

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 りそな銀行

王子支店 1326433

振替口座 00160-6-100092

発行人 岡田 玲一郎

職場での歩くスピードが 病院・施設の格を左右する

所長 岡田 玲一郎

病院と福祉施設で、少なくとも職員数が三百人以上の経営体の経営で大事なものはなにかと問われたら、わたしは「人」と答える。病院でいえば、いい医師がいなければ（多くいなければ）話にならない。医師だけではなく、医事をやる人、看護に従事する人、リハビリのスタッフなどなど、人が経営の力を握っていると信じる。

恐怖の動機づけは 通用しない時代だ

わたしは、診療所に就職した。そこが病院を新設することを知らされて、当時の借金二百万円を肩代わりしてもらう条件でここの働き手になった。いま、エラソーかどうか分からないがこうやって書いていても、就職の動機は私的借金の解消というふうでもない動機からである。そして、一年間、無給で働くのが条件だった。

それと、人が大事とどう関係する

るんだといわれるかもしれないが、職場は自分の成長のヒントをいっばい与えてくれる場だから、大事なのだというしかない。具体例がよい。わたしが就職した昭和30年代は、会社も病院も「恐怖のモチベーション」の時代だった。院長や総務部長は怖い存在でなければ職員は動かない時代なのである。その影が現在も残っている病院や施設は、まだかなりある。

い。やはり、恐怖で組織を動かすのは限界があるのだろう。恐怖にもいろいろある。ガミガミ怒鳴る、いわば陽気の恐怖もあれば、陰湿でしつこい陰気な恐怖もある。どっちかといえば、陽気な恐怖のほうがよいようだ。

いずれにしても、恐怖のモチベーションは機能しない時代になったと認識している。だから、恐怖で職員を動かそうとするのは、よくないと思っている。

**緊張感のある職場が
職員を動かす要因だ**

緊張感とは、コチコチではないことは分かって頂きたい。ここでも具体的に述べよう。職員の職場で歩くスピードが速い病院は、緊張感という職場風土がある。追い立てられるように走っているのではなく、そこには「歩いていくわたし」がある。もっといえば、速く歩かされているのではなく、職場の緊張感が速さを生んでいる感じが強くする。そう、主体的という言葉がぴったりだ。

その緊張感はどこから生じるか

といったら、わたしの経験則ではトップの人生観、医療観がもたらすものだ。誤解を招くと困るのでもう少し説明しておくと、トップの人生観、医療観に正しさがあることだ。その正しさも、社会正義であって、個人的な考えでの正義ではないことを痛感する。

もっと具体的にいえば、トップの言動が一致していることだ。口で正しい医療と言っただけではなく、経営そのものが社会的に正しいことが職員に伝わる「姿勢」である。逆を考えて頂ければ分かりやすい。例えば立派な理念があるのに、トップの姿にその理念が感じられなかったら、職員はついてこない。先日、公立病院でその典型を見た。当然のことだが、職場で職員の歩く姿に切れがなかった。

管理職はトップに学び 一般職員は上の影響を受ける

「組織はトップの器^{うつわ}以上にはならない」は、けだし名言である。管理職はトップの器の影響を受ける。だからトップは、常に自分そのものである器を大きくしていかなければならない。恐怖で職員を動かそうとするのは、自分の器の小ささを力^{ちから}バしているからである。一般産業界でも異業種のトップが学習しあっていることを、よく聞く。同業もいいのだが、お互いの欠点（傷）を舐めあって自己合理化していたら、器は小さくなる一

方なのである。

管理職の人、うかうかしてはいられない。トップが学習して大きくなっているのに、それまでのトップの器以内に納まっていたら落後するだけだ。トップが優秀な病院や施設でも、どうしてもこのようなケースの管理職は出てくる。人間とは、人間集団とは、そういうものなのである。

わたしは、管理職はトップ以上に学習する必要があると思っている。トップの使用人ではなく、組織の成員としての管理職なのだから、トップ以上、あるいは専門分野としてトップ以上の見識を備えていかなければならない。トップの顔色を見るようになったら、オシマイであることを経験する。

一般職員がトップと接触する時間は、管理職よりはるかに少ない。トップの見識を一般職員に伝えるのは、管理職しかいないのである。そして、一般職員は管理職の本質をよく見透かしていることを自覚しておかなくてはならない。

チーム医療が多職種チームによって提供されるように、経営も多職種チームが動かししている。多職種チームは多職種ゆえに、それぞれが役割を分担していなければならない。しかし、現実には役割分割が出てくる。公立病院はやはりお役所だから、役割分担より役割分割のほうが目につく。民間病院はそうならない。

組織医療としての病院

(313)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

― 制約が発想を生む ―

「四人の人の物語」という話がある。

「皆でやらねばならない重要な仕事があった。誰かがきつとやるだろう、と皆が思った。」

誰でもやることのできただろうに、誰もやらなかった。皆の仕事なのに、誰かが腹をたてた。

誰でもやることだと皆が思った。しかし誰もやらないだろうとは、誰も気がつかなかった。

誰かに頼んだ人は誰もいなかったのに、最後には皆が誰かのせいにした」といった内容である。

また、リンゲルマン効果という人間心理に基づいた行動形態がある。

綱引きをした場合、一人なら綱を引く力は100%、2人なら一人ずつの力は93%になり、3人なら85%、4人なら49%にまで低下する。結局は4人でも2人分の仕事しかしていないことになる。

誰もが思い当たることであろう。人が極端に少ないのも困るが、多ければ多いで、手抜きという問題が起こる。

組織の資産は人・金・モノである。人員は潤沢で、金に糸目をつけず、モノはいくらでもあるといった「豪気」なプロジェクトが必ずしも成

功するとは限らない。

「狭い部屋は心を引きしめる。広い部屋は心を混乱させる」と、天才・ヴィンチは述べている。

最近、自動車メーカーのマツダが開発したスカイアクティブエンジンの評価が高い。

ハイブリッドではなくて、燃費をリッター30キロまで高めた画期的なエンジンである。トヨタとマツダを比較すると、社員数はトヨタが約33万人、マツダが約2万人。売上はトヨタが約22兆円、マツダが約2兆円である。マツダは大企業といえどもトヨタの約十分の一の規模である。

そのマツダが画期的なエンジンを開発したわけである。大手メーカーではエンジン開発には千人の人員を投入している。かたやマツダはわずか30人。この人数では「あれもこれも」は不可能である。

そこで、燃費の向上に的を絞って、圧縮比に目をつけた。これを徹底的に高めることで燃費が大幅に改善された。「人」の制約が心を引きしめた好例である。

自動車がらみでいうなら、軽四は日本独自の事情から生まれた規格ともいえる。

狭い道路、小さな駐車場、高い

石油といった、数々の制約の中で開発された。

小さく軽く、そこそこの居住性と運動性能を備えた軽四から、高性能の小型自動車を生み出した。

広い道路で格安の燃料をじゃぶじゃぶに使っていたアメリカでは到底生まれなかった発想である。燃料費が高騰し、車の排気ガスによる環境汚染が問題視されるようになったアメリカ市場を、日本車が席巻し、一時ビッグスリーが破綻の危機に追い込まれたのは記憶に新しい。

読売新聞朝刊に編集手帳というコラムがある。ご覧の方も多いだろう。数ある中で秀逸のコラムであると、私だけでなく、新聞記者の間でもそう言われていると聞いたことがある。

論説委員の竹内政明さんがその多くを執筆している。「名文どころばう」、「編集手帳の文章術」など著書も多い。

原稿用紙一枚程度文章に、故事やことわざを引用し、日々のニュースに関連したコラムを連日書くのは、並大抵ではない。

友人の記者は2、3千字ならいくらでも書けるが、あそこまで凝縮するのは至難の技であると話してくれた。

字数のみならず使える言葉に制限があるからこそ、余分な枝葉を削ぎ落とし、研ぎ澄まされた名文が生まれるのであろう。

字数制限の極みは俳句である。

「古池や蛙飛び込む水の音」

「閑さや岩にしみ入る蟬の声」

は見事というしかない。

挨拶もしかり。心に響く挨拶はすべからず短いものが多い。以前に貴乃花が優勝した時の小泉総理の「よく頑張った。感動した」は今でもよく覚えている。

ワンフレーズ宰相と揶揄されたが、短い言葉で伝えるのはある種の才能といえる。

仕事が忙しくて本を読む時間がないというのは単なる言い訳に過ぎない。時間のない読書家は何人も知っている。時間がない人で、効率よく仕事をこなし、趣味を持ち、スポーツを楽しんでいる人も決して少なくはない。

予算があつてないような公共事業は重厚長大になる。懐の痛ましいお金がジャブジャブと注ぎ込まれる。工夫は無用。挙句に赤字施設が残る。かんぽの宿、グリーンピアはその代表といえる。

当院は、入院棟の一号館、外来の二号館、リハビリの三号館という3棟からなっている。なかでも一号館は築50年。平成7年の阪神淡路大震災の激しい揺れをしのいだとはいえ、耐震構造とはいえない。三度の大規模改修を行ったが機能的にも問題はあつた。

そこで、数年前から建替えを検討していたところ、近隣に適当な土地を入手することができ、よう

やく新築移転のめどが立った。

兵庫県内では病院建替えが目白押しである。近隣の二つの市が共同で、市民病院を新築し、先般、その内覧会に行ってきた。

山を削り造成した広大な敷地に巨大な病院がそびえていた。総予算は200億円。目がくらみそうな額である。地元神戸の市民病院も、2年前に約1000億円をかけて、豪華な病院に生まれ変わり新築移転した。いずれもただただ驚くばかりであった。

民間病院の新築も何件もあり、内覧会には参加させていたいただいた。土地と資金に限りある民間病院はさすがに随所に工夫がみられた。建築費も教えてもらった。費用は公的病院とは桁違いで、これならばと、納得がいった。

移転方法、期間も公立と民間では大違い。公立病院は二ヶ月前から受け入れ患者を制限し、移転で一週間休診した。

民間病院は一日たりとも休まない。人・金・モノに制限のある民間病院は、建築にも移転にも創意工夫が満載である。

「狭い部屋は心を引きしめる。広い部屋は心を混乱させる」という天才・ヴィンチの言葉通り、制約が発想を生むということがわかった。

建替えで、限られた資産を有効に利用して、親切で安全で最高の医療を提供できる、神戸で一番の病院にしたいと思っている。

これからの介護人材マネジメントにおいて、職員のキャリアアップ、とくにキャリアパスの構築と支援の必要性が注目されるようになったのは、2007年（平成19年）に見直し告示された「新福祉人材確保指針」からのことである。

同指針は、福祉・介護サービス分野における人材の確保と養成のためには給与水準や労働時間などの「労働環境の整備」とあわせて、従事者の資質向上のための「キャリアアップの仕組みの構築」が重要であると指摘した。

働きながら社会福祉士や介護福祉士等の資格が取得できるように配慮することともに、業務を通じて必要な知識、技術を習得できるような体制の整備や職場内外において必要な研修受講の機会の確保に努め、生涯を通じた研修体系を構築することを関係者に求めるものであった。

処遇改善交付金とのセット

その後、2009年（平成21年）には、従事者の処遇改善を主旨とした報酬単価等の改定が行われ、介護職員等処遇改善交付金（障害者福祉分野では助成金）が創設された。

とくに、処遇改善交付金については、満額交付要件として事業者が「キャリアパス要件の整備」を

義務づける政策誘導が行われたことから、各事業体においても積極的な取組みが行われてきたところである。

厚労省が示した「キャリアパス要件の構築」は、A及びBの2つのパターンであった。

Aの要件としては、次の①から③までに掲げる要件が求められた。

- ① 介護職員の職位・職責及び職務内容に応じた任用等の要件を定めている。
- ② ①に掲げた職位・職責及び職務内容等に応じた賃金体系につ

することである。

- ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFFJT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。
- ② 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、交通費・受講等の費用の援助等）の実施すること。

個別法人・事業体の対応

処遇改善交付金制度は、

パス」の道筋が示され、キャリアパス」にに応じた給与等の処遇体系が明確になれば、一人ひとりの職員は自らその道筋を描きながら、将来に向かって努力し、キャリアパスの段階を昇っていくことができるようになるし、組織にとっても人材の確保・定着・育成・モチベーションの向上といった人材マネジメントの質を上げることができるようになるという効果がある。

個別事業体における施策推進の現実はまだまだ十分機能しているとは言えない状況であるが、今後

連載「大介護時代の人材マネジメント」④

キャリアパスの構築と支援

（福祉経営コンサルタント

宮崎 民雄

（株）エイデル研究所 前所長

いて定めている。

- ③ ①及び②の内容について就業規則等の明確な根拠規定を画面で整備し、すべての介護職員に周知している。

また、Bの要件としては、上記Aによりがたい場合はその旨をすべての介護職員に周知したうえで、次に掲げる要件の整備を求めた。

介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら資質向上のための目標及び次の①又は②に掲げる具体的な取組みを定め、すべての介護職員に周知

2012年（平成24年）の報酬単価改定時に本体報酬の加算制度へと見直しが行われたが、こうした国の政策誘導の結果として、個別法人・事業体においても人材の確保と養成を基軸にした「キャリアパスの構築」あるいは「キャリアパスの支援」への関心が徐々に高まってきたと言えてよいだろう。

キャリアとは「生涯に通じた職業人生経路」を意味するものであり、「キャリアパス」はその道筋を示すことである。組織の仕組みとして「キャリア

人材マーケットがさらに逼迫するなかで、職員の新規採用や定着に実質的に影響してることになるだろう。職員のキャリアパス支援に積極的な事業体とそうでない事業体の「二極分化」が起こり、後者の事業体ではさらに人材確保が難しくなることが予測されるところである。

キャリアパス対応生涯研修課程

2013年（平成25年）には、福祉・介護職員を対象とする「キャリアパス対応生涯研修課程」

（全社協）が新たに開発され、各都道府県の福祉研修実施機関等で実施されることになった。この研修課程の開発には筆者も関わってきたが、目的は次の二点にある。

- ① 福祉・介護職員が、自らのキャリアアップの道筋を描くことができ、それぞれのキャリアパスの段階に応じて共通に求められる能力の向上を段階的・体系的に習得することを支援する。
- ② 各法人・事業所が主体的に職員のキャリアパスを構築し、これに沿った職員育成施策を確立・実施することを支援する。

働く一人ひとりの希望や価値観に基づく自律的にキャリア開発を支援すると共に、事業体の人材マネジメント・ニーズとの統合をめざす研修体系として全国実施が予定されている。

福祉・介護人材のキャリアを専門性に着目したキャリアアップと組織の一員としてのキャリアアップの2つの側面とらえているのが特徴である。五コースがあり、各キャリアステージにおいて「自律的なキャリアデザイン」を描きながら、必要とされる実践能力を段階的・体系的に習得できる研修体系となっている。

職員のワーク・エンゲイジメント（心の健康度）を高める研修として活用が期待される。

「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」

看護力強化の絶好のチャンス 活かすも殺すも経営次第

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、日本中どこに行っても看護師の需給関係の話聞く。他の頁にも書いたが、ほんとうに看護師の需給関係が緩むのか、だったらこの先どうなるのか、について書いてみたい。いずれにしても、真摯に経営されてきた病院にとっては、追い風だと思う。

来年の新卒看護師募集は 確実に少なくなってきた

7対1看護は、要看護度の高い入院患者への質の良い看護を提供するために設けられた制度だ。ところが、一部とはいえない病院は「看護の質の向上」ではなく「看護料のピンハネ」を目的とした7対1看護を志向した。お金に弱い人間の為せることである。

制度そのものもピンハネを容易にする基準の緩さもあり、一日7回血圧測定や不要な尿量チェックが出現したのである。それをやらされる看護師の嘆きの声をいくつも聞いてきたし、無神経に唯唯諾諾とやっている看護師の話も聞いてきた。わたしに言わせれば病院経営は性善説に立てる病院と、性悪説に立たなければならぬのか分かったものではないという病院に二分するから、性悪説に立つ

看護の質の向上の 絶好のチャンスである

わたしの持論は「多数精鋭」であることは、知られていることだ。ミーティングの時間を調整しなくてもよいように、7対1ではなく6対1以上に看護師を多くしておくことだ。最大の理由は、各種の認定看護師になるための長期離脱に備えるためだ。

お金がかかるなんて言っていたら、次の時代には脱落してしまう。各種の認定看護師は、それだけの収入を産む以上に、看護の質を向上させてくれる。入院患者は、看護の質をよくみている。もちろん、モンスターはいくらでも、これはわたしの経験上、断言できることは病院の品格を上げるとやがて消えていく。消えたモンスターは別の品格に劣る病院に行くから、心

配することはない。

実は、わたしの末娘も看護師で脳リハと言っていたが、認定看護師を取得するために受講している。半年かかると言っていたが、そろそろ終了だろう。そのときにわたしが言ったのが「一生モノだから取ったらよい!!」だった。そのツケは、もう50万円も生活費の補給となって現れている。病院が経費を出してくれないのなら、親が出すしかないだろう、というわたしの人生観の結果だ。

ことは医療安全だけではない。これからも、専門看護師制度は拡大していくものと思っている。せっかくな資格を取っても辞めちゃったらマル損だと思われる人に、看護師学校に入学させて看護師にする制度をもつてなかったら、どうなったかと思われたらよい。養成制度がなかったらゾツとするのは、育児支援と同等の話なのである。

暴論といわれるかもしれないが、わが国の病院経営のキーは看護力だと信じている。もっと分かりやすく書くと、看護力の強弱が病院経営を左右してしまうのだ。もちろん、医師力も問われるが、いくら医師力が飛び抜けて高くても看護力が弱かったら、入院医療の質は上がらないのである。

チーム医療と言われて久しい。わたしは、チーム医療は医療チームがチームになっていないと成り立たない、と信じている。 岡田

こんなこと やってる

— 尊い感じがする
認知症ケアの現場 — 岡田

認知症の人が増えた。そのケアに要するコストが問題になっているが、高齢者が増え、コミュニケーションの断絶が多くなってきたというから、必然だろう。その認知症の人のケアを提供している病院や施設に行くと、頭が下がる。ケアが大変なことであるのは、家族でもというより、家族であっても避ける人もいることから領けるのである。介護福祉士だけでなく介護に関わる職員の努力に敬意あるのみだ。

施設や病院の中には、人間扱いしない所があることは見聞するが、わたしが行く病院や施設は前述のように、よくやっている。キーになるのは、やはり介護のスタッフだ。きびきびと動くスタッフは、見ていて気持ちがいい。気持ちだけでなく、病室や廊下に特有の臭いがしないのが特徴だ。

そういう病院や施設をみてみると、認知症の人（患者とは思わない）のケアの評価をきちんとすべきだと思う。誰がどのように評価するのかは難しい問題だが、やはり認知症リハビリの評価はあるのではなからうか。いわゆる寝たきりになるから認知症になるのではなく、認知症の進行を抑えるリハビリが

効果があるように思う。

今年、アメリカの老人ホームでみたのは、頭のリハビリで公文式で入所者の訓練？をしていた現場をみた。きちんとデータを取っており、公文式は頭のリハビリの効果ははっきりとあるとみている。これも、評価の対象だ。

これから、認知症の人が急速に増えると報じられているし、報じられなくても人口構成をみたら判然としている。それだけに、認知症のケアは社会的に重要な問題だと、わたしは思う。

わたし自身が認知症になりたくないから、認知症になりたいと思っている人は稀有だろう。稀有だろうけれど、現代社会はコミュニケーションが希薄化しており、SNSをコミュニケーション・ツールとしている人たちが増え、これからどうなっていくのか、非常に危惧している。だから、認知症にならないよう、家族だけでなくあらゆる人間関係を濃くしていかなければならない、と思うのである。

いまでも認知症介護のマンパワーは不足しているのに、すぐそこにある将来の認知症者対介護者の分母・分子関係が破綻することを絶望的に想うのである。認知症ケアも重要だが、その防止ケアも重要であることを言いたい。

この欄は、青森慈恵会病院の認知症病棟と寝たきり状態の患者さんの病棟を見て、書いた。

この一ヶ月の
喜怒哀楽

◎院内保育がなかったら……

このところ、いろんな病院で「育児支援施設がなかったらと思うと、ゾッとする」という話を聞いた。そのとおりだと、病院でのあらゆる育児支援の必要性を主張してきた身として、人生の意義を感じる。

大げさだと言われる人もおられるかもしれないが、人生とはなんでもよいから生産することだと思って生きている。その育児支援も、そんなのと比較するなといわれるかもしれないが、NSTと同じようにピンからキリまでだ。キリがよくないと言っているのではなく、キリから成長されることを期待する。英語の教師を入れたところ、女医さん（もちろん子持ち）が就職してこられた例は、知っているだけで既に3件ある。

看護師さんだけでなく、いまのお母さんは子供に幼いころから英語を学ばせたいと思っている。だったら、英語の教師を……という発想である。英語を教えないときは、他の仕事をさせたら対費用効果は安いものだ。よく働くよ。

NHK TVの10月21日のニュースで「保育士の平均年棒214万円」と報じていたので、そんなに安いことではないとテレビに向かって叫んだ

ら、ニュースの終わりの誤りを訂正していた。平均年棒は264万だそう。保育が好きでなる子は、多い。認可保育園施設長歴3年のわたしが言うのだから、正しい。そして、わが子殺しが増えている現代でも、保育士のわが子殺しは少ないと思う。ベネッセの調査の中で、若いときに子どもと接する人の率が50%以下になってきたのは、わが子殺しに関係しないかと思っているからだ。保育士は、子どもと接する率は100%だろう。

◎病院のハロウィンの飾り!!

9月の末からだろうか、行く病院、行く病院、随所にハロウィンの飾りを見た。療養病棟、それも医療療養病棟で意識のない老人患者さんおられる病棟でも、ハロウィン飾りがあった。カボチャは本物ではなく、紙に書いたオバケの飾りだ。老人と、どうしてマッチしない感じがする。

お前だけだといわれるかもしれないが、小児科病棟ならともかくも、療養病棟やホンモノの急性期病棟は、カボチャのお化けどころではないと思うのだ。価値観がちがうのかもしれないが、わたしが寝たきりになったら日本流に弁天様かえびっさんの飾りをして欲しい。なんでもかんでも西洋流ではなく、日本流でいいのがいっぱいある。療養病棟は、色っぽい弁天さんが、エエと思うんやけど。

◎一芸に秀でる人は、文章がいい

壇蜜ちゃんのことを書き過ぎて、響きを買っているかもしれない。特に女性は……と書いて、阿川佐和子さんも週刊文春でその文章力と表現力に品性があると絶賛されていると先月号に書いたことを思い出した。

日本経済新聞の夕刊の一面に、日替わりでいろんな有名人がコラム「あすへの話題」を書かれていた。この半年間では千住真理子さんの文章に、しびれている。

バイオリンを弾かれる、いわば音楽家である。バイオリンと文章とは、関係があるのだろう。一芸に秀でる人は多芸なのかもしれない。一芸もないわたしを恥じるのが、こんなときだ。多芸は望むべきもなく、せいぜいゴルフぐらいだが、コイツも秀でるところまでは到底、到底だ。

具体的には、とても多くてかけないが、わたしは千住真理子さんの感覚の繊細さに感心する。細かいだけではなく、大らかな感性の発露って感じた。演奏の前後の気持ちのコントロールは、とてもとてもアベさんの言うアンダーコントロールと質がちがう。

そういえば、福島原発がアンダーコントロールされていると信じている人は、どのくらいいるのだろう。わたしは、願望としてはあるが、現実ではないと思っています。政治っていやだね。

◎ジェネリックと食材詐欺!

阪神阪急グループだったか阪急阪神グループだったか覚えてないが、食材詐欺をやったことが報じられていた。詐欺といえば詐欺なんだろうが、騙すというより儲けを出したためだろう。安い食材の方が儲けが多いんでしょう、と心の中で呟いた。

咄嗟に病院で使うジェネリックの発想とは、似て非なるものだった。ジェネリックは、国民の医療費負担を軽減するために、良心的な医療機関ほど処方している。さらに、ジェネリックは安いけれど品質は良い（反論があるんだろうなあ）。鮮魚と冷凍魚のひどい質のちがいは、ちがうのだ。冷凍魚は鮮度に劣る。

メーカー品は薬価が高いが、薬価の安いジェネリックと有効成分は一緒だ。わたしは、七種類の薬を服用しているが、オールジェネリックだ。ときどき、今日は調子がよいからこれは飲まないでおいこうをやる不良患者だが、ジェネリックは不良ではない。いい子だ。でも、まだ使用率が低い。

◎村田奈津恵さんを悼む

少し以前のことが、村田奈津恵さん（40）が、踏み切りで倒れていた男性（74）を電車が来ていたのを承知で助け出そうとして、亡くなった。痛ましくて、しばらく文章にすることができなかった。

た。

一緒に自動車に乗っていた（おそらく運転されていた）父親の恵弘さん（67）の「そのとき」のお気持ちをもうと、いまでも涙が出る。ミネアポリスで、チャーターバスの運転手さんが心臓発作で運転中に倒れたとき、バスの一番前にいたのだがスローモーションのように電柱にぶつかり歩道を横切った光景を思い出した。恵弘さんの感覚もスローモーションだったと想像する。痛ましい事件だ。

母親の春子さんともども、新聞記者の不躰な（わたしは絶対そう思う）インタビューに気丈に応えられていたが、弱いわたしなら言葉は出なかったろう。

運命は、ときとして非情だ。会社を出るとき、電話が一本でも入っていたら、あの運命の場にはいなかったのだ。

そして、いろんな所で公言しているのだが、倒れていた74歳の老人に腹が立つ、いまでも。お前がそこにいなかったら、奈津恵さんは死ななかったのだ。助かったお礼どころか「記憶にない」と言う。呆け老人の徘徊は罪悪だ。

岡田

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信

医療の沸騰点



—平均在院日数10日の病棟と
平均在院日数60日の病棟—

岡田 玲一郎

「ウチの病床は、こういう機能の病床です」と届出ることになったら、どうなるんだろう、病院は。なんのことはない、病院側は届出れば都道府県は「ああ、そうですか」と受理すると、わたしはみている。そして、病床機能に応じた診療報酬を請求できるのは、現在とそんなに変わるものではない、と思う。しかし、請求した診療報酬が無条件で支払われると思う医療人は少ないだろう。それは、いわゆる架空請求とは別のハナシで、病床機能申告詐偽になる。申告詐偽と同時に診療報酬請求詐欺になってしまふ。ダブルサギで、レセプトの審査、厚生局の審査と別のことが発生するのではなからうか。そんな感じがする。

自縄自縛が 一番こわい

病床機能は、できるだけ実態に即したものにされたほうがよい。妙に踏んばったり、高望みしたり、願望で病床機能を届出ないほうがよいと思う、わたしは思う。多少

は願望があってもよいが、その願望に達するだけの将来構想、しかも確実な将来構想が必要だ。

なにしろ、一般急性期病床の平均在院日数が9日程度（わたしは10日とみている）になるんだから、急性期病床は、40万床も必要としないのではなからうか。現在、DPC病院の平均で在院日数は13日ぐらいときいている。その上、手術で「日帰り手術的」な手術が在院日数の計算から除外されるのだから、わが国の急性期病床の平均在院日数を10日程度にするのは、ホンモノの急性期の入院医療を提供している病院しかできないのではないか、とわたしは思っている。昔からある「それはケシカラン論」は通用しないのではなからうか。つまり、先に述べたように高望みや、願望、急性期優位論的な病床機能の届出が自縄になり自縛になってしまふ危険がある。

素直に地域の人口の年齢構成をみられたほうが、よいと思う。へき地で急性期病床がどれだけ必要か、という話だと思ふのである。

繰り返しになるが、願望や思い入れは人間だからあることはよく分かる。しかし、こと経営となるとそこを乗り越えるマインドが不可欠だと思ふのである。

なお、「高度急性期病床」については本紙にも書いたように、わたしの理解力を超越しているのと言及はしたくないが、意見として「高度急性期病床」が大学病院を想定しているとしたら、診療報酬の約50%は文科省の予算から支払うべきだと思ふ。教育や研究の経費を医療保険でカバーするのは、不条理だと思ふからだ。

亜急性期病床は 一考の余地がある

またかと思われるかもしれないが、急性期が10日で終わるわけがない。在院日数が短いアメリカでも、急性期は短期と長期と合わせて30日である。わが国の急性期は短期は10日で長期は60日というのが、わたしの現場体験から断言できるのである。アメリカの急性期が30日なのだから、わが国のそれは70日であっても、なんら矛盾はないと思えない。

日本人には日本人の入院医療の思考があり、日本の医療は日本の医療だからである。ある識者によれば、日本の入院医療の在院日数は「アメリカの3倍」とおっしゃっていたが、この論に従えば日本の急性期の入院医療の在院日数は

30日×3＝90日となるが、わたしは現在の日本の急性期入院医療をみていて、そうはならないと思うのである。アメリカの30日の2.3倍の70日論は、まんざら誤りではないように思ふのである。

昨年、亜急性期病床の入院日数が90日から60日になったのは、偶然なのだろうか、厚労省の頭の良い人が未来思考で考えたものなのだろうか。その亜急性期病床の届出も、一考の余地があると思ふ。もちろん、亜急性期の「亜」は分かりにくいという意見があるが、亜急性期病床の「役割・機能」は例の「入院医療等の調査・評価分科会」から中間ではあるがまとめられているのだから、「亜」の意味は、そうなんだと受けとめたほうがよさそうだと思う。正しい理解とか誤った理解というレベルではなく、素直に「そうなんだでよいのではなからうか。」

時と場合によっては 亜急性期病床ラッシュ

一般急性期の在院日数10日は無理だから、なんせ急性期と名のつくく亜急性期を「申請」すればよいという流れが出てくるかもしれない。しかしここで気になるのは、「亜急性期入院医療管理料等の見直し」が先の「まとめ」にあるけれど「回復期リハ病床の見直し」はないことだ。「亜急性期等」の「等」には「回復期リハ」は入っているのかい

ないのかの解釈である。「亜急性期リハ等」という表現はあるが、回復期リハ入院料も入っているのだろうか。

その辺がはっきりしてゐるのはそう遠くないころだろうから、回復期リハの入院医療管理料等の見直しも頭に入れておく必要がある。わたしは「なんでもかんでも回復期リハ」という立場に立てないし、現場の人たちと話していると、必ずその話になってくる。

回復期リハの役割・機能が鮮明になってくると、回復期リハから亜急性期に転換する流れが起きてくるかもしれない、と思っている。まあ、来年の診療報酬改定には間に合わないと思うが、近い将来の改定では必至だとみている。

そして、これも何回も書いたことだが、病院の全病床を一般急性期機能でいける病院は限られた病院になってきて、一般急性期病床と亜急性期病床の両機能を持たざるを得ないのではなからうか。全病床を10日以内で回せる病院と、10日以内の病床と60日の病床の両機能を有する病院とが出現するとみている。そして、病院数としては前者より後者のほうが圧倒的に多くなると予見している。

永年にわたり、わが国の医療について予見してきたが、その予見がかなりの現実になっているだけに、やけに自信たっぷりな予見なのである。余計なこと!!

11月26日だと思いが、夕方4時ごろのNHKテレビで「家で看取るということ」という番組を沖縄のホテルで観ていた。わたしには、とても重いスペシャル番組だった。

一ヶ月ぐらい前と記憶するが、ある医師から外国では「人は必ず死ぬ」ことをいつごろから教育してあるのかと尋ねられた。わたしはカナダでは聞いたことがあるので、カナダでは小学校の高学年から聞いてます、と答えた。日本の義務教育中にデス・エデュケーションは、何年生のころから実施しているのだろうか。

小中、あるいは高校生に死の教育するの

は、ものすごく難しいと思うが、

わが国と外国では宗教の存在が大きいと思っている。少なくとも、小学校の高学年では、死をどう認識させるかは難問なのではなからうか。むろん、小学生でも人間は死ぬことは知っているだろう。しかし、小学生なればこそ、自分の死を理解するのは、難しいと思う。

ましてや、人生最期の場をここで迎えるかは、現実として考えることは無理だと思う。というのは、先の番組は横浜で親を自宅で看取ったケースを取材しているのだが、看取る家族（二例とも娘さん）も死にゆく親も大変だった。

驚いたのは、番組でこれからは

家で看取るという選択



家で死を迎える人が増えるという調査データだった。わたしは、むしろ家で死ぬ人は減少の一途だと思っていたから、驚きだった。その要因として、病院は死を迎える場所でなくなるが挙げられていたが、これは療養病床の施設化でそっちが増えると思うのだ。

それはそれとして、わたしも家で、自分の部屋で、見慣れた天井を見ながら逝きたいと願望しているのだが、年々、それが大変なことだと思えるようになってきた。子には子の生活がある。先の番組の娘さんの看取りには、感心するばかりでウチの娘がああやってくれ

るだろうか、考え込んでしまった。それも、気持ちを重くしている原因かもしれない。

それと、横浜の在宅支援診療のパワーをみた。それが同時に、わが家の周辺で在宅支援をしっかりとやってくれる医師グループや病院が目につかないことに、気が重くなってきた。訪問看護師の熱意もウチの近所にこのような看護師がいるのかと、これまた重い気がした。本気で探さないと、家では死ねないぞと思ったものだ。

希望をもつしかないのだが、とにかく自分自身がいくら家で死にたいと思っても、そう簡単な話で

はないことを思い知らされた。確かに、病院では死にたくないと思っている人は増えた。少なくとも、わたしの周辺では多い。そして、老人施設などでの看取りは病院も含めて増えてきた。だから、家で看取るということが増えるとは思えないのだ。たぶん、厚労省の意向が番組に影響しているものと、邪推している。

どのように死のうと、死は死だと思われている人はおられる。それはそれで、わたしは本人の自己決定でよいと思う。電車で飛び込むのが、首を吊るのが、それが自己決定なら立派な尊厳死だと、わたしは思っている。同時に、延命治療（わたしは延命医療もあると思っている）も、希望する人は思いっきり

やってももらったらよい、という強い意見がある。少なくとも、医療費が掛かる掛からないのレベルではなからう。結果としての医療費はあるが、目的としての医療費は人命の冒涇だと確信している。

しかし、家で死ぬということが大変なことだと、この番組は教えてくれた。本人は、まだいい。家族が大変なので、わたしの希望する家で死にたいは、わがままなのかもしれない。だからといって、呼吸器を啣えて「臨終です」も、なんだから気が乗らない。こうやって迷いに迷って死ぬのだろう。悩ましいことだ。

岡田

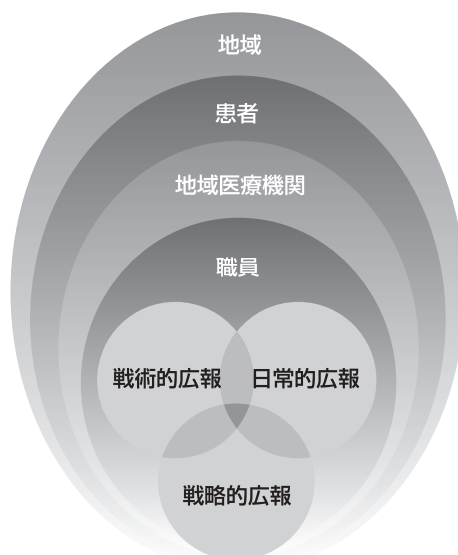
広報的視点から、病院のビジネス構造の変革をサポートします。

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。



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380回 これからの福祉と医療を实践する会

金利上昇が懸念される中、銀行借入金利の格差が拡大している。民間病院を対象とした発題者調査では10件中2件が長期設備資金で1%を下回っており、そのような病院では次の努力が再確認された。

第一に、経営の基本がしっかりしていること。経営者の理念が明確で公私混同を避ける仕組みがあり、銀行側が基本的に安心できる点だ。第二は、医療介護の質向上の考えを組織内に徹底させ、確実な歩みを進めていること。この部分は銀行からは見えにくく病院側も説明をおろそかにしがちだ。第三は財務内容の説明。銀行にとっての最大の不安は資金不足による返済不能であり、当然ながら財務面を重視している。ここでは「私たちの努力の成果は財務資料のここに出ており今後こうなります」が銀行の積極的な支援をもたらす。第四には、全体的に「しっかりとした経営努力をしている」だけでなく「その努力や銀行が知りたいうことをしっかりと説明している」点が明確に示されている。

なデータである。これを基にした課題提起と「資金調達なんでも質問」と情報交換を活かしながら、現場の実情理解と具体的な着想を得る研究会を目指したい。

(鈴木喜二)

日時 十二月二十日(金)

午後二時～五時

金利上昇懸念の下、借入金利は

何故こんなに違うのか

……経営・財務状況の銀行説明と

組織活力への貢献

発題者 ヘルスケアマーケティング研究所

会場 所長、MBA 鈴木喜六

参加費 戸山サンライズ大会議室

会員 五〇〇〇円

申込先 会員外 一〇〇〇〇円

TEL 03-5834-1461

Fax 03-5834-1462

E-mail: jissensurukai@nifty.com

URL http://www.jissen.info

新宿区戸山一22-1

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

▼川上哲治さんが亡くなった。大往生だそう。報道への完璧が目についた。高校生のころまでカワカミテツジだとばかり思っていた、カワカミテツハルと読むのを知ったのは、大学生からだった。しかし、死ぬと完全に「いい人」になるのを、うらやましく思った。

▼天野祐吉さんも亡くなった。川上哲治さんより、わたしには身近に感じる。同い年の80歳、ウチの奥さんは1歳ちがいがいたが、天野さんは16歳ちがいがいた気がする。うらやましいとは思いますが、ボクの知ってる人でウンと若い奥さんをもった人は、みんな死んでる。半分、口惜しい想いで書いた。

▼人間は死ぬんだから、制度も診療報酬も死ぬ。人間よりはるかに寿命が短いだから、次の女房、次の女房と、用意したほうがよい。病院は死んじゃダメだから、常に若くて美しい制度や報酬を求めていったらよい。人間と病院は違つて。前の頁にも書いたが、どうやって死んだらうかと、ときどき想つて想像の世界と実際の世界はちがうだろうから、自分の望む死は容易には得られないと、覚悟している。

▼高知で仕事中に東南海地震がきて、阿鼻叫喚に包まれて死ぬのもいいかな、とも想う。だけど、ボクは絶対に若い人を先に安全なところに送って、最後に逃げるな。

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

パレツで解決!



全地球測位システム

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!

ポンベ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

携帯用ボンベ



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