

# 社会医療ニュース

## 医療療養病床は変化して

### アメリカのSNF型とNH型に?!

所長 岡田玲一郎

先月号で「医療療養病床への期待と必要論」を書いた。その思いは1ヶ月経っても増幅する一方だ。

地域包括ケア病床も  
在院日数が適正化される?

地域包括ケア病床は、LTACであるという意見がある私だ。急性期という表現はないが、アメリカのLTACからきていると私は思うから急性期だ。絶対に、急性期と家庭の中間施設。なんて、老健施設の設立時にいわれていたような病床ではない。三次救急病床と医療療養病床をつなぐ、急性期機能の病床であるという私見だ。病床機能からしても、そうである。

また、相対的な昔だが「介護力強化病床」といわれていた病床があったが、当時の厚生省の誠実の魂みたく感じていた1局長とやりあったものだ。介護力強化は強化なんだが、介護力当然病床であつて、強化ついでとそれまでの老

人病床に失礼であろうと思つたからだ。1元局長も、その後、公立病院系でご苦労なさつた。人生、なにかあるか分からないもんだ。

つまり、地域包括ケア病床とは看護力強化病床でもなければ医師力強化病床ではなく、短期急性期後の入院医療を担う急性期病床なのである。従つて、今後は入院日数が必ず問われてくると思つていたら、既に地域包括ケア病床の平均在院日数が30日前後の病院が出現してきた。もちろん、自己完結型にしる地域連携型にしる後方（実は前方かも）施設を有している病院である。地域包括ケア病床もまた、患者の糞詰まりを起こしたら機能しないということだと思ふ。

だから、地域包括ケア病床の平均在院日数は適正化されていくという意見なのである。もちろん、いますぐの話ではなく、やがてという私の死後のことと予見する。そ

ういう意見だから、医療療養病床の機能が重要になると思うのだ。

医療療養病床の分化は  
老健施設の分化に酷似?

先に述べたように、制度設立の当時から数年は老健施設は、病院と家庭の中間施設と称された。北米でも老人ホームがインタミデイエイト施設と称されていたから、やはり人類社会は超後進国を除いては、同じように動くのだ。

北米に「SNF」と称される施設がある。日本語にすれば看護力の高い老人施設である。SNFではない老人施設はナーシング・ホームと称されており、何十ヶ所も訪問したものだ。日本でいうと、公文的の認知症防止プログラムなどがある老健施設や特養ホームである。また、現在、介護療養病床と称されているものが、それに類する。家に戻れない老人がおられるから、施設として必要なのだ。

一方、SNFはリハビリはあるし医師の回診はあるが、その行き先にナーシング・ホームがあり在宅ケアやデイケアがある。この辺りは、私はトロント大学の老年学教授の

ロリー・フィッツシャー博士が世界的に有名だと思ふし、「老人のエンド・オブ・ライフ・ケア」の本の編集に私も名を連ねた。

そのような経験から、医療療養病床は、北米のナーシング・ホームではなく、その上にスキルドを付したSNFではないかと思つている。とにかく、スキルドなのであつて、看護師や医師の量ではなく機能としてスキルドが求められるのが、医療療養病床だと思ふ。

制度としては、日本と北米、特に北米でもアメリカとカナダはちがう。カナダは国民皆保険制度だが、アメリカのオバマケアとは実態がずいぶんちがう。日本の皆保険制度とのちがいは、一部負担金がないことだろう。医療における診療報酬点数表（ファイ・スケジュール）があるところは、日本と似ている。ただし、その運用や医療機器の導入には厳しい規則がある。

そんなことをにらんで思考すると、わが国の医療療養病床は老健施設の過去の動きのように、機能分化するのではなからうか。本来の老健施設と特養型老健施設への分化は、実際に起きたことだ。

いわゆる老人病院といわれた病院も、ずいぶん機能が変化して現在に到つたものと数多い経験のなかから、思うのである。だから、くどいようだが医療療養病床もアメリカのSNF型にいく病床と、ナーシング・ホーム型にいく病院とに分

化すると思ふ。

これは、どっちが上でどっちが下という問題ではあるまい。例えば、アメリカのナーシング・ホームは社会が必要としているから存在している。そして、STACからLTACに移つた患者はSNFへという流れがあるからだ。即ち、社会が求める機能は単一な機能ではないのだから、上も下もあるまい。わが国で貧困者の生活保護費を搾取していると思ふと指弾されている施設（部屋）だつて、社会のニーズがあるから存在しているではなからうか。

短期急性期病床は二次救急病院に代表されるように、苦惱してギャップが長期滞在患者を生じさせてきたのだから、長期急性期病床である地域包括ケア病床が誕生したのは当然のことだと、私は思つてきた。そこに情熱が燃えたのも、社会医療の確立が念願だからだ。その地域包括ケア病床もいつまでも入院できるものではない。病状に応じて医療療養病床に移る患者さんもおられる筈だ。

それが、アメリカのSNF型だと思ふのだ。また、リハビリテーションもアメリカのIRF（入院リハビリ施設）や外来リハ、在宅リハと機能を明確にしていこうと思つていて、紙面の都合で別の紙面から来月以降に予測を述べてみたいと思つている。とにかく、時代は変化し、社会も変化すると思ふ。

# 組織医療としての病院

(325)

## ― 終末期医療と色々な覚悟 ―

新須磨病院  
院長 澤田勝寛

社会医療ニュースの先月号で岡田先生が終末期医療について色々述べられている。QOLとは人生の質ではなく、「生きてよかったと思うひととき」は岡田節の真骨頂であろう。救命救急でどこまでやつたらいのかと悩む医師の気持ちにはよく分かる。蘇生はしないと患者や家族と決めていても、若い当直医が必死で蘇生をしてみました患者がいる。いったん装着してしまつた人工呼吸器はずせない。いったん始めた血液透析も中止するのは難しい。延命を希望しない患者に「延命治療」を強く求める家族がいるときは対応に困る。

外科医になつて36年、数多くの「死」をみてきた。社会医療ニュースに載っているような終末期医療の実例は枚挙にいとまがない。62歳を過ぎて救急現場での「死」に直面する機会は少なくなつたが、高齢者の終末期に立ち会うことは今でも多い。関係する老人ホームで、この二週間に3人のお年寄りの最期を看取つた。

ご家族の中に94歳のお母さん数日間ずっと付き添っていた娘さんがいる。往診でホームを訪れたときに、お会いした。

「いつお母さんの息が止まるかと

思うと帰るに帰れないんです」と話す彼女は、ひどくやつれ、疲れしているように見えた。大勢の家族に見守られながら静かに息を引き取るのはテレビドラマの世界であること、生前に十分世話をされているのだから死に目に会えなくても苦にされることはない、話をすると、ホツとされた様子で、近くの自宅に帰られた。そして翌日、「運良く」娘さんが見守る中で、お母さんは息を引き取つた。後日、娘さんから丁寧な礼状をいただいた。

核家族化の影響であろうか、人の死を見たことがない人が多い。最後は息が止まり心臓が止まること。普通なら自分で吐ける唾液や痰が喉に引つかかり窒息することも珍しくないこと。さつきまで息をしていたのに、次に様子を見にいくと止まっていることもあるのでびつくりしないことなどを、説明するようにしている。親の死に目に会おうとして疲れのよりも、運が良ければ死に目に会える程度に考えて、一緒に疲れないほうがいいのでは…と助言もしている。

苦い経験がある。新入の看護師がホームで勤務をしていたときのことである。老衰で余命いくばくも

なく、看取りをしていたお年寄りが痰を詰まらせた。吸引がうまくできず呼吸が止まりかけ、慌てた看護師は、私に連絡をせずに救急車を呼び、お年寄りは救急当番の病院に搬送された。

救急病院の医師には前後の事情は分からない。必死で蘇生を試みる。当然の行為である。結局「蘇生」はできず患者は死亡した。死因は窒息。事故の可能性があるとこのことで、警察に届けて検死が必要という判断になつた。大事になつて驚いたホームの担当者から私に連絡がはいり、私が救急病院の担当医師に状況を詳しく説明して事なきをえた。ホーム職員へのデス・エデュケーションの重要性を痛感した出来事であつた。

このようなことは何も看護師に限つた話ではない。在宅医療に関わる訪問看護師の嘆きを聞いた。親の跡を継いだ開業医二世にかかりつけ医になつてもらい、癌末期の患者を担当していた。患者本人も家族も自宅での看取りを強く希望しての在宅であつた。死期が近づき痩せてくる。不安になつた医師は浮腫がでるほど点滴をした。その挙句、呼吸状態が悪くなると何と救急要請をして、患者を救急病院に搬送した。蘇生をはじめた救急医に、家人は「もうこれ以上何もしないで！」と懇願したところ、救急医はそれならどうして救急搬送したのかと、いかにも不

機嫌そうに尋ねたという。終末期医療の現場で起こつた悲劇である。若い看護師、若くして開業した医師はあまりにも経験不足。死ぬこととは呼吸が止まり、心拍が停止することであるということすら十分理解できておらず、家族への満足な説明ができない。在宅医療を引き受けた以上は、医師も看護師も最後の最後まで看取る覚悟を持たねばならない。

癌の場合、患者本人の心は揺れる。辛い治療は受けたくないという気持ちと、できる限りの治療を望む本心が交錯する。胃がんの腹膜播種で看取つた92歳の女性がいる。人生を達観した人で、癌がわかつて治療は一切望まず、除痛だけを希望した。しかし徐々に病状が進むと、強がりながらもちよつと言いくそうに、副作用の少ない抗がん剤治療を希望した。無駄とは思いつつしばらくは経口の抗がん剤5FUを少量処方した。「無理をいつごめんないさいね」という言葉が今でも耳に残っている。患者本人に覚悟を期待するのは無理であると思いつつた出来事である。

愛する者の死は受け入れがたい。できるだけ延命を望む家人の気持ちちは理解できる。直腸がん、肝転移、腹膜播種の70歳半ばの女性患者がいた。身寄りが少ない人であつた。最期は点滴も何も一切しないでと、ずっと言われていた。

傾眠状態になつてから、遠方に住む実弟が見舞いに訪れた。意識がない姉の姿に驚き、点滴ひとつもぶら下がっていない病室の状況をみて、入院しているのに何もしないのかと、私に詰め寄つた。意識の薄れた患者本人に確認もできず、仕方なく少量の点滴を始めた。極めて不本意であつた。

終末期医療とは治療ではなく除痛や苦痛をとることが主である。本人と家人に、そのことを繰り返し伝え、十分に理解してもらつていふと思つていた。ところが、死後に癌治療に対する不作為を厳しく非難されたこともある。家族に覚悟を決めてもらうのも難しい。

アメリカで29歳の女性ブリタニー・メイナードさんが安楽死の道を選んだことが話題になつている。進行した脳腫瘍で治療方法はなく余命わずかと診断された。彼女は安楽死が認められているオレゴン州に移り、医師から処方された薬を服用して死亡した。患者、家族、医師に強い覚悟があつたのである。私には安楽死をすすめるまでの覚悟はない。

別れは辛く悲しい。誰もが満足する終末期医療はないが受け入れざるを得ない。終末期には、いかに辛くても患者はある程度は覚悟を決め、いかに悲しくても家族は腹をくくり、医師は毅然と死に立ち向かう信念と勇気が求められる。



福祉サービスの職場では、人事考課制度の導入について賛否両論、さまざまな考え方があろう。職員育成やモチベーション、公正処遇実現のためにという発想で真摯に取り組んでいる法人や事業体がある一方、導入することで人件費を抑制できると、真面目に考えている経営者もおられる。また、福祉や介護の仕事はチームケアが基本だから人事考課は馴染まないという主張、さらには、民間企業で行われている「成果主義」の人事システムを導入するのは福祉や介護を駄目にしてしまうという、もつともらしい主張までさまざまである。

評価はどこにでもある

筆者は、福祉サービスの職場に人事考課は馴染まないという主張には反対である。なぜなら、人が集まる場所では評価は必ずついて回るからである。

家庭や友人関係、地域社会において、フォーマル・インフォーマルな場で人はそれぞれに評価し、関係性を培っている。職場では、制度としての人事考課とは別に、上司は部下を、部下は上司を、そして共に仕事をしている仲間同士が、それぞれに評価し合っている現実がある。

スポーツ選手や芸能人、政治家といった社会的露出度の高い人びとは、是非はともかく多くの評価を受けており、人間は誰もが主観的基準に基づいて相手（自分も）を評価し、その評価に基づいて関係形成を行っているのである。

マネジメントツール

としての人事考課

人事考課は、目的集団としての組織が求める価値基準に基づく評価である。制度として導入

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑩  
人事考課制度の導入を適正な運用（その1）

（株）ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 統括フェロー

宮崎 民雄

されていないところでも評価はあるのだが、組織のめざす使命や目的・機能を効果的に実現するためのマネジメントのツールとして人事考課制度は位置づけられるものである。

福祉サービスは、アウトプットの成果ではなくアウトカムの成果を求めるものではあるが、目的をもつ集団としての組織が公式の評価基準を持たないというのではマネジメントにならない。問題は、どのような基準で評価を行い、運用するかであ

る。すでに人事考課制度を導入している法人や事業体では、導入の意義と成果について明確な論拠をもつ必要があるし、これから導入を検討しようとするところでは、関係者が納得できる評価基準や仕組みを整備し、適正運用をめざす必要がある。

人事考課の目的は何か

個々の職員の立場に応じたサービス実践や業務遂行のプロセス、その貢献度や成果を適切に

要素と規準を具体的に示す必要がある。こうした仕組みを通じて一人ひとりの職員は、何が期待されているか、を具体的に認識することができるようになるし、基準に基づく評価とフィードバックが行われることで現実的に「出来ているところ」「不十分などところ」を明確に認識することができるようになる。

人事考課の仕組み

業務遂行（サービス実践）のプロセスや成果の評価と振り返りは、もちろん職員自身が行う

が望まれる。通常は、職種や職位階層ごと（例えば、「一般職員用」「指導的職員用」「管理職員用」）に人事考課表を設定することに

なる。

人事考課には、各人の担当する職務や役割に対する成果を評価する「実績考課」の要素、仕事のプロセス（仕事への取り組み姿勢や態度）を評価する「情意考課」の要素、そして、担当する職務や役割に必要な知識や技術・技能等を評価する「能力評価」の要素で構成するのが一般的である。

次回では、その具体的仕組みと運用上の留意点を検討することにしたい。

評価し、フィードバックする機会を設けることは、職員の育成と活用、公正な処遇を実現するために重要である。考課制度は、これを組織的に展開する仕組みである。

組織が求める「職員像」（役割行動やコンピテンシー）を前提に、一方で目標管理制度を導入し、期間中に取り組むべき目標（「努力の焦点」）を明確にするとともに、考課制度では、「仕事の成果」や「取り組み姿勢」「職務遂行能力」等の評価

ことが望まれる。しかし、それは主観的評価基準に基づくものではなく、組織の求める基準に基づいた自己評価が求められるし、上司（公式の評価者）が評価を行い、フィードバックすることによってその達成度はフォーマルに共有されることになるのである。

そのことで職員が潜在的にもっている「承認欲求」が満たされることにもなる。また、評価結果を処遇に結び付けることによって公正処遇が実現し、モチ

「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」

### 病院はサービス業ではなく 適正な医療の提供業だ

病院はサービス業ではない、という思いがずっと続いている。デパートなどの物品販売業ともちがうが、10年ほど前まで、そしていまでも物品販売業的な病院はある。看護師の量や売ったり、不適正な薬や検査も売っている。押し売りという自覚はあるようで、うしろめたいと言われる医療従事者もおられる。その手の人たちが採み手のサービスを患者に提供しているのは、サービス業であろう。

そもそも医療とは、需要者（患者や家族）の求めに応じて提供するものではない。多くの病院で経験されている入院の準備万端を整えて「入院させる」と求められても、入院医療を提供するか否かは病院側が決めることである。サービス業だからといって顧客の要求に応える必要は、さらさらない。

顧客の求めるものではなく、提供側の判断で提供するかどうかを決める組織だと、わたしは確信する。そこに、提供側の判断の是非が問われてくるのである。査定を受ける医療行為は、いわば第三者が売った商品の是非を決めているのである。いわゆる検査漬けクソリしかし、それも裏をくぐること

四苦八苦

もできる。よく聞く例は、生活保護の患者が不眠を理由にハルシオンなどをくれと要求するものだ。そのハルシオンの行き先がネット販売に回ることもある。昔でいえば、バツ屋行きの眠剤や湿布薬だ。物品販売業ならそれは無理はないが、病院は売る商品の是非を病院側で決めなければならぬ。やはり病院は「医療提供業」であつて「サービス業」ではない。

顧客に失礼があつてはならない。顧客に失礼があつてはならないから、接客訓練もあつてもいいとは思ふが、接客と媚は絶対にちがうと思うのだ。

接客業ともちがう。夜の商売の一部にあるように、客にお尻をさわられてもニコリ笑うなんて、ダメでしょう。もちろん、そんな患者もいる。別の業界だが、ゴルフ場だつて「暴力団や暴言、暴行の客は入場禁止」と出ているではないか。この看板は、わたしは暴力団関係者だつてゴルフをする権利はあると思うから、暴言、暴力だけ入場禁止にすればよいと思つている。そうみれば、病院はサービス業でないことがわかる。

暴力、暴言は吐かないが、最近自分の名前を呼ぶな、という患者も出てきた。病院側の職員は

四苦八苦

名札に「実名」を明示しているのに、だ。診療案内も説明もスマホにメールしてくれなんて、仮面症候群でしかあるまい。そんな患者にもサービス精神でいきますか。

しかし、どんな業界でも王道を歩む組織が勝つ。わがままな患者に嚴重に注意する病院では、わがままな患者が減っていく。サービスと「採み手の医療」に徹する病院では、わがままな患者が増えていく。昔の話でいえば、暴力団系の人がよく来る病院と、その系の人たちからあそこの病院は言うことを聞いてくれないと敬遠される病院だ。

この「病院はサービス業ではない」は、わたしは自信を持っている。自信の源は、病院の職員にこの話をすると、<sup>うん</sup>職員が多数派だからだ。人間、媚を売られるとつけあがる。再びだが、接客とは媚を売ることではなく、患者と対等の関係で自分に与えられた役割を果たすことであると強調する。接客、例えば挨拶はきちんとできなければならぬ。特に、お医者さん、と思うのだがお医者さんは接客訓練に出てこない人が多い。

アメリカの研修医のようにコミュニケーション・スキルをもつと教育しないと、病院は押し売り屋か下手をすると暴力団みたいになってしまう。親分、自分の関係が医師と医師以外の職員の間に出してしまうたら、暴力団だ。

岡田

### 識者から学ぶ 金言、金句

— 社会が無機質になっている — 白川道

「夕刊フジ」で曜日ごとに筆者を決めてコラムが掲載されている。10月の初旬に白川道さんが表題の社会の無機質を強調されていた。スマホもパソコンもできない自分を卑下することもなく、便利や簡単に他者とレンラクがとれる社会が無機質といわれている。有機的なつながりの少ない社会だ。わたしも、まったくの同感だ。

有機的なつながりがなく、人々との関係もSNSなどによって無機質になっていること、社会の危なつかしさだ。一昨日、10月20日の報道だと記憶するが、高校生がSNSなどでつながっていると思つている他者であっても直接会つて顔を見ていないつながりが30%もあることが報じられていた。

これをもって、友だちとか、つながつていて、と思うことが、殺人事件やわが子への虐待を生む根源になつていて、わたしは思う。離れた関係をもつてつながっていると思ひ込むことの恐ろしさだ。

親子の関係も、テレビの報道をみて驚いたのだが、例の「だつこひも」は、緩く結んで子をずり降ろしたスタイルが「ファッション的に恰好がよい」と母親が言っていた。ずり降ろされた子の頭と母親の顔は離れてしまつている。しかも、おんぶをするよりだつこのほうが「顔が見えてカワイイ」と言う母親が、子をずり降ろしてファッション的といわれる神経こそ、親子の無機質な関係だと断じる。

わたしの仕事からいうと、上司・部下関係も無機質であつたら、仕事にならない。密着もときには必要と思うほど有機的な関係を求められる。ましてや、職員数が多くなつてくると「見たことあるけど、どの部署の人かわからない」という関係が生じてしまう。SNSの関係よりは、見たことがあるだけよいが、やはり話しをするともっと有機的な関係になるのだ。

世の中、ともすれば離れた関係のほうがラクでよいという風潮がある。教師・生徒関係はもとより、上司・部下関係、そして親子関係まで無機質になつていく。その弊害は、さまざまな事件で現れている。わたしのできることは、研修のグループワークなどで有機的なつながりの重要性を語ることにした。

役割分担という言葉に代表される、役割をお互いに担い合うのではなく、無機的な役割分割をもつて役割分担と称する事例は、しばしばある。役割分割したから「それはわたしの役割ではありません」と関係を切つて無機的な関係になることだ。白川道さんは「古い人間」といわれているが「壊れた人間」よりは有機的な人間関係がよい。岡田

岡田



# この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎スタッフがいればこそ

病院や福祉施設で使うメンバーをスタッフと称するのは組織論からいえば誤りだ。リーダー、サブリーダー、メンバーというラインではなく、ラインの外にるのがスタッフなのである。それはそれでいいのだが、いわゆる下で支えているメンバーを大切にしないと、組織は絶対に動かない。

どの病院でも、下で支えている強力なスタッフをみる。10月は、青森の病院で入浴介助チームが輝いてみえた。入浴介助チームがいることで、各機能病棟の介護職や看護職はそれぞれの仕事に没頭できる。もし、入浴介助チームがなかったら、介護士や看護師が入浴介助をしなければならぬからだ。

このような黙々と仕事を支えている人たちがどの病院でもおられる。つまり、いわゆるスタッフを大事にしないと、病院や施設は機能しないのである。もちろん、スタッフはリーダーやサブリーダーより能力で劣る人たちはおられる。リーダーはスタッフのなかでできる人が上がってきているから、能力としては優れている筈である。もういまではないがと書いて、い

までもあると書いたほうがリアルなこともある。だ。いわゆる年功序列でリーダーになった人たちで、「君もそろそろ主任に……」の主任であるし、ソロンコ師長である。これは病院によつてはつきり分かれるが、それが病院組織の優劣とパラレルだから、おもしろい。

わたしは、性格的に上の人より下の人を大事にする。これは性格というよりDNAのせいだ。叔父によく「お前は俠気が強すぎる」と言われたように、金持ちの子より、貧しい家庭の子の友だちが多かった。ジジ殺しのように振舞う人にも会うが、どうも好きになれない。病院でいえば、下で支えているスタッフに、気が向かう。

もちろん、先に述べたように能力においては管理職より劣るスタッフもおられる。しかし、患者さんや入居者さんを大切な人として接しておられるスタッフも多いのである。先の入浴介助チームのオバサンたちがそうだった。手を合わせたいと思つた、人生の一時だった。

◎パンティラインが消えた

今年のゴールデンウィークのころからだろうが、女性のヒップのパンティラインが消えてきた。その話を女性にぶつけて尋ねたら、本人ではなく傍にいた男性に「セクハラですよ」と注意された。尋ねた女性はケラケラと笑いながら「ユニクロでいいのがでたからです

よ」と言われたのに。わたしの心は「ユニクロめー」だった。作家の山内マリコさんによると(週刊文春)「ヒップラインを美しくみせるインナー」である「ボディシェイパー」四分丈シャツがその代表だそう。ちなみに990円+税の値段だ。「エアリズムブラキヤミソール」も、薄手のシャツに有効だそう。男、しかもジジイのわたしが着けるものではないが、ユニクロめーだ。ワコールもやってみるだろうが?!

◎イスラム国の狂気

刺客が来るかもしれないが、敢然とイスラム国は狂気だと書いた。人間、いろんなことをするもんだ。日本人も人間だから、イスラム国に参加したい人も出る。しかし、それも人間の狂気のなせるものだと思ふ。嫌な奴は、自分が参加しないで中継役? 紹介役? をしているヒゲのおやじだ。自分で参加して、死ぬばいなのと思ふ。

病院も人間集団だから、いつ、狂気に支配されるか、わかつたもんだ。横浜の病院長の猟銃による夫婦心中? なんて、わたしには狂気の沙汰としか思えない。ご無沙汰にしとけばいいのに。

狂気は、リーダーにも生じる。その狂気に反抗するメンバーがいればいいのだが、狂気が狂気を呼ぶ例も多い。賛美する人もいるが、ナチスドイツは狂気の沙汰の代表だし、オウム真理教もそう。大学設立が

不許可になった、宗教を科学と言い含める集団も、狂気の沙汰だ。それを広告する新聞も週刊誌も、心が確かとは思えない。人間の血の怖さだ。広告料目当てかな。

競馬の馬だつて、血は濃く影響する。サラブレッドよりアラブ馬のほうが気が荒いのは、イスラム国と関係あるんじゃないかと思つている。病院のオーナーの血の大切さを、つくづく確認させられた。

◎「能力の終着駅」は避けたいが

先月号の4頁に書いたピーターの法則が、ずつと心に残っている。いままでも知らなかっただけに、強烈だ。それを避けようとするのだが、ピーターさんには悪いがオカダの法則は能力の終着駅に体力が大きく影響する、だ。能力とは、知識・技能・意欲で構成されているというのが定説だが、わたしの現在進行形からすると、知識・技能・意欲に体力、特に加齢は影響するという法則だ。

知識欲といわれるが、その意欲も加齢による体力に大きく影響を受ける。技能も、アスリートをみれば加齢に影響される。エベレストに登った年寄りだつて、若いころと比べものにならないサポートを、膨大なスポンサー料でカバーしなければ登れなかった?

いい例だが、わたしのゴルフの能力は、加齢により「終着駅」に達しようとしている。最近、二日の連

チャンで、歩くのがしんどくなるだけでなく、ミスショットが出る。そこで悟ることは、能力は「終着駅」に達するんだから、無理して途中停車するのではなく、風に靡くように終着駅に向つてスピードが落ちていけばいいんだ。スピードを落とすのと、スピードが落ちていくに任せるのは、全然ちがうと思う。

隠居なんて、典型的なスピードを落とすことだ。会社の社長や会長が、その地位に停まるのは、わたしはよく分かる。地位にしがみつくなのは、みつともないから、組織の自然な流れに任せたほうがよいと思う。古いへのスピードは、自分でマネジメントするものではないと思う。

今年も終わりに近づいて、つくづく思ったことだ。来年は、仕事があれば仕事をしないことにした。まだまだ……とおっしゃる人は有難いことだが、お恵みで生きているのは、しがみつきた。みつともないことは、しない!!

## これからの一ヶ月の 不安・不運・不信

岡田



# 医療の沸騰点



## ―病床機能報告は

### 報告後が大事になる―

岡田 玲一郎

病床機能報告が終わった。これからの病院の重要な方針策定なのに、真剣さが足りない病院も見受けられる。取り敢えず届け出とけばいいかというのではなく、依然として急性期病床志向が強いことが、将来、経営的痛みとして残るのではないかと、爺なのに老婆する。

もちろん、時代に応じて、自院の体力に応じて病床機能を替えていけばいいという気持ちは分かる。アベノミクスのように、第二の矢の後が続かないかもしれないが、わたしは病床機能の明確化の矢は人口当たりの病院病床数が適正化されるまで続くと思ってる。

平均在院日数にも  
甘い感覚が残っている

一般急性期病床の在院日数は、いままで出されているものを見ると「9日程度」とされている。毎年、アメリカの病院に行っているが、アメリカは5日を切っている急性期病院が多い。DRGによるインセンティブがあるからだ。

つまり、在院日数を適正化（国民負担にとって）しないと、経営

できなくなるからだ。日本のDPCはもとより、病院機能評価にしてもDRGやJICのようなパワーはない。それどころか、DPCも機能評価も「操作」が効くのだ。機能評価でいえば、当日だけ上層部の院内喫煙場所が消え、灰皿が撤去される病院もある。

それは笑い話にしても、いろんな記録や理念が実態と遊離しているので、「操作」されることも、よく聞くことだ。「機能評価が来るんで、忙しい」が、それをまざまざと表している。普段どおりが機能評価やDPCどおりなら、なにも慌てる必要はないと思うのだ。

同じことが、都道府県別に顕在している病床機能別の人口当たり病床数への認識にも及んでいる。いくら一般急性期病床を志向しても、自院の置かれている外部環境を直視しないと、自院の歩む道を踏み外してしまわないかと、思うのである。これは、なにも情報収集の範疇ではなく公開されているものである。

もちろん、競争の激化に対し切り込んでいく気概はあつてよい。し

かし、経営の常識である外部環境と内部環境の認識は、不可欠であると思うのだ。その外部環境の中には競争相手の実力を把握することもあり、単なる「一般急性期をやりたい」という願望では、経営は危険になるのではなからうか。人口構成の変化で高齢化が一層激しくなると予測されて地域包括ケア病床志向とか、それなりの機能がある、わたしは思うのだが、いざ病院をやっていると欲や願望が働くので、病床機能に対する価値観が欠かせないと思ってる。

一般急性期病床が上で、医療療養病床は下だという意識はなくされたほうがよいと思う。上や下でなく、横の関係なのである。終末期医療にしても、機能のひとつとして貴重な存在であらう。

### 真の地域連携か 自院だけで生きるのか

病床機能報告は、報告だけに停まらないことはいまでもない。それぞれの病院が病床機能を地域のニーズに合致するように構築し、救命救急センターなど三次救急の病院と医療療養病床までが横串で結ばれることに、必ずなる。

同機能の病床だけでは地域医療は破綻してしまうからだ。そして、入院医療を必要としないが暮らす場所や生活することが不可能な国民の生きていく場所（機能）

も必要だ。それをひとつの組織にまとめようとする構想があるが、NPO法人であれ病院のグループ化にして、その思想、理念が一致することはまずあり得ないと、わたしは思う。その点、アメリカのヘルスシステムにみる「緩い連携」がわが国では可能なように思う。例えば、それぞれの病院には資産があり、それを統合するのはかなり難儀なことだと思っからだ。

やはり、地域医療のニーズに應えるためには、自己完結型にしろさまざまな機能を有した機能別病床の確立が求められる。しかし、自己完結型地域医療はかなりの困難がある。M&Aに徹して、時間を掛けて機能別病床を有した病院群にしていく動きはあるが、わたしは病床機能別の病院が連携する真の（私見）地域連携の構築が社会医療としては望ましいと思ってる。もちろん、それをわたし

が求めているのではなく、それぞれの病院が選択される方針だ。地域の全病院が三次救急病院であることは絶対でないし、一般急性期病院だけでも不可能だ。いわゆる東京方式と称されている救急隊長の判断で三次救急より医療療養が望ましい患者は医療療養病床に搬送する方式は、年次を追うごとに医療療養病床に搬送される老人を主とした患者が増加している。

全国各地でみることは、三次救急病院の機能に合致しない患者が

三次救急病院に搬送され、結果、三次救急病院の機能を必要としない患者が病床を占拠していることだ。わたしが勝手に人生の師と仰ぐ虎の門病院の故石原信吾さんが1970年代に警鐘を鳴らされていたことが、40年を経て現代にやってきたのである。社会的入院という言葉も、石原信吾さんが最初に使ったものだ。

社会的入院はいけないとか、させてはならないのではなく、現実として存在するものとして受け止めなければならぬ。1970年代以降、療養病床や老健施設が誕生してきたのも、社会のニーズがあつたからだ。そして、特養ホームは不足しているが、その資産の多さが問題になっている。

許認可権がそこに厳然とあるのだが、病院病床機能にもやがて定数が定められると予見する。それがあるから、病院内に「病床機能管理委員会」を設立して、許認可権を納得させる病床機能になさるべきだと思っのである。管理栄養士も理学療法士にも、確かに「ある程度病状が安定している」と認定する患者を一般急性期病床に入院させていると、許認可権が頭を出してくるし、昨年の厚生局のリハビリに対する二方的な査定と同じようなことが起きる。

自助自立より、自助自律の自らが律する病床機能がやがてやってくると、経験的に断じる。



今月号は、初頭、なにを書こうかと悩んでいたが、11月に入り書く事象が多発し、悩みがどれを書こうかに、かわってしまった。アメリカでの安楽死、日本での同一家の訪問診療費に関する理屈と実態の遊離など、いくつも採り上げたい話題がある。

しかし、紙面は限られているから、11月2日の夜、NHKテレビで放映された「ビッグデータ」の済生会熊本病院の先駆性について述べてみる。もちろん、当日の映像だけでなく、ここに到るまでの経緯を知る者として、テーマは「正義の医療」とする。

### 正義の医療



スーパーコンピュータの威力はすごい。偉力な

んてものではないが、使いこなせて初めて威力になるのだろう。岡山市のあるクロネコの営業所でメンバーズカードを出したら「残高ゼロ」ですとオジサン店員が言う。「そんなことはない。ついこないだ5万円入れたばかりだ」という私に、オヤジは「機械が残高ナシで出ますので」の一点張り。現金で払ったが、コンピュータを使いこなせない店員は、威力も偉力もない、時代遅れオヤジだ。

れた。人命に関わることへの対応だから、正義である。

わたしが感じた基本線は、先代の院長とはお会いしてないが、先代の須古博信先生、現院長の副島秀久先生の正義の医療を提供する覚悟である。他の済生会病院と異なるインディペンデントでの済生会熊本病院の苦勞の程は、須古前院長からよく聞かされた。

要するに、熱い覚悟が正義の医療を提供できる病院の必須条件だと信じる。どうやったら点数が取れるかではなく、国民にとって正しい医療、例えば入院日数の短縮ではなく適正化を追究すること

が、病院の必須条件だということ

前立腺の手術の患者さんの事例も出されていた。入院日数を短縮するのではなく、国民が重い負担に喘いでいる医療費をいかに少なくするかの適正化がビッグデータの解析から実現した映像だった。

わたし自身のバイパス手術のときにメイヨクリニックで体験したことが、まざまざと再現されていた。食事は人間にとつて不可欠だ。点滴注射では限度があるし、胃ろうや経管栄養より口から食べることを医療者でも希望なさる。早くから食べられることをすればいいのだ。

わたしも、術後2日目から3日目だと記憶するが、術創がすごく痛いの、呼吸リハに続き、ベッドから降りてセットされたテーブルで食事を摂るようにナースから言われた。「これもリハビリですから」と20分か30分か忘れたがウォッチで計時してベッドに戻してくれない。食事を摂るのも、リハビリで入院日数の適正化に直結するし、入院日数の適正化は医療費の適正化になるのである。

そういう努力をしている病院の診療報酬は引き上げて適正化しなければならぬという、わたしの頑固な理屈はあながち的外れではないと思っている。訪問診療料が引き下げられたから同一家の訪問診療はヤメタという医者とは、

雲泥どころか天と地ほど差があるのではなからうか。

今年の4月も「どうやったら点数が取れるかセミナー」がいっぱい開催されていた。わたしはコンサルタントではないので、昔からこの手のセミナーでどうやったら儲かるかの話はしたことがない。それに賛意を表された病院とおつきあいが、わたしを支えてくださっているんだから、暴論ではない。お金が欲しいんだら、お金の集まる病院にするしかない。正義の医療を提供する病院にお金が集まる時代が必ずやってくる。もうひと頑張りだが老いが……。

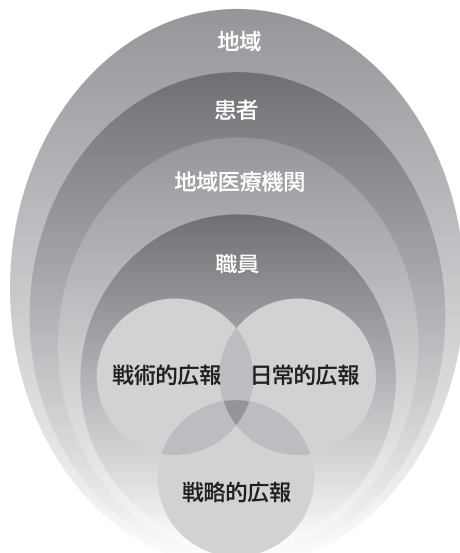
岡田

## 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392回 これからの福祉と医療を实践する会

二〇一五年の介護報酬改定では、地域区分の見直し、特養については要介護3からの入所、デイサービスでは認知症対応など3つの機能の介護報酬上での評価などが検討課題に登っている。特に目新しい項目は少ないとも言われているが、それは医療介護事業者の対応が平穏で済むということではない。介護報酬改定以上の圧力として医療介護一括法案が加わってくるのだ。今回は、このような状況の中での医療介護事業者の具体的な対応を考える研修会となる。

第一は二〇一五年改定だ。「改定は既存の枠組みを変ええるチャンス、改定はお祭り」と主張する講師に地域包括ケアの行方を含め、長期的な視点で語っていただく。

第二は、現実の経営課題である人材採用。景気回復により、医療介護事業の人材採用はより困難な方向に進むと予測される。職員の活性化を背景にした有効な実施例を中心として、自施設での展開のヒントを持ち帰っていただく。

第三は、医療介護連携のあるべき対応策。連携が進展しない現状に厚労省がしびれを切らす中、戦略的経営を考えていきたい。

第四は、法人改革の流れだ。石垣氏は、介護事業を中心として幅広い活動と問題提起で人気の、当会の貴重な人材だ。大切な課題

への対応策を、仲間からの問題提起を通して相互に学びとる研修会となる。  
(鈴木喜三)

日時 十二月十九日(金)

午後一時～五時

特別例会・介護報酬改定と

介護・医療経営の対応

……人材採用・診療報酬改定・

二〇一五年対応・医療介護

連携・社福改革

社会福祉法人若竹大寿会

評議員・法人本部長兼

経営管理部長 石垣 修一

会場 戸山サンライズ大会議室

参加費 会員 八〇〇〇円

会員外 一二〇〇〇円

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

▼さつき、本月号が11月号だと気づいた。月日の速さ慣れたらう。それでも、今年は診療報酬がやっと改定から改正になった。と思っていたのだが、まだ正しく改めてない病院もあるようだ。ようだというのは、伝聞であつて現場を検証したのではなく、悲痛なメールからだ。

▼人間、後ろめたさ依存症もあるようだ。多くの人には後ろめたさ。心には、心が疼くと言われる。疼く心の捌け口が、悲痛なメールとなるのだ。そうやって吐ける人は後ろめたさ依存症にはならない。

▼依存症といえはスマホ依存症の親が、子がむずがるとスマホを子に与えている。先月、羽田空港で二回見た。ひとりの親は、スマホを投げ与えて自分は自分でスマホをいじっていた。男親だからかな。

▼今月号のどこかで書いた、だつこ紐にもファッションがあることも確認した。子がだつこ紐をなくして吊り下げられている。赤ちゃんの頭がへその所だから、スマホがいじれるし、カッコイイファッションだから、赤ちゃんが落ちるのだ。

▼こんなことが医療に起きてきたら、大変だ。いや、多くの看護師さんの証言によれば、患者の顔を見ないでパソコンばかり見ている医師が増えたそうだ。手当ての意味を教えないのか、便利さ依存症か、「ドクターG」に二種類いるぞ。

### 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

**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