

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

非営利ホールディング・カンパニーと アメリカでみるヘルスシステムについて

所長 岡田 玲一郎

先月号で少しだけ書いたが、昨年から病院、診療所、福祉施設等をひとつの「非営利ホールディング・カンパニー」の下にぶら下げる形態の、いわば医療・介護の統合化を進める提案が出されてきた。政府の推進する「成長戦略」でもテーマとして報道している新聞社もある。「産業競争力会議」の一環でもあるのだが、競争力の強化にはなるであろうが、医療・介護の質の向上につながるのだろうか。

理念の共有化は必要だが
実現可能な土壌があるのか

産業競争力の強化は、弱肉強食を生じさせるといふ意見があるが、わたしはそれによつて医療費の適正化が進めばよいと思う。弱肉というのは、診療報酬の裏を潜つて医療費や介護料を不当に収入としている医療機関や介護施設であつて、規模的に小さい所を意味しているのではない。

つまり、非営利ホールディング・カンパニー制度で提唱されている「理念の共有」の理念が大事になつてくると思うのである。非営利ホールディング・カンパニーそのものが利益優先であつたら、いい結果は出ない。

ましてや、米国のように対GDP比の医療費が19・6%もないわが国では、提供する医療・介護には厳重な基準を設けないと、現実には起きた7対1看護や回りハ病棟の問題の拡大につながるのではないかと、個人的危惧がある。

医療と介護は、本来、性善説であるべきだと思う。しかし、性善説に立たないと説明できないところが、現場で起きている。現場で医療・介護を提供しておられる人たちの多くが、言われる。今年の当研究所の米国病院視察ツアーの参加者からも聞いた事実である。

非営利ホールディング・カンパニーの理念が「まじめ」でないと、有

料老人ホームなどへの訪問診療の件で「まじめな医師でも、採算が合わないから訪問診療の機会を減らす」という結果が出てしまうのである。理念は理念、現実の経営は別というのであつたら、理念とはいえないと、わたしは思うのである。そして、わが国の医療機関や介護施設でも理念の実現が大いに問われると痛感する日々である。

アメリカのヘルスシステムは 医療機関の生き残り策

今年、オハイオ州のE病院に3年ぶりに行った。理由は、この2年間までは独立した病院であつたE病院が、オハイオ州にいくつかある「ヘルスシステム」のこの傘下に入るかという選択の大問題があつたからだ。Uヘルスシステムにするか、Cヘルスシステムに入るか、どちらにしても病院の存続そのものより地域の患者の利益を考えたなければならないからだ。

オハイオ州にはいくつかのヘルスシステムがあり、昨年にオハイオ州に行ったときは、E病院はKヘルスシステムに参入するのではないかという話を聞いた。

アメリカでよくフリー・スタンディングとかインディペンデントと称される単独病院は、わが国ではフツツである。もちろん、徳洲会に代表される巨大なグループ化された病院群は、政治家への献金の事例でいえばまさにホールディング・カンパニーでもある。さらには、VHJのような共同購入や経営情報交換をなさっているグループもある。「ヘルスシステム」という表現は高知大学病院がなさつてい

るが、アメリカのヘルスシステムは、確実に医療機関の生き残りの手段として推進されている。街で見る診療所には、必ず「○ヘルスシステム」とロゴマークがあり、どの系列の医療機関かが明示されている。

ヘルスシステムは、いわば患者の囲い込みだと15年から20年前は、わたしは言つていた。それが、診療所であろうと病院であろうと、ヘルスシステムに参加していないと経営できなくなつてきたのである。

今回も話が出ていたが、E病院ではトイレットペーパーは貨物自動車一台分で購入していたが、Uヘルスシステムに加入してからは鉄道の貨車二台分の値段となり、安くならつたという。先の、日本のVHJの共同購入と同じケースだ。

そんなことから日本でのホールディング・カンパニー方式をみると、医薬品や医療機器の購入には有利に働くだらう。問題は、その傘下

の医療機関や介護施設の経営である。非営利ホールディング・カンパニーは、そこで表現されている「非営利」が基本理念だ。

わたしの非営利への理解は、アメリカの場合、ノット・フォー・プロフィットであり、フォー・プロフィットと峻別される。日本の非営利ホールディング・カンパニーも、同じように受けとめていく。要は、ホールディング・カンパニーが儲かるようなシステムではなくて、地域の住民（患者）の利益を中心とした組織であらねばならない。

もちろん、アメリカの非営利病院でも強調されるように「営利を求めるとはならないが、利益は必要だ」が、基本にある。そして、その利益を決算書でみると、率や金額は寄付金とほぼ同じである。日本の非営利ホールディング・カンパニーが傘下の病院や施設からの上納金ともいべき収入で組織を運営するとしたら、いずれ問題が起きると思うのである。

もちろん、日本での病院や施設への寄付行為は多くない。わたし個人に照らしていえば、寄付したくなる病院や施設は少ないのである。その「寄付したくなる病院・施設」にならないと、ホールディング・カンパニーの経営は成り立たないのではないだろうか。

つまり、真の患者中心の医療・介護を提供できる病院や施設へのヘルスシステムが求められている。

組織医療としての病院

(321)

新須磨病院
院長 澤田勝寛

「ご意見箱」から気づいたこと

ホテルなどの接客業は利用者からの意見を聞くため、アンケート調査を行ない、意見箱を設け、意見を吸い上げる努力をしている。昨今では病院にも「ご意見箱」を設置して、患者の生の声を聞くようになってきた。当院でも、以前から意見箱を病院のあちこちに置いて、患者からの意見を吸い上げ、ご意見と回答を掲示するようにしている。そこまで言われる筋合いはないと思うほどのうんざりする「御意見」も時にはあるが、お褒めの言葉をいただいたときは嬉しくなる。

私が関係する医療専門学校でも「意見箱」を設置し、学生からの意見をきくようにしている。先般、二つの意見が寄せられた。ひとつは、トイレの石鹸の補充ができていないことと、もうひとつは、学費が高いのにそれに見合ったことがされていないという苦情であった。

◆壊れ窓理論

たかがトイレの石鹸の補充ではあるが、大きな問題をはらんでいると思う。

「壊れ窓理論」とは軽微な犯罪を徹底的に取り締まることで、凶悪犯罪を含めた犯罪を抑止できると、犯罪学者のウィルソン

とケリングが提唱した犯罪学理論である。

要約すると、「一枚の割れた窓のようなほころびが、毎日そこを通りかかる人々に向かって強いシグナルを発する。壊れたまま修理されなければ、建物の所有者はそれに気付いていないか、目をつぶっているという意味だ。ということは近辺では、窃盗や破壊行為や暴行など、もつと深刻な犯罪まで見逃されているかもしれない。少なくとも、誰も目を配っていないのは明らかだ」ということになる。

以前、ニューヨークのジュリアーニ市長は、地下鉄車両の落書き、自動改札機を飛び越える無賃乗車、信号待ちの車への強引な窓拭きなどの軽犯罪を徹底的に取り締まることによって、殺人事件を大幅に減らしニューヨークを安全な街にした。

いつも汚いトイレ、トイレレットペーパー切れ、放置された壊れた椅子、古いポスターなど見渡せば壊れ窓はいくらでもある。

中でも最悪の壊れ窓は人間である。邪険な受付、不親切で態度の悪い職員といった「壊れ窓人間」はウィルス化するので余計始末が悪い。水は低きに流れ、人間は易

きに流れる。人は慣れない状況に置かれたとき、見たものに習う傾向がある。そのため、新しく雇われた従業員は、まず周囲の状況を見て、適当と思われる従業員のレベルに合わせて自分を引き上げたり、引き下げたりする。

努力を惜しむ「サボリ魔」、悲観的なことやいらだちを伝える「落ち込ませ屋」、相手を尊重することができない「ろくでなし」という「腐ったりんご」は、組織で一番厄介な「壊れ窓」である。学校でも会社でも行政でも、この理論は当てはまる。

学級崩壊は、「生徒思いの優しい」先生が、規則を守らない生徒に注意できないことから始まるといわれている。規則を守らなくてもいいのだという間違った規範ができ、それが他の生徒にも感染していく。

税金の無駄遣い、裏金問題、カラ出張、ヤミ手当、などの行政の不祥事も小さなほころびを放置した結果であろう。

職員のひとり一人が、日常の壊れ窓に気付き、早めに修復するという意識を持つことが、健全な組織風土を作り上げるのに大切だと改めて思った。

◆事前期待と事後評価

駅前小さなお好み焼き屋があった。老夫婦が営んでおり、奥で主人がお好みを焼き、奥さんが接客をしていた。奥さんは薄汚れた

エプロンにめがねをかけて愛想悪く、注文を聞くのも素っ気ない。子供が汚してもあまり気にしなくてもよさそうだという理由だけで選んだ店である。しばらくすると、熱い鉄板に乗ったお好み焼きと焼きそばが運ばれてきた。カツオと青海苔が振りかけてある。ソースの焦げた匂いが香ばしい。

そして、さつきまで愛想の悪かった奥さんが、なんと「可愛いね、はい、お利巧さんね」と言っていて、ニコニコしながら子供たちにジュースをサービスしてくれた。それからその店に何度となく足を運んだのは言うまでもない。

例え話をひとつ。アルマーニのスーツを来て、赤いボルシエに乗った彼氏が食事に誘ってくれた。どんな三ツ星レストランに？と期待に胸をふくらませて行った先が「和民」では、あまりにも落差は大きい。ジーンズにTシャツで軽四なら「和民」で納得か。この装いでリッツカールトンならドレスコードは別にしてビックリである。

事前期待と事後評価の例をあげた。事後評価から事前期待を引いて、その差が大きいほど満足度が高い。期待以上、あるいはまったく期待していなかったのに、思

わぬほど丁寧な扱いを受けたときや、お買い得のいい買い物があったときなどは嬉しくなる。

学校の「意見箱」に入っていた「学費が高く、それに見合ったことを

されていない」という苦情は、裏を返せば期待が裏切られた学生の大きな嘆きとも受け取ることができ、期待に心えられなかったことを、真摯に反省すべきであると思った。

医療も、同じである。事前期待が低く事後評価が高いほど、患者の満足度は高まる。心筋梗塞や脳出血で瀕死の状態で運び込まれた患者が、治療が奏功し一命を取り止めた時は、非常に感謝され喜ばれる。反対に、歩いて入院してきた人が、歩いて帰れなくなつた時には厳しい評価を覚悟しなければならぬ。

医療や教育のウリは「技」「知識」「心」という無形資産である。シヨウウィンドウに並べることができないので、利用者は品定めができず、提供者側は利用者の事前期待が分からない。

一般企業に周回遅れで、利用者満足について考え始めた医療と教育の世界であるが、取り扱う「商品」が特殊であり、一朝一夕には利用者満足度を高めることは出来ない。利用者の事前期待を付度する感性和、事後評価を上げるため間断のない品質改善が必要である。

ご意見箱には、無理難題の要求もあるが、中にはリードユーザーとしての貴重な意見もある。せつかく頂いたご意見を、有り難く受け止める「真摯さ」も不可欠であるとあらためて思った。

これからの人事管理は、納得性と公平性、透明性が必要である。人事管理の基本フレームの構築に当たってもこの点への配慮が重要である。

職員が将来を展望できる仕組み

福祉・介護職員の不満要因として「仕事の割に賃金が低い」ということが各種の調査結果としてあげられているが、退職の要因としては、処遇水準以上に納得性や公平性に欠ける制度や制度の運用、とくに将来を見通すことができないという基準の透明性に問題がある場合が多い。

こうした状況を打破していくためには、職員にとって「魅力ある」職場づくり、将来の可能性を展望できる人事管理の仕組みづくりが求められる。

第一に考えなければならぬことは、日本の人事処遇慣行となっている「定期昇給」の仕組みが展望でき、生活形成に対応し、生活を安定的に維持向上させていくためには、昇給システムの「見える化」が必要であり、そのためには資格等級制度とこれに対応する処遇体系の仕組みが必要である。40代、50代までキャリアを積んだ際に年取でどの程度の水準まで処遇条件が向上するかについて一定の展望できる仕組みをもつことが

大切である。

第二に、専門性を基軸とする事業領域にあって、職員のキャリア開発の支援やキャリアパスの仕組みを整え、職務・職責やキャリアに応じた処遇体系を整備することである。

公的資格や職歴の評価基準を明確することも重要である。大規模法人は別として、中小規模の法人・施設では人事異動の機会も少なくならざるを得ないが、ジョブローテーションの仕組みを取り入れるとともに、キャリアに

用条件、専門能力等に着眼した雇用形態の多様化と職群(コース)別の人事管理制度の導入を図る」というものである。

それぞれの職群を次のように定義し、コース別の処遇を行う。

1 総合職群(G・ゼネラル)

総合職群は、いくつもの職場で幅広い業務経験を重ねながら、自らも積極的に能力開発に努め、幅広い能力と自らの責任において事業経営の中核的人材として活躍と貢献が期待される職群である。将来的に指導職、管理職として

者を処遇する職群である。

役割や責任度、職務遂行能力等に基づく役割資格等級(ジョブグレード)制度を設定し、資格条件および昇格条件を明確にする。

総合職群には、総合職2級、総合職1級、専任職、指導職2級、指導職1級、管理職2級、管理職1級、経営職の8階層の役割資格等級を設定する。

2 専門職群(P・プロフェッショナル)

専門職群は、高度な専門能力を有する人材の確保と適正処遇を行うための職群であり、原則として

3 一般職群(N・ノーマル)

一般職群は、限定された職種において主として定型的・一般的な業務を担当し、実務知識や技能を磨き、担当業務を適切に遂行することが求められる職群である。

必要人材を確保し、適切な処遇を行うために、原則として55歳以下の者を対象として採用し、総合職としての公的資格を取得していないものを処遇する職群として位置づける。

新規に採用された有資格の高卒者は、一旦、一般職群として処遇する。

一般職群には、一般職2級、一般職1級の役割資格等級を設定する。公的資格の取得等一定の条件を満たした職員に対しては、本人の希望に基づき総合職群への登用を認める。

4 非正規職群(T・テンポラリー)

准職員・嘱託職員・短時間パート職員として、次のものを処遇する。
① 55歳を超えて新たに採用される者、および定年後に再雇用される者。
② 期間限定(3年未満)で採用される者。
③ 短時間パート(時間限定)週40時間未満で採用される者。

組織の必要性および本人の希望に基づき他の職群への移行を行うことがある。

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑧ 職群役割資格等級制度の設計と導入

(株)ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 取締役統括フェロー

宮崎 民雄

応じた役割期待を明確にし、将来のキャリアパスを展望できるように人事管理の仕組みづくりや施策推進を行う必要がある。

職群資格等級制度の実際

今回は、職群資格等級制度の実際と運用ルールについて触れておこう。

「事業活動の効率的、効果的な運営、専門人材の確保と活用、職員の職業観やライフスタイルの多様化等に柔軟に対応し、職員のキャリアパスを明確にしながら、適正な人事管理を行うために、職員の採

ての役割行動が求められる職群で原則として新卒者(院卒、学卒、専門学校卒)または一定の専門性が認められる者を処遇する職群として位置付ける。

学卒者及び事務職以外の職員は、社会福祉士・介護福祉士等、一定の公的資格を有する者またはこれに準ずる資格を有する者とする。

総合職群は、勤務地および事業種を超えた配置転換や職種変更に応じられる者であり、原則として勤務シフトに対応できる

して資格独占業務で自らの責任において専門的知識、技術・技能の向上が期待される職群である。次の職種の者は、専門職群として処遇する。

介護支援専門員、保健師、看護職、管理栄養士、各療法士等
リハビリ職、歯科衛生士

専門職群には、専門職2級、専門職1級の役割資格等級を設定する。管理職及び指導職へ移行する場合は、総合職群へ移行するものとする。

「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 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

妥協した自分と 妥協させられたアイツ

小松一郎前内閣法制局長官が6月23日、自宅で亡くなった。腹部腫瘍だそうだが、テレビとラジオの発言を聞いていて、この人は筋を通す人だという強い印象がある。発言されていた内容には政治的な問題があるから、賛否両論があると思う。いや、むしろ反対論が多かったように思う。

ただ、発言の内容が正しいかどうかは、これからの歴史が決めていくだろう。国会での小松さんの態度は、わたしは頑な感じも、傲慢な感じもしなかった。むしろ、ともすれば妥協してしまう自分自身をふり返って、この人みたいに生きていきたいと思った。

人間、社会の中で生きていくとき、さらには組織の中で生きていくとき、妥協したほうが楽と思うときがある。しかし、わたしの場合だが妥協すると心に重荷が残る。特に、年を取るといい加減に面倒くさくなつてきて、妥協する。納得して主張をかえるのと妥協は全然、心の重荷がちがう。

先の小松さんはご自分の寿命を知っておられ、妥協して心に重荷をもつよりも自説を強く主張されたのだと、わたしは思っている。わたしの考えだが、人間、死を予知

に妥協するなよと、ひとさまに言うことはできない。ただ、妥協の苦しみを感じなくなつたら、人間オワリだということは、強く言う。四苦八苦の「求不得苦」は、そんなことをいつているようにおもう。おもうように任せないのが人生で、そこに妥協が生じる。その妥協が苦しみとなると、おもっている。だからといって、苦しみを乗り越えてなんて強く決意するのはわたしはしないしお勧めもしない。

苦しい自分をそのまま受けとめるしか、生きようがないと思うのだ。もちろん、ときには対話による納得の楽しさはある。コンセンサスを得られたときは、組織人としても家庭人としても、喜びがあるのが人間だし、そこに人生の意味があると思う。

ほんとう、生きていけると妥協するときと、妥協しなければならぬときと、ふたつあるようだ。前者は自分が妥協するのだから心の重さはあるものの後者ほど重くない。後者は、ある力によつて妥協しなければならなくなったのだから、こいつは重くて辛い。

そうなんだけど、それも人生よと、わたしはいう。苦しみのない人生はないとよく書いているし、現在執筆中の「生きる」と題する本にも、いろんな経験を書いている。誰かの理解を拝借するのではなく、自分の人生から書くのが妥協がなくて、いいもんだ。

岡田

識者から学ぶ 金言、金句

— 価値 ↔ 質 ↔ マンパワー — 岡田

「ただ時代の流れが速い。50年の変化が10年で起きている」けつして金言、金句ではないが妙に心に張りつく想いがした。民主党の玄葉光一郎衆議院議員の毎日新聞のインタビュー記事からのものだ。50年前、わたしは小さな民間病院の事務長になりたてだった。本紙を発刊したのが40年前前のことだ。

その40年、50年の間にあった医療経営の変化は遅々としていた。まさに、その間の変化とこの10年の変化は、まるでちがっている。河川でいえば瀬の40年と急流の10年である。その急流に揉まれて次々と泡と消えた病院があり、今年だけでもずいぶん、消えた病院の姿をいくつかの県で確認した。

政治の変化が玄葉さんの仰るようにこの10年で変化したとは、政治音痴のわたしには分からない。なんだか、昔とあまり変わらないように思うのだが、確かに政治家絡みの汚職は減つてきたように思う。でも、根っ子にあるものは変わらないように、石原環境相の「最後は金目」発言のような無神経さは、50年前と同じようだ。

政治のことはどうでもよいが、医療経営については急流の警鐘は

50年前から鳴らし続けてきた自負がある。これからの10年は激流になるとみるのは、なんといつても人口当たりの病床数が先進諸国の中で飛び抜けて多いからだ。その一方で老人施設の定員数は少ない。このギャップは、かつては老人病院と称される病院があつたことで証明される。一病院なのか、施設なのかと警告していたのは、そのことなのである。病床であろうが居室であろうが、必要とされているから存在している。

問題は、お金だ。GDP比で社会保障費の中の医療費をみると、これは先進諸国の中では少ないのが、わが国だ。では、それを誰が負担しているのか、ということになる。その意味では現役並の収入のある老人は2割負担でいいのではないかと、言つてはたかされる。

つまり、激流を乗り切るためには支払い者の納得できる医療と看護の質の向上をしなければならぬ、と思う。そして、納得できる政治、行政側の説明と、支払い者保険者側という意味ではないが支払うだけの価値があると実感する実態がなければならぬ。

今年のアメリカの病院視察で、見事にそれを言い当てていた病院があつた。価値(バリュー)とは質(クオリティー)である。その質は、マンパワーでしか確保できないのが病院なのである。そのマンパワーが利益を生むのだ。

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎温故知新って、こういうこと?!

家に帰ったときだった。テレビを
見ていてふとナニ方を取りに台所に
行った。行ったはいいけど、ナニ方のナ
ニを忘れてしまった。なんだつたのか
なあと苦吟してみても、おもい出せ
ない。で、温故知新をおもった。

「道に迷ったら、引き返せ」であ
る。台所にナニを取りに行ったか忘
れたら、テレビの居室まで戻れ、とい
うことだ。で、戻ったら、おもいだし
た。温故知新って、たぶんこういうこ
となんだろう、ね。

病院経営だって、迷ったり、忘れ
たりしたら、原点に戻れっていうこ
となんじやなからうか。しかし、な
かなか原点に戻れないのが人間の
業。なんだらうか。ひとは原点を
忘れてしまつて、そこに辿りつけら
れない業だ。いまひとつは、せつかく
ここまで来たんだから、戻るのにな
んか負けたみたいだとおもう業で
ある。生きるの難しい。

最近、病院経営は誰しも有して
いる人間の業から脱却することが
基本だとおもうようになった。わた
し個人のことでもあるが、台所にじ
つといて苦吟してたつて、なんにもな
らないと悟る。動く態度こそが問

われるとおもう。♪幸せなら手を
たたこう。幸せなら態度で示そう
よ♪ なんだ。

◎ふたりの母親

わたしは母が好きだ。女手ひと
つで、わたしたち兄弟3人を大学ま
で出してくださつた。父は、わたし
が小学校3年生になったばかりの
とき、肺結核による咯血による窒
息で死んだ。わたしの目の前でこ
とで、いまでも縁側に這つて出てき
て血を吐いた赤い色を想い出す妄
想がある。生きることにこだわつて
いろんな側面から書くことも、その
経験からかもしれない。

見出しのふたりの母親とは、わた
しの母のことではない。片山祐輔さ
んと勝又拓哉容疑者の母親のこと
だ。なぜか、片山祐輔さんとさんづ
けで書いてしまう。あの風貌とマン
ガチックな犯罪のせいかもしれない。
勝又拓哉容疑者にはさんづけは
できない。

たぶんだが、ふたりの母親のこと
ばに影響されているからだろう。
「わたしは、最初から祐ちゃんが犯
人だとおもつていたよ」の一言で、
片山祐輔さんは頑固に犯行を否
認していた心が動いたと思つたから
だ。辛いことだつたとおもう。

一方、勝又容疑者の母親は、勝
又容疑者の義理の父だつた人の「あ
いつがやつたんではないだろうなあ」
という言葉を否定した。ランドセ
ルも売るためのものだと言つてのけ

た。以上、いろんな新聞の報道から
のわたしのおもいだ。

さて、看護師長さん!! あなた
の部下は男性は少ないだろうけれ
ど、女性だつて男性だつて、部下は子
だよ。師長さんは母親と同じだ
とボクは思うのだが、どつちの母親
をやりませうか。

◎小保方さんとAKB

小保方さんとAKBを好きかど
うかということではなく、小保方さ
んもAKBの川栄李奈と入山杏奈
は、最近入院した。AKBの二人に
は、さんづけはできないわたしだ。
操るほうも操られるほうだが、操られ
るほうも好きではない。

で、小保方さんの心労による入
院は健康保険でカバーしていいの?
労災保険つぽいところはあるが、そ
れもダメだろう。厳しい言い方にな
るが、自損行為じゃないかと思つて
いる。入院する病気がない。

入院する必要(医学的に)があつ
たのだから。政治家も、なんかあ
ると入院する。AKBの二人は、負
傷させられたのだから健康保険は
使わなかつたと思うが、あるお医者
さんの言によれば「公立病院はや
りかねない」だつた。

AKBの負傷は、入院医療が必
要だつたのが、問われる。しかし、
日本の医療保険制度だと夕方入
院して翌朝退院すると、入院料は
二日分取られる(↑と、患者さんは
言う)。なんでホテルの宿泊と同じ

にしないんだろう。アメリカは午前
11時が日付制限時間だ。だから
「念の為、一晚入院して」があるの
かなと、勘繰りたくもなる。オイシ
イ収入になるからだ。もうそろそ
ろ国際化しないと、外国人から文
句がでるだろう。いや、外国人が加
入している保険会社が、絶対にクレ
ームをつける。

◎魚の養殖でも負けるのか

前項とも関係あるとわたしは思
つているが、6月19日のNHKクロ
ズアップ現代で、わが国の魚の養殖
産業の脆弱さを報じていた。国家
ぐるみで養殖産業を育成するフル
ウエーの例も挙げていた。

サーモンなんか、どんどん輸入が
増えている。回転寿司にはほとんど
行かないが、若い人に人気のサーモ
ンはほとんどが輸入だという。国産
は国家の産業育成がないから、高
価になってしまうのだ。

なんか、わが国の病院の公私格
差を想つてしまう。公立病院の新
築移転は、各所でみる。その産業育
成に群がるギンサンが思い浮か
ぶ。いろいろ理屈をつけるのだが、ど
うみたつて十分使用できる病院を
「老朽化」のひと言で廃止してしま
う。市民もオカシイと思ひながら
も、諦めているようだ。

公立病院の多い県と、民間病院
の多い県があるのは、やはり自治体
の病院育成策の過去による。民間
病院育成が、効率の意味からも求

められている。民間病院は金儲け
主義という悪宣伝までして公立病
院を育成しようとする自治体の行
政が問われている。

同じNHKテレビの6月20日
は、がん患者が働く環境づくり
を報じていた。ここでも、時代
の変化を感じた。ほとんどのが
んは、がんもどきと声高に言う
近藤誠さんは、どうみたらう。

この、がん患者が働く環境づ
くりも、民間の会社、ボランテ
ィアの力によるものだと、しみ
じみと想つた。がんは増えたの
ではなく(学術的な話ではな
い)、がん患者が社会で働くこ
とができるようになったのだ。

抗がん剤(これも近藤誠さん
は、ほとんど効かないという)
により毛髪を失つても、かつら
はあるし、堂々と禿髪で歩いて
おられる人もおられる。アメリ
カのオハイオ州に、急性期病院
と連携している「スチュアート!
プレス」という、がん患者やその
家族を支援する所があるが、人類
社会、同じことを求めるものだ。民
間病院育成も、同じ。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



リハビリの算定日数制限は 発症後より急性期後がよい

岡田 玲一郎

今年の「北米視察ツアー」で痛感したことは、これからのリハビリを目的とした入院は変わるぞ、であった。渡米前に「日本慢性期医療協会誌」93号で、特集1として「リハビリテーションの未来はどうあるべきか」があったことが気持ちの中にあったからだと思う。

さらに「新しいリハビリテーション序論」として、武久洋三日慢協協会長が、高度急性期病院で発症から2ヶ月から3ヶ月近く入院していた患者が「回復期リハビリ」と長期急性期機能を持つ病院に転院してきた実例を挙げられ、高度急性期病院での「意味のない入院」を指摘されていたことも心に残っていたからだ。

つまり、わが国のリハビリの診療報酬は「発症」からの「算定日数制限」があり、その日数を高度急性期病院が消費している問題だ。わたしはリハビリ病院側の経営の問題もあるが、患者さんにとって回復や社会復帰を遅らせる元凶は、高度急性期病院や一部の一般急性期病院のリハビリの質の問題があると断じている。回復期

リハのPTやOTが「もつと早く送ってくれたら……」の嘆息は何十回、いや何百回も聞いているからだ。

いずれにしても、武久洋三氏の論文をお読み頂くことを推奨しておく。なにしろ序論なのだから、これからの進展が必ずあろう。

リハビリを目的とした入院と 病気で入院の患者のリハビリ

アメリカのIRF（入院リハビリ施設）については、本紙などで何度か書いた。小見出しに書いた「リハビリを目的とした入院施設」である。一方、わが国では回復期リハ病院の一部でもあるが、なにかの疾病があり入院している患者がリハを必要としている場合がある。

極端でもないのだが、例えば緩和ケア病棟に入院なさっている患者さんにもリハビリが必要な場合がある。医療療養病棟では、例えば脳血管障害に伴うリハビリもある。もちろん、リハビリを最も必要としている患者さんもおられる。アメリカの長期急性期（LTAC）病院でみられるリハビリだ。わが国のリハビリの特徴というか

特性というか、わたし個人に非常に非合理性を感じているのが「発症後の算定日数制限」である。当然のことではないかといわれる人もおられるだろうが、その発症後の期間を高度急性期や一般急性期で消費してよいのか、ということだ。現場的にいえば、冒頭で記した回復期リハなどのリハのスタッフの正しい嘆息だ。

わたしは、リハビリは単に回復期リハだけのものではないと思う。わたし自身の経験でいえば、心臓バイパス手術の術後3日目から看護師が付き添って病棟の廊下を歩いた。あれも、リハビリだと思っている。急性期病棟でも、医療療養病棟でも、さらには在宅時であっても、リハビリが必要であることは多い。個人的には、ゴルフのときカーポートに乗らずに歩くのも、老化防止のリハビリだと思ふ。

しかし、アメリカのIRFをみると、日本の回復期リハの今後は変革して行く予見する。IRFでは入院基準がある。いくつかの疾病が挙げられているが、関節置換術の場合がIRFがよく理解できるケースだ。

関節置換術は「両側」が原則だ。片側の関節置換術では入院できない。断つておくが、わが国でもそうした方がよいと主張しているのでなく、きちんと疾病別の入院基準が設けられて当然なのではなからうか。IRFでは、関節置換術

後は、絶対に両側でなければならぬのではない。片側でも85歳以上なら入院できる。わたしの場合は81歳だから、入院できない。ただし、わたしであつても50歳の人であつても、BMI50以上なら入院できる。個人として、とても納得できる基準である。超デブは、関節に負担がかかるからだ。

だから、IRFのトイレを見るのだが、そこには驚くほど大きい便座とそれを支える頑丈な台を設けたトイレがある。参考にされた方は、写真をお送りする。

回復期リハには重症度や看護必要度といった基準はあるが、ご承知のとおり一部の回りハ病棟では恣意的に算定？されている。わたしが直接、耳にした証言である。

「発症後」よりも 「急性期後」で算定日数制限

急性期の定義を出すことは、わたしの念願だった。昨年出された急性期の定義によると、「症状が比較的安定」するまでが急性期だ。回復期以降は急性期ではないのだから、リハビリの「算定日数制限」は「発症後」ではなく「急性期後」にならないのだろうか。そうなれば、回復期リハの重症度が「比較的安定した症状」になつていくと思うのは、甘い考えだろうか。

そもそも、高度急性期病院は特定機能病院なのである。高度急性期医療も提供するが、教育と

研究の役割もあるから「特定機能」と称されていたと思うのである。教育と研究があるから、どうしても入院日数が長くなるのだと思うが、それがリハビリの「算定日数制限」に及ぶのは、おかしいと思うのである。わたしは医師でもなければ看護師でもなければ、療法士でもない。しかし、職員の教育研修の仕事で現場の人たちの持つ制度への矛盾を感じられる声は、いっぱい聞いている。

それ以上に、わたしの持論である。わたしの持つ健康保険料は、払うだけの価値のある医療に使われるべきが、そう思わすのである。結構、高額なのが、賃金の安い人も健康保険料と提供する医療の矛盾を感じられている。

「おたくの病院に入院しておられる患者さんで、自分が毎月、給料から引かれている健康保険料でカバーしていると思う患者さんほどのくらいおられるの？」と訊くと、そこに病院差はあるが、全面的に肯定される病院はない。

特に医療保護の患者さんに対する辟易感、かなり顕著だ。もちろん、全員の話ではないし、健康保険より税金でカバーしているのだが、まさに辟易感が多い。

リハビリテーションも、先に述べたように回復期リハだけがリハビリではない。終末期のリハだって、場合によりあろう。職員が辟易しないリハビリが望まれる。

最近、なんの気なしに書籍棚を見ていたら、Dr.モーロイの福岡での講演会の記録本が目に入った。1994年6月とあるのが、心を動かす。丁度、20年前である。その20年間の医療の推移が、心にまぶしく想い出される。

Dr.モーロイといってもご存知ない方もいらっしゃるだろうが、わたしがカナダのマクマスター大学の老人病棟に行ったとき、当時としては衝撃的なブレゼンをした老年医だ。「LMD (レットミーン・デイサイド)」の発案者として知っておられる方もおられるだろう。終末期医療あるいは延命医療と延命治療について、国民

が自分で決定できる運動で、わたしも20年このかたムーブメントとして微力を尽してきた自負がある。

「福岡 LetMeDecide 研究会」主催の講演会の記録だが、写真を見ると満席である。当時としてはもの珍しさがあつたのだろうか、それとも研究会の人たちの努力があつたのだろうか、最近のわたしの市民講座よりはるかに多い。

LMDの国際的調査からしても、意識がなくなつてからの医療については、自分自身がその身であつたら積極的治療は望んでいない人が多し。同時に当研究所で同じ調査を日本人に実施したが、同じ傾向だつた。そこでは医療職を医師、看

護師、その他の医療従事者に分けて調査しているが、意識がないときの自分の医療の集中治療は、看護師はほとんど望んでおらず、次位が医師で、その他の医療従事者が%が高くなる。つまり、集中治療の現場で感じる矛盾は、その場におられる人ほど感じているのである。

なお、先に「延命医療」と「延命治療」と書いたのは、まったくわたしの個人の意見で、「延命は治療なのか医療なのか」という問題提起である。わたしは、延命は治療を目的とするものと、医療を目的とするものがあるという意見だ。キョアケアかと言ひ替えるこ

地球より重く命を重くする



とができると思う。治療とは治すこととするなら、延命には治療はそぐわないと思うのである。だつて、終末期は終末期治療とはいわなくて終末期医療と表現されるからだ。

話を現代に戻す。日本長期急性期病床 (LTAC) 研究会の第2回研究大会が9月27日~28日に熊本で開催される。テーマは「熊本から考える新たな地域医療連携のかたち」である。27日のイブニングセミナーに「高齢者の医療連携と事前指定書」のテーマで済生会熊本病院 副院長 中尾浩一先生と継続看護室の川上ゆり看護

師長が発題される。こんな時代になつたのだの「こんな」は否定的な意味ではなく、20年前からの地道な歩みで「高齢者」の医療に事前指定書が必要とすることが多くなつたという意味だ。わたしの行く三次救急病院の医師が言われる「どこまでやっていいの」と逡巡する救急医療の現場のジレンマだ。

20年前には、この論議にはなかなか深まりがなかった。「命は地球より重い」という、わたしに言わせればよく分からない論調があり、逆に命は軽んじられてきたと、わたしは思っていた。また、事前指定書の本人の意思によつては医療費が少なくなるという

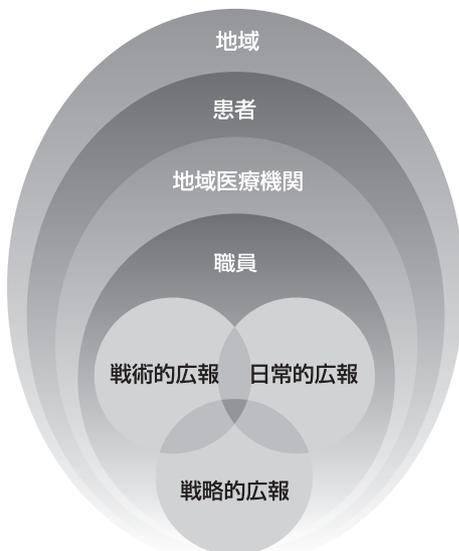
意見もあり、かなりの混乱がみられた。事前指定書が医療費節減を目的としたものなら、それは論議にならう。しかし、事前指定書によつて医療費が増えようが減るうが、それは結果なのである。医療費の節減論議なら、現存する「理由なき入院」を問題にするべきだ。5頁に描いた政治家や小保方さん、さらにはAKBの入院医療費だ。

ともあれ、わたしの感覚でも事前指定書に対する関心は増えている。しかしそれを書くのには悩みや逡巡は出てくる。その逡巡をフォローしていくプログラムが三次救急病院で増えているのも、この10年間の変化だ。つくづく、この20年の変化をおもった。 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
〒466-0059 名古屋市中区福江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388回 これからの福祉と医療を実践する会

四月の診療報酬改定で「地域包括ケア病棟入院料」が創設された。今日の医療介護のキーワードである「地域包括ケア」の謳い、鳴り物入りでの登場である。

その役割は、急性期後の患者を受け入れて在宅ケアに戻し、在宅患者に急性期症状を来した場合入院治療を引き受け、在宅復帰させることだという。入院料は1が二五五八点、2が二〇五八点で、いずれも60日まで、となっている。他に急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者については初期加算(一五〇点、14日まで)もつく。

では「寝たきり患者を受け入れて良いものか」という疑問の声がたまたま聞こえてきた。要件が合えば、寝たきりを排除するものではないであろうが、亜急性期の後釜として設定された経緯を考えると、寝たきり患者の受け入れを前提とはしていないことは明らかである。それよりもこの新設点数には、在宅復帰率7割以上、など8つの要件がつけられていることに注目したい。医療療養病床にも在宅復帰率5割の縛りがついており、「入院から在宅へ」の方針が貫かれている。

この秋から、病床機能報告制度もスタートする。さて、あなたの

病院はどのような病床を選ぶつもりであろうか。現実だけでなく、地域ビジョンや将来も見据えて、ここで賢明な選択をしたもの。確信の道を選ばねば、衰えは必至とみておきたい。(盛宮喜)

日時 八月二十二日(金) 午後二時~四時半
病床選択を考える……
地域ビジョンや将来を見据えて
公益社団法人日本医療経営コンサルタント協会『月刊JAHMC』

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: 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

▼今年も、半分が過ぎようとしている。去年の6月号でも同じことを書いた記憶がある。やはり、半分というのは区切りなんだろう。だが、半年でなにができたかか自問するとき、忸怩たるものがある。

▼ああ、やりきったと思うのは、生涯ないであろう。また、ある筈がないと思うのは、根が欲張りだからだ。おそらく、死ぬときも、いい人生だったと思えないで、生に執着して死ぬんだろうなあ。

▼経営も、やりきったとなると進歩がないし、組織は死んでほめだ。より上を目指して歩まねばならない。そこに事業の継承の意味がある。継承できなくなったら、それこそ死だ。ウチは組織でなくよかった。ただし、社会医療研究所の名称は引き継ぐ人はいらる。

▼サッカーのザッケローニ監督個人のことではなく、なんでサッカーの監督つて4億円も年棒を取るんだ(やるんだ)。ニッサンのゴーンCEOの十億円弱の報酬はよくわかるけど、サッカーなんて成績、つまり業績給にしたらよいのにと思った。

▼そんなことを思うとき、公立病院の院長の給料に思いが走る。業績の良い病院も悪い病院も、一緒にくた。それがお役所なんだろうが、もういい加減にしたらどうだと公私格差のある病院経営に腹が立つ。腹立ち報酬つて、ないの。

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ことが出来ます。

在宅酸素療法



Back to Home!
HOME OXYGEN THERAPY
KOT

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