

# 老人医療 NEWS



## 情報の開示と保護

総泉病院院長

高野喜久雄

発行日 平成17年3月31日  
発行所 老人の専門医療を  
考える会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-1-7  
コスモ新宿御苑ビル 9F  
TEL.03(3355)3020  
FAX.03(3355)3633  
発行者 平井基陽  
<http://www6.ocn.ne.jp/~rosen/>

知りたいもののひとつでしょう。またケアマネジャーが医師に状態を聞きに行くと、忙しい時に来られても困ると何時間

の慣例でワ氏反応は同意せずにやっています。これについても、これからどう変わっていくのでしょうか。インフォームドコンセントはますます難しくなっていくようです。

医療機能評価にもありますが、病室のネームプレートやベッドのネームプレートの点も今回話題になってきています。

最近本院でネームプレートについてご要望を伺いました。

ほとんどの方はネームプレートはつけたままで良いとの事でしたが、数名の方はつけない方を選びました。その理由はわかりませんが、家の方にも色々とお考えがあるのでしよう。機会があればどんな理由かをお聞きしたいとも思っておりますが、余計なことは聞くと怒られるかもしれません。

但し、名前がはっきり言えない高齢者の方も多いので、安全管理上リストバンドは付けさせていただく事に致しました。

個人情報保護法も色々なところで絡んできており、ますます複雑になっていくかも知れません。

昨年よりケアマネジャーの集まりのお世話をすることになり、勉強になっております。特に医療と福祉の

両面から見ると考え方の違いがあり、若干そのすりあわせをお手伝いさせて頂いております。

かかりつけ医の意見書についてであります。行政から介護度を教えてもらえないのは愉快でないという医師サイドの意見があります。御本人や御家族に聞くとすぐ教えてくれるのであるが、書面で教えられないという紙が入っていて面白くないぞ

という御意見であります。これは御本人の判断力がはっきりしていない場合に起こる現象でしょう。

一方、かかりつけ医の診断書は公開せずというところへチェックされる医師もいるので、ケアプランを立てる時に困るといふケアマネジャー

サイドからのコメントもあります。個人情報保護法の点が絡んでいると思えますが、どんな病気か、どんな薬を服用しているかを知ることが訪問看護師も含め医療情報が必要なのであり、ケアプラン作成の際に

も待たされる事もあるそうです。医療事情を他に見せたくない何らかの理由があるなら、今後さらに検討すべきことと思います。

また、聞きに行ってもあまり教えてくれない、行きづらい、行きたくないというケアマネジャーのインプレッションも好ましいものではないので、医療と医師サイドとケアマネジャーとの集まりをやっていく必要もあるでしょう。

しかしここでもう一つ難関が出て参りました。ケアマネジャーがある病院へ電話をしたところ、入院患者さんの名前について問い合わせると「いる」、「いない」とも言えないと言われ認定調査も出来なくなってしまうとのことです。

主張 その37

ニードは高いのに自立した活動ができない

在宅のリハビリテーション事情について

いばらき診療所理事長 照沼秀也

在宅医療は介護保険導入を機に、訪問看護や、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイと急速に戦力がそろってきました。特に訪問看護とデイサービスの充実は目を見張るものがあります。ところが、在宅リハビリテーションは一人取り残された感があります。

では、現状の在宅リハビリテーションはどうなっているのでしょうか。患者さんのニードはかなり多岐にわたっています。つまり、急性期から回復期、そして慢性期の患者さんまでさまざまな患者さんがいます。たとえば、在宅で多発性脳梗塞による若干痴呆のある方が肺炎になつたとします。診断的には血液検査も

活動をしています。(医療機関のリハビリテーションスタッフも理論上考えられますが現実的には活動は皆無です)

またリハビリテーションスタッフには訪問看護ステーションを有機的に活性化した特別訪問リハビリテーション指示も認められていません。これでは今後急速に増える在宅リハビリテーション事情にこたえられません。

このような弊害をなくすために、できれば、訪問リハビリテーションステーションをサテライト展開できる制度改革があればよいと思われます。その場合、活動内容としては特別リハビリテーション指示書ができれば当面は何とかできます。

また長期的視野に立ちますと、リハビリテーションスタッフの充足が求められます。

現状で在宅リハビリテーションのニードは患者さん一〇〇〇人に対し

ておおむね三〇〇人前後です。在宅医療を受ける患者さんの三〇%は何かのリハビリテーションの必要性があります。言い換えればおおむね要介護2以上の患者さんの三〇%といつてもよいかもしれません。(在宅医療の場合癌のターミナルの患者さんや神経難病の方も含まますので単純にはいきませんが)

そもそも、現在のリハビリテーションスタッフ養成の基礎データは施設ケアをもとに算定されていて、在宅ケアにこれだけのニードがあることは考えられていませんでした。このようなことがわかっただけでも介護保険制度になってよかつたと思われます。

今後、在宅リハビリテーションの現状をさらに明らかにする必要がありましようが、在宅リハビリテーションの制度改革とリハビリテーションスタッフの養成は急務と言わざるを得ません。

### よい「A」の条件とは

西田山病院院長

峯廻攻守

以下は、私が尊敬する一人で、世界にPOSを広めた心臓病学の大御所ウイリアムハースト先生の一文

「良い教師の条件とは」であります。

「A」と「B」は、私が勝手に抜きました。例えばそこに、医師と患者、医師と看護師、親と子、夫と妻など種々入れてみても不思議に合うように思います。なぜなら、コミュニケーションスキルの基本とあるべき姿が凝縮されているからです。皆さんは、AとBにどんな言葉を入れるでしょうか。是非一度試してみてください。

(1) よいAとは「学習の精神」をもっていないなくてはならない。その「精神」の表し方は、Aによって異なるが、それは本物でなければならぬ。  
(2) よいAは自ら課題を知っているべきだが、その課題についてすべて知ることは明らかに不可能である。

知らないものははっきり明示するべきで、そうすると、それが皆に理解される。Aは強い見解と信念をもっていないければならないが、それを

変えるべきだということが証明された時には、たとえそれがAのもつ一番強い見解であったとしても考えを変えることができなければならない。

(3) よいAは自分のBの将来の長期的な発展、つまり、彼が十五年後にひよつとしてするかもしれないことに関心がある。これに即して要求されることは、Bが研究しようと計画する領域の傾向を必ず知っていることである。よいAはBが選んだ世界に生き、ある役割をこなし、またそれを変えようと準備する段階において、Bを援助しなければならぬ。  
(4) よいAは、自分のしていることに喜びを持っている。もし楽しんでい

ないなら、Aとしての寿命は残り少ない。

(5) よいAの影響というものはAがいなくなったときに感じるものである。自分が優秀なAであることを確認したくてもAとBとの関係ができてから、十年後にその情報を集めないとわからない。その時点ではAが実際に教えた多くの事柄を、Bは思いだせないかもしれない。しかし、BはAの全体像の、ある一定の姿は思いだせる。そうしたAの姿はBの勉強意欲を高め「学習の精神」を啓発するような励みとなるだろう。

(6) よいAは、Bをひきつけ、挑戦する。Aは、このひとつのテクニックを使って一人のBをひきつけるかもしれないし、また他のBを他のテクニックでひきつけるかもしれない。つまり、Aは多くのテクニックを使う。彼の人格がBの人格とぶつかった時に、Aはどのような教育テクニックを使うか決めるのである。一度、彼がBをひきつけたら、次に彼は、Bに挑戦をするという事になる。よいAは何をすべきかということを感じて行動する。もし結果が適

当でないなら、Aはそのことをまたピンと感じ、くり返し違ったテクニックを使ってやり直してみる。

(7) よいAはBを尊敬する。そして、Bはそのことがわかる。

(8) よいAは忍耐強くなければならぬ。AはBに一群の「事実」を受け入れて問題の解答を発見するように励まさねばならない。もしAが答えを話してしまえば、Bが答えを発見するという喜びは薄らいでしまう。よいAはBに発見の喜びを経験させるように指導するものである。

(9) よいAは何度も失望を覚悟しなければならぬ。数々の感情的、個人的な傷を受けることが多いと思う。もし、そのようなことが起こらなければAはBから遠い存在であり心情的なかわり合いは、余りにも浅いものであるといえよう。

(10) よいAは、Bたちの声を聞く。実際によく聞かなければならぬ。その場面でBはAに変わり、AはBに変わるのである。

(11) 何よりもよいAはBの学習の邪魔にならないようにしなければならない。

## 介護予防と

## リハビリテーション

介護保険改正法案が国会で順調に審議されている。いろいろな意見もあるのだが、この法律案の目的

規定に「要介護状態となった高齢者等の尊厳の保持を明確化する」ことが盛り込まれていることを高く評価しておきたい。

我々、老年専門医が絶えず確認しなくてはならないのは、患者様の尊厳を決して冒してはならないということである。言葉としても重いが、このことを毎日のように確認することが老人の専門医療のスタートだと思ふ。要介護高齢者の尊厳が保持されていけない状態を、我々は体験として知る立場にあるし、場合によっては人間にとって最も基本的な人権である尊厳を傷つけてしまう側になってしまうこともあり得る。

入院されてくる患者様のうち、怯えきった様子の方にお目にかかるこ

とは、決してまねなことではない。ご家庭や何らかの施設でひどい目に遭ったと想像せざるを得ないこともある。わが国では、老人虐待が大きな社会問題として取り上げられたのはつい最近のことである。家庭内暴力や児童虐待と比べても、取り組み自体低調である。

老人の尊厳が傷つけられたという事実を発見するのは、看護師であったり医師であったりする場合が多いが、よく考えてみると「見てみないふりをする」と批判されるかもしれない。我々はもつともつと老人の尊厳に対して敏感である必要があると思ふ。

さて、尊厳ということを考えるにつけ、リハビリテーションが名誉回復とか復権という意味であり、そこから社会復帰とか更正を意味するようになったことも忘れてはならない。要介護者の自立支援するための介護保険サービスという位置づけも要介護者の尊厳の保持と同じ様なニュアンスであると思ふし、全てに万能ではないにしてもリハビリテーションが尊厳の保持に役立っていると理解

したい。

今回の改正案では、介護予防という新しい考え方が提案されている。我々は、寝たきりや痴呆、あるいは廃用症候群やターミナルケアについて多くのことを主張してきたが、介護予防という発想は、あまり強くなかった。それは、なんとか質の高いケアを提供することばかり考えてきたので、要介護状態を予防するということに集中できなかったということでもある。

この意味で、今後一層研究して介護予防に関する活動を強化したいと思ふ。また、介護予防は、要介護状態に陥らない一次予防も大切だが、リハビリテーションも二次予防という考え方で取り組みたいと思ふ。

介護予防小規模多機能型居宅介護や介護予防認知症対応型共同生活介護というものが、どのようなものか理解できないが、前者が文字通り小規模で介護予防という観点からのケアが重視されるのであれば素晴らしい。また、後者が介護予防のためのグループホームなら新しい試みであろう。いろいろ考えてみても、結局

は実践してみても成果を見守るよりしよがなと思う。

いずれにせよ、介護保険で提供するサービスは、介護予防とリハビリテーションを重視しなければならぬということが新しい原則になって欲しい。特に、小規模な施設はよりきめこまやかなケアや家庭的雰囲気から目が届きにくいとか、ひとり一人の職員の資質が直接ケアに影響するということもあるので、しっかりとした教育研修およびマネジメントが必要だと思う。

尊厳の保持という老人ケアの基本が再認識され、地域密着型介護予防サービス事業という新しい考え方が導入されることにより、老人の専門医療がもう一歩前進して欲しい。

## \*へんしゅう後記\*

三月十二日の定期総会で役員改選が行われ、平井基陽氏が会長に再選された。ある月刊誌に大熊由紀子氏が当会発足のいきさつを書かれていたが、老人医療に一途に取り組んできた歴史を糧に、これからも理想を掲げた会として発展したい。