

シンポジウム1

“令和”時代の慢性期医療はこうなる！

◆日時：12月3日(火) 10:00～12:30

◆会場：第1会場(大阪国際会議場 5階 大ホール)

◆座 長：小山 秀夫 兵庫県立大学大学院経営研究科 名誉教授・特任教授

◆シンポジスト：田中 規倫 厚生労働省医政局総務課医療政策企画官
松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授
上西 紀夫 日本長期急性期病床研究会 会長／
高度急性期医療センター 公立昭和病院 院長
武久 洋三 日本慢性期医療協会 会長／博愛記念病院 理事長

◆主 旨

高齢化のピークはあとわずか6年後の2025年に迫ってきた。厚生労働省はこれに対する医療政策として機能分化と病床数の削減を軸とした地域医療構想と、地域包括ケアシステムを両輪として進めてきた。慢性期分野においても各病院で、従来であれば急性期病院に長期入院していたと思われるより重症な患者を受け入れ、医療度の高い患者でも在宅復帰を目指せるように介護施設や在宅医療への転換が各地域で準備されつつある。

一方、欧米に比し日本の平均在院日数が長く、病院病床数が多いことは明らかであり、これが機能分化、病床数削減という構想の根底に存在し、その方向に舵を切ってきた。

しかし、日本の高齢化率(2017年)は27%と世界第1位で、2位のイタリアとでも4%もの差があり、米国とは12%の開きがある。日本は高齢化社会における超先進国であり、未知の分野を歩いている。他国の医療体制を考慮しつつも、世界が参考にするような、さらに進んだ医療体制作りが今後必要になると考えられる。平成時代が幕を閉じ、令和元年の開催となった本学会では新時代の医療体制、特に慢性期医療に何が求められ、何を提供していくべきなのか、すなわち触先をどこに向けるかを問う必要があると考える。本シンポジウムでそれが少しでも浮かび上がればと考えている。

幸いシンポジストとして、行政側からは厚生労働省医政局長の吉田学氏に参加いただけた。加えて日本長期急性期病床研究会会長の上西紀夫氏、地域医療構想の元となるデータ解析を担当された産業医科大学教授の松田晋哉氏、日本慢性期協会会長の武久洋三氏と豪華メンバーに集まってくることができた。さらに、各シンポジストの本音を引き出すのが世界で一番上手な兵庫県立大学特任教授の小山秀夫氏に座長をお願いした。きっと何かが起こる！そんな気にさせるこのシンポジウムに今からワクワクしている。(井川誠一郎)

シンポジウム 1 略歴

シンポジスト

田中 規倫（たなか のりみち）
厚生労働省医政局総務課医療政策企画官

■ 略歴 ■

平成11年 3月	慶應義塾大学経済学部卒業
平成11年 4月	厚生省入省
平成20年 10月	職業安定局雇用保険課長補佐
平成21年 7月	雇用均等・児童家庭局保育課長補佐
平成22年 4月	三重県庁出向(健康福祉部社会福祉室長、子育て支援課長)
平成26年 4月	職業能力開発局総務課長補佐
平成27年 10月	副大臣秘書官
平成28年 8月	大臣官房国際課総括課長補佐
平成29年 7月	老健局認知症施策推進室長
平成31年 7月	現職

松田 晋哉（まつだ しんや）
産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

■ 略歴 ■

1985年	産業医科大学医学部卒業
1992年	フランス国立公衆衛生学校卒業
1993年	京都大学博士号(医学)取得
1999年 3月	月産業医科大学医学部公衆衛生学教授

専門領域
保健医療システム論

主要著書

1. 松田晋哉：基礎から読み解くDPC第3版(2011)，医学書院.
2. 松田晋哉：医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル(2013)，勁草書房.
3. 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆(2017)，勁草書房.

受賞歴

2018年 第70回保健文化賞受賞

上西 紀夫 (かみにし みちお)
日本長期急性期病床研究会 会長／
高度急性期医療センター 公立昭和病院 院長

■ 略歴 ■

昭和49年 9月	東京大学医学部医学科卒業 東京大学医学部第3外科助手、講師、助教授を経て
平成9年 4月	東京大学大学院消化管外科学・代謝栄養内分泌外科学 教授 東京大学医学部附属病院胃・食道外科、乳腺・内分泌外科 教授
平成17年 4月	東京大学医学部附属病院執行部外来診療部会長
平成19年 4月	東京大学医学部付属病院外科部門長
平成20年 4月	公立昭和病院 院長
平成20年 6月	東京大学 名誉教授(消化管外科学)
平成21年 6月	日本消化器内視鏡学会 理事長(～平成25年5月まで)
平成26年 6月	公益財団法人内視鏡医学研究振興財団 理事長(～平成30年5月まで)
平成26年 8月	昭和病院企業団 企業長兼院長
平成30年 9月	全国自治体病院協議会東京支部支部長 現在に至る

専門：

消化器外科(胃癌、食道癌)、消化器内視鏡、消化器癌発生、外科侵襲

国内学会役員：

会長：

APDW2016 (アジア太平洋消化器病週間2016年学会)

LTAC研究会、

名誉会長：

日本消化器外科学会、日本消化器癌発生学会、胃外科・術後障害研究会

名誉会員：

日本消化器内視鏡学会、日本消化器外科学会、日本胃癌学会、日本食道学会、日本外科代謝栄養学会、
日本消化管学会

特別会員、功労会員：

日本外科学会、日本臨床外科学会、日本消化器病学会、日本癌治療学会、日本外科系連合学会、
日本内視鏡外科学会、日本静脈経腸栄養学会

国際学会：

American Society of Gastroenterological Endoscopy (ASGE)

International Society of Surgery (ISS)

International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)

International Society of Gastroenterological Carcinogenesis (ISGC: ex-President)

武久 洋三 (たけひさ ようぞう)
日本慢性期医療協会 会長／博愛記念病院 理事長

■ 略歴 ■

昭和41年	岐阜県立医科大学 卒業 徳島大学大学院医学専攻科 修了、徳島大学医学部第3内科
昭和59年	博愛記念病院を開設

医療法人平成博愛会 理事長、社会福祉法人平成記念会 理事長、
平成リハビリテーション専門学校 校長、
厚生労働省社会保障審議会介護保険部会委員、
厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会委員、厚生労働省全国在宅医療会議委員、
厚生労働省医療介護総合確保促進会議委員、
経済産業省次世代ヘルスケア産業協議会委員、日本リハビリテーション医学会 特任理事

【著書】

「よいケアマネジャーを選ぼう」「介護認定調査 正しい受け方・行い方」「介護保険・施設への緊急提言」
「在宅療養のすすめ」「高齢者用基本治療マニュアル64」「よい慢性期病院を選ぼう」「あなたのリハビリは間違っていないか」(いずれも株式会社メディス)「こうすれば日本の医療費を半減できる」(中央公論新社) どうするどうなる介護医療院(日本医学出版)

座 長

小山 秀夫 (こやま ひでお)
兵庫県立大学大学院経営研究科 名誉教授・特任教授

■ 略歴 ■

1980年	上智大学大学院博士後期課程単位修得退学
1980年	厚生省病院管理研究所医療管理部研究員
1989年	厚生省病院管理研究所医療管理部主任研究官 (所属機関の名称変更に伴い改称)
1990年	国立医療・病院管理研究所 マクロ経済研究室長
1992年	国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長 (所属機関の組織編成に伴い改称)
2002年	国立保健医療科学院 経営科学部長
2006年	静岡県立大学 経営情報学部 教授 静岡県立大学大学院 経営情報学研究科 教授
2007年	静岡県立大学 経営情報学部 学部長
2010年	兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授
2017年	兵庫県立大学同上経営研究科 名誉教授・特命教授
2019年	兵庫県立大学同上経営研究科 名誉教授・特任教授

取得学位 医療福祉学博士(川崎医療福祉大学)

特定非営利法人日本介護経営学会副会長・理事

一般社団法人日本医療・病院管理学会監事・評議員

公益財団法人ひかり協会理事

一般社団法人シルバーサービス振興会理事

一般財団法人竹田健康財団理事

一般社団法人日本健康・栄養システム学会事務局長

一般社団法人日本臨床看護マネジメント学会事務局長

S1-1

医療を取り巻く環境変化の中での 慢性期医療への期待について

厚生労働省医政局総務課医療政策企画官

田中 規倫

医療ニーズが増大する2025年、そして人口減少が進み高齢者人口が極大化する2040年も展望すれば、マクロレベルにおける我が国の医療制度は「医療ニーズの変化」と「医療サービスの担い手減少」という課題に直面しています。

こうした課題への対応に向け、厚生労働省としては、地域の医療ニーズに即した効率的な医療機能の確保に向けた「地域医療構想」を、その担い手を健全に確保するための「医療従事者の働き方改革」「医師偏在対策」とともに、一体的な取組を進めています。

地域医療構想の目的は、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築し、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応していくことです。この中で、増加が見込まれる慢性期のニーズへの対応のためには、病院療養だけでなく、在宅医療や介護サービスの確保と一体的に計画的な検討が必要であり、これら在宅医療等の受け皿整備と合わせ地域の実情に応じた体制整備が進められることが必要です。平成30年度の診療報酬・介護報酬の同時改定でも地域包括ケアシステムの推進を柱の一つとされ、医療・介護の役割分担と連携等の一層の推進を進めるための見直し等が行われ、介護医療院も創設されました。大切なことは、これらの取組について、それぞれの地域の状況を踏まえ、将来像を共有し、それぞれがどのような役割を担うのか、活発にご議論いただき地域で決めていただくことです。

さらに、人生100年時代に、疾病構造の変化やニーズの多様化が見込まれる中、病気の治癒を目指すことだけでなく、より一層生活の質(QOL)の向上のためのリハや重症化予防、疾病との共生に目を向けた医療に加え、意思決定支援やACP(人生会議)に寄り添うことも求められます。平成30年3月には「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の見直しが行われ、令和元年6月には、「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」が策定されています。さらに、同6月に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、柱の1つに「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が位置づけられ、認知症医療・介護等に関わる者が、伴走者として支援していくことの重要性も指摘されています。地域包括ケアシステムの実現を進める中で、慢性期医療は在宅療養を支え、国民にとっての安心・安全に欠かせない大きな役割も担っています。こうしたニーズへ対応していくことも期待されています。

どのように2025年、さらにその先を見据えた医療提供体制を作っていくべきか、一緒に考えさせていただければと思います。

S1-2

超高齢社会における慢性期医療のあり方を考える

産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

松田 晋哉

現在、各地で行われている地域医療構想調整会議では、主に急性期、回復期の病床の在り方の議論が中心になっている。地域によっては急性期、回復期の病床数の在り方をめぐって対立のようなものが生じている。平成30年度の診療報酬改定により、今後、急性期と回復期を合わせた一般病床数は、各地域の需要に応じて自然に落ちていくだろう。他方で、慢性期に関してはその在り方を計画的に考えないと、地域医療の現場に大きな混乱が生じる可能性がある。単純に地域医療構想で推計された数字を達成することを目的にしてしまうと政策を誤ってしまう。そのためにはまず慢性期医療の重要性について、広く認識される必要がある。医療介護ニーズの複合化が進む超高齢社会における慢性期医療の重要性が正しく認識されることが議論の第一歩である。

地域医療構想では慢性期＝療養病床＋介護施設＋在宅医療と考えるべきであり、この3つの配分は各地域の医療提供体制と介護サービス提供体制によって決まってくる。例えば、東京都の中心部のように療養病床が不足している地域は、今後急増する慢性期のニーズに対して在宅医療を増やすことで対応せざるを得ない。そして、それを可能にするためには、在宅を支える病院群、具体的には地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟をもった病院を計画的に整備することが必要になる。他方、高齢化が進んでいる中山間地域などの場合、プライマリケアを支える診療所が不足している場合が少なくない。そのような地域では診療所を基盤とした在宅医療を展開することは難しいだろう。そのような地域では、仮に療養病床があるのであれば、それを中核にして慢性期を支える必要がある。ただし、この場合でも、20：1の看護配置基準を満たすことができるのかというスタッフ面での課題について検討が求められる。

このように地域の現状を考慮して慢性期の在り方を考えることが、地域医療構想調整会議の最も重要な役割であると考えられる。そして、調整会議における正しい議論が可能になるためには、慢性期医療の現場からその意義を示す知見が多く出されることが必要であり、それが本学会の重要な使命であると考えられる。

S1-3

急性期と慢性期の質の高い連携を目指して ～地域における感染症と栄養問題への取り組み～

日本長期急性期病床（LTAC）研究会 会長
高度急性期医療センター 公立昭和病院 院長

上西 紀夫

地域医療構想に基づき地域完結型医療の推進を図るべく、当院が所属する東京都の北多摩北部二次医療圏では、圏域内の42病院と構成5市の医師会とが参加し、当院が幹事を担当している北多摩北部病病連携会議を運営し、様々な問題について協議、情報交換を行ってきている。その中で、急性期と慢性期、回復期との更なる質の高い連携を目的に、連携職部会に加えて新たに2つの検討部会を立ち上げた。

その一つが薬剤多剤耐性菌に関する検討部会である。複数の併存疾患を有する高齢者には薬剤耐性菌を有している場合が少なくなく、当院でも入院した保菌者の多くが耐性菌の持ち込み症例である。従って、転院の際などにその情報を病院間で共有しないとアウトブレイクの発生や不適切な抗菌薬の使用へと結びつくことになる。そこで、薬剤耐性菌、とくに対応に困難な場合が多い多剤耐性菌についての情報交換や抗菌剤の使用、手指衛生などの感染症予防についての検討を行っている。

もう一つは栄養問題に関する部会である。例えば、転院の際に食事は「きざみ食」、あるいは「半固形食」との情報伝達がされた場合でも、病院や施設によってその内容は様々で、誤嚥性肺炎のリスクや栄養不足によるフレイルやサルコペニアによる転倒、転落のリスクが生ずる。そこで、とくに高齢者に対する栄養管理について病院間での均てん化を目的に、情報交換シートの作成や栄養管理についての検討を行っている。

これらの活動は個々の問題と同時に、様々な意味での医療安全とも結びつくものであり、2025年問題そして2040年問題を前に、シームレスな急性期と慢性期との連携の推進と、地域の医療、介護の質の向上に寄与するものと考えている。その現状について紹介したい。

S1-4

要介護者を減らすという新たな視点で さらなる医療介護の連携を図る

日本慢性期医療協会 会長
博愛記念病院 理事長

武久 洋三

我が国では、他の諸外国に比べて寝たきり患者が多いことは周知のとおりであるが、どこで寝たきり患者が作られているのか考えたことはあるか。要介護者は、要介護状態になる前に何らかの医療ケアを受けている。逆に言うと、医療ケアを受けている間に要介護状態となる患者が多いということになる。

現在、我が国の医療は、急性期医療が中心である。救急車で運ばれてきた患者は急性期病院に運ばれ、臓器別専門医によって主病名の治療が行われるが、急性期病院の入院患者の平均年齢は70歳を超えている。高齢者は複数の疾患や合併症を併せ持つことが多いため、臓器別専門医より身体全体を総合的に治療できる総合診療医による治療が望ましい。総合診療医の育成が急務である。

急性期病院の入院患者も高齢者が急増し、看護ケアだけでなく介護ケアの必要性が増大している。介護ケアは看護職員が行うと言いながら、看護職員はまずは看護ケアを優先し、結果的に介護ケアを行う時間が十分に確保できていないのではないかと。だから仕方なく膀胱留置バルーンカテーテルなどに頼ることになるのではないかと。実際に、急性期病院から紹介入院した患者の多くがバルーン留置、もしくは尿意、便意があるにもかかわらずオムツを装着し、長期間リハビリもせず、寝たきり状態となって慢性期病院や介護施設へ紹介されているケースが増えている。そして急性期病院の看護師は、これらの高齢患者を結果的に寝たきりにしているという意識がないところが最大のポイントである。また介護が必要な高齢患者が病棟にあふれている状況だという共通認識が乏しいのではないかとと思われる。

一方、介護の世界では介護人材不足が問題視されているが、この不足は相対的なものであるとも考えられる。急性期病院での介護ケアが十分に行われ、寝たきり患者を減らすための対策が行われることによって要介護者が減少すれば、介護施設も介護人材も少なくて済むのではないかと。看護と介護は専門職種が協調しなければならない。看護師のレベルはどんどん上がっている。認定看護師や特定看護師、さらにはナースプラクティショナー制度の拡大が求められているが、個人的には大賛成である。看護師は、看護師にしかできないレベルの高い業務に専念すると共に、医療の高度化に努めていただきたい。その上で急性期病院に増加する高齢患者の介護需要には「基準介護」を導入し、急性期病院での入院期間の短縮や治療のことでなく、退院後の介護ケアのことも見据えた医療介護提供体制を構築すべきである。

我が国の人口減少、国力低下が進む中で、さらなる医療や介護の需要増による費用拡大に日本は耐えられそうにない。いつまでも昔と同じような医療介護提供体制のままであれば、要介護高齢者は増える一方である。だからこそ「寝たきり患者」や「要介護高齢者」を減らしていくという地道な努力が必要である。そうすれば、今後増大する医療費や介護費用を大幅にへらす事ができるかもしれない。日本慢性期医療協会は、より良い医療介護提供体制を目指して、医療介護現場からの提言を発信していきたい。

シンポジウム2

療養病床の今後を考える ～選択と集中！療養病床の生きる道～

◆日時：12月3日(火) 15:00～17:30

◆会場：第1会場(大阪国際会議場 5階 大ホール)

◆座 長：池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長／池端病院 理事長・院長

◆シンポジスト：横田 裕行 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 教授
久保 俊一 日本リハビリテーション医学会 理事長
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事長・機構長
仲井 培雄 地域包括ケア病棟協会 会長／芳珠記念病院 理事長
矢野 諭 日本慢性期医療協会 副会長・「看護師特定行為研修委員会」委員長
多摩川病院 理事長

◆主 旨

平成30年度診療・介護報酬同時改定から既に2年近くが経過し、次期診療報酬改定の議論が熱気を帯びてきている。本シンポジウムでは、午前中のシンポジウム1を受ける形で、本学会のメインテーマ「令和時代の慢性期医療」の中でもその中核的役割を担うべき「療養病床」が、これからの地域医療構想や地域包括ケア推進の担い手として、「スキルとエビデンスの融合」の中で果たすべき役割とは何かを大いに議論したい。

幸いにも、今回はそれぞれの分野で日本のトップランナーのお一人とも言える4名のシンポジストにご登壇頂くことが出来た。まず日本救急医学会前理事長で現在は日本在宅救急医学会代表も兼務されている日本医科大学大学院救急医学分野教授の横田裕行氏には、在宅を含めた日本の救急医療の現状と共に、高度急性期医療からみた療養病床へ期待を込めたメッセージを頂ければ幸いである。次に日本リハビリテーション医学会理事長の久保俊一氏には、リハビリテーション医学の第一人者として、療養病床に求められる今後のリハビリテーションのあり方と方向性をお示し頂ければと思う。更に地域包括ケア病棟協会会長で日本慢性期医療協会常任理事でもある仲井培雄氏には、回復期機能としての地域包括ケア病床と療養病床における機能分化と連携について、自院の経営戦略にも触れながら御指南頂きたい。そして日本慢性期医療協会副会長で看護師特定行為研修委員会委員長でもある矢野諭氏には、先進的な療養病床経営者としての経営戦略のノウハウと共に、療養病床における看護師特定行為研修修了者の現状と課題、今後への期待も語って頂きたい。

最後に私からは中医協入院医療等調査・評価分科会における議論の最新情報も少し紹介させて頂き、更に待ったなしの対応が求められつつある医師の働き方改革にも触れながら、近未来の療養病床の在り方をフロアも交えて皆で熱く語り合えることを期待したい。(池端幸彦)

シンポジウム2 略歴

シンポジスト

横田 裕行 (よこた ひろゆき)
日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 教授

■ 略歴 ■

1980年	日本医科大学医学部卒業
2000年	ベイラー医科大学脳神経外科
2008年	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授 同付属病院高度救命救急センター長

資格

日本救急医学会指導医、専門医、日本脳神経学会専門医、指導医、
日本脳卒中学会専門医、日本外傷学会専門医、日本臨床高気圧酸素潜水医学会専門医、Clinical toxicologist

学会活動

日本在宅救急医学会(理事長)、日本救急学会(前代表理事)、
日本脳死・脳蘇生学会(代表理事)、日本神経救急学会(理事長)ほか

久保 俊一 (くぼ としかず)
日本リハビリテーション医学会 理事長
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事長・機構長

■ 略歴 ■

現 職

日本リハビリテーション医学会理事長、日本リハビリテーション医学教育推進機構理事長・機構長
一般財団法人 京都地域医療学際研究所(がくさい病院) 所長、京都府立医科大学特任教授
京都府立心身障害者福祉センター所長、京都府リハビリテーション教育センター長

経 歴

昭和53年 3月31日	京都府立医科大学医学部医学科卒業
昭和58年 3月31日	京都府立医科大学大学院医学研究科(専攻 整形外科) 修了
昭和58年 7月 1日	米国ハーバード大学留学(Massachusetts General Hospital)
平成 5年 5月 7日	仏国サンテチエンヌ大学留学(日仏整形外科学会交換留学)
平成14年 2月 1日	京都府立医科大学整形外科学教室 教授
平成14年 4月 1日	京都府立舞鶴子供療育センター所長(併任)
平成21年 4月 1日	京都府立医科大学附属病院 副病院長(兼務)
平成25年 4月 1日	京都府立医科大学医療センター所長(兼任)
平成25年 4月 1日	京都府立心身障害者福祉センター所長(兼務)

平成26年10月1日	京都府立医科大学大学院リハビリテーション医学 教授(兼任)
平成27年4月1日	京都府立医科大学 副学長(兼任)
平成28年4月1日	京都府立医科大学大学院スポーツ・障がい者スポーツ医学 責任教授(兼任)
平成28年6月8日	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 理事長
平成29年6月11日	京都府リハビリテーション教育センター長(兼務)
平成30年10月22日	一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事長・機構長
平成31年4月1日	現職

受賞

平成11年4月11日	第72回日本整形外科学会学術集会学会会長賞
平成11年9月19日	第4回 World Congress of the OARSI, Poster Award
平成12年5月13日	平成12年度日本リウマチ学会賞
平成12年11月10日	第11回日本股関節学会学術奨励賞(大正Award)
平成15年11月1日	平成15年度日本医師会医学研究助成金

厚生労働省

厚生労働省難治性疾患克服研究事業 主任研究者(班長) 平成16年4月～平成21年3月
厚生労働省特定疾患調査研究班 研究協力者・研究分担者 昭和63年4月～

主なリハビリテーション医学・医療に関する著書(編集、監訳)

運動器のリハビリテーションポケットマニュアル(編集 診断と治療社 2011)
股関節学(編著 金芳堂 2014)
一目でわかるリハビリテーションチーム医療(著書 診断と治療社 2014)
リハビリテーション医学・医療コアテキスト(総編集 医学書院 2018)
リハビリテーション医学・医療Q&A(総編集 医学書院 2019)

専門領域

リハビリテーション医学、関節外科学、スポーツ医学、骨壊死症(骨内循環)、軟骨代謝、骨粗鬆症

仲井 培雄 (なかい ますお)

地域包括ケア病棟協会 会長／芳珠記念病院 理事長

略歴

1985年自治医科大学医学部卒、1987年^{へぐらしま}舳倉島診療所長、1988年^{しらみねむら}村立白峰村診療所長、1989年金沢大学附属病院第2外科入局、以降芳珠記念病院に赴任するまで石川・富山両県の主要病院を歴任。1999年医療法人社団 ^{わらに}和楽仁 ^{ほうじゅ}芳珠記念病院外科部長、2001年同法人副理事長、2004年～同法人理事長。2012年～社会福祉法人 ^{ひすいすい}陽翠水 理事長、^{ほうじゅ}ほうじゅグループ代表。2014年5月地域包括ケア病棟協会の初代会長に就任。同病棟の普及啓発に努めている。

主な資格：日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会指導医・専門医。いしかわ技術経営(MOT)スクール修了。

主な公職：地域包括ケア病棟協会 会長、日本慢性期医療協会 常任理事、日本リハビリテーション病院・施設協会 理事、公益社団法人日本医療機能評価機構 評価事業運営委員会 委員、石川県医療計画推進委員会地域医療構想策定部会委員。

矢野 諭 (やの さとし)
日本慢性期医療協会 副会長
多摩川病院 理事長

■ 略歴 ■

昭和58年 3月	北海道大学医学部卒業 第2外科入局 腫瘍外科学、呼吸器外科学の診療・研究に従事
平成5年 3月	医学博士号取得
平成8年 4月	NTT 東日本札幌病院 外科医長・救急部医長(兼任)
平成18年 4月	南小樽病院副院長
平成21年 4月	医療法人社団青優会 南小樽病院 病院長
平成25年10月	医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長

現在 一般社団法人日本慢性期医療協会副会長
同「看護師特定行為研修委員会」委員長
同「診療機能評価基準委員会」委員長
東京大学医学部大学院非常勤講師

【所属学会】 日本老年医学会、日本静脈経腸学会、
日本リハビリテーション医学会、日本医療・病院管理学会、
日本臨床倫理学会

座 長

池端 幸彦 (いけばた ゆきひこ)
日本慢性期医療協会 副会長
池端病院 理事長・院長

■ 略歴 ■

昭和55年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
昭和56年	浜松赤十字病院 外科
昭和57年	国立霞ヶ浦病院 外科
昭和58年	慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手
昭和61年	池端病院 副院長
平成01年	池端病院 院長(～現在)
平成09年	医療法人池慶会 理事長(～現在)
平成20年	社会福祉法人雛岳園(すうがくえん) [愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長(～現在)

【現在の主な役職】

(全国)

日本慢性期医療協会 副会長
全国デイ・ケア協会 理事
中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 委員

社会保障審議会 医療保険部会 構成員
厚労省 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ構成員
厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員
日本医師会 代議員
日本医師会 地域包括ケア推進委員会 副委員長
日本医師会 在宅医療連絡協議会委員
日本病院団体協議会 診療報酬実務者会議 委員長

(県内)

福井県医師会 会長
福井大学医学部 臨床教授
福井県医療審議会 会長
福井県慢性期医療協会 会長
福井県介護保険審査会 会長
福井県国保連合会 介護給付費審査委員会 会長
全日本病院協会 福井県支部長
福井県老人福祉・介護保険事業支援計画策定懇話会 座長

【主な資格】

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

S2-1

救急医療施設と在宅、高齢者施設の連携 ～厚労省研究班報告から～

¹日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野

²医療法人青燈会小豆畑病院

³医療法人社団いばらき会

横田 裕行¹、小豆畑 丈夫²、照沼 秀也³

先進諸国の中でもとりわけ急速に進んでいる本邦の高齢化を背景に、多くの救急医療機関において高齢者の占める割合が急速に増加している。高齢者は様々な基礎疾患を有していることが多く、受診する際は複数科の関与が必要になる。このような中で複数の診療科の対応が可能な救急医療施設、特に三次救急医療施設という急性期重症疾患の治療や救命を前提としている医療機関へ搬送されることも稀ではない。実際、消防庁のデータでは平成元年の救急車による高齢者救急搬送割合は約23%であったが、平成26年には約55%以上と半数以上を占め、毎年高齢者の救急搬送が増加しているのが現状である。一方、東京都における三次救急医療施設の中核である当施設のデータによると直近の10年間で年々高齢者の入院割合は増加しているが、救命率は上昇傾向が認められる。ちなみに、APACHE IIによる入院時の重症度は経年的に不変で、高齢者と非高齢者の入院日数にも統計的に有意差を認めていない。すなわち、三次救急医療施設という視点からは高齢という理由だけで治療方針を変更する理由は見当たらない。

しかしながら、在宅患者が急性増悪し救急医療が必要となった場合、患者にとって望ましい救急医療が、必ずしも提供されてない背景も存在する。その背景は救急医療が、在宅患者の抱える原疾患、合併疾患や患者背景の多様性に対応しきれていないことも一因である。また、在宅や救急医療に携わる医療スタッフや在宅や介護施設で患者を抱える家族においても救急医療やそのシステムに関する知識が十分でなく、患者が急変した時の対処法などを理解していない場合が存在する。

このような中、我々の研究班は在宅患者や施設で療養している高齢者が体調を崩した時、あるいは急変した時の対応を開発したイラスト入りリーフレットを作成し、その有用性を検証した。その結果、医療側のスタッフや医療知識が十分でない在宅患者の家族からも一定以上の評価を得ることができた。このような試みが地域包括ケアの中で高齢者を介護する家族や施設と救急医療施設への連携に寄与するものと考えられた。

S2-2

リハビリテーション医学・医療における 教育 system の必要性

日本リハビリテーション医学会 理事長
日本リハビリテーション医学教育推進機構 理事長・機構長

久保 俊一

シンポジウム2

超高齢社会となった日本において、リハビリテーション医学・医療の対象として、小児疾患や切断・骨折・脊髄損傷に加え、中枢神経・運動器(脊椎・脊髄を含む)・循環器・呼吸器・腎臓・内分泌代謝・神経筋疾患、リウマチ性疾患、摂食嚥下障害、がん、スポーツ外傷・障害などの疾患や障害が積み重なり、さらに周術期の身体機能障害の予防・回復、フレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドロームなども加わり、ほぼ全診療科に関係する疾患、障害、病態を扱う領域になっているといっても過言ではない。しかも、疾患、障害、病態は複合的に絡み合い、その発症や増悪に加齢が関与している場合も少なくない。

このような背景の元、日本リハビリテーション医学会では2017年度から、リハビリテーション医学について新しい定義をあげている。すなわち、疾病・外傷で低下した身体・精神機能を回復させ、障害を克服するという従来の解釈のうえに立って、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その賦活化を図る過程がリハビリテーション医学であるとしている。日常での「活動」としてあげられる、起き上がる、座る、立つ、歩く、手を使う、見る、聞く、話す、考える、衣服を着る、食事をする、排泄する、寝る、などが組み合わさって有機的に行われることにより、家庭での「活動」、学校・職場・スポーツなどにおける社会での「活動」につながっていく。社会での「活動」はICFの「参加」にあたる。

リハビリテーション医療では、リハビリテーション科医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科医、看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理士／臨床心理士、社会福祉士／医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員／ケアマネジャー、介護福祉士などがリハビリテーション医療チームを形成し実践している。また、近年、急性期、回復期、生活期といったphaseでもリハビリテーション医学・医療の充実が求められている。さらに、国の施策として構築が急がれている地域包括ケアシステムで重要な役割を期待されているのもリハビリテーション医療である。

リハビリテーション医学・医療の質を担保するために専門職も含めた教育 system の整備は大きな課題となっている。療養病床においても療養の質を高めるために、関係スタッフにリハビリテーション医学・医療の教育をしていくことは重要な事柄である。

日本リハビリテーション医学会では日本リハビリテーション医学教育推進機構とともに教育コンテンツの作成を精力的に進めている。書籍としてリハビリテーション医学・医療コアテキスト、リハビリテーション医学・医療Q&A、リハビリテーション医学・医療用語集がすでに発刊されている。オンラインでの教育ツールとしてe-learningの充実をはかっている。リハビリテーション医学・医療に関係する多くの人に利用してもらえよう、仕組み作りに力を注いでいる。

S2-3

療養病床と地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟協会 会長
芳珠記念病院 理事長

仲井 培雄

■地域医療構想と地域包括ケアシステムの担い手 スキルとエビデンスの融合
地域包括ケア病棟と療養病床の機能分化と連携 自院の戦略と共に

1、療養病床とは？

医療法上の療養病床が届け出できる診療報酬上の病床種別は、医療療養と介護療養病棟、地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)、回復期リハビリテーション病棟(以下回りハ病棟)等である。このうち介護療養は5年後の廃止が決定しており、介護医療院への移行支援加算が2021年3月末までの間の1年間に限り算定できる。地ケア病棟は1病棟までの届出制限がある。

2、地ケア病棟とは？

地ケア病棟は2014年度診療報酬改定で新設され、2度の改定を経て約2,500病棟の届け出がある。地域包括ケアシステムではフレイルや認知症を主とした在宅患者の「ときどき入院ほぼ在宅」をかかりつけ医やケアマネジャー等と共に支援し、地域医療構想上は急性期から回復期への機能転換の受け皿とポストアキュート(PA)の受け入れを担う。回りハ病棟は急性期後の受け入れにほぼ特化しており、要件を満たす脳卒中や大腿骨頸部骨折等の患者が8割以上を占めていること、リハビリが出来高算定であることが大きな違いである。医療療養病棟は、地ケア病棟や回りハ病棟等と併設の場合は粘り強い在宅復帰と看取り、単独開設の場合は軽症急性期から看取りまでと機能が変化する。

医療療養と同様に地ケア病棟も病棟構成によって機能が変化する。地ケア病棟を有する病院の機能は3つの病院機能と地域包括ケア病院に分類される。最も多い急性期ケアミックス(CM)型は急性期一般入院料を届け出ており急性期医療を最も重視する病院で、地ケア病棟は自院PAが過半数を占める。PA連携型は高度急性期拠点病院の後方病院で回りハ病棟や医療療養病棟を有する病院が多く、地ケア病棟は他院PAが4割を占める。地域密着型は「ときどき入院ほぼ在宅」を実践する規模の小さな病院が多く、地ケア病棟は在宅等からの入院が6割超(当協会R1調査)を占める。地域包括ケア病院は全病棟が地ケア病棟で構成される病院で全国に34施設(本年8月調査)ある。

3、地ケア病棟と介護医療院の組合せ

「生活施設と医療機関の合築」である介護医療院は介護療養病棟廃止後の切り札として2018年度新設された。地ケア病棟から介護医療院へは在宅復帰率の分子となり、介護医療院から地ケア病棟へは在宅患者支援病床初期加算の算定対象となる。地域医療構想に準拠すると、双方の組合せは人口減少が進む地域では回復期の確保と慢性期から在宅への転換を促すことになり、小さな地域包括ケアシステムも構築できる。

4、芳珠記念病院の取り組み

当院は、2019年度当初、急性期一般入院料1:86床、地ケア病棟2:82床、障害者病棟:32床、医療療養病床1:60床、介護療養病棟:60床の合計320床であったが、8/1に医療療養を全て休床し、9/1に介護療養病棟を全て介護医療院に転換した。2014年10月に地ケア病棟を開設して以降、在宅事業の充実と共生型施設の開設や上記経緯を含め、急性期CM型病院としての芳珠記念病院とグループ全体の戦略を述べる。

S2-4

『病院とは適切な治療して、出来るだけ早く退院させる場所』 ～「慢性期治療病棟」としての「医療療養病棟」～

日本慢性期医療協会 副会長・「看護師特定行為研修委員会」委員長
多摩川病院 理事長

矢野 諭

シンポジウム2

本来、『病院とは適切な治療して、出来るだけ早く退院させる場所』であり、単なる「長期療養の場」でもなければ、「看取りの場」でもないはずである。しかし、わが国ではかつて「社会的入院」や長期(終生まで)入院が可能で、医療機能をほとんど有さない「老人収容所」的な療養病床が数多く存在していた。

2006年の医療・介護同時改定における、医療療養病床の大幅削減案と6年後の介護療養病床の全廃案を基盤とした「医療区分」の導入は、多くの軽症患者を入院させて超過利潤を得ていた医療療養病床や、医療機能の低い介護療養病床へのいわばペナルティー的な処置であった。しかし、当時大きな批判の対象だったこの政策は、心ある多くの慢性期病院を覚醒させ、結果的にその質の向上に大きく貢献した。近年、慢性期病院の質の向上と呼応する形で、以前はむしろ軽視さえされていた慢性期医療の需要が質・量ともに増大し、その重要性が認識されるようになった。また、2014年に最大で最強の「地域包括ケア病棟」が新設され、医療療養病床からの転換も見られるようになった。さらに2018年同時改定では、廃止が決定した「介護療養病床」の転換先として、「看取り」機能も整備した「介護医療院」が新設された。同時に、医師である以上は『治せる病気は治す』という視点が絶対に必要であり、慢性期においても、救急を含む「急性期機能」は必須となる。また、アウトカム指標の積極的導入など、急性期・慢性期を問わず診療の質の担保が強く求められる流れが明確になっている。今後、「治療病棟」機能の低い医療療養病棟は存続できない。

現在の慢性期医療の担当領域は、軽度・中等度の急性期機能から、高齢者の特徴を代表する非感染性疾病(NCDs)、認知症、フレイル、サルコペニアの予防と管理、人生の最終段階における医療・ケアに至るまでの多彩かつ広範な内容を包括する。ここでは、必然的に「臓器別専門医」よりも「総合診療医」の需要が増大する。また、チーム医療が医師のサポート機能を有するのも慢性期医療の特徴である。9区分16行為を「必修化」とした、総合診療の視点を持った日慢協「特定行為研修修了看護師」の慢性期医療の現場での活躍は近年めざましいものがある。

当院は、2010年10月までは167床すべてが介護療養病床であったが、段階的に病棟転換を行い、現在は地域包括ケア病棟49床(病棟入院料1)、回復期リハ病棟58床(入院料1)、医療療養病棟60床(入院基本料1)で運営している。「地域多機能型病院」として、「回復期機能」を中心に軽度～中等度の「急性期機能」と「重度長期慢性期機能」を兼備し、院内には「特定行為研修修了看護師」が7名常勤している。

当院の病棟転換は「長期療養施設」から脱却し、『治療して帰す』という病院本来の機能回復への取り組みであった。医療療養病棟は一般急性期病棟に比べて、リハビリ力や総合診療能力においてはむしろ優れていると考えられる点も多い。ハードルは高かったが、積極的に「地域包括ケア病棟」への転換を目指したことは、病院としてのランクアップ・レベルアップとなり、良好なアウトカムと多くの波及効果をもたらした。

多彩な診療機能を持つ「慢性期治療病棟」化が要求される流れ中で、「医療療養病棟」は今後どのような方向に向かうのであろうか？本講演では当院の現状を通して、地域における「慢性期治療病棟」としての「医療療養病棟」の役割と意義、チーム医療のキーパーソンとしての「特定行為研修修了看護師」の活動内容について述べる。

シンポジウム3

慢性期医療におけるペインコントロール

◆日時：12月4日(水) 9:20～11:20

◆会場：第1会場(大阪国際会議場 5階 大ホール)

◆座 長：井川誠一郎 平成医療福祉グループ 診療本部長

◆シンポジスト：小川 節郎 日本大学 名誉教授
保岡 正治 保岡クリニック論田病院 理事長
井上 雅之 愛知医科大学運動療育センター／
愛知医科大学医学部学際的痛みセンター

◆主 旨

肩こり、腰痛、頭痛をはじめとして、痛みは我々にとって日常生活の中では当たり前存在するものとなり、よほどひどくならなければ病気として認識すらしない。痛いときはどうするか？鎮痛剤は胃に悪いからできるだけ痛いところを動かさない。それでしのいでいることも多いのではないだろうか？若い人はこれでおそらく問題ないと思う。しかし慢性期医療の現場ではなかなかそうもいかない。なぜなら対象者の多くが高齢者であり、高齢者が動かなければ容易にフレイルが加速することを慢性期医療に携わる我々はよく知っているからである。虫歯の痛みが原因で嚥下障害から食欲不振に陥ったり、腰痛のために臥床時間が増え、そのまま寝たきりになるということはしばしばみられる。大腿骨骨折で手術したにも関わらず寝たきりになってしまう。こんな症例にリハビリをしても在宅復帰後には、再び痛みのためにまたフレイルが進行する。痛みをとらなければと何剤もの鎮痛剤が投与され、polypharmacyになってしまった。慢性期医療においては「たかが痛み、されど痛み」であり、何らかの対応が必要な疾患であると私は考えている。そこで本シンポジウムでは痛みの第一人者、日本大学名誉教授の小川節郎氏、当協会でも痛み治療の必要性を常日頃訴えておられる保岡正治氏、そして慢性疼痛に薬剤ではなく運動療法という方向からアプローチし成果をあげている愛知医科大学運動療育センターの井上雅之氏の3氏にご登壇いただき、それぞれの立場からご発言いただくこととした。座長は学会長の私が務めさせていただき、慢性期医療における痛み対策の一助になればと期待している。(井川誠一郎)

シンポジウム3 略歴

シンポジスト

小川 節郎 (おがわ せつろう)
日本大学 名誉教授

■ 略歴 ■

昭和47年3月	日本大学医学部卒業
昭和49年4月	日本大学医学部麻酔科学教室入局
昭和57年9月～	昭和58年8月：米国ワシントン州立大学麻酔科学教室研究員
平成9年4月	日本大学医学部麻酔科学講座主任教授
平成14年11月～ 平成23年10月	駿河台日本大学病院病院長
平成25年3月	定年退職
平成30年11月	日本大学名誉教授・現在に至る。

所属学会

日本麻酔科学会 (名誉会員) 日本ペインクリニック学会 (名誉会員)
日本疼痛学会 (名誉会員) 日本慢性疼痛学会 (名誉会員)
日本レーザー治療学会 (監事) 日本臨床麻酔学会 (名誉会員)
他

賞 罰

平成元年 日本麻酔学会山村記念賞(共同受賞) 麻酔37：1518-1528、1988
平成5年 日本麻酔学会山村記念賞(共同受賞) 麻酔41：1374-1384、1992
(共に、体性-交感神経反射に及ぼす麻酔薬の影響についての実験的研究による。)

著書・監修

麻酔科スタンダードI-IV (2003, 克誠堂)、
痛みの診療・ベストプラクティス(2014, メディカルレビュー社)
痛みの臨床テキスト(2015, 南江堂)
痛いつの素(2017, 駒草出版)
他

保岡 正治 (やすおか まさはる)
保岡クリニック論田病院 理事長

■ 略歴 ■

1972年	徳島大学医学部医学科卒業
1974年	米国アイオワ大学病院麻酔科レジデント
1976年	徳島大学医学部 助手 麻酔学教室
1979年	保岡クリニック開設 院長

1981年	(医) 保岡クリニック 論田病院開設・院長・理事長
2005年	社会福祉法人あさがお福祉会理事長
現在に至る	

日本ペインクリニック学会 専門医、日本麻酔科学会 専門医/指導医
日本慢性期医療協会理事
徳島県慢性期医療協会会長

井上 雅之 (いのうえ まさゆき)

愛知医科大学運動療育センター／愛知医科大学医学部学際的痛みセンター

■ 略歴 ■

1996年 3月	南山大学経済学部 経済学科 卒業
2002年 3月	国際医学技術専門学校 理学療法科 卒業
2016年 4月	愛知医科大学大学院医学研究科 入学
2002年 4月	国家公務員共済組合連合会 名城病院
2004年 4月	有限会社 中部在宅リハビリセンター
2006年10月	医療法人社団 梅幸会 ときわぎ診療所
2007年 4月	愛知医科大学運動療育センター
2012年 5月	愛知医科大学学際的痛みセンター 兼務

・資格

2002年4月 理学療法士免許取得(第39863号)

・業績等

論文等

1. Inoue M et al: Analysis of follow-up data from an outpatient pain management program for refractory chronic pain. J Orthop Sci 22(6): 1132-1137. 2017
2. 井上雅之, 他: ペインリハビリテーションの新潮流・新戦略—外来でできる短期集中型「慢性痛教室」プログラム—. ペインクリニック別冊春号, 39: S215-S220. 2018
3. 井上雅之, 他: 慢性疼痛に対する日本の医療システム・政策の現状と課題. 保健の科学 60(11): 728-732, 2018
4. 井上雅之, 他: ペイン・リハにおける評価 QST, 生理検査, 身体活動評価. Modern Physician 39(6): 535-537, 2019
5. 井上雅之, 他: 神経障害性疼痛に対する集学的治療. 理学療法 36(6): 542-548, 2019

講演等

1. 文部科学省 平成30年度 名古屋市立大学 医療・保健 学びなおし講座 チームで取り組む慢性疼痛「慢性疼痛の集学的診療における理学療法士の役割」(2018.6)
2. 厚生労働省 平成30年度 順天堂大学 第2回慢性疼痛診療体制構築モデル事業連携大学合同慢性疼痛診療研修会(2019.3)
3. 文部科学省 令和元年度 名古屋市立大学 医療・保健 学びなおし講座 チームで取り組む慢性疼痛「慢性疼痛の集学的診療における理学療法士の役割」(2019.6)

- ・受賞歴
2014年9月 第19回日本ペインリハビリテーション学会学術大会 優秀演題賞受賞
2016年10月 第21回日本ペインリハビリテーション学会学術大会 優秀演題賞受賞
- ・社会活動など
2018年9月 一般社団法人日本ペインリハビリテーション学会 理事
2019年4月 日進市障害者自立支援給付等支給審査会 委員
- ・所属学会
日本理学療法士協会 日本運動器疼痛学会 日本疼痛学会
日本ペインリハビリテーション学会 国際疼痛学会

座 長

井川 誠一郎 (いかわ せいいちろう)
 第27回日本慢性期医療学会 学会長
 平成医療福祉グループ 診療本部長

略歴

昭和58年	大阪大学医学部卒業 大阪大学第一外科に入局
平成 4 年	大阪府立母子保健総合医療センター心臓血管外科 診療主任
平成 8 年	社会保険紀南総合病院心臓血管外科 医長
平成16年	市立豊中病院心臓血管外科 部長
平成17年	同病院心臓病センター長兼任
平成18年	医療法人豊中平成会豊中平成病院 副院長
平成20年	医療法人康生会平成記念病院 院長
平成23年	平成医療福祉グループ 医療統括部長 医療法人康生会平成記念病院 常務理事
平成27年	平成医療福祉グループ 診療本部長 社会福祉法人平成福社会 理事長
平成28年	日本慢性期医療協会 常任理事

日本慢性期医療協会政策企画委員会委員長・慢性期救急委員会委員長

S3-1

痛み治療のこれまでとこれから

日本大学 名誉教授

小川 節郎

近年、痛み、特に慢性疼痛に対する取り組みが大きく変動してきている。
本講演では次の項目について、臨床からみた疼痛治療の変革と今後の展望について述べたい。

- ①ペインクリニックにおける痛みの治療：1962年(昭和37年) 東京大学麻酔科内にペインクリニック科が発足して本年で57年が経った。麻酔の技術を応用した神経ブロックを武器に様々な痛みに対応してきた。現在、その適応疾患はかなり整理されてきたが、特発性三叉神経痛や上腹部がん疼痛などに対しては切れ味のある確実な手技として適応されている。また、安全で正確な神経ブロックを目的に超音波ガイド下神経ブロックが広く適応されてきている。
- ②がん疼痛治療：WHOがん疼痛治療が導入され(1986年)、モルヒネが積極的に使用されるようになった。現在では用いることが出来る医療用麻薬の種類や形状も数種におよび、適切な管理のもとではがんの痛みはより「治療しやすい」痛みとなっている。一方、麻薬類の使用をもってしても緩和されないがん患者の痛みへの理解がすすみ、鎮痛補助薬や神経ブロックが適応されている。また、緩和医療が導入され、痛み以外のがん患者の苦痛に対しても正面から向き合う全人的医療が行われている。
- ③非がん性慢性疼痛：非がん性慢性疼痛へのオピオイドの使用が一時注目を浴びたが、患者のQOLの向上に本当に寄与しているのかが問われてきている。
- ④線維筋痛症などいわゆる中枢機能障害性疼痛(WHOはnocioplastic painと定義)への理解が進んでいる。脳画像診断と脳科学の発展によるものである。また慢性疼痛患者にみられる破局的思考・逃避的思考への考慮と対応について注目され、認知行動療法、マインドフルネスなどを含めた学際的・集学的治療が導入されてきている。
- ⑤運動療法のすすめ：安静から運動へ。その科学的実証がなされ、慢性疼痛患者への適応が勧められている。
この数年、疼痛とその治療法に関する考え方、戦略が大きな変革期を迎えている。臨床における疼痛治療もそれにつれて大きく変革を迎えてきている。今後疼痛治療がどのような方向へ向かうのか、自身の経験・考え方も含めて述べてみたい。

S3-2

慢性期医療における痛み治療の政策

保岡クリニック論田病院 理事長

保岡 正治

日本は超高齢化社会を迎え、加齢に伴い増加する慢性疾患患者への対策が重要課題となっている。従来、国は、健康日本21に基づき、生活習慣病対策をはじめ5大疾病に対して様々な施策を行ってきたが、痛みそのものへの取り組みは十分ではなかった。痛みは客観的な指標が確立されていないため、痛みを抱える国民の多くは、周囲からの理解を得られ難く一人で悩んでいる実態がある。

2009年8月、「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」で、系統的な取り組みがなされていない代表疾患として、慢性の痛みを伴う筋・骨格筋系および結合組織の疾患があげられた。当該疾患は、高齢者を中心に患者も多く、個人の生活の質の低下とともに社会的労働力の損失を招くため、国民の健康づくり政策として緊急に取り組む必要性が指摘された。すなわち、疾患対策とは別に、症状に着目した横断的な対策として慢性の痛みへの対策の必要性が認識されたところである。現在、日本全国で慢性の痛みに悩む人は約2,300万人いるとされており、医療費を含め休職・介護に伴う経済的損失は年間1-2兆円に達すると推測されている。

当検討会の議論を受けて、同年12月、厚生労働省健康局は「慢性の痛みに関する検討会」を開催し、慢性の痛みを取りまく課題や対策につき検討を行い、翌年、「今後の慢性の痛み対策について」を提言した。内容は、慢性の痛みの現状と課題を分析し、今後必要とされる対策として、医療提供体制の構築、教育、普及・啓発、情報提供、相談体制、調査・研究の促進を挙げている。

10年を経て、慢性の痛み対策事業は全国に広まりつつある。この度、慢性期医療学会において、初めて「痛み」に注目したシンポジウムが企画されたが、時節に合ったテーマが取りあげられたと思われる。

当シンポジウムで、「今後の慢性の痛み対策について」の提言に則り、本邦における「慢性期医療における痛み治療」の政策について報告する。

まず、「慢性の痛み」という言葉の概念を整理しておく。次いで、検討会が対象とした 1) 患者数が多い既知の疾患に伴う慢性の痛み 2) 原因や病態が十分に解明されていない慢性の痛み 3) 機能的要因が主な原因となって引き起こされる上記以外の慢性の痛み、について事例を挙げて説明する。

さらに、慢性の痛みの研究においてペインコンソーシアムを構成する疼痛関連学会編集による「慢性疼痛治療ガイドライン」の概要を紹介する。また、医療体制構築による、慢性の痛み治療に用いられるオピオイド鎮痛薬使用での薬物乱用と依存防止対策の法律および社会保険システムによる規制内容を解説する。最後に、教育・普及体制の推進について、厚生労働省政策研究班による、慢性の痛み診療・教育の基礎となるシステム構築に関する研究体制につき概要を紹介する。

今回のシンポジウムを機会に、慢性期医療に必須である疼痛コントロールへの理解と関心が高まる事を期待したい。

S3-3

慢性疼痛に対する運動療法

¹愛知医科大学運動療育センター

²愛知医科大学医学部学際的痛みセンター

井上 雅之^{1,2}、牛田 享宏^{1,2}

2018年に改訂された国際疼痛学会教育カリキュラムでは、痛みを有する患者に対するリハビリテーションの目的を、「エビデンスに基づいた患者中心のケアを提供し、生涯に渡って健康と幸福を促進すること」としている。また、痛みのマネジメントにおいてセラピストに必要なとされる能力として、包括的な痛みのマネジメントプランに繋がる痛みの治療方法を同定すること、アプローチの効果を評価し、必要に応じてプランを調整することなどが挙げられている。したがって、痛みだけでなく、機能・能力障害、社会的不利なども対象に、身体的、認知的、行動学的アプローチを包括したセルフマネジメントプランの作成および実行能力が必要とされ、身体的アプローチとしては特に有酸素運動、筋力増強運動、柔軟性トレーニングなどを主体とした運動療法が推奨されている。

慢性疼痛患者では、運動による痛みの増悪を繰り返し経験することにより、痛みへのとらわれ、無力感などの認知の歪み(破局的思考)を生じ、運動への不安や恐怖が強くなりやすい。こうした不安や恐怖は、痛みを増悪させる行動の回避や、過度の安静、不活動(disuse)を誘発し、身体機能やADL、QOLの低下につながることから、痛みそのものではなく、痛みに伴って生じる二次的な問題が深刻化し、悪循環に陥りやすい。したがって、慢性疼痛患者に対する運動療法の目的は、機能・能力障害の改善、社会参加の拡大(復職、地域活動への復帰など)、QOLの向上などであり、痛みの除去を主目的としない。また、治療のアウトカムは「痛み」と「機能」であり、①患者個別にデザインされたプログラム、②セラピストによる指導・管理下で実施、③ホームエクササイズの実施、④計20時間以上の実施などが有効とされる。これらの運動療法は単独での実施よりも、組み合わせて実施することで、より効果が得られやすく、変形性股・膝関節症、慢性腰痛、慢性頸部痛、線維筋痛症などに対する痛みの軽減、身体機能の改善、QOLの向上などが報告されている。また、運動療法による鎮痛は、特に運動部位での効果が大きいですが、非運動部位にも効果があり、全身に広く疼痛感受性を低下させることや、反対に有痛部位の運動は鎮痛効果が得られにくいことなどが報告されている。

特に高齢者において、慢性疼痛による活動性低下は、サルコペニア、フレイル、ロコモティブシンドロームなどを引き起こし、要介護状態に陥りやすくなるため、早期からの予防的介入が不可欠であり、健康寿命の延伸を図ることが重要となる。本シンポジウムでは、慢性疼痛に対する運動療法のエビデンスの提示や、当施設での取り組みを紹介し、有効なアプローチを検討するための一助となる話題提供をしたい。

シンポジウム4

今後どうなる介護医療院 ～介護医療院の深化と進化～

◆日時：12月4日(水) 12:30～14:30

◆会場：第1会場(大阪国際会議場 5階 大ホール)

◆座 長：江澤 和彦 日本医師会 常任理事

◆シンポジスト：眞鍋 馨 厚生労働省老健局 老人保健課長
鈴木 龍太 日本介護医療院協会 会長／鶴巻温泉病院 院長
猿原 大和 日本介護医療院協会 副会長／湖東病院 理事長

◆主 旨

平成30年4月より創設された「介護医療院」は、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設である。

さまざまな優遇策や加算で、介護・医療療養病床、転換型老健からの移行が促進されており、将来10万床に達すると想定されている。

創設から1年以上が経過したが、10床前後の小規模な施設から、400床を越える大規模な施設も見られる。また、未だに介護医療院への移行に消極的な施設、介護療養病床を一部残して、一部を介護医療院とした施設、病床全てを介護医療院とした施設等、対応はさまざまだ。介護医療院の機能では、従来の介護療養病床と同様の重介護者、看取りの機能だけでなく、自宅として在宅復帰患者を受け入れ、リハビリテーションを提供して在宅復帰の機能も併せ持つこともできるようになった。生活の場として、従来の療養病床との違いを鮮明にしている施設も多くなっている。本シンポジウムでは日本介護医療院協会の調査結果も含めて、介護医療院の現状と、介護医療院の新しい利用法、また病院を全て介護医療院に移行された施設の視点から発表していただき、これからの介護医療院の深化と進化を議論したいと思う。(鈴木龍太)

シンポジウム4 略歴

シンポジスト

眞鍋 馨 (まなべ かおる)
厚生労働省老健局 老人保健課長

略歴

平成7年	東北大学医学部卒業
平成7年	厚生省(当時)入省
平成11年	厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長
平成14年	ロンドン大学留学
平成17年	厚生労働省保険局医療課課長補佐
平成21年	厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
平成24年	長野県健康福祉部長
平成27年	厚生労働省保険局医療課企画官
平成29年	文部科学省高等教育局医学教育課企画官
平成30年	厚生労働省老健局老人保健課長

この間他に臓器移植対策室、環境省石綿健康被害対策室等に勤務

鈴木 龍太 (すずき りゅうた)
日本介護医療院協会 会長／鶴巻温泉病院 院長

略歴

1977年3月	東京医科歯科大学医学部卒業
1977年4月	東京医科歯科大学脳神経外科 研修医 入局
1980年1月	米国 National Institutes of Health (NIH) NINCDS Visiting fellow
1995年4月	昭和大学藤が丘病院脳神経外科 助教授(准教授)
2009年9月	医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 院長
2015年6月	医療法人社団 三喜会 理事長兼務
現在に至る	

学会・資格等

学位 医学博士 東京医科歯科大学第09号(1984年10月17日)

1983年7月	社団法人日本脳神経外科学会 専門医
2007年3月	日本リハビリテーション学会 専門医 指導医
2011年6月	日本慢性期医療協会 理事
2012年6月	日本リハビリテーション病院・施設協会理事
2018年6月	日本慢性期医療協会 常任理事
2018年8月	日本介護医療院協会 会長

2019年4月 湘南西部病院協会 会長
2019年6月 神奈川県病院協会 常任理事

猿原 大和 (さるはら ひろかず) 日本介護医療院協会 副会長／湖東病院 理事長

■ 略歴 ■

平成8年4月	東京医科大学入学
平成14年3月	東京医科大学卒業
平成14年4月	東京医科大学研修医
平成15年4月	東京医科大学循環器内科入局
平成16年5月	東京都老人医療センター（現東京都健康長寿医療センター）循環器内科入職
平成19年4月	東京医科大学循環器内科研究医
平成22年4月	医療法人社団和恵会湖東病院入職
平成23年4月	医療法人社団和恵会副理事長に就任
平成27年7月	医療法人社団和恵会湖東病院院長に就任
平成30年4月	医療法人社団和恵会理事長に就任

日本循環器学会専門医
日本内科学会総合内科専門医
日本医師会認定産業医
認知症サポート医

座長

江澤 和彦 (えざわ かずひこ) 日本医師会 常任理事

■ 略歴 ■

【法人施設】

〔医療法人 博愛会〕（所在地：山口県宇部市）

宇部記念病院、宇部記念病院 介護医療院

介護老人保健施設 寿光園、グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び、西部第2高齢者総合相談センター（宇部市西部第2地域包括支援センター）、寿光園指定居宅介護支援事業所、地域コミュニティスペース ふあみらんどく介護老人保健施設 ぺあれんと・生活支援ハウス ふれんど・グループホーム らくや・さるびあ訪問看護ステーション・さるびあヘルパーステーション・さるびあ在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所>

〔医療法人 和香会〕（所在地：岡山県倉敷市）

倉敷スイートタウン<倉敷スイートホスピタル・倉敷スイートレジデンス・倉敷スイート訪問看護ステーション・倉敷スイート訪問介護ステーション>、倉敷広済クリニック、和香会訪問看護ヘルパーステーション、介護老人保健施設 和光園、和光園在宅介護支援センター、地域交流村 ふくだの里<グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び・デイサービス 香り>、倉敷市福田高齢者支援センター（地域包

括支援センター)

〔社会福祉法人 優和会〕(所在地：山口県宇部市)

ケアハウス らいぶりー

【最終学歴】

岡山大学大学院医学研究科卒業(医学博士取得)

【資格】

労働衛生コンサルタント(保健衛生)、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

【賞罰】

厚生労働大臣表彰(2012年)

【現役職】

- ・日本医師会 常任理事
- ・日本慢性期医療協会 常任理事
- ・日本介護医療院協会 副会長
- ・慢性期リハビリテーション協会 副会長
- ・日本医療法人協会 理事
- ・日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
- ・全国老人保健施設協会 常務理事
- ・全国デイ・ケア協会 理事
- ・厚生労働省 「社会保障審議会(介護給付費分科会/介護保険部会)」 臨時委員
- ・厚生労働省 「社会保障審議会(障害者部会)」 臨時委員 他

【著書】

- * 知識・技能が身につく実践・高齢者介護 第1巻 検証!改正後の介護保険『療養病床再編と老人保健施設』(共著 ぎょうせい)2008年発行
- * 医療経営白書2008年度版『療養病床生き残りへの選択—医療・介護療養病床、介護療養型老人保健施設の経営方策』(共著 日本医療企画)
- * 認知症診療の進め方—その基本と実践—(共著 永井書店)2010年発行
- * 高齢者ケア実践事例集2010年10月「尊厳の保障を目指して—ユニットケアによる個を尊重したケアの実現—」(第一法規)
- * シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック5『苦情対応と危機管理体制』(株式会社ぎょうせい)2011年発行
- * 高齢者のための薬の使い方—ストップとスタート—(共著 ぱーそん書房)2013年発行
- * 感染制御標準ガイド(共著 じほう)2014年発行 他

【略歴】

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

S4-1

介護保険制度の施行状況と介護医療院の今後の期待

厚生労働省老健局 老人保健課長

眞鍋 馨

これから迎える多死社会に向けて、いかに医療・介護制度を継続可能な形で構築していくかが問われている。平成25年に社会保障改革国民会議報告書がとりまとめられ、その後、様々な医療・介護関係の制度改正、診療報酬・介護報酬改定が行われてきている。主にサービス提供者側に関係するものとして、医療分野では、地域医療構想の導入、医師の働き方改革、専門医制度の改革、診療報酬改定などがあげられる。介護分野では介護医療院の創設、科学的介護の推進、介護報酬改定、処遇改善などがあげられるであろう。

介護医療院については、長期に療養を送るのにふさわしいプライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となるようなすまいとしての機能と、経管栄養や喀痰吸引等日常生活上必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制を併せ持つものとして、住まい機能を確保した上で医療機能を内包した新たな施設類型として創設された。令和元年6月末時点での介護医療院開設数は、223施設・14,444療養床であった。介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老人保健施設からの移行が進むものと考えられる。

こうした改革は今後も間断なく続いていくものと考えられるが、重要なことは、患者であり要介護者でもある受給者にとって質の高い医療サービス、介護サービスが切れ目なく提供され続ける体制を継続することであり、そのためにはそれぞれの保険制度において技術革新を取り込みつつ、効率化を図り続けていくことが求められる。

こうした背景をもとに、介護保険制度の将来像について現時点の情報をもとに概説する。

S4-2

介護医療院の課題とこれからの方向性 —日本介護医療院協会の調査結果を踏まえて—

日本介護医療院協会 会長
鶴巻温泉病院 院長

鈴木 龍太

介護医療院創設から1年以上が経過した。介護医療院の機能は、従来の介護療養病床と同様の重介護者の医療・介護・看取りの機能だけでなく、リハビリテーションを提供して在宅復帰の機能も併せ持つこともできるようになり、生活の場として、従来の療養病床との違いを鮮明にしている施設も多くなっている。介護医療院に対しては、さまざまな優遇策や加算で、約10万床と考えられる介護・医療療養病床、転換型老健からの移行が促進されているが、実際には223施設、14444床(2019年6月末)にとどまり、移行が進んでいるとは言えない状況である。

日本介護医療院協会では、2019年8月に「介護医療院の開設状況に関するアンケート」を実施し、移行が進まない現状と原因把握を行った。また「2019介護医療院調査」では9月時点での介護医療院の入所者や運営状況の調査を行った。本シンポジウムではこれらの調査結果を踏まえ、介護医療院の直面する現状と課題、今後の運営を円滑にする要望事項等について集積し、介護医療院の課題とこれからの方向性を論じる。

S4-3

今後どうなる介護医療院

日本介護医療院協会 副会長
湖東病院 理事長

猿原 大和

湖東病院は、静岡県浜松市西区に位置し、開業以来38年間、地域高齢者の医療、介護、福祉に携わってきました。2002年からは、すべての病床を介護療養病床に転換、最大309床の介護療養型医療施設として運営してきましたが、2013年4月に60床を療養強化型老人保健施設湖東ケアセンターに、80床を療養型老人保健施設和恵会ケアセンターに転換しました。そして、2018年9月より60床の湖東ケアセンターをI型介護医療院サービス費(Ⅱ)に転換、2019年4月からは和恵会ケアセンター80床をⅡ型介護医療院へ転換しています。さらに、介護療養型医療施設(療養機能強化型A)湖東病院169床も2020年4月よりI型介護医療院サービス費(I)として開設する予定です。

今回は、I型介護医療院サービス費(Ⅱ)湖東ケアセンターの1年間の具体的運営状況、注意点などを中心にお話させて頂く予定です。また、I型介護医療院サービス費(I)に転換予定である湖東病院の在宅生活支援に関する取り組みと、介護医療院単独施設を運営するにあたっての課題についてお話させて頂こうと思っています。

シンポジウム5

ACP（アドバンス・ケア・プランニング） ～その理解と実践～

◆日時：12月4日(水) 14:40～16:40

◆会場：第1会場(大阪国際会議場 5階 大ホール)

◆座 長：中川 翼 日本慢性期医療協会 副会長
定山溪病院 名誉院長

◆シンポジスト：木澤 義之 神戸大学医学部附属病院 特命教授
武久 洋三 日本慢性期医療協会 会長／博愛記念病院 理事長
田中 志子 内田病院 理事長
齊藤あけみ 永生病院 看護部長

◆主 旨

2017年に私どもの目の前に、突然現れたACPを前にして、半ば狼狽しつつも、その内容を理解しようと努めてきた。2017年8月3日の、厚生労働省医政局主宰の第1回「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」で、神戸大学の木澤義之先生が膨大な資料を基にACP（アドバンス・ケア・プランニング）～いのちの終わりについて話し合いを始める～と題する講義を行った。その後、2018年厚生労働省は「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改定し、ガイドラインにACPの重要性を追加した。

私共も、2017年11月11日の総合診療医認定講座でACPを取り上げ、また、2018年春には日慢協の会員病院にアンケートを行い、ACPの認知度を調査した。さらに、2018年10月11日の日慢協の鹿児島学会で「多死社会を支える意思決定支援～現状と課題～」と題するシンポジウムを開催し、ACPについても大いに議論した。座長を勤めさせていただいた私は、このシンポジウムの成果を次のようにまとめさせていただいた。「ACPの普及が、人生の最終段階におけるケアへの反映と、これまで私共が行ってきた本人(家族)の文書による意思表示の増加に繋がることを、大いに期待している。」

このテーマは、私共が病院内では日常当たり前のように実施している行為に工夫を凝らし、磨きをかけていくという側面と、病院外で療養や生活をしている人々にその内容を理解してもらい、普及させていくという側面の二つに分けられるように思われる。

私共の役割はもちろん前者で、後者は付随的な役割になるうか。このシンポジウムが皆様のなんらかのお役に立つことができれば幸である。(中川翼)

シンポジウム5 略歴

シンポジスト

木澤 義之（きざわ よしゆき）
神戸大学医学部附属病院 特命教授

略歴

1991年	筑波大学医学専門学群卒業
1991年	医療法人財団 河北総合病院 内科研修医
1994年	筑波大学総合医コースレジデント
1997年	国立がんセンター東病院研修医(緩和ケア病棟)
1998年	筑波メディカルセンター病院医師(総合診療科、緩和ケア病棟担当医師)
2003年	筑波大学臨床医学系講師
2013年	神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野特命教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長 Asian Pacific Hospice Palliative Care Network council member 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 (E-Field) プロジェクトリーダー 日本内科学会 総合内科専門医、日本緩和医療学会暫定指導医

武久 洋三（たけひさ ようぞう）
日本慢性期医療協会 会長／博愛記念病院 理事長

略歴

昭和41年	岐阜県立医科大学 卒業 徳島大学大学院医学専攻科 修了、徳島大学医学部第3内科
昭和59年	博愛記念病院を開設

医療法人平成博愛会 理事長、社会福祉法人平成記念会 理事長、
平成リハビリテーション専門学校 校長、
厚生労働省社会保障審議会介護保険部会委員、
厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会委員、厚生労働省全国在宅医療会議委員、
厚生労働省医療介護総合確保促進会議委員、
経済産業省次世代ヘルスケア産業協議会委員、日本リハビリテーション医学会 特任理事

【著書】

「よいケアマネジャーを選ぼう」「介護認定調査 正しい受け方・行い方」「介護保険・施設への緊急提言」
「在宅療養のすすめ」「高齢者用基本治療マニュアル64」「よい慢性期病院を選ぼう」「あなたのリハビリは間違っていますか（いずれも株式会社メディス）」「こうすれば日本の医療費を半減できる」（中央公論新社）
どうするどうなる介護医療院（日本医学出版）

田中 志子 (たなか ゆきこ)
内田病院 理事長

■ 略歴 ■

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

主な資格

日本内科学会総合内科専門医、
日本老年医学会老年病専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
認知症サポート医

主な所属

沼田利根医師会理事、日本慢性期医療協会常任理事、地域包括ケア病棟協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会常務理事、全国老人保健施設協会研修委員、
日本認知症学会代議員、日本老年医学会代議員・認知症対策小委員・広報委員、群馬県老人保健施設協会理事、群馬県慢性期医療協会支部長、日本認知症グループホーム協会群馬県支部理事

著 書

「楽になる認知症ケアのコツ」技術評論社
「高齢者栄養ケア UPDATE」医歯薬出版株式会社
「施設におけるエンドオブライフ・ケア」ミネルヴァ書房
「スーパー総合医 地域利用連携・多職種連携」中山書店
「介護福祉のための医学」弘文堂
「介護福祉士講座 こころとからだのしくみ」建帛社
「医療介護福祉士認定講座テキスト」厚生科学研究所 など多数

齊藤 あけみ (さいとう あけみ)
永生病院 看護部長

■ 略歴 ■

1985年	医療法人社団永生会永生病院 入職
2007年	東京都看護協会認定看護師教育課程「感染管理」卒業 同病院 看護師長
2009年	日本看護協会認定看護管理者教育課程ファーストレベル終了
2010年	全日本病院協会看護部部門長研修終了 同病院 副看護部長
2011年	日本看護協会認定看護管理者教育課程セカンドレベル終了
2014年	同病院 看護部長

現 職 医療法人社団永生会 永生病院 看護部長
日本慢性期医療協会看護師特定行為研修講師(抗菌薬投与関連)
東京都看護人材確保対策会議委員
平成31年度厚生労働省老健事業「医療提供を目的とした介護保険施設における
看取りの在り方等に関する調査研究」委員

資 格

日本看護協会認定看護分野 感染管理
外国人技能実習責任者・実習指導員

座 長

中川 翼 (なかがわ よく)
日本慢性期医療協会 副会長
定山溪病院 名誉院長

■ 略歴 ■

昭和42年	北海道大学医学部卒業
昭和50年～ 昭和52年	脳循環研究のためカナダ・マッギール大学附属モントリオール神経 学研究所へ留学
昭和56年	北海道大学医学部脳神経外科講師
昭和60年	釧路労災病院脳神経外科部長
平成元年	医療法人溪仁会手稲溪仁会病院脳神経外科部長
平成2年	医療法人手稲溪仁会病院副院長
平成7年	医療法人溪仁会定山溪病院院長
平成28年	同上名誉院長
	現在に至る

S5-1

アドバンス・ケア・プランニング（人生会議） いのちの終わりについて話し合いを始める

神戸大学医学部附属病院 特命教授

木澤 義之

アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning:以下ACPと略)とは、「患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと」を指す。治療やケアの選好は定期的に見直されるべきであり、身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面も含むものである。また、話し合いをするプロセス自体が最も重要であり、医療代理人の選定や医療・ケアの選好の文書化は必須ではないとされている(Rietjens JAC Lancet Oncol.)。北米では1980年代から、病状の悪化に伴い意思決定能力が低下しても、本人の意思を尊重した医療を行うために、アドバンス・ディレクティブ(Advance Directive:以下ADと略)の取得が推進されてきた。しかしADをただ機械的に取得しても、患者の意向は尊重されず、QOLも向上しないことが、複数の研究から明らかとなっている。この問題を克服するために、患者の価値観を明らかにし、それらに基づいた治療・ケアを明らかにしていく話し合いのプロセスそのものを重要視したACPという概念が生まれた。ACPでは、患者がどんな人生を生き、どんなことを大切にしているか、何を希望しているかを、患者—代理決定者—医療従事者があらかじめ話し合っ、記録に残すというプロセスを重要視しており、患者・家族アウトカムを改善することが明らかとなってきている。(患者の希望が尊重した終末期医療が実践され、遺族の抑うつが減少する:Detering K.BMJ 2010) 今後高齢多死社会を迎える我が国においても、2018年に改定された人生の最終段階における意思決定プロセスに関するガイドラインならびにその解説編においてその重要性が強調されている。加えて、ACPという言葉が外来語であり、その言葉と意味する内容が一致しにくいこと、あくまで話し合い自体が重要であること、などから、厚生労働省によってその愛称が「人生会議」と名付けられ、11月30日(「いいみとり」の日)が人生会議の日と位置づけられた。このような取り組みから、国のACP普及に対する並々ならぬ意志を感じる。

ACP(人生会議)の実践においては、1)一般市民と実際に人生の最終段階に直面している人の2つのカテゴリーに分けてその介入方法を変えること、2)患者と代理決定者である家族等の話し合いを促進すること、3)患者の準備状態に応じて行い、特に希望を支えながら、もしものことを共に心配していくスタンスを忘れないこと、の3点を重視する必要がある。

S5-2

ACPに取り組む前に医療者として何をすべきか

日本慢性期医療協会 会長
博愛記念病院 理事長

武久 洋三

ある雑誌の対談において、若手の識者が「高齢者の終末期医療はお金がかかるから、止めてはどうか」と述べたことに対して結構なバッシングが噴出したことがあった。我々が調査した結果によると、終末期医療にかかる費用はさほど高くない。では彼らが指す「終末期」とは、どのような状態を想定したものなのだろうか。厚労省では、はっきりと公的に明確な定義は示していないが、日本医師会は以前に「終末期医療のガイドライン2009」において、「終末期とは、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」と示している。だが、最善の医療を尽くしてくれる医師はそんなにはいないだろうから、この定義を適応すると、終末期の患者はほとんどいないことになる。

終末期の定義は、医師により千差万別である。高齢者だから治らない、治せないと思えば、ほとんどの高齢患者はターミナル扱いとなってしまいうし、事実そのような病院が巷にあふれている。急性期病院の入院患者の平均年齢が70歳を超えている現在、増大する高齢患者の治療に医療スタッフの多くが最善の医療を尽くそうと十分な対応ができていないのかについては疑問である。

社会生産的に考えれば、若くても重度の障害者や高齢者の寝たきりなどは、正に社会のお荷物であり、お金をあまりかけたくはないと思われるのかもしれないが、それは健康に強い自信がある人のエゴイズムであり、文明国家においては、強者が弱者を労り、保護し、引き上げて、皆が平等に平均的な生活水準に近づけていくという自然発生的な共同社会にして行くというコンセンサスが必要である。

2018年度診療報酬介護報酬同時改定において、地域包括ケア病棟や療養病棟の施設基準で看取りの方針を定めることが盛り込まれたが、病気を治してほしいと思って入院してきた高齢患者に対して、入院早々に終末期対応についての意向確認について何度も問われ続けたら、「もういいや、もう生きていく気力がなくなったから、治療は結構。」と言わざるを得ないだろう。終末期医療において何より尊重しなければならないのは、患者本人の選択である。そして医師は医学的な視点で、「本当に終末期であるか」「本当に治る見込みはないのか」を冷静に判断する必要がある。

少なくとも高齢者自身のほとんどは、病気になっても早く治療してもらって、日常生活に戻りたいと思っている。感染症の治療で抗菌薬などを服用し食欲がなくなったような患者でも、適切な水分と栄養を投与すれば、みるみる回復する患者も多い。このような患者は終末期とは言えない。慢性期病院には終末期患者として紹介されてくる患者は多いが、治療改善が可能と判断すれば、積極的に治療する方針である。しかしながら本当に治る見込みがない疾患で、医師が終末が近いと判断したならば、介護医療院に転院して痛みや苦しみを取り除いて、精神的安定を第一に考えた治療を行うべきである。

医学は難しい病気や高齢化して難治性に陥った患者を治すために発展してきたものである。私たち医療スタッフは、生きようとする患者の力となって、病態を改善させるために最大限の努力をするべきである。安易にターミナルに逃げるべきではない。

S5-3

慢性期における高齢者のハッピー・エンド・オブ・ライフ・ケア ～認知症の人のACP～

内田病院 理事長

田中 志子

大誠会グループは、群馬県認知症疾患医療センター内田病院のグループのケアミックス病院で、老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホームなど様々な高齢者施設群があり、総ベッド数は400を超える。病院だけでなく、どの施設でも看取りの対応をしていて、その方にとってベストケアができる、あるいは希望する施設での看取りを選択することが可能である。私たちは、15年ほど前から国立長寿医療センターが先行して行っていた終末期医療のあり方についての意向の聞き取りを参考に、心肺蘇生法を実施するか否かだけではなく、終末期においての経管栄養や点滴の実施、酸素投与の希望の有無などについても聞き取りを行い、体調が変化するごとに繰り返し意向を再確認して進めてきた。これこそが、今、アドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)と言われているものそのものであろう。

現在日本に普及しつつあるACPのエビデンスは、まだ欧米のがんのACPのデータが殆どである。しかし世界に類をみない高齢化と認知症の方の数が多い日本では、非ガンの慢性疾患や、老衰に対するACPを行うことの方が多い。そこで認知症の人や高齢者のACPをいかに行うかを世界に先がけて考え、実施し、分析し、データ化していく必要がある。

私たちのグループが目指しているのは、病気があっても認知症でも高齢者の最晩年を、人生の中でもっとも充実し、幸せに過ごせるようなサポートをすることである。重度の認知症の方が多いグループであるから、一般的に言われているACPの関わりよりもずっと早い時期からその方の人生のナラティブをACPとして、記録することに取り組み始めている。

「ここで過ごすことができよかった」と感じていただけた際には、亡くなられた後、ご家族の意志のもと、当院の象徴でもある「終わりよければすべてよしの樹(HAPPY END OF LIFE® TREE)」に葉っぱとなって私たちのケアを見守ってもらっている。私は、老年内科医であり、認知症専門医である。当日は、日頃行なっている認知症の人のACPの実際や、多様な施設での看取りで感じていることをまとめる。

S5-4

ACPにどう取り組むか～看護師の立場から～

永生病院 看護部長

齊藤 あけみ

人生の最終段階は疾病による療養の末、最期を迎えることが多くを占め、医療の在り方は健康への回復のみならず、終末期の緩和も治療に含まれる時代となった。

2018年の統計では、死因の1位は悪性新生物、2位は心疾患であったが、老衰が脳血管疾患を抜き初めて3位となった。また、『成人肺炎診療ガイドライン2017』では、もとの疾患悪化による終末期、老衰の状態の場合など、「個人の意思やQOLを重視した治療・ケア」を行うこととし、患者背景を考慮した上で積極的な治療を行わないことが推奨された。

自宅での看取りを希望しながらも、医療機関での死亡は全体の8割近くを占めているが、医療・介護機能の再編による機能分化が進む中では、多死社会が進み価値観の変化によって、疾病に伴う治療や療養、看取りの場所は在宅や施設へと多様化し、患者や利用者の意思を尊重し継続的なケアを提供していく必要がある。よって療養の場は変化しても、関わる看護師への期待は増すと考えられる。

慢性期医療の中では、入院時または回復の見込みが無い場合、家族にDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）について説明しキーパーソンとしての代理決定者に契約を取る。

家族側の立場からは、少しでも長生きをしてもらうために最善を尽くしたいという思いから、治療という選択肢を希望するケースが多い。一方で、意思決定能力の無い患者自身が、治療を受けたいのか、最期をどこでどのように迎えたいかという希望を、必ずしも伝えきれていない状況があるとも感じている。人の生死を決断することは重大な事であり、いかなる決断をしても「これで良かったのか」と悩む代理決定者もいるのが事実である。患者の健康の回復を目指し治療やケアを実践する看護師も、患者や家族のその時々で揺れる気持ちを受け止め、倫理的課題に直面しながら家族を支援する場面もある。

2018年の人生の最終段階における医療に関する意識調査の報告では、国民の56%がきっかけが無いため受ける医療についての話し合いがされていなかった。このことから、看護には年齢・疾病、家族背景を問わず、日ごろのケアなど関わり合いの場面からコミュニケーションを取り、人生観や価値観を把握すること、意思を引き出し、くみ取った情報をつなぎ合わせる作業が求められる。日本看護協会から公表された「看護師のクリニカルラダー」は、看護実践能力に焦点化され、「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」の4つの力で構成されている。人生の最終段階における医療には、緩和・認知症ケアなども含めた本来の生活の質を維持する「支える医療」が求められる。看護はその時点のみで関わるのではなく、その人の人生の線上のひと時を共に過ごす存在として関わるためにも、4つの力を高め、活用する必要があると考える。

S5 座長

ACP(アドバンス・ケア・プランニング) ～いろいろ学んだ1年間～

日本慢性期医療協会 副会長
定山溪病院 名誉院長

中川 翼

1) この1年間にACPを学んだ機会(冊子作成、講演会・シンポジウム参加)

- ①大友宣：テーマ「医療者が知っておきたい人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)のエビデンスとプラクティス、札幌医師会・在宅医療に関する研修会、2019. 3. 6
- ②中川翼、菅原啓他職員一同：「人生の最終段階を支える医療～定山溪病院の実践～」の冊子作成、全135ページ、2019. 4
- ③北海道慢性期医療協会・講演会・シンポジウム：テーマ「慢性期医療の今日的課題～ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を考える、2019. 4. 13
- ④石川秀樹(日本救急医学会高齢者救急特別委員会 委員他：テーマ「超高齢社会の救急医療～セーフティネットの再構築とACP～」、日本病院会・北海道ブロック支部2019年度講演会、2019. 6. 28
- ⑤第69回日本病院学会シンポジウム：テーマ「地域で生きる支える～ACPの取り組み～」、2019. 8. 1

2) そこで学んだことや、課題を列挙する(順不同)。

- ①現在、終末期の意思の用紙への記入は少ないが、ACPの普及で増加することが期待される。
- ②ACPは文化の形成であり、生活支援でもある。
- ③ACPは何時から始めたらいいのか。定年時、少し老いた時、介護認定を受けた時、等。
- ④ACPは話し合いの連携(引継ぎ)がとても大切である。在宅、居宅、施設、病院、救急隊等との連携である。本人の意思が途中で消えてしまわないように。
- ⑤ACPは選択肢の提示と見直しが大事である。
- ⑥病院へ入院後も考え方が変わることへの十分な配慮が必要である。
- ⑦認知症があり、意思疎通が不十分な場合の対応は慎重に。
- ⑧決めないでいいから、とにかく話し合おう。
- ⑨本人の意思は、医療の枠組みを極端に逸脱していない限り、支えていくべきでは。
- ⑩電子カルテにACPの項を設け、医療者は誰でも見られるようにしている。
- ⑪救急で搬送されてきた高齢者の考え方をどう推し量るか。
- ⑫ACPの認知度はまだまだである。
- ⑬話し合ったことは、記録する。

3) 当院の「死亡後カンファランス」で示された 家族と医師の話し合いの一事例を提示