

老人医療 NEWS

老人の専門医療を考える会の役割



会長 天本 宏

老人の専門医療を考える会

老人の専門医療を考える会はよりよい老人医療を目指す病院長を主たるメンバーとして昭和五十八年より研究活動を開始し、一貫して老人医療の専門性を説いてきました。その間、定額性の導入についても関係各位に働き掛け、平成二年の入院医療管理料の創設にも大きく貢献しました。平成四年の介護力強化病院連絡協議会設立への前身として、入院医療管理料導入病院連絡会を組織し、

介護力強化病院の果たすべき役割と団体活動の目的についても充分に話し合っていました。本会が主張してきた老人医療の専門性は、慢性期医療のみにあるのではなく、むしろ予防医療であるといえます。つまり、寝たきり症候群の予防、医原病（薬による副作用等）の予防、事故の予防、合併症の予防、混乱反応の予防等を行いつつ、心と身体の機能、社会的側面の機能を少

発行日 平成8年9月30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

してもおとさないよう、病状を安定させていく全人的医療です。したがって、老人医療は、急性期の初期医療から導

せないからです。当然、そのような評価には医師とともに複数の専門家集団によるチームアプローチが必要となります。そして、このアプローチは早いほど効果があるのです。老人医療の供給システムが慢性期医療のみに片よってはなりません。治療第一主義の弊害を受けた後に、老人医療がかかわることは、非効率というより悲惨といえるでしょう。

入され、死に至るまでの一貫した継ぎ目のない医療として位置づけられなければならないと思います。高齢であればあるほど、身体上の問題だけに限らず、精神上、行動上、社会生活上の問題へと展開し、複雑に混合されて現れてきます。そのため、病状診断のみならず、その人全体、あるいは日常生活上の機能、能力面の評価が求められます。

六月二十八日に開催された総会では、介護力強化病院連絡協議会との整合性についても検討され、本会は老人の専門医療をさらに探求し続ける医師の集団として活動を続けていく旨が決議されました。本会は今後も、老人医療の医師としての専門性を高めるために、医師ワークショップの開催、老人医療マニュアルの作成や、痴呆、リハビリテーションに関する研究事業などへの事業展開をはかるとともに、各種の研究報告を公表していきたいと思えます。

これまでの医療は、治療的なマイナス面の評価に目を向けられがちでしたが、高齢者では、今ある能力、潜在能力などのプラス面の評価も重要になってまいります。なぜなら、老人医療では、『プラス面を活用して高齢者の満足度、幸福感を高めつつ、人生の終末をその人らしく過してもらおう』といった、医療における心理的効果を重要視した対応が欠か

本会の十二年にわたる活動を鑑み、全会員の協力と団結のもとに、さらに新たな役割を担った団体として老人医療の確立を目指す所存です。

医療法人社団仁慈会 安田病院

理事長 安田 克樹



当院のある竹原市は、人口約三万四千人の瀬戸内海に面した、農工漁業のバランスのとれた、気候も温和、人情も濃厚で静かな、歴史と文化の公園都市です。池田勇人元総理、池田行彦外務大臣父子、古くは頼山陽の出した所です。安芸の小京都、瀬戸内の公園都市とか、車で十五分のところに広島空港が開設されてからは空と海のインタークロスシティとも呼ばれています。

サブ医療圏は当市と周辺四町の一市四町で構成され人口は約六万人です。市内には当院以外に一つの精神科の病院と二つの一般病院（各々四十二床）があります。

平成四年三月三十一日に、当時入院患者の地元依存率が約三十五%であったのを憂い百床の一般病院として開院しました。地元依存率を三十%アップするという大それた目標を持ったこともあり、百床の病院にしてはかなり重装備で、カラードプラ、トレッドミル、MRI、循環器撮影装置、手術用顕微鏡等を整備して、内科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、理学診

療科を標榜しました。

開院後、脳神経外科や整形外科の急性期を脱した患者比率が四十八%であることから、病棟一単位四十八床を療養二群入院医療管理（I）にしました。これにより急性期と慢性期にはっきり別れた、いわば機能別病棟となり合理的で効率もよく利用者、職員ともに好評です。開院後の入院患者の地元依存率は約五十%で、十五%アップに過ぎず、規模による限界との認識から現在百床増床のために増築工事中です。ちなみに、平均在院日数は急性期病棟が二十一日、療養型病棟が百一日で全国同規模病院の半分程度です。来年五月一日からは急性期病棟二単位百十床、療養型病棟二単位九十床に加えて開放型病床六床の計二百六床として再出発することになっています。

開院してまだ四年四ヶ月ですが、比較的うまくいっているのではないかと思います。企業は人なりは職員がそれぞれ自分の病院なのだと思えることから始まると考えますが、『石の上にも三年』とはよく言

た。四十八床を療養型に転換して後、

看護婦と介護職員の関係がぎくしゃくしましたが、助手さん！と呼ぶのをやめてクリエイターさん（Life Creator）と呼ぶことにしました。同時にケアプラン作成のために毎日一時間病棟カンファレンスを持つようになつてから、病院における独立した新しい機能を自他共に徐々に認めるようになり、他の部署からも療養型病棟に評価を得るようになりました。いわゆる寝たきりが二十四人おりますが褥創はひとつもありません。ある程度の責任と独立した仕事を与える事が人造りだと感じます。思えば開院以来、基準看護の取得に始まり各種指定、認定に向かって職員一同休む暇なく行動した感がありますが、これが人造りの原動力であったかも知れません。

医師の卒後研修が義務化されそうですが、看護婦の実習も含めて療養型病棟の実習もICUと同様に必要だと思います。医療制度の変革は急速で、今後どうなるのかと将来像を模索するのに懸命ですが、地域医療支援病院、介

プロダクト・アウトから マーケティング・インへ



施設概要

病院名	医療法人社団仁慈会安田病院 理事長・院長 安田克樹
所在地	広島県竹原市下野町3136 電話 (0846)22-6121 FAX (0846)22-6021
開院	平成4年3月31日 職員数 147名
診療科目	内科 循環器科 消化器科 外科 整形外科 脳神経外科 理学診療科
病棟	病床数 100床 (ケア ミックス) 4階 急性期病棟 新看護(3:1、6:1)52床 5階 療養型病棟 療養2群入院医療管理(1)48床
併設	人工腎センター 訪問看護ステーションさくら
敷地面積	7805平米 建設延面積 4543平米
指定	病院群輪番制病院 日本透析医学会認定施設 更生医療指定病院 人間ドック指定 広島県公立学校共済組合 広島県市町村職員共済組合 三井金属健康保険組合 等

安田病院の『理念』

患者様個人のニーズを探究・把握し、可能な限り日常生活に近いホスピタリティーのもとで疾病の予防から社会(家庭)復帰に至るまで、最高(最適)の(総合)医療(技術)と誠実な対応を喜びを持って提供しよう。

護力強化病院、単科の専門病院、小規模入院施設(療養型)、無床診療所が個々の特徴を活かしつつ『エゴ、対立、競争』から脱皮して『愛、調和、互惠』をベースに連携を強化した形でのサブ医療圏総合医療供給体制が浮かんでくるようになりました。医療施設も社会資本であるとの認識も市民権を得つつあり、待ちの医療から出かける医療へとか、医療はサービス業であるとか、プロダクト・アウトからマーケティング・インへと予想外の速さで圏民の中に浸透、融和してきており、医療側と受診側が共通の認識を持って理想的な医療像を追及していける環境になってきたと感じるのは私の誤りででしょうか？

世は本物だけを求める時代になった。医療制度の模索よりも、受診者側に立って真の医療の在り方を探究実現することに情熱を傾注しようとする心新たにしているところです。

医療法人社団 いづみ会

温泉リハビリテーション いま泉病院



理事長 大西仙泰



当院は富山市のほぼ中心に位置し、立山連峰を一望する国道四十一号線沿いにあります。

昭和六十一年に五十二床の特例許可病院として開設して以来、八十八床、百二十三床と段階的に増床してまいりましたが、地域医療計画により、結局百七十五床の建設物に対し百二十三床の許可に終わっています。

平成元年に医療法人となり、平成四年に独立型老人保健施設シルバークア栗山・百床を開設。しかし、老健開設時に病床を十床カットするよう指導があり、病院病床は百十三床となりました。

平成四年には老人性痴呆疾患治療棟が九十八床の許可をいただきましたが、建設地の問題にて五十床に計画変更の上、平成七年にコーディアという名称で併設しました。

現在は老人病棟入院医療管理料Ⅰで百十三床、老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理料で五十床の病床数であります。本年五月より老人デイ・ケアを開設。医療法人社団城南会、医療法人社団信清、社会福祉法人富山城南会と協力体制をとり、富山県最大の医療・保健・福祉グループとしてあらゆる利用者のニーズに答えられるよう体制作りをすすめております。

また、昨年十一月に七階建て、六十戸の高齢者専用マンションもオープンしており、在宅で不安を持った高齢者が安心して利用できるよう、病院併設型としました。

さて、当院は今年の十一月にて十周年を迎えることになりました。

当医療法人では、その人らしさ、その人の意思、そしてその人の生活を大切に、可能な限り自立した生活を送っていただけるよう支援していきます。“を運営理念と掲げており、実現に向けて職員一同、一丸となって利用者のサービス向上に向かってより努力して行きたいと思っております。

なお、本年六月に老人の専門医療を考える会の入会にあたり、全グループの病院、施設を役員の先生方に見学していただきました。その際、三医療法人のそれぞれの天然温泉による入浴サービス、外観が西洋古城風の特養敬寿苑（内装は和風）、そして何より赤い絨毯を敷きつめた富山城南温泉病院にいたく感激していただきました。

先輩の諸先生方、もし富山においてになられる際には、こんな一風変わった私達グループに是非お立ちよりになっていたいただきたいと思います。

高齢者のニーズに グループ体制で対応



協力病院及び協力施設

<p>医療法人社団</p> <p>城南会</p> <p>富山城南温泉病院 内科・整形外科・理学診療科</p> <p>入院 190床 富山市太郎丸1152 TEL 0764-91-3366 FAX 0764-91-2852</p> <p>富山城南温泉第二病院 内科・整形外科・理学診療科</p> <p>入院 134床 富山市太郎丸1151 TEL 0764-21-6300 FAX 0764-91-2852</p> <p>城南内科クリニック 人工透析</p> <p>富山市太郎丸1107 TEL 0764-91-3113 FAX 0764-24-2226</p> <p>老人保健施設 シルバーケア今泉</p> <p>入所 96床 通所 30名 富山市今泉218 TEL 0764-93-3636 FAX 0764-93-3936</p>	<p>医療法人社団</p> <p>いずみ会</p> <p>温泉リハビリテーション いま泉病院 内科・理学診療科</p> <p>入院 113床</p> <p>精神科(老人性痴呆疾患治療病棟) コーディネリア</p> <p>入院 50床</p> <p>老人デイ・ケア</p> <p>通所 25名 富山市今泉220番地 TEL 0764-25-1166 FAX 0764-25-1228</p> <p>老人保健施設 シルバーケア栗山</p> <p>入所 100床 通所 20名 富山市栗山900番地 TEL 0764-29-8686 FAX 0764-29-8080</p> <p>在宅介護支援センター 富山市栗山900番地 TEL 0764-29-6676 FAX 0764-29-8080</p>	<p>医療法人社団</p> <p>信清</p> <p>老人保健施設 アメニティ信清</p> <p>入所 96床 通所 40名 富山市月岡町2-189番地 TEL 0764-29-8880 FAX 0764-29-8855</p> <p>社会福祉法人</p> <p>富山城南会</p> <p>特別養護老人ホーム 敬寿苑</p> <p>入居 100床 短期入居 23床 デイサービス デイホーム 富山市今泉514番地 TEL 0764-91-0066 FAX 0764-21-5222</p> <p>在宅介護支援センター 富山市今泉514番地 TEL 0764-93-9111 FAX 0764-21-5222</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

療養型病床群への転換の経験

私たち介護強化病院においても療養環境の改善が必要となってきています。昨年度、本院も療養型病床群に転換しましたが、その経過においていろいろな問題が起こりました。それらの問題を今後療養型に転換される時に少しでも参考にしていただければと思います、まとめてみました。

医療法人久仁会
鳴門山上病院

理事長 山上 久

▼ 療養型病床群への転換の経過

Ⅰ 療養型の必要性・総論的

ケアプランを導入していくにつれ、よりよいケアのためには個別対応が必要であることを再認識し、そのためには広さが必要なことを実感しました。特養一〇・二㎡、老健八・〇㎡に対し、病院四・三㎡では不十分であり、公的介護保険においては利用者が自由に施設を選択する という現実をふまえると、アメニティが要求され、療養型としての六・四㎡は必要と思われました。

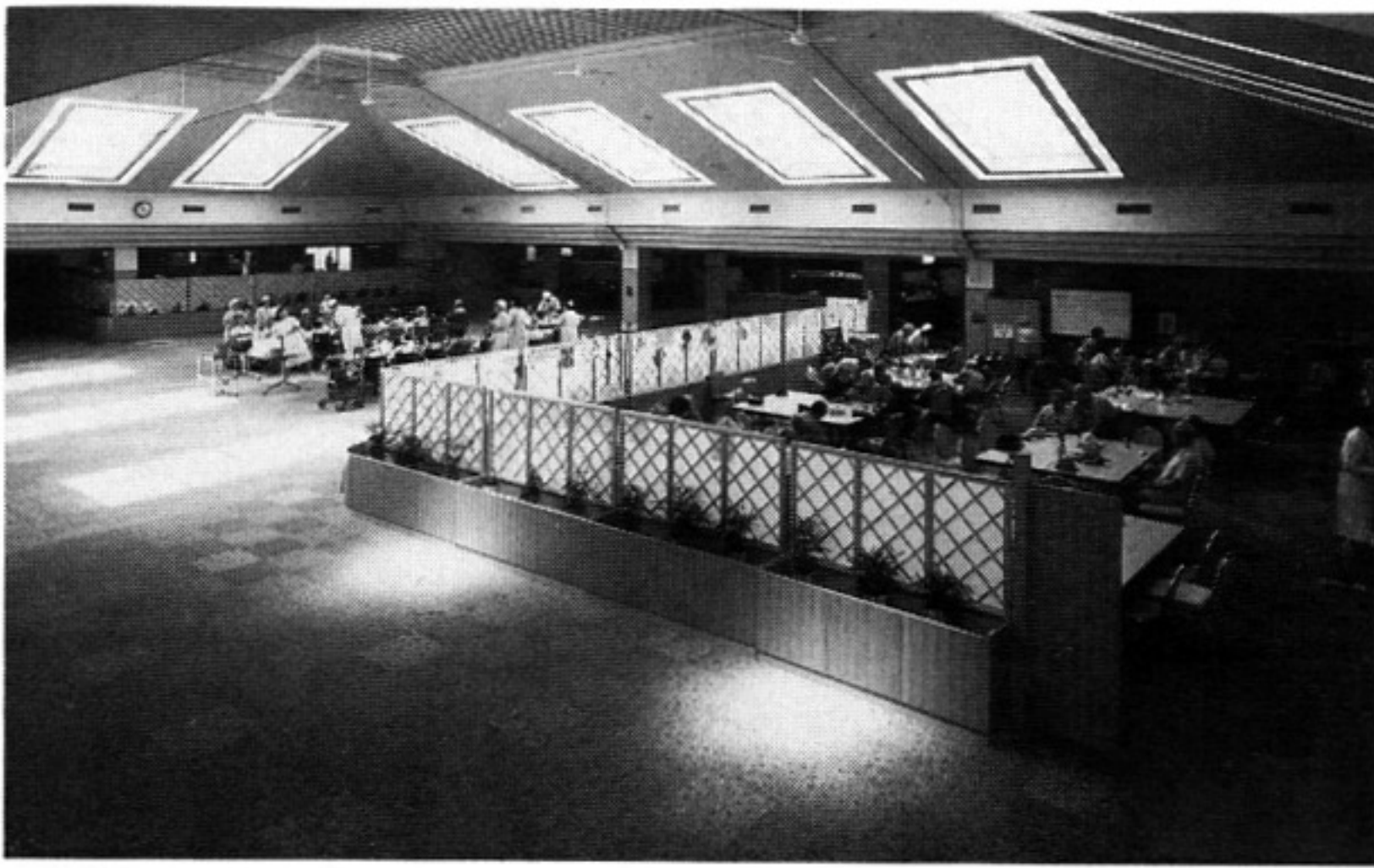
アメニティの工事はJRの高架工

事のようなものです。工事によって切符の売り上げは増えませんが、便利さを社会が要求するために必要が生じた工事といえるでしょう。

昔は家庭より病院の方が環境がよく快適な場所でしたが、世の中の進歩につれ、その位置づけが現在では逆転してしまっているのではないのでしょうか。病院に入院する方が家より不便に感じるが多くなってきたりするように思われます。決して贅沢は必要ありませんがアメニティ、快適さは必要です。

そのことを前提にすると今までの四・三㎡の面積基準ではベット上しか休む場所がなく、ある意味では寝

かせきりの一つの要素になっていたともいえるでしょう。六・四㎡の広さがあると、例えば四人部屋では真ん中にイスとテーブルを置いたり、畳を二畳くらい敷いたユーティリティスペースを確保でき、患者の環境改善が可能です。休む場所の選択枝も増えます。また職員側として、ケア（自立支援を伴った介護）を行うためにも必要な広さです。職員の働きやすさも忘れてはなりません。ケアをするのは職員なのですから。しかし、広さは力ですが、逆に広すぎてもダメです。広すぎると患者のアメニティの向上より職員の労働条件悪化が浮き彫りとなります。



2 当院の工事内容

本院では前述のようにアメニティの向上を目指し、①病棟工事、②多目的ホール工事、③入浴設備の充実、④玄関まわりの工事を行いました。

① 病棟工事（合計二八〇床）

〔改造前〕

一般病棟：二〇床

特例許可病棟（Ⅱ）：二六〇床

（七三床×三病棟、四一床×一病棟）

〔改造後〕

一般病棟：四〇床

療養型病床群（Ⅰ）：二四〇床

（六〇床×四病棟）

平成六年より人員は整っており、ケアプランも実践していたため、入院医療管理料Ⅰ（介護三対一）を申請しようとはしましたが、一病棟単位が六〇床以上では認められないとのことでした。そのため一気に療養型病床群をめざした改造工事をすることに決定。当初は部分的に新病棟のみを建設し、完全型と移行型の病棟を作る計画を立てましたが、病棟構造や規模がばらつき、使いにくい可能性があること、現状でも介護病棟

で四一床の病棟と七三床の病棟がありました。それら病棟間の連携が決してうまくいっているとは言えませんでした。そのため、できるだけ介護病棟は同じ規模になるように考慮し、一般病棟を四〇床に増床、残り二四〇床を四等分し、一病棟あたり六〇床×四病棟、合計五病棟としました。そして基本的に現在の四人部屋を三人部屋に変更することで、基準面積六・四㎡を確保しました。

療養型病床群への改造において一番のネックは廊下幅ですが、廊下幅はおおむね最初から確保（最高三五m）できていましたが、一部不足していた三部屋分の廊下は壁を移動させることで対応。そして病室が四人部屋までという規定のため、HC U（重症観察室）としてナースステーションに接していた七人部屋を壁で仕切る必要が生まれました。ここには、患者観察のため壁にガラス窓を取りつけました。またナースステーションは中廊下が適応されることも注意して下さい。

② 多目的ホール工事

療養型病床群では食堂面積も一人

あたり一㎡必要です。各病棟のみでは十分な食堂面積を確保できないため、メインホールにも大食堂を設け、基準面積を確保しました。リハビリ後に病棟に戻らなくても同フロアの食堂で食事が可能となりました。

また、将来の総合リハビリセンター構想を考慮し、食堂、メインホールなども含めた多目的で大きなフロアを作り、リハビリ室を移動するごととし、それもアプローチを考え、中庭に建設することに決定。外に建設する場合に比べ、工期が延長し、建設費も二〜三割増加しましたが充分有効でした。訓練室をホールに移動したことに空いた二階のスペースに、一般病棟四〇床を三階より移動、これにより工事以前に二八〇床で占有していた三、四階を二四〇床で構成できることになりました。

今回建設したホールのヒントになったのは、二年前にカナダ・アメリカ視察を行ったときに見学したナイアガラの施設、そこに入所されていた男性の行動です。サマーセーターを着た老紳士がホールに歩行器で出てこられ、売店でビールの小瓶を買

い、タバコを吸いながら飲んで、部屋へまた帰っていかれた姿を見て、単純に、自分もこんな生活を送りたいと思いました。

その施設も含め、見学した他の施設でもカフェテラスのような多目的ホールをつくり、美容室、売店、教会などのコーナーを作り、町に住んでいるような雰囲気を作るようにしていました。リハビリ専門病院のように場所を確保できないところにおいても、エレベーターホールの壁にリカーショップ、ジーンズショップなどの店の絵を描き、町の雰囲気を出していました。施設にいても社会に生きていることを実感させることを重要視しているようでした。

③ 入浴設備の充実

これまでは男女別一般浴（スロープ付き）と特殊浴槽を二台で運用していましたが、アメニティの向上、自立を目指し、浴槽を五種類（特殊浴槽四種類）に増設。できればこれらの改造工事に先駆け、業務の実態調査を行うことをお勧めします。それにより、患者、職員のそれぞれの問題点が浮かび上がり、それを元に

ハード面・ソフト面の改善の参考とされればよいでしょう。

本院ではタイムスタディ（自記式五分・他記式一分）を行い、日勤帯、夜勤帯の業務の見直しを行いました。また、水まわりの設備が問題であることもわかりました。高知県のC病院でも新築工事の前に患者行動調査を行い、例えばトイレの利用時間、混雑具合などをストップウォッチを持って実測されたそうです。

▼ 改造工事で検討した問題

Ⅰ 工事費用

工事総額五億円（四億十追加工事一億）、四社で入札を行いました。四億〜六億の幅がありました。

補助金として①環境整備事業②老人保健拠出金事業（療養型病床群転換整備事業分）③ふるさと融資（貸付、利子補填）などが利用可能ですが、自由度の問題や、減床したくない等の理由で利用しませんでした。

これらの補助金事業はご存知だと思いますが、注意すべき点として①環境整備事業では、病床不足地域

以外では一〇%病床削減が必要です。

そして療養型移行で補助を受けると一般病床に戻せず、完全型への工事のみ補助金の対象との解釈の地域もあるそうです。二〇%病床削減を要求される地域も出てきています。

しかし必要とされる削減病床数は病院全病床の一〇%ではありません。改造部分の一〇%でよく、単純計算では三%削減（一〇〇床を四・三㎡から六・四㎡にするには三〇床前後の新設が必要。三〇床の一〇%を削減）でよいこととなります。

金額の問題として国からの補助金と県からの補助金共に満額ならばとんとん。県は三分の一以内となっており地域格差がかなりあります。因みに徳島県は一律五〇〇万円です。②老人保健拠出金事業の条件は、病床過剰地域、医療法人だけでなく個人病院も可能、療養二群、二〇床以上の工事、築後二〇年以上、一〇%病床削減、であり一床あたり一二〇万円の補助が受けられます。

2 重症患者への対応

もう一つ大きな問題として慢性病

棟である療養型病床群で重症患者に

どのように対応するべきか、という問題があります。本院では重看護（治療）と重介護を区別し、重看護は一般病棟で見る体制。つまりケアミックスで対応しています。

しかし、入院医療管理料を採用した時に一般病棟を六〇床を残した時は大失敗でした。一般病棟に重介護と重看護が集まり、その上にMRS A問題が発生しました。MRS A、重労働、一般病棟と介護病棟の反目、そして介護に対する理解不足で看護・介護職員が二十八人も退職しました。しかし話し合っただけで移行したため、介護を理解してくれる職員が残り、それら職員の待遇を改善し（一〇%）、初任給も二〇%改善、新規採用を行いました。そして最終的には一般病棟を二〇床まで減らしました。

しかし、二〇床では勤務体制を含め運営がかなり困難な病棟でした。そのため今回急性病棟を四〇床に増床。以前の轍を踏まないように、重症は三〇床前後とし、残り一〇床はカンファレンス（アセスメント）ユ

ニットとしています。

3 工事に際して生じた問題

① 浄化槽

法令の変更で合併処理の必要容量が増加し、追加工事が必要となりました。

② 消防

煙感知器にも消防法で有効期限があり、全館での交換が必要でした。一個五万円前後と結構大きな金額となりました。排煙面積等の問題。

③ 施設基準

多目的ホールを目指して中心部に大ホールを作りましたが、デイケア、機能訓練室は限られた空間との解釈により境界（間仕切り）を要求されました。

④ 工事関係

病棟を稼働状態で工事を行ったため、工程管理に何度も見直しが必要となり工期が延長されました。治療に障害が起こらないよう（電気工事、配管（酸素）工事）、入院患者さんに行き渡るだけ迷惑をかけないよう（騒音、リハビリ、入浴等）、工程の組み立て、及び見直しが必要でし

た。また工事期間中の保安(内、外)も大きな課題でした。

⑤ 届け出問題

二〇床を老人特例から一般病床へ変更のための手続が必要でした。

⑥ 床材

古い床材、特にビニール系は防災にアスベストを使用している可能性が大きい。ため剝離による粉塵を避け、重ね張りを原則としました。

▼ 工事後の問題・効果

① 経営面

全面改築を既存の場所で行う場合、工事中の減床による減収や、仮設工事等でかなりの工事費が必要であることも大きな問題です。九〇床程度のある病院で全面改築を行うため、別の土地に全面仮設の病院を建て、本工事を行うと仮設だけで約二億円必要だったとのこと。

本院も工事中に減床による減収と、施設基準アップのための人員確保や職員の待遇アップのため、人件費が六五%を越してしまい、赤字状態となりましたが、基準アップによる増収の上に療養型に移行してからは、

療養型環境加算(Ⅰ)：一〇〇点

(千円) × 二四〇人 × 三六五日

八七六〇万円/年、療養環境加算：

二〇点(二〇〇円)、が増収となり、経営が改善し、後述のように人件費が五八%まで改善しました。

② 病院システム・病棟運営システムの改善

ハードの変更のみでは不十分で、ソフトも本当に療養にふさわしい病棟に改革する必要があります。それを行わないと前に述べたように職員の労働環境悪化のみとなります。ケアミックスもそのために必要なことと思われまます。療養病棟で悪化すれば急性対応病棟で加療、という体制、これはサービスメニューの多様化、アメニティの向上とも言えます。そして在宅の推進のためデイケアの拡充も行い、二五人×二単位に増やしました。一般病棟も八mを確保し、療養環境加算を採用しました。さらに適時適温給食、夜勤等加算も採用、これにより職員待遇改善の財源確保もさらに考慮できるようになりました。

▼ 改造後の反省点(今回工事

できなかつた点、失敗点)

① 水周り工事が不十分：約二〇年前の構造のため水道設備が各部屋になく、水のために職員、患者共に移動する距離が多かつたのですが、それを改善できませんでした。

② トイレ：改造により排水孔が潰れ、水洗いができなくなっていました。

③ 配色：一般病院で多用されている床材では高齢者には境界が見えにくくなっていました。

④ 維持管理費の上昇：特に電気代(冷暖房)が増加してしまいました。

▼ 療養型病床群を目指す施設で考慮すべきこと

① 一般病院から移行：職員のチーム

医療、介護に対する教育 介護職は看護助手ではありません。介護に対する認識がないと看護婦たちは看護の不足した病棟としか認識せず、不満のみ高まります。また、介護職員も意欲が出ません。看護職を介護職と読み替え運営すると人件費増で

成り立ちません。

療養病棟の方が一般病棟より単価が低いと思われがちですが、そうとは言えません。病状が安定すると介護病棟の方が高くなるケースが多く見られます。例えば本院でも一日四千円近く療養病棟の方が高くなるケースまで見られました。

② 老人病院(出来高制)からの移行：定額制導入の問題

療養型、介護力強化ともに介護職をマンパワーとして考慮した制度です。年俸として正看五五〇万、准看四四〇万、介護職員三三〇万を考慮しています。療養型移行後、本院では人件費五八%となっていますが、定額制は一番の経費である人件費が担保されている制度で、一番安心してきる制度と思われまます。

③ 特例許可老人病棟からの移行

職員の労働環境の改善と患者のアメニティの向上とのバランスを考慮すべきでしょう。ハードの改善とともにケアプラン等、ソフト的な検討も必要です。よりふさわしいケアのためには個別対応が必要です。

④全体として

繰り返しになりますが、介護に対する職員教育が大切です。介護力強化・療養型への移行に際しては職員の反発はさけられません。いくら話し合っても職員の退職もあり得ます。医療専門職は施設に勤めているというよりも仕事内容に対し勤めているケースが多く、自分の主義に合わないければやめていく傾向があるように思えてなりません。こういう過渡期において医師数、看護婦数には注意して下さい。

なお、総病床が一〇〇床以内の病院では一病棟六〇床以内の制約は残りますが、一つの病棟で療養型病床群と一般病床を管理することが許可されています。

▼まとめ

療養型病床群に限らず、基準の四・三㎡では現在においては十分な療養・治療環境とは言えないでしょう。最低六・四㎡、できれば大部屋で八〜九㎡、個室で十四㎡ぐらいの面積は必要ではないでしょうか。しかし、広すぎるのも問題です。職員

の労働環境も考慮する必要があると思いますので、アメニティの向上として必要な範囲で充分でしょう。

療養型病床群の制度を採用する場合はハードとしての改造以上にソフト内容の改良が要求されます。医師、看護婦の必要数が一般病棟と異なる上に、介護職員の導入という大きな問題があります。介護職員は決して家政婦、看護助手ではありません。そのことを経営側、職員側ともに正しく理解する必要があります。介護職はケアのスペシャリストであり、そのように育てなければなりません。実際、職員数でも介護職員が一番多くなります。

療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホームは介護保険適応施設となりますが、介護保険制度において選択権は利用者側にあり、ハードの充実、ケアの質が選択基準となりうるでしょう。そのためにも適切なアメニティ、空間と、よりいっそうケアの質を高めてゆく努力が求められます。そして医療の質の担保のため、急性期にも対応できるよう、ケアミックスや、急性病院との緊密

な連携などのシステムを用意しておくことが必要です。介護力強化病院連絡協議会では、五年以内に療養型病床群への転換を機関決定し公表しています。厚生省の見解でも療養型

二ユース

超重症児(者)入院診療料をご存じですか？

どこの介護力強化病院においても、半昏睡状態や気管切開を受けた患者さんなどで、かなり手厚いケア、呼吸管理、栄養管理等を必要とする患者さんが入院されていると思います。こういう特別なケースにおいても定額のみで、特にその労力に対し加算はないように思っていました。なんと一定条件を満たせば加算があることに気づきました。それは基本診療料の項にある「超重症児(者)入院診療料」です。詳しくは社会保険研究所刊の「医療点数表の解釈―平成八年四月版―」の一〇六ページをご覧ください。

への移行は、必要不可欠なことであり、と思われまます。

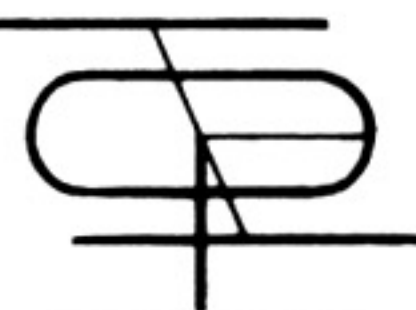
まとまりのない文章となってしまうましたが、少しでも参考にしていただければ幸いです。

①運動機能が座位までで、②八一〇ページにある介護スコアの合計点数が二十五点以上の状態が③六ヵ月以上持続した場合に請求できます。

調べてみるとこの点数は前回の六年の改定から設けられたのですが、小児の項目に載っていたためにこれまで気が付きませんでした。

対象者はかなり限定されますが、一日につき二〇〇点と結構大きな点数です。おそらく貴院に入院されている重症の患者さんの数人が対象になられると思います。

注釈を読めば、付添いがつかない病院ならば請求可能と思われるが、一般病院や療養型病床群は対象にならない、とする場合がありますので、各都道府県でお確かめ下さい。



包括化点数の定着に向けて

大蔵省の財政制度審議会は、七月

十日、国債残高約二百二十一兆円、

各種特別会計に組み込まれている

「隠れ借金」百三十九兆円、地方債

残高百三十六兆円を加えると、国・

地方の借金の合計が、実に四百四十

二兆円にもなることを公表した。

国内総生産が四百九十六兆円であ

ることから、このままでは国内総生

産を超える借金を抱え込むことにな

ると予想されている。

厚生省は、平成九年度の政府管掌

健康保険の赤字額を最小五千四百億

から最大七千八百億を公表し、現在

八・二％の保険料率を最高九・三％

にするか、それとも大幅な給付率の

低下をしない限り、健保制度を維持

できないと公表した。

バブル崩壊の爪あととは、ついに医

療保険財源に波及し、国債の発行も

保険料の引き上げも、現実的に難し

く、強力な医療費抑制も限界にきて

いるという状況となりつつある。

消費税の大幅引き上げか、それと

も医療費をはじめとする社会保障給

付全体の削減かという選択を国民に

迫ることになった。

不思議なことに、医療機関への診

療報酬の引き下げなどとはいわずに、

老人や被用者保険の負担増や薬剤負

担の強化などが課題となっている。

老人専門病院にとって、これは喜ぶ

べきことかどうかは別にして、何や

ら不気味に思える。

深く考えてみると、なにもかも金

がたりないが、医療機関をいじめる

のでなく、国民に負担をお願いする

というスタンスが読み取れるが、こ

れは、介護保険や医療保険制度改革

を段階的に今後進めるため、取りあ

えず、正直に国民に負担増をお願いしようというスタンスであると思える。

しかし、このように楽観的に考えでよいかは別の問題である。なぜならば、医療費抑制は織り込み済みで、あまり効果的でない抑制策より、給

付の低下と負担増の双方を国民に強いていると考えるべきであろう。

老人医療費については、療養環境の改善をはじめとする医療サービスの質の向上が求められており、その抑制策は、結局、薬漬け、検査漬け

の解消のための包括化点数化ということになりそうである。

入院医療管理料は、ひさびさのヒットであったが、在宅総合診療料や外来総合診療料などの包括点数につ

いては、若干伸び悩みの状態にある。在診診については、診療所の理解不足か、それとも在宅医療を診療所で

進めるといふ方針に問題があると考えざるをえない。

外総診については、除外処方をしていない病院では、定数設定が低く、包括化に協力したくとも、大幅な収

益減となってしまう。

本会が包括化を積極的に評価しているのは、確かに薬や検査の使用量が減少することにある。しかし、老人の専門医療にとって、包括化点数の方が、適切な医療の質が確保できるからである。

しかし、包括化点数については、医療界全体の賛同があるわけではない。それを採用した医療機関は、少なくとも高く評価しているにもかかわらず「重症患者を追い出しているのではないか」「粗診粗療でないか」「もうけすぎではないか」といった批判は収まっではない。

でも、こと老人医療について、これまでの出来高払いが必要であるという根拠にはならない。薬や検査を看護・介護・リハビリテーションおよび生活上の配慮に向けることは、老人専門医療のチームアプローチに不可欠である。

医療費の財源問題が大きくクローズアップされている今日、どのように考えても包括化を一層進めることが老人の専門医療を確立する近道であることを、疑う余地がないことを再認識する必要がある。

●老人の専門医療を考える会

平成八年度総会報告

六月二十八日、ストラダ新宿（東京）において平成八年度総会が開催され、平成七年度事業ならびに会計報告、平成八年度事業計画ならびに予算案が承認されました。

平成七年度事業では、四回におよぶ医師ワークショップを開催し、各回ごとにテーマを決め、老人医療の専門性についての議論が交わされました。また、海外研修の実施、老人

病院機能評価マニュアルの検討や、リハビリテーション、MSW部会の活動も活発に行われました。さらに研究事業として、今後の高齢者医療のあり方に関する検討委員会を組織し、『高齢者ケアの育成策に関する研究』報告書をまとめました。

平成八年度事業は、本会は医師団体としての活動に今後集約していくため、共催事業であったリハビリテーション、MSW部会は介護力強化病院連絡協議会で活動することとし、医師ワークショップの開催、老人医

療マニュアルの作成、痴呆やリハビリに関する研究事業などへの事業展開を図っていくこととなりました。さらに、今後の活動の拡大により、平成九年度より年会費を三十六万円とすることが承認されました。また、役員として、新たに日野頌三先生が本会監事に就任されましたので、あわせてご報告申し上げます。

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		決算額
収入の部	事業収入	167,200
	会費	7,920,000
	助成金	0
	寄付金	0
	雑収入	678,567
	事務委託収入	6,000,000
	繰越金	6,678,339
収入合計		21,444,106
支出の部	会議費	609,680
	人件費	6,950,655
	需要費	3,552,812
	諸支出金	76,685
	教育事業費	827,704
	調査研究事業費	688,528
	出版広報事業費	623,515
	退職給与積立金	500,000
	予備費	0
	繰越金	7,614,527
支出合計		21,444,106

平成8年度予算

自 平成8年4月1日 至 平成9年3月31日		決算額
収入の部	事業収入	450,000
	会費	7,960,000
	助成金	10,000
	寄付金	10,000
	雑収入	600,000
	事務委託収入	6,000,000
	繰越金	7,614,527
収入合計		22,644,527
支出の部	会議費	1,300,000
	人件費	9,300,000
	需要費	3,730,000
	諸支出金	120,000
	教育事業費	3,000,000
	調査研究事業費	3,500,000
	出版広報事業費	1,100,000
	退職給与積立金	500,000
	予備費	50,000
	繰越金	44,527
支出合計		22,644,527

◆へんしゅう後記◆

今回から老人医療ニュースの編集を担当することとなりました。以前は本機関誌は年間四回の発行でしたがここ数年二回の発行となり、ニュースとしての使命が少し薄れてきていたのが現状でした。そこで原点に立ち返り、発行回数をできるだけ増やし、機関誌としての使命を果たすようにしていきたいと思えます。今回の会員施設紹介は新規入会の二施設にお願いしました。次号からは新しい編集スタイルにしたいと思えますのでご期待下さい。（山上久）