

# 社会医療ニュース

## 医療法人の合併は無理、無理 人間存在の真の連携の時代だ

所長 岡田 玲一郎

遂に、ホールディングカンパニーまで出てきたか、という想いがある。医療法人の合併やらなんやらから始まった、いかにも産業界の人が言いそうなことだ。

これが出てきた今年の初頭から、わたしが発言してきたことは、日常はあまり言わない「無理、無理」である。無理とは理に適っていないことで、道理は引込まないのだから、日本では。

### アメリカのヘルスシステムとちがいで日本の医療法人の合併は無理

今年の6月、ここ10年ほど訪問しているオハイオ州の病院訪問ができなくなった。他のヘルスシステムからの買収で、結局は別のヘルスシステムの傘下に入ったようだ。

ヘルスシステムについては、10年ほど前から書いてきた。アメリカでは、どこかのヘルスシステムに加入していないと診療所でも病院でもやっていけない時代になっ

た。ずいぶん昔のこのように感じる。患者の抱え込みというか、いろんな機能の医療を提供できる集団というか、いま日本でいわれている病診、病病連携を強固にしているのだ。といえ、お分かりになると思うし、日本でも一部の大学病院ではヘルスシステムという表現で連携を唱えておられる。

しかし、日本の医療法人の資産まで統合するのは無理があるというの、わたしの現場的意見である。兄弟でも出資持ち分で揉めるのに、他人同士が資産まで持ち寄るようになるのは、わたしには到底思えないのである。法律的には可能かもしれないが、人間には感情というものがあから無理だといわざるを得ない。

資産の統合を伴わない連携は可能だが、これもなかなか、うまくいかないのは、そこに人間の感情があるからだ。会社のM&Aは外部からみていると苦労しながら

も合併しておられるが、現場での人間の感情は無ではなからう。みずほフィナンシャルグループだって、いまだに合併したいくつもの銀行の感情が残っていると報じられているのを読んで、さもありませんと思うのだ。機械の組み立てのように病院の合併がいくわけがないだろう、という反論がある。

### 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

### 公立病院の統合があればかなりコワイけど、できるか!?

例えば、ある県の公立病院が統合したら、民間病院にとっては脅威になる。しかし、これも、無理、無理というのは、先のお金を扱う銀行でも、みずほFGの例があるからだ。新日鉄住金でも、ならん障害がなかったとは思わない。

わが国は病院病床、特に一般(急性期と称する)病床が人口当たりで過剰だから、公立病院の合併による減床は正しいことだ。正しいことだけれど、病院の病床を減らすことは公立病院でも身を切られるほど辛いことなのである。法律で強制的にできればよいが、そこに人間が存在する以上、できなかつた(少しは減ったが)のである。

しかし、公立病院が大幅に減床を伴う合併をしてきたら、その地域の民間病院はよほどの実力を持つてないと、やっていけない。民間病院の立場に立つたわしは、公立病院の赤字を住民が容認しなければよいと思うのだが、住民も分かった人ばかりではないから、必ず反対運動が起きて議員さんが動いて、いままでもおわりだ。

かくなる上は、民間病院が合併ではない緩やかなヘルスシステムを築きあげるしかないのだが、ここにも妙な人間存在の問題がある。事務長クラスでは推進したいと合意するのに、院長が出てくるとダメになるというケースだ。

そのダメなものを乗り越えていく病院群が、これからの時代に繁栄するだろうというのが、わたしの主張である。百床の急性期病床が平均在院日数10日で病床利用率を80%に設定したら、何人の入院患者が月間に「必要」かということだ。必要っていったって、病院の都合で病気になる、入院する住民はほとんどいないだろう。

つまり、よほどの理念をもって、それを共有した緩やかな(資産は無関係な)連携をするしかないと思う。そして、緩やかな連携といっても機能は峻別することである。急性期病院間の連携でも、診療科という機能がちがえば連携できるが、同じ診療科の急性期での連携は、おそらく無理であろう。

機能の峻別とは、何回も書くことだが、短期急性期機能と長期急性期機能ではっきりと病院(棟)別に分かれることである。そして、慢性期機能との連携も不可欠なのだが、急性期医療は慢性期医療がないと成り立たないということを確認している急性期病院は少ない。ワンランク下にも、これが伝統的な日本の急性期医療の図式だ。

慢性期医療だって、その後、その上、その横と、いろんな機能連携がないと、これまた成り立たないのである。一昨日も、老人ホームの入所者で家族に見捨てられ状態の老人を死ぬまでと、死んだ後からもいろんな面倒をみる会社の人がかられた。LMDをウリにしたいと言っていたが、葬式から遺産処理まで全部面倒をみる商売もできたのかと、変化を実感した。

老人ホームの入所者ができるだけ病院に行かないで死ぬ誘導をしてお金にするカンパニーである。弁護士さんも多くなったのか、いろんなところで出てくるもんだ。そんな会社との連携も、慢性期医療や老人施設は必要になってくるのだろう。世の中、変化だ。病院も、いままでもおわりでやっている、いつの間にか衰退してM&Aされてしまうことになるぞと、ぞっとしたものだ。人間なればこそ難しい連携、それも真の連携の時代に、そっと一足、入ってきたような感じがする。

# 組織医療としての病院

(314)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

## ― 体にいい事、心がいい事 ―

60歳を過ぎると、寄る年波には勝てず、体力特に筋力の衰えを実感する。高校時代に18回できていた懸垂が0回は仕方ないにしても、腹筋わずか20回ほどでお腹の筋肉が笑い出すようになった。

瓶の固い蓋を開けるのに四苦八苦していたところ、息子がいつも簡単に開けたのにはいささかムカついた。病院の階段で転倒し思いきり手をついた。骨は折らなかつたが、わが身の重さを痛感した。

体にいい事は何もしていない。体の汗はかいていないが、頭の汗と冷や汗はかいているといっても所詮負け惜しみ。

体にいい事とは何かを振り返りつつ、心にいい事について考えてみた。

世の中はマラソンブーム。ご当地マラソン花盛り。先日神戸でも神戸マラソンが開催され、病院の裏の道を約2万人のマラソンが走り抜けた。当院にも物好きが10人ほどいる。42・195(死)に行くがごとし、kmを3時間を切って走るいわゆる「サブスリー」の外科医もいる。エンドルフィンが出てランナーズハイを感じるという

### 体にいい事

が、私に言わせれば、ほとんど自虐趣味。何度か誘われたが、固くお断りした。

フィットネスクラブはずっと憧れていた。5年前に病院から徒歩2分の所にJ.Rの新駅(須磨海浜公園駅)ができ、隣接してフィットネスクラブがオープンした。

これならばと早速入会、毎晩帰宅前に一汗をかいて…を目論んだが、6か月間で一度利用したのみで、あえなく退会してしまつた。

通販で買った健康器具は数知れず。結局はホコリにまみれ、服掛けになり、最後まで残ったぶらさがり健康器も廃棄処分となつた。一世を風靡したビリーズブートキャンプで腰を痛め、せつかく割れてきつたあつた腹筋も脂肪の下に沈んでしまった。今はロングブレスダイエットを忘れたころに思い出してしている程度。

昨年理事長になってから、肩が凝るようになった。ピップマグネルーブ、ホットパック、湿布でも効果がなく、借金の大きさと責任の重さのためかと思つていたところ、知り合いのアロマセラピーのインストラクターに肩甲骨周囲の固さを指摘された。

それならばと、見よう見まねで

肩甲骨ストレッチを始めたところ、見事肩の凝り、首の痛みから解放された。理学療法恐るべしである。以上は「動」の体がいい事である。「動」とは別に、「静」の体もいい事もある。

まずは、早起き。毎朝6時前には起床。夏は庭で野菜の世話をするが、今はまだ夜が明けておらず布団のなかで「まどろみ」ながら思考する。その後、台所でトマトとオリーブオイルのサラダを作り、コーヒーストをミルで挽いてドリップコーヒーストをいれる。ブランドとウイスキーの区別もつかない下戸ではあるが、コーヒーストに関して

はちょっとした「うるさ型」。近くに生豆をその場で焙煎販売する店がオープンし、毎月1キロほど色々な種類を仕入れて味わっている。朝ゆっくりとコーヒーストを飲みながら過です1時間で、心身がはぐれ、私にとつては貴重な「体にいい事」をしている時間である。

週二回の外来は楽しい。主に乳がんを担当し、術後長期にわたって診ている患者さんも多く「おなじみさん」となっている人もいます。病状が落ち着いていけば、診察時間の半分は世間話となることもある。昨年手術をした62歳の女性がいる。手術前にご主人を亡くし、子供はいない。手術当初は憔悴がひどかった。術後の化学療法で、

毛が抜け足のしびれも続いた。そのつらい時期を乗り越え元氣を取り戻し、来るたびに活氣が出てきているのがわかつた。いつの間にか、ウイッグも取れていた。

先日彼女が受診したときの話である。親友が脳梗塞で倒れ、毎日見舞いに行っているとのこと。隣のベッドには同じく脳梗塞のおばあさんが入院しており、見舞いにくるおじいさんとずっと喧嘩ばかりして、気になっていて。そこで彼女が二人にいろいろ世話を焼いていると、友達も老夫婦もだんだん元氣になってきたという。それを見て彼女もうれしくなり自分も元氣になってきたと話をしてくれた。

「人に親切にすることで、自分が幸せで元氣になれる」とは、イエローハットの創業者鍵山秀三郎さんが言っていることと同じである。「原因と結果の法則」で、ジエームズアレンも同じことを繰り返し述べている。彼女がこの本を読んだかどうかは分からないが、おそらく自分の心からの言葉であろうと思った。

自分が気持ちよくなる秘訣は、人に親切にすること、見返りを求めないこと、本心良心にもとる行動はしないことである。

昔、赤信号老人子供白い杖という交通標語があつた。社会的弱者であるお年寄りの席を譲る、子供に優しく接する、横断歩道で目の

不自由な人に手を差し出す。ほんの小さな親切で幸せを感じる事ができる。人間は欲深いものである。ついつい自分が人に与えたことばかりを思い続け、ことある毎にいったい誰のおかげだと思つているのだと、言いだしそうになるのもわからないことはない。暗に見返りを求めようと、見返りがないと多少なりとも腹立たしさを覚える。

「陰徳積めば陽報あり」という言葉がある。人の見ていないところで良い事をすれば、いつかは報われるという意味である。「天知る、地知る、我知る、人知る」。誰も見ていなくても天の神様、地の神様は見えてくれると思うだけでも心は満たされる。見返りは神様のポケットに預けておけばいい。見返りを求めない親切をするほどに、喜びに包まれ心が穏やかになっていくのがわかる。

体にいい事も心にいい事も、何も大げさに考える必要はない。普段の生活を少し工夫するだけで、ちょっとだけ人への接し方を変えるだけで出来ることばかりである。

医療の目的は、体を病み心を病む人の、体を癒し心を癒すことである。ある意味過酷な仕事であり、医療従事者は心身ともに健康でなくては務まらない。

体にいい事、心にいい事を心掛けて、心身ともに健康を保ち良い医療を提供できればと思つている。

心にいい事

老人をたすける医療などあるわけはないのだけど、いわゆる「心肺蘇生術」といえるプロセスがあることはあると聞いた。しかし、そのプロセスで生き返ったという話は聞かない。その蘇生確立は1%もないのだそうだ。

この話をしてくれたホスピス病院長は、ハッキリと「老人医療とは、死の儀式」だと言いつつ、平安な死を演出してくださるといふホスピス思想より、これは儀式ですよと言ってくたさる心肺蘇生術の方が性にあってる。それにしても平安な死をくださるといふ医療は気に入らない。それに、ホスピスというのはどこにあるのか、もちろん見たことない。あるホスピスの院長先生から「うちの師長は優秀で、とにかく話し相手になってくれる。まさか『もうすぐゲンキになりますからね』なんて話してるわけはないのだけど、彼女こそホスピス医だと思ふ」という話を聞いたことがある。でも私は、はじめのムダな「心肺蘇生術」で死を賜りたいものだ。

今、ふと思い出した。「唄を忘れたカナリヤ」という唄があったが、このカナリヤをどこかに埋めるのだけど、それはどこだったか、どうしても思い出せない。というのも、私には黒潮や雑木林に散灰してもらおう、そういうロマンはない。

こんな思いも頭の隅をかすめた。「やってみなくちゃわからないではないか」そうだと決めつけてるのはキライだ。その蘇生術で死神を追い払いたい。

ここで、今はやりの尊厳死にも文句をつけたい。尊厳死協会のパンフの表紙には「会員の延命治療を拒否する。会員が死の苦痛を訴えたら、多量のモルヒネを使用してください。」とある。死はその時がくることで、自然にそれなりで仕方がないのでないか。しかしこの協会では、死に方までエリー



### 病床の心音 (68)

## 唄を忘れたカナリヤは

天野進平

(脚本家、要介護度4)

トに死のうと言っているように思える。

私にはやっぱり、忘れたカナリヤを埋めた場所が気になって仕方がない。そしたら新聞俳句欄にこんなステキな句があったのを思い出した。それは「落葉踏み林の中の妻の墓」

最近「その時がいつくるのか知りたい」という論議が盛んなようである。どうせ死ぬんだから、いつ死んでも仕方がないハズだけれど、そうじゃなくてその時が分かれば、家族や友人や会社の人間に

一言残すことができるということなのか？ 私の祖父は、死の前に担当のナースに「幸せな人生だった」と伝えてほしいとのたまったそうだが、そんなのウソだと思ふ。こんなカッコをつけて死ぬとは苦勞なことだ。

古謡に強い友人に電話して、カナリヤの行方がわかった。

唄を忘れた金糸雀は  
背戸の小藪に埋けましょか  
いえいえ、それはなりません唄を忘れた金糸雀は

象牙の船に銀の櫂  
月夜の海に浮べれば  
忘れた唄をおもいだす

だからどうなのと言われても困るが、私にとっては、難しい死生観よりカナリヤの象牙の船を追いたい。

私が決めている天国は、アマミダさんの西方浄土ではない。ヤクシさんの東方極楽と、別に予約もないのに勝手に決めているから気分がいい。このヤクシさんの所には、美人の日光・月光ボサッさん

がいらっしゃる。やはり私というドラマ屋としては女が気になる。

話は変わるが、死の近い病める老人たちの中で、死の前まで意識のハッキリしているのは脳梗塞のジィさんたちだそう。私も脳梗塞を発症したとき、汚れたオムツで死にたくないというスゴイ現実が頭にいっぱいだった。このことはこの連載で前に書いたが、退院の日心電計を取り付けられ、退院の介護タクシーを待たせることになったのはなぜか？ どうみても私のためとは思えない。ケンサ

上夜曲」という古い唄が流れている。こんな歌詞である。

僕は生きるぞ 生きるんだ  
君の面影 胸に秘め  
想い出すのは 想い出すのは  
北上河原の 初恋よ

どうも彼女は若くして死んでしまったようである。とても悲しい唄だ。

いろいろと話がとぶが、今テレビから変わった死の話が流れている。それは、高岡市の大法寺とい

うお寺さんには、合同の自治体や遺品整理業者、葬儀社から宅配便で孤立死した人の遺骨が送られてくるのだそうである。つまり、そのお寺さんの発案で全国に呼びかけている。葬儀社があるのはどういふことかというところ、どうしても遺骨を引き取る親族がいな場合、このお寺さんに宅配便で送る葬儀社さんが少なくないらしい。

このお寺さんは、送られてきた孤立死の遺骨を合同埋葬しているという。

ここで気になるのは、こんな遺骨の宅配便は法に触れないのだろうか？ というところ、宅配便業者のどこも引き受けているとは思えないことだ。

都内最大のその老人病院の6階フロアは、現代の姥捨山の風景だった。フロアのコーナーに巨大なテレビがあり、その前には車イスの老婆が詰め込まれているが、これもテレビを見てないで、ウツラウツラ。体は前のめりに崩れそう。その様子を見て係がベッドに戻している。不思議なのは、顔ぶれが毎日変わり2度と同じバアさんを見ない。ベッドに戻って、のどかに亡くなっているんじゃないかと思えてならない。

それより怖いのは、この病院の最上階の8階にはエレベーターが止まらない。8階の表示はあるのに。ここには本格的な姥捨山があるように思えてならない。

「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」

## 私立高校の経営と民間病院の経営

「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」

わたしが学んだ中学校、高校は私学である。先日、開校160周年記念の催しに出席してきたが、おそらく日本で一番古い高校ではなからうか。興譲館高校と書けば、スポーツ好きの人は「高校女子駅伝」が浮かんでくるだろう。

今年、同級生の日さんが硬式野球場を寄付されてそれを2月に見に行った。岡山県井原市にある高校だ。その2回とも校長の小谷さんから苦闘ぶりを聞いた。音で聞いたのではなく、苦しい胸の内を含んで聞いた。そこで思ったことは民間病院の経営と私立学校の経営は同じだということだ。

わが興譲館高校も過去、何回か経営危機に見舞われたが、その都度、先人たちが危機を乗り越えてきた。しかし、小谷校長のお話を聞いていて、公立高校の授業料無料化の危機は、大変なものでないかと突きつけられた想いだ。

公立高校は無料化されたが、生徒が増えることはない。少子化なんだから、高校生そのものが激減しているのだ。だったら、公立高校は合併して高校そのものの数を減らしていけば、公私の競争もすこしは緩和されるのだが、公立高校、ひいては自治体、さらに議員

「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」

そこには歴史があるし、質の高い診療科を保持なさっている。

ただ、私立高校の経営努力と比較すると、いたずらに公立病院の財務的有利さをうらやましがっておられるようにも見える。死ぬわけにはいかないことを覚悟して、全力を尽すしかないのではなからうか。民間病院がみんな同じではないことが、その証明なのではなからうか。格差は民にもあるのだ。

そして、これはわたしの意見だが、高校はなんといってもウリは「教育」と「躰」だ。今年の2回の母校訪問で痛感したのは、この両者である。躰は挨拶に代表される。わたしの姿を見た生徒は、きちっと立ち止まって「こんにちは」と言っていた。中には、言わされてる感のある子もいたが、そりゃしょうがないと思う。都市部で見ると化粧をした高校生は見なかった。

病院経営も、教育と躰である。先月号で、職場での歩くスピードのことを書いた。これなんか、躰だろう。組織風土が最高の躰になるのである。その組織風土の醸成をするのが教育なのだと思う。わたしは職員研修の仕事をさせてもらっている。今年、「やっぱり先生は教育者ですね」という評価がある人から受けたが、不覚にも涙がにじんだ。最高の評価と、わたしは受けとったからだ。病院も施設もウリを創ることだ。母校の卒業生を雇用されたらよい。

岡田

「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」

ここまで書いたら、この欄のタイトルの意味がお分かりと思う。国税や地方税で公立病院は建て替えている。授業料の無料化（無償化かな?!）と、まったく同じ構図にみえるのである。私立高校はグラウンドの新設・整備だって自力でやらなければならない。校舎だって、公立高校と同じようなパターンのお金で、整備はできない。

だから、母校は億単位の寄付をなさる卒業生に頼らざるを得ないのだ。病院の送迎部隊と称されているのと同じように、主要駅との連絡バスを出されていた。立派な寄宿舎も寄付されていた。わたしは億単位の寄付はできないけれど、甲羅よりやや大きい寄付金はしている。暮れの京都、都大路の高校女子駅伝にも、毎年、寄付している。だって、毎年出場するんだもん。甲子園も、一回だけセンバツで出ている。

病院や施設も、公私格差を意識するなら、私立のほうは余程の商品を揃えて公に対抗すべきだと思う。しかし、偽装リハビリや偽装看護では、地域から遊離してしまう。この病気ならアソコの病院という例は、全国にいくつもあ

### こんなこと やってる

「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」

—DPCを真っ当に 岡田

なさっている病院が

DPC病床をどれくらいしたらよいか、大事なことがついつい多くしたいのが人情のようだ。そして、DPC病床を多くすると、その病床の病床利用率を多くしたいのも、欲としてあるようだ。そこにDPC病床の価値観のちがいをみる。

どういことかという、DPC病床は全病床の20%ぐらいにしている病院や、病床利用率を40%や50%よし、としている病院もあるのである。その結果がどうであるかといえば、DPC係数が高くなるのである。無理にDPC病床の利用率を高くしようとすると、ご存じのように効率性や複雑性が低くなってしまふ。もちろん、きちんと評価している病院の話で、偽装評価の病院のことではない。

それが今後どのように経営に影響してくるかという、DPCにふさわしい患者を、ふさわしい入院日数にしている病院が残るとみている。

先日、全病床が百病床ぐらいの病院で一般病床20床の病院を見学させて頂いた。理由は、その病院が全県で3位のDPC係数になっていたからだ。錚錚たる救命救急センターを有する病院に期して、

肩を並べる係数だった。そして、過疎化しつつある地域でその病院だけがDPC病院であることは、その地域にある自称急性期病院は、もはや急性期医療を提供できなくなっているのである。7頁に書いた、地方は病院経営のモデル論の根拠にもなったケースである。地方に学べ、だ。

また、二百床規模であってもDPC病床、つまり急性期病床を無理に満床にしないというより、急性期の患者だけが入院しているの、病床利用率が40%や50%の病院もある。空床を気にしないで、急性期病院としての矜持を保っている病院である。これまた、これからの病床機能の届出後に有利になってくると思っている。一般急性期病床の届出をしたら、待ち構えているのは急性期の定義を保っているかが、問われるのは当たり前のことだからである。急性期の証明をしなければならなくなった、偽装証明すればいいやと思われている病院は、別の話だ。

医療に偽装なんてないや叱られるかもしれないが、偽装リハビリや偽装看護がないと断言できるのだろうか。別に、偽装食品がクローズアップされているから書くのではない、あらゆる偽装はお金になるからやるのであって、お金になるならなんでもやるのも、人間の業のひとつだと思わざるを得ない。でも、真っ当がいいと思う。

「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」

この一ヶ月の

喜怒哀楽



◎人生、いろいろ♪

鳥倉千代子さんは、強靱な生き方をなさった人だと、わたしは想っている。カチンカチンの硬さではなく、しなやかさがある強さなのだ。亡くなる数日前に最期の歌を集録するなんて、なんて強靱なお方だろうと、生きる糧とした。

わたしよりは若いのに、病気はやはり病魔なんだなあ。でも、安らかな最期であったと信じたい。そして、わたしのこれからの生き方に、及ばずながら倣いたいと思った。仕事の場で死にたいのだが、こりゃ、迷惑というものだ。だけど、体が動かなくなるまで仕事をすることも、いいなあと思う。

たった一度の人生なんだから、という人がおられるが、そんなに力まなくていいんじゃないかい。生まれてすぐに親に殺されてしまう人生なんて、たった一度の人生なんて言葉じゃ言い表せない。そう、やわらかく、強靱に生きていくしかないの、年寄りは。

若いときは夢や希望がいっぱいあるけれど、年寄りの夢や希望は限定されてしまうのだから、それを適えていけばいいのだろうか。適えると

は、広辞苑によれば「うまく合わせる。あてはまらせる。満たす。」なんだそうだ。適当に生きていくのも、強靱だろう。

◎一票の格差は、どうだった！

国会議員の定数削減の話は、どうだったんだ。「特定秘密」の話は大事なことで、定数削減も大事なことなのではなからうか。もっとも、わたし自身は国会議員に愛想を尽かしているから、定数削減なんて話ではなく、国会を解散して投票率が少なくとも6割を超えるまで何回でも選挙をやったらいと思ってる。

暴論であることは覚知しているが、5割を割る投票率で、民意を反映「って」いえるのだろうか。それも民意だという理屈はよく分かるのだが、なんだかすっきりしないのである。もっとも、投票率9割以上というのも、コワイものがある。要は、わが国意識でやって欲しいのだ。「この国の社会保障は……」なんて言われると、寂しくなってしまう。これを書いた翌日、違憲状態の最高裁判決が出た。

◎不正選挙のわたしの経験

わたしは、特別養護老人ホームの生活指導員を3年間やってきた。そのときの地方選挙でも国政選挙でも、不正選挙をやっていた。

ご家族が強く支持している政党

があると、施設内投票も施設側の意のままにならないが、特別の政党や個人の支持がない場合、認知能力、当事者能力がない入居者は、社会福祉法人の理事長が指示（支持かどうかは別として）する人物または政党に代筆で投票していた。現在でも、全部ではないにしてもやっているのだろうか。

だから、徳洲会の選挙違反の報道には、まったく驚かない。昔からやっていることで、いや、わたしもやっていたのだから、一部を除いてごくフツーのことじゃありません!! ぜったいに良いことではないのだが、世の中ってこんなものだと思うのは、いけないこと!!

◎北米と日本の医療はちがう!

11月17日、NHKテレビの午後7時のニュースでカナダと日本のちがいについて報道していた。もちろん、医療のことだ。カナダといえは、トロント市長の暴言、コカイン中毒も11月19日に報じられていたけど、洋の東西を問わず政治家にはおかしな人がいる。

カナダは州によってちがうが、ほぼ全部、国民皆保険制度で一部負担のない国だ。日本でいう診療報酬点数表はフィー・スケジュールといって、昔は買ってきたものだ。診療報酬は日本より高いというちがいがある。日本が診療報酬が安いのは、国民の受診率がトッ

プだからという意見をわたしはもっている。カナダの国民の受診率は日本の半分だから、診療報酬は高くても財政は大丈夫だ。

その日本の受診率を高めた罪は、わたしにもある。高血圧症の患者さんに「一週間に一回は血圧測定に来てください」と言っていたもん。わたしは、いま、血圧は自分で測定しているし、よほどのことがなければ受診は年に3回ぐらいだ。それでも、生活できている。そのカナダの病院の映像が出ていて、とっても懐かしくてこの記事を書いた。日本とカナダは、はっきりと医療がちがう。

◎白か黒かの近藤誠さん

しばらくマスコミに出なかった近藤誠さん、最近ではマスコミ依存症かい。アンタの理論は、人を迷わすんだよ。白もあり黒もありの融通無碍ならいいんだけど、がんもどきはがんもどきだと、意見を押し通す。がんもどきもあるだろうが、完璧ながんもあるだろう。

わたしからみると、近藤誠さんは「医療の不確実性」を否定なさっているとしたか思えない。なんか、がんの治療については近藤学説?が絶対だと引くところはみられない。長尾和宏さんを対談の場に誘っているが、わたしは不毛（近藤側の原因で）の主張になると思ってる。

長尾和宏さんのおっしゃること

は、わたしは融通無碍を強く感じており、賛成だ。死に方に当たって、いろいろあり、いろいろ悩むのが、人間の姿なのだ。ズンバラりはない。最近、近藤誠さんの本の宣伝を見るだけで、やかましい黙れ!!と叫んでいる。

◎年貢の納めどき

医療機関は社会にとって必要なものだから、儲かっているよ。福祉施設も、同じだ。ただ、儲けの納めどころ、納めどきというものがあるだろう。この年貢とは、単なる金銭のことだけではない。儲かる制度がどんどん変わるし、社会も変わるから、いままでのやり方では医療機関、特に病院や施設は存続できなくなる。詳しくは、7頁をじっくりと読んで頂きたい。

「急性期病院と言っているだけの急性期医療らしきものは、やれた。何年言ってきたか忘れたが、急性期の基準が絶対に見えるし、できなかつたらおかしいだろうと警鐘を鳴らしてきた。」 岡田

これからの一ヶ月の不安・不運・不信



# 医療の沸騰点



## 変化の連続だから

### 発想も常に新たに――

岡田 玲一郎

来年の診療報酬改定に関心が集まっている。当然のことだ。しかし、コトは来年の診療報酬改定という「単体」のものではなく、わが国の医療そのものの「流れ」の一部なのではなからうか。医療の正常化という怒る人がおられるが、現実の医療は完璧と誇れるものではないと言って、また怒られてしまう。どんなに叱られても、蛇蝎の如く嫌われても、わが国の医療機関は「放っておくとナニをやらかすかわからない」と、わたしは思っている（経験して）生きてきた。だから、そうしてきたことが変わっていくと思えない。

**財務省主導は悪か!?  
でも、力はあると思つて**

医療はお金の問題ではないという清らかな意見もあるが、診療報酬というお金（収入）に関するところに強い関心があるのは事実である。そして、診療報酬誘導で医療そのものが変化してきたという事実を否定される人は少ないだろう。診療報酬改定を財務省主導でや

るのはおかし、けしからんと言われることは正しい。しかし現実には、正しくない医療もあるのだから財務省が出てくるのではなからうか。まったくの、お金の世界がそこにある。だから、どうしても「社会保障・税一体改革関連の基本的考え方」が出てくるのである。

**7対1看護の病院は  
相当の覚悟が必要**

7対1看護の異常さは、本紙でも何回か書いてきた。健康保険料を納入している人間として、腹が立つことである。そもそも、重症患者が多いので看護師を増やして財政的に苦境に置かれていた病院があるから、7対1看護報酬が出てきたのである。その当時から

わたしは次は5対1看護だと言ってきたが、7対1の愚を体験してきた厚労省は、集中治療の方へそれをもっていった3対1とか、いろいろな看護制度が出てきた。わたしは思っている。くどいようだが、5対1看護をつくらせ、その「看護料目当てに」看護師を増

やす病院が出てくるから、重点的な集中治療に看護師の配置を出してきたと、勝手に読み込んでいる。

7対1看護の病院で7対1から撤退する病院がどのくらいあるかについて、いろんな意見がある。わたしは想像がつかないのだが、少なくとも新卒看護師の求人をしなくなった病院があることは看護学校の人から聞いた。でも、現場で看護の需給関係が急激に緩むことはなからうと、前号や他の頁でも書いた。いろいろなことが起きるのではなからうか。

しかし、7対1の病院は小見出しに書いたように相当な覚悟が必要だと思ふ。偽装重症度をどのようにチェックするのか、また誰がするのか、ペナルティはどうなるのか、考えただけで嫌になる。医療機関の性善説に立てればこんな心配をしなくてもいいんだが、という憂慮がわたしにはある。

**病床機能報告制度は  
その発足後の歩みが大事**

ウチの病院はこういう機能の病床があります、と届出する制度が発足するぞうだ。これについては、安全管理委員会と同様に、病院内に病床機能管理委員会を設けなければならなくなるだろう、という予見を先月号などで書いた。しかし、現場をみると、まだ先の話的受けとめなので、センチティブなわたしは、再度強調して書いてお

く。

チェックされるのは、それが診療報酬と関連したときで、例えば一般急性期の診療報酬が決められたら、厚生局などのチェックは入ると思っている。例えば、高度急性期の診療報酬に適した機能かどうかは問われるだろう、ということだ。極端な例だが、分かりやすいと思う。あるいは、高度急性期病床機能を有してまずと報告しても、じゃDPCはⅡ群ですかと問われるのではなからうか。

2ヶ月ぐらい前に書いたが、高度急性期病床については、わたしはまったく分らない。「高度」だから入院日数が15日ぐらいといわれること、DPCの効率性係数がマッチしないのである（わたしの個人的無知により）。

つまり、下手に病床機能を報告すると、報告そのものに縛られてしまふのではないかと危惧があるのである。病院の世界では、「急性期」が優位であるかのような誤解があることは他の頁でも書いたが、療養病床の尊さをもっと認識すべきだという意見がわたしにはある。病気は急性期から始まって、どこへ行くの」は、わたしの入院医療観の骨子である。急性期は始まりであって優位ではない。

ともあれ、自院の病床の機能は報告しなければならぬ。そして平均在院日数の規定（縛り）についていうのは出ている。――

般急性期は9日と記されているが、わたしは10日が分かりやすく、よいと思っている。アメリカのSTAC病院が約5日だから、日本はその2倍の10日が納まりがよいという、まことに感覚的な判断だ。

そして、アメリカでいうH-IHの日本版は絶対つきで登場すると断言しておく。平均在院日数10日で二百床の病院を病床利用率80%で回そうとすると、何人の新入院患者が1ヶ月に必要となるの?! ということ二ヶ月書いていることを分かってください。

自宅あるいは借家に帰れない老人はいっぱいおられるのだから、特養でもよいし、ケアハウスのなものでもよいから、セットアップされたらよいと言いつつ続けている。入院ではなく、入所じゃないけないんですか、という意見だ。

それか、病床を減らすしかあるまい。身を切られる辛さがそこにあるのだが、オーバーではなく座して死を待つ愚は避けたいものだ。もちろん、わたしが関わっている病院でも同じことを申しあげている。ウチだけはいい想いをしたいと思つても、社会の中での病院はそうはいかないのである。

結局は、患者さんの信頼だ。病院側の都合ではなく、すべては患者側の信頼に依るしかないと思つて、そうやって、緩やかな流れだった病院の変化が、そろそろ浅瀬にやってきましたように思ふ。

岡田

わが国の人口は、確実に減少する。地方で先行しているのはご承知のとおりで、地方都市に身を置くことと沁み沁みと実感する。そこに病院の淘汰の現実性があるのである。大都市は病院の淘汰はないと思われている人もおられるかもしれないが、大都市、例えば東京都の人口は減少していくのである。

だからわたしは、病院経営のモデルは地方都市の病院にあるとみている。そのキーワードは「合従連衡」であり、それによる急性期病床の「淘汰」である。

合従連衡の読み方を知らない若い人はおられるだろう。NHKラジオの「午後まわり」に毎日出ている山田某女

という若いタレント？なんか、そりゃヒドイもんだ。年寄りのわたしには常識の地名や現象が読めない。幸い、アナウンサーもついているのでイチイチ、アドバイスされているが、恥じらいは全くない。山田某女は、合従連衡は読めないと思うし、意味も知らないだろう。生きてはいけるけど、なんか恥ずかしくないかい、と思う。合従連衡とは流行言葉でいえば、病院の連携である。地方都市で病院の連携が進んでいるという意味ではなく、例えば人口二万人の地方都市医療圏に100病床規模の病院が3病院あると仮定したら、絶

対に1病院に急性期機能を集約しないと、共倒れというより経営が不可能になってしまう。

その典型が急性期病床である。先の例でいえば、3病院の医師が合従連衡して急性期機能を維持しなければ、機能不明の病床の病院が3ヶ所あるだけになってしまふのだ。優勝劣敗の原理があるのに、経営より意地が先に立ってしまつて合従連衡ができてない事例を多くみるのである。

老人が増えるから病床は減らないと言われる人がおられるが、それは「病床」という急性期医療を必要とする病床ではあるまい。療

### 合従連衡と淘汰



養床の必要は増えるかもしれないが、療養病床は絶対減るのである。すべての地方都市の実態を把握しているわけではないが、過去には栄光があったであろう病院が、急性期あるいは亜急性期機能を維持できている例は、まったく経験していない。また、意地の病院機能は崩壊しており、急性期病床は自らが淘汰して別の機能、例えば療養施設に転換されたらよいと思

か思えない病院は多い。ただ、医療業界は連携に代表されるように合従連衡の意識は低い。おれがおれがという、先の意地の経営認識があるから、まさに淘汰

は必至だと思っている。

そんな意地を張ってないで、地方都市が必要として「老人の生きる場所」に転換されたいのである。ただし、これも50年のスパンでみると、淘汰しかない。

そこで申しあげたいのは、大都市の病院の現実認識である。いま、地方で起きていることは、そのままそこにある大都市の病院の姿である。大都市なればこそ、病院数は多い。昔の中国で起きた合従連衡を進めていかないと、現在、地方都市にみるシャッター街的病院になってしまふのである。おそろく東京という大都市のど

まんなかでも、子が面倒をみない老人が増えていくだろう。その老人を看る、介護する施設が絶対に必要であることを、すべての病院が認識されているわけではない。例えば、東京大学病院にしても、現在の機能を維持できないという認識があるのだろうか。

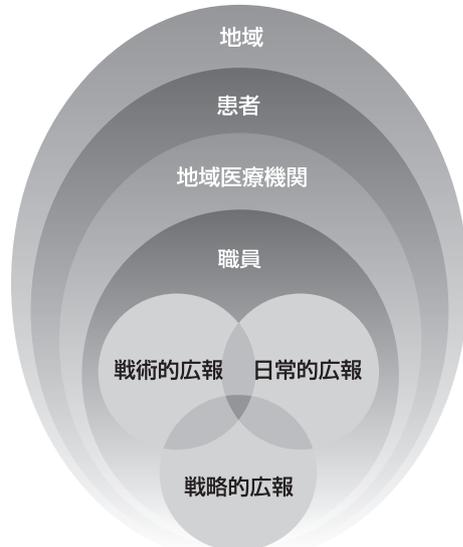
JRの御茶ノ水駅からみる大学病院群が、現在の機能のまま50年後に生きていくのかどうか、わたしは大きな疑問を感じる。50年後には確実に生きていないわたしの心配することかと退けられるかもしれないが、子や孫、さらにそれに続く子孫は生きてるのである。だから、もっと合従連衡の実践を進めるべきだと思う。淘汰されないためにである。

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。

**HIP** 有限会社エイチ・アイ・ピー  
 〒466-0059 名古屋市昭和区福江2丁目9番33号  
 名古屋ビジネスインキュベータ白金406  
 合同会社プロジェクトリンク事務局内  
 TEL052-884-7832 FAX052-884-7833  
 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381回 これからの福祉と医療を実践する会

今から考えると、二〇〇〇年の第四次医療法改正に基づく病床選択はいい加減なものであった。本来なら急性期病床と慢性期病床とすべきところを、一般病床と療養病床に区分したところに問題の根源がある。選択期限(二〇〇三年八月)が迫っても模様ながめをしている病院に「どちらでもいいから、早く選択するように」と厚労省が迫ったため、多くは「とりあえず」一般病床を選んできました。結果は、急性期と目されたはずの一般病床群に多数の療養病床がなだれ込んで、一般病床病院が診療報酬上「特定除外患者」と呼ばれる入院日数90日以上「療養患者」を抱え込むことになった。その数ざっと10万人。

次の医療法改正で予定されている「病床機能報告制度」の制度は、一つには四次改正で生じたツケを解消することに狙いがある。この制度では病院病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに区分することになり、特に「急性期病院は急性期らしい」絞り込みを要することになる。

あなたの病院は果たしてどの範疇を選ぶのか。漫然とした選択は禁物である。7対1看護を選んだ病院が次の診療報酬改定でフルイにかけられそうになっていることを思い起こしていただきたい。

武久氏は慢性期医療の質の向上を重視する慢性期医療界のリーダーだが、この際、病床区分の垣根を越えて、歯に衣着せず、病院の身の振り方を教示いただきたい。(盛宮晋)

日時 一月十七日(金)  
午後二時~四時半

・新春例会・

病床機能報告制度の導入に向けて  
……急性期病床、慢性期病床のあるべき姿  
御発題 医療法人平成博愛会 理事長  
日本病院団体協議会 議長

武久 洋三氏

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

E-mail: jissensurukai@nifty.com

URL: http://www.jissen.info

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

▼忙しかった。今月号を書き終えた想いだ。なぜかといえは、医療制度の変化への動きの鈍さへの、わたしの苛立ちだ。どうでもいいとは思っていないのは、読者の方がおられるからで、私憤ではない。

▼職員の教育研修をしっかりとやらせている病院と、指示・命令で職員を動かしている病院と、どこがちがうかといえは「力強さ」だ。人間、やっぱり、働くという行動をとるとき、他律より自律のほうがよい。難しいことではない。

▼11月から12月にかけて、25日間の旅がらすだった。年齢は関係ないのが、不思議だ。もちろん、ゴルフも7回入っていた。ほとんど全コース歩ける脚力と心肺力があることを、ありがたく思っている。

▼父母のDNAに感謝が強くある。

▼LOHというのか、男性更年期障害をわたしは経験しないうちに。これって、もしかしたらわたしは男性じゃないってこと?! いや、ちがう。5頁にも書いたが、人間も人生も、いろいろあるのだ。これっきゃないって、ないと思う。でも、これしかないと思高に主張される人を見ると、気の毒になる。

▼いよいよ今年も終わり、といひながら天晦日までに死んでたり、死にたかないけど、死ぬときは死ぬと言ひながら、まだ死なないでいる不思議さ、そしてありがたみ。

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

携帯用ポンベ



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