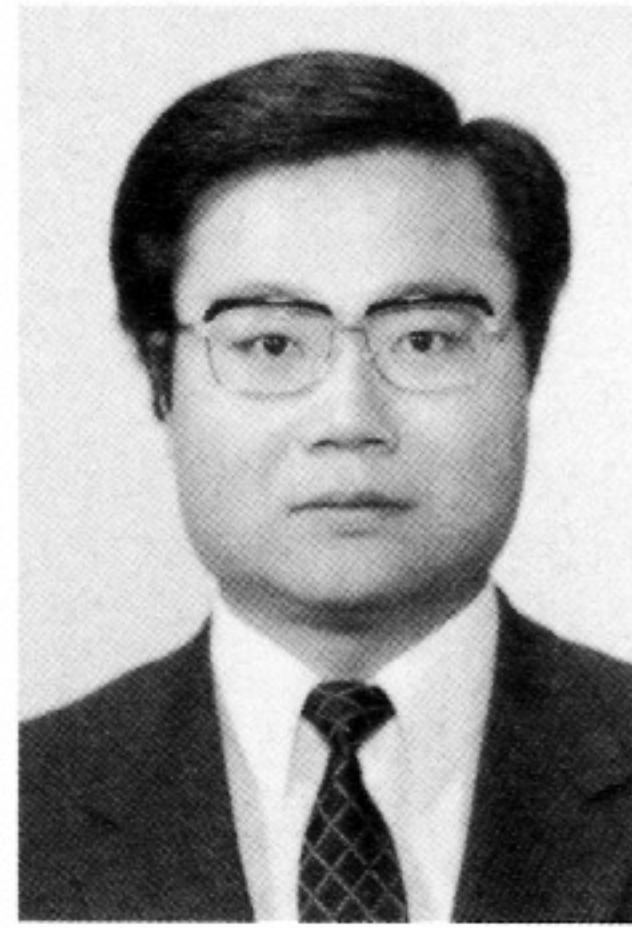


老人医療 NEWS

「予算」と「医療費」と「医療」

大蔵省主計局主査

向井 治 紀



九月に入り、平成七年度予算編成作業も本格的に始まった。医療費(医療保険)予算の構造は基本的には極めて単純で、一人当たり給付費×人数×補助率に還元される。一人当たり給付費も人数も年々増加するから、医療費予算はほっておいても年々数千億円の規模で増加する。バブル時代のように収収が伸びている時はよいが、ここ数年のように収収が伸びないどころかむしろ対前年度マイナスになっている時には、医療費予算を伸ばす訳にはいかないのです、あの

発行日 平成6年11月15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

手この手の工夫が必要となる。

しかしながら医療費予算は、最終的には大部分医療サービスという形で国民に還元され

る社会保障予算であるとともに、二十五兆円を超える規模を持つ医療産業に対する振興的要素を持つ予算である。そう考えると、医療産業II医療供給体制をどのようにすればよいのか、マネーの流れも含めて再検討する必要がある、「医療費予算」が「医療」の向上に結びつく途ではないかと思う。

一口に医療産業と言っても、直接患者に接する医療機関から製薬業、医療機器製造業までいろいろあるが、ここでは医療機関について考えてみたい。

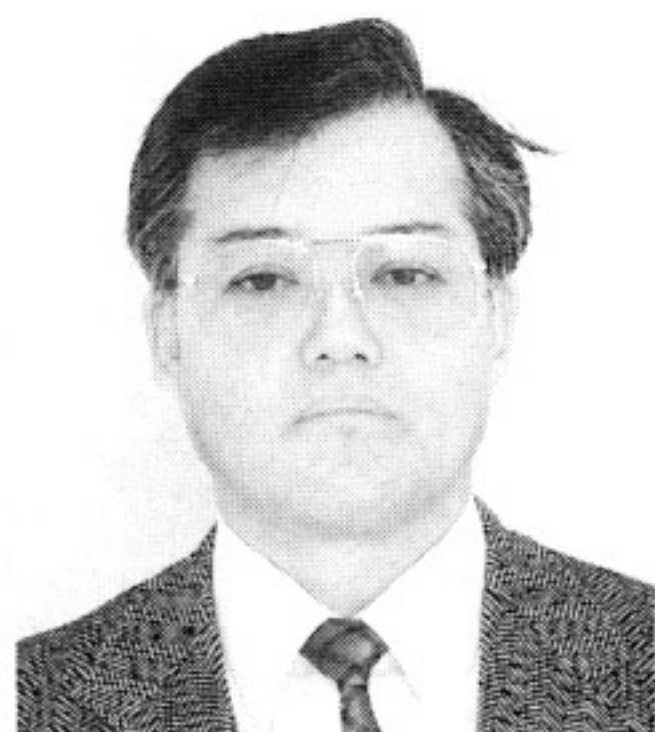
医療機関には、大学病院のような先端医療を期待されている病院から診療所まで、その施設の持つ機能がかなり異なるものが混在している。現行医療法では、診療所、病院、そして病院の中で特定機能病院、総合

病院を特掲し、またその一部をなすものとして療養型病床群を規定しているが、病院の機能をもっとサービスを受ける側の立場に立って体系化できないものだろうか。例えばかかりつけ医―地域中核病院―特定機能病院を連携させ、かかりつけ医のところに行けば症状に応じ地域中核病院、更に特定機能病院へと紹介システムが完備しているような体系を作り、そういう体系を構成している施設を優遇する措置をとる、あるいは患者を誘導するシステム等が考えられる。

老人病院においても同様であり、老人保健施設や福祉との連携、あるいは同じ老人病院でも介護力その他の機能を評価し、診療報酬だけでなく、患者を誘導するシステムを導入する必要があるのではないか。これは、医療機関の差別化であり、競争原理の導入につながる。医療に競争原理のなじまない側面があることは充分承知しているが、適度の競争原理を導入することが、努力している医療機関が報われる途であり、経営改善にも資するのではないかと思う。

やさしく、あたたか味のある

老人病院を目指して



長岡 健太郎

医療法人 湘南健友会
長岡病院 理事長

長岡病院は、神奈川県茅ヶ崎市北部丘陵地で藤沢市と隣接した所に位置しています。冬暖く、緑と清澄な空気に包まれた高台で、療養生活には最適な環境に恵まれた所にあります。また、病院の北西地域には、文教大学、慶応大学湘南藤沢校が開設され、福祉施設も特別養護老人ホームが四施設あり、当病院の周囲は医療・福祉、教育施設を中心とした閑静な文教地域となっております。

沿革

当院は昭和五十七年四月、鉄筋三階建延一八五七㎡、許可病床八〇床の一般病院（内科、神経科、理学診療科）として開院致しました。周囲に医療施設が少ない地域であることと、藤沢市、茅ヶ崎市等の地元の先方や市民病院、大学病院からの紹介患者が順調に入院し、数ヶ月で満床となったため、院内および周辺を整備して一一六床で運営することになりました。

最初は職員の定着も悪く、入院患者も急性期、慢性期、痴呆の合併等

と様々であり、毎日が予想もできないことが起ったりし、その対応にも追われる日々でした。その後、医師の補充、職員の確保、院内整備が少しずつ進んだところで、運営の安定、経営の明確化、将来の医療を考え、昭和六十年九月に法人化に踏み切り、医療法人社団湘南健友会長岡病院となりました。

しだいに落ちつき職員も充実しましたので、地域医療計画の関係もあり昭和六十三年二月、二期工事完成（鉄筋コンクリート四階建延一九八二㎡）一一〇床増床し、計二二六床となりました。また、これを期に急速に進む高齢化社会の中で、入院患者のほとんどが老人であるという現実から特別許可老人病院の許可を受け、名実ともに老人医療専門病院に進む体制となりました。

しかし、その後老人医療は目まぐるしく変化し、どのように対応したらいいのか大変悩んだ結果、看護関係職員の充実をはかり、平成三年十月老人特例看護二類から一類を取得しました。翌四年七月には一病棟五

七床を老人病院入院医療管理料を申請、いわゆるケアミックス体制を施行し、老人医療の特性について医師を初め職員全員の意識の改革をはかりました。

平成四年十月には、第三期工事として鉄骨四階建延一三四五㎡を増築、個室十八床、二人室十六床が完成し病院全体のアメニティーの改良を行い、結果として将来の療養型への転換も可能になりました。これによって建物に関するハードの部分の整備が一応完了した事になります。

そして、今後の老人医療と福祉問題、老人医療費のことを考える時、必然的に老人病棟入院医療管理料を選択することになりますので、当院も介護職員の採用に努力した結果、平成六年二月全病棟二二六床が入院医療管理料(I)（四月一日法改正で入院医療管理料(II)）の承認を受けることができました。今後はケアプランの勉強をして新制度での入院医療管理料(I)を取得するよう努力する所存です。

今後の課題

開院当初の病院の理念として、以下を念頭に出発しました。

① 地域医療と患者のニーズの多様性に対応した医療を行う。

② 高齢者の特性を踏まえて、単に身体的疾患の治療だけでなく、精神的な問題行動を含めた諸症状の看護、介護、リハビリテーション等、全人的、包括的医療を行う。

③ 自分や家族が病気になった時、喜んで治療を受けたいと思う医療環境を提供する。

④ 地域住民の疾病予防と、健康増進に努め、他の機関と積極的に協力し、地域医療の質の向上に努めること。

開院以来十三年が経過し、近接に医療施設が少ないことから輪番制二次救急も行い、一般急性期疾患と老人医療を目指してきましたが、時代のすう勢で老人の慢性期要介護者の入院が多くなりました。そのニーズにあった医療サービスを積極的に提供することとして、介護力強化病院に踏み切り、老人医療の専門病院と

施設概要

医療法人社団

湘南健友会

長岡病院

〒253

神奈川県茅ヶ崎市芹沢 598

電話 (0467)53-1811

FAX (0467)54-0551

開設 昭和57年4月1日

診療科目 内科・神経科
理学診療科

許可病床

老人病棟入院医療管理

料(Ⅱ)

226床

敷地面積 7,482 m²

建物延面積 5,122 m²



して地域の人達に信頼される病院を目指しております。

介護職員もなかなか充足が困難でしたが、ここ二、三年來の不況のためか男子を含め若い介護者が定着し、比較的スムーズに老人の専門病院に切替えることができたのは幸いでした。しかし医療介護についてはほとんどが素人のため、教育、訓練、研修が必須要件で、幹部職員による定期的な院内勉強会を開催し、基礎的な勉強から始めております。今後は職員の労働条件、職場環境の改善等も念頭に置き、患者を中心とした、やさしく、あたたかい介護ができるよう職員全員が協力して進んでゆきたいと思っております。

また、在宅医療については、三年前より退院患者を中心に主に外来看護婦が訪問看護サービスを実施しておりますが、今後はできれば介護支援センター、老人保健施設等、地域の医療・保健・福祉の中核となって活躍していきたいと思っております。

今回の海外視察には二つの大きな目的があった。一つは、施設から在宅まで継続したケアを実践し、ナイアガラモデルとして知られるカナダ、オンタリオ州のナイアガラ市老人福祉課への訪問である。日本以上に家族との同居者が少なく、また、施設に入所している高齢者の比率が高いカナダで、どのような基本的理念の基に地域ケアシステムを展開しているのかをみることである。もう一つは、現在我々が取り組んでいるケアプランの原型であるMDS（ミニマム・データ・セット）等の発案者のフリーズ氏（ミシガン州立大学）とデイスカッションをし、実践施設であるポストン郊外のヒープル・リハビリテーションセンターを視察することである。

総勢十九名の参加者は十泊十二日で訪問先が九施設というハードスケジュールの中、日本の現状と照らし合わせながらの視察はいろいろな意味で実り多いものであった。カナダの老人施設ケアは次の三タイプに大別される。

(1) Nursing Home (ナーシング

第4回 海外視察

カナダ・アメリカ研修に参加して

齊藤 正身
霞ヶ関南病院院長



画：猿原孝行
湖東病院院長

阿比知外
T. Saruhara

ホーム)

(2) Home for the Aged (ホーム・フォー・ザ・エイジド)

(3) Chronic Care Hospital (クロニック・ケア・ホスピタル)

高齢者のほとんどは民間のナーシング・ホームと公的な施設で日本の養護老人ホームに相当するホーム・フォー・ザ・エイジドを生活の場としている。クロニック・ケア・ホスピタルは平均在院日数三年半であるが、入院種別は、①合併症をもつ高齢者、②退院に向けての短期入院、③若年者、となっている。

合併症をもつ高齢者はほとんどが病院で最期を迎えるが、今後、クロニック・ケア・ホスピタルは自宅と施設の間位置する重要な役割を担うようになるそうである。日本でも老人病院あるいは老人保健施設が求められている機能である。病院の役割は「自宅で少しでも長く暮らせるように援助する」ことであり、コミュニティサービスの拠点と位置付ける努力が見受けられる。

トロントの五地区では急性期対応の病院と慢性期病院（クロニック・

Chicago Airport



Dr. 天本 会長
'84.6.26

画：川村陽一
小山田記念温泉病院理事長

ケア・ホスピタル）が連携をとり、

同地区の七病院に高齢者対応のアセスメント機能を備えている。アセスメントは高齢者全員に実施するのではなく、機能低下やADL低下をしている人に対して行われる。老年科医を始めとするアセスメントチームは、人口十五万人に一チーム（老人一万人に一チーム）と思ったより少なかった。

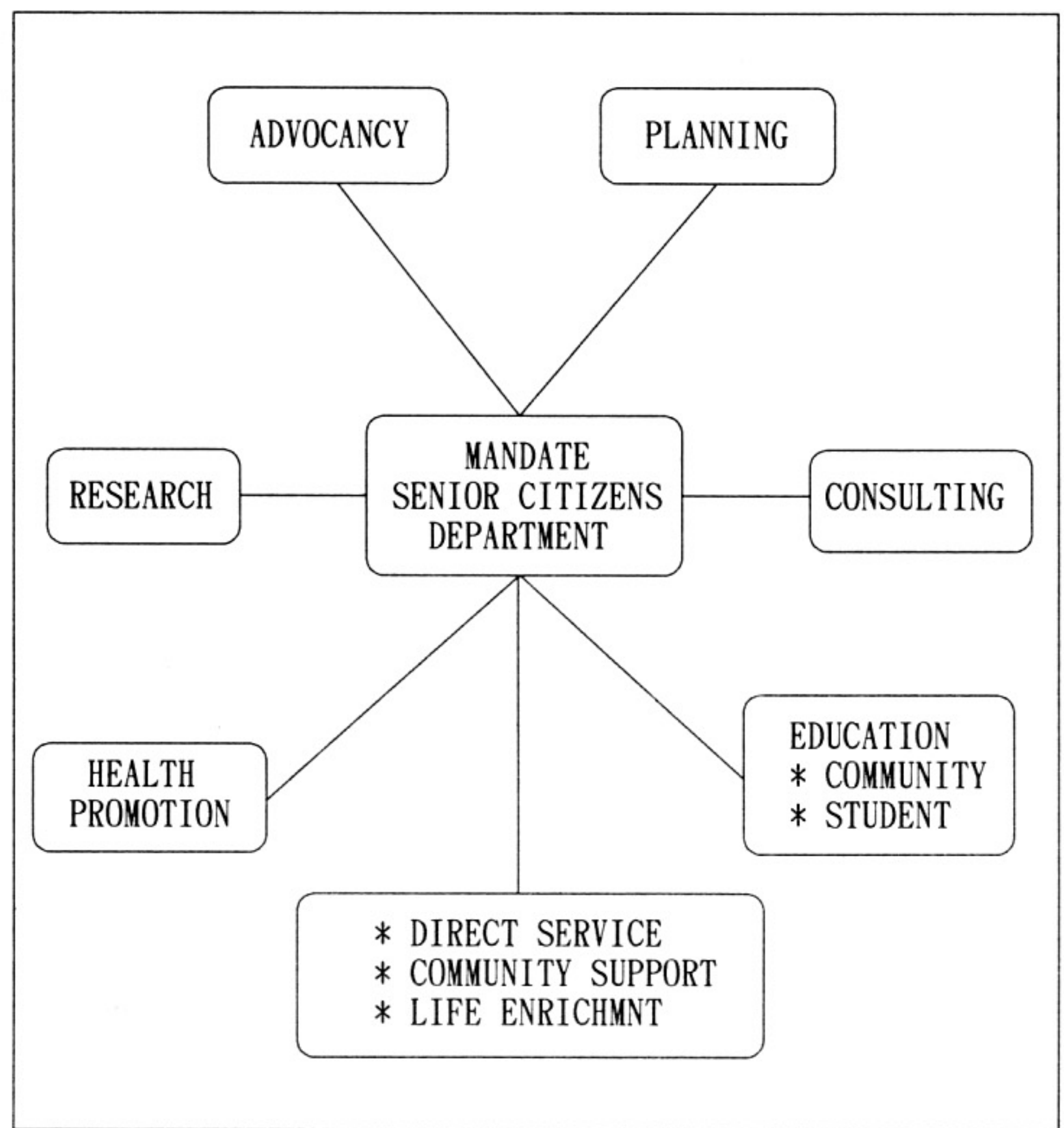
カナダとアメリカの国境、雄大なナイアガラの滝のカナダ側に位置するナイアガラ市は先進的な老人福祉行政が、そのゆったりとした環境の中に自然に溶け込んでいるかのようであった。ナイアガラ老人福祉は以下のような理念のもとに構築されて

(1) A CONTINUUM OF CARE

(2) QUALITY FOR EVERY LIFE

ナイアガラモデルの基本はここにある。住宅・コミュニティサービス・ロングタームケア・人生の質向上のプログラムなどがコーディネートセンターを中心に機能し、高齢者本人からの希望を最優先するものである。業務の概略は、図1の通りであり、調査研究の中には日本でも有名なマロイ氏の「Let me decide」がある。現在、高齢者本人と家族にどのような最期を迎えたいかアンケートを実施している最中だそうであ

図1 ナイアガラ老人福祉課 業務の概要



る。ボストンのヒール・リハビリテーションセンター（HRC A）は七二五床のロングターム・ケア病院である。MDSの開発に始めから関与し、現在もその研究・普及活動の中心的な施設である。アメリカでもMDSの導入にはかなり苦労したらしい。特に医師の協力体制とナースの意識改革が問題だ

ったそうである。これは日本と同じであるが、HRC AではMDS委員会を編成し、院内教育・研修プログラムを実施している。その詳細は図2の通りであるが、現在、日本でも行われている高齢者ケアプラン策定リーダー研修や、各病院・施設内の教育・普及方法と何ら変わらない印象を受けた。しかし、その教育方針は「From Walking to Run-

ミシガン大学にて



図2 ヒール・リハビリテーションセンターのMDSの教育

1. Train the trainer
リーダー（トレーナー）ナース研修
2. Educate the Staff
8時間研修×2（スクール方式と現場研修）
3. Continuing Education
継続した研修プログラム
4. Educate the Doctor(MD)
MDSとは？ ・医師の役割・意義付け・記入の練習
5. Dealing with Resistance
トレーナーナースが対処
6. Supporting Growth
MDSニュースの発行（月1回）
7. Rehabilitation at MDS
MDSにおけるリハビリの在り方

From Walking to Running

ing」というようにじっくり時間をかけながら徐々に軌道に乗せていくという、我々にも大変参考になる基本的なスタンスで取り組んでいる。HRC Aの特筆すべきは、病棟運営にある。入院（入所）時、機能のアクセスメントを行い、その機能レベルに応じて十七あるユニット（病棟）に振り分けるグルーピングが行われる。どのユニットにも医師、ナース、マネージャー、MSWからなるプライマリー・ケア・チームがあり、患者のレベルに合わせたケアを実践し

ている。ミシガン大学のミシガン・ジェリアトリックセンターでは、MDSの考案者であるフリーズ氏からMDS誕生の経緯、その導入効果、問題点などアメリカの現状の説明があった。ナッシングホームのケア内容は向上したものの、入所者のレベルアップに本当にながっていないのかは未だ検証されておらず、現在データを集積している最中であること、また、要医療の入所者に対しては医師による再チェックの必要性があることを

強調されていた。今回の海外視察は、ナイアガラ（カナダ）の高齢者に対する地域ケアシステムの現状に触れ、アメリカのMDS・RUGの考案・実践者とのディスカッションなど、とても有意義なものであったが、我々の高齢者ケアに対する取り組みと同じ方向を向いていることを確認できたことが一番の収穫だったのでないだろうか。



画：猿原孝行

湖東病院院長

ミシガン大学 学芸部
T. Haruhara

川村耕造先生を偲ぶ

武久病院理事長

穎原 健



アムステルダムにて
(右が川村氏)

笑顔が昨日のこの様に思い起こされるのである。

平成二年の七月に川村先生御夫妻他の一行に加えていただいて、フィランド、オランダ、ベルギー、フランスと四カ国を訪れていた。

この訪問の時のオランダでの印象が強く、九月の当会のデンマーク視察の際、後半では川村先生と二人だけで別行動をとり、アムステルダムへおもむき、当地の福祉施設を訪問したのも懐かしい思い出である。

オランダ訪問は、「クラウスという民間の福祉団体が在宅医療、福祉の多くを担って幅広く活動している」との情報を追っての旅であったが、アムステルダム滞在中は、汽車やバスに乗って移動することもあり、より生活感のある旅を経験できた思い出がある。

第三回目の旅行は平成四年十月、川村先生の施設と姉妹施設であるQEGC（クイーン・エリザベス・ジュリアトリックセンター）の訪問をメインとするオーストラリア視察であった。

成田出発当日より顔色のすぐれな

い川村先生を見て心配はしたものの、

出発の時は過ぎ、機内でも日頃のお元気な先生らしくなく、殆んど休まれている様子であった。到着と同時に私に「入院したい」と申し出られたため、旅行社から病院の手配をしていただいて翌日入院となった。出発の時すでに倦怠感はかなり強かったのではないかと推察されるが、団長としての責任感と、日頃から体力に自信を持たれていたことが、かえって裏目となったと思われる。

私たちが旅の日程を消化する間、川村先生は入院治療に専念されることとなった。その後、奥様もオーストラリア入りされ看病をされたが、経過はおもいの外好転せず、主治医も付き添った上での帰国となった。肝炎の経過の悪いタイプと思われるが、翌平成五年三月十七日に先生は帰らぬ人となられてしまった。

日本の老人医療、福祉にとって大きな穴をあけることになった先生の死を悔んでも悔みきれない思いである。

川村耕造先生の御冥福を心より祈念いたします。

川村耕造先生がおなくなりになって、早くも一年以上が経過した。

先生との出会いは、昭和六〇年の秋、私共の財団法人を見学にみえた時であったと記憶している。その折の先生についての第一印象は「随分と腰の低い方」であった。

昭和六十一年十二月には当会主催の施設見学会で小山田施設群を訪れることとなり、実際に施設群を目のあたりにし、また、その沿革や理念について聞き及び、大げさではなく

どうする老人医療これからの老人病院(Part XI)

機能評価とサービス評価



老人の専門医療を考える会は、六月二十五日、日本都市センター（東京）において第十一回全国シンポジウムを開催した。主催者挨拶で天本会長は、これまでに発表してきたマニュアルをベースに、更に利用者の方のニーズにきめ細かく対応できるように細かく評価し分析するという過程を大切にし、今後も様々な意見を取り入れながらよりよい老人ケアを目指していきたい、と述べた。会場には約三〇〇名が全国から集まり、質疑も活発に出され、熱心な議論が交わされた。

記念講演

高齢社会と医療

厚生省大臣官房審議官 阿部 正俊

高齢社会の考え方については、あらゆるところで語られているが、まず、高齢化社会になった原因は何なのか、四つの要因を挙げてみたい。

それは、①長命、②少産少子、③

驚異的な経済発展による生活水準の向上、④この五〇年間のほぼ一〇〇%の日本の平和、である。この四つの要因は、一つの社会発展の姿である。

今の成熟社会に付け加えるべき価値観は人間である。人間に対するサービスをどう考えるかということの延長線上にサービスの評価があるのではないか。

医療は、もう少し範囲を広げて予防・生活支援としての医療も含めるべきではないか。また、もう一方で、対人サービスとしての医療をもう一度組み立ててみる必要がある。私達が目指すものはサービスとしての中身であり水準である。負担という論理でものを考えようとするから抵抗感があるのであり、国民経済全体か

らすると沢山のお金を要している。限られた老人や福祉という範疇ではなく、もっと広い枠の中で負担や分配はどのくらいなのかを考えていく必要がある。

利用者の地域性というものを考えて、老人保健福祉計画を全市町村が作った。これは歴史上初めてのこと、中身を批判する前にこれが一〇〇%市町村で行われており、住民の負担によって賄われているということにもっと注目して欲しい。

サービスの中身としては介護サービスと生活支援サービスを含んだ一体的なサービスであるということ。在宅でも施設でも費用的にも物量的にもバランスのとれた姿にすべきであろうということ。年金・医療・福祉を整合性の取れた仕組みにする。皆が介護状態になる可能性がある。皆が介護状態になる可能性があるのであり、介護とは年寄りに対する特別なサービスではないということとを認識したい。

シンポジウム

機能評価とサービス評価

シンポジウムは国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長小山秀夫氏を司会として、四名のシンポジストが今後の老人医療における機能評価とサービス評価についての期待と課題を語った。

「病院機能第三者評価の 実践について」

郡司 篤晃

医療の質を第三者で評価するという動きは、米国では一九一〇年から、日本では一九八七年に日本医師会と厚生省で機能評価マニュアルの合意ができ、病院医療の質に関する研究会が発足した。

医療の質には大きく分けると技術的要素と人間関係的要素という二つの要素がある。そしてそれらはお互いに影響しあっている。よい人間関係が保てないのに、よいデータはとれない。よいデータが取れなければ、よい医療はできない。このためには、何をなすべきかという目標をたてる

ための基準づくりが必要であり、

してその基準が満たされているかどうかを評価する採点表が必要となる。

しかし質は量のように目に見えて計れるものではなく、その評価は評価者の判断に依らざるを得ないことが多い。また、この評価基準というものは、次々に改正していかなければならない。そして、その改正されたものが良いものになっているかどうか確かめなければならぬ。改正すると、別の病院に移ったときに前の病院と比較ができない。さらにその評価は評価者に非常に影響を受けるといふ三つ巴の困難がある。私達は一つ一つの病院でむしろ評価基準を評価しながら、評価者自身の内的な基準というものを向上させながら、次の病院に行ってそれを検証していくというサイクルで今進んでいる。設備構造や患者からの評価、目標などを統合するような評価の指標をこれから作っていきたい。

(東京大学教授)

「老人病院機能評価マニュアルの 取り組み」

大塚 宣夫

この会が発足したのは約十年前だが、イメージの悪い老人病院を少しでもよいものにしていくというところで取り組んできた。その活動の一端として、昭和六十二年に日本医師会が出した病院機能評価をもとにして老人病院版を作った。その後、随分制度が変わったことから、平成四年の三月からこの機能評価表の改定作業に入り、老人病院機能評価マニュアルが平成五年に出された。



小山 氏

① 高齢者に多い疾患・障害への対応がしっかりできる。

② 自立の援助・生活の再構築ができる。

③ 色々な制限を受けながらも香り高い生活を送ることができる。

④ 人生の終末をいかに満足の行くものにするための支援ができるか。

⑤ 在宅ケアの支援（困ったときの支援がいつでもできる）。

この機能評価マニュアルの調査では一〇四病院から回答を得、その結果を見てみると、この中で一番特徴的なのは「社会、地域への貢献」が少ないということであった。

今回の調査は自己評価であり、どの程度中身が正確に表されているかわからないが、ともかくこれをたたき台にしてスタートし、第三者による評価というよりも自分の病院はこういう水準にあるのだということ、それに対して患者さんがクレームをつけてくれることに、我々が対応することができるようになるということが一番手軽で理想的であると思う。

(青梅慶友病院理事長)

「老人保健医療施策と 医療の評価」

関山 昌人

医療の質をよくするためには三つの条件がある。①計画、実行、評価等の一連のプロセスを経た医療サービス提供の手法の確立。②プロセスを実行できる病院組織の体制の整備。③医療の質は何かという概念整理。

老人病院についても、本年四月に診療報酬改定が行われた。老人にやさしい病院作りということで老人病院の看護・介護体制について見直しをはかった結果、患者さん三人に対して介護職員を一人配置する体制ができてきた。そこで、質的なものをどのように保っていくか、ということからケアプラン（看護・介護計画）が導入され、量的および質的充実によって今後老人病院についての底上げを図っていきたいと考えている。

よりよいケアの確立ということでケアプランという手法が提言され、今後、老人病院等の施設でこの手法が導入されることにより、さらに改善され定着してくることが期待される。

る。

また、質の向上ということでは、これまでは個々の経験と勘に頼っていたが、このケアプランによってより患者の満足を重視し、客観的なケアへの手法の確立へと向かうことになると思う。今後の高齢者ケアについて、ケアプランを積極的に現場で採用していただけるよう念願しており、この定着を老人病院がさらに高めていただくことを期待している。

（厚生省老人保健課課長補佐）

「看護サービス評価とケアプラン」

岩坂 信子

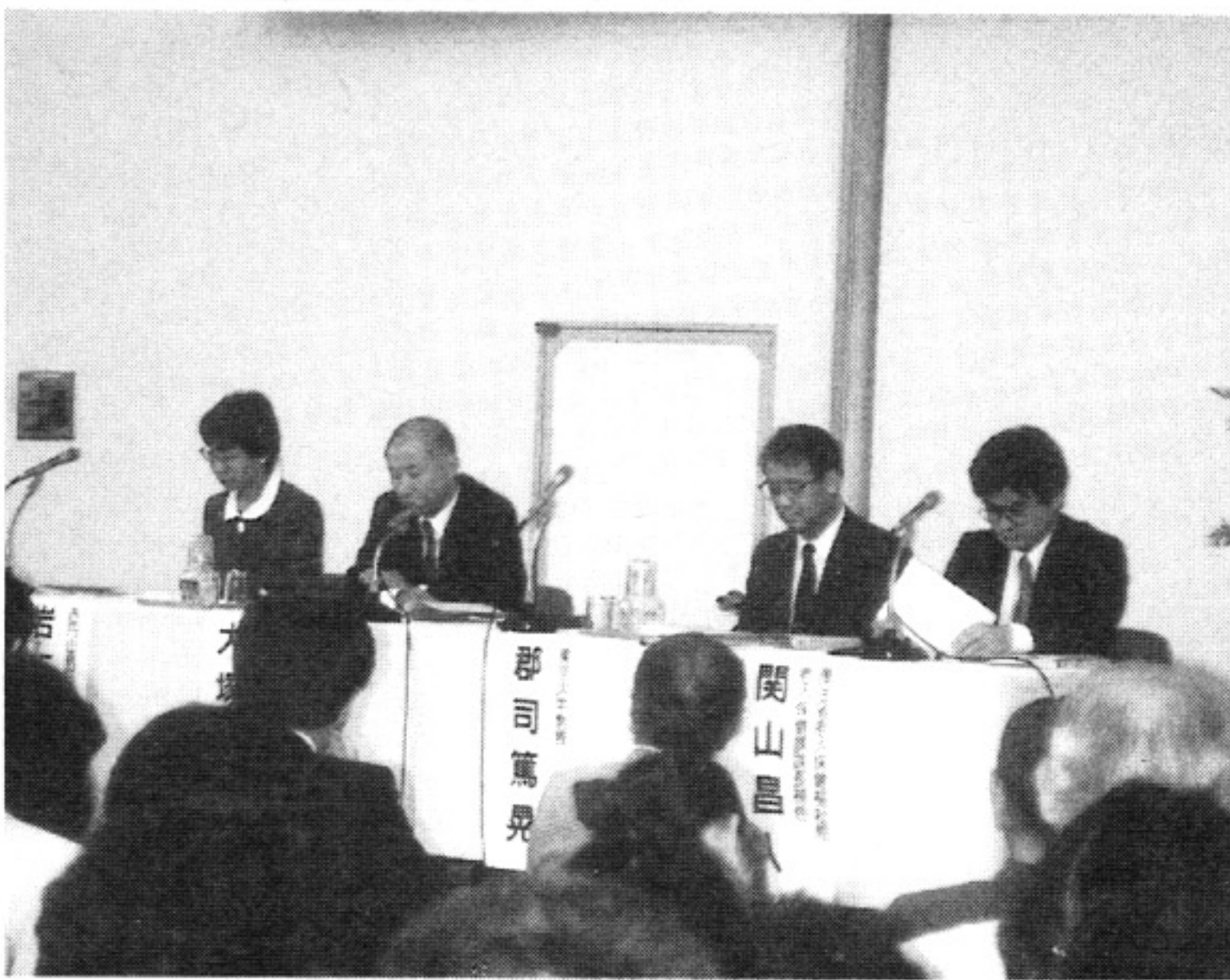
当西円山病院は九四二床の老人病院で、平成二年より定額制を導入。導入後、日常生活行動基準表とケア効果表を策定し、毎月チェックして患者さんの状況を把握。一年後には約六十五%の患者さんにADLの向上が見られ、四年後にはじょく創、おむつ使用者等も半減という結果が

でた。定額制による看護介護サービスの結果であると思う。患者の日常生活自立を目的とした、医師、リハビリ等他職種ともどう協力していくかということも大切である。

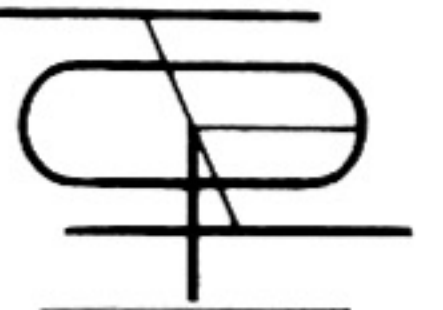
高齢者アセスメント表は、看護婦を中心にアセスメント表記入・問題を領域選定と進め、カンファレンスには主事医も参加するようになっていく。できるだけ患者の家族も参加しやすいように、土日に職員の多くが交代で出勤している。ケアプランの内容はまだまだ未熟だが全患者について四月から実施している。これからはケアプランの内容が課題と考えている。それには、高齢者の特性やケアのあり方についての学習やカンファレンスの充実が必要と考えている。

また、今後はケアプラン策定による患者の変化を追跡しケアプラン策定の評価を行っていききたい。私達の提供したサービスを患者さんや家族が評価するものであることを意識して今後も努力していききたいと思う。

（西円山病院看護部部長）



左より岩坂氏、大塚氏、郡司氏、関山氏



残された介護保険導入まで 時間内に在宅を含めた老人 専門病院をめざそう

平成六年の医療保険・老人保健制度改革は、四月と十月の二回の改定で、大幅に変更された。これからは、付添廃止政策により、入院医療管理料を採用する病院の急増が予想されるとともに、在宅ケア部門の拡大が期待されている。

老人保健制度改革は「利用者本位、在宅ケア重視の総合的的老人保健福祉施策の推進」という旗印を掲げた。利用者本位とは、利用者、消費者、家族など顧客へ老人保健福祉サービスを提供することを病院に求める結果となる。狭い病院、早く、冷たく、まずい食事サービス、プライバシー、インフォームド・コンセントなど、これまでの医療現場で、繰り返し問題視されたことへの改善に着手せざるをえない。

方法としては、診療報酬上の評価に加えて、食事療養費の導入や療養型病棟群の差額室料の拡大、あるいは差額ベッドの届出の廃止や五〇%までの行政指導などにより、なんらかの利用者負担の導入策が実施されている。

多少の負担があっても、質の高いサービスを求める高齢入院患者やその家族は決して少なくない。ただし、料金を負担したくとも負担できない本人や家族もいる。そこで、最低限のサービスと、比較的質の高いサービスについては、保険点数化し、それ以上については、療養費の利用者負担を導入せざるをえないという判断が、厚生省の根底にあるように思えてならない。

療報酬で、質が高く投下費用がかかり、保険者も必要とみとめたアメニティにも保険の支払いをするかわりに、患者の希望や都合による高品質のサービス（ラグジュアリー）には利用者に直接負担してもらおうという考え方である。

このような方向について、当会では、社会保障全体の中で医療費が保障されることを前提に、患者の望むアメニティーの向上や、ラグジュアリーサービスの開発に努力してきたことから、おおむね賛成しているのである。

もう一方の在宅ケアの重視については、老人病院機能評価表による調査結果からも明らかのように、老人専門病院の在宅ケアへの取り組みは、必ずしも満足できる状況にない。そこで、今後は、訪問看護、訪問リハ、PT・OT・栄養士、薬剤師などの訪問指導を一層充実するとともに、老人デイケアや老人デイサービス（医療法人にも可能となる）などの通所ケアにも積極的に対応する必要がある。

設の活動が活発で、病院の対応が遅れがちであったが、今後は、地域の他の医療機関、特に診療所のギブ・アンド・テイクの関係を前提に、有機的な連携を進めることが大切である。また、訪問看護ステーションや支援センターとの連携や併設、地域内の情報提供の促進による市町村との連絡も密にする必要があることは、会員の合意をえている事実である。

このような在宅ケア重視、利用者本位のサービスの展開は、今後とも地域の拠点となる老人専門病院の必要性と重要性を強調することになる。

平成六年改革の後には、国民健康保険法、医療法などの改正スケジュールがあり、消費税などの税制改革では、十分な老人保健福祉財源を確保でき厚生省が、全省をあげて「介護保険」の制度化に突進することも確かになりつつある。

会員に残されている、時間的、資金的余地は少ない。なんとしても介護保険導入までには、質が高く、だからからも信頼される在宅ケアを含めた老人専門病院を確立することが最大の目的である。

痴呆性老人の 問題行動に 対する私の向精 神薬の使用方法



はじめに

わが国の痴呆老人も百万人を超え、私達の会員病院にも数多くの方が入院されています。他患やスタッフへの暴力行為、激しい暴言、夜間の大声、スタッフが仕事ができないほどのまわりつき行為等、重大な問題行動を呈する方も多くおられます。痴呆そのものに加えて、性格変化、せん妄等の要因が重なりあって生じていることが多いようです。

各患者さんをよく観察し、個別性、パターンを知り、様々な工夫をこらし、人権に対しての意識を強くし、人間らしく看護、介護することによって、かなりの部分は解決しないまでも、許容範囲におちつくケースも

多いことはよく知られています。この時、向精神薬の適切な使用により、スタッフのストレスも減り、さらによい方向への相乗効果が得られるというのが、私の体験の結論です。

当院での実態

九十三年十月に当院（四十八床）で調査したところ、十六名が、かつて他院でベッドに縛られていました。当院に転院したその日から問題行動がある場合が多いのですが、当院では縛ってはおりません。ここで、物理的拘束と化学的拘束の議論がでてくると思いますが、「向精神薬の量」と「副作用のチェック」を適切に行えば、化学的抑制にはならないのです。セレネース等は、最少錠型が〇

・七五mgですが、この半錠を一回量と考えるのが適当だと思われれます。アメリカの教科書等には一日量四・五mgと書かれていますが、そのままの量を使用すると化学的拘束、抑制となります。まして、そのまま慢然と投与を続けると患者さんはすぐ衰弱してしまうでしょう。

副作用のチェックに関しては、医師の頻回な観察以外に、他の全スタッフにも副作用に関して熟知させることが必要です。そして、リアルタイムに患者さんの状態をフィードバックしてもらい、変更（多くの場合、減量、中止、他剤への変更）することです。当院では日替りメニューと呼んでいます。また、バイタルサインや心電図も多くの情報を与えてくれます。

最後に、当院で比較的使用している薬剤を、その最低量とともにご紹介致します。

ミラドール（一日三〇mg）
セレネース（一回〇・七五mg半錠）
ニューレプチル（一回五mg半錠）
コントミン（一回十二・五mg）

※コントミンはあまり用いません。

サイレース（一回一mg半錠）
ユーロジン（一回一mg）
ピレチア（一回二十五mg）
アタラックスP（一回二十五mg）
ルジオミール（一回十mg）
なお、メジャートランクライザー使用時には抗パ剤、アキネトンを併用しています。

以上で、私の体験からの痴呆性老人の問題行動に対する向精神薬の使用法の報告を終わります。

事務所移転の案内

十一月一日より左記に移転致しました。新宿御苑を一望できる場所です。是非お越し下さい。

老人の専門医療を考える会

住所 東京都新宿区新宿一

一七コスモ新宿御苑

ビル九階（〒一六〇）

TEL 〇三―三三五五―三〇

二〇

FAX 〇三―三三五五―三六

三三

交通 営団地下鉄丸の内線

「新宿御苑前」駅下車

徒歩四分