

老人医療 NEWS

発行日 平成7年11月1日
 発行所 老人の専門医療を
 考える会
 〒160 東京都新宿区新宿1丁目1番7号
 コスモ新宿御苑ビル9F
 TEL.03(3355)3020
 FAX.03(3355)3633
 発行者 天本 宏

介護と医療

日本医師会常任理事

糸氏 英吉



昨今介護にかかわる論議はまことに盛んである。戦後の貧困と混乱から脱却して、異常ともいえる高度経済成長に乗ってとにかく世界有数の豊かさを實現し、そして、世界一の長寿国にまでのぼりつめるに至った。しかし今日、この喜ぶべき筈の現実に立ったとき、果たして心からその長寿をしあわせとして実感できるか

どうかである。核家族社会は進行し、ひっそりした老人世帯は確実に増えつつあるが、長生きすればするほどこの世の地獄を実感しなければならぬようでは、何のための長寿社会かと言わざるを得ない。

本来介護の必要性はどこから生まれるのであろうか。それは何らかの疾病の非可逆性、あるいは生理的衰退により精神的・肉体的に自立し得なくなってきたときに始めて招来されるものと言えよう。

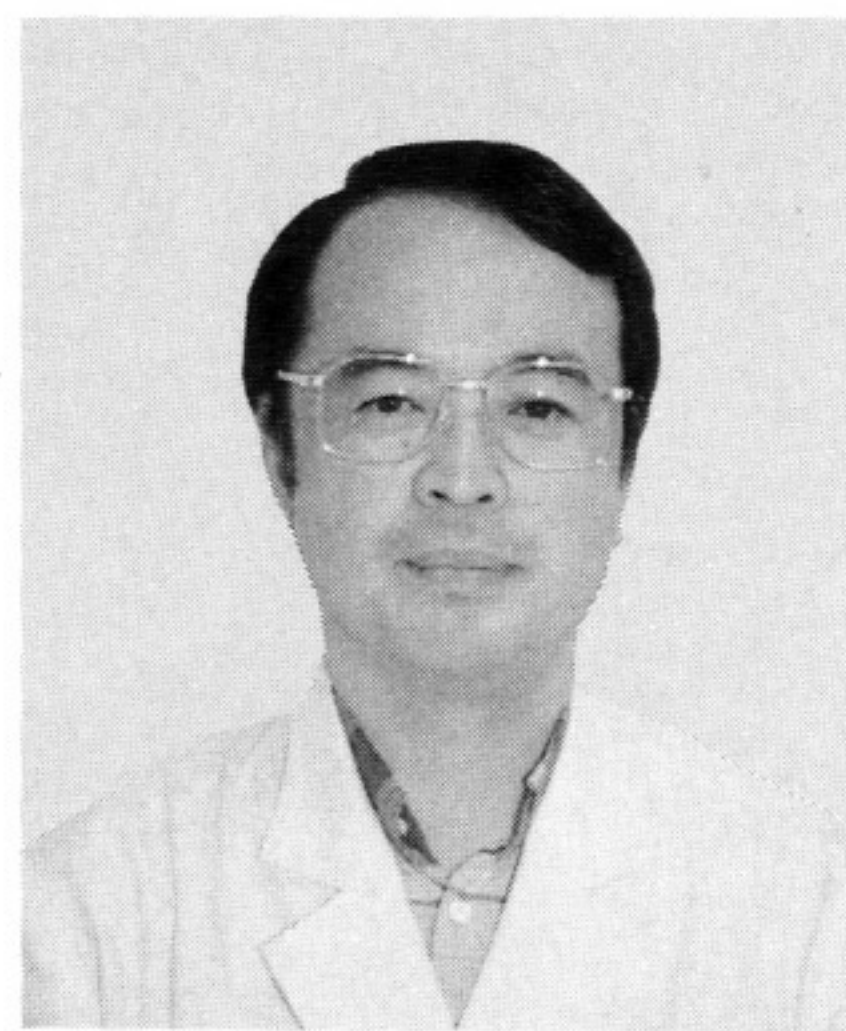
だから介護の基盤には何よりも医学的な配慮と社会的な支えがなければ真の介護はあり得ないといえる。

本年初頭から始まった介護論議をきくとき、介護という言葉が色々な意味で独り歩きしているように思われる。その中の一つには、高齢になり、要介護状態になったら医療という呪縛から解放して早く自然死を迎えさせるべきだという意見もかなり強いようである。

確かに自らの死を自ら望む形で迎えることは人それぞれの自由であろう。しかし、本人が医療や介護を信じ、今の苦しみから一日でも早く脱却し、元気で長く生きたいという切実な願望をもつとき、介護や医療に携わる第三者はもちろん、たとえそれが肉親であっても勝手な判断でその願いを断ち切ることは許されないのであろう。

今日の医療は疾病の治療だけが唯一の対象ではない。いかにしたら要介護状態にならずに済むか、もしなったらときはいかにして早く正常状態に脱却させるか、もし、脱却できなくてもどうしたら毎日を快適に過ごせるか、予防・治療・リハビリ・QOLの向上など多方面に関係者との連携によって有効打を放つことができる。

残り少ない人生だからこそ、最後まで高齢者の希望の灯を消さないために、医療人としてどのような役割が果たせるかを考え、行動すべきであらう。



阿蘇地域のニーズにあった 病院を目指して

副院長 坂梨俊彦

当院は人口約五万人の阿蘇カルデラ内に位置する病床数二〇〇床（十月より二六〇床）の入院医療管理料Ⅰ類病院です。当院から南を見渡せば阿蘇中央火口丘を中心とした阿蘇五岳がそびえ、北、東および西は大観望をはじめとする外輪山が壁を作り、清涼な湧き水と豊富な温泉に恵まれている米どころの当地は『阿蘇谷』とも呼ばれています。熊本市街地からは車で約一時間半、熊本空港から約三〇分の利便さですが、高齢化率は21%を越え、高齢化モデル地区と言ってもおかしくありません。

当院は父坂梨壽恵夫（現院長）が昭和四十九年有床診療所を設立したことから始まりますが、精神的には祖父坂梨良夫が戦前に開業し、志半ばで他界休業した坂梨医院に端を発すると言ってもいいかもしれません。多くの病院の発展過程と同様に、高齢患者の増加とともに増床を重ねて今日に至っております。この間、数多くの危機もありましたが、院長以下多くの職員の血みどろの努力と良運に恵まれて現在があります。私にとって特に印象的なのは、大

学から帰る日が次第に増加してきた平成元年頃から始まる老人基準看護導入です。開院以来、付添婦を要求せず、職員だけで高齢者医療や看護を実践してきたわけですが、看護記録や看護計画そして記録記載そのものに不慣れで、さらに限られた人員では、導入には今では考えられない困難があったことを思い出します。人員が集まっても定着せず夜勤回数が増加する悪循環の中で、記録や看護計画の導入などは、注射や検査に忙しい職員を暗澹とした気持ちにしたとしても致し方なかったと思います。悪循環は収支を悪化させ、サービス低下は病床利用率も低下させ、出口の見えないトンネルにはまりこんだと言えます。しかしこの時期に記録や看護計画が曲がりなりにも導入されたという過程があって初めて、今日ケアプランが、大きな支障なく導入出来たのではないかと思います。振り返れば、必ず越えなければならぬ山だったのだと思います。

トンネルの出口は平成四年の介護力強化病院への移行でした。当時は正看護婦に拘らなくてよいというの

が導入理由でしたが、経営が好転し、職員の明るさを呼び、患者の明るさにつながる好循環が生まれました。職員も患者のニーズを中心に考え、研修にもどしどし行くことが出来るようになりました。二年前からは完全週休二日制となり、適時適温給食もうまく行っています。院内研修は週二回実施し、ケアプランも全員に開始して一年がたとうとしています。入院継続の可否などもケアカンファランスでチーム討議され、誰も理由がわからないような長期入院はなくなりました。MSW、PTや訪問看護婦は入院時にも患者宅を訪問し、退院に向けた情報整理や指導をする



工事中の病院（背景に大観望をのぞむ）



病棟遠景（阿蘇町保健福祉センターより病院を望む）

よう努力しています。訪問看護、訪問リハビリやデイケアの利用を積極的に推進し、在宅生活が継続するよう頑張っております。介護力強化病院全国研究会をはじめ多くの機会に発表する職員も多くなりました。最近ではきちんとしたカリキュラムに沿った新人研修を初めて実施しました。

こうして昔と今を思い返してみると、適切な医療制度がなければ、個人の善意や努力だけでは乗り越えられない壁があることを思い知らされますし、適切な利益がなければ好循環も生まれえないものと痛感します。こうした点にこそ厚生省の出番があると思いますし、厚生省の方々に期待する由縁でもあります。

しかし好循環も旧来の設備のままでは限界がきます。日中過ごす場所がなく、ベッド同士が付いている病室さえあります。無論ケアプランで散歩させたり、リハビリに行ったり動けない人でも風呂に週三回入れたりと頑張るのですが、やはり限界はあります。そこで本則型療養型病床群を目指して新築と改築が同時に進

施設概要

病院名	医療法人社団坂梨会 阿蘇温泉病院 院長・理事長 坂梨壽恵夫
診療科目	内科・循環器科・呼吸器科・小児科・外科 整形外科・胃腸科・肛門科・産婦人科 皮膚科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・理学診療科・放射線科・歯科
病棟	病床数260ベッド 200ベッドは入院医療管理料1類、旧病棟の改修後は本則型の療養型病床群へ移行予定
指定関係	理学療法（Ⅱ）、デイケア（Ⅱ）、老人訪問看護 夜勤勤務等看護加算、特別管理給食加算 内科系救急告示病院・日本循環器学会指定研修関連病院
職員数	医師9名、歯科医師1名、理学療法士4名、作業療法士2名、言語療法士1名 看護婦80名、介護職員80名、清掃職員10名、事務職18名、薬剤師3名、MSW2名、管理栄養士2名、栄養士3名、調理員17名

～．．．～
新病棟は1床8平米、4人部屋を基本に設計された。さらに旧病棟の改修にて食堂やデイルームが出来ることになっている。

来年度には老人保健施設が1床11.5平米、個室もしくは2人部屋を基本に、全室トイレ洗面付で計画されている。

行しております。現在新病棟二棟が竣工し、床面積が従来の三倍（約一一〇〇〇平米）になりました。基本は今の約二倍の一床八平米ですが、『老健施設に見劣りしてなんの病院か』という示唆を信じた設計です。理学療法室も約二倍となり、作業療法室が創設されます。二つの新病棟に挟まれた旧病棟の改修もまもなく始まり、食堂、デイルームそして労働省の事業であるTHP（Total Health Promotion Plan）等の部屋になります。老朽化した浴室（温泉）も大改修し、まもなく老人保健施設も着工、課題はあるもの高齢化に向けた当院の準備はまずまずです。

一方、熊本市まで一時間半で、やや不便な点や当院が救急告示病院である点から、地域の期待は大きいものがあり、約四〇床を一般医療にあて急性や救急需要にも応え、また阿蘇郡内で精査・治療が出来るよう、人材、設備に力を入れております。こうした一般医療や救急医療への取り組みも、ひいては必ずや高齢者医療に役に立って来るものと信じております。

第一回医師ワークショップ 施設ケアと在宅ケアの報告

駿河西病院副院長

照沼秀也



平成七年六月二十一日、二十二日

の両日にわたり日本の高齢者医療のあるべき姿を考えるために、日本医科大学の岩崎榮先生をお迎えして平成七年度の第一回医師ワークショップが開かれましたのでここに報告させていただきます。

ワークショップは介護力強化病院の先生方三十名が、一グループ五名に分かれ、全体で六グループを構成しテーマ別にグループディスカッションを行い、最後にそれぞれのグループでの成果を発表討論するという形式で行われました。二日間で

一、在宅ケアにおける医師の役割
二、在院期間を短くするためにはどうしたらよいか

三、地域ケアにおける他機関との

連携

四、在宅ケアのためには施設がど

うかわらなければならぬか

というテーマについて討議が行われました。

討議のサマリー

発表は在宅ケアにおける地域医療の概念に関連するものから、在宅ケアを進める上でのハード、ソフト、システムに関するものから、実際の高齢者医療において求められる臨床老人科の専門医像にわたる幅広いものでした。

在宅ケアにおける地域医療の概念論

地域医療ということを見ると、これまではどうしても病院を中心に考えてしまいがちですが、病院が中心になる医療サービスというものは錯覚ではないかという意見が出されました。岩崎先生からも施設ケアから何かを行おうという考えにこだわらずへはじめに地域ありきという考え方から発する必要性がありそうだというコメントがありました。これらの地域の中で、様々なグループによる様々なアプローチがなされその中に病院の持つ組織力がどれだけ

生かせるかが大切なことであろうというものでした。

在宅ケアを進める上でのハード、ソフト、システムの問題点

これらの問題点に答えるためには高齢者の専門医療に必要なすべての側面から考察することが求められます。代表的な側面として取り上げられたのは地域高齢者の医療に関する問題、ターミナルの問題、痴呆老人の問題、障害に対する自立支援の問題、患者家族と医療スタッフのつながりに関する問題、お年寄りにわかりやすい情報システム等でした。

地域高齢者の医療に関しては、在宅医療やデイケアの積極的活用が挙げられました。ターミナルの問題は複数グループで取り上げられた関心の高い問題でした。あるべきターミナルの姿とは本人家族が納得することが大切であるという意見が出され、これらを実現するために家族室やターミナル室等のハードの整備や在宅

死にたいする支援体制等のシステムの問題が取り上げられました。

また、老人特有の疾患として痴呆と麻痺が取り上げられました。

痴呆に対しては家族療法等の老人精神医学の専門医療からのアプローチが重要であると同時に、ショートステイやデイケア、ナイトホスピタル等の社会資源の活用が重要であるという意見が出されました。麻痺等に対するリハビリ問題も数多く取り上げられ、単にリハビリの総合承認

施設をめざすのみではなく、ADL支援を含め高齢者のリハビリはどうあるべきか、という検討が今後の課題として残りました。

患者家族と医療スタッフのつながりも今後、これまで以上に重要になってくると思われます。これに対してカンファレンスの活用や家族訪問等の病院組織力を生かした取り組みが事例を取り上げ検討されました。一方わかりやすい情報サービスという点では、二十四時間オープンして

いる在宅介護支援センターや、地域のクリニックとの連携を上手にとることが大切であろうという意見がだされました。

これらの諸問題を解決するには、在宅医療チームと施設医療チームが患者さんに対して共通の認識をし、かつ共通の取り組みをすることが必要になります。これらのニーズにこえるためにはケアプランを用いることが有効であろうという意見が出されました。

高齢化社会における医学教育

現在の急速に変化する高齢化社会においては既存の医学教育や学会活動では対応しきれなくなりつつあります。老人医療の臨床現場に則した研究教育活動の場、つまり新しい学会の創立や新しい医学研修プログラムの作成、医学教育カリキュラムの編成が望まれます。このために会員の先生方は近くの医科大学で担当教授や学生にレクチャーするといったことが必要だと討議されました。

コメント

講師 岩崎 榮 先生

日本医科大学教授

多人数を対象として研修を行うのに、私は十余年も前からワークショップ (Workshop) 形式を用いている。ワークショップとは、元来仕事上、作業場を意味するが、『作業をして売り物になるようなプロダクト』を生み出すことに専念できる作業形態として、アメリカなどでは早くからとり入れられている。教育の場でも、このようなワークショップ形式が進められており、学習者一人ひとりの参加意識が高められるだけでなく、学習成果が期待できる。

小グループにより、討論・作業が行われるため、参加者が互いに意見を出し合い、自主的な討論、議論を重ねる中でチームワークがとれたかどうかによって、その成果物のよし悪しが決定されることになる。今回のワークショップの課題は、在宅ケアにおける医師の役割、在院期間を短くするためにはどうしたらよいか、地域ケアにおける他機関との連携、在宅ケアのためには、施設がどう変わらねばならないのか、の四課題であった。

どちらかというところ、わが国の病院は地域に存在しながら地域という観点からの存在を意識していないきらいがあるといわれる。もう少し病院が地域でのこだわりをもってほしい。本当の意味での地域住民のための医療施設、地域のための医師であってほしい。在宅ケアを展開する場合においても、地域の理解がないままに進めるわけにはいかない。患者がどのような所に住み、どのような住環境の中で生活をしているのかを知らずして在宅ケアはで

きないはずであろう。地域を知るといふことの重要性をぜひ再確認してほしいものである。今般の研修においても、ワークショップ形式を採用して、より効果的、より効果的な研修の成果がもたらされたものと思う。老人の専門医療を考える会の益々の御発展を心から祈念して、私のコメントと致したい。



アンテナ

老年専門医とケアプラン

今、当会は、ケアプランに取り組

んでいる。今年一月から、天本会長

の発案で「老人医療のあり方委員会」

が設置され、最終的に小冊子を発刊

することが目的とされた。この委員

会は、ただちに会合を持ち、当会設

立の趣旨に立ちもどり「医師ワー

クショップ」を開催することになった。

第一回東京、第二回札幌と三〇名

前後の臨床医が集まり、真剣な論議

が交わされた。そして十一月には、

大阪で第三回「ケアプランと医師」

と題するワークショップが開かれた。

ここではケアプランと医師業務、

医師の専門性、リーダーシップ、老

年医の養成プログラム等、幅広いテ

ーマが検討された。

そのプロダクトは、大変重要なも

ので「高齢者臨床医療マニュアル

一〇〇」の作成、各病院における

「アクシデント事例の収集」が議決

された。

ケアプランの導入は、老人専門病

院を活性化させることに貢献すると

ともに、医師の業務や老年専門医の

あり方を再検討することを要請した。

あまりに当然のことであるが、老

年専門医が、老人に対する一般医と

しての経験の上に、老年精神医学や

リハビリテーション医学と重ね、さ

らに、その上にそれぞれの医師の専

門分野を生かすものであることが確

認された。

しかし、老人専門病院で働く多く

の医師が、自らの専門性やチームの

一員として院内あるいは地域で活動

するための知識や体験などに、必ず

しも満足しているわけではなく、責

任の大きさと業務の多忙の中で、必

死に老年専門医としての自己の確立

に努力している現状をも合わせて明

らかにする結果となった。

最も基本的なことは、今日の医師

養成プログラムの中で、一般医とし

ての教育システムが十分ではなく、

老人専門病院で求められる一般臨床

医の姿と、これまで研鑽してきた各

種専門医の間で悩み苦しんだ末、ま

ずもって一般臨床医としての再教育

の場が必要であるという方向が示さ

れたことは、大きな成果であった。

誤解を恐れることなくいえば、一

般臨床医としての教育を受けた体験

が乏しく、ケアプランを導入するこ

とによって、その体験不足が確認さ

れ、このことから自らが教育の場と

そのプログラムを作成していこうと

いう結論をえたのである。

当会の決して短くない活動歴史は、

老人専門病院の確立と臨床老年科医

の教育プログラムの発展のための活

動であったが、若干の医師を中心と

したワークショップで、このことが

明確に確認されたことは、今後の老

人医療のあり方にとって、大きな前

進であろう。

ケアプランは、病床での医師の役

割や業務について、見直してみる機

会を与え、実際にその見直し作業か

ら、肯定的、積極的な活動の方向が

確認されるという、ワークショップ

における作業は、今後とも継続する

ことになっている。

厚生省が中心になって、介護保険

についての検討が進められている渦

中であって、当会が利害対立の場

に出向くことにより、ケアプランを中

心にして、今一度、老人専門病院と

臨床老年科医の確立に向かうことは、

必然であろう。

我々は、常に現場の中にあり、時

代とともに成長を続ける集団である。

そして、このことは、わが国の医療

の発展にとって、大きな意義がある

と考えているのである。

医療チームから医師が一步引き下

ったかのような印象を、入院医療管

理科制度が与えたとすれば、それこ

そ医療全体の発展に悪影響を与える

ことになりかねない。

今、我々は、老人医療のソフトの

開発と、豊かな療養環境の確保をめ

ざしているのであり、真の臨床老年

科医として十二分に活躍できるため

の手法と研修を進めている。

介護力強化病院と 外科系



突然のものであれ、あるいは長い経過をしていたものであれ、内科あるいは精神科的単科的発想だけでなく複合科的発想を導入して治療計画をたてるべきではないかということなのです。

その際、《介護力強化》という単語の美的魔力に自己陶醉してしまっ、ただ単に《高齢》という理由のみで障害老人の自己選択権の選択肢を狭めてはいないでしょうか。これは表題の「外科系」から少しズレてしまいかもしませんが、急性の循環・呼吸不全が出現してしまった場合、《介護力強化病院》ではぜったいにその患者をレスピレーターにさせることはないのでしょうか。

出来高払いの悪弊からすべての患者をなにごんでも人工呼吸器にのせてしまうのは罪悪でしょうか、糞

なるでしょうがそれはともかく、レスピレーターは常に複数台は使える状態で待機させておくべきです。

さらにそのようなことがあっては困りますが、幸か不幸か経口経鼻挿管で二週間以上経過してしまっ、気管切開をせざるを得ない場合とか、急性期病院で既に気管切開が施行された患者がその病院から追い出しをくらって自院で引き受けざるを得ない場合、レスピレーターと外科を含めた複合科的発想が必要だと考えます。このような急変時は「なにもしないことが老人の尊厳を守ることになるのですよ」と全例にICすべきなんででしょうか、あるいはそのような気切患者は入院の段階でふるい落としてしまっ、自院の患者の《質を高める》行為をすべきなのでしょうか。

常時すべてを外科系医師にコンサルトする必要性は介護力強化病院にはないと考えますが、我々介護力強化病院の医師は単科的でない複合科的発想を持って障害老人と接するところが肝要であると考えます。

介護力強化病院に手術室は必要不可欠でしょうか。そんなことはありませんネ。では反対に、「絶対に必要である」と言い切ることは出来るでしょうか。先輩同輩諸氏のなか

にかなり意見の異なる方々が大勢おられると思いますが、現在の私は言い切ることが出来ません。「あればあったに越したことはないでしょうが、私は必要ないと考えています」

考慮しても手術適応があると判定された場合には、病院は自己完結型であるべきとの考えから、自院で手術するべきだ等と主張するつもりはありません。しかし手術適応があるにもかかわらず単に高齢の理由のみで、外科系の関与を全く否定してしまっ、手術という選択肢を患者から奪い自院だけで解決しようとするのも危険なことではないでしょうか。

ここで個々の疾患についての外科系の関与の明確な線引きをするつもりはありませんが、私が言いたいのは《手術室》という具体性のあることではなく、我々医師は障害老人を目の前にしたときその障害の発生が

また元外科医から言わせていただ

ければ、スタッフ教育も含めて、

「外科系における『清潔・不潔』の観念」の導入の必要性です。これも厳密な意味での「手術室における手洗い観念の徹底」を言っているのではなく、医療機関としての日常業務の中で『清潔・不潔』意識の育成と実行です。院内感染、ことにMRS Aに関しては、「患者↓スタッフ↓患者」の感染ルートは『清潔』意識の徹底だけで、ゼロとまではいかなくても半減されるのではないのでしょうか。当然のこととして、発生の疑わしい患者には菌同定を含めた十分な検査診断と確定されたなら旧世代抗生物質・ハベカシン・バンコマイシンなどの十分な治療は自院でなされるべきです。HBs・HCVもしかりです。そのような検査・治療が労災面からのスタッフ防御だけで、患者のことが多少お座りになってはいないでしょうか。

我々介護力強化病院の医師は少なくとも外科系思考も含めた複合科的視点に立った医療を心掛けるべきだと考えます。

●老人の専門医療を考える会
平成七年度総会報告書

六月二十二日、ストラータ新宿(東京)において平成七年度総会が開催されました。平成六年度事業ならびに会計報告、平成七年度事業計画ならびに予算案が承認されました。また、役員改選により、新役員は次の方々が選任されましたので、ご報告申し上げます。

〔役員〕

会長	天本 宏
副会長	大塚宣夫、木下 毅
事務局長	吉岡 充
幹事	石川 誠、漆原 彰
	大野和男、加藤隆正
	児玉博行、坂梨俊彦
	照沼秀也、林 光輝
	平井基陽、松川フレディ
	山下 久
監事	川村陽一、渡辺庸一

平成7年度決算

自平成7年4月1日 至平成8年3月31日

	科 目	決 算 額
収 入 の 部	事業収入	600,000
	会費	8,320,000
	助成金	10,000
	寄付金	10,000
	雑収入	450,000
	事務委託収入	6,000,000
	前年度繰越金	6,678,339
	収入合計	22,068,339
支 出 の 部	会議費	1,100,000
	人件費	7,650,000
	需要費	4,030,000
	諸支出金	120,000
	教育事業費	3,000,000
	調査研究事業費	500,000
	出版広報事業費	850,000
	退職給与積立金	500,000
	予備費	100,000
次年度繰越金	4,218,339	
	支出合計	22,068,339

平成6年度決算

自平成6年4月1日 至平成7年3月31日

	科 目	決 算 額
収 入 の 部	事業収入	783,839
	会費	7,460,000
	助成金	0
	寄付金	0
	雑収入	450,327
	事務委託収入	5,000,000
	敷金返還収入	451,200
	積立金取崩収入	2,000,000
	前年度繰越金	4,415,011
	収入合計	20,560,377
支 出 の 部	会議費	346,723
	人件費	6,743,198
	需要費	1,734,273
	諸支出金	179,104
	教育事業費	1,875,375
	調査研究事業費	436,081
	出版広報事業費	217,450
	退職給与積立金	700,000
	保証金	1,649,834
次年度繰越金	6,678,339	
	支出合計	20,560,377