

社会医療ニュース

病院の変化はさまざままで 変化を染める職員が大事だ

所長 岡田 玲一郎

医療制度や診療報酬が改定されると、いろんな反応が出てくる。例えば、7対1看護病床は今回の改定で激減するという観測である。しかし、そうは減らないと観測する人もおられる。厚生省には7対1看護病床の減少の目標値はないとわたしは思うが、いや7割は減るとか、8割も減るといいう人もおられる。答えは年末になれば出てくるが、どうなるんだろう。

現状の変更に對して
人も組織もしぶとい

過去、いろんな制度変化をわたしは経験してきた。その経験による経験則は、人間はそう簡単に現状を変えない、である。古くは駆け込み増床は抑制することができなかつたし、すべては容易にいかないよという経験則からみても、7対1看護にしても、回復期リハビリテーション病床にしても、そう易々とは動かないと思う。

別に、医療業界が保守的というのではなく、現状を変えたくない、渡したくないという人情のなせるところだと思う。自分自身に照らしても、電車に乗るときの座席はほぼ同じ席だし、家庭でも座る場所を意識的に替えない限り同じ所に座っていることが多い。

しかし、病院機能の明確化の路線は変更されることはないだろうから、結局は経済誘導あるいは経済的規制によつて変化せざるを得ないのではなからうか。いまでも現場で語られているように「〇年後はこんなになるとは考えられなかつた」ことに、〇年後はなるのである。その〇年が、2025年か、東京オリンピックの年になるのかは、わたしには分からない。

大病院がどうなるかという
連携強化と自己完結になる

二百床以下の病院は、地域包括ケア病床を持つととされてる

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 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

病院は、かなりある。ただ、二百床以上の病院となると、その経営方針の選択は多種多様のような。三次救急病院がいくつかの分院を持つており、さらに有料老人ホームなど老人福祉施設を有して自己完結型の機能連携をなさっている大病院グループもある。

一方で、大病院を単独で経営している病院では地域連携を強化する病院と、自院に回復期リハ病床を設けて、一般急性期の平均在院日数が短縮されてくる受け皿になさろうとされている病院もある。なにがベターで、なにがベストなんてないようだ。それぞれの病院の経営方針で決定なさればいいことだと思ふのは、わたしは病院経営コンサルタントではなく、ファシリテーターの役割に徹しているからだ。院長を交替させるとか、資金をどこから引く張ってくるかは、わたしは預り知らぬことだからだ。

ただ、これまでのように、こういう方法がある、ああいう方向に行くのがいいと経営方針を促進するファシリテートすることは続けていこうと思つてゐる。

そのすべての基礎になるのは地域

の人口構成の推移とか病院数や人口当たり機能別病床数だ。そこを抜きにして病院経営は語れないと思う。その人口構成にしても、県による施策によつてずいぶん変わつてくるのではなからうか。

特に、各都道府県の病院の機能は大きく今後に影響する。一般急性期、さらには7対1介護の病床数がどのくらいなのか、療養病床数と今後の人口動態の関係はどうなつてゐるのか、すべては自院の存在する都道府県や自院の医療圏を、絶対に無視できない。

医師の質と量や
職員の質と量も

病院である以上、対人援助職集団の量と質は無視できない。トップでいくら経営方針を決めても、動くのは職員である。わたしの持論は昔から「多数精鋭主義」で、既にその熟語を使用されている病院もある。対人援助職は、ぎりぎりの職員数にする少数精鋭主義は経営を悪化させるのである。

「職員は多ければ多いほど、いいですよ」と言うて怪訝な顔をされる人がおられるが、たぶん人件費率が頭に浮かぶようだ。多数にした職員の稼ぎがゼロとしたら、その発想は正しい。しかし、現在の病院経営は多数にした職員が稼いでくれるようになつてゐる。診療所ではなく病院なのだから、組織力（質と量）が問われるのだ。

先に、わたしはコンサルタントではなくファシリテーターだと述べた。そのファシリテートの対象は経営スタッフだけではなく、新人も大事に存在だ。その新人は、病院によつて質の差があることが、職員の質と量の重要性を教えてくれる。いまだきの若い人と称されるように、同じ研修内容でも昔とはちがう。昔とはちがうけれど、いまだきの若者に病院格差があるのは、やはり職員を大事な戦力とみる認識の有無によるのだろう。

わたしのような年寄りが病院の世界に入ったころは、わたしのいた病院では院長はわたしのことを「使用人のくせに」と当然のように言つてゐた。そのころと、いまはちがう。それどころか、新人研修のときに訊くと、「いまの中高生は分らない」と言う。それぐらい時代の変化が急なのである。

わたしがよく使う言葉に「ウチの病院色に染めましょう」がある。もちろん、新人や中途採用者が主だが、ウチの病院色が薄れてきてゐる永年勤続者にもいえることだ。どんな会社だつて、その会社には必ず「色」がある。色を濃く出している職員もいるが、色の薄い職員もいる。職員全員の色は統一できないが、それは個性があるから当然だ。でも、わたしは自分の病院色を強く意識されたほうが正しい経営だと思う。それだけに、ファシリテートが必要なのだ。

組織医療としての病院

(320)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

―ポータブルスキルとモチベーション―

思考力×スキル×意欲×体力という式を「採用基準」(伊賀泰代 ダイヤモンド社)という本で知った。思考力を手術に置き換えると、手術×スキル×意欲×体力であり、思考力も手術も図式は同じである。

どれが欠けても十分な結果は得られない。スキルも意欲もないのは論外であるが、スキルと意欲があっても体力がなければ、徹夜が必要となるハードな仕事はできない。

この度は、ポータブルスキルというスキルと、モチベーション(やる気)について考えてみることにした。

■ポータブルスキル

ポータブルスキルとはポータブルラジオ、ポータブルテレビと同じように、持ち運びができ、業種・職種の垣根を越えてどの仕事でも通用する技術や能力のことである。ポータブルスキルには2種類あり、英語力や簿記などの専門的知識が必要となる技術と、資格化が難しい洞察力や判断力、リーダーシップなどの技術がある。

会社や組織で取り組んでいる仕事がよく進んでいるのは、自分のポータブルスキルによるものか、そうでないかを把握す

ることが大切である。

脱サラで失敗するのは、仕事の成果が自分のポータブルスキルの「おかげ」と勘違いした人である。大きな会社で属しているということは、それだけで「後光」が射している。その「後光」に気づかず、仕事の成果を「自分の能力による手柄だ」と思うような、変に自信持った人がいる。

そんな人が、脱サラをした途端に、誰にも相手にされなくなっ

て初めて「後光」に気がつく。

昔よく取材に来ていた日経ヘルスケアの記者がこぼしていたことがある。彼はいい記事を書くこと、評判の記者であった。フリーのライターになったほうが、組織のしがらみがなくなり、自由に仕事ができ、実入りもいと判断したのである。日経を辞め、自分で会社を立ち上げた。

フリーライターになってから取材申し込みをしたところ、まず窓口で胡散臭い目で見られ、今まで気軽に取材に応じてくれていた病院の院長が、なかなか会ってくれなくなったという。そこで初めて「日経」という看板を思い知ったそう。

医師はある程度ポータブルスキルを持っているが、その割合

は様々である。有名な病院に勤めていて患者に人気があった医師が、自信満々で開業したところ、自分が診ていた患者さんのわずかしが受診してくれなかった、という話も珍しくはない。現実には厳しい。

どんな仕事でも、個人のポータブルスキルだけで成果を上げること

はまずない。にもかかわらず、自分の力だと勘違いする人は多い。

大リーグで活躍するイチローやマー君はポータブルスキルの割合が大きいことは間違いない。でも「内助の功」を忘れると、そのしつぺ返しは大きいであろう。もちろん彼らもそのことはよく分かっている。奥さんを大事にしているのだと思う。

医療従事者のポータブルスキルとは何であろう。多くは、国家試験を通った専門職であるが、有り体に申せば、ポータブルスキルがある職種や人が、それほど多いとは思わない。

自分の技術を磨き、誰でもできる仕事から、自分しかできない仕事を見つけ伸ばしていくしかない。それでも自分の腕一本で生きていけるのは、少数派である。

仕事には、自分の仕事、他人の仕事、誰の仕事でもない仕事、の三種類がある。その中の、誰の仕事でもない仕事を自分の仕事としてこなす人は、専門職でなくとも立派なポータブルスキ

ルを持った人といえる。自分のポータブルスキルは何かをよく考え、組織との折り合いをつけながら、仕事をするのが大切である。

■モチベーション

「自然・他燃・不燃」

「自然」とは自分でモチベーションを高めることである。非常に向上心があり少しでも上を目指そうとして、常に努力している人がいる。色々なことに興味を持ち、実際に取り組み、疑問があれば解決のためには努力を惜しまず、いつも生き生きとしていて、やる気満々。こんな「自然」の権化のような人もたまには見かける。

それでも、時には疲れてくることもある。そんな時は、他からの力を借りてやる気を高めてやる必要がある。これを「他燃」という。いい話を聞く、尊敬する人に会いに行く、本を読む、映画をみる、コンサートに行く、美術館へ絵画を鑑にいく、山歩きをする、といったことで、またモチベーションが高まってくる。

自分でも燃えず、他からの力を借りてもやる気がでないことを「不燃」という。打手はない。ロバを水飲み場まで連れて行くことはできても、無理に飲ませることはできないというのも道理である。

過日、12年ぶりに神戸大学経営学部でお世話になった先生の講義を聴く機会があった。わずかの

聴講時間であったが、久しぶりに学生気分を味わい、学生と先生の討議を聞いて、なんとなく昔にタイムスリップした感覚に陥った。

私の講演に対する質問や指摘を受け、随所で聞く経営学の言葉も新鮮で、また勉強したいという気持ちになった。まさしく「他燃」の時間を得られたわけである。

モチベーション3.0という言葉がある。働く動機をうまく説明している。

1.0は生きるために働くこと。2.0は処罰と報酬により働く意欲が生まれるということ。3.0は学びたい・働きたい・世の中の役に立ちたいという気持ちで働く動機になるといえることである。どれも一理あり納得できる。

2.0は外発的動機といわれ、いわゆる「馬に人参」のことである。3.0とは内発的動機で、内面から湧きあがる動機である。

医療は、心を病み体を病んだ人を癒すのが仕事である。患者が治癒した時の喜びは何物にも代え難い、という内発的動機が大きな比重を占める。その動機をもつていても、「自然」し続けるのは難しい。

病院のリーダーは、「医療とは世のため人ため、そして自分のためにもなる素晴らしい仕事である」ことを常に語り自らが範となり、「他燃の素」となつて、部下の「やる気」に火をつけ、燃え上がらせることも必要である。

病院といえば、白衣のナースの城だが、最近ではミドリやピンクのユニフォームを着た介護士のほうが多い。ナースコールをしても、とんでくるのは白衣ではない。病棟での白衣の出番は？

○白衣の顔見世興行のある病院があった。夕方の5時になると白衣の3人が「今晚の担当です」とシナを作ってアイサツしてくれるのである。その夜、この白衣がくるのは消灯時の見回りか、眠り薬を頼んだ時だけである。

○あきらかに認知症の集団の部屋に、車イスで運ばれたことがあった。これは怖かった。その呆け老人のたまり場に連れてきたナースの言うことにや「さあ、昼食は皆さんと一緒にすることにしなさい」と大きな円形のテーブルに並べられた。その呆け老人たちは、私をギョロギョロにらんでいるのだ。私は大きな声で叫んだ。「助けてくれ！」と。その声が届いたのかどうか30分ほどして、私の個室にいつも顔を出してくれるナースがやってきて「誰ですか、ここへあなたを連れてきたのは？」とすぐ、この呆け部屋から脱出させてくれた。

この30年、リハビリ病院を含めて15病院をハシゴされたが、この時のナースが一番なつかし

く、命の恩人だった。

○その救急病院では、私の個室はナースステーションの真前であったので、ナースの出入りはよく視えた。それはどうでもいいのだけど、そのナースステーションの出入口には毎日、一日中、ひとりの認知症のおばあちゃんが車イスでいて、いつもこ

らやましそうに寄りかかっているのをみた。

○フイリピン人のナースがいた。このナースは、夜10時に必ず、入口のカーテンを開けて入ってきて、ハッキリとした日本語で「もう寝たら」と声をかけてくれた。

この病院のテレビは、イヤホンで聞くことになってるので、音が外にモレルことはなかったのだが、私がいつまでもテレビをみてる気配を感じていたらし

だもんな。早く帰れよ。もう寝るから」「ありがとう。東京はグメンだわ」

○このナースはその病院にはもったいないプロポーションで、つい芸能界で仕事をしてきたクセで、ちよっとツバをつけようと声をかけたが、「私、ママを呆けで亡くしたので、ママのような人を助けたくて老人病院のナースを選んだのです。」とピシャリと私の誘いは断られた。

私は4回、脑梗塞で倒れたが、その第一回目の時の病棟の婦長さんである。私は55歳だった。脳卒中で倒れて一番心配だったのは、なんといっても「もうアレがタナイのではないか」ということだった。担当の若い医者になんとも言えない」という返事。それで、この後たまたまベッドにこられた婦長さんにたずねたら、こんな具合にホントにタツたのである。まだ若い婦長さんが白衣の前をひろげ、マヒしてない左手をオッパイにみちびいたのである。それから私の股間に手を置いて、何も言わず5分。婦長さんは私の左手をオッパイからノケて、こわいわ

れた。「大丈夫みたいね」と一言で、スグ廊下に消えた。この今の師長さんを私は今も尊敬して

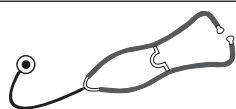
る。

○ここでもう一人、私をいい気分

分にさせてくれたナースがいた。初対面でこうきたもんだ。

「脚本家の先生なのNETで知りました。質問していいですか？」

先生、「ロミオとジュリエット」は結局最後はどうなるんですか」「ジュリエットのアト追い心中だよ」「そうですか。シェイクスピア大嫌い」死のセリフもスララ言えていい気分。」「あつ人の声。急がなければ。」



病床の心音 (71)

婦長のオツパイで

天 野 進 平

(脚本家、要介護度4)

いのである。その「寝たら」という日本語がスゴク色っぽくて、いい気分だった。

聞けば、ルソン島北部にある世界文化遺産の棚田の出身。テレビで、そのステキなのを知ったので、

「アンタさあ、棚田に帰れば」「そう思ってるわ。ナースの仕事に夢を持ってきたけど、ここでの仕事といたら車イスを押すだけ。これなら、棚田の苗箱を肩にしていた方がいいわ」「このナースの仕事って結局は老人介護

ポツンと落ちているところを、いつも見つめていたが、そのナースがそれを知ってこんな声をかけてくれた。「来る、来ない、来るわ、ホント来るわ」と。「なんのこと？」と訊くと彼女は「先生の愛する女子大生の教え子が、見舞いに来てくれる、来ない、という意味よ」だって。ホントにやさしい声かけであった。

○しかし、なんといっても記憶に残る最もステキなナースは、この婦長さんである。

四苦八苦

地域包括ケア病棟狂想曲 競争する以上、実態が必要

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」
地域包括ケア病棟を持つ病院は、9月までにどれくらいになるのだろうか。わたしが歩いた範囲内というと、都道府県による差異はあるが、はなからの「諦め派」が多数派のようだ。一方で、地域包括ケア病棟でいくと威勢のよい掛け声を上げるけれど、職員は「とても……」という「無礼^{なめ}とる派」もおられる。結構多い。混沌^{なめ}がびつたりだ。

そのような状況の中で、地域包括ケア病棟に関する勉強会に出席されたり、日本版LTAC病院を見学されて、着々と地域包括ケア病棟への歩みを進められておられる、わたしの表現をすれば「本格派」が、少ないけれど、ある。9月には、確実に地域包括ケア病棟になっておられる病院だと思う。

わたしが講演などで渾身の力を込めて申し上げることは、地域包括ケア病棟をとるという根性ではなく、自院の病棟の機能が地域包括ケア病棟になるという行動を望んでいる。とるは、なるではないかと言われる人がおられても、とるとなるは絶対にちがう。

例えば、二次救急にしてもとることはできる。しかし、実態が二

ない混乱が「東京方式」と称せられる八王子市周辺での救急医療の再編を実現させてきたのである。二次救急病院よ、しっかりと役割を果たしてくれというのが、社会的要請だ。

地域包括ケア病棟をとるための二次救急は、ダメなんです。二次救急の機能を果たしてこそ、地域包括ケアの「地域」がクローズアップされてくる。そして、そこにあるのが「包括ケア」なのである。まさか、包括ケアをとるなんて意識の病院はないと思うが、包括ケア機能を発揮できる病院に、なるのである。9月に、それがなくてとれることもあるだろうが、その先は、わたしは真暗闇だと思っている。7対1看護や回復期リハの現在をみて頂ければ、ご理解頂けるものと思っている。

名称はちがうけれど、日本の急性期医療は日本版STACの一般急性期病院と日本版LTAC病棟の地域包括ケア病棟を有する病院の二種類になり、ずいぶんと分かりやすくなる。

そして大事なことは、住む場所のない老人の生活する場所、療養する場所としての施設が必要で、その受け皿は療養病院である。そんな、施設なんてとんでもないと言われる病院は、どうやって生きていくのか、しっかりと考え、実行していくしかない。面子の問題なの!? 岡田

識者から学ぶ 金言、金句

「勝つと思ふな 思えば負けよ」 岡田
ここのところ、宮本慎也さんに影響を受けている。わたしは、すごい人だと思ふ。百戦錬磨をさらっと言動に移されているように感じている。先月号にも

書いたが、人生は勝たなきゃダメだといわれた吉村作治さんのお父さんだけでなく、宮本慎也さんもNHKラジオで強調された。

しかも、勝たなきゃならない理由として「おもしろくない」と、仰る。野球だけのハナシではないと、わたしも同感だ。人生なんて大袈裟なものではなく、あらゆることに勝たなきゃならない、と思つて生きている。そんなの疲れると思う人もおられるかもしれないが、病院経営だって勝たなきゃ、おもしろくないだろう。

おもしろかったら、人生を生きている意味があると信じている。おもしろくない人生を送ってきたら、わたしの人相は絶対に見られたものではなく、にちがいない。それのおもしろさも、宮本さんが仰るように、カルイおもしろさではなく（例えば下手なお笑い）、じわっとくるおもしろさがいい。

では、勝つための生きるスタンスとはなんだろうと考えたとき、わたしは、情熱だと思う。だから、情

熱は失わないようにしているというより、わたしの情熱は消えない。情熱があると、あらゆる外部のモノに好奇心が湧く。外部への好奇心であつて、わたし自身への好奇心はまったくない。そんなものは、他者がやることであつて、自分をみつめる。なんて、わたしにはできない。というより、その気にならない。

わたし自身の姿は、自分ではみえないもので、他人さまにみえている自分が自分なのだと思う。だから、ひとによつてわたしへの評価はちがつてくるのだ。そんな自分をみつめても意味がないし、それこそ、おもしろくない。

勝たなきゃならないのは、自分に勝つのではなく、社会の中で自分が勝利することだ。自分に勝つという言葉はあるが、わたしは自分に勝つてなんになるの、と思うだけだ。社会の中で評価されること、が、人生の勝利だと思う。

別に、トンガッテ生きることではなく、自然に生きていくことが勝つなのではなからうか。社会の中で勝つてやろう、勝つてやろうではなく、気がついたら勝つていたという人生だ。

病院経営だって、社会の中で評価されることが、勝利なのである。儲かればよいという病院経営は、その意味では敗北であると、最近の講演では強調している。儲けることで、医療が荒れるからだ。

この一ヶ月の

喜怒哀楽



◎依存症はASKAだけ?!

小児科医の学会が「スマホ手守り」をやめるように啓蒙している新聞をみて、びっくりした、と前号でもふれた。親の温もりのある手の子守りと、スマホの冷たい道具での子守りは、子どもの精神発達にとって大ちがいだ。最近も「子どもはスマホをすぐ覚える」を誇らしげに言う親の声を聞いたが、そんなのは誇りにはならない、だけど依存する。

しかし、コワイ世の中になったと思うのは、わたしがガラケーしか使ったことがないからか?! 小児のこただけでなく、精神科医にスマホ依存症について聞く。いわゆる「嵌る」と、人間は壊れる。覚醒剤の依存症だつて、同じことだ。わたしが、辛うじてギャンブル依存症から逃れられているのは、節度があるからだ。嵌ったら大変なことになるだろう。

しかし人間は、なにかに依存しなくなる存在のように思えてならない。よほど、強い意志の持ち主でないといついても依存してしまう。弱い存在なんだという自覚が、依存症に嵌ることを防止してくれると思う。一方で、この齢になったら、嵌るのもアリかなあと思う。弱い、人間

のわたしだ。

◎年金「75歳から」は、いい!!

古い話だが、5月12日の各紙は小見出しのニュースを報じていた。70歳までは個人的に年金の受給を遅らせることができ、わたしは若い人たちに申し訳ないの一心で辞退していた。70歳を過ぎたら、この辞退が通用しない。なんでも持つて、という感じだった。

わたしが75歳まで年金の受給を辞退していたら、若い人の納入する公的年金を節約できたとは思わないうのは、相当の高額の年金を受給しているからだ。75歳まで辞退できる制度だつたら、辞退しただろうが、76歳からの年金はかなり高額になっていたと思う。

でも、75歳まで年金受給を辞退したら、74歳で死んじゃったなんてことになったら……と思うのがフツの人間なんだろう。アンニュージャールと外国の人がわたしを評して言うとおり、フツーじゃないわたしは74歳で死んでも女房に遺族年金がいくからいい、と思うだろう。しかし、若い人たちへの年金の原資は、しっかり確保してもらいたい。政治の問題だ。消費税10%で、大丈夫かな? 健康保険料だつて、老人になると病気が多くなるのだから、無用な受診は慎むべきだと思うのだが、「素人には判断ができない」が、逃げ道になっている。退路を断つて生きていつてもらいたいと思うし、国

民教育の重要性を実感する。

◎不注意は身を危うくする

5月の中旬、ゴルフ場で乗用カーにぶつけられた。歩いていたのだが、ふとカート道の方に寄っていた。最近のカートは音量が僅かしかないので、後方からカートがぶつかってわが身は前方に投げ出された。カートには大人2人、約180kgの人が乗られていたからだと思うが、相当な力だった。

両手をついて倒れたが、手から出血、上腕部に内出血があった。なにしろ、バイアスピリンとパナルジン1日2錠の身だから、出血は当然だ。カートを運転していた研修中のキヤディさんが「わたしの不注意で」と、数ホールを経てから謝られたが、わたしは「謝ることはないよ、カートの前を歩いていたオレの不注意が悪いの」と言った。

そのとおりだと思っているからだ。数ホールの間、研修中のキヤディさんはいろんなことを考えておられたのだろう。受付から、マスター室まで「大丈夫ですか?」と心配していた。悪いのは私なのに。

わたしは、この研修中のキヤディさんの気持ちを思うとき、切なくなつた。というのは、高知県の近森会で受付の新人職員限定ではあるが「研修生」の名札をつけていたからだ。文句をいう患者が増えて、受付の職員が受難しているからだと思っている。

研修中と名札を着けたキヤディさんも、同じだ。午前中はレストラで研修、午後はコースで研修という緊張する新人職員に、わたしは文句はないし、同情した。

しかし、カート道を歩くなんて、バカですなあ。ぶつかり防止機能はついてないのが、ゴルフ場のカートってことは知っているのに。

◎A項目の混乱は、なんだ

診療報酬のことは細かくは知らないが、識者にとときどき質問しているのだが、重症度っていうのか看護必要度っていうのか、これをなんぞこね回すのかと思う。血圧何回測定してポイントを取るのではなく、血圧は必要に応じて測定すべきだろう。医療に良心がなくなつたら医療ではなくると断言する。

褥瘡だつて、つくつてはならないし、体質などにより褥瘡になったら処置をすればいいんで、重症度や看護必要度のタメに処置するものではないと言いつける。だけど、現場はこね回す。お金のためだ。

キレイゴトを言うなどと言われるかもしれないが、医療はキレイゴトじゃなくダメでしょう。汚い手段を使つて経営するのは、絶対に医療経営ではない。口癖の「心にひっかかる職員」の表情がひきつてしまふからだ。うしろめたいことをすると、フツの人は心にひっかかる。スッキリした顔でいたいものだ。

◎スマホで対話能力が低下

なんでもかんでもお金にするのか、と感じたのが高齢者施設リートの報道だ。特養ホームへの入所待ちの老人がいっぱいいるのに、サ高住の質が問題になっているのに、リートでお金を集めている。

お金を持っている老人はリートを買つて蓄財するだろうが、有料老人ホームもサ高住にも入れないお年寄りをどうするんだ。しかも、報道によれば、サ高住の質が合格点を取れているのが6割くらいだ。質が低いほど儲かると思うが、せめてリートの対象はランクが上のサ高住にするべきだ。

それよりなにより、介護人の確保が最重要課題だ。景気がよくなると介護従事者の希望者が減る。ホテルの部屋のベッドメーカーなどに従事するハウスキーパーも人手不足が顕著だ。このところ、ハウスキーピングで苦情を言わざるを得ないケースを経験することが多い。フロントでハウスキーパーの外注も大変だよなという、うなづく。リートをやつてもよいが、ヒトの質と量の確保が必要だ。

これからの一ヶ月の

不安・不運・不信



岡田

医療の沸騰点


 次期診療報酬改定は
地域包括ケアシステムの推進

岡田 玲一郎

診療報酬が改定されると、毎回、次の改定はこうなると感じるものがあつた。次回、つまり16年改定の骨子もわたしなりに感じているので、書き残しておき、2年後まで生きてる自信はないが、「社会医療」が根づいてくる改定だろう。

日本医師会への信頼は
わたしは増幅している

日本医師会、正式には公益社団法人 日本医師会だが、わが国の医療に強力な影響力を持つていると、わたしは思っている。善くも、悪しくもだ。古くは武見太郎会長の時代から、日本医師会に対する評価には毀誉褒貶があつた。

わたし個人としては、武見会長の仰つていた「コンプリヘンシブ・メデイシン」は、けだし先見の明であつたと思う。昨今、取沙汰されている「地域包括ケアシステム」は、まさにコンプリヘンシブ医療を具現化したものではなからうか。

「TKC医業経営情報」の6月号に、横倉義武日医会長のインタビュー記事（構成は同誌編集部）

が掲載されていたが、大いに感銘を受けた。横倉会長は医療法人弘恵会の理事長で、民間病院の経営者でもある。お父様に、わたしはずいぶん取立てて頂いた。若輩の頃である。その縁は別にして、先のインタビューで横倉会長の仰っていることと、わたしの医療観は地位の格差は別にして一致するものである。つまり、次期改定は地域包括ケアシステムの推進を横に置いたら、語れないと思う。

看護・介護の人手は
もっと多くてよい

会長のインタビュー記事から引用させてもらおうと「私は厚労省がいう7対1看護が急性期だということに少し異論があつて、本来、急性期に限らず、回復期や慢性期であつても多くの看護や介護の人手を必要とするわけです」と言われている。全く同感だ。（傍点筆者）というのは、むやみやたらに看護や介護の人手を増やすのではなく「私は地域医療というのは地域づくり、まちづくりの核となるものだと考えています。医療のない

ところに人は住めない。人の住むところには必ず医療が必要です。」と言われている意味は、住む人の少ない地域の医療には自ずと供給する医療も少なくなるということだと理解している。

それと、われわれの願いといわれているから日医の願いと読んでいるが「必要とする医療を過不足なく受けられる社会づくり」を願つておられるのである。ここで述べられている「過不足なく」をどう読み取るか、である。医療供給の不足はよくないが、過剰もまたよくないといわたしは読み取った。

その他の記事の中で、ヨコクラ病院のある福岡県有明保健医療圏について語られているが、医療機関、病床の過剰地域での地域包括ケアシステムを紙背に感じた。

高度急性期病床は
現在の基準と変わる

地域の医療ニーズに対応するためには、療養病床は必要だし、一般急性期や回復期リハ、地域包括ケア病床も必要だ。さらに、高度な医療に対応する高度急性期病院も必要不可欠である。わたしは、大学病院イコール高度急性期病院とするのではなく、高度急性期医療を提供できる病院が高度急性期病院、あるいは高度急性期病床として機能していくと思つている。次期改定の目玉が、目をばちりと開けたようなものになると予見

している。高度急性期病院（棟）は、なにも大学病院だけしかできない医療ではない。また、大学病院は医療を提供しながらも、教育と研究という分野も役割だ。教育は研修医制度により過去より大きく変化したのが、少なくとも高度急性期医療の教育は必要だ。

一方、一般急性期病院（棟）は、そのレベルに大きな差違が生じている。DPCのI群とII群だけでなく、両群の中でもちがいは大きい。いつとき、DPCのII群が高度急性期病院の準備、あるいは認定可能性があるといわれていたが、わたしはそこに実力を認定する基準が確立されると思つている。

高度急性期病院が教育と研修があるから、また、高度医療だから平均在院日数が15～16日になるというのは、わたしには理解できない。高度急性期から一般急性期への連携が求められているからだ。平均在院日数は適正でなければならぬという、わたしの愚直な意見が、そこにある。

また、高度急性期医療に教育と研究があるとしたら、それは文部科学省が教育と研究のコストを保障すべきだという意見がある。

つまり、高度急性期医療を担うのは大学病院に限定すべきではなく、高度急性期医療を提供できる大学病院以外の病院も担うことが、効率的であり、包括ケアシステムに直結するものであろう。大

学病院で自己完結しようとしたら、研究のための入院が存続すると、リハビリの現場の嘆息である「もつと早く送ってくれたら」はなくならないと、断言しておく。

なにも、アメリカがそうだからといっているのではなく、地域包括ケアシステムの確立のためには、これまでの急性期医療のヒエラルキーを変革させなければならぬと、申し上げているのである。

そして、医療機関側は医療機関側の論理で進める地域包括ケアシステムではなく、国民への教育と医療への認識、そこから生じるであろう医療費の効率化が出てくると思う。医療費の効率化とは医療費支出の抑制ではなく、効率を高めることだと信じている。

このことは、国民への講演のとき、ひしひしと感じることだ。そして、そのような国民教育の場に出席なさっている医療関係者の方も効率的な医療の提供システムに賛同なさってください。おそらくだが、そのような場に出てこれられない医療関係者は、どうやら利益が得られるかに最大の関心があり、社会保障費の無駄遣いには心が向かない人だ。そんなこと、言い切っちゃっているのかと問われるかもしれないが、言い切る。

日本医師会の横倉会長は、NHKの5月31日の討論会にも出られており、しみじみとわが国の医療供給に対する信念を感じる。岡田

新人研修は、毎年、5月から10月まである。今年も同じパターンだ。ただ、去年と今年のちがいは明らかにある。時代の変化、つまり便利さに壊された若者の姿をみる。悲しいことだが、便利さの弱点を訴えると、分かってくれる。それ以上に顕著に感じたことは

(特に今年)、病院の質と新人の質は、ほぼ平行であることだ。いい病院にはいい新人が入ってくるというところで、これを数年前の同じ病院の新人と比較すると、やはり「病院の質」は大事だ。当たり前のことだが、質の向上こそ経営と思う。年々、新人の質が向上している

病院は、病院の質も上がっているの

である。いまでも、ある病院の新人研修中で、3班で約130人の研修だ。1.5日ずつなので4日半かかる。しんどいけれど、新人の質によつて楽しさがちがう。

差別するなどいわれても、質の高い病院では力が入るし、質があまり向上しない病院では、力が入らない。もちろん、新人の中でもいい奴と嫌な奴がいる。その発生率の問題といつてもよい。

やはり、建物だけでなく個々の病院は世間からみられているということだ。10年前は看護師の応募が少なかった病院でも、病院が成長して質を向上させていくと、絶

対に看護師の応募者が増える。賃金は、よほどの差がないと看護師募集の武器にはならないと、断言できる。それより、世間の評価で左右されることが、興味深い。

新人研修をしながら痛感することは、各種学校での教育の問題だ。例えば「リーダーシップ」とはどんなものなのかと質問すると、応えてくれた経験はない。いまさっきも「能力とはなにか」ということを学校で教えられましたか、知ってますかとくどく質問しても、ピクとも反応がない。

新人研修で学ぶ



の「含意」について質問しても確たる反応がない。説明すると納得するのだが、わたしとしてはそれぐらいい心理の学校でも看護の学校でも、教え、身体化させて欲しいのだ。もつとも、学生時代は本気で理解しようとしなかったのかもしれないが、「看護」にしても「看」は教わったが「護」を教えてもらってないと、さっきも言っていた新人がおられた。

リハビリの学校も問題だ。これは新人の人たちも言うことで、わたしはリハビリの専門家ではないのに、わたしのリハビリ観を話すと教えられてないことだと言う。教

育家は職業人として、しっかり教えてもらいたいと、痛切に思う。例えば、リハビリにはスピリチュアリティが絶対不可欠なものだということも教えられていない。実例を挙げて話すと、ストンと納得してくれる。「もう、リハビリはやめたい」と言う患者への関わりなので、大事なことだ。

看護学校(専門も大学も)は、教務主任によつて新人は大きく変わってくる。昔の看護教育と現在の看護教育は、わたしは良く変わったと思っている。しかし、患者さんが発する言葉をどう受けとめるかについては、教育されていない。

先に、心理の学校の例で出したように、患者さんの言う「わかりました」は、理解・納得ではない

こともある。言葉の「含意」については、残念ながら理解していない新人がほとんどだ。病院にとつて、とても大事なことで残念だ。

事務系の新人は、個人差が大きい。なんで病院に就職したいと思つたのか判然としない子がいる。「医療者」としての自覚をしっかりと教えられ、身体化している新人と、なんとなく病院に就職した子とふた通りだ。

そして、なんといつても一番勉強になるのはわたしである。病院の質が上がると新人の質が上がる。これが今年の最大の学習になった。感謝がある。岡田

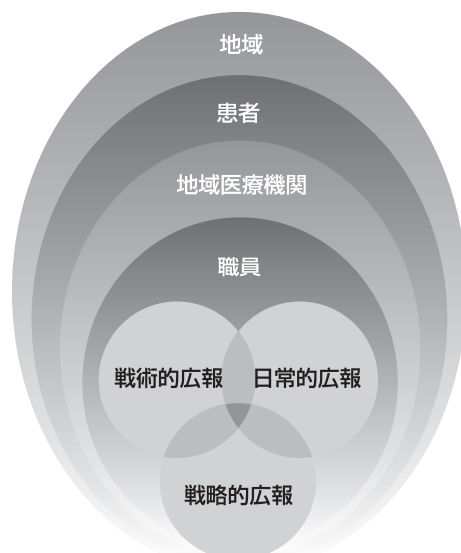
広報的視点から、病院のビジネス構造の改革をサポートします。

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。



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387回 これからの福祉と医療を実践する会

今例会は、兵庫県の中核都市、姫路城下町の姫路市、中谷病院の中谷理事長と播間事務局長のダブルキャストにて、地域包括ケアへの対応策を議題いただく。

当施設は姫路城から南西に5km、夢前川と八家川に挟まれ、姫路工業地帯から北部1kmに位置した、責任診療圏5万人施設である。

診療内容は、呼吸器内科・アレルギー科・循環器内科・消化器内科・リハ科・人工透析内科。慢性期医療に特化し、療養病床に必須な機能の人工透析室を併設。人工呼吸器管理に重点をおいた60床、職員数一三〇人の施設である。

平成12年、敢えてダウンサイジングを行ない、医療だけでなく、患者ニーズに応える組織づくりを念頭に尽力してきた。従前より、姫路市では地域内連携は進んでいたが、責任診療圏のニーズに鑑み、その補完のために地域と病院との橋渡し役としての訪問診療・訪問リハと通所リハ施設のみを運営。敢えて居宅介護支援事業所と訪問看護は他施設との連携とした。

また、職員教育やチーム医療の強化をし、在宅復帰率も85%、在宅療養支援病院の取得と相まって万全の包括ケア対応体制である。

特に、連携については、医療事業者と介護事業者とそれぞれ連携会があるが、現在それらを有機的

に融合させる活動に主導的に携わっている両氏からは、先進かつ具体的実践報告が伺えよう。

現場での先駆的実践事例を、あらゆる施設の経営幹部・企画担当者とともに伺おう。(天野武城)

日時 七月十八日(金)
午後二時～四時半

地域中核都市における
包括ケア対応策の実践
……地域組織づくりと

患者ニーズへの対応
医療法人社団健給会中谷病院

理事長・院長 中谷 裕司
理事・事務局長 播間 利光

会場 戸山サンライズ中研修室
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: jissensuruka@nifty.com



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

▼来月号にも書くが、「非営利ホールディングカンパニー型法人」は、日本では熟成しない土壌があると思う。そもそも「理念を同じくする非営利法人」の同じくには無理があるからだ。いろいろなのだ。

▼その点、アメリカの「ヘルス・システム」は、アメリカの医療における土壌から発したもので、安易に日本に導入され難いものがある。10年以上前に「ヘルス・システム」については本紙などで書いたし、実際にいろんな病院にアプローチしてみた。その結論なのである。

▼とはいえながら、6月には独立系病院がヘルス・システムの傘下に入った病院のCEOのプレゼンを聴くことになっている。それらを踏まえて、来月号に書いて思う。

▼願望の経営か、目標管理の経営か、それが鋭く問われている一二年だ。未だ残存している護送船団方式の経営は、経営悪化を招くのみだ。誰も助けてくれないよ。

▼わたしの財産は「縁」だ。北米の人たちとの縁は、わたしの方ではなく先方が大事にしてくれる。その縁も継承していかなくてはなるまい。その継承も縁なのである。▼葬式代くらいのお金はあがあるが、お墓を作るお金はそれに含まれていない。お墓を作っても、よそこにあの世とは、縁を感じないのだ。

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!



全球測位システム
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