

## 老人医療と介護

厚生省大臣官房  
老人保健福祉部老人保健課長

伊藤 雅 治

老人医療  
NEWS

わが国の老人医療、老人病院の現状は多くの課題を抱えている。問題の所在は単純ではないが、介護を軽視してきたことに基本的な問題点があるのではないか。

医学や医療が老人問題と直面してから日が浅いうえに、医学の歴史をみると、二〇世紀に入って細菌学の輝かしい業績や抗生物質の発見、更にハイテクの診断治療への導入によって医療が病気を本当に治しはじめたことが、医師をはじめとする老人医療関係者に老人医療の本質を見誤

発行日 平成3年1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

らせているのではないか。治せないことが医学の敗北であると考えてきたとすれば、老人医療に立ち向う時はそのような考え

昨年の高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略、老人福祉法の改正により、福祉のサイドから老人介護体制の整備を図ったのに引き続き、老人保健の分野で介護体制の整備を図り、保健・医療・福祉を通じた総合的な介護体制の整備を図ることを目的とするものである。具体的には老人保健法による老人訪問看護の制度化、老人医療費のうち介護的な要素に着目した公費負担割合の三割から五割への引上げ等である。

方は捨て去るべきであろう。加齢に伴う身心機能の低下による要介護の状態にどう対応するかは、狭義の福祉サービスだけの問題ではなく、医学・医療の重要な課題として取組まなくてはならない。

老人訪問看護制度は保険医療機関以外から在宅寝たきり老人等への訪問看護を制度化するものである。これによって在宅福祉サービスの充実と相俟って在宅ケアの基盤づくりを推めるものである。訪問看護に先駆的に取組んでおられる人達から伺ったところでは、訪問看護の充実によって在宅死の割合が増えてきているという。在宅の介護体制の充実により在宅でターミナルをむかえる人が増えてくるといふ事はいろいろの事を考えさせられる。いかに最期をむかえるかということが老人医療の最大の課題なのであろう。

私はわが国の老人医療の今後の方角として、在宅ケアの推進、福祉との連携に加えて、介護の重視の三点を基本として据えるべきであると考え。昨年は高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略の策定、老人福祉法等福祉関係八法の改正、入院医療管理料の導入による診療報酬での老人病院の介護力の評価等、高齢者の保健福祉対策の分野で今後の方向を示すいくつかの重要な政策決定があった。

今年も老人保健制度の見直しを行い、老人保健法改正案として今国会に提出した。その基本的な考え方は、

1 老人医療ニュース

老人の

生活を支える

## 医療と福祉の谷間をうめる柴田病院



柴田病院  
院長

柴田高志

柴田病院は倉敷市の西部・玉島地区の高梁川河口近くに位置する二二六床の特例許可老人病院である。一九八〇年九月にオープンし、今年で満一〇年を迎えた。

私は、二〇年間、下津井という漁村で地域包括医療に取り組み、そこで病院・保育所・特養ホームを作った。そこでの経験から、これから医療と福祉の谷間を埋めるような老人専門病院が是非とも必要だと感じ、柴田病院をオープンした。

### ●開設時の方針

開設当時は、マスコミで悪徳老人病院が叩かれていた時代だったが、当院では、老人病院の独自の役割は疾病の治療と同時に老人の生活を支

えること、老人の生活を再建し、『生活の場』へ帰すことだと考え、リハビリテーションを充実させてきた。

きた。

●生きがい療法で全国的に有名になる

また、介護の面でも、家族への付き添いの要請はせず、職業付添い婦も入れず、すべて病院職員で食事・排泄・入浴などの生活援助を行って

当院勤務の伊丹医師が推進している生きがい療法は、ガン患者の富士登山・モンブラン登山・アメリカツアーなどの活動でたびたびマスコミ



にも登場し、全国的には「ガンの病院」と思われている方も多い。生きがい療法は精神神経免疫学と森田療法を応用したガン・難治疾患の新しい治療法として、開発されており、当院を拠点に全国的な学習団体も組織され、国際交流も活発に行われている。

## ●老人のリハビリテーションの充実

一方、老人分野でも着実に実績を積んできた。老人運動療法・作業療法の施設基準を開院三年目には取得。その後、徐々にリハビリ職員を増員し、現在では、OT七人・PT三人、ST一人、助手を合わせると全部で二〇数人という一大職員集団になった。このリハ職員がリハ室との送迎はもちろん、どんだん病棟に入り、「介護」にも手を出したり、レクリエーションや季節行事を企画したり、入院老人の「離床」と生活活性化の推進力になってきた。

## ●「介護力強化病院」となる

今年六月より『入院医療管理料(1)』施設基準の承認をうけた。それ以前より、付き添いに頼らない自前の介護に力を入れており、看護婦

・看護学生・介護職員合わせて百名を越えるスタッフが、離床・おむつ外し、チューブ外しにも取り組んでいる。特に、ベッドの高さを老人の足の長さに合わせて低くし、移動用バー・コモードチェアなど排泄自立のための介護用品をリースして、ベッドサイドでのおむつ外しの環境づくりに力を入れている。

## ●痴呆老人の入院ケア

### 『ふうせんの間』

大きな畳の間(通称『ふうせんの間』)で二〇名程度の痴呆老人の集団生活を行いながら、作業療法やレクリエーションを取り入れた援助を行っている。『痴呆専門病院』と称する一部の病院では、痴呆老人をいったん生活の場から切離して「治療する」あるいは「問題行動を除去する」というアプローチをとっているが、私共は、次に述べる地域ケアと入院ケアを有機的に連繋して、痴呆老人の生活を生涯にわたって援助するという立場をとっている。

## ●地域ケア・プログラムの充実

そのため、職員は病院内に閉じ籠る事なく、どんだん地域へも出てい

っている。デイケア・訪問・入院利用を組み合わせて、痴呆老人・障害老人を生活の場から離さずに援助する、地域ケア・プログラムを、ケースごとの試行錯誤の中からつくり出している。

## ●今後の展開

①月曜から金曜までのデイケア。送迎サービス・参加頻度などを個々のニーズに合わせて。  
②保健婦・PT・OT・MSW・栄養士等の多職種の訪問活動。退院前、試験外泊時の訪問、退院直後の訪問で在宅復帰をスムーズに。PT・OTによる簡単な家屋改造とフォローアップ。  
③入院ベッドの柔軟な活用。短いものは祝祭日の昼間だけの入院から、長いものでは一ヶ月くらいの様々な形態の短期入院。農繁期・冬場だけ、夏場だけ、といったケースのニーズに合わせた季節入院。  
④入退院をスムーズに行うため、「一人の老人」に対して、リハビリ職やMSWは入退院を通じて同一職員のケース担当制。職員や施設との『なじみの関係』を重視。  
⑤入院中もデイケアの送迎サービ

スを利用した週一回程度の定期外出・外泊。退院の見込みのない方も、お盆や正月の外泊、家族が受入れるならば、週末の外泊を勧める。家族が送迎できないケースは、病院職員が送り届ける(人間宅配便)。入院中も自分の参加していた曜日のデイケアに病棟から参加する。

●今後の展開  
現在関連施設として、一二人収容の小規模ケア付き老人集合住宅を九〇年三月にオープンさせた。また、一〇八戸入居の大規模有料老人ホームを九二年九月にオープンの予定で建設中だ。一〇年間の老人分野とガン難病医療での蓄積を元に、次の一〇年に向けてさらにユニークで多様な展開をめざしている。

## 施設概要

創立	昭和55年9月1日
職員	170名
診療科目	内科, 理学診療科, 循環器科, 胃腸科, 皮膚科, 泌尿器科, 精神科, 神経内科, 放射線科, 整形外科, 歯科
所在地	岡山県倉敷市玉島乙島 6108-1
TEL	08652-6-7870
FAX	08652-5-0466

老人の専門医療を考える会では、昨年九月に第二回欧州老人施設訪問団を結成、天本宏会長を団長に十七名がデンマークの首都コペンハーゲンを訪れた。一昨年の第一回時にはオランダ、イタリア、イギリスを視察し、寝たきりならぬ、座りきり、老人の発見、終末期医療に対する考え方の違いなどを確かめ、多々の刺激を受けた。そこで今回は、高齢者ケアの、手本、としてよく取り上げられるデンマークに目を向け、それが期待を胸に飛び立った。



# デンマークに見る老人ケア

## 施設ケアから在宅へ

### お伽の国の老人政策

アンデルセンの国として知られるデンマークは、ユトランド半島と大小五百程の島々から成る、海に囲まれた小さな国だ。面積は九州を一周り大きくしたぐらい、酪農に代表される農業国である。九月中旬だといふのに、肌寒く、雨風も強く北欧の長い冬の始まりを感じた。

到着早々、まず訪れたのはデンマーク福祉省である。ここでデンマークの高齢者政策について実務担当者  
ニールセン氏から説明を受けた。  
デンマークの人口は約五二三万人、そのうち六十五歳以上の老人人口は七九万人で約一五・五%を占める。平均寿命は男性七十二歳、女性七十四歳。行政的に一六の県と二七五の自治体に分けられ、国が所得保障サービス、県が保健・医療サービス、自治体が福祉サービスを担っている。デンマークが高福祉国といわれる背景には、税の高負担があり、現在、所得の約五四%の負担率であるといふ。個人の貯蓄も大したものではなく、



デンマーク福祉省で

日本円で一千万円ぐらいの預金のある人はいるのか尋ねたところ、とんでもないと首を横に振られた。老人対策をすすめる基本的考え方として、①継続性、②自己決定、③残存能力の活用、の三点をあげ、老人一人一人のニーズと個人の生活歴を重視することから在宅へ向けての政策の方向転換が行われている。デンマークでも当初は施設ケアを中心に老人ケアに取り組んできたが、一九七九年の老人対策諮問委員会の設置により見直しが行われた。先の三点の基本原則を軸に、メディカル・ケアからソーシャル・ケアへの移行は、老人自身を活性化させると共に、経済的にも合理化が図られる。ニールセン氏は、「経費は少なく質は高く」と、経費の削減が目的ではないことを強調されていたが、経済的側面は在宅への方向転換のかなり大きい一因であろう。

現在、ナースィングホームのベッド数は十年前の五万床から四万八千床にまで減少、そして在宅ケアのための個人住宅の改造やケア・ハウスの建設に力が注がれている。

## 医療の最前線で

今回、私たちが訪れた医療と福祉の現場は、総合病院と老人専門施設がそれぞれ二箇所ずつであった。

まず、コペンハーゲン市立病院は築後一三〇年、重厚な外観のリハビリを中心とした総合病院である。入院患者のうち、六二%が二週間以内に退院、また、六十五歳以上の老人患者は二八%を占めている。

案内いただいたヘンドリクスン院長の担当する老人病棟は六〇床、平均在院日数は六〇日。六〇人の入院患者のうち二十八人がナーシングホームの入所待機患者ということで、やはり入院が長期化傾向にあるようだ。

病室は六床室になっており、ベッ



ドと個人用ロッカー、シャワー設備などの簡素な造りとなっていたが、廊下、デイルームなどには配色や家具の工夫が見られ、老人達はそれぞれが院内に自分の居場所を見つけているようであった。

もう一つの総合病院、コペンハーゲン大学病院は、研究・教育機関としてのモデル病院でもあり、約四〇の診療科で、病床数一、六〇〇床、平均在院期間は八・三日と短い。

この大学病院の特徴は、入院時専用の病棟があり、この病棟で入院後二四時間以内に担当科が決定される

ということだ。従って、この入院時病棟のベッドは毎朝九時には空き状態にされている。老人患者で、社会的問題から入院した場合には、ソーシャル・ワーカーが面接し個々に最も適した対応がとられるよう配慮されている。

両病院とも、他医療機関、施設との相互連携の重要性を訴えていたが、なかなかスムーズにはいっていない側面も見え、日本と同じような悩みもあるらしい。

### 専門リハビリ機関の設置

在宅ケアを目指すデンマークでは、高齢者リハビリセンターを設置している。この施設は、老人のナーシングホームへの入所を遅らせ、同時に、入院患者の減少、経費の節減となるような、いわば中間施設的作用を果たしている。

私たちが見学した Tranehaven リハビリセンターは、コペンハーゲン市の一四自治区の中の一區を対象としていた。人口六万五千人の中の六十五歳以上人口一万六千人（二四・三%）が対象人口である。高齢化



Tranehaven リハビリセンター玄関前で記念撮影

が進み、特に八十歳以上の後期高齢人口が増加している地域だ。

ベッド数九三床、平均在院期間四〇日、入院患者の六四・二%が八〇歳以上だ。入院経路は病院からが五四・六%で、残りはほとんど自宅から。退院先は、自宅四二%、ナーシングホーム三八%、死亡一五%、その他の施設三%となっている。ナーシングホーム入所の場合の平均年齢は八八歳ということから、比較的年齢の若い老人は自宅へ戻る可能性が高いようだ。

センターの治療方針は、老人のメ



ンタル・アビリティを最大限に生かすこと、ケア・グループを確立すること、家族に痴呆について理解してもらうこと、という。入院患者の約三分の一が痴呆であり、リハビリでその約四〇％に軽快が見られる。

職員数は患者一人に対し一・五人が配置されているが、それでもデンマークの平均的な二・五人からすれば少ない数である。

病院、施設、自宅の間にこのようなセンターが働くことによって、老人の生活を崩さないよう、もう一度在宅へ、という努力がなされている。

### 施設ケアも個人を重視

Peder Lykke Centret は、市

との契約によって運営されている民間施設だ。利用者数は、ナーシングホーム一六〇人、ケア・ハウス二七〇人、一般住宅八〇人、デイ・ケア

センター三〇〇人のかなり大きい施設だ。七人の理事のうち四人が入所者という、利用者側の権限も大きい。

施設内に医師は常駐せず、入所者個々とGPとの直接契約になる。

ナーシングホームでは一年で約半数が死亡、ほとんどは老衰である。ナーシングホームへの入所は、老人

本人にとっても人生の終末を意味するため望まれないらしい。

ケアのあり方も、二〇年程前までは、靴の紐まで結ぶという、至れり尽せりのケアが行われていたが、結局、それでは本人も家族も施設へ頼りきりになってしまった反省から、現在では、なるべく本人の能力を活かすようにケアの中味も変わってきた。例えば、家族が「机の上が汚れている」と言えば、「雑巾とバケツはそこにありますから」と答えるようになった。

経費面では、ナーシングホームで



デイ・ケアセンター (Peder Lykke Centret)



ナーシングホーム内デイ・ルーム (Peder Lykke Centret)

一人当たり年間二九万デンマークローネ、ケア・ハウスでは七万デンマークローネ。必要職員数では、ナーシングホームで一人当たり〇・九人、ケア・ハウスで〇・二八人ということであり、この点から考えても、将来はケア・ハウスが主流になってくるだろう。

これまで私たちは、在宅中心の政策方針についての説明ばかりを耳にしてきたが、このセンターの施設長氏から始めて政策への疑問を聞いた。それは、コペンハーゲンの住宅は古く、階段もシャワーもないといった



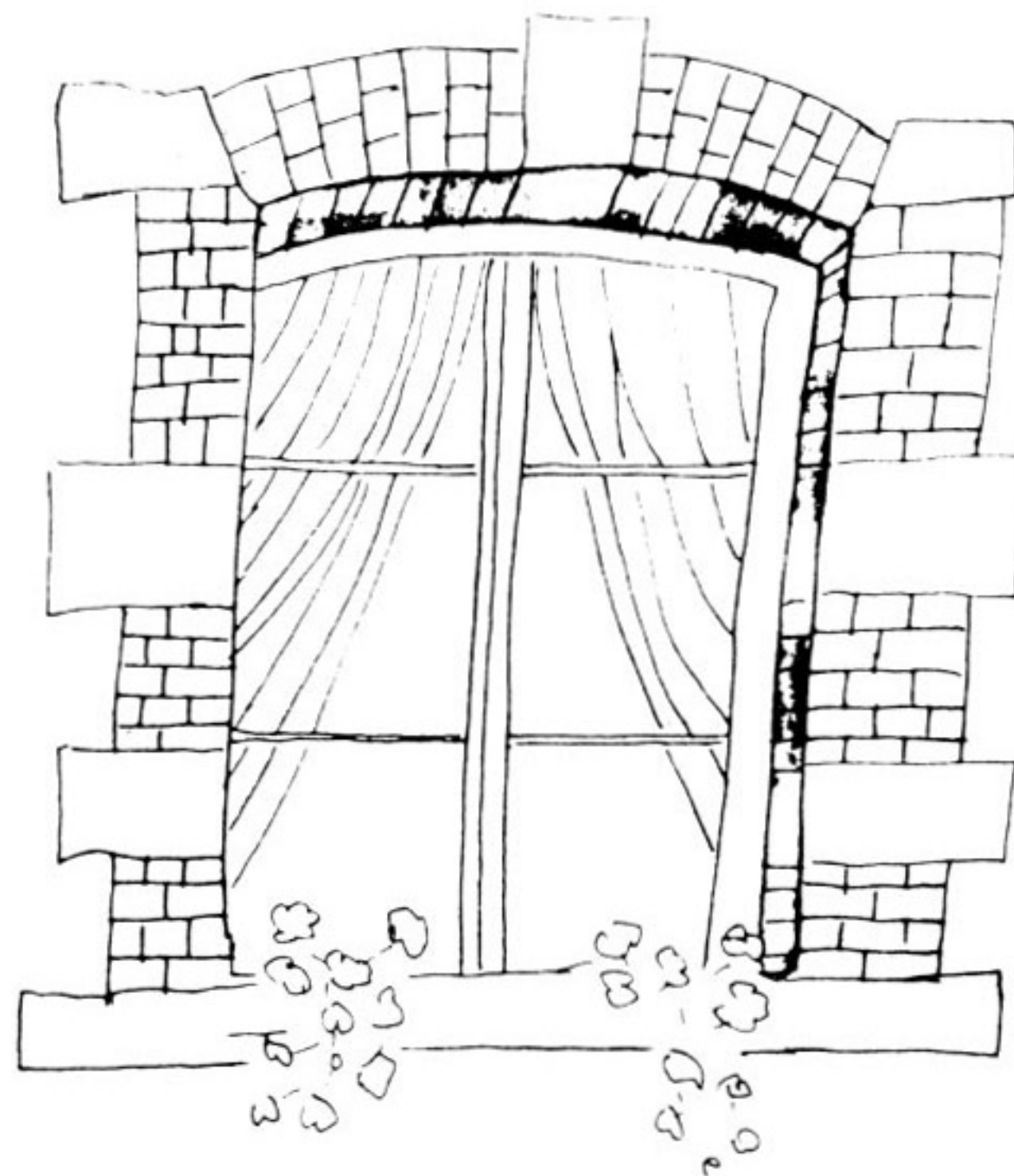
居室には小鳥も (Reder Lykke Centret)

ものも珍しくない。気候も厳しく、老人の生活環境には向かないため、孤立化する不安もある。ホームヘルパーのみで賄うのは難しく、施設ケアより在宅の方がよいとは必ずしも言い切れないのではないかと、という。デンマークでも、さまざまな意見が交錯しながら、さらによりよい老人ケアを目指し真剣に取り組んでいる姿勢を見、奮い立たせられる思いがした。

### 在宅支援にマンパワーを

最後に訪れたコペンハーゲン市保

健局は、在宅関係の保健を担当し、  
 ホームヘルパーの派遣を行っている。  
 対象は市の中心部の人口四七万八千人。そのうち六十五歳以上は二一・三%を占める。老人と障害者をあ  
 わせた人口は一二万八千人で、内訳  
 っており、リーダーが病院やGPと  
 連絡をとりながら動く。勤務時間は  
 ヘルパーが七時から二四時、ナース  
 は二四時間体制である。  
 ヘルパーの教育も今年から大きく  
 変わり、これまで七週間の基礎教育



で施設入所者が五千人(三・九%)、  
 ホームヘルパーの対象者が二万八千人(二一・九%)となっている。  
 ホームヘルパーの活動組織は、一人のリーダーに二五人のヘルパーと  
 八〜九人のナースが一グループとな  
 のみであったものが、学科一六週、  
 実習三一週、休暇五週、計一年間の  
 教育となり資格制度が設けられる。  
 これまでも市の職員であったが、給  
 与、年金等についての待遇改善も行  
 われる。現在、ホームヘルパーをし

ている者は一八〜二〇歳の就職待ちの若年層が中心で、その質が問題となっていてのことから、地位の向上を図り人材確保に力を入れることになったようだ。  
 職員数は、老人十万人に対し、ホームヘルパー四千五百人。一人のヘルパーが平均老人七人を担当し、訪問時間数は老人一人に対し平均週五時間となっている。  
 わが国と比べ豊富なマンパワーを投入することによって、組織的に活動している。



コペンハーゲン市保健局で

## おわりに

今回、デンマークの実際の老人ケアに触れる機会を得、素晴らしいデンマークと、深刻な老人問題に取り組むデンマークの両面を見ることができた。

デンマークは人口五百万人余りという小さな国だけに、まとまりもよく、方向転換も早い。そして、平等であることに感心した。しかし、これからは平等で質の高いサービスに加え、さらに個人のニーズにどう応えていくか、が目指すところとなるのだろう。

施設設備は、照明器具が特に印象的であった。間接照明の明かりがやさしく、デザインが洒落ている。テ



ーブルごとに明かりをつけるなど、どの施設でも照明の使い方が目についた。居室には個人が長年愛用した家具が持ち込まれ、また、デイルームや廊下に置かれた椅子なども、老人の年代のものが使われている。鉢植やクッションなど、細やかな心配りが馴染ませてくれる。日本には日本の生活環境があるが、寂しいことに設備はまだまだお粗末である。これからは在宅ケアを老人ケアの



ペディキュア（足治療・Peder Lykke Centret）

基本に、ということであったが、コペンハーゲンのような都市部ではまず住宅問題を解決していかなければならないだろう。そして、日本など足元にも及ばないマンパワーが投入されているが、それでもなお量と質の課題を抱えている。また、施設長の疑問のように、本当に在宅がよいのか、との意見もあり、さらに検討を重ねていく必要もあるだろう。

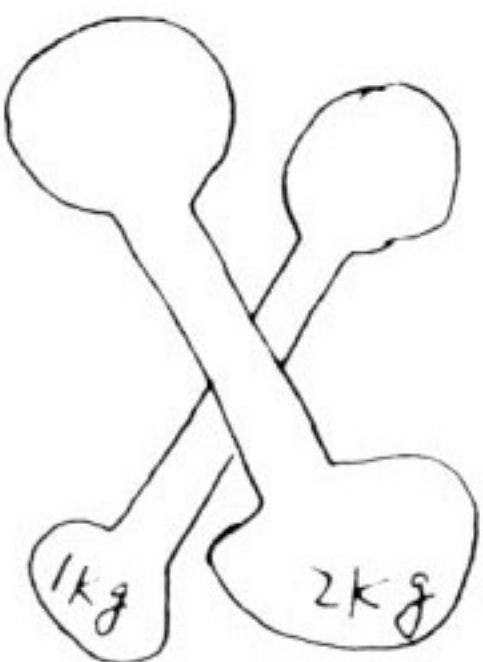
デンマークで感銘を受けたのは、何と言っても民主主義が徹底していることであり、すべての個人を大切にしようとしていることである。歴



コペンハーゲン大学病院から市内を望む

史的に同居率が低いことや、また他国に隣接した小さな国であることが背景にあるのだろうが、お互いに力を出し合い頑張っていくぞ、という意気込みが感じられる。老人ケアに向ける姿勢がよい。

デンマークも日本も、どこまでいっても試行錯誤の繰り返しであるが、よりよい老人ケアに限りはなく、それぞれの国に最も適したあり方を求め続けていかなければならない。



（画：猿原孝行）



各テーブルに照明を  
（コペンハーゲン市立病院）





アンテナ

# 老人医療の パラダイム・シフト

二月十二日、老人保健法改正法案が国会に提出された。この法案は、

一部負担、公費負担割合の引き上げと老人訪問看護制度の創設が三本柱になっている。

一部負担の引き上げは、患者負担増になるため、全面的賛成とはいえない。しかし、昭和六十一年の前回改正時点で患者負担比率は、約五％程度であったものが、平成二年度は三・四％程度に低下しているといわれれば、老人医療費財源の健全性という観点から、全面的反対もできない。

それでも、入院が四〇〇円から倍の八〇〇円というのは、あまりにも急激であろう。月に一万二千円が二万四千円になるが、これも特別養護老人ホームの平均費用徴収額が月二万四千円といわれると、老人ホーム

より病院の方が安いままでもいいわけがないように思う。

公費負担割合については、老健施設と入院医療管理料導入病院（七五三病棟）の費用の五割までを公費負担とすることで、財政基盤が安定化するのであれば、歓迎すべきことである。ただし、公費負担が増額されて「金も出すが、口も出さず」というのであれば、若干の警戒も必要だ。

老人訪問看護制度については、全面的に賛成したいが、訪問看護ステーションの承認が全ての老人専門病院に円滑に進められることが最低条件である。老人の長期入院が問題であれば、老人専門病院に訪問看護の旗印がなくてはならないであろう。昨年の四月一日の診療報酬改正で七五三病棟制度が、これまでの当会の主張を全面的に取り入れることに

よって創設されたことは、高く評価したい。昨年の十二月十五・十六日に京王プラザホテルで、本年二月十六・十七日に都イン東京において開催されたワークショップにおいて、七五三制度の問題点や今後の当会の方針が決定された。（詳細については、次号で報告予定）

二〇時間におよぶ、参加者の真剣な討論は、わが国の老人医療を自らの手で守り育てようという姿勢が鮮明となり、実り多いものであった。

一部の医療産業界の専門マスコミが「薬が三分の一になり、検査も半分になった病院がある」という報道を流し、病院界、医療界の中にも「老人病院がいい思いをしている」という意見も耳にする。薬や検査は、確かに減少したが「薬づけ、検査づけの事実」は否定しようがないし、それが適正化されたのであれば、むしろ高く評価すべきであるのに「減ってこまる」人々に配慮するような報道には、不愉快である。また「いい思い」に対する反論を、山のように提出することは可能である。

問題の本質は、七五三病棟制度によつて、老人や老人専門病院職員が幸福になったかどうかの一点に集中されるべきである。だれもが幸福にならない制度は、決して長続きしないし、最大多数の最大幸福という一九世紀のベンサム主義が政治学・行政学の基本的姿勢として、今日でも通用することを否定することはできない。

われわれは、今、老人医療のパラダイム・シフト（枠組み変更）の渦中にあることを、強く認識している。行政も、医師も、経営者も、国民もこのシフトを幸い多いものとするために努力すべきであつて、単なる短期的利害や好き嫌いの短絡的論議は、害にこそなり、なにも有益な結果になりえない。

逆の見方をすれば、社会変化に対して、その枠組み（制度など）自体に変更をすることが必要な時代ということになる。人のいのちや環境を守り育てることが人としての努めであるように、老人医療や福祉を守り育てる尖兵でいたいと思う。



## 磁気共鳴イメージング(MRI)

### について

安来第一病院副院長

杉原克比古

老人老療ワンポイント②において

猪鹿倉武先生が老人医療におけるCTスキャンの重要性について御執筆されておられますが、私も高齢の患者さんの検査にあつて検査時間が短く、身体的にも精神的にも負担の少ない、有用な検査方法であるとの意見をもっております。そして、最近ではCTスキャンについて磁気共鳴イメージング(MRI: Magnetic Resonance Imaging)による画像診断が注目され、興味を持っておられます。

X線CTでは、X線の透過率が画像化される対象ですが、MRIでは水素の原子核(プロトン)の情報、とくに原子核密度・縦緩和速度(T1)・横緩和速度(T2)などが画像コントラストを与えます。そして、MRIの利点として、①コントラスト分解能が優れ、明瞭な画像ができる。②横断面のみならず多方面の断面スライスが容易に得られる。③骨によるアーチファクトがでない。④病変部位の描出能に優れている。⑤放射線の被曝がなく、人体への影響は極めて少ない。などが挙げられます。

しかし、欠点としては①撮影時間

が長く、検査に対する患者の理解と協力が必要とされる。②価格や運転費用が高い。などが指摘されています。このようにMRIは臨床の場に登場してまだ日は浅く、種々の点で開発の余地はありますが、各施設において頭部や骨の病変に対する画像診断の一手段としてMRIが設置されつつあります。一口にMRIといっても超伝導方式、永久磁石方式にわかれ、その機能にも、購入価格や運転費用にも大きな開きがあるように思われます。

超伝導方式と永久磁石方式を簡単に比較しますと検査に用いる磁場強度(テスラ)は永久磁石方式が0.2Tであるのに対して超伝導方式では0.5T以上の強い磁場が得られます。したがって、画質の均一性、空間分解能、データ収集マトリックスなどは超伝導方式が優れているといえます。しかしながら、購入価格では永久磁石方式が低価格であり、ランニングコストも膨大な電気を使用する超伝導方式に比べ永久磁石方式は年間40〜50万円と経済性に富んでいます。

す。そして、設置面積をみても永久磁石方式が超伝導方式のほぼ半分のスペースで設置が可能です。

このように高い診断能、患者処理能、将来性などを要求される施設では超伝導方式MRIが、そして、経済性を追及しなければならぬ施設では永久磁石方式MRIが適しているのではないかと思われまます。そして、我々が日々携わっている老人医療においては脳血管障害、脳腫瘍や外傷などの脳器質性病変、老人性痴呆疾患、整形外科的病変に遭遇する頻度は高く、CTスキャン以上にMRIの威力を有効に活用できる領域と信じ、MRIの導入について検討中であります。「老人医療ニュース」の読者の先生方よりご意見を賜れば幸と存じます。

◆◆へんしゅう後記◆◆

最近、テレビを見てみると、著名人の死の報道をよく耳にするようになった気がする。「死」の数はそれ程変わっていないのだから、聞く側の心に響くようになってきたのだろうか。