

# 老人医療 NEWS



## 私のオムツ体験記

永生病院理事長

安藤 高朗

患者様の入院生活の質の向上、サービスの向上の為に、私の病院ではオムツ交換の回数やオムツ外しのことがたびたび議論の対象となっていた。

患者様はいったいどのような状態でオムツをされているのかが常に気にかかっており、患者様の気持ちを実感するために、ある夜遂に自らオムツを試してみることを行に移した。体験者より、オムツをした場合に小便（以下小と言う）は出やすいが、大便（以下大と言う）は寝たままだと大変難しいと

いう話を耳にしたことがあり、実際に寝る前に水溶性の下剤であるラキソペロン二本とコップ三杯の水を飲んでチャレンジしてみた。

次の朝小を試みたが、小は超高分子ポリマーシートが開発が著しく、そのおかげで意外にサラッとしていて気持ち悪いという感覚はほとんどなかった。

大の方は、下痢になるかと期待していたが、緊張のせいか予想に反してなかなか出すことができず、おもいきり力んでようやく結果を出した。

発行日 平成12年11月30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

この状態は気持ち悪いものであるかを実感した。

更に立ってみると、多量の小と大量の大でオムツ自体が大変な重さで、サイドを留めているマジックテープが取れてしまうような勢いである。

今回の体験は、こまめなオムツ交換がどれほど重要か、特に大の後に迅速に交換を行うことがいかに大切で、そのことが患者様にどれほどの心地良さを与えることができるかを認識する大変貴重な経験となった。また、ある論文で、「介助者が患者様の生活のリズムを把握して、一日一回トイレに誘導し、ほぼ完全に排便させることができれば、その後のオムツ交換は小のみで三〜四回のオムツ交換で済む」という意見を読んだことがあるが、私の経験はまさしく

大量に出たせいかその感覚たるや、股間に大きな「おはぎ」が十個以上詰まっているような感覚で、いかに

この理論を反映した体験であることを私の体が証明してくれたと思っている。

さて、オムツとえば、今日の介護保険において、施設ではオムツ代は包括されているが、在宅では自己負担とされている。これは在宅の方は施設の方のオムツ代まで負担しているともいえる。更に医療保険の病棟においては、オムツ代は自己負担であるため、介護保険から医療保険への転ベッドの際に、事務的に複雑で利用者の理解が得難い。

今回の介護報酬の中には老人保健施設の平均的なオムツ代として約八六〇〇円が計上されているそうだが、重症者の多い療養型病床群では実際には持ち出し部分が発生したり、また土地の価格、人件費、物価の高い大都市部においては、その負担は大変厳しいものとなっている。今後はこれまで以上に受益者負担の世の中になることが予想される。そのことをふまえても「今後の介護保険制度は、フェアでリーズナブルでシンプルの方がいいな。」とつぶやきながらトイレのドアを閉めた。

主張 その11

## 高齢者の座位と拘縮

南小倉病院

院長 浜村 明德

慢性期の高齢者医療にドブプリ  
つかるようになって二年余り、こ  
れまでそれほど気にとめなかった  
ことに反省も数多い。

その一つが高齢者の座位生活の  
実態である。離床の重要性が叫ば  
れて久しいが、車椅子での座位し  
か考えてこなかったように思う。  
病棟に椅子は少なく、あってもこ  
く普通の椅子であった。動けない  
高齢者が、車椅子から椅子に移っ  
て生活するなどの情景は、援助の  
手間がかかることもあり多くはな  
かったと考える。いきおい、車椅  
子で長時間の座位生活となる。

体力の乏しい高齢者は、頭部が前  
方か後方、側方に倒れる。ハイバツ  
ク・チェアカリクライニング車椅子  
なら幾分かはその辛さも解決された  
であろう。座ることが大切だからと  
いって、座位耐性のない高齢者があ  
りような姿勢で座っていることが快  
適だったはずはない。通常の車椅子  
は移動用に作られていて、座位での  
活動にはそぐわない。これから、高  
齢者が少し長い時間、安全で快適に  
座ることに配慮したケアに努めたい。

言うまでもなく、座位効果の一つ  
は廃用症候群の予防である。廃用症  
候群といえば、褥瘡に拘縮、筋萎縮

となるが、褥瘡は予防マットや中心  
静脈栄養などにより少なくなった。

しかし、拘縮予防には簡易で決定  
的な対応法がないこともあって、積  
極的に取り組まれていない現状があ  
る。麻痺や関節障害のない高齢者で  
も、安静を続けることによって容易  
に拘縮が発生する。では、起こして  
座ってもらい、関節可動域の訓練を  
すればいいじゃないかとなるが、一  
人一人に個別の対応をする余裕がな  
い。結局、拘縮はあっても褥瘡がな  
ければよしとする暗黙の了解が生ま  
れる。

そこで当院で長期療養中の九一名  
について、拘縮の実態を調査した。

驚くことに、九一名の合計一六一  
九関節の中で、約七割（一一四五関  
節）の関節に可動域の制限があった。  
また、発症からの期間が長くなる程、  
制限関節数が増える傾向にあった。

このような療養の長期化と制限関節  
数の相関は、一度生じた拘縮の改善

は困難であることを窺わせ、今更な  
がら、予防の重要性を思い知らされ  
る結果となった。一定の期間を過ぎ  
ると改善が固定する麻痺などに比べ、  
拘縮予防は長期に継続して対応する  
必要があることも再確認した。

長期療養では肺炎、骨折など多く  
の事態が併発される。その時々、  
適切な座位生活を保障し、必要な訓  
練を提供する対応法が限られるマン  
パワーの中で実践できるのかどうか、  
これからの課題となる。各種の椅子  
そして車椅子、アクティビティや  
レクリエーションの仕方、介護方法  
とりハビリテーションのあり方など  
多くの課題があるが、最も重要なこ  
とは、医師と看護の安静の意識とそ  
の根拠の再検討にあるように思う。  
いつまで臥床が必要なのか、根拠  
に乏しい安静神話が蔓延してはいな  
いだらうか。

実態の詳しい把握を重ねながらい  
くつかの試みを開始したい。

## テンセグリティ

鶴巻温泉病院  
院長 土田 昌一

先日、テンセグリティの不思議に思いを馳せるチャンスを得た。発明者の一番弟子の梶川泰司先生と一献傾けながら、テンセグリティ構造と人体の本質的構造の関係を拝聴した。曰く、以下のような内容である。

テンセグリティ(tensegrity)とは、バックミンスター・フラー(一八九五〜一九八三)が作った造語で、張力(tensile)と完全無欠(integrity)の合成語である。実物を見ればすぐにわかるが、言葉で説明すると、三〇本の丸棒を正十二面体の対称性に基づいて空間配置し、ちょうど一筆書きのように一本の細い糸で連続的に繋いだもので、それぞれの棒同士は全く接触していない。ところが、糸(張力部材)が全体をバランスよく引っ張り、個々の棒(圧縮部材)がそ

の力を受け止めるようになっていて、ため全体は統合されて極めて安定である。ボールのようにパウンドするが、すぐにもとの正十二面对体に復元する。

冷戦下における「宇宙ステーションから都市へ」の研究で、一九六三年NASAの「超軽量構造体―テンセグリティの開発」が行われた。その中でテンセグリティ・ジオラック球構造が、最小限の建築素材で最高の建築物を可能とした。

この圧縮力と張力という相反する力の釣り合いによって構造が自己安定化する構築システムで、自然の形状や人工的な形状に形態や強度を与えるテンセグリティは、注目されてきている。ハーバード大学のD・E・イングバーによると(日経サイエンス二二〜三四頁一九九八年四月号)以下のように体のあらゆるレベルで適用されているという。大きなもの

では、人体骨格がある。二〇六個の骨がバラバラにならずに垂直に立って安定しているのは、筋肉や腱、靭帯による張力があるからで、これらの張力を圧縮力に耐える骨が受け止め、全体として複雑なテンセグリティ構造を作って身体を支えているという。細胞レベルでは、細胞骨格としてのマイクロフィラメント・中間径フィラメント・微小管という三種の繊維がある。そのうち、張力性素材として、収縮性のマイクロフィラメントがクモの巣のように細胞内に網目を広げ、細胞膜と全ての細胞内構成部分を核の中心部分に向かって引っ張っている。圧縮性素材としては、微小管、互いに交差して繋がっているマイクロフィラメントが、梁の役割をする。中間フィラメントが微小管と収縮性マイクロフィラメントを相互に結び付け、それらを表面膜や核と結合させて、核を適切な位置に固定する働きをしている。このような働きの中で、細胞は上から押しつぶすと平たくなるけれど、押さえる力を解除するとほぼ球状に戻る事が可能となる。

引っ張る力と圧縮に耐える力の安定構造は、禅問答的になるが今後の社会構造に何らかのヒントを与えてくれないだろうか？ 最高の福祉医療サービス(引っ張る力)と経済的効率(圧縮に耐える力)なんかは面白いかな。報酬制度を適度に設けなければサービスは改善させられないであろうし、緊張感あるサービスがあれば、顧客・従業員とも満足度が高くなるであろう。無駄を無くし、最短距離で対応できるサービスシステムを構築することにより、最大限の力を出すことが可能であろう。そのためには、ツマラナイ御役所の手続きを解消しないとだめだと思おう。さて、耐震性が強く、軽量で(通常の十分の一)ドームに装着した太陽電池でエネルギー問題を解消し、十分な採光で園芸等も可能なドームができるらしい。それでも重量と容積の関係から、球形構造だと内部温度が外部より三度上昇するだけで、空中に浮かぶという。天候の良い所へ移動可能なコミュニティができる。そんなテンセグリティ・ドームを作るのはどうだろうか？

# アンテナ

## 回復期

### リハ病棟は

### 救世主か

介護保険制度と医療保険制度は、

法律上も実態上も、まったく別の独立した制度である。しかし、老人ケアやリハビリテーションの見

地からみれば、同一の高齢者に対する連続的で相互に代替可能な部

分を有するものである。しかも、保険料や一部負担の考え方などに

ついては、いずれ整合性を確保したものにならざるをえないし、ど

ちらが有利かどうかの議論は、一時的であり本質的なものになるわけ

もない。

医療保険か介護保険かの選択を

病院が検討する場合、医療保険から回復期リハビリテーション病棟

への転換という、もうひとつの選択肢がある。今回の診療報酬改定

で「回復期リハビリテーション病

棟入院料」（以下、リハ病棟を

る）が新設された。この点数は一日につき一七〇〇点（一万七千円）が算定できるといふもので、その施設

基準はおおむね療養型病床群の完全型の基準を満たした上に、リハビリ

テーション科を標榜しており、病棟に専従の医師一名以上、理学療法士

二名以上および作業療法士一名以上の常勤配置を行うものであり、患者

対看護職員三対一以上と、看護補助者六対一以上の配置が必要である。

入院可能な患者は、脳血管疾患や骨折等の発症後三ヵ月以内の状態で、

入院後一八〇日間算定できるといふものである。

一万七千円という金額は、三二日間

間で五二万七千円となり、介護施設の報酬より高い。医師と理学療法士、

作業療法士が確保でき、三対一以上の看護配置が可能な療養型病床群を

有する病院には、なんとも有利な制度である。しかし、その一方で発症

後三ヵ月以内の患者を確保することや六ヵ月以内に回復をめざすこと

という条件をクリアするためには、多くの努力を必要とする。

それでも、このリハ病棟をめざす

病院は少なくないし、このような病棟の報酬は、当然、医療保険で対応する性格のものである。

療養型病床群が、医療保険でも介護保険でも適用可能であるというこ

と自体を考えてみると、医療からの介護とか介護の中での医療という分

野が実態として存在していると考え

することもできる。たとえば、医療保険適用が医療からの介護であり、介

護保険は介護の中の医療であると説明することができればよいが、この

ようなことは無理であろう。しかし、リハ病棟と介護保険適用とは、医療

の濃度という観点からみれば、明かに医療保険であろう。

このように考えてみると、老人ケアを先駆的に実践してきた病院の医

師の多くがリハ病棟をめざす理由が明確になるように思う。一方では、

介護保険施設三類型の一本化や一体化が議論される渦中において、リハ

病棟はひとつの方向性であろう。発症から三ヵ月、そして入院から六ヵ

月という規定は、医療と介護を区分する、ひとつの目安となるであろう。

また、介護老人福祉施設と老健施設

に新設された五〇対一のリハビリテーション職員配置と、まったくこのような職員を配置しない介護療養型

医療施設の相違とは何か、介護分野と医療分野のリハビリテーションを

どのように考えれば良いのかなど、リハ病棟の波紋は、今後とも増幅す

ると考えられる。

もうひとつの議論は、回復期リハ病棟は、老人の専門医療にとって救

世主かどうかということである。当会では、回復期リハと維持期リハが

あり、どちらも重要だと考えてきた。問題になるのは、回復期リハと維持

期リハの連携であり、何よりも高齢者の社会復帰と生活の質の向上であ

る。このように考えると、維持期リハの必要性和その効果を科学的に実

証することが求められるとともに回復期リハと維持期リハの連携の方策

について一層検討する必要がある。

\*へんしゅう後記\*

情報という言葉が溢れているが、情報というとい箱の中から得るもの

を思い浮かべがちである。人や自然と対話できる五感から入る情報に

ももっと心を傾けたい。