

社会医療ニュース

地域包括ケアシステムは 団体スポーツの精神が必要

所長 岡田玲一郎

地域包括ケア病床が、10月にずいぶん増えてきた。しかし、地域包括ケア病床の運営には川上、川下、合流する河川が必要だ。病床機能を届けばいいつもりじゃないと思うけど、わかるうとしない人にはわかってもらえない（高村正彦自民党副総裁の言を借りた）。特に、サブアキュートが送られてくる病院になるのか、地域包括ケア病床の中でサブアキュートをつくってしまうのか、鋭く問われる。やっぱり、地域で地域包括ケアシステムが、がっちり組まれていないと、仏つくつて魂いれずになる。

スポーツでいえば
ラグビーじゃないか？!

がっちり組むと書いて、地域包括ケアシステムはラグビーみたいだと思った。フォワードのスクラムだけの話ではなく、バックスやスクラムハーフも勝利するために重要だ。トライやゴールを挙げるのは、患

者さんやお年寄りを然るべき目標にお届けすることだ。急性期の病気を治療し、急性期を脱したら地域包括ケア病床などの回復期にパスしていかないと、然るべき目標にお届けできない。病気によっては緩和ケアへとパスしなければ、急性期そのものが機能しなくなる。お年寄りの希望する死の歩みの看とり機能へとパスすることもあろう。エンドステージなのに急性期機能が保持していたら、闘いにならない。サッカーをイメージしたのだが、どうもピタリこない。ホンタ選手みたいな選手は、包括ケアシステムには不要のように想えたからだ。ホンタ選手ファン、ごめんね。やはり、ラグビーが地域包括ケアシステムにピタリだ。野球はなんかちがうし、テニスはイメージできない。ラグビーのように前には投げられないように、横へ横へと回し、ゴールに向かって前進するのがいい。キックはどうなんだと問われ

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

たら、前に蹴ることもあると思う。救命救急なんか、そんなイメージがするのである。目標（ゴール）に到達するためには、ときには患者さんを急いでキックして運ばなければならぬときがある。

地域包括ケアチームは、フォワード、バックスが一体となって機能しないと患者さんがゴールに達しない。スクラムの中にばかり入れていたって、スクラムゴールはできるが、そこまでの過程ではチームの各機能がフルに役割を発揮しなければなるまい。フルバックは守備だけでなく、ゴールにボール（患者さんやお年寄り）を運ぶことも、状況によってはあるのだ。

そして、地域包括ケアシステムが機能し勝利するためには、「ワン・フォー・オール オール・フォー・ワン」だろう。急性期機能病院がワンではない。しかし、医師を主として医療者は急性期を上にも見る傾向がある。しかし、回復期機能にしても慢性期機能の病院や施設がなければ、動きがとれない。わたしの持論である「病気は急性期から始まって、どこへゆくのか」からすると、急性期では「治るか死

ぬ」しかない。しかし、老人はもとより若い人でも、治と死以外は慢性期になるのである。その途中に回復期があるのだが、回復期もまた「回復」と「悪化」がある。サブアキュートのアキュートからどこへゆくのか、である。

ヘッドコーチ（HC）は
行政では無理がある

ラグビーの強いチームは優秀なHCがおられる。HCは理論の優秀さだけでなく情熱が必要だ。地域包括ケアシステムでいえば、それは「志」に尽きよう。そのHC役を誰がするのが、大きな問題だ。病床機能報告は行政にした。行政はその病床機能をシステム化して地域包括ケアシステムを構築ができるかという、わたしは不可能ではないけど難しい論だ。最大のもの、行政は現場を熟知しているわけではないからだ。ラグビーのHCは現場上がりの人だ。

もちろん、行政の人の中には現場を熟知している人はおられる。でも、現場からは離れておられる。ラグビーのHCはラグビー場におられる。そして、なにより「バトルを見てみる」のである。

そして、地域包括ケアシステムでもキャプテン役が必要だ。ラグビーでいえばスクラム・ハーフだろうか。地域の状況をかっちりと把握し、機能別の展開を読み、患者さん（ボール）をゴールに届けるには

どうするか、そこが問われる。おそらく、地域連携の中で自然発生的に機能の組み立てをメイクする人が出てくる。現在は散発的だし、確たるものはないが地域連携は連携であってバラバラ、単発ではないのだから、確立していかなければならない役割だ。

と書いて、バスケットボールの試合を想起した。もしかしたら、バスケットの方が試合に参加する選手は少ないのだから、地域包括ケアシステムの事例としては相応しいのかもしれない。これも、HCが大事であるという点では同じだ。

ともあれ、地域包括ケアシステムに参加する病院や施設は、それぞれがパワーを有してないと、絵に描いた餅になってしまう。そしてパワーとは、それぞれの機能を発揮できる医師やナースなどの医療者だ。だから、「急性期病院では常勤医の平均年齢が問われる」と申しあげているのである。

介護療養機能も強化が求められた。そこでの老年医は年齢にあまり関係がなく老年医療に優れていけばよいのだが、急性期の体力勝負と別のものがある。

わが国の社会は、わたしにいわせれば劣化している。その中で健康と病気、そして死の質を左右するのは医療機関と施設だ。単独では絶対に存在できないことを社会のように劣化させてはならない。

組織医療としての病院

(329)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

— 親の介護でわかったこと —

今年90歳になる母親がいる。3年前、父が亡くなってからも、一人でのんびりと暮らしていた。デパートが大好きで、毎週元町の大丸に出かけていた。たまに一緒に買い物にいくても、デパートに不案内の私が、母に店内を案内してもらった。

昨年の夏に腰椎圧迫骨折をした。腰痛が持続、コルセットで固定、鎮痛剤服用。たいしたことはないと思っていたが予想以上にADLが低下した。そうしている間に、両手の手根管症候群が悪化して握力が極端に低下し、お箸も握られなくなった。本人の希望で手術を受けたが、ほとんど症状は改善しなかった。期待が大きかった分、落胆も大きかった。

腰椎圧迫骨折をきっかけに、以前から持っていた脊柱管狭窄症が進行し、両下肢に麻痺が出てきた。年齢を考えると手術の対象とはならない。ほんの3ヶ月ほどで、両手両足の機能が極端に低下してしまった。

私が病院の行き帰りに実家に立ち寄って、こまごまとした手伝いをし、家内と妹で世話をしていたが、それでは間に合わなくなり人の手を借りることになった。

体は不自由だが頭はしっかりとしており、「我が家」からは離れたくないと言う。旧知の家政婦紹介所に相談して、住み込みの家政婦に来てもらうことになった。

病院に付き添いが求められた時代は、家政婦紹介所も繁盛していたようだが、それも昔の話。今はこの業界も人材難で高齢化となっていた。来てもらった方は朗らかでフットワークがよく料理上手であった。ただ年は70歳。母の介助をするのはいささか厳しい。トイレ介助は何とかできて入浴はとも無理。そこで介護保険サービスを受けることを考えた。

老健や老人ホームを運営し、介護保険認定審査員でそれなりに介護制度のことは知っているつもりであったが、いざ実際に利用することになると、中途半端な知識では役に立たないことがわかった。

当院のケアマネに相談した。さすがにプロ。よく知っている。アドバースにしたがい、介護保険認定を受け、手すりをつけ、介護ベッドやポータブルトイレを入れた。デイサービスは一度行って嫌になつたようで、家の風呂に入れるようにした。風呂場を改修して、浴槽にリフトを設置した。

ケアマネに、訪問看護、訪問リハビリ、入浴サービスなどのケアプランをたててもらった。ある程度の費用はかかると思っていたが、要介護3なら、かなりの部分が介護保険でカバーされるとのこと。有り難いような、申し訳ないような気がした。諸手続き、住宅改修、ケアプラン策定が一段落し、先日から在宅介護が始まった。子供が近くに住んでいて、息子がこの業界に身を置いていても、この有り様である。

身寄りのないお年寄りや、子どもたちと疎遠の高齢者はどのように手続きをして、在宅サービスを受けているのか。改めて考えさせられた。

行政手続きはどこで誰に頼めばいいのか。どのようなサービスが受けられるのか。介護サービスの隙間は誰がどうして埋めるのか。家の戸締まり、お金の支払い、安否確認、食事の用意、食事介助、トイレ介助、掃除に洗濯、買い物。ある程度経済的に余裕があれば、公的サービス以外の私的サービスも頼めるが、余裕のないお年寄りはどうするのか。多くの方々に実家に来ていただいて、私の母親である「ひとりの老人」の世話していただく。本当に有り難いと思う反面、在宅医療の効率についても考えざるを得なかった。

団塊の世代が後期高齢者となりその受け皿が不足する2025年問題がある。2040年には今

より40万人ほど年間死亡者が増えるといわれている。ただ、高齢化率はあがっても高齢者数は減少に転ずるため、高齢者施設は増やせないとのことで、国は在宅介護、在宅医療を推進している。

土地や建築の費用を考えると、施設より在宅のほうが安くなるとの判断であろう。しかし、老人ひとりのために、住宅改修を行い、ケアマネ、介護、看護、リハスタッフを訪問し訪問診療を行うのは、あまりにも非効率であるということとを母の介護を通じて実感した。

同じ90歳の母親を世話している友人がいる。そのお母さんは、足腰は丈夫で活動範囲は広い。食欲もまだまだ旺盛。ただ息子の顔も分からないし、食事をしたことすら忘れてしまうほどの重度認知症である。ちょっと目を離すと家を出て行き方不明となる。警察に保護され何度か注意を受けていた。息子、奥さん、近所に住むお姉さんが交互に泊まりこんで世話をしていた。仕事は忙しい、家族もいる。家には愛犬も待っている。その上、親の介護も必要である。

心優しく母親思いの友人にも、いよいよ限界がきた。3年間の在宅介護に見切りをつけて、お母さんを近々施設に入れることにしたと言っていた。ここにも在宅介護の限界を見た思いがある。

一昨日から母の在宅入浴サービスが始まった。風呂のお湯を張り

スタンバイ。体が冷えないように暖房を強くして部屋を温めておく。看護師とケアマネが来てくれ、入浴前に血圧チェック。家人も手伝いながらリフトに乗せ浴槽へ。温もったあと、洗い場で体と頭を洗ってもらおう。その間に家人は衣類を整える。風呂あがりは、タオルで体をふき、ドライヤーで髪を乾かす。そして再度血圧チェック。気持ちはいいし、大勢の人に世話をしてもらって本人は上機嫌である。本当に有り難いことだと思ふ反面、ひとりの老人にこれだけの手間暇を掛けて在宅介護が成り立つのかと、業界に片足を突っ込んでいる身として疑問を感じた。

従来から、在宅介護は、家人の労力が勘案されていないので、表向きの費用は施設介護よりも安く見積もられていると指摘されてきた。我が身で体験して、全くその通りだと思った。家の浴室改修をおこない、入浴サービスを受けるだけでも、人的コスト以外に、時間コスト、精神的コストがかかることがよく分かる。家人の支援が必要となると、働く主婦はその仕事を辞めざるをえない。

個別対応は介護を受ける老人にとつては満足度が高いであろうが、極めて非効率であると思つた。まだ短期間ではあるが、親の介護を経験して、在宅介護の限界と施設介護の有用性を改めて知ることができた次第である。

「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」

みんな、つらさを生きている

つらさからは逃げられない

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」

なんだか、一月号の本欄の続きのようだ。「おとこは、つらいよ」はふうてんの寅さんの科白だが、あのころわたしは、おんなもつらいよ、こどももつらいよ、年寄りもつらいよ、と思っていた。若いころのことである。

一月号で「仕事は苦しいもの」という内容で書いたが、人生とはつらいものということを書く。年寄りも、若い人も、もちろん男も女も、生きることはつらい。

〔前略〕研修医である新米の医師の仕事は、ともかく毎日受け持ち患者さんのところにいくことでした。まるでご用聞きのようにす。訪室の前に、先輩医師から指示を受けます。『こういう説明をしてくるのだ』と伝えるべき情報を教わります。経験がないため不安で、患者さんと二人になることを避けたい気持ちがありました。また、患者さんからの質問に答えられない自分であることは間違いない、負い目があるため、素っ気ない対応になることもしばしばで、患者さんの目を見つめることはできなかつたと記憶します。そして、いつも早々に病室を出ていたように思います。(中略) 下っ端の医師である私だからこそ、点滴で訪室し

たときに、話しかけられることもありましたが、『先生は一番下なやる。私の担当医はどうも本当のことを話してくれそうにないねん。私はガンなんやろ。長く生きられへんねんな。誰にも言えへんから、ホンマのこと教えて』。もちろん、担当ではない患者さんに自分の判断でみんなが隠してきた診断名を告げるわけにはいきません。といって、先輩の医師たちのようにとぼけることは上手ではありません。答えに詰まる私たちの態度から彼らは信じたくない真実を知る羽目になるのです。

自分がガンなんやろ、と感じている患者さんは、上手にとぼけたつらさの医師の言動からそれを感じているのだ。先の文章は、大阪の医療法人財団永広会の理事長島田永和さんが1979年、研修医のころの想いを書かれたものだ。書かれておられるのは「近畿S C D / M S A 友の会ニュース (27 / 2)」である。

医師のつらさであり、本稿の主題でもある生きることそのものがつらいという持論につながる。島田先生は1990年ごろからの友人で、つらい人生にぶつかるたびに愚痴を聞いてもらっている。そこに解

決があるわけではないけれど、つらさを言葉にして差し出す友人がいるのは、人生の幸せである。つまり、つらさがないと幸福もないと勝手に決めつけている。つらい、悲しいと恨みがましく言葉にしたつて、人生はかわらない。

カツコエー言葉でいうと、「つらさをそのまま受けとめる」というのだから、わたしはこれができる。受けとめられないから、誰かに頼る。あるがままに受けとめるのは、わたしには永遠の課題である。どうしてもつらさから逃げようとするのだが、どっこい、つらいことは次々と、そして突然、わたしを突き刺してくるのだ。

つらさを合理化したり解説してみても、なんになるとおもう。例えば、アイツがいるからとか、診療報酬が安いからとか、合理化してみてもつらさは消えるものではない。死ねばつらさを感ぜなくなると思うので、つらさがつらかったら死んでみるのだ。でも、そこに地獄があったり閻魔さまがいる!?

島田先生も、病院の全面建て替えという財団としての経済と、先を確定的に設定できないつらさがある。借金を払うのは次の世代と仰っているが、それもあるかもしれないが、そこには心配というつらさが絶対にある。つらさをお楽しみください。

岡田

識者から学ぶ
金言、金句

「社グチを言ってるうちは恋し川柳」
離せず(東京恋し川柳)
By 毎日新聞仲畑万能川柳

サラリーマン川柳百選など、川柳流行だ。捨て場のなしいやりきれなさがあるわたくし。例えば、「いくら説明しても分からない人には分からない」という捨て台詞には、怒りよりもやりきれなさを感じる。それを川柳で解消させようとするのだが、やりきれなさは重篤だ。

それはそれとして、病院や施設の職員にびつたりなのが、二月下旬の毎日新聞に載っていた。愚痴、不平、不満、それを聞くたびにわたしは「そんなに嫌だったら、辞めたら」というのだが、辞めたら「職場を良くしようと思う職員は、そこから問題をつまみ出し、問題を消滅させる課題に取り組むのだが、愚痴、不平、不満は問題の対極にあるのだ、言いっ放しだ。能天気なものだが、行く先もない淋しさもあるのだ」と思っている。

だからといって、愚痴、不平、不満を放置しておく、この手の後ろ向き職員が増殖する。そして、組織を愛する優秀な職員が去ってしまおうのだ。介護職員によくあることだ。転職を希望して応募してくる介護職員で、いままでの職場の愚痴を並べる奴は、ロクな奴がい

ない。中途採用しても、自分にとつての愚行を繰り返すだけだ。ここに組織風土の重要性があることを、しばしば経験する。

この句の東京の「恋し川さん」は、どつちの派なんだろうと思った。もし、管理職側としたらあまりにも傍観的だ。わたしだったら先に述べたように「だったら辞めたら」と言うだろう。

また、愚痴を並べている側だったら、わたしはそんなことが許されている会社は、離職どころじゃあくて業績不振による指名解雇になると忠告しておく。(住所氏名は分からないが)。

愚痴を言うなどといっているのではなく、愚痴を問題に昇華させて愚痴の少ない(ゼロにはならない)職場にしたなら、給料も上がるよと申しあげているのである。

冒頭のやりきれなさを愚痴にするのではなく、やりきれなさを少ない社会、ここでは政治にいくしかないと思っている。それには選挙の仕組みもあろうが、政治家が自覚するよう選挙する国民が動くしかない。暮れの選挙に久しぶりに行ったのも、やりきれなさが極限に達してきたからだ。もちろん、わたしの一票ではアンナ大臣が出てきてしまう。

開き直り気味としかわたしには映らないアベノリもソノリだが、こんな世の中、どこかで暴発するしかないと思う。「清き一票」が清いものになるために。

岡田

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎オヤジ?の反省

オヤジと書いて、ちがうぞと思っ
た。自分のことだからジジイでいい。
いまだときの若い人……というけれ
ど、どこまでもかわらぬ古い人……
も、あるぞ。

電車の座席や立つてスマホをいじ
っている若い人を苦々しく思ってい
たが、わたしだつて響(ひび)く(コ)ノ字、書
くのが面倒(めんどう)くさい)モノだ。スマホは
イジらないけれど、スポーツ新聞や
経済新聞を広げている。帰宅時は
タブロイド版の夕刊紙だが、それ
も広げるときは隣の席に食み出
す。ましてや日刊紙は、大きい。お
そらく、若い人はスマホで新聞記事
を読めよ、と思つてるにちがいない。
時代だし、ジジイも悪い。

時代といえは、お茶くみは女性
社員の仕事だった。FAXもコピ
ーも、オヤジ社員が「コレ、やつとい
て」と顎で女性社員を使つていた時
代があった。

それは女性社員の仕事ではない
とウーマンリブされて、オヤジ社員
が自分でFAXしなければならな
くなった時代がやつてきた。そのオ
ヤジの姿が懐かしい。FAXが流れ
るまでジューツと器械を見ていて、終
了のサインが出ると「ああ行った」

と安堵する。

「ジューツと見てなくてもFAXは
届くの!!」と、何回か言つた記憶が
あるが、いまやパソコンを使えないオ
ヤジ社員は使えないものにならない。
わたしは、秘書が頼りのジジイファウ
ンダーだ。時代だね。学習を怠る
と、時代に後れる。

◎内部告発されないために

大病院の問題、老人ホームと
称するクリニックが商売している施
設の問題、いわゆるチクリでNHK
など報道機関に流される。それが、
特定機能病院の取消しになるし、
拘束どころか監禁問題で世間に流
布される。

内部告発されるコトをやつてる
なら自業自得なのだが、気の毒なの
は患者さんや利用者だ。ただ、老人
のケースは複雑な思いがする。家族
は、見て見ぬフリだったのだから。あ
るいは、親を捨て場に処分して、せ
いせいしてたのか?! 手術で死ん
だ? 患者さんにしても、いわゆる症
例を積むためのマテリアルだったの
か?! 世の中は、悲しい仕組みなの
だと複雑だ。

やはり、医療も福祉も正義でな
ければならないと、持論を持ち出
す。内部告発されるより、外部にケ
アの質を誇れるようなことをやつて
いれば職員のモチベーションは上が
るのに、内部告発されるような愚
かなケアでは職員のモチベーション
は下がる。

仕事にモチベーションを感じない
と、クソツ、チクつてやろうとなるの
も当然だ。ああ、怖!!

◎ふたつの住民投票

所沢市が自衛隊の飛行機の騒
音防止で教室が暑くなるので、空
調するかしないか、住民投票になつ
た。所沢市ではないので、コメント
はない。それこそ、市民が決めるこ
とだが投票率は低かった。空調に
賛成の市民は投票に行きたくなる
だろうが、反対の市民はわざわざ、
と思うのだから。

一方、与那国町では陸上自衛隊
の「沿岸監視隊」の配備についての
賛否を問う住民投票があった。人
口約1500人の町で、1000票
強の投票があったのだから、投票率
は高い。これは町の繁栄、即ち財政
に直結する案件で所沢市とはいさ
さかちがう感じがする。

院長を職員投票で決めるとか、
P.E.TやC.Tの購入を職員投票で
決めたらなんて話は聞いたことがな
い。かかって、経営の判断だからだ。
もつとも、公立の病院や保育所では
高い価格で備品を購入しており、
その無駄は知られていることだ。国
公立価格で、先月号の澤田先生のエ
ッセイにあるのは、まさか国公立価
格でないと思うが、わからない。経
営者というより事務方の責任だ
し、わたしなら事務方の責任を問
う。しかし、澤田先生のことだか
ら、経営者の責任とされたのだら

う。ゴメンね、澤田先生、そして、頑
張つて良質なケアを提供してくだ
さい。
モノの価格は常にチェックしなけ
ればならないのに、わたしはデパ地
下やスーパーでつい大人買い(中
国人買い?)をしてしまふ。高けり
や美味しいと決めつける愚行をす
る、わたしだ。

◎さすが自民党副総裁

四頁にチヨツと書いた西川公也
前農水大臣の発言を受けたかど
うか、高村正彦自民党副総裁が発
言なさつていた。「いくら説明して
も、わかるうとしない人はわからな
い」と。西川さん!! こう言えばよ
かったのに、捨てばちとしか感じら
れない「いくら説明しても、わから
ない人はわからない」はないだろ
う。わたしの独断だが、いい歳になつ
て初大臣の西川さんと、高村さん
はちがう。たしかに、わかるうとし
ない人はわからない。高村さんは法
務大臣もなさつていたし、自民党と
いう組織の副総裁だ。モノがちがう
し、わたしには決定的だが面構え
がちがう。

こんなことは、しばしば経験する。
「センセ、このベッドで急性期はム
リですよ。平均在院日数10日でど
れだけベッドが埋まります」といつ
ても、わかるうとしないセンセは、わか
つてくだらない。「いや、ウチは急
性期病院でいくんだから」と、意欲
(願望?)だけで仰る。急性期病院

は看護力はもちろん、医師の実力
と平均年齢も若くないとダメだとい
つても、聞く耳(わ)かろうとする)が
ないから、通用しない。西川公也さ
んのように、捨てばちになる!?

◎介護報酬引き下げ再論

先月号のこの欄で、社会福祉法
人に二種類あることを書いた。介
護職の人たちの賃金が業界では高
水準なのに、なんで介護報酬が引
き下げられるのかと釘が飛んでき
た。だから、二種類の社福があると
書いたのだが、別種の社福のように
億単位の建替準備金はない社福さ
んだと思う。

溜め込むお金を介護職の人員費
に充てればよいのに、人件費ケチリ
経営はいずれ限界がくる。介護は
機械は使えるけど、操縦するのは
スタッフだ。今日も、入所者を吊り
上げて浴槽に入れたら、お湯が熱
すぎてお年寄りが亡くなったと、ラ
ジオが報じていた。入浴介助とは、
要介護者を釣り上げて釣り降ろし
させずればいいんかい、と思つてしま
つた。証拠はない推測だが、たぶん介
護職の給料は低水準だと思つたよ。

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信

岡田



医療の沸騰点



— 病院、

施設の環境は

善の学習か、悪の学習か—

岡田 玲一郎

「人間はもともと善なる者として生まれながら、環境的に悪を学習する」これは、孟子の性善説である。ひとつは、いえてると思うのだが、同じ環境の病院で働いている人たちをみると、「悪の学習」の個人差があると、はつきり見える。孟子が「善の学習」にもふれられていないのか知らないが、善も悪も学習の個人差があろう。

イスラム国の蛮行の報道をみてみると、悪の学習の環境がそこにあることを感じた。えっ蛮行の蛮の虫を心に替えると恋になるんだ。関係ないとは思わない。となると、一寸の虫にも五分の魂は、虫にも心があるとも思える。

それはそれとして、おそらくイスラム国（最近ではISと注釈が入るが）の集団の中でも、これはおかしい、悪ではないか感じてる人間が絶対におられると思う。

病院・施設の環境は悪の学習か、善の学習か

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、消費する側の病院には、い

ろんな不正や愚行が発覚する病院や施設が実際に存在する。これは、孟子の説どおり善なる者として生まれた職員が、悪の学習をさせられたか、してしまったのだろう。政界なんて、悪の学習が蔓延していると思えない。落選したら顧問料で食う、顧問だから顧問先に有料な働きをする。バレそうになったらパソコンをドリルで破壊して証拠を潰す。わたしにいわせれば、悪の権化だ。

病院や施設は、悪の学習の環境にしてはならないと思うのは、結局のところ内部告発する悪の学習に染まらない職員がいるからだ。そして、人間、善の学習より悪の学習に流されやすいという、一種の性悪説にわたしは立っている。

だから、病院、施設の各部門の長は、人間性が問われるのだ。つまり、部門のトップ、さらには経営スタッフが善の学習に染まっているのか、悪の学習に占拠されているのか、である。

悪の学習とは、学会の学術総会の会場でもやっている「病院の増収・増患対策」というセミナーらしきものにもみられる。「次期診療報酬を乗り切る対策」なんてのも、

講師にもよるが、いわゆる「裏をくぐる手法」の教唆だ。

証拠は、いくらでもある。現在でもときどき聞く、ナースの「看護必要度を出すのに悩みます」なんてのは、悪の学習をしてきたトップが「こういうふうにするのよ」なんてことに、善の学習が服従している姿だ。A項目を増やすためのアセスメントではなく、アセスメントでA項目がどうなったか、をやってみよう。

これは、かかつて病院、施設の環境によるものだ。悪の環境がなければ、善の環境が常識になる。自分の病院、施設は善の環境しかないところは、ご近所の病院、施設をみられたら、このことはよく分かることだと思う。

アメリカの非営利組織の病院と株式会社との病院では、環境のちがいを感ずる。株式会社の病院は株式会社ゆえに配当を出さなければならぬから、儲けることが善の学習である。それが過度になつていく病院に行つたときは、わたしは硬い雰囲気を感じた。

日本の病院は非営利組織ではない。しかし、利益を出さなければ病院は潰れる。だから、営利組織であるべきだ。ただし、わたしの持論は「利益は必要だが、利益の出し方には問題がある」である。この利益の出し方によって、病院、施設の悪の学習が発生してくるのである。そして、これくらいならまあいいや、いつまでも続くことではない

ことは、経験されているものと思う。職員の歩く姿に善の学習が表われる

今日も福岡県の病院で研修中だが、最初のリーダー研修一日半の初頭から、確実に善の学習が進んでいることをみた。ひとつは、研修態度だ。言葉をしやべつていっているが、頭の中は研修以外の方に向いている職員が三割くらいはいた以前とちがつて、しつかりとわたしの話を聴いている姿がそこにある。

九時からの研修なので八時過ぎに駅から病院に歩いていくのだが、そこでも出勤してくる職員の歩く姿も、何年か前よりすっかり変わつて力強い。出勤時であれ院内であれ、職員の歩く姿はその病院、施設の善の学習が表われるのだ。わたしひとりと言っているのではなく、機能評価機構のサーベイヤーの人もよく言われる。

硬い姿でサーベイを受ける病院は、やはり悪の学習があるといわれる。そりゃ、そうだろう。人間、誰しも学習ではなく善と悪を感じて力を有しているからだ。具体的にいえば、利益の出し方に問題があると、それがどうしても態度に出てくるものなのである。よほどの確信者か演技者でない限り、心の中が態度に出てくるのだ。

わたしは、これからの時代は、年々、善の学習の病院、施設が経営として勝利すると思つている。

まだ、悪の学習が壊滅的ダメージを与えるとは思っていないが、これからの時代はまともになつていく道を歩む、と断言する。

これは、現在、じわじわと成長している病院、施設を経年的にウオッチングしていると、確信できる。急性期病床が40万床になつていく時代を歩むとき、急性期病院として社会に評価される病院は、絶対に悪の学習の病院ではあるまい。若い医師が働きたくなくなる病院とよく言うのだが、こと急性期病院となると絶対条件だろう。もちろん、若い医師でも悪の学習に染まつて

そんな医師は急性期病院でも慢性期病院でも、働き場所は、なくなる。なにしろ、病院病床は減りこそすれ、絶対に増えることはないからだ。医師数は増えてくるけれど、急性期医療には医師の質だけでなく量も必要だ。

どの病院も、現状のままではダメだと思ふ。絶えざる善の学習をしていけばいいのに、大病院にみられるように悪の学習（例えば診療料別個人商店化）をしていけると、特定機能病院の取消し、復活の繰り返しになつてしまう。

民間病院はその意味で幸いだ。経営体として確固たる基盤がなければならぬから、悪の学習はそれを阻んでしまうのだ。性善説だけでなく、その学習の善悪が問われるのである。

先月、「日本訪問リハビリテーション協会 学術大会」の案内パンフレットを同封した。その主旨に賛成だからである。特に、テーマの副題である「生命・生活・人生の橋渡し」は、いわば、いのち・くらし・生きる、と思うからだ。

わたしは、リハビリテーションとは、病院のリハ室でのリハビリだけではないと思っている。生まれてから死ぬまで、あらゆるところでリハビリを必要とする場面があると思うのだ。先日の日本経済新聞では癌による病院でのリハビリが特集されていたが、癌に限らずあらゆる病気の終末期にリハビリを必要とする場面があると思

うのだ。例えば、緩和ケア病棟ではリハビリは必要とされないとは、言い切れないのではなからうか。少なくともわたしだったら、衰弱した体でもじっとしてはいないと思う。別に、廃用症候群なんて考えなくても、衰えを防止したくなるだろう。

特に、この学術大会でのテーマは、先の副題つきで「地域完結型ケア体制での訪問リハビリテーション」とある。つまり、自己完結型の対側としての地域完結型をいわれているのであろう。事例的にいえば、急性期リハの後は受け皿の流れがあるリハリハなのか、急性期リハから先は、ウチでは責任をもたないということ

訪問リハビリテーション考



かであろう。また、地域包括ケアシステムにもいえることで、急性期状態から在宅機能まであらゆる機能を有している病院グループは自己完結型包括ケアシステムが可能だが、多くの地域包括ケアでは機能別病院、福祉施設等は自己完結型はできないから地域包括ケアシステムを組むことになる。

在宅ケアは論が先行して、現実には困難が立ちだかっている。特に、親子関係を主とする家族の崩壊は現場の苦労を増している苦労話によく聞く。そこには、お金の問題も大きいという。家では看られないから退院させないでとか、ショー

トステイを利用したらクセにならなくなってしまったとか、生きることそのものが大変だと実感させられる話をよく聞く。わたし自身にしても、これから確実に衰えてくるわが身を、誰が、どのようにケアしてくれるのかと憂いを感じることもある。子や孫には、それぞれの、それこそ「生活」があるからだ。

それだけに、先の学術大会での実践事例報告に期待している。それを、わたしの住んでいる地域でも充実していかなければならないからだ。わたしの住んでいるところだけではない。当研究所のあるマンションでも、動かなくてどんどん弱

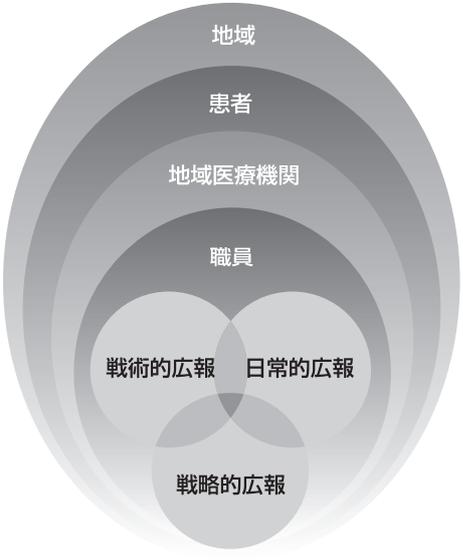
訪問リハビリをなさっていただければ、そんなに早く車椅子生活にならなかったであろう。ご近所でも、同じようなケースがある。動きたくないから動かないでいただいたのさ。いや、外に出ても動きが急速に遅くなられたご主人は、家で寝たきりになられたのかどうか、病院か施設に行かれてしまった。訪問リハがあったらと思つたものだ。わたしより若いのに……。

そんな現状悲観は、やめよう。自分自身のことだけではなく、地域定住型ケアの実現に励むしかないのだ。そのためには、学習しかない。先の学術大会では、しっかりと学習し、学習したことを実践するしかない。この気力がなかつたら、所詮、年寄りの躁り言でしかない。それだけは嫌なので、気力の維持のリハビリ、気力維持期リハを実行している。

広報、情報の視点から病院経営を考えます。
DOCUMENTARY FILE
49

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。

第396回 これからの福祉と医療を实践する会

介護報酬の改定が行なわれた。政府は、利用者負担を減らすという名目で2.27%の削減をした。利用者から一元的にみれば確かにその通りであるが、サービスの低下は来さないのか。国民には、その覚悟ができてきているのか。

他方、物価の上昇、年金の減額、健康保険・介護保険料率の負担増等、国民の負担は間違いなく重くなった。これからは今まで以上に医療福祉介護の質が問われるだろう。また政策面では、ホールディング制、金融機関主導の医療再編、混合診療と民間保険の併用等々、枚挙に暇がない。

このような分水嶺時代には、行政の方向性を解析して現実を理解し、自施設の使命・理念、基本方針の再確認から、責任診療圏における地域の人口構成・疾病構造の変化を見据えた地域戦略策定が肝要。さらに、対象たる患者・利用者の明確化と、職員や患者・利用者の満足度を高めることだ。

今例会では昨年4月同様、社会保障審議会医療部会はじめ幾多の委員を務めておられる尾形教授に御登壇いただく。昨年来、数多く提示された進行中の政策案や、既に実行に移された施策のこの一年間の影響、そこから見据えられる医療福祉介護施設経営における具体的対応策を御教授いただく。

来年の診療報酬改定をも見据え、自らの足場を固め、来る二〇一八年への礎となる例会。新年度初回、経営中枢陣の参加を切望する。(天野武城)

日時 四月十七日(金) 午後二時~四時半
医療福祉介護政策の底流、その解析と検証事例から御発題

東京大学大学院政策ビジョン研究センター特任教授 九州大学大学院名誉教授 尾形 裕也氏

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

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

▼とうとう、啓蟄がきちゃった。虫けらの如くけなされてると、人間にも啓蟄があるんだ。いままでなかつたことだけれど、冬の間、なんとなく元気がなかったが、二月も終わるころは、冬ごもり状態から、はい出た。体重も戻った。

▼さあ、働くぞ、という気分だ。今年、トップダウンの研修だ。トップの志を管理職から一般職員まで浸透させて組織を強くしていく。その日暮らしのケアの提供ではなく、芯の通ったケアの提供だ。うまくいくかどうかは、分からない。分からないからファイトが湧く。医療機関、特に病院の競争は土の中にもぐって冬を越すなんて時代ではない。啓蟄とは無縁の常時戦場だ。トップの志が大事だ。

▼どう死ぬかの講演も、どっと増えた。70歳以上の人と以下の人では、反応がちがう。あの世が近いと身近になるのだ。これも、人間としての啓蟄ではないかと思う。

▼同時に、この関わりは国民への啓蒙でもある。お任せの医療は眠っている国民を啓蟄させないと、国民医療費で国が潰れてしまう。そんなこと心配するより病院の収入が増えれば良かったって、その収入はどこであなたが払うのか、なのである。余計なことをするなといわれても、本気で心配している。国民皆保険を生かすために。

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

全地球測位システム
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!

ポンペ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

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