

# 老人医療

## NEWS



### 老人病院と療養病床

南小樽病院 理事長

大川 博樹

発行日 令和4年7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  
 シャトレ市ヶ谷2F  
 Tel. 03(3355)3020  
 Fax. 03(3355)3633  
 発行者 天本 宏  
[http:// ro-sen.jp/](http://ro-sen.jp/)

老人病院が療養病床になったのは、表層的な「老人」という語感の問題だけではなく、むしろ「老人」の「生活世界」が次第に医療「システム」に置き換えられ、最終的に「システム」が全域化したという証であろう。

特例許可であった老人病院は九〇年代の診療報酬定額制、療養環境整備や付き添い廃止など大幅な変革を経て療養病床（群）になった。特例は廃止され老人病院は医療体系の中で、ようやく市民権を得た。しかし、これは同時にそれまで手づくり性・

個性などが可能であった老人病院（療養病床）が「システム」に内包されより匿名的にならざるを得ない結果をもたらした。さらに二〇〇〇年代には「急性期」に対する「慢性期」が制度化され、より大きな「システム」の中に位置づけられた。

ここで、老人病院の成り立ちに関連する社会的背景を考察してみたい。まず、一九六〇年代には「地域空洞化」「家族内閉化」が始まり、さらに八〇年代には「家族空洞化」「市場化行政化」が進行した。特に、「地域」に続き「家族」の空洞化

（核家族化）は「老人」の居場所を狭めていき、そこに老人病院が医療費無料化を背景として急増し彼らの受け皿となった。量の拡大期に往々

にして生じる「悪徳」「乱診乱療」の横行が、当会の発足のきっかけのひとつである。

そのため、「倫理・善意志向」「内から湧き上がる力」そして「内発性」が当会の最大の特徴となった。やがて、「悪徳」が「徳」で置き換わり老人病院の質が飛躍的に向上した。

その過程で、当会の活動方式は医療行政「システム」を上手に使い「老人の専門医療」を推進・浸透させていくものであった。しかし、九〇年代以降「システム」が次第に全

域化するに従い、それとは異なる手法が必要になってきた。そうして、現在の「日本慢性期医療協会」の原型が一九九二年に当会を母体として発足した。もはや「システム」の全

域化を止めることができないとすれば、その中で声を上げることが可能であり許可されるような組織集団の誕生は必然であった。

「システム」が全域化した今、当会のような「生活世界」を彷彿とさせる組織の存在意義は何なのだろうか。まず、会員ひとりひとりの持つ

「感染力」があげられる。これは、その人の持つ「何か」に魅了され、そのようになりたいと思わされる力である。また、会員にとつての居場所作りがある。お互い顔の見える関係性があり、しかも全人格的に集う事のできる共同体は貴重である。当会の内閉化や「システム」への無力感、会員の高齢化などの懸念を抱えつつも、我が国の「老人」の「専門医療」のバイオニアとしての矜持を持って歩んでいきたいものである。

#### 参考文献

一 私たちはどこから来て、どこへ行くのか 幻冬舎文庫 宮台真司著  
 二 経営リーダーのための社会システム論 光文社 宮台真司、野田智義著

# 現場からの発言へ正論・異論

(111)

主張 その112

二〇年経って

国分中央病院 理事長 藤崎剛斎

父が開設した病院を継いで二〇年になる。振り返ってみると、何か変わったのだろうかと思うが、建物以外は結構変わった部分もあるようだ。

院長として着任した平成十四年、当院は医療療養百三十五床介護療養六〇床の国分市では最も多くのベッドを持つ慢性期病院であったが、建物は二度の増築で導線が悪く、提供していた医療・介護サービスもあまり褒められたものではなかったように思う。リハビリのセラピストは常勤が一名とパートが一名、他の医療技術者も似たような感じでマンパワーが極めて脆弱であった。数だけではなく、質も良くなく、介護療養で肺炎の患者に抗生剤の指示を出したら「ここでは治療はできません。医療

療養に移してください」と返ってくる。かかりつけの患者が救急車で来てもUターンさせる。まあ、ただでさえ療養病床というものが理解できず困っている時である。

そのような状況であったので、平成十六年に救急指定をとった時はすごかった。今思うともう少し準備をすべきであったと反省するが、愉快な部分もあった。全職員一丸となつて救急指定取得には猛反対であったが、いざ搬入が始まるとナースが全員処置室に集合し、一つの指示に数人が取り掛かるといふような状態であった。それでも少しずつ慣れてきて十年後には年三百台の救急車を受け入れている。

当院は令和二年八月より高齢者在宅救急を開始した。在宅医療に力を入れていくクリニックの先生からの要請があれば、患者のいる現場へ病院救急車で出動するというシステムである。救急車は丸亀消防局で使用

されていた中古を整備して格安で手に入れた。救急救命士も常勤で雇い入れ、出動時は特定ナースを乗せている。やってみてわかった事だが、現場に行くので、その場で病院に検査をオーダーすることができ、診断・治療までの流れが極めてスムーズになる。もちろん病院のスタッフも慌てることは一切なく、今では六名の先生が在宅救急のお得意さんである。

さて、今回の診療報酬改定であるが、かなり厳格なものになっている。当然のことではあるが慢性期病院といえど、質の高い医療が提供できない病院は退場ということだろうか。経過措置の医療療養は介護医療院に行かざるを得ないだろうし、療養からの地域包括ケア病棟は救急指定をとることが義務付けられたといつても過言ではない。指定をとるといふことは救急搬入を受け入れるということである。これまでやってこなかった病院にとっては、ハードルが高く

感じられるかもしれないが救命救急センターをするわけではない。ぜひトライすべきである。

現在、当院は地域包括ケア三十二床、医療療養百十八床、介護医療院三〇床という構成となっている。在院日数の短縮でベッドが埋まらず介護医療院を開設した。今後もその割合は増えていくだろう。鹿児島県は病院の数、病床とも高知県と一、二を争う過剰地域である。また今回の改定は今回以上に厳格なものになるはずである。先進国の中で、唯一GDPは右肩下がり、少子化にも歯止めが効かず、医療に投下する潤沢な財源がないのだから仕方ないことである。

今後、病院として生き残っていくためには、地域包括ケアシステムの中心的な役割を担うことが求められる。できれば、得意とすること、やりたいたいことに磨きをかけて、生き残っていききたいものである。

### かかりつけ医の定義と機能を踏まえた かかりつけ医への期待

倉敷スイートホスピタル

理事長 江澤 和彦

「コロナ禍において、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動しなかった」との指摘を背景に、「かかりつけ医機能が發揮される制度整備の改革を進めるべき」との議論が強まっている。一方で、新型コロナウイルス感染症の流行は、国家的大規模災害の様相を呈したことは周知の事実である。言い換えれば、「国家的大規模災害下の有事において、必ずしもかかりつけ医機能の發揮が十分ではなかった」となるのである。さらに、全国のかかりつけ医が発熱外来、ワクチン接種、新型コロナウイルス感染症の診療に精力を注ぎ、医療従事者や介護従事者が難局に立ち向かって国民の命を守ったことも事実である。医療機関の好事例の横展開や医療機関と高齢者施設とのマッチング等、今後さらに取り組むべき反省点も多々あると認識するが、コロナ禍の有事の事態のみを

取り上げて、かかりつけ医機能を論じることは危険と考える。かかりつけ医機能は、平時と有事で区別して考えるべきである。

かかりつけ医とは、何でも相談できて、最新の医療情報を熟知し、必要時に専門医や専門医療機関に紹介でき、在宅医療や介護保険とも緊密に連携し、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師である。診療所の医師であるか、病院の医師であるか、あるいは、どの診療科であるかを問うものではなく、かかりつけ医機能の向上に努めている医師は全てかかりつけ医と定義される。従って、患者の最も身近で頼りになる医師であり、患者が最も信頼を寄せる医師として、自ら積極的にかかりつけ医機能を果たしていくことが期待されている。

かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能の二つの機能がある。

医療的機能は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性にに基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供することとされる。また、自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、何でも相談できる医師として全人的視点から対応することが求められる。

一方、社会的機能は、日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行うこととされ、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療の取り組みや介護保険との連携も役割となる。

最近では、地域包括ケアシステムの構築にあたり、地域貢献活動といった、かかりつけ医の社会的機能に期待が高まっている。地域貢献活動とは、住民を対象として、健康づくり講座・介護予防講座の開催、町内会や民生委員の会合への出前講座、認知症カフェ等の集いの場の開催や参加、住民向け医療介護相談窓口の設置を行うこと等である。さらには、我が国の介護予防の取り組みとして、全国に十万余所を超える「住民主体の通いの場」における取り組みをより効果的・継続的に実施するために、医療介護専門職の関与による取り組みの質の向上が今後期待されている。今は寝たきりや認知症であっても、誰しも普通の暮らしをしていたお元氣な頃があり、仕事に精を出したり、家族との団らんを過ごしたりされていたはずである。かかりつけ医が、そこに想いを馳せながら寄り添い、心が通じ合うことで住み慣れた地域での自らの生活が実現する。本人の意思を尊重した人生最期までの尊厳の保障は、かかりつけ医の役割として普遍的かつ未来永劫なのである。

# アンテナ

## 認知症と共に生きる 患者さんへの対応の差

厚労省は六月末、三年に一度実施される二〇年の患者調査の結果を公表した。同年十月の入院一日当たり推定患者数は百二十一人強、外来は約七百十四万となり、減少傾向が継続している。六十五歳以上の入院患者は七四・七%、外来患者は五〇・七%に達し、入院患者の四分の三、外来患者の半分は高齢者で、七十五歳以上でみると、五四・八%と二九・一%だ。

推計患者数を人口十万人当たりでみた「受療率」は、二十四年前の九十六年以降、入院も外来も六十五歳以上でも長期的には低下傾向となっている。医療関係者で「感染症で患者さんが受診を控えた」ということを言う人は多いが、本当なのかどうかよくわからない。一方、今後とも受療率の低下という傾向は変わらないのかもしれない。ただ、医療費は

急激に低下もしていないし、増加もしていないという現状なのだ。COVID-19以降、日本の医療は大きく変化したように思うが、具体的データが乏しいように思う。そこでOECDのヘルスデータをみやすく解説した「図表でみる医療二〇二一・日本」（二十一年十一月九日）OECD雇用局医療課藤澤理恵さんの資料では、日本ではパンデミックの直接的な影響を詳細に把握するのが困難で、他のOECD諸国では様々な直接的な影響がデータにより判明していることがわかる。また、多くの人が感染後遺症に悩まされており医療・介護従事者の感染率が感染拡大初期には多かったことや、医療従事者のメンタルヘルス問題が増加したと指摘されている。

日本の人口当たりの医師数はOECDで六番目に低いが、他国に比べて地域間で均等に分布されており、女性医師の割合は医師約五人に一人で最も低い。人口当たりの看護師数はOECD平均より多く、看護学部卒業生数は平均より多く、薬剤師数は過去二〇年で急激に増え、人口当たりの薬剤師数はOECDで群を抜き最も高いことが示されている。日本は国際間の経済競争に負けつつ急激な人口減少と後期高齢者の増加に対応しなければならぬという現実を直面している。OECD参加国との医療に関する情報を比較してみると、日本の医療水準が向上しているというデータは見当たらない。特に、今後の人口減は大都市以外では深刻な病院経営問題に発展するところになる。感染症の脅威が軽減されても、今後とも在院期間も利用率も大きな変化がなく、減少傾向が続くと判断するとすれば、大都市圏以外の病院は病床利用率が低下せざるを得ないはずだ。