疾患	10.6	14.9	9.4	11.2	<.0001
L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	19.2	27.3	16.7	19.0	0.0124
M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	23.1	23.1	20.2	17.9	<.0001
N00-N99	尿路性器系の疾患	13.5	20.3	12.0	15.0	<.0001

Table 4 には、各病院におけるコロナ前とコロナ後の新規入院患者数の比（入院比）と、病院の急性期入院患者の 80%以上が居住する自治体の合計した場合の 2018 年／2019 年の平均人口（コロナ前）と 2025 年の同地域の推計人口（コロナ後）との比（人口比）を算出し、入院比と人口比を差を分析した結果を示す。

グループ1では、人口減少を上回る新規入院患者数の減少が認められ、特に 15～64 歳で著しい。75 歳以上では人口はむしろ増加しているが、入院患者数はむしろ減少している。グループ 2 では、いずれの年齢層においても人口の変化を上回る新規入院患者が確保されている。しかし、全体としては平均在院日数の減少に対抗して入院患者数を維持するまでには新規入院患者数が増加しておらず、結果として、入院患者数は 10%以上の減少を示すことになった。グループ 3 では、グループ 1 と同様に、すべての年齢層で人口の変動に比べて新規入院患者数の減少が著しい。グループ 4 では、15～64 歳と 75 歳以上の 2 群では人口減少は顕著ではなく、それに比べて新規入院患者数の減少が上回っている。65～74 歳の群ではほぼ人口比と同程度の新規入院患者数が確保できている。グループ 5 では、すべての年齢層で人口比を上回る新規入院患者数が確保できており、結果として、平均在院日数の減少に拮抗して 1 日入院患者数の減少が抑制されている。

Table 4. 各病院におけるコロナ前とコロナ後の新規入院患者数の比（入院比）と、病院の急性期入院患者の 80%以上が居住するキャッチメントエリアにおける 2018 年／2019 年の平均人口（コロナ前）と 2025 年の同地域の推計人口（コロナ後）との比（人口比）を算出し、入院比と人口比を差を分析した。入院比と人口比の差が負の場合は赤のアステリック、正の場合は黒のアステリックで示し、アステリックの数は 1 個が 0.1 の差を示している。人口の変動は年齢によって左右されることから、15～64 歳、65～74 歳、75 歳以上の 3 群に分けて評価した。

グループ 1

施設名	15～64歳			65～74歳			75歳～		
	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差
向島	0.67	1.01	***	0.61	0.83	**	0.94	1.12	*
富山	0.65	0.97	***	0.73	0.80		1.05	1.22	*
有田	0.69	0.90	**	0.73	0.90	*	0.73	1.08	***
境港	0.82	0.92	*	0.78	0.84		0.87	1.15	**
江津	0.28	0.88	*****	0.46	0.86	***	0.65	1.04	***
みすみ	0.65	0.85	**	0.64	0.94	**	0.78	1.08	***
鹿児島	0.45	0.93	***	1.12	0.98	*	0.95	1.22	**

グループ 2

施設名	15～64歳			65～74歳			75歳～		
	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差
小樽	1.00	0.85	*	0.92	0.74	*	1.16	1.11	
山形	1.31	0.94	***	1.40	0.95	*****	1.22	1.16	
水戸	1.25	0.94	***	1.00	0.92		1.19	1.20	
龍ヶ崎	0.80	0.87		0.90	0.85		1.22	1.29	
常陸	1.00	0.82	*	1.17	1.00	*	0.96	1.09	*
中央	1.01	1.02		0.87	0.86		1.11	1.20	
南部	0.94			0.77			1.07		
金沢	0.85	0.98	*	0.69	0.84	*	1.18	1.30	*
福井	0.87	0.95		0.99	0.87	*	1.16	1.19	
静岡	1.04	0.95		0.98	0.83	*	1.12	1.19	
松阪	0.95	0.94		0.94	0.87		0.98	1.16	*
中津	1.08	1.00		0.78	0.81		1.04	1.25	**
吹田	0.90	0.99		0.76	0.80		1.01	1.28	**
野江	1.13	0.99	*	0.99	0.81	*	1.25	1.19	
泉尾	1.12	0.90	**	0.81	0.67	*	1.21	1.09	*
富田林	1.12	0.90	**	0.84	0.81		1.05	1.27	**
泉南	0.93			0.58		-	1.36		
和歌山	1.29	0.96	***	0.99	0.80	*	1.41	1.16	**
吉備	0.68			1.06			1.07		
広島	0.87	0.97	*	0.74	0.75		1.04	1.28	**
山口	0.96	0.97		1.10	0.88	**	1.19	1.22	
香川	1.00	0.98		0.82	0.84		1.01	1.24	**
西条	0.83	0.91		0.99	0.88	*	1.17	1.15	
八幡	0.68	0.93	**	0.84	0.83		1.15	1.17	
大牟田	1.05	0.87	*	1.21	0.85	***	1.14	1.12	
唐津	1.05	0.90	*	1.05	0.94	*	1.11	1.13	
日向	1.02	0.90	*	1.07	0.91	*	1.05	1.17	*

グループ 3

施設名	15～64歳			65～74歳			75歳～		
	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差
福島	0.54			0.81			0.94		
川口	0.87	1.02	*	0.77	0.82		0.97	1.24	**
神奈川	0.81	1.03	**	0.64	0.89	**	0.91	1.26	**
若草	0.60	0.94	**	0.48	0.79	**	0.79	1.22	**
平塚	0.84	0.95	*	0.80	0.82		0.78	1.30	**
三条	0.79	0.92	*	0.52	0.88	**	0.81	1.14	**
守山	0.61	1.02	**	0.71	0.83	*	0.72	1.35	**
御所	0.64	0.88	**	0.52	0.82	**	0.68	1.18	**
岡山外来	0.77	0.99	**	0.74	0.85	*	1.02	1.24	**

グループ 4

施設名	15～64歳			65～74歳			75歳～		
	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差
習志野	0.84	1.00	*	0.74	0.79		1.07	1.27	**
東部	0.93	1.03		0.81	0.89		0.98	1.26	**
高岡	0.75	0.94	**	0.80	0.76		1.19	1.24	
茨木	0.64	1.00	**	0.82	0.78		1.28	1.33	
松山	0.83	0.95	*	0.91	0.90		1.02	1.24	**
日田	0.71	0.86	*	0.94	0.89		1.07	1.08	

グループ 5

施設名	15～64歳			65～74歳			75歳～		
	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差	入院比	人口比	入院比と人口比の差
川俣	1.01			1.47		-	1.11		
神栖	1.15	0.96	*	1.24	0.88	**	1.51	1.32	*
前橋	1.05	0.96	*	0.92	0.86		1.39	1.23	*
新潟	0.91	0.95		1.13	0.89	**	1.36	1.22	*
千里	1.52	1.01		1.42	0.84	**	1.51	1.36	*
兵庫	1.01	0.94		1.00	0.88	*	1.26	1.31	
呉	0.64	0.92	**	0.77	0.73		1.11	1.13	
下関	1.12	0.91	**	1.27	0.80	**	1.33	1.14	*
豊浦	0.83	0.91		0.86	0.80		1.08	1.14	
今治	0.84	0.90		0.94	0.76	*	1.12	1.16	
福岡	0.93	1.01		1.03	0.94		1.11	1.34	**
二日市	1.47	0.99	**	1.53	0.89	**	1.54	1.34	**
長崎	1.04	0.90	*	1.07	0.91	*	1.24	1.17	
熊本	0.86	0.94		0.97	0.95		1.10	1.16	
川内	1.14	0.88	**	1.48	0.95	**	1.14	1.06	

【考察】

Table 1 によれば、分析対象とした 64 病院の中で、コロナ前に比べてコロナ後の 1 日平均入院患者数が 10% 以上減少したのは 49 病院 (77%) であり、49 病院の中で平均在院日数が 10% 以上減少したのはグループ 1、2 の 34 病院 (69%)、月間新規入院患者数が 10% 以上減少したのはグループ 1、3 の 16 病院 (33%) であった。

Table 2 によれば、各グループともコロナ前とコロナ期では平均在院日数の変化はわずかであり、その後、コロナ後になって平均在院日数の減少は大きくなったことがわかる。また、Table 3 によれば、入院時の主要傷病群に偏りなく、ほとんどの疾患群でコロナ前からコロナ後に平均在院日数が減少していたことも明らかとなった。

我が国の平均在院日数は欧米諸国と比較して長く、1970 年代は急性期病床と高齢者療養等の病床の分化が不十分であったこともあり、かなり長い平均在院日数であった(文献 5)。加藤らは、開設者別に平均在院日数を推計しており、「済生会」の 1971 年と 2014 年の平均在院日数はそれぞれ、37.5 日と 15.0 日と報告している(文献 5)。さらに、全国の一般病床の平均在院日数が厚生労働省から報告されており、コロナ期の平均在院日数は 2021 年が 16.1 日、2022 年が 16.2 日となっている(文献 6)。

2024 年度の診療報酬改定では、急性期一般入院料1の平均在院日数の基準が 18 日から 16 日に短縮された(文献 7)。Table 2 によれば、コロナ期の平均在院日数はコロナ前と大きな変化はなかったが、コロナ後になって、平均在院日数は短縮した。これは診療報酬改定による政策的な誘導の影響の可能性はある。したがって、今後も急性期病床の平均在院日数は減少を続けてゆくと考えた方がよいであろう。

平均在院日数の短縮が続く中で、病院が入院患者数を確保して病床稼働率を維持するためには、新規入院患者数を増やす必要がある。しかし、Table 4 で示したように、コロナ前の 2018/19 年から 2025 年までの 6~7 年の間にも各病院の急性期病床入院患者の 80%以上が居住する自治体の人口は、特に 15~64 歳で減少を示しており、新規入院患者を増やすことは困難な状況と思われる。ただし、既に述べたように、新規入院患者数がコロナ後に減少した病院の中には、急性期病床を減らした病院、看護師不足等により急性期病床の一部を休床としている病院も含まれており、患者の受療行動の変化をしているとは必ずしも言えない。

2045 年までの人口の将来予測に基づく急性期入院患者数の予測では、2018/19 年と比較して 2045 年では 15~64 歳群で 80%まで大きく減少するのに対して、65~74 歳で 98%と横ばい、75 歳以上では 133%と増加することが予想されており、高齢者の急性期入院に重点をシフトすることが、人口減少により急性期入院患者数の減少への対応策として選択肢となるであろう。

【結論】

済生会病院における急性期入院患者数の減少は、平均在院日数の短縮が背景にあり、それに対抗して新規入院患者数の増やすことは、今後の人口減少から容易ではない。人口が増えることが予想される高齢者への重点シフトなどの対応策も選択肢となる。

【文献】

- 1) 厚生労働省. 医療機関等における感染拡大防止等の支援(令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援 補助金). 2021.
- 2) 藤本賢治, 山口直人, 松田晋哉. 済生会病院における新型コロナウイルスによる受診状況変容の記述的研究. 済生会総合研究所報. 3:9-35. 2022.
- 3) Global Health Consulting. 長引くコロナ禍で入院患者数戻らず病院経営は厳しい、コロナ関連補助金なければ病院経営は赤字転落一日病・全日病・医法協(1), GemMed, 2022.
<https://gemmed.ghc-j.com/?p=51677>
- 4) 山口直人, 見浦継一, 藤本賢治, 松原了. 済生会病院の急性期入院患者数の 2045 年までの将来予測. 済生会総合研究所報. 4:7-18. 2024.
- 5) 加藤尚子ほか. 開設者別に見た一般病院の平均在院日数の年次推移 —1971 年から 2014 年までの変化— . 日本医療・病院管理学会誌. 55:19-26, 2018.
- 6) 厚生労働省. 令和4(2022)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. 2023 年
- 7) 厚生労働省保険局医療課. 令和 6 年度診療報酬改定の概要(医科全体版). 2024.

The Trend in Acute Care of Patients of Saiseikai Hospital in the Pre-COVID, COVID-Pandemic, and Post-COVID Periods

Naohito Yamaguchi and Satoru Matsubara

Saiseikai Research Institute of Health Care and Welfare

Abstract

Objective: The number of acute care inpatients in Saiseikai Hospitals in the post-COVID period starting May 2023 has not recovered to the level of the pre-COVID period. In order to provide useful findings to make a counteracting plan for the Saiseikai Social Welfare Corporation as a whole, this study aimed at analyzing the DPC data, which are the standardized national claim data for acute care inpatients, to elucidate the difference in acute care inpatients between pre-COVID, COVID-pandemic, and post-COVID periods.

Methods: The study subjects were acute care inpatients in 64 Saiseikai Hospitals, which provided DPC data for the period of September 2016 to March 2024. Hospitals that moved during the study period were excluded. The study period was divided into the pre-COVID period, September 2016 to December 2019; the COVID-pandemic period, January 2020 to April 2023; and the post-COVID period, May 2023 to March 2024. For each hospital, three indicators were calculated for inpatients who were admitted during the pre-COVID, COVID-pandemic, and post-COVID periods: monthly number of newly admitted patients, average length of hospital stay, and average daily number of hospitalized patients. The average length of hospital stay was compared between pre-COVID and post-COVID periods for each main disease group at admission in an attempt to identify a group of diseases contributing to the change in the average length of stay. The change in the monthly number of newly admitted patients was compared with the change in the population of local municipalities from which over 80% of acute care inpatients came to the hospital.

Results: Among 64 participating hospitals, 49 hospitals (77%) showed a decrease of 10% or more in the average daily number of hospitalized patients in the post-COVID period as compared to the pre-COVID period. Of these 49 hospitals, 34 hospitals (69%) showed a decrease of 10% or more in the average length of hospital stay, and 16 hospitals (33%) showed a decrease of 10% or more in the monthly number of newly admitted patients in the post-COVID period as compared to the pre-COVID period. The decrease in the average length of hospital stay was smaller from the pre-COVID to the COVID-pandemic period when compared with the decrease from the pre-COVID to the post-COVID period. The average length of hospital stay decreased in almost all main disease groups at admission in the post-COVID period as compared to the pre-COVID period, suggesting the decrease in average length of hospital stay was due to comprehensive efforts to decrease it as a hospital as a whole. In many hospitals, the decrease in the monthly

number of newly admitted patients was larger than the decrease in the population of local municipalities, thus contributing to the decrease in the average daily number of hospitalized patients together with the decrease in the average length of hospital stay. On the other hand, in hospitals in which the decrease in the average daily number of hospitalized patients was less than 10% or even increasing, the average daily number of hospitalized patients increased from the pre-COVID to the post-COVID period, successfully maintaining the average daily number of hospitalized patients.

Discussion: The reason for the decrease in the average length of hospital stay was presumably due to the upcoming change in the limit of the average length of hospital stay in the 2024 revision of medical fees. If this shortening of the limit of the average length of hospital stay continues, it is necessary to increase the number of newly admitted patients in order to maintain the average daily number of hospitalized patients. In the 2045 population projections for local municipalities from which acute care inpatients come to Saiseikai Hospitals, the population of people aged 15 to 64 is estimated to decrease to 80% of the 2018–2019 population level, whereas the decrease for the population aged 64 to 75 is estimated at 98% and that for ages 75 and over is estimated at 133%. These projections indicate that it will become more important to focus on the acute care of elderly inpatients.

Conclusion: The decrease in the number of acute care inpatients in Saiseikai Hospitals is due to the shortening of the length of hospital stay. There is no easy way to increase the number of newly admitted patients in light of the country's upcoming population shrinkage. It is necessary to focus more on elderly inpatients, whose population is expected to increase in the future.

Keywords: Saiseikai Hospitals, number of newly admitted patients, average length of hospital stay, average number of hospitalized patients, COVID-19 infection

調査結果からみる地域での暮らしを支える医療と福祉の連携

原田 奈津子

済生会保健・医療・福祉総合研究所

概要

本研究では、医療と福祉の連携に関して、地域の社会資源である3つの組織（病院、福祉施設、在宅サービス事業所）への調査から明らかにする。

3つの調査結果から、地域における「医療と福祉」・「医療と介護」の一体的な提供において、地域の社会資源としての連携、つまり、それぞれの組織のキーパーソンの連携が必要であることが明らかになった。また、共通認識を持った環境づくりとして、情報の共有化、専門職確保、改善へ向けた取り組みが求められていることがわかった。

医療と福祉の連携では、専門職・機関との連携だけでなく、地域特性の理解やニーズの把握も重要となる。地域にあわせた医療と福祉の連携の推進に向けて、さらに実践に寄与できるような研究を進めていきたい。

キーワード 病院、福祉施設、在宅サービス事業所、地域連携、専門職

【はじめに】

一人ひとりが生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティを創るという地域共生社会の実現において、医療や福祉に関する社会資源は、不可欠な要素である。医療と福祉の連携を軸とした地域包括ケアでは、専門職の連携のみならず、まちづくりも含め地域全体をどのように支え、かつデザインするのかが問われている。

医療と福祉の連携に関して、Ciniiを通して研究の動向に関するレビューを実施した。Ciniiにおいて、「医療と福祉の連携」で検索すると144の論文、「医療と福祉 連携」で検索すると、260の論文が挙げられている（20250110 検索閲覧）。高齢者や障がい者へのケアや、医療的ケア児へのかかわりなど、利用者を取り巻く環境に関する研究だけでなく、相談業務の取り組みや専門職間の連携など、地域での事例報告などが目につく。また、「医療 福祉 連携」で検索すると、5364の論文があるが（20250110 検索閲覧）、

報酬改定や経営に関する論文に加え、災害対応や DX など幅広い視点での報告があった。

医療と福祉の連携として、地域包括ケアという言葉で語られてきたが、先行研究のレビューや視察等を経て、地域包括ケアにおける関連要素を表すと、図 1 のようになった。

「多職種連携の取り組み」・「行政や医師会等との連携」・「地域住民の参画」・「ICT の活用（情報の共有化）」の 4 つの要素である。この他、人口構成、文化、気候など、地域にあった形での連携や取り組みが求められている。

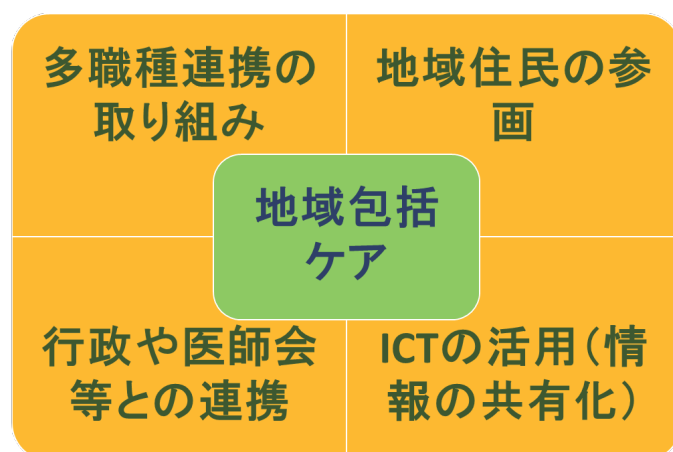


図 1 地域包括ケアにおける関連要素

【研究目的・方法】

医療と福祉の連携について、地域における課題解決に向けた取り組みや連携のあり方について可視化し、検討していく。済生会の医療や福祉にかかわる社会資源（病院、福祉施設、在宅サービス事業所）への調査結果について検討する。

調査票における連携の項目については、長崎純心大学医療・福祉連携センターが行った地域包括支援センターでの地域包括ケア推進にあたっての機関との連携や体制構築に関する項目を参照した。

なお、調査にあたっては、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文書にて説明し、研究協力をお願いした。調査協力の同意については、調査票の提出をもって同意したとみなす旨を記載した。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。調査対象や調査の時期は以下のとおりである。

① 病院への調査

調査対象 済生会の病院に所属する MSW（医療ソーシャルワーカー）

調査機関 2018 年 10 月末～11 月中旬

調査方法 質問紙調査：自記式調査票による郵送調査
回収率 81施設、418名のうち回収404名：回収率96.7%

② 福祉施設への調査

調査対象 済生会の福祉施設の「施設長」と「入退所の調整や外部機関との窓口となっている職員」

調査期間 2019年11月

調査方法 質問紙調査：自記式調査票による郵送調査

対象施設 121入所施設（短期入所除く）

特別養護老人ホーム（53）介護老人保健施設（30）養護老人ホーム（6）

経費老人ホーム（10）障害者支援施設（5）障害児入所施設（8）

乳児院（7）児童養護施設（1）救護施設（1）

回収率 121施設中116施設回収 95.9% （調査票242のうち228回収 94.2%）

③ 在宅サービス事業所

調査対象 済生会の在宅サービス事業所（通所介護、訪問看護ステーション等）の管理者1名 *地域包括支援センターにおいては全職員

調査方法 2021年11月

対象施設 270うち施設回収244（回収率 90.37%）

（調査票436票のうち410票回収（回収率 94.04%）

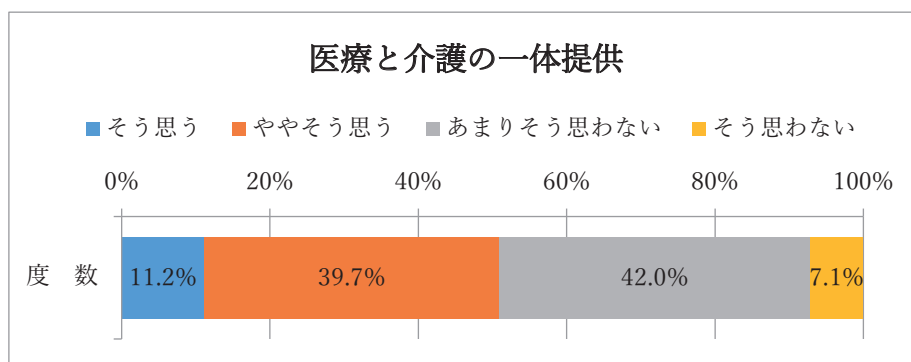
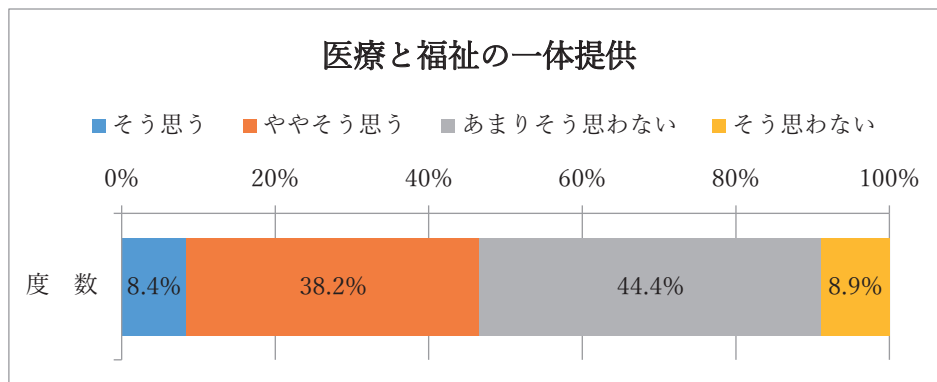
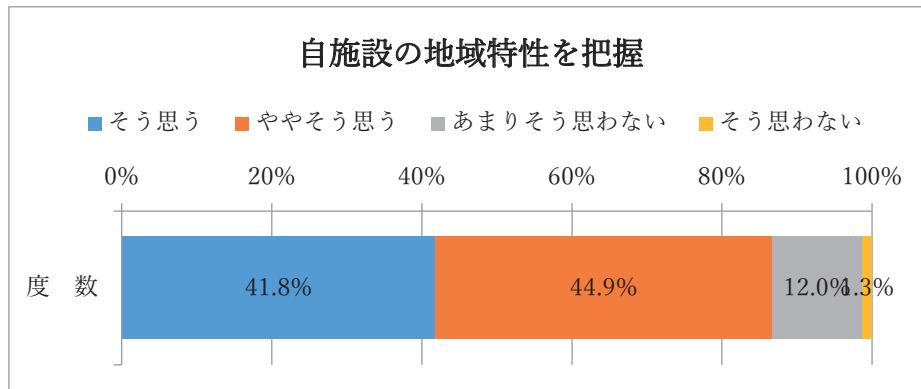
【結果・考察】

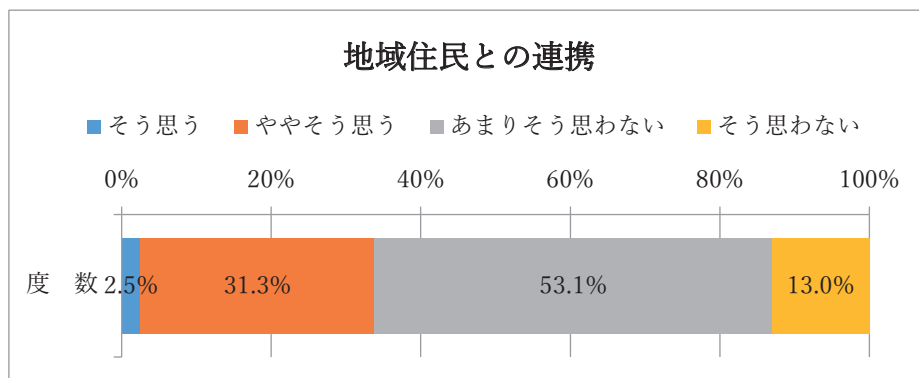
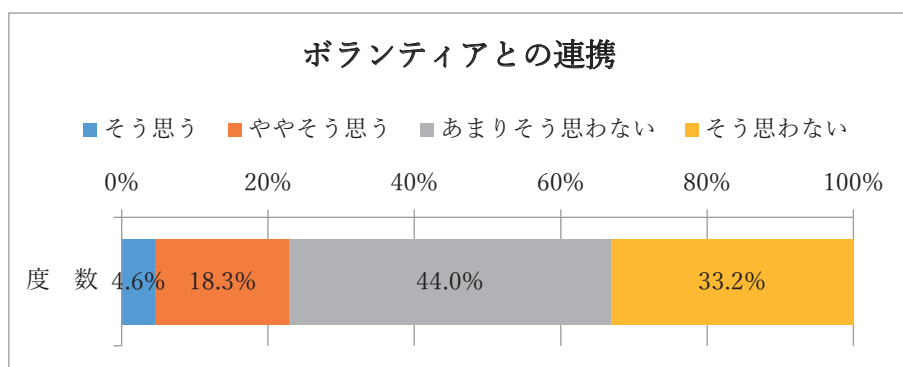
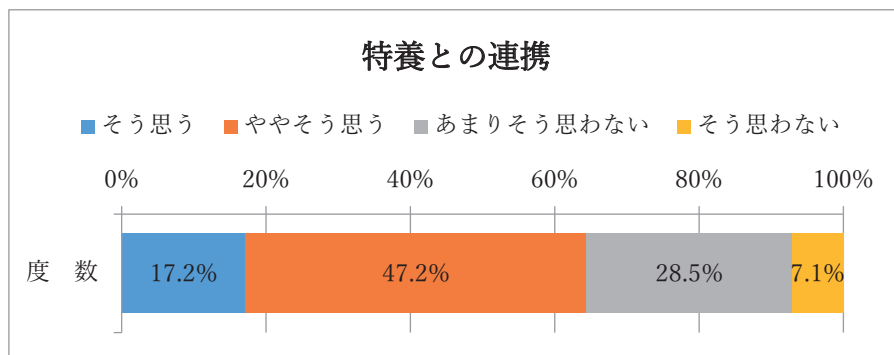
<調査の概要>

3つの調査から地域における医療と福祉の一体提供を軸に結果をみていくことにする。

① 病院のMSW（医療ソーシャルワーカー）への調査

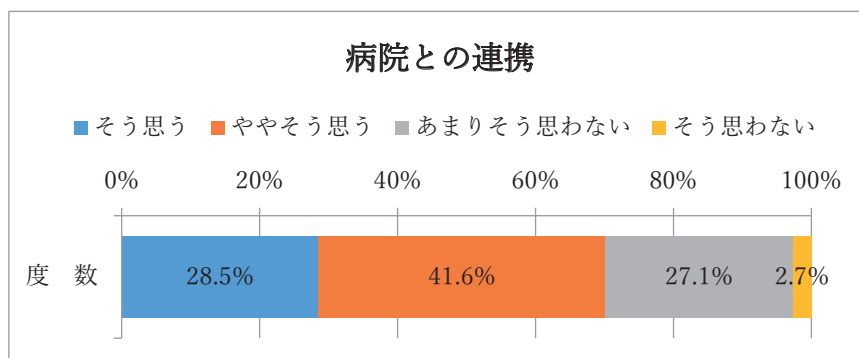
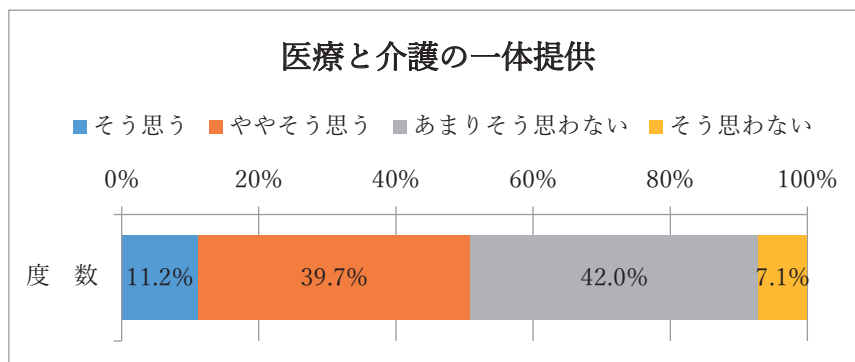
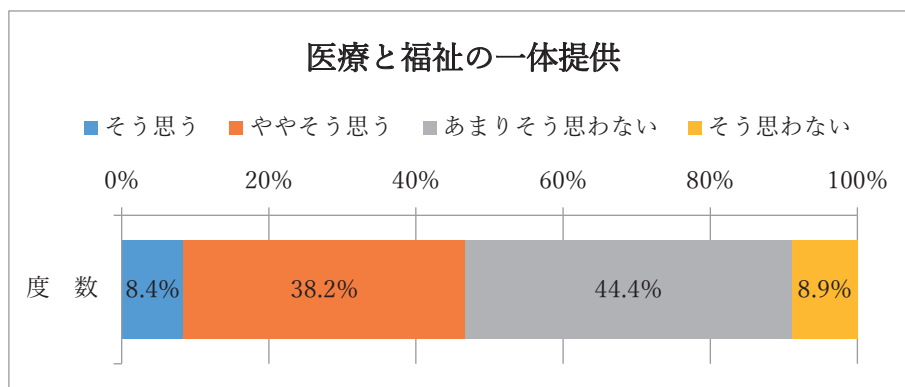
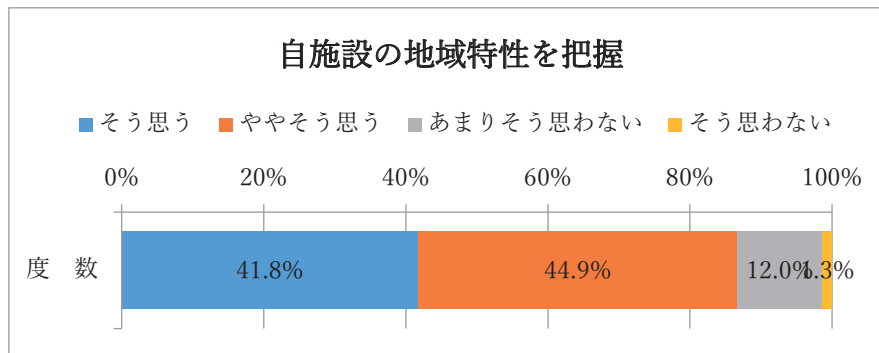
調査からみた特徴として、「地域包括ケア」を意識した取り組みを行っていることや、職場内での多職種との連携は図れていることが明らかになった。ただし、地域における「医療と福祉の一体提供」・「医療と介護の一体提供」の一体的な提供体制は半数が不十分であると感じている。医療機関や地域包括支援センターとの連携は図れているものの、ボランティアや地域住民とのかかわりが薄いと感じていることがわかった。

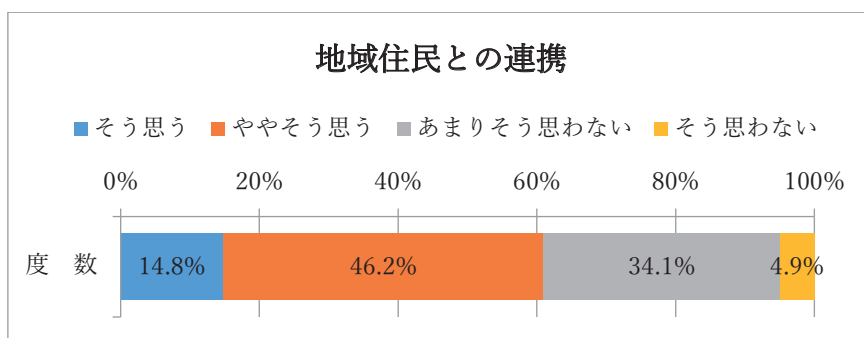
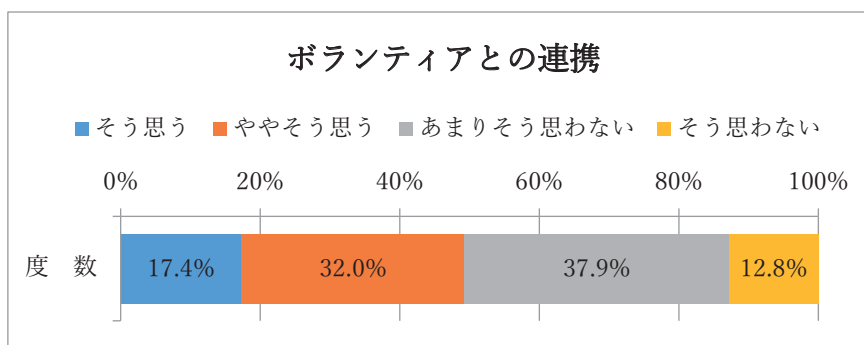
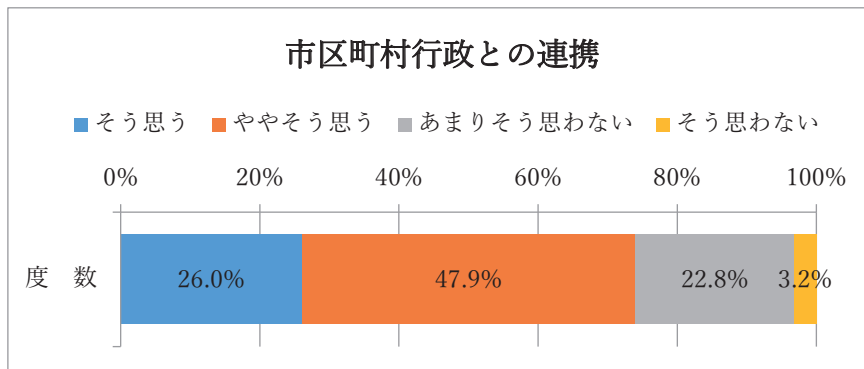




② 福祉施設の施設長・入退所の調整や外部機関との窓口となっている職員への調査

「地域包括ケア」を意識した取り組みを行っており、職場内での多職種との連携は図れていることが明らかになった。地域における「医療と福祉の一体提供」・「医療と介護の一体提供」の構築については、半数が不十分であると感じていることがわかった。また、ボランティアとのかかわりが薄いと感じているようであった。

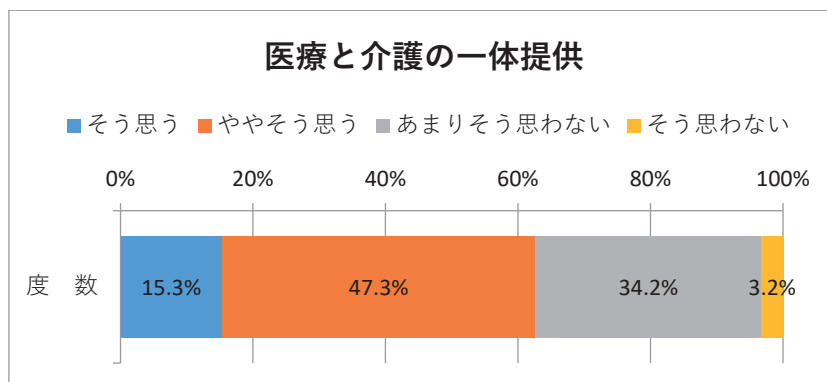
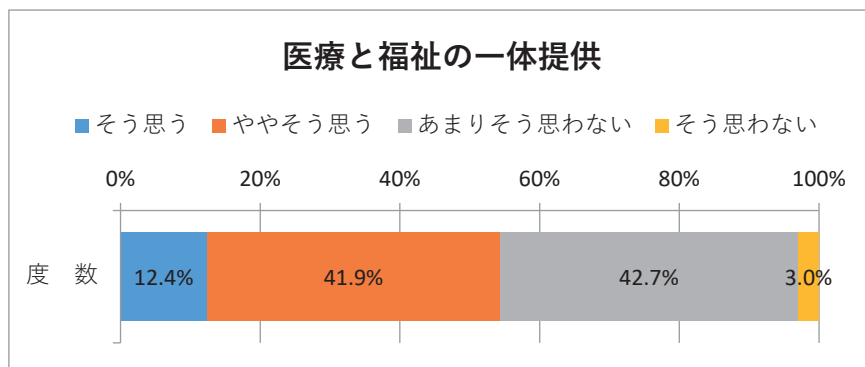
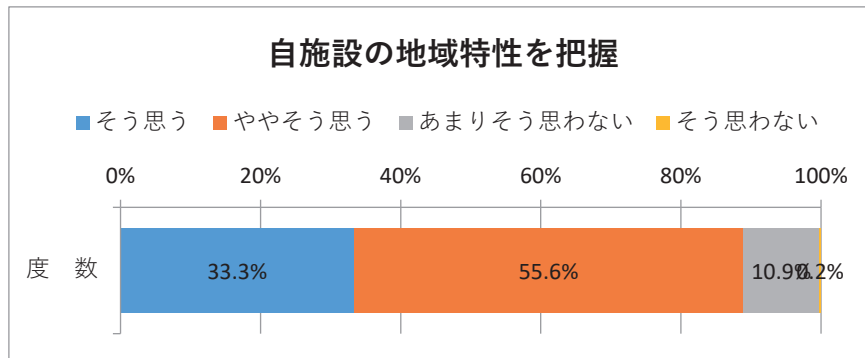


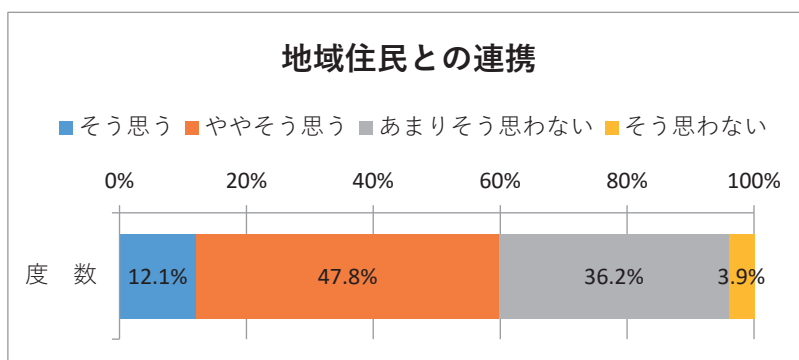
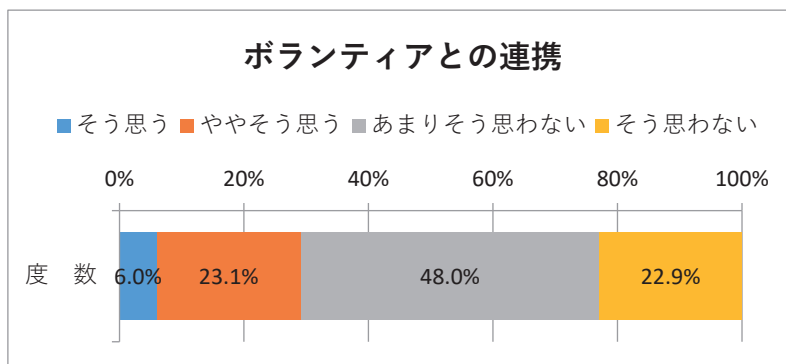
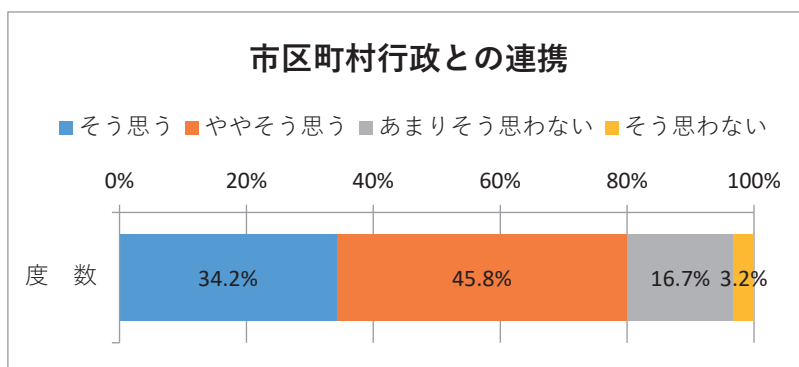
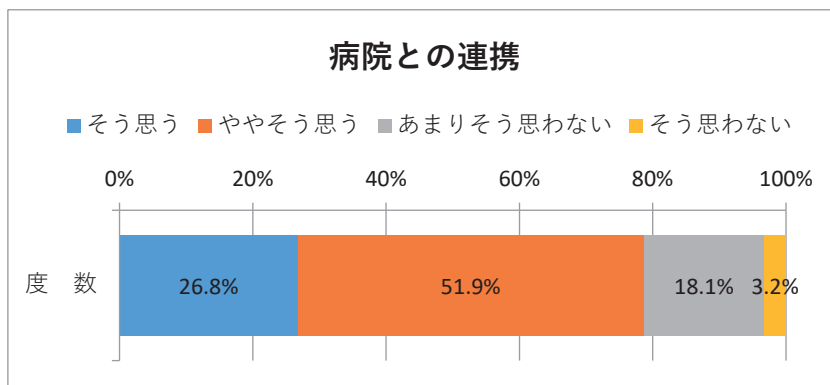


③ 在宅サービス事業所（通所介護、訪問看護ステーション等）の管理者1名、および地域包括支援センター全職員

調査対象のうち、地域包括支援センター（47.6%）、居宅介護支援事業所（16.6%）、訪問看護ステーション（12.9%）、通所介護事業所（12.4%）、訪問介護事業所（5.6%）の構成となっている。在宅サービス事業所として、その特性から、地域のニーズを把握し、行政とも連携しつつ、在宅でのサービス展開をしていることが明らかになった。

地域における「医療と福祉の一体提供」・「医療と介護の一体提供」の構築については、半数以上が連携できていると感じていることがわかった。また、地域住民との連携も図れていることがわかった。





MSW への調査と福祉施設への調査では、共通する特徴が多く見られた。地域包括ケアを意識した取り組みを行っていると共に、職場内での多職種との連携は図れているという点が共通していた。ただし、「医療と福祉」や「医療と介護」の一体的な提供体制は半数が不十分であると感じていることが特徴的であった。

在宅サービス事業は在宅での社会資源であり、今回の調査では、約半数が地域包括支援センターということもあり、連携が主であることから、他の2つの調査に比べて、連携の状況については連携できているとする傾向がみてとれた。

【結論】

3つの調査結果から、地域における「医療と福祉」・「医療と介護」の一体的な提供において、地域の社会資源としての連携、つまり、それぞれの組織のキーパーソンの連携が必要であることが明らかになった。また、自由記述などから、共通認識を持った環境づくりとして、情報の共有化、専門職確保、改善へ向けた取り組みが求められていることがわかった。

医療と福祉の連携では、専門職・機関との連携だけでなく、地域特性の理解やニーズの把握も重要となる。地域にあわせた医療と福祉の連携の推進に向けて、さらに実践に寄与できるような研究を進めていきたい。

【引用文献】

厚生労働省 「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」（地域共生社会推進検討会）最終とりまとめ 令和元年12月26日

原田奈津子 「地域包括ケア推進における連携の課題 ―MSW（医療ソーシャルワーカー）への調査から」日本老年社会科学会（2019年6月：東北福祉大学）

原田奈津子 「済生会総研における福祉分野に関する研究の全体像と活動報告」済生会学会（2019年2月：富山）

原田奈津子 「済生会独自の地域包括ケアモデルの構築に向けた現状と課題 ―調査結果から―」済生会学会（2020年2月：新潟）

長崎純心大学医療・福祉連携センター『未来医療研究人材養成拠点形成事業 テーマB：リサーチマインドを持った総合診療医の養成調査研究報告書』平成27年3月・平成29年3月

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。

Cooperation Between Medical and Welfare Services to Support Life in the
Community as Indicated by the Results of the Survey providing social services in
the community

Harada Natsuko

Abstract

This study clarifies results from surveys of three organizations providing social services in the community (hospitals, welfare facilities, and home service provider offices) regarding the coordination of medical care and welfare.

The results clearly demonstrated that in the integrated provision of “medical care and welfare” and “medical care and nursing care” in the community, collaboration as a social service in the community, i.e., collaboration among key persons in each organization, is necessary. In addition, it was found that efforts to share information, secure professionals, and work toward improvement are required to create a common understanding.

In addition to cultivating cooperation between professionals and institutions, it is also important to understand regional characteristics and needs in order to promote cooperation between medical and welfare services. We would like to conduct further research that can contribute to the practice of promoting cooperation between medical and welfare services that is tailored to local needs.

Keywords: Hospitals, welfare facilities, home service provider offices, community partnerships, professionals

高齢者施設での医薬品に関する支援 — 済生会福祉施設会と薬剤師会の連携 —

○植松 和子¹⁾ 曾我部 直美¹⁾ 田中 嘉一^{1,2)} 菅野 浩³⁾
柴崎 智行⁴⁾ 則武 有美⁵⁾ 田嶋 襄⁶⁾
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 済生会習志野病院 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 岡山済生会総合病院 6 特別養護老人ホーム彩光苑

【概要】

昨年度実施した調査から、済生会の高齢者施設における薬物治療、服薬等に関してどのような課題があるか、また、済生会病院の薬剤師がどのように関与しているかについて一定の状況を把握することができた。

済生会は多くの高齢者施設を有しており、ほとんどの入所者が薬物治療を継続している。高齢者の薬物治療では、服薬方法の煩雑さ、多剤併用による相互作用の確認等が増加している。高齢者施設の介護では服薬しにくい錠剤の粉碎や、飲食物への混合が日常的に行われており、服薬方法、服薬支援に関する適正化が必須となっている。

そこで済生会の薬剤師会として福祉施設会との連携により入所者の服薬の適正化、薬物治療の安全性を確保し、入所者の不利益をできるだけ回避するための支援を進めることとした。

(1) 介護と薬に関する研修会を定期的を開催する (2) 施設の実情を把握するために薬剤師が施設を訪問する (3) 施設と病院との医薬品情報の連携を図る の3項目である。

【キーワード】

高齢者施設、薬物治療、多剤併用、錠剤粉碎、服薬支援

【緒言】

済生会は多くの高齢者施設を有しており、ほとんどの入所者が薬物治療を継続している。高齢者の薬物治療では、服薬方法の煩雑さ、多剤併用による相互作用の確認等が増加している。高齢者施設の介護では服薬しにくい錠剤の粉碎や、飲食物への混合が日常的に行われており、服薬方法に関する適正化が必須となっている。また薬の種類、服用回数が増えると誤嚥や誤薬のリスクも増加する。

済生会に多い特別養護老人ホームは、在宅に位置付けられていることから、施設内への薬剤師の配置基準はない。つまり調剤する保険薬局の薬剤師が、入所者の服薬に関する支援、施設への情報提供、服薬後の副作用確認等薬学的管理を行う役割を担っている。今年度2024年の診療報酬改定により、「外来服薬支援料2」（図1）が施設連携加算として月1回50点算定できるようになった¹⁾。これは保険薬局の薬剤師が特別養護老人ホームの職員と連携して行う服薬支援を評価したものである。このように国は保険薬局の在宅支援を強化しているが、対応できていない現状があることも事実である。

そこで済生会の薬剤師会として福祉施設会との連携により入所者の服薬の適正化、薬物治療の安全性を確保し、入所者の不利益をできるだけ回避できるよう支援したいと考えている。今回は、第1回目の福祉施設会薬剤師会連携研修会、薬剤師の施設訪問についての報告と、今後進めていく支援について述べる。

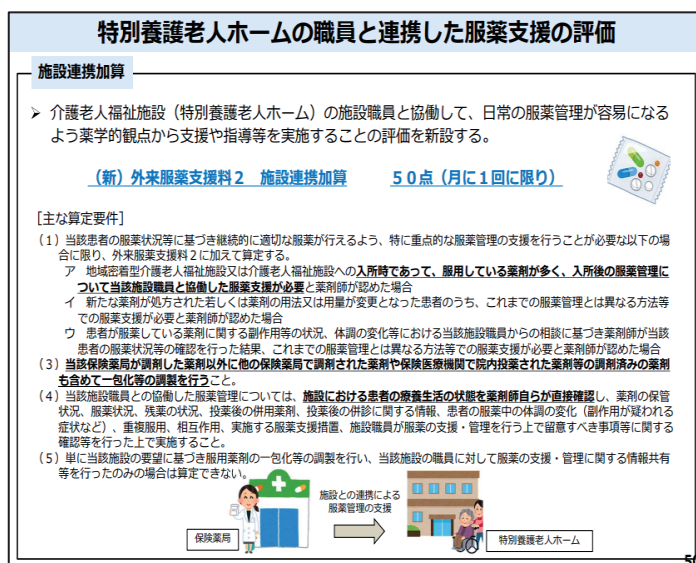
【目的】

済生会福祉施設会と薬剤師会との連携によって、高齢者施設での医薬品に関する支援の方策を明らかにする。

【方法】

福祉施設会と薬剤師会との連携研修会のアンケート、薬剤師による高齢者施設訪問の結果を基に現状の課題を抽出し、具体策を検討する。

図1.「外来服薬支援料2」



【結果】

(1) 第 1 回福祉施設会・薬剤師会連携研修会

開催日 2024 年 2 月 15 日（木）13:30-16:00

会場 本部大会議室（現地開催）

内容 経緯説明・挨拶 福祉施設長会会長 田嶋襄
 研究報告 総研 植松和子、曾我部直美
 講演 1 「医薬品と医療安全」
 演者 全国済生会病院薬剤師会会長
 済生会横浜市東部病院 薬剤部長 菅野浩
 講演 2 「介護に役立つ薬のはなし」
 演者 済生会湯田温泉病院 薬剤副部長 柴崎智行
 質疑応答・意見交換・アンケート（表 1）実施

参加者は 17 人で、介護士 7 人、看護師 5 人、事務職 5 人であった。所属施設は全員特別養護老人ホームの職員であった。アンケート結果から、薬をのませる場合困ったことはあるかとの問いには 17 名全員があると回答。具体的には服薬拒否、薬を吐き出す、落とす（落薬）が多かった（図 2）。また服薬拒否への対応としては、時間を置く、担当者を替えるなどの回答が多かった（図 3）。服薬に関わる職種（複数回答）としては介護士が 16 人、看護師が 11 人という回答であった。また家族からの質問では薬の効果、副作用が多く（図 4）、薬について調べる方法としてはインターネットが最も多かった（図 5）。薬全体で困っていることについて記述式の問いに対しては 8 人が回答しており、内容として、「服薬拒否」、「錠剤の粉碎の可否が不明」、「一包化されている薬の鑑別」、「薬を吐き出した場合の対応」、「薬を落とした場合の対応」などがあげられた。また、薬に関する研修を受けたことがあるかの問いには受けたことがある人は 17 人中 3 人のみであった。

今回の研修会で役立ったこととしては、「特養では薬剤師との関りはなかったので、薬の知識を増やすとても良い機会であった」、「粉碎できない薬や、薬の管理方法（坐薬は冷蔵庫等）が理解できた」、「薬剤師や他職種との連携の大切さが理解できた」、「薬の服用方法の意味（食前・食後等）がわかり勉強になった」などの意見が寄せられた。また、今後の研修会についての要望としては「定期的に医薬品に関する研修会を開催してほしい」、「ハイブリッド形式として Web でも参加できるようにしてほしい」、「録画によってアーカイブ視聴できるようにしてほしい」などがあげられた。

表1. 福祉施設会研修会アンケート

該当する施設の種類・施設名を記載してください。

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. 貴方の職種を教えてください。

☐看護職 ☐介護職 ☐実務者研修修了者 ☐社会福祉士 ☐事務職
☐その他 _____

2. 貴施設に薬剤師は在籍していますか。

☐はい ☐いいえ ☐わからない

2-1 「はい」と回答した方にお聞きします。

薬剤師の所属を教えてください

☐済生会病院 ☐調剤薬局 ☐その他 _____

3. 入所者に薬をのませるにあたり困ったことはありますか。

☐はい ☐いいえ

3-1 「はい」と回答した方にお聞きします。

具体的にどのようなことでしたか。

☐服薬の拒否 ☐吐き出してしまった ☐錠剤が服用できない ☐落とした
☐水または白湯でのまない ☐その他 _____

3-2 その時の対応はどうしましたか。具体的に記載してください。

4. 薬をのませる職種を教えてください

☐看護師 ☐介護士 ☐薬剤師 ☐その他 _____

5. 入所者又は、その家族から薬に関する質問を受けたことがありますか。

☐はい ☐いいえ

5-1 「はい」と回答した方にお聞きします。

どのような質問でしたか

☐薬の効果について ☐薬ののみ方について ☐薬の副作用について
☐薬ののみ合わせについて ☐その他 _____

6. 薬について調べる時の方法をお聞きます。

- ☐ 薬剤師に確認する ☐ 医師に確認する ☐ 看護師に確認する
☐ インターネットで調べる ☐ 書籍で調べる ☐ 他の施設職員に確認する
☐ その他 _____

7. 現在、薬について困っていることはありますか。

- ☐ はい （「はい」の場合具体的に内容を記載してください）

☐ いいえ

8. 薬に関する研修を受けたことがありますか。

- ☐ はい ☐ いいえ

8-1 「はい」と回答した方にお聞きます。

どこで受けられましたか。

- ☐ 自施設 ☐ 他施設に出向いて ☐ 研修会・学会等に参加した
☐ その他 _____

8-2 研修の講師の職種を教えてください。

- ☐ 医師 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 事務職 ☐ わからない
☐ その他 _____

9. 本日の講演内容で役立った項目をお書きください。

10. 薬剤師への要望・ご意見・ご質問等ありましたら自由に記載してください。

図2. 薬を飲ませる場合に困ることの具体的内容

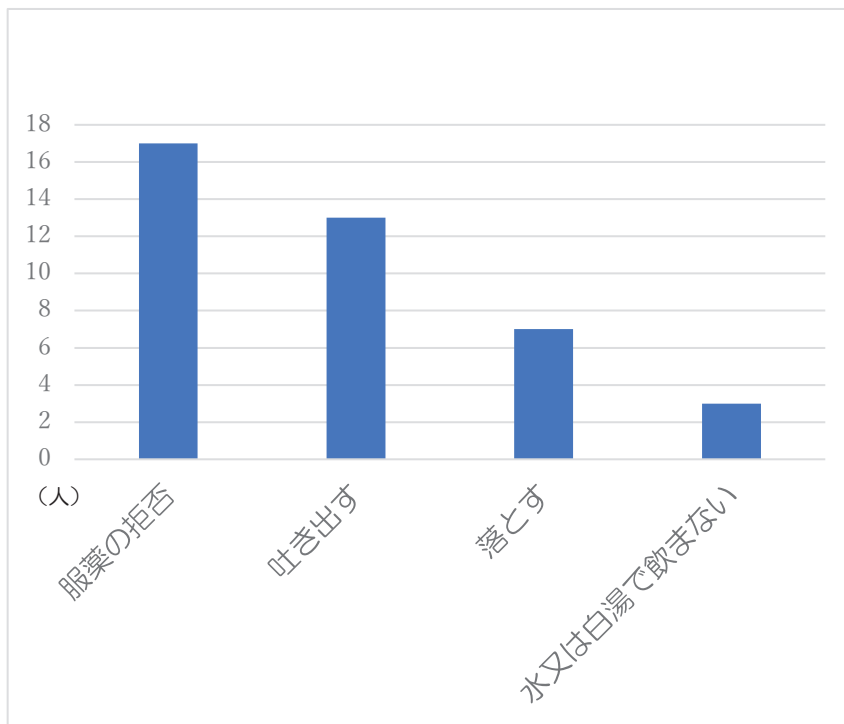


図3. 服薬拒否への対応

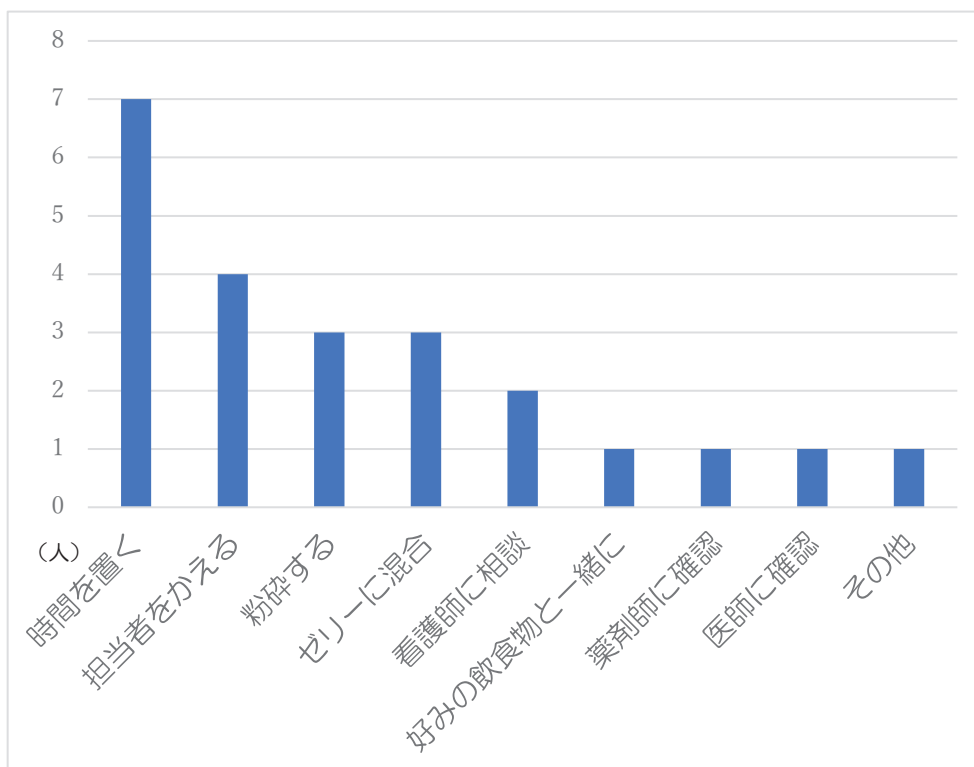


図4. 家族からの質問の内容

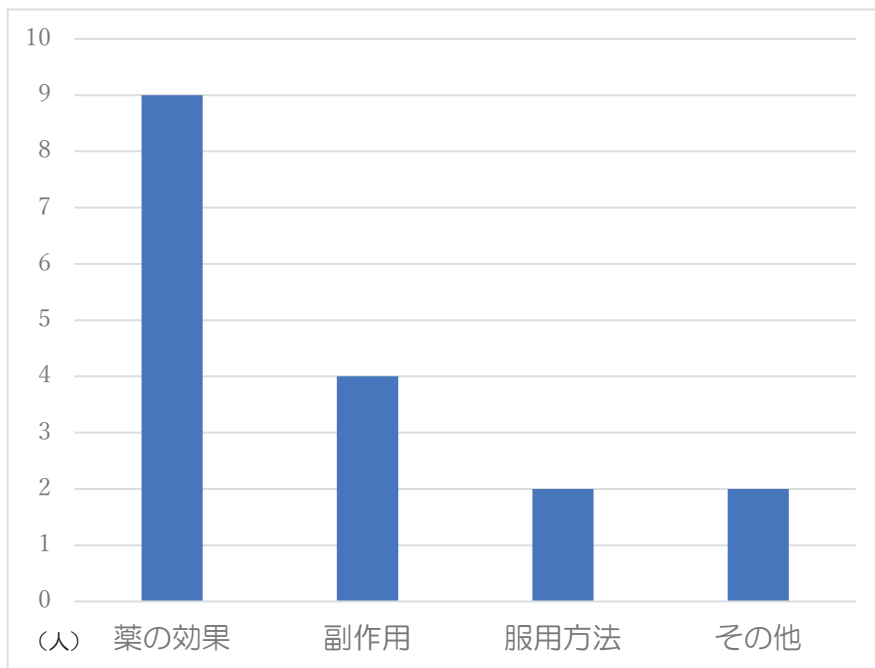
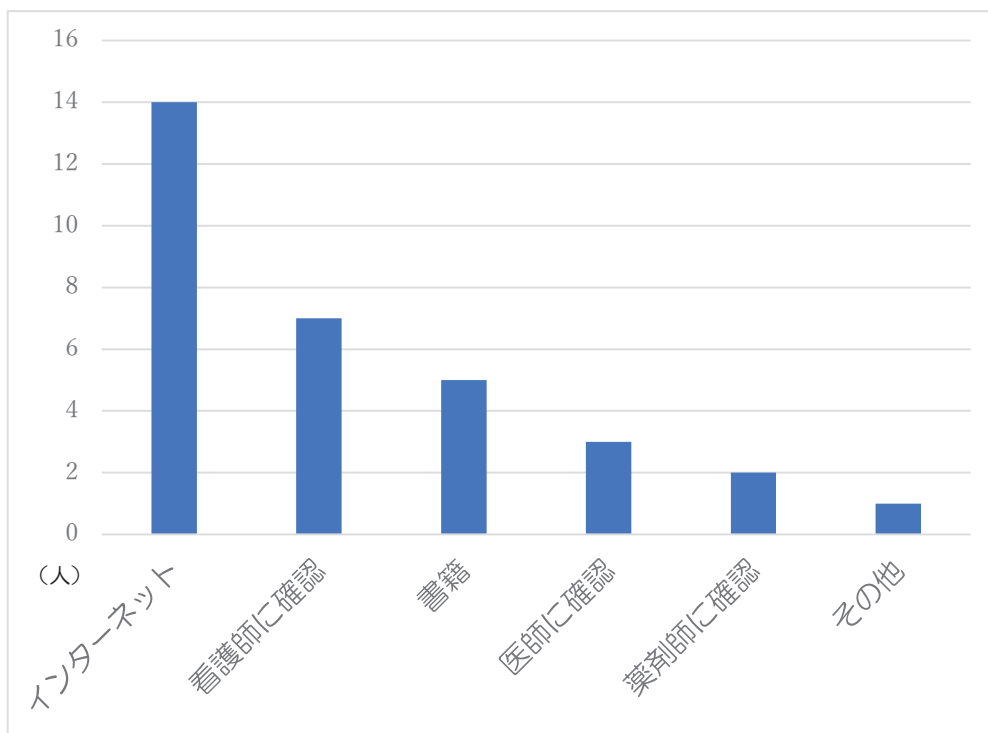


図5. 薬について調べる方法



(2)施設訪問

研究員が2024年3月11日に訪問した埼玉県済生会特別養護老人ホーム彩光苑について報告する(写真1)。施設の概要は、入所者は特別養護老人ホーム126人、ショートステイ6人、ケアハウス50人で、職員は看護師13人、介護職員44人、事務職員2人である。

入所者の医療対応は、敷地内に済生会が運営するクリニック(写真2)が併設されており、医師との連携が容易にできる環境である。入所者は平日・営業時間は随時受診可能である。また、門前に保険薬局(写真3)があり、ほとんどの入所者の調剤を担っている。薬剤師との連携もしやすく、他院からの薬であっても薬の相互作用、粉砕の可否を確認でき、済生会の中でも大変恵まれた施設であった。

医薬品については、鍵のかかるエリア内で管理しており、屯用薬等はさらにカギのかかる棚で管理している。入所者の処方薬の確認・管理は看護師が実施しており、処方薬は配薬カートで管理している。処方箋コピー、薬、情報提供用紙をチャック付袋に入れ患者ごとに管理し、調剤内容も確認している。入所者の服薬については介護士が支援している。しかし薬学的管理や医薬品の情報入手については課題があるとのことであった。

写真1. 彩光苑



写真2. 済生会内牧クリニック



写真3. わかば薬局春日部店



以上の結果1, 2を基に、福祉施設会、薬剤師会とで5回にわたって意見交換し、協議した。2024年9月27日つくばで開催された、福祉施設会関東北信越ブロック会議にも参加し、施設長部会、看護部会での意見も聴取した。

【結論】

意見交換の結果、(1) 介護と薬に関する研修会を定期的に行う。(2) 施設の実情を把握するために薬剤師が施設を訪問する。(3) 施設と近隣の病院との医薬品情報の連携を図る。以上3項目について進めることとなった。

【考察】

高齢者施設全体の主な課題として、服薬支援にかかわる錠剤粉砕の可否や薬に関する問い合わせ窓口が決まっていないことなどがあげられた。粉砕してはいけない代表的な剤形としては、徐放性製剤、腸溶性製剤がある。徐放性製剤は、薬物が徐々に放出されるよう製剤設計されており、長時間効果が持続する特徴がある。降圧薬としてよく処方されるニフェジピンCR（アダラートCR）は徐放性製剤であるため、粉砕すると一度に薬物が放出され、血中濃度が高くなり、血圧が下がりすぎる危険性がある。また、腸溶性製剤は胃内の低 pH では溶けず、腸に到達してから中性付近で溶けるように製剤設計されており、胃で分解する薬物や、胃で溶けると胃障害を起こす薬物を錠剤にする場合、作用時間を遅くしたい場合などに適応される²⁾。胃薬のプロトンポンプ阻害薬（ランソプラゾール、ラベプラゾールなど）は腸溶性製剤で、あり、粉砕によりその構造が壊れ、胃で溶けると、分解されて効果が低下する。また、抗血小板薬のバイアスピリンも腸溶性製剤であり、胃で溶けると、胃障害の副作用が起こりやすくなる。

PMDA からは「徐放性製剤の取り扱い時の注意について」として医療安全情報 No.65 2023 年 3 月が発出されている³⁾（図6）。この報告によると、粉砕投与等の報告が特に多い徐放性製剤として、降圧薬、抗てんかん薬、キサンチン系気管支拡張薬などがあげられている。（表2）

図6. PMDA 医療安全情報 No.65 2023 年 3 月



表2. 粉碎できない徐放性製剤で粉碎投与の報告が多い薬剤³⁾

販売名等	一般名	薬効分類名
アダラート CR 錠 (後発)ニフェジピン CR 錠 ニフェジピン L 錠	ニフェジピン	持続性 Ca 拮抗薬、高血圧・狭心 症治療薬
インヴェガ錠	パリペリドン	抗精神病剤
エブランチルカプセル	ウラピジル	排尿障害改善剤・降圧剤
グラセプターカプセル	タクロリムス水和物	免疫抑制剤
ケアロード LA 錠	ベラプロストナトリウム	経口プロスタサイクリン(PGI ₂)誘 導体
テオドール錠 ユニフィ ル LA 錠、ユニコン錠	テオフィリン	キサンチン系気管支拡張剤
デパケン R 錠、セレニ カ R 錠 (後発)バルプロ酸ナト リウム SR 錠	バルプロ酸ナトリウム	抗てんかん薬、躁病、そう状態治 療薬、片頭痛治療薬
トビエース錠	フェソテロジンフマル酸塩	過活動膀胱治療剤
ナルサス錠 ※麻薬	ヒドロモルフォン塩酸塩	持続性がん疼痛治療剤
ベタニス錠	ミラベグロン	選択的 β_3 アドレナリン受容体作 動性 過活動膀胱治療剤
レキップ CR 錠	ロピニロール塩酸塩	ドパミン D ₂ 受容体系作動薬
レグナイト錠	ガバペンチン エナカルビ ル	レストレスレッグス症候群* 治療剤
ワントラム錠	トラマドール塩酸塩	持続性がん疼痛・慢性疼痛治療剤

略号

CR: Controlled Release

SR: Sustained Release

LA: Long Acting

* レストレスレッグス症候群 (restless legs syndrome: RLS)

「むずむず脚症候群」「下肢静止不能症候群」ともいう。主に下肢に不快な症状を感じる疾患

また、薬に関する問い合わせ窓口が決まっておらず、医薬品情報のリアルタイムでの入手が困難であることが課題としてあげられた。医薬品の基本情報として、済生会所属の薬剤師が輪番で執筆し、済生会ホームページに2022年4月より掲載している「薬剤師が教える薬のキホン」（図7）の周知も推進していくこととした。2024年12月現在以下19項目が掲載されており、PC、スマートフォンからも確認することができる⁴⁾。

- Vol.1 薬と上手に付き合うために
- Vol.2 便利に使おう、お薬手帳
- Vol.3 未来につながるジェネリック
- Vol.4 利用が増えるバイオ医薬品とバイオシミラー
- Vol.5 薬の保管、きちんとできていますか？
- Vol.6 複数の薬を飲んで体調不良？ それ「ポリファーマシー」かもしれません
- Vol.7 退院するときに薬の取り扱いで注意すべき4項目とは？
- Vol.8 薬と食品、避けてほしい組み合わせとは？
- Vol.9 「市販薬」と「医療用医薬品」、有効性などに違いは？
- Vol.10 セルフメディケーションの実践方法や税制について
- Vol.11 処方箋に「使用期間」があるのを知っていますか？
- Vol.12 抗菌薬の不適切な服用で生じる「薬剤耐性(AMR)」とは？
- Vol.13 慢性疾患などで利用される「リフィル処方箋」とは？
- Vol.14 知っておきたい「認知症」治療薬の基本と最新事情
- Vol.15 心身のバランスを整える漢方の基礎知識
- Vol.16 身体や心に害を及ぼす「薬物乱用」とは
- Vol.17 知っていますか？ 実は危険なお酒と薬の飲み合わせ
- Vol.18 もう一度おさらいしておきたい！ 目薬の正しい使い方
- Vol.19 冬本番前に要チェック！ インフルエンザ治療薬とワクチン

今後は、済生会病院薬剤部の医薬品情報室との連携によって、厚生労働省等からの情報共有、疑義照会などが、ブロックごとにできないか、検討を進めていくこととしている。

図7.「薬剤師が教える薬のキホン」
(済生会ホームページ)

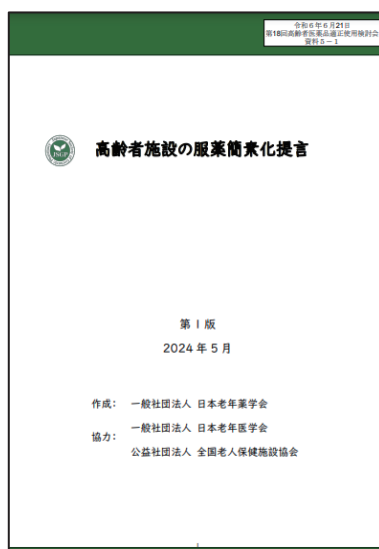


高齢者施設の医薬品に関する課題についてはこれまでも様々検討されており、2018年5月には厚労省から「高齢者の医薬品適正使用指針」が発行されている⁵⁾。また、2024年5月に「高齢者施設の服薬簡素化提言」(図8)がまとめられている⁶⁾。この中では高齢者施設での服薬に関するリスクをどのように回避できるかについて、2つの提言が出されている。

提言1は「服薬回数を減らすこと」、提言2は、「服薬が昼1回にまとめられる場合には積極的に検討する」となっている。服薬回数を減らすと、誤薬のリスクの低下と医療安全の向上につながる。一方入所者にとっては服薬負担の軽減とアドヒアランスの向上につながり、施設職員にとっては薬を準備する負担の軽減と勤務時間の平準化が期待できるとしている。また、服薬を昼1回にできると、施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できるとしている。ただし、昼の服用に適さない薬もあるなど制限もある。

今後、済生会施設でも医師、看護師、薬剤師、介護士等さらに処方医、保険薬局薬剤師も含めた多職種が連携して服薬の簡素化を進めることで様々なリスクを回避できると考える。

図8.「高齢者施設の服薬簡素化提言」 2024年5月



【結語】

高齢者の薬物治療、服薬に関わる課題は今回取り上げた項目だけにとどまらず、誤嚥を回避するための高齢者の嚥下機能に合わせた投与方法などについても考えていく必要がある。引き続き、済生会施設の実態に即した支援を考えていきたい。

【参考文献】

- 1) 令和 6 年度診療報酬改定の概要（調剤）；厚生労働省保険局医療課
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238903.pdf#page=50>
- 2) 徐放性製剤の取り扱い時の注意について；PMDA 医療安全情報 No.65 2023 年 3 月
<https://www.pmda.go.jp/files/000251752.pdf>
- 3) 腸溶錠；日本薬学会,薬学用語解説 <https://www.pharm.or.jp/words/word00233.html>
- 4) 済生会ホームページ「薬剤師が教える薬のキホン」
https://www.saiseikai.or.jp/feature/medicine_basic/articles/
- 5) 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
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf
- 6) 高齢者施設の服薬簡素化提言 2024 年 5 月;一般社団法人日本老年薬学会作成,日本老年医学会,全国老人保健施設協会協力
<https://www.mhlw.go.jp/content/11125000/001266084.pdf>

Support for Medicines in Facilities for the Elderly: Cooperation Between the Saiseikai Welfare Facilities Association and the Pharmacists Association

Kazuko Uematsu

Saiseikai Research Institute of Health Care Welfare

Abstract

From the survey conducted last year, we were able to grasp, to a certain extent, what kind of issues there are with drug treatment and medication administration at Saiseikai facilities for the elderly and how pharmacists at Saiseikai Hospital are involved.

Saiseikai has many facilities for the elderly, and most of the residents continue to receive medication. In the treatment of drugs in the elderly, there is an increase in the complexity of medication administration methods and confirmation of interactions with polypharmacy. In nursing care at facilities for the elderly, it is common practice to crush tablets that are difficult to take and mix them with food and drink, and it is essential to optimize medication administration methods and medication support.

Therefore, as the Saiseikai Pharmacists Association, we decided to cooperate with the Welfare Facility Association to ensure the appropriateness of medication administration for residents, ensure the safety of drug treatment, and avoid undesirable outcomes for residents as much as possible.

(1) Regular training sessions on nursing care and medicine, (2) pharmacist visits to the facility to understand the actual situation of the facility, and (3) coordination of drug information between facilities and hospitals.

Keywords: Facilities for the elderly, drug treatment, polypharmacy, tablet crushing, medication administration support

済生会が独自に「SWS：臨床研修指導医のためのワークショップ」を開催する意義

船崎 俊一

済生会保健・医療・福祉総合研究所 人材開発部門 担当顧問

【抄録】

全国済生会指導医のためのワークショップ（以下「SWS」）は医師が国家資格としての指導医資格を得るための講習会として平成 18（2006）年から開催されている。その一方、済生会では SWS を単に人材育成講習会としてではなく、人材開発を隠れたカリキュラム hidden curriculum とし「済生会における医師の人材開発」に関わる研修会として重要視してきた。今日、「教育の済生会」の基盤をなす「済生会における医師の人材開発」のための研修会として発展し、益々その重要性が高まっている。SWS を受講することで期待される指導医の姿は「研修医 clinical interns の行動に変化をもたらし、自らも成長する指導医としての態度を身につける」ことである。しかし、主催してきた側には、果たして SWS はその成果をあげているのか、という内なる問いかけがあった。今回、済生会保健・医療・福祉総合研究所と済生会本部のスタッフの協力を得て、過去行われてきた 51 回の SWS の成果を SWS 以外の指導医講習会受講者を含め自己の行動変容の有無についてアンケートを実施することで検証した。

結果：どの指導医講習会を受けても、修了すれば厚労省から指導医講習会修了の資格が付与されるため、SWS と他団体の指導医講習会での修了証取得率は同等と考えられる。受講者数においては他の指導医講習会を受講した医師が 7 割と多く、SWS は 3 割でした。この差をもたらす理由としては、1)当初年 4 回であった SWS が、現在は年 2 回開催となり受講機会が減ったこと、2) 開催地が大阪と東京（千葉県・海浜幕張）の定点開催であるため、受講に際して勤務地からの移動等距離的負担が大きくなることが考えられた。済生会における医師の人材開発に関する行動変容についての結果は、以下の 3 点に集約できた。1)SWS を含め、指導医講習会受講者の 6～7 割が行動変容していた。2) いずれの行動変容も SWS 受講者が有意に多く、変化なしが少なかった。3)済生会の事業をより良く理解する点では SWS 受講者が顕著であった。医師が周囲に与える影響力は大きく、一人でも多くの医師が自己を開発し、望ましい態度習慣に変容することが各地の済生会病院の発展のきっかけとなると考えられることから、指導医講習会受講に際しては SWS を選択することが済生会人の育成の観点からは望ましいと思われる。

キーワード 臨床研修 臨床研修指導医 人材開発 指導医講習会

【はじめに】

昭和43年、臨床研修制度が創設され、昭和23年から続いていたインターン制度が廃止された。平成12年に医師法及び医療法の改正が行われ、臨床研修が義務化され、平成16年に臨床研修は必修化された。従来の制度下（以後、「旧制度」）では医師国家試験を経て医籍登録された医師、即ち臨床研修医（以下、「研修医」）の7割が大学病院で臨床研修を受けていた。しかし、平成16年以降の臨床研修制度（以降、「新制度」）は一般病院での臨床研修に応募するものが急増し、臨床研修の場の逆転現象が起こり、我が国の医師を養成する場の半数以上を一般病院が担うことになった。（文献1）。

新制度下では、臨床研修を修了した医師が臨床研修修了証を当該地方厚生局に届け出ると2回目の医籍登録がなされ臨床研修修了証が発行される。医師法第16条では、「診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならない」とされ、臨床研修を修了せずに診療に従事することは医師法違反となる。また、医療法の規定により、病院又は診療所の開設者は、臨床研修修了医師を管理者におき当該医療機関を管理させねばならないと規定され、臨床研修を修了していなければ病院又は診療所の管理者となることができない。さらに、診療所を開設する際は、届出のみでは認められず都道府県知事等の許可が必要となった。

この臨床研修医の育成にかかわる医師、即ち「臨床研修指導医（以下、指導医）」には、臨床研修の制度と目的を適切に理解し、望ましい研修指導法を習得することを目的とした厚生労働省の開催指針に則り実施される研修会「臨床研修に係る臨床研修指導医のためのワークショップ（指導医講習会）」を修了することが義務付けられている。7年目以上の臨床経験を有する医師がこのワークショップ形式の講習会を修了すると指導医資格が発生する（文献2）。このような背景から、済生会では院長会でSWSを定期開催することが決定され、平成18年2月に第1回目が開催された。令和6年末までに52回を数える「教育の済生会」の中心的研修会である。

前述のように、指導医講習会は受講修了することで医師個人に「指導医資格」を付与される研修会である。研修内容のメインは臨床研修のプログラムプランニング、即ち臨床研修修了時に到達している姿（目標）、研修方法等（方略）、そして研修へのフィードバックと最終判定（評価）を学び、各々の計画表を作成することであるが、その他、成人教育に関わる教育手法やコミュニケーションに関わる研修等が必須となっている。一方、済生会ではこの講習会をもう一つの観点、即ち、「済生会人の育成」に関わる人材開発研修会としても重要視してきた。済生会では長年にわたり院長会が主体となり管理職候補者を対象とした「次世代指導者研修」が研修企画会社の協力のもと開催されてきていた。しかし、済生会の基盤を支える現場で活躍する医師に対しての人材開発を目的とした全国規模での研修会等の取り組みは十分とは言えるものではなかった。その中で、SWSは全国の済生会病院に勤務する7年目以上の医師と直接関わることのできる貴重な研修の機会であり、かつ全国の済生会病院の医師の交流の場、横のつながりを感じる場となっている。SWSでは厚労省の開催指針に則ったプログラム立案はもとより、コーチング、フィードバックなどコミュニケーション能力の向上、メンタルケア、プロフェッショナリズム、リーダーシップなどの研修を行っているが、これらに加えて「社会福祉法人 恩賜財団 済生会」の歴史的背景と今日取り組んでいる活動内容を現場の医師に知ってもらうための研修も取り入れ、2日間16時間以上の研修を続けてきた。このようなことから、SWSは臨床研修指導医資格者となるための養成講習会であるだけでなく、済生会で勤務する医師に対して、済生会本部が全国の済生会病院を代表し行う人材育成、人材開発のための研修会でもあると言える。

このように長年開催を続けてきた SWS であるが、指導医講習会としての主題「済生会における臨床研修の継続的発展と研修指導者の役割」と目標（＊）は立てて開催していたが、SWS 研修による人材開発の成果（アウトカム）についての評価は行われずにいた。指導医資格を発生させるという指導医講習会としての SWS の明確なアウトカムについては、臨床研修指導医資格者の人数で測定することができるが、済生会人としての人材開発の成果を図ることは行ってこなかった。今回、改めて SWS を含めた指導医講習会が果たして成人医師の人材育成、人材開発という観点から、後進指導にあたる医師に行動変容をもたらすのかについての評価を試みた。この評価に際しては、何が、どのように変化（行動変容）すれば医師の人材が開発されたと言えるのか設定しておく必要があった。そこで後述のような 10 項目の質問を設定し、アンケート調査を実施した。また、SWS 受講者和其他の指導医講習会受講者との間でアンケート結果に何か違う点が存在するのかについても検討することにした。

- ＊）SWS 受講者の目標「済生会の臨床研修指導医は、良医を望む社会の要請と、将来どの診療科を選択してもプライマリ・ケアの診療ができ、患者中心の医療を心がける医師を育成するために、済生会での臨床研修の意義を考え、医師養成過程に於ける臨床研修の意義を見つめ直し、望ましい研修プログラムを立案し、研修医を知り、指導医（者）としての技能を高め、適切な人間関係を構築することにより、研修医の行動に変化をもたらし、変わりゆく医療情勢に対応し、自らも成長する態度を身につける。」

【対象と方法】

令和 6 年 10 月現在全国の済生会病院に在職し、SWS を含めた指導医講習会に参加し指導医資格を有する医師を対象として SWS など指導医講習会によりその後各自に態度、行為行動の変化があった否かについてアンケート調査を行った。実施に際しては、事前に済生会本部から各済生会病院の臨床研修事務担当者に、指導医講習会参加者の在籍者とその人数調査を依頼した。SWS 及びその他の講習会の成果・アウトカムは以下の 2 つとした。一つは「指導医資格取得」。もう一つが「済生会における医師の人材開発」である。

「指導医資格取得」

この成果は SWS とそれ以外の指導医講習会に参加し、臨床研修指導医資格を得た者の人数とし、SWS かそれ以外かに分けて計上した。

「人材開発の成果・アウトカム」

教育における本質を言い当てた考え方である「学んだことの唯一の証は変わる（行動変容）」に則り、指導医講習会を受けた後に医師として、あるいは人として今までの自分とは違った態度、行動が起きることがあったか、など受講者の変化（行動変容）の有無を成果・アウトカムとしてその変化の程度、頻度をアンケートで測定した。また、指導医講習会自体は厚労省の開催指針に則り実施されるため、講習内容の基本部分はどの団体でも概ね同様と仮定して、SWS とそれ以外の指導医講習会を比較することで SWS ならではの特色あるいは結果の差異が存在するかについても調査した。

ア) アンケート内容とその取得方法:

アンケートは臨床現場の医師が3分程度で回答できる内容と方法であることが回答率向上に重要と考え、質問数は10個、各々の項目に対しては、1.ほとんどない 2.少しあり 3.かなりあり 4.大いにあり、の4段階の尺度評価での回答を求めた。回答結果の回収はMicrosoft FormsによるWeb様式で行った。

イ) 具体的なアンケート質問内容(表1)

指導医講習会に参加した後、医師として、あるいは人として自身の中に何らかの態度や行動の変化があったか、あるいは感じたか、について質問を行った。具体的な質問内容は、1) 挨拶をすることが増えた、2) 相手の話を聞く(傾聴)ようになった、3) 笑顔でいる時間が増えた、4) 職場のスタッフ、研修医を褒めるようになった、5) 人との接し方(患者、研修医、同僚・職、家族など)に自信が持てるようになった、6) 自分の怒りをコントロールできるようになった、7) 職場のスタッフ、研修医を指導あるいは教育する際、相手を気遣い、言葉を選ぶようになった、8) 様々な場面で、自分を客観的に見ることができるようになった、9) 指導医講習会参加をきっかけに連絡を取り合う知人、友人ができた、10) 済生会の事業をより良く理解するようになった、である。

【結果】

令和6年10月15日時点での調査対象は1,916名(SWS 556名、SWS以外1,360名)である。

i) 指導医資格: 全国の済生会病院に令和6年4月現在勤務する7年目以上の常勤医師は3,500名であり、指導医資格を持つ医師は1,916名、このうち済生会病院赴任前や後に地元大学医学部や他団体主催の指導医講習会で取得したものが約2/3、SWSで指導医資格を取得されたものは556名(29.0%)、全体の約1/3であった。

ii) 済生会における医師の人材開発について:

アンケート回答結果;

- a) 回答率: 全体の回答率は、29.48%(回答者565名)で、SWS: 回答188名/対象者556名=33.8% SWS以外: 回答377/対象者1,360名=27.7%であった。

SWS参加者からのアンケート回答率が有意に高かった。

- b) 態度や行動毎のアンケート結果(図1、表2、表3));

各行動変容内容の質問について、「1:ほとんどない」、と答えたものを除く「2.少しあり 3.かなりあり 4.大いにあり」の何らかの行動変容があったと答えたものを合わせた割合は質問1)から8)では6割から9割であった。7) 気遣いをするようになったと答えた受講者はSWS群で93%、その他の講習会で89%という結果であり、いずれでも約9割であった。傾聴、褒める、客観視(メタ認知)では8割、また挨拶、接し方への自信、感情のコントロール

へは7割と高い行動変容を示した結果であった。一方、笑顔でいる時間が長くなったかについては6割と他に比べると行動変容が乏しい傾向が示された。講習会を通じての新たな知人友人を得たかについては3割であった。

しかし、この10個の質問に対する回答を「1.ほとんどない」の割合から改めて見てみると、SWSと他の指導医講習会で顕著な差を生じている項目があることが分かる。質問2の「傾聴」では、SWSと他の指導医講習会では14%と19%でSWS受講者で「1.ほとんどない」の割合が少なく、何かしらの影響を受けた受講者が多いことが分かる。同じく5%以上の差を認めた質問には質問4「スタッフ、研修医を褒める」ではSWSが8%、他の指導医講習会では15%、質問6「怒りの管理」で26%対31%と行動変容を起こさなかった割合がSWS受講者で低い結果であった。そして最も顕著な差が現れたのが質問10「済生会の事業への理解」であった。受講後も「済生会の事業への理解」が「1.ほとんどない」と回答した受講者が他の指導医講習会では62%と多数を占めたが、SWSでは21%にとどまった。SWSを受講した8割の医師がSWSの2日間を経験することで済生会の事業活動について考え、事業への理解を深める結果となったことが示された。

【考察】

第1の観点である「指導医資格を得る」ということは、個人と臨床研修病院にとって最も基本的な指導医講習会受講の目的である。この点においては、厚生労働省の開催指針に則り開催された指導医講習会であれば、どれを受けても修了すれば厚労省から指導医講習会修了の資格が付与される。従って、SWSと他団体の指導医講習会での修了証取得率は同等と考えられる。全国の済生会病院に令和6年4月現在勤務する7年目以上の常勤医師は3,500名、指導医資格を持つ医師は1,916名、このうち556名がSWSに参加し指導医となっていた。この結果が示すように、受講者数については、他の指導医講習会を受講した医師が概ね7割で多く、SWSは3割であった。この差をもたらす理由としては、1)当初年4回であったSWSが、現在は年2回開催となり受講機会が減ったこと、2)開催地が大阪と東京(千葉県・海浜幕張)の定点開催であるため、受講に際して勤務地からの移動等距離的負担が大きくなることが考えられる。「指導医資格」を取得すること、させることが通常指導医講習会を受ける医師、そして送り出す病院(院長)側の第一理由が現実とすれば、負担が少ない地元の県医師会あるいは大学医学部が主催する指導医講習会を受講する、させようとする判断を安易に否定することは出来ない。

第2の観点である人材開発の成果・アウトカムとは何か。済生会では平成18年(2006年)から令和6年(2024年)12月まで52回のSWSを開催してきた。しかし、我々は今まで何を成果・アウトカム(目標)とすべきなのか。どのような項目について、どのように測定するのが妥当なのか(評価)を明確に定めずにSWSを開催してきたというのが事実である。そこで、過去開催した51回のSWSを振り返る

にあたり、教育における本質を言い当てた言葉である「学んだことの唯一の証は変わる事（行動変容）」に則り、指導医講習会を受けた後に医師として、あるいは人として今までの自分とは違った態度、行動が起きることがあったか、など受講者の変化（行動変容）の有無を成果・アウトカムとしてその変化の程度、頻度をアンケートで測定した。また、指導医講習会自体は厚労省の開催指針に則り実施されるため、講習内容の基本部分はどの団体でも概ね同様と仮定して、SWS とそれ以外の指導医講習会を比較することでSWS ならではの特色あるいは結果の差異が存在するかについても調査してみた。

この結果、SWS では他の指導医講習会よりも幾つかの点でより多くの受講者に行動変容をもたらす傾向があることが示された。特に、相手の話を傾聴する、相手を褒める（承認する）、怒りをコントロールするについての学びの影響が大きかったことが示された。また済生会が行っている事業についての理解が深まったことが示される結果であった。研修のプログラムの中に組み込まれている「済生会における臨床研修」では、臨床研修専門小委員会の委員長が代々講師を務め、保健、医療、福祉の場で活動続ける済生会の設立から始まる歴史と現在の活動について受講者に語りかけるセッションがあり、受講した医師に一定の理解を頂いていたことが分かった。尚、質問9「新たな知己を得たか」については、得たと回答した受講者は3割であった。低い数値と見ることが出来る反面、通常の講習会では「新たな知己を得る」は通常期待される成果ではないことを考えると3割の受講者が新たな知己を得たと回答したこの結果はある意味驚嘆に値する数値と言える。

SWS と他の指導医講習会の違い

SWS は「国が定める臨床研修指導医養成のための講習会（WS）」であると共に社会福祉法人恩賜財団済生会本部が開催する「“済生会人”たる医師の人材開発のための研修会（S）」でもある。SWS の参加者は原則全国の済生会病院に勤務する医師であり、研修会である SWS の運営に関わるタスクフォースと呼ばれる医師も済生会病院に勤務する臨床現場の医師である。つまり、SWS は済生会本部が企画し、全国済生会の担当病院が主催する、全国済生会病院の医師を中心としたタスクフォースによる、済生会病院に勤務する医師を主たる対象とした講習会である。従って、SWS は、普段はローカルな存在である医師同士が SWS を通してグローバルな全国組織としての済生会を感じ、受講した医師同士が済生会仲間と知り合い、横の繋がりを得る企画でもある。SWS では済生会の理念である「施薬救療の精神」も2日間の中での交流を通して感じ得るテーマとなっている。同じように日本赤十字社が開催するワークショップ（WS）では「人道の精神」が掲げられ、大学医学部、特に私立大学医学部が主催するWSでは各大学の理念を根底に置いた、“大学のカラー”、“大学の精神”として表現される内容が内存されている。この人材開発に関わる部分は、組織文化を土壌とすることから受講者がある意味均一な組織に所属する場合に成り立つものと言える。指導医講習会は、人材開発と人材育成を隠れたカリキュラム hidden curriculum として、済生会、日本赤十字社、各大学などで開催されてきた。SWS を受講することで修得が期待される受講者、すなわち指導医の姿は「研修医の行動に変化をもたらし、自らも成長する指導医としての態度を身につける」である。資格取得や教育技法を学ぶこと以上に後進を育成する先

輩医師、指導医としての態度の修得が SWS の重要テーマであることを改めて皆様と共有してゆきたいと思う。

教育・研修とコスト

SWS 開催には、「ヒト、モノ、カネ」そして「時間」が投資され、コストが生じる。財務的観点から本部企画の研修会開催の見直しが平成 28 年頃から行われ、この結果、平成 21 (2009) 年から行われていた後期研修医（現専攻医研修医）に対するハワイ大学での海外研修や平成 23 (2011) 年度から開催されていた初期臨床研修医（現臨床研修医）に対してのディズニー研修が平成 29 (2017) 年をもって中止となった。SWS や SWS 修了者に対しての SWS アドバンスコースもその開催回数は削減されたが、SWS は年 2 回を基本として今に至るまで継続され現在本部企画事業として定着している。渋沢栄一翁ではないが、研修会なども「論語と算盤」の上に計画されるべきものである。SWS 開催に際しては大きなコストが発生しているにも関わらず、私たちは開催目的からみた SWS の適切な「評価」をすることなく今日に至っていた。指導医資格を発生させるという指導医講習会としての SWS の明確なアウトカムについては、臨床研修指導医資格者の人数として毎回の SWS 終了後にその人数を把握してきた。しかし、済生会人としての人材開発の成果を測定することは行ってこなかった。遅きに失した感があるものの、我々に限らず先行する他団体での指導医講習会、大学などで開催されている指導医講習会においても、主催団体が今回我々が取り組んだような検証を行ったという事実を私は知らない。今回済生会として、SWS を含む指導医講習会がはたして成人医師の人材育成、人材開発という観点から、後進指導にあたる医師に行動変容をもたらすのかについての評価を試みたことには医学教育の一環としての指導医講習会がその後の医師に及ぼす影響を考察したことには一定の意義があると考えている。

通常 2 年の臨床研修期間。この 2 年間で、どのような指導医たちのもとで過ごすかは、研修医の一生を左右する。“良い”研修環境に研修医は集まり、そして、その“良い”臨床環境を決定づける最も大きな要素が研修医を指導する医師、即ち指導医である。指導医は良き先輩医師であり、研修医のロールモデルであることが望まれるが、時に反面教師ともなる存在である。行動変容を遂げ、より良い指導法をも修得した指導医のもとで研修医が日々学ぶ医療現場では、研修医の成長はもとより、指導する側の上級医、指導医も共に成長することが期待される。こうした組織、病院では行動変容は医療者全体に及び患者－医師関係、メディカルスタッフ－医師の関係にも望ましい変化をもたらすであろう。

かの PE ドラッカーが著書「非営利組織の経営 (Managing the Nonprofit Organization)」の中で以下のような言葉を残している。「非営利組織とは人を変えるためのエージェント (a human-change-agent) である。その成果は、人の変化、すなわち行動、環境、ビジョン、健康、希望、そして何よりも能力と可能性 (competence and capacity) となって現れる。」

病院、医療機関を遍く非営利組織と言い切ることは綺麗事に聞こえるかもしれない。しかし、各自が望ましい医療の姿を思い描き実現に向けて努力することの重要性がより求められているのも事実であろう。医療提供には医療人としての誇りとコストを考慮した経営感覚の両立、「論語と算盤」、「士魂商才」を備えた人材が求められている。私たち「社会福祉法人 恩賜財団 済生会」が、医師はもとより多くの職員にとって自己開発の場、「人を変えるためのエージェント (a human-change-agent)」であり続けることを願ってやまない。

【まとめ】

指導医講習会への参加により多くの指導医に行動変容が起き、定着していた。済生会が主催する SWS は済生会人としての医師に対して済生会の事業活動を知る機会となっており、人材開発における意義も確認された。

文献

- 1 臨床研修制度の変遷
厚生労働省 医師臨床研修制度のホームページ
- 2 医師臨床研修に関する Q&A（研修医編）
厚生労働省 医師臨床研修制度のホームページ
- 3 P.E.ドラッカー 「非営利組織の経営」
第Ⅲ部 非営利組織の成果

図表

表1) 実施したアンケートの10個の質問

- 1 挨拶をすることが増えた
 - 2 相手の話を聞く（傾聴する）ようになった
 - 3 笑顔でいる時間が増えた
 - 4 職場のスタッフ、研修医を褒めるようになった
 - 5 人との接し方（患者、研修医、同僚、職員、家族など）に自信が持てるようになった
 - 6 自分の怒りをコントロールできるようになった
 - 7 職場のスタッフ、研修医を指導あるいは教育する際、相手を気遣い、言葉を選ぶようになった
 - 8 様々な場面で、自分を客観的に見ることができるようになった
 - 9 指導医講習会参加をきっかけに連絡を取り合う知人・友人ができた
 - 10 済生会の事業をより良く理解するようになった
- 評定尺度評価 1.ほとんどない 2.少しあり 3.かなりあり 4.大いにあり

【図 1】 アンケート質問項目毎の回答結果

4 段階評価尺度の内容とその割合 (%)

1.ほとんどない、2.少しあり、3.かなりあり、4.大いにあり

図 1－1 は「挨拶をすることが増えた」を示す。

図 1－2 は「相手の話を聞く（傾聴する）ことが増えた」を示す。

以下、質問毎に図 1－10 まで同様。

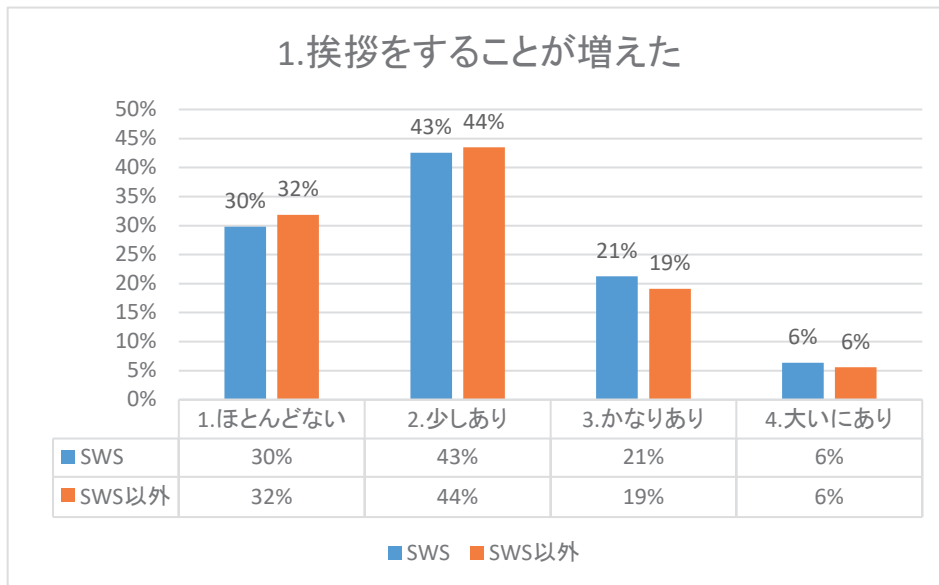


図 1－1

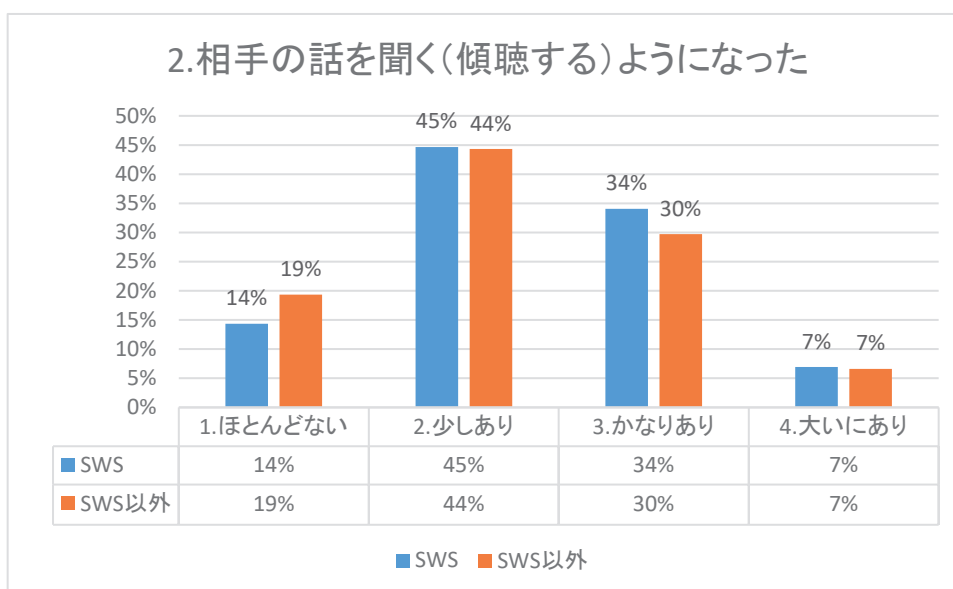


図 1－2

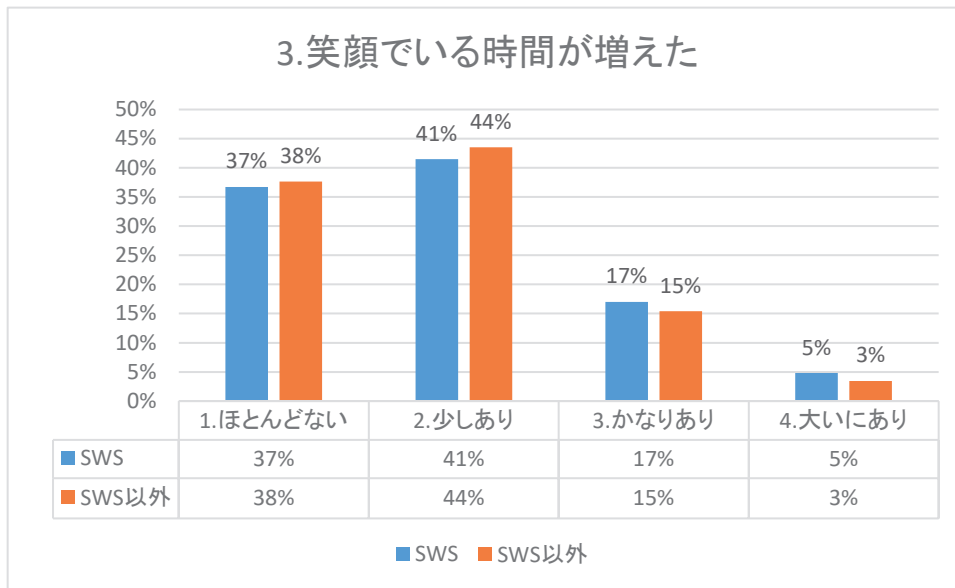


図 1 - 3

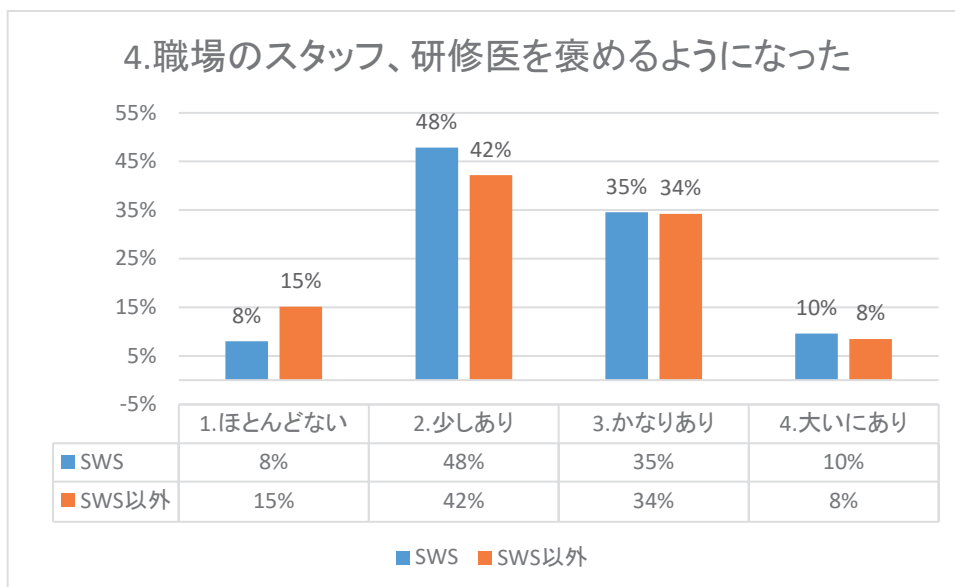


図 1 - 4

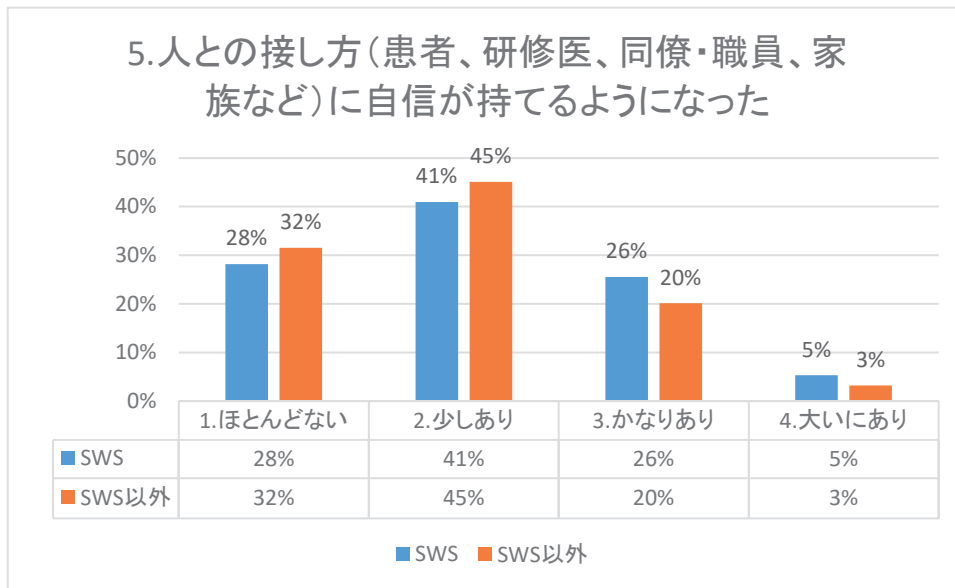


図 1 - 5

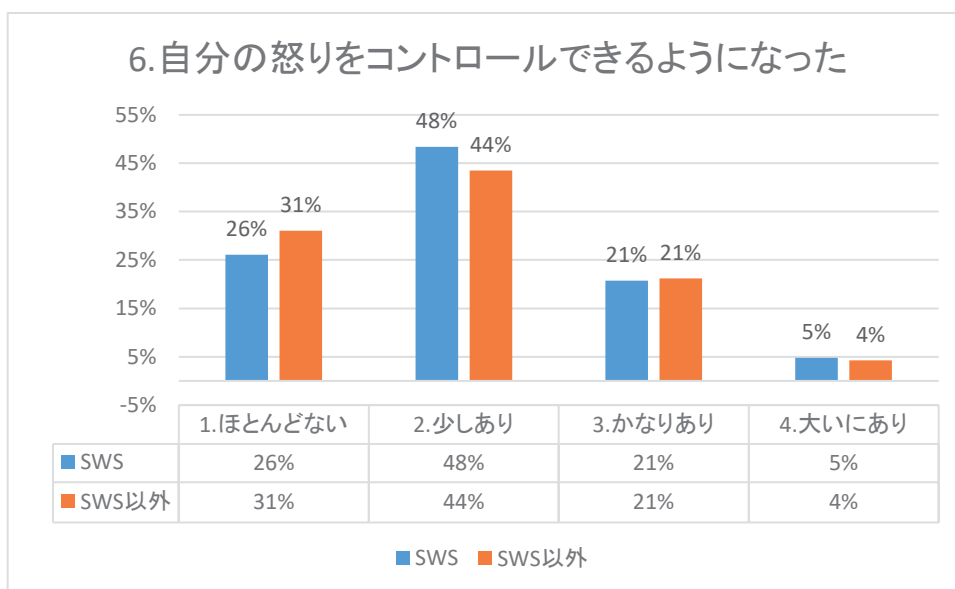


図 1 - 6

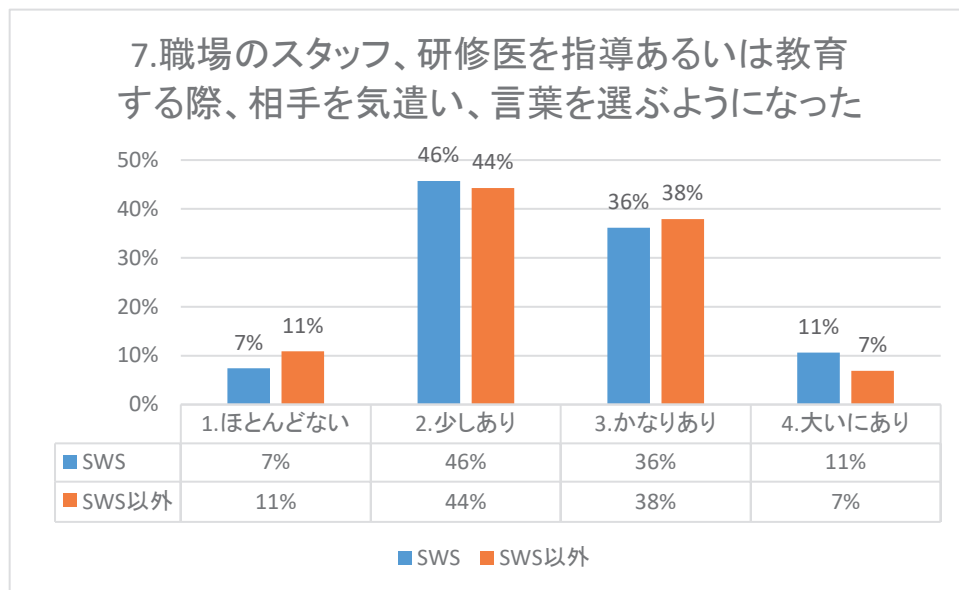


図1－7

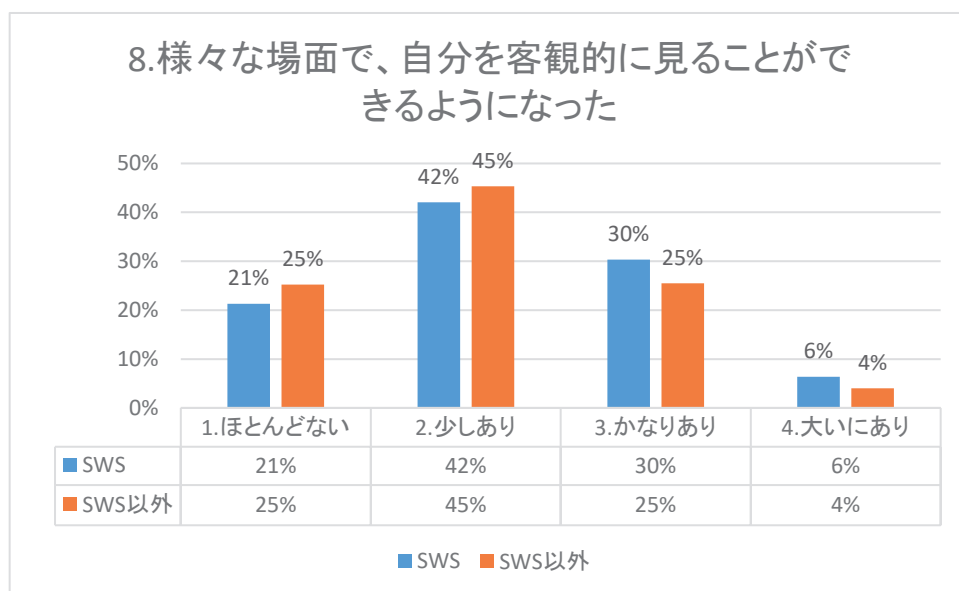


図1－8

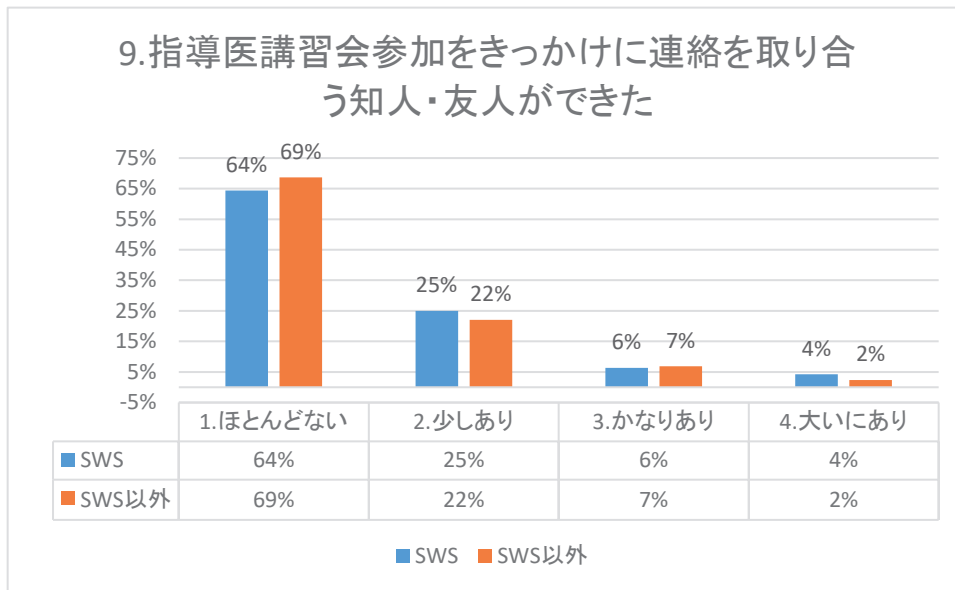


図 1 - 9

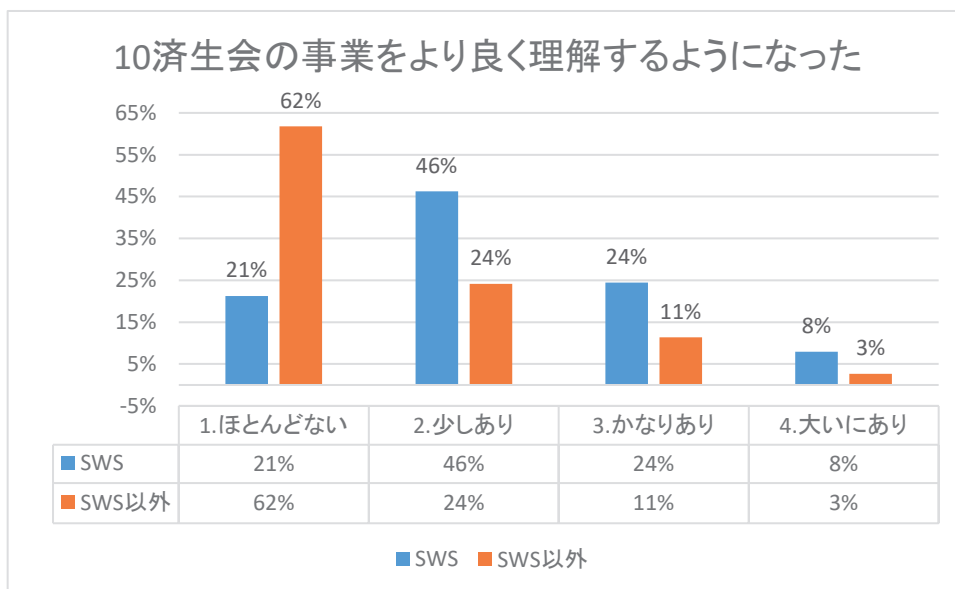


図 1 - 1 0

【表2】 表1に示す質問毎の行動変容に対して「ほとんどない」を除いた回答割合

- 1-1. 挨拶をすることが増えた
70% vs 69%
- 1-2. 相手の話を聞く（傾聴する）ようになった
86% vs 81%
- 1-3. 笑顔でいる時間が増えた
63% vs 62%
- 1-4. 職場のスタッフ、研修医を褒めるようになった
93% vs 84%
- 1-5. 人との接し方（患者、研修医、同僚・職員、家族など）に自信が持てるようになった
72% vs 68%
- 1-6. 自分の怒りをコントロールできるようになった
74% vs 69%
- 1-7. 職場のスタッフ、研修医を指導あるいは教育する際、相手を気遣い、言葉を選ぶようになった
93% vs 89%
- 1-8. 様々な場面で、自分を客観的に見ることができるようになった
78% vs 74%
- 1-9. 指導医講習会参加をきっかけに連絡を取り合う知人・友人ができた
35% vs 31%
- 1-10. 済生会の事業をより良く理解するようになった
78% vs 38%

表記は「SWS」vs「他の指導医講習会」の回答結果（%）

【表3】 受講後の行動変容がほとんどないと回答した質問ごとの受講者割合

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1) 挨拶 : 30% vs 32% | 2) 傾聴 : 14% vs 19% |
| 3) 笑顔 : 37% vs 38% | 4) 褒める : 8% vs 15% |
| 5) 接し方 : 28% vs 32% | 6) 怒りの管理 : 26% vs 31% |
| 7) 気遣い : 7% vs 11% | 8) 客観視 : 21% vs 25% |
| 9) 知人、友人 : 64% vs 69% | 10) 済生会事業の理解 : 21% vs 62% |

表記は「SWS」vs「他の指導医講習会」の回答結果（%）

Why Do We, Saiseikai, Organize the Workshop for Medical Advisors
Who Supervise Clinical Interns by Ourselves?

Toshikazu Funazaki

Advisor in charge of the human resource development of
Saiseikai Institute of Health, Medical Care and Welfare

“SWS” is the abbreviation for the workshop for medical advisors of postgraduate clinical interns held by Saiseikai (Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Gift Foundation, Inc.). Upon completion of the training, physicians are granted a certificate of completion, which is recognized by the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), and are qualified to become medical advisors. SWS was launched in 2006. Over the years, however, SWS has evolved from a mere training program for obtaining a medical advisor certification to a training program for “human resource development of Saiseikai physicians” that supports the fundamental principle of “what Saiseikai values most is medical personnel education” as its hidden curriculum.

Therefore, the purpose of Saiseikai organizing SWS training sessions for physicians is twofold. The first is to help participating physicians acquire the desired qualities of clinical advisors, which is the purpose of a training session for medical advisors, i.e., to develop human resources. The second is to provide participating physicians with opportunities to experience the principles of Saiseikai and to grow as high-quality medical professionals. We have been reviewing each SWS immediately after its completion, but we have been inwardly questioning whether we have truly achieved the human resource development we have been striving for. Therefore, with the cooperation of the Saiseikai Institute of Medical Welfare and the Saiseikai Headquarters, we examined the results of all 51 SWSs held in the past, focusing on human resource development. We asked 10 questions to assess the behavioral changes in the attitudinal domain of the doctors who attended the course.

The completion rate of the SWS and other organizations' training courses for medical advisors is considered equal, since the MHLW grants certification of completion for all similar training courses. In terms of the number of participants, 70% of the physicians attended other training sessions for medical advisors while 30% attended the SWS. This difference can be attributed to the following: (1) The SWS was originally held four times per year, but is now held only twice per year, reducing opportunities for participation; (2) The SWS is held in Osaka and Tokyo (Kaihin-Makuhari, Chiba Prefecture), making it difficult for participants to travel from their places of work; and (3) The SWS is held at a location that is not easily accessible. The results of our study can be summarized in the following three points: (1) Sixty to seventy percent of those who participated in the training sessions for medical advisors, including the SWS, changed their behavior; (2) those who participated in the SWS tended to change their behavior more frequently than those who participated in other training sessions; and (3) SWS participants were more likely to deepen their understanding of the mission and project of Saiseikai, namely “to save lives by

providing medicines and treatment to the poor.” Doctors have a great influence on the people around them. It is hoped that as many physicians as possible will grow as human beings and change their awareness and habits to desirable ones, which will trigger the development of the hospitals in the various areas that make up the Saiseikai service region.

Keywords:

clinical training, clinical interns, medical advisor, human resource development

人材開発部門 活動記録

初期研修医合同セミナー

■「学ぶ側」から「教える側」へ指導者の役割を学ぶ

令和6年1月27日に熊本城ホールで、初期研修医のための合同セミナーが開かれ、済生会病院に勤務する1年目の研修医と研修責任者(指導医)合わせて274人が出席した。済生会学会・総会に合わせて開催しているもので、臨床研修の情報交換を行ない研修医同士の交流を深めている。

企画責任者で〈栃木〉宇都宮病院の泉学総合診療科主任診療科長(済生会医師臨床研修専門小委員会委員)が進行。本部・松原了理事の挨拶に続き、グループワークが行なわれた。

参加者は4月に2年目の研修医になりこれまでの“学ぶ側”から、1年目の研修医や済生会で臨床実習を受ける医学生を“教える側”になる。研修責任者がサポートする中、参加者は指導者としての役割を議論。自身のスマートホンを用いて臨床研修に関するアンケートにも答えながら指導者としての役割を学んだ。

恒例のレジデント企画「当院の初期臨床研修」では、研修医が自院の研修の魅力をプレゼン。研修責任者の投票の結果、優勝－〈神奈川〉横浜市南部病院、準優勝－熊本病院、3位－〈富山〉高岡病院に賞状と記念品が贈られた。

(済生会総研・人材開発部門／本部事業基盤課)



医師臨床研修管理担当者研修会

■研修医の満足向上のために－Z世代研修医など近年の傾向もとらえる

令和6年1月27日に熊本城ホールで医師臨床研修管理担当者研修会が開かれ、指導医37人が参加した。

企画責任者である水戸済生会総合病院 千葉 義郎 臨床研修センター長(済生会医師臨床研修専門小委員会委員)、及び福井県済生会病院 金原 秀雄 内科部長が進行を担当した。

第1部は、株式会社メディカル・プリンシプル社 レジナビ営業グループ 山崎 香織様が、「医学生・初期研修医の最近の動向」と題し、近年のマッチング傾向、医学生・研修医が知りたい情報、Z世代の研修医の満足・特長等について講義した。

第2部は、テーマを「各医療機関における医師臨床研修の取り組みについて」とし、熊本病院 杉山真一 医師研修室長兼総合診療科副部長、中央病院 足立智英 臨床研修室室長、新潟病院 坪野俊広 副院長・教育研修センター長より、自院の取り組みについて、発表が行われた。

各講演・事例発表後は意見交換が行われ、研修医の確保等について理解を深めた。

(済生会総研・人材開発部門／本部事業基盤課)



済生会全国次世代指導者研修

■リーダーシップを学び情報を共有。4年ぶりの懇親会も

済生会全国次世代指導者研修が2月22～23日に本部で開かれ17病院から21人が参加した。本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ることができるリーダーの育成を目標としている。

松原了本部理事と全国済生会病院長会人材開発部会の塚田信廣部会長（東京・向島病院院長）が開会挨拶した。続いてGEヘルスケアのスタッフが講師を務め、人の性格や特性を4つのタイプに分類して適切なコミュニケーション方法を導き出す「DISC アセスメント」を活用したリーダーシップなどチームを導くために必要なスキル、知識等についてグループワークを中心に行なわれた。

2日目は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」をテーマに特別講演が行なわれた。講師は全国済生会病院長会の三角隆彦 会長（横浜市東部病院院長）と福井県済生会の登谷大修支部長が務めた。

1日目には懇親会が4年ぶりに実施され、参加者は情報交換を行ない済生会人として連携を深めた。

（事業基盤課・済生会総研）



臨床研修指導医のためのワークショップ

■指導医ワークショップに28人

第51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7月27～28日に大阪市のクロス・ウェーブ梅田で開かれ、21病院から28人が参加した。

〈大阪〉茨木病院・立田浩院長が主催責任者を務め、チーフタスクフォースの〈三重〉松阪総合病院・近藤昭信副院長ほか7人のタスクフォースが中心となり進行や受講者のサポートをした。事務局は済生会本部と今回担当の茨木病院、次回以降担当する静岡済生会総合病院と〈大阪〉泉尾病院が務めた。

研修ではeラーニングを用いた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」「積極的に研修医の教育、新入職員のストレスケアに関してもかかわっていききたい」と評価した。

同ワークショップは平成18年に第1回を開催。これまでの修了者は1460人に達した。

(事業基盤課)



医療技術者（PT・OT・ST）マネジメント研修会

■受講者「言動を振り返る機会になった」

医療技術者（PT・OT・ST）マネジメント研修会が令和6年10月17日、本部で開催され、49人が参加した。

本研修会は済生会人材育成計画書に基づき総研・事業基盤課の主催で開催。本会病院の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等セラピストで、リーダーもしくはマネージャーの任を担っている者・組織運営に必要なリーダーシップのスキルを身に付けたい者等が参加した。松原了理事が開会挨拶、済生会リハビリテーション研究会代表世話人・富本秀和 明和病院長が「医療技術者に期待すること・強いリハチームを創るには?」と題して講演。お互いをサポートし合う職場環境の重要性や、理念を永続的に実現するため経営基盤を強化する必要性を学んだ。

講師を務めた㈱エイトドア・下田静香氏は「リーダーの役割とチームワーク」「人のマネジメントとコミュニケーション」を解説。受講者はグループワークをしながら「リーダーが磨くべきスキル、果たすべき役割」「チームの特性と成長」「マネジメントにおけるポイント」等を学んだ。

受講者は「自分の日々の対応や言動を振り返り、どのように改善すべきか考える機会となった」「同じことで悩んでいる管理職セラピストと交流できてよかった」と話した。

（総研・事業基盤課）



薬剤部（科・局）長研修会

■薬剤師に病院経営への参画を期待

令和6年度薬剤部（科・局）長研修会が11月15日、ハイブリッド方式で行なわれた。済生会人材育成計画書に基づき済生会総研と事業基盤課が主催、病院の薬剤部（科・局）長等78人が参加した。

全国済生会病院長会・佐藤雅彦副会長（埼玉・川口総合病院長）は「薬剤部に期待すること」と題し、昨今の厳しい経営環境の中で「チーム医療の質の向上とともに病院経営への参画に期待したい」と薬剤部門の役割の重要性に言及した。

（株）エイトドア・下田静香氏は「管理職の役割と求められるスキル」をテーマに、「リーダーが磨くべきスキル」「リーダーシップとマネジメント」「成果と人材育成を目的とした目標管理・自己評価」等を解説した。

受講者は「役割と責任を経営的視点と実務的視点の両面から学ぶことができた」「リーダーシップについて分かりやすく学ぶことができた」と評価した。

（総研・事業基盤課）



臨床研修指導医のためのワークショップ（SWS）

■第 52 回 SWS 14 病院から 24 人が参加

第 52 回全国済生会臨床研修指導医のためのワークショップ（SWS）が令和 6 年 11 月 30 日～12 月 1 日に千葉市・クロス・ウェーブ幕張で開かれ、14 病院から 24 人が参加した。

静岡済生会総合病院・岡本好史病院長が主催責任者を、同院・戸川証副院長兼臨床研修センター長がワークショップコーディネーターを務め、船越信介チーフタスクフォース（東京・中央病院・腫瘍内科担当部長）と船崎俊一氏（済生会総研担当顧問）など 6 人のタスクフォースが受講者をサポートした。事務局は第 52 回担当の静岡済生会総合病院と次回以降の担当である大阪・泉尾病院、京都済生会病院と済生会本部が務めた。

研修は 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「今すぐでもコーチングやフィードバックの手法を実践したい」「研修医の性格にあわせて、普段からコミュニケーションをとり、指導をしていきたい」と評価した。

SWS は平成 18 年に第 1 回を開催し、修了者は延べ 1484 人に達した。（事業基盤課）



令和6年度 総研研究部門 研究業績 (2024.04.01～2025.03.31)

山口 直人 (Naohito Yamaguchi) 研究部門長

【論文】

Suzuki Y., Liu S., Yamashita N., Yamaguchi N., Takasaki Y., Yorozyu T., Mogi M: Perioperative Anaphylaxis in Japanese Secondary Care Institutions: Incidence, Causes, and the Imperative for Improved Diagnostic Practices Cureus 2024 Apr 3;16(4):e57555. doi: 10.7759 (2024年4月)

Takahashi Y., Yatomi T., Yamaguchi N., Yoshimura K., Hori S., Uchida H.: Comparable Psychotropic Prescription Rates After Hospital Discharge Between Patients with COVID-19 and Those With NonCOVID-19-Related Respiratory Infection. Pharmacopsychiatry 2024. 10.1055/a-2286-1427 (2024年10月)

【学会発表】

総研が推進すべき医療分野の研究について (第77回済生会学会:松山, 2025年2月)

原田 奈津子 (Natsuko Harada) 上席研究員

【論文】

介護施設に求められる“受援”の準備 (介護人財 第22巻第1号 pp54-57 日総研出版 2025年1月)

【学会発表】

福祉施設での看取りにおける医師との連携ー施設職員へのインタビュー調査からー
(第32回日本介護福祉学会大会, 2024年8月)

在宅サービス事業所における地域包括ケア推進に向けた連携の現状と課題ー在宅サービス事業所への調査からー
(日本社会福祉学会 第72回秋季大会, 2024年10月)

調査結果からみる地域での暮らしを支える医療と福祉の連携 (第77回済生会学会:松山, 2025年2月)

『社会福祉士・精神保健福祉士模擬試験問題作成・編集ワークショップ オンライン研修』制度系演習担当
(日本ソーシャルワーク教育学校連盟, 2025年2月)

社会福祉士・精神保健福祉士全国統一模擬試験 社会福祉調査の基礎 担当
(中央法規・日本ソーシャルワーク教育学校連盟, 2024年4月～2025年3月)

日本ソーシャルワーク教育学校連盟 国家試験合格支援委員会 編集委員
(日本ソーシャルワーク教育学校連盟, 2024年4月～2025年3月)

植松 和子 (Kazuko Uematsu) 上席研究員

【学会発表】

日本における妊娠可能女性の臨床試験への組み入れ(第64回 日本先天異常学会学術集会, 2024年7月)

高齢者施設での医薬品に関する支援ー済生会福祉施設会と薬剤師会の連携ー
(第77回済生会学会:松山, 2025年2月)

済生会保健・医療・福祉総合研究所

所報 第5号

令和7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/>

