

医心 伝心

姥捨山と言われた時代から

富山県医師会理事 大西 仙泰

40数年前に、大学の麻酔科の医局から、当直のため高齢者の病院へ行きました。死亡診断書の判子を持参する指示だけを受け、病院へ赴いたことを憶えています。あるとき病棟へ上がることがあり、そこには象の脚のように腫れあがったその皮下に、点滴注射がなされ、まるで命尽きるときを待つかのような高齢者が多数いました。これが世にいう「病院という名の姥捨山なのか」と現実を目の当たりにしました。家族を老人ホームへ入れることは世間体が悪く、家庭では面倒をみられない高齢者を病院へ入れていた時代です。

この数年後に、富山で高齢者の病院を開設しました。

確かにこの時代は、あらゆる病院において検査・投薬・注射は全て出来高であり、治療すればするほど病院経営が安定するときでした。私も開設当時は、大学病院で学んだ「高齢者に相応しくない密度の治療」を行っていたのかもしれませんが。

その後、平成元年から高齢者の病院で、出来高はそぐわないとされ、検査・投薬などが定額（まるめ）の方向へと、医療の報酬改定が進むようになりました。この改革により過剰な治療は抑えられ、医療行為の補助を主としていた看護師の業務が減り、高齢者に“寄り添う”ゆとりが少しずつ持てるようになったことが、高齢者に適した医療と療養環境の提供の始まりと考えられます。

時を同じくして、進んでいなかった高齢者の在宅復帰を目的として、リハビリ療法士を必置条件とする老人保健施設のサービスがスタートしました。生活リハビリを主体としたこのサービスは、

在宅復帰の著しい改善をもたらすことはできなかったものの、病院に居るよりも、日々リハビリテーションに臨む高齢者の方が、目に見えて元気になっていきました。

そして高齢者の病院は、長期療養目的の療養病床へと形を変えました。しかし病状の変化があまりない高齢者が多く、かつ長期入院しており、医療やリハビリテーションの成果が不十分との指摘があり、医療保険に準じる医療療養病床と介護保険に準じる介護医療院へとさらに変化を遂げました。

急性期の病院からの受け入れは、医療行為に点数が付く医療療養病床で行います。施設で対応が困難・長期医療行為が必要、などの介護度が高い高齢者の受け入れは介護医療院で行っています。老人保健施設では少人数のリハビリ療法士が機能向上訓練を図っていますが、病院や介護医療院でも、より多くリハビリ療法士を配置することにより成果が出て、在宅復帰の向上が期待できます。

一方で高齢者に対し、延命目的の高カロリー輸液による管理が増加の途をたどっています。この治療は本人の意思というより、ご家族の意向であることが多く、導入後は密に方向性や必要性を確認する必要があります。闇雲にこれを長期継続することは、かつての「姥捨山」の状況に似てくるかも知れません。

高齢者の病院では、それぞれが終末期を様々なかたちで迎えます。これに向き合う私たちは、その人らしい終焉を迎えることができるよう、ご家族と密にコミュニケーションを取り、絶えず軌道修正が可能な、柔軟な対応が大切だと感じています。