

老人医療

NEWS



変わるのか？ コロナ後の高齢者医療・介護

大宮共立病院 理事長

漆原 彰

発行日 令和5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/

ある。医療や介護の現場では、重症化リスクが高く、直接的身体接触が避けられない高齢者ばかりである。このコロナ禍にあって、少なからず高

正議論も行われている。

齢者の命と生活を守る「最後の砦」としての役割を果たそうとしてきた私達ではあったが、今は一旦休止せざるを得ない。苦しい。

二〇二〇年一月から三年にわたって猛威をふるった新型コロナウイルスは、収束をみないまま新年を迎えた。私の病院や施設・事業所では、それまで散発的な発生に留まっていたコ

の低下に加えて経費は増大するなど経営上の困難が顕在化している。開設以来最も大きな試練に直面していると言っても過言ではない。

ナ感染だったが、変異を繰り返し爆発的な勢いの第七く八波の中では、病院以外でも複数の介護施設や事業所で集団感染が発生し、予防や拡大防止など対応に大変苦慮している。

既に規制を大幅に緩和したり、行動制限を撤廃し「ウイズコロナ」へと大きく舵を切った。更に、国民の多くはコロナ禍を乗り越えたとの認識さえ広がっている。しかしながら、

その間の職員の働きには頭の下がる思いであるが、一方では集団感染が発生するとゾーニング等の対策や、スタッフの確保難もあって、稼働率

今でも一日当たりの新規感染者数は増加し続け、以前より重症者こそ少ないが感染力は強力で、収束には程遠い。しかも、未だ半分続きそう

問題を生き彫りにした。その中でも大きな課題とされているのが、我が国のあらゆる分野でのデジタル化の遅れと、医療提供体制の脆弱性の問題だった。特に、世界に冠たる医療制度を誇ってきた我が国の医療が、なぜこうも簡単に崩壊の危機に至ったのかは国民に大きな驚きを与えた。

早急、予期できない新興感染症のパンデミックなど有事の際の医療の在り方に関する検討が開始され、十二月二日には改正感染症法が成立した。更に「かかりつけ医」の役割・機能の強化を法文化する医療法の改

改正感染症法では、新興感染症の感染拡大があった場合、全ての保険医療機関に対して行政の対応に協力する責務が規定され、特に公立・公的医療機関等に対してはそれを義務化している。そして、回復期・慢性期医療機関にも治療後のリハビリテーションや継続的療養を必要とする患者の受け入れ義務を求めている。主に医療に対する行政権限の強化策であるが、前回の同法改正が新型コロナウイルスエンザ等の感染拡大に備える為だったことを思えば、今回の改正の実効性をも疑問視する向きもあり、今後更なる幅広い議論が待たれる。

主張 その113

改めて感じる慢性期医療の底力

永生病院 理事長 安藤高夫

初代理事長逝去にともない、私が永生会の理事長に就任したのは二十九歳のことでした。手探りで慢性期医療について学ぶ中、多くの先生方からさまざまなことを教えていただきました。

特に、大塚宣夫先生から「経営は顧客第一主義が重要」、天本宏先生から「薬漬け・検査漬け・寝かせ漬けは良くない」、吉岡充先生から「抑制を廃止すべし」と教えていただいたことが、私が理想とする慢性期医療のベースにあります。天本宏先生、大塚宣夫先生、吉岡充先生だけでなく、平井基陽先生、齊藤正身先生、そして当時の日本療養病床協会の加藤隆正先生にも大変お世話になりました。

同時に思い出すのは、地域包括ケア病棟との成り立ちです。そもそも

の原案を考え出したのは慢性期医療関係者―天本宏先生、城山病院の佐藤健二事務長、私の三人でした。二〇〇〇年頃、東京都介護力強化病院研究会（東京都療養型病院研究会を経て、現在の東京都慢性期医療協会）の議論において生みだしたもので、「急性期と慢性期をつなぐ理想の療養病床」に関する報告書も作成しました。

全国規模の病院協会で議論してみようというところで、当時、天本宏先生が副会長をされていた全日本病院協会にアイデアをもっていったのですが「慢性期には運営はできない」と一蹴されてしまいました。とても悔しい思い出の一つです。しかし、このような「慢性期と急性期をつなぐ病床」の必要性は多くの賛同を得、全日本病院協会からは急性期病棟からの転換を考えた「地

域一般病棟」を提言することになりました。

このときの悔しさと、自院を退院した高齢の患者が自宅で急変した場合に受け入れたいという思いから、創作したのが「慢性期救急」という言葉です。日本療養病床協会（当時の会長は木下毅先生）が二〇〇五年に開催した第十三回全国研究会において大会長を務めた際に「慢性期力」を構成するものの一つとしてはじめ提唱しました。

その後、二〇〇六年度改定で介護療養病床廃止が決定。このことが私を政治の道に導きました。そして二〇一四年度改定で全日本病院協会が提唱した地域一般病棟をモデルとした「地域包括ケア病棟」が新設されました。しかも、嬉しいことに、急性期病床だけでなく、慢性期療養病床からの転換も認められたのです。当初は「療養病床で救急は無理」といった批判を受けた「慢性期救急」

も、日本慢性期医療協会の武久洋三名誉会長の熱いエールのおかげで重要性が広く認識されつつあります。

現在では、慢性期にリハビリを充実させようという動きも活発になっています。急性期に比べてヒトもモノも少ない中で、従来の「療養病床」におさまらず、このような攻めの医療を実行しようと奮闘する慢性期医療関係者が増えている源泉はどこにあるのか。それは、患者様と長くお付き合いすることになるからこそ、患者様のQOLを一番に考え、目の前の患者様のためにできることは何かを探り続けているからではないでしょうか。

私は、これこそが慢性期医療の底力の源泉であると思っています。今後とも皆さまとともに知恵を出し合い、日本慢性期医療協会の橋本康子会長をリーダーとして慢性期医を盛り上げていければ幸いです。

日本の屠殺の現状

洛和会ヘルスケアシステム

洛和会音羽病院

会長 矢野有洛（一郎）

コロナの中、先日久しぶりに東京へ行った。品川に用があり、降り立って、昔芝浦の屠殺場を見に行ったことを思い出した。東京の人もほとんど知らないのではないかと思うが、品川プリンスホテルの反対側、徒歩約一〇分の所に日本最大の屠殺場がある。全国の屠殺場（現在は「と場」と言うらしい）は、二二一か所。その内最大で、一日に牛は三五〇頭、豚は一二〇〇頭が全国から運ばれてくる。

そのことで、ふと昔読んだ本を思い出した。『いのちの食べかた』森達也著。その中には牛や鶏や魚の養殖について色々書かれていた。

例えば、霜降り肉を作るには。日本では肉牛も乳牛も交尾による自然繁殖はほぼ行わず、雄牛の精液を雌牛の生殖器に注入する人工授精で産まれてくる。乳牛の雌牛が二〇〇万頭いるのに対して、種オスは約二〇

〇頭しかいない。これらのオスは「家畜改良センター」で何度も精液を採取され、それが全国のメスの子宮に注入される。肉牛も黒毛和牛の一头「平茂勝（ひらしげかつ）」の精液は実に三〇万頭の子牛を作り出した。那覇市の住民全員が、一人の父親から産まれたようなものだからビックリ！

現在我々が食べている牛肉の七割近くがオーストラリアやアメリカからの輸入で、三十六％程度が国内産である。国産牛肉のうち、和牛（明治以前から日本で飼われていたもの）が四十五％で、残りは乳用種（主にホルスタイン種の去勢雄）である。

長期飼育する。食用の雄牛は生後二〜三ヶ月の間に去勢する。黒毛和種の場合、子牛は三ヶ月ほどで離乳し、一〇ヶ月齢ごろまでは牧草などの繊維質の多い飼料を中心に育て、それ以後はトウモロコシなどで極端に濃厚にしていく。また、生後一年以上は外に出さず、牛舎内で過ごす。和牛去勢牛は、二十九ヶ月齢ごろ約六五〇kgになった時点で出荷される。牛の寿命は二〇年ほどだが、黒毛和牛は三〇ヶ月齢前後で出荷される。これは鶏にもいえる。業者（農家）は十七〜十八ヶ月齢になると、卵を産むのが衰えてくるので、殺処分して肉用にする。（本来鶏の寿命は一〇年を超える。）

こうして作り出される日本の枝肉重量（屠殺後に頭・皮・内臓・尾・肢端を除いた骨と肉からなる）は、平均四〇〇kg以上で、世界の平均の二倍以上になる。

反し我々人間は。ある施設で、鼻腔から一日二〇〇〇キロカロリー投与で、いろいろ障害が出ていた。ところが、あるDrの指示で一日五〇〇キロカロリーに変更した。すると障害がなくなり、その後二年間生き、眠るように亡くなられた。物は考えようだが、ダラダラ老人病院で生き続けさせるのも考えものだなと『個人的』には思う。

長々と書いてきたが、我々が日々口に入っている肉がどうして口にはいるか分かったと思う。もっと詳しく知りたい人は、芝浦屠殺場を見学に行ってみるといい。私は医者だという、ややこしい裏方を見せてもらった。

ブロイラー（鶏）や魚の養殖についてもっと書きたかったが、紙面の関係でこのぐらいで。最後に世界の市場に供給される魚の五十一％が養殖魚になっていることを伝えて、この文を終わる。

アンテナ

全世代型社会保障 構築への期待

二〇二二年の年間出生数が八万人を割り込んでしまったことは、急激な人口減と七十五歳以上人口の増加というダブル・パンチを受け続けることを意味しているように思う。おまけに台湾有事がリアリティーを増しつつ防衛力強化が叫ばれ、その対応に苦慮している現状では、国民連帯と強いリーダーシップが求められている。

岸田文雄首相が打ち出した「異次元の少子化対策」では、第一に児童手当などの経済支援、第二に学童や病児保育を含めた幼児・保育サービスの拡充、第三に育児休業強化や働き方改革の論点を検討し、政策立案する方針だが増税アレルギーと財源制約の呪縛から自由ではないようだ。

政府の全世代型社会保障構築会議には、上智大学の香取照幸さんが参加し、事務局長は山崎史郎さんが務

めている。お二人は、老人医療に造詣が深い介護保険制度立案の立役者であり、もはや伝説の厚労省行政官である。それにしても全世代型社会保障構築会議の報告書はインパクトに欠けているとしか理解できない。

なぜかといえば、政策の方針は示されているが財源論については歯切れが悪いというよりも、財源の裏づけが示されていないという官邸の脆弱な思考回路が反映されているからに他ならない。岸田政権は、慎重かつ真摯に政策課題に取り組みようとしていることは大いに評価したいが、財政論議になると無秩序な「ばらまき」論者の圧力や最大派閥の安倍派の揺さぶりに右往左往しているようにしかみえない。

首相の「異次元の少子化対策」は、正面から反対する人は少ないというより、賛成せざるをえない状況に追い込まれている日本の今を映し出しているに過ぎない。しかし、制度政策の変更によりたとえ出生数が増加したとしても、成人に達するまで二十年程度の歳月が必要なので、実は三十年後の国のかたちを示せないとい

インパクトに欠けるし、常に短絡的な世論はもろ手を挙げて賛成するはずもない。

全世代型社会保障構築という目標は、大切な 이슈だし、若い先短い人々にとっても三十年後の国の姿に貢献しようとする意欲は貴重だ。

それは次世代というより次々世代の人々の暮らしにかかわることなのかもしれないが、できることから協力するという気持ちもあるし、自分たちの世代だけが自己完結すればよいはずもない。そのように考えれば、目先の議論から未来の社会について政治は語らなければいけないし、将来を示せないリーダーはリーダーシップがないことになるのだろう。

われわれは質の高い老人医療の確立を希求して闘ってきたが、その間、出生数は減少し、今では少子化対策が必要だと自覚せざるをえない状況まで追い込まれている。しかし、考えてみると「カネは払うから子どもを増やしてくれ」みたいなことが国の政策になるのだろうか？恋愛があり結婚があり出産があるというのが自然であるという前提で考えれば、

出生より結婚、結婚より恋愛、恋愛の前の出会いみたいなことも考えなければならぬだろう。また、核家族での出産や育児が女性の負担になる現状であれば、パートナーに長期の育児休業を確保できるようにすることも重要だろう。

全世代型社会保障構築という課題は、日本の国のかたちをもう一度立ち止まって考え直すことを求めているように思うのは、年寄りの冷や水みたいなものなのかもしれないが、人生の体験を積み重ねてきた者であるからこそ、みえる未来というものも存在するのではないかと思う。

このようなことから、われわれは全世代型社会保障構築ということに関して、高い関心を示しつつ、これまでの体験から次世代次々世代に伝える夢や希望や言葉を用意しなければならぬ。そんな思いを抱かせてくれたのが全世代型社会保障構築会議の報告書であった。

今の老人医療の主役は、いつの間にか八十五歳以上の人々の問題であると思うが、それを全世代型で考えるということだ。