

社会医療ニュース

高度急性期の意味が判らない 馬鹿な人間の暗愚な意見

所長 岡田 玲一郎

先日、「いままで生きてこられた感謝の会」で、識者の病院理事長様に「介護療養はどうなりますかねえ!!」と訊かれた。もちろん、尋ねられた先生の方がよく知っておられることだと思っただが、わたしの「介護療養病床」についての意見を言った。もちろん、私見だ。

平成37年の必要ベッド数は唯唯諾諾と進むのだろうか

わたしは「介護療養床」は必要だし「介護療養病床」も必要だという意見である。前者は療養する場所(いわゆる居所)のない人で入院医療を必要としない人が必要としている「ベッド」だ。そして後者は介護療養を必要とし、かつ入院医療を必要とする人の「ベッド」だという意見である。

その、療養を必要とする状態や入院医療を必要とする状態を決めるのは、基準である。恣意的なものであってはならないと思うのだが、どうなるかは行政ではないので判らない。基準に律せられるのは、どうも苦手としているのが人

間である。唯唯諾諾は絶対にならないのが、人間社会だと思っ。

平成37年の必要ベッド数は唯唯諾諾と進むのだろうか

本紙の読者はとっくにご存知の2025年度の「医療・介護の需要と供給必要ベッド数」の見込みは厚労省から出されている。ここに老人の一部負担金増が見込まれているかどうかは、それこそ行政ではないから判らない。

2011年度の「ベッド数」と「現状投影シナリオ」及び「改革シナリオ」が出されているが、ここでいうシナリオは当初の試案からの出発であるようだ。

また「改革シナリオ」には「各ニーズの単純な病床換算」と「地域一般病床を創設」とがあるが、地域一般病床とは「全日病」が提唱されているものだと思う。それが「高度急性期」まで喰い込んでいる表になっているが、そこまで

広いものになるのだろうか。

それはともかくとして、その中の「亜急性期等」の平均在院日数が60日程度となっているのは、わたしいと、意味あるものだ。実は、2年半前からある高度急性期を目標としている病院の急性期後半の患者さんを受け入れる病床に特化した病院の設立に関わらせて頂いている。人工呼吸器を装着されて離脱可能な患者さんや整形外科の術後2〜3日の患者とか、脳血管障害の患者さんでリハビリが必要とされる患者さんだ。余談ではない話だが、大学病院からリハビリ病院に転院されてくる患者さんとは、ちがうのである。

大学病院すべてではないことはいうまでもないが、リハビリ病院のスタッフが「もっと早く送ってきてくれたら」というような患者は、いない。先にも述べたように高度急性期を目標している病院であるので、平均在院日数は8日を目標設定されているので、かなりフレッシュ(リハ病院にとって)な患者さんである。なお、ここでは厚労省の「見込み」にある高度急性期の平均在院日数15〜16日程度

度としている高度急性期とは意味がちがう。その「高度」とはなにかについて論議があるようだが、そこに首を突っ込む時間は、わたしにはない。

同じ「高度急性期」でも、現実に動かれている病院が平均在院日数8日を目標しているのに対し、厚労省の15〜16日はもしかしたら先に出した現場の声のような大学病院を想定されているのだろうか。

長期急性期を亜急性期とみるならば60日は妥当!!

先の高度急性期病院から急性期後半の患者を受け入れている病院の平成24年一年間の平均在院日数は56日強である。また、受け入れ患者の平均年齢は73歳で、高度急性期病院を目標する病院での平均在院日数は20日弱である。

つまり、厚労省の「亜急性期」病床の平均在院日数の「見込み」である60日は、ほぼ一致するのである。しかし、同じ「見込み」の「一般急性期」の平均在院日数「9日程度」と「高度急性期」の「15〜16日程度」は、わたしにはどうにも理解不可能(つまり、わたしは馬鹿)な平均在院日数なのである。

「精神病床270日程度」「長期療養(慢性期)135日程度」「亜急性期・回復期リハ等60日程度」「一般急性期9日程度」と並べて、機能としての上にくるであろう「高度急性期15〜16日程度」とみると、

冗談ではなく理解できない馬鹿なわたしなのである。理解できる読者の方がおられたら、一般急性期が9日程度で高度急性期が15〜16日程度である根拠を教えてください。

高度急性期が研究と教育と診療の3機能を有したベッドとするなら、15〜16日程度に平均在院日数になるのかなあ、とは思っ。しかし、メイヨ・クリニックも研究と教育を重視されているが、比較にならないほどの平均在院日数だ。

たぶん、これは「高度」の定義をどうするかであり、それは「短期急性期(STAC)」ではないと思うのだ。また、各地にある救命救急センターの多くとも、高度急性期はちがうように思っ。

もし、日本にも長期急性期(LTAC)の概念が定着したら、厚労省の「見込み」の高度急性期は短期急性期を意味するものではなく、現在、平均在院日数を適正化(国民にとって)しようとなさっている病院こそが高度急性期機能なのではないだろうか。

くどいようだが、一般急性期が9日程度で高度急性期が15〜16日程度という平均在院日数の見込みは現場と乖離しているといわざるを得ない。もちろん、賢いから知っているのではなく、どうしても高度急性期の平均在院日数の意味が分からない馬鹿の憤怒からの意見なのである。ほんと、判然としないのである。

組織医療としての病院

新須磨病院
院長 澤田勝寛

一年をとるといいうこと

年をとって丸くなりましたねと言われるのはどうも癪だ。何となく世間に迎合してしまったような二オイがする。丸くなったのではなく、角が増えたために、鋭角が鈍角になったと自分では思っている。三角形の角は痛い、六角形になるとチクチクはしない。これが二十四角形くらいになると円とあまり変わらなくなる。

苦労とは思わないが、色々な経験が角を増やしたことは間違いない。ただ単に丸くなったとは認めたくない自負もあるにはある。遅ればせながらではあるが、五十歳半ばから穏やかに来たように思う。相変わらず短気であるが、容易にキレなくなった。人の欠点がまづ目についていたのが、その人の長所に目がいくようになり、無理なく褒めることができるようになった。電話で待たされても、電車が多少遅れても、会議の始まりが少し遅れても、あまりイライラしなくなった。

物忘れがひどくなっただけだと切り返されるかもしれないが、過ぎたことをクヨクヨしなくなったのも確かである。先のことまで、あまり心配しても仕方がないと思うようにもなっ

た。金曜日のドラマ「なるようになるさ」の心境である。男前の姉には、会うたびに「ノー天気なオヤジ」と馬鹿にされる。人にどう思われようが、どう噂されようが、あまり気にならなくなった。気楽な奴と言われそうだが、鈍感力が強くなったわけである。

湖に浮かぶボートをくぐるように、人は後ろ向きに未来に入ってゆく。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)

そらんじることが出来る数少ない詩である。解釈は人それぞれであらうが、よく見える過去は過ぎ去るのでどうしようもない。未来は見えないから察しても仕方がない。良い未来に行くためにも、今生懸命ボートを漕ぐ必要がある、と私は理解している。

このように思うと、毎日が楽しみに暮らせるようになった。楽しめる時間が増えた。小さな庭に野菜を作っている。収穫が早く、成果が分かりやすい夏野菜が主である。朝は五時半には起きて野菜の世話をす。収穫をして、水をやり、肥料を足し、剪定をして、支柱を

立てる。朝の一番の楽しみは、獲りたてのトマトとキュウリを使ったイタリアンサラダを作り、ミルで挽きたてのコーヒーを飲むことである。年をとって、ようやく早起きは三文の得という意味が分かるようになった。

地元の中学、高校を卒業したので、クラス会の誘いは多い。一時は出席していたが、三年くらいは足が遠のいていて、五十歳半ばを過ぎると、顔つき体つきに明らかな違いが出てくるのがわかった。公立中学校だったので、職業や人生は驚くほどバラエティに富んでいる。

自営業、会社社長、学校の先生、リタイア組もいる。それぞれ臭い飯を食った者までいる。概ねそろそろ引退の時期を迎えている。無精ひげをはやし、髪はボサボサ、肌ハリがなく、服もだらしない。酒とタバコの匂いがプンプンする。皆が皆ではないが、男女に関係なく、「年寄りくさく」見える人が増えてきた。

可愛くて賢くて、昔、密かに「恋心」を抱いていた女性が、ブサイクになっていたので愕然とした。本人にそのことを告げると激怒された。人のことを言えた義理でもないが、「老い」を見た思いがした。それからは出席を見合わせることにした。

何度かこの紙面でも話をさせていただいたように、私は外科医が

天職と思っている。手術が大好きで外来診療も楽しくて、生まれ変わっても、もう一度外科医になりたいと思っている。年をとって、一層その思いが強くなってきた。

仕事が楽しいのはもちろん、会社のように定年がないことも有難い。手が震え、目が見えなくなり、根気がなくなれば外科医は無理だが、患者に寄り添う医療はできる。

日野原先生は別格として、八〇歳を過ぎててもさうと仕事をしている名医が、私の周りには多くいる。定年後は、田舎でゆっくりと畑仕事をしながら、趣味をもって過ごしたい。という願望を持つ人はたくさんいるが、果たした人は少ないと思っている。

趣味を持っていて人は現役の時から持っている。忙中閑有り、時間を捻出して人生を楽しんでいる。何歳になっても仕事があること、仕事ができること、自分が必要とされていることほど有難いことはない、とつづつと思うようになった。

乳がんで、十年間診ている七〇歳の女性がいる。老舗の和菓子屋を辞めて、今は週三回ビル清掃をしている。月一回、昼近くに、息を切らせ汗まみれになって受診する。私は汚いのが嫌いなものとして、契約以外の場所も一生懸命に磨き上げるといふ。この年になっても仕事をさせてもらえ、人に喜んでもらえて、本当に有難い有難

いと、口癖のように言っている。検査で異常のないことを伝えると、「まあ良かった」と、嬉しそうに帰っていく。いつも、お洒落な服を着こなし、さうさうとしている彼女を見ているだけで私も心地よくなる。年を重ねただけでは人は老いなどという、ウルマンの詩が、最近ようやく理解できるようになった。最後にそのウルマンの「青春」の一部を披露させていたたく。

青春とは人生の或る期間を言うのではなく心の様相を言うのだ。優れた創造力、逞しき意志、炎ゆる情熱、怯懦を却ける勇猛心、安易を振り捨てる冒険心、こう言う様相を青春と言うのだ。

年を重ねただけでは人は老いない。理想を失う時に初めて老いがくる。歳月は皮膚のしわを増すが、情熱を失う時に精神はしぼむ。

中略
人は信念と共に若く 疑惑と共に老ゆる。
人は自信と共に若く 恐怖と共に老ゆる。

希望ある限り若く 失望と共に老い朽ちる。
大地より、神より、人より、美と喜悅、勇気と壮大、そして偉力の靈感を受ける限り人の若さは失われぬ。

以下略
原作 サミュエル・ウルマン
訳詞 岡田義夫

働く人びとの心の健康度を示す概念として「ワーク・エンゲイジメント」が、近年注目されている。

①仕事に誇りややり甲斐を感じている(有意義感)、②仕事に積極的に取り組み、集中している(集中)、③仕事に安心感と効力感がある(自己効力感)の三つが揃って充実している心理的状態が望まれるという考え方である。

これからの介護(福祉)人材に求められるメンタリティの形成、人材マネジメントのめざすべき到達ゴールとして重要な考え方であるように思う。

頑張ってくれる「優秀人材」

介護や福祉の仕事は、支援を必要とする人びとに対して「最善のサービス」「質の高いサービス」の提供が求められる。

そこで自身の仕事や役割に強い使命感をもち、仕事に没頭している職員は多い。事業体にとっては、頑張ってくれる「優秀人材」「頼りになる職員」である。そうした職員によって利用者サービスの質が担保されている。

しかし一方では、そうした頼りになる人材がダウンしてしまうというケースも少なくない。

仕事や役割に対する使命感が強いだけに、一人で仕事を抱え込み、残業もいとわず、休暇も取ら

ずに仕事に没頭する。抱え込んでしまった課題に圧倒され、職場にいないと不安に陥ってしまう。その結果心身の健康状態を損ね、「バーンアウト」(燃え尽き症候群)に追い込まれてしまうというケースである。

仕事に熱心に取り組んでいるという現象を見れば、「ワーク・エンゲイジメント」も「ワーカホリック」(仕事中毒)も違いがないように見えるが、一方は、健全な心理の状態であるのに対して、他方は「職場不適応」現象なのである。

ここでは、2012年(平成24年度)の調査報告(2013年8月16日公表)から、いくつかのポイントをみてみよう。

- まず、注目しておきたいのは、介護の仕事に対する就労の志(現在の仕事を選んだ動機)である。
- 複数回答であるが、①働きたいのある仕事だと思った(54・9)、②今後もニーズが高まる仕事だから(38・4)、③介護の知識や技能が身につくから(37・2)、④人や社会の役に立ちたいから(34・6)、⑤お年寄りが好きだから(27・3)となっている。

職場の人間関係・コミュニケーション(31・6)、③雇用の安定性(21・1)、④職場環境(20・7)、⑤職場生活全般(9・6)がある。

負の満足度としては、「賃金」(△25・7)が突出して高く、さらに「人事評価・処遇のあり方」(△7・4)、「教育訓練・能力開発のあり方」(△6・8)が続いている。

仕事に有意義を感じ、良質な関係性を築きながら、安定・安心できると職場環境のなかで、職業

連載「大介護時代の人材マネジメント」③
ワーク・エンゲイジメント

(福祉経営コンサルタント 株式会社エイデル研究所 前所長)

宮崎 民雄

最近では、「メンタルヘルス不全」や「心理社会的要因による腰痛(非特異的腰痛)」も多くなっている。カウンセリングを通じて、支援の手を差し伸べる施策も意味がないとは言わないが、もっと本質的な問題解決のスタンスが必要である。

介護職員のメンタリティ

「介護労働安定センター」が毎年実施している「介護労働実態調査」をみると、興味深い結果が報告されている。

から(27・3)となっている。

介護の仕事に就いた職員の「自己期待」や就労に関する健全な志を読み取ることが出来る。しかし、一方では「ワーカホリック」への危惧も感じざるを得ない。入職した職場環境、利用者サービスの現実に遭遇すると、志が高い職員ほど「ガンバリズム」の芽が大きくなるのではないだろうか。

仕事の満足度(満足しているから不満であるを減じた数値)をみると、高い項目として①仕事の内容・やりがい(45・8)、②

生活全般に一定の満足度が認められる状況にあるが、さらにその充実度を高めていかなければならぬ。負の満足度の要因がいろいろも人材マネジメントのあり方に関連していること注目しなければならない。

経営努力の必要性

介護サービス事業は、利用者定員や職員配置基準があり、報酬単価が決まっている制度ビジネスである。「報酬単価を上げてもらわなければならない職員処遇の改善は無理」

であるという事業経営者が多い。

国は「処遇改善交付金」(加算)制度を設けて、処遇改善への政策誘導を行っている。しかし、その成果が出ているとは思えない。交付金が処遇改善に充てられるのではなく、事業収支差額(利益率)の向上に回されていると思える現実も少なくない。

次の報酬改定では、この制度は見直されることになっているが、これからさらに100万人を超える人材の確保が必要とされるなかで、条件整備への期待は、極めて低いものであると言わざるを得ない。

「人事評価・処遇のあり方」及び「教育訓練・能力開発のあり方」に不満があるのは、事業経営者の人材マネジメントの成熟度が低いことに対する不満である。

この調査報告では、「直前の介護の仕事を辞めた理由」として「法人や施設の理念や運営のあり方に不満があった」が大きな要因となっている。事業経営者の経営努力の稚拙さが、職員への負のメッセージとなっているということを示す数値である。

ワーク・エンゲイジメントの充実をめざし、健全な目標収支差額を設定し、職員処遇の改善に取り組む経営努力がなければ人材の確保は難しい。

「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 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 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

「コスト意識を失う怖さ」

この意味が分かる国民を増やす

「毎日新聞」の9月1日付「みんなの広場」に、すごいことを投書されていた77歳の女性がおられた。すごいというのは、ダラダラと医療費の無駄遣いをしているのに、その自覚の無い老人と比較しての話だ。石橋幸子さんという福岡市早良区のお方だ。

「コスト意識を失う怖さ」というタイトルだが、わたしの勘は編集部でつけられたタイトルだと感じている。内容は、耳の中の雑音が増しに大きくなって耳鼻科を受診されたことから起き起こされている。一部負担金だと思っただが、支払いは13000円余りだった。ところが、その後にかかった医療費の明細書が届いた。「3月分として1万3590円とある。耳鼻科での短時間の治療費がこんなに高額とは……。自分の財布から支払った金額ではなく、その10倍が実際にかかった医療費という意識が欠けていた。ここが後期高齢者1割負担のありがたさ。そしてコスト意識を失う怖さである。」と述べておられた。

その最末尾の文章を編集部がタイトルにされたと勘がいつている。どうでもよい勘の話はともかく、わたしも国民への講演のとき必ず

話すのは、病院などの窓口で支払われる医療費の何倍ものお金を他人が負担している、である。病院の職員研修のときには「あんたらは3割か、病院によってはゼロの病院もあるが、その何倍（ゼロは倍数はないが）もの費用を他人に払ってもらっているんだよ、ね」と念を押す。健保組合のある病院とない病院では反応がちがう。

石橋幸子さんと同じような意識をお持ちの方（なぜか老人がほとんど）から、お手紙を頂いたこともある。医療費通知制度も、効果はあるということだが、通知を見もしないジイちゃんやバアちゃんもいるんだらうなあ?!

消費税上げには目くじら立てて「反対」と言ってもよいが、医療費にも目を向けたいと結局は回り回って己に負担がくる。1割負担を2割負担にするのは老人の切り捨てだと嘆いていないで、2割負担にならないような受診行動が求められる。

石橋さんは「私は老化現象は治療しない。今まで通り風邪は安静と栄養、解熱はショウガ入り葛湯で自分で治す。社会福祉に頼るのはもっと先だ。」と勇ましいことをおっしゃっている。国保から、表

彰状を出したら……。

たぶんというより絶対に、そのうち手遅れになって重症になったらもっと医療費が掛かると屁理屈をいう奴がいる。その人たちに言っておくが、自分の医療について自分で決めた上での結果は、自分の責任であると決められている石橋さんの決意に、口を挿んだり、我田引水の論理を立てるべからず。重症になって医療費が増大すると決まっているわけではないだろう。先のことなんか、どうなるかわかったもんであるまい。もしかしたら緩和ケアで医療費を増やさないで亡くなっていくかもしれない。わたしは、石橋さんの自己決定を支持する、絶対に。

日本人の医療費観は、ほんとうに甘い。ここでご紹介した石橋さんのような考えをもっておられる国民は、わたしの経験則からすると2割ぐらいだ。残り8割は問題意識がない。生活保護の受診過剰も、ほんとうに体の弱い方なら受診も多くなるが、生活保護の患者専門病院が約100病院もあることが受診過剰、治療の過剰があるという証拠ではなかつたか。

患者教育、国民教育も四苦八苦だ。簡単に話の通る患者、国民ばかりではない。しかし、診療報酬の正当な評価を獲得するためには、適正な受診の指導は医療機関の責務なのではなかつたか。やっつてる病院は、もちろんある。 岡田

こんなこと やってる

岡田 上段からの続きのような想いもするが、病院が地域に「医療」を伝える催し（教えるではない感じ）をやっけてらっしゃる病院が増えてきた。〇〇教室と

一方に国民の医療制度を教育する

称しているのが多いが、要は地域の人たちに医療を知ってもらいたい活動である。医療といっても特定の疾病はあるし、制度もある。

わたしは「事前指定書」や「生老病死」について語らせてもらっているが、言葉の使い方はすごく難しい。例えば先に書いた「疾病」は、わたしは絶対に使わないで「病気」と言う。シッペイなんて、一般の方たちの3割ぐらいしか分からない言葉なのではなかつたか。それでビョーキというのだが、これはほぼ100%通じる。

そして、ここ一二年で「死にまつわる問題」にすごく関心が出てきたことを感じる。これは、いろんな所でやっている死にまつわる諸問題の集会の主催者がおっしゃっていることだ。葬式の出し方の大変化も関係しているようだ。

例えば、がんの治療法なども関心が高い。一般の方にとってがんといえは死をイメージされるからだ。だから、どうせ死ぬのなら苦しまないで死にたいと思われるの

だが、その一方でなんとかがんを治せる方法はないかと探し求められる。まさに人間なればこそだ。猿や犬は絶対にそんなことは考えないから、地域の方たちへの正しい医療をお伝えすることは、大事なことなのである。そして、病気になるたくない方が多いのだから、病気になることからのことよりも病気になるない生き方を教えてあげたほうがよいと思うし、そうなさっている病院が多い。

そうやって、病気に関わることや死についての教育していくことは、もちろん大事である。が、上記のように医療費の仕組みについての解説も必要だ。わたしはときどき「上手な病院へのかかり方」と題する講演をさせて頂くが、そのとき上欄でも書いた医療費の仕組みは必ず話をする。

これは、よほど噛んで含めるように話さないと通じない。病院での窓口で支払うお金が高いなんて質問がきたら、得たりや応だ。その金額の9倍や2.5倍はヒトサマに払ってもらっていると話すのだが、国が負担していると誤解している人が、いかに多いことか。

国も少しは負担、国保は多いほうだが、生活保護の医療にしても誰かに払ってもらっていると認識してもらおうのは、容易なことではない。医療はタダという観念がないものが残存しているからだ。だから、意義もあるのである。

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎壇蜜さんは、すごい人だ

壇蜜さんというエロっぽい、ハァハァしてるの話になるけど、わたしは文章力のすごさに感心している。先日のプロ野球の始球式のスクール水着なんて健康的だし、夕刊フジの月曜日に連載している「壇蜜のもっとハァハァしてる？」なんて、品性を感じる文章だ。顔はどっちかというトブス系だけバディはいい。

8月12日の夕刊フジで、幼いころのツバメの巣とスズメバチの巣の経験を書かれていたが、哲学的とさえ感じた。そして連想したのは、その前日に行っていた島根県の隠岐の島の「スズメバチに注意」という立て札の多さだった。

しかし「他の命を犠牲にして生きて重みを感じる」なんて文章は、ただのエロ女には書けないだろう。ヤグチマリやハマザキアユミなんて、男の命を犠牲にして生きてるなんて自覚は、カケラもないと思う。女房が反対しようが、女性が反対しようが、わたしや、自分の命は壇蜜命でいくだろう。

話は飛ぶが、隠岐の島って島っていつから海を想像していたら、山ばっかりだった。岩が隆起して

できた島で、海岸は急峻で道路がないから、山から見る海になってしまうのだ。いい所だよ。

◎政治家は無責任でいいなあ？

「ナチスに学ぶ」って本音でしょ!!アソウさん。悪しき例として話したなんて、信じる人は僅かしかない。発言を「撤回」さえすれば済んだら、わたしもそうやって生きてみたかった。でも、口から出た言葉には重みがあり責任もある。簡単(个ホントそんな感じ)に「撤回」と言ったら、世の中は通らない。木鐸を自負するマスコミさん、木鐸って意味、知ってるの!! 論語によれば「世人を覚醒させ、教え導く人」とされているが、いまのマスコミの多くは世人を麻痺させているとしか思えない。エラーソーにいわせたら、本紙のほうによっぽど木鐸だと思う。

先日も札幌で「ここまで生きてこられたお礼の会」を開かせてもらったが、多くの方が覚醒を過去のわたしから感じたとおっしゃっていた。だから、アソウの妄言は腹が立つのである。マスコミは覚醒してしっかりと木鐸すべきだろう。お金を払って購入しているのだから、当然のことを書いた。なお、「妄言」とは「みだりな言葉。でまかせのことは」なのだ。もっとも、ナチス発言は妄言ではなく、本音にちがいない。

◎ゴルフは時間の浪費？

最近、ゴルフってほぼ一日が潰れる遊びだと自覚した。映画や寄席なら2時間強ぐらいなのに、ゴルフは2時間でハーフラウンドがやっとだ。こんなに時間を掛けてもやる価値があるのかと、亡くなった北林才知さんが言われている。「一日を棒にふる」とは、ゴルフのことだ」って。

でも、映画を観るよりゴルフをする方が好きだから、やっちゃっていいだろうとわたしは切れる。映画は「タイタニック」以来観てないのは、わたしのような年齢層は映画館のイメージが悪いのだ。タバコの煙がもうもうとしていたころだから、どうもよくない。

ただ、好きだった同級生の女の子と映画を観に行ったとき、思春期の女性特有の髪の毛のほかに欲情を感じたことは、懐かしい思い出だ。いまとなっては、懐旧の甘酸っぱい想いだ。そこに立ち戻ることができないのが、人生だ。

ああすれば良かったなんて思いは、まったく生産性がない。昔を今に成すよしもがな、だよ。病院経営も、まったくそうだよ。だから、いまできるゴルフをやる。今年、いまのところ39回だ。

◎水虫の薬の広告に、悲哀

猛烈に痒がっている俳優が、水虫の薬でピタッと痒みが止まるテレビのCMを見て、メチャ悲哀を感じた。若いころは、まったくその症状だったのに、いまは水虫菌も寄りついてくれないからだ。水虫菌だってオキシイところでも繁殖したいにちがいない。年寄りの自虐で書いているのではなく、水虫菌も寄りつかない、オキシイナイ皮膚になってしまったのだ。これを悲哀といわずして、なんといおう。ホント、悲しいよ。

その悲しみを半沢さすのが老人性皮膚掻痒症である。半沢さすと書いたのは、例の倍返しの意味である。そんな言葉はないのは分かっているが、なんせ、アノ視聴率だから通用するだろう。

若いころの、足の指の間を掻きむしった皮膚は、どこにいったらいいのだろうか。代替としてお腹の皮膚が痒くてしかたがない。とにかく、悲哀を感じるのである。

◎そんなに急いで、どこへ行く

世の中、便利になって人間が壊れてきたことは、いろんな人が言われている。わたしも、そう思う。典型的なのは国政選挙の投票日当日の「選挙速報」である。午後8時に選挙の結果を知って、なにが得られるの、と思っ。

結果なんて、翌日でもいいんじゃないかと思うのは、馬鹿だからだろうか。特に、先日の参議院選挙なんて、結果はミエミエだったのに、なんでそんなに早く報道しなければ、さらにお祭り騒ぎ

たいに報道しなければならぬのか、馬鹿なわたしにはサッパリ分らない。接戦のケースこそ知りたいたいの、それは翌朝にならなければ報道しない。カンさんやイノキさん、当日の8時になにを思っていたのかは、知りたいけど。

選挙予測も、当選結果も、便利さで早く分かるようになったが、それがなんなの、それを知ってなにかいいことがあるの、そんなにせっかちに生きていく人生の意味はなんなの、と問いたくなる。

わたしは、やはり異常だと思っ。開票だって翌日にゆっくりやっちゃって、結果がちがって出てくるわけじゃないだろうと思うのは、何回も書くけど馬鹿な奴だからだろうか。なんとも納得できないのだ。

そんなに急いで、どうすんのかと思う。そこから、生き急ぎ、死に急ぎが結果として出てくるのだ。いやに断定的に書いたが、自殺者が年間3万人にもなったのは、せっかちと無関係とは思ってない。わたしは、ゆっくり、ゆったりと生きていってやる。ひとさまには、押しつけないが。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



—日本版ACOができないと
診療報酬が払えなくなる—

岡田 玲一郎

今月号はなんだか急性期特集みたいになったが、お許し下さい。本紙や講演などで、「急性期」とはといったどのような状態を指すのかと、現実の「急性期」の多様さからの疑問を呈してきた。

厚生省はとっくに同じ疑問を持たれていたから、いろんな調査で急性期の実態を明らかにされようとしていると思う。それがなかなかうまくいかないのは、かかって医療機関経営者や諸団体との思わくがあるからだ、ここは私見する。利害関係がそこに生じると、損したくないのは気持ちとして当然だと、わたしは思う。

国民も損したくないのは当然で中医協には利害が反する代表が参加されており、いろいろともめ。結局は、お互いにすっきりしないまま「この辺で……」という決定になってきた。しかし、そろそろ医療機関の選別、つまり病医院によって損する所と利益が増える所に分かれてきたように思う。それが「急性期の定義」に出ている、私は感じるのだから。

いままでは、くどいほど述べてきたように、「自称急性期」が草々と罷り通ってきた。いや、現在でも7対1看護に代表されるおかしさが罷り通っている。嫌になるほど言ってきたが、急性期の定義がきっちり機能したら問題は少しずつ改善していく気がする。

病態が不安定な状態からある程度安定した状態に至るまで、右の小見出しの急性期の定義は正確に書くと「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」である。であるが、その状態を判断するのは支払い側ではなく診療側である。

病態が不安定な状態からある程度安定した状態に至るまで

右の小見出しの急性期の定義は正確に書くと「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」である。であるが、その状態を判断するのは支払い側ではなく診療側である。

病態が不安定な状態からある程度安定した状態に至るまで

右の小見出しの急性期の定義は正確に書くと「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」である。であるが、その状態を判断するのは支払い側ではなく診療側である。

としては、よくわかる。ただ、このままで済まないということは申しあげておく。また、正常な経営観をもっている病院が増えてきたので、時代は変わっていくと断言する。もしかしたら願望かもしれないが、怨念をもった願望なので岩をも通すかもしれない。

ぶっちゃけた話「ある程度安定した状態」と判断するのは医師でなければならぬ、とは限るまい。看護師も納得し、リハの療法士もなるほどこの患者はある程度安定している」と納得する状態でなければなるまい。医師の判断に口を出すというのは、昔の権威主義の権化のような医師の言葉だ。

チーム医療は言葉だけではないのではなからうか。チーム医療の中心は医師だから、医師にはそれだけの識見がなければ、チームは医師を祭り上げてチームメンバーから外してしまうのである。医師がチームから祭り上げられている姿は未だにみる光景だ。

外部の規制よりも内部の自律がよい

なにも「急性期」だけのことでないが、医療を外部から規制することはひとつの「手」である。診療報酬のレセプトの審査はそのひとつだが、あまり気分のよいものではない。また、外部審査が必ずしも正当でないのは、全体のレセプトにみられる。このことは、

健保組合を有している病院に訊かれたら、よく分かることだ。

不正と断定されるものはよいが、不当なレセプトの返戻は現場でよく耳にする。そこでは、教条主義という文言が浮かんでくる。

アメリカのオバマ大統領が国民皆保険制度を導入するにあたって必須条件としたのはACO (Accountable Care Organization) である。皆保険ということはいままでは公金は老人医療と低所得者医療に投じられており、民間保険や自費の患者の医療費は公金でカバーしない制度がなくなることで、提供する医療に責任をもってくれる組織を病院内に設けることを義務づけたのだ。

日本人に分かりやすい話は、勤務医など個々の医師がオーダーする医療に責任をもってくれ、ということだ。その理由は、日本人に分かりやすい。アメリカは過去の診療特権を有する開業医が病院に患者を入院させるシステムが崩壊しつつあり、勤務医となる開業医が増えてきたのである。その個々の医師がオーダーする医療は、病院のACOがチェックしてくれ、ということなのである。

「この患者は急性期である」といふから医師（日本では経営者がそういうことが多い）が言っても、日本版ACOが急性期かどうかを判断するといったら、分かって頂けるだろうか。生活保護専門病院な

んで、絶対にACOが必要だと思っただけの税金でカバーされているからだ。例えばの話。

7対1看護や10対1看護ひとつとっても、監査で摘発されるのかその前に日本版ACOで是正するのか、ということだ。もし、社会保険病院にACOがあったら、すべての社会保険病院に「不適切な会計処理」は発生しなかつたろう。118億円もの修正はいくら51ある社会保険病院であっても、多額すぎないか?! 嗚呼、おれたちの健康保険料の使途の悲しさ!!

もちろん、ACOはアメリカの話で、日本とアメリカの医療制度はちがう。制度はちがうけれども、医療は同じだ。それは、わたしが身をもって経験したことで、日本人であるわたしはアメリカ人と同じ手術だったし、同じ入院日数だった。ただ、制度がちがうから日本での入院日数はアメリカより長くて大丈夫なだけの話である。

将来とも、このちがいは埋まらないだろう、と思う。つまり、診療報酬はアメリカ並の適正な金額になるのは、日本では望むべくもないのである。しかし、日本でも旧来の制度を根本的に変えなければ「お金が増えない」という考えの人が増えてきた。わたしよりも孫がどうなるのかと危惧するのである。世相は、そんなこと考えて……であるが、国がギリシャ化して荒廃したらどうするの? ..

いくつもの病院で、患者様の意見と回答が貼り出されているのを見る。そこに、時代の変化を感じるのにはわたしたけだろうか。

具体的に書けば、10年以上前は病院側がひたすら「誠に申しわけございません」だった。ところが現在は、そのトーンが変わって簡単にいえば「できないものではない」という回答も出てきた。わたしは、それが正常だと思う。なぜなら、医療の需要者と供給者は「対等の関係」であるというのが持論だからである。

しかし、対等というものはなかなか難しい。例えば、上司と部下の関係は本来の役割は対等であるが、心理的に対等になることは少ない。「倍返し」のドラマにあるようなことは、現実にはほとんどあり得ない。

病院側と患者側の関係も対等であるべきだが、時代により、状況により上下関係が生じる。それが自然なことだと認識することからの出発であるように思えるようになった。夫婦、親子関係も本来は対等なのだが、そうはいかない。

昔は、医療における関係は特に医師⇨患者関係では圧倒的に医師の方が上の上下関係だった。当たり前の話で、患者は自分で病気を診断し治療するわけにはいかないから、どうしても医師を頼ってしまう。この

頼り、頼られる関係は夫婦や親子の多くの状況に似ている。

ところが、ひとたび医療事故が起きると患者側が強者になってくる。頼りにしていたのに裏切られたというところで、これは夫婦関係に似ている。医師は裏切る気はないのだけれど、結果的に信頼が憎悪へと変化する。その信頼が深ければ深いほど、憎悪は大きくなる。

しかしこれも、対等の関係というべきなのではなからうか。絶対的な対等の関係とは、平らな平面の上でのことではなく、立体的に動くのが対等の関係だと思ふのである。それが、患者さんのご意見

対等の関係の確立



や苦悩への回答に出てきていると、わたしはみるのである。

昔は、医療は絶対的な上下関係があつて、患者さんのご意見や苦情、さらには医療ミスも医療供給側が握り潰してきた。少なくともわたしが薬剤師をやっていたときの調剤ミス、勤務していた病院での癌のレントゲン映像の読み落としは、完全に握り潰しだった。それが通って、患者側は大きな反発を感じながらも、結局は泣き寝入りだった。お前の経験だけがそうだという人がおられたら、自分が関係した以外の握り潰しの「症例」をいくらでもいえる。

これらの困難な「対等な関係」も、冒頭に挙げた現実のように変化してきたのである。いや、変化し過ぎて患者側が上になってきた医療ミスをなじるさまじまな事例のようなことも出現している。不当な要求や、無理難題をいう患者も出てきた。治らない病気が治らないのであつて、医師を中心とする医療チームがどうにもできない病気もあると思うのだ。

それだけに、はなから「誠に申しわけございません」は対等な関係からの文言ではないと思う。例えば、味噌汁の味が濃いのが薄いのなんて、個別対応の問題だと思ふので患者さまの声へのご

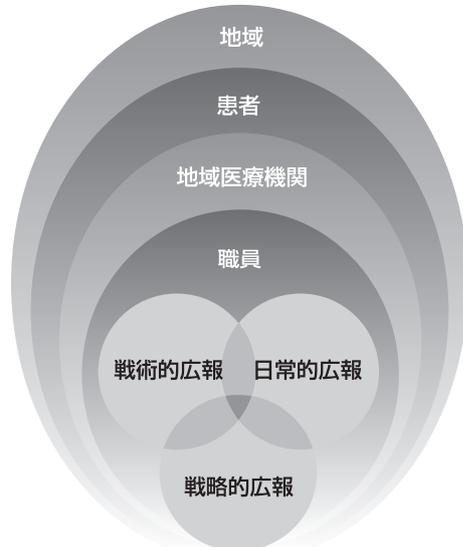
回答で提示するものではないと思う。反対する人がおられるかもしれない

が「医師の暴言」にしても、励ましの言葉かもしれないのだ。味噌汁の例を出したが、多くの患者が暴言だというのなら客観性はあるが、別の患者が温かい言葉というかもしれないのだ。

だから、医療側も患者側もほんとうの対等の関係を目指すなら、飾った言葉、単なる個人的意見を絶対視してはならないと思う。もちろん、現代の世相も大いに考慮しなければならぬ。医師の暴言ならぬ患者の暴言もある。自分さえよければよいという人も多くなつた。やはり、引けないものは引けないでやっていくべきだ。岡田

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・ピーです。

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

第378回 これからの福祉と医療を实践する会

行政の目指す「施設から在宅へ」の方針は今後も一層、強化・推進されるが、その方針を支えるべき在宅療養の働きはまだ不足している。「うちは医療だけです、医療が終われば当院の責任ではありませぬ」とまで思わなくとも、そのような結果を招いている状況が改善される期待は小さい。

そこで今回は、第一に在宅療養支援病院・診療所の実態を把握しておこう。その事業や経営の実態、一般病院・高齢者施設への見方も理解しておくことは不可欠だ。

第二には、地域における「施設から在宅へ」のサービス提供体制構築を考えてみたい。地域包括ケア体制の整備が進まないから、と批判するだけでは展望は開けない。その場合の被害者が、自院の入院患者となる可能性も高く。

第三には、在宅療養支援病院・診療所とどう向き合うべきかを考えよう。そのためには、連携もあるし競争もある。地域医療・地域ケアを担っている医療施設・介護施設としては、どのように責任を果たしていくかが今後の大きな課題となる。看取りをめぐる考え方の相違もポイントであろう。

発題者は、在宅療養支援診療所の開設支援・指南での第一人者。今回は、在宅療養支援診療所のためではなく、一般病院・介護施設

へ向けた情報発信となる。「医療と介護の融合」という当会の本年度テーマに向けて、医療・福祉関係者にとって幅広い啓蒙のひと時を目指します。意見交換も含めて有益な相互研修の機会としたい。(鈴木喜一)

日時 十月十八日(金) 午後二時~四時半

病院・施設は在宅療養支援

診療所とどう向き合いつべきか

……高齢社会での増大する

責任を果たすために

発題者 医療法人社団南星会

湘南なぎさ診療所

事務長 中村 哲生

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



書き終えて

▼医療は正義」と話しまして、評価の電話やお言葉をいただく。お手紙もあるが、正義でなければ医療とはいえない。だって、「社会全体の幸福を保障する秩序の実現」なんだから、どんすばりだ。

▼しかし、正義を実現し維持することは、並大抵のことではない。いや、正義なればこそ不正義に負けてしまうことが多い。それぞれ、命懸けでやらないと、ついつい、腰が折れるのが人間の弱さなのだ。

▼2頁の「組織医療としての病院」は、311回になる。わたしが執筆していたのだが、しんどくなって澤田勝寛先生にお願いしたもので、そして、正義をお願いしたわけではないのに、毎回、基調にあるのは正義と人間存在である。人間は強くもあれば弱くもある。

▼以前に「チップフォーラム」という若手の人たちの会を主催していた。わたしの産んだ児のひとりだと自覚している。自立を求めて「自分たちでやれ」と言ったのだが、若手の職員は仕事は忙しいし、大きな権限はない。わたしの焦りで迷惑を掛けたと反省する。

▼幸い、社会医療法人ベガサスの田中恭子さんが支えてくださるということで、この12月から再発足だ。チップとはワイワイガヤガヤやかましい意味で、楽しい場身を置く幸せを感じる幸せがある。

……

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

パレットで解決!



GPS

全世界測位システム
GPSで現在地を特定し
コールセンターに自動
転送され、迅速に対応



Bluetoothリモコン

2階から1階、別の部屋
からでも、リモコン操作
が可能です。



どうしたのかな???

機器に何かの不具合が発
生すると手元の画面で対
処方法が確認できます



いろいろ知りたい!

ポンペの使い方等の必要
な情報は、動画でいつで
も見る事が出来ます。

在宅酸素療法



酸素濃縮装置



酸素濃縮器リモコン
災害時救済ボタン付

※写真は2L器

2L 3L 5L

携帯用ポンペ



生活に合わせて色々な使い方が可能
です。3色からお選びいただけます