

社会医療ニュース

紹介状を持たないで大病院受診は 国民自身が自分の首を絞めること

所長 岡田 玲一郎

紹介状を持たないで大病院を受診すると、新たに定額負担金を患者が支払うことの法定化が来年の通常国会で提出されることが報じられている。わたし個人というより、医療制度の適正を求める医療者にとって、いいことだ。

しかし、社会ではいろんな主張があり、紹介状を持たない患者が大病院を受診することを妨げる悪法で絶対反対だと主張される医療者もおられる。理由は、疾病の早期発見や早期治療が抑制されるからだと言張される。そうだろうか。

病院は単なるサービス業ではない

これは、わたしの主張だ。患者の思うがままの医療を提供するサービス業ではない。8月だけで2例のケースを聞いたので、病院の人たちではなく一部におられる本紙の一般国民読者に次の事例についてどう思われるか尋ねてみたい。

患者が家族に連れられて「入院

させてくれ」と病院に來られた。診察の結果、入院医療が必要ない症状ではないので入院は必要ないことを説明しても、頑として「入院させる」と強要する。

病院、それも適正な入院で医療費の無駄を避ける病院は、患者さんご家族に「入院してまでの医療は必要がないので、入院しないでかかりつけ医や近所の診療所で外来治療をなさってください。かかりつけ医をお持ちでなければ紹介します」と、本当に懇切丁寧に説明された。しかし、患者さんやご家族は納得がいかないと怒って、なんと病院を出た敷地内で救急車を呼んだのだ。

困るのは救急隊員だ。その中の一例は「大学病院に行ってくれ」とM大学病院に搬送することを要請した。救急隊も、ある意味、弱い立場にあるから仕方がないのでM大学病院に搬送した。

M大学病院の救急室の師長が対

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

とさまに支払ってもらっているからだ。後期高齢者の方で一割負担の方が新聞の投書欄に同じ主旨の投書をなさっていたことも、数回見た。わたしの感触では、国民の2割ぐらいの人が医療に対する認識が正しい(わたしの認識では)ようだ。

先の2例の場合は、救急車出動の費用のことなんか、考えておられないのだと思う。ましてや、自分が消費する医療保険料のことは、思いが及んでいないのだ。

冒頭に記した紹介状を持たないで大病院を受診するのは、わたしはいけないことだという意見だ。地域包括ケアは、病床だけの話ではなく、適正な医療供給を確立させるためのシステムだ。患者の早期発見や早期治療が阻害されるという医師や団体は、そう思われているのだから、わたしは責めはしない。ただ、その主張にゴジツケがあるように感じてならない。

医療供給側も、適正でない医療費を増やさないようにして、それを適正な医療を提供している医療機関に還元したらよいのではなからうか。生活保護の患者さんに泣かされている看護師のグチはよく聞く。不適正な入院、つまり入院医療を必要としないのに入院しており、退院しないことへの悩みだ。

病院の職員研修のとき「皆様は月に3000円以上の健康保険料を給料から引かれているでしょう。その3000円を支払うのに納得

できない患者さんがおられるでしょう」と言うのと、病院によって濃淡はあるが全員が首肯しない病院はない。一方で、健康保険料を取られているんだから、病院にかならないければ損だ、とまで言う国民もおられる。一部負担金を払っても、そう思う国民の経済認識はわたしには理解不可能だ。

超高齢化社会で、医療費は当然のことながら増えていく。救急車による搬送も問題になっている。救急車の出動経費の観点ではなく、出動が適正か否かであつて、いわゆる「東京方式」が出たのは必然だと思っている。

それについても、医療に対する国民教育を充実させる必要性を感じるのである。国庫財政の問題ではなく、国民一人ひとりの医療費の負担が増えたら、国民は不幸だ。そんなこともあり、地域医療支援病院を始めとして、地域住民の教育に取り組む活動をなさっている。DPCの地域教育の係数があればうんと高くなったって、国民は損にはならない。多くの場合、地域住民教育は会費を取っているわけではなく、お茶などを提供している病院もある。無駄と不適正とどっちがうのかは分からないが、とにかく適正な医療とは適正な受診にありと確信している。

ひとりの国民として、後期高齢者として、消費税を上げるんなら国民の認識を適正にしてほしい。

組織医療としての病院

(323)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

— 少子・高齢化社会 —

「むかしむかし、あるところに、おじいさんとおばあさんが住んでいました。いまは、どこでも、おじいさんとおばあさんが住んでいます」楡周平の小説「ミッシン建国」に出てくる一節である。

平均寿命は、女性86歳、男性80歳。体感的に入院患者や手術患者をみても、高齢者が増えているのは間違いない。100歳以上の高齢者が、2030年には25万人、2055年には60万人となり鳥取県の人口より多くなるという予想もある。

国は、地域包括ケアシステムの策定に躍起となっている。少子・高齢化と多死社会による医療を含む社会保障費の増大と税収不足に対して、いかにコストを下げて対応するか策である。少子高齢化社会はすでに現実問題となっている。それに付随する様々な問題と、とるべき対応について考えてみた。

◆2025年問題

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年から、4人に1人が75歳以上という超高齢社会が到来する。これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側に回るため、医療、

介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れる。就労人口と非就労人口の比を喻え、昔は多くの人で一人の老人を支える「胴上げ型社会」、今は三人で一人の老人を支える「騎馬戦型社会」、そして将来は一人が一人の老人の支える「肩車型社会」というのは、言い得て妙なる表現である。

◆高騰する医療費

景気にかかわらず医療費は年間約1兆円のペースで増え続け、今や40兆円になろうとしている。医療の高度化もさることながら、高齢者の増加が大きな要因である。高齢者は有病率が高く75歳以上の後期高齢者で医療費の約30%を使っている。一定以上の収入のある高齢者の負担金を増やそうという、すぐに「年寄りに死ねというのか」というニュースキャスターがいるが、高収入高齢者の負担増は極めてまっとうな意見であると思っている。

◆少子・高齢化・多死社会

団塊の世代の死亡が増える予想される2040年には年間死亡者数は今より40万人増え、170万と予想されている。出生率が今のまま推移すると、その

頃の出生者数は約70万人。100万人の大都市が毎年消滅すると思えば話は深刻である。日本創世会議が、その頃には全国の896市区町村が消滅の危機に直面すると発表した。増田寛也座長の名をとって「増田ショック」と呼ばれている。

◆「死に場所」不足だが施設は増やせない事情

多死社会を迎えると約50万人の看取り難民が発生するといわれている。2012年に亡くなった高齢者の死亡場所としては、病院・診療所が約8割と大半を占めている。厚生労働省は、増加する看取りの受け皿として、医療機関の病床増ではなく、在宅や介護施設等の機能を強化して、看取りを増やすことで対応していく方針を明確にしている。高齢者数がピークとなるのは2040年。その後、高齢者数は減少に転じ、地方人口はますます減少するため、施設の維持は困難となるからである。

◆在宅ケアにかかるコスト

施設を増やすことは、将来を考えると維持が困難である。そのため、インフラ整備がいらないう在宅ケアへのシフトを図ろうとするのが地域包括ケアシステムの「肝」である。在宅ケアで医療保険や介護保険で給付される費用は、施設ケアよりも割安といわれているが、この中には、家族による介護費用は含まれていない。家族

はただ働きとみなされている。家族の働き分を上乗せすると、施設に比べ在宅が割安とはいえない。

◆介護者の不足

3Kの代表的な仕事で、おまけに賃金も低く抑えられている介護職の希望者は少ない。「介護職への道は勧めない」と、広言する高校の進路指導の先生もいる。介護報酬によって決まってくる介護施設の収入はいわば公定価格である。それによって賃金がきまるため、容易に賃金をあげることができないのが実情である。

団塊の世代が後期高齢者になる2025年からは、介護の需要は急増し、今の1.5倍の人員が必要とされるといわれており、このままでは、需給バランスのギャップはますます乖離する。

◆増田ショックへの対応

「雇用の安定なくして少子化の解決なし」

少子化に歯止めをかけ、就労人口を増やすしかないが、そう簡単な話ではない。地方からの若者の流出を阻止しなければならぬ。特に、母親になることのできる若年女性の流出は地方の過疎化に拍車をかけることになる。若年女性の雇用と定住が重要課題である。雇用があつて初めて賃金が発生し、納税者が生まれる。大都市は、生活費が高く子育て支援も期待できない。その点、地方都市の生活費は安い。生まれ故郷なら親

や親戚による子育て支援も期待できる。企業誘致をしても、製造業は省エネ省力化がすすみ、大工場といえども雇用はさほど進まない。またインフラ整備が不十分でロジスティクスに難点のある地方への進出には「二の足を踏む。雇用対策は地方によって異なるであろうが、これといった産業のない地方でも、高齢化社会によって、医療と介護の需要は増大する。推定では医療費は今の1.6倍になり、介護職員は1.5倍以上必要とされる。

介護職の低賃金は、生活費の低減で相対的に上げることができ。過疎地域で空き家になった住宅を改装し、若い世代に安く賃貸するのもひとつの方法である。子育て支援マンションあるいは子育て支援地域をつくり、共有部分に保育所と託児所をつくる。預かり時間を長くするために、昼は高齢者の保母、夜間は若い保育士が担当する。

若年女性の定着化を図り、医療介護が雇用として若年女性に受け入れられるように、魅力ある環境にすることが重要である。

以上、少子高齢化の問題点を列挙した。少子高齢化問題は、社会保障政策のみならず、若者の雇用と定住化政策ともリンクして取り組むべき問題で、これといった決め手がないという厳しい現実医療従事者の一員として多少戸惑っている。

民間企業等で目標管理制度が注目されるようになったのは、昭和40年代のことであった。半世紀が経過したことになる。この間、人事管理制度は「年功主義」から「能力主義」「成果主義」と人事基準をシフトすることになり、評価制度と連動する目標管理制度を導入・運用している企業は多い。

社会福祉法人・事業体においては平成12年の社会福祉基礎構造改革以降、目標管理の考え方を徹底する動きが高まっている。制度の適切な構築と運用が期待されるところである。

組織目標と個人目標の統合をめざす

目標管理制度は、経営組織の全体目標と部門やチームの目標、さらには個人目標とを「目標の連鎖システム」として体系づけ、それぞれのレベルに応じて具体的目標を設定し、しかも、合意形成を得ながら業務（サービス実践）を行う仕組みであり、人事管理制度としては「育成・活用システム」に位置づけられるものである。職員のモチベーションを高め、人事考課と一体的に運用することで「評価システム」の公平性を担保することが可能になる。

職員一人ひとりのレベルで考えると、業務（サービスの遂行（実践）や能力開発について「努力の焦点」を明確にし、また、職員の「自

主性」や「創造性」を尊重しながら、その「努力を生産的に」するための仕組みである。

参加と目標による自己統制のマネジメント

目標管理は、「参加と目標による自己統制のマネジメント」を実現する仕組みである。伝統的なマネジメントでは業務について何を、どのように行うかはもっぱら上司が考えるべきものであり、上司は指揮命令を通じてこれを職員に徹底するものであると考えられてき

あれば、自らすすんで「自己統制のマネジメント」を行うことにもなる。

目標管理は、PDCAの管理サイクルのすべての段階に職員参加を促進し、自己管理能力を高めることになる。

日常のルーティン業務（サービス実践）は、業務標準に基づくSDCA（スタンダード・ドゥ・チェック・アクション）の管理サイクルを徹底し、さらにPDCAの管理サイクルを推進することで改善が促進されることになる。2つの管理サイクルを徹底することで職員は、達成感・実践能

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑨

人材育成・活用の仕組みと目標管理制度

（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

力を高めることが可能になる。

達成可能な到達ゴールを鮮明に描く

設定する目標にはいくつかのパターンがあるが、基本的には次のようなポイントを押さえておくことが大切である。

- ・ 目標は、目標項目、目標水準、目標期限の3つの条件を具体化しなければならぬ。とくに、目標水準はできるだけ定量化し、できないものは定性化（到達ゴールを鮮明に描く）する必要がある。
- ・ 目標は、部分的なものに絞る

込む。業務と目標とは同一ではない。業務は、行うべき仕事のすべてを指すものであるが、目標はその業務をさらによく遂行するために、何に重点をおいて、どの程度の水準まで実現するかを明確にするものである（したがって、目標水準と目標期限とは相関関係にある）。

- ・ 目標は、努力すれば到達できる水準で、能力よりやや高め

に設定する。チャレンジングであると同時に、成功体験が可能であることが望まれる。

- ・ 目標は「業務目標」と「能力

レベルにふさわしい項目や水準でなければならぬ。したがって、目標設定にあたっては、「目標面接」（職員との個別の話し合い）を行い、必要な調整と修正を行ったうえで最終決定することになる。

この場合、上司は、組織の目標や方針とともに本人の立場や能力を十分勘案したうえで、適切な目標であるかどうかを吟味する必要がある。職員参加だからといって、職員の意向をそのまま追認したのでは、組織目標と個人目標の統合（目標の連鎖システム）を実現することはできない。

上司が期待する目標と、職員の設定した目標が異なる場合は、お互いの考え方を理解し、合意が得られるまでじっくり話し合うことが大切である。

目標が設定されれば、その達成のプロセスは原則として本人の裁量に委ねられ、自己管理によって実行されることになる。上司は支持的・援助的な姿勢で日常的に適宜適切な支援とフォローアップを行わなければならない。

中間段階で、進捗状況を確認し「中間面接」を行う。また、期末には、目標達成度とそのプロセスを確認するための「年度末（期末）面接」を行い、目標達成度の評価とフィードバックを行うことになる。

四苦八苦

地域連携が自己完結連携か

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」
在宅復帰率がひとつの課題になった。課題とは、わたしは「やるべきこと」と訳している。私見だが、いい加減な病院は7対1看護から撤退してくれということだ。キーワードは地域連携だ。

回リハ病棟も、いい加減な「1」は、ダメよということではなからうか。いわゆるケアミックスの病院も、以前のようにはいかなくなつた。7対1も回復期リハの、病院（棟）も変革を迫られているのである。老健施設も、終の住処とはいなくなつた。いや、それはそれでいくとしても、紹介患者はどうしても少なくなる。わたしは、徹底的に特養型でいくのも「手」であろうとは思っている。

つまり、病院も施設も変革という課題を遂行していくしかないのだ。まさに四苦八苦だろうと思うが、まだ「なんとかなる」と思われている病院、施設がある。

そこで地域連携をとらない方針でいくなら、同一法人あるいは関連法人で自己完結型連携も考えられる。いづれなるであろう高度急性期病院でも、自己完結型連携を目指されるところがある。

わが国ではアメリカのHIDHのような自己完結型連携に強い制限は

掛からないだろうから、かなり可能性は高いと思う。

しかし、高度急性期病院を指しておられる病院で、地域連携を貫く姿勢の病院もある。わたしは、医療・福祉連携システムとしては地域連携型を支持する。高度急性期の患者さんは、死ぬ人以外はいずれかの機能の病院や施設に移るしかないからだ。高度急性期であつても死ぬ以外に治る患者さんもおられるが、高齢者となるとそうもいかないと思うのだ。

どの病院であつても、機能明確化が迫られている。7対1看護が機能として必要なか、看護料が高いから撤退しないのか、鋭く問われてくると、病院の現場で働いているイエスマン以外の人は言われる。過去に経験したことがないのは、災害ばかりではなく医療、福祉の業界にもやってきたのだ。

こんなときに、よく出てくるのがイチヤモンである。昔は「厚生省はケシカラン」だったが、このところは「厚労省の病院潰しの陰謀」だといチャモンされている。陰謀でもなんでもない、国民のため、健康保険料の納付者のためとわたしは思うのだが、通用しない。

別の頁で、病院は単なるサービ

ス業ではないと、気分としては強烈に書いたが、顧客の要求をなんでも受けるサービス業では、絶対にならない。どんなに高い要求があろうとも、不必要な医療は売らないサービス業だ。

その意味でも、真の地域連携が重要になってくる。病院も福祉施設も利益は絶対に不可欠だが、その利益の出し方が問われているのだ。これは、わたしの40数年にわたる主張である。いや、それが病院業のルールだと信じる。

人間は、保守的だとつくづく思う。それも、子どものころはあまりないが、長ずるにつれて、いままでもどおりを求めてくる。わたしの場合、JRの電車に乗るときは、いつも同じ席を目指す。指定席でもないのに、そこに座っている人がいると、妙にムカつく。いままでもどおりを、どこかで欲求しているのである。しかし、現状の課題は変革である。いままでもどおりの病院機能ではなく、時代に合致する機能が社会から求められているのである。

7対1看護も、回復期リハ1も粘りに粘つていままでもどおりにしたと思われているようだ。なんで7対1看護病床が大きく減らないのかをみれば、保守がよく分かる。昔は否定していたが、いまや「医は仁術」の時代で「医は算術」の時代ではない。どうか、課題を達成されたいと願い。

岡田

識者から学ぶ 金言、金句

— 父らしい最期だった 言葉 —
ご長男さん

今月号は、無名のお方の言だ。無名なれども、わたしは子にこういわれる最期を迎えたい。

広島市北部を襲った大規模土砂災害で父親を失ったご長男の方の金言だ。

Sさんという人だが、お父さん（83）が近所の高齢者宅の浸水を防ごうとして自宅を出たまま帰らぬ人になってしまった。一人暮らしの高齢女性が「家に雨水が入ってくる。助けてほしい」と訪ねてこられた。83歳のSさんと書くだけで、尊敬が湧き出してくる。自らも高齢なのに「私が何とかしなければ」と作業着に着替えて、自宅を出たままお戻りにならなかったのだ。

ご長男の「人助けが生きがいだった父らしい最期だった」の言葉の中の「生きがい」は、ほんものだと胸に迫ってくる。

あの大雨、激しい雨水の流れ、その中で「私が何とかしなければ」の覚悟は尊敬の文字さえ、適切とはいえない感じが、わたしはする。ボランティアで資源ゴミの回収をしたり、地域のために汗をかかれたお方だ。以上、日経新聞の報道を主に状況を書いた。

こういう記事を見ると、己に問う。子が「お父さんらしい最期だった」と言ってくれるだろうか。お

そらく、わたしだったら大災害に身を縮め他の救出の手段を模索したのではなからうか、と恥じる。そのときにならないと分からないは、逃げ口上だ。日常から、その覚悟があるかどうかだ。

身の危険と同じように、精神の危険も避けたいものだ。精神の危険は身の危険より耐えられるのは、そこに死が迫っているからではないように感じる。いわゆるバッシングは、わたしは受け続けてきた。正しいものは正しくないのであつて、それを言つてバッシングされるのは、そんなに苦にしない。いわば、精神的マゾかもしれない。

そんな生活を貫いて死んだとき、「お父さんらしい最期だった」、いや一生だったと言ってくれるだろうか。言ってもらえるように生きていかなければ、無いものねだりになってしまう。

定年退職したとき「素晴らしいう上司だった」と言ってもらえるのも、同じことだ。送別会の会場の陰で、「や」と辞めてくれて伸び伸びする」なんて職員に言われる上司になつてはなるまい。

そのためには、組織のマネジメントとアドミニストレーションの管理を実践することだ。厳しい人だけど、やさしい面もあった、と部下が述懐してくれる上司である。個人事業主としては、世間に「らしい最期」と言われたい。

岡田

この一ヶ月の
喜怒哀楽

◎災害は忘れなくてもやってくる

最近感じることは、災害は忘れる暇もなくやってくるのだ。わたしの勝手な考えだが、人間が自然を壊し続けているからだ。いま北九州にいるが、研修医がこの地に来て最初に感じたことは「空気がまずい」だという。昔は八幡製鉄所の煙のためだったが、いまはたぶん中国のPM2.5だろう。

病院の経済状況も忘れる暇もないくらいに変化している。いまは通用している経営手法にこだわっていると、行き詰ってしまふ。いまの経営手法は忘れたほうが良いということに通じる。

北九州の空気がまずいと感じないわたしは、慣れてしまっているんだらうか。9月の上旬は3日間ほど高知県の梶原町に行ってくるが、そこで空気をおいしいと感じたら、わたしは確実に汚染慣れしてるのだ。きれいな空、きれいな星を見たい一心なので、天候が気にかかる。わたしにそう思わせるのは、人間が自然を壊していると思っているからだ。

自然災害といわれているが、

多くの災害は人間がつくったものだ。文明とかなんとかいっていても、災害も文明のもたらしたものだ。

◎戦争を知らないコドモたち?!

NHKのあさイチという番組を見て、びっくりした。イノッチに有働アナが「今日は防災の催し nationwideで行われているが、なぜ9月1日が防災の日になったか」という意味の質問をしていた。

残念でもないのだが、イノッチは関東大震災の日だということは知らなかった。そういう時代になったのだ。8月15日、同じNHKのテレビで街頭の若者(20歳代)に今日はなんの日か尋ねていた。結果が報じられていたが、20歳代の人の約50%は、終戦の日だということを知らない。その中の一人の「えっ、アメリカと戦争したんですか?」の一言が、胸に突き刺さった。そういう時代なのだ。

わたしは、反戦派だ。戦時下の教育、例えば竹やりでわら人形を刺すことを毎日やっていた。洗脳という言葉は、ぴったりわたしに当てはまっている。毎年、8月になると、それを想う。だから、戦争はしちゃいけないよと思うが、どうも人間は戦争を好むようだ。いや、憎しみの増幅が中東やウクライナで起きているのだらう。

戦争を知らないコドモたちがいなくなる教育が欲しい。先述のよう

に、人間は自然を壊すだけではなく、人間をも壊そうとしているように感じる。病院経営のレベルを超えた因果なのか?!

◎急性期病床から、老人が消えた

入院日数90日超の患者さんの特例があることを知らなかった3年前までは、わたしは急性期病院なのになんで急性期とは思えない主として年寄りの患者がいるんだらうと、不思議に思っていた。

それが、最近はどうどん減っているのがある。いまいる病院も、顕著にそれがみえる。やはり、9月上旬ともなると、そうなるんだらう。ちゃんと行き先があることが、病院経営の緩みがあったことを感じさせる。

老人でなくても、障害者の入院患者も然るべき施設に移られたようだ。回りハも行き先のひとつのようだ。回復しないリハビリはそれなりの基準ができるのだらう。誤解のないようにしておくが、回復すると信じてしっかりリハビリを実施することだ。それはいいのだけれど、結果として回復しなかったら、回復期リハといえるのかどうか。どうなんでしょうね。

回復しないどころか、じわじわと悪化していく患者へのリハビリは必要だ。緩和ケア病棟のリハビリも、わたしはリハビリだと思ふ。90日を超えて入院なさっていた患者さんも、どこに行こうか、あるいは退院条件が整わないで入院を継続され

ていようが、リハビリが必要である患者さんが多いと思う。点数になるからリハビリを実施するのではなく、点数になるうがなるまいが必要なりハビリは実施すべきだということをお願いしたい。

◎男が好きな女のタイプ

この小見出し、男性全員のことではない。例えば、小保方晴子さんに好感をもっていた男性は多かった。過去形にしたのは、現在はどうなっているか確認していないからだ。実はないのだらうが「STAP細胞はあります」と言ったときの自信に満ちた容顔は、わたしの周囲の男性の好感を呼んだ。

女房は、わたしは小保方さんは好きだと言っても、いい反応は示さない。他の多くの女性も男性より好感度の点で劣っていた。いわゆる男好きのする顔なのかもしれない。顔の話ではなく壇蜜さんは、わたしはひかれるものがある。ボディではなくソールにだ。

9月2日の夕刊フジで、スプレーやミストによる香りよりも、アロマキャンドルの嗅覚にゆつくりとやってくる感覚が落ち着きを与えてくれると書かれていた。スプレーやミストは、わたしは香料だよと押しつけている感覚がある。香りも、壇蜜ちゃん派だ。セミヌード姿は、全然、そそらない。文章にそそられるのだ。

その線でいくと、いま人気急上昇

中なのは、NHKの橋本奈穂子アナウンサーだ。この人もポツチャリ型で、髪型も小保方調だ。関東地方の人は首都圏ニュースなどで見たことがあると思う。ほんわかとした魅力のあるアナウンサーで、目をつけていたらブレイクした。この人も、女性あまり好かないかもしれない。

◎職員が辞める理由

良い病院の職員の離職率は、悪い病院より低い。当たり前の話だ。辞めるとき理由は、ほとんど建前だ。あまり本音を言わないものだと、心ある上司は識っておられる。コミュニケーションは以前は離職理由のトップだったが、いまはちがう。なんてったって良質の医療を提供する良い病院が離職率は低い。悪質というと言い過ぎだが質の低い医療を提供していたら、職員は辞めていく。満足感がないのだ。

賃金で満足感を与えようとしても良質の医療が現場にないと、満足感を得られない。ESは細胞だけではないのだ。

岡田

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信

医療の沸騰点



— 医療は沸騰点に達している
ゆで蛙にならないためには…… —

岡田 玲一郎

本ページの「医療の沸騰点」の意味は、医療は「原点」の時代を過ぎ、いまや沸々と沸騰しているとみているからだ。その間、居心地の良いぬるま湯に浸っていた蛙のような病院は、沸騰した熱湯でゆで蛙になってしまった。諺を作られた人は、偉い人だと思う。

高度急性期とはどんな急性期？

高度急性期病院なるものの意味を理解できないでいる。頭が悪いやつだといわれても、ダメ、理解不可能だ。「急性期」は定義が出されて、よく分かる。それより高度な急性期というと、一般急性期病院では不可能な病気の治療をする病院だろう。つまり、一般急性期病院で高度というか難易度の高い病気の治療をする病院が、高度急性期病院なのだと思う。

なにも、大学病院に特定するのではないというのが、わたしの独断だ。けして、偏見ではない。もちろん、大学病院でも高度な急性期の患者さんを治療されている病院もある。しかし、研究と教育という2分野は、絶対に高度急性期で

はなく、研究、教育という機能なのである。だから、特定機能病院といわれていたのは、頭が悪い（と自虐する）わたしにも、よく理解できるものだった。ただし、研究や教育により入院日数が長くなる患者は、高度急性期とはいえない患者さんなのではなからうか。

だから、一般急性期病院で研究や教育のための入院ではない高度な医療を提供している一般急性期病院が高度急性期病院になると、これも独断しておく。一般急性期病院で高度急性期病院になれる病院は、思い浮かべるだけでいくつもある。診療科によって、例えば脳外科で高度急性期医療を提供されている病院、SCUを設けられている病院は、その一例だ。

眼科はさすがに高度急性期は極めて少ないと思うが、ゼロではあるまい。そう、亡くなった龍虎さんや米倉斉加年さんを死なさないで社会に復帰できる前の状態に戻して、一般急性期病院や地域包括ケア病棟や回りハ病棟に転院させてあげる病院が、高度急性期病院だ。大変なことだけれども。

在宅復帰機能の充実

なんでもかんでも「在宅」というのは、わたしはいいとは思っていない。ましてや、医療費削減のための在宅誘導は間違っているという、強い意見を持つている。結果的に効率的医療が実現するのならいいが、医療費削減を目的化されたら、国民が不幸になる。医療機関の不幸より、わたしは国民の不幸に軸足を置いている。

しかし、在宅といつても自宅や自室に病院から帰ることは、容易ではない。家族関係にしても崩壊している患者さんもおられる。病院に入院したら自室を孫に取られちゃったという話は、いまや常識みたいになっている。入院中に借室契約が切れてしまった患者さんの話も、たまに聞くことがある。

介護療養床（病床とは書けない）が残ったのは、当然の話でもある。退院してもいいですよといわれても、行く先のない患者さんがおられるのだ。いわゆるナーシング・ホームを拡充しないで、病院病床がその代行をしてきたことが、この結果をもたらしたと独断する。

その介護療養（病）床から老健施設に転換なさったのに、転換型老健施設は在宅復帰機能があるとはみなされないという不条理はある。介護療養から転換した老健施設には、在宅復帰支援の条

文がないからだ。きわめて日本のお役所的理由からだ。条文がなければ作れないのは、お役所には通用しない法治国家なのだ。まあ、いずれ改定されると思うが、それほどどの国だと思つと、情けなくなるが他の国に国籍を移す気はない。

訪問看護も、気の毒だ。採算に合わないから訪問看護が展開しないという。同一家屋への訪問診療のように、もつと訪問、紹介を拡充していくことを提言する。在宅、在宅というならば、在宅（いろんなパターンがあるが）で生きていき、死んでいくことができる制度を設けなければなるまい。それには儲けも不可欠で、赤字を出してまでの在宅ケアは限界がある。

重症度や看護必要度の客観性

7対1看護のいわゆる重症患者のおられる病院の重症度、特に看護必要度の算定（測定ではない）には、現場の看護師が良心を痛めておられる。重症患者は、日本に30万人もおられるのだろうか。重症患者がおられるから7対1看護なのではなく、7対1看護の看護料が高いから7対1看護が実態を無視して増えたのだと断言できる。看護必要度を測るのではなく、基準に合うように（いわゆるA項目）を算出するから、増えたのだ。算術という術だ。

いる病院はある。「整形外科病棟はギリギリ」と仰る病院だ。また、「ウチは整形主体だから、7対1看護はやめる、取らない」と仰る病院だ。こういう病院ばかりなら、済んだことだがリハビリの前後に測る血圧測定を算入する病院は出なかつただろう。疾病で必要とされる血圧測定と、リハビリの前後に測る血圧測定は意味が違うと、医師ではないわたしは思う。

昨夜も回りハ病棟のある看護師長さんと話をしていた。彼女は、いわゆる本院の一般急性期病院におられたのだが「7対1看護は病棟単位にしないとオカシイですよ」と言われた。理由は、整形外科病棟の重症度、看護必要度はA項目をクリアしないからだ。どうしても高めに算定してしまうと言われる。これが現場の正しい声だろう。もちろん、関節置換術が大部分の病院は別の話だ。捻挫や軽症の整形外科の患者さんが多いと、看護師が苦勞される。看護必要度を苦勞して算定するのではなく、淡々と測定すればいいと、わたしは思う。しかし「病棟単位にしないとオカシイ」という意見は、新鮮だった。捨てたものではない。これから3日間、病院の新人研修だ。そこでも新しい風を感じるのだらう。今年4月入職の新人が9月2日の今日まで、一人も退職してない病院なので、辞めなくなる不純な医療がないのだらう。

イオンなどSCを展開している会社だが、保育所や学童保育を拡充させることが日経新聞の一面トップで報じられていた。即、思ったことは、当たり前前である。

当たり前前というのは、病院ではとっくの昔から実施していたことだからだ。しかし、当たり前前のことほど実行、実現するのは難しいといわれているように、病院でもずいぶん躊躇された病院を経験する。わたしは40歳代のころ、認可保育園の施設長をやらされていたので、女性の社会進出を当時から感じていた。施設長をやらされていたとイジけた書き方をしたのは、常勤ではとても

できない経済状況にあったからだ。

社会福祉法人の施設長の資格は有していたから、無理矢理に頼まれたのだ。いい経験だった。

そのころとは比較にならないほど、女性の社会進出は進んでいる。わたしにはよく分からないのは、女性の管理職を増やせと政府が言い出したことだ。女性職員の多い病院では、事務職も看護職も女性管理者はいっぱいいる。全管理職の半分ではきかないほど、女性管理職はおられる。副院長で医師以外の女性もどんどん出現している。

副院長というと上級管理職であり経営管理者でもある。一般産業でも女性の社長はおられるし、

上級管理職もおられる。でも、その割合が低いので安倍総理も女性管理者の割合を増やすと仰っているのだらう。だったら、病院を見習え、病院を本手にしろと言われるたらいのに、そんな話は聞いたことがない。

で、病院にとって大変なことはイオンなどの大会社が育児支援に乗り出すことだ。具体的に述べれば、常勤にしろパートにしろ介護職の求人難が現状より更に激しくなることだ。単なる年寄りの思い込みだと思われるもよいが、わたしは病院の育児支援、学童保育は質を高めていかないと、イオンなど

当たり前前



に介護の人材を取られてしまうと危惧している。危惧しているから、関係する病院の育児支援の質を学童保育と共に向上させるよう提言させて頂いている。

アメリカの病院の育児支援を何年も見ているから、日本の病院の育児支援はもっと質を高めないといけないと思う。介護職は、絶対に流通業の職員と重なっていると思う。いまでもあると思うが、看護師がスーパールのレジ係をやる方が病院より楽だといわれるケースは、しばしば聞いた。

超高齢化社会は介護職をより多く必要とする。当たり前前のこ

とからの発想である。年寄りの思い込みでは、決してない。外国人の介護職はどんどん増えている。当研究所の近くに鳥取の廣江研さんが展開されている東京都内の保育園のひとつがあるが、その園長さんのDさんも「外国人は当たり前前の時代です」と仰っていた。

世の中は、変わるのが当たり前なのに、人間は保守的という業をもっている。わたし自身も、電車に乗るとき、保守的に人間の業だなあと痛感する。同じ車輛、同じ座席に座りたがる。いつも座る場所に人が座っていると、なんだかイライラする。そんなの平気といわ

れる人は、人間の業が薄いのでは、とさえ思っている。だから、革新とか改革は口には出すけれど、

実現は難しいのだ。言うは易し、行ふは難し、である。

その業を打破して、常に新しい育児支援サービスを実現させる病院が、少なくとも介護職の確保には有利だという。当たり前前のことを強調したい。電車はともかく、わたしは保育所の施設長をしていたときは、業を打破した誇りがあった。休日保育を、30数年前から実現していた。休日に保育に欠ける児童がいたら、休日保育は当たり前前で、夜間に保育に欠ける児童がいたら、夜間保育は当たり前前。なのだ、これはとても保守的に思うのである。

岡田

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

49

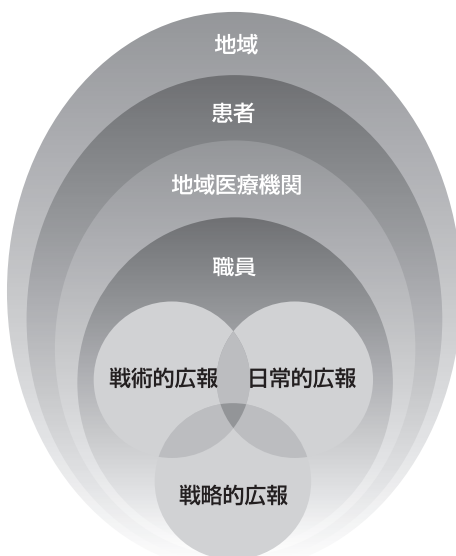
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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。



第390回 これからの福祉と医療を実践する会

4月の診療報酬改定で7対1入院基本料の算定要件が厳しくなり、急性期病床の絞り込みの意図が明らかになった。それなら「リハビリでもやるか、強化するか」。この「リハビリでも……」は考えものだ。第一に、リハビリ強化にはスタッフを確保しなければならないし設備増強の必要もある。病床活用という単純な話では済まない。

リハビリ整備が急性期病床整理の次の課題である、との認識は間違ではない。急性期病棟でADL加算を得るには、リハビリ要員配置が義務づけられたし、新設の地域包括ケア病棟では、必要な患者には一日2単位以上のリハビリ実施が要件として加えられた。外来のリハビリを促進するために、疾患別リハビリの初期加算、早期加算も新設された。

これらステージのリハビリ体制が整い、リハビリ患者の流れが形づくられるまでは多少の時間を要するであろう。その間にあって、自院のリハビリの位置づけをどう定めるか、これは当面の大きな課題となる。

要は患者のADL回復、日常生活への復帰にどう貢献するかということ。治療・リハビリに手を尽くしたが、寝たきりになった、寝たきりを回復できなかった、では話にならない。大目標は「寝たき

り患者のいない社会」づくりである。これから始まると思される医療機関こそ、在宅復帰競争は、リハビリが決め手になることを肝に銘じたい。
(盛宮喜)

日時 十月二十四日(金)
午後二時～四時半

臥位は害……

在宅復帰競争はリハビリが勝負

医療法人凌雲会

社会福祉法人凌雲福祉会

理事長 稲次 正敬

会場 戸山サンライズ

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>

URL <http://www.jissen.info>



書き終えて

▼デンゲ熱がどんな拡がりをみせるのだろう。不気味ではあるが、死に至る症例は少ないそう、ほっとする。しかし、日本の自然は以前と同じではないことを憂う。

▼わたしの行く病院の幹部の人は、皆、これからの変化を予測しておられ、期待もされている。良貨が悪貨を駆逐する時代が、やつとやってくるのか?! しかし、一方でしぶとく悪貨でいることにこだわる病院もある。良貨の病院が必ず勝利することを期待している。

▼身体は、老いが厳しい。心で頑張っても、だ。ゴルフの後で風呂に入ると、己の姿にがっかりする。上腕から胸部の皺がくも増えていることに。しわくちや爺と成り果てている。60歳の臀部と太腿部の衰えのシビックと同じだ。

▼上体の運動負荷で、自然の衰えに抗う。所詮、無駄な抵抗とわかつていても、やる。そうでなくや、生きてる意味がないという、ツッパリ精神が去らないからだ。

▼その点、組織はいい。次々と次代を背負う人物が、必ずおられる。絶対不可欠なものは、その人物を見出す先輩の眼だ。若けりやいつてもんではないと、思っている。

▼今月は、日本LTAC研究会を楽しみにしている。それを産んだのではなく、産婆の役割はちよっぴり果たせたと、思っているから。

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