

# 老人医療

## NEWS



### 病院はどうか変わるか

光風園病院 理事長

木下 毅

発行日 令和2年1月31日  
 発行所 老人の専門医療を考える会  
 〒162-0067東京都新宿区富久町11-5  
 シヤトレ市ヶ谷2F  
 Tel. 03(3355)3020  
 Fax. 03(3355)3633  
 発行者 平井基陽  
[http:// ro-sen.jp/](http://ro-sen.jp/)

者向けの施設の増加等で患者確保も考えないといけないう状況にあります。いずれ各病院の都合でベッド調整は進んで行くような気がしています。

計り、不要と思われる書類をなくしてしまうこと、現場の意見を取り入れ、煩雑な規則での運営等を思い切つて簡略化する必要があります。これらのことは現場から提言していかなければ実現できないと思います。働く人が増える可能性はあまりありません。少ない人数でできる医療・介護体制を目指して行かないと制度は破綻します。

いずれにしても国はスケジュールを決めて都道府県に早く決めるように言っていますが、国自体の具体的な動きはありません。

看護職員、看護補助者（介護職員）

の大幅な不足が予測されており、これは現状の制度・環境で業務を続けていくことが前提となります。外国人職員の導入、高齢者の活用、AI、IoT、ロボットの導入等いわれていますが、これらがすべてうまく行ったとしても、今いわれている、介護労働者不足、医療スタッフ不足を補える事はありません。

医療・介護の制度をいかに簡略化するかが重要だと思っています。間接業務を出来るだけ減らし直接業務にかかわる時間を増やして行かないといけません。書類の整理と共通化を

地域包括ケアシステムという言葉はよく使われていますが、全体像は全く見えていないといえそうです。各医療機関があるべき姿を考え、自

院の経営が継続できるように考えてゆかないといけない環境にあります。

国は地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築を進め、今後の医療・介護を進めようとしています。

地域医療構想では各医療圏で必要な病床を確保しようということになっていますが、あまり話は進んでいないようです。急性期の病院の動きは個々の病院の都合が優先され、ほとんど動きはありません。回復期は定義が今一つはつきりせず、名称も含めて見直しの検討を始めようという動きが出て来ています。慢性期は、

介護医療院への転換の様子を見ながら決まっていくと思われまます。いずれの医療圏でも、調整会議を行うだけで、あまり中味はないようです。行政も調整会議を行うことは各医療圏に求めています。中味については特に何か言うことはあまりありません。当分話は進まない様です。

地域によっては職員確保が大変になってきています。また、介護保険サービスや最近増えている各種高齢

主張 その107

## 高齢者医療における質を考える

大久野病院 理事長 進藤晃

慢性期医療は、医学と医療技術が高度に発達した事によって、急性期医療での救命率が上がり、障害を持ちながら永い人生を過ごす必要性が生まれ、長期間の医療提供が必要となったことで生まれた概念と考えている。今後の高齢化社会では慢性期医療を受けている人がメジャーとなり、慢性期に従事する医療者が医療の必要性を判断して、急性期医療を受診する事になるであろう。その時代には、在宅療養や慢性期医療の質が悪ければ信用されず、これからの高齢化社会に対応できない。質が良い医療とは患者満足度が高い事と理解されている。患者満足度を高めるとは即ち患者のニーズを満

たす事である。我々が努力して築いてきた高度な医療技術や心地良いアメニティー・接客などは当然のことであり、ニーズを満たすには他の要件が必要となる。それは患者の受診目的を知る事である。受診目的を知らずしてニーズを満たす事はできない。急性期医療におけるニーズは多くの場合、診断する事、治す事であり、その結果、元の生活に戻る事が目的なのでニーズを満たしやすい。

しかし、慢性期医療におけるニーズは多様性があり単純に満たせるものではない。多くの場合は「障害があっても普通の生活・元の生活に戻りたい」が目的であろう。これを満たすニーズは、単純に移動・摂食・排泄・入浴が自立することではない。歩行が困難であっても二階に住みたくない、嚥下障害でも普通にラーメンを食べたいなど、非常に困難なニーズを満たす必要がある。このニーズは個別に対策を考えるしか方法がない。

この様な複雑なニーズを満たすためには、信頼関係を築き、話を聞き、目的を明確にして医療的な問題を把握し、その問題について説明と同意を得ることが大切であろう。

説明と同意を得ても、質の良い慢性期医療が組織的に提供されなければ、信頼されない。慢性期医療は医師一人ではなく、看護師を始め、リハビリ療法士や薬剤師・ケアマネから事務までがone teamとなって組織的に提供する。質を保つための組織的活動とは、一、組織の目的が明確にされている。二、必要な情報が双方向に周知できる。三、決まり事が守られている。四、問題が解決できる組織である。以上のような条件を満たす事と考えている。

一、自組織が誰のために、何をするのか明確にされていなければ組織に所属する人がone teamになれるはずがない。二、指示命令が全員に伝わらなければ指示通りに行動がなさ

れない。職員の意見が経営者に伝わらなければ現場の問題を解決できないし、患者からの感謝も伝わらない。三、決まった手順を守らなければ感染症などが広がる、患者のとり違いや薬剤の間違いなどの医療事故につながる。四、問題に関しては、問題がないと感じている組織ほど危険な組織はない。まず問題がある事を認識する、次に問題を解決する組織的な活動が常時行われている事が重要である。問題が発生したときにいつも慌てふためく組織では組織的な質向上を望めるはずがない。

この四つの活動により組織は安全で効率的かつ質が高い活動になると考えている。この活動は当法人でも残念ながら未だ成し遂げてはいない。

高齢化社会では、ニーズを満たす慢性期医療の充実とその組織的な活動が、医療全体の効率的な提供につながるかと考えている。

高齢者のうつ病、認知症雑感

わかくさ竜間リハビリテーション病院

院長 錦見 俊雄

アルツハイマー病は不治の病といわれていましたが、アミロイドβやタウタンパクが関係している事が少しずつ明らかになり、これらの蛋白に対する薬剤が世界的に開発されてきました。しかしながらアミロイドβ仮説に基づくアルツハイマー病治療薬の開発は、ロシユ、ファイザー、イーライリリー、アストラゼネカ、ノバルティス、メルクといった海外のメガファーマも相次いで失敗しています。米バイオジェンとエーザイが、抗体医薬アデカヌマブで治験を行っていましたが、二〇一九年三月に試験を続けても有効性を示す見込みがないと予測し、フェーズ3試験を中止しました。しかし十月には来年初頭に米国で製造販売承認を申請すると発表しました。再検討の結果、高用量では効果があったという事ですが、FDAがどのような判断をするのが注目されます。相次い

だメガファーマの新薬の開発の失敗でこの分野の新薬開発に対する意欲の低下を恐れて、部分的承認が行われるのではないかとの憶測がなされているようです。認知症の専門家に聞くと我々の脳には中年からアミロイドβがすでにたまり始めており、高齢になってからの治療では手遅れで、そのため新薬の対象となる患者の年齢もどんどん若くなっているようです。最近、高名な精神医学者の高齢者うつ病の講演を聞く機会がありました。高齢者うつ病の発症誘因として、①人間関係の喪失（配偶者、家族の死）、②健康の喪失（体の機能が衰える）、③社会的喪失（退職や子供の独立などで社会的役割を失う）、④経済的喪失（収入の減少）、などがあり、周囲の者も高齢者の元気がなくなるのは当然として、病的なものとは考えずにすましてしまうこと

に、留意しなければならぬ、と述べられていました。高齢発症うつ病は、認知障害、脳内虚血性病変、低いADL、などの特徴を有する事が知られていました。画像研究の成果から、線条体く前頭葉と脳室周囲に白質病変（MRIのT2増強）やWhite matter hyperintensityを認め、脳画像の白質病変を呈するうつ病患者では、治療に反応しにくく、認知障害が残りやすく、再発が高く、慢性うつ病に移行しやすいことなどが示され、脳血管性うつ病が提唱されました。その後、脳血管性うつ病では、高血圧や糖尿病、運動不足等を基盤に白質病変と深部灰白質（大脳基底核）の病変が認められることが多いこと、大脳の小梗塞巣の出現は、無症候性のもをも含めて、うつ病を引き起こす場合があることが判明し、脳血管の障害によりうつ病が起ると理解されるようになりました。高齢期うつ病は線条体く前頭葉を連結する白質の機能障害によるものであり、この回路は認知機能にも関係するので、高齢者うつ病は認知症への危険因子であることもわかつ

てきています。六十歳代になった人間としてこれからのうつ病発症や認知機能の低下の予防として大事な事は何かを考えてみました。高齢になるにつれてアミロイドβタンパクが脳にたまってくる事にあらがう事は、今のところ出来ませんが、うつ病く認知症の発症誘因を少しは減らせるかと思えます。まず人間関係の喪失に対しては、配偶者を大切にし、健康にも気配りし、自分より長生きしてもらおう事が大事、と言えそうです。健康の喪失に対しては、普段から血圧、血糖値など生活習慣病の予防をしっかり行う、癌に対しては健康診断など早期発見に努める、それといざという時の為に、専門家の友人医師を大切にすること（何かあれば相談したり、診てもらえる）。社会的喪失予防には無理のない程度にいつまでもボチボチ働く。経済的喪失はボチボチ働くことにより少しでも収入を得る事でしょうか。以上の事をぼんやり考えながら、高齢世代をうつ病く認知症フリーで過ごせたら、と思っっている今日この頃です。

# アンテナ

## 増収減益があたり前の 病院経営の時代

令和の時代となり、今年はオリンピックもあるので、変化や革新が進むのではないかと期待感がある。

ただ、こと医療界にあつては、現状が好転するという兆しがみえない。診療報酬改定の作業が進められ、もうすぐ内容公表となるが、なにも期待できない。医師の働き方改革を進めるといふ議論は、医師の時間当たりの人件費が上昇するのであろうことは理解できても、医師という職業の地位や社会的評価を変化させることはないであろう。かつてプロフェッショナル・フリーダムなどというところが強調された時代があるが、医師も単なる労働者だといわれているように思える。

今にはしまったことではないが、病院経営上、増収減益というのが基調で、増収増益というのは稀で、利益がでて、損益を計上していても

現状維持がやつとで、二年以上連続で損益計上せざるを得ない病院は決して少なくない。

増収減益という現象は、なぜ起きるのかを考えてみると、すぐに思い浮かぶのが、職員を増加すれば、収益は上がるが、職員採用費用が収益増を上まわるということである。因みに、平成十九年と平成二十九年の診療種類別国民医療費から病院の入院医療費と入院外医療費を合計すると、前者が約十七兆三千億円、後者が約二十一兆九千億円となるので、病院医療費は二六・九%延びた。つぎに、十年間の病院職員数を比較してみると約三十五万五千人増加して、増加率は二〇・四%である。この間、診療報酬はほとんど増加していないが、病院医療費が約二七%延びても、職員数が二〇%以上延びている事実は、正確に理解する必要はある。看護師は、この期間に三割増加しているが、准看護師や看護業務補助者は、むしろ減少傾向なので、相対的に病院看護が強化されたと評価できるかどうか大いに疑問である。はつきりわかるのは、十年間で理

学療法士、作業療法士、言語聴覚士が三倍程度に増加したことである。

このように考えると増収減益になる理由が、職員増によると説明することは可能であろう。このことは、もっと広く理解してもらう必要があると思う。というのも、医療費が毎年増加するのは、病院が儲けすぎているとか、医師が高所得であるといったようなステレオ・タイプの世論に対して、医療界は、丁寧に説明してこなかったのではないかと思うからである。

実際の病院経営は、そう簡単ではないし、病院の種類や規模、地域の社会経済動向や医療機関同士の競合状態によって千差万別であり、まったく同じ条件の病院があるわけではない。しかし、経営という観点でみると、診療報酬は改善されず、病院職員数は増加し、入院患者も人口も減少しているということになれば、医療収益から医療費用を減じた医療利益が、年々圧迫されていることは確かであろう。つまり病院経営は、今や増収減益があたり前の時代になって久しいということである。

「昔はよかった」と言いたいわけではないが、病院を取り巻く環境が多く変化したということを認めることが必要であると思う。我々が活動を始めた昭和五十九年ごろ、高齢入院患者は五十二万人程度であったが、今では九十六万人以上が六十五歳以上だ。入院患者の約三八%だったのが、今では七三・三%の入院患者は、高齢者だということである。このさまざまいい入院患者の高齢化は、わが国の医療を大きく変化させたことは間違いなことである。

つまり、老人の専門医療は、入院医療の一部であったものが、今では、入院医療の大部分が高齢者を対象としたものであるということである。今こそ、もう一度、高齢者医療の質の改善をどうするのが大問題だ。

### \*へんしゅう後記\*

オリンピックイヤーで恐いのは、南半球からのインフルエンザの流入など、感染症の発症だ。検査だけでは防ぎようもなく、人、物、金など、どのくらいの対策が練られているのか懸念が高まるところだ。