

老人医療

NEWS



平成二十四年医療保険・介護保険 同時改定の意義

医療法人財団天翁会
理事長 天本 宏

発行日 平成23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 齊藤正身
[http:// ro-sen.jp/](http://ro-sen.jp/)

能病院とともに、
地域に密着した
地域包括ケアを
支援する病院の
整備が重要課題
となる。

これからの社
会保障における

設計に改善を図るべきだ。

同時改定における留意点として、
医療保険、介護保険、年金保険の継
続性、一貫性、相互補完性を担保し、
相乗効果を創造していく社会保障を
目指していくことが重要である。特

にこの時期（後期高齢者医療保険の
見直し）、両保険の改定を同時期に
行う趣旨・使命は重大であり早期に
政策の方向性を示していただきたい。

「どのようなシナリオに向けて第一
歩としての改定」を平成二十四年に
行うかといった計画性が重要である。

そして計画には、「ポリシー」が不可
欠となる。これまでの財源論主導、
サービス提供側からの視点ではなく、
当事者である高齢者・国民的視点で
「社会保障を受ける利用者・当事者
の目線」、保険料・税を支払う国民
の視点が重要である。

高齢者ケアの基本原則はトータル
ケアであり、どこにいても必要なサー
ビスが受けられるサービス構造に沿っ
た重層的保険運用が望ましい。戦略
ビジョンへの議論の段階から、実行
行動変容に向けて、老人の専門医療
を考える会は歩もうではないか。

同時改定は平成二十四年四月に実
施すべき。なぜならば次期同時改定
では、これからの政策における中長
期ビジョンとなる「第五期介護保
険事業計画」、「都道府県における

第二期地域医療計画」において推進
していく、社会保障の方向性がメッ
セージとして込められるのである。

第五期介護保険事業計画の推進点
は、医療や住まいとの連携を視野に
入れた区市町村単位（一次医療圏域？）
における地域包括ケアシステムの具
現化に向けた介護事業計画であり、
二十四時間三六五日制の一次医療

の再構築が医療人に求められる。診
療所のみならず地域に密着した中小
病院における在宅療養支援機能の需
要も急増していくだろう。

また、平成二十五年には第二期都
道府県医療計画がスタートするが、
市町村の第五期介護保険事業計画お
よび都道府県の介護保険支援計画、
高齢者住宅整備計画を視野に入れた

医療計画にならなければならない。
これからの地域医療の再建には、一
次医療圏域を視野に入れた二次医療
圏域という構造・連鎖システムとす
ることが望まれる。急性期、高次機

現場からの発言 正論 異論

(74)

主張 その75

普通の医療

洛和会ヘルスケアシステム

理事長 矢野 一郎

二〇〇八年に後期高齢者医療制度が施行されたが、本来高齢者医療は、外来・入院患者の大半を占める「普通の医療」である。経済学者が考えた財源論によって特別扱いされた社会保障制度が良いとは思えない。

財源論をすべて否定するつもりはないが、高齢者医療を医学でも経済学でもなく「医療」としてどう提供し続けていくかが大きな課題である。高齢者医療の量的な増加は予測できていた。ただ予測するだけではなく、若き医師達とsoのありかたをもっと議論しておくべきだったと反省している。また、国民に対して、高齢化社会が「普通」であることを正確に伝え、話し合うべきであった。

社会保障の基本は、核家族化社会

においても家族や近隣による見守り（互助）である。医療や介護が必要になれば、これに加えて専助（造語・

専門家による見守り）が必要となる。しかし医師や看護師が不足する環境下で、「普通の医療」を必要とする高齢者は逆に増加する。このままではサービス提供者不足から「粗な医療」になりかねないと危惧する。

「粗な医療」にしないために医師等が頑張れば良いのだが、医師不足の中でこれ以上の頑張りは難しいし、医師が増えるわけではない。ではどうするか？例えば医師が遠方の高齢者を往診する場合、一日に数件しか往診にいけないことが多い。これをテレビ電話診察にすると、往復時間が削減され、はるかに多くの高齢者の顔を診る時間として活用できる。当然ながら実際に往診が必要と判断したときには十分な時間をとって往診する。つまり粗になりそうな医療が、テレビ電話を用いることで回避

できるかもしれない。また、それでも医師が不足する場合や非常時には他府県の医師・看護師の力を借りることも可能になるかもしれない。これは決して効率化だけの話をしてい

診するように指導する（早期受診）こともできるだろう。頑張るだけの医療では将来が見えないが、メリハリ医療により、どこで、誰と暮らしていても、健康で安心安全な生活を支えてくれる「普通の医療」の実現、そしてデータを元に健康アドバイスにできる「高質化医療」実現の意義は大きい。特に今後発生するであろうリスクへの指導は高齢者にとって安心であり、まさしくこれが「専助」である。

これを具現化するには新たなルールやITも必要となる。当然ながらIT化だけですべて解決することはなく、閲覧可能な医療情報が活用されなければ質の高いメリハリ医療は実現できない。つまり、人システム情報が連動することが多くの価値を生み出す。メリハリ医療は価値ある時間も生み出し、またデータ活用により今後5年間で心筋梗塞を

発症する可能性を個人にフィードバックしたり（予測予防）、症状を少しでも感じた場合は直ぐに専門医を受診する

高齢者に胃ろうや気管切開は、過剰医療か？

北中城若松病院

理事長 涌波 淳子

私は喘息持ちである。むせたり、風邪をひいたりすると息苦しくなる。タイミング良く吸入を始められると発作を起こさずにすむが、時期を逸すると苦しむ事になる。

こんな私が、認知症などで自らの言いたい事が的確に言えず、誤嚥を繰り返すようになったらどうなるだろうか。「できるだけ口から食べていただきたいので」と訓練が繰り返され、頑張つて経口摂取を続けさせられるのだろうか。それでも何回も誤嚥を繰り返すようになったら、「胃ろうにしますか。それとも肺炎を繰り返して、徐々に低栄養になりますか、口から食べられるだけ食べて終末期を迎えられますか」と聞かれるのだろうか。

私の人生にとって、「食事」とは何だろうか。家族や親しい友人との食事は楽しみである。また、健康な生活をするためには、きちんとした

食事をしなければならぬとも思う。

しかし、たとえ、どんなに美味しそうな料理であっても、わざわざ一人で食べに行くほどのグルメではない。ましてや、喘息発作の苦しみと天秤にかけてとしたら、早々と経口摂取をあきらめて胃ろうとし、口からは誤嚥と引き換えても食べたいものを少しだけ（少量のアイスクリーム等）食べて、主たる栄養は、経管で補って欲しいと思う。多少の嚥下訓練や食事形態の工夫はしてほしいが、人や時間をかけて頑張つて経口摂取を続けるよりは、経管栄養でちゃちゃつと済ませて、図書館で徘徊させてもらったり、好きな映画をみせてもらったり、家族や親しい友人との時間が時々あればそれでいいと思う。

私の人生における優先順位は、身体の安楽、家族や友人知人などのふれあい（自分の存在が誰かを幸せにするかどうか）、読書や映画や旅

行等なので、食事というのは、これらを支える栄養補給の意味が果たせれば充分である。とすれば、認知症の末期や重度の脳卒中となり、前述の楽しみが得られず簡単な意思疎通すらも出来なくなった場合、私にとつては、食事や栄養の意味は無となる。つまり、意味不明の言動であっても「快・不快」などの能動的な反応が出来る間は、経管栄養をしてもらい、それ以降は、経管栄養を中止して、残された短い時間を愛する皆に囲まれて過ごす選択も良いと思う。（法制化が必要だと思うが）

反対に、「食事が人生における一番の楽しみ」という方から経口摂取を奪う事は、生きがいを失う事に等しい。そのような方が誤嚥を繰り返される時は、頑張つて経口摂取訓練をし、ソフト食などの食事形態の工夫を重ね、それでも無理なら、声との引き換えに「喉頭分離術」をして、最後まで口から食べる幸せを選ぶかもしれない。しかし、それを選ぶ場合は、本当に美味しい食事がいつもできる環境を作らないといけないし、元気な間に、それが出来る財力と人

間関係を作っておかないといけない。

高齢者医療に関わり始めの頃、胃ろうや気管切開、喉頭分離術などは、過剰医療だと思っていた。でも、それらを行う事で、療養者本人にとつても、また、その療養者を愛するご家族にとつても幸せな時間を提供できたケースも何例か拝見させていた。一方で、安易な胃ろう造設等によって、この方にとっての残された人生の意味を模索せざるを得ない、心の痛い結果になっているケースもみてきた。

結局のところ、胃ろうや気管切開などの医療行為は、それそのものが、「過剰医療」になるかどうかではなく、それを選択する過程において、この方の人生における意味を判断する事が大切なのではないか。当院では現在、臨床倫理の四分割法を勉強中である。これを活用して、言葉を失ったご本人に成り代わり、ご本人の人生のための選択をご家族と一緒に考え、最後までこの方の幸せを支えていける医療を目指していきたいと思う。

アンテナ チームアプローチの掟

老人の専門医療を実践するために

チームアプローチは必須な要件であるが、これがなかなか難しい。チームが目的を定めて、お互いに意思疎通して、キチットした業務をみんな達成することを望まないトップはいない。だが、本当にチームアプローチが成功しているのか、それとも失敗しているのかを判断することはたやすいことではない。

専門職種の多くの人々の心の底には「人の役に立ちたい」、「技術を学び自分を生かしたい」、「自らの仕事をキチット評価して欲しい」という思いがある。医療や介護の場で働く人々は、自らの職業に対して『内発的動機づけ』が比較的高いと思う。金や地位や名誉より、仕事を通じて『世のため人のため』になっているという自負心が支えとなっている。

チームを構成するメンバー全員が内発的動機づけされていれば良いように思われがちだが、それだけではアプローチにならないし、職員の内面にいくら働きかけても、チームとしての成果が得られるとは限らない。

個人として正確に自らの業績を評価して欲しいという業績評価主義は、チームへの貢献を最優先することで達成されるチームアプローチと対立することがある。もちろんチームへの貢献を適切に個人の業績として評価できる仕組みがあればこのような心配はいらないが、経験上このような評価は難しいものである。

チーム構成員の一人がチームから去ると、チーム全体がなんとなくまく行かないとか、新しいメンバーが加わったために、どうもシツクリしなくなっただということがある。チームリーダーは、このような時にチームアプローチの難しさや、チームを引っ張っていくことが大きな仕事であると思いが知らされる。そして、トップもつらい。

運命共同体としてのチームといっても、それぞれが専門職で、個人業

績評価に強い関心を示す場合、もともとチームアプローチは難題である。それでもチームを強調しすぎると、チームからはずれた一匹オオカミ的行動や言動にはしる人が出てくることが多い。言って聴かせてなだめても、なおらない。

チームがチームとして機能するためには、情報共有化、目的の一致、各メンバーの役割分担の明確化、リーダーシップとフォローシップの確立、業務に対するモニタリングと適切な評価など、いろいろな書物にいろいろなことが書いてある。たぶん書いてある通りなのであろうが、それを実現できているかどうか反省するばかりだ。

ずっと以前に『会社の寿命は三〇年』などという言葉が流行したが、実は『組織寿命は三年』しかないように思えてならない。うまくいっていると自画自賛していると、いずれ何らかのチーム上の問題が発生し、根本的に点検したり、問題点を考え直したり、研修を強化したりする。やっとうとうにか復旧したと思っていると、また新しい問題が発生する。

まるで、賽の河原の鬼のようだ。

当会は創立以降、チームアプローチに言及してきた。ワーク・シヨップや職員教育あるいは組織の評価などについて自由に話し合いを続けてきた。その結果、チームアプローチという考え方は定着し、本会の根本的哲学となつていったように思う。時は流れて、メンバーの入れ替えもあり、最近では若いリーダーたちが参加してくれている。

新しいメンバーには、新しい考え方が必要だと思つたが、チームアプローチという伝統のニュアンスがばらばらなように感じることもある。

チームアプローチは目標であり、目的であるが、それを達成させる努力は日々研鑽するしか方法がない。決して自画自賛することなく、切磋琢磨することが掟なのだろう。

* へんしゅつ後記 *

七月十四日に平成二十三年度総会が開催され、齊藤正身会長以下、全役員が再任となった。当会自体もチームとして様々な提言を行ってきたが、それは自由な意見を戦わせた結果であり、今後もそうありたい。