

老人医療 NEWS



老人専門医療を考える会副会長
湘南長寿園病院 院長
松川フレディ

日本の老後

日本人の老後を考える時、どうい
う老後が日本人の望みなのか、コン
センサスがないうちに思う。誰だっ
て手厚い医療や福祉が欲しいに決ま
っている。しかし、手厚いというこ
とはお金はどういう形にしろ、国民
が払わなくてはならないし、払わな
ければ不可能なのである。お金は降
って来ない。

一部の文化人(?)が、北欧は福
祉が行き届いて、いたれりつくせり

と賞賛するが、その代償が七十五%
にもなる租税負担率のことはあまり
口にしない。つまり、スウェーデン
やデンマークの国民は、全収入の四
分の三を支払ってでも老後の安心を
得たいと考えた時期があり、国民の
コンセンサスの上に現在の国策があ
ると思う。一方日本人の租税負担率
は四〇%位である。この程度の負担
で北欧並みの老後を得ようとするこ
とに基本的に無理がある。なのに一

発行日 平成11年6月10日
発行所 老人の専門医療を
考える会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-1-7
コスモ新宿御苑ビル9F
TEL.03(3355)3020
FAX.03(3355)3633
発行者 大塚宣夫

部の政党はあたかもそれが可能なよ
うに言っている。
現在の日本人は
消費税5%でも嫌
なのに、高い税金
を支払ってでも、

られる。日本人は、勤勉であり、農
耕民族特有の横並びが好きなのであ
る。みんなが自分の老後は自分で守
るしかないと考えれば、一円だって
余計に払わない方向に行く。

国民医療費が増大しているが、世
界的にみれば、私は日本の医療費は
効果的に使われている方だと思ふ。

それでも高いというなら、医療や福
祉は、どこまでやれば良いか、多く
の国民の望む老後はどういうものか
を国民に聞けば良いのではないか。

国が国民に保証する老人医療や福祉
はどこまで、それ以上の費用は自己
負担、私的保険等、色々な案がある
と思ふが、紙面の都合でそれははぶ
く。

この国は主権在民をうたい、一応
その選挙システムも確立されていて、
この程度の政治が行われ、そして、
そういう政治家を選んだ。一升には
いる金は決まっている。一升の金で
できる医療、福祉も決まっている。
どういう国にしたいか、国民投票で
もした方がハッキリすると思ふがい
かがか。

現場からの発言〈正論・異論〉

(私ならこうする！日本の老人医療改革)

(3)

主張 その4

「医療・介護・生活」サービスの 一体的提供体制を堅持せよ

青梅慶友病院院長

大塚 宣夫

当会の発足以来、要介護老人のQOLの向上のためには、「生活、介護、医療」が一体的に、効果的かつ効率的に提供されるこそが重要であると私達は主張してきた。

その一つの成果として、平成二年四月より導入された介護力強化病院制度がある。

従来の医療中心、他人任せの介護下では、要介護高齢者のQOLは、改善されないという反省に立ち、専門職として訓練された介護者の養成、高齢者医療にふさわしい診療報酬体系の確立、そして自立を助け、生活環境を整えるための構造や設備により、老人病院における高齢者のQOLは、明らかに向上したのである。

ぐる議論をきいていると大いなる不安を覚えることも少なくない。

特に、現行の介護力強化型病院の機能については、社会の認識は極めて不十分、というより、偏見と誤解に満ちており、それが制度構築の議論の中にも色濃く反映されている。

主な点は、今後、介護保険の給付対象となる、三施設（現行の介護力強化病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム）がいずれも同じ状態の高齢者を抱えているというものである。介護保険の下、将来的には機能を統合一本化してはどうか、あるいは、同じ高齢者を扱うのに、特養の一・五倍もお金のかかる療養型病床群は不要だといった議論を聞けば、明らかである。老人病院には社会的入院といわれる層もあることは確かであるとしても、その一方で特養や老健施設において受け入れ不能な、医療、介護を同時に必要とする高齢者が大半を占めている事実こそ直視すべきである。医師や看護婦が二十四

時間三六五日常駐し、広範な医療行為、密度の濃い看護介護を行える体制の整備とそうした施設の存在は、増加する要介護高齢者を支えていく上で不可欠と断言できよう。

また一部には、介護療養型医療施設で、手のかかる病気が発生したら、他の一般病院へ移したらどうかという意見もある。要介護高齢者は、末期に近づくほど、環境の変化に弱く、他病院への移動はそれだけで大変なストレスになり、状態が悪化することは明らかである。加えて、一般病院では医療機能はあるにしても、前述した介護体制も生活機能も不十分な場合が多く、QOLの向上に寄与するとは考え難い。一体的という意味の中には、「同じ施設内」でも含むことは言うまでもない。折角、世界に誇れる機能の施設が見えてきたのに、これを、暗黒の時代に逆戻りさせるような対応だけは何としても避けてもらいたい。

抑制

平成十一年度
プレジデントワークショップ

老人の専門医療を考える会の平成十一年度プレジデントワークショップ

「抑制」をテーマに、国立医療・病院管理研究所の小山秀夫医療経済研究部長を講師に迎えて、去る四月二十五日、ホテルストラータにて開催された。

この報告に先だって、今回のテーマが選ばれた背景・経緯について述べておきたい。当会作成の「老人病院機能評価マニュアル」の中でも

「抑制」は重要視されており、評価項目のうち三項目は抑制に関する項目である。ちなみに、同マニュアルでは「抑制とは人手以外の物理的な力で行動の自由を長時間（十五分以上）にわたり制限する行為をさす。ベッド上等はもちろん、車椅子からの立ち上がりやずり落ちを防ぐための抑制もカウントする」と定義されている。平成九年三月に四百七病院（介護力強化型病床、三万五千床）が参加した第四回調査結果からは、

抑制の発生率は平均で三〜四％と推定されている。

当会では昨年度、職員の質の向上をめざして全職種対象の研修会「抑制、転倒・骨折予防」および二日間の医師ワークショップ「老人性痴呆と身体合併症」を開催して抑制の問題を考えてきた。小グループで、それぞれの病院の実情を提示しグループ構成員全員で語り合い、考える作業を行ってきた。

医師ワークショップにおける全体討議では「抑制をしてまでも行う治療」の再検討を行うと同時に、抑制をしない治療の工夫をし続けることが参加者全員で確認された。また、生命に影響があり、一時的に抑制が必要になった時の家族・本人の同意をえる手続きのマニュアルが示された。さらに、痴呆を理由に治療水準を下げるものがあってはならないこともプロダクトとして採用された。今年の二月、介護保険制度におけ

る施設運営基準に身体的拘束の禁止規定を盛り込む厚生省案が医療保険福祉審議会の部会に提出されたこともあり、二月の幹事会において平成十一年度の全国シンポジウム（第七回、十八回）のテーマは「抑制を考える」に決定された。

シンポジウムに先だって、主催者としての当会の統一した考えを明らかにしておく目的で冒頭に述べた会員病院の開設者・管理者からなるプレジデントワークショップが持たれた。四つのサブテーマ

○ 抑制、縛ってでもしなければならぬ治療行為は何か

○ 抑制をしないためのマンパワー等の条件はあるのか

○ 介護保険の施設運営基準の（身体的拘束禁止に関わる）文章は妥当か

○ 抑制に対して医師ができることは何か

を設定してのグループ討議を経て全体討議でえられたプロダクトは次の通りである。

「老人のQOLを高めるため、抑制をしない対応や方法を考え続け、抑

制を限りなくゼロに近づける努力をする。緊急かつ、やむをえない場合の抑制であっても同意、納得を前提とし、院内の手続きを明確にする。そして、抑制に関しては当会として、今後も引き続き調査研究を行っている

ところで、介護保険制度下での「身体的拘束禁止」は例外をどこまで認めるのか、精神保険福祉法の第三十六条との整合性をどう図るのか、急性期病院には抑制に関する問題はないのか、車椅子の「安全ベルト」の取扱はどうなのか、など今後に残された課題は多い。

（老人の専門医療を考える会事務局 長・平井基陽）

老人の専門医療を考える会主催
全国シンポジウム———どうする
老人医療これからの老人病院
抑制を考える

○平成十一年六月十二日（土）
グリーンホテル札幌
○平成十一年六月十九日（土）
銀座ガスホール
各回とも入場無料・当日受付

医療制度はどうなるのか

来年四月からの介護保険制度の本
格実施に向けて準備が各方面で進め
られている。老人専門病院の最大の
関心事は、指定介護療養型医療施設
の病床数をどの程度にするのかであ
る。それは、医療保険適用の病床数
をどの程度見込むのかといったこと
と同じ意味がある。

しかし、ここにきて厚生省介護保
険制度施行準備室の説明が歯切れが
悪い。制度設計段階では、特養二九
万、老健施設二八万、そして療養型
病床群十九万ということとセットさ
れていたにもかかわらず、景気対策
という理由で特養が一万床増加され
た。その上、本年一月現在の療養型
病床群病床数を集計してみると、す
でに約一五万八千床も転換していた。
このほかに老人病棟入院医療管理科
病床が約一三万四千床あることから、
この時点で約十数万床が過剰というこ
とになった。

当会会員病院が療養型病床群や老

人性痴呆疾患療養病棟に積極的に転
換してきたのは、病院をご利用いた
だく方々に、少しでも豊かな療養環
境を提供したいと考えたからである。
診療所を開設し、在宅総合診療料を
採用したり、デイケアを積極的に進
めるのも、それが老人の専門医療の
前進のために必要だからである。な
にも、介護保険に対応したいからそ
うしてきたのではない。

この意味では、介護保険であろう
と医療保険であろうと、報酬の裏付
けがなされればそれでよいという立
場を堅持してきたし、今後も変更す
る必要もない。ただ、介護保険や医
療供給体制あるいは医療保険制度の
改革のゆくえについては、当然、無
関心ではない。

一九九七年に外来薬代の一部負担
が、きわめて複雑に改悪され、その
後、厚生省が「参照価格」を打ち出
したが、この四月十三日は、日医や
製薬業界、米国製薬工業会の圧力で

導入を断念した。そもそも薬価差益
を減少させ、医療費の伸びをどうに
かしたいのであれば、薬剤の包括化
や調剤薬局の普及に努力すればよい
のに、目的と手段がぐちゃぐちゃに
なったとしか考えられない。

介護保険制度において、患者負担
を一割とするのであれば（これはこ
れで負担増になるので、にわかには賛
成しがたいが）老人医療費も一割負
担とすればよいのに、正面からの議
論となっていないようにみえる。ま
た、次期医療法改正で一般病棟の急
性、慢性の区分をするとかいつてい
るが、何をどうするのかさえ意見の
一致がない。さらに、医療保険と医
療供給体制は「両刃の剣」とかいつ
ているものの、外部からみて厚生省
の政策が一体化されているのかどう
か大いに疑問である。

何をやってもうまくゆかないのは、
国民経済の情勢が様変わりしたこと
に原因があるといっても、このまま
ではどうにもならない。ここは、厚
生省をはじめ関係者の一層の努力を
お願いして、二十一世紀の医療のグ
ランド・デザインを示して欲しい。

ただ、わが国の老人医療に関して
は、これまでの当会の努力を少しは
参考にして欲しい。苦しい経営状況
の中から、スタッフを充実し、新規
投資も積極的に進めてきたのは、老
人の専門医療を確立するためである。
一般病床から療養型病床群への転換
は、利用者の方々の療養環境の改善
という意味で評価したい。療養型の
基準は、単なる面積の課題をクリア
すればよいが、そこで行われる専門
医療は、それなりの技術や知識の蓄
積が必要である。

それゆえ、療養型への転換は、老
人専門医療の供給体制を整備するこ
とと同義語であって欲しい。まちが
っても、どうなるか先が読めない医
療制度に対して「でも・しか」組ば
かりの転換になれば不幸だ。

※へんしゅう後記※

小学生の頃、アポロ十一号の月面
着陸に感動し、未来への希望に沸き
立つ思いを味わった。しかし今、現
実の二十一世紀の前に、スツキリし
た気持ちでいられないのは私だけか。
老人の生き生きとした暮らしはどこに
あるのか。ケアマネジャーよ頑張れ。