

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLife SM
メットライフ生命

2017年(平成29年)5月26日

第241号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

寄稿

高齢者機能タイプと ケアの質向上

国際医療福祉大学医療福祉学部部長 高橋 泰氏



高橋 泰氏

学)といえるだろう。

医学では図1のように、健康の周りを「健康でない状況(『病気』)と考え、その平面を、もれなく、しかも重なりのないよう区分し、それぞれの区分に「胃がん」「乳がん」などの病名という区分名を割り当てている。ヒポクラテスの時代から数えれば約2300年、これだけの時間をかけてそうした分類の適正化作業を続けているのだ。

そして患者の身体の変調(『病状』)を、診察や検査を通してあらかじめ用意されている病名区分のどこに合致させるかを決めることを、「診断」と呼んでいる。病名が決まった後に、ステージ(重症度)を決めることも、医療で病名とステージが決まると、医療で

は標準的な治療法(標準プロトコル)が用意されていることが多い。医学の情報空間は、病状のTypologyと、それぞれの区分(病名や重症度)に応じた標準プロトコルにより構成されている(図2)。

医療の現場では、基本的にまずは標準プロトコルに従って治療に取り掛かる。標準プロトコルが存在するので、経験の長短に関わらず、診断が下されると治療の基本線が同じように決まる。たとえば『乳がん』でステージ2bであったら、定型乳房切除術を行う」という治療の基本方針を、経験の豊富な医師でも、卒後間もない医師でも同じように決めるような仕組みが出来上がっている。

ここで標準プロトコルがなかったとしたらどうなるだろうか。一人ひとりの医師の「KKD(カン・経験・度胸)」によって治療方針を決めるしかな

るであろう。がんの切除範囲がKKDで決められるのは怖いことだが、じつは病名も標準プロトコルもない介護では、ケアの方針がKKDで決められている。アセスメントは行われるが、それによってどのようなケアを提供するかは決まっていない。ケアマネジャーのKKDによってケアプランが策定されるというのが、介護の現状なのだ。

もう一つ付け加えていきたいのは、医学の世界では、世界中の研究者が論文を通して知識を共有し、診断法も治療法も日々、進化していることである。それが可能なのは、①病名、病期(ステージ)の区分が確立しており、しかも世界共通、②標準プロトコルという考え方が確立している、③論文による情報伝達システムが確立している——が、世界レベルで見られ、共同作業が行われているからである。

高齢者ケアのあるべき情報空間

このような医学と類似する仕組みを介護の世界でも導入すべきというのが、私の提言の骨子である。医学の情報空間と同様に、老化(心身機能と日常生活能力の低下)により発生するニーズと、その時の標準的な対処法を、視覚的かつ体系的に整理した理論体系を、ケアマネジメントに導入するのだ。上述した疾病理解と同じ図式を当てはめてみると、図3のように「自立」の周りは要支援・要介護状況と置き換えることができる。自立でない状況を示す平面を、もれなく、重ならないように区分し、各区分に「B4」「C3」といった高齢者機能タイプ区分名を割り当てる。さらに高齢者タイプには、疾患における「ステージ」に

私が介護業務への標準プロトコル導入を発想した、そもそのヒントは医療である。「医学の情報空間」と類似した「ケアの情報空間」のようなものを介護現場にも持ち込めれば、ケアの質は大きく向上すると考えたのだ。病気、生物、鉱物、考古学の発掘物などを、ある特性により区分(グループ化)し、各区分に病名のように名前をつけて整理し、全体像を明らかにしていく学問的手法を「Typology(分類学)」という。その意味で医学の基本は、健康でない状態(病状)を「病名」という区分で分類した「Typology(分類

医学は身体の変調の分類から始まった

図1 病気(健康でない状態)の広がり

病気の広がりを示す平面

健康の外側は、全て病気と呼ばれる状態です



図2 医療の情報空間

医学の情報空間=病状のTypology+標準プロトコル

病名・ステージに対する、標準プロトコルが用意されています。

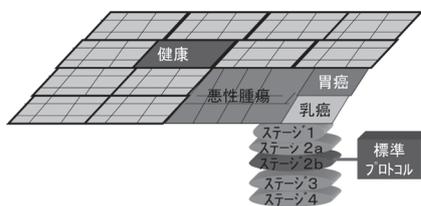
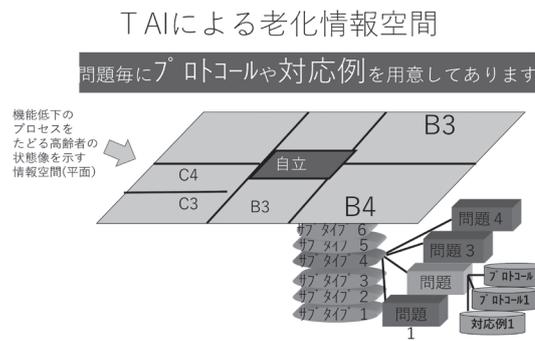


図3 高齢者区分を基本とした高齢者ケア学の情報空間



あたる「サブタイプ」により再区分される。より詳細なサブタイプが決まると、よく発生する問題や標準的なケアパターンを用意することもできる。たとえば「B4、サブタイプ4であれば、○や△といった問題が発生しやすく、××が発生した際は◇◇の方法で対処すればいい」というように、介護の空間を網羅する形で整理を行える。

従来のケアマネジメントの考え方との大きな違いは、「共通化できるところは共通化する」点である。従来のケアマネジメントは「利用者にニーズは十人十色であり、一人ひとりに応じた個別の対応が必要」という考え方を基盤に行われている。そのためケアマネジャーは、一人ひとりに対してアセスメントを行い、これまで培ってきた経験をもとに一つひとつのニーズに個別の対応策を考えながらケアプランを作成してきた。

じつは医師の扱う疾患も十人十色だが、対応の仕方は従来のケアマネジメント

「高齢者機能タイプ」で分類

高齢者機能タイプの具体的な分類については、T A I (Typology of Aged

with Illustrations) という考え方でまとめ、このある程度共通の対応法を考へられる「老化により発生するニーズ」を整理している。医学の構造をもつ「老化により発生するニーズ」とその時の標準的な対処法を視覚的に整理した。

「日常生活動作(横軸)」と「身体機能(縦軸)」の組み合わせにより9つの典型例で示している(図4)。つまり老化を9つの「高齢者機能タイプ」で整理するわけだ。この9つのタイプを行き来しながら、老化は進行していくが、そのプロセスは①「身体機能低下」と「日常生活動作能力低下」が相まって進行し、両者は強い相関をもつて低下する、②「心身機能低下」も「日常生活動作能力」も、ある程度の規則性をもつて低下する——ので、これらの関係をもっと整理すれば、老化の過程をいくつかのタイプへ分割できるようになる。

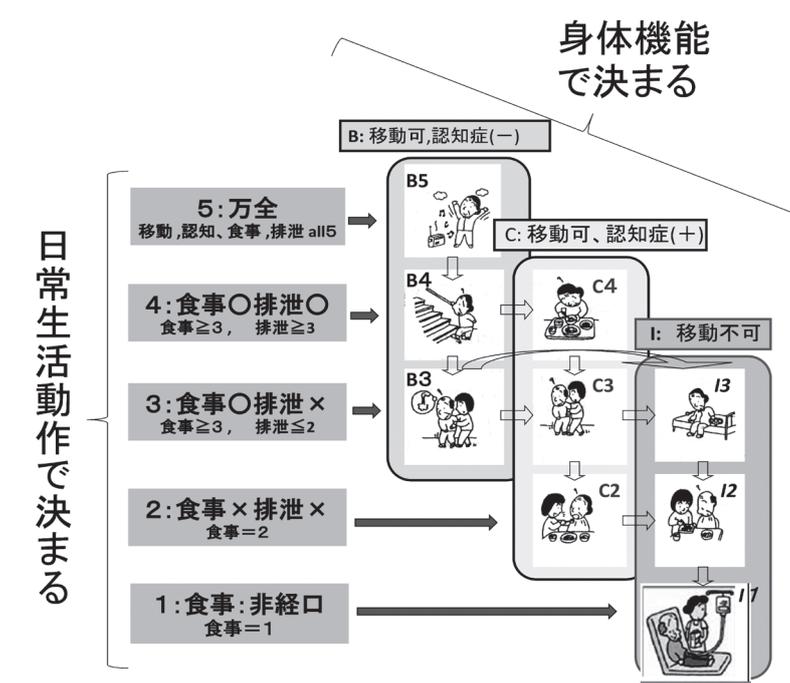
「日常生活動作」は「万全」「食事○、排泄○」「食事×、排泄×」「食事・非経口」の5段階で分類し、「身体機能」では、移動能力と知的能力を組み合わせる状態像を3つに分けている。つまり「身体機能」で決める要素を「移動可、認知症(-)」「移動可、認知症(+)」と定め、判定するのだ。具体的には次の3つである。

B (border) : 健常と要介護の境界
自分で移動でき、認知症のない状況

C (Confused) : 認知症、混乱した状況
自分で移動でき、認知症の状況

I (Immobile) : 要移動援助、認知症の有無に関わらず、自分で移動できない状況

図4 9つの高齢者機能タイプを用いて表現された老化のプロセス



も行う。たとえば最も自立度の高い「B5」の人は、さらに「家事自立」「家事依存」に分ける。これによって援助の内容も変わる。B4であれば「歩行高」「歩行低」「車いす」の縦軸と「家事自立」「家事依存」をかけあわせて6タイプを用意する。これによって「歩行高」「家事自立」であれば、おそらく朝夜の支援は不要……といったように、ある程度サポート内容を想定できる。さらに3以下であれば排泄の援助が必要、2以下であれば食事の援助、という話になる。

このタイプ判定を毎月行うと、時系列変化の把握も可能になる。同じ「4」でも、悪化して「4」になったのか、改善・悪化を繰り返しての「4」なのか、それとも改善して「4」になったのか、といったことも把握でき、それぞれのタイプに応じた対処法も用意できるだろう。

視覚化も重要なポイントである。高齢者のイメージが示されれば、ケアプラン作成時に何に注意すべきか、誰が何をすべきか、といったことを想起できる。ケアマネジャーは、トラブル状態像を確定できれば、その対応に近い答えを示せるのだ。たとえば「起居・移乗・移動等」という項目立てがあり、絵が示されれば、「移動時には特に転倒の危険性について注意するべきだ」↓「歩行器での移動時には言葉かけと

見守り」といったプランを作成することができ(図5)。

図5 イラストの効用



高齢者機能タイプが普及すると、多職種間の情報伝達が容易になる。例えば要介護認定とセットで高齢者機能タイプを必ず記載するようにする。高齢者機能タイプは要介護認定項目を用いて判定できるので、コンピュータが自動判定を行い、高齢者機能タイプも判定を書き加えるといった運用も考えられる。「要介護4」だけでは「認知症の進行によって要介護4になったのか」「寝たきりの状況により要介護4になったのか」など、どのような人であるのか想像できないが、TAIの判定とセットで提供すれば「認知症で排せつ援助が必要である、

図6

これまで



高齢者機能タイプがない場合

高齢者機能タイプが普及すると



高齢者機能タイプが普及した場合

BPSDもあるので、援助もけっこう大変だ」という概況を簡単に伝えることができる(図6)。

ケアプラン作成の標準化と効率化の進展も期待できる。現行のケアプラン作成の手順は、まず個別のアセスメントを行い、その結果から一人ひとりの状態像を把握し、課題を抽出し、ケアマネジャーの知識と経験をもとに課題に対する解決策を考えながら作成するというものだ。1例1例、最初から作成するの時間もある。また医療における治療指針のような、ケアプラン作成のための支援情報も乏しく、ケア

マネジャーの力量に頼らざるを得ないため、ケアプランの質のバラつきが大きくなる。

高齢者機能タイプ別の課題とその解決法を示したタイプ別事例集を用意することもできる。病名に対する処方集に相当するもので、高齢者機能タイプの情報を参照しながら作成する際の基本マニュアルのようなものだ。基本となる雛型があるので短時間で作成できるし、基準があるので、ケアマネジャー間のプランの質のバラつきも小さくなる。

ITを活用できるようにすれば、ケアプラン作成の様子はさらに大きく変わる。コンピュータのなかにはあらかじめ高齢者機能タイプ別課題集が蓄積されていれば、たとえば利用者が「C3-2」タイプの課題を抱えた人であれば、C3-2で頻繁に発生する課題例の中から該当しそうなものを選ぶという作業が可能になる。課題1を選んだ場合は「解決策1・2・3」が提示されるので、そのなかから一番よさそうなものを選択し、必要に応じて修正を加える。ケアマネジャー自身のKKDだけでなく、複数のベテランケアマネジャーによって選ばれた課題と解決策が「知恵」のような形で示される。つまりより幅広い視点でケアプランを作成できるわけだ。

もう一つ付け加えると、高齢者機能タイプや家族の携帯、予算を考慮した集患計画事例も用意できるだろう。叩き台となる週間計画事例を本人や家族に示し、相談しながらサービスを入れ替える。それに応じてサービスの総額、自己負担も計算されるのだ。

医学の進展と同様、ケアの情報空間

レポート

東京都地域医療構想説明会

地域の実情を見据えながら議論を深める

東京都福祉保健局医療政策部は5月10日、「東京都地域医療構想説明会」を開催した。当日は地域医療構想の概要を振り返ったほか、昨年からはじめて東京都地域医療構想調整会議の開催状況やそれらを踏まえたアンケート調査、今後の日程などについて都の担当者が解説した。

猪口正孝副会長 「東京が一番大変」

冒頭、猪口正孝・東京都医師会副会長(東京都病院協会副会長)が次のように述べた。「現在、地域医療構想調整会議が全国で行われているが、東京が一番大変というのが私の感想だ。人口減少に入っている地域は、資源自体はけっこうあり、それをどう転換させていくかがテーマになっている。病床が必要なくなったところは介護施設や健康産業へ振り分けていくことも可能だ。一方、東京は医療も介護も不足している。質の転換だけでなく機能の創出や効率性向上なども図らなければならない。いろいろな課題が山積しているが、皆さんと一緒に東京の医療をつくり上げていきたい」

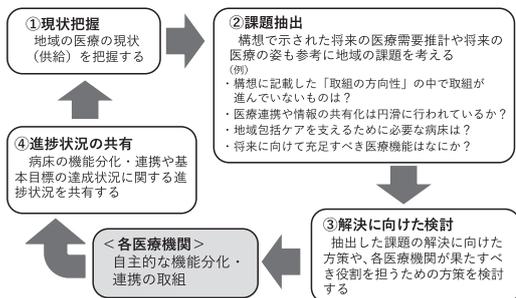
続いて東京都福祉保健局医療政策部の矢沢知子医療政策担当部長が登壇

を設定し、そこにケアの既存の知識を配置することができれば、その時こそ、

ケア学の開発と進展が期待できるだろう。

地域医療構想調整会議について

協議内容と議論の進め方のイメージ



し、東京都地域医療構想調整会議の目的や進め方、開催状況、参加者のアンケート調査結果などを報告した。

矢沢部長は同会議の目的について「東京都地域医療構想において掲げたグランドデザインの実現に向け、地域ごとの自主的な取り組みを進めるため、関係者間の協議を行うこと」と説明。そのうえで「医療機関が相互の情報共有を進める場でもある」と述べ、病床を増減する場合も調整会議でも伝達し、それらを踏まえて地域医療を検討するという作業スタイルが望ましいとの認識を示した。

具体的な会議の進め方としては①現状把握、②課題抽出、③解決に向けた検討、④進捗状況の共有というサイクルを回していくことになる。現在は①②まで進んでいるとの認識を示しつつ、③では抽出した課題の解決に向けた方策や、各医療機関が果たすべき役割を担うための方策を検討することになるが、ここでの議論を受けて、各医療機関が自主的に機能分化・連携に向けて取り組むことが最も大事になる点を強調した。「会議の過程でそれぞれに考えを持っていただくことが大事だ。何かを要求したり、決めたりすることが会議の目的ではない」

そのうえで「優先的に検討する課題をしぼり込み、その後の経過を踏まえてさらに課題を洗い出すことをくりかえすことになる」との認識を示した。たとえば構想区域内での「病床機能の真の過不足」を見きわめ、不足している医療機能がある場合、それは増床すべきなのか、あるいは福祉や介護の提供量についても把握したうえで検討することなどが議題になるだろうとの見方を示している。

また調整会議で出た意見についても紹介した。「回復期機能」の定義がわかりづらく、都民は「回復期リハビリテーション」が足りないかと勘違いして築かれたスタイルである。私の前任者は羽田春兔先生、松永努先生、福井光壽先生、佐々木健雄先生と、そうそうたる顔ぶれが並んでいるが、やはり「言わず語らず」のあいだに押し上げられたそう。

さらに矢沢部長は「病床機能報告やレポートデータから算出した数値、分副会長にあらかじめ伝えておかなければ、通るものも通らない。言い換えれば組織でコトを動かすには「根回し」も必要ということを理解しなければ、会長職は務まらない。

特に都医の場合、役員だけではなく事務局への伝達が重要だった。私が副会長、会長職だった頃の事務局は都医一筋の山口明男氏が局長を務めていたが、彼らはもちろん、彼らのもので働くスタッフの業務遂行力はきわめて高く、とても助けられた。案件について事前に事務局に話しておく、知らない間にお膳立てが出来上がっており、物事がスムーズに進む経験を何度もした。

こうした「組織人」としての働き方は、振り返ってみるとやはり墨田区医師会での経験が基盤になったと思う。医師はややもすると一匹狼のような行動に陥りがちだが、墨田区での医師会活動を通じて諸先輩方に採られたことで、そうした悪癖から免れることができたのである。

析した現状と、現場の先生方のご意見は、一致するところもあれば、真逆のところもあつた。こうしたギャップが現状だと考える。今後の調整会議では、このデータと意見を比較しながら、それぞれの構想区域で最も大きな課題をまず抽出し、一つでも解決できるように検討を進めていきたい」と述べた。

医療・介護計画の一体的作成も視野に3会議を開催

3月には地域医療に関するアンケートを実施しており、その結果の一部についても報告した。病院、在宅医療を行っている診療所、区市町村、調整会議に参加する関係団体などを対象に行つたもので、地域医療の現状への認識や自院が地域で果たしていると思う役割、予測される将来の医療の状況等を聞いた。これらのアンケート結果については今後の調整会議での議論に活用していくという。

今後の日程についても説明した。今後、地域医療構想調整会議のほか、在宅療養広域連携ワーキング、「協議の場」が設けられる。調整会議は5〜7月、秋〜冬に開催する。在宅療養広域連携ワーキングは9〜11月に開催し、退院時の連携など区市町村域を超えて検討が必要な事項について意見交換を行う。協議の場は原則的に二次医療圏単位で設置し、7月中旬〜11月中旬に予定。①医療計画と介護保険事業(支援)計画を一体的に作成し、計画の整合性を確保する、②特に医療計画に掲げる在宅医療の整備目標と、介護保険事業(支援)計画に掲げる介護の見込み量の整合性を図る——を目的とする。

私の医道

唐澤祥人

元日本医師会会長

2003年、東京都医師会の会長に就任した。いちおう代議員選挙を経ているが、激しい選挙戦を繰り広げたわけではなく、どちらかというと信任投票の色合いが濃かった。130人あまりの代議員がいながらそうしたかたちで会長職に就けたのは、歴代会長や周囲からの推挙があつただ。

第9回

周りの推挙で東京都医師会会長に就任

それまで会長を務めていた佐々木健雄先生が退任の意向を示され、会長職が空くことになった。すると誰彼となく「唐澤に任せればいいではないか」という雰囲気がつくられていった。

私自身は前回も述べたように医師会活動は退けるものなら退き、診療活動一本に絞りたいと常々思っていたから、自分から立候補して会長の座を狙うという気持ちはなかつたが、こうなると、おいそれとは断れない。

このような選出法は渡辺真言先生が

の強すぎる人が推されることはまずないし、私個人の見方も付け加えるなら、酒席への付き合いが良くない人、仮に付き合い合っても酒に飲まれてしまうような人も敬遠されがちだった。

一言で表すなら「組織人」として振る舞えるかどうかが決め手になるのだろう。

たとえば理事が自分の担当業務のなかで、いくら正しいと考えたことでも独断専行で進めるのは問題だ。会長や

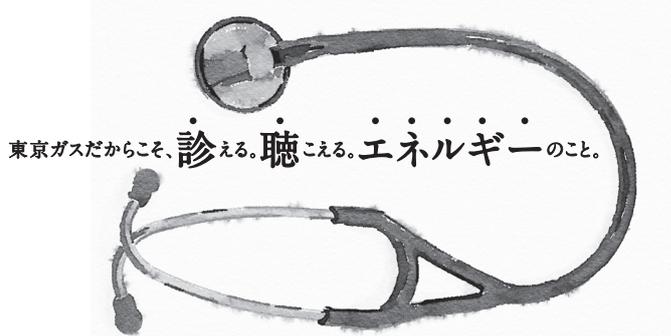
副会長にあらかじめ伝えておかなければ、通るものも通らない。言い換えれば組織でコトを動かすには「根回し」も必要ということを理解しなければ、会長職は務まらない。

こうした「組織人」としての働き方は、振り返ってみるとやはり墨田区医師会での経験が基盤になったと思う。医師はややもすると一匹狼のような行動に陥りがちだが、墨田区での医師会活動を通じて諸先輩方に採られたことで、そうした悪癖から免れることができたのである。

析した現状と、現場の先生方のご意見は、一致するところもあれば、真逆のところもあつた。こうしたギャップが現状だと考える。今後の調整会議では、このデータと意見を比較しながら、それぞれの構想区域で最も大きな課題をまず抽出し、一つでも解決できるように検討を進めていきたい」と述べた。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735