

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) 3914-5 5 6 5 (代)

FAX (03) 3914-5 5 7 6

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

病院病床が増えたから入院患者が増えたのか 入院患者が増えたから病院病床が増えたのか

所長 岡田玲一郎

わが国の人口当たりの病院病床が他の先進諸国と比較して多いのは、知られていることだ。その要因はなぜかと思うとき、表題の疑問に突き当たる。入院患者総数は高齢化と共に増える。それに従って病院病床が増えるのは当たり前に思えるけど、他の先進国もわが国ほどではないが、高齢化は進んでいる。

ここでちょっと脱線するが、12月の衆議院選の候補者で「わが国の社会保障制度は……」と言った人は、わたしは経験していない。どの候補も「この国」と言っていた。わが日本国の政治家にとって「この国」の意識があるのが、わが国の大問題だとわたしは思う。病院だって、職員が「この病院」と言い出したら、問題だろう。

さて、病院病床の多さは病院病床を増やしてきたことにあると思える。駆け込み増床という言葉が躍っていた時代があった。その増やした病床も入院を必要とする患

者がいなかったら、病院は経営は成り立たない。野球の球場を造ってもお客が入らなかつたら潰れてしまう。のだが、役人が造った球場は赤字を垂れ流していわゆるハコモノ行政になってしまった。自治体病院にその陰をみるし続いている。

つくられた入院患者
その費用を負担する国民

つくられた入院患者と書いたから、また、蛇蝎のようにいわれるだろうが、お互いに言論の自由の範疇だ。なにも病院だけが入院患者をつくっているのではなく、本紙にも書いたが国民の中には入院させると迫る国民もいる。そういったための病院病床の増床ではないのだが、ベッドが空いていると入院OKを出したくなるのが、ある種の病院経営者の反応だ。「いいから入れとけ」というやつだ。

わたしの見解が間違っているかもしれないが、わが国は高齢化が予

測されているのに老人施設をつつてこなかった行政、政治的判断の誤りがあった。行き場のない老人は、病院の入院患者として生きていくしかないし、商売としての老人病院も現存した。

当然のことだが、社会にとって不合理なことはゆつくりではあるが是正されていくものなのである。介護療養病床に新しく入院基準が出されたのも、老人施設をつつてこなかった行政の緩みもまたらしたものだ。いまさら遅いなんて、わたしは思わない。社会の高齢化に伴って病院病床しか対応できないようにした結果である。

いまこそ、医療療養病床が機能を明確にし、行政の後始末も含めた泥臭い仕事をするときだ。もちろん私見であるが、いくら急性期病床の機能を明確にしても、療養病床や老人施設がなかったら、急性期病床の機能は回転することは不可能だ。介護療養病床にしても、その先が必要なのである。

突然、アメリカのミネアポリスにあるナースینگホームを思い出した。5階建ての建物だが、一階は介護は必要だが元気な老人の階、

二階にいくと重症度が上がり、上層階にいくほど要介護度が上がっていく。最上階は火葬場ではないが、霊安室である。天国に近い。

そんな機能分化が、急性期病床だけではなく療養病床にもやってくるのである。頑張る医療療養病床を応援するけど、わたしのパワーは先の四階レベルだ。

急性期病床は
平均在院日数だ

今日は、クリスマスイブの12月24日だ。毎日新聞に北海道で適切な急性期医療を提供している病院（かなり有名）の、消化器の手術前後の摂食（栄養補給）の事例が記事になっていた。絶食して弱らせてから手術するのはなく、術前日も術後翌日も口から栄養補給することにより、在院日数、つまり退院が適正化され先進国並の平均在院日数になることだ。高知の近森病院さんで実践されている「急性期はチーム医療」が不可欠という意味と同じであった。記事を見て、わたしの心臓バイパス手術のときの栄養補給を思い出した。

食べるのがリハビリとナースに励まされた写真が懐かしい。いろいろ問題が報道されている大学病院にチーム医療を実践する医療チームがあるのだろうか、思いが走った。あるわけないだろう。

急性期病床の平均在院日数の適正化を阻んでいるのは、医療者

だけではない。入院患者自身が退院したがりなかつたり、家族が受け入れない事例はよく聞く。

そして、医療における「安全、安心」も、思想的に怪しいものがある。患者にとって安全、安心なのか、医療者にとって安全、安心なのか、である。

念のためにもう少し入院……の念のためは、あるときは医師の安全、安心からきていることもある。

もう少し入院しときましょうも、安全、安心がだれのものかと思うケースもある。「飛行機で帰国するのは、もう2〜3日してから」は、わたしの執刀医が退院後4日目に日本に帰ると言ったとき、出てきた言葉だ。執刀医としての安全、安心であったと帰国してから思った。

医療の安全、安心を否定しているのではない。それがだれにとって安全、安心かが問われると思うのだ。急性期医療と平均在院日数が重要に関連すると述べたのは、そこに安全、安心が必要だからだ。消化器の手術の術前に絶食するのは、だれのための安全、安心かと思わずにはいられない。

事実としては、先の北海道の病院と一連の問題のあった手術を執刀した医師のいる大学病院では、平均在院日数がまるでちがう。DPCのデータは公開されているから、想像ではない。急性期医療の平均在院日数も、他の先進国のそれと並ぶ時代がやってくる。

組織医療としての病院

(327)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

― 阪神淡路大震災から20年 ―

個人は3年で忘れ、組織は30年で途絶え、地域は60年で忘れる。歴史的な事象も300年で社会から消え、1200年経てば誰も知らなくなる。

「失敗学」の畑村洋太郎先生の言葉である。吉村昭は「三陸海岸大津波」(文春文庫)で明治29年、昭和8年、昭和35年に三陸海岸に押し寄せた大津波の様子を克明に描いている。東日本大震災で、「想定外」という言葉が使われた。この本を読むと、被害は想定外ばかりではなかったことが分かる。

今年1月17日で阪神淡路大震災から20年をむかえる。震災で犠牲となった方々の鎮魂のために開催されているルミナリエも、年末のイベントとして、楽しんでいる人が増えたという。嘆かわしいが無理もない。人も組織も地域も忘れるのである。

この紙面をお借りして、阪神淡路大震災を振り返り、忘却のあなたの記憶を呼び起こさせていただくことにする。

平成7年1月17日午前5時46分、阪神淡路大震災が発生した。淡路島の北淡町を震源地とする直下型のマタネチノード7.3の大地

震。死者6443人、負傷者43万人、倒壊家屋25万棟以上。多数の人命が失われ、多くの家屋が壊れ燃えてしまった。家族を失った人、危機一髪で難を逃れた人、怪我をした人、心に大きな傷を負った人。程度は千差万別であるが、一人一人にとってはそれぞれが大惨事であった。

前日、リビングで寝転がりながらノートパソコンで夜遅くまで仕事をし、そのまま眠っていた私は、ドーンという大きな音と上に突き飛ばされるような激しい振動で目が覚めた。

子供が寝ている部屋に飛んで行き、子供たちを両手で抱きかかえた。立っているのが辛いほどの揺れが続いた。電気はつかず、息をひそめて夜明けを待った。家と家族の無事を確認して、車で10分程のところにある病院へ向かった。

いつも通る道は地割れしており、電線が道路に垂れ下がっている。国道沿いの大きなビルが何棟も膝を折るように倒れている。あちこちで黒煙があがっている。信号が消えた国道をゆっくりゆくりとハンドルから身を乗り出すような運転で、病院へ向かった。

ようやく辿り着いた病院は、自

動ドアは開いたままになっており、天井からポタポタと落ちる水の音が異様に響く奇妙な静寂に包まれていた。自動販売機が廊下に横倒しになり、ガラスが砕けその上をザクザクと歩いて医局へ向かった。医局のソファは倒れてきた本棚の重みで脚が折れ、十数個の机は肩を並べるように片隅に集まっていた。

薄暗い病棟での、夜勤看護婦の冷静さと院内に負傷者はいないという報告が大きな救いであった。病院中で器具は散乱し、壁には亀裂が入り、あちこちに水たまりができ、棚という棚は横倒しになり、点滴ピンは砕け散り、薬もカルテもあたり一面に散乱していた。

時が経ち病院へ沢山の負傷者が運びこまれてくるのを見て、極めて重大な現実が分かてきた。

最初は、打撲や挫創などの軽傷者が多かった。それでも外来には負傷者が溢れ収拾がつかなくなってきた。電気もガスも水道も止まり、薄明かりに中での診療が続く。しばらくすると、家屋の下敷きになった人が運ばれてくるようになった。すでに息絶えている人もいた。

気管内挿管、人工呼吸、心マッサージ。するべきことは分かっている。しかし、人手がない。道具もない。そして負傷者はあまりにも多い。

外来ベッドはすぐにいっぱいになり、ロビーの長椅子も足りなくなった。床は負傷者で一杯となった。

ピアノの下敷きになり圧死の状態に運びこまれた娘にすがりつく母親。息を吹き返さない妻の胸をいつまでも押し続ける初老の男性。顔じゅう血まみれになりながら老母を抱きかかえ運び込む若い男性。呻き声、号泣、悲鳴。まさに、阿鼻叫喚の世界。

無我夢中で治療に当たった。近くの寮から駆けつけ泣きながら患者の手当てをする看護師もいた。電気もない、器械も使えない、薬も足りない。無力感を覚えつつ、とにかく一人でも多くの方を救わなくてはならない。医療に携わる者としての使命感のみで働いた。

夕方、仮復旧で病院には灯りがつき、朝のパニックは少しずつ収まりかけていた。気が付くと衣服はどろどろで手には血糊がこびり付いていた。手を洗う水もなく、リハビリ用のプールの水で手を洗った。暖房の切れた病院は寒かった。

大きなバケツで熱い御飯が届いた。調理室のある地下は、液状化現象のためどろどろになっている。調理師は医局の倒れた本棚を調理台にして、点滴用の生食水を使っておにぎりを握り、入院患者と職員に配った。みんなむさぶるように食べた。美味しかった。

地震当日、推定200数十名の負傷者が来院し、22人が死亡した。病院も大きく傷み、多くの医療機器が壊れた。水もガスも電

気も止まってしまった。飽食暖衣の恵まれた生活が一変した。ライフラインが途絶え、短期間ではあるが飢えも体験した。

その中で病院は多くの方々に助けられた。夜勤で震災に会いながらもそのまま患者を守り通してくださった方。昼夜を分かたず修理に当たってくださった方。水の手配をしてくださった方。黙々とトイレ掃除をしてくださった方。重い容器を運んでくださった方。こつこつと後片付けをしてくださった方。患者の移送や受け入れ病院の手配をしてくださった方。患者の安否を調べてくださった方。役所や業者との折衝や支援助資の振り分けをしてくださった方。食事の世話をしてくださった方。

多くのことを知り、そして学んだ。混乱の中で発揮された個々の秘められた能力。飾りのない状態で分った人間同士の絆と真心。暗闇で知った電気の有り難さ。飢えの中で知った握り飯の美味しさ。蛇口から出る水の有り難さ。熱いお湯がいっぱい入った風呂の温かさに生きている喜びを感じた。

今にして思えば本当によく持ちこたえ、よく立ち直ったと思う。震災以来、私の使命は病院の安全保障であると心に決めた。喉元過ぎても熱さは決して忘れまい。学んだ多くの教訓は風化させまい。

介護保険事業を中心に福祉サービス事業体においても人事考課を導入しているところが多くなっている。しかし、その運用や効果性については問題を抱えている事業体も少なくない。

筆者の経験で言えば、制度そのものが適合性に欠けるものであったり、杜撰な運用をしているため却って職員のモチベーションの低下や不満要因を増幅させる結果になっているところもみられる。

今回は、制度導入にあつたての基本的考え方や仕組みづくり、運用上の留意点について述べておきたい。

4つの基本的視点

組織は目的集団であり、協働の仕組みである。営利・非営利を問わず、どのような組織においても活動のシナジー（相乗）効果を高め、使命や目的の効果的・効率的な実現を目指すなければならない。そのためにマネジメントが必要であり、人材マネジメント施策としての人事考課もまたそのためのものである。

したがって、問題があるからと言って「福祉サービスの職場に人事考課は馴染まない」というような短絡的な発想を支持するわけにはいかない。

人事考課の導入・運用にあたっては、4つの基本的視点を押さえておく必要がある。

1 事業特性への適合性

第1の視点は、福祉サービス事業への適合性である。事業種別によって違いはあるが、福祉サービスは「生活の支援を必要とする人々に対して専門的なサービスを提供すること」を使命としている。

さまざまな機能（職種）を担う職員が連携・協働（チームアプローチ）

る。

人事考課は、「期待する職員像」を前提に、「その成果や取り組み姿勢」「必要な職務遂行能力」等を評価するものであるから、人事考課の評価項目には福祉サービス固有の要素や法人・事業所独自の要素を加えていかなければならない。

問題事例の多くは、この適合性に欠けるものが多い。産業界（特にメーカー等）の人事考課の事例をそのまま模倣し、導入したのでは、形は整ったとしても本来の目的を

し、フィードバックすることにより

誰もがもっている「認められたい」「承認欲求」を充足することになるし、次のステップへの自己研鑽意欲を喚起することにもなる。

こうした人事考課のメリットを活かすためには、導入する制度に対する納得性が前提条件となるものである。何のための人事考課であるか、どのような基準で評価されるのか、評価の結果はどのように活かされるのか等が明確でなければならない。とくに、考課者自身が自己納

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑪

人事考課制度の導入を適正な運用（その2）

宮崎 民雄

（株）ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 統括フェロー

チ）を通じて、24時間・365日、利用者が必要とするサービスを提供していかなければならない。

サービスの担い手である職員には、職種を問わず①福祉サービスの理念や倫理を押さえた専門性が求められるし、②チームケアの一員としての組織性が求められる。つまり、組織が期待する「職員像」は、同じサービス業であってもホテルやレストランと同一ではなく、福祉サービス固有の特性があり、この点に着目した制度の構築が望まれ

現でできる制度として機能しないことになってしまう。

2 職員の納得性

第2の視点は、職員等関係者の納得性である。

人事考課制度を通じて「期待する職員像」やそれぞれの職員の職位・職責・職務内容に応じた「役割行動とそのレベル」を理解すること、職員にとつてめざすべき「努力の焦点」が明確になるものである。また、その基準に基づき「期間中の職務行動」の成果やプロセスを評価

得でできるものでなければ自信をもって評価することができないだろう。

3 丸秘ではなく透明性を

第3の視点は、透明性である。人事考課にはネガティブなイメージが付きまとう。「エンマ帳」式に欠点やアラ捜しをされているのではないかといった疑心暗鬼が働いてしまうこともある。しかし、ネガティブ・イメージのままで人事考課が行われたのでは人事考課本来の目的の

実現は難しい。

人事考課は、基準に基づく評価であり、職員の能力開発やモチベーションの向上、公正処遇を実現するものである。

導入に当たっては、その趣旨や考課の基準、手続きやルール等を丁寧に説明し、共有しておくことが大切である。

考課者と被考課者が共通にもつ「人事考課の手引き」を作成し、職員説明会や人事考課研修会（とくに。考課者研修会）等を実施し、考課結果についても秘密裡にするのではなく、フィードバックする等透明性を確保することが大切である。

4 公平性を担保する

第4は、公平性を担保する仕組みである。

これからの人事考課は、「減点主義」ではなく「加点主義」、「相対考課」ではなく「絶対考課」が望まれる。その結果を処遇（昇格や昇進、昇給・賞与等）に反映することになる。公平な評価を行わなければ人事考課の信頼性は失われてしまう。

査定運用の際の「甘辛調整」や「絶対考課の相対化」等、運用ルールを明確にしなければならぬ。今回のテーマとしたい。

四苦八苦

仕事は苦しいものだし 社会医療も苦でありたい

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 四苦八苦」
マゾヒスト、わたしはそうではないかと思うことがあるほど、苦が好きな。ムチで打つとか虐待される肉体苦ではなく、精神的に苦痛を感じないと、生きてる気がしない。ゴルフのときだって、年寄りイジメとは思えないコースや人がある。特に、わたしより上手な人がナイスショットをされると、口では「ナイスショット」なんて言うけれど、腸は煮えくり返るばかりだ。

仕事も、苦しくない仕事ではないというのが、わたしの仕事観だ。また、当たり前のことだと思ふ。「楽しんで仕事をしよう」なんてアホなことを口にする軽薄な人がおられるが、仕事は苦しいからやり遂げたとき、楽しくなるの。

もともと現実的かというと、楽しんで職員の育成はできますか、と問う。職員研修を他に依頼して、うまくいきますか、なのだ。職員研修の仕事をしていて一番苦しいのはここにある。職員研修なんて、せいぜい一日か二日だ。そこで目覚めた職員が、職場に帰って上司や同僚、さらには後輩の仕事ぶりをみたとき、どう感じるかだ。

さらに現実的かというと、院長の苦闘している姿に動かされるのか、自分だけの楽を求める姿にがっかり

りするか、なのである。自分に厳しい上司か、自分に甘く楽をしうとしている上司かだ。「仕事運は上司運」とは、誰が言い出したのか知らないが、至言だ。

そもそも、人間、生きていることそのものが苦しみだと、わたしは自覚して生きている。だから、苦しみことのみ多かりきは、よくわかるのである。ただ、軽口で苦あれば楽ありといわれても、その苦を実感できない存在の人は、嫌いだ。と書いて、そんな人にわたしは会ってこなかった幸せを感じる。みんながマゾヒズムで生きているとは思えないが、苦しみのない人生は絶対にないが、実感だ。

いまでもそうだが、病院や施設という機械化できない産業では、職員の質が経営を左右する。いい医師、やる気のある看護師、情報発信源の自覚のある医事課の職員、その質が政治家並だったら経営はおかしくなってしまう。

良質、高質の職員を揃えることは、並大抵のことではない苦しさがあり、楽にはできないことになったら、わかっていただけだと思う。この会社はブラックだといってはいる社員の、なんと気楽なことよ。わたしの独断だが、

仕事をして賃金を得るのは、苦しいものなのだ。その苦しさから逃げようとして、自分の会社（病院でも）をブラック呼ばわりするのは、楽を求めるからなのだ。

そんな気持ちで仕事をしているから、毎日が苦しい。院長がもう少ししつかりしてくれたらなんて、苦しみの極みだ。それを看過できないから、ソローと意見を言う。ヒステリックに言うのは、結果を考えない自己満足だと思っている。

老人施設は選別される。病院も選別されるが、それより前に医療保険を支払う若者がじわじわと減っていく。患者の質が問われる声は「老人医療を考える会」の機関紙にも掲載されていた。

地域住民の意識を変えるなんて、楽にできたり、楽しくできることではない。だから、その仕事に最大の関心があるのである。昨年亡くなった並の経済学者ではない社会経済学の宇沢弘文さんが、怒声を発して怒る映像は、わたしへの鞭となっている。

社会医療研究所の社会医療とはなにを意味するかは、何回も書いた覚えがあるが、故宇沢弘文さんと同じ思想だ。その「社会医療」も病院の場合は「税金が安い」に置き換えられて参入されている傾向もないではない。実態としての社会医療法人であっていただきたいと、願うのである。

岡田

識者から学ぶ

金言、金句

「毀譽得喪」は、人生の雲霧録
By 佐藤一斎（言志耄録）

母校、興譲館高校の日捲りにある警句である。人から中傷されようが、誉められようが、そんなものは人生の雲や霧のようなもので、放っておけばやがて晴れる。そして、損しようが得しようが、いつときの雲や霧であって消滅するもんだ、という意味だ。

正月だからといって、心を新たにするために書いたものではない。わたしの生き方として、教えになつてい

るものだ。そりゃ、損するより得したほうがよいと、心は動く。ところが、儲けてやろうと思つて買う馬券は、雲散霧消してしまうこともある。たまさか大きい馬券を取つても、そんなお金もどこかに消えてしまう。

マジな話、中傷は受ける。でも、その人にとつてはわたしは憎い人なんだから、仕方がない。いわゆる受け流していると中傷が称讃に変わることもある。いちいち気にしたつて、他人様のおもひなんだからどうしようもない。霧が晴れるのを待つのも人生だ。

最近、人生の終わりをみたいなことを書くね、といわれることがある。これは中傷ではないのだが、わたしにしてみれば人生の終わりに近づいているんだから、その気が文章に

なるんだよ、だ。特別に修飾して書いているわけではなく、自分の気が言葉になるのだ。

我欲を制する意味なんだろうが、昔も今も人間社会はかわりない。どんなにITが進歩しても、ITに占拠された人間は出てこない。いかにも、ITで武装化されたようにみえても、本心はそうではあるまい。そう書いて中傷が湧いてきた。総理大臣までになった、いや、いまや東京オリンピックの要職にある森さんが、ITのことを「イト」と言つてたね。

それもいつときの誤りで、その後は「アイティー」と言つてたからいいんじゃないという霧の気分だ。わたしも、ときどき意味が分からない文字をみるが、慎重に調べてみる。最近の代表は、ガラケーがなんでガラケーかが分からなかった。そんなときこそ、訊くは一刻の恥と心得ている。

天候と同じように、人生も晴れたり曇ったり、強風や豪雨のときもある。心を静めて過ぎるのを待つ領域には達していないが、毀譽得喪のない人生はない。それも、自分で動いて得るものではなく、他人様の評価なんだから、そこに自分が映っているのだ。反発や、驕つたらオワリだろう。

暮れに、子らに遺言みたいなのを渡した。なんと気分がスッキリするもんだと、新しい発見だ。お勧めはしません。

岡田

この一ヶ月の
喜怒哀楽

◎彼方の老人福祉の現場

♪うさぎ追ひし 彼の山♪ 特
養ホームでも認知症病棟でも、デイ
サービスでも、定番の歌だ。わたし
も、この「ふるさと」の歌はノスタル
ジーに駆られる。

トスマホ撥ねし あのととき、ゲー
ム嵌った かのとき♪ 特養老人
福祉の現場では、こんな具合だろ
う。バアチャンはAKBのつくられ
たヒット曲を振りをつけてヨタヨ
タと踊っているし、ジイチャンはEX
ILEらしく跳ねようとして腰を
痛めしゃがみこむ。時代とは、
そういうものなんだろう。ビー
トルズを唄ってたジイチャンた
ちが死んだ後だ。

居室は現代より広くなっており、
IT機器が並べられている。ピック
リトイレなんて、どんな田舎に行っ
てもあるだろう。居室や名札はキ
ラキラネームで、あんななんて名前
なのと訊かれてるんだらうなあ。そ
れはそれで楽しんだと思う。それ
が時代というもんだと中島みゆき
さんは、歌ってないか?!

◎ウチの嫁と、コノ嫁

1頁にチラッと脱線して書いた
が、日本の政治家は自分の国のこと

をなぜ「この国」と言うのだろう。
病院の管理職や職員、ましてや理
事長クラスが「この病院」と言ってい
る病院は、ロクな病院がないよ。去
年だけで、事務長さんクラスが二
人、「この病院」と言ったので、
厳しく指摘した。

どういう心理かというと、当事
者意識の欠如、愛情の欠如なのだ。
ウチの嫁というのと、コノ嫁というの
では家族という意識があるかない
か、なのだ。昨年暮れには、民主党
の岡田克也代表代行が「この党は
……」と発言していたことが新聞
に出ていたが、そりゃ「わが党」だろ
う。同姓は無関係だが、オカダにも
イロイロな人がいる。

◎女子プロと男子プロのちがい

プロといってもレスラーではなく
ゴルフだ。女子プロゴルフ協会が
女子プロゴルフの全会員に箸の
持ち方、使い方を教えているテレビ
の映像にひかれて、しばらく見てい
た。名刺の出し方、挨拶の仕方など
マナーをしっかり教えていた。
新人ではなく年輩の女子プロも
すべてだ。

スポンサーの人たちとのパーティ、
プロアマ競技でのアマチュアとの接し
方、それが昔はマナーがアマチュアだ
つたので、何年間は義務として
マナー研修に参加させている。
女子プロゴルフの競技数が増え
るのは、当たり前だ。

男子プロは、競技中タバコは吸う

し、クラブを叩きつけるし、ミスする
とふてくされる奴がいる。テレビは、
嘘をつかないし視聴者から指摘さ
れて反則をみつけれられている。プロ
なんだろうが、と思う。

病院だつて老人施設だつて、ひど
いマナーの職員がいる。ダメージジ
パンで出勤している職員を見ると、
その病院の品格を評価してしま
う。わたしの話ではなく、患者
さんやご家族も感じていることだ。
昔は、医者がサンダル履きで働いて
いた病院が多かったが、最近は減っ
てきた。走らなくて済む病院は限
られている筈だ。

でも、形だけの接遇研修で逃げ
たらダメで、形から魂に入っていかな
いと魂の抜けた小保方さんになつて
しまう。アノヒト、これからどうす
るんだろう。

◎夫婦の会話30分以内、27%

病院でも老人施設でも、職員同
士や職員と患者さん、利用者さん
の会話は大事だ。職場だからしっか
りやるけど、家に帰ってからの夫婦
の会話が30分以内で、背中が固ま
らない?! どんなに暖房を入れて
も、ヒンヤリしてない。でも、それが
30%近くいるんだ?!

マア、よその家庭のことだから口
出しはしないが、職場で会話がな
いは困る。無駄なオシヤベリはす
けど、真の会話がないと職場も固
まるし、ヒンヤリするぞ!!

夫婦の場合は家庭環境の問題だ

ろうが、職場ではその職場風土の
問題だと決めつける。明るい病棟
と、なんとなくクライ病棟の会話
量はまるでちがうからだ。なにも、
LEDで明るくしろといっているの
ではなく、会話、対話を多くしても
つとコミュニケーションをとることだ。

◎ノーベル賞の日本人、3人

右の小見出しでしみじみ感じた
ことは、人間は画一ではなくちが
いがある。3人3様、ご年配の人はそ
れなりだし、他のふたりはキャラが
ちがう。どっちが善でどっちが
悪というものではない。

昔、「ちがいのわかる男」なんてC
M(たしかインスタントコピーのC
M)があったが、わたしは3人の日本
人ノーベル賞受賞者のちがいを感
じ、生きてるおもしろい。大切な
紙面をつかって、なんでこんなこと
を書くかというと、病院や老人
施設になると、職員にある程度
以上の画一化が必要という論者
だからだ。

キャラのちがいがあからといっ
て、逃走する職員を野放しにして
おくと、とんでもないことになる。

自由とは自分だけが自由と思っ
ても、まわりはその自由によって
不自由になっている例はいくつも
ある。医者に対して自由にモノを言
うといつて医者を不自由にさせ、結
局、自由と思ひ込んでいた自分が孤
立という不自由になってしまう。自
業自得であるが、この手の管理職

は病院にはいる。もって瞑すべしな
のだが、自由だ自由だと口にする
人は、ほんとうは不自由な人だな
あと気の毒になる。まわりを視て、
自由と言え。

◎後妻業があつて後夫業は?!

わたしの永い人生経験、ホント、
永すぎる人生経験でいうと、50歳
以上の男が嫁さんに死なれたり逃
げられたりした後に、若い後妻を
もらうと(↑コレ差別用語)にも
毒を盛らなくても死んでいく。何
人もみたし、ナンヤラ チャさんな
んてテレビで見たら見られたもので
はなかった。張り切らなくてもいい
のに張り切るから、死ぬ?!

しかしいまや、後妻業は本のタイ
トルにもなるし紹介所に行くオト
コは多いという。一方、後夫業は
あまり話を聞かない。ウチの近
所のバアチャンも旦那が死んで
一年もしたら、形成外科で顔を
整えるは、着るものは派手になる
わ、それまでの地味で貞淑な姿と、
様変わりされていた。それが、男と
女のちがいと思う。

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信

医療の沸騰点



— 地域包括ケアに代表される

病院の機能別連携—

岡田 玲一郎

わたしが診療報酬や医療制度について分からないことがあると最初に教える人を工藤高さんである。「日経ヘルスケア」誌に「病院経営最前線」を連載されている。

最近頂いた情報に「本年4月から入院患者はなぜ減ったのか」というブログがある。「ある方」と記してあるが「消費税増税の影響が大きいのでは」と鋭い意見があったそうだ。買物や外出を減らした結果、転倒する機会や事故に遭う機会も減るという意見である。わたしは、それもあるけれど日本の社会全体が気分的に沈み込んでいると感じているので、入院も億劫になる気にもなるとみている。株式を若干でも保有しているわたしの気分と、非正規社員の方で蓄えのない人とは、ずいぶんちがう。格差社会は現実だ。

病床機能分化が明確になり病院の入院患者も減った
一般急性期病床の怪しさについては、もう書き飽きた。一般の付かない急性期病床の入院患者も絶対に減少し、一般急性期病床と

称している病院病床も減少する。1頁に書いたことと連関するのだが、過信の話ではなく社会の動きがそれを招くと言っておく。

LTACについても、6年間も書いてきた。これも、社会の動きなのである。アメリカ産だが、アメリカはアキュート・ベッドでゼネラル・アキュート・ベッドではない。もっといえば、脳血管系の病気で90日以上も入院できる急性期病床はない。でも、わが国の一般急性期病床では許されてきたのだが、この一年で潮が引くように急性期病院からいなくなった。

いや、まだタバコを吸いに外に出ている急性期病床の入院患者がいるけれど、こんなことが許されるのが、おかしいのである。わたしの感覚でいえば、高額な国民健康保険料を徴収されている身になってみる、なのである。早晚、そんな患者はせいぜい回復期病床の患者になるし、やがては病院病床の入院患者ではなく、家や施設に戻れない人の生活する部屋や寝床で生きていくことになる。

それが、日本版LTAC病床で

ある地域包括ケア病床から転棟、転院する患者の行き場なのである。地域包括ケア病床の現状をみると、急性期病床から移られてきたからの平均在院日数は、わたしの知る限り50日以上の地域包括ケア病床はない。もちろん、長い病床もあるのかもしれないが、ポストにしろサブにしろ急性期ではない患者さんの平均在院日数は、私見ではあるが40日ぐらいになると思っている。これから先の話だが、そこから先がもしろいのである。

先の工藤高さんと暮れに会いお話を聞いたのだが、地域包括ケア病床と医療療養病床や急性期病床とのいわゆる患者のキャッチボールは制度として不可能だそう。日慢協会長の武久洋三先生とLTACに関して語り合ったとき、アメリカのSTACとLTACの混合病院のように患者の転棟については当然の規制を設けるべきだとお願ひしたので思い出す。というのは、DPC制度が充足して間もなく、いわゆる患者の病棟間のキャッチボールが顕著にみられたからだ。原因は「病院が儲かる」からで、そんなに医学的に難解な話ではない。病名が全国的にみて突出して多いDPC病院も、同じ理由で厳しく指摘されていた。

従って、地域包括ケア病床はわが国の機能別病床を明確化させることになってくるのである。わたしのいう「ナメルな派」の地域包括

ケア病床は、やがて自滅する。それより、救命救急から社会復帰に到る一連のケア機能の主要な一翼を担っている「自覚派」の地域包括ケア病床が存在価値を発揮する。しかし、問題はその機能を発揮できる「医療チーム」が確立できるかどうかであろう。

地域包括ケア病床のキーワードは「忙しい」だ

医療療養や一般急性期から地域包括ケア病床にされた自覚派の病院の医療チームが異口同音に言われるのが「忙しくなった」という充実感である。決して苦情ではないところが自覚派の自覚派たる所以である。それも、大学病院等の急性期病院で「患者離れ」のよい病院と連携を組まれている病院である。しかも、しつかり急性期医療を提供されている急性期病院は地域包括ケア病床を選別されている。実力の程は、何人かの患者を紹介すれば明々白々だから、患者さんの幸福を求める急性期病院は実力のある地域包括ケア病床に患者さんを送らせていただいているのである。いまもあるのだろうが、回りハ病床のリハスタッフが、こまめに固まらさないで、もっと早く送ってくれば、と同じ現象がやがて地域包括ケア病床のスタッフから出てくるだろう。

つまり「ナメルな派」の地域包括ケア病床の前途は容易ではなく、

「自覚派」の病院がさらに成長していくとみている。それは同時に急性期病院にもいえることだ。短絡的な考えではなくエセ急性期病院の中に非急性期の患者を抱え込んで経営が苦しくなる病院が出てくることを、示唆している。

そう考えるというか現実をみていくとき、地域包括ケア病床は施策としてヒットだと思う。そして、病床機能をいくら「報告」しても、その地域で機能別の適正な病床数が打ち出されてくる。何回も何百回も書いた「自称機能」は社会性を持たなくなってくるのである。

しかし、病床機能報告をみていると、病院さんなんでも「急性期」が好きというか、こたわるというか、急性期が上という意識が抜け切れていないと、わたしは思う。そんなことはなくて、去年、何回か書いた真の医療療養病床が社会的に不可欠なのである。政府も、最近はいく「横ぐし」という表現をするが、サイロマネジメントではなくインター・デイスプリナリーが求められているのである。

いままでのわが国の機能別病院（棟）は、マルチ・デイスプリナリーだった。日本語でいうと縦割りでインターがなく、それぞれの機能内で自己完結していた。これからは、言葉だけの「地域連携」ではなく、それぞれの病院の機能を自覚したインター・デイスプリナリーの時代がやってくる。

ふと気がついたことだが、わたしは医療業界に身を投じた（身投げみたいな気がする）のは1954年だ。それから60年余の変化は、凄まじいものがあった。その経験から、20年後の病院はどうなっているか、予見してみた。けれど、大胆な予測ではなく、常識的な、しかし私的な予見である。

医療界に入ったときは、極端な病床不足だった。入院は「させてあげる時代」で、予備室や廊下でベッドを置いて、押し寄せてくる入院が必要な患者さんに対応していた。もちろん、当時から老人問題はあり、退院しない（できない）老人患者に

「待つてる患者さんがいるんだから」と、半ば脅迫していた。

そこで起きたのが病院の増床ラッシュだった。人口当たりの病床数が先進国の中で異常に多くなった原因が、そこにある。当然、国民医療費は右肩上がりで増加し、当時の厚生省が地域医療計画で病床規制に乗り出したのも、当たり前前の話だ。しかし、病院側にとっては当たり前ではなく「よその病院が病床を増やすなら、ウチの病院も」と駆け込み増床が起きたのである。抜け穴や、工作がずいぶんあったことが懐かしい。

これから10年後は、増床ではなく病床機能の明確化である。急

十年後の病院



性期病床だけでは、病院は保てないだろう。病床機能別に地域連携が可能ならよいが、病院の院長は未だに「オレがオレが意識」は抜けない。非営利法人グループの話が主として経済畑の人から出るが、わたしは不可能論者である。されば、自己完結型の病床機能確立を目指さないと、急性期後の患者の行き先に苦労されるだろう。

医療を含めた療養機能病床までは必要ないと思うが、急性期なればこそそのリハビリの高機能が求められる。それこそ30年前にはリハビリは視力障害の人がやっていた物理療法を急性期病院でも実施して

いた。いまや、急性期機能を明確にしている病院では物理療法は消えてしまった。「気持ちいいからやつもらうリハビリ」も、やがてリハビリの範疇から消えていくだろう。が、いまでも理学療法に「気持ちいいから」が残存している病院もある。急性期と気持ちいいは、相反すると思う。

高度急性期も、一昨年に出たものとは変化し、高度医療研究教育病床と、高度急性期に分化する。高度医療の研究と教育は医療の進化に絶対に必要だが、これは診療報酬ではなく、「研究・教育費」として文科省が適切どころ

がカバーすべきものだ。どっちにしても税金から出費させるもので、病院側も国民も納得できるものでなければならぬ。消費税を15%にしても、いまの若い人の社会保障費は賄えないのではないか。

必然的に富有層への課税が強化される。富裕層もそうだが、富裕層の人には、少し税率を低くしてもらいたいものだと思う。富はあるけれど、そこに到る損金も多いからだ。自分のことをいつているのだけれど、考えてみたら10年後には生きてないと思うので、記録として停めておくことにする。

ともあれ、病院は社会保障費の中

の医療費を支払うに足る機能を持つていなければ、生きていきまい。20年から30年前に行っていたアメリカの急性期病院が次々とLTAC病棟を持ち出したのが印象深い。

在宅看護を主とした在宅ケアも進化するだろう。現在の「在宅支援」と称するだけの病院、診療所ではなく、実際に在宅支援ができるか否かが問われてくる。

それらの機能を医療側が自主的に管理するのが「病床機能管理委員会」になる。医療安全管理委員会がナアナアになっている病院とそうではない病院をみると、これからは自主管理、自主規制ができていくかどうか、問われてこよう。貴重な税金ゆえんだ。岡田

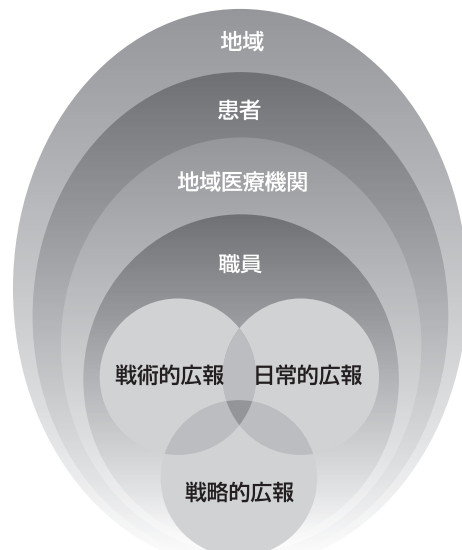
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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394回 これからの福祉と医療を実践する会

解散総選挙で圧勝した安倍総理は12月21日、経済財政諮問会議で「介護報酬はめりはりを利かせ、適正化を」と方針徹底を求め、厚労省は防戦一方だ。減額改定で揺れる介護事業者も医療・社福法人も大きな転換点で事業戦略の練り直しになる。報酬答申が1月末か2月初に発表されるが、自らの贅肉を削ぎ落とすことになる。

総理が進める混合診療の拡大解禁は金融庁民間保険サービス給付解禁にかかり、金融口座マイナンバー登録で資産把握・応分負担も現実となる。サ高住17万戸、有料ホーム36万戸の計が特養51万人を上回る現実から老福法29条を廃止し、国交省へ有料ホーム移管検討や特養老健の見直しまで官邸では言及する。社福法人と持ち分放棄医療法人とを合併させる非営利カンパニー制度の創設も迫る。日医

横倉会長は「地域包括ケアは地域医師会主導で」と給付除外の介護予防（医療）事業、要介護者圧縮の地域ケア会議での医師会積極参加を各医師会に通達した。在宅医療連携拠点事業は上流（病院）から下流（在宅介護予防）までの関所となり、オランダ型包括在宅医療が30年ダブル改定への展望だ。

一昨年4月の診療報酬改定が単価増減ではなく在宅復帰等の制度変更により中小病院は追い込まれ、

今度は特養老健通所の再構築から在宅医療と住まいと小多機・24時間訪問への30年展望を見据えた大きな流れである。これら混迷する多くの課題を整理した上で、あるべき戦略を、そして本質的な対応を模索、展望する例会となる。

（今瀬俊彦・鈴木喜三）
日時 二月二十七日（金）
午後二時～四時半

これからの介護・住まい・医療に求められる地域包括ケア本質戦略……報酬減に見る今後の事業戦略発題者

（株）今瀬ヘルスケアコンサルティング
所長 今瀬 俊彦氏
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



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

▼一月六日の日、中華料理店でランチをしていたら、前にある病院の車椅子に乗って入院患者のジイちゃんが来た。息子が娘夫婦と思しき人と一緒だ。「生ビール、コップ、ミツ」ときた。馬鹿野郎、生ビールをコップに分けられないぞと思つていたら、店の人に「無理ですよ」と言われて、引込んだ。日本の病院でも、まだこんな病院があるのを見て、悲しかった。

▼このジイちゃん、たぶん一割負担だとみたが、残り九割は国民負担だ。病院もいけないけれど、国民もいけない。個室に入つて飲めばいいのに。病院の入院基準に合致しない入院患者を入院患者扱いにしないで、宿泊料を取ればいい。

▼こつちもジイちゃんだから、正月に岡山空港で「歩行禁煙」と看板が出たから、歩かないで立ち止まってタバコを吸った。この場所ではタバコを吸わないでと出しておけばいいのに「歩行」は余分だ。

▼その正月はゴルフを3回したが、80歳になってから最高の飛距離が出て、嬉しかった。ゴルフのコツが「飛ばそうとするから飛ばない」にありと、新しい発見をした思いだ。

▼今年も、スケジュールはほぼフルブックングだ。思いつき切りと心に決めていたからだ、これも今年いっばい。来年はユルユルのブックングにすると決めた。

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