

社会医療ニュース

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

急性期病院の多くが どうなっているのだろうか

所長 岡田 玲一郎

医療界の識者、Kさんから、書状を頂いた。「それにしても、急性期病院の多くが、病床利用率減、外来患者減の傾向です。患者がいなくなれば医療機関はいらなくなりますが、患者はいくらでもいると考えている人が圧倒的に多いのは、医療界の特徴でしょう。」だつて。この欄でも書いたが、DPC病院なのに患者を入院させておけば、いくらかのお金になるとおっしゃる医師がいる以上、病院経営は苦しくなるのは当然だ。自業自得というものだろう。

くどいようだがLTAC くどいようだが社会医療

Kさんの分析は、わたしは肌で感じる。伸びている急性期病院と縮んでいる急性期病院の、ちがいです。それは、急性期医療の認識のちがいと断言して、まちがいない。なんでもかんでも急性期ではなく、急性期医療も分化するという認識だ。社会保障国民会議の試案を持ち出すまでもなく、日本の急性期医療は、人類社会の医療としては在院日数が長い。日本の医療文化がそこにあるのだが、やはり在院日数10日というのは、人類社会の常識であろう。いままでが急性期医療（のつもり）の在院日数が、長すぎただけの話だと、わたしは頑なに思っている。

もう何回も書いてきたことだが、日本でも独立型のLTAC病院と、短期急性期病床と長期急性期病床を合わせ持つ、いわば急性期医療のケアミックス型が出現するのは必至と断言しておく。

理由は、急性期医療が10日で納まるわけがないことがひとつ、長期急性期の患者が短期急性期の病院（例えば救命救急センター）に押しつけられているからだ。そんなことはないと言われる人は、現場をみてない人が短期急性期医療の認識がないとしか思えない。

多臓器不全の医療は、短期急性期の医療なのだろうか？ 答えは救命救急センター（真の）の医師に訊かれたら分かることだ。もし急性期としても、わたしは長期急性期か医療療養の守備範囲だと愚直に思っている。

そして、多くの急性期病院と称しておられる病院は、短期急性期医療と長期急性期医療の、いわゆるケアミックス型になっていくとみている。先に走る病院か、いよいよ苦しくなってきたら、あるいは制度がかわってから、よろよろと動く病院では大差がつくだろう。そして、アメリカのH I Hのようなコトには絶対にならないだろう。理由は、アメリカと日本では医療のあらゆる側面がちがうからだ。

亜急性期病床の在院日数が なぜ、昨年から変わったのか

先日のKさんの書状にもあるのだが、亜急性期病床の変化については本紙でも書いてきたし、いくつもの病院の医師を含めた職員研修で理解を求めてきた。在院日数が60日というのは、現在、日本型LTAC病院の平均在院日数にほぼマッチするのである。ついでに述べれば、日本型短期急性期病院の平均在院日数でいえば約20日超の患者さんを引き受けているのが、日本型LTAC病院なのである。

臨床工学士を送り込む短期急性期病院の目的は、人工呼吸器の管理は長期急性期医療の守備範囲であつて、短期急性期医療の守備範囲ではないという認識から出発しているのである。しかし、急性期医療とはなにかという理解がないと、わたしのような拙文ではお分かりにならないかもしれない。

いずれにしても、ここまで急性期医療についての議論が深まってきた日、日本の現状を直視されるなら、自院の現状と対比して動かれたほうがよいと思う。先のKさんによれば、厚労省も動いているそうだが、ここでも、制度や診療報酬がかわつてから動くのか、かわる前からそろそろ動くかのちがいは、将来、大きな差となると思う。よ。

本号が世に出るころは、アメリカのH I H病院や独立型LTAC病院の視察から帰って、視てきたことを文章化やしゃべっている。わたしの思考の根底にあるのは、アメリカと日本の医療を同列に論じられないということだ。しかし、アメリカが日本に寄ってくるのか、日本がアメリカに寄ってくるのかとなると、後者だと思ふ。

自慢たらしいが、クリニカルパスは、日本では最初に持ち込んで現場でやって頂いた。DPCも、クライアントからやってきていると自認している。そして、LTAC病院のCEOに日本で講演してもらったのは、4年も前のことだ。その自慢はするが、発信力が弱いのが、わたしだ。組織としても、公職としても、まったく無力だ。

しかし、この「社会医療ニュース」を出し続けたことは、誇りだ。分かってくださる人は、遠くの方で灯を振っているようだとおっしゃってください。だから、元気に仕事ができているのだからと思ふ。50歳のころから、いまにも死ぬみたいと言つてたのに。

組織医療としての病院 (309)

— 混沌の時代 —

新須磨病院
院長 澤田勝寛

アフリカで毎朝、シマウマが目
を覚ます。一番足の速いライオン
よりも速く走らないと殺されるこ
とをシマウマは知っている。毎朝、
ライオンが目覚ます。一番足の
遅いシマウマに追いつけないと飢
え死にすることを、ライオンは知
っている。

ライオンであろうとシマウマで
あろうと変わりはない。日が昇つ
たら、走り始めたほうがいい。
〔フラット化する世界より〕
厳しいが一番気に入っている文
言である。

誰がシマウマで、何がライオン
かは、個々の判断に委ねるとして
も、医療界も大きな転換期に差し
掛かっているのは間違いない。先
般、日本病院学会で、色々な病院
の院長と話をする機会があった。
医療が転換期であることを肌身で
感じているトップが多いことがわ
かった。

複雑系という言葉がある。文字
通り、複雑なシステムをもった組
織のことであり医療はその典型で
ある。暗黙知の部分が多く分析す
るのが難しいが、あえて何となく
感じている転換期と思われる要因
について考えてみた。

①医療そのものの変化

医療の高度化、複雑化、細分化
真かどうかは定かではないが、
医学書の重さが昔は400キログ
今1.5トンといわれるほど、学
ぶべき知識は飛躍的に増えた。

CT, MR, エコー, PET,
と画像診断だけでも膨大である。
遺伝子と移植の知識も必要である。
治療は、「切る」か「薬」かの二
択である。その「切る」も、内視
鏡手術、腹腔鏡下手術という選択
肢が増えた。薬も多種多様。医師
のキャパシティーは限られている。
広く浅くの総合医か、狭く深く
の専門医しかない。トレンドは専
門医。かくして医療は、細分化さ
れ複雑化していった。

木には幹、枝、葉がある。専門
家とは葉ばかりをみるようなもの
で、木を見て森を見ないどころか、
葉を見て木も見れないようなもの
である。

高齢者の病気は多岐にわたる。
糖尿も高血圧も前立腺肥大も白内
障もおまけに認知症がある老人が、
骨折し、風邪をこじらせ肺炎にな
る。

間口の広さを横棒に、奥行き
の深さを縦棒にするなら、幅広い一

般的知識とひとつの専門分野を持
っている医師はT型、ひとつの専
門分野だけという医師はI型とい
える。専門家が増えるということ
はI型ばかりとなり、Tの横棒が
なければIの隙間に病気がこぼれ
落ちる。

病気が多岐にわたる高齢者を、
幅広く診察できる医師が減ったの
は大きな問題である。

②患者の変化

高齢化、贅沢化、高度要求化

患者の高齢化による問題は先の
述べたとおりである。さらに患者
からの要求は格段に厳しくなった。
どのような産業でも、導入期、

成長期、成熟期、衰退期というラ
イフサイクルがある。敗戦後の日
本は、食べるモノは何でもよかつ
た。衣料は色柄デザイン着心地な
どは論外であった。ダイエーはそ
の流れにのって大成を遂げた。
成熟期は競合相手が増え、質が問
われる。消費者は、もっと良いモ
ノを要求する。要求の多様化と高
度化である。それなりのモノが何
でもある百貨店が衰退し専門店が
脚光を浴びるようになったのが、
その証である。

患者はある意味「医療の消費者」
である。いつでも、どこでも、最
高の医療を求める。三ツ星レスト
ランには甘い消費者も、病院には
手厳しい。レストランで並んで待
つ人も、病院では待つてくれない。

それを煽るのが、マスコミの「3
時間待ちの3分診療」という定番
記事である。

コンビニは深夜でも開いている
が、店員はひとり、商品も単品で
シンプル。それに納得して買い求
めている客も、患者となると要求
が跳ね上がる。

深夜に受診して、最高の医療を
求める。良い医療には、人手も機
器も時間も必要である。その事を
理解できない患者が多い。通常診
療も然り。待ち時間、接遇、医療
内容、医療費、清掃、設備などあ
りとあらゆることに過大な要求を
する。ひとつ間違えるとすぐに訴
訟。

専門以外は診ません。時間外は
診ません。予約患者以外は診ませ
ん。と謳う医療機関の気持ちもわ
からないことはない、複雑な心
境になる。

③経営の変化

建物の老朽化、経営者の高齢化

昭和30年代から40年代は日
本の高度成長期であった。その頃
に建てられた病院の多くが老朽化
し、機能的にも構造的にも耐震的
にも建て替えに時期にきている。

既に建て替えた病院も数多くある
が、計画中や断念した病院もある。
避けて通れない問題とはいえ、お
金も土地も時間も必要である。公
的病院なら税金で建ててもらえる
が民間病院はすべて自前である。

町中の病院にとつては土地も大き
な問題である。そう簡単には見つ
からない。かといって同じ場所
建て替えとなると、費用は割高と
なる。折角築いた地域という地盤
があり、おいそれとは離れたい。
悩むところであろう。

病院建物と同様に民間病院の経
営者も老朽化ならぬ高齢化した。
一般企業で一代目から二代目に承
継できるのが30%、二代目から
三代目が15%といわれている。
ダイエーも一代で倒産した。イオ
ンでようやく二代目である。

まわりを見回しても、代々続い
た病院以外は、初代か二代目が多
い。「売り家と唐様で書く三代目」
という言葉もあるように、事業承
継は難しい。病院の跡継ぎには
「医師免許」が必要である。これ
ばかりは、なかなか金では買えな
い。

医療の混沌を話すつもりが、頭
が混沌としてきた。政治、医療行
政、医療制度、医療従事者、患者
などあらゆる項目で、医療はダイ
バシティー（多様性）の時代にな
ったといえる。

湖に浮かべたボートをこぐよう
に、人は後ろ向きに未来に入つて
いく。目に映るのは過去の風景ばかり。
明日の景色は誰も知らない。
（ポール・ヴァレリー）

未来の予測は困難である。ただ
今なすべきことをするしかない。

人が集まらない、離職者が多いというのが多くの福祉職場の現実である。とくに、直接サービスの担い手である介護や看護職員の不足は深刻であり、これからの大介護時代の人材マネジメントにとって最大の課題である。

介護サービスの近未来

2000年(平成12年)の介護保険制度の施行後、介護職員の増加は10年で2・7倍以上になっているが、国の推計では2025年(平成37年)にはさらに1・6倍以上(100万人増)が必要であると言われている。

65歳以上の高齢者人口が3000万人を超え、2012年(平成24年)の高齢化率は24・1%になったという。680万人を超える団塊の世代が高齢者人口となり、この大集団が後期高齢者人口に入るのが2025年であるというという人口構造の変化から推計されるものである。

団塊の世代は元気な高齢者である。この世代の活力を活用し、生産年齢人口の減少に何とか対応していこうという発想(「老老介護の社会システムの開発」)は、当面の課題解決として有効な試みである。現に、高齢者をネットワークする介護系の人材派遣会社が注目されている。

だが、よく考えてみると、いまは元氣印の団塊の世代であるが、

この世代が元気に働き続けられるのは10年程のことだろう。若いのは確実に進み、将来は要介護の大集団となり、サービスを担う人材が必要になって来るのである。

介護サービスの需要増は確実であり、しかも、これからは質の高いサービスが求められるようになる。国の経済政策では、介護サービス事業は、日本再生の成長事業領域に位置づけられている。国土交通省が推進するサービス付の高齢者住宅がわずか一年半で10万户以上も建設され、有料ホームの建設ラッシュも著しいものがある。

連載「大介護時代の人材マネジメント」②

介護人材の確保・養成の近未来

(福祉経営コンサルタント ㈱エイデル研究所 前所長)

介護保険制度の施行で措置制度から利用契約制度へ転換し、規制緩和が行われるなかで、社会福祉一種事業としての「特養ホーム」のイメージも大きく転換してきた。従来型の多床室から個室ユニットへの政策誘導が行われているし、サービス内容も「三大介護」から利用者の尊厳を重視した「最善のサービス」と「ホスピタリティ」が求められるようになってきた。地域包括ケアシステムが提唱され、小規模多機能型のサービスが推進されている。

サービスの担い手である介護職

員には、チームケアの担い手として協働や連携のスキルが求められ、認知症介護や看取り、痰の吸引等の医療行為等、さらに高度な専門性が求められるようになってきた。少子化を背景とした核家族化の進展に伴い、「家庭介護力」は確実に低下しており、親と子の伝統的な「扶養の価値観」も急速に崩壊し始めている。

人材の量的確保と質の向上

確実にやってくる大介護時代のサービスの担い手の確保や養成をどのように進めていくか、14年ぶ

りに見直し告示された厚労省の「福祉人材確保指針」や介護職員等の処遇改善を図るための「処遇改善交付金」(現在は処遇改善加算)の創設等、国も一定の施策推進を行っているが、その効果には疑問が多い。

労働市場における「介護職」のイメージは、相変わらず「低賃金・重労働」の3K(キツイ・キケン・キタナイ・クライ等)であるし、さらに「希望が持てない」「結婚できない」等、ネガティブ3Kイメージが払しょくできない。「官制ワーキングプア」とまで

喧伝されているのが現実である。働き甲斐のある職場、明るく、将来に希望がもてる「介護の仕事」をつくるためには、介護職員の「キャリアパス」(職業生涯の道筋・進路)の構築とキャリアに適切な処遇改善を行わなければならないというところが推奨されている。

専門職としての介護職員の養成システムの見直しを行い、専門資格の取得要件として、「初任者研修」や「実務者研修」の制度が導入され、2015年(平成27年)からは試験制度のハードルがあげられることになった。しかし、そ

宮崎 民雄

の効果性ははなはだ疑問が多いと言わざるを得ない。

ワークエンゲージメントの発想を

専門職としての資質能力の向上を図ろうという意図は結構なことであり、専門資格取得のハードルを上げることも必要なことであるが、そのために修得しなければならぬ知識やスキル、実践的なノウハウがどうであるかという視点で研修カリキュラムや研修手法をみると、これでよいのだろうかという思いが強くなる。設定されることになったハードルは、外形的

な研修時間と「科学的介護」と言われる枝葉末節の専門知識の記憶レベルを問う筆記試験が中心である。「キャリアパス」としての「認定介護福祉士」や介護職の「段位制度」についても、実際の介護サービスの実践とはかい離れた机上プランのイメージが拭えない。

誤解を恐れずに言えば、人材養成や試験に関わる業者に対する事業支援の制度ではないかとさえ思わざるをえない現実がある。もう少し、既得権益を超えた本物の議論を尽くして欲しいと思う。

「生活の支援を必要とする人びとへの専門的なサービス」の担い手にもっとも必要とされる要件は、健全なメンタリティであり、関係形成のスキルではないだろうか。実際の施設・職場で、利用者にとって本物のサービスを実践している担い手に目を向けてみると分かることである。本物の利用者理解に基づいた本物の専門的サービスが実践されているし、対人援助サービスの担い手に求められるメンタリティが醸成されている。そのことが仕事へのワークエンゲージメント(心の健康度)になっているのである。

介護の仕事の意味づけ、自己肯定感、安心感と自己効力感、成長の実感、関係形成と承認欲求の充足等が大切なキーワードであり、職員のキャリアパスの支援には、そうした視点が不可欠である。

「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 四苦八苦 四苦八苦」

いまだきの若者を育てる 日米の土壌の差を実感した

四苦八苦

いまだきの若者を職場で教育するのは、大変だ。大変だけ育てるしかないのは、絶対だ。育てなければ、職員はいまだきの若者集団になってしまうからだ。

六月のアメリカでのことだ。IRF（入院リハ病院）で初めて訪問した病院で教育の話になったとき、わたしが「日本の病院では、いまだきの若者はなにを考えているのか分からなくて、職員のOJTや接遇の教育に困っている病院が多いのですが、アメリカでも同じように困っておられますか」と質問した。日本からの視察団の人たちから笑い声が出た。苦労なさっているからだ。

IRFのPTの管理職とCEO（PTでもCEOがいる）の中の男性で割合と若いPTが答えた。「むろん、アメリカでも若者意識はわれわれとはちがう。しかし、われわれとのちがいはあるが若い人たちの得意とすることをやらすようにしている。具体的には、われわれより若い人はITに強い。プログラムのIT化などでは、若い人に助けてもらっている」と。わたしは、そう答えられると予想していたのは、よく本紙で書くように、同じ若者意識といっても、

「二ホンとアメリカはちがうからだ（財）日本青少年研究所が調査している日・米・中・韓の高校生を意識調査で、それがはつきりと出てきている。要するに、日本の若者は高校生の時から生き方がネガティブで、アメリカは中国、韓国はもとより日本の高校生よりはるかにポジティブなのである。」

おそらくだが、三人並ばれているPTの管理職とCEOの後を狙っているPTやリハのスタッフは多いと思う。そういう国なのである。日本は、上にはいきたくないと言った職員が多い病院と少ない病院とがある。わたしが言うのだから、信用してもらいたい。上にいきたいという職場風土の病院と逆の病院では、いまだきの若者を育てる大変さは、まるでちがう。

高校の差は、病院の差と同じで、ポジティブな意識の高校生の多い高校と、ネガティブな意識の高校生が多い高校があり、そこに大きく影響しているのが高校教師なのである。それと同じことが病院間格差で、管理職のありようがそのまま職員のありようになっているのである。勇将の下に弱卒なしという諺は、その本質をよく突いている諺だと、しみじみ思う。

つまり、いまだきの若者を活用する教育をするか、しないかだ。もつといえ、最近の若い人はなにを考えているか分からない」なのではなく、分かるように関係づくりをしていくのが管理職だろう。わたしは言うだけでなく、新人研修では積極的に飲みを誘う。お金は病院で負担してもらったり、わたしが自腹で払うこともある。ここで強く認識することが、高校教師や大学、専門学校教師の重要性である。サラリーマン化した教師は教師ではない。熱血教授のマイケル・サンデルさんのようにやれとはいわないが、高校教師は身の安全より身を捨てて生徒に関われ、と言いたいのだ。

上司が、良い上司であれば部下は上司のようになりたい、と思うのだ。印象に残っている上司は、厳しい上司か甘い上司かと問いつけると、10年選手以上の職員は厳しい上司と答えるのだ。おつかなびつくりの部下への関わりはバカにされるだけだと、強く述べておく。最近も、わたしのことを「先生は嫌なことを言うけど、ついていきたい」とメモをもらった。わたしが常勤なら、しっかりとフォローするのだが、いかんせんわたしは外部の人間だ。そして、褒めることをしつかりしている。管理職の人たちも、おべんちゃらを部下に使うより、褒めるべき刻に褒めたらよい。

岡田

こんなこと やってる

最近、現場で感じることだが、年寄りの医者が増えた。医師だけが超高齢社会から抜け出られないわけがないから、当然だ。しかし、年寄りの医者が多いと若手、中堅の医師が少なくなっていく。医師も、60歳とか65歳で定年になる（停年かな!?）就業規則があれば別だが、自称急性期病院ほど医師の高齢化が目立つ。自称ではなくて、実態が急性期入院医療を提供している病院では、医師の平均年齢は低い。

それは、初期にしろ後期にしろ研修医の集る病院ほど真の急性期医療を提供しているからだ。研修医だって、選択の自由があるから選択しているのである。だから、医師不足から脱却するには、在宅医療はあってもよいが急性期医療を確立していかなければならない。それを実現させている病院に、研修医が集るのは、当然だ。

そして、アメリカの病院に二週間ほど研修医を出されている病院が、研修医の人気を呼んでいる。もちろん、お金はかかる。かかるけれど、要は費用対効果があるから、アメリカの病院の現場に出されているのだ。

アメリカの病院で診察はできない。

い。ライセンスを取るのではなく、アメリカの急性期病院の平均在院日数は5日を切っているから、その現場に身を置いた研修医の多くは、急性期医療を肌で感じるのだ。それがパワーとなった研修医が病院に残ってくれたら、費用対効果はいい（と、わたしは思う）。

研修医は人間だから、良い経験は後輩に伝える。もちろん、悪い経験も伝えるから、自称急性期病院は人気がなくなっていく。お金を掛けずに医療の質は上がらないというのが、わたしの経験則だ。言っておくが、お金で研修医を釣ると言うハナシではなく、医療の質を上げるためにはコストが掛かると申しあげているのである。

研修医のすべてがお金に転ばないとは思わない。でも、給料より医療の質、特に入院医療の質を求める研修医が圧倒的に多いと経験してきた。そして、精神的に弱い研修医がいる。初期研修の終了証を出せない研修医だ。出せないものは出せないものであって、そこに情をはさむと別の問題が出てくる。

研修医をアメリカに見学に出すことは、当初はわたしはエクストレンジプログラムを夢見たが、アメリカの研修医で日本をみたいという研修医は出てこない。医学、医療のレベルの問題ではなく、入院医療の質の格差をそこに感じるのだから、人格教育の有無の差が、絶対にある。

岡田

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎「健康保険証お持ち下さい」

事務所のある街に、昔はマツサージを業とする店はなかった。ところが、ここ4〜5年でみるみる増えて6店にも達した。その整体やマツサージを謳う店が、次々と小見出しの「健康保険証をお持ち下さい」という大きなポスターを出すようになった。中には500円と金額を明示する店もある。

整体やマツサージの店は、わたしは治療をするところだと思っていない。政治力の強い柔整の人から文句がくるだろうが、健康保険証を使って請求が来るレセプトの内容を確認したら間違いなく治療ではないといえる。商売でしかない。

どういふことかという、肩凝りなどでこの手の店に行つて、健康保険証を出すと、肩どころか腰も膝も「治療」したことになるからだ。おそらく、整体コンサルタントかなんかがいて、その指導をしているのだろう。それでなければ、急速に出現した「健康保険証をお持ち下さい」の大きなポスターの説明がつかないからだ。すべての整体とは思いたくないが、わ

たしの事務所の街では、でかいポスターを出している店がすべてだし、健保組合をお持ちの病院で聞く話には「ヒドイ」ものなのである。正当な医療を提供している病院は、もつと怒つてよいと思う。

◎診療はいたしません

ある病院のある種の患者さんに対する対処の掲示だ。職員に暴力を振るう患者、飲酒している患者、長電話をする患者に対する病院側の対応だ。前二者はよくあるものだが、病院に長々と電話してくる患者も診療しない方針は、病院側がエライと思つた。

昨今の世相は、こんな患者を生産している。匿名性があると、特にヒドサが増す。セクハラまがいもあれば、苦情もあるそうだ。わたしはネット社会が創り出した非人間化の原因があると思う。

もつとも匿名でなくても、ヒドイことが多い。先日「週刊文春」を見ていたら、入学式の日に桜の花が散つているのは学校側の責任だという母親の話が報じられていた。入学式の記念写真に桜の花を入れて撮りたかつたのに、それができないと文句を言うのが当然だと思つている非人間化した人間が増えているのだ。背筋がサムイ。

対応するには毅然という日本語がよい。先の病院も、その一例だ。何回も書くけれど、医療は治療する側もされる側も対等でなければ

ならない。昔は、医者が酒を飲んで診察している姿があり、こりゃだめじゃと思つていた。飲んで診察はよくないし、飲んで受診はいけないだろう。対等なのだから。

◎「患者さま」は落ち着かない

歌人の小島ゆかりさんが、日経新聞に書かれていた。病院に行つて「患者さま」といわれると、まったく落ち着かないと書かれていた。このことは、表現こそちがえ

新聞の投書欄にも出ていたことだ。文書やアナウンスでは患者さまでよいのだが、診察などで面と向かつて患者さまといわれると、ムズムズするのだ。それが落ち着かないという表現になつたのだろう。

それは確実に診察する医師の態度や看護師の態度とのギャップだ。わざとらしいのである。そう断言するのは、ほんとうに対等が身につけている医療者と、優者意識が白衣の中に見え隠れする医療者の差である。対等、一緒に病気を治す仲間が患者なのである。採み手の医療は、わたしはあつてはならないと思つている。だから、小島ゆかりさんは、歌人らしい表現で書いているとみた。

◎顔が見えるコミュニケーション

玄侑宗久さんが、おなじ日経新聞で語られていた。もちろん、東日本大震災関連である。ときどき書くツイッターなどの顔の見えない無作法な発言のコミュニケーションではなく、顔、つまり表情が見えるコミュニケーションが真のコミュニケーションであるとわたしもおもつた。

病院という組織もコミュニケーションである。組織内のことではなく、患者さんという組織外の人びとと接するからだ。患者さんとは顔が見える関係だと言ひ訳されてもそれは通用しない。顔はそこにあるが、内面が視えなかつたら見えな

い関係と同じである。それこそ、患者さまという言葉よりも、その言葉はくつついていく気持ちがあるんだ、なのである。診療報酬になるお客さんだと思つたり、機嫌を悪くさせたらよその病院に行つてしまふ金づると思つていたら、それは本当の顔の見えるコミュニケーションではなからう。

患者さんとの仲間意識は、病院職員に必要なだろう。

◎社長よりも部長がいい

新聞各紙で報道していたが、産業能率大の調査によると、この四月を主とする新入社員に「最終的に目標とする役職」を尋ねたところ、「社長」が目標は調査を始めた1990年度以降、最低の11.9%だった。それに対し「部長クラス」は23.2%と過去最高を更新している。なぜだろう。

新聞各紙の論調はさまざまだが、わたしは「給料は高い方がいいけど責任の重いのは嫌だ」という思

いが出た結果だと思う。会社でもいろんな不祥事が発生する。そのとき、社長は引責辞職をする。去年から今年にかけて、多かつたように記憶する。部長より社長の方が責任は重いからだ。

部長でも部下の監督責任は問われるが、せいぜい降格で辞職にはならないことが多い。ある新聞の担当者の分析は「現実味のある目標」として社長より部長を目標として挙げていると報じているが、

いまの若者に多い責任を問われるのは嫌だが出てきていると思つている。給料は多い方がいい。けど責任を被るのは嫌だという、結局は保身である。

そして、いつか書いた気がする上司からフェイスブックなどの交流サイトで「友達申請」があつたら、新入社員の42.8%は「嫌だ」と感じている。これもよく分かる話で、わたしは娘から「友達申請」があつたとき、「アンタは友達ではなく娘」とフェイスブックに言つてやった。理由は、親子で友達にはなれないオレだからだ。気色が悪いだらうに。

岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



—昔から言っていたクライテリアが
絶対に日本の入院医療で確立する—

「急性期病院」はひとくくりに
はできない、絶対に。きちんと機
能している救命救急センターを有
する急性期病院とは異なる急性期
病院が、存在するからである。も
ちろん、7対1看護とかの基準は
ある。しかし、そこに含まれては
いるが、重症度や要看護度の現実
はすぐちがいがあがる。つまりI
CUやCCUとのちがいではなく
急性期病棟におられる入院患者の
お姿をみると、エツと思つてしま
うのである。そもそも、入院基準
が確立していないから、こういう
ことが起きるのである。たとえ
救急車で来院しても、急性期の入
院基準（クライテリア）に合致し
なければ、入院サービスは提供し
てはならないのではなからうか。
徳島赤十字病院で何年も前からお
やりになっている救急車で搬送さ
れた患者への対応である。

クリティカルパスも
結局は導入された

もう何年も前になるのだらう。
わたしはクリティカル・パス（北
米ではクリニカル・パスという）

の導入を推進したし、現在では常
識になっている。わたしは医療な
ればこそパスに社会性を持たして
もらいたいと思つている。医療行
為のことは当然として、例えば独
居老人なのか家族が介護できるの
か、あるいは老健施設に戻られる
のかで連携パスの内容はちがつて
きて当然と思う。

もちろん、社会性を加味してい
る病院もあると思うが、わたしが
接する連携パスを受ける側の看護
師やソーシャルワーカーは先の社
会性が必要だといわれる。

なぜか、済生会熊本病院の医師
や看護師、薬剤師などと北米でク
リニカル・パスの学習ツアーをし
てきた頃を想い出す。熱いツアー
だった。そして、日本で最初にク
リニカル・パスを作られた竹田
総合病院の呼吸器科病棟の看護師
の人たちを想う。もうとつづくに退
職なさつていると思うが……。

クライテリアも
同じではなからうか

6月の米国視察ツアーは、リハ
ビリとLTAC特集という感じだ

った。実はこの原稿はその帰路の
機中で書いていたのだが、何月号
に出そうと早過ぎることはない
と思うからだ。クリティカル・パス
も同じ思いで書いてきたものだ。

わたしは、患者の入院基準は医
師の判断であつてはならないと思
う。むしろ、最終判断は医師だが

多職種チームで入院基準を基とし
て判断していくものだと思う。例
えば、医師が入院を主張しても看
護師が「この状態では7対1看護
は必要としません」という判断を
したら、入院を許可してはなるま
い。もちろん、自費の患者で病床
が空いていけばよいが、医療保険
を使う以上、入院基準は絶対に必
要である。こんなことを書くこと、
怒り心頭の医師もおられるが、当
然と思われる医師もおられるだろ
う。どちらの病院が今後、繁栄し
ていくかどうかは、それぞれの入
院のお考えに委ねておく。

さて、6月のツアーでは「クラ
イテリア」を耳が痛くなるほど聴
いた。それは、DRGによる国民
の税金でカバーすることになるこ
とと、医療保険会社の支払いに厳
しい条件がつくからだ。日本の医
療保険はご存知のように国民と企
業が負担している。そのお金を、
ひとりの医師の判断で入院医療費
に消費してよいのだらうかという
のが、日本での入院基準が今後も
確立されていくとみる根拠だ。

今月号に書いたが、整体を業と
する会社に流れている医療保険料
は、まったく整体の実施基準なし
に行われていると健康組合を有す
る病院で言われた。だから、すべ
て返戻すると、書き変えたレセプ
トが戻つてくると言われる。単価
はそんなに高くないが、全国でみ
れば大変な額になる。

それと同じように、急性期病院
の入院基準は、より細かくなると
みている。米国の入院リハ病院
（IRF）をみると、病院側が入
院基準に合致するか多職種チーム
で判断していた。合致しないと、
DRGや保険会社から医療費が支
払われないからである。

個人的にも、わたしはかなりの
額の国民保険料と介護保険料を支
払っている。だから、納得できな
い医療や介護は、下品な言葉を使
えば「頭にくる」のである。

だから、入院基準が年々、適正
なものになっていくとみるのであ
る。こう書くのは、急性期病院の
入院患者をこの眼で見ているから
である。もちろん、退院基準がし
っかりしており、それを実施する
ことも必要なことだ。

回復期リハにも、同じことがい
えるのではなからうか。回復期リ
ハ病院の入院患者の状態は、病院
によつてすぐちがう。一定の基
準を満たさない患者が入院してい
ても医療保険から診療報酬が支払
われるという基準である。これは、
リハビリ関係者なら容易に納得さ

れる話だ。自院と他院の入院患者
の状態を知つておられるから、わ
たしの話を納得の表情で聞かれて
いる。

米国でのCARFのことは、以
前にも書いた。日本の機能評価機
構のような「ぬるさ」はない。職
業別リハビリプログラムがいくつ
あるかも、問われる。そして、ど
んな基準が日本でできて、自院
の評価だけでは不当な医療費は減
少しない。やはり、第三者のチェ
ックが必要である。米国のように、
リハビリについて強力なコミッシ
ョンであるCARFが、日本でも
確立されてくる。願望ではない。

そして、米国と日本は制度がち
がう。しかし、共通するのは「フ
ー・ペイ」である。高額所得者が
自費で入院するのなら、自由だ。
わたしが心臓バイパスでメイヨ・
クリニクスの病院に入院した同じ
病棟で、アラブの石油長者と思わ
れる患者が入院していた。わたし
も彼（たぶん）も自費だからわか
るまは言える。だけど、石油長者
さんは二部屋を使い、屈強のガー
ドマンが部屋の前に居た。同じ自
費でも、わたしはつましいもの
だ。でも、わたしが自費だからと

いつて余分な医療行為はなかった。
むしろ、自費だから入院を待たせ
ないで外来診察の翌日、オペ室を
確保してくれた。理由は、入院を
待てば待つだけホテル代や生活費
がかかるからだ。

岡田

医療機関や福祉施設の経営は、人間関係抜きには語れない。機械化が効かない産業だからだ。例えば、機械浴と職員の手による入浴のちがいだ。また、外来患者案内ロボットは何回か出てきたが、いつの間にか話題にもならなくなつたことだ。人間が関わらないといけない産業なのである。くだいよだが、外来診療のときに、医師はパソコンの画面ばかり見ないで、こつちを見てという患者の声は、どうしてでるんだろう、ということだ。人間の関わりを求めているのが、医療・福祉産業なのだ。

難しい人間関係



しかし、人間関係は難しい。難しいから、なおざりにしてはならないのだが、しかし、便利さが人間関係を安請け合ひしがちになる。親子関係だつて、便利にやろうとすると大変なことが起きるのだ。

わたしは、人間は生来、人間関係を大事にしていると思つている。甘いかもしれないが、小児の澄んだ瞳をみてみると、そう思う。ところで、瞳(まぶた)でんで童(こども)の目(め)で書(か)くんだらう。わたしの「ひとみ」は、「目偏(め)に老(ら)かな?」そう、人間、年齢を重ねると瞳(まぶた)が濁(にご)ってくる人もおられる。

たぶんだが、人間関係で相手を警戒すると相手を直視できなくなるか、睨(にら)みつけるんだろう。この

「睨(にら)み」は目偏(め)になんという意味をもたしているのだろうか。この年になって初めて持った疑問と学習だ。死ぬまで学習とは、よくぞいつたものだと思つている。

日本IPR研究会のことは、ときどき書くが、8月31日に「人間関係学ゼミ」が開催される。この日は、わたしは「傘寿まで生きてこられた感謝の会 IN TOKYO」をやらせて頂くので、ゼミの後の懇親会は出席できない。また、ゼミの方も、たぶん出席できないだろう。

このゼミは年に一回、開催されており、昨年は名古屋で開催され

て、大阪から参加された友人が感銘を受けたとおっしゃっていた。今年も、昨年と同じで愛知医科大学医学部准教授の福井雅彦さんが第1部を担当されており(午前)、午後の第2部は大阪市立大学大学院生活科学研究科教授の畠中宗一さんが担当されている。

時間が合えば出るといつたものではなく、人間関係という難しいものへの関心をもって出られたらよいと思う。先の親子関係だけでなく、高校の教師・生徒関係も難しくなっている。いろんな原因があるとは思いますが、わたしはやはり便利さが人間関係を壊していると思つている。いや、そうとしか考えられないのが、わたしの思考だ。生徒の教育を便利にしようとする教師、つまり容易く生徒を教えようとするのは、実現できないことを実現できると思うのと、同じだ。必死をこいてやっても、教育というものは容易くはできないものなのである。生徒も親も、便利さにぶつ壊されていることもあるのだ。やはり、必死をこいてやるのが人間関係だと思つたのである。

わたしが少しばかり人間関係がもてるようになったのは、IPRトレーニングのお蔭だと思つている。もつとも、わたしは「嫌われ者」という評価もあるから、人間関係も下手なかもしれない。でも、嫌われるということとは人間関係があるということだから、いいことだと思つている。♪嫌いな嫌いは、好きのこと♪かもしれないと勝手に思つている。

そして、人間関係は「ここまで」というものではないと、わたしは思う。もし、「ここまで」というのがあるとすると、それは人間関係ではないと思う。人間関係は生き物だから、「いつまでも」なのではなからうか。

「人間関係学ゼミ」
2013年8月31日(土)
10:00~17:30
問い合わせ 029-886-8397

広報的視点から、病院のビジネス構造の变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。



広報で変わる 医療環境 DOCUMENTARY FILE 49

HIP 有限会社エイチ・アイ・ビー
名古屋市中区富士見町7-12 センチュリー富士見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・ビーです。