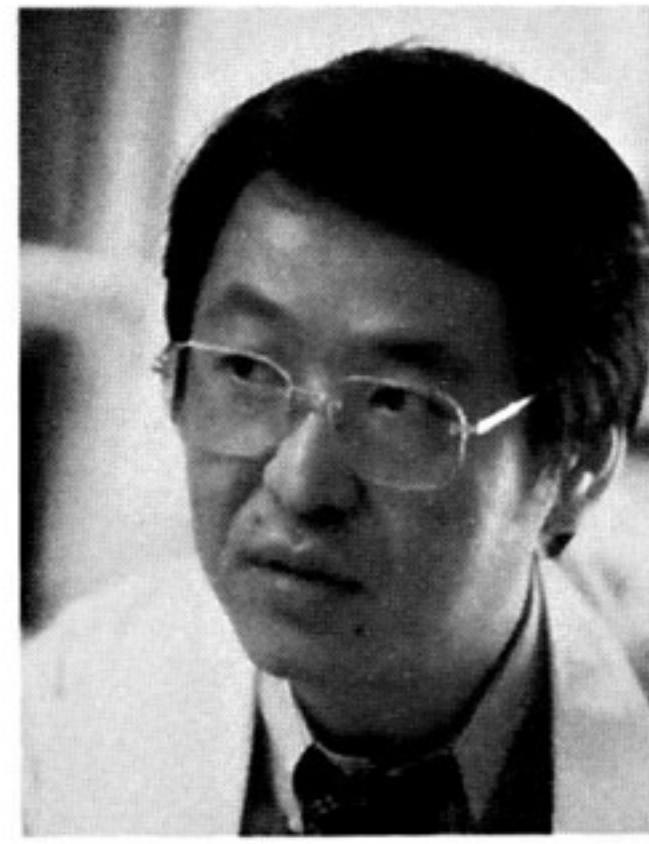


# 老人医療 NEWS



## わたしの医療観 〜医療は何処へ〜

近森リハビリテーション病院院長

栗原 正紀

発行日 平成15年3月31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  
<http://www6.ocn.ne.jp/~rosen/>

た」と言われたこと  
ともあります。  
これでいいのだ  
ろうか？と疑問を  
抱くようになった  
頃、リハビリテー  
ションと出会うこ  
とができました。

師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・  
理学療法士・作業療法士・言語聴覚  
士・ケースワーカー・救急救命士な  
どの専門職のチームワークによって  
提供されるべきもの」と定義します。  
当然ながら「医師の役割は、提供す  
る医療サービスに全責任を持ち、質  
の高い医療が実現されるように医術  
の向上とチームの運営に努力すべき  
チームリーダー」となります。

そして、看護師やリハスタッフと  
もに、超早期からのリハビリを実現  
することで、寝かせきりのない脳神  
経外科病棟を構築してきました。助  
けただけの救急ではいけない、とい  
うスタッフみんなの思いがあったか  
らこそできたことだと思います。

このような経験を経て、二年前、  
脳神経外科医としてのメスを置き、  
本格的にリハビリテーションの世界  
に入った今、わたしの医療観は明確  
になってきたような気がします。

わたしは学生に「医療とは、最新  
の医術を駆使して、患者さんの疾病  
(病気や外傷)からの回復・改善に  
手助けをし、安心した社会生活がで  
きるように支援することだと思う」と  
問い掛けます。そして、「医術は医  
学に基づく専門的技術であり、医

このような視点から、平均在院日  
数が短縮されていく急性期病院のあ  
り方を見ていると、どうも急性期  
からは医療が消え、医術の提供の場  
と化していくような気がします。急  
性期では、病気は診ても病人を診る  
暇がない状況です。

今の状況は、治療学が、短縮され  
た在院日数に追いついていないのが  
実情のように思います。もはや、看  
護師やリハスタッフが何とかして急  
性期の医療を支えていくか、亜急性  
期以降(回復期リハビリテーション  
病棟など)でしっかりした医療を展  
開していくしかないのではなからう  
か、と危惧さえ感じる今日この頃で  
す。

わたしが勤務する近森リハビリテ  
ーション病院には医科大学の五年生  
が実習に来ます。その時、学生に「医  
療って何？」と問い掛けると、学生  
は即座に「病気を治すこと」と答え  
ます。それで、つい「肺炎は治った  
けど寝たきりになった、ということ  
がよく言われるが、それでいいの  
か？」と返します。

確かに、わたしも脳神経外科医と  
して救急の現場で修行していた頃は  
命を助けることが自分の使命と夜昼

なく頑張ってきました。ですから、  
助かった後、麻痺などの障害が残つ  
ても、一生懸命頑張つて、何とか命  
が助かったんだから障害はしかたな  
い、と思っていました。

しかし、経験を積み、特に多くの  
脳卒中の患者さんに関わるにつれ、  
何のために助けたのか、ということ  
が重くのしかかるようになってしま  
した。事実、「命だけでも助けてくだ  
さい」と言っていた家族から「やっ  
ぱり助けてもらわなければよかつ

# 現場からの発言へ正論・異論

(24)

主張 その25

## リスクマネジメントと苦情処理

博愛記念病院理事長 武久 洋三

最近リスクマネジメントについての論議が盛んである。特に減算の対象になるなどと言えば正に泥縄式に何とか帳尻をあわせようとするようになる。現実には形だけでもとにかく対応せざるを得ないと思っている人たちもいる。しかし実効ある対策でなければならぬし、いくら完璧なマニュアルを作っても職員に叱咤激励しても、決して事故はゼロにはならない。いろいろな対策については他著におまかせするとして私は少し違う視点でこの問題を捉えてみたい。

ある。その危険を防ぐために何をすべきか考えると、歩くと危険だから抑制するか、常に誰かが介助に付いているしかない。自由に行っていると常に歩行不安定なことから歩けば転倒の可能性が高い。しかし、三対一のスタッフで二十四時間の対一の介護は不可能である。どこまで施設の責任であるかは難しい。しかし、プロであるからには絶対に事故は起こしてはならないことを原理原則とすると、職員に過大な負担を強いることになる。プロといつても不可能なこともあることを認識しなければならぬ。転倒も誤嚥も施設でも自宅でも起きうる。たまたま施設で起こると「施設が悪い」となる。こういう論だと、昔、他の疾患で入院中の患者さんが脳出血にな

ったとき、患者さんのご家族が「入院しているのに、脳出血になるとはどういうことか！賠償してもらおう」と言ったことを思い出した。その論から言えば、入院していさえすれば癌にもならないのだろうか。明らかに他人が原因で起こる事故と、患者さん自らの原因に起因するものとは、どこかに線を引かなければ職員もたまったものではないだろう。施設での事故は起こらないにこしたことはないし、起こらないように努力したとはいえ、起きてしまったときそれを施設にいるからといってすべて施設の責任であると言われるたのでは大変である。

サービス提供に対してのものであるから何か問題が起こった時に苦情が発生する。産業界では現在は「クレームは最大の商売チャンスである」と言われている。クレームを無視する企業と、迅速に対処する企業との差は次第に大きくなると言われている。施設でも同じである。しかし、性善説的クレームと性悪説的クレームがあることも事実である。介護保険では、利用者に対して重要事項の説明と、契約を定めている。契約書はふつう、甲と乙は平等である。しかし施設と利用者では弱い立場の利用者に有利にしてあることが多い。それはそれとして、性善説的クレームのために施設側の免責は明記しておく方が良くと思われる。勿論いろいろな場合を想定しながら、私達は防ぎうる事故を限りなくゼロに近づける努力を惜しんではいけないことを前提としての話である。

## 食事のうまくなる方法

青梅慶友病院理事長

大塚 宣夫

当院が掲げるテーマ「豊かな最晩年の創造」の一環として「食生活の抜本的な見直し」に取り組んでいる。

食事には二つの側面がある。

その一つは、生命や活動を維持するための栄養分や水分の補給手段としてである。ここでは、専ら量的な問題や、その構成内容が重要であり、体内に送り込む手段も多様である。

二つ目の側面は、食することの楽しみ、あるいはそれを通しての生きる意欲の高揚や、味覚、咀嚼、嚥下等を通しての脳への刺激等である。

さて、高齢者に限らず病院での食事がまずい、貧しいといわれて久しく、当院でもさまざまな工夫や努力を重ねてはいるものの、今以って豊かとはいえない。

### ◆なぜ病院食はうまくない？

私達が対象とする高齢者には、豊かな食生活への阻害要因をもった人が多い。植物状態に代表されるような食生活への阻害要因をもった人が多し、意欲や反応がまったく欠ける人もいるし、歯の問題でうまく噛めない、うまく飲み込めない、あるいは、他人の手を借りないと食事が摂れない人も少なくない。

加えて、行政の指導や提供する側の都合や予算の制約もあって、食事時間が一定の範囲に集中するため、一時期に大量に調理、多人数に介助といったこともある。

しかし、改善の余地は十分にあるように思えてならない。

### ◆発想の順序が逆？

その第一は、献立作成時の発想の順序である。

私の知るところ、管理栄養士が献立の作成をはじめ、全体の管理を行っているように思われるが、そこでは治療食に代表されるように、前段のカロリー計算、栄養バランス等は極めて熱心に検討されるが、後段の本当に美味しい食事の追求となると、関心は今ひとつといった感がある。

高齢の入院患者の場合には、この順番を逆にすべきではなからうか。人生に残された数少ない食事を作るにあたっては、「まずどうしたら一番喜んで食べてもらえるのか」から入るべきであり、カロリー、栄養はその後の調整でも遅くならう。

### ◆評価法に問題あり

第二は、出される食事の評価の方法である。

現在の検査や嗜好調査、残量の調査はほとんど役に立たない。もし食べる身に立って本当に豊かな食事を提供しようとするならば、評価者が一日三食、献立のサイクルの全期間を食べ続けてみることから始めるべきである。入院患者の大部分は、長期にわたり病院の食事だけを食することが余儀なくされているからであ

る。一回食べてうまいものでも、すぐ飽きるメニュー、味もあれば、繰り返して食べてもうまいものもある。

### ◆いつでも好きなものを

第三は、対応の柔軟性である。

自分の嫌いなものがあつたらどんなことがおきるのだろうか。自分もつと食べたいものがある時はどうしてもらえのだろうか。家では嫌いなものは残し、好きなものを沢山食べることでバランスが取れているという話もきく。また、今は食べたくなくても、あとでおなか空いたらどうしよう。すぐ対応できるように、果物の買い置きやレトルト食品の上等なものを買って用意するのは不可能であろうか。

### ◆好きなものだけを口から

第四は、食事の経口摂取に多大な苦痛や負担を伴う患者では、生命維持のためのカロリー、水分は、胃瘻等により投与し、口からは本当に好まれるものを少量楽しんでもらうようにしてはどうか。おいしいもの、好きなものならムセることもなくスリリと入るとい話もよく聞くとこ

## 介護報酬改定の波紋

介護療養型医療施設の介護報酬は四％引き下げられたが、その波紋は予想以上に大きい。

私たち会員間の情報交換によると「介護施設報酬が四％引き下げられた介護療養型医療施設での新旧単価の読み替え作業結果は約四％」であることがわかった。

それは当たり前であろうといわれそうだが、診療報酬の改定などで「二・七％引き下げ」と厚生労働省が公表しても、病院だけで計算すると四％以上の影響があるということの方が、むしろ当たり前の世界である。まして、介護報酬改定は、初めての経験なのである。

「四％引き下げで、四％下がった」ということは、負け惜しみだが、今回改定の厚生労働省の公表が正確であったということである。ただ、どう考えても老健施設は、四％どころか五％とか六％以上の引き下げを受

けているとしか考えられない。

ところで、ここからが問題なのが、会員の平均が四％減なのであって、計算した結果だけを持ち寄ってみると、なんと一〇％以上減の病院があったり、その一方で、一〇％以上増があったりするのである。

「平均が四％なのだから、それは当然だろう」といわれてしまえばそれまでだが、病院経営という立場でものを考えれば、収益が一〇％減という状況は、かなり厳しいというか、このことだけで病院閉鎖に向かわざるを得ない病院もあるということだ。なぜか。これまで一〇％以上利益があった病院なら一〇％減でも対応可能かもしれないと考えるのは、経営のド素人としかしいようがない。例えば、前年度の利益がやつと十％あった病院は、なにもしなくても今年度は一％の利益しかないということである。これでは、資金繰りというか、キャッシュ・フローがどうにもならない。

私たちは、完全型の療養病床にするために多額の設備投資を銀行からの資金で行ってきた。その支払い金

利や減価償却は経費であるが、元本返済は利益がないとできない。元本返済ができなくなれば、ただちに不良債権のレッテルが貼られ、銀行からの新たな融資はなくなってしまふ。こんな当たり前の話が、報酬改定議論で理解できていないのではないかと疑わざるを得ない。

強くいいたいことは、病院は一〇％以上のマイナスに対応できる状況にないということである。

頭をクールにして数字をにらんでいると、各病院の平均要介護度と収益のマイナスは、正の相関が明らかになることがわかる。つまり、要介護度四とか五ばかりの患者さんで構成されている介護病棟であれば、ほとんど影響を受けないということである。リハビリテーションや重症者への医療の提供をすればするほどプラスにはなるが、全てマンパワーの強化が必要とならざるを得ない。

ここでまた負け惜しみだが「よく考えられている改定だ」といわざるを得ない。多分、この方向は、今後とも変わらないと考えるしかないが、報酬上有利な方向だけに進むという

わけにはいかないし、そんなことは無理であるし、そうしたくもない。

猫の目のように変わる報酬改定に振り回され、逃げまわるのは絶対にイヤだし、そんなこともできない。

新しい老人医療制度の方向も公表されているが、報酬改定で老人医療を大きく振り回さないで欲しいというのが本音だ。

改定は既に行われてしまったので、その内容をとやかくいってもどうしようもないが、次回の報酬改定や二年後の介護保険制度の見直しまでには、なんらかのルールを創ることが必要に思えてならない。少なくとも我々は、適切なルール創りに協力するし、自らも考え方を整理したいと考えているのである。

\* へんしゅう後記 \*

韓国ではこれから先急速な高齢化が進む見込みで、昨年、韓国老人病院協議会が発足した。日本にも研修団が訪れるなど、当会とも交流の場をもつようになった。発足の志は当会と同じくするところがあり、お国柄や制度の違いはあれ、共によりよい老人医療をめざしていきたい。