

老人医療 NEWS

ひと昔前、当時の武見太郎日本医

師会長に呼び出され、難病の治療

と看護の研究班”に参加するように

命令された。武見先生の発想による

と厚生省の研究は患者にストレート

に還元されるべきであり、特定疾患

はできない。難病患者のケアはその

モデルになり得る。医師会としては

非取り組みたい」と説得された。

それから十五年、難病医療は飛躍

的に向上し、その延命効果も大幅に

伸びた。最近では難病患者の多くが

加齢への取り組み

日本医師会副会長

村瀬敏郎

といわれる難病の研究も、疾病個々

の研究よりも患者の状態像に着目し

た処遇体系に目を向けるべきだとい

うのである。「専門外の仕事だから」

とお断わりすると「これからの医療

担当者は老人問題を避けて通ること

老人医療の対象者にさえなっている

のである。それに伴って、難病の

治療と看護の研究班”も、難病のケ

アシステム研究班”と衣替えして、

ターミナルケアにまでその範囲を広

げることになった。武見先生が教え



れて、医療社会の論議を呼んでいる

が、マト外れの意見が多いことに落

胆させられる。医療法はたとえば言

えば舞台の書き割りのようなもので、

医療担当者とは患者である国民が医療

という芝居を演ずる背景である。現

発行日 平成2年7月31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

られた老人問題のモデルとしての難
病研究も、現在ではそのまま老人医
療の一角を占めるに至っている。こ
とほど左様に世の中は変わっていく
のである。

医療法の一部改正が国会に上程さ

在の日本では演技するために健康保

険法や老人保健法という舞台衣裳を

着けなければならぬ仕組みになっ

ているので、書き割りから舞台衣裳

を連想することは無理からぬこと

であろう。しかし、そのために芝居の

台本まで書いてしまうような意見に

は賛成しかねる。これからの医療は

国民の希求に応じて展開されるので

あって、それは人口構成や疾病構造

の変化によってもたらされる時代の

価値観によることにならう。その意

味で老人処遇体系の整備は避けて通

れないのである。

・生態パラメーターの加齢による

変化”という研究テーマに取り組み

四苦八苦している。加齢による変化

は老人になるほど固体変動が大きく、

パラツキの少ないパラメーターを探

し出しても、それが社会医学的にど

れほどの意味があるのかという難問

に突き当たる。しかし、高齢人口が

国民の二〇％に近づくであろうとい

われる二十一世紀を目の前にすると、

こうした問題に決着をつけることも

医療担当者の責務といわざるを得ま

い。

小山田記念温泉病院

医療法人社団主体会の経営する小山田記念温泉病院は、三重県四日市市郊外、小山田地区にあり、東に伊勢湾を望み、西に鈴鹿の山なみが迫る丘陵地にある。小山田老人施設群の発祥は社会福祉法人青山里会が一九七四年に小山田特別養護老人ホーム（以下特養）を開設したのに始まる。現在、施設群には小山田記念温泉病院（一般病床九一床、特例許可病床二三九床）、一般特養二〇〇床、痴呆性老人専用特養一〇〇床、A型・B型軽費老人ホーム各五〇床、身体障害者療護施設「小山田苑」八〇床、厚生省のモデル事業として始まった老人保健施設（以下老健）一〇〇床、デイサービスセンター（A型）、地域交流ホーム、四日市福祉学院（本年四月開校）がある。また、本年八月にはケアハウス五〇室を開所予定、平成二年度事業で在宅介護支援センターを建設予定である。

高度医療とケアを

老人医療・福祉に情熱を注ぐに至った動機は脳卒中で寝たきりになった祖母を五年間在宅で介護した母親

医療と福祉の連携

—包域的医療と健康長寿の
まちづくりを目指して—

医療法人社団主体会
小山田記念温泉病院
理事長 川村 耕造



をみて特養の設立を思い立った。特養は生活の場であり、病院は治療の場ということになっているが、ホームの老人は様々な慢性疾患もさることながら、癌をはじめ肺炎などの感染症や骨折などでの緊急の医学的対応が求められることも少なくない。そのためにはぜひ緊急医療、高度医療の必要性に迫られる。

施設群での病理解剖は千例に近いが、剖検のCPCから検討すると老人医療に高度医療の導入の大切さが理解できる。それを可能にするためガンマーカメラ、全身用CT、超音波、血管造影撮影、などの非侵襲的な最先端の診断器機を導入し、近く超電動MRIも入れて診断機能の向上を図る予定である。外科、整形外科や眼科を中心に二つの手術室はフル稼働している。本年一月より泌尿器科と連携して老人の失禁外来を行い好評である。

老人医療、とくに要介護老人の医療にこそ、「信頼」と「安心」の医療を心がけながら、先端医療の恩恵を与えることが大切である。

福祉の世界では一にケア、二にケ

ア、三にケア、四に医療とケアのみ
に視点が置かれるが、老人医療も福祉も第一に医療、そして二に三に四にケアとくるのが本来の姿であろう。

QOLを重視した環境設備を

小山田記念温泉病院は小児科、産科を除く全診療科を擁する。本年四月より神経内科のスタッフを充実した。リハビリは老人病院にかかせないポイントであるため、PT、OT、



アトリウム

施設概要

医療法人社団主体会

小山田記念温泉病院

(一般91床, 特例許可 239床, 計 330床)

三重県四日市市山田町 5538-1 (〒510-11)

TEL 0593-28-1260

川村病院 (一般 126床, 内科, 外科, 消化器科)

川村第一病院 (特例許可 127床, 内科, 放射線科, 理学療法科, 人工透析センター)

三重県四日市市城北町 8-1 (〒510)

TEL 0593-54-1771 (代表)

社会福祉法人青山里会

小山田特別養護老人ホーム (200床)

第二小山田特別養護老人ホーム

(痴呆性老人専用 100床)

小山田軽費老人ホーム (B型, 50床)

第二小山田軽費老人ホーム (A型, 50床)

身体障害者療護施設「小山田苑」(80床)

小山田老人保健施設 (100床)

小山田デイサービスセンター (A型)

小山田温泉地域交流ホーム

小山田ケア・ハウス (50室)

四日市福祉学院

(定員 40名, 介護福祉士養成)

小山田在宅介護支援センター

(平成2年度完成)

STの二本柱で充実させている。施設内より湧出する50℃の弱アルカリ単純泉を利用して温泉療法を試みており、治療効果を高めると同時に、お年寄りにQOLの面からも非常に喜ばれている。

外来、病棟とも介護面に配慮した構造上の工夫や、老人の離床を促すための談話コーナー、食堂、デイルーム等を配慮した。そして、何といっても多額の金を費やしたアトリウムは三階吹抜けのオールシーズン全天候型、内にレストラン、売店、美容・理容院、銀行などがあり、外来者、入院患者、地域の住民、面会家族の団らんなどに利用されている。



病院周辺の自然環境を生かして色

ろう。

々の工夫をした。豊富に湧出する温泉のため、杉木立の中に露天風呂を造った。時々お年寄と一緒に入浴し、

老健施設ではすでに諸施設がデイ・ケア事業などに取り組んでいる。

大変喜ばれている。また患者がレクリエーションをかねて散策できるよう日本庭園、小動物園、馬場、野外

第二次医療法改正の療養型病床群と特例許可病院との関連性、老健施設の位置づけなど不透明な部分が多く不安が残る。

リハビリ施設、放牧場、キャンプ場などを配し、お年寄りが張り合いのある療養生活を送れるよう配慮した。

また、老人福祉法等の改正では、市町村を中心とした地域福祉の推進が進められようとしているし、市町村と都道府県による老人保健福祉計画も策定されようとしている。老人

これらの施設は多忙な日常生活を送る小生にとっても、また自らのオアシスともなっている。

医療は老健施設、老人福祉と深く密接に連携している。老人医療は一般医療にも視点をおきながら、福祉との連携を保つ必要がある。そういった中で、寝たきり、呆け、失禁、褥

老人医療の三つのキー・ワードは、一、良質の医療、二、介護の専門性、三、生活の質(QOL)の向上につ

た中で、寝たきり、呆け、失禁、褥創など老人医療特有の症候に挑戦すべきである。

将来への課題

最近、「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略」とか「寝たきり老人ゼロ作戦」など随分勇ましい戦略が出てきたが、病院、施設と在宅医療、福祉を車の両輪のごとく対等なレベルまで上げるため、在宅の推進事業が緊急課題となっている。老人医療においても在宅に大きく挑戦すべきであ

今、小山田施設群では、「めざせ!! ノーマライゼーション」を合言葉に、どこに住んでいても、呆けても寝たきりになっても安心して暮らせる街づくりを勉強中である。老人病院はそういった理念の中での施設であり、老健施設、福祉施設も同じ責務を負っている。

老人の専門医療を考える会 平成二年度総会



五月十二日午後三時三〇分より、老人の専門医療を考える会平成二年度総会が開催された。会員二十五名が出席し、議案審議および意見交換がなされた。

冒頭の会長天本宏氏挨拶では「今回の診療報酬改定においては、当会の意見が反映された内容となっているが、特例許可老人病院入院医療管理料（定額払）の新設などにより、他施設との機能の差を増々明確にしていかねければならない。老人医療は慢性期のみではなく初期医療にも対応していくことが必要である。会員諸氏の実践から得た知恵や技術を元に、よりよい老人医療を目指し、今後とも力を尽くしていきたい」と述べた。

議長には木下毅氏が選出され、事務局長吉岡充氏より事業報告、事業計画案等について説明が行われた。監査報告は監事南溢氏と公認会計士小串安正氏が行い、以上、満場一致をもって承認され、午後四時に閉会となった。



伊藤 雅治氏

記念講演

老人保健をめぐる最近の動向

伊藤 雅治

同日、同会場にて厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課課長・伊藤雅治氏を迎え、記念講演が行われた。

昨年末に、老人保健審議会より中間意見が出され、保健、医療、福祉にわたる幅広い視点から基本的方向についての提言が行われた。費用負担については更に検討を重ねていく。

今回の診療報酬改定では、在宅医療の推進、病院における看護・介護機能の強化、早期リハビリの評価、痴呆性老人対策の推進、の四点に重点を置いたものとなっている。

「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」の中で、特に重視していきたい



のは、まず、市町村における在宅福祉対策で、ホームヘルパー、ショートステイ、デイ・サービスセンター等の整備である。そして「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開と、特別養護老人ホーム、老人保健施設、ケアハウス等の整備も緊急とされる要件である。

入院医療管理料と

老人専門病院

特例許可老人病院入院医療管理料の承認病院が五月一日現在で二六病院、四三一六床となった。その後も各地で承認病院が増加しているが、本紙で光風園の木下先生とエビハラ病院の海老原先生の報告にもあるように、いくつかの問題点もある。

当会のアンケート調査でも、会員病院の半数以上が条件付きながら医療管理料の導入を検討しているが、「認可」の段階でのハードルが超えられない場合が多い。そこで、まず認可までのプロセスでの障害を整理してみたい。

第一に、医療管理料導入にあたって、これまで老人専門病院の質の向上に努力してきたかどうかが問題である。病院の理念や方針を導入にあたって変更する必要があるのか、職員の士気、組織、管理体制に問題がないのかを点検する必要がある。例えば、老人の介護について、付き添

いのウエイトが大部分であった病院は、根本的に見直しが必要ということになる。

第二に、介護職員のマンパワーについての問題である。基本的には、人手が集まるかといった量の問題、人手はあるが心から老人介護の仕事

を希望し、質の向上に努力してくれる介護職員が配置できるのかといった質の問題が大きい。量の問題は、確かに人手不足もあるが、病院のイメージ、他産業との競合状況、募集方法および労働条件、院内の人間関係なども重要である。また、質については、優秀な職員の採用ということになるが、介護職員に対する教育プログラムが確立しているかが問題であろう。結局、各病院の人材吸引力と人材教育力が勝負ということになる。

第三に、行政窓口との事前協議、申請資料作成、行政指導、承認基準

の問題がある。事前協議、行政指導では、都道府県で統一されているわけではなく、おおむね基準看護と同一の厳しいものから、制度の意図を十分理解した対応を行っている県まで様々である。大都市部とその周辺の自治体の指導では、いわゆる保険外負担の問題をクリアできないため申請が困難となってしまうケースもある。

第四に、行政対応の中で、申請までの期間、および実績作りの問題がある。これについては、基準看護を取得している病院は、実績と認める県や、実績作りのため三か月間の指導期間を設定した上で申請させ、その後三か月間もたつてから承認という姿勢を示すものまである。このような実績作り期間と、試行期間の人件費が問題となり、経営的に余裕がないと申請できないことになってしまい、結果として病床数が多い病院に有利となる。

第五に、将来に対する経営的不安材料が多い。例えば、四対一、五対一で今後とも対応できるか、患者構成が重症者中心に推移した場合、対

応可能か、診療報酬上の対応が諸物価などにスライドするのか、さらに医療法改正後について、どのように位置づけられるのかなどである。

以上、五つの問題点を考えてみると、五月の時点で二六施設であるものが、今年中に一〇〇施設程度が限度であるように思う。なんのために医療管理料を設定したのかを考えてみればみるほど、制度の趣旨と実際の対応にミス・マッチが生じているように思う。

が、ケアを重視して質の高い老人専門医療を提供することを目的に組織された当会は、ベターな選択として七五三病棟の大いなる実験に参加することになった以上、いくつかの障害を超え、制度の矛盾を正すことを要請されている。そして、当会のアイデンティティを見直す時期にもきているように思うのである。

入院患者の約四五％が老年人口で占められ、政府も十か年戦略などを中心に、老人ケアの質について重い腰を上げはじめた。この機会に、会員各位の一層の努力と会員間の団結が重要である。

本年四月一日の診療報酬改定によって、『特例許可老人病院入院医療管理料』が新設された。看護・介護力の強化を図ろうとするもので、介護職員四対一では一日五七三点、

同五対一では五三七点の定額制である。当会会員病院でいち早くこの方式を選択した二病院からの報告を紹介したい。

下関市・光風園 院長 木下 毅

特例許可老人病院入院医療管理料の採用について

五月一日から特例許可老人病院入院医療管理料いわゆる「まるめ」方式を採用した。内容や気付について少し書いてみたい。

♀♀認 可♀♀♀♀♀♀♀♀♀♀

三月二十九日に県から文書が来た。それには、毎月十五日までに申請書を受理したものについて当月に調査する。つまり条件を満たしていれば翌月から認可するということである。但し三月末日までに提出されたものはこの限りではないと書いてあった。看護婦、准看護婦の必要数は申請日前三ヶ月間に充足されていること、介護職員については申請日に充足されていることとなっていた。

当院は一九八床で老人特例一類看

護を取っていたので、四月九日受理、

十八日調査、五月一日認可となった。

当初は(Ⅰ)五七三点で申請したが計算方法の差で二名不足ということ(Ⅱ)五三七点の方になった。三交代が条件だったが、夜間通勤困難、長期入院者が七〇%以上の要件で六月一日から、介護職員については二交代制が認められた。基準看護は四月三十日で辞退届を出した。

♀♀収 入 面♀♀♀♀♀♀♀♀♀♀

当院の平成元年の一日当り平均医療費は、一、一〇〇点となっていた。一、一〇〇点以上はまるめにしない方が有利といわれているが丁度分れ目あたりになっていた。

表は当院の一日当たり点数を項目

別にまとめたものである。四月までは老人の基準看護、四月おきかえは四月分を仮りにまるめで計算して見たものである。四月は入院料で七十

三点増になっている。五月の支出の方は検査料支払減一日一人当り八点、薬品購入減九十一、人件費増分十五点となった。合計で四十四点増となるが在庫使用等で薬品購入減が大きく出ているので数ヶ月様子を見ないと何とも言えない。

♀♀治療内容♀♀♀♀♀♀♀♀♀♀

点滴は三分の一、四分の一になり一日十三本位の使用となった。量も半分の二百ml/日程度である。内服薬もかなり減らした。患者さんに薬を吞みたいかどうか尋ね、嫌いな人の薬はやめることにした。しかし薬を吞みたいという人が割に多く意外である。こういった患者さんの薬も量を減らしてみた。異状を訴えたのはパーキンソンの人でふえるが増えたのが二例、脳卒中後遺症等で、頭痛、めまいが各一例で計四例、他は全く変りない。今のところ四例とも再投与で治まっている。現在使っている薬は、わずかの脳代謝賦活剤、

便秘薬、鎮痛剤、強心剤他少量となっていてい

る。抗生剤の注射も減らし内服中心とし、第一世代を多く使う様にした。あまり使っていないなかったためか効果は充分であり、病状の悪化はみられない。死亡者は一見少くなっているがこれは少し長期にみる必要がある。感染症は減っており、これは横になっ

♀♀看護面♀♀♀♀♀♀♀♀♀♀

検査数は三分の一位になった。念のためという検査はなくなった。注射の件数が少くなり、極端な言い方をすれば看護婦が自分の技術を維持するために注射の取り合いをする様な気分だ、といっている。看護婦にとっては一寸不安がある様だ。

注射、投薬、伝票書き等の時間が減ったが、職員は以前から老人の専門医療を考える会のセミナーや、院内研究会で介護の重要性をたたき込まれているので、意識的な抵抗はない様だ。職員が病室にいる時間が長くなり患者さんの表情は明るくなり、

老人診療報酬における 定額制導入の是非について

平成二年四月一日より実施となった保険診療報酬点数表の改正は「特例許可老人病院入院医療管理料」の新設によって「丸め」などが徐々に進行していたとはいえ、出来高払い一辺倒の制度に画期的な変化をもたらした。今後新制度がわが国の保険医療制度に与える影響は極めて重大であるので注意深く行方を見守らなければならぬと思うが、当院は期するところあっていちはやく「定額制」を申請、認可を得た。そこで「五分分レセプト請求」を新方式で行ったので僅か一ヶ月の経験ではあるが「出来高払い」との比較検討を試みてご参考に供したいと思う。

要欄が処置だけとなり一寸変な感じだ。処置の点検には結構時間がかかり、処置もまるめてしまった方が良いのではないだろうか。
薬局も仕事が減り楽になったというより少し手持無沙汰という感じだ。

	元平均	23年月	24年月	24年4月おき	25年月
総点数	1100	1054	1100	1060	1060
入院料	676	684	757	985	985
薬	85	92	74	—	—
注射	215	163	154	—	—
処置	61	50	51	50	55
検査	45	43	40	—	—
その他	18	22	24	25	20

また、会話も増えた。食事介助もゆっくり出来、鼻腔栄養も減った。しかし介護はやればやるほど忙しくなり、職員の方は少し疲れている様子もみえてきた。あまり張り切らないでんびりやろうとっているが、ありがたいことだ。

保険事務は随分楽になった。一九八床で一人でできている。点検も三分の一位の時間で済むようになり、病名も検査病名や一寸した薬のための病名がなくなり、ほとんどが五病名以下になった。ただレセプトの摘

次に、定額だと薬の入れ替え等の経済的効果が全くなき、二年間の人件費増に充分に対応できるかどうか心配だ。
そして、人件費については、特別養護老人ホームの寮母の初任給が平成元年度で二八〇万円位（厚生費込み）、五年目だと三三〇万円位である。五七三点と五三七点の差を人件費とみると介護職員一人当り年二六二万円となる。厚生費等を考えると月給十一万円位にしなければならない。しかも二年間は増えない。少くとも福祉並の人件費は認めてほしいものだ。

まず、職員数の点では、世の中が好景気で人が集まりにくい。以前は割によく集まっていたが、昨年後半から特に介護職員が集まりにくくなり、六月は募集しても応募〇であった。
まず、職員数の点では、世の中が好景気で人が集まりにくい。以前は割によく集まっていたが、昨年後半から特に介護職員が集まりにくくなり、六月は募集しても応募〇であった。

① 今回の医療管理料（Ⅰ）五七三点、
（Ⅱ）五三七点）は相当思いきった報酬であり経営上有利であると判断した。
② 出来高払いは新点数により一層しめつけがきびしくなり、減点、査定を意識してますます萎縮診療となりかねない。特に千葉県は平均点数で全国最低の部に属し医師は無用の努力を強いられている。
③ レセプトにおける詳細な記載や備考欄の詳述等事務的繁雑さから解放されることによって医師は本来の診療行為に専念出来る。
④ 定額制は治療をしない程儲かるから粗悪診療にならないかと危惧するむきがあるが、これは医師と患者の信頼関係を無視した発想で無駄のない良心的な治療が行える筈である。
採用の可否、難易
新制度発足以来五月一日現在で認可施設は「十六」とのびなやんでいるとの事であるが、

①果して経営的に有利かどうか模
 様ながめの傾向がある。これは選択
 制で可逆自由と公約されているので
 積極的に試みてもよいのではないか。
 ②承認病院をみると大部分が既に
 「老人特例Ⅰ・Ⅱ類看護」を取得し
 ている（11/16施設）。つまりマンパ
 ワーが充足しているから容易に移行
 出来たともいえる。

③「定額制導入は、乱脈経営の歯
 止めとなり得るか」という月刊ば
 んふう誌六月号の記事によると、老
 人病院が付添看護料を不正請求して
 いるとの事であるが、付添看護婦が
 いるようでは「介護力強化病院」(定
 額制)とはなり得ないのである。(そ
 の後十病院承認されて現在二十六病
 院。福神ニュースNo三八四)

▽▽経営分析▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽
 当院は平成一年四月から十二月ま
 で老人特例Ⅱ類、平成二年一月から
 四月までⅠ類、そして五月から「特
 例許可老人病院入院医療管理料Ⅱ類」
 を経験してきたので簡単な経営分析
 表を作成してみた。

①それぞれ一ヶ月当りの売上げの
 変動は季節的範囲内と思われる。

改正診療報酬点数表 (H2.4.1)

入	室料	127	給食料	137	看護料	140点
	基準寝具	16	基準給食	47	老人特例Ⅱ	140 + 128 = 268点
入	病衣	6	計	184点	老人特例Ⅰ	140 + 168 = 308点
	計	149点				
院	出来高払い制入院固定点数 (1日)					
	看護料	149 + 184 + 140 = 473点				
	老人特例Ⅱ	149 + 184 + 268 = 601点				
料	老人特例Ⅰ	149 + 184 + 308 = 641点				
	定額制入院固定点数 (1日) (投薬, 検査, 注射, 看護を含む)					
	特例許可老人病院入院医療管理料Ⅱ	149 + 184 + 537 = 870点				
入院時医学管理料	Ⅰ	149 + 184 + 573 = 906点				
	定額制Ⅱの場合入院固定点数 (1ヶ月)					
	~1ヶ月	235点 + 870 = 1,105 × 30日 = 33,150点				
	1~3ヶ月	192点 + 870 = 1,062 × 30日 = 31,860点				
	3~6ヶ月	133点 + 870 = 1,003 × 30日 = 30,090点				
	6~12ヶ月	113点 + 870 = 983 × 30日 = 29,490点				
12ヶ月~	82点 + 870 = 952 × 30日 = 28,560点					
定額制固定点数アップ分	定額制Ⅱの場合					
	老人特例Ⅰ	537 - 308 = 229点				
	老人特例Ⅱ	537 - 268 = 269点				
	看護料	537 - 140 = 397点				

②仕入れ高(薬品)は徐々に下降気味である。(一点当り薬剤購入価、一・七円→一・五円→一・二円)。

③これは水揚げ維持のため高価な新薬などを追い求める必要がなくなれば有意の差が出てくるのではないか。(経営分析表参照)

▽▽問題点▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽

現状では定額の報酬点数はバランスを保っており経営的にも何とかやってゆける印象である。しかし当然のことながら軽症者が多い程経営上プラスとなり重症者が増すとマイナスとなる。(レセプト比較表参照)

①症例一、二のように投薬、注射検査の少ないものは定額制が有利である。

②症例三、四のように重症あるいは死亡直前の場合には当然出来るかぎりのことをしなければならぬから出来高払い制が高点数となる。

③したがって重症者があまりふえると現点数では経営のバランスがくずれてくる心配がある。

老人病院は「長期慢性疾患」を扱うときめつけられているが、ターミナルホスピタルである以上十分な終

末医療を行うべきであり、また救急病院などからの依頼で植物入間の重症患者も看らねばならないのが現実であるから、その負担に対する診療報酬は別途考慮すべきではないだろうか。

▽▽将来性▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽

あまりに微細な出来高払い制に比べて大まかな定額制は、包括的に現状をとらえられれば良心的な医療を行う上で大いにメリットがあり、健全な診療報酬制度の発展につながると思うが、いま一步現実に測した改善が望まれる。例えば、

①老人病院(棟)にも一〇%程度の「重症ベット」を認めて定額点数を上乗せするとか、使用薬剤、材料、検査等の上積み認めてほしい。

②当院が認可をⅡ類にとどめたのは、Ⅰ類ではあと十名のマンパワーの増員が必要でありなかなか難しいというだけでなく、増点数と人件費増がトントンで、あまり経営的には魅力のない点があったからである。次回改正時には留意を望みたいところである。

経営分析表

	収入 (点)		支出 (円)		一点当り薬剤 購入価 (円)	基準 看護	病床稼働率 (%)
	総額	1ヶ月平均	総額	1ヶ月平均			
平成1年4月~ 12月 (9ヶ月)	62,832,072	6,981,341	108,570,633	12,063,403	1.7	老特Ⅱ	96.2
平成2年1月~ 4月 (4ヶ月)	29,260,154	7,315,039	45,798,897	11,449,724	1.5	老特Ⅰ	97.0
平成2年5月 (1ヶ月)	7,063,657	7,063,657	8,667,606	8,667,606	1.2	定額Ⅱ	92.6

レセプト比較表 (点)

	症例 1		症例 2		症例 3		症例 4 (26日死亡)	
	出来高払制	定額制	出来高払制	定額制	出来高払制	定額制	出来高払制	定額制
投薬	483		1,505		171		2,088	
注射					32,311		24,413	
処理	521	512			7,094	7,094	8,617	8,617
検査モニター	910		910		3,880		9,955	
画像診断	169	169	169	169	338	338	338	338
その他(リハ等)	1,625	1,625	260	260				
入院料	19,230	9,990	19,230	9,990	16,666	8,658	641	333
	1,356	1,356			1,828	596	11,425	3,725
	1,476	1,476	2,460	2,460	3,390	3,390	2,938	2,938
定額制Ⅱ		16,110		16,110		16,110		13,962
計	25,761	31,238	24,534	28,989	65,678	36,186	60,415	29,913

老人医療における CTスキャン

鹿児島市
パールランド病院
院長 猪鹿倉武

近年、診断機器の研究と開発が進み、比較的被検者の肉体的負担が軽くてすむ検査が可能となってきた。

特にCTスキャンの出現は、それまでの検査法と比べて隔世の観があり、当初、頭部のスキャン像をみて驚嘆した事が昨日の事のように思い出される。また、MRIの出現で更に骨による影響が少なく鮮明な像をみせられるにあたり、医師として驚きと喜びにひたつたものだった。

ところで、老人医療においては、CTスキャンは、頭部、体部ともだんだんなくてはならない医療の武器として、手近に利用されるようになってきたが、それでも種々の問題が提起され、まだまだ改良されねばならないと思われる。ここで、利点や注意せねばならない事などを、勿論ご存

じの事ばかりであろうが、列举して、「老人医療ワンポイント」の執筆の責をはたしたい。

まず、老人、特に痴呆性老人において、入院して来られた時、CTスキャンを記録しておくことは絶対必要なことと考えられる。

老人の入院患者の転倒は皆様日常生活の問題点で、しかも、しばしば頭部外傷を伴うものである。従って、その際発症する慢性硬膜下血腫が入院前の事故によるものか入院後のものであるかが、まず問題になる。特に家族との面談の場合に大事な問題点となろう。勿論、血液であるか、またエフュージョンであるか、経過を追わねばならない例もときにはあるが、大体適格な回答を与えてくれる。

また、陳旧性の出血巣や梗塞巣など、手軽に情報を教えてくれる。

比較的検査時間が短くてすむことは老人達の身体的、精神的負担が軽くてすむという利点がある。しかし、痴呆性老人の中にはCTスキャン機器の理解ができないため、CTスキャンのガントリーの中にいられることを怖がり、叫んだりする患者さんも時にはある。従って、時には鎮静剤の投与を必要とするような例もあるが、大体なんとか記録できるようである。

以上のことより、今後、老人医療においては、CTスキャンが機器の性能の向上と金額の低下と相まって、ますます利用されて行くものと考えられる。

医療・福祉・保健の総合年鑑

『WIBA(ワイバ)'90』

わが国で初の医療・福祉・保健を総合的に捉えた用語を中心とした年鑑『WIBA(ワイバ)'90』が、日本医療企画から創刊された。

同年鑑は、高齢化の中で急速に進みつつある三分野の連携を的確に捉え、基礎的用語から最新用語まで約四五〇〇の用語を中心にまとめられたもの。総監修として羽田日医会長、幸田元厚生事務次官などが参加している。定価一万八〇〇〇円。九二〇ページ、B五判。なお、本会を通して申し込まれた場合、特別価格一万五〇〇〇円でお分けいたします。

へんしゅう後記

七月十四日に開催された当会の第七回シンポジウムで、水森亜土さんが「老いはとめることができないものだからこそHAPPYでいたい」とおっしゃった。老いに限らず、暗くなりがちな展望をつい抱えてしまいがちであるが、やはりHAPPYでいたいと思う。