

第7回 三保連合同シンポジウム

内科系学会社会保険連合
外科系学会社会保険委員会連合
看護系学会等社会保険連合（担当）

総合テーマ 医療・看護・介護の連携

日 時：平成23年2月5日（土）13:00～17:00
会 場：日本看護協会ビル 地下2階 JNA ホール

*事前受付はございませんので、当日多数の方のご来場をお待ちしております。

【問い合わせ先】

看護系学会等社会保険連合（看保連）事務局

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5丁目8番2号 日本看護協会ビル4階内
TEL:03-3409-1569 FAX:03-3409-1574
E-mail:info@kanhoren.jp

第7回 三保連合同シンポジウム

総合テーマ 医療・看護・介護の連携

【シンポジウムのねらい】

第7回三保連合同シンポジウムでは、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定を視野にいれ、「医療・看護・介護の連携」と題し、2部構成でのシンポジウムを企画いたしました。第1部では、平成24年度診療報酬・介護報酬改定に向けた取組みについて、厚生労働省と三保連の立場からの報告と意見交換を行います。第2部では、医療と介護の連携促進を目指すために、高齢者の経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）をテーマに、現場からの課題提起と意見交換を行います。皆様のご参加をお待ちしております。

【プログラム】

*開会の挨拶 (13:00～13:05) 井部 俊子 (看保連代表・聖路加看護大学)

*第1部 シンポジウム

テーマ：平成24年度診療報酬・介護報酬改定に向けた傾向と対策

司会：齋藤寿一 (内保連代表)、山口 俊晴 (外保連会長)、井部俊子 (看保連代表)

1. 厚生労働省の立場から (13:05～13:35)

鈴木 康裕 (厚生労働省 保険局医療課長)

2. 内保連の立場から (13:35～13:50)

齋藤 壽一 (内保連代表、社会保険中央総合病院名誉院長)

平成24年度診療報酬改定に向けて内保連としては、加盟学会からの保険未収載および既収載の提案の幅広い採択を目指すとともに、加盟学会の強い要望である、内科系技術の診療報酬への反映についての取り組みを一層強化する。内科系技術は検査と処方の保険点数に若干の反映があるものの、問診、診察、検査の選択と解釈、診断、治療選択、説明などの中核的診療技術の評価が受け皿としての点数表に明示されているとは言い難い。瑕疵のない保険診療制度の構築の前提となる、内科系技術の評価についての新たな突破口を開きたい。

3. 外保連の立場から (13:50～14:05)

木村 泰三 (外保連会長補佐・実務委員長、富士宮市立病院名誉院長)

平成22年度の診療報酬改定では手術診療報酬が大幅に上げられたが、その根拠とされたのが外保連の手術診療報酬試案であった。厚生労働省は、今後も診療報酬改定には根拠を求めるといふ。外保連は試案の精緻化を目指し、手術難度の見直しや材料費を記載した手術試案を4月までに作成、材料費を含む生体検査試案と処置試案も近く作成する。また新たに麻酔試案を作成中で、今後これらに基づいて診療報酬改定要望を行う方針である。

4. 看保連の立場から (14:05～14:20)

岡谷 恵子 (看保連 看護技術検討委員会委員長、近大姫路大学看護学部長)

看護の機能は、健康の維持・増進、病気の予防、病気の回復、苦痛の緩和、そして看取りまで非常に幅広い。特に病気の多くが慢性疾患で、病気の発生や回復が生活習慣と強く関連している場合、医療の効率化と患者のニーズに的確に対応するために、キュアとケアを統合的に提供する看護行為の評価のあり方を考える必要がある。外来、療養病床、特養ホーム、在宅における看護行為の評価は、これからの高齢社会における重要な課題である。

*第1部 全体討論 (14:20～15:00)

*休憩 (15:00～15:10)

*第2部 シンポジウム

テーマ：医療と介護の連携の促進に向けて

司会：井部俊子（看保連代表）

1. 急性期医療の実態（15:10～15:30）

鈴木 裕（PEG ドクターズネットワーク代表理事 国際医療福祉大学病院外科教授）

1994年に私は富士中央病院ではじめてPEGを行った。夜11時過ぎの救急外来の前で、経鼻胃管が抜けないように鼻に針糸でチューブと連結されている患者を見かけた。主治医は後輩の内科医。「牛じゃあないのだから鼻を縫うのは可哀相じゃないの」と僕が言うと、「先生、2週間に一度の夜中の外来でチューブを入れ替えるんですよ。僕の身にもなって下さいよ。」「確かにそれは辛いけれど、患者はチューブが嫌だから抜くんじゃないの」考えて見ればそれがPEGとの真の意味での出会いだった。

翌日、PEGを行い、嘘のように患者は元気になり家族からは感謝。内科の後輩からもこれは良いとの賞賛。PEGの依頼は、医者よりも患者家族の方が圧倒的に多く、外来も紹介状なしでの直来。1年間に約200例のPEG。その年は全国で500例のPEG。患者家族会も発足し、地域で患者さんを支える体制も少しずつ整う。静岡の研究会では、看護師、訪問看護師、耳鼻科医、外科医、内科医、患者、患者家族がPEG医療についてのパネルディスカッション。10数年前にこのシステムは驚き。静岡はいきなりPEGの先進地域に変貌。私個人としては、患者や家族、また訪問看護師からは、在宅医療はなんぞやといった現場を学ぶ。

その時、私はPEGは間違いなく医療改革と確信。こんなに簡単な手術が、これだけの結果をもたらすのは見たことがない。PEGは、まず患者さんの苦痛を和らげる、そして家族の負担も軽減、医療費も削減、患者さんのリハビリにも有効、さらには住み慣れた家にも帰れる。こんなに素晴らしいものを日本に普及させなければならぬと真剣に思う。

それから10数年が経過。確かにPEGの医療としてのポテンシャルは相当のもの。ただ、そのポテンシャルの高さがいくつかの弊害を招いている？ひとが死ねない。ひとが長らえてしまうのである。従来の医療の目標は、生存期間を延長させること、それが未曾有の高齢社会を向かえた日本にはどうも合致しない。日本は、医療の本質がもしかしたら変わろうとしているのかもしれない。死をもって医療の敗北とするならば、今まで医療は一度も勝ったことがない。間違いなく日本の高齢者医療は、前例のない状況に突入している。予てより日本は欧米の医療をいち早く吸収してきた。それが、今回ばかりは欧米の模倣が難しい。なぜならば、欧米では、高齢者や嚥下障害患者のPEGによる延命効果は少ないのである。それに対して、日本はPEGによって明らかに寿命が延びている。これは厚労省の科研費事業で明らかになっている。

日本の高齢者医療をどうすべきか議論しようではありませんか。

2. 療養型病床からみた課題と提案（15:30～15:50）

安藝 佐香江（医療法人社団永生会永生病院 看護部長）

当院は628床のケアミックス型の病院である。そのうち胃瘻より経管栄養を行っている患者は約170名である。病院からの転院時は胃瘻のほうが受け入れやすい現状もあり、経鼻経管栄養の方に胃瘻造設を行うことが積極的に行われている。胃瘻を作るかどうかの決定のほとんどは、患者本人が決めるというより家族の考えでなされている。嚥下の状況が悪くなり、それが不可逆的な変化であった場合、患者本人の意思で方針を決めることは困難な状態になっている。諸外国では胃瘻の患者はほとんどいないという。人々の考えの中に自分が食べられなくなりターミナルの状態になったときには、その状態をそのまま受け止めるという考えがある。宗教的な違いはあるが日本においてもいざというときに自分はどうするのか（どうしてほしのか）を考えておくことは、胃瘻造設をどうするのかという問題と強く結びついていると思う。

