

社会医療ニュース

地域包括ケア病棟ではなく 地域包括ケアシステムへの参加

所長 岡田玲一郎

地域包括ケア病棟が増えた。10月の病床機能報告がきっかけのように思うが、あれは報告であって地域包括ケアシステムのある部分を担う機能を有してないと、もしかしたらダメになるかもしれない。もちろん私見である。

地域包括ケアシステムという 社会システムという自覚

わたしは、昨年から地域包括ケア病床には3派があると明言していた。「ナメルな派」は、地域包括ケア病床は社会医療を構成するシステムのひとつの機能という自覚がないまま参入している病院だ。その一方で「自覚派」は、急性期から始まる国民の病気をいかに効率的に機能の流れに乗せる病床だという自覚のある病院だ。事例的にいえば、在宅支援機能が充実しているか、地域連携を強化されている病院である。数は少ないのだが、わたし個人へ

の反発か、地域包括ケア病床の機能に対する反発をもたれている病院もある。わたしは、これを「反発派」と名づけている。良い、悪いの話ではなく、それぞれが病院による選択と決断による。

地域包括ケアシステムは、社会システムであると先に述べた。在宅医療支援や介護支援から入院される、いわゆるサブアキュート機能の病床が社会では求められているし、救命救急や急性期の病院がいつまでも抱えていけないポストアキュートの患者さんの受け皿、通過機能の病床も社会的に必要な。

例えば、「地域包括ケアセンター」をセットアップされている病院をみると、在宅の口腔ケアから国民が生きていく場所である老健施設や高専賃を備えられている所もある。地域包括ケア病床は、しばらくの間は、診療報酬で「得」だからと参入された病院とは、志の上で大差がある。しかし、いつ

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

もう一人間の為せる人々は、どうしても損得に目が向くものだ。しかし、わたしは地域包括ケアシステムという社会システムの一翼を担うという強い志がなければ、やがて療養病床や7対1看護病棟で噴出している矛盾に苦しめられると言する。

回復期リハ病棟にしても、利益が出るからという動機で地域で必要としない多くの病床の回復期リハ病棟を設けられた病院で、このところ半数以下に減床したり他の機能の病床に転換されている病院も目につく。7対1看護管理料が高いからといって、重症度の高い患者や看護必要度の高い患者さんがおられないのに、看護師の員数を増やした病院も、10対1看護になさっている病院も多い。もちろん、粘り強く7対1看護を死守されている病院もあるが、そこでは一部の看護師が精神的に死んでいる。実際に話してくれるのだ。

地域包括ケア病棟は 医師の平均年齢が問われる

医師も人間だ。60歳を超える二次救急のための当直はしんど

い。さらに、地域包括ケア病棟に入院なさる患者さんは、ポストであれサブであれアキュートだ。並外れた元気のあるお医者さんは別にして、アキュートの入院患者に対応するのは体力を必要とする。その根拠は、地域包括ケア病棟を持たれた病院のお医者さんや看護師さんが異口同音に「忙しくなった」と仰るからだ。やはり、常勤医の平均年齢は問われると思う。

看護師も医療療養病棟のときと全然ちがうと言われる。わたしの知っている地域包括ケア病棟の看護師は、自院か他院の急性期病棟で急性期看護の現場で学習されておられる。つまり、地域包括ケア病棟とは、急性期看護の経験者か日慢協で実施されている「慢性期ICU看護」の研修が必要なのである。地域包括ケアには在宅時の急変にも対応しなければならぬからだ。それだけに、機能を発揮できるだけの看護力、医師力が必要だという自覚が求められる。

武見太郎元日医会長は、しばしば「コンプレフエンス・メイシン」を提唱されている。亡くなられて何年も経つが、わたしはこの言葉が焼きついている。ワシマンとか喧嘩太郎と称されていたが、わたしは優れたリーダーだったと思っている。

北欧でいう「揺り籠から墓場まで」も、地域包括ケアだと思おう。救命救急センターだけしかなかったら、地域のケアは崩壊する。慢性

期医療だけでも地域ケアは成り立たない。そのいずれもも相関して地域包括ケアが実現できるのである。例えば、慢性期医療がなかったらどんなことが社会に起きるか、誰が考えても社会医療は成り立たないものである。もちろん、救命救急センターがなかったら、同じことなのである。

それだけに、地域包括ケア病棟をセットアップなされようとするなら、病床、病棟のセットアップではなく、地域包括ケアシステムの一翼を担う自覚が必要だと申し上げたいのである。確かに、亜急性期病棟より収入が上がる。しかし、医療とはそもそも損得の問題ではないのではなからうか。

むろん、お金になったほうがよい。経営は維持しなくてはならない。ただ、お金や経営を目的化したら過去に経験し、現在進行形でもあるお金にならなくなったり、経営が苦しくなる結果を招くのである。綺麗事と蔑まれても、わたしは痛痒を感じない。むしろ、綺麗事とは文字に反して、心身共に泥に塗れてこそ達成できるという、わたしの信念があるから書く。それよりなにより、しっかりとした医療観、他人から理想論とかなんとかいわれても、志をもった医療を提供なさっている病院が成長しているという事実の前には、反論できないだろう。もしかしたら「やってみなはれ」かもしれない。

組織医療としての病院

(328)

新須磨病院
院長 澤田勝寛

― 出ルを制す ―

知らぬは当院ばかりなり

経営者不適格と思われるかもしれないが、恥を忍んで書かせていただく。急性期病院の院長にありがちな落とし穴にはまっていた。急性期で出来高なら、多少コストがかかっても単価も高く、かかったコストは回収できていた。

その体質が抜け切らないままに、包括化であるDPC病院となつた。大型機器の購入では、業者とかなり厳しい交渉をしてきたつもりであるが、日々の医療材料に關しては、時折、値段交渉する程度であった。古くからの付き合いであるため、かなり信頼し、当院には「それなりの値段」で納入してくれていると思っていた。

新病院を建築するにあたって、何かと物入りである。これをきつかけにして、医療材料の購入価を改めて点検することにした。

メーカーから問屋への卸値や、問屋から個々の病院への販売価格は知るよしもなかった。

問屋の常套句は「新須磨病院は出精値引きです！」。

医療材料なので、個々の値段は高くして十単位。大型機器ほど厳しい値段交渉はせずにここまで

やつてきた。しかし、考えてみると医療材料は多品目で数も膨大。塵も積もれば山である。

全国の色々な病院と契約し、医療材料をはじめ、酸素、給食、掃除などの価格をベンチマークしている会社があることを知った。早速契約し、当院のさまざまな購入品の値段のベンチマークをしてもらった。

みてびっくりである。当院よりもはるかに購入量が少ないのにもかかわらず、大幅値引きで販売している病院があることがわかった。知らぬは当院ばかりなりであった。

サプリメントの通販商法

「初めての方に限り、通常価格の半額。しかも送料無料」はサプリメントや化粧品品の通販のセールストークである。

私はジャバネットタカタの常連ではあるが、「初回半額のサプリの通販」では買う気がしない。考えるところほど常連客を馬鹿にした商売はない。多分リピーターを当てにしない商売なのであろう。通常の商売はお得意様を大事にする。

近くのお好み焼き屋にいくと多量なりとも具が多い。パン屋なら自家製のラスクをおまけにつけて

くれる。馴染み小料理屋はお釣りが950円なら1000円札でお釣りをくれる。ポイントカードでポイントが貯まると次回から値段が安くなる。マイレージカードはポイントカードの一種である。美容院やケーキ屋でもアナログであるが、紙のカードにハンコを押して貯まると割引してくれる。これがリピーターを作り、常連を大事にする普通の商慣行である。大丸カードは前年度の購入額に応じて翌年の割引率に差がつく。至極まつとような販売方法である。

サプリの通販はこれと真逆のことをしており、いわゆる「見客」だけを大切にしている。常連がいるかどうかはしらないが、常連客なら、この宣伝を見るだけで買う気が失せる。

このような話は通販のサプリメントだけの世界だと思っていたが、医療材料でも同じような商取引がおこなわれていることが分かったわけである。

流通革命

街の本屋が激減した。私の住む須磨区でも、近隣の本屋が3軒店じまいをした。神戸の老舗の大書店も2件閉店した。本の匂いを嗅ぐと心が和むのは確かだが、匂いよりも利便性につられアマゾンにシフトした。アマゾンは1994年、本のネット販売で開業、インターネ

ットの普及に歩調を合わせ、わず

か20年で巨大企業となった。ワンクリックで発注できる。朝、クリックすればその日に届く。それを支えるのが宅急便である。フエックスは世界を結ぶ宅急便であり、インターネットとクロネコで流通は激変した。

CD(レコード)販売店も減った。タワーレコードは、アメリカの本家が倒産した。音楽はクロネコではなく電子が運んでくれる。YouTubeに耳目が集まったが、要(かなめ)はYouTubeである。好きな曲を一曲ごとにネットで購入できる。いつでも、好きな時に、瞬時に買うことができる。

日本の音楽業界は著作権を楯に最後まで抵抗したが、エンドユーザは利便性を求め、軍配はアップルにあがった。ステイブジョブズは大きな無形資産を残したといえる。形あるものはクロネコが運び、電子化できるものは電子が運ぶ時代となった。

カード決済は電子決済であり、現金は不要。財布も携帯でほとんどの支払いを済ませる人もいる。給料袋の中は紙切れ一枚、現金を手にする事はない。銀行に現金は少なく、銀行強盗も日本では死語となった。紙幣の出し入れはATMがとってかわり、銀行の女性テラーは少なくなった。本も音楽も紙幣も流通革命で、ただの「取次業」は廃れてしまったといえる。

ガラバゴス化した医療品問屋
(高利多売と薄利多買)

コストコに行くことがある。びっくりするほど値段が安い。びつくりするほどの量を買わなければならない。売る方は薄利多売。買う方は高利多買。しかも明細会計。納得できる商取引である。この対極が医療材料である。常連客無視の通販商売。高利多売も平気の平左。業者の口癖の「出精値引き！」に惑わされ、病院は薄利多買でも分らない。卸問屋の仕事は御用聞きと品物の搬入。本屋が消え、レコード販売店がなくなつてきたのに、まだ古き悪しき商慣行で頑張っているのが医療材料の問屋。ガラケーよりもガラバゴス化しているといえる。

出ルを制す

年々増加する社会保障費が問題となつている。ない袖は触れないと、介護費と医療費の削減が避けられない。包括化は、首根っこをつかまれているようなもの。入りを図ることは容易ではない。医療は労働集約型産業の典型であり人がすべて。人件費を減じることが難しい。となれば、材料費を下げる。遅ればせながらの気づきである。多くの病院では当たり前のことであると承知の上で、書かせていただいた。

リハビリが必要なのは、大部分、脳卒中中のマヒヨイヨイである。脳卒中中の点滴療法が終わると、リハビリ病院をハシゴすることになる。リハビリには約3ヶ月がかかるというところになっているが、これには個人差がある。

巨人の長嶋さんのように治りが早い人もいる。彼はどんなリハビリをしていたのだろうか。おそらく専属のプロがいたのだと思うが、それにしても治りが早すぎる。メディアでは「真面目にリハビリをした結果だ」と言っていたが、それは違う。長嶋さんの場合は脳梗塞がものすごく軽かったのだろう。メディアの「元氣な長嶋さん」の報道の仕方は、全国のマヒヨイヨイと家族に絶望を与えている。

私は30年に4度脳卒中に倒れ、リハビリ30年のマヒヨイヨイだが、長嶋さんのようには治っていない。

リハビリ病院というのは、大きなリハビリルームがあるが、半分はタタミベッドが詰め込まれ、半分はリハビリマシンでゲームセンターのような様子である。

そしてリハビリの定義とは、このタタミベッドで脳卒中による半身のマヒした骨と筋肉をほぐすことなのだ。これが痛い。

リハビリを受ける側は、リハビリのゴールは「歩く」だと思えば、一日でも早く歩けるようにと期待し

ているわけだが、リハビリのボスは言う。「歩くというのは大変なことだ。あなたの場合、歩けるようになるかどうか。もし歩くことが不可能でも新しい生き方をご指導します」だと。「寝たきりの生き方など教えてもらおう気はありません。とにかく、タタミでのマッサージばかりで歩くケイコをしないのは？」という私の問いに対する答えは、「とにかく歩けるようにマヒをほぐすのがリハビリです」「じゃあいつになったらアンヨのケイコになる

のに、こんな姿見の前をヨボヨボさせられている。幼児はハイハイからアンヨに替わるのが早いのだが。

こんな事件があった。とにかく歩きたいので、女房に支えてもらいながら病棟の廊下を歩いていた。当然だが間もなく担当の彼女にバレ、「こんなことが上に知れたらライセンスを取り上げられる」とグチっていたが、急にこんなことを言い出した。「そんなに歩きたいなら私のヒマな時間に奥さんに歩かせ方を別料金で教えます」これ大

た。このプロの41歳独身オバちゃんに「オモテを歩きたい」と言うと、オモテではなく、隣の部屋の8畳間に目をつけ、肩に片手をかけてのアンヨのケイコになってしまった。腹が立ったのでケアマネと相談して、この訪問リハビリも断ってもらい、替わりに力のある兄ちゃん介護士に週4回してもらうことにした。

今は、裏にある不動堂までの往復200メートルを、この兄ちゃんに支えられながら、アンヨのケイコをしている。その後

という答えだった。

今のリハビリのマニュアルは、そんなに完成されたものとは実感していない。そこで、今のリハビリマニュアルに文句をつけたい。まず必要なのは礼儀作法だと思う。みんなホント生意気な30女が多い。

理学療法士というドエライライセンスを持っている31歳前後のネエちゃんプロは、こんなことを言う。「私は医者ではないから、マヒを治してやるとは言えないのだけど、とにかく私の言うことを聞いてください」

研修所からの後輩の実習生もリハビリルームにたくさん来ており、マヒヨイヨイはタタミに転がしたままで、缶コーヒを片手にそれを見ている。アンヨのケイコは幼稚園の時にするもので、今しても身が入らない。

ウワサの「鬼のリハビリ道場」の湯河原厚生年金病院に3ヶ月いた。初日からマットの上上手投げされた。その形から膝立ちになるのが最初の2ヶ月のリハビリ。その後は、杖を持たされ平行棒の中を歩かされた。なんといつても夕方の温泉リハビリがイカツタ。文字通り、湯の中に沈められた。タタミベッドの暴力はなかった。担当プロの名を今も覚えている。「和子（わかこ）」とにかく毎日孫娘に投げ飛ばされて楽しかった。



病床の心音 (74)

疑問・リハビリテーション

天野進平

(脚本家、要介護度4)

の？」とせがむと、「リハビリはあせらずジツクリです」しかし、転がされたタタミベッドからの広いリハビリルームを見渡しても、アンヨのケイコを受けている人なんかいない。不思議だ。

突然、平行棒の前に立たされたと思ったら、表面に大きな姿見鏡が立てられ、その鏡に入り込むようなリハビリをさせられたことがある。これはアンヨのケイコではなく、自分のみにくい姿を見る心のリハビリなのか。「歩く」とはオモテを歩くことな

きな公立老人病院で私が体験したホントの話です。

その後がもっと面白かった。事務方にTELして「退院したい」と言うと、返事は「どうぞ。入院希望者が多いので、自分的にソッチで出てくれるなら大助かりです」

早速車イスタクシーをチャーターして家に帰り、「訪問リハビリ」という、プロが自宅に出張してくれる制度があるので、それをお願いしたが、結局同じで、ベッドでマヒをもみほぐすだけだっ

いのではないか。バカバカしい。とにかく、リハビリ病院は歩かせることにあまり熱心ではないのはどういふことか。転倒されるのを怖がっているのしか思えない。

この頃、新聞・テレビでよく、鹿児島大学の川平教授の新しいリハビリ法を紹介しているが、面白いのは、私の周りのプロはその名さえ知らない。さすがにボスだけは知っていて「東京で講習会でもあったら冷やかしの顔を出してみようかと思ってる」

「歩くのは難しい」とボスに言われたが、なんのことはない。マヒしてない左手の杖に体重をかけ、左足を右足にそろえ、右足を前に出せばいい。

「歩くのは難しい」とボスに言われたが、なんのことはない。マヒしてない左手の杖に体重をかけ、左足を右足にそろえ、右足を前に出せばいい。

「歩くのは難しい」とボスに言われたが、なんのことはない。マヒしてない左手の杖に体重をかけ、左足を右足にそろえ、右足を前に出せばいい。

「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」

難航苦行の職員育て 医師も別枠ではない

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」

病院経営は、職員抜きには語れないということは、誰もが知っていることだ。1月31日と2月1日に開催した「日米ジョイントフォーラム」の柱として「医師教育」を挙げたのも、医師抜きには病院経営は語れないという、わたしの「知る」から出てきたものだ。

医師は、量も必要とするし質も必要としているから、医師教育は重要な病院経営の柱だろう。2月3日付、日経新聞夕刊にも元検事総長の但木敬一さんが「高名な高校を出て高名な大学の医学部を卒業した奴は医者として使えない。コンピュータの顔ばかり見ていて、患者の顔には見向きもしない。患者から話が聞けないんだよ」と、割合大きな病院の院長をやつてる友人の話として書いておられた。

ちなみに、法律家は裁判官ですら、医者以上に、相手の顔を見て上手に聞き出さなければ良き法律家になれないと喝破されていた。アメリカの医師教育も、やはり聞くことの重要性を教えている。

日本の研修医を毎年、一週間ほどアメリカの病院現場の見学研修に出しておられる病院があるが、一昨年、先方からダメ出しをされたことがある。話を聞く以前の問

題で、見学先の病院にダメーヅジパンで行った奴がいた。患者さんの話を聞くのが仕事なのに、その服装はなんだという事で苦情というより、今後、そのような服装で来ることは許されないとダメー出しだった。

日本の病院でも、優れた病院にはドレスコードがあり、きちんとした服装で出勤している。一方、だらしない病院はジーパン、サンダル、ミニスカ、OKだ。なんだか、服装は個人の自由だとかいっているので、昔のタクシー運転手のヒゲ問題を思い出してしまう。そもそも職場に行くときは、家を出るときから仕事だろう。賃金は病院に入ってからだが、ミニスカ、ナマ足で、だらしない服装はアウトだ。

優れた病院に良い患者が集り、だらしない病院は悪い患者が集るのは当然だと、年寄りの道徳尊重論者としておもう。もちろん、学校教育、家庭教育の劣化も職員と患者に悪影響を与えている。それ以上に、わたしは政治、政治家のあり方に国全体が毒されていると思う。やがて、投票率が割を切つてきて大問題になるだろう。

あの真面目な共産党の国会議員だつて、日本人にとって最悪の事

態を他人事のようにゴングドウダンとツイッターで連呼するようになつてしまふのだ。人間、死ぬまで教育が必要だし、学習が必要だと信じる。その職員研修の仕事をしていて、それぞれの病院の職場風土は大きな影響力があると断言できる。職員を教育研修すればいいのではなく、トップやトップ層の背中が病院を動かすのだ。

わかりやすい話、理事長がダメーヅジパンで出勤してきたら、どうなる?! 理事長夫人が派手な服やアクセサリーでチヨロチヨロしてたら、病院はどうなる?! 国公立病院で院長が経営に無関心だったらどうなるか、という話だ。本紙の読者は賢明な方ばかりだから分かつてくださると思う。

知ると分かるは、ちがう。分かると行つても、ちがう。東京オリピックが過ぎたころは、日本の病院は少なくとも一千は潰れるか、機能転換しているだろう。一年にいくつになるか、知のある人は計算されたらよい。病院病床も、報告した機能を説明しないと、維持できない。さんざん言ってきた「ウチは急性期病院だ!!」と喚びてみても、職員も急性期機能の成果責任も、問われて当然だ。

そうでしょう。わたしたちの健康保険料で経営を維持してるんだから、その機能、職員の質を「みせていただく」のは、アツタリマエの話だと思いませんか?!

岡田

識者から学ぶ 金言、金句

—理屈は道具である—
By 川上量生(ピクティの理屈)

ドワンゴ代表取締役会長の川上量生さんの文章はおもしろい。週刊文春1月29日号の「ジブリ見習い日記、ときどきニコ動」で表題に関する意見に「ピクティ氏とは21世紀の資本」の著者、トマ・ピクティ氏である。世界中でベストセラーになっている「21世紀の資本」は、カールマルクスの「資本論」とちがいがあふ。資本論ではなく資本と言いつついるところに、現代がある。わたしなりにかいつまんで述べると、マルクスの時代はデータを入手する統計システムがなかったから、全てを理屈(論)で説明する必要があったのだが、現代はビッグデータがあるのだからデータを使つて説明できる。だから、資本論ではなく資本になった。

たどるといっても本文を執筆中は袋叩きされそうだが「人間ひとりの命は地球より重い」である。わたしも過去に「それ、どうやって量つたの?!」と疑問を呈したことがある。データでは説明できない人命の重さ、尊さを表したものである。それにしても「イスラム国」の人間は、言語道断と、わたしは思う。ただし、上欄に記したような共産党の国会議員のツイッターによるヒステ

リックなものとは、理屈がちがう。おぼせるな、と思った。そして、データが理屈とは思っていない。川上量生さんのいわゆる「理屈はあくまで現実を説明したる賛成だ。ここで出てくる「現実」とは、データである。

平均在院日数は、現実である。その長短を説明するのが理屈、いや理論といつてよいと思う。平均在院日数が長いのは、理論で説明できる。ベッドが空き過ぎているから平均在院日数が延びたとか、疾病として適切な入院日数にしたから平均在院日数が短くなったとか、いろいろある。

看護必要度や重症度にして、そこにでてくるデータ(現実)は、いろんな説明する道具に使われていることは、それぞれ決定的事実である。理論で説明できないデータには、どこかに瑕疵があるのだ。

アウトカム(成果)のデータはこれからの病院経営の生命線だ。そのことについては6頁に詳しく私見を述べようと思つていて。予告的に書くくと、病床機能を報告した以上、その機能を説明するアウトカムが求められることは必至だ。むしろ、すぐのことではないが、アメリカのオバマケアは別にして、ACCOというオーガニゼーションの設置が求められ、アウトカムで証明することになった。

岡田

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎品性が問われる、皆様のNHK
以前にもチヨコツと書いたが、オバカキャラは「皆様のNHK」には、そぐわないという意見だ。去年の紅白歌合戦についても、結構、批判的意見があった。

ラジオの第一放送に「午後のまじりやーじゅ」という番組がある。哲学者や音楽家など著名な方の話はいのだが、山田まりやなる女性タレントの知識のなさは、わざとやっているのだろうか、それとも天然のバカなのか、ガツカリすることが多い。熟語が読めないのも、ほどがあると思うのだ。

一月の中旬、二日ぶつつづけでNHKはこんな博学ならぬ薄学な女を出してよいのかと思った。

事例Ⅰ、野球の話題になったとき「シヨートは内野の要」という原稿があったのだろう。それをなんと「シヨートはウチノの……」と言い、まわりがシ〜ンとし別の人が「ナイヤのカナメ」とフォローしていた。

事例Ⅱ、星空の話題になったとき「天体観測」という原稿だったのだろうが「テナタイ、その後はなんて読むの」ときた。フツー、観測はカンソクと読めるだろうに、無知を無恥していた。ラジオ放送は無料なのだ

が、テレビの視聴料を返せと思った。バカっぷりは聞きたくない。

わが国の社会が、それを許してしまっていることを危惧する。オバカキャラではなく、真正オバカを笑っていないで、怒れ!! 病院の職員で熟語が読めない職員をどうするか、という話だ。相当、厳しい注意をするだろうに。

◎バイトテロも病院は許すな

学生だけではなく、アルバイトの職員がサボタージュをすることをバイトテロというそうだ。フランスのパリのテロだが、わたしは、週刊新聞社のやり過ぎだと思っている。イスラム教の人にとつて、単なる風刺ですまされるものではなからう。靖国神社に放火されたら怒るだろうし、総理大臣はともかく天皇陛下を風刺画にしたら、わたしは怒る。

もし、介護のバイト、パート職員が器物を壊したりサボつたら、どうするという話だ。ブラックバイトとバイトテロを擁護する人もおられるのだが、わたしにいわせれば、生きていくこと、仕事をしていくことがブラックなんだと思つて生きている。しんどいのが人生だし、楽な仕事は仕事じゃない。

名前を忘れたが、今年になってプロ野球選手で高校時代から楽しくプレーしたことはない、ホームランを打つたりファインプレーをしたとき一瞬の楽しさはあるが、楽しんでプレー

したことはないといわれていた。医療も福祉も仕事も、楽しくやるもんじゃないし、楽にはできない。甘えの構造は、時代を経ることに増幅している気がする。

◎地域包括ケアの台頭

昨年10月に入つて、地域包括ケア病床が急速に増えた。ここまで怒ってきた本頁だが、これは喜怒哀楽の喜だ。動機はどうあれ、急性期医療の機能分化が進んだからだ。自己完結型、地域連携型があるが、一般急性期ではない急性期が機能を發揮できるようになってきた。

結果、急性期病床の平均入院日数は10日を切つてきたが一般急性期病床（一般病床と称している病床）は、世界では通用しない平均入院日数の数字だ。いや、むしろ長くなつていく病院もある。

わが国では地域包括ケア病床は急性期病床とはいわないが、平均入院日数40日前後の病院が多い。やがて、地域包括ケア病床の平均入院日数も基準が出てくるのだろうが、急性期10日、地域包括ケア40日、合計50日になってくると予測する。

そうしないと、診療報酬の原算がなくなつてくるからだ。国家予算、つまりはわれわれの納入している税金と医療保険料は無制限ではない。これは最近台頭してきた医療供給側のモノの分かつた人の意見でもある。良貨が悪貨を駆逐する

のは大変なことだが、もはや、待ったなしというのがわたしの強い主張である。喜んで医療を提供できる時代が、すぐそこだ。後ろめたい医療の提供は過去の話。

◎社会福祉法人への風当たり

介護報酬の引下げが報じられた。同時進行で介護職の賃金が低水準であることも報じられている。これつて、よく分かる話なのである。もう30年も前になるがわたしは3ヶ所の新設の特養ホームの設立に関わつた。いずれも病院が設立した新設社会福祉法人が設立者だ。

いずれも億単位の余剰金をもっている。余剰金と書くとは叱られるかもしれないが、将来の建替期の準備金みたいなものだ。それはそれで必要なお金なのだが、介護職の低賃金と結びつくのである。

社会福祉法人を設立して特養ホームを新設すると、25%は自己資金、あるいは借金にしても持ち出しになる。持ち出し分を取り返そうとするのは、フツーの人間は考えることだ。措置費の時代から介護報酬の時代へと時代は移つても、持ち出し分は取り戻したいものだ。と、わたしは命じられた。

勢い、施設長や事務職員は家族や姻縁関係の人になり、その人たちの賃金を通じて持ち出し分が回収されることになる。病院が関係している診療報酬で長期にわたつて取り戻すことができる。結果、介

護職への賃金は抑えざるを得ない。しがらみのない社福はこのパターンがない。それが連鎖と続いた結果が介護報酬の引下げだ。

いい迷惑なのは、しがらみのない、しがらみを断つた社福なのである。介護職の賃金は低くないのに、上げざるを得ない風潮が流れている。だから、介護職員の平均賃金がどうかが問われているのだ。

聖人君子にはなれない、わたしを含めた人間の業なんだろう。でも、先にも書いたようにきつちりおやりになつていく社福もあるし、役所的に緩んだ経営で赤字を永続的に出している公立の特養もある。

欲の皮は厚いのは悪いことではない。元を取ろうとするのも、いちがいに責められない。言い古されたことだが、人間と聖人君子のバランスの問題ではなからうか。どうも、そんな風に思えてならないのが、わたしの特養ホーム設立に関与した想いだ。バランスを取ることの大切さ、難しさ、方程式はないのだが。

岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



—米国の医療費負担適正化法と

ケアの責任オーガニゼーション—

岡田 玲一郎

今年の日米ジョイントフォーラムの米国側講師の話聞いてみると、わが国の医療制度や診療報酬、あるいはレギュレーションについて、ドキッとすることがある。もともと、持論である「人類社会の医療」の具現化に関してだ。

医療費は掛かるという現実とその費用負担をどうするか論

当たり前のことなのだが、医療費は消費する側と支払う側がある。そして、消費する側には病気になる人や健康でも疾病予防する人がおられる。その仲介役になるのが医療機関で、医療機関も医療費を消費する側とされて「医療費抑制」なるものが、しゃしゃり出る。わたしの強い意見は、医療費抑制の対象は医療機関だけでなく国民にもあるという意見だ。よく語られる乱受診なのだが、仲介役である医療機関は乱受診による金銭的収入を得ることができる。どうも、国民の医療費教育に腰が引けるのは、その辺りが影響しているように思えてならない。

事例的にいえば、患者及び家族

の要求に屈して入院させる事例で、おそらく全国でみれば毎日のように起きていることだろう。

一方、医療費を支出する支払い側にも国民がいる。医療保険料や税金、さらには一部負担金などであるが、国民から医療費抑制を求める声は小さな声でしかない。この点は、米国と日本ではかなりちがう様相を呈している。米国は国民からの医療費抑制（削減）の声を結構、聞くのである。

地域包括ケアシステムと医療費負担適正化法

オバマ政権の任期は限定されている。限定されているが、「医療費負担適正化法」は施行された。なお、医療費負担適正化法とは、「Affordable Care Act」をわたしなりに日本語化したもので、表意よりも実体から訳した。

この法とわが国の「地域包括ケアシステム」に、わたしは類似性を感じる。地域住民の健康を増進させ、健康を守り、医療費の負担を適正化させるからだ。病院単独ではなく、知られている「ヘルスシ

ステム」の傘下の診療所から病院までが、地域住民の健康を守り医療費の増加を抑制するのが「医療費負担適正化法」だからである。もっと詳述すれば、「病気になる

てから加療するシステム」から、「ウエルネスケアを提供するリスクモデル」への転換であり、そこにあるリスクモデルにわたしは注目しており、地域包括ケアシステムも同じではないかと思っている。

その手法としてわが国で「病床機能報告」がスタートした。日本は、アメリカのようなヘルスシステムは実存しない。いわゆるマルチホスピタルによる自己完結型機能連携はあるが、多くは個々の病院の機能連携によって「ウエルネスケア」を実現していくことになる。くどいようだが、そのスタートとしての病床機能報告であるという理解が求められてくる。もちろん、一朝一夕に実現できるものではないが、人類社会の医療はその方向に進んでいくとみる。

病床機能報告は、報告すれば終わりではない。その病床機能の証明が求められるし、アウトカムも求められる。例えば、地域包括ケア病床の報告をしたら、その機能が問われる。そして、地域の地域包括ケア病床の必要数が地域住民の年齢や有病率などのデータから算定されるだろう。だから、急性期病床であれなんであれ病床機能を報告したら、成果責任がある。

その責任が米国では「ACO」であることは、3年前ぐらいから本紙で書いていたことだ。ACOとは Accountable Care Organization であり、そこに成果責任という文字が表明されている。日本の病院、あるいは病院グループでもそのような組織が要求されると何回か書いた。

例えば、医療安全管理加算を取得するには、医療安全管理委員会を設置しなければならない。そして、現在には有名無実でもよい。ホント、この委員会はきちんと機能している病院は少なく、議事録だけで実体のない病院が多い。

病床機能も、一朝一夕ではないがやがてその機能の責任を果たしているか、成果（アウトカム）がどうなのかが責任として問われてくると予見している。余計なお節介だと無視されるのは、結構だ。しかし、財務省の立場になってみたらとまではいわないが、少なくとも厚労省の立場に立てば、そうなると思えないのである。

病床機能管理委員会の提唱

そんなことを日米両国でみると、病院あるいは病院グループは「病床機能管理委員会」を設置し、それを機能させることが求められると思う。エラーに言えば、今まで書いてきたことは、医療社会では「必ずそうなってきましたね」と評価されてきたのだから、一顧

だに値しなれないと思われるのは、あまりよくないと思う。

ACOも、なんだかんだと米国の病院では反対の声があった。しかし、最初に聞いた実際にACOを設置したヘルスシステムは、既に3年前であつて、先の法律が発効する以前だった。それが、昨年はほとんどのヘルスシステムがACOを有しており、いまひとつの機能としてM&Aする病院の質の向上に使われている。

診療所にしろ病院にしろ、ヘルスシステムに参入あるいは買収されてそのヘルスシステムの傘下に入ったら、そこで提供されるケアをチェックされ、指導されるのである。それが、ACOの機能であり役割なのである。

例えばいえば、徳洲会病院グループは「徳洲会」が提供する医療や介護の質に責任を持つのである。個々の病院も同じことで、病院と老健施設を有していたら、その老健施設のケアに責任を持つ組織をもって、ケアの質を保持していくことが求められてこよう。

それは「理念」から発するものだと思うが、その理念がお飾りでは日本版ACOにはならない。もちろん、医療費の無駄は排除されなければならぬし、別の頁でも書いた「地域包括ケアシステム」の核となるものだと思っている。蛸が食う足は、美味しいものでなければなるまい。

岡田

「これからも応援よろしくとは絶対言いません。応援していただくような選手であるために、自分がやらなくてはいけないことを続けていく。」いいねえ。プロ野球選手や力士がしばしば口にするのは「応援よろしくお願ひしま〜す」で、その前に「そうですな〜」が付くことが多い。多分、「そうですな〜」と口にしながらかえっているのだろう。そして最後が「応援よろしく……」のフレーズだ。

イチロー選手も、常々、苦々しく思っていたのだろうと愚察する。わたしも「応援よろしくお願ひしま〜す」なんて、言ったことがない。応援して頂

けるかどうかは、わたしの仕事、哲学、理念をみて頂いている皆様によるもので、こちらから「お願ひするものではない」と思って、こま

で生きてきた。事実、本紙の記事への応援メッセージはメールやお手紙、あるいは直接に頂くことは多い。勇気(言う気)が増すのだ。つまり、応援はお願いすることや強いることではないという信念が、わたしにはある。かかつて、自分の生き方(少々大げさだが)にあるのではなからうか。議員さんの選挙も、そんなところがウンとあると思うが……。

しかし、人間、ともすれば好かれたいから応援を誘うような言動

をとる。いわゆる揉み手、追従(この熟語、若い人に読めるかな)をしてしまう。わたしも、皆無ではない。だから、生き方というものは難しいものだと思う。でも、わたしは、よく「ぶれない」と評価を受けるけど、それはぶれない部分でおつきあいできる人の評価だと思っている。

傲慢が顔に出たり、言葉で発する人の前に立つとき、ついつい、追従してしまうし、揉み手的言葉も発してしまう。これをわたしは認めて「生きる術」と自己合理化している。宇沢弘文さんクラスになると自己を貫かれたのだろう

応援したくなる病院の基準



が、凡人のわたしは揺れる心を感じる。嫌われたくない、好かれたいというのは、ホント、生きる術だと思おうのである。

問題は、出し入れの問題で、のべつ幕なしに追従笑いや揉み手的な言動をとると、通じるバカには通じて、賢人にはバカにされるだけだ。例えば、わたしには「応援よろしくお願ひしま〜す」は通じない。別に賢人ぶって書いているのではなく、応援なんかしてないぞつと思ってしまうからだ。

医療機関が患者さんに揉み手的行動に出たり、追従したらい患者さんが増えるだろうか?! おそ

らくというより、絶対に悪い(病気にゃないよ)患者が増える。

イチロー選手ではないけれど、病院が地域に応援されたのなら応援したくなる病院に変容していくしかないと確信する。むしろ、地域の人がとも人間だから、揉み手の医療を望む人もいる。その手の人たちがどんなことを病院に求めてくるかは、病院側は熟知されているものと思う。

突然、話は変わる。先日、「日米ジョイントフォーラム」で、わたしは「病床機能の基準は常勤医の平均年齢である」というスライドを出した。会場から、虚を突かれたような反応が返ってきた。

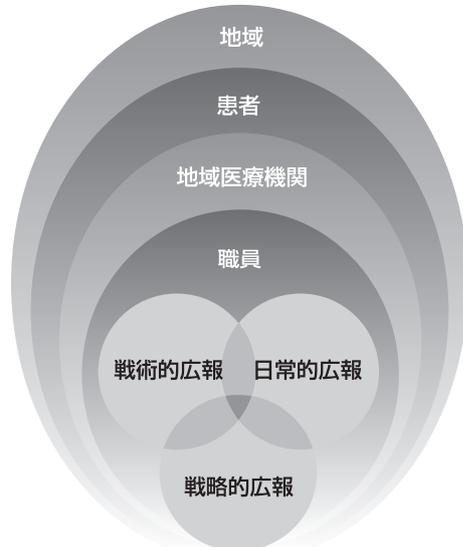
たような反応が返ってきた。例えば、急性期病床機能だと報告された病院は、常勤医の平均年齢は40歳から50歳でなければ、応援したくならない。平均年齢60歳で急性期機能が発揮できるわけがないと、わたしは思う。なかには化物みたいな医師もおられ高齢になっても手術をなさっているだろう。しかし、平均年齢60歳というものは、研修医を除いたらバリバリの医師が多くなければ、とてもその基準にならないだろう。

イチロー選手の仰る、応援していただける選手になるよう、病院も努力しなければならぬという当たり前の話が、虚を突くとは思ってはいなかったが、なんかへんな主張だろうか。

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395回 これからの福祉と医療を实践する会

昨年4月の診療報酬改定からもうすぐ一年。施設基準の経過処置も終わりを迎え、医療機能の連携に変化が押し寄せている。急性期病院7対1看護のふり落としの効果は？ また、いま話題の地域包括ケア病棟への移行は？

方向性が揺れている病院では自院の機能をより鮮明にするための大きな転換期となっている。一方で慢性期の病床は、これまで以上に急性期から在宅へとつなぐ大きな役割を担わなければならない。いまこそ各々の機能を改めて見極め、自院の立ち位置を再確認することが肝要ではないだろうか。

このような変化のなか、急性期から慢性期の病床まで病床稼働率が減少している、との話を耳にする。全国的にはどうか、様々な生データをもとに現場主義コンサルタントで『日経ヘルスケア』巻頭コラム「病院経営最前線」連載中の工藤氏から具体的な経営戦略を御教授いただく。

地域医療、ビジョンの前に自院のビジョンを明確にすること、そして地域医療に貢献できるようにすることこそ、すなわち自院の生き残りのカギとなる、と常々工藤氏は啓発している。定量的な経営データをもとに広いエリアから自らの医療圏まで現状を知り、そして方策を練る。一大転換点と目され

る二〇一八年の同時改定でも揺るぎない経営基盤の確立を果たす。そうした前向きな気持ちにさせてくれる本年度最終の月例会に期待いただきたい。(播間利光)

日時 三月二十七日(金) 午後二時〜四時半

自院ビジョン策定とそれに基づく病棟再編への具体的な経営戦略……「自称」高度急性期・急性期病院は自院の立ち位置を見誤っていないか

発題者 株式会社MMオフィス 代表取締役 工藤 高氏

会場 戸山サンライズ中会議室

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

E-mail: jissenurukai@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

▼今日は、二月四日、昨日は日本中で何本の恵方巻が売れたんだろう。その人たちが全部に幸せがくるなんて、信じられない。だからわたしは一度も食べたことがない。

▼不幸せなのは、そのセイかも。でも、オメダタイのよりは不幸せなほうが好きだ。オメダタイと緩んでしまう。不幸せはハネのけようと苦しむ。マズなわたしです。

▼人間、同じではない。いわゆるイスラム国の兵士の中にも、いろんな人間がいるのだろう。重苦しいというか、やりきれなさというか、いままで経験したことのない悲しみを覚える。日本人のおふたりにも、悲しみがちがう。ヨルダンの航空兵の方への悲しみも、ちがう。人間、ここまで悲しいのか。

▼後藤健二さんのシリア入国について、高村正彦副総裁は蛮勇と評されるが、わたしはちがう。使命感は、ときとして蛮勇とみられがちだ。わたしに対しての非難もそんな感じだ。それでもわたしは信ずることを叫ぶし、生きていく。

▼競馬の馬には、昔はアラブ系とサラブ系があった。たしか、ハイセイコーはアラブの血が入っていたように思う。サラブレッドの上品さに対し、アラブの馬は気が荒いし、大きい。わたしはアラブ系のように思うが、イスラム国の残酷性は

ない。でも、サラブに非ず。

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! ポンプ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

携帯用ポンプ 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