

老人医療

NEWS



コロナ禍に思う

医療法人社団慶成会

会長 大塚 宣夫

発行日 令和4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/)

「職員セルフ
コントロール」

員の熱い思いにどう報いるべきかを
真剣に考えている。

まず職員につい
ては、この業界は

「安易な面会制限に思う」

まさに世に云うエッ
センシャルワーカー
そのものであり、
在宅勤務やリモー

次いで、面会者による持ち込みリ
スク軽減である。こちらは施設運営
者が面会禁止も含め面会制限を厳し
くすることを決めれば実現可能であ
る。筆者の病院でも一時期、面会禁

我が国でCOVID-19による感染拡大
が始まってから満二年が過ぎようと
しているが、今以てコロナ禍に翻弄
される日が続いている。そして今回
のオミクロン変異株による第六波の
到来である。

COVID-19を施設内にいかに持ち込ま
せない、あるいは持ち込まれたとし
てもいかに早期に感染者を発見し、
施設内での感染拡大を食い止めるか
に尽きる。

当会会員の大部分は高齢者施設の
運営に関わり、今回のCOVID-19感染
発生時には、重症化、死亡リスクの
高い集団を顧客としている。しかも、
現時点で有効な薬は手元にないとき
ている。それ故に対応の中心は

筆者が運営に関わる二四〇床を有
する病院について云えば、コロナ禍
前では一日につき平均二四〇名の職
員と二一〇名の面会者の出入りがあつ
たが、社会での感染者急増に伴い、
施設内への持ち込みリスク軽減のた
め、この職員と面会者の来院をいか
に減らすかを課題としてきた。

トワークへの置き換えはせいぜい五
%未満である。リスク軽減のために
出勤者数を減らせば、たちまち入院・
入所者の生活レベルの低下に直結す
ることになる。となれば、職員によ
る持ち込みリスク軽減の改善の策と
しては、少しでもリスクのある場合
の出動自粛含め、職員自身、時には
その家族に対しても日常生活におけ
る感染リスク軽減に向けた行動自制
を期待するしかない。当初は、この
種の職員の意識に依存するような対
応法でうまくいくだろうか、いつま
で持つだろうかと心配したが、これ
が意外や意外、この真剣かつ、真面
目な行動自制は今日まで続いており、
頭が下がる思いである。世間には、
この事実はどこまで届いているのだ
ろうか。今は経営者として、この職

止や厳しい制限を実施してみたが、
人生の最晩年あるいは終末期におけ
る面会制限が、いかに入所者本人の
みならずその家族にとって過酷なも
のであるかということを感じ知らさ
れた。面会こそは、本人にとって生
きるための活力そのものであり、家
族にとっても見送ったあとの満足感
や後悔に直結するからだ。面会制限
は魅力的である。クラスター等が発
生し施設管理者の対応の甘さが糾弾
されることを考えれば、自衛の策と
しては大義名分もあるからだ。しか
しながら、だからと云って人生の最
終局面を犠牲にしても良いとも云え
まい。ここでは経営者としての真の
覚悟が問われている気がする。

現場からの発言 〈正論・異論〉

(110)

主張 その111

「在宅入院」

医療法人社団和風会 理事長 橋本康子

リハビリテーション医療にかかわり二〇年以上経過した。主に回復期リハビリテーション病棟を運営してきたが、外来リハ、訪問リハ、通所リハも行っている。リハビリテーション医療の特徴は、寛解・治癒すれば終了となる医療と異なり、長く継続し、人の生活に深くかかわる医療である。

介護保険などで行う生活期リハビリは量、質ともに圧倒的に少ないのではないかと感じる。回復期リハビリテーション病棟で獲得した動作能力が生活期になると見る見るうちに低下していくことがあり、老化や新たなエピソードでさらに低下する。しかし、それらを改善させるリハビリを保険医療で補うには制限があり、必要な時期に十分量のリハビリを受

けられない。

そこで、私たち（千里リハビリテーションクリニック東京）は、新たな試みとして保険外診療での訪問リハを始めたい。この試みを「在宅入院」と名付けている。「在宅入院」とは急性期病院退院直後、または回復期リハ病棟を早期退院して、医師の指示のもと、自宅で毎日リハビリを行う。必要ならば看護、介護、管理栄養士などが関わるといふものである。

「在宅入院」の目的は、①入院期間を短く、②医療費の削減、③自宅の生活を忘れない、④自宅介護の不安解消・介護離職をなくす、⑤医療スタッフが外向くことでリアルな生活を見て、実のあるリハビリを行うこと。

一例を紹介する。八〇歳代の女性。外傷性くも膜下出血、両側硬膜下血腫、誤嚥性肺炎のため約三か月間急性期で入院治療を受ける。気管切開、

胃瘻増設を行い、一〜二時間毎に喀痰吸引必要、全介助、意識レベルJCS II・二〇、全身の関節拘縮が進行していた。しかし、コロナ禍で面会ができないことなどから在宅退院を希望される。退院前日に自宅にギヤツ

境が大きくかわっていると考える。この症例で改めてリハビリでの「自宅」「家族」「その人の生活リズム」の大切さを痛感した。

ジベッド、吸引機、在宅酸素、AED、その他必要と想定される医療材料を準備する。退院当日から二十四時間体制で看護、介護ケアを行い、一日三時間PT、OT、STが、リハビリを行う。退院二日後には尿カテーテルが抜去、二十二日後に、気切カニューレが抜管できた。退院五十日で見守り歩行が可能になり、トイレ動作、更衣、整容はほぼ自立、五十四日目には立位での調理が可能になった。六〇日後に買い物、散歩もできるようになり、ご家族と外食を楽しまれ、ビールを飲まれていた。医療的にもケア的にも重度な患者さんが、二か月間という短期間に病前の状態近くまで回復した要因には環

現在の回復期リハ病棟制度は優れた制度であると思う。急性期治療後早期に集中的にリハビリを行うことで運動機能的、高次脳機能的に効果があることを証明した。しかし、リハビリテーション医療は他の診療科と違い、入院治療を行う必要性は少なく、むしろ自宅、社会で行ったほうが効果的であることは当院の「在宅入院」で明らかになった。評価、リスク管理を行い、できるだけ早期に退院し、自宅へリハビリ医療チームが毎日通うほうが早く治療効果が出る。医療費も削減できる。今後、日本は人口減少、就労者減少、地域格差などが想定される。医療の在り方も変化を求められ、在宅医療が主流の時代が来るかもしれない。

日本在宅救急医学会の生みの親は 小山秀夫先生です

いばらき診療所

理事長 照 沼 秀 也

だいぶ前に、小山先生が愛媛の仕事を誘ってくれました。当日、羽田空港で機内に駆け込むと、いつもの小山先生と、日本医師会の雑誌などでよくお見受けする野中博先生がにっこりされているではありませんか。

この旅行で、私は野中先生の医療に対する姿勢に感銘を受けました。旅行中に野中先生から「訪問診療には、白衣は着た方がいいよ」と教えていただき、うれしくてそれからずっと白衣を着て診療しております。

しばらくして小豆畑丈夫先生から、いばらき診療所の在宅医療と小豆畑病院の二次救急での取り組みを日本救急医学会のシンポジウムで発表するとの連絡がありました。「在宅医と救急医が仲良くなると、患者さんにとって良い医療が提供できる」という内容でした。そこで私も、日本救急医学会に参加してみると、立ち見が出るほどの盛況で在宅医療への

関心の高さに驚きました。どのシンポジストも感銘深い発表内容でした。

シンポジウムの後、小豆畑先生から「在宅と救急の勉強会を」との提案が出され、「それ大事だね」と答えたのです。その時、研究会の代表をどの先生にお願いしようかという話になり、小豆畑先生が「日本救急医学会の代表理事の横田裕行先生にお願いしては」と言われたので、そんなビッグな先生が受けてくれれば、きつと日本の医療に役立つアイデアや提言がたくさん生まれそうでワクワクしたことを覚えています。

横田先生は臨床の現場で長年取り組まれており、お目にかかった時に、在宅医と救急医が仲良く地域医療を支える重要性を、逆に横田先生からは横田先生しかいらっしやらないと確信しました。そして、在宅医と救急医を両方まとめられる先生とし

て、小山先生がご紹介くださった、尊敬してやまない野中先生を私から推薦致しました。野中先生にすぐメールを差し上げたところ、快く引き受けてくださいました。

第一回研究会の準備会は、お茶の水のホテルの会議室でした。当日は、東京大学で死生学を研究されている会田薫子先生も参加くださいました。準備会が始まると、在宅医のテーブルと救急医のテーブルが自然に分かれ、議論が全くかみ合わなくなつたのです。その時、野中先生がおもむろに発言されました。

当時、野中先生は大病を克服されたばかりで、絞り出すような声でしたが、威厳に満ちたあふれ出る声で「先生方は誰のために医療をされているのか。患者のために、よりよい医療を実践することが医療にとってもっとも大事なことはないか」と発言されました。この発言の後、〈在宅医も救急医も患者のためのよき医療を〉という根っこができて自然と意見がまとまり出しました。そこに集まっておられたのは熱心な先生方ばかりでしたので、在宅患者の

急性増悪時の対応の重要性は、全会一致で決まりました。

二〇一七年に、在宅患者の急性増悪時のケースや取り組みを広く集めるために、第一回日本在宅救急研究会が虎ノ門の発明会館で開かれ、三〇〇人の会場に立ち見ができるほどの反響を呼び、シンポジウムではフロアから様々な発言があいつぎ、終了時間をオーバーしてしまいました。

その後、二〇一九年より日本を代表する在宅医、救急医の先生方とともに、日本慢性期医療協会からも長尾和宏先生、井川誠一郎先生、池端幸彦先生、仲井培雄先生、益子邦洋先生にも理事としてご参加いただきました。「日本在宅救急医学会」が発足いたしました。

今後、ひとつひとつエビデンスを積み重ねながら、在宅医と救急医が患者のための良き医療をどのように実現していけば良いのか考えていきたいと思います。

なお、今年度より前日本医師会会長の横倉義武先生が名誉顧問としてご参加くださることも併せてご報告させていただきます。

アンテナ

老人の専門医療を 考える原点

四〇年前。埼玉県で「三郷中央病院事件」が発覚しました。主に東京から入院患者を集め、薬づけ検査づけにし、老人をベッドに縛り付ける看護を平然と行っていたのです。老人入院患者を喰いものにする悪徳病院事件として報道されました。この事件は、当時、老人保健法案を審議していた国会でも大問題になりましたが、実は、当会の設立の遠因です。この事件が、わが国の老人医療を根本的に見直す原点になった歴史を、決して忘れることはできません。

にしたのです。

身寄りがなく、いつお亡くなりになるかわからない排世介助が必要な一人暮らしか、超高齢夫婦世帯で死亡が発生すると、いずれかの行政が対応することになります。実際、死後一週間後に「発見」されることも稀ではありませんでしたから、いつお亡くなりになるかわからない要介護老人は、地域の邪魔者として認識されていたのでしよう。「月三万円です完全看護します」がセールストークだったようですが、都心を中心に患者が集まり、地域は邪魔者を排除できたので協力しましたし、自分たちでは介護できない家族にとっては「藁をもすがる思い」でした。入院後のことは外部からはよく分かりません。まず、病院を退職した職員などから情報が漏洩するようになりました。多床室の病室ごとに、検査の種類が決められ、毎日の点滴に混注する抗生剤を変えている。患者さんは毎日三度の点滴を「おつとめ」といつていたなどというたわいのない噂です。

このころ関東の老人病院の関係者

は「お年寄りに良い病院と家族に良い病院」という話をしていました。

不謹慎ですが、入院後三か月程度で死亡退院することが多い病院を「家に良い」と判断していたようです。未確認情報では、ある県の国民健康保険連合会の診療報酬審査事務をしていた係長さんが、毎月、長時間心電計の算定件数が、一定数ある病院のことが気になり、毎月チェックしていたそうです。休日にドライブしていると、その病院が目の前にあり、家族を装い病棟を歩き回った結果「長時間心電計は院内にない」と確信したそうです。入院患者さんは全て「寝かせきりで、日に三度の点滴と毎日何らかの検査が実施され、大量の薬剤が処方されていたことは事実」だったのです。

この事件に対応した埼玉県庁の担当課長がいました。荻島國男さんです。彼は事件を処理して、昭和五十八年四月に厚生省公衆衛生局老人保健部計画課補佐として、老人保健法の成立と施行に尽力することになりました。

翌年のある晩、都内のチーズフォ

ンデュの店で、会食する機会がありました。目的は、老人医療対策担当

の厚生省職員と老人病院と呼ばれていた病院の比較的若手の病院長との意見交換です。話題は、新設された老人特掲診療報酬点数の趣旨説明が主でした。「老人病院は入院患者さんを全てホモジニアスの状態にしてパターン診療しているだけだ」と荻島さんが発言しました。一瞬、場の空気は凍てつきました。

「そんな病院ばかりではない」とある院長が話しました。「自分の母親をすっかり診てくれる病院を探したが、どこもなかったことから自分で病院を始めることになった」

「老人入院患者の状態は変化するので、きめ細やかな対応が必要だし、点滴づけなどしていない」から始まり、十五分以上発言は続きました。それはそれで理路整然としており、老人の専門医療の確立が重要な課題だと指摘して話を締めくくりました。

発言は大塚宣夫先生。荻島さんは「分かりました」と笑顔でした。こんなことを忘れないで欲しいと思います。