

老人医療 NEWS



厚生省大臣官房
老人保健福祉部長

岡 光 序 治

福祉マインド

歌手の橋幸夫さんと対談した。考
えさせられることを聞かされた。

それは、お嬢さんのことで、大学
進学にあたり福祉の分野に進みたい
といったところ、まず友達から「へ
ー」といわれた。それから、東京で
福祉の学部をもっている大学は二つ

しかないことがわかった。東京から

離れるわけにはいかないので都内で
気になるところを搜したら、専門学
校が見つかった。そうしたら大変。
高校の先生から、「おまえ大学に進
学しないんだって」とえらい剣幕。

親としては、母親の世話をしてい

発行日 平成2年4月16日
発行所 老人の専門医療を
考える会
〒169 東京都新宿区百人町2丁
目5番5号 清ビル3F
TEL.03(5386)4328
FAX.03(5386)4366
発行者 天本 宏

る姿をこどもがみ
ていて、よくぞ考
えてくれたと感心
したのに、こうし
た反響があろうと
は考えてもいなか
った、とのこと。

- (1) 若者の福祉に対するイメージは特殊で暗い。
- (2) 社会保障の学問体制は整っていない。学問体系も一人前に認知されていない。
- (3) 高校教師は大学進学しか考えていない。真の教育を忘れている。ということになるだろうか。これから二十一世紀にむかい、福祉ないし介護の社会基盤を強化してゆかねばならぬのに、このような福祉マインドであっては、お寒い。思いつくままに対応策を述べてみる。
- (1) 高校の正式のカリキュラムに世代間扶養なり老人介護をいれる。
- (2) クラブ活動に介護ボランティアを認める（指導及びコーディネートを要する）。
- (3) 大学の社会科学系または社会教育分野への推薦入学基準に介護ボランティアの経験をいれる。
- (4) 大学の社会科学系にソーシャルポリシーまたはプランニング部門を設ける。
- (5) 老人介護の仕事は知的で人間的で人格の成長にもなることを明らかにする。
- (6) 老人問題は万人共通の問題で自分の問題としていつも考える習慣づけをする。そのほか、一般企業に対して、その従業員や家族を含むコミュニティ活動への貢献を促すべきだ。
- (1) コミュニティ活動について労働時間の一定割合を補償する。
- (2) 「パーセントクラブ」といわれている企業グループをつくり、利益からボランティア活動などへの寄付を税制控除する。
- (3) こうした活動を企業の社会的責任ないし存立維持に不可欠の行動という共通認識を定着させる。

社会復帰をめざす

老人医療を

生活リハビリ

私共の病院は、昭和六十二年七月に、千葉市のはずれにオープンいたしました三五三床をもつ、主として慢性疾患の治療に当たる施設であります。

恵まれた立地環境と、慢性疾患治療のリハビリ志向に徹した姿勢は、開院以来二年八ヶ月しか経っておりませんが、ほぼ一〇〇%のベッドカバー率を維持しております。

当院では、①食事②排泄③移動（寝たり、起きたり、簡単な移動）の三つが自力で出来るように、患者さんが、体力・知力を回復できるようにあらゆる方法で援助してあげる

ことを、当院のリハビリの理念としております。これを「生活リハビリ」という発想で、直接リハビリ室で行

う訓練だけでなく、生活の動き総てがリハビリであるとして、病棟各フロアーにある広いデイ・ルームを活用したり週二回の入浴の励行など、入院生活全般にわたってリハビリ志向の動きに満ちています。

しかし、これは膨大なマンパワーを要することであり、とても法定基準の介護員数でまかなえるものではありません。

日常生活サービスの徹底のために、基準の二倍を超えるマンパワーを確保しているという誇りと自負と、その裏腹に、サービス維持のために、

人手を多くかかえなければならぬという経営的苦渋に常に悩んでおります。

病院は病気の改善をはかるところ

近頃、とみに、所謂老人病院と老健施設、老人ホームなど老人関連施設の性格がいまになり勝ちな傾向を感じますが、私は「病院は病気の改善をはかるところ」という姿勢に徹すべきであると考えております。

そのために、医療設備も可能な限りの重装備をし、リハビリ施設も充実させておりますが、他方、平均在院日数も約六ヶ月から一年程度に目標を置いて、退院後のステップを予想し、入院治療計画をたてながらや

っております。

「患者本位」ではなく

「患者のために」

よく「患者本位の病院」ということを聞きますが、私はそれではだめだと思っております。つまり「患者本位」にするのではなく、「患者さんのために」すべてを発想する。そういうことが大切だと思っております。たとえば患者さんが嫌がっても、それが患者さんのためなら、あえてそれをやらしてもらおう。そういう姿勢こそが、患者さんの社会復帰のための大きな力になるものと考えております。

このためには、患者の家族の理解と協力が不可欠なものだと思います。当院では、ケースワーカーを三名



医療法人誠馨会
総泉病院

院長 高野喜久雄



置いておりました、まず、患者さんの入院前に、患者・家族・医師・ケースワーカーを交えて、充分時間をとって話し合いの場を持ちます。さらに入院一週間後、そして一ヶ月後に、同様の話し合いの場を設けております。

また、年間十回に及ぶイベントと毎月の誕生会を通して、患者家族とのコミュニケーションをはかっております。

この様に、患者、患者の家族、病院スタッフ、三位一体になって老人医療に取り組むところが、最も重要なことであろうと思っております。ちなみに、当院で行っているイベントをご紹介します。

- 二月 節分 三月 雛祭り
- 四月 桜祭り 五月 鯉のぼり
- 六月 あやめ祭り 七月 七夕祭
- 八月 涼風祭 十月 ミニ遠足
(バーベキュー)
- 十一月芸術祭 十二月クリスマス

毎朝の院長回診は、治療とコミュニケーション効果大

当院では毎朝八時に、必ず院長回診を行っております。全患者、全室の回診は約2時間を要しますが、他のDr.やNs.のほかに、ケースワーカーや事務のスタッフにも同行してもらうことによって病棟各階での問題点が、多くの場合、その場で解決することができております。

回診中のなんでもないことが、治療につながる例として、ある病室で「今朝は、〇〇さんに万歳をしてもらおう。さあ皆んな元気よく！」と声をかけますと、患者さんは一生懸命に体をベットのの上に起こし、重度の障害をかかえながら万歳の音頭をとろうとがんばるのです。

また、私はよく患者さんとジャンケンをします。患者さんのなかには「ジャンケン星取表」をつくって楽しみに待っていてくれる方もいるのです。

こうして、ちょっとしたでも体を起こすだけでも全然違うのです。ジャンケンにしる、バンザイにしろ、一見なんでもないことのように思えなくても、これが治療につながるものだと思います。頭を使って集中し、動かない体を一杯動かす。日常のなかでの、そういう積み重ねが、極めて大切であると思っております。

施設概要

医療法人 誠馨会 総泉病院

所在地 〒280-01 千葉市更科町 2592

電話 0472(37)5001

診療科目 内科・外科・整形外科・理学療法科・精神科

病床数 353床
(うち特例許可 260床
一般 93床)

職員 常勤医師 9名
非常勤医師 15名
ケースワーカー 3名
看護婦 63名 介護員 55名
理学療法士 7名, 作業療法士 5名,
言語療法士 1名, 音楽療法士 1名,
リハビリ助手 7名
X-P技師・検査技師 6名
薬剤師 2名
事務員・その他 10名

施設の規模

敷地 13,967㎡, 延床面積 6,918㎡
医療設備 CTスキャナをはじめとする各種診断装置及びリハビリに必要な器具・器材を大学病院なみに装備している。

特別介護浴槽 順送式 2台
クワールーム 泡沫浴・圧注浴・寝湯
リハビリガーデン 遊歩道・パットゴルフ場, ゲートボール場・池

老人のリハビリテーション

浜村 明德

老人の専門医療を考える会
総合研究会から

〈下〉



前号に続き、昨年十一月十一・十二日の二日間にわたり都イン・東京（東京都）において開催された「老人の専門医療を考える会総合研究会」より、第二日目に行われた浜村氏の講演概略を紹介したい。

長崎で、寝たきり老人のリハビリテーションに取り組み始めてから、十年が過ぎた。長崎は周知の通り坂や階段の多い町で障害者には生活のしにくい面がある。また、小さな島々を抱え、人口の過疎化が進む中、老人人口が三〇%を超えている島もある。このような地域でリハビリ活動を続けてきて思うことは、今、寝たきり“と言われている方々の約半分は、つくられた寝たきり”ではないか、ということだ。今日は、長崎病院での活動を中心に振り返りながら、老人のリハビリについて共に考えていきたい。

一、ヨーロッパで

イギリスやイタリアを訪れた折に街を散歩すると、障害をもった老人も明るい色合いの服装をし、きれいに着飾っているのを見かける。電動車椅子で社会活動に参加している姿もあり、生活感が感じられる。病院においても、座って過ごすことが習慣であり、そこにはノーマライゼーションを一つの価値基準としたリハビリがあった。こういう姿を可能な限り追求していくことが、私達の役

割であると思う。

二、長崎では

これまで担当してきた患者さんの一例に中学時代に障害者となって以来五〇年間寝たきりという方がいた。極端な例ではあるが寝たきり患者さんは後をたたないというのが現状だ。在宅老人をみると、誰も訪れる人がいないと寝まきのまま一日を過ごす、そこから次第に体力が消耗し寝たきりから二次的合併症を起こしている。また、病院内での生活はできても、在宅となると難しい老人が多いことも知らなければならない。病院内をみれば、まず寝ている姿が目に入る。ベッドの脇にはポータブルトイレがあり、食事の時もベッドから離れない。寝まきのままで、髪は寝ぐせがついている。このような状態がどこにもある一般的な病院の姿ではないだろうか。これでは、いくらリハビリ室で訓練をしても、病棟に戻れば寝・食・排泄が一緒であり意味がない。

日本では、リハビリというはまだ機能回復訓練に比重があり、患者さん自身、訓練してもらう”とい



う考え方をもっている。生活を支えるためのリハビリであることを忘れてはならないし、リハビリ室はリハビリの一部分であるということ、医療スタッフは勿論、患者さんや家族の方にも働きかけることが大切だ。

三、長崎病院での活動
障害のある場合には、生活環境の工夫が第一に求められる。

①廊下に椅子を
病院内を歩くとき、廊下に椅子を置いてあると、以外なところで老人が休憩していることがある。背もた

れが高く、脚部の広い安定した椅子が役に立つ。

②看護部のレクリエーション
毎週金曜日の午後はリハスタッフ
が外勤となるため、看護スタッフの
リードによるレクリエーションが行
われている。チーム・リハビリの一
環として意識の高揚が図られる。

③生活環境のチェックを
当院での平均外泊回数は三回であ
る。外泊の時にリハビリスタッフが
同行し、自宅周辺の坂や階段のチェ
ックを行う。手すりの設置等につい
て指導している。

④楽しい食事を
老人は家庭に戻ると個食の場合が
多い。食事は非常に社会的行為であ
り、病院の味気無い食事を何とかし
ようと、スタッフ皆でお金を出しあ
って食堂にテーブルクロスと花を置
いた。随分と雰囲気はよくなったが、
患者さん達は相変らず今なお黙々と
食べている。そこで、今、考えてい
るのが食事コーディネーターを配置
し、皆で楽しい食事ができるように
することであり、これが今後への課
題である。

その他の活動としては、年一回の
旅行があり、前は電車を使い福岡
の「よかトピア」へ出掛けてきた。
また、病院ボランティアの養成にも
力を入れている。

四、まとめ

高齢化社会を目前に、今、皆で、安
心して家庭や地域で暮らせる方法を
模索していかなければならない。高
齢化社会では支える側と支えられる
側の逆転が起き、老人問題、とりわ
け障害老人と痴呆老人への対応がク
ローズアップされてこよう。在宅で
の対応は、周囲からの理解が乏しか
ったり、適切な治療や援助が受けら
れない、といった場合もあり、地域
リハビリテーション活動の充実が今
後増々必要とされよう。

地域リハビリでは、直接的援助活
動として、保健・医療・福祉の分野
から機能訓練事業、訪問看護、老人
デイケア、デイサービス、ホームヘ
ルパー派遣、等々が行われている。
さらに地域組織化活動や一般の人々
への働きかけも力を入れていかなければ
ならない。

老人問題は、保健・医療・福祉を

併せてトータルに考えていかなければ
ならず、スタッフ側がいつも明るく、
チームワークで対応していくことが
大切だ。これからは、ターミナルケ
アまで含めた老人のリハビリを期待
している。

(国立療養所長崎病院
理学診療科医長)

最後に行われた全体討議では、厚
生省病院管理研究所・小山秀夫氏か
ら以下のようにまとめられた。

労働と仕事の違いは、仕事は気づ
きと改善があることであり、現状で
満足しないようにしてほしい。よく
欧米と比較されるが、日本の病院は
見せる力が弱い。病院自体を自分達
の仕事のシヨールームとするところ
から、患者さん達にも張りが出てく
るのではないだろうか。

また、「サービス」ということを
いつも頭にとめておいて欲しい。サ
ービスは人が人に心からすること
であり、サービスの原点として、『家
庭にあるものが病院にない』という
ことも考えてみよう。

老人診療報酬の改定

二月二十一日、厚生省より中央社

会保険医療協議会へ診療報酬および

老人保健施設療養費の改定等につい

ての諮問書が提出され、四月一日よ

り実施される運びとなった。老人診

療報酬における今般の改定では、在

宅ケアの強化、看護・介護力を強化

した場合の医療を評価し付添看護の

解消を図る、早期リハビリテーショ

ンの重点評価、痴呆性老人対策の推

進、等、当会の意見が大きく反映さ

れた内容となっている。以下にその

概要を記しておく。

一、在宅医療の推進

(1)寝たきり老人に対する訪問看護、

訪問理学療法の拡充

・寝たきり老人訪問看護・指導料

の評価

二五〇点→三八〇点

准看護婦による訪問看護を評

価(新設) 三一〇点

末期がん患者への訪問回数

要件緩和

・寝たきり老人訪問理学療法指導

管理料の評価

二五〇点→三八〇点

(2)寝たきり老人に対する在宅療養

の充実

・寝たきり老人処置指導管理料

(一月)五五〇点 (新設)

・寝たきり老人訪問診療(察)料

の評価 五〇〇点→五四〇点

・寝たきり老人訪問指導管理料

三五〇点→三六五点

(3)医療機関相互の連携による在宅

ケアの評価

・寝たきり老人診療情報提供料(I)

(一月)一九〇点 (新設)

・寝たきり老人診療情報提供料(II)

(一回を限度)一九〇点

(新設)

(4)長期入院患者の退院後の在宅療

養への円滑な移行の促進

・退院前訪問指導料(新設)

(一回を限度)三〇〇点

・退院患者継続訪問指導料(新設)

(二回を限度)三〇〇点

(5)老人保健施設入所者への協同指

導の評価(新設)

(一回を限度)二六〇点

(6)老人デイ・ケアの評価

二五〇点→三八〇点

二、老人の心身の特性に応じた入院

医療の確保

(1)老人病院における看護・介護力

の強化

・特例許可老人病院入院医療管理

料(新設)

介護職員四対一

(一日) 五七三点

介護職員五対一

(一日) 五三七点

・老人基準看護の評価

老人特例一類

二五〇点→三〇八点

老人特例二類

二〇〇点→二六八点

(2)老人病院入院患者に対する医療

の適正化

・大量な点滴注射の適正化

・特例許可外老人病院の注射料の

適正化

・入院時医学管理料の区分の見直

し 八区分→五区分

三、病期に応じたりハビリテーショ

ンの評価

・早期に行われるリハビリの重点

的評価 四〇〇点→四八〇点

・回復期のリハビリの評価

運動療法(I)

複雑 六月以内 四〇〇点

六月超 三八〇点

単純 六月以内 一六〇点

六月超 一五〇点

運動療法(II)

複雑 一七〇点→一八〇点

単純 九〇点→九五点

作業療法

複雑 六月以内 四〇〇点

六月超 三八〇点

単純 六月以内 一六〇点

六月超 一五〇点

老人特定疾患言語療法

複雑 一五〇点→一六〇点

単純 一〇〇点→一一〇点

四、痴呆性老人に対するケアの評価

・痴呆患者収容治療料(新設)

(一日)一八〇点

・重度痴呆患者収容治療料の評価

・重度痴呆患者デイ・ケア料の拡

充

・痴呆患者在宅療養指導料の評価

アンテナ 七五三病棟のゆくえ

老人病院の話題の中心は、四月一

一日当たりの入院料となる。

日実施の『特例許可老人病院入院医療管理料』別名『介護強化病棟』であらう。この制度は「別に厚生大臣

一月三〇日とすると、三十二ないし三十三万円前後となる。ただし、

が定める施設基準に適合していると都道府県が認める特例許可老人病院

カギを握るのは、リハビリの必要性とその頻点および程度ということになる。仮に、リハビリテーションを

である保険医療機関において、当該承認に係る病棟に収容した場合に算

メインにした病院があるとすれば、点数が相対的に高く、リハビリの承認を受けていないと低いという関係

定する」もので、六対一の看護婦以外に四対一の介護職員の配置で五七

がある。また、これまで投薬と注射の合計点数が高いほど、経営的には

三点、五対一で五三七点である。医療管理料は、医学管理料とまち

マイナスで、寝たきりを起すために努力していた病院ほどプラスになる

がわれたり、名称が長くわかりにくい制度である。丁度、点数が五七三

という関係がある。厚生省の「寝たきりゼロ作戦」が

と五三七点であることから、いっそ「七五三病棟」とでも名目したい。

診療報酬にも反映されたともいえるし、当会が主張してきた薬にたよらない老人専門医療の主張が認められ

費用は、包括化される。逆の言い方をすれば、入院時医学管理料、室料、

七五三病棟は、特例許可老人病院あるいは病棟以外は算定できない。

給食料などの入院料、画像診断、理学療法、処置、手術、麻酔に五七三

病棟単位か病院単位かという議論もあったが「特例」の全てということ

点か五三七点を加算した点数が一人

になっている。つまり、全病棟が特例許可なら病院単位、一部が特例病棟なら、その全ての病棟が対象となる。特例を一部返上して一般病棟化

する。七五三と一般の混合が有利とも考えられるが、患者さんや職員配置を考えると、七五三のみという方式の方が管理上は対応しやすい。

当会員に対して、四月上旬にアンケートを行なった結果をみると、四割は医療管理料を「採用」、四割は「採用せず」、残り二割が検討中ということであった。採用組の中にも

条件付き採用が多く、今後は各都道府県の対応をにらみながらということになる。ただし、承認をえるためには、基準看護と同様に三カ月間の

対する不安から不採用という問題がある。いずれにしても、難かしい問題ではあるが、それぞれの老人専門病院が、どのような患者さんに、どのように対応していくかという理念の問題があることは確かである。しかし、一方では、患者さんの構成によって無理なく、無駄なく、無心に対応するべきであらう。

には、基準看護と同様に三カ月間の試行が要求されたり、保険外負担の問題をからめて指導したりするという問題点もある。

の考え方が二年後には実施されるであらうことは、ほぼ確実であらう。そうであればこそ、ここ二年間の対応は、老人専門医療機関としての試金石ということになる。

不採用型にも理由がある。まず、老人特例看護を採用したケースである。特例看護で四割正看、場合によっては三交替にしたのに、改定が

た。今後は、七五三を採用した病院の実態と不採用の病院を比較しながら議論が展開するであらう。それゆえ、採用組も不採用組も一層の努力が必要である。

って再度変更が困難という理由である。つぎに、「まるめ」に対する医師としての不満と、七五三の将来に

いのは、七五三の祝金にしないことである。この制度を活用して、老人医療を立派な成人に育てていきたい。

ターミナル・ケア所感

医療法人一穂会

西山病院長 渡辺庸一

老人医療の現場にたずさわっている私達はターミナル・ケアを避けて通れません。

しかし、「ターミナル」のとりえ方はさまざまですし、「ケア」に関しても今のところ、コンセンサスが得られていないように思います。従って、ターミナル・ケアに関して発言することは、一面、独善になる危険がありますが、あえて、一言だけ述べてみたいと思います。

老人医療の現場では、あれこれ治療行為を重ねているうちに、患者さんが「死んでしまった」ということではいけないと私共は考えます。

私共の病院では、ターミナル・ケアに関して、次のような考え方ができています。

すなわち、医療・看護にたずさわるメンバーが、その患者さんに対して、「死」を意識する段階をもってターミナル・ケアの開始とする”ということなのです。

患者さんには「告知」は殆どの場合いたしません。「この年の人に告知を行うのは残酷だ」と考えるからです。患者さんの人権を無視するべ

きでない、という考え方も示されましたが、ある年月をかけて、医師・看護婦共、了解点に達しました。

家族に対しては、病状を詳しく説明し、どうしたら、患者さんの苦痛をやわらげることが出来るか具体的な方法論を話しながら、相談します。殆どの家族の人は「苦しみがない最期」を希望します。

医師・看護婦などベッド・サイドにたずさわる職員達で、方法論を協議します。

トランキライザーの使用、モルヒネ・ソリユージョンの使用、などの場合には、特に時間をかけて、結論を出すようにしています。

トランキライザーは、マイナーを若干使用するか、抗うつ剂的な薬剤の内服使用の場合も、ベッドサイド職員は、使用理由を全員知っています。

内服モルヒネを使用する場合、クロルプロマジンを点滴内に入れて使用する場合は、特に嚴重なチェックが行われています。

チェックの内容は、患者さんの疼痛、苦痛、緩和の状態、を始めとし

て、摂食の状態、意識レベルの様子、情緒の状態、バイタル・チェックの実際の職員の言葉の使い方、などです。

補液のあり方も論議されます。今回の「いわゆる「丸め」」の中で、私はターミナルケアの場面では本当によかったと感じています。一人の患者さんが「死」を迎える時、周囲の者が、「点数」を意識しないで、本来のことが行えるようになってきたと思います。

〓へんしゅう後記〓

呆ける”となぜ問題になるのか。それは、何ととっても周りが迷惑するからだろう。食事、排泄などに手がかかるようになり、自分達の生活様式が崩されていく。しかし、考えてみれば、交通機関の発達によって、遠くまで徘徊してしまうから、一層探す手間がかかるのであり、電気、ガス、石油など危ない玩具がいたるところにあるから目が離せない。こう思うと、私達の生活が便利になる程、呆け老人はますます社会から追いやられざるを得ないような気がしてきた。