

記念講演

「夢は叶う」—2040地球環境はどうか、 持続可能な社会を考える

日本環境設計株式会社 取締役会長

岩元 美智彦

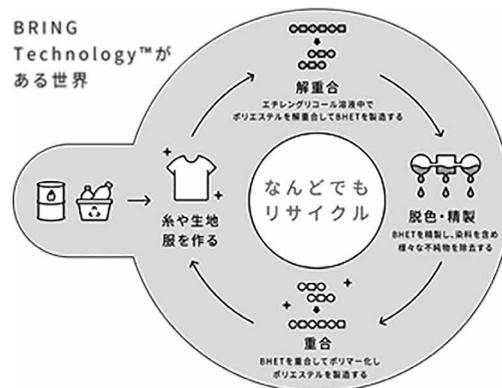
2007年に創業した環境ベンチャーである。「あらゆるものを循環させる」をビジョンに、現在は繊維リサイクルを主軸事業に、技術開発はもちろん、循環型社会形成にむけたインフラの整備や消費者参加を促す取り組みを進めている。

当社はまず、リサイクルプロジェクト「FUKU-FUKU Project」(現BRING)を立ち上げ、プロジェクトには6つの企業が参加することとなった。参加企業の店頭で消費者から集められた服は、当社がバイオエタノールにリサイクルし、重油の代替燃料としてリサイクルされた。

その次に、より環境負荷の高いポリエステルのリサイクルに着手し始める。使用済みポリエステル繊維類を原料にした繊維用再生PET樹脂を製造するケミカルリサイクル技術「BRING Technology」だ。

この技術には、ボロボロになった100%ポリエステルのLサイズのシャツを再生すると、100%ポリエステルのMサイズの新品のシャツができるリサイクル率を誇る。そして、そのリサイクルでつくられたシャツは何度もリサイクルすることができるため、ポリエステル製造におけるCO2排出量の削減に寄与できると考えている。

図表3 BRING Technologyを用いたリサイクル図
出所：日本環境設計



われわれは、この技術を活かした持続可能なもの作りには、消費者の存在が鍵であると考えている。では、消費者のリサイクル参加をどう促すか。それは「正しい」ではなく「楽しい」がキーになる。

2015年には映画『バック・トゥ・ザ・フューチャー』の公開30周年を記念したイベントを同映画の配給会社と合同で開催し、日本全国の消費者から回収した着なくなった服をバイオ燃料にリサイクル。このバイオ燃料とガソリンの混合燃料で『バック・トゥ・ザ・フューチャー』に登場するデロリアンを走らせることで、ごみを燃料にデロリアンがタイムスリップする映画のワンシーンを再現することに成功した。3か月のイベント期間中に回収したリサイクル品は20トンに及び、概算にして6万人の消費者の参加を促すことができた。

【参考文献】

Textile World (2015), Man-Made Fibers Continue To Grow

Kirchain R, Olivetti E, Miller T R, and Greene S (2015), Sustainable Apparel Materials, An overview of what we know and what could be done about the impact of four major apparel materials: Cotton, Polyester, Leather, & Rubber, Materials Systems Laboratory [Massachusetts Institute of Technology

記念講演 略歴

座長

田中 志子 (たなか ゆきこ)
第28回日本慢性期医療学会 学会長
医療法人大誠会理事長 社会福祉法人久仁会理事長

■ 略歴 ■

1991年	帝京大学卒業
1991年	群馬大学第一内科学教室 入局
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常務理事、
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・ダイバーシティ推進委員

演者

岩元 美智彦 (いわもと みちひこ)
日本環境設計株式会社 取締役会長

■ 略歴 ■

1964年鹿児島県生まれ。1987年3月、北九州市立大学経済学部卒業。卒業後に就職した繊維商社では営業職に携わるなか、容器包装リサイクル法の制定を機に繊維リサイクルに深く携わる。2007年1月日本環境設計を設立。資源が循環する社会づくりを目指し、リサイクルの技術開発だけでなく、メーカーや小売店など多業種の企業とともにリサイクルの統一化に取り組む。2015年アショカ・フェローに選出。EY アントレプレナー・オブ・ザ・イヤー 2015ジャパン チャレンジング・スピリット部門大賞受賞、Japan Venture Awards 2017中小企業庁長官賞受賞。著書『「捨てない未来」はこのビジネスから生まれる』(ダイヤモンド社)。



シンポジウム1

ディベート 2040年、日本の医療はどうなるか？ それぞれの立場で、日本の未来を語る

◆日 時：12月2日(水) 10:00～12:30

◆座 長：松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授
池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長

◆シンポジスト：福島 靖正 厚生労働省 医務技監
武久 洋三 日本慢性期医療協会 会長
江澤 和彦 日本医師会 常任理事
小熊 豊 全国自治体病院協議会 会長
猪口 雄二 全日本病院協会 会長
斉藤 正身 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
仲井 培雄 地域包括ケア病棟協会 会長

◆主 旨

2040年に高齢者の人口の伸びは落ち着き、働く人口は減少するなかで、それぞれの団体の考えをお示しいただき、それぞれの立場での未来予想図について熱く語り討論していただきたい。本学会の参加者が2040年に向けてのビジョンを持てるような、シンポジウムにしたい。

シンポジウム1 略歴

座長

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	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：医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル（2013），勁草書房。
2. 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆（2017），勁草書房。
3. 松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020），医学書院。

受賞歴

2018年 第70回保健文化賞受賞

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

■ 略歴 ■

1980年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
1981年	浜松赤十字病院 外科
1982年	国立霞ヶ浦病院 外科
1983年	慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手
1986年	池端病院 副院長
1989年	池端病院 院長(～現在)
1997年	医療法人池慶会 理事長(～現在)
2008年	社会福祉法人雛岳園[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)

全国デイ・ケア協会 理事

中央社会保険医療協議会（中医協）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 委員長
日本医師会 在宅医療連絡協議会委員
代表者会議・診療報酬実務者会議 委員

(県内)
福井県医師会 会長

主な資格

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

シンポジスト

福島 靖正 (ふくしま やすまさ)

厚生労働省医務技監

略歴

1984年	熊本大学医学部卒
2007年	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長
2009年	健康局結核感染症課長
2012年	大臣官房厚生科学課長
2013年	農林水産省大臣官房審議官
2014年	厚生労働省大臣官房審議官(医政担当)
2015年	健康局長
2017年	成田空港検疫所長
2018年	国立保健医療科学院長
2020年8月	厚生労働省医務技監

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

1966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
1984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給付費分科会委員、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

江澤 和彦 (えざわ かずひこ)

日本医師会 常任理事

医療法人 博愛会・医療法人 和香会・社会福祉法人 優和会 理事長

■ 略歴 ■

岡山大学大学院医学研究科卒業 (医学博士取得)

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。1996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。

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

受賞歴

厚生労働大臣表彰 (2012年)

役職

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

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

小熊 豊 (おぐま ゆたか)

全国自治体病院協議会 会長

■ 略歴 ■

1975年	北海道大学医学部医学科医学専門課程 卒業
1975年	北海道大学医学部附属病院第一内科勤務(医員) 砂川市立病院勤務(医員)
1976年	北海道大学医学部附属病院第一内科勤務(医員)
1979年	国立札幌病院北海道がんセンター勤務(レジデント) 札幌市北保健所医師・北海道大学医学部 研究生
1984年	北海道大学医学部内科学第一講座助手
1987年	富山医科薬科大学附属病院検査部助手 富山医科薬科大学附属病院検査部助教授
1989年	富山医科薬科大学臨床検査医学講座助教授 帯広厚生病院第4内科医長・主任医長(H2/2 より)
1991年	砂川市立病院内科部長
1996年	砂川市立病院院長

2014年	砂川市病院事業管理者
2018年	砂川市立病院名誉院長 公益社団法人全国自治体病院協議会会長就任

猪口 雄二 (いのくち ゆうじ)

日本医師会 副会長
全日本病院協会 会長

■ 略歴 ■

1979年	獨協医科大学卒業
1979年	獨協医科大学病院リハビリテーション科
1987年	医療法人財団寿康会理事長(現) 寿康会病院 院長(2018年3月)
2016年	獨協医科大学特任教授

役 員

地域包括ケア病棟協会
日本医療教育財団 理事
日本医療機能評価機構 理事
学校法人獨協学園 理事
東京都病院協会 副会長

斉藤 正身 (さいとう まさみ)

日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
霞ヶ関南病院 理事長

■ 略歴 ■

1983年	帝京大学医学部卒業
1985年	埼玉医科大学附属病院入局(放射線科および第3内科研修)
1988年	医療法人真正会 霞ヶ関中央病院入職
1990年	医療法人真正会 霞ヶ関南病院 病院長就任(2010年まで)
2000年	社会福祉法人真寿会(2019年 社会福祉法人真正会に名称変更)理事長就任(現職)
2002年	医療法人真正会 理事長就任(現職)

主な社会活動

日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
全国デイ・ケア協会 名誉会長
日本慢性期医療協会 理事
厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 臨時委員(歴任)
日本病院団体協議会 代表者会議 副議長
帝京大学医学部リハ科 特別講義講師
兵庫県立大学大学院経営研究科 客員教授
埼玉県立大学 非常勤講師
埼玉医科大学医学部 非常勤講師など

主な資格

社会医学系専門医・指導医、認知症サポート医、日本リハビリテーション医学会認定臨床医

主な著書

『ケアマネジメントと組織運営』（メヂカルフレンド社）、『主治医意見書のポイント』（社会保険研究所）、『ケアプランの上手な立て方』（日本実業出版）、『医療・介護に携わる君たちへ』（幻冬舎）など

仲井 培雄（なかい ますお）

地域包括ケア病棟協会 会長

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長

■ 略歴 ■

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

主な役職

<全国>

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

地域医療を守る病院協議会 メンバー

日本病院団体協議会 代表者会議 診療報酬実務者会議 メンバー

日本リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事

日本医療機能評価機構 評価事業運営委員会 委員

厚生労働省 老健局「介護保険総合データベースに格納するデータの第三者提供に関する有識者会議」委員

厚生労働省 保険局医療介護連携政策課「国保データベース（KDB）を用いた医療・介護連携に係る地域の特色に関する調査研究」検討会 委員

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。

S1-1

2040年、日本の医療はようになるか？

産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

松田 晋哉

2040年に日本の人口は約1億1000万人となり、社会保障財政の観点では「1人の高齢者を1.5人の現役世代で支える」かたちとなる。そして、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークになるのが2040年である。現役世代の急減による介護・福祉における人手不足の中で、社会保障費のさらなる増大が懸念されることになる。イデオロギーを超えて、医療介護が直面する問題への現実的な対応が求められるだろう。2025年問題は「高齢者の増加」が課題であったが、2040年問題はこれに「現役世代の急減」問題が加わる。

仮に今の年齢階級別・傷病別の入院受療率が変わらないのであれば、75歳以上の救急患者数は現在の1.8倍程度になる。傷病別にみるとは肺炎、心不全、脳血管障害、骨折が急増する。すでにこうした高齢の救急患者の出口問題が顕在化している。介護側から急性期病院に入院した高齢患者が、元の場所に戻れず一般病床に滞留している。患者レベルでのケアミックス化が生じているのである。この問題に対応するためには、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床をそれぞれ明確に区分して、それぞれに特化した病院を作るのではなく、ケアミックス化することが現実的な対応になるだろう。また、そうした病棟が機能するために総合医の役割が重要になるだろう。

医療ニーズの高い要介護高齢者の増加はケアマネジメントの質向上を求める。看護診断・看護計画的なケアマネジメントが必要になる。すなわちリスクを把握し、それが顕在化しないための予防的なケアマネジメントの実践である。また、85歳以上の女性の単独世帯が増加する。そうした高齢者の多くは認知症を持っている。認知症高齢者を地域でケアしていくために、医療、看護、リハビリ、福祉、生活支援の総合的なケアマネジメント体制が必要になる。

こうした流れは、地域包括ケアシステムの各要素の複合化を要求する。複合体の時代が来ると考えられる。ただし、複合体の形は同一法人、アライアンスのどちらもありうる。社会保障財政の厳しさは、サービス提供者に報酬請求事務や医薬品・医療材料の購入などのマネジメント業務を協働化するインセンティブを与えるだろう。現在、都市部では医療介護事業者のM&Aが進んでいるが、こうした動向は今後さらに拡大していくと思われる。

諸外国でもそうであるように、働き方改革による労働時間の短縮は若い医療職に歓迎されるだろう。現役世代の減少が進む中で、労働時間の短縮が起こるわけで、このような状況でどのように生産性と質の向上を高めるかが課題になる。ポイントは情報の標準化、多層的で自律的な意思決定システムという、ドラッカーの言うところの人間中心マネジメントの実践になるだろう。医療と介護の各レベルで、今後かつてないドラスティックなマネジメント改革が起こっていくのではないだろうか。

S1-2

COVID-19感染症の現状と課題からみた 医療提供体制の将来像とは!?

日本慢性期医療協会 副会長／医療法人 池慶会 池端病院 理事長・院長
池端 幸彦

2019年12月、中国湖北省武漢市から始まったCOVID-19は、瞬く間に世界中に拡大し、日本国内においても2020年3月下旬から患者数が急増し、現時点（2020年10月）でも、全国的にはまだまだ終息に向かいつつあるとは言えない状況にある。恐らくこのまま完全終息し元通りの国民生活が戻ってくることは到底考えられず、社会全体が大きなパラダイムシフトを求められる事になるであろう。

医療界もまた例外ではなく、奇しくも今回各地で叫ばれた医療崩壊危機は、これまでの長年にわたる医療費削減政策や、病床削減ありきの地域医療構想等により我が国の医療提供体制が如何に脆弱なものになりつつあるかを世間に示す事になった。一方でCOVID-19対応による一般診療の稼働率低下、一般患者の受診抑制、更には感染症対策のための支出増大等により、COVID-19患者の受け入れの有無に関わらず、診療所から民間病院、更には公的公立病院や特定機能病院にいたる殆どの医療機関が、昨年同時期と比べて大幅な収入減となった。一部には、今までが「盛られた医療ニーズ」だったのではないかと穿った見方もあるようだが、少なくとも診療報酬制度によりその収入構造を細かく規制されている現状において、医療現場のこの実情はととても看過できない。

現在全国的に、医療従事者への感謝の気持ちを伝える運動が拡がりを見せている事は大変ありがたい事である。しかしこの機にこそ我々医療現場が、これまでどのように過酷な状況に追い込まれようとしているかを丁寧に説明し、安全安心という大きな下支えがあってこそその経済発展であり、そのためにも医療は絶対守らねばならない重要なセーフティネットである事を国民に理解して頂き、今後の診療報酬や医療提供体制のあり方を示すべき時ではないだろうか。

一方で、今回の新型コロナ禍以後の患者の受診行動の変化も冷静に判断しつつ、アウトカム重視で効率的効果的な医療提供体制の構築のための変革もまた避けては通れない重要な点で有り、我々医療現場を預かる立場としても、襟を正した対応が求められている事も確かである。2040年に向けた待たなしの社会保障制度改革や医師の働き方改革、更には地域医療構想や新専門医制度のあり方、医療界におけるデジタルデバイドの解消等、どれをとってもそれは単に社会保障費の削減といった近視眼的な立場ではなく、医療提供体制全体の抜本的な構造改革が求められているのではないだろうか。

本シンポジウム1では、私からはまず我が国における新型コロナ禍対策の現状や今後、更にその後の患者の受診行動の変化等も紹介した上で、今後のオンライン診療やオンライン資格認証制度等を含むデータヘルス改革、AI診断等、更にはルフメディケーション、医師の働き方改革や地域医療構想推進による地域医療提供体制等について、守るべきもの、変革すべきものは何かと言う視点にたって、各会代表のシンポジストと共に大いに議論したいと考える。

シンポジウム2

2040 外国人労働者の働き方の行方

- ◆日 時：12月2日(水) 15:30～17:00
- ◆座 長：富家 隆樹 富家病院 理事長
- ◆シンポジスト：川端 裕之 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室 室長
沈 樹敏 富家病院 看護副主任
LE THI BICH HOP (レティビックホップ) ハードン医療短期大学 看護学部 教員
渡辺 智 IMS グループ 副理事長

◆主 旨

街を歩いている、テレビを観ているとわかるように在日外国人の数は年々増加し、外国人労働者もすべての産業で増加の一途をたどる。日本全体が人材不足を解消しようと外国人労働者に解を求めようと動いており、2019年の外国人労働者数は166万人、医療・福祉分野で働く外国人は約26,000人でこの数は年々増加している。20年後にはどの分野でも、どの職種でも、どの役職でも外国人が活躍することは移民先進国の欧米諸国をみても明らかである。

介護の分野でも2017年11月に「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」が施行され、外国人技能実習生の対象職種に介護職種が追加された。それ以降介護分野への外国人の受け入れが進んでいる。関係省庁・機関の間で長い時間をかけて受け入れ態勢を整えながら、日本における介護に関する技能、知識をいかに外国人と共有できるか常に各方面で検討し続けている。そして2018年には「特定技能」の制度が、人材不足の解消を掲げて公布された。特定技能は、2019年4月より5年間で最大345,150人の受け入れが見込まれ、介護分野においては6万人の外国人を受け入れる見込みとされている。

外国人労働者は、5年・10年と同じ街で暮らす隣人となる。移民でもないし、単なる出稼ぎ労働者でもない。昇給をし、管理者になるものもでるだろう。もちろん結婚をして子を産み家族と日本で暮らす選択肢も選べる。

そんな20年後の未来を先駆者であるシンポジスト達と想像してみたい。

シンポジウム2 略歴

座長

富家 隆樹（ふけ たかき）

日本慢性期医療協会 介護人材育成委員会 委員長

医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長

■ 略歴 ■

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

役職

日本慢性期医療協会 常任理事・事務局次長

埼玉県慢性期医療協会 会長

全国デイ・ケア協会 理事

シンポジスト

川端 裕之（かわばた ひろゆき）

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課 福祉人材確保対策室長

■ 略歴 ■

2002年に厚生労働省へ入省し、障害者福祉政策、雇用創出政策、子育て支援政策などの企画から管理まで幅広い行政分野を担当。

また、厚生労働大臣政務官（参議院議員）の秘書官を務め、国会で多くの法案の審議にも対応。2010年から2012年にかけて、医薬品産業振興の部署に着任し、日本政府の成長戦略や医薬品産業ビジョンの策定に携わるとともに、再生医療に関する規制の枠組みを定めた法律案の作成に従事。東日本大震災の際には、被災地への医薬品供給の司令塔的役割を果たした。

その後、2014年9月から2017年7月まで、JETROニューヨーク事務所に出向し、米国ヘルスケア（医療・介護分野）の動向リサーチをはじめ、日米ヘルスケア産業の促進に取り組んだ。同年8月から厚生労働省大臣官房国際課において、TPP、EPA等多国間、二国間交渉の企画・調整を経て、2018年7月から、地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革を三位一体で進める医療政策の企画立案やデータヘルス改革に従事。

現在は、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において、少子高齢社会が直面する介護ニーズに対応するため、国内外の介護人材の確保・受入れに向けた環境整備を担当。早稲田大学法学部卒。

沈 樹敏 (しん じゅびん)
富家病院 看護部副主任

■ 略歴 ■

2013年7月	西南医科大学卒業
2015年2月	日本語能力試験(JLPT)N1合格
2016年3月	日本語看護師国家試験合格
2016年4月	富家病院に就職
2019年9月	看護部の副主任に就任

LE THI BICH HOP (レ ティ ビック ホップ)
ハードン医療短期大学看護学部 教員

■ 略歴 ■

2004年	都立江原看護専門学校	卒業
2004年	医療法人社団普照会 井上記念病院	看護師
2010年	ハードン医療短期大学	看護学部教員
2013年	タインタイ大学看護学科	卒業(看護学士)
2019年	兵庫県立大学大学院	卒業(医療マネジメント修士)
2020年	大阪歯科大学大学院	在学中(博士課程)

渡辺 智 (わたなべ さとし)
IMSグループ 副理事長

■ 略歴 ■

1978年 4月	板橋中央総合病院附属中央検診センター	営業職にて入職
1979年 1月	板橋中央総合病院グループ本部事務局	企画部
1980年 5月	池袋ロイヤルクリニック	営業
1981年 2月	板橋中央総合病院	医事課
1984年 4月	新葛飾病院	医事係長
1986年 4月	新池袋商事株式会社	購買課長
1990年 5月	次長昇格と共に米国 Hale ho Aloha	駐在出向
1991年 4月	新越谷病院	事務長
1992年 4月	板橋中央総合病院	事務長
2002年10月	IMSグループ本部事務局	総合企画部 部長
2006年12月	IMSグループ本部事務局	副局長
2009年 6月	IMSグループ本部事務局	総局長
2019年 4月	IMSグループ副理事長	現在に至る。

関係団体役務

株式会社アイセルネットワークス	代表取締役会長
米国 Hale Ho Aloha Nursing Home INC.	Secretary
特定非営利活動法人 国際看護師育英会	理事長
一般財団法人 IMS国際医療支援機構	代表理事
公益財団法人 中村哲也記念財団	事務局長
一般財団法人 先進医療推進機構	評議委員

S2-1

在留外国人の未来への可能性

富家病院 理事長

富家 隆樹

シンポジウム2

報道からもわかるように在日外国人の数は年々増加し、外国人労働者もすべての産業で増加の一途をたどる。日本全体が人材不足を解消しようと外国人労働者に解を求めようと動いており、2019年の外国人労働者数は166万人、医療・福祉分野で働く外国人は約26,000人でこの数は確実に増えている。20年後にはどの分野でも、どの職種でも、どの役職でも外国人が活躍することは移民先進国の欧米諸国をみても明らかである。

明治元年の1868年に、始まったハワイへの日本人移民は、その50年後に、ハワイの総人口の4割を日系人で占めるようになった。歴史から未来を予想すると、在留外国人は、労働力だけでなく出生数でも人口減少が予想されている日本を支えていくことが考えられるのではないだろうか？

ドイツや韓国・台湾など他の先進国も労働力不足に苦しんでおり、外国人労働者を求めている。外国人労働者を選ばれる国になるために、法律的・社会的な多国籍環境を整えていく必要もある。

新型コロナウイルスは、経済に大きく傷跡を付けほとんどすべての職種で求人倍率を下げた。唯一下がっていないのが、介護・看護の求人倍率である。アフターコロナでも介護・看護分野は国内人材だけでは限界がみえる。経済が復興するにしたがってその限界はすべての業種に及ぶのは明らかである。

外国人労働者は、5年・10年と同じ街で暮らす隣人となる。移民でもないし単なる出稼ぎ労働者でもない。昇給をし、管理者になる者もでるだろう。そして結婚をして子を産み家族と日本で暮らす選択肢も選べる。

そんな20年後の未来を先駆者であるシンポジスト達と想像してみたい。

S2-2

外国人介護人材の受入れの現状と地域共生社会を見据えた今後の取組み

厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室 室長

川端 裕之

S2-3

外国人労働者から日本人労働者へ

富家病院 看護副主任

沈 樹敏

シンポジウム2

私は、今、埼玉県にある富家病院で地域包括ケア病棟の副主任を務めています。中国人として日本の看護師になることを目指して2014年に日本に来ました。現在の職場で役職者になるまでの道のりをお話しさせていただきます。

中国の四川省で育ち、2013年7月に西南医科大学を卒業し、外国で視野を広げたく、また日本の医療を学ぶべく2014年4月に日本へやって来ました。日本に来るまでに中国で日本語の勉強を始めて日本語能力試験N2に合格しました。そして日本へ来て2014年12月に日本語能力試験のN1に合格し、それから看護師国家試験の勉強をしました。勉強はとても大変でしたが2016年3月に看護師国家試験に合格し正看護師になりました。その後2016年4月から富家病院で働いています。

富家病院にはすでに中国人看護師がいて仲間がいてとても心強かったのですが、やはり現場で働く時には不安でいっぱいでした。しかし働く環境に恵まれて少しずつ仕事を覚え、2019年9月に看護副主任という責任のある立場に就くことになりました。病院には今中国人12人、インドネシア人1人の外国人看護師がいますが、みんな元気にがんばって働いています。外国人であることを意識せずに働くことができる環境です。

中国にいた時、日本は医療技術、医療制度がとても進んでいると思って日本に来ました。日本に来てみると、医療技術・制度が進んでいるのに加えてとてもきれいでみんな優しいです。日本で働くのに大事なのかとにかく日本語の勉強だと後輩に伝えたいです。そして日本で働く仲間が増えるといいと思います。

今、第10期看護師特定行為研修を受講中です。とても大変ですが、富家病院の1看護師としてしっかり知識と技術を身に付けたいと思います。

S2-4

外国人医療専門職員の人的資源管理について —外国人の日本での役割、外国人を受け入れるために日本に期待することについて—

ハードン医療短期大学 看護学部 教員

LE THI BICH HOP

日本では医療専門職の偏在や不足が指摘され、医療専門職人材の獲得と離職防止に努めることが重要となり、職場満足度と職場へのコミットメント意識の向上が図られている。しかしながら、少子高齢化の進展が激しく、国内での人材確保や離職防止だけでは、病院や介護福祉施設で働く労働力の確保は困難となっている。このため、昨今では、経済連携協定（EPA）、介護留学、技能実習や特定技能による外国人介護士の受け入れが急激に伸びている。ただし、外国人を労働力として、日本に定着させるためには、言葉以外にも文化、社会的価値観の違いなどを考慮した人的資源管理（HRM）が重要と考えられる。

まず、外国人の日本での役割について各種の在留資格によって多少違うかもしれないが一般的なイメージは安い労働者であるだろう。言葉の壁や文化の違いで職場での偏見や差別を招く恐れがある。しかし、外国人が多くなり、日本での生活に定着すると消費者、納税者、地域活性化、日本人の若者への刺激等の社会的な役割も果たす。また、先に入国し、勉強や就労の先輩として後輩への支援、指導等のリーダー的な存在や両国の関係の架け橋のような役割も持つ。

これらの役割を果たすためには外国人に対する本格的な職場定着のための方策が必要となる。この方策を検討するためにあたっては、まずは、各国の介護に関わる状況を理解しておかねばならない。その特性を知った上で適切な受け入れの準備を行う。母国と異なった環境で、馴染みのない言語や生活は、不安やストレスを高めることが予想される。これらの問題を軽減させるためには、日常生活のサポートに特段の支援が必要。即ち、職場での職務に関するサポートだけではなく衣食住という基本的な生活習慣におけるサポートが必要である。例えば、日本での生活を早く慣れるように生活指導、支援の担当者を選定し、いつでもサポートできる体制を整備することはコミットメントの観点からも重要である。本人の出来ることできないことをちゃんと見分け、指導するといったOJTは、組織の中に自分の重要性、役割を理解し、組織への情緒的なコミットを強くするために必須の内容となる。同時に人生設計、キャリアアップが見通せる体制作りも重要である。こういった事前教育から指導出来る人材を施設には準備しておく必要がある。最終的には、彼らをモータリングし、リーダーシップがとれるような仕組みがあることを示す工夫を含めたキャリア教育の見通しが示されたことが求められる。

病院や施設において外国人職員満足度を高め、職場定着してもらうためには組織内のコミットメントだけではなく、このほかの文化的、宗教的、社会的なコミットメントを検討していただくことで日本人と共に働き、共に成長していくことが期待できると思われる。

S2-5

IMSグループにおける外国人労働者との関わり

IMS グループ 副理事長
渡辺 智

シンポジウム2

本学会より私が頂いた命題は、外国人労働者の方々と関わった経験からの紹介と理解し、小生が関わった3つの内容をお話させていただきます。

IMSグループでは十数年前の看護基準改定と自院の診療体制確立のために外国人看護師育成に力を入れました。結果として四百人を超えの看護師を送り出し、看護基準の取得による経営の優位性に寄与しました。また我が国で、30年程前は介護老人保健施設が中間施設と呼ばれていた時代で、要介護高齢者の受け皿施設として整備が進む直前でした。IMSグループはその何たるかを、アメリカ合衆国ハワイ州ホノルル市にあるハレホ・アロハ・ナーシングホームを直接経営して内側から見ることにしました。その関係で米国の介護スタッフと30年接してきた経験があります。そして現在当グループでは、介護スタッフ不足の中、外国人介護人材養成のスキーム作りを進めています。この3点の経験及び現状を紹介させていただきます。

最初に外国人看護師育成からは幾つか関わり合い要点を学びました。それは出身国の医療状況の違い、出身国の経済状況における留学生の意識変化、各国の医療歴史における看護感の違いなどでした。結果それらの習慣・価値観の違いを我が国の医療にどう合わせるかの調整が大きな課題となりました。具体的には、自国での医療における業務範囲の違いや、やり方の違いにおいて、なぜそうなのかの根底まで戻った学習で理解を求める必要がありました。

そして米国ハワイ州では、ハレホ・アロハ・ナーシングホームを通じて、米国医療・介護との定期的な触れ合いをIMSグループスタッフはハワイ研修を通じて重ねてきました。当初、医療・介護共先進国だった米国は、我々が医療・介護への参考事例を収集するための研修でした。しかし、世界で最初に超高齢化社会に突入した日本の医療・介護は大きな進化を遂げていると感じています。その結果現在は、研修目的が双方の参考すべき部分の情報交換の場となっています。

そんな中でも、医療・介護の本質をディスカッションする場では、言語や制度の違いにかかわらず本質は同じなのだということが、今まで数重ねてきた研修にて結論付けられています。そして現在の我が国では、介護人材の不足対策としての対応が急務で、その実状を踏まえ外国人介護スタッフ確保の現状と留意点を、本シンポジウムで討議できればと願っています。

しかしながら今回の新型コロナウイルスの影響で、看護師育成や介護人材留学生の来日は滞っているのが実際です。加えて中国人留学生は、今後の国際情勢からも影響されるのではと想像しています。我々医療・介護事業関係者が心から望むのは、国家のインフラとして自国の労働人材で循環すること、それが可能な経済と医療・介護制度になってくれることではないでしょうか？特に近い将来における我が国の人口減少下における供給体制では、そうあって欲しいと願っているところです。

シンポジウム3

2040 AI・ICTの実用化はどこまで推進されるのか？

◆日 時：12月2日(水) 17:10～18:40

◆座 長：進藤 晃 大久野病院 理事長

◆シンポジスト：井上 祥 株式会社メディカルノート代表取締役・共同創業者
石川 翔吾 静岡大学情報学部情報科学科 助教
高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授

◆主 旨

2040年に向け急スピードで進むAI・ICTの活用がどの様に慢性期医療の現場を作り出しているのかについて、現状と未来をディスカッションしていただきたい。

シンポジウム3 略歴

座長

進藤 晃（しんどう あきら）
医療法人財団 利定会 大久野病院 理事長

略歴

1989年	埼玉医科大学卒業 埼玉医科大学附属病院 循環器内科 入職
1992年	大久野病院 入職
1996年	大久野病院 院長 就任
2014年	公立阿伎留医療センター 客員部長

その他法人

社会福祉法人ゆりかご会 理事
社会福祉法人白百合会 理事長

役職

東京都病院協会 常任理事
東京都慢性期医療協会 会長就任
日本品質管理学会 代議員
日本慢性期医療協会 常任理事

シンポジスト

井上 祥（いのうえ しょう）
株式会社メディカルノート 代表取締役・共同創業者

略歴

2009年横浜市立大学医学部卒。横浜労災病院初期研修医を経て2011年より横浜市立大学大学院医学教育学・消化器内科学、2015年3月に医学博士。「医師と患者をつなぐ」を理念に大学院在学中の2014年10月に株式会社メディカルノートを協同創業し現在、代表取締役。

Medical Noteは2020年4月時点で月間2000万人程度のユーザーを持つ日本最大級のインターネット医療情報プラットフォームへと成長し、Yahoo Japan、東京海上ホールディングス、アフラックや横浜市と提携中。Forbes Japan、日本経済新聞などメディアでも多数取り上げられる。

役職等

2008年北京頭脳オリンピック“WMSG”チェス日本代表。日本オリンピック委員会中央競技団体ドクターとして2013年仁川アジア大会チェス日本代表のアンチ・ドーピングを担当。公益財団法人日本医療機能評価機構EBM普及推進事業運営委員。NPO法人JAMSNET東京理事。横浜市立大学医学部非常勤講師。千葉大学客員研究員。横浜市立大学医学部同窓会倶楽部常任理事。一般財団法人横浜総合医学振興財団 理事など。

石川 翔吾 (いしかわ しょうご)

静岡大学情報学部 助教

■ 略歴 ■

2005年	静岡大学情報学部情報科学科卒業
2006年	静岡大学大学院情報学研究科修了
2011年	静岡大学創造科学技術大学院修了(博士(情報学))
2013年	玉川大学脳科学研究所特別研究員
2013年	静岡大学情報学部助教

学会活動

情報処理学会高齢社会デザイン研究会 (幹事)
人工知能学会コモンセンスと感情研究会 (幹事)

人間の心身の状態を観察するシステムの開発やAIのモデルを使った人間と機械のインタラクションをデザインする研究に従事。当初は子どもの発達過程に着目して母子のコミュニケーションに着目していたが、獲得と喪失という双対の関係にある認知症の課題解決に取り組んでいる。介護や医療現場、本人や家族と一緒に考え課題解決する研究スタイルで人間中心の解決方法を模索している。

高橋 泰 (たかはし たい)

国際医療福祉大学大学院 教授 (専攻主任)

■ 略歴 ■

1959年石川県金沢市生まれ。1986年金沢大学医学部卒、1986年東大病院研修医 (1内、3内、2内、麻酔科)、1992年東京大学大学院医学系研究科修了 (医学博士 (医療情報))、1992年米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、1994年ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、1997年より国際医療福祉大学教授、2004-8年医療経営管理学科長、09-15年大学院教授、2016-20年3月医療福祉学部長、20年4月より現職。

2016年より安倍内閣未来投資会議構造改革徹底推進会合副会長

S3-1

医療におけるデジタル化がもたらすもの —デジタル・トランスフォーメーションからデジタル・マーケティングまで

株式会社メディカルノート代表取締役・共同創業者

井上 祥

2020年、世界は新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）との戦いに直面した。その中で、急速に様々な分野でパラダイム・シフトが起こりつつある。その一つがデジタル・トランスフォーメーション（以下、DX）である。オンライン会議、リモートワークが当たり前になり、宴会や婚活すらもオンラインで行われるようになってきている。

また、一方でこのコロナ禍は日本のデジタル化の遅れを露呈する結果ともなった。スイスの有力なビジネススクールであるIMDが発表した2020年版の世界競争力ランキングにおける“デジタル技術”の部門で62位にとどまる評価となった。コロナ対策においても感染経路の調査は電話の聞き取りやFAXによる情報の収集が行われ、給付金のネット申請でも障害が頻発し、執行には遅れが生じた。政府におけるデジタル化の遅れも露呈する結果となった。そのような中、2020年に就任した菅義偉総理大臣はデジタル庁の創設を決定した。

IoT、5G、オンライン診療…たくさんのキーワードが語られてきているが、医療におけるDXも急速に進むだろう。その中でも時間的・空間的制約を超えるアクセスの改善、データの活用とAIの活用などの軸がある。学会や研究会などのアカデミックな活動においてもデジタル化は急速に進んでいる。本学会がウェブ開催となったこともまさにその変化の一つである。

また、日本慢性期医療協会ではコロナ以前より広報委員会を中心としてデジタル・マーケティングに積極的に取り組んできた。その一つが“慢性期ドットコム”である。医療系の学会や協会などが団体としてオウンドメディアを用いたデジタル・マーケティングに積極的に取り組んできた事例は稀有である。

現代の医療における情報源の主役はインターネットである。2015年のGoogleの発表によれば、検索処理にかけられている医療関連ワードは1日におよそ1.5億にのぼる。また、2017年の横浜市の調査では50%を超える市民が大きな手術を受ける際にインターネットによる情報を参考にして病院を選択しているとされている。この調査では雑誌・書籍はわずか3%程度に留まっている。スマートフォンが急速に進歩する中、これからさらにインターネットにおける医療情報は存在感を増すだろう。

本シンポジウムではコロナ禍におけるDXからデジタル・マーケティングなど様々な変化とこれからの医療について考えていきたい。

S3-2

人間の拡張を目指したデータ化とデータ活用

静岡大学情報学部情報科学科 助教

石川 翔吾

現在のAIの社会的なイメージは、仕事が奪われる、何となく怖いといったネガティブなものが多いようだ。AIに対する様々な議論が行われているが、私はその議論の多くはあまり本質的ではないと考えている。漠然とした対象を仮定して議論するのではなく、何がどこまでできるのかを実際に設計し理解することと同時にその影響、規制や倫理的側面について議論しなければ、現場で本当に必要な事も実施できなくなってしまう状況も生じてくる可能性がある。

超高齢少子多死社会の将来を見据えて我が国で提唱されたSociety 5.0は、フィジカル空間とサイバー空間を高度に融合させ、様々な社会的課題の解決を目指すものである。その中では、フィジカル空間で得られたデータをシステムが解析し、人間へフィードバックするというデータの利活用が具体的な方法論として提案されている。この方法論の中の重要なポイントは以下の3点に集約されるだろう。

- 1) 何のためにどんなデータを作り出す必要があるのか（エビデンスの創出）
- 2) データをいつ、どうやって活用するのか（エビデンスの活用）
- 3) データによって誰がどんな恩恵を受けるのか（アウトカム）

このような要素を取り入れたシステムをデザインする際の典型的な失敗例としては、一つのステークホルダーのためだけに設計されている場合であろう。特に多職種が集う慢性期の現場においては、多様な人の仕事をアシストし個々のパフォーマンスを高めるためのシステムデザインがポイントになるのではないかと。管理をするという視点に立つと、多様な人の意見を組み込むのは非常にコストがかかる。そのため、人を管理するという現状のアプローチにAIやICTを活用するのではなく、それぞれの専門性を活かせるような個々人の「拡張」を目指すことが今後重要になってくると考えている。例えば、ヒューマンエラーを生じさせないようにするために自動化システムの導入が検討されるが、自動化されることによってシステム利用者の思考停止を導き、別のヒューマンエラーを引き起こす事も現場では生じている。思考の範囲や深さをスケールアップさせる道具としてAIやICTを使うことができれば、持続的に個々の仕事のパフォーマンスを高めて、システムと協同しながら働く環境の構築も目指せるのではないだろうか。

本発表では、我々の進める実践的研究について紹介し、2040年を見据えたAI・ICTの役割について考えてみたい。

S3-3

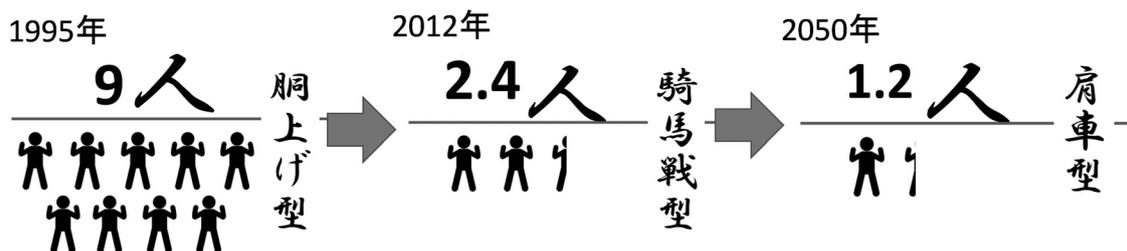
人口減少社会のパートナー 「働き手の生産性向上に有効なAI,ICT技術」の紹介

国際医療福祉大学大学院 教授

高橋 泰

図1は、20歳から64歳の社会を支える世代が何人で高齢者（65歳以上）一人を支えねばならないのかの推移を表している。1995年当時は、20-64歳が9人で一人の高齢者を支えればよかった時代であり、このころは「胴上げ型」社会と呼ばれている。2012年は2.4人で一人の高齢者を支え「騎馬戦型」社会、2050年になると1.2人に一人を支える必要があり「肩車型」と呼ばれる社会になる。更に「働き方改革」が進むので、一人当たりの労働時間は、現在よりもかなり短くなる。

今後、とんでもない「働き手不足」時代がやってくることは、間違いないだろう。



(図1：20歳から64歳世代が何人で高齢者一人を支えねばならないのかの推移)

生産性をあげるAIの活用が至上命題

「人口減少」で働く人が減り、「働き方改革」で一人当たりの労働時間が短くなるが、提供すべきサービス量は短期間では簡単に減少しないだろう。このような状況に対応するには、一人一人の職員が決められた時間内に生み出す成果を増やす、すなわち“一人当たりの生産性を上げる”以外に方法はないだろう。以下、シンポジウムで動画を用いて紹介する生産性をあげるために有効な注目すべきAI・ICT技術を示す。

(1) 勤務表自動作成

病院の生産性を劇的に向上させるには、個人の希望、忙しさに応じた人員配置、勤務時間内の忙しさの平準化、他の職種との働き方を上手く連動させるなどによる職員の働き方の全体最適化などが必要になる。これらの複雑な要素を可能な限り満たす勤務表が、AIにより自動作成されるようになるだろう。

(2) 目と判断力、予知能力を持つ監視モニター

これまでのモニターは、基本的に観測し、その結果を人に伝えるものであった。今後の監視モニターは、ディープ・ラーニングをもとにした画像解析能力が向上し、患者さんがどのような状態にあるかを理解し、必要な時に、必要なメッセージを送ってくれるようになる。

(3) 安価で情報の利活用が可能になるクラウド上システム

クラウド化の利点は、①安く現場にシステムを提供できる、②仕事の生産性が上がる、③データの利活用ができることである。今後病院システムのクラウド化も急速に進むだろう。

シンポジウム4

ACPをどうとらえるか ～多職種の違いを聞く～

◆日 時：12月3日(木) 9:00～11:30

◆座 長：中川 翼 日本慢性期医療協会 副会長／
医療法人溪仁会定山溪病院 名誉院長
田中 志子 内田病院 理事長

◆シンポジスト：木澤 義之 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
鈴木 龍太 日本介護医療院協会 会長／医療法人社団三喜会理事長／
鶴巻温泉病院院長
桑田美代子 青梅慶友病院 看護介護開発室長
岩淵 英子 特別養護老人ホーム大井苑 施設長
塚本 晃平 定山溪病院 地域連携室 室長・医療ソーシャルワーカー

◆主 旨

一昨年、昨年に引き続き「人生の最終段階における医療とケアの在り方について」の三年目のセッションである。改めて、多死社会を迎える今、ACPについて討論をしていただきたい。

シンポジウム4 略歴

座長

中川 翼（なかがわ よく）

医療法人溪仁会定山溪病院名誉院長 日本慢性期医療協会副会長

■ 略歴 ■

1967年	北海道大学医学部卒業
1975～1977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
1981年	北海道大学医学部脳神経外科講師
1985年	釧路労災病院脳神経外科部長
1989年	医療法人溪仁会手稲溪仁会病院脳神経外科部長
1990年	医療法人手稲溪仁会病院副院長
1995年	医療法人溪仁会定山溪病院院長
2016年	同上名誉院長 現在に至る

田中 志子（たなか ゆきこ）

第28回日本慢性期医療学会 学会長

医療法人大誠会理事長 社会福祉法人久仁会理事長

■ 略歴 ■

1991年	帝京大学卒業
1991年	群馬大学第一内科学教室 入局
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常務理事、
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・ダイバーシティ推進委員

シンポジスト

木澤 義之 (きざわ よしゆき)

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

■ 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)
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、日本緩和医療学会緩和医療専門医

鈴木 龍太 (すずき りゅうた)

日本介護医療院協会 会長

医療法人社団 三喜会 理事長／鶴巻温泉病院 院長

■ 略歴 ■

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

社団法人日本脳神経外科学会 専門医

日本リハビリテーション学会 専門医 指導医

日本リハビリテーション病院・施設協会理事

神奈川県慢性期医療協会 会長

日本慢性期医療協会 常任理事

桑田 美代子 (くわた みよこ)

医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長

■ 略歴 ■

看護師資格取得後、急性期病院、看護教員、東京都立松沢病院（痴呆疾患治療病棟）勤務を経て

1994年	青梅慶友病院入職
2000年	千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程修了
2003年	日本看護協会認定「老人看護専門看護師」取得

その他主要著書

『老年症候群への緩和ケアの実際、チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア』（南山堂、共著）『新版 認知症の人びとの看護 X. エンド・オブ・ライフにおける諸問題と支援』（医歯薬出版、共著）高齢者のエンドオブライフ・ケア実践ガイドブック『死を見据えた日常生活のケア』『死を見据えたケア管理技術』（中央法規）『認知症の緩和ケア』（南山堂、共著）

岩淵 英子 (いわぶち えいこ)

社会福祉法人樹会特別養護老人ホーム大井苑 施設長

■ 略歴 ■

2000年	医療社団富家会 富家病院 介護 勤務
2006年	グループ内勤務異動につき、退職
2006年	社会福祉法人 樹会 特別養護老人ホーム 大井苑 寮母長 就任
2015年	社会福祉法人 樹会 特別養護老人ホーム 大井苑 施設長 就任
2018年	地域密着型特別養護老人ホーム 鶴ヶ岡苑 施設長兼務 就任

塚本 晃平 (つかもと こうへい)

医療法人溪仁会 定山溪病院 地域連携室 室長

■ 略歴 ■

2002年	北星学園大学 社会福祉学部 福祉臨床学科 卒業
2003年	医療法人溪仁会 定山溪病院 入職
2012年	同院 経営管理部 医療福祉課 主任代理
2014年	同院 地域連携室 主任
2016年	同院 地域連携室 室長補佐
2019年	同院 地域連携室 室長

S4-1

日本慢性期医療協会と、ACP

日本慢性期医療協会 副会長／医療法人溪仁会定山溪病院 名誉院長

中川 翼

1) 日本慢性期医療協会：終末期に関するアンケート

①概要：

*実施：2018年3月 *対象：日慢協会員で医療療養病床、介護療養病床を有する病院の理事長、院長、副院長、看護部長 *回答病院272病院 *回答率（質問用紙発送病院を1000病院とすると）：27.2%

②終末期の意思確認のための用紙記入：

*医療療養病床：1年間の死亡患者17467名の内、7079名（40.5%）
*非回答病院が同じ割合で死亡患者がいて、全て事前指示書を記入していなかったとして11.02%
*介護療養病床：1年間の死亡患者3462名の内、2159名（62.4%）
*非回答病院が同じ割合で死亡患者がいて、全て事前指示書を記入していなかったとして16.98%
*つまり、回答率を勘案すると、日慢協会員病院の事前指示書記入は：死亡患者30%程度と推測される。

③事前指示書記入者：

*80%以上は患者家族である。
*本人の記入は18%（医療療養）、8%（介護療養）である。

④ACPの認知度：

*よく知っている、多少知っているをあわせて：71.2%

⑤ACPを患者に勧めていますか：

*大いに進めている、稀に進めているあわせて：36.2%（医療療養）、43.0%（介護療養）。

⑥ACPを勧めていく主な職種。キーパーソン：（両病床含めて、複数回答）

*医師、看護職：80%かそれ以上
*医療ソーシャルワーカー、家族：50%程度
*介護職、リハ療法士、職種を問わない：20~40%程度

2) 「治療する医療」、「支える医療」とパターンリズム

*「治療する医療」、「支える医療」どちらの場合でも、患者さんや家族の意向を十分尊重しないパターンリズム（一方的な押し付け医療）だけは、過去の遺物であると語れるような「良質な慢性期医療」を目指していきたくものである。

* ACPが有益な手法として、各病院のこれまでの取り組みに追加されていくのではないだろうか。

* 在宅、居宅、施設における本人の希望が入院後も継続していくような枠組みの形成が今後の課題であろうか。

S4-2

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）をめぐる 考え方の混乱

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

木澤 義之

ACPに関しては大きな誤解と混乱が見られる。基本的には言葉の混乱である。ACP、AD（Advance Directives：事前指示）、EOLD（End-of-Life Discussion：終末期医療に関する話し合い）のそれぞれの定義が曖昧であり、その言葉が何を意味するかが各人によって違うため話が噛み合わなくなることが多い。例えば、ACPを本人の終末期に関する話し合いおよびその意思決定支援全般と捉えていること、ご家族と今後のご本人の終末期医療をどうするかについて話し合うことについてもACPと呼んでいること、ACPを生命維持治療について話し合うことだと思っている、など枚挙にいとまがない。

ACPの定義には大きく分けて2つの考え方がある。ひとつは狭義のACPであり、ACPはあくまで、「患者が意思決定できなくなったときに備えて」行うものとする考え方である。もう一つが広義のACPの捉え方であり、ACPの話し合いの内容は意思決定能力がなくなったときに限定されず、患者が今現在、そして近い将来どのような治療・ケアを望んでいるかという話し合いと不可分であるという考え方である。一方で広義のACP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』と定義される。その過程においては、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を含むこと、治療やケアの選好は定期的に見直されるべきであること、医療代理人の選定や医療・ケアの選好などの話し合いの結果を文書化してもよいことなどが重要であるとされている。

EOLDとはEnd of life communication とも呼ばれ、患者さんが死が近づいたときに受けたい医療やケアに関する目標や具体的な選好を明確にするための話し合いのことを指す。EOLDと狭義のACPを合わせたものが広義のACPとほぼ同等の内容を指すこととなる。

わが国では、患者の意向を尊重した医療を実践するためにACPの普及が望まれており、厚生労働省の委託事業である「人生の最終段階における医療体制整備事業」が実施され、独自のACPプログラムであるE-FIELDプログラムに基づいたACPの啓発普及がなされている。ACP実践の要点は、1) 侵襲的でないコミュニケーションを心がけること、2) 代理意思決定者をまず選定し、代理意思決定者とともに意思決定を進めること、3) アドバンス・ディレクティブやDNRなどの書類や決まりにとらわれず、患者の価値や決断の理由を探索すること、の3点である。本講演では同プログラムに基づいてACPの基礎と実践を概説し、臨床での応用についても述べる。

S4-3

ACPと言われても —介護医療院の現状—

日本介護医療院協会 会長／医療法人社団三喜会理事長／鶴巻温泉病院院長

鈴木 龍太

2018年4月に介護医療院が開設された。介護医療院の施設基準にターミナルケアに係る計画を入所者・家族・医療多職種が共同で作成し、状況に応じて、繰り返しカンファレンスを行うことが含まれた。ターミナルケアの計画を施設基準としたのは介護医療院が最初である。

同時期の2018年3月に厚労省は「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「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」と名称変更し、Advance care planning (ACP) の取り組みの重要性を強調した。また2018年11月30日にはACPの愛称を「人生会議」と決定し、その周知、普及に努めている。

このように介護医療院でのターミナルケア計画作成と厚労省の進めるACP、人生会議の普及が重なり、介護医療院ではあたかもACPを実施することが義務化されているとの考え方が一部ではあった。もしくは介護医療院で開催するターミナルケアの多職種カンファレンスの名所をACPと言っている場面に良く遭遇した。

ここでACPの定義を確認すると「成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと」であり、自分が意思決定できなくなったときに備えて、前もって自分の意思を伝え話合う場の設定である。つまり、患者本人の参加が前提である。

今回のシンポジウムに当たり、介護医療院で実際に行われているターミナルに関する多職種カンファレンスに関して、本人参加の有無、参加していない場合は本人の意思確認をどのようにしているか、それは参加者間で一致できたのか、等を調査した。調査対象は鶴巻温泉病院介護医療院、日本介護医療院協会の2020年度調査で回答して下さった全国の介護医療院約120施設である。その結果、本人が参加できた多職種カンファレンスは10%程度で非常に少なく、殆どはACPを開催しているとは言い難いことが分かった。比較として、鶴巻温泉病院緩和ケア病棟でのカンファレンスの本人参加についても調査した。

介護医療院入所者の平均要介護度は4以上であり、介護医療院に入所する時点ではACPへの本人の参加は難しい状況になっていると思われる。ACPは事前の協議ととらえると、健康な状態での開催、急性期、回復期での開催を勧めていくことが重要であると言える。またACPに本人が参加できない場合のカンファレンスの名称も統一したものがなく、「人生の最後の意思確認ミーティング」等、名称についても提案したいと考えている。

S4-4

日々のケアがACP —共に考え、共に揺れる—

青梅慶友病院 看護介護開発室長

桑田 美代子

豊かな最晩年をつくる

青梅慶友病院（以下、当院）は、許可病床数736床、入院患者の平均年齢約90歳、平均在院期間3年7ヶ月、9割が認知症を有し、9割が死亡退院する「終の住処」の役割を担った施設である。1994年6月、わが国の超高齢社会を見据え、私は老人看護分野を専門領域にしたいと考えこの病院に就職した。当時、「目的なしに行動を制限することは身体拘束である」という病院の考えの下、抑制帯使用者はいなかった。また、食を「五感（見て・噛んで・香り）で味わう」ためミキサー食・きざみ食にはしない。「褥瘡は絶対つからない・治す」を掲げ、観察とケアを徹底する。「安易な理由でのチューブケアは行わない」を掲げ、カテーテル類を抜去するための様々な取り組みを多職種チームで行うこのようなケアが実践されていた。これらは、超高齢者一人ひとりの“豊かな最晩年をつくる”という当院の理念を実現する仕組みである。豊かな最晩年は死を見据えてこそつくることができる。なぜなら、死を見据えるからこそ、日々の生を支えるケアが重要となるからである。つまり、当事者である超高齢者の意思決定が困難であっても、家族やケアチームが本人の意思をくみ取り、本人が望む人生の最晩年を共に考えることをその当時から行っていたのである。日々のケアの中から意思を紐解く

「ACP」について一気に注目されるようになった。死をタブー視せず、語り合えることは大切なことである。しかし、医療・ケアについて話し合う時、“医療”だけに焦点が当てられているようにも感じる。しかし、言葉で意思を伝えられない、自らの力で生活を営むことが困難になった超高齢者の場合、医療行為以上に“日々のケア”が緩和ケアであり、スピリチュアルケアであり、エンドオブライフ・ケアに値すると考えている。つまり、日々のケアの中から超高齢者の意思をキャッチし、ケアに反映させる。その日々のケアがあつてこそ、ACPにつながるのではないだろうか。明快な答えがみつからない中、当事者の立場になり共に考え、共に揺れる。揺れながら進むことも「その人らしい最晩年」を模索する上では重要なことであると考えている。

ケアする者の倫理的行動規範

“日々、繰り返されるケアこそ価値がある”、それは現場の第一線でケアしているスタッフ達に日々のケアの価値に気づき、自信と誇り、そして、責任をもって欲しいという願いでもある。それと同時にACPを考える時、超高齢者や他職種に対し、敬意をもち対応している振り返る必要はないだろうか。ケアする者の倫理的行動規範についても振り返る必要があると考えている。

S4-5

最期まで自分らしく生きるために

社会福祉法人 樹会 特別養護老人ホーム 大井苑 施設長・介護福祉士

岩淵 英子

はじめに

日本人の平均寿命が世界でトップとなっている現在、生かされて長生きするのではなく、いつまでも健康で、少しでも満足した最期を迎えたいと思う人がほとんどかと思う。

しかし、この先の人生がどのようなものになるのかは誰にもわからない。

万が一に備えて、自分の大切にしていること、考えている事を、大切な家族・周りの人たちと話し合う事が出来たら。

最期の言葉を「ありがとう」と結べるように。

考察

大井苑で大切にしている「ナラティブ」。ご利用者の人生を「物語」と捉え、その方の今までの物語に寄り添い共感することで、優しいケアにつなげる。そして、これからの物語を笑顔あふれる素敵な1ページとなるように一緒に紡がせていただく。その為に何が出来るのか、何をすればいいのかを皆で考える事が、全てのケアにつながると大井苑では考える。

大井苑は定員100名。内、透析者74名。昨年の年間看取り者数は27名。晩年、意思決定能力が低下していく中で、自分の思いを周囲へ伝える事は果たして可能なのだろうか。

昨年は透析の離脱という問題が大きくニュースで取り上げられるような事もあったが、大井苑でも透析者の方の看取りの場合、離脱までの思い・離脱後の思い等々、ご家族、職員を含めご本人の思いの中でどのような支援が出来るのか、悩む事も多い。大井苑の現状としては、ご本人・ご家族がそれぞれの思いを共有出来ていない事も多く見られる。そんな中で、ナラティブはご利用者・ご家族・スタッフのコミュニケーションツールとしても大切な役割を担っている。昨年は透析離脱後のお看取りは3名。今年は1月から8月までにすでに5名の方が透析を離脱後お看取りをさせていただき、現在1名の方が透析を離脱されている。透析を離脱され早い方は次の日に。一番長い方はお看取りまで1年9カ月弱。最期に望む事とは、最期の思いに寄り添うとは。

まとめ

色々な事情から「終の住処」として施設での生活を選択されたご利用者との日々の生活の中から、見えてきたもの・教えていただいた事を今回皆様と共有する事で、それぞれの場所でのACP（アドバンスケアプランニング）を考える上での引き出しのひとつにしていただき、安心して物語の最期が迎えられお手伝いが出来たらと思う。

S4-6

慢性期医療機関のMSWが考えるACP

定山溪病院 地域連携室 室長・医療ソーシャルワーカー

塚本 晃平

1. 定山溪病院の取り組み

当院は慢性期医療機関として主に長期にわたり、治療・療養が必要な患者への生活支援を重視してきた。1999年より先駆的に終末期医療に取り組む中で、MSWはターミナルケアカンファレンス、死亡後カンファレンスで終末期の関わりを意識するようになった。入院前相談で患者、家族の意思確認を行う役割を担っている。

2004年に当院独自の終末期意思確認書を開始。2009年に5年の実績を基に改訂。近年はACPの概念も加わり、2020年7月に医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、MSWのコアメンバーでACPワーキングチームを発足。看取りのあり方、ACPの捉え方を院内に浸透すべく協議を重ねている。

2. MSW対象、ACPアンケートの分析

*対象：北海道慢性期医療協会会員病院のMSW150名。

*アンケート項目：2018年3月に日本慢性期医療協会で行った終末期に関するアンケートと一部同じ設問。

*回収率：76% (114/150名)。

*結果：

- ① ACPについては、「良く知っている」10%、「多少知っている」68%、「あまり知らない」18%、「全く知らない」4%。
経験年数5年未満は「あまり知らない」、「全く知らない」と回答した割合はいずれも60%であった。
- ② 「患者に勧めている」53%。「あまり勧めていない」28%。「まったく勧めていない」17%。「まだ理解できていない」11%であった。
- ③ 「今後勧めていこうと考えている」28%。「今のところ考えていない」15%、「少し様子を観て考えたい」41%であった。
- ④ 「ACPに取り組んでいる」32%、「これから取り組もうと考えている」17%。「取り組んでいない」42%であった。
- ⑤ 「ACPを勧めていく主な職種」（複数回答）でMSWと自覚している割合は46%であり、医師60%、看護師54%に次ぐ数値であった。「職種にこだわらない」が36%で、日本慢性期医療協会のアンケート結果よりも回答が多かった。自由意見では、職域を超えて組織を動かすことの難しさを考えているMSWが多かった。

3. MSWが考えるACP

- ① ACPの認知度は78%あり、約半数は実践できている。院内全体での取り組みとしてはこれからであり、MSWはチームの中心になりえる。
- ② 患者が「どのように生きていくか」を支えるためには、職種にこだわらずMSWはそっと見守るポジショニングも必要であるとする。
- ③ 慢性期MSWの役割として、入院前より関わることができ、退院後もフォローアップが可能、院内多職種と地域をつなぐことにも長けている。一人ひとりの人生はすべて違うため、多彩な支援ができるように経験値をチームに還元していきたい。

シンポジウム5

2040 地域共生社会の中で認知症の人とどう生きるか

◆日 時：12月3日(木) 12:50～14:50

◆座 長：熊谷 頼佳 京浜病院 院長

◆シンポジスト：丹野 智文 認知症を持つ人ご本人
前田 隆行 DAYS BLG！ 代表
小泉 則子 永生病院 認知症看護認定看護師
黒木 勝紀 内田病院グループ 介護統括部 統括介護部長・
認知症介護指導者
山口 晴保 認知症介護研究・研修東京センター センター長/
認知症専門医

◆主 旨

認知症施策推進大綱において、「共生と予防」が示された中で、2040年ではどこまで地域共生社会が進み、その中で認知症の方々は何を考え、どう生きていくのか、私たち医療・福祉の立場からどんな支援ができるのかについて、ディスカッションをしていただきたい。

シンポジウム5 略歴

座長

熊谷 頼佳（くまがい よりよし）
医療法人社団 京浜会 京浜病院 院長

略歴

1977年 慶應義塾大学医学部卒業後、東京大学脳神経外科教室入局。東京警察病院、都立荏原病院、東京大学医学部附属病院、自衛隊中央病院などを経て 1985年 新京浜病院院長、1992年 京浜病院院長に就任。脳神経外科専門医でありながら慢性医療に専念し、認知症治療に特化。膨大な診療経験から独自の認知症の3段階ケアを編み出す。

著書に『認知症予防と上手な介護のポイント』（日本医療企画）、『熊谷式3段階認知症治療介護ガイドBOOK』（国際商業出版）、『すぐ実践できる介護・看護スタッフの3期分類を活用した新・認知症ケア』（第一法規）、『認知症はなっても○、防げば◎』（マキノ出版）、『地域包括ケアを実現するための複合施設創設の提言』（蒲田医師会）、『高齢者におけるアルツハイマー型認知症予防のための生活習慣病診療の考え方』（蒲田医師会）などがある。

資格

1977年 医師免許

1984年 日本脳神経外科学会認定専門医（評議員）

1987年 東京大学医学部より医学博士授与

身体障害者福祉法診断指定医、介護支援専門員、日本医師会認定産業医、厚生労働省の定める認知症サポート医、東京都介護支援専門員専門研修（専門研修課程1）修了、厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修修了、平成20年度東京都身体障害者福祉法第15条指定医講習会受講、厚生労働省の定める認知症短期集中リハビリテーション医師研修会修了、日本慢性期医療協会認定研修修了、日本慢性期医療協会在宅医療認定研修修了、日本慢性期医療協会在宅医療認定医、厚生労働省の定める臨床研修指導医講習修了 他

シンポジスト

丹野 智文（たんの ともふみ）

略歴

2013年、39歳の時にアルツハイマー型認知症と診断される。

現在もネットヨタ仙台に在職中。

営業から事務職へ配置転換し働き続けながら講演活動行っている。

2014年、認知症当事者が同じ悩みを抱える当事者の話を聞く、認知症当事者のための相談窓口「おれんじドア」を開設。

前田 隆行 (まえだ たかゆき)

DAYS BLG! 代表

■ 略歴 ■

University of Canterbury卒
アルファ医療福祉専門学校卒
老年精神科ソーシャルワーカー
在宅介護支援センター
第三セクターのE型デイサービス
DAYS BLG! 代表
特定非営利活動法人町田市つながりの開 町田市つながりの開 理事長
株式会社100BLG 代表取締役社長
特定非営利活動法人 若年認知症サポートセンター 理事
特定非営利活動法人 認知症フレンドシップクラブ アドバイザリーボード
一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 理事

小泉 則子 (こいずみ のりこ)

医療法人社団永生会永生病院 認知症看護認定看護師

■ 略歴 ■

1999年	社団法人永生会永生病院入職
2012年	日本看護協会 認知症看護認定看護師免許取得

永生病院入職後、整形外科・内科・介護療養・医療療養・精神科・回復期リハビリ病棟、病院併設の永生クリニック勤務を経て現在、精神科病棟と永生クリニックを兼務

認知症看護認定看護師の活動

病院：認知症ケア委員会活動

(リンクナースへの勉強会、各病棟での事例検討、病院全職員に向けた勉強会など) 認知症回診
新人研修、中途入職者研修、看護・介護ラダー研修、復職支援研修など
病棟でのケア実践

クリニック：

物忘れ外来で認知症スクリーニングや家族相談、居宅サービス・在宅介護者への相談・アドバイス

所属病院外活動

認知症家族会等の地域活動
地域住民への講演、居宅サービス職員への講義など
読売新聞(地域コラム)連載
冊子の執筆など

黒木 勝紀 (くろき まさき)

医療法人大誠会内田病院グループ 介護統括部 統括介護部長

略歴

1999年	筑波大学大学院卒業
2004年	東京福祉大学卒業
1999年	有限会社ナップス入社、アウトドア企画運営部
2001年	株式会社アイビル入社 不動産事業
2004年	介護老人保健施設ゆうゆう入社 ～2018年3月まで
2012年	茨城県介護福祉士会理事 ～2018年6月まで
2018年	医療法人大誠会内田病院グループ入社

資格

高等学校教諭1種専修免許（保健・体育）、高等学校教諭1種普通免許（福祉）、社会福祉士・介護福祉士、シナプソロジーアドバンス教育トレーナー、さらめき認知症トレーナー、認定自律介護技術1級、認知症介護指導者（2016.9修了）

その他活動

第17回全国介護老人保健施設熊本大会にて優秀奨励賞受賞

第26回介護福祉士実地試験委員

自主勉強団体「かいごの学び舎『鼓動』代表」

茨城県認知症介護指導者として実践研修・実践リーダー研修担当

介護技術、認知症、やる気アップのためにコミュニケーション、シナプソロジーなど

講義・講演・研修をしている

山口 晴保 (やまぐち はるやす)

認知症介護研究・研修東京センター・センター長
群馬大学・名誉教授

略歴

1976年群馬大医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、1980年に卒業（医学博士）。同年神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始して以降、病態解明を目指して脳βアミロイド沈着機序をテーマに30年にわたって研究を続けた。1986年に群馬大医療短大助教授、1993年に同教授。1996年に改組で群馬大学医学部保健学科教授。2011年4月より組織替えて群馬大学大学院保健学研究科・教授。認知症の診療術、認知症のリハビリテーション、介護予防、群馬県内の地域リハビリテーション連携システム作りなどに注力した。2016年10月から現職で、認知症の正しい理解と適切なケアの普及に尽力している。

資格・専門領域等

医師、専門は認知症医療・リハビリテーション・ケア

日本認知症学会専門医、日本リハビリテーション医学会専門医

著書

- ①「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう～」3版、協同医書出版2016
- ②「認知症ポジティブ：脳科学でひもとく笑顔の暮らしとケアのコツ」協同医書出版、2019
- ③「認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣」3版、協同医書出版、2020
- ④「楽になる認知症ケアのコツ：本人も家族もそろって笑顔に」、技術評論社、2015

- ⑤ 「紙とペンでできる認知症診療術：笑顔の生活を支えよう」. 協同医書出版、2016
- ⑥ 「身体拘束ゼロの認知症医療・ケア～大誠会スタイルの理念と技術」、照林社、2020
- ⑦ 「認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣～初期集中支援チームの実践20事例に学ぶ」協同医書出版、2017
- ⑧ 「認知症の人の主観に迫る～真のパーソン・センタード・ケアを目指して」協同医書出版、2020

活動

- ・日本認知症学会・名誉会員
- ・ぐんま認知症アカデミー・代表幹事

S5-1

認知症の人に対する診断直後のサポートの必要性

丹野 智文

現在、認知症当事者を取り巻く環境は本人の意思とは関係なく家族と支援者のみで物事が決められています。

自分が認知症と診断されてから感じたことは、与えられる情報が重度になってからのものばかりで当事者へのサポートや「自分で決める」という視点がありませんでした。

たくさんの当事者と話をしてきて気づいたことは診断直後のサポートの仕方がおかしいのだと思いました。当事者への支援がぜんぜんなく、家族へ重度になってからの話だけなのです。だから家族は混乱してしまい、当事者の行動を制限してしまうのです。

私が出会ってきた当事者の中には、診断直後から、家族が心配で「1人で出かけるのを禁止された」、「財布も取り上げられた」と言う当事者がたくさんいました。家族は自分がされたら嫌な「管理による制限」を当たり前のようにしてしまいます。

それは「認知症だから道に迷う」「認知症だから物をなくす」というような、心配からくる「優しさ」なのですが、当事者からすると「心配からくる生活の支配」をされるということになります。認知症と診断名がついただけで「何も自分で決められない生活」が始まるのです。

さらに、進行を遅らせたいという家族の優しさから、脳トレやドリル、100から7引いて歩こうなどの「認知症予防」に良いとされることをやらされます。また、認知症に良いと言われる「サプリメント」、「食用オイル」、「アロマ」などを試され、グルテンフリーが良いとなると小麦なども禁止され、さらにお酒もよくないと勝手に決めつけられてしまいます。

当事者はこのようなことから、どんどんと笑顔を失ってしまいます。家の中で過ごすことが増えます。そうなると、進行したと思われ、改善するように、人と交わったほうが良いからと行きたくもないディサービスを進められたりします。

当事者はこれまで、家族や支援者の対応により抑圧されてきました。本人は病気になり、できることを一生懸命やっけていこうとしているのに、できることを奪われ、あきらめてきた現実があります。

本人の「できることを支える」ということを、みんなが共通認識を持って取り組んでいくことで、人が繋がり、本人の声を丁寧に聞くことに立ち返ることで、認知症当事者が声をあげることが出来るようになり、当事者も「自分の事は自分で決める」ようになります。当事者が諦めなくてもよい環境や社会ができるように私は願っています。私が求めているのは当事者が1人でも笑顔になることです。

認知症の人だからこそ、伝えられることがあります。それは、薬の副作用・生活のしづらさ・社会の偏見など多岐にわたります。私たちの話をみんなが聞くことで、社会が変わってきたと感じています。認知症への理解が進むことで、私たちが暮らしやすくなるということは「誰もが暮らしやすい社会になる」ということです。

S5-2

認知症の人も生きやすい地域社会

DAYS BLG！ 代表

前田 隆行

いま超高齢社会に突入したのと同時に、認知症と診断される人も増えてきている。しかし社会全体では偏見が根強く残っており、認知症の人を課題と捉える節がある。しかし、これからは認知症の人を変えるのではなく、社会や私たちが変わることで、誰もが生きやすい社会へとシフトチェンジしていかなければならない。

独り暮らしの高齢者もまた増えてきている。その中には認知症の人も多く、社会的孤立と呼ばれる状態に身を置いていることも少なくない。誰もが認知症となる可能性がある中高年にとってこれは他人事ではなく、まさに自分事でもある。

私たちDAYS BLG！（以下、BLG）は、活動を通じた仲間づくりを目標にしている。地域に開かれた場であるとともに、子どもから高齢者までが自然と交流できる仕組みをつくっている。そこに集い変わっていったメンバーの事例を紹介する。

メンバーの名前は、池田英材さん。池田さんはこれまで幾つもの事業を起こし、失敗も重ねていった。また友人の保証人にもなっていたこともあり、遂には自己破産から路上生活を送ることに。そのとき声を掛けてきたのが生活保護ビジネスを展開している法人で、月々の生活保護受給額を丸々とその法人に搾取されていたのだ。6畳一間の一室に2段ベッドが2つ置かれた部屋で4人と共同生活を送ることとなってしまった。人間不信に陥った池田さん。自らが生活する場はベッドの上のみで、私物や洋服もすべてベッドの上。そんな生活を送っている最中に当初はうつ病と診断され、間もなくすると認知症と診断。ケアマネジャーを介して日中をBLGで社会参加していくことになる。すると生活の様子はすぐに知れ渡るのだが、池田さん自身は「一人暮らしをする自信がない」と言われて諦めていた。しかし、それを知った他メンバーは皆で引っ越しを敢行することになった。そこにはメンバー、ケアマネジャーはもちろん、地域の不動産屋、民生委員、大家さん、近隣住民の理解を得るべく皆で動いていった。その動きを目の当たりにしていたのが、孤立した生活を送っていた池田さん自身だ。そんな池田さんは無事に悪徳法人の手から逃れることができ、そして自信を失っていた「一人暮らし」をスタートするまでに至った。まだまだ自分は出来るー、と感じ始めていた矢先、脳出血でこの世を去ってしまう。しかし池田さんが感じ取った「友」「仲間」という存在、力がこのメッセージに込められている。それはズシリと重く、且つジワリと滲み広がるかのように。

本抄録への掲載について、池田英材氏から事前に承諾を得ています。

S5-3

2040 地域共生社会の中で認知症の人とどう生きるか —認知症看護認定看護師の視点から考える—

医療法人社団永生会永生病院 認知症看護認定看護師

小泉 則子

1. はじめに

永生会は東京都八王子市を拠点に地域に根ざした医療をモットーに急性期・慢性期病院、また介護施設や在宅・福祉を展開しているグループである。私はその中の慢性期医療を担う永生病院に看護師として在籍しており、現在認知症看護認定看護師として病棟及び病院に併設されたクリニックの、もの忘れ外来を兼務し認知症状を持つ方やその家族に対しての看護や介護相談を行っている。

2. 認知症状のある方の入院生活の現状

超高齢化社会となった今日、当院に限らず認知症状をもつ高齢者（以下当事者とする）は多数入院されている。地域で暮らす高齢者が急性期病院に入院し、急激な身体の変調や生活環境の変化を余儀なくされることでせん妄を発症するケースは少なくない。すでに認知力が低下している人にとっては大きな混乱の原因にもなる。特に急性期から慢性期病院への転院に至ってはせん妄や行動心理症状（以下BPSDとする）を抱えたまま、更に環境が変わるといふ当事者にしてみれば過酷な体験をすることになる。現在、私が所属する精神科病棟では、激しいBPSDに対して症状改善のために薬物療法を行いながら当事者が安心して私達医療従事者に身を委ねて頂けるような関わりに心がけている。しかし医療従事者にとって、当事者を「ひとりの人」というより「認知症の患者」という概念のもとに成り立っている現状も少なからずある。

3. これからの課題

厚生労働省は2040年の日本における認知症高齢者人口の将来推計は800万人以上とされている。加齢と共にその割合は増加するが、加齢を伴わずして認知力が低下する方も多く存在する。高齢者に比べ人口の割合は少ないとはいえ、その方がたも含めこれからは「認知症の人」という特別な存在ではなく、共に助け合う存在という概念へシフトチェンジしていく必要がある。つまり「認知症になると何もわからなくなり出来なくなる」「出来なくなるから援助が必要」といった誤った概念を払拭する事が課題となる。また地域であろうと医療・福祉の場であろうと「わからない」「出来ない」のではなく「出来にくくなっている」事に対して、出来やすい環境を周りが整える事や出来ない事を出来ないと安心して当事者が言える環境を作る事が大切だと考える。それぞれが出来る事を認識し合い協力する体制の構築が求められると考える。

4. 20年後を見据えた上での活動

認知症看護認定看護師の立場から、医療現場の「認知症の人」の概念を変える為の啓蒙活動を進め、更には地域住民、医療従事者の垣根を越えて各々が「人」として「出来にくくなった人」の残っている力をいかに引出し一緒に暮らしていけるか、出来やすい、わかりやすい社会生活の構築を担う一員として活動していきたい。

S5-4

2040 地域共生社会の中で認知症の人とどう生きるか

医療法人大誠会内田病院グループ 介護統括部 統括介護部長・認知症介護指導者

黒木 勝紀

日本における2020年の高齢化率は28.9%、2040年には35.3%、将来的に46%に達すると予想されており世界的に進む超高齢化の先頭を走っている。一方、当法人の所在する群馬県沼田市における2020年の高齢化率は33.8%、2040年には42.6%に達すると予測されている。本シンポジウムのテーマである「2040年地域共生社会の中で認知症の人とどう生きるか」、まさに2040年の日本の将来像を現在進行形で歩いている当法人から提言できることは意義あることと考える。

我が国はこれまで、高齢者や障がい者などを「社会的弱者」・「支えが必要な人」として、一方向性の支援の対象としてきたところから、共に地域社会を支える構成員としてどうあるべきか考える段階に来ている。

しかし、「支える側（支え手）」は人手や財源の不足が深刻化し、国の施策による外国の方々による働き手、消費税増税による社会保障の拡充など、あの手この手を考えていただいているが、未だ解決策を見い出せていないように感じる。

一方で、「支えられる側（受け手）」の人たちの多くは、生活や人生を自らの手で選択することが十分にできているとは言えず、生きる目的や社会的な役割、コミュニティの中の居場所をも失いつつある。また、必要な支援が受けられず、社会の中で孤立し、厳しい生活を強いられている人たちもたくさんいるのではないかと感じる。

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すというものである。この「支え手」「受け手」双方が安心・納得して暮らし続けられる社会を創るために、私たちはどうすればいいのだろうか。

重要なのは「誰かにやってもらう」のではなく、「自分たちもやれる・やりたくなる」ものであること。そして、この取り組みを通じて、すべての人の「幸せ」が実現することである。そういう意味で、当法人は「地域といっしょに。あなたのために。」の理念のもと、共に育み・共に創り出す・共に癒す、笑顔で支える地域医療、それが私たちの目指すまちづくり。として様々な事業展開をしている。

現在、商業施設を中心に認知症の方や障がいをお持ちの方の生きがいや役割づくりの場として「SONATARUE (ソナタリユー)」を建築し、学会開催の2週間前にはオープンを迎え、2040年の未来に向かって一歩を歩き出している。当法人の取り組みを通して、皆さまの今後のヒントとなればと考えている。

S5-5

2040 地域共生社会の中で認知症の人とどう生きるか

認知症介護研究・研修東京センター センター長／認知症専門医

山口 晴保

先進的な活動をされている他の素晴らしいシンポジストとの議論の種になるプレゼンテーションを考え、歴史を振り返ることとした。2040年という未来を予測するのは容易ではないが、歴史から見えるものがある。

今から100年以上前の明治時代、認知症は「痴狂」と言われていたが呉秀三（東京帝大教授）が1909年に痴呆を提唱した。この頃、認知症は「精神衰弱」という精神疾患だった。そして、在宅では座敷牢や屋外の家畜小屋の様なところに認知症者が閉じ込められていた。東京府癲狂院（精神科病院）の中では認知症患者が手錠や鎖で拘束されていたが、呉院長（併任）はこれを廃棄し、作業療法を取り入れた。その後、戦前まで、新聞報道では認知症（統合失調症も早発性痴呆として含む）による奇行や犯罪が報じられ認知症は危険な脳病で精神科病院に閉じ込めるのがよいという考えが国民に浸透した。

1980年代、熊本県の菊池病院の室伏君士院長が本人に寄り添う認知症ケアの原則をまとめた。英国のKitwoodがパーソン・センタード・ケアを唱える少し前である。認知症介護研究・研修センターは2000年から認知症介護指導者研修にてこのパーソン・センタード・ケアを普及してきた。

2004年に痴呆が認知症と用語変更されると、認知症は精神障害から認知障害となった。

100年の歴史を振り返ると、認知症ケアが「病人を閉じ込めておくケア」→「一人の人間として尊重されるケア」へと変遷してきた流れがある。同時に「精神障害者」→「認知障害による生活障害（不自由）を持つ人」への流れがある。

2019年の大綱では「共生」が唱えられた。地域共生社会の創造である。それには、①BPSDの正しい理解とケアの普及、②BPSD予防で精神科閉鎖病棟への入院の削減など地域で暮らせる支援の普及、③医療機関での身体拘束ゼロ医療と入院期間の短縮、④認知症初期集中支援チームなどで在宅生活が破綻寸前の事例に適切に対処して在宅生活を継続すること、⑤認知症地域支援推進員の活動を推進して地域支援のネットワークづくりを進めていくことなどが必要であろう。

一方、高齢者の増加に伴う認知症患者数の増加と、同時に生じる社会保障費の増大といった経済的背景から、国民や企業の意識改革がなくては理想の共生社会（高コスト）は作り得ない。介護人材不足も深刻で、この解決法として今年度から取り組んでいるAI・IoTアシスト認知症ケアシステムを紹介する。

歴史を振り返ると、「座敷牢や鎖」から「地域共生社会」へと、着実に変化している。我々に必要なことは、認知症の人の声に耳を傾け、正しい方向を見据えて、一歩ずつ前向きに進むことであろう。

シンポジウム6

2040 リハビリテーションで日本を改革できているか？ ～栄養のこと、排泄のこと～

◆日 時：12月3日(木) 15:00～16:30

◆座 長：橋本 康子 慢性期リハビリテーション協会 会長

◆シンポジスト：若林 秀隆 東京女子医科大学病院 リハビリテーション科 教授
中村 春基 日本作業療法士協会 会長
西尾 俊治 南高井病院 院長

◆主 旨

2020年診療報酬改定で慢性期のみならず、今後は栄養と排泄についてのリハビリテーションが重要ということが示された。その中で、リハビリテーションにおいては2040年に向けて栄養・排泄に関してどう進化してくのか、日本の医療を改革できるのかなどについてディスカッションをし、明るい未来を占えるようなシンポジウムにしていきたい。

シンポジウム6 略歴

座長

橋本 康子 (はしもと やすこ)

慢性期リハビリテーション協会 会長／日本慢性期医療協会 副会長

医療法人社団和風会 理事長

社会福祉法人徳樹会 理事長

社会福祉法人福寿会 理事長

■ 略歴 ■

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

日本慢性期医療協会 副会長

全国抑制廃止研究会 理事

香川県女医会 会長

厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員

社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書にかかる負担軽減に関する専門委員会 委員

厚労省老健事業介護老人福祉施設等の医療ニーズの調査研究事業 委員

シンポジスト

若林 秀隆 (わかばやし ひでたか)

東京女子医科大学リハビリテーション科 教授

■ 略歴 ■

1995年	横浜市立大学医学部卒業 日本赤十字社医療センター内科研修医
1997年	横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
1998年	横浜市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科
2000年	横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科
2003年	済生会横浜市南部病院リハビリテーション科
2008年	横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科
2016年	東京慈恵会医科大学大学院医学研究科臨床疫学研究部修了
2020年	東京女子医科大学病院リハビリテーション科教授

資格・役職

Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders: Board member, Associate Editor of the Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle

日本リハビリテーション栄養学会：理事長、国際委員長、編集委員、リハ栄養指導士

日本リハビリテーション病院・施設協会：理事、医科歯科連携推進委員会委員長

日本サルコペニア・フレイル学会：理事、広報委員会委員長、編集委員

日本リハビリテーション医学会：指導医・専門医・認定医

日本臨床栄養代謝学会：代議員、指導医

日本摂食嚥下リハビリテーション学会：評議員、学会認定士

日本プライマリ・ケア連合学会：代議員、英文誌編集委員、研究支援委員

日本在宅医療連合学会：評議員、編集委員

日本腎臓リハビリテーション学会：代議員、腎臓リハ指導士

日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会：理事

受賞

2015年 The 16th congress of PENSA. Best Free Paper Award Oral Presentation.

2018年 The 4th Asian Conference on Frailty and Sarcopenia. First Prize.

主な著書（単著・編著）

PT・OT・STのためのリハビリテーション栄養－栄養ケアがリハを変える。2010.

リハビリテーション栄養ハンドブック。2010.

サルコペニアの摂食・嚥下障害－リハビリテーション栄養の可能性と実践。2012.

悪液質とサルコペニア－リハビリテーション栄養アプローチ。2014.

サルコペニアを防ぐ！看護師によるリハビリテーション栄養。2017.

リハ栄養からアプローチするサルコペニアバイブル。2018.

リハビリテーション栄養ポケットマニュアル。2018.

イラストで学ぶ 高齢者リハビリテーション栄養。2019.

機能・活動・参加とQOLを高めるリハビリテーション薬剤。2019

「攻めの栄養療法」実践マニュアル。2019

中村 春基（なかむら はるき）

一般社団法人 日本作業療法士協会 会長

■ 略歴 ■

1977年	兵庫県社会福祉事業 団玉津福祉センター附属中央病院
1984年	国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院
1994年	兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院
2006年	兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター リハビリテーション西播磨病院 リハビリ療法部部長
2010年	兵庫県立リハビリテーション 中央病院 リハビリ療法部部長
2015年	一般社団法人日本作業療法士協会 会長(常勤役員)

受賞歴

平成17年（2005）厚生労働大臣表彰

社会的活動

チーム医療推進協議会（副代表）、リハビリテーション機能評価機構（理事）、公益財団法人国際医療技術交流財団（評議員）、一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団（評議員）、公益財団法人訪問看護財団評議委員、公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会理事、公益社団法人日本脳卒中協会理事 日本訪問リハビリテーション協会（監事）等

著書

脳卒中の在宅リハビリテーション（編集責任者）、作業療法各論・義手（リハビリテーション医学全書）、障害筋骨格系理学療法（系統理学療法）、義肢道具学（理学療法テキスト）、理学療法MOOK 義肢装具・義肢、作業療法のとらえかた（糖尿病に対する作業療法）

西尾 俊治（にしお しゅんじ） 医療法人天真会南高井病院 院長

■ 略歴 ■

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

主な職種

日本泌尿器科学会会員

愛媛県慢性期医療協会 会長

日本慢性期医療協会 常任理事・総合診療医認定講座委員会 委員長

排尿自立指導料 研修 講師

S6-1

2040 リハビリテーション栄養で日本を改革できているか？

東京女子医科大学病院 リハビリテーション科 教授

若林 秀隆

リハビリテーション（リハ）領域における栄養の重要性は、2010年からの10年間で認識されるようになった。2010年以前では、リハと栄養管理はほとんど別々に行われていた。診療報酬改定でリハ栄養の重要性が示されたのは、2018年以降である。リハ栄養とは、国際生活機能分類による全人的評価と栄養障害・サルコペニア・栄養摂取の過不足の有無と原因の評価、診断、ゴール設定を行ったうえで、障害者やフレイル高齢者の栄養状態・サルコペニア・栄養素摂取・フレイルを改善し、機能・活動・参加、QOLを最大限高める「リハからみた栄養管理」や「栄養からみたリハ」である。おそらく2040年でも、この定義に大きな変化はないと考える。一方、いかにリハと栄養で生活機能やQOLを最大限高めるかの方法には進化、改革が必要である。

サルコペニアは骨粗鬆症より20年、研究や臨床が遅れているという仮説を私は持っている。つまり、今の骨粗鬆症の研究や臨床を見れば、2040年のサルコペニアの研究や臨床が見えてくる。2040年には、サルコペニアを治療する薬剤が多種類、存在するはずである。しかし、サルコペニアに効果的な薬剤が存在しても、エネルギーとたんぱく質を十分に摂取しない限り、筋肉の同化は得られない。おそらくレジスタンストレーニングも併用しないと、筋肉の同化は得られないと考える。

エネルギーとたんぱく質を十分に摂取する方法も進化すると考える。仙豆（1粒食べるだけで10日間は何も食べなくても大丈夫というドラゴンボールに出てくる豆）の開発は難しいだろう。しかし、より少量で高エネルギー、高たんぱく質のサプリメントや美味しい食事は開発されると考える。入院患者が全員、同じような食事を食べることはありえず、個々の嗜好や味覚にあわせたサプリメントや食事を提供する時代になるはずである。「食べてくれない」ことへの対応が、臨床栄養管理でも摂食嚥下リハでも最も難渋しているが、2040年にはあまり難渋しなくなると考える。

2040年までには、適切なリハ栄養の実施が入院基本料に含まれるようになると予測する。つまり、個々の嗜好や味覚にあわせた適切な食事や、単位数や時間に制限のない適切なリハを提供できない限り、入院患者の診療を実質的にできなくなる。リハ栄養なくして医療なしとなるように改革したい。

最後に、日本の医療だけが改革して、他のアジア諸国など海外の医療が改革していないということはありませんと考える。日本がアジア諸国の医療を改革するだけでなく、アジア諸国の医療を日本が学んで改革する場面も少なくないと予測する。そのためには今から、日本だけで改革するのではなく、アジア諸国とともに医療を進化、改革するビジョンが重要である。現在は新型コロナウイルス感染の影響で海外に行くことがかなり難しいが、2040年までにはある程度克服できていて、自由に海外に行けるようになるはずである。

S6-2

栄養のこと、排泄のこと —作業療法の立場から—

一般社団法人 日本作業療法士協会 会長

中村 春基

人の健康を考えるととき栄養と排泄抜きには考えられない。特に運動と栄養の関係はすでに多くの知見が示され、その表れとして管理栄養士の配置や診療報酬及び介護報酬において各種加算項目の設置がなされている。本シンポジウムでは、上記の取り扱いを踏まえ、さらに両領域の取り組みを推進するために、リハビリテーションチーム医療での位置付けの見直しについて述べる。

まず、リハビリテーションチーム医療への栄養部門の参画について述べる。リハビリテーションにおいてはチーム医療を前提として、総合実施計画書の策定やカンファレンスが評価されている。介護保険制度においてもほぼ同様な構造にある。しかし、そのような「場」での栄養についての情報交換は多くの場合、医師、看護師からの情報提供にとどまっていると思われる。冒頭で述べたように、人の健康は栄養管理無しでは考えられないことを考えると栄養を含めた総合的な支援の重要性は明らかであり、リハビリテーションカンファレンスに管理栄養士の参画を必須とするような構造が必要であると考え。作業療法の場面においては、調理訓練において管理栄養士や病棟との連携は必須である。加えて、生活という視点から、患者、利用者が自分で栄養管理が出来るための組織的、系統立った栄養指導が重要と考える。

排泄支援については、先に述べたように排尿管理加算の職種として作業療法士も関与が望まれている。私自身の経験では、1994年頃から頸髄損傷者の自己導尿に関して参画し、現在においては一定の技術として普及している。作業療法の具体的な関与としては、カテーテルの工夫及びその操作（上肢機能）、下肢・体幹のポジショニング、衣服の更衣などの周辺動作、環境調整であったが、それらを整理すると、生理機能（認知機能も含む）、運動機能、物の操作を含めた動作、環境、生活習慣と文化的な背景、尊厳、介護の要素からなり、これは高齢者の排泄支援にも共通していると思う。また、介護の事故報告をみると、排泄動作時の転倒に関するものが多くある。そこには加齢に伴う、心身機能の変化、環境、介護職員の配置等々様ざまな要因が考えられるが、解決の方策として、セルフマネジメントの学習、生活機能の評価と支援計画、方法の見直し、適切な環境設定が重要と思われる。

最後に、「在宅生活を中心として、必要に応じて病院・施設でのケア」の流れを考えると、排泄、栄養支援の方向性は在宅への知識、技術のシフトにあると思う。そのように考えると、本シンポジウムにおいて、生活という視点での「栄養と排泄」について意見交換が行われ、本領域の病院・施設の取り組みが更に国民に届くことを祈念している。

S6-3

未来に向けた包括的排尿ケアとは

南高井病院 院長

西尾 俊治

適切な医療介護を実践するためには「不必要な尿道留置カテーテル」を抜去し、「不必要なオムツ」をなくすことが重要である。それが患者・入所者の「尊厳」を守ることになる。そのためにはリハビリを含めた「包括的排尿ケア」が重要である。「包括的排尿ケア」とは排尿障害のメカニズムを理解したうえで、患者（利用者）ひとりひとりの身体運動機能、認知機能、環境要因などを把握し、総合的にアセスメントすることである。多くの課題があり、医師・看護師だけでなく多職種で取り組むことが必須である。

70歳以上の高齢者では90%以上で夜間頻尿を認め、30%以上で尿意切迫症状（過活動膀胱）を認める。年齢とともに増加するがその背景として、生活習慣病（高血圧、糖尿病、肥満）が過活動膀胱や前立腺肥大症の増加因子であることがわかってきた。20年後に向けて、40～50歳代から予防する必要がある。夜間頻尿では必要以上の飲水（飲水過多）、心不全、睡眠時無呼吸症候群、下肢の浮腫、塩分摂取過多が原因であることが多い。高齢者では起床後から就寝時までに下半身に水分が貯留しやすいことから、夕方の散歩、下肢の挙上、弾性ストッキングの使用が夜間頻尿のガイドラインでも推奨されている。そのほか高齢者では認知症、せん妄、内服薬、運動制限、便秘など多くの問題により排尿障害をきたしていることに留意すべきである。ひとりひとりの排尿状態を把握するためには「排尿日誌」と「残尿測定」が有用である。夜間頻尿の原因、膀胱の大きさ、尿失禁の有無など情報量が多く、トイレ誘導やオムツ使用回数の削減などの対策に役立つ。

過去12年間に当院に入院した患者（尿道カテーテルが留置されている）では、8割（1300例中1000例）が「不必要な尿道留置カテーテル」であった。2019年秋に日本慢性期医療協会が実施した全国アンケート調査「急性期機能を有する病棟からの膀胱留置カテーテル持ち込み患者とその実態についての調査」でも新入院患者の3割で尿道留置カテーテルが抜去可能であり、さらにカテーテルを抜去できた32%の患者はトイレでの排尿が可能であった。また、リハビリを実施できた患者ではトイレでの排尿割合が高くなり、FIM点数も明らかに上昇していた。他の調査でも多職種で排尿ケアに関わるほど排泄の自立度が高くなることがわかっている。排泄しやすい環境整備も重要である。

2040年に向けて、まずは生活習慣病を予防し排尿障害率を低下させることが重要である。しかし、大きな疾患が発生したときにはさまざまな排尿障害をきたすことが考えられる。「包括的排尿ケア」が広く熟知され、トイレ誘導IT機器や排泄自立支援歩行装置の開発と並行して「未来型排泄自立リハビリ」が考案されることを期待する。