

# 老人医療NEWS



## 少子化への対応

湖東病院院長

猿原孝行

少子化時代の始まりは人口減少も招いている。日本人の人口は二〇二二年でピークに達してその後は緩やかに減り続け、二〇五〇年頃には一億人を切るらしい。そうなると思

は更に減退し日本は沈没するだろう、というのが世間の大方の意見ではなからうか。本当にそうなのかと思うが、「人口構成も逆ピラミッド型になり、働く人口より年金を受ける人口が増えて若者の負担は更に増え、年金のカットは当然のことになる」と、疑問に曇り掛けるように日曜日

の時事放談の解説者が述べていた。ともかく人口減少は負のイメージで語られている。

しかし、そのような時には人は自己保存本能として公に頼れないと五感で感じ取ると、自分のDNAを持った子孫を多く創り将来を託する行動に出るのではないだろうか、とも思う。その証拠が大混乱の時代に誕生した団塊の世代の存在そのものである。だから、そんなに多くの人口減少は起きないのではないだろうかと思うが、現実では緩やかな人口減

発行日 平成17年5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/>

少に現場では悩まされている。具体的には医療の現場では、介護職の若年層の獲得がかなり困難になっている。二月の

私どもの現場では疑問符を持って見ざるを得ない。痛い、かゆい、つらい等という表現の裏には感情が覆い被さっていて、その感情を汲み取り介護するのだから、日本語を母国語としない人が入ってきてても戦力にはならない。

国会答弁を聞いていると、企業の経営利益が回復しているのに、その利益の一部を人に回すように、つまり給与を上げるように総理大臣が述べていた事実から分かるように、企業戦士の給与は上がる方向にあると思つて間違いない。これからは減りつつある若年層という働き手を得るために、大きな企業と小さな我々の争奪戦が始まる予感がする。

今までは、看護師等が辞めても他の類似施設に転職しただけで地域から見れば全体の数は変わらなかったが、問題はまったく別の異業種が介護の担い手である人々に手を伸ばし始めることだ。そのことにより医療現場から工場などへと力のある若い人々が奪われる懸念がある。外国人の労働者の導入も検討されているようだが、工場等では有効であっても

従い、緊急の課題として、若人に働き甲斐があり魅力ある職場作りが求められている。福利厚生の実態など各々工夫を凝らしているのも、その念頭には上述したようなことが発生するかも知れないと案ずる気持ちがあるからだ。しかし、旅行等を盛り込んだ福利厚生で、それで十分かといえそうでもない。私どもの職場へ来る若人はむしろ、そんなことより精神性を求めている気がする。

人が人を看護、介護するにはこういった物より心の要素は大事なことであり、私どもは人としての精神性を高めたいと思っている若人の期待に答えねばならない。それは何かといえ、教育を受ける、ということであると思う。向上心を刺激する職場にしたいと考えている。



主張 その38

## 慢性期病院の医療の質とは

永生病院院長 飯田達能

近年医療界は変革の時代に入っている。かつては、病院が努力せずとも患者様は来院され、病床稼働率が高い時代もあった。しかし、病院、病床が増加し、日本経済が傾きはじめた頃から、患者様が自分で病院を選ぶ意識が高まり、病院の経営努力が不可欠となった。急性期病院では治療実績等のクリニカルインディケ

ーター(CI)を公表するようになり、患者様から選ばれる病院作りを注いでいる。

一方、慢性期病院に対する患者様の目も自己負担額増加にともない、一層厳しくなることが予想される。今後、慢性期病院においても患者様に選ばれる病院になるための改革を

自ら行っていかなければならないと考えている。

当院も慢性期を主体とする病院として、「医療の質向上」に取り組んでいる。

「医療の質向上」とは、①医療を提供する者の技術的要素、②医療を提供する者と患者様との相互信頼関係、③医療が提供される療養環境の適切さ(快適性と安全性)を改善し、向上させていくことだと考えている。

当院におけるCIは、診療のプロセスやアウトカムについて数値化し、目標値を定め、それが達成されているかどうかを評価するために活用している。つまり、過去のCIと比較し、何がどれだけ改善されたか、ど

のような問題点や課題があるのかを検討し、更に新しい目標を決めて医療の質の改善を図っていくためのものである。

慢性期病院でのCIは、診療やケアの改善を図りたい事柄のうち、データの測定や収集、把握が現場で容易にでき、評価が簡単なものを項目にすることが考えられる。例えば、褥瘡の入院中新規発症率、口腔清潔度改善率、転倒転落発生率などである。

実際に現場にCIを導入するに際しては、まず現状把握と業務改善による業務の軽減が必要であろう。例えば、従来は看護師の業務であった搬送、洗体、事務処理などを他の職種の仕事とし、看護師の看護業務時間の増加を図ることにより、看護密度を上げるようにするなどである。

また、職員を対象に実施した「医療の質に関するアンケート」の結果から、当院での問題点として、マン

パワー不足、能力不足、チーム医療ができていない、医師のコミュニケーション不足などがあげられた。これらの結果をもとに診療部の改革にも現在、取り組んでいる。まずは医師の医療技術・知識の向上やコミュニケーション能力の向上を図ることを目標に、学会や研修会へ参加しやすい体制作り、回診の義務付け、行動指標遵守の評価などからはじめて

いる。

今後、慢性期の病院においても気管切開やIVHなど急性期医療に近い技術が求められることが考えられよう。そこで、このような医療技術を忘れかけている医師を再教育する研修病院や研修機関の設置を病院団体に求めている。

機能評価としては、慢性期病院の医療の質を確保するためにも、当老人の専門医療を考える会の老人病院機能評価マニュアルの活用が有効であると考えている。



# 老人医療 こぼれ話

## これから求められる老年科の 専門医師像のあれこれ

小林記念病院医師 小林明子

日々、高齢者の医療に携わっていて思う医療や医師像について考えてみます。

◆可能な限り自らの生命力を引き出して、自然体での看取りをする。

水分摂取がままならないなど、生命維持から逸脱していると、医学的にも人間としても認められる状態でも、何故か心臓の拍動を続けている症例に出会うことがある。

◆上手に死の演出ができる。

日野原重明先生が提唱されている「医のアート」といふべき症例に出会うときがある。死に至るまでの期間、何回か肺炎や骨折等の加療を繰り返したりしている間に、ご家族との人間関係を作っておく。

◆学問的見地に立った医療を説明できる。

エビデンスを踏まえた上での説明

早期決断。  
治癒の方向へ持っていけるか、死へのステージになるか等。

◆看護・介護者に不安を持たせない医療を提供できる。

常にベッドサイドにいるのは介護・看護者であることを念頭に置き、スタッフが何でも質問できる人間関係を日常的に構築しておく。

◆スタッフがどのような医療、看護、介護を目標に働いているかを知って、聞いて、自分の信念をもその中に加え入れて一緒に展開していくことができる医療人、医師が望ましい。さらに、老年医療に熱意のある医師であって欲しい。

◆終末期を迎えられ、亡くなられた後、関わったスタッフと、可能な限りご家族も加わったカンファランスを開きたい。全過程をまとめることで、今後の医療ではどのように接することを要求されるのかを知り、医療従事者の成長の一助となるような環境作りを図って行きたい。

◆医師は病院の顔であり、働く仲間のリーダーでもある。言動や態度

によりご家族・患者様を始め働く仲間への影響も強い。リーダーシップを取りながら互いの俸せを追求していく姿勢を持って欲しい。

◆患者様の満足は働くスタッフの満足にもつながっていくので、働く環境作りを整備することで仲間の意識向上と医療技術習得への足がかりを作っていく。常に職員を指導する立場にあり、協働していくことを自覚して欲しい。

◆健康な時の診療より、「若い」準備としての教育や死を意識した生き方を語り合っておき、記録して欲しい。

終末期ステージになってからは、医師の考え方や話の仕方等によって、家族の考え方はどうも左右されてしまうように感じられることがままあり、上記のような医師の集団があればよいのではないかとの思いから列記してみました。

現実にはこのような理想的な医師はいないと思いますが、可能な限り近づきたいと願って日々勉強していきます。

家族の求めているものは何かをスタッフと共に語り、ケア・カンファランスをしつつ見極めていく眼力が優れている。リーダーとしての素質が感じられる。

◆家庭内の事情や経済力をも考慮した医療を提案できる。

◆疾病により違う終末期の見極めの



## 高齢者医療制度は 実現するのか

厚生労働省の社会保険審議会医療  
保険部会は、来年の医療保険改革で

柱となるといわれていた高齢者医療  
制度の導入について、本格的に議論  
を開始した。もともとこの問題につ  
いては、いくつもの案が立案され、  
消えていった。今回の検討は、三度  
目で、計画では今年二月から検討を  
始めるはずであったが、三カ月遅れ  
でスタートしたことになる。

今回の高齢者医療制度の基本方針  
では、現行の老人保健制度を廃止し  
て、七十五歳以上の後期高齢者医療  
を別建ての独立制度にするもので、  
社会保険方式を維持することがすで  
に閣議決定されている。

制度改革のねらいは、後期高齢者  
に公費を重点化することにある。つ  
まり、七十五歳以上に公費を集中し、  
前期高齢者については国保や被用者  
保険に加入し、現行の公費負担を結

果として引き下げ、保険者間の負担  
の不均衡について制度間で調整しよ  
うとするものである。

今のところ健保連や日本経団連な  
どの財界の主張は、年金制度などと  
の関連で「六十五歳以上」を対象と  
する独立保険とすることを求めてお  
り、厚労省案に反対している。

また、全国市長会は、基本的に現  
行制度下での財政調整方式を主張す  
るとともに、本音では市町村が保険  
者となること自体に負担を感じてお  
り、これも完全に厚労省案に反対で  
ある。

だれがみても反対する制度案を厚  
労省がなぜ審議会にだしたのである  
うか。それは、政府が「高齢者医療  
改革」を行うという決定をしている  
からである。しかし、どう考えても  
まとまる案ではないだろう。

市町村が保険者である国保は、い  
わゆる老人医療無料化で財政危機に  
陥り、その反省から昭和五十七年に  
老健制度が発足したが、それ以降も  
人口の高齢化が伸展し、独立の保険  
制度としては維持することができず、  
五割程度の租税と、他の保険者から

の財政調整という名の強制的支援に  
よって、かろうじて制度を存続させ  
ている。

平成十二年に介護保険制度が施行  
され、四十歳以上の国民全てが保険  
料を支払い、集まった保険料と同額  
を租税から拠出して基金をつくり、  
利用者からも一割負担してもらうと  
いう仕組がスタートした。現行の国  
保や老健制度よりも介護保険制度は  
スツキリした制度で、保険料も市町  
村ごとに設定されているので、地域  
格差はそれぞれの市町村で解決する  
仕組となっている。

われわれ老人の専門医療を考える  
会としては、明確な対案があるわけ  
でないの、高齢者医療改革に賛否  
を表明することはできない。高齢者  
医療の一翼を担うわれわれは、医療  
費の負担と給付に重大な関心がある  
のは当然であるが、単純な疑問とし  
て、『なぜ、高齢者医療の本質やサー  
ビスの質が議論されないのか』とい  
う強い疑問がある。

医療内容について、年齢による差  
別を行うことは、許されないことだ  
があるが、小児科医療とそれ以外の医

療に差があることは、だれの目にも  
明らかであろう。これと同じように  
老年科にも、精神科にも専門性があ  
る。このことがまったく考慮されず  
に、高齢者医療改革が進展するはず  
はないと考えられる。

老人の専門医療は、欧米の老年科  
と同じように、一般内科、老年精神  
科、リハビリテーション科を基盤と  
した医療であるが、チーム医療を基  
本とし、ターミナルケアや認知症に  
対する専門的対応を目的としている  
のである。

高齢者医療制度が独立することに  
よって、その専門性が十分に認知さ  
れるのであれば、われわれも賛成し  
やすい。しかし、単なる財政対策で、  
各団体の利害対立のみが強調された  
高齢者不在の議論には反対だ。

### \*へんしゅう後記\*

医師と看護師が参加したワークシ  
ョップで、老人病院機能評価マニユ  
アルの項目について見直しが行われ  
た。介護療養型医療施設のサービス  
情報は公表される方向にあるが、こ  
のマニユアルは自己評価の視点から  
今後も質の向上に活用してほしい。