

シンポジウム 1

どうなる？ 今後の医療・介護提供体制

- ◆日 時：11月14日（木） 10:20 ～ 12:20
- ◆座 長：小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 特任教授
- ◆基 調 講 演：迫井 正深 厚生労働省 医務技監
- ◆シンポジスト：池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
安藤 高夫 日本慢性期医療協会 副会長
田中 志子 日本慢性期医療協会 常任理事

シンポジウム 1 略歴

座長

小山 秀夫（こやま ひでお）

兵庫県立大学大学院 社会科学部 特任教授

■ 略歴 ■

1980年	上智大学大学院博士後期課程単位取得退学（社会学・社会福祉学専攻） 厚生省病院管理研究所医療管理部
2000年	国立医療・病院管理研究所マクロ経済研究部長
2001年	国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長
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	兵庫県立大学大学院経営研究科教授
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 特任教授
2021年	兵庫県立大学大学院社会科学部 特任教授

【主な役職】

日本医療・病院管理学会監事、日本介護経営学会副会長・理事、
シルバーサービス振興会理事、日本健康・栄養システム学会事務局長、
日本臨床看護マネジメント学会事務局長
株式会社セルソース監査役
社会医療研究所長

基調講演

迫井 正深（さこい まさみ）

厚生労働省 医務技監

■ 略歴 ■

1989年～	東京大学医学部卒業、東大病院、虎の門病院等で外科臨床
1992年	厚生省入省、1997年 ハーバード大学公衆衛生大学院・M.P.H.取得
2006年～	広島県健康福祉局長
2009年～	厚労省復帰後、介護報酬、地域医療計画、診療報酬の担当課長を歴任
2020年～	医政局長
2021年～	内閣官房 新型コロナウイルス対策推進室長・内閣審議官
2023年7月～	厚生労働省医務技監

シンポジスト

池端 幸彦（いけばた ゆきひこ）

日本慢性期医療協会 副会長

■ 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（すうがくえん）[愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長（～現在）

所 属：医療法人 池慶会（ちけいかい）池端病院

現 職：理事長・院長

【現在の主な役職】

（全国）

日本慢性期医療協会 副会長

中央社会保険医療協議会（中医協）委員

厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員

地域包括ケア推進病棟協会 副会長

日本リハビリテーション病院・施設協会 理事

（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

全日本病院協会 福井県支部長

【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

安藤 高夫（あんど う たかお）

日本慢性期医療協会 副会長

■ 略歴 ■

1959年	東京都生まれ
1984年	日本大学医学部卒業（消化器内科専門）

1989年	医療法人社団永生会 理事長就任
2014年	医療法人社団明生会 理事長就任
2017年10月 ～2021年10月	衆議院議員 1 期（東京比例ブロック） 厚生労働委員会委員、総務委員会委員、自由民主党厚生労働部会副部会長
2020年	社会福祉法人高生会 理事長就任
2023年	自由民主党練馬総支部 支部長就任

その他、現職は自由民主党東京都第 28 区選挙区支部長、全日本病院協会副会長、日本慢性期医療協会副会長、地域包括ケア推進病棟協会副会長、東京都病院協会副会長、東京都医師会参与、八王子市医師会理事など

田中 志子（たなか ゆきこ）

医療法人大誠会理事長 社会福祉法人久仁会 理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
群馬大学医学部臨床教授
医学博士

■ 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
2023年	同 理事長・内田病院 院長

【プロフィール】

群馬県沼田市出身。医学博士。1991 年帝京大学医学部卒業、2009 年群馬大学大学院修了。2011 年、医療法人大誠会理事長に就任。「地域といっしょに。あなたのために。」をグループ理念とし、地域包括ケアシステムを沼田市で展開し、病院だけでなく、認知症のある患者の「身体拘束ゼロ」をメッセージに掲げた介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームなどの運営、移動型コンビニ事業の展開、障がい者施設と商業施設を組み合わせた総合施設の開設など、幅広く地域のために活動している。2020 年「第 72 回保健文化賞」（第一生命保険株式会社）を受賞。

【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科専門医・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

S1-SL

地域医療構想「これまで」と「これから」

厚生労働省 医務技監

迫井 正深

将来を見据えた社会保障の持続可能性を高めるために必要な取り組みは何か。

重視すべきは、社会保障システム全体としての効果すなわち、さまざまな健康指標とともに、社会保障のために国家財政の相当量を投入している医療・介護においては、その効率すなわち、需要と供給のバランスである。そして、需要と供給それぞれに大きく影響する人口構成の変遷に呼応しながら、“あるべき医療介護の提供体制”を構築することにより、その適切なバランスを維持することが求められているのである。これらに対応する政策の基本コンセプトは、近年の社会保障制度改革の骨格を示した2013年の社会保障制度改革国民会議報告書にある“地域医療ビジョン”、すなわち現行施策の「地域医療構想」である。

医療法を中心に制度化された「地域医療構想」は、団塊の世代が75歳以上となる2025年をターゲットとして全都道府県において策定され、この実現に向けた取り組みが2017年度以降、順次実施されてきた。その一方で、2020年初からの新型コロナウイルス・パンデミックへの現場対応など「地域医療構想」を巡る取り組みは、その制度化以降も様々な状況の変化を伴いながら今日に至り、いよいよそのターゲットである2025年が来年となった。

今後の展開を見据えた「新たな地域医療構想」策定にむけた検討が今、進められているが、これら一連の医療・介護システム需給バランスの向上にむけた取り組みは、我が国社会が置かれた状況や経済情勢を踏まえながら、いつの時代においてもたゆまぬ努力の継続が求められるNever Ending Storyである。

そして、この新たな地域医療構想では、今後の人口構成の推計に基づく“未来予想図”から2040年を新たなターゲットと見定め、更に増大が見込まれる高齢者救急をはじめとする介護ニーズを伴う医療需要に焦点を当てながら、在宅医療も含めたより広い視点での検討が求められているのである。

このような、新たな地域医療構想にむけた取り組みの「これまで」と「これから」について、本企画を通じて共有できれば幸甚である。

S1-1

「どうなる？今後の医療・介護提供体制」 ～令和6年度診療報酬改定の議論を振り返りながら～

日本慢性期医療協会副会長／
中央社会保険医療協議会（中医協）委員／
医療法人池慶会 池端病院理事長・院長

池端 幸彦

2040 年に向けた医療需要の予測では、急性期の医療ニーズが大きく変化し、外来患者数は多くの医療圏で減少する一方、在宅患者数は確実に増加し、更に医療と介護の複合的ニーズが一層高まると共に、死亡者数もピーク時は年間約 170 万人に達する多死時代が到来すると見込まれている。持続可能な社会保障制度を維持するためにも、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための新たな「地域医療構想」の推進と「地域包括ケアシステム」の深化は、正に車の両輪と言えよう。そして、その新たな目標に寄り添った令和 6 年度診療報酬改定は、物価高騰と共に賃金上昇機運の高まりから +0.88 のプラス改定となった。しかしその大半は広く医療従事者の賃上げ財源に充てられ、想定以上に厳しい改定ではあったが、一方、メッセージ性も非常に高い改定となった。特に 40 歳未満の勤務医師等の賃上げと物価上昇への対応としての入院基本料の引き上げは、入院通則の改定と抱き合わせて実施され、栄養管理体制基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組をほぼ全ての入院医療で要件化した事は、患者本位の医療推進を目指す当協会の立場からも大いに歓迎したい。

また同時改定に係る意見交換会を踏まえて、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことを要件化し、緊急往診や入院応需に対する加算も新設された。他方、介護報酬改定でも、入所者の病状急変時の相談・診療・入院体制等の確保と共に早期退院の受け入れ対応を義務化しており、医療と介護の連携が Win-Win の関係となる仕掛けが双方に組み込まれた。

一方、入院医療は、重症度・医療看護必要度の適正化や医療資源投入量の分析により、全般的に厳しい改定となった。しかし軽症・中等度が多い「高齢者救急」の受け皿に関する議論の中から生まれた「地域包括医療病棟」は、施設基準のハードルの高さから取得出来る病院は限定的と思われるが、今後の医療・介護提供体制を占う意味でも注目したい。

6 月に実施をみた本改定の評判は、医療機関からは総じて辛口である。しかし今後の地域医療のあり方を占う目線で見ると、医療 DX の推進により効率化し、医療介護連携をはじめとする多職種連携、病診連携、入院医療の急性期と回復期・慢性期の連携と機能分化等を推し進めながら、栄養・口腔ケア・リハビリテーションの知識とマインドを持ち、尊厳ある人生を全うして頂くという、「かかりつけ医機能」を持つ「地域密着型多機能病院」のあるべき姿がおぼろげに見えてくるような気がしている。当シンポジウムでは、中央社会保険医療協議会（中医協）委員として本改定に深く関わったものの 1 人として、このような視点でその議論の推移を振り返りながら、医療・介護提供体制の将来像について、皆と大いに議論したい。

S1-2

慢性期を中心とした 地域密着型多機能病院の立場から

日本慢性期医療協会 副会長
医療法人社団永生会 理事長

安藤 高夫

医療法人社団 永生会は「医療・介護を通じた 街づくり・人づくり・思い出づくり」という理念のもと、東京都八王子市を中心に、病院、クリニックの他、在宅医療および介護事業など20事業以上を運営し、疾病予防・医療・介護・福祉の切れ目ないトータル的なヘルスケアを提供している法人である。理念の中の「街づくり」には地域包括ケアの機能とマインドを高めるような街づくりに関わっていくという決意を、「人づくり」には人を中心に置き、人“財”の確保と育成に向けて人事制度の充実・進化を行うという決意を込めている。また「思い出づくり」には、患者・利用者の「永生会の医療や介護のサービスをうけて良かった」という想いと、永生会の職員の「良い医療や介護のサービスを提供することで達成感があった」という想いの2つの意味を込めており、この2つの「良い思い出」が重なりあってはじめて、地域社会において必要とされ、貢献することができる医療法人になることができると思っている。

今回の発表では、慢性期を中心とした地域密着型多機能病院である永生病院における取組みをご紹介しますとともに、急性期を担う南多摩病院や回復期から慢性期を担うみなみ野病院との連携、地域包括ケアシステム実現に向けた永生会の取組みをお話します。また地域密着型多機能病院にとって生命線ともいえる地域との連携についても、さまざまな切口でご紹介できればと思っている。

S1-3

どうなる？ 今後の医療・介護提供体制 介護保険施設関係を含めて

医療法人大誠会内田病院 理事長
田中 志子

令和6年はトリプル改定であった。今回の介護報酬改定のポイントは医療介護連携と処遇改善に結論としては良いだろう。中央社会保険医療協議会委員及び社会保障審議会介護給付費分科会委員をはじめとする有識者の中から、検討項目に主に関係する委員で構成する実務者協議会を三回にわたって開催し、中央保険医療協議会総会及び社会保障審議会給付費分科会が具体的な検討に入る前に、地域を含めたケアシステムの推進のための医療・介護・福祉サービスの連携や要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療、リハビリテーション・口腔ケア、認知症、人生の最終段階における医療・介護、訪問看護などの8項目について合同で意見交換を行った。その背景には多疾患併存高齢患者の増加、認知症の増加といった患者・利用者側の課題と人材不足、医療介護連携不足、認知症対応力不足といった事業所側の課題があると考えられる。

介護給付費分科会の委員として同時意見交換会に参加し、トリプル改定を経験して感じたことは、私たちが今からの自院の地域における医療介護連携をそれぞれ進めなければいけないということだ。つまり、医療職は介護のことに興味を持って準備し、介護職は多疾患併存のことを理解する。さらに人材確保、認知症研修、リハ、栄養、口腔の一体的な取り組みも必須である。

振り返れば、これらの課題は日本慢性期医療協会が長年注目してきたテーマである。本改定を機に、当協会の知見と経験が一層重要性を増すことは間違いない。

今後の医療・介護提供体制の行方は不透明な面もあるが、日本慢性期医療協会の活動の未来を見据えつつ、現場の実践に邁進することで、必ずや道は開けるものと確信している。

学会長対談

サイエンス・アートの調和と統合

◆日 時：11月14日（木） 13:30 ～ 14:30

◆対 談：矢野 諭 第 32 回日本慢性期医療学会 学会長
山本 則子 東京大学医学系研究科 教授

学会長対談 略歴

対談

矢野 諭 (やの さとし)
第 32 回日本慢性期医療学会 学会長

■ 略歴 ■

1983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
1993年 3月	医学博士号取得
1996年 4月	NTT 東日本札幌病院 外科医長・救急部医長（兼任）
2006年 4月	南小樽病院副院長
2009年 4月	医療法人社団青優会 南小樽病院 病院長
2013年10月	医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長
2016年 4月	医療法人社団大和会 平成扇病院 理事長
2024年 4月	医療法人社団大和会 平成扇病院 院長

役職

- 一般社団法人 日本慢性期医療協会副会長（2018 年～）
同「看護師特定行為研修委員会」委員長（2016 年～）
同「診療の質向上委員会」委員長（2024 年～）
- 一般社団法人 日本地域医療学会副理事長（2022 年～）
同「学術委員会」委員長
- 東京大学大学院医学系研究科（健康科学・看護学専攻）非常勤講師（2016 年～）
- 兵庫県立大学大学院医療マネジメントコース 客員教授（2024 年～）
- 看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会 監事（2024 年～）

外部委員

- 日本病院団体協議会「実務者会議」委員
- 日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制事業
「QI 標準化・普及部会」委員
- 日本緩和医療薬学会「専門薬剤師認定制度委員会」特別委員

山本 則子 (やまもと のりこ)
東京大学医学系研究科 教授

■ 略歴 ■

東京大学医学部保健学科卒業。東京白十字病院、虎の門病院勤務を経て、カリフォルニア大学サンフランシスコ校看護学部博士課程修了。同大学ロサンゼルス校看護学部ナースプラクティショナー課程修了。埼玉医科大学総合医療センター訪問看護ステーション勤務等を経て、2012 年より東京大学大学院医学系研究科高齢者在宅長期ケア看護学分野教授。2023 年より日本看護協会副会長。研究分野は、長期ケア (long-term care) の質保証・向上、ケア実践の可視化のための事例研究法の開発。

DI-1

サイエンス・アートの調和と統合

第 32 回日本慢性期医療学会 学会長

矢野 諭

本学会のテーマの副題にある「サイエンス・アート」からは、一般に「理論・実践」、「客観・主観」、「自然科学・人文社会科学」、「理系・文系」、「マクロ・ミクロ」等の表現がイメージされる。特に、医療・医学における“治し・支える”との対応を意識すると、両者の対象は「身体と精神」、「疾病と病(やまい)」、「生物学的と社会文化的」、「集団と個人」、「病院と家庭」、「キュアとケア」、「医療と介護」、「分析とコミュニケーション」、「エビデンスとナラティブ」、「量的と質的」、「定量的と定性的」、さらに看護師の業務である「診療の補助と療養上の世話」などの多様な概念を包括する。しかし両者は必ずしも二項対立概念ではなく、しばしば境界が不明瞭である。副題には多様な臨床現場でそれらの「調和と統合」を実践することこそが、慢性期医療の神髄であるという自らの強い信念を込めている。

山本則子教授は「質的研究」を中心とした多くの看護研究を通して、看護の人間観と「現象学」的人間観との類似性に着目した。「現場発看護学」を提唱し、「看護のマインドと技」と呼ぶ優れた看護実践者の潜在的な「経験知」を「共有可能な知」に言語化することの重要性を強調している。抽象的で難解に見える内容であるが、本対談を通して多くの職種の方々に分かりやすい形で伝え、多角的な視点から改めて副題の持つ意義について深く掘り下げて考えていきたい。

DI-2

サイエンス・アートの調和と統合

東京大学医学系研究科 教授

山本 則子

研究と言えば客観性や実証性を重視し、理論構築と検証を進めることだと考えて過ごしてきた。しかし一方で、病む患者とケア提供者の生々しいやりとりや、繊細な実践の妙を、ほかの人にも了解できるようにしようとする、定量的な研究でも、実証主義を前提とする定性的研究でも求めるところに行きつかなかった。ケアの実践は生身の人間対人間の相互作用であり、患者さんやケア提供者の個別の文脈や主観性が大きく影響をしている。そのような実践は「アート」と呼ばれる部分であるが、よりよき実践を広く実現するためには、「アート」を職人芸として片づけるのではなく、学問の対象としてとらえることが求められる。客観性や法則性といった実証主義の大前提を離れ、主観性や一回性を前提とする現象学のパラダイムは、研究者としては異世界との遭遇だった。一方、アリストテレスのフロネーシス、メルロ＝ポンティの身体論、ガダマーの解釈学などのツールは、勉強するほど、ケアの「アート」の共有を可能にする枠組みとして期待が膨らむ。「アート」の学問を広く認めるところから、サイエンスとアートの調和と融合が可能になり、それは次世代のより良き医療を実現する基盤となると考えられる。

シンポジウム 2

慢性期医療における緩和ケアと慢性疼痛管理

◆日 時：11月14日（木） 14:40 ～ 16:30

◆座 長：池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長

◆基 調 講 演：成田 年 日本緩和医療薬学会 理事長

◆シンポジスト：大石 醒悟 真星病院 循環器内科部長
保岡 正治 保岡クリニック論田病院 理事長

共催：日本緩和医療薬学会

シンポジウム 2 略歴

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

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（すうがくえん）[愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長（～現在）

所 属：医療法人 池慶会（ちけいかい）池端病院

現 職：理事長・院長

【現在の主な役職】

（全国）

日本慢性期医療協会 副会長

中央社会保険医療協議会（中医協）委員

厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員

地域包括ケア推進病棟協会 副会長

日本リハビリテーション病院・施設協会 理事

（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

全日本病院協会 福井県支部長

【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

基調講演

成田 年（なりた みのる） 日本緩和医療薬学会 理事長

■ 略歴 ■

1993年 3月	星薬科大学大学院薬学研究科博士課程修了 薬理学教室 薬学博士取得
1993年 4月	University of Mississippi Medical Center, Dept. of Pharmacology & Toxicology, Postdoctoral fellow
1996年 7月	Medical College of Wisconsin, Dept. of Anesthesiology, Visiting Assistant Professor
2011年 4月	星薬科大学 薬理学教室（現、薬理学研究室）教授（現職）
2016年 4月	日本学術振興会学術システム研究センター 医歯薬学専門研究員 兼任（2019年3月まで）
2020年 4月	国立がん研究センター研究所 がん患者病態生理研究分野 分野長（2024年3月まで）
2020年11月	順天堂大学大学院医学研究科 疼痛制御学 客員教授（現職兼任）
2022年 4月	東京理科大学疾患薬理研究室 客員教授（現職兼任）
2023年 4月	国立がん研究センター研究所 がん患者病態生理研究ユニット 客員研究員（現職兼任）

《学会活動等》

日本緩和医療薬学会（代表理事）、日本疼痛学会（副理事長）、日本神経精神薬理学会（理事）、日本薬理学会（常置委員会委員、代議員）、日本ペインクリニック学会（特任評議員）など

シンポジスト

大石 醒悟（おおいし しょうご） 医療法人社団まほし会 真星病院 副院長／循環器内科部長

■ 略歴 ■

2005年	北海道大学医学部卒
2005年	神戸市立中央市民病院 初期研修医
2007年	国立循環器病センター 心臓血管内科レジデント
2010年	兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科
2022年	兵庫県立はりま姫路総合医療センター 循環器内科
2023年	医療法人社団まほし会 真星病院 循環器内科部長
2024年	医療法人社団まほし会 真星病院 副院長

【資格】

循環器専門医、総合内科専門医、心血管インターベンション学会専門医、心臓リハビリテーション指導士、植込型補助人工心臓管理医、ヘルスケア・マネジメント修士（兵庫県立大学）

【所属学会】

日本循環器学会（循環器疾患における緩和ケアについての提言（2020年改訂版）協力員、急性・慢性心不全診療ガイドライン Focused Update 協力員）、日本内科学会、日本心血管インターベンション学会、日本心不全学会（緩和ケア推進委員会委員、緩和ケア関連団体会議委員）、日本心臓リハビリテーション学会（近畿地方会評議員）、日本緩和医療学会、日本ホスピス・在宅ケア研究会（評議員）、日本臨床補助人工研究会（DT 部会委員）、日本心臓病学会、日本サイコカーディオロジー学会副代表

【執筆】

心不全の緩和ケア～心不全患者の人生に寄り添う医療～，大石醒悟ら編，南山堂，2014
慢性心不全のあたらしいケアと管理，百村伸一・鈴木誠編，南江堂，2015
エキスパートが現場で明かす 心不全診療の極意，佐藤幸人編，南山堂，2016
心不全緩和ケアの基礎知識 35 佐藤幸人，坂田泰史編，文光堂，2017
実践から識る！心不全緩和ケアチームの作り方，大石醒悟ら編，南山堂，2018
心不全治療薬の考え方、使い方，大石醒悟ら編，中外医学社，2019
心不全の緩和ケア～心不全患者の人生に寄り添う医療～ 第2版，大石醒悟ら編，南山堂，2020
一からわかる循環器腎臓病学，伊藤 浩編，文光堂，2021
心不全の心臓リハビリテーション U40 世代の answer，谷口達典ら編，中外医学社，2022
心不全栄養バイブル，明石嘉浩ら編，中外医学社，2022 など

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3月	徳島大学医学部 医学科卒業
1974年7月	米国アイオワ大学病院 麻酔科レジデント
1976年7月	徳島大学医学部助手 麻酔学教室
1979年7月	保岡クリニック開設
1981年9月	医療法人 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 設立 理事長
	現在に至る

勤務先：保岡クリニック論田病院

標榜科目：ペインクリニック内科、リハビリテーション科、麻酔科

職種：医師、理事長

日本ペインクリニック学会専門医

日本麻酔科学会認定医

徳島県慢性期医療協会会長

日本慢性期医療協会理事

S2-SL

がん性疼痛を含む慢性疼痛管理の科学的意義と疼痛免疫学研究の進展

星薬科大学薬理学研究室
国立がん研究センター研究所 がん患者病態生理研究ユニット

成田 年

疼痛症状に対しての臨床的対応は、急性期と慢性期では異なっているが、薬物療法に移行した場合は、痛みの種類によって治療アルゴリズムがほぼ決まってくる。痛みの感受性は、遺伝的背景にも左右されると考えられているが、痛みのバイオマーカーが確立できていない現状では、薬物治療指針は患者の主観的訴えによる痛みの表現系に依存している。このように画一的な治療体系となっている痛みの慢性期対応ではあるが、その多様性による十分とは言えない治療効果や、二次的生体侵襲(二次病態)および併発する様々な症状(併存病態)などの発現を鑑みると、痛みの緩和の重要性は高まっていくばかりである。一方、基礎研究として痛み病巣の局所における主因の探索や分子メカニズム解析と共に、遠位におけるゲノム・エピゲノム複合型要因による痛みの遷延化の解明と、マリグラントな生体内不調和や連鎖する生体脆弱化の回復機構の解析が求められている。このように、遷延化や増悪化した痛み病態は、情動、免疫などの不調和を併発するため、求心的痛みネットワークと、痛みに応答する遠心的ネットワークの応答を断ち切る手立てを見出すことが必要である。また、これまでに痛みの慢性化による全身性免疫の低下の立証とそのメカニズム解析に関する研究成果は散見されていたが、その後しばらくは新規の科学的な成果はあまり得られていなかった。しかしながら、最近になって、局所性の求心性神経における軸索反射が誘引する異種細胞間ネットワークや、腫瘍微小環境における求心性神経の腫瘍細胞依存性応答の存在が明らかにされ、痛覚システムの解析は拡大してきている。そこで本講演では、最新の疼痛免疫学領域研究の進展をはじめ、がん病態を包括的に理解するための“Cancer Neuroscience Research”や“Psychoneuroimmunology Research”という学問領域についても言及し、末梢炎症病態時やがん病態におけるうつ症状やせん妄などの精神症状、さらにはがん病態末期であるがん悪液質下における身体症状の変遷を科学的視点から解析し、「次世代型の緩和医療」の基盤となる研究ベクトルや臨床マネジメントの指針を概説する。

S2-1

心不全における緩和ケアと疼痛管理

医療法人社団 まほし会 真星病院 副院長／循環器内科部長

大石 醒悟

「息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」と定義される心不全は急性疾患ではなく、慢性の進行性疾患である。近年、循環器関連学会では心不全の緩和ケアに関するガイドラインや提言が整備され、保険算定上も限定的ながら心不全患者への緩和ケア診療加算や外来緩和ケア管理料が認められてきた。心不全患者への質の高い緩和ケア提供を実現するためには、急性期から慢性期・在宅に至るまでの心不全診療における連携が求められる。

本講演では、循環器内科医の立場から、心不全診療における緩和ケアの位置づけについて概説し、治療と並行して提供する緩和ケアについて、疼痛管理を目的とした薬物療法を含め取り上げる。

治療による改善の可能性が最期まで残される心不全への緩和ケアの提供はその経過から困難さを感じられることも多いように推察されるが、実際に提供される緩和ケアの内容はこれまでがん患者やその家族に提供されてきた緩和ケアと本質的に異なるものではない。

心不全の緩和ケアが心不全診療の一部であると認識されるには少し時間を要するものと思われるが、一歩ずつその未来は近づいている。その未来の実現のためには慢性期医療に関わっているスタッフの協力は必要不可欠である。本講演が慢性期医療の場における心不全の緩和ケアを提供する一助となれば甚だ幸いである。

S2-2

慢性疼痛へのアプローチ

保岡クリニック論田病院 理事長

保岡 正治

慢性疼痛へのアプローチにつき解説する。疼痛関連学会が対象としている慢性疼痛とは、通常の治癒期間を超えて継続する痛みであり、慢性に続く心理的因子が深くかかわる難治性疼痛を意味する。2019年、国はQOLの低下と社会的活動を妨げる慢性疼痛治療法の確立を図る目的で、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・研究の促進の4項目からなる「今後の痛み対策について」提言を行っている。なお、慢性疼痛の語源から高齢者に特有な疼痛のイメージがあるが、年齢には関係は無く痛みの伝達系異常で生じる病態である。

痛みは、炎症や組織損傷で発生する生体防御系の痛み反応である侵害受容性疼痛、神経系に器質的障害をきたして発生する神経障害性疼痛、どちらの要因も認められない痛覚変調性疼痛の3種に分類される。特に、疼痛の上行性及び下行性抑制系とともに脳回路に中枢性感作を起こし過剰な痛みが生じる痛覚変調性疼痛は、脳科学領域のトピックスとしてイメージング技術等で検証が行われている。2018年に慢性疼痛治療ガイドラインが発刊され、病態やエビデンスに基づく治療法が紹介された。WHOもICD-11で初めて慢性疼痛を疾患群として加えている。

しかしながら、本シンポジウムでは、高齢人口の急激な増加に伴い慢性期医療が多く遭遇する高齢者疼痛の対策についての解説が主旨に合うので、初めに、定義に基づく慢性疼痛の知識の説明を行うとともに慢性疼痛の臨床事例を紹介する。ついで、概念の整理を得て高齢者の慢性疼痛に沿った話を進める。慢性期患者の痛みの大半は、加齢とともに付随する疾患や病態に伴う痛みであり、侵害受容性疼痛要素が占める割合が高い。中でも運動器疾患による慢性疼痛の発生率が高い事が知られている。本邦でも、全人口の2～3割が慢性疼痛を有しているとのデータがある。過去20年間余り有症率は変わっていないが、高齢化率の上昇とともにさらに増える事は十分予測される。

まず、慢性疼痛の疫学的背景を知り、次いで具体的な治療法として、リハビリテーション、薬物療法について紹介する。リハビリテーションにおける運動療法に関しては、厚労省は健康づくりのための身体活動基準2023を作成し、生活習慣病の発生リスクの低減等を目的に達成基準を提示している。日本整形外科学会が唱えるロコモ運動は周知のところである。同時に、フレイル予防や介護予防に運動療法が推進されており、背景となる実験的・臨床的データを紹介する。薬物療法は、ポリファーマシーの弊害が唱えられ、さらに効率性や安全性から、高齢者施設の服薬簡素化が提言されている。

その他、がん性疼痛、認知症患者の疼痛対策など目前の課題は多く、生活習慣病が二次的に疼痛を発生させることが知られており、痛み診療には幅広い分野での知識が求められている。いずれにせよ、慢性疼痛は心理的要素が関与する場面が多く、多職種協同による対応の重要性を含め総括的な対策が必要である。

シンポジウム 3

慢性期医療における特定看護師の活躍の場

◆日 時：11月14日（木） 16:40 ～ 18:30

◆座 長：井川 誠一郎 日本慢性期医療協会 副会長

◆シンポジスト：水谷 小百合 鶴巻温泉病院 看護科長
吉野 牧子 あおぞら内科訪問看護ステーション 管理者
大嶋 玲子 特別養護老人ホームまごころ 施設長代行
中山 由紀子 多摩川病院 看護スーパーバイザー

シンポジウム 3 略歴

座長

井川 誠一郎（いかわ せいいちろう）

平成医療福祉グループ診療本部長

日本慢性期医療協会副会長

■ 略歴 ■

1983年	大阪大学医学部卒業 大阪大学第一外科（川島康生教授）に入局
1987年	大阪府立母子保健総合医療センター心臓血管外科
1989年	大阪大学医学部第一外科
1992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
1996年	社会保険紀南総合病院心臓血管外科医長
1999年	市立豊中病院心臓血管外科医長
2004年	同院部長
2005年	同院心臓病センター開設に伴いセンター長兼任
2006年	医療法人豊中平成会豊中平成病院副院長
2008年	医療法人康生会平成記念病院院長
2011年	医療法人康生会常務理事（現職）/平成医療福祉グループ診療本部本部長（現職）
2022年	医療法人康生会豊中平成病院名誉院長（現職）

厚生労働省保健医療専門審査員

（中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会委員）

日本慢性期医療協会 副会長、政策企画委員会委員長、慢性期救急委員会委員長

地域包括ケア病棟協会 理事

日本在宅救急医学会 理事

シンポジスト

水谷 小百合（みづたに さゆり）

鶴巻温泉病院 看護科長

■ 略歴 ■

1993年4月	医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 入職
1996年3月	厚木看護専門学校 卒業
2013年4月	医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 病棟科長
2018年3月	看護師特定行為研修 修了

吉野 牧子（よしの まきこ）

あおぞら内科訪問看護ステーション 管理者

■ 略歴 ■

	急性期病院、三次救命救急センターを経て
2000年	吉野川市医師会訪問看護ステーション
2012年	あおぞら内科訪問看護ステーション

資格

看護師 介護支援専門員 リンパ浮腫セラピスト
訪問看護認定看護師 在宅ケア認定看護師
特定行為看護師 認知症ケア専門士

大嶋 玲子（おおしま れいこ）

特別養護老人ホームまごころ 施設長代行

■ 略歴 ■

1993年	宇都宮高等看護専門学校卒業
1993年	自治医科大学附属病院 精神科病棟勤務
1994年	利根保健生活協同組合利根中央病院 整形外科病棟 外科病棟 訪問看護ステーション 耳鼻咽喉科外来 光学医療室勤務
2009年	社会福祉法人久仁会特別養護老人ホームくやはら 学術研修部長・生活支援部副部長
2016年	看護師特定行為研修修了
2019年	介護老人保健施設大誠苑 看護マネジャー
2024年	社会福祉法人久仁会特別養護老人ホームまごころ 施設長代行

中山 由紀子（なかやま ゆきこ）

多摩川病院 看護スーパーバイザー

■ 略歴 ■

1996年 3月	市立函館病院高等看護学院卒業
1996年 4月	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
2001年 9月	医療法人社団全人会 多摩川総合病院
2010年10月	医療法人社団大和会 多摩川病院（法人変更）
2011年10月	医療法人社団大和会 多摩川病院 主任
2012年 3月	医療法人社団大和会 多摩川病院 師長
2016年 5月	医療法人社団大和会 多摩川病院 看護副部長
2018年 1月	医療法人社団大和会 多摩川病院 看護部長
2021年 4月	医療法人社団大和会 平成医療福祉グループ 看護スーパーバイザー

S3-1

多機能慢性期病院における看護師特定行為の実践

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

水谷 小百合

私が所属する鶴巻温泉病院は、回復期リハビリテーション病棟、障がい者・難病リハビリ病棟、特殊疾患病棟、医療療養病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟の機能を持つ 505 床と介護医療院 52 床を併設した多機能慢性期病院である。当院での 2023 年度までの看護師特定行為研修修了者は計 8 名であり、特定行為の実践は 2017 年度から開始している。修了者 2 名で創傷管理関連の 2 行為から開始し、2024 年 4 月現在では、修了者 7 名にて「気管カニューレの交換」、「中心静脈カテーテルの抜去」、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入」、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」、「創傷に対する陰圧閉鎖療法」の計 5 行為を実践している。2017 年度～2023 年度の実績としては、気管カニューレの交換 2,845 件、中心静脈カテーテルの抜去 4 件、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 11 件、創傷管理関連 732 件である。その他、クリニカルラダー研修講師や看護師特定行為研修の講師・実習指導など、院内外での教育指導も行っている。

私は科長として病棟管理をしながら、2018 年 4 月より看護師特定行為を実践している。研修受講前は、気管カニューレのトラブルの際に、他患者の対応をしている医師を待つ間、自分が何もできないもどかしさを感じていた。その時に、特定看護師の先輩からすすめられた事が受講のきっかけだった。その場で実践することで患者の苦しみを軽減できる、それは活動を開始して実感したことでもあった。気管カニューレ交換で出血する患者に、以前は「痛いんですよね、もう終わりますよ。」などの声掛けが自分にできる精一杯だった。しかし今では、肉芽の状態を見ながら気管カニューレの種類変更を提案する事や、交換時になるべく苦痛の少ないようにカニューレの抜去や挿入時のタイミングを計るなど、苦痛を軽減するための実践ができる。そのように実践していくと、交換時に毎回出血していた患者が徐々に減少した。そして横断的な活動は、それぞれの病棟看護師への指導・助言の場になり、院内全体の看護の質を向上する機会にもなっている。また、特定看護師の活動が院内で徐々に認知され、看護師のみでなく一部の医師からも依頼や相談をされるようになった。

今後は、医師を含めた多職種への啓発活動と、院内のみならず法人系列で活動できるシステム構築を検討していきたい。実践拡大に向けて、今大会のシンポジウムにて知見を深め、チーム医療のキーパーソンとして高度な臨床実践能力を発揮し、医療の質の向上に貢献していきたい。

S3-2

訪問看護ステーションにおける特定行為について

あおぞら内科訪問看護ステーション

吉野 牧子

在宅で療養している患者は増加傾向であり、対象患者も、末期がん、神経難病、認知症、そして小児など多様化している。当ステーションでも、2012年1月の開設以来、患者は増え続け、様々な疾患の患者と関わり、年間の看取り数も70人以上にのぼる。当ステーションが所属する法人の診療所の医師は、在宅医療の専門医で訪問診療を行っている。医師は一人だが、特定看護師が核となって訪問看護を行うことで、医師の診療及び治療の質を落とすことなく在宅医療を提供している。当ステーションでの特定看護師の活動を紹介するとともに連携のあり方について、また医師とのタスクシフト/シェアについても具体的に考えてみたい。

さて、戦国時代、武田信玄の率いた軍団が最強であったことは広く知られている。その戦法は、作戦の大枠と目標を信玄が決め、細かい戦術は現場で判断して行かせたと言われている。信玄は「人は城、人は石垣、人は堀」というほど、人を大切にし、有能な家臣を見つけ、前線での戦いを任せた。どんなに強い軍隊があっても信頼関係がないと、実効性がないことも知っていたのかもしれない。現代では、このような作戦遂行の方法をミッションコマンドと呼んでいる。任務の目的を明確にした命令に基づく分散型の戦法である。実行する詳細よりも、作戦の目的に焦点を当てて行動できるよう命令し、意思決定を可能な限り部下に委任することで、指揮官が何を望んでいるかを理解した上で、部下が主体的に意思決定できるように仕向けている。ミッションパートナーとの間で行動の調和とシナジー効果が得られる。信玄と同様、指揮関係よりも人間関係の方が重要となる。指導官主導のワンチーム精神の指揮環境を浸透させ、努力の統一が実施される。特定看護師を核とした訪問看護ステーションによる在宅医療の在り方は、信玄や、ミッションコマンドと呼ばれる作戦行動に通じる所が多いと思われる。すなわち主治医が指揮官となり、知識と技術を身につけた特定行為看護師が手順書の範囲内で、自分で判断し、そして行為を行う。そうすることにより限られた時間、場所、手段（医療資源）であっても、変化する病状に素早く、そして効果的な対応が可能となる。

S3-3

施設で働く特定看護師の活動

社会福祉法人久仁会特別養護老人ホームまごころ 施設長代行

大嶋 玲子

2015年10月より看護師特定行為研修制度が始まって以降、2023年3月時点で6,875人の特定看護師が全国で活躍している。特定看護師への期待として、「医師の指示を待たずに医療行為が行われるため医師の負担軽減や、迅速な処置の提供による患者の苦痛軽減がはかれる」ことが挙げられる。本稿では私自身の特定看護師としての活動を振り返り、目的をどのように反映できているか、また今後の活動をどう拡大していくかを考えたい。

大誠会グループ（以下、当法人）の所在地である群馬県沼田市における高齢化率は34.3%（2020年）と全国平均を5.41%上回っている。3人に1人以上が高齢者となり、認知症を有する高齢者や独居高齢者も増加している。そのため健康を維持し、住み慣れた場所で暮らす支援は必要不可欠である。当法人は病院を中心に、介護老人保健施設（以下、老健）や特別養護老人ホーム（以下、特養）などの介護施設も有するため、特定看護師の担う役割は肝要である。

当老健は手順書を交わすのは施設長一人であり、信頼関係が構築された中での特定行為の実施は円滑である。一方で介護保険施設である老健は、検査もある程度制約があり、検討する使用薬剤も限られている。そのため制限ある中で状態を悪化させない工夫も必要となる。またエビデンスに基づいて早期対応、疾患の予防、多職種と情報共有が行える。このやり取りこそ、特定看護師が老健に存在する意義と考える。

現在私は特養勤務だが、老健との違いは医師が常駐しないだけでなく、関連病院が立地的にも離れているため、医療の実施にタイムラグが生じやすいことが挙げられる。そこで利用者に円滑な医療提供を図る事が重要となる。また特養での特定行為の実施は、利用者の環境を変えずに、自身の部屋で慣れた職員から医療提供を受けることが可能となる。リロケーションダメージを最小限にとどめ、点滴実施後も早期回復が望めると考える。

さらに活動の場は、各施設内にとどまらず、法人内の横断活動も行っている。利用者の生活の場が変わっても、状態を把握した特定看護師が関わることで安定したケア提供の一助となる。また今後は、法人の枠を越えて地域でつながる活動も必要と考える。近隣地域で特定看護師同士のネットワークができれば、ケアの継続が的確に行われる。一人で活動している人や経験の少ない特定看護師の不安軽減にもなり、活躍の拡大につながるのではないだろうか。病院・老健・特養や法人といった垣根を越えて、特定看護師の可能性を今後も模索していきたい。

S3-4

慢性期医療における特定看護師の活動と今後の展望

平成医療福祉グループ 看護スーパーバイザー

中山 由紀子

2015年10月、看護師特定行為研修制度が開始した。現在9年が経過し、2024年3月現在修了者数は9135名、指定研修機関は412機関まで増加した。

基本理念の中では『在宅を含む医療現場において』と幅広い現場での活躍を記されているが、医師の働き方改革等対策の影響により、急性期病床における看護師特定行為研修修了者(以下特定看護師と記載)のニーズが大きくなっている。実際に特定看護師は病院在籍者が最も多く、介護施設や在宅領域の在籍者は少ない。

医療政策変遷の中で、急性期病床の平均在院日数が短縮している。このため、より高度な医療提供を短期間で提供しなければならない急性期領域での特定看護師の役割は、医師とともに診療部門に所属した上で成り立っているケースが多い。

同時にこれまで以上に医療依存度の高い対象者の慢性期病床入院が増加、介護保険領域・在宅医療領域においても継続した医療の必要性が大きくなっている。

このような背景の中、看護師特定行為研修の臨床病態生理学、臨床推論、臨床薬理学、フィジカルアセスメント等の共通科目で総合的に学んだ内容は、医療依存度が増した慢性期医療において異常の早期発見・適切な初動加療や、急性期治療から継続した医療を適切に進めることができるなど大変有効な内容であり、これらの知識を十分に活かすことで特定行為の実施だけではなく幅広い活躍が期待できる。

急性期病床での特定看護師の認知度は向上しており、医師や他職種の協力も得やすくなった一方で、慢性期医療の中での特定看護師の認知度は低く他職種からの協力を十分に得られる所までの活動ができていない。在宅医療領域で活動する特定看護師は、医師から手順書の発行がなされなければ特定行為の実施ができないところ、主治医が看護師特定行為研修制度の理解がなく、必要な時に特定行為を実施できないといったケースも多く経験している。慢性期医療の中で活躍する特定看護師として、慢性期病床、介護保険領域や在宅医療領域でより効果的な活動ができるよう、特定看護師としてできることをアピールする必要がある。

また、1事業所に対して1名など特定看護師の配置人数が少ないことで、特定看護師としての悩み相談やサポートをできる体制を持たない所も少なくない。特定看護師が孤独にならないようなサポートできる体制を持つことで、一人ひとりが自信をもって活動の幅を広げられることが期待できる。

当グループで実施している特定看護師の活動とサポート体制の現状を紹介し、今後の慢性期医療における特定看護師の活動の展望を述べたい。

日本介護医療院協会セミナー

介護医療院の現状と経営戦略

- ◆日 時：11月14日（木） 13:30 ～ 14:50
- ◆座 長：鈴木 龍太 日本介護医療院協会 会長
- ◆演 者：鈴木 龍太 日本介護医療院協会 会長
野村 秀幸 原土井病院 院長・みどりの介護医療院
進藤 晃 大久野病院 理事長

日本介護医療院協会セミナー 略歴

座長・演者

鈴木 龍太（すずき りゅうた）
日本介護医療院協会 会長

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

現職

医療法人社団 三喜会 理事長 鶴巻温泉病院 院長

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-2023年 3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-2023年 5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-2023年 3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
2023年 11月	神奈川県保健衛生表彰

最近の著書 論文

著書	やって良かった介護医療院 日本医学出版 2022
共著	新版 看護師特定行為 研修テキスト 執筆 中央法規 2023
エッセイ	日本で始まった Endothelin と Vasospasm の研究が 30 年以上を経て患者を救う薬になりました。脳卒中 J-STAGE 早期公開 2024.2.9

演者

野村 秀幸 (のむら ひでゆき)

原土井病院 院長・みどりの介護医療院

略歴

1980年 3月27日	九州大学医学部 卒業
1980年 6月 1日	九州大学医学部 第一内科 入局
1985年11月 1日	九州大学医学部 第一内科 助手
1989年 6月 1日	新小倉病院 内科医師
1991年 1月 1日	同 消化器科医長
1999年 4月 1日	同 内科部長
2005年 4月 1日	同 診療部長
2013年 4月 1日	九州大学医学部臨床教授併任 (2017 年 3 月まで)
2014年 4月 1日	新小倉病院 副院長
2019年 4月 1日	原土井病院 副院長・院長補佐
2019年10月 1日	原土井病院 院長
2020年 4月 1日	九州大学医学部臨床教授併任
現在に至る。	

現職：社会医療法人原土井病院 院長

学位取得年 1990 年 4 月 9 日、論文審査校 九州大学 (1461)

その他役職

厚生労働科学研究費補助金肝炎等緊急克服対策研究事業 (2004 年 - 2015 年：班員および研究協力者)

AMED 肝炎克服実用化研究事業 (肝炎等克服緊急対策研究事業) (2016 年 - 2018 年：研究協力者)

2018 年 6 月 8-9 日 第 111 回日本消化器病学会九州支部例会会長

所属学会・認定医・専門医・指導医

日本内科学会認定内科医、日本肝臓学会専門医・指導医、

日本消化器病学会専門医・指導医、日本消化器病学会九州支部名誉会員

日本感染症学会専門医・指導医

専門分野

B 型、C 型慢性肝炎の診断と治療

賞

日本感染症学会感染症優秀論文賞受賞 (2004 年)

日本肝臓学会 Hepatology Research 賞受賞 (2005 年)

第 45 回福岡県医師会長賞受賞 (1998 年)

第 53 回福岡県医師会長賞受賞 (2006 年)

業績：英文原著 (107 編：内筆頭者 33 編)

進藤 晃（しんどう あきら）

大久野病院 理事長

■ 略歴 ■

1989年 3月	埼玉医科大学卒業
1989年 5月	第 83 回医師国家試験合格
1989年 6月	埼玉医科大学付属病院 循環器内科 入職
1992年 9月	大久野病院 入職
1996年 7月	大久野病院 院長
1999年 8月	医療法人財団利定会設立 理事長
2023年 5月	大久野病院 院長 退任

その他法人

2017 年 4 月 社会福祉法人ゆりかご会 理事

2012 年 6 月 西多摩地区病院会 会長

2015 年 6 月 東京都病院協会 常任理事

2017 年 12 月 東京都慢性期医療協会 会長

2018 年 6 月 日本慢性期医療協会 常任理事

2021 年 6 月 全日本病院協会 東京都支部 支部長

2022 年 6 月 西多摩医師会 副会長

介護支援専門員

1999 年 9 月 30 日 修了 東京都 第 9905123 号

LCS-1

介護医療院の現状と経営戦略

日本介護医療院協会 会長
鈴木 龍太

日本介護医療院協会では毎年全介護医療院対象に実態調査を実施している。2023 年度調査で介護医療院の経営状態を調査したところ、I 型では 50%、II 型では 34.7% が単独で黒字であると回答されている(表)。回答の中で「どちらともいえない」という回答が 1/3 程度あるが、これは大部分の介護医療院が病院併設であるため、単独での経営状態の把握が難しいためと言える。そこで II 型単独施設 8 施設に限定すると 2/3 が黒字経営であるとの回答であった。

2024 年度の介護医療院セミナーは、テーマを「介護医療院の現状と経営戦略」とした。
日本介護医療院協会会長講演は 2024 年度日本介護医療院調査結果を軸に介護医療院総論を論じる。
みどりの介護医療院から独立型介護医療院 II 型の経営戦略、大久野病院介護医療院からは介護医療院 I 型と病院との連携を踏まえた経営戦略を発表していただく。
介護医療院の持続可能な経営戦略の参考になることを期待している。

類型別経営状況(2023.問19)

	全体	I 型	II 型	II型単独
回答施設数	177	128	49	8
1.介護医療院単独では黒字である	45.8	50.0	34.7	62.5
2.介護医療院単独では赤字である	17.5	10.9	34.7	37.5
3.どちらともいえない	33.9	36.7	26.5	0
4.その他	2.8	2.3	4.1	0

経営状況は I 型では黒字50%、赤字11%だが、II 型では黒字、赤字とも35%と同数であり、経営状況はI型より悪い。

どちらともいえないが3分の1近くあるが、病院施設内にある場合が多く、単独の経営状態はわかりにくいのではないかと考える。

LCS-2

独立型介護医療院IIの経営戦略

原土井病院 院長

野村 秀幸

20年以上前から議論がはじまった2025年問題は、ここ数年で具体的な対策が講じられるようになった。介護保険の領域においては厚生労働省が2018年（平成30年）に介護医療院を新規に導入した。この介護医療院は日頃の医学管理や介護サービスからターミナルケア、看取りまで対応できるように、医師・看護師・介護職員・薬剤師・管理栄養士・リハビリスタッフなどが常勤する医療・介護・在宅の諸機能を兼ね備えた高齢者施設である。経営的には、介護医療院I型、病院併設型、病室はユニット型個室の組み合わせとし、介護度が高い入所者を多く入所させることが最も収益性が高い形態と考えられるが、我々は、入所者のプライバシーと快適性を第一に考えユニット型個室を優先することとした。原土井病院から700mほど離れた場所に、独立型・介護医療院II型・ユニット型個室等の機能を選択した介護医療院を新規に建設した。併せて原土井病院のサテライトクリニック「みどりのクリニック」を介護医療院と同一建物に移転、リハビリテーション施設も備えている。また人員配置の面においても日勤帯に医師・薬剤師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置する等、充実を図った。介護医療院の形態については、介護職員の確保と夜間の当直医師の確保が困難であることからII型を選択することとした。

サービス面ではリハビリテーションの充実があげられる。特に介護度3・4の入所者に対しては積極的に生活を支える通常のリハビリテーションに加え、入所者の「食べる喜び」を支える嚥下訓練にも取り組んでいる。入所者の満足度も高く、また収益面も好調に推移している。入所者の介護度は当初平均3.4であったが開院から4年経過した現在、3.8と年々徐々に上がってきた。それでも入所者の介護度はまだ若干低いので看取り件数が少なく看取り後の次の入所者までのタイムラグによる空床期間も短くてすむ。また、独立型であるので、入所者・家族・介護医療院スタッフも、「介護医療院は病院ではなく高齢者施設（在宅）であること」を早期から自覚することができた。更にポリファーマシー対策も成果を上げている。こうした効率的な運営への取り組みによって入所者の契約率、稼働率とも高く維持でき、健全経営を実現している。

現在の問題点は夜間の看取りを原土井病院グループの在宅担当医師に依頼していることである。将来的にI型への変更も視野に検討しているところではあるが、現在は支出が恒常的に維持されており、その約7割が人件費であることを考えると、当直医師の確保が困難なことと当直医師の人件費が増えることが今後の問題となってくると考えられる。

LCS-3

介護医療院の現状と経営戦略(回復期と併営の場合)

医療法人財団利定会 大久野病院 理事長

進藤 晃

当法人は、東京都西多摩郡に立地し、回復期リハビリ病棟から在宅療養を支える診療所や訪問看護ステーションを運営している。西多摩郡は、東京駅から電車で1時間程の場所で、奥多摩町や檜原村などの山間部から福生市のような都市部を含む4市3町1村で成り立っている。人口は約37万人で、面積は東京都の約25%を占めている。東京都において唯一人口減少が始まり、高齢化率も30%を超えている地域である。東京都では、地価が高いため慢性期病床の運営が困難であり、南多摩や西多摩郡に慢性期の病床が集まっている。慢性期病床を運営していくには激戦区であり、その中で生き残りをかけて、運営している。当法人の施設構成は、大久野病院に回復期リハビリ病棟50床、医療療養病棟50床、介護医療院58床。機能強化型在宅支援診療所である進藤医院は、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援センターを運営している。他に青梅市地域包括支援センターも委託されている。

西多摩は激戦区なので大久野病院は、入院の依頼があれば、来るもの拒まずに運営している。2000年に介護保険が始まった時は、全床が医療療養病棟であった。どんな状態でも受け入れるために、介護療養型医療病棟を2病棟開設した。2006年の改訂で介護療養型医療施設の廃止が決まったが、医療も介護も提供できる施設は必要と考えて、1病棟は転換せずに残し、1病棟は医療療養病棟へ転換した。同時期に、1病棟を回復期リハビリ病棟へ転換した。この時期に、回復期リハビリ病棟・医療療養・介護療養の構成となった。

この施設運営では、回復期リハビリ病棟が入院の受け入れ病棟となり、在宅へ復帰できない場合、状態に合わせて医療療養と介護療養で受け取る流れが出来上がった。介護療養型医療施設は、介護医療院が設置されて1年後の2019年4月に転換をした。回復期・医療療養と併営しているため、回復期で十分に回復できなかった方や、医療療養病棟で医療提供が少なくなった方が転入院される。また、機能強化型在宅支援診療所を運営していることもあり、訪問看護ステーションからの入院依頼もある。その結果、在宅へ復帰をする方が他の介護医療院に比べて多い。退院される方の大半は、お看取りである。当院で亡くなられた方は、最期の退院として玄関から、手を空けることができる職員全員でお見送りをしている。そこには外来に見えている方、お見舞いに見えている方がおられますが、嫌な雰囲気というよりも、誰でも通る道であり、その人の人生を一緒に祝福してくれている。当法人における、以上のような取り組みをご紹介します。

第12回慢性期リハビリテーション学会 シンポジウム

これからの慢性期リハビリテーション ～チームリーダーとしての医師のあり方～

◆日 時：11月14日（木） 15:00 ～ 16:20

◆座 長：橋本 康子 日本慢性期医療協会 会長・
慢性期リハビリテーション協会 会長

◆シンポジスト：近藤 国嗣 東京湾岸リハビリテーション病院 院長
吉尾 雅春 千里リハビリテーション病院 副院長
中村 春基 千里リハビリテーション病院 副院長

第12回慢性期リハビリテーション学会シンポジウム 略歴

座長

橋本 康子（はしもと やすこ）

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
医学博士

■ 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東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
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
厚生労働省 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
日本地域医療学会 理事
病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業 協議会委員
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問

シンポジスト

近藤 国嗣（こんどう くにつぐ）

東京湾岸リハビリテーション病院 院長

■ 略歴 ■

1988年	東海大学医学部卒業
1988年	慶應義塾大学医学部リハビリテーション科入局 初期研修
1990年	東京都リハビリテーション病院 医員
1992年	慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 医員

1994年	埼玉県総合リハビリテーションセンター 医員
1996年	慶應義塾大学医学部リハビリテーション科 医長
1998年	東京専売病院リハビリテーション科 部長
2000年	川崎市立川崎病院リハビリテーション科 医長
2007年～	東京湾岸リハビリテーション病院 院長
他	
1999年	博士（医学） 学位取得（慶應義塾大学）
2001年～	慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室非常勤講師
2022年～	慶應義塾大学医学部客員教授（リハビリテーション医学教室）

学会資格など

日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医、代議員、監事
日本生活期リハビリテーション医学会 監事
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 認定士、評議員
日本臨床神経生理学会 専門医、指導医
日本抗加齢医学会 専門医
日本義肢装具学会 正会員
日本リハビリテーション医療デジタルトランスフォーメーション（DX）学会 理事長
リハビリテーション先端機器研究会 理事

その他

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長
一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長
一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 理事
一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT） 副代表
公益社団法人 全国老人保健施設協会 常務理事

吉尾 雅春（よしお まさはる）

千里リハビリテーション病院 副院長

略歴

1974年	九州リハビリテーション大学校理学療法学科卒業後、中国労災病院勤務、星ヶ丘厚生年金病院、有馬温泉病院、協和会病院に勤務
1988年	兵庫医科大学第一生理学教室研究生（1988～1995 年）
1994年	大阪学院大学商学部卒業
1994年	札幌医科大学保健医療学部 講師・同解剖学第二講座研究員（1995～2006 年）
2003年	札幌医科大学保健医療学部 教授
2006年	千里リハビリテーション病院 副院長、現職
2002年	博士（医学、札幌医科大学 No.2089）
2007年	死体解剖資格

【著書】

運動療法学総論第4版. 2017, 医学書院.
運動療法学各論第4版. 2017, 医学書院.
神経理学療法学第2版. 2018, 医学書院.

脳卒中理学療法理論と技術第4版. 2022, メジカルビュー社.
症例で学ぶ「脳卒中のリハ戦略」. 2018, 医学書院, 他

【その他】

2014年 日本神経理学療法学会 代表運営幹事
2021年 一般社団法人日本神経理学療法学会 監事
2024年 一般社団法人日本理学療法学会連合 監事

中村 春基 (なかむら はるき)

千里リハビリテーション病院 副院長

■ 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
2009年	一般社団法人日本作業療法士協会 会長
2015年	一般社団法人日本作業療法士協会 常勤役員
2023年6月	医療法人社団 和風会 千里リハビリテーション病院 現在に至る

【社会的活動】

公益社団法人国際化粧療法協会常務理事、一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会顧問、一般社団法人 日本リハビリテーション教育推進機構理事、チーム医療推進協議会顧問、全国リハビリテーション学校協会顧問

CRS-1

これからの慢性期リハビリテーション医療 ～チームリーダーとしての医師のあり方～

東京湾岸リハビリテーション病院 院長
近藤 国嗣

リハビリテーション医学は、一般の医学が主に人が先天的に有しているもの(例：消化吸収、ガス交換、尿産生、内分泌、筋骨格等)を対象とするのに対して、人が後天的に獲得する(した)もの(例：認知、コミュニケーション、動作、排泄、摂食嚥下など)を治療の対象としており、活動の医学といえる。近年、日本リハビリテーション医学会は、リハビリテーション医学を「活動を育む医学」と提唱している。一方、患者は心身機能・機能、構造の治療を最も望んでいる。このため、科学的根拠が確立された機能障害に対する治療を実施することは必須である。ただし、慢性期では、機能障害の回復は困難となることが多く、残存する障害の中で活動をどのように高めていくかという視点が重要となる。

これに対して、医師はチームリーダーとして、患者ごとの具体的な活動・動作の短期・長期目標と治療方針をチームのメンバーと共同して立案、実行することが求められている。また、様々な動作・活動に関する指標を活用し、目標の達成状況について定期的な評価と見直しを行って、チームの方向性を調整する立場を担う必要がある。しかし、現状ではリハビリテーション医学・医療の知識と経験が乏しい医師が少なく、単なる取りまとめ役になってしまうか、逆に本来の課題からはずれた内容への誘導や、目標設定になってしまう危険性がある。

最も大事なものは患者の評価をリハビリテーション専門職や看護師だけに任すのではなく、自ら身体・認知機能そして併存する疾患の評価そして動作(活動)を定期的に行うことである。その結果を考察して総合的に捉えたうえでカンファレンスに臨み、目標と治療方針(設計図)の設定、ならびに指示を行う必要がある。また、患者に対しては、スタッフからの情報だけで説明するのではなく、自らの評価を加えたうえで説明と同意を行うべきである。

私自身の診療では、初回の診察に重点を置いている。身体機能の評価は必須だが、認知機能の評価こそ重要と考え時間をかけている。一方、再診では自分なりのパターンをつくり、筋力(特に股関節周囲筋)、麻痺、関節可動域、歩行動作など毎回同じ項目を計測することによって患者の身体機能の変動の幅や病的変化を捉え易くしている。握力(非麻痺側)や歩行速度は簡便であり、臨床に活用できる定量的評価である。また、実生活や訓練時の動作よりも高いレベルの動作(最大動作)も行わせており、さらなる向上の可能性を探っている。

慢性期リハビリテーション医療における医師は、「機能回復の終了は、動作・活動回復の終了でない」と、そして「回復期リハビリテーション病棟退棟は回復の終了でないこと」を理解して、患者・家族、リハビリテーション専門職、看護・介護職、福祉職、そして行政とも協働して、患者の生活を創るプロデューサーとなることが求められている。

CRS-2

これからの慢性期リハビリテーション —チームリーダーとしての医師のあり方—

千里リハビリテーション病院 理学療法士

吉尾 雅春

朝まだきとは夜が明けきっていない早朝のことを指します。山間の里ではよく見られる光景ですが、朝霧の向こうの山際から太陽が少し顔を出しているのに人里はまだ薄暗いのです。現在のリハビリテーション医療の世界は、私にはこの朝まだきの景色と重なって見えます。

日本に脳のCT画像が登場したのが1973年、私は1974年に理学療法士になりました。理学療法士になって10年目頃に50歳台女性の脳卒中患者を外来で担当することになりました。その頃の診療報酬制度では脳卒中でも長期間の入院が可能でした。発症後、ある市立病院に1年半ほど入院して理学療法を受けていましたが、結局一人ではうまく立てず、歩くことは困難でした。週に1、2回の外来理学療法でしたが、1年半ほど経過した頃には杖・装具なしで10mを12秒で歩けるようになりました。何故、市立病院に入院していた1年半の期間に歩けなかったのか、私も理解不能でしたが、市立病院の医師も担当理学療法士も原因は分からなかったのでしょうか。そして、その後を担当した私も何故独歩できるようになったのか、実は明確な説明はできませんでした。その当時、リハビリテーション専門医はほとんどいませんでしたが、いたとしても明確な障害診断や原因分析、適切な治療プログラムなどを示すことはできなかったと思います。CT画像は視床出血であることだけは教えてくれましたが、それ以上の情報を得ることはできませんでした。脳卒中に伴う病態や現象の根本的な原因は脳の中にある、と言ってもよいでしょうから、脳の中で何が起きているのか考えていくべきです。

近年、脳科学からのメッセージが多くなり、原因を含んだ病態の説明ができるようになってきました。機能局在からシステムとして働く脳を考える連合論の説明によって、患者にどのように関わればよいかも少しずつ見えてきました。とは言え、現実に臨床のリハビリテーション専門医やセラピストがその情報を存分に活かしているかは疑問です。なんとなく、という臨床活動によって、患者はその後の人生を左右されてしまうのです。その先にある生活について考えていくとき、入り口でもあるリハビリテーション専門医としての疾病や障害の診断・評価に基づく適切かつ具体的なリハビリテーションゴールの設定やリハビリテーションチームの統括が求められます。できるだけ科学的根拠に基づくことが重要ですが、リハビリテーション医療の予後予測のためのデータは多くの症例から得た確率論であり、個に対する原因分析も不十分であり、適切な治療がなされたかについても全く問われていません。急性期であろうと慢性期であろうと、医師がもつ科学性はどの職種にもない高度なものであり、皆が期待しているところなのです。

CRS-3

「これからの慢性期リハビリテーション チームリーダーとしての医師のあり方」 —作業療法士の立場から—

医療法人社団 和風会 千里リハビリテーション病院 副院長
中村 春基

まず、本シンポジウムにあたり、私の基調となる4つのことを紹介します。

一つ目に、私は48年目のOTですが、これまで、臨床で3施設、学校の教官、(社)日本作業療法士協会役員等の経験を通して様々な医師とお付き合いをさせて頂きました。その中で、「澤村誠志先生」には、「patient first」と「教科書は患者さん」ということを叩き込まれました。

二つ目は、現厚生労働省医務技監の「迫井正深氏」からは、介護報酬の生活行為向上リハビリテーション加算の創設にあたり、医師(医療)は、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保することを使命とし、人々の命を守り社会に貢献するという唯一無二の価値がある。その中でリハビリテーション医療の役割は、「医療に生活を持ち込む」ことであると薫陶を受けました。

三つめは、(社)日本作業療法士協会では2018年の定時総会において、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す」と定義しました。

四つ目は、2023年10月7日に日本の障害者権利条約への取り組み状況について、国連障害者権利委員会による総括所見が発表されました。それによりますと、「ハビリテーション(適応のための技能の獲得)及びリハビリテーション(第26条)」について、留意事項で、「ハビリテーション及びリハビリテーション計画における医学モデルの強調、および障害の種類、性別、地域に基づく支援の違い」が挙げられ、同勧告において、「障害の人権モデルを考慮したハビリテーション及びリハビリテーション制度を拡充すること」と指摘されました。

これらは、医療人としての心構え、医学的リハビリテーションの役割、ICF、人権に基づくサービスモデルにまとめられると思いますが、シンポジウムにおきましては、作業療法士ですので、活動と参加の視点、それをさらに充実させるための施策等について、医師の役割と機能、リーダシップという観点を踏まえ、具体的な議論が深められればと思います。

職場におきましては、172床の病院で作業療法士48名、平均経験年数5.2年という職場環境で、「量」と「質」の担保と、魅力ある職場づくりに取り組んでいます。本シンポジウムを通して、医師を含め多くの方々と気楽に相談ができる関係性ができたら幸いです。

地域病病連携推進機構シンポジウム

高齢者救急における病病連携の現状と課題

◆日 時：11月14日（木） 16:30 ～ 18:30

◆座 長：小山 信彌 東邦大学医学部 名誉教授
高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授

◆基 調 講 演：眞鍋 馨 厚生労働省 大臣官房 厚生科学課長

◆シンポジスト：松本 悟 豊中平成病院 院長
益子 邦洋 南多摩病院 院長
具嶋 泰弘 済生会熊本病院 管理運営部長

地域病病連携推進機構シンポジウム 略歴

座長

小山 信彌（こやま のぶや）

日本私立医科大学協会 参与
東邦大学名誉教授

■ 略歴 ■

1972年3月	東邦大学医学部卒業
1972年4月	東邦大学医学部附属大森病院研修
1974年4月	東邦大学医学部第一外科学講座入局
1991年3月	東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座助教授
1995年2月	東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座教授
2000年7月	東邦大学医学部附属大森病院院長
2013年4月	東邦大学医学部特任教授、名誉教授
2021年4月	日本私立医科大学協会 参与

高橋 泰（たかはし たい）

国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻主任 医療経営管理分野教授

■ 略歴 ■

1986 年金沢大学医学部卒、東大病院研修医、東京大学医学系大学院（医学博士）、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、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、2004～2008 年医療経営管理学科長、2009 年より大学院教授、2016 年－2018 年 医療福祉学部長（大田原）、2018 年－2020 年心理・医療マネジメント学部長（赤坂）、2020 年より現職。

2016 年 9 月より 2020 年 9 月まで内閣未来投資会議・構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長として医療介護の ICT 化や介護の科学化推進を提言してきた。2024 年 3 月より厚生労働省新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員

学位

医学博士（医療情報）

専門分野

医療経営、Dx、医療制度、働き方改革、高齢者ケア

基調講演

眞鍋 馨（まなべ かおる）

厚生労働省 大臣官房 厚生科学課長

■ 略歴 ■

1995年	東北大学医学部卒業
1995年	厚生省（当時）入省
1999年	厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長
2002年	ロンドン大学留学
2005年	厚生労働省保険局医療課課長補佐
2009年	厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
2012年	長野県健康福祉部長
2015年	厚生労働省保険局医療課企画官
2017年	文部科学省高等教育局医学教育課企画官
2018年	厚生労働省老健局老人保健課長
2022年	厚生労働省保険局医療課長
2024年	厚生労働省大臣官房厚生科学課長
	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

シンポジスト

松本 悟（まつもと さとる）

豊中平成病院 院長

■ 略歴 ■

1992年	大阪大学医学部卒業 大阪大学医学部附属病院 第二内科に入局
1993年	市立泉佐野病院 内科
1997年	りんくう総合医療センター 循環器内科
1998年	市立豊中病院 循環器内科
2013年	康生会 豊中平成病院

日本内科学会 総合内科専門医

日本循環器学会 専門医

益子 邦洋（ましこ くにはひろ）

南多摩病院 院長

■ 略歴 ■

1973年 8月	日本医科大学卒業
1973年11月	医師免許取得（No. 220662）
1973年12月	日本医科大学第三外科入局
1978年 1月	日本医科大学附属病院 救命救急センターへ出向
1983年 7月	医学博士（日本医科大学 乙第 729 号）
1984年10月	日本医科大学救急医学科講師
1991年 4月	日本医科大学救急医学科助教授
1995年 7月	日本医科大学附属病院高度救命救急センター部長
1999年 5月	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
2004年 4月	日本医科大学救急医学講座教授
2004年 8月	札幌医科大学救急医学非常勤講師
2013年 4月	宮崎大学医学部医学臨床教授
2014年 4月	日本医科大学名誉教授
2014年 4月	医療法人社団永生会 南多摩病院 院長
2015年 4月	東京医科歯科大学医学部臨床教授
2020年 4月	東京医科大学臨床研修地域医療指導教授 現在に至る

学会役員、指導医、認定医等

日本交通科学学会理事，日本 Acute Care Surgery 学会監事・Acute Care Surgery 認定外科医，
日本航空医療学会監事，日本救急医学会功労会員・認定医・指導医，日本臨床救急医学会功労会員，
日本腹部救急医学会特別会員，日本外科学会認定登録医，日本外傷学会名誉会員・外傷専門医

社会的職歴

一般社団法人八王子市医師会理事
東京都医師会救急委員会委員ならびに外国人医療対策委員会委員
特定非営利活動法人「救急ヘリ病院ネットワーク」顧問
中央交通安全対策会議専門委員（第7次～第10次）
国土交通省 先進安全自動車（ASV）推進検討会委員（第5期～第7期）

受賞

消防庁長官表彰状、救急功労者、2007年9月
千葉県知事表彰、救急医療充実強化への貢献、2008年9月
厚生労働大臣表彰、救急医療功労者、2009年9月
千葉県警察本部交通部長感謝状、交通事故調査委員会委員、2014年3月
公益財団法人交通事故総合分析センター感謝状、調査研究審議会委員、2017年6月
東京消防庁救急部長感謝状、救急行政の推進への貢献、2019年9月
東京消防庁消防総監感謝状、人命救助への功労、2020年8月
東京消防庁消防総監感謝状、2023年3月

具嶋 泰弘（ぐしま やすひろ）

済生会熊本病院 管理運営部長

略歴

1991年3月	熊本大学医学部卒業
1991年4月	熊本大学医学部第一内科（現呼吸器内科）入局 以後呼吸器内科を専攻
2002年5月	熊本大学医学部 集中治療部助手
2003年	学位取得（医学博士 第 842 号）
2005年3月	熊本大学医学部附属病院退職
2005年4月	済生会熊本病院 呼吸器内科入職（医長）
2011年4月	済生会熊本病院 救急総合診療センター 総合診療科部長
2018年1月	済生会熊本病院 教育・研究部長（兼任）
2021年4月	済生会熊本病院 管理運営部長

専門医等資格

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医
日本呼吸器学会 専門医・指導医
日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医
日本化学療法学会 抗菌化学療法認定医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
インфекションコントロールドクター
日本病院会 病院総合医
産業医
臨床研修指導医
臨床研修制度 プログラム責任者
総合診療専門医 特任指導医
総合診療専門医 プログラム統括責任者

院外の委員等

熊本市在宅医療・介護等連携協議会委員
熊本県医師会 生涯教育委員会委員
熊本市医師会 生涯教育委員会委員

RDS-SL

高齢者救急における病病連携の現状と課題 ～令和6年度診療報酬改定を踏まえて～

厚生労働省 大臣官房厚生科学課長

眞鍋 馨

2013年の社会保障との一体改革以降、いわゆる団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年に向けて、医療提供体制については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とし、地域医療構想の策定及び実現のための取組が進められてきた。

その取組において、重要な要素の一つが高齢者救急への対応である。医療計画等を検討する際の基礎資料からは、今後高齢者人口増加に伴い、高齢者の救急搬送件数が増加し、中でも軽症・中等症とされる患者の増加が予想されている。さらに、2024年度診療報酬改定の検討過程では救急搬送により入院する高齢者の疾患には、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多いことも示され、医療資源投入量も、算定する入院料で大きな違いがないことが示された。

こうした状況を踏まえ、2024年度診療報酬改定においては、救急患者を受け入れる体制整備、早期の退院に向けたリハビリテーション、栄養管理等を提供、退院に向けた適切な意思決定を含めた支援、早期の在宅復帰を行うための新しい入院体系を評価する地域包括医療病棟入院料が創設された。

また、効率的な救急搬送体系の実現に資するよう、三次医療機関等に救急搬送された患者について、連携する他の医療機関でも対応が可能と判断される場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合（いわゆる下り搬送）の評価も新設されたところである。

本シンポジウムでは、これらの背景となるデータを紹介するとともに、特に2024年度診療報酬改定において行われた検討を踏まえながら、今後の高齢者救急の在り方について現時点での演者の考えを概説する。

RDS-1

3次救急医療機関と慢性期病院との架け橋 ～大阪緊急ネットワーク会議からの報告

豊中平成病院 院長

松本 悟

大阪緊急連携ネットワーク会議は、平成 20 年に、武久洋三前日本慢性期医療協会会長の発声のもと井川誠一郎副会長が旗頭となり立ち上げた、大阪での 3 次救急医療機関と慢性期病院との病病連携ネットワークである。

3 次救急医療機関からは、国立病院機構大阪医療センターが中心となり、発足当初は大阪府下の 5 件の 3 次救急機関と約 20 件の慢性期病院の構成だったが、今では、大阪大学附属病院、国立循環器病研究センター、大阪公立大学附属病院、中河内救命救急センター、りんくう総合医療センター、大阪市立総合医療センター、堺市立総合医療センター、近畿大学附属病院、関西医科大学総合医療センター、済生会千里病院、大阪警察病院、大阪赤十字病院、岸和田徳洲会病院の 3 次救急機関と 37 件の慢性期・回復期病院で運営している。

発足した時期の大阪では、2 次救急機関が減少しており、3 次救急への救急搬送患者が増加し、受け入れを断らざる得ない症例が急増し、救急搬送先が決まらず、たらい回しされている実態が、連日のように新聞紙面を賑わせていた。

3 次救急が応需できなかった理由の一つは、収容病床がない満床状態であり、その中で軽症・中等症のご高齢患者の存在は無視できない問題だった。

こうした時代背景のもと、軽・中等症患者を少しでも早く、3 次救急から慢性期病院へ転院させてあげて、救急体制の一助となることを主目的に、このネットワーク会議は発足した。

以来、15 年以上が経過し、この会議を通して転院された患者数は約 1200 件にのぼる。これらのうち、3 次救急から転院依頼があり当日に転院した患者は 8.7%、1 週間以内では 40% と、多くの患者が早期に転院している。転院患者は軽・中等症だけに限らず、急性期治療を終えたが、総合病院での専門医療を要しない蘇生後脳症なども含まれている。気管切開患者は 30%、人工呼吸器の装着患者が 12% と、重症例もかなりの割合が存在する。そのような中、50% が自宅・施設に退院されている。（このような内訳や詳細については、学会にて報告する。）

開催当初は、3 次救急から、どの慢性期病院に転院依頼すれば良いか分からないとのことで、豊中平成病院が事務局として仲介をしていたが、face-to-face での会議を繰り返してゆく中で、事務局を通すことなく、各々の病院間で転院が進む症例も多くなった。また 3 次救急からは慢性期病院での診療を不安視する意見もみられたが、先のような転帰結果を示すことで信頼して頂けるようになってきた。

こうした経緯の中、ある一定の成果は出せてきているが、より早期に転院ができるよう努力の継続は必要であり、また最近では、自殺企図や摂食障害といった精神科疾患絡みの患者や、体重が 100kg を越えるような超肥満患者、支払い能力のない患者などなど、なかなか転院に至らない課題もある。今後も定期的な会議を継続して、少しずつでも解決に進めてゆきたい。

RDS-2

高齢者救急の課題解決に向けた八王子市の取り組み

南多摩病院 院長

益子 邦洋

高齢化社会の進展に伴い、救急搬送件数が増加して搬送時間が延長し、我が国の高齢者救急システムは危機に瀕している。八王子市では、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）の設立ならびに医師会事業としての病院救急車運用を通じて、急性期病院と慢性期病院等の連携など、高齢者救急の課題解決と共に消防救急の負担軽減にも取り組んで来た。

2011年に設立した八高連の目的は、市内に居住する高齢者及び高齢者施設等利用者の救急要請に対し、迅速、的確な救急搬送体制を確保することにより、高齢者の安全を確保すると共に、限られた医療資源を効率的に循環させることであり、医療・介護・福祉に関わる市内の20団体が加盟している。八高連の取り組みの結果、慢性期医療機関への救急患者搬送割合が増加し、消防覚知から医師引き継ぎまでの時間が短縮した。

一方、八王子市医師会では、病院での入院治療が必要とかかりつけ医が判断した在宅療養患者を、市内に2台ある病院救急車を使って医療機関に搬送する事業を2014年から実施しており、かかりつけ医は病院救急車の出動を要請する前に、患者の受入医療機関を予め確保する事と定められている。事業開始から2024年6月30日までの9年7カ月間における南多摩病院の病院救急車搬送実績は、搬送総症例数4,079例、平均年齢79.1歳であり、出動先は病院2,833名、自宅1,142名、高齢者施設等104名であった。全出動中、医師会事業である在宅療養中の高齢者搬送件数は1,136件であり、全体の27.8%を占めた。搬送先医療機関を急性期と慢性期・精神病院等に分けて検討したところ、後者の患者受入割合は55%を占めた。慢性期病院等における受入件数増加要因は、八王子市医師会のリーダーシップ、八高連の存在、かかりつけ医や訪問看護師による一次トリアージ、そして急性期病院における二次トリアージである。市内の病院間搬送件数を消防救急車と病院救急車で比較すると、病院救急車による搬送件数は増加する一方、消防救急車による搬送件数は減少傾向を示した。

一方、病院救急車には解決すべき課題が残されている。八王子市の場合、在宅療養中の患者の搬送は補助対象となっているが、高齢者施設からの搬送や病院間搬送は補助対象外である。また、東京都では病院救急車による転院搬送の一部を補助対象としているが、補助対象となる経費は、自院から他の医療機関に入院するための転院搬送に限定されており、他院から当院への転院搬送や、他院から他院への転院搬送は補助対象外となっている。

八高連と病院救急車は地域包括ケアを実践する車の両輪であり、大きな潜在可能性を秘めている。病院救急車を公的に運用するための法制度を整備し、行政による資金面の支援を強化し、その運用を全国に拡大することで、我が国の高齢者救急搬送に係る諸課題を抜本的に解決する可能性がある。地域包括ケアシステム構築の鍵は地域における関係者のネットワーク構築にあり、地区医師会と地域急性期病院はその中心的役割を担わなければならない。

RDS-3

『高齢者救急における病病連携の現状と課題』 ～急性期病院の立場から～

済生会熊本病院 管理運営部長

具嶋 泰弘

高齢化が進む我が国では、85歳以上の人口が2015年から2040年にかけて2.1倍に増加すると推計されている。2023年の全国救急出動件数は過去最多を更新し、救急搬送困難事案は全出動の7.7%に達するなど、今後さらに重篤事案への対応遅延が懸念されている。

済生会熊本病院は熊本県の中心部に位置する高度急性期病院であり、熊本県内にある三つの救命救急センターの一つとして指定されている。基本方針の第一に「救急医療」を掲げ、24時間断らない医療を実現すべく取り組んできた。一方、ここ10年で85歳以上の入院患者は既に1.3倍に増加している。心不全や尿路感染症の増加など徐々に疾病構造の変化も起きており、高齢者救急への対策が急務となっている。

本セッションでは、まず現時点の課題を整理し、次に中長期的な課題を見据えた対策を紹介したい。

現時点で直面している主な課題は、患者や家族が望まない救急搬送や医療行為にどう対応するかである。患者の意思が救急医療に反映・共有されないことにより、患者が望む最期を叶えられないだけでなく、医療現場の逼迫も招いている。そこで当院では事前指定書を作成し、患者への働きかけを行っている。高齢者が入院する際には、必ず急変時の方針を患者や家族に確認し、転院する際にはその方針を診療情報として提供している。急性期病院への入院を機に、患者が事前に自らの意思を考え、表明し、それが適切に地域で共有されることを目指している。

中長期的に想定される課題としては、医療と介護の複合ニーズの増加と、それに対応する体制の構築が挙げられる。超高齢者の増加に伴い、慢性期医療の現場で急性期イベントの増加が見込まれている。このため、病病連携や医療・介護連携を推進し、地域のキャパシティコントロールを行う必要がある。そこで当院では、回復期・慢性期医療機関との戦略的業務提携（アライアンス）を検討し、2023年より新たな会議体を構築した（Strategic Alliance Conference of Saikuma with 4HP, SACS4）。各施設はいずれも医療・介護施設を複数運営しており、旧来のポストアキュート連携の改善のみならず、2040年を見据えたサブアキュート連携の強化や救急下り搬送の推進、回避可能な入院の抑制など、循環型アライアンスの実現を目指している。

患者が地域で安心して暮らすためには、医療・介護・福祉の連携強化が不可欠である。当院の現状と取り組みを紹介し、議論を深める契機としたい。

特別講演

診療報酬・介護報酬同時改定と リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組

- ◆日 時：11月15日（金） 9:00 ～ 10:00
- ◆座 長：橋本 康子 日本慢性期医療協会 会長
- ◆演 者：三浦 公嗣 日本健康・栄養システム学会 代表理事

特別講演 略歴

座長

橋本 康子（はしもと やすこ）

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
医学博士

■ 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東京 開設

日本慢性期医療協会 会長

慢性期リハビリテーション協会 会長

全国抑制廃止研究会 幹事

香川県抑制廃止研究会 会長

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

厚生労働省 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

日本地域医療学会 理事

病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業 協議会委員

日本地域包括ケア学会 理事

在宅医療政治連盟 顧問

演者

三浦 公嗣（みうら こうじ）

日本健康・栄養システム学会 代表理事

■ 略歴 ■

1983年に慶應義塾大学医学部を卒業し、同年に厚生省(当時)に入省。2000年の介護保険制度の施行まで、約3年間にわたり施行準備に携わる。文部科学省高等教育局、農林水産省消費・安全局等を経て、2014年から2016年まで厚生労働省老健局長を務め、2016年9月から学校法人藤田学園顧問及び藤田医科大学教授。同年10月から慶應義塾大学医学部教授を務め、2021年10月から2023年3月まで同特任教授。2023

年4月から藤田医科大学特命教授。また、2019年から一般社団法人日本健康・栄養システム学会代表理事。

SL

診療報酬・介護報酬同時改定と リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組

藤田医科大学 特命教授／日本健康・栄養システム学会 代表理事
三浦 公嗣

広く知られるようになってきているとおり、多くの高齢者が低栄養状態にあり、特に医療や介護を必要とする場合にはそのリスクはさらに高い。

効果的なリハビリテーションには低栄養状態の改善が重要になるが、その際には栄養管理のための介入が摂食嚥下機能の改善を含めた口腔管理と一体になって実施されることが肝要である。

2024 年度診療報酬・介護報酬の同時報酬改定に向けて、2023 年 3 月に診療報酬についての議論の場である中央社会保険医療協議会（中医協）と介護報酬についての議論の場である社会保障審議会介護給付費分科会による合同の意見交換会が開催された。その際にテーマの一つとして取り上げられたのが「リハビリテーション・口腔・栄養」であり、多くの審議会委員から一体的な取り組みの重要性について賛同する意見が述べられた。

今時改定に先立って、日本健康・栄養システム学会（以下「本学会」という。）では 2022 年度と 2023 年度の両年度にわたり、厚労省の支援を受けて「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する調査研究事業」を進めてきたところであり、改定の事務局である厚労省に対して解析成果を提供するとともに、特に 2023 年度の成果物として、一体的取組を進めるにあたっての手引書を作成し、解析結果とあわせて本学会のウェブサイトで公開している。

一方、期待される効果を一体的取組があげるためには、業務の品質確保が重要であり、具体的なマネジメント手法が確立していることが求められる。栄養ケア・マネジメント（以下「NCM」という。）は、いわゆる PDCA サイクルを栄養管理の分野に適用したものともいえ、本学会では長年にわたる概念設計・実施手順等の開発を通じて、その改善と普及に努めてきた。

NCM は、食事の楽しみを豊かにし人としての尊厳を高めることを目的としており、医療や介護の必要度にかかわらず最も尊重されるべき概念と考えられる。

NCM の社会実装は、2005 年の介護保険制度の見直しに際して、NCM のプロセスを算定要件とする栄養マネジメント加算が介護報酬に設定されたことに始まったが、今や栄養管理において不可欠な概念及び手法として評価され、今時改定においてもその概念は随所に組み込まれていると考えている。

さらに、全ての医学生が学ばなければならない事項を定めた医学教育モデル・コア・カリキュラムが 2022 年度に改訂された際に「患者ケアのための診療技能」として「栄養アセスメント、栄養ケア・マネジメント、栄養サポートチーム、疾患別の栄養療法について理解している。」と規定され、医学教育においても NCM は実装された。

シンポジウム 4

慢性期医療の現場における臨床倫理

- ◆日 時：11月15日（金） 10:10 ～ 12:10
- ◆座 長：西尾 俊治 南高井病院 院長
- ◆基 調 講 演：新田 國夫 日本臨床倫理学会 理事長
- ◆シンポジスト：大磯 義一郎 浜松医科大学医学部 医療法学教授

シンポジウム 4 略歴

座長

西尾 俊治（にしお しゅんじ）
南高井病院 院長

■ 略歴 ■

1979年 3月	愛媛大学医学部卒業
1983年 3月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助手
1988年 9月 ～1989年8月	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 4月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 講師
1998年10月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助教授
2002年 4月	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 2月	南松山病院 院長
2006年 4月	済生会今治病院 副院長
2011年 4月	南高井病院 院長
	現在にいたる。

1986 年医学博士取得 日本泌尿器科学会会員
2014 年～ 愛媛県慢性期医療協会 会長
2016 年～ 日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会 委員長
排尿自立指導料研修会 責任者
2018 年～ 日本慢性期医療協会 常任理事

基調講演

新田 國夫（にった くにお）
日本臨床倫理学会 理事長

■ 略歴 ■

医療法人社団つくし会理事長、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事長、一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長、日本臨床倫理学会理事長
1967 年早稲田大学第一商学部卒業。1979 年帝京大学医学部卒業。帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て 1990 年に東京都国立市に新田クリニック開設。1992 年より医療法人社団つくし会理事長。

資格・公職等

医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、日本医師会認定産業医

シンポジスト

大磯 義一郎（おおいそ ぎいちろう）

浜松医科大学医学部 医療法学教授

■ 略歴 ■

1999年	日本医科大学医学部卒業
1999-2004年	日本医科大学付属病院第三内科医師
2004-2007年	早稲田大学大学院法務研究科
2007-2008年	最高裁判所司法修習所司法修習生
2009-2010年	国立がんセンター知的財産管理官、研修専門官
2009-	弁護士登録（第一東京弁護士会）
2011-	帝京大学医療情報システム研究センター客員准教授
2012-	国立大学法人浜松医科大学医療法学教授（現職） 帝京大学医療情報システム研究センター客員教授
2015-	日本医科大学医療管理学客員教授
2024-	獨協医科大学医学部特任教授

役職

日本医療安全学会理事長
医療の質・安全学会監事
日本精神神経学会情報管理委員会監事
稲門法曹会理事
稲門医師会理事
稲門医学会副会長
日本賠償科学会評議員
日本整形外科学会顧問
日本専門医機構総務委員会委員
日本専門医機構共通講習委員会
日本専門医機構倫理委員会委員
日本専門医機構データベース検討委員会委員
日本脊椎インストゥルメンテーション学会倫理委員会委員
日本側彎症学会倫理委員会委員
日本形成外科学会倫理委員会委員
日本臨床救急医学会倫理審査委員会委員
全国医学部長病院長会議「大学病院の医療事故対策委員会」委員
東京地方裁判所「医療界と法曹界の相互理解のためのシンポジウム PT」委員
第一東京弁護士会医事法部会副部長
東京都「外国人患者への医療等に関する協議会」委員
日本医師会「外国人医療対策委員会」委員

S4-SL

慢性期医療における臨床倫理的課題

日本臨床倫理学会 理事長

新田 國夫

倫理とは何か、臨床倫理問題とは何か、医療安全や患者家族の対応をどのように線引きするのか、そこには何か違いや共通する点はあるのか、慢性疾患の領域から導き出す臨床倫理とは何かという問いをかける。倫理的課題として適切に扱うことができれば事例検討に対して一步踏み出すことになる。

近代医療は効果的な診療を行うために、診療に役に立つ科学的情報収集の必要性が求められ、また、患者の権利意識から情報の共有が求められた。医学的エビデンスをもとに、効果の高い医療を提供することで、治す医療、結果として死亡率が減少することが最善の QOL でもあった。そのことで患者の満足度が得られ、患者の持つ苦痛をとりのぞくことであった。時代は急性期医療の治す医療から慢性期医療への治し支える医療への転化を求め、超高齢社会を迎える日本において実現が必要となってきた。

医療の本質は個々の患者の QOL について真摯に考えることである。医療行為は、当該患者のその後の時間と生活を考え、その人が生きるための生活の質と、生命の質について考えることである。臨床倫理は医療者が考える倫理原則が善行、無危害原則だけでなく、患者の主体性を尊重するために、患者の意思や選好を尊重する自律尊重を求めた。臨床倫理は医療者が陥りやすい独善へのブレーキをかけることを求めてきた。臨床現場はジレンマや悩みを抱え、臨床倫理的に医療は臨床現場のあらゆる機会においてなされる。

多くの病気が治せた時代から病気が治せなくなる時代、死の医学の始まりであった時代が終わりを迎える。科学の力は死を引き延ばした。しかしながら死を受容する時代に突入する。慢性期医療のその先か、超高齢社会における医療の在り方の変化は治す医療から治し支える医療であれば、大きな意味では老衰も含めて終末期まで生活の充実を重視し、生活を犠牲にしない医療、病気を完治できないならば、価値観の主体は本人、家族の選択であるが医療を行うことで、要介護状態が悪化し、生活の機能が損なうことになれば、その選択肢は違うものになる。しかしながらその判断は倫理的ジレンマでもある。最後は老衰のジレンマがある。老衰死が医学的な死なのか、科学でない文化的な死なのか、本人は食べようとしない。実際の事例を検討する際に、正確な医学的事実を明らかにすることが必要であり、それに伴い医学的事実と倫理的価値の区別が必要になる。正確な事実認識がなければ、倫理的価値判断ができないが、高齢に伴う嚥下障害の場合は正確な事実認識ができなくて単に老衰とすることもある。老衰であれば、倫理的判断はどのようなものになるのだろうか。死を受け入れない環境においては医学的手段を用いる、しかしながら死を受け入れた段階では医学的手段を用いることがないまま。結果として老衰死の死亡診断となる。対立する価値の中で倫理的決断はどのように考える必要があるのか考えてみたい。

S4-1

介護・医療現場における転倒・転落～実情と展望～

浜松医科大学医学部法学教室

大磯 義一郎

近年、療養上の世話に関する訴訟は急増している。正確な統計はないが、裁判所が公表している「医事関係訴訟事件（地裁）の診療科目別既済件数」の「その他」に分類される訴訟の多くが転倒・転落や誤嚥といった療養上の世話に関する訴訟となっているところ、2000年には48件/年であったのが、2022年には127件/年と約2.7倍となっている。

そのような中、医療・介護現場の実務から乖離した厳しすぎる判決が散見されるようになり、このままでは今後の医療・介護現場に重大な影響を及ぼしかねないこと、また、本問題の本質は、超高齢化社会における療養上の世話に関する医療・介護現場の認識と国民、司法との認識の乖離にあると考えられたことから、2023年11月17日に日本医療安全学会、日本転倒予防学会、日本集中治療医学会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会等計11団体による「介護・医療現場における転倒・転落～実情と展望～」が公開された。

転倒・転落事故における病院・施設の責任（過失）を法的な観点で見た場合、主として予見可能性を前提とした結果回避義務違反が問題となる。予見可能性については、具体的な予見可能性がないとして責任を否定する裁判例がある一方、きわめて抽象的な予見しかない状況でも予見可能性若しくは予見義務を認め、それを前提に結果回避義務違反をも認める裁判例が存在するなど、法的に求められる予見の具体性の程度につき、裁判所ごとのばらつきが大きいため、「予見可能性の予見可能性がない」という事態に陥っている。

また、結果回避義務に関しては、確実に転倒・転落の予防が可能であるといえる転倒・転落予防ガイドライン、アルゴリズムは存在していないにもかかわらず、訴訟においては、転倒・転落によって何らかの損害が生じたという結果からさかのぼって、実際に現場が採用しなかった対策をピックアップし、「当該対策を取るべきであったのに取らなかった」として争われることが多く、医療施設側からすると結果論、後出しじゃんけんに過ぎないように感じられることが多々ある。

限られた人的物的資源の中で、できる限り転倒・転落を減らすよう私たち医療・介護従事者が努力していかなければいけないことはもちろんである。しかしながら、転倒は高齢者であれば誰でも起こりうる老年症候群の一つであり、現場に過度に責任を負わせることは、かえって現場の萎縮や過度な身体拘束、行動制限等を導きかねない。

本声明、そして、本シンポジウムが、医療、介護と司法、国民が相互理解を深めていくためのきっかけとなれば何よりである。

シンポジウム 5

慢性期医療の質をいかに評価するか

- ◆日 時：11月15日（金） 13:20 ～ 15:20
- ◆座 長：矢野 諭 第 32 回日本慢性期医療学会 学会長
- ◆演 者：矢野 諭 第 32 回日本慢性期医療学会 学会長
- ◆シンポジスト：飯田 達能 永生病院 院長
武久 敬洋 平成医療福祉グループ 代表

シンポジウム 5 略歴

座長・基調講演

矢野 諭 (やの さとし)

第32回日本慢性期医療学会 学会長

■ 略歴 ■

1983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
1993年 3月	医学博士号取得
1996年 4月	NTT 東日本札幌病院 外科医長・救急部医長（兼任）
2006年 4月	南小樽病院副院長
2009年 4月	医療法人社団青優会 南小樽病院 病院長
2013年10月	医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長
2016年 4月	医療法人社団大和会 平成扇病院 理事長
2024年 4月	医療法人社団大和会 平成扇病院 院長

役職

- 一般社団法人 日本慢性期医療協会副会長（2018年～）
同「看護師特定行為研修委員会」委員長（2016年～）
同「診療の質向上委員会」委員長（2024年～）
- 一般社団法人 日本地域医療学会副理事長（2022年～）
同「学術委員会」委員長
- 東京大学大学院医学系研究科（健康科学・看護学専攻）非常勤講師（2016年～）
- 兵庫県立大学大学院医療マネジメントコース 客員教授（2024年～）
- 看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会 監事（2024年～）

外部委員

- 日本病院団体協議会「実務者会議」委員
- 日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制事業
「QI標準化・普及部会」委員
- 日本緩和医療薬学会「専門薬剤師認定制度委員会」特別委員

シンポジスト

飯田 達能 (いいだ たつよし)

永生病院 院長

■ 略歴 ■

1984年	日本大学医学部卒業
1989年 3月	日本大学医学部大学院卒業

1991年	医療法人社団永生会永生病院内科入局
2003年10月	同院長就任
2018年 4月	医療法人社団永生会みなみ野病院 院長就任
2020年 6月	医療法人社団永生会永生病院 院長就任

武久 敬洋（たけひさ たかひろ）

平成医療福祉グループ 代表

■ 略歴 ■

平成医療福祉グループ代表。徳島県神山町在住。3人の子どもの父。2010年、平成医療福祉グループへ入職。以降、病院や施設の立ち上げなどに関わりながら、グループの医療・福祉の質向上に取り組む。2022年、グループ代表に就任。共同編集した著書に『慢性期医療のすべて』（2017 メジカルビュー社）がある。

S5-SL

学会長基調講演 慢性期医療の質をいかに評価するか ～Quality Indicator (QI) の現状と展望～

第32回日本慢性期医療学会学会長／
日本慢性期医療協会副会長・診療の質向上委員会委員長

矢野 諭

医療の質の客観的評価に必要な「質指標 (Quality Indicator : QI)」とは『Donabedian モデルにおけるストラクチャー、プロセス、アウトカムを数値化・定量化・点数化したもの』と定義することができる。2018年の同時改定において、7:1から療養病床までの入院料が横断的に再編・統合に向かう方向性が明確に打ち出され、現在もそれが踏襲されている。その中核理念は看護配置などの「基本部分 (ストラクチャー)」と「診療実績 (プロセス・アウトカム)」に応じた段階的質評価であり、急性期・慢性期を問わず「診療の質」の担保と向上を求める流れがより明確になった。その結果必然的に、現場における適切なQIの導入による質評価手法の再構築の必要性が強調されることになった。

日慢協ではかつて、2010年に初案を策定し2014年に改訂版 (Ver.II) を公表した「慢性期医療の Clinical Indicator (CI) : 10領域67項目」を中心に慢性期病院の質評価の議論を進めてきた。その後2014年に「地域包括ケア病棟」が新設され、現在の慢性期病院は「一般慢性期病棟」・「回復期リハ病棟」・「医療療養病棟」・「障害者等病棟」・「特殊疾患病棟」をも包括する「地域多機能病院」となった。そこでは救急機能を含む「急性期機能」を整備し、「治療病棟化」が促進された結果、『高度急性期を除く、多くの急性期のQIが共通の評価指標として使用可能』となるが、当然それだけでは十分ではない。『慢性期医療の特徴を加味する』というアプローチが必須であり、それは従来の多くの急性期のQIでは欠如していた、チーム医療を基盤とした栄養管理、リハビリ、排泄ケア、ポリファーマシー、口腔ケア、QOLなどの視点からの新たな評価項目の導入である。実際、慢性期医療における独自のQIを策定して、現場での診療・ケアの質向上に積極的に取り組んでいる病院もある。2019年に筆者が私案を公表した「慢性期指標 (10領域100項目)」ではその策定において、慢性期医療の特徴は言うまでもなく、ガイドラインによる診療の標準化や診療報酬加算算定項目、DPCデータとのリンクも強く意識している。また、2023年より「医療の質向上のための体制事業」として、9項目のQIを用いた全病院を対象とした「医療の質可視化プロジェクト」が開始された。厚生労働省補助事業としてのオールジャパンの取り組みであり、QIを用いた質評価が、急性期、慢性期を問わず一般化、習慣化、常識化されるようになってきた。その中で、Patient Experience (PX : 患者経験価値) の概念の導入という新たな試みがある。さらに2021年度からの「LIFE」による科学的介護の視点導入に伴い、今後は病院病棟だけではなく、介護医療院を含む在宅・居住系施設における介護の現場においても、よりケアの視点を重視したQIを用いた質評価が推進される可能性がある。

本講演では、わが国におけるQIの現状と今後の展望を軸に、慢性期医療の質評価について概説する。

S5-1

永生病院TQMセンターの取り組み ～臨床指標収集活動を中心に～

永生病院 院長
飯田 達能

【はじめに】当院は、2005年4月から医療の質向上を目的としたTQMセンター（Total Quality Management 総合的質管理）を立ち上げた。メンバーはセンター長と副センター長の2名でのスタートだったが、現在は診療部、看護部、医療技術部、リハビリテーション部、事務部のメンバーからなる11名で活動しており、専従職員はいないため、全員が兼務となっている。TQMセンターの主な活動は「臨床指標による医療の質評価」「委員会活動の活性化」「第三者評価対応」であり、今回は「臨床指標による医療の質評価」の活動について報告する。

【臨床指標の収集】TQMセンターの立ち上げ当初は、医療業界で臨床指標の収集が今ほど行われていない状況であり、当院でも手探り状態であったが、その後、老人の専門医療を考える会の臨床指標（8指標）、日本慢性期医療協会の臨床指標（27指標）等の収集活動に参加し、定期的に収集されたデータをTQMセンターで取りまとめることができるようになってきた。しかし、それらのデータを評価して改善活動につなげる、所謂PDCAサイクルを回す活動へつなげるのは思いのほか難しい。そして、当院は一般病棟、障害者病棟、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、精神病棟、医療療養病棟、介護医療院の7つの機能を持っているケアミックス型の病院であり、多くの疾患を併発された高齢患者が多いため、急性期病院の臨床指標のように、はっきりとした治療成績等を評価することは困難でもある。そこで、比較的容易に収集ができ、改善活動へつなげられそうな指標として「永生病院の6臨床指標」をまとめ、収集を始めた。その後、日本医療機能評価機構の「医療の質可視化プロジェクト（9指標）」に参加し、この指標も参考にして2023年1月から「永生病院の12臨床指標」として収集を開始した。

【12臨床指標】12臨床指標は「医療の質可視化プロジェクト」を参考に、医療安全（3指標）、感染管理（3指標）、ケア（4指標）、その他（2指標）に分類した。さらに、今まで臨床指標の収集担当部署に任せっきりだった臨床指標の収集手順もTQMセンターで明文化し、どこのデータを用いて、どのような計算式で値を求めているのか等をはっきりとさせ、「医療の質可視化プロジェクト」等のベンチマークがある指標には、その情報も記載した。さらに、今まで当院臨床指標のホームページ掲載は、法人の年報内での掲載としていたが、今後は永生病院のTQMセンターホームページで掲載するように検討を進めている。

【まとめ】慢性期病院の臨床指標収集は、まだ発展途上な印象を受ける。どこの慢性期病院でも同じ条件で、できるだけ簡単に出せる有意義な指標を作成し、慢性期病院同士で比べられるベンチマークが求められている。今回報告する当院の12臨床指標が、皆様のお役に立つことができれば幸いである。

S5-2

平成医療福祉グループ（HMW）における 質向上への取り組み

平成医療福祉グループ 代表
武久 敬洋

回復期および慢性期医療において「質が高い」とは何を意味するのでしょうか？
私は、医療の質は以下の4つのコア要素によって決定されると考えています。

コア要素（質の高い医療の中核となる要素）

- ・ **医療の質**
診断や治療が科学的根拠に基づいており、患者にとって効果的かつ適切な医療が提供されているかどうかを評価するものです。回復期および慢性期医療を担当する医師には幅広い知識と対応力が求められるため、高齢者総合診療医としての資質が不可欠です。
- ・ **ケアの質**
脳卒中や外傷、様々な疾病による障害、認知症、そして老化そのもの。これらは従来の医療モデルではキュア（治療）することが難しいものです。たとえキュアできない病態や状態であっても、適切なケアを提供することで患者のQOL（生活の質）を向上させることはできます。
- ・ **リハビリテーションの質**
機能訓練によって障害や症状の軽減を図り、残存障害に対しては総合的な環境調整を行い患者の日常生活の自立を支援することが大切です。そのための個別化されたリハビリテーションが効果的に行われているかを評価します。
- ・ **安全性**
医療行為に伴うリスクや危害が最小限に抑えられているかどうかを評価する要素です。医療過誤の防止、感染症の予防、適切な設備や環境整備によって患者の安全を確保することが含まれます。

これらのコア要素を高い水準で実現するためには、以下の5つの取り組みを継続的に実施することが不可欠です。

サポート要素（コア要素を支える取り組み）

- ・ **データの定量化・客観的指標化**
医療の質を科学的に評価し、改善するために、データを定量的に収集・分析し、客観的な指標として医療の成果を測定します。
- ・ **理念・指針の制定**
組織として統一した医療とケアの方向性を定め、スタッフが共通の基準に基づいて行動できるよう、明確な理念や指針を制定します。
- ・ **職員の教育**
医療従事者が常に必要な知識と技術を維持し、さらに向上させるために、継続的な教育と研修プログラムを実施します。
- ・ **優秀な人材の採用**
医療の質向上には、専門知識やスキルを持つ優秀な人材の確保が不可欠です。積極的に人材を採用し、組織の強化を図ることで、患者に対して最適なケアと医療サービスを提供できる体制を構築します。
- ・ **業務および人員配置の効率化**
効率的なリソース活用と適切な人員配置を行うことで、医療の質向上をサポートします。

平成医療福祉グループの質向上への取り組みは、これまでに多くの試行錯誤を繰り返してきました。これらの経験をもとに、成功事例や失敗からの学びを反映し、今後も医療の質をさらに向上させるための具体的な改善策を模索して常に試行錯誤を続けています。