

老人医療 NEWS

今 求められている 介護職の意義

南小倉病院長
矢内伸夫



老人保健施設には、看護職とは別

に介護職の文字が法律上新しく参入してきたことは周知の通りである。

両者の違いを一言でいうなら看護資格免許の有無によることは確かだ。

そのため、老人保健施設は費用抑制の一つとして人件費節約を狙ったものとか、看護婦確保難のためだろう、その結果は医療の質を低下させるのではないかなどの憶測さえ囁かれたが、果たしてどうであろうか。医療法の看護助手とは、その意義

・目的の上に違いがあるようだし、老人福祉法下の寮母等の呼称で馴染まれている職種とも、老人保健施設の介護業務は若干その意義・目的・手段の上で違いがあることに注目する必要がある。

そこで、何をもって介護と言うのか国語辞典を引いてみた。「介抱す

発行日 昭和63年7月29日
発行所 老人の専門医療を
考える会
〒160 東京都新宿区百人町2丁目5番5号 清ビル3F
TEL.03(5386)4328
FAX.03(5386)4366
発行者 天本 宏

世話」とある。最近では在宅介護、

ること、看護すること「すなわち、看護の原点は介護そのものらしい。看護学大辞典を見れば「起居動作の介助や身の回りの

有料介護サービスなどの言葉も日常茶飯に用いられているが、食事や入浴介助、おむつ交換などの基本的生

活に対する積極的援助を一般的には介護の概念とし、そこには誰もが

「親身のお世話」を念頭に置いている。確かにこれは介護の必要条件である。ここで留意しなければならぬのは、家庭介護・施設介護のいずれの場合でも、善意をもって何でも彼でも援助する姿、密着し過ぎた援助には反省も必要ということである。

そのために介護者の心身疲労を招くだけでなく、当の老人の自我を弱体化させ、感情・意欲・思考をも鈍化させるような悪循環を招きやすいからである。健常者から見れば、要援

護老人の姿は危なっかしく、できそ

立などは期待できないという先入観がある。しかし、たとえ寝たきり老人・痴呆老人といえども、自らの可能性をどこかに秘めている。それを引き出す『自助』『互助』の過程に積極的に取り組むことをもって介護の十分条件としている。その結果の期待が、家族との絆づくりになり、家庭復帰の道にも可能性が見出されようというものである。

老人保健施設の介護業務には、これらの努力過程が必要かつ十分条件として求められているのである。だからと言って介護職にその結果だけを求めることはできない。管理者のポリシー、看護やリハビリテーションスタッフ・ソーシャルワーカーのチームプレイ、併せて、家族の協力があってこそ、可能性も大きくなっ

てくるのだが、その中心的存在として介護職の意義は極めて大きいのである。老人保健施設の運命を左右する介護職の教育研修はこれからの大きな課題となろうし、その波及効果は老人医療福祉のあり方にも一石を投じると言っても決して過言ではないと思う。

中澤整形外科・理学診療科病院

地元の公立高校の校歌には、

『ああ 悠久の天地かな

八面山上 雲は行き

矢作の流れ 水澄めり・・・』

とあります。

当院の所在する西尾市は、その歌の如く、市中を矢作川が流れ、徳川家康の生地岡崎の南に隣接する、人口約九万人の城下町です。

当院は昭和五十二年九月一日に、十九床の有床診療所として誕生しました。私は医者としては三代目にあたり、初代の祖父が開院した中澤医院（内科、小児科無床診療所）は父が跡を継ぎ、当院から車で三分のところに今も「注射をしない小児科医」として子供さんに喜ばれています。

多くの場合は親の跡を継いで、内科か小児科をやるのですが、私の場合は自分が好きな整形外科を選びました。現在地は常務理事である家内と結婚する時、若夫婦用の家を造ってやろうと両親が言ったのですが、彼女が「家はいらさないから、開業用の土地を買って下さい。」と言ったのがきっかけで、買っておいでくれたものです。科の特性と市の特



医療法人 仁医会
中澤整形外科・理学診療科病院
理事長・院長 中澤 仁



性（自動車保有率が対人口五十一％。一家に二台は当たり前で、その家族の運転免許証数だけ車がある家もある）を考えての発言でした。

この発言がなかったら、父の医院を建て直して親子で中澤整形外科・内科医院という形でやっていたでしょうし、城下町の旧町並みの中では増床もできなかったことでしょう。車で三分とはいえ、離れた所で別の科を始めたのですから、初代同様の苦勞をしてきたと思います。

地方小都市で大きな企業もなく（上場会社は名証二部上場の一社だ

け）、主たる産物は、お茶（抹茶は全国生産量の五〇％をしめる）鋳物類で、企業は大半トヨタ関連の下請け会社というのが、西尾市のイメージです。余り人口増の見込めない地域に、当時は人口十万に一つあれば良い、と言われていた整形外科が、市民病院まで含めると三つありました。それに加えて、土地取得から開院まで七年余り過ぎる間に、二百メートル程の所で市民病院の勤務医が整形外科を開院することになったという情報が入り、急遽開業することにしました。その診療所の開院の半年後に、開院することができました。今思い返せば、祖父の地で開業するのが当然という浪花節的な開業です。マーケットリサーチをすれば、不可と出るような地域で開業したのですから、よくこれ迄やってこれたものだと思います。五十二年といえ、高度成長も終わりを告げ、医療界も厳しくなり始めた頃です。リハビリには勤務医の頃から興味を持っていましたから、整形外科の後療法としてのリハビリには当初から力を入れてきました。それが幸い



機能訓練室

したのかも知れません。その当時はこの地域では、リハビリに注目している医療機関は少なかつたものから。

五十九年三月に診療所のままで法人化、六十一年に病院化し、名称を中澤整形外科・理学診療科病院と改めました。病院といっても四〇床のミニ病院ですが、その規模の割にリハビリのスペースが広くとってあります。施設解放の一環として、機能訓練室では診療終了後、健康づくりの各種教室、会議室では英会話などの文化教室を行っています。

三二病院の挑戦

P Tを市の保健センターに派遣していたところ、内科的リハビリの外來患者の比率が増えてきました。また市内の特別養護老人ホームへは医師を派遣しております。

当院のもう一つの特長としては、外來患者数が多く病床稼働率の低さが上げられます。これは早く社会復帰させるのがリハビリだ、という基本姿勢を崩していないのが原因です。

このようなミニ病院ですが、六十三年度老人保健施設の補助対象として内示を受けました。愛知県は尾張と三河の二地方に分けられますが、三河部第一号の補助対象老人保健施設という荣誉ある責任を負うことになりました。

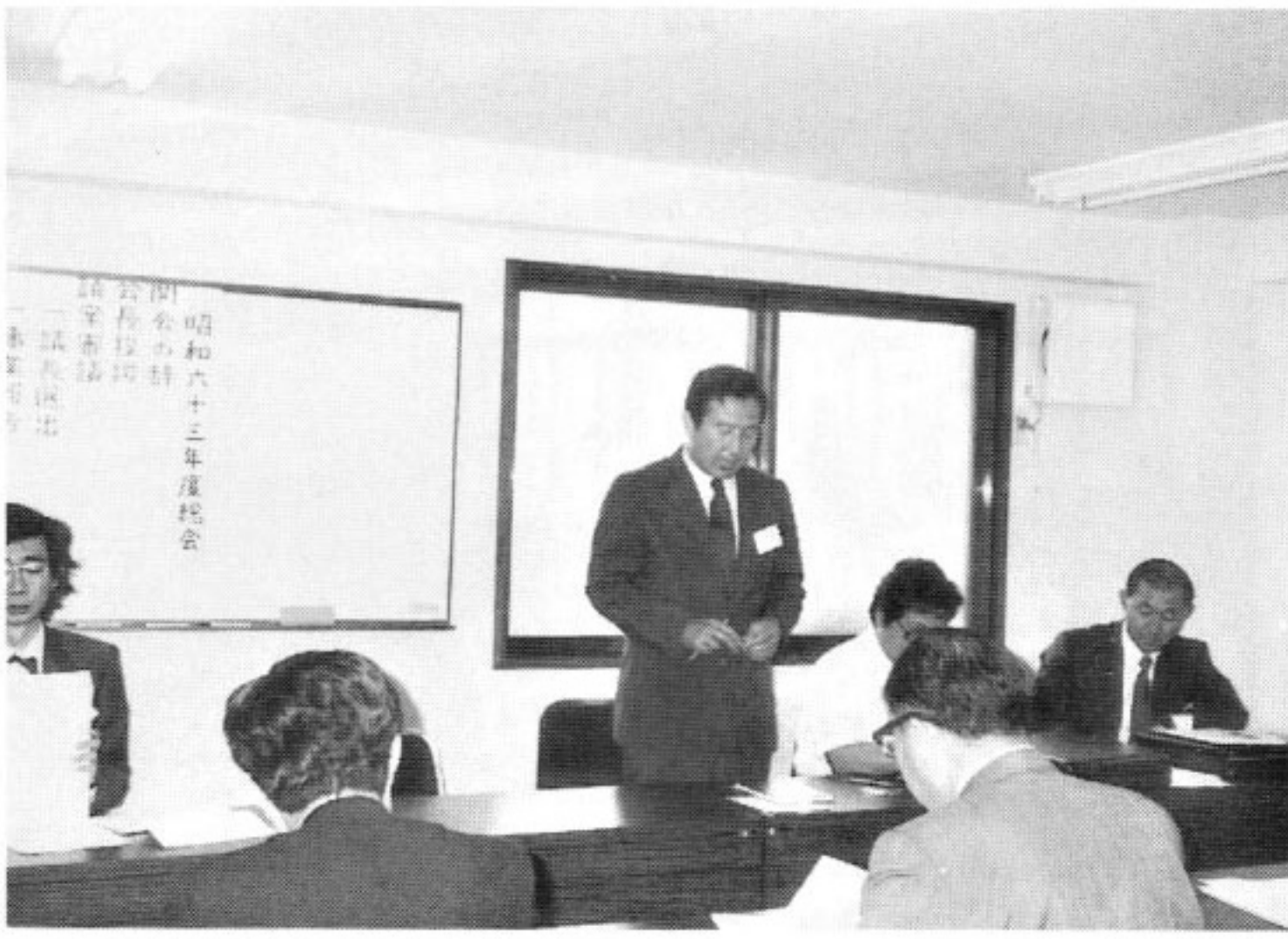
プロジェクトを進める内に、ハタと気づいたのが、寝たきり老人の処遇の知識がないことです。整形外科としては急性期、リハビリは急性(整形外科)、亜急性もしくは慢性(内科)としてやって参りましたし、慢性のリハビリ患者さんは外來でやって参りましたのが、思わぬところでネットワークになっております。スタッフが若いので、彼らとディスカッションし、

試行錯誤しながら、フレキシブルに取り組んで、マイナスをプラスに転じようと努力しております。幸いにして老人の専門医療を考える会に入会させていただけましたので、先輩諸先生方に一つ一つ教えていただきながら、地域になくてはならぬ病院、老人保健施設として育っていきたくと存じます。

施設概要

所在地	愛知県西尾市寄住町洲田 20番地1
電話	056315413115
診療科名	整形外科・理学診療科 ・麻酔科・内科・小児科
病床数	四〇床
敷地	一、三八五・九八㎡
建物	鉄筋コンクリート造5階 建、延一、六九一・四七㎡
病室	一人床二室、二人床六室、 四人床四室、十人床一室、 計一三室。
スタッフ	医師：七名、看護婦： 二名、准看護婦：十一名、 看護補助者：四名、薬剤 師：二名、栄養士：一名、 診療放射線技師：一名、 同助手：一名、理学療法 士：三名、柔道整復師： 二名、あん摩・マッサージ 師・指圧師：二名、事務 員：四名、労務員：四名 (計四四名)

老人の専門医療を考える会 昭和63年度総会



五月二十一日（土）午後一時より、老人の専門医療を考える会事務所内（東京都・新宿区）において、老人の専門医療を考える会昭和六十三年総会が開催された。

開会の辞に続き、故合瀬義晴先生（当会会員）のご冥福を願ひ、一分間の黙禱を捧げた。天本宏会長の挨拶では「昭和六十五年度に医療法および老人保健法の改正をひかえ、当会としても老人医療の実践者としての主張を打ち出していかなばならない。また、老人保健施設との機能の違いを明確にし、地域医療の推進にも努力されるよう望む」と述べられた。議案審議は松川フレディ議長によって進められる。まず、吉岡充事務局長より六十二年事業報告・

会計報告がなされた。続いて、南溢監事、小串安正公認会計士より監査報告が行われた。以上について、出席者全員の承認を得た。
次に、六十三年事業計画案・予算案の審議に移った。今年度は、欧州老人施設の訪問、また、過去四回東京において開催してきた全国シンポジウムを札幌市において開催すること等、地域的にも広がりのある事業を行うこととし、午後三時に閉会となった。

老人医療の課題と 今後の方向

前厚生省保健医療局老人保健部 老人保健課長 小野 昭雄

老人医療へのニーズの多様化という

と思う。

ことがよく言われるが、ニーズとエゴイズムとを区別して考えるべきではないかと思われることがある。本来のニーズに対応していくためにはそれぞれの年代や立場における価値観を把握し、その背景を考えた上で対処していくことが必要である。この点を踏まえ、老人医療の課題と今後の方向について述べたい。

1 現代医療の問題点

現代の医療全般についての問題点をあげると、まず臓器主義的医療である、と言える。人間全体をみる医療ではなく、各病態ごとに対応する治療に終始しがちである。特に老人医療や小児医療においては問い直されるべき点であり、医療界全体で医療の原点を見詰める時期がきている

次に、技術主義的医療であることがあげられる。病室で機械に囲まれ家族と手を握ることもなく亡くなっていくという、ターミナル・ケアはその象徴であろう。有形の技術にあまりにも頼り過ぎていないだろうか。さらに、医療の不透明性を指摘することができる。検査結果や薬剤についての説明不足の中で、患者は暗黙の中で医療を受けている状態である。インフォームド・コンセントという概念が普及しつつあるが、患者が納得した上での医療が提供されねばならない。

また、検査については、トロール船というたとえがあてはまる程、過剰検査が行われている場合が多い。医療判断学のデータからみても、検

査の量が最終診断の正確さに必ずしも結びつくものではない。検査の選択は慎重であるべきである。

2 老人医療の問題点

現代医療の問題点についてあげてきたが、老人医療においてはどのような問題があるのであろうか。

まず、アウトプットをどこに設定すればよいか、ということがあげられる。これまでは各医師にその判断は委ねられてきたが、例えばADLと精神能力を地域の中で暮らせるところまで回復させる、というようにある程度統一されたアウトプットを明確にしなければならぬ。医療内容については、老人固有の医療の在り方の明確化が望まれよう。

薬剤については、老人についての投薬量の基準はこれまでなく、多量投与の問題が起きている。検査数値においても、老人の正常値の判断は大変難しい。老人の基準値を適正に判断できるよう、体系的データ処理を行い、基準値を出すべく検討されたい。

また、リハビリについても、老人のリハビリはADLの回復および維

持が中心となり、障害者や整形外科などのリハビリとは内容も目的も異なる。

看護・介護については、老人医療

においては看護に比べ介護の比重が高く、介護に対する適正な評価を行う必要がある。また、現況の看護教育システムでは、老人看護についての教育および実習の場が少なく、見直しが求められる。

次に、老人入院患者と家庭、地域との接点について考えると、病院というのはその性格や管理の点から閉鎖性が強いものである。しかし、長期入院傾向のある老人患者にとっては、入院は社会からの隔離と同様の状態におかれるため、開放性の概念を積極的に取り入れることが望まれる。そのためには、医療者側で補えない箇所には、家族やボランティアの導入も必要となってくるだろう。さらに、老人のもつ医療観を刷新する。これは、医療の果たす範囲を明確にし、医療へのニーズとエゴイズムの履き違いを正していくことである。



3 今後の老人医療

まず、医療の「質」の見直しを行う。アウトプットを明確にし、老人医療の中でどの機能を強めていくべきかを検討する。そのためには、目に見えないサービス、例えば褥瘡予防などに対する評価を行っていく必要があるだろう。

次に、医療は一部の地域をのぞきすでに過剰供給体制に入っている。そのため、医療供給体制の再編成を進めるにあたっては、急性期型と慢性期型という機能分化を促進する方

向性が提起されている。特に老人の慢性期型病院については、リハビリの機能を必置する必要がある。

さらに、医療技術の進歩についてその効率・効果を明確にするため、データの解析も行っていく。

また、先にも述べたが、病院における閉鎖性からの開放を進めていきたい。

4 今次診療報酬改定の目指したもの
国民医療総合対策本部の中間報告にも述べられているように、診療報酬の改定には以下のような方向性が打ち出されている。一点は、一般病院における長期入院の適正化であり、入院六カ月の時点基準看護料を適減している。二点目は、老人病院における基準看護制度の導入、そして三点目は検査、処置等の診療報酬のま

りめである。
以上の方向性を軸に、今後の課題としては、看護・介護、投薬等の診療報酬の適正な設定、定額支払い方式の導入、および在宅寝たきり老人の医療の推進等が考えられる。
(昭和六十三年度総会記念講演より)

医療人として 一人の人間として自分を観る

ナースエイド・セミナー



老人の専門医療を考える会では、五月二十二日、ナースエイド・セミナーを開催した。ナースエイドについては、これまであまり全国的な研修の機会に恵まれておらず、病院における介護の担い手として研修の場を強く求められるところであった。参加者は全国の病院より三十四名のナースエイドが集った。

今回は第一回ということであり、技術面ではなく「自分を観る」、そして人間関係をより豊かなものにする、ということにテーマがおかれた。講師には安部昌伊氏（株式会社アイ・ビー・ディー）を迎え、午前九時より午後四時まで、東京都新宿区にある老人の専門医療を考える会内会議室において開かれた。

セミナーは、まず自己紹介ゲームの導入部分から始まり、さまざまなエクササイズを通し、参加していく過程の中で、自分に気づき、相手に気づく、という積み重ねで進められた。当初は緊張気味であった参加者も時間が進むにつれ、活発な発言がでてきた。日常生活の中で気づかずに過ぎ去っていることに、少し立ち止まって観ることによって、人間としての「ゆとり」を取り戻したセミナーであったといえよう。

参加者からの第二回を、という要望もあり、技術面も含めた次回のセミナーへと続けていく考えである。

ナアンテ 老人保健 福祉部の 新設

六月七日、厚生省の幹部級職員の人事移動が行なわれた。事務次官には、幸田氏から吉原健二氏にバトンタッチされ「吉原時代」が開始される。吉原氏は、初代の老人保健部長で、老健法の生みの親ともいわれる人物で、その手腕は高く評価されている。

新老人保健部長には多田宏（前職官房会計課長）、計画課長には高木俊明（保健医療局管理課長）、老人保健課長には野村瞭（岡山県環境保健部長）の各氏があてられた。また老人福祉課長には、これまでシルバースービス室長であった辻哲夫氏が昇格した。

多田氏は、健康政策局総務課長時代に医療法改正に貢献、医療関係団体からも信頼されるほどの人物であり、高木、野村、辻の三課長も、その道のベテランである。特に野村課長は、精神保健課長時代に痴呆性老

一人一人の快適な食事を ために今栄養士は 何ができるか

五月二十九日午前九時より午後四時まで、老人の専門医療を考える会内会議室（東京都新宿区）において第一回栄養士セミナーが開催された。光風園院長木下毅氏の司会により、参加者二十二名が特に高齢患者に重点を置き、病院における食事サービスのあり方について検討した。

午前中は二時間にわたり、聖マリアンナ医科大学病院栄養部長・最勝寺重芳氏により「高齢者にと

ってよりよい食事とは」という演題のもとに講演が行われた。同講演では、栄養士としての基本、老人食のイメージからの脱却等について熱く語られた。講演概略は、現代社会においては、人間の根本

ともいえる食生活を画一化された考

えで規制できるものではなく、個人を単位に食事サービスを考えていかねばならない。老人患者であれば、老人の特徴、疾患の特徴をよく知り、その上で個人差にどれだけ対応していけるのか。さらに、患者本人の食事への意向を加えての食事内容が求められる。そのためには、まず栄養士自身のプロ意識を養い、積極的姿勢で臨むことから始まる、と述べられた。

午後は、参加病院による事例発表と討議の場となった。

参加者の参加目的は、視野を広め情報収集と発想の転換を図る、というものが多く、事例発表では他院の現状を知り、情報交換ができたよう

である。

また、現在対処し改善しなければならぬ課題としては、メニューの充実、食事時間の適正化、適温給食、現場管理等があげられたが、いずれの課題についても実現方法については今後の検討項目として残されることとなった。

次回セミナーの企画にあたっては参加者の中から田尾郁恵（光風園）、坪井尚子（柴田病院）、成田順子（青梅慶友病院）の三名が世話役となり、実態調査等をすすめることとなった。



人対策に貢献、また健政局総務課長補佐時代には医療計画の医系技官のチームリーダーとしての経験もある。

なお、前老人保健課長の小野昭雄氏は、薬務局生物製剤課長としてエイズ対策に取り組むことになった。また近藤純五郎計画課長は保険局企画課長へ、真野章老人福祉課長は、保険課長となった。保険局の近藤・真野コンビは、老人医療費対策コンビといってもよく、期待と不安が入りまじる。

七月五日、厚生省は、組織改革を行い、老人保健部と老人福祉課を統合し、大臣官房に老人保健福祉部を新設した。そして初代部長には多田氏が、企画、老人保健、老人福祉の三課長には、高木、野村、辻の三氏が横すべりした。

吉原新時代は、老人保健福祉時代といってもよく、老人の保健福祉施策が、厚生行政に占めるウエイトは、今後ますます高くなるであろう。

襟を正し、兜の緒を締めることが必要であり、確実に当会の活動に期待が集まり、その活動が重要な時代を迎えるのである。

高齢者の呼吸不全

鎌ヶ谷市・初富保健病院
院長 長谷川 堯

呼吸不全とは肺での静脈血の酸素化が不十分な状態である。予備力の低下している高齢者では特にその影響は多臓器に及び生命の危険が高いため、早期の診断と適切な治療が必要である。

呼吸不全の基礎疾患で高齢者に多いのは、慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息、気管支拡張症、肺炎、肺結核や胸膜炎後の低肺機能、心不全等である。呼吸不全の主症状は息切れ、特に労作時の呼吸困難であるため、訴えが十分できない患者の場合、かなり呼吸不全が進行し重篤になってから診断されることも少なくない。

従って長期臥床患者などのハイ・リスク患者では、呼吸数、呼吸の様式、聴診所見（喘息、呼気延長等）などに十分注意する。また、呼吸不全の誘因としては下気道感染が最も重要であるから、痰量の増加や膿性痰の割合の増加が見られたらその他の炎

症所見に異常がなくても抗生剤を投与する。また、吸入療法、吸痰療法等の理学療法による予防も大切である。

呼吸不全治療のポイントは低酸素血症の改善と肺胞換気量の確保である。前者には酸素投与と各種薬剤による換気血流比の改善が中心になる。酸素の投与はそれ自体が肺胞換気量を低下させることがあるため大変難しい。不用意な酸素投与は CO_2 ナルコーシスを惹起し、結果として人工呼吸器が必要となる。高齢者では脳梗塞などの合併症や離脱の困難さを考えるとレスピレーターの適応には制限があるので、こうしたことにならない注意が必要である。酸素の投与方法としては動脈血ガス分析が可能であれば、投与前の炭酸ガス分圧が四〇torr 以下の場合一・二ℓ/分、四・五torr 以上では〇・五ℓ/分を鼻カテールで投与し、一時間程

度で再検し炭酸ガス貯溜がなく、酸素分圧が最低でも五〇torr であることを確かめる。ガス分析が出来ない場合には、一ℓ/分程度投与し臨床症状の悪化、とくに意識障害に気を付ける。

薬剤による低酸素血症の治療は肺胞低換気に対するそれと基本的には変わらない。即ち、気管支拡張剤、副腎皮質ホルモンが中心になるが、高齢者では心不全が合併することが多く、利尿剤、ジギタリス剤なども重要である。気管支拡張剤としてはテオフィリン剤、交感神経刺激剤等があり、後者は吸入剤として使用する事が多い。前者は、最近経口剤でもRTC療法といわれ有効血中濃度が保てる様になったが、増悪時にはそれでは不十分で静脈内投与が必要になる。この場合高齢者では不整脈、消化器症状などの副作用が出現しやすいから注意が必要である。また、シメチジン、エリスロマイシンなどテオフィリンのクリアランスに影響する薬剤を使用している場合には慎重に投与する。いずれにしても有効血中濃度域が狭いため、血中濃度のモニタリングが必要である。副腎皮質ホルモンは副作用を恐れ少量を投与するより三〇mg/日を一週間程度で漸減し中止する方が効果が大きい。

その他、抗生剤、去痰剤等の補助的薬剤も重要である。そうした保存的治療により出来ればレスピレーターの装着を避けるが、やむをえない場合には高齢者といえどもその時期を逸しないようにすることも大切である。

くろくろの日記

六月に会長以下十七名でオランダ、イタリア、イギリスの老人施設を訪問してきた。入所者は日中の間は、ほとんど全員デイルーム等で過ごす。それだけ居室外スペースが広い。車椅子で眠っている人もいた。身体を起し、天命を無理に延ばそうとはしない文化・考え方の違いを感じた。