

老人医療 NEWS



回復期リハビリテーション病院を
運営して感じたことー個室化についてー

千里リハビリテーション病院
理事長 橋本康子

発行日 平成24年9月30日
発行所 老人の専門医療を
考える会
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5
シャトレ市ヶ谷2F
Tel. 03(3355)3020
Fax. 03(3355)3633
発行者 齊藤正身
[http:// ro-sen.jp/](http://ro-sen.jp/)

在院日数が三、四か月であり、長い時は六か月間の場合もある。それほどの長期間、疾患や障害を持って過ごすのに、他人と同

いうほどでなく、トイレは病室の近くにあればよいのではないかと思う。マイトイレは絶対ほしい、と思う人もいるとは思いますが。洗面台の一位は意外かもしれないが、リハビリテーションの観点からみると必要であり、マイ洗面台は患者さんにとって必須アイテムである。

室ではストレスがかかる。病院の個室化に関しては賛否両論あるが、私が入院するのであれば絶対個室を選ぶ。その思いから全室個室の回復期リハ病院を作った。

急性期病院とは違い、リハ病院では活動性を上げることや日常生活動作を習得すること、そして自分の生活を送ることが目的である。その観点からも自分に合った生活スタイルで過ごすことができる個室が必要である。個室の中にトイレ、洗面台、クローゼット、机を作りつけたが、患者さんの動き、利用頻度やリハビリテーション効果などから見て必要な順位は、①洗面台、②クローゼット、③トイレ、④机、であった。トイレや机はあるに越したことはないが、部屋の中になければいけないと

当院と大阪市立大学三浦研究所で病院空間利用について共同研究を行った。その中の一つに患者さんの運動レベルの測定（歩数測定）があり、三時間のリハで一四五歩、レストランまでの往復（二四〇メートル）一五〇七歩、病室内一六六八歩というデータがある。自室内での歩行が多くて驚いた。この結果は「自分の部屋」という思いが大きく働いているのではないかと考える。

しかし、矛盾するようだが、リハ病院のハードを考えれば考えるほど、介護保険、自宅での生活などに考えるより、病院のハードを重要視するより、医療スタッフが病院から飛び出し、「家」や「社会」を仕事場にしたいほうが現実的、経済的ではないかと思ってしまう。

私が回復期リハビリテーション病院棟に携わって十四年になる。それまで内科医としてリハビリテーションという分野はあまりなじみのあるものではなかったが、日々の診療の中で高齢者の寝たきり状態を防止するために、肺炎など疾患の治療だけではなく何かしなければいけないと思っ

てはいた。そこで、国内および海外の病院や施設、制度などを視察し私なりに勉強した。そのなかで、入院環境がリハビリテーションにはとても重要だと感じた。

病院の建築環境は三、四十年前と特に変わっていない。現在の日本は時代とともに、生活環境がこれほど変化しているのに、ほとんど変化がないのは病院くらいではないかと思う。良し悪しは別として生活スタイルは個人主義、プライバシー重視となっている。幼いころから自分の部屋があり、学生寮や社宅にしても個室が当たり前で、他人と一緒に住むことはほとんどなくなった。旅行や出張でも個室である。リハビリテーション病院では、急性期病院と違い、

現場からの発言へ正論・異論

(81)

主張 その82

医療区分あれこれ

南小樽病院 理事長 大川博樹

「事件は会議室ではなく、現場で起きている」という流行りの台詞が身にしてみる毎日を送っている。昨年の五月以来、外来診療に加え、数年

ぶりに病棟も担当することになったからである。しかし、かつての診療報酬包括制に慣れているためか、あらたな包括制である医療区分になかなか馴染めずに今に至っている。患者さんの病状が改善すると「区分がーになってしまいますけれど」との囁きが聞こえたりもする。経営者目線からは、如何なものか？、ではあるろうが、「まあいいか」である。思えばかつての包括制度でも、同じようなことが起きていた。いわゆる医療原価が低めの患者さんと、そうでないケースも同一の診療報酬であっ

たが、全体として病院経営はなんとか成り立っており、それゆえに必要な医療を必要患者さんに十分かつ集中的に提供する自由度が高かった。その自由を粗診粗療と履き違えることもできたが、むしろ高い医療モラル・レベルを目指す経営を可能にしてくれていた。

医療区分の導入で、経管栄養をはじめとする高要介護患者の一部は区分一とされ、医療療養病床での入院に相応しくないものとされた。医療療養の経営は、医療区分二、三の患者さんを可能な限り数多く入院させることでしか成り立たなくなつた。さらに、医療区分一であるが要介護度四、五であるという、いわゆる一物二価状態も浮き彫りになった。しかし、医療療養でも介護療養でも、提供される医療・看護・介護に大きな違いがあるわけではない。また、医療療養での区分一の担い手を介護療養とするのであれば、介護療養の

存続問題が論議されていること自体が不思議だ。まるで、老人病院は医療区分が二、三である患者を多く受け入れた上で医療療養を維持するか、区分が低くても高要介護度であることを活かして老健に移行するか、思い切って病院ではないものになるのを迫られているように思える。

医療病床は、医療区分の高い患者さんを入院させることに特化することとで、より「病院と呼ぶに相応しく」なつたとの見方もある。しかし、この制度は現場で高齢者に接し治療に携わっている医師をはじめとするスタッフの共感を得られているのだろうか。これまでに老人の専門医療を考える会が関わってきた、老人医療の確立、付き添いの廃止、ケアの充実、抑制の廃止、リハビリの強化、在宅への取り組みなどの共感度・目標達成感と比べて、医療区分を高めにキープすることは、現場スタッフに高い共感や充実した目標の達成感

をもたらすのだろうか。私の現場での経験からは、医療区分制度は老人病院をより病院らしく見せることにおいては役立っているのかもしれないが、現場で高齢者医療に取り組んでいるスタッフの意欲、モラル、目的意識などにはつながっていないと言わざるを得ない。

老人医療への熱き思いや真摯な姿勢、高いモラルや技術を目指すことが我が国の医療の発展を下支えしてきたのではないだろうか。今後、高齢者医療は医療区分のもとでさらにステップアップしていくのであろうか。診療報酬の包括制は、出来高の弊害が目立ってきていた老人医療に大きな転機をもたらした。さらに、包括であるが故の自由度の中で様々な目標設定も可能であった。医療区分を考えるとき「区分は会議室で作られるのではない、現場で作られる」ことのために、当会の果たす役割にいまひとたび思いを寄せている。

みんなわかっている

初富保健病院

副院長 入江邦隆

〈病院の紹介〉

初富保健病院は、千葉県の鎌ヶ谷市というところにあります。梨が名産です。初夏には白い可憐な花が咲き、町じゅうが白くなります。是非一度、いらしてください。その花の下を歩きながら考えました。

〈経管栄養などのこと〉

栄養経路は、三つしかありません。経口、経管、点滴、この三つです。食べられなくなったら、胃ろうを含めた経管栄養か、高カロリー輸液になります。この両者は同時に論じられるべきです。

〈高カロリー輸液のこと〉

初期の頃は、現在のような優れた輸液剤がなく、高カロリーパックというものに、カロリーや電解質などを計算して自分で入れて作ったものです。とても大変でした。中心静脈にカテーテルを入れるのは、カット

ダウンによっていました。従って、

厳格な適応がありました。現在は、非常に簡単になりました。IVHが増えた理由のひとつです。他の大きな理由もあります。訴訟の嵐です。医師にとって最も安全な道は、なんとしても生きていただくことです。人工呼吸器をつけ、IVH或いは経管栄養を行う、その他、出来る限りの事を行っておく、ということになります。

〈経管栄養のこと〉

これも、昔は、各病院で流動食を独自に作っていました。下痢が多く大変でした。流動食もとてもよくなつて、製品間の差はほとんどありません。気軽に経管栄養を、始められるようになりました。胃ろうも、PEGにより、簡単になりました。

〈IVH、PEGの増えた理由〉

列記してみます。①製品の改善、②手技の簡略化、③医薬業界の都合、

④病院側の都合、⑤家族の思惑、⑥医師の勝手、⑦医療への攻撃、⑧死に対する思い。

③、④は、出来高払いから定額への流れで、減少させることが可能になってきています。⑥は、医師が、中心静脈穿刺の技術を身につけたいなど、不必要に多く行うこともありました。⑤家族の思惑、患者の年金のこともありますが、入院費用もかかり、本当は、不要だと思っている人が多いと思います。⑦として、訴訟の嵐はなぜ起きたのでしょうか。主要な目的は医療費削減のためでありましたが、マスコミも動員して、

うとは思いますが、地域差もあるので、一概には言えないと思います。医師になりたての頃、研修の一環で、往診をしたことがあります。今の在宅訪問です。寝たきりの老人が多かったと思います。ほとんどの人は自宅で亡くなっていました。暗い印象は残っていません。いつから病院が最後の場所になったのか、理由ははっきりしていないようです。孤独死、という言葉が最近よく耳にしますが、本当に孤独に死んでいったのでしょうか。病院に担ぎ込まれ、とは思えません。

〈みんなわかっている〉

徹底的な医師たたき、医療たたき、を行ったことにあります（以前、老人病院に対しても、同様なことが行われました）。このため、医師の側からすれば、過剰とわかっていても経管栄養などを行わざるを得なくなる状況も生じました。しかし、最近では、一般の人々も少し目覚めてきたのか、色々な要求はしなくなり、最初から、けんか腰、と言うことも少なくなりました。最後の⑧、死と言うものに対する態度は、昔とは違

結論は、みんな本当はわかっている、です。口から食べられなくなつたら、多くの場合はそこまでいいとわかっている。陳腐な結論になりますが、本人の意思が尊重される体制も必要です。更に、訴訟の嵐は自然におきたのではないので、今度は、再びマスコミなども使い、嵐を鎮めるような方策も講じられるべきです。最後のときには、ひとくち、梨をたべさせてあげたいと思います。

アンテナ

同時改定の混乱から 地域再生へ

今回の診療報酬・介護報酬同時改定後の状況を簡単にみてみよう。まず、急性期病院は平均在院日数短縮化策で、全体的には病床利用率の低下という状況に対応を迫られている。一部の成功している急性期病院を除けば、病院間の競争が激化し、急性期病床の供給過多が顕在化している。実際問題として、病床利用率八〇%未満病院は、損益を計上している病院が多い。逆に、九〇%以上だと順調に利益を伸ばしている。病床利用率八〇%未満の公立病院は、そろそろ病床閉鎖する必要がある。いつまでも国民の血税をミスマネジメントに投入するのはやめて欲しい。

回復期リハビリテーション病床や療養病床と急性期病院が一層連携すれば、患者さんにとって有利であるにもかかわらず、急性期病院入院から転院までの期間が短縮化していない。これは、医療資源の無駄以外の何物でもない。どう考えても急性期病院が患者さんを抱え込み始めていくとしか考えられない。

回復期リハビリテーション病床や亜急性期病床は、リハビリテーション機能の充実と在宅復帰率が評価される一方で、医療密度が低い軽症患者ばかりを対象としているのではないかとという疑いをかけられているとしか考えられない。

医療療養病床は、医療区分二や三の患者を八〇%以上に維持するために、実際には疲弊しているが、決してこの方向が正しいわけではない。過剰診療より疎診療のほうが適していると考えられるケースもあるし、ターミナル・ステージでは、過剰診療は好ましいものではない。患者さんや家族の方々のコミュニケーションが最重要であり、何が必要な医療行為なのかについて確認しながら進め

ている現状を、なぜもつと評価されないのか疑問でならない。端的に言えば、良質なターミナルケアを積極的に評価すべきなのである。

介護療養病床は、いずれ廃止という闇が明けないままの膠着状況に活路を見出せないでいる。行政側の意地が勝っているのであろう。介護老人保健施設は、在宅強化、在宅復帰・在宅療養支援加算の取得という難題を抱えて身動きできない。介護老人福祉施設は、先行き不安が蔓延している割に意思決定が遅い。通所ケアは、長時間が大幅に引き下げられ短時間への転換が求められている。訪問介護は、医療との連携、身体介護の重視、短時間ケアへの注力移動に追いつけない。グループホームも連携強化の道以外選択肢がない。

在宅医療や訪問看護は、高く評価され地域包括ケアシステムの確立が求められていることは、よく理解できる。ただし、その前提として、急性期から回復期、そして生活期への早期適切な移行や通所や在宅ケアと施設ケアとの十分な連携が確保される必要がある。