

社会医療ニュース

日本型LTAC研究会が できたらいいと思う

所長 岡田 玲一郎

一月号で「急性期ってなんだ」について書いたが、DPCについて「このままじゃオワライ」ことを現場の医師のハナシを聞いて思っている。NSTにしてもなににしても、制度があるからよしなのではなく、制度があるからこそ矛盾が露呈するのであろう。

ベッドが空いているより 損しないから入れておく

右の小見出しをDPC病院の複数の医師から聞いた。わたしはDPCという制度は無駄な入院がでない制度だと思っていたので、ショックだった。ショックだったが、制度があるからこそ矛盾があるのだと冷静になった。

昔、病院の事務長として医局に対し「ベッドが空き過ぎているから、先生、退院を延ばして」と要請していたことを思い出し、おかしくて笑ってしまった。この言葉を開いたのでDPC制度について

熟知されている人に質問したら、入院させておけばお金になる期間があると言われた。こりゃ、DPC制度も変革すると確信する。そのDPC制度の識者の方が言われたことは「日経ヘルスケア」11月号「ロングステイ作戦はもうやめよう」を見て下さい、だった。

識者とは、工藤高氏のことだ。その文章は読んで頂くと、入院させておけばお金（診療報酬）になる「急性期入院医療」が現存する以上、近い将来にはそんな急性期入院医療は消滅する。

「日本型LTAC研究会」を 立ち上げる時期にきた

本紙一月号で、長期急性期医療（LTAC）について書いたし他紙などで何回か書いています。二月上旬、ある県庁所在地の都市で「傘寿まで生きてこられた感謝の会」なるものを開催した。救命救急センターの院長や、多くの医療

社会医療研究所

〒114-0001 東京都北区東十条3-3-1-220号室
電話 (03) 3914-5565 (代)
FAX (03) 3914-5576
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 リソナ銀行
王子支店 1326433
振替口座 00160-6-100092
発行人 岡田 玲一郎

関係者とゴルフ仲間が参集された人生、晩年期にかかる世の中に

対する感謝の念が強くなってくることを自覚してきた。むろん、わたし個人のことでは石原慎太郎さんみたくに国会の場で自説を感謝もなく延々と述べるお方もおられる。

その感謝の会が、入院させておけばお金になるベッドの転換をお願いする気になってきたのである。アメリカ型でいえば「HIH（ホスピタル・ウィズイン・ホスピタル）」への転換である。わが国のケアミックスと異なるところは、

短期急性期病棟と長期急性期病棟の併設で「急性期」のケアミックスだ。たぶん、言っているコトを分かって頂けると思うのだが、くどいようだが一月号でも述べたように急性期の入院医療がいまのままだでは終わらないのである。

証拠？ 工藤高氏のいわれるように「ロングステイ作戦はもうやめよう」の先に、やめた後はどうなるのかが、あるからだ。先の傘寿のお礼の会では、HIHではなく独立型の日本型LTAC病院の理事長やスタッフの方が来られていたし、救命救急センターを有し

ておられる病院の人たちは、異口同音に「助かっている」と言われていた。なにが助かったのかといえば、入院させておけばお金になる患者をしかるべき機能の病院が受けとってくれるからである。この都市ではもうひとつの病院が救命救急センターを有する別の病院の隣接地に病院を移転される。

東京にも、日本型LTAC病院があり、昨年11月の日本慢性期医療学会で発表されていた。それに関して、本紙や他誌でふれた。つまり、病院の世界も自然、当然の動きをしているのである。しかし、自然、当然の動きを批判したり評論する人もおられるという、社会の原則を呈している。

こんな時代だから、これまた当然に仮称ではあるが「日本型LTAC研究会」が出現してもよい。してもよいと書いたのは、わたし自身が高齢でもあり微力でもあるから、研究会を立ち上げるのは無理がある。日本型LTAC研究会という御輿は担ぐけれど、御輿としては老いばれだということだ。

幸い、六年前からアメリカのLTAC病院は、毎年のようにその機能をみてきた。実務者も日本に招いて講演会もしてきた。しかし、その反応は弱いのだ。そこにきて、DPCの今後の変遷が必至になってきた。工藤氏によると、平成25年度の機能評価係数IIが病院に内示されている。それをみたら、

日本での急性期入院医療、DPCに残れるかどうかは自明だと思う。もっと分かりやすく述べれば、日本での短期急性期病院が長期急性期病院にどんなことを求めているのかを聴く会であり、長期急性期病院側はどのレベルの医師を確保し、看護力をどう高めるかの学習の会が必要だと思うが、ちがうだろうか。マア、必要ないと思われる病院は研究会なんて参加されなければいいだけのハナシである。

問題は、御輿だ。わたしは、日本慢性期医療協会の参与だから、名前負けしない活動をしなければならぬので、会長の武久洋三先生には（仮称）日本型LTAC研究会を立ち上げる意思は表示した。わたしは担げるパワーがある限り提供しようと思っている。例えばクリティカル・パスも、日本型となりクリニカル・パスになった。

急性期医療のクライテリアもDPCとして日本でも発生し、成長してきた。その成長の余地のひとつが、入院させておけばお金になるDPC患者なのである。

今後の変遷は、厚労省絡みになるだろうから、急性期医療提供側は勉強しなければいけないというわたしの意見は、そんなに的外れではないと自分勝手に思っている。従って、この研究会についてのご意向やご質問は担ぎ手である私に申しつけ頂いて結構というより歓迎する者である。

組織医療としての病院

―即物的でバブリーな医師たち―

新須磨病院
院長 澤田勝寛

近くの県立病院の部長で、今は完全な茶飲み友達となった大学時代の親友がいる。

当院の近くにある老人ホームに入所しているお母さんを、仕事帰りに見舞いに行く途中、月に一度ほど私の部屋をぶらりと訪れる。私の上をいく右翼の論客である。ミルで挽きたてのコーヒーを入れて、二人で飲みながら、いつも世相や政治家をメツタ斬りし、国防論に花を咲かせている。

大学の教授職の話を断り、地域医療に精を出し、若手医師の育成に力を入れるスバルタンで真正正銘の硬派医師である。

つい先日訪れいろいろ話をしていたところ、親の遺産を外貨預金にしていたところ、アベノミクスによる円安誘導のお陰で儲かったという。しかし、これでいいのか？ということから話が始まった。

自分が医師として、朝から晩まで一生懸命働いて稼いだ給料以上のものを、労せずして得たことに、どうも納得がいかないようだ。

銀行や証券会社は、人の金を動かして手数料と利ざやを稼ぐのが仕事である。誰かが損して誰かが得するゼロサムゲームが多い。必要な仕事ではあるが、医療とは感

覚が異なる仕事である。

故山本夏彦翁は、「一流だろうと二流だろうとサラ金はサラ金で、銀行がこれに貸すならその一味である・・・」と生前から喝破していた。その後、サラ金が銀行に吸収されたのを見てその眼力に驚いたことを覚えてる。

また、証券会社については、「証券会社と名を改めはしたものの、実は株屋であり、ネーミングでだましたのである」と更に手厳しい。労せず儲かるかもしれないが、それで心が満たされるのだろうか？と余計な詮索までしてしまう。

それにくらべ、農業・林業・漁業といった一次産業や、大工・左官といった物を作る仕事、そして我々のような医療従事者は「しんどいけど、ええ仕事やなあ！」ということの一応区切りがついた。そこから話は新臨床研修医制度へと飛んだ。

発足当初、あまり興味がなく詳しいことも知らなかった。昨年、愚息が研修医になったのをきっかけに、その研修内容を聞いた。将来どの科を専攻するにしても、内科・外科・産科・小児科・救急を回る。各科の一般的な病気を少しでも学ぶ機会があり、いい制度

だということがわかった。

この制度が始まって9年経ち、4年の研修期間を終わり一人前になった医師も増えてきた。

大学医局に所属しなくても、それなりの病院ならどこでも研修を受けられるこの制度は、大学医局を衰退させ白い巨塔は崩壊した。

若手医師は学位よりも専門医を求めようになった。即物的で花より団子の典型である。それでもいいが、ちよつと待てよと思う。医学博士号は「足の裏の米粒」と揶揄されてきた。

別に取らなくてもいいが、取っておかないと何となく気持ちが悪い程度のもので、あまり重みがないのは確かである。医局に属し、何年か研究すれば誰でももううことができた。

社会に役立つ研究は確かに少ない。学位のためだけのような研究に励み、一文の得にもならないことに時間を使い、指導者の元で論文にまとめあげる。

「医療」を習得するという面ではとらえると、この研修期間は多少の寄り道にはなるが、「医学」を学ぶことに関しては意義がある。

試行錯誤を重ね、文献をあさり、学会にも参加し、先輩の意見を聴く。山中教授を例にあげるのも恐れ多いが挫折によって得るものもある。

新臨床研修医制度がはじまってから、クリームスキミング(いい

とこ取り)をする医師が増えてきたように思う。

都会の小洒落た病院で、給料はもちろん多く、あまり暇では困らないけど、忙しすぎて自分の時間が取れないのはどうもねえ？といった感じである。

「ちよつと待てよ、外科系でも内科系でも、若い時は忙しいところでも多くの症例にあたるのが第一ではないか！」と、ここでも右寄りのオジサン医師としては茶々を入れたくなる。

気質の変化といえばそのとおりだが、若い時から医療を完全に生活の手段にしていると思えない。

その究極が、一部の麻酔医が立ち上げた「麻酔医派遣業」である。どこの病院にも属さず自宅に小さなオフィスを構え、派遣業登録をして、メールや携帯で連絡を取り合い、麻酔医師を派遣する。

麻酔医不足の折、大きな公的病院でも常勤の麻酔医がおらず、手術の度にその確保に困っている病院もある。麻酔のいない病院にとっては助かる存在ではある。

休日なら一晩10万円のオンコール料、麻酔料金は保険点数の10割を丸取り。関東では2割増しを要求された病院もあると聞いた。昔では麻酔科バブルと呼ばれている。麻酔不足に悩む病院の足をみているとしか思えない。本誌の主筆岡田先生がいつも言

われているように、病院も儲けることは大切で、利益がなければ機械も買えず、給料も払えず、いい医療は提供できない。

しかし、儲けることが第一義ではないのはいうまでもない。医療には「体を病み心を病んだ人の、体を癒し心を癒す」という大きな理念がある。その理念を達成することと、利益をあげるということの両立に多くの医療経営者は苦勞しているのである。

勤務医時代は、「俺は患者のため医療をしているのであって、儲けるつもりで医療を行なっているのではない」と病院の利益をまったく無視していた医師が、開業した途端に豹変し、過剰検査に過剰投薬、患者や職員に無愛想で評判だった顔まで変わり、満面の笑みをたたえるようになるという話は珍しくはない。

「医は仁術」は心の底では持ち続けている言葉であるが、面と向かって言われると、何を今さら勝手なことを・・・という反感がないではない。

しかし、麻酔医派遣業だけではなく、医療を単なる金儲けの手段と考える即物的でバブリーな医師が増えたことで、「医も算術」なんだろうと思われるようになり、医師の社会的地位が落ちてきている、というのが、右傾化した中年医師の結論となった。

新聞広告でなかにし礼さんが、
「再生」されたのを知
った。その夜、『IPPR研究会』
の会合があり、宮崎民雄さん（工
イデル研究所）から一晩で読んだ
からさしあげますよと軽くいわれ
メール便がとどいた。

新書判に『生きる力』と巨大な
字がぐるぐると印刷され、「心で
がんに克つ」と添えてある。

なかにしさんは昨年2月、食道
にステージII後半がんが発見され
た。だれでもするように放射線、
抗がん剤、手術などさまざまな治
療法を探り、切らないで治す放射
線を受けるが、苦しくて途中でや
めた。

夫妻はコンピュターで1月も
探索したあげく、「陽子線治療」
にたどりつく。この熱意はすごい。
この方法は水素の原子核を利用
するが、電磁波でなく粒子なので、
一定の抵抗があるとそこにどま
り、最大のエネルギーを放出して
がんをやっつける仕組みという。
機械は1基80億円、患者は最低3
00万円は負担しなければならな
い。もちろん保険は効かない。

施術スタッフは医師7人、技師
15人、医学物理士4人、数名のナ
ース。放射時間は30分、これを30
回続けるのである。
氏は別の病院で白血球を体外で
培養し、ふやして戻す「免疫療法」
をも平行してやっている。金がか
かる治療だ。

そして7月、「ついに敵なる友
と和解した」というのである。「私
は食道がんとの闘いにおいて生れ
変わり、新しい命をもらった」
それはよかった、おめでとうと
は思ったが、その結論を読んで、
まったくシラケた。

「人は英知を自分のものとし、逆
境を乗り越えるときのために、備
えなければならぬ。私が行って
きたさまざまな闘いは、振り返っ
てみれば常に自らがけてきた自
己革命であり英知の記録である」
超高額治療の恩恵にあずかれる
患者はきわめて稀れた。「免疫療

がんと暮らせば

「闇」が消えた

「法」ですら手のとどかない人は無
数。うーん。「英知の記録 ねえ。

翌日、Kさんに電話した。大手
出版社に勤め、定年後も顧問をし
ている書籍のベテラン。新刊書に
はみな目を通すきびしい批評家だ。
挨拶もそこそこに書名をいうと、
言下に「ひどい本だねえ。コロモ
の厚いカキフライだ」ときた。

「闘病については全体の3割、あ
とはいままでかれが書いた文章と、
感動した諸作家の文章の断片（ヘ
ツセ、マンなど30数人）を寄せ集
めての水増しだ。
新書判150ページだが、それ

は表紙や本文に厚い紙を使い、活
字を大きくしてカサ上げしている
からで、岩波だったらこの厚さな
ら250ページにはなる。老舗ら
しくない仕事だ。
でもかれの治療費は十分出ただ
ろうね」

ぼくの腹立ちをみかねて、つれ
あいを買ってきてくれたのが『看
取り先生の「遺言」』で、副題に
「がんで安らかに最後をむかえる
ために」とある。
主人公は宮城県で、終末期のが
ん患者を、在宅で緩和治療を続け

かれはかねて「いざ死んでいく
とき、どのように「闇」の方へ降
りていけばよいのか、その道標の
ない」ことに愕然としていた。そ
のとき大震災の真つ只中に立つこ
とになったのだ。大勢の人の死を
目の前につきつけられ、患者を助
けようとした信頼する看護師が波
にのまれる。こうした中で岡部さ
んの死生観は大きく変わっていく。

この「遺書」は岡部医師の自筆
ではない。奥野修司というジャー
ナリストが、ほぼ1年間、岡部さ
んに寄り添い、聞き出したもの。

北林才知

(284回)

終末の患者の息づかいが聞こえる
ようなその一人に岡部さんの声も
ある。医学的な事実やデータでも
補強してあり、「緩和」というこ
とがよくわかる。

もともと医療は患者の「病」を
治し、元気にすることだったから
「死」は医療の対象にはならなか
った。「緩和ケア」は、治療の適
応がない、あるいはこれ以上の治
療を望まない患者に、病気による
さまざまな苦痛の症状を和らげ、
残された日々を心穏やかに過ごす
ための、いわば「つきあい」とい
ったかわりだと理解した。

つきあいの終りは「死」である。
岡部さんは2000人以上も死に
ゆくひとを看取り、自分もそのと
きに近づきながら、こういう。
「死が近づくと、患者さんは食べ
なくなり、水分を受け付けなくな
り、血圧が下がり、嚥下できなく
なる。これが自然のプロセスで、
点滴をすると脳循環が最後まで機
能するから、つらくて苦しくなる」
なるほど。見ている側の安心の
ための「延命治療」が、かえって
患者を苦しめていることが納得で
きる。そのとき患者はどうなのか
「意識がなくなつたとき、人間は
どんな深層意識の中で最後の時を
すごしているのかはわからないが、
少なくとも私は苦痛がない夢の世
界に入っているのだと思う。私が
死ぬときもおそらくそうであるは
ずだ」

岡部さんは昨年9月27日に亡く
なつた。62歳。
「やつぱりあの世が確信できるよ
うになつた。そしたら闇でなくな
つちゃつた」

うつすらとほほ笑みを浮かべ、
いまにも起き上がつてきそうなほ
ど柔らかな顔だった、という。
緩和ケアを待つ身にとつて、と
ても不安の消える本だった。
*
それにしても、聖職者たちは、
なぜ確信をもって、「あの世」の
存在を語ろうとしないのだろうか。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」
利益を出すのは四苦八苦でなく 楽しく仕事をすれば利益が出る
 四苦八苦

金儲けという品が悪くなるが、利益が出るのは楽しくて、品が良い。会社の社長だつて、赤字続きの会社の社長は四苦八苦顔だ。それに反し、利益を伸ばしている社長の顔は、いい顔をしている。やっぱり利益が多いと精神的に楽になるのに対し、利益が出ないと苦しい表情が出るのだろう。

なにも会社の社長だけの話ではなく、医療機関や福祉施設の経営者の顔も、同じだ。隆々と利益を出されている医療・福祉経営者は、決して渋い顔をなさっていない。明るさがある。一方で、利益が出ないから利益を出したいとか、利益をもっと増やしたいと強く想っておられる医療・福祉経営者は、どうしてあんなに苦しそうな顔をなさっているのだろうか。不特定多数の講演会では、壇上からでもそれがよく見える。いや、感じられるのである。人間というものは、心の状態が外に発散するものなのだ。どんなに、つくろつても、だ。

社会医療研究所は小さな個人商店だが、利益を出したい、多くしたいと思つたことはない。ないのに利益が出て税金を払うとき、腹が立つ。利益が出るのなら分けてくれと言われてお金をあげると、

たぶん、わたしの顔は苦しくなるだろう(↑やつたことないから想像だ)。赤い羽根の募金や歳末助け合い運動の募金なんて、絶対に応じない。わたしが儲けたお金をあげるなんて、考えられないからだ。募金に応じる人が悪いなんていつていっているのではなく、儲けた利益は貴重だと思ふのだ。

そんな眼で業界をみると、利益を出したい、金儲けをしたいと思ふだけでは儲からないことが実証されていると思う。苦しいだけではないだろうか。そうじゃなく、わたしの経営哲学は金儲けを考えないことが、一番利益を増やす、である。心に苦しみを感ずる仕事をしないで、心が豊かになる、うしろめたくない仕事をする、うしろめたかると実感する。

例えば、全国の病院長や病院理事長をみられたら、つくづく納得されるだろう。無駄は絶対に許さないスタンスの経営者の病院が利益を出している。これは大事なことで、利益を出したい、金儲けをしたいというおもしろいものが無駄なのである。だつて、そこには必ずうしろめたさがあるからだ。

分かんないといわれる人がおられるかもしれないので、くどいよう

だが儲けようと思う気持ちは無駄だといっているのである。儲かるのは結果で、苦しいことをしてたら絶対に儲からない。それこそ、体に悪い。それが心に影響していくから、無駄なのである。

それより、楽しいと思える仕事をされたらよい。何回か書いたことだが、わたしの心は「楽しいのが仕事で、苦しいのは労働」といつている。ついでに「つまんないのは作業」なのだが、これは経営にはついて回るものだ。

仕事は、楽しい。絶対に苦しいではない。わたしは浅はかなのか、仕事が苦しくなつたら、やめる。やめると収入がなくなつて(年金はあるけど)、利益なんてハナシはすつとぶでしよう。

もつといわせてもらうと、悪戦苦闘する仕事ばかりでいいのではありませんか。悪戦苦闘はゼロではないことを、わたしも経験している。それを、いかに楽しくしていくかも経営だといわれる経営者もおられる。悪戦苦闘して、まさに労働でしかないから、労働からは利潤は生まれぬし、労働は搾取につながる言葉になる。搾取は、するものもされるものも苦しみだ。

楽しいと手抜きは、ちがう。ただ、お役人さんには通じない表現であることは明記しておく。だから、役所仕事は利益が出ないことが多いのである。手抜きに楽しさを感じたら、死ぬ。 岡田

こんなこと やってる

岡田 人材確保について、いろいろな手法がある。これひとつだけやっておけば人材は確保できるなんてものは、医療・福祉業界にはない。他産業は、教育機関も含めて経営側が契約社員や派遣社員を求めているのに対し、医療・福祉施設では常勤の人材を求めている。看護師の派遣・契約社員はいるが、できれば常勤看護師がよいと、どこでも言われている。

派遣・契約の看護師がいけないといっているのではなく、そういう形態の勤務を求めている看護師が増えている事実は、ある。医師にしても、麻酔医は以前から契約・派遣の形態が多い。ただ、どのような形態での雇用にする、しっかりと働いてもらうという絶対条件がある。しかし、その「しっかりと」という規則やルールがあるのかとなると、極めてあいまいだ。本人(医師や看護師)の資質や医療観に委ねるしかないのが現状だ。

二月の「日米ジョイントフォーラム」に参加された方は認識されていると思うが、アメリカでは勤務医の行動基準がここ数年で開発されてきた。理由は、診療所経営の医師が病院を利用する診療特権から、勤務医に転職する医師(診療所経営医師)が急速に増えたからである。日本流に解釈して頂ければ分かりやすい話で、病院側からみれば連携している診療所の医師が自院の勤務医になつたと仮定して、そこに行動基準は必要のない連携先の診療所の医師ばかりでしょうか、ということだ。

もつと具体的にいえば、日本の病院で勤務医に就業規則(職員全員のもの)を当てはめられるか、ということになる。日本でも、いろんな病院がある。勤務医のわがままを許さない病院もあれば、勤務医のわがままに目をむる病院もある。よく聞く言葉に「やめさせたいんだけど、そうもいかない」という勤務医だ。そうもいかないの諸事情は、それこそ病院によつてさまざまだ。医師定員があるもので、やめさせられないという辛い話も聞く。

しかし、アメリカでの動きをみると、やはり日本も勤務医の責任を明確にする時代になつてくると思う。そして、ここでも組織が問われてくる。強固な組織か軟弱な組織かということだ。

強固な組織ならば、勤務医という組織にとつて重要な存在を野放しにはしないだろう。そしてそこでは、優秀な勤務医が育つていく。それがさらに組織を強固にしていることは、日本の病院でもみられることなので、やはりルールづくりが大事になる。

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎早期退職？ 駆け込み退職？

警察官や公立学校の教員の退職が問題にされた。わたしの意見は、退職金が減額される法律？の発動日が、無神経というか、さすがお役人さんらしいというか、木で鼻をくくつたものだからだ。四月からにすれば、学校の場合は、混乱は起きなかつたのではなからうか。それはそれとして、NHKさんやマスメディアが初期に使っていた「早期退職」なる用語はわたしはリストラとつながって受けとつてしまう。40〜50歳代の退職金額の増える早期退職者募集と思つていたら、そうではなく定年退職を少し繰り上げただけだ。

NHK以外のマスメディアは、だから「駆け込み退職」という用語を使いだした。しかしNHKさんは、ずっと早期退職とおっしゃる。実態は、報道などによるとまさに駆け込みなのだから、駆け込み退職でいいではないか。

そして、百万円単位のお金だから、駆け込みをする教員や警察官がおられてもいいではないか。誰かが教師と警察官は聖職だからな

んで、わたしには分からんことをおっしゃつていたが、性職の警察官や教員もいるよ。一週間に4〜5例は新聞でみる。

駆け込み退職を取りやめた教員もおられたし、駆け込み退職をしない警察官もおられるし、それぞれの人生観でいいんじゃないかとおもう。お家の事情など、人生には理屈で割り切れぬものがあるからだ。聖職論には、わたしやあきれてモノが言えない感じだつた。

◎愛ちゃんの言やよし

愛ちゃんといつても、いろんな人がいる。ここでの愛ちゃんは、卓球の愛ちゃんだ。卓球と表現すると愛ちゃんだが、ピンポンと書くと、わたしは温泉旅館を連想する。なんでかは、分からない。

その福原愛ちゃんが、すごいことを言われていた。曰く、わたしには夢はない。あるのは目標と課題で、課題とはすぐやるべきことだ、と。ギャラが高そうと呼べないが、管理職研修で言ってもらいたい、と思つた。いや、病院長研修のほうかなと思うのは、眠つてみる夢みたいなことを言われる院長も、実際におられるからだ。

飲み会の場だつて、夢を語っていたら座が白ける。あなたの夢を実現するための診療報酬にはなつてないの、と言いたくなる。優秀な管理職にするのも、夢見て実現することはない。目標を立て、や

るべき課題をしっかりと築き、それを実現する計画をつくりあげるしかないのだ。愛ちゃんも、そうやって強くなつてきたと信じられる。手術をするほど酷使した肩や腕、尊いと思つて記事を見た、「夢はない」と言う愛ちゃん。

◎石原慎太郎ってなにさま？

1頁にチヨコツと書いたが、国会で石原慎太郎の質問という名の独演会を聞いて、アンタ、なにさまってあきれた。この人（冷たい言い方）、藤沢第一尋常小学校の入学が同期である。尋常小学校と称されていたころで、湘南中学へとながるエリートコースだ。クラスは一緒になつたことはないから、子どものころから「ああだつた」とはいえないが、いや、子どものころはいい子だつたと想う。

質問でもない自論を「聞いてんのか」と総理に言う神経は、わたしには分からない。しかし、病院長には「この手の人」がおられるから、絶滅危惧種ではなからう。わたしが80歳だから思うのだが、80になつたらあんまり表に出ないほうがよい。ましてや、百歳を超えても医療法人の理事長をやつているのはいかん、と言うのだがちがうだろうか。

自分の意見を言つてはいけないといつていては、年寄りになるという障害が出てくるもんだ。本紙だつて、へ口へ口な

想いで書いているのだが、読んでいますと言われたり便りが来ると、それこそ老骨に鞭打つ。購読料を頂いている以上、責任だ。

昔、日米の看護婦意識の調査をしたことがあるが、「若い」についてはアメリカは円熟とか完成といったプラスイメージだったが、日本の看護師は衰えとか鈍いというマイナスイメージが高かつた。その日本に住むわたしも、マイナスイメージの存在なんだろう。

いずれにしても、まわりを意識しながらの発言が、わたしのような年寄りには求められている。心したいことだと肝に銘じている。

◎体罰の英語に体罰を学ぶ

体罰については、別の頁にも書いたが、その学習で英語でどういうのか辞書でひいてみて、納得だ。Chastisement 折檻することという意味である。また、punish、beatともあるが、文字どおり処罰することだ。そこには、愛のむちなんて意味はまったくないのだから、日本の伝統的な体罰観、愛のむちは英語では通用しない。

ノートルダム聖心女子大学の渡辺和子理事長は、ミリオンスラーの本を書かれている。2月の14日（バレンタインデーだつた）に、NHKテレビに出られていたが、そこに体罰の重要な意味をみたので、体罰はコミュニケーション能力の低下から発生していると別の

頁に書いた意見と別に、指導育成の重要なポイントを書いておく。渡辺和子さんも、基本的に人生は苦であることを言われていた。学長になつたときにまわりから浮きあがつた自分、50歳のころにうつ病で自死さえ考えたことなど、順調にいかないのが人生だと言われていた。お姿を拝見して、アツ、この人岡山で会つたことがある人だと想い出したが、どこで、どうしてかは想い出せない。

渡辺和子さんは言う。まわりを変えようと思ふときがある。自分は悪くないのに、まわりが悪いから苦しいのだと思われたそうだ。例の現代うつの典型である。上司が悪い、病院が悪い、給料が悪い、悪いのは全部まわりで自分は悪くないという自責のない人間だ。

渡辺和子さんは、そうではなくて、まわりを変えようとするのではなく自分を變えようとまわりが變わつてくる、と断言されていた。まったく同感で、IPRトレーニングでも学んだ。自分が變わればまわりが變わる、である。そして、わかることはわかることだ。岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



— ベッドコントロールとは —

病院経営のためののか

（株）日本医療企画から発行されている「最新医療経営フェイズ3」は、勉強させてもらっている雑誌だ。ただ、3月号の「病院経営を変えて」と題して『ベッドコントロールの「基本のキ」』は、頭の悪いわたしには、よく分からない記事だった。

病院経営を変える基本は患者さんが集まることだ

記事にあるPFMは、実施されている病院は多いし、経営のハウツーとしてはある。しかし、やはり記事にある「ベッドコントロールは病院経営の生命線」は、いかげんなものかと思う。

分かりやすい説明をすれば、患者さんが集まらない病院では、ベッドコントロールが病院経営の生命線ではなく、地域の信頼から発する患者が多く受診することが生命線ではなからうか。いや、生命線というより基本だと思われるのである。その先にベッドコントロールがあるのだろうか、例えば病床利用率80%にしても、入院患者さんがおられての話なのである。

患者さんが集まることの基本は、絶対に信頼である。よくある「増収・増患対策」ではなく、患者さん側が集つてくたさる病院になることが基本であろう。先の雑誌流にいうなら「基本のキ」だと、わたしは頑なに思う。

その手段として、医師の量と質を向上させ、看護力を高め、チーム医療を実現することがあるのである。少なくとも、わたしが関わらせて頂いている病院では、それに注力されている。当然、経営は抜群である。北米の病院を30年近く視てきての、わたしの揺るがせない信念の実現である。

ひとつ具体的な例を出せば、良い医師の率を高めるには、医師以外の職種の職員（例えばPTやナースや医事のスタッフ）が、自分に与えられた職責を遂行している姿が基本である。自分に与えられた職責を全うしないで、医者の陰口ばかり言ったり、行動を批判していたら、絶対に良い医師の率は高まらないことを、さんざん経験してきた。良い医師の率が高いほうが、病床占有率が高い病院より

経営はいいのである。

それが結局は、医療チームの質を高めることは、ここでわたしが述べるまでもなく病院経営の分かっつておられる方は、そうだよっていわれるだろう。病床占有率は、強兵によって富国になった病院では、自然と高まってくるのである。

ベッドをコントロールするより適正な入院日数にすることだ

一頁にも書いたが、へんなベッドコントロール意識のせいだと思ふのだが、「お金になるんだからベッドを空けておくより入れておけ」と言われているというDPC病院の医師がおられる。もしもこれをもってベッドコントロールといわれるなら、それはちがう。

それと、一般病床イコール急性期病床ではない事実は、知られたことだ。一般病床にはイロイロな機能があつて、それこそSTACから療養病床類似まであるのである。いや、療養病床になれないので一般病床と称さざるを得ない病床もある。だから、急性期病床のベッドコントロールを論じるのなら、いささかの意味はあるが一般病床のベッドコントロールとなる

と、ハテナと思つてしまうのだ。あえてベッドコントロールという表現をすれば、急性期病床のベッドコントロールとは、いかに適正な入院日数で転院して頂くことなのである。その受け皿のLTA

C病院と連携なさっている病院で聞かれたら、すぐ分かることである。急性期病床におられる急性期を脱した患者さんの受け皿をもたないと、ベッドコントロールがいやらしくなってしまうませんか。先にも書いた、DPC病院の複数の医師から聞いた「入院させておけばお金になるから、ベッドを空けとくより入院させておく」DPC病院も、少なくないのである。

これをもってベッドコントロールといわれているのではないと思ふが、ともすれば誤解を受けやすい言葉だと思ふ。それより、急性期病院としての適正な入院日数になるように、急性期を脱した患者を連携する病院に転院させることが、真のベッドコントロールである。そこに、金銭的な損得は絶対に介入する余地はない。そんなマジメなことをと言われるかもしれないが、わたしのベッドコントロール論に賛意をもち実践されている急性期病院はあるのである。

診療報酬や諸制度は活用するのを利用するののか

診療報酬はわが国の医療を変えてきた。また、医療制度もわが国の医療に強いインセンティブを与えてきた。だから、「お金で引く張る」という表現が出てきたのである。その結果が「最近の病院はすぐ退院させられる」という国民の声になつているとみている。

しかし、機能が明確になつていない日本の病院では、病院側が自院のもつ機能を地域住民に分かりやすく説明することである。あまり聞かないが「ウチの病院に入院している、一日当たり〇万円の皆様の支払っている健康保険料が消費されるんですよ」といった説明が普遍的でなければならぬと、わたしは思う。

二月に「日米ジョイントフォーラム」と題する講演会を行ったが、アメリカのリハ医がそのことを強調されていた。日本人がアメリカの病院に入院することは少ないけれど、病院の機能別の一日当たりの医療費をお知らせすることは、まさにインフォームド・コンセントだと思ふが、ちがうだろうか。ベッドコントロールにもまた、なぜそのようなこと（わたしはよく分かつてないが）をしなければならぬのかを、十分に説明しなければならぬ。病院の損得や都合ではなく、社会の理解を得るためのものでなければならぬ。

国民の言う「すぐ出される」がもしかしてベッドコントロールの結果だとすると、それは良くないとわたしは思う。食堂の相席だつて、コントロールするものではなくコントロールである。短距離の乗車で高い運賃を取つてはならないのと、逆の論理である。逆の意味が分かつて頂ければ、幸いである。統制と合意の違いだ。岡田

高校のバスケ部や女子柔道などで、指導者の体罰が報道されてきた。何年前は大相撲でも死亡に至ったケースが報道されていた。先進国ではみられないことだけに、わが国の教育指導の問題として看過できないと思うのだが、病院や福祉施設の教育指導者である管理職の方はどう受けとめてられているのであろうか。重要なことだ。

最近はずいぶん少なくなったが、医師が看護師などに怒鳴ることは、わたしは多く経験した。オベ室でコッヘルを投げた医師も見てきた。心理学の学徒のはしくれとして、また管理論を大学で講義していた身として、と

でも興味深かったことを覚えてい

る。また、高校や大学の運動部における体罰も、常識であったことをわたしは経験してきた。

では、その当時、高校生が体罰によって自殺したり、いじめによって自殺することがあったかとなると、報道はなかった。人間が打たれ強かったからだと思う。コミュニケーションが簡潔だったのである。むしろ、私見である。

しかし社会は変遷し、コミュニケーションは簡潔から複雑になった。スパツといかなくて、もって回ったツールを使用したコミュニケーションに変化していった。善悪ではなく、人間のあり方が変わ

り、必然的に社会のあり方が変化したのである。昔は通じた体罰も、いまの複雑化した人間の生きざまには通用しなくなってきたのである。打たれ弱いではなく、打たれたときの反応ができなくなってきたと、わたしは思うのである。

指導管理が仕事のひとつである管理職の人たちは、自分がコミュニケーションに秀でていいると思われているだろうか。多くの管理職の人はコミュニケーションを、おつかなびつくりになさっている。先に述べたスパツと出さない、あるいはボンと出すコミュニケーションではなく、部下がどう反応す

体罰とコミュニケーション



るかビクビクしながらコミュニケーション（教育指導も同じ）するから、通じづらいのである。

病院や福祉施設で教育指導する管理職のジレンマがそこにある。ところが、柔道やバスケットボールの指導者にとってジレンマで終われない役割の人もいる。コミュニケーションの受け手である選手もコミュニケーションに弱い。指導者もコミュニケーションが下手

くそな場合は、当然、手が出るし口も出る。オベ室で医師がなりたてていたことが、そこに重なってみえるのである。ところが、運動部やプロ野球の

指導者の中には、コミュニケーションの達人もおられる。「指導して上手になるんなら、こんな楽なことはない」と言われる監督やコーチもおられる。「体罰で技術が上がることはない」と言われる元プロ野球選手もおられる。

そのとおりだと思う。現代は、現代社会は、教育指導する側も受ける側も、コミュニケーション能力が低下している人が多いことを自覚することからの出発だと思ふ。わたしは教育指導する側だが、幸いなことにコミュニケーション能力があるから、何割かの人は成長してくださる。IPRトレーニング

グについては何回か書いてきたが、教育指導がいささかできていたことは、トレーニングのお陰だと

自認している。研修のときわたしの話をききながら居眠りをしている人には「出ていけ」と怒鳴る。なんで怒鳴るかといえば、眠気をさせている人や眠っている人へのコミュニケーションは、お話ししても通じないからだ。事実、怒鳴ると効く。一時的ではあるのだが、その場でコミュニケーションがとれるのだ。おそらくなのだが、体罰が常習化している指導者は、コミュニケーション能力の不足を、手を出すことでカバーしているのだから。病院や福祉施設の管理職も、それ

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報で変わる医療環境

DOCUMENTARY FILE

広報的視点から、病院のビジネス構造の改革をサポートします。

病院経営の再構築の時代を迎えた今、私たちHIPは、貴院の将来ビジョン、そのための経営戦略・戦術における課題を見出し、そのためのソリューションとして、広報活動を組み立てます。アプローチの視点は三つ。戦略的広報、戦術的広報、日常的広報。いずれにおいても、病院経営者、そして現場の職員の方々と一緒に考え、貴院がめざす医療、病院の実現に向けて、あらゆる広報表現物をご提供します。



HIP 有限会社エイチ・アイ・ピー
名古屋市中区富土見町7-12 センチュリー富土見1101
TEL052-339-1645 FAX052-339-1646
貴院の広報をあなたといっしょに考えます。そして答えを出します。私たちはエイチ・アイ・ピーです。

第372回 これからの福祉と医療を实践する会

社会福祉法人には次のような批判が聞かれた。それは、経営体としての考えが不足して事業運営において社会の流れを考慮しないことだ。よって人材育成をはじめとした組織整備が遅れ「30年前の医療業界と同じだ」とする声。これに對して「ほぼ批判の通り」というべき法人も少なくないが、反面「批判は全く当てはまらない」とする法人も増えている。今回は

「全く当てはまらない、先端的な法人からの発題だ。」

発題の第一は、2025年を展望した戦略が明確に構築されていること。地域の状況に応じて、地域包括ケアの主役を目指した歩みが確実に進められている。第二は、対応策が順を追って実現されている過程だ。マニュアルと組織図をつくっただけでは組織は生きてはこない。経営者の想いを実現するための、きめ細かい工夫を学ぶ材料が提供される。そして第三は、本例会の中心となる対応の具体例。若竹大寿会が小学校の跡地に進める複合福祉施設Ⅱ地域密着型多機能福祉施設を通じての解説となる。第四には、地域包括ケアの実現に向けた対応策のヒントとなるが、これは参加者同士の意見交換などで学んでいくこととなるのか。

石垣氏は、鳥取県と神奈川県で幹部として法人経営と福祉事業の

展開に多くの成功体験を積み重ねてきた。社会の流れを見詰めつつ、利用者・家族、そして職員への温かい心のこもった指導でファンも多い。当会の平成25年度の基本方針「医療と介護の融合の実現」を福祉の側から考察する例会であり、単なる事業運営のノウハウにとどまらない成果が期待できる。

(鈴木喜六)

日時 四月二十六日(金)

午後二時～四時半

地域包括ケアの主役は誰が担う?

……先端事例から学ぶ戦略的対応

社会福祉法人若竹大寿会 評議員

法人本部長 石垣 修一

会場 戸山サンライズ大会議室

参加費 会員 五〇〇〇円

会員外 一〇〇〇〇円

申込先

Tel. 03-5834-1461

Fax. 03-5834-1462



新宿区戸山1-22-1

地下鉄東西線早稲田下車徒歩10分

大江戸線若松河田駅下車徒歩8分

書き終えて

▼80歳まで生きてくると、よくぞここまで生きてきたもんだ、と少ししみじみ思う。若いころは、80歳の人をみていて、わたしには無理だと思っていたからだ。ひたすら感謝のおもいがある。お陰さまだ。

▼今年も、「日米ジョイントフォーラム」を開催した。医療界の関心が強いことを西高東低で実感した。つくづく思ったことは、医療制度があるから矛盾が出てくることだ。制度の宿命であろう。

▼矛盾が出てくるから制度が変わる。どうかわるかは、是正そのものだろう。今年の仕事をするが、来年はまだ考え中というより、心身の反応待ちである。でも、来年の診療報酬改定は読み続ける。

▼最近思うことなのだが、死があるから人生があるのだ。死のない人生なんて、絶望だろう。楽しまないなんにもなくなってしまう。ものすごく退屈だとおもうのだが、

そうおもうのは老人の証か。

▼ともあれ、来年も死なない限り仕事をしたい。というところだ。無理に仕事をするのではなく、人生の流れに任せた仕事だ。

▼好き嫌いも、だんだん激しくなるかもしれないと、心配している。

▼日本型LTAC病院をみていると、もつと仕事をしたいと心が動く。連携ともたれ合いのちがいはつきりとしているのである。

命を守る最前線で。健やかな暮らしを願う心の中に。いつも星医療酸器はあなたといたい。

メーカー機能
品質、信頼性、安定性...
全てのクオリティーを求めた結果がメーカー機能までを含めた独自の一貫供給体制です。

24hrs. 365days Anywhere
深夜の緊急手術で、一刻を争う救急車内で...。星医療酸器グループがお届けする医療用ガスは、命を支えるうえで重要な役割を担っています。だからこそ、24時間年中無休は私たちにとって当然のこと。正確に、迅速に供給し続けることこそ、ライフセーバーたる私たちの喜びです。

介護福祉機器関連事業
新しい生き甲斐や楽しみを発見できる。これからの介護福祉機器には、そんな品質基準があっても良いのではないだろうか。

メンテナンス機能
医療用ガス供給設備の設計・施工・保守管理までメンテナンスを核に広がるビジネスフィールド。

介護付有料老人ホーム
価値ある人生を、よりすばらしいものに。笑顔の絶えることのない、穏やかな暮らしを私たちと共に。

在宅医療事業
「生き方」がいま問われています。だからこそもっと、普段着の暮らしに近づきたいと思いました。

JASDAQ 証券コード: 7634 株式会社 星医療酸器
地域医療のさらなる発展のために
本社 〒121-0836 東京都足立区入谷7-11-18 Tel 03-3899-2101 Fax 03-3899-2333

Table with 4 columns: 東京, 西東京, 南東京, 千葉, 館山, 埼玉, 北関東, 栃木, 長野, 神奈川, 山梨, 茨城, 群馬, 東北, 茨城, 神奈川, 山梨, 静岡, 名古屋, 岐阜, 愛知, 福井, 滋賀, 京都, 大阪, 和歌山, 徳島, 香川, 高松, 愛媛, 福岡, 熊本, 鹿児島, 沖縄

2013年 北米視察ツアーのご案内

今年もいつものように6月の「訪米ツアー」を組みましたので、ご案内致します。

恒例の「定点観測」になります。理由は、経年的な変化をみるためです。なお、参加者の職種やご希望により訪問先や部門は変更する予定です。

ボールドウィルワラス大学のヘルスケアMBAのリー・ピックラー教授との関係も10数年以上の歳月で構築されております。アメリカの医療をめぐる状況は年々変化して、日本の医療機関、福祉施設もまた、同じ外部環境に置かれております。それが感じられる視察になると思います。

毎年、最終日にまとめの講義をしておりますが、それを参考にされておられる参加者のお話もよく聞きます。わたし自身、年々、年齢をとっておりますが、訪米する以上、その成果を出せるよう、全力を尽します。昨年は、パスポートの期限切れで2日間ほど一緒できませんでしたが、今年は大丈夫です。

ご予算のご都合もあるでしょうが、費用対効果を産み出せるよう努力する心算ですので、是非、ご参加下さいますよう、ご案内します。

岡田 玲一郎

■概要

6月22日(土) 離日、6月30日(日) 帰国。

- ・急性期病院や救命救急士(パラメディックス)を配置した病院で急性期の実態を視察
- ・急性期病院の薬剤師の活動を視察
- ・入院リハビリテーション施設(病院)でわが国の回復期リハビリテーション病院の将来を視察
- ・長期急性期病院(LTACH)を視察して、わが国の急性期後医療(Post Acute Care)の参考にする。
- ・緩和ケア施設の視察と在宅ケアについて学ぶ

○以上の施設になりますが、今年は前半3日ぐらいはLTACH病院、入院リハ施設が主体になります。

※毎日の訪問先の日程は、5月ごろまでに参加者の職種などをみながら、先方と調整決定してお知らせします。

※6月23日(日)のリー・ピックラー邸でのウェルカムパーティ(夕方)は決定です。

■お問合せ

社会医療研究所

TEL:03-3914-5565 FAX:03-3914-5576 E-mail:smri@mvi.biglobe.ne.jp

■お申込み

下記にご記入の上、社会医療研究所(03-3914-5576)までFAXにてお申込み下さい。1法人様より複数名様でご参加していただける場合は、代表者の方のお名前のみをご記入下さい。

■概算費用

概算(参加者25名)で66万円ぐらいになります。(参加者25名の場合約66万円、20~24名の場合約74万円、15~19名の場合約80万円、10~14名の場合約89万円です。)

なお、募集人数は25名までとしますので、お早めにお申し込み下さい。

■お申込書

法人名		
氏名	(他 名様)	役職
住所 〒		
電話番号		

FAX 03-3914-5576

※申込締切日4月12日(金)