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) 3914-5565 ㈹
FAX (03) 3914-5576
定価年間　6,000円
月　刊　15日発行
振込銀行　りそな銀行
王子支店 1326433
振替口座　00160-6-100092
発行人　岡田 玲一郎

食べることの廃用を招かない「宥め賺す」がケアの心髄

所長　岡田玲一郎

先月号で、脊椎管狭窄症の手術を大学病院でなさった友人の医師の「廃用症候群になりそうなので退院した」という話を書いた。

その連想で「食べる廃用症候群」はないのかと思い、専門家の人にいろいろ学ばせていただいた。というのは、先月号でも書いたが詳しく書けば、わたしの心臓バイパス手術が午後3時から予定されていた前日、病院に入院するよりホテルの方が静かでよいと言ったら、ナースがOKと言って「病院はノイジーだもんね」と笑っていた。

そこで食事と飲酒について訊いたら「病院に入院するとアルコールはダメだけど、ホテルならいいよ」と返してきた。食事についての注意事項は手術日の明日の朝は水やコーラの水分はいいけど、食事はダメとのことだった。アメリカの病院での話で、日本だったらどうなったのだろうと思った。

そのとき、術前に一週間も入院したら、廃用症候群は動けば防止できるけど、食べる方はどうだろうと思った。日本では前夜の焼酎はもちろん飲めないし、睡眠は絶対に障害がある。結果、ハルシオンかなんかが処方され、わたしの論法でいえば「拉致して、弱らせといて手術はないだろう」になる。あくまでも医学的な論法ではなく、生活しているわたしとしての論法である。

NSTが成長して　食べる廃用症候群を防止

NSTは成長している病院はどんどん成長しており、認定医が学習しない病院では型通りから脱皮し得ていない。人間、絶飲食で生きていくのは限界があると思うのだが、選択メニューは米国と比較すると脆弱だ。実際に術後食から普通食まで食べてきた経験から、「食べること」を大事にしていると感じてきた。フリードリンクの冷蔵庫もあって、ジュースを飲んだ。

そんなことから、これからのNSTの常識は栄養はもちろん「食べること」に置かれると思った。ERASは、まだ未成熟な病院が多くこれからの問題だ。

冒頭というより、先の医師が入院した大学病院の患者食と米国の病院の患者食はちがう。先の大学病院での話は詳細に聞いていないが、わたしが術後最初の流動食はベッドの上では食べないで、ベッドから降りて摂るようにナースから命じられた。「これもリハビリです」が、いまでも鮮やかに記憶と写真で残っている。わが国のように、ベッドの上に台のようなモノを置いて、上半身を起こす手伝いをして食べろと言ってくれないのである。廃用症候群の防止だ。

ベッド上の方が、楽は楽である。だけど、楽は廃用症候群の敵というより、人間は常に動いているのが生きている、ということだ。行動制限は、食事制限と同じだとわたしは思う。栄養士ではないが、「食べること」「調理すること」が大好きなわたしの思いだ。

「食べない」という患者　「食べさせたい」のがOT

先の医師の病院で、かなりのめり込んだ。それは拒食の患者さんに、食べて頂くことである。OTのい奴から「どうしても食べない患者」の話を聞いて、わたしは「そんなに食べたくないと頑張るのは、死にたいということじゃないの」とわたしの思いを話した。

OTとして、拒食症というより拒食を頑張る患者はなんとかしたいものである。単純に、拒食症と症状で済ましていいわけがない、と思うのが本来のOTだ。

しかし、拒食を貫く患者さんはどう励まし（?）ても、食べてくれない。たしか、男性の老人だった。食べないから栄養失調になる。水分は摂っても、どんどん弱るのは人間が「食べること」をやめたら当然のことである。

入院患者だから、食べたくなければ食べなくてよいなんて、ウチの子が小さいころわたしが言っていた科白は、病院では通用しない。さりとて、簡単に経鼻経管栄養をするほど、チンケな病院でもなければOTでもない。しかし、どうしても食べて頂けないのだから、栄養不足だ。

とうとう、経鼻経管栄養ということになったのは、OTやナースの励ましの限界があったからだ。宥め賺す、これもひとつのケアだが、反応してもらえないと不本意だが……となる。

ところがである。わたしは経鼻経管栄養をする少し前までで研修が終わり、東京の事務所に戻った。でも、気になるわたしが確実にあり、死にたいと思っている（?）患者に経鼻経管栄養をしたら、それを引き抜いてしまうだろうと想像していた。

半月も経っただろうか、メールでどうなったか質問した。ところが、この経鼻経管栄養をしだしてすぐに食べだしたのだ。

メールの返信によると「鼻から管を入れるくらいなら食べる」が食事を拒んでいた患者が摂食しだした動機というより、自己決定だ。これは、一種の脅迫療法かもしれないが、ここにケアの「宥め賺す」の心髄があるのであると思わされた。

栄養失調にはさせられないので経鼻経管栄養を始めたのだが、患者にとっては不快極まるものだったようだ。そこで「入れるくらいなら食べる」と、いわば屈伏したのだ。OTがメールでいう「やり方は不本意ではありましたが、結果として食べてくれてよかったです」が、尊い。結果よければ全てよしではなく、不本意なやり方だったといわば意識しない脅迫効果を認められている。ホント「宥め賺す」こそケアの心髄だと思った。賺すはいい。

組織医療としての病院（331）
―高齢者医療―

新須磨病院
院長　澤田勝寛

自分から言うのはいいが、人に言われると嫌な言葉がある。その最たるものが「年だから」である。患者の方から「年だから仕方ないですよね、ねえ先生!?」と持ちかけられても安易に同意をするのは考えもの。「なんでも年のせいにして!」と、昔ならちょっと男心をくすぐったかもしれないスネ顔を返してくる「女性」もいる。

本当に高齢者の患者が増えた。世界保健統計によると2012年の平均寿命は日本が84歳で首位。女性も87歳で首位。男性は80歳で8位。ちなみに、世界平均は70歳、女性73歳、男性68歳。アフリカのシエラレオネは46歳ともっとも短い。日本は間違いなく逆ピラミッド型の高齢化社会となっている。

老年内科という診療科ができたのは、20年ほど前と記憶している。今は、わざわざ老年○○科と標榜しなくても、どの診療科も高齢者ばかり。そもそも若い人が病院にかかるのは風邪かケガくらい。医療専門学校の学生に聞いたところ、大半はこの一年間医療機関にかかったことがなかった。

高齢化によって疾病構造は変化してきた。癌、高血圧、糖尿、脳卒中、骨折、尿路感染、眼疾は増えてきている。

「この年になってどうして癌になるのか?」と、嘆くお年寄りは多いが、「そこまで長生きしたから」としか言いようがない。癌は死亡原因の第一位。三人にひとりが癌で亡くなる時代であっても、自分だけは癌にならないと思っている。

消化器癌の場合、基本は手術。まず考えることは、寿命が先か病気が先かである。病気を放置しても寿命の方がどうみても先に潰えそうならあえて手術は勧めない。見極めは難しく、説明に困るときもあるが、信頼関係があれば納得はしてもらえる。

根治優先か、QOL優先かも検討が必要である。生存率の向上を目指す手術ではなく、生活の質を落とさない手術も選択肢のひとつ。徹底的にリンパ節郭清にこだわる「癌専門医」にはちょっと辛い決断が迫られる。

国をあげてのメタボ対策で高血圧と糖尿への関心も高まり、治療薬は飛躍的に進歩した。朝晩血圧を測り、少しの変動でも気になる人もいる。大平総理は心筋梗塞、小渕総理は脳梗塞、村田英雄は重症糖尿病と、メタボリックシンドロームが原因で旅立った有名人は多いが、それも今は昔。論文捏造と多額献金で名を馳せた降圧剤は論外としても、有効な薬は多種多様。よくもまあこれだけ服用しているなあと思うほど、処方薬剤が多いのが糖尿と高血圧で、かなり上手くコントロールできるようになった。

脳卒中はもともと老人の病気。その老人が増えるにつれて罹患者も増加するのは自明。脳卒中の6割が脳梗塞。進化したMRIは極初期の脳梗塞まで描き出す。罹ったかなと思ったらベンザブロックではないが、詰まったかなと思ったらすぐに血栓溶解剤で血流が再開する。麻痺があると翌日からベッドサイドで早期リハ。関節に拘縮をきたす暇も与えない。

急性期が終わってもサポートは手厚い。回復期リハ、老健、そして在宅と、まだ画餅なれど、その道筋はできている。先を見越したアマゾンは、わずか数百円の介護用のスプーンやお皿でも無料で翌日には届けてくれる。仕事が増えても給料は上がらない、と嘆くクロネコのドライバーの気持ちもよく分かる。

年寄りは転ぶと骨が折れる。長寿の秘訣は「転ばないこと、冷やさないこと」と知っていても、杖を使うのはプライドが許さない。手を引かれるのも年寄りくさいので嫌だという。気は若くても体は年相応。転倒して大腿骨の頸部が折れ、尻餅をついて腰の骨が潰れる。今は足の牽引はしない。すぐに手術。各種プレートや釘が用意され、翌日からリハビリが始まる。骨粗鬆症で潰れた骨も、骨形成促進薬で強くなる。骨密度検査で若返った骨をみて、元気を取り戻す。

家で転んでも文句は言わないが、施設で転ぶと管理責任を追求する家族がいる。施設スタッフは戦々恐々。ほぼ寝たきりに近いお年寄りも、徘徊して転んで骨を折る。手術のリスクが高くても、寝たきりで足を使わないと思っていても、家族の手前があり、手術を求めてくる。心肺機能低下、易感染性、不整脈、腎機能低下などのリスクファクターは多い。整形外科だけでは管理はできない。麻酔科、内科の手を借りて治療を進める。たかが骨折、だけでは済まない厳しい現実がある。

白内障こそ老人の病気。誰もがほぼ例外なく罹患する。術式、器具の進歩で単眼10分の手術となった。喜ばれる治療の最右翼である。見える世界が明るくなり気分も晴れる。見えないものが見えるようになる。鏡にうつる自分のシワとシミに愕然とするが、これほどQOLをよくする治療はない。

こう考えると、今のお年寄りは本当に恵まれていると思うのだが、そうは感じていない年寄りも多い。医療でも体の衰えはいかんともしがたい。病気が治っても衰弱は進行する。老化も進む。認知も出てくる。医療で病気は治せても、老化は止めようがなく、寿命を延ばすことはできない。

90歳前後になると、病気がなくてもしんどくなる。食欲も落ちてくる。生きるのが辛くなってきたと嘆く人もいる。それでも死ぬまで生きなければならない。

「あとどれくらい生きられますか?」という問いには、「神ならぬ身の知る由もなし」と答えることにしている。

37年間外科医として臨床に携わってきた。外科医になりたての頃は、とにかく生存率を向上する医療が求められた。根治性を高めるため取りまくるという拡大手術が外科医の本懐であった。その後QOLを考慮する手術が求められるようになった。乳がんでいうなら全摘から温存手術である。

そして超高齢化社会を迎えた現代、80歳代中心の高齢者医療に求められるのは、より良い死に方QOD（quality of death）を考慮した治療である。

高齢者はある意味注目されている。年寄りの役割は、若い人に対して、上手に生きてみせ、上手に死んでみせることである。

人生の終末をいかに迎えるか。延命治療を望むか望まないか。どんな治療を受けるか。誰に託すか。高齢者入りの一歩手前にきた自分自身の問題として、高齢者医療について考えてみた次第である。

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑬

人事考課制度の導入と適正な運用（その3）

㈱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

「大介護時代の人材マネジメント」をテーマとするこの連載も3年目を迎えることになった。国民の4人に一人が高齢者という超高齢社会を迎え、介護サービスの担い手不足はいよいよ深刻になってきた。

国も人材確保対策にようやく本腰を入れ始めているが、その成果をどれだけの関係者が期待しているのだろうか。結局は、事業者の自助努力がなければ問題は解決しないのである。

前回は、予定テーマを外れて27年度の介護保険報酬改定と新処遇改善加算についてその功罪と喫緊の取組み課題を検討した。そのなかでも述べたが、新処遇改善加算（Ⅰ）は、基本報酬がマイナス改定されるなかで事業者としては是が非でも取得しなければならない課題である。しかし、加算取得を目的視化し、本来の主旨であるキャリアパス要件の整備やその本格的な運用が疎かになり、職員処遇改善についても加算依存の体質になってしまったのでは本末転倒である。

本号から予定の連載テーマに戻すことにするが、改めて法人・事業体固有の人材マネジメントの確立を目指して本稿を読み進めていただきたい。

考課制度の適正運用を

過去2回にわたって人事考課の必要性や仕組みづくりについて述べてきた。今回は、適正運用のためのポイントをまとめておくことにする。

① 目的や主旨のシェア

人事考課の手引き（規程やマニュアル等）を整備し、人事考課の目的や主旨の周知・共有化を図ることは制度の適正運用の必須条件である。

考課者用の手引き等を整備しているところは多いだろうが育成を主眼とするこれからの人事考課においては、考課者及び被考課者共通の手引書が望ましい。そのことによって人事考課の透明性や納得性を高め、人事考課にありがちなネガティブイメージを払しょくする必要がある。

考課者自身が、目的や主旨を正しく理解しないままで「やらされ」意識で評価をするようでは制度の信頼性は担保できないし、職員が納得のうえで制度を受容し、制度のなかで積極的に啓発努力する組織風土を醸成していかなければならない。組織にとっての必要性と職員のキャリアアップにとっての必要性を明確にした人事考課制度の確立が必要である。

処遇への反映（査定運用）についてもインセンティブとしての位置づけを明確にし、その基準を開示しておくことが望まれる。

導入段階では、手引書に基づく職員説明会や考課者研修を行うことで主旨や評価・運用ルールを共有することが必要であるし、新規採用者にも採用時にその主旨を徹底しておくことが望まれる。

② 評価の対象

人事考課は「期間中の職務行動」を評価の対象とするのである。考課者はもとより被考課者にも、このことの意味を徹底しておきたい。

評価は上期・下期の2回及び年1回の総合考課で行うのが通例である。「期間中の職務行動」とは、それぞれの期間中に顕在化した職務行動の事実であり、その成果と取組み姿勢、基礎となる能力を評価することになる。

期間外の職務行動（例えば、昨年度の行動）や私的な行動は評価の対象ではない。

③ 3つの選択

人事考課においては①行動の選択、②要素の選択、③段階の選択という「3つの選択」という手順が求められることになる。評価を適正に行うために、考課者が押さえておかなければならない手順である。

評価に当たっては、被考課者の期間中の職務行動がどのようなものであったかに着目し、評価基準（求められるレベル）と比べて＋であったか、－であったかを見極める必要がある。

次に必要な手順は、「要素の選択」である。行動の選択で＋もしくは－に評価すべき事実があった場合、どの評価要素で評価するかを決めなければならない。通常は、成果の評価（実績考課）・取組み姿勢の評価（情意考課）・職務遂行能力の評価（能力考課）の3つのカテゴリーのなかからそれぞれ一つの要素に着目し、最適な要素選択を行うのが原則である。一つの＋または－の事実が、全体の評価に加重に影響してしまう（ハロー効果ともいう）ことを防止するためのルールである。

最後に「段階の選択」を行う。段階の選択は、ＳＡＢＣＤの5段階もしくは、Ｂ＋・Ｂ－を加えた7段階で行うのが通例であるが、「基準はＢ」であることを徹底しておくことが重要である。

その際、組織は常に進化するという「学習する組織」の考え方に従えば、「Ｂ」評価の基準また常にレベルアップしていかなければならないことになる。レベルアップしていなければ、組織は進化していないことになるからである。そこで「段階の選択」では「母集団の標準がＢ」であるというルールを設定し評価を行うという方法がある。絶対考課と相対考課の融合であり、現実的な評価基準として有効である。

次回は、評価結果のフィードバックや評価のエラーについて触れることにしたい。

四苦八苦

気配という大事なものが感じられなくなると怖い

白川道さんが亡くなった。ひとりで。わたしにとって、最近、次々と亡くなった有名人の中で一番共感を感じる人だった。無頼派と称され、競輪に大金を投じ、ときたま大金をゲットされたり、麻雀に情熱を注いでおられた人だ。事実婚の中瀬ゆかりさんも一種の無頼派なところが、わたしと通じる。さぞや悲しく、寂しい想いでおられるのであろう。

「夕刊フジ」の報道部の冨安京子さんが、同紙に連載しておられた白川さんの「俺ひとり」というエッセーで、毎日、行間に遺書じみた気配を感じておられたことを書かれていて、同じ気配を感じていたわたしは、俺ひとりが感じていたことではないのだと、妙に自信をもった。

本紙のわたしの文章も、弟たちに"遺書じみた感じ"を受けていると去年、会ったときに言われていた。もちろん、わたしは"遺書"を書いてる想いはないのだが、なにかの報せが体内から湧いているのかもしれない。そして、白川道さんも、一回、一回のエッセーにこれが最後と覚えて書かれていたものと確信する。

五月に出版した「生きる」（厚生科学研究所）にしても、それ以前に出版した本も、「これが人生最後の本」と覚悟して書いたし、明文化したものも多い。白川道さんは、先の冨安さんの「まだ死ぬ年齢じゃありませんからね」というきつい伝えに対し、「僕は普通の人間の倍の時間、生き急いできたからね」と返されたそうだ。

その文章を読んだとき、わたしは唸ってしまった。同じコトを考えている人なんだ、と。わたしも、人生を濃密に生きてきたと思い、先の「生きる」という本を書いたのだが、別に希薄に生きようが濃密に生きようが、善悪で律せられるものではない。ただ、人間と人間の関係は、希薄より濃密の方がよいと想い、生きてきた。

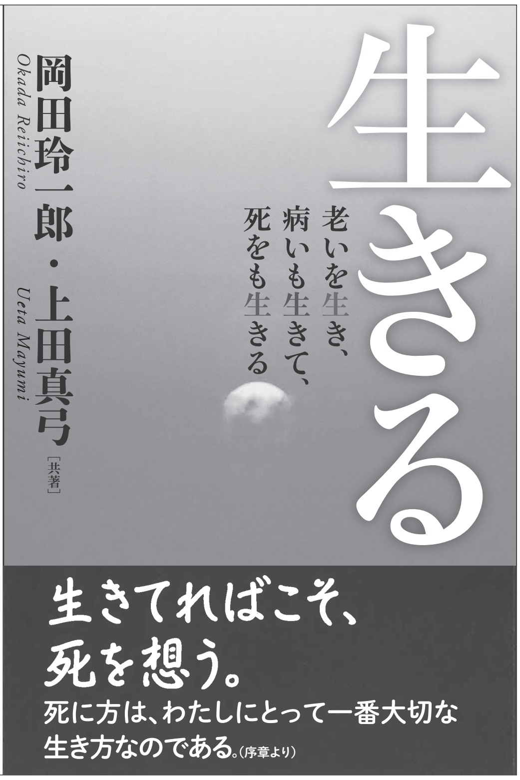
その人間関係に、希薄さが増殖している。例えば、乳幼児が澄んだ瞳でわたしを見ていると、つい声を掛けてしまう。「いくつ？」とか「今日はどこに行くの」とかだ。ところが、10人に3人ぐらい固まる母親がおられる。幼児は「ミッチュ」と指を出しているのに、警戒心が露わに出てくる。

そんな世の中という表現があるが、怖い言葉だ。風潮ともいえるが、人と人との間に隙間ができて、濃密に関係をもつのに苦労する世の中になってしまった。なにもベタベタした関係、相手に調子を合わす関係をいっているのではない。アッ、通じる、そんな瞬間やその後の話しのことだ。他者に嫌われたくないのは、人間の業だとわたしは思っている。そして、それは生きていく術でもある。それなしに生きていけないのが社会というものなのだが、そこにどっぷりと浸っていると、人間としては死だとわたしは自分に言い聞かす。

そしてもうひとつ大事なことは、その人の気配（言葉でも活字でも動きでも）から感じる感性だと思う。気配って、絶対にあるのだが感じる人と感じない人がいるのは、なぜだろう。わたしや冨安京子さんだけではなく、多くの人が白川道さんの文章からその気配を感じられておられたと思う。

他者に嫌われたくないという業を克服するのは、この気配を感じる感性だと冨安京子さんの追悼文のような文章の気配から感じた。嫌われてもいいから言うことは言う、というのは頑張り過ぎだと思う。嫌いな奴だという気配を感じたら、少し離れてみたらよいと生きてきた。そのうち、案外、こんなところがある人なんだと感じさせる事象があるから、人生はおもしろい。ダメな奴もいるけど。

無頼派と称されても、白川道さんは人間が好きな人だったと、人生相談のコラムでも感じた。　岡田



生きる

序　章
第１章　病いを生きる
第２章　便利に生きるよりも、不自由で生きる
第３章　いのちと医療
第４章　時代によりかかわる事前指定書
第５章　事前指定書に呪縛されないで
書き終えて　　岡田玲一郎
第６章　事故と四年間の入院生活
第７章　命のバトン
第８章　障害者の自立を支える拠点づくりに挑む
第９章　センター長としての自覚と理想像
上田真弓

ISBN978-4-903368-23-8　定価（本体1,500円+税）

【問い合わせ先】
社会医療研究所
〒114-0001　東京都北区東十条3-3-1-220
TEL　03-3914-5565　FAX　03-3914-5576
E-mail　smri@mvi.biglobe.ne.jp

この一ケ月の 喜怒哀楽

◎食事がいいから、退院しない

少し前になるが、NHKTVの3月31日の夕方の番組で「食事がおいしいから退院したくない」という患者の談話が、美談かのような調子で放映されていた。思わず画面に向って「バカヤロー」と叫んだ。「ホテルの食事がおいしいから、もう一泊しようかしら」はいい。病院で「食事がいいから退院したくない」は、ないだろう。もっとも、病院も患者食を自慢したいようで、わたしも「ウチの病院の食事はおいしいと患者さんからいわれます」の話は、何十回も聞いた。そう思わない病院は困る。その腹の底に「食べてみて‼」があるのが、ミエミエなのだ。義理は浮世の常だから、タマに食べたことがあるが、ヤッパ、レストランや大衆食堂の方が、旨い。

話は戻って、皆様のNHKでさえ、こんな報道をするくらい、わが国の入院医療の認識は狂っているとしか思えない。NHKのボスの言葉や態度が狂っているからだと言いたいが、オエライサンとしては許容範囲としておこう。

しかし、食事がおいしいから退院したくないと報じるNHKのこの番組のプロデューサーの認識は、とてもではないが許せないのである。特養なら分からんでもないが、急性期病院では食べさせたら、退院だろうが。

◎救急車の出動基準が必要

事務所の前は某大手グループ病院に属する病院だ。救急車は一日平均で10台以上は来る。事務所にいるときは、ときどき搬送された患者と思しき人の姿をみるが、エッこれで救急患者と思える人が半分くらいはおられる。

救急車を呼ぶ不安は、分かる。超高齢社会で救急出動が増えたのも、分かる。山形で救急出動の基準外で自分で受診してくれと通知した患者さんが亡くなられて裁判になり、救急隊も裁判沙汰になりたくないから出動するのも、分かる。分かることばかりだ。

しかし、救急隊の出動が無料なのは、まるで分からない。低所得者はどうするんだといわれたって、病気で受診するとき低所得者は無料の人ばかりですか?! 生活保護の人は、アメリカもメディケイドで無料だ。でも、わたしは三割負担だし、二割負担や一割負担で、チャンと負担金がある。

パトカーの出動、消防車の出動と、救急車の出動が同じ無料というのは、まったく理解できない。治療行為など医療を必要とするから、救急車は出動してるんじゃありません?! 火事で火傷を負った人は、消防車で運ばないの‼ 衣服が燃えてれば消火するけれど、これは無料で当然だ。当然でないのは、その人を救急病院に搬送するのまで、無料でいいんかい、だ。

もっとも、この文章を見たら「戦争法案」とバカのひとつ覚えみたいにヒステリックに（聞こえる）わめくフクシマオバサンは、怒るだろうなぁ。そんな法案はないのに、うまくつけたと誇らしげな顔は、わたしは大嫌いだ。「救急車利用基準法案」でも、作れ。

◎病院経営は順風もある

全ての病院を知っているわけではないが、病院経営は診療報酬や医療制度が逆風であろうが、経営は順風が吹くことがある。共通するのは、まじめにコツコツと、そしてぶれない医療を提供している病院だ。医療の神様なんていないが、なんらかの力が働いていくのだろう。

医師が足りなくて苦労している病院が、思い掛けないことがきっかけで医師が増えた事例も何例か経験している。思い掛けないこととは、大学病院にアプローチしたり医師の派遣業から紹介されたりという事例ではない、ということだ。本質的な表現をすれば、医師が「そこで働きたい」と思える病院になっていた、なのである。

つまり、不断の努力、それもケアの質の向上の不断の努力が必要不可欠であることを、識ることができる。普段と不断は着衣では同じ意味だが、ケアの質の向上ではやはり不断だと思う。実際に、中小病院であっても医師の充足は可能なのである。それを信じるか信じないかで、大きい差がつくのは人生そのものなのだ。

◎回リハではないのに……

百床ほどの病院で、リハビリのスタッフが50人程おられる病院を経験した。20年以上前からリハビリに注力されていた病院だ。リハの部長さん曰く「回リハじゃないからスタッフが集るし、やる気がでる」といわれる。

回復期リハビリでも、きっちりやってらっしゃる病院では、リハのスタッフも退職者は少ない。一方、リハのスタッフが後ろめたさを感じると発言している回リハの病院では、リハのスタッフの退職者が多い。そこにあるのは、後ろめたさの濃淡である。心したいことだ。

7対1看護管理料の病院も、まったく同じだ。看護必要度に後ろめたさを感じさせたら、離職は停められない。モニターの不必要な患者への使用も同じだ。検査室で、自分の出すオーダーに後ろめたさを告白する医師も、やがて退職に転じる。「経営のため」が逆効果を生じさせている悪例である。

よく、職員のモチベーションを上げるといわれているが、下げる後ろめたいことをしなければよいという単純な話なのだが、これがなかなか難事なのである。

◎「在宅」の困難さ

行政の方は在宅、在宅といわれているが、これが年々難しくなっている。時代の変化が大きく影響している。親を自宅で介護するなんて、気分としても、家族の収入の確保にしても、容易に実現しなくなった。もちろん、最大の努力をしてご家族が親や祖父母を介護なさっておられる家庭もある。

だから、在宅介護サービスなどの「他力」が必要とされるのだが、ご承知のように介護のマンパワーには限界がある。少子化という避けられない現実から、介護への外国人の導入は不可欠だと、わたしは思っている。話は簡単で、増える老人、減る若者という現実があるのだから、外国人パワーの導入不可欠論になるのである。

老老介護も限界があり、火災が起きると老人が死ぬという悲しい現実に、わたしは抵抗する。 岡田

これからの一ケ月の 不安・不運・不信

医療の沸騰点

医師の質によって病院経営が左右だ

岡田 玲一郎

新聞や週刊誌を見ると、嫌な気分になる。特定機能病院の取消しや、その原因となった医師個人の倫理観の欠如が報じられている。しかし、国民に医療不信が加速しているかというと、わたしにはそれが感じられない。徳洲会病院の問題にしても、受診者の激減はないようだ。そこにあるのは、むしろ国民の〝自分は大丈夫意識〟なのではなかろうか。あるいは、あきらめのような気がする。

これでいいわけがないので、今月号ではこれからの医療がどう変遷していくのか、私見を書く。

根底にあるのは医師教育の問題

「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。患者から話を聞けないんだよ」。元検事総長の但木敬一さんが、割合大きな病院の院長から言われた言葉だ（日本経済新聞2月3日夕刊）。

高名な大学の医学部でなければ、そんな医師は出現しないかとなると、そうは思わない。ウソだと思われたら、病院の看護師に訊かれたら分かる。むろん病院にもよるが、そこでも病院の医師教育が問われてくる。また、大事なことは〝便利の台頭〟の否定である。

患者へのインフォームド・コンセントにしても、実直、愚直よりも、どうしたら患者を同意させられるかの〝便利〟の利用をする。それについては毎日新聞3月19日付朝刊で、近森病院の近森正昭医師の発言などが特集されていた。

先にも書いたが、医師には実直、あるいは愚直ともいうべき誠実さが必要なのだが、その教育をできる教授や先輩医師もおられる。一方で、教授や先輩の思いあがりが医学生や医師に影響を与えているのは事実である。高名な外科医にそれをみるのである。

先の但木敬一さんは、弁護士の仕事にはCTもコンピュータもない。ひたすら相手（人間）の顔を見て、聴かないと仕事にならない、と。医師という仕事の多くは、同じだと思う。基礎的な研究にしても、ひとりで完結できるものは少なく、多くは仲間との関係で研究が結実するのは、ノーベル賞の山中伸弥さんも語られている。お会いしたときの「研究室ではなく合宿といっています」の言葉は、わたしは死ぬまで忘れないだろう。わたしの仕事の職員研修にしても、顔と顔とをつきあわさないと、絶対にできないことだ。レクチャーのときは、集団対わたしのコミュニケーションだと痛感する。

医師の研修制度が確立したのも、医師としてふさわしい人間になるために必要なことだったからではなかろうか。徒弟制度のようなもので国民にとって望ましい医師は育たないと断言すれば、医療関係者、特に医師は分かっていただけるだろう。が、なお、大学病院の医局人事という恐ろしいものが、根深く残存している。しかし、以前はあった「脱医局」は医師研修制度でずいぶん少なくなった。

それぞれの病院による医師のちがいが出てくる

そんな想いで、わたしの行動範囲の病院をみるとき、急速ではなく、それこそ実直に病院による医師としての価値の格差が進んでいくとみる。初期研修医から後期研修医になるとき同じ病院に進む医師、後期研修後にその病院に残る医師、そして大事なことは一度は他の病院に出ていったが再び戻ってくる医師、その人数や割合が病院の価値を表している。

医師不足に悩まれている病院で「どうしたら医師が集まるのか」という質問とも愚痴ともいえない言葉を聞く。拙速といわれてもわたしは即座に「医師がここで働きたいと思える病院になさるしかないんじゃないでしょうか」と答える。それ以外の処遇の問題とか便利さを求めることは、わたしの頭の中では浮かばないからだ。

もちろん、それを実現するのは時間もかかるし、揺れもある。少なくともふたけたの年数は必要だと経験則として思う。コンピュータで弾き出す「医師の集る条件集」なんて、なんの役にも立たない。問題は、それを実現するぞという志と覚悟である。

そんなこと言うのはキレイゴトだと排される人もおられようが、医師を集め、育てる〝便利な方法〟なんてないのである。どんなに叱責されても、引き下がれない持論である。さらに述べれば、病院という社会資源を社会から預託されている責任を果たす覚悟からの出発である。そこには、人間という複雑な存在があり、泥んこになって愚直に歩むしかないと思う。

定年後の大学病院の教授を招聘するのも〝手段〟としてはあるが、ひとつだけ申し上げたいことは、自分の病院の機能が医療のどこのパーツを担っているかで、成否が決まるのである。

不特定の医療者に講演するとき、「入院患者さんみたいなお医者がおられて、仕事に意欲が湧きますか」と問うと、そこに露わな反応が返ってくると証言しておく。

急性期は、それがショート・タームであろうがロング・タームであろうが常勤医の平均年齢が絶対条件としてあると言ったら、問題発言だといわれたが、この信念というより事実は引っ込められない現実がある。けして、経営スタッフの医師のことではないことも、申し添えておく。

かくして、10年から20年後には病院の医師は、病院間格差が生じてくるだろう。わが国の人口が減るといわれているが、そこには反対の多い移民の推移があると、わたしは思っている。大手企業が工場を国内に回帰させだしたことが報じられているのをみると、いままで国外に進出してその国の人で生産していたマンパワーを、少子化の国でどうするの、と思う。

そして、医師免許も更新制度が進んでくるとみる。各学会による研修制度も、濃淡がありながら実現している。その淡が残れなくなって、濃が医師免許更新制度の核になると妄想している。妄想とは「正しくない想念」のことなのだが、案外、妄想が正しい時代がくるかもしれない。少なくとも、将来に眼を向けた想いが必要だ。

継承の妙

かなり前といっても、20年そこら以前のことだが、妻が「岡田家の血が途絶(とだ)える」とポツンと言ったことが、ずっと記憶に残っている。笑われるかもしれないがひとりしかいない男の子が「子どもはいらない」と言ったから、らしい。わたしは、他に四人の女の子がいるし、その中の三人はそれぞれ子をもち、合計九人の孫がいるから、〝岡田家の血〟は脈々と流れているし、第一、そんな血の継承の意識はない冷たい男?のわたし。

しかし、組織となると継承は絶対だ。社会医療研究所なんて、所詮、個人商店だから、街のクスリ屋さんがマツキヨに代表されるクスリの量販店に圧殺されるように、消え去っていくのは、必然だ。むろん、わたしの社会医療観を継承していこうとされる人がおられたら、これは〝血〟としても組織としても継承してもらいたい。ただし、病院という組織は継承していかねばならないし、それは〝血〟であってもなくても、継承すべきだ。ただし、社会として存立の意義と意味があることが、絶対条件だ。

当研究所を立ち上げて半世紀になろうとしているが、その間に多数の病院の〝継承ぶり〟をみてきた。なにしろ半世紀にわたるのだから、その継承ぶりはさまざまだ。バカ息子に継承させるバカオヤジもいれば、バカ親父ぶりを反面教師として継承後に病院を隆々と成長させられた継承者もおられる。

岡田家の血なんて個人的なものだが、病院となると社会性がある。わたしは18年間務めた病院の事務長職のときも、継承者を育てようとしていた。かなりの労力を尽したが、ワンマン院長に仕えるだけの人物は育てられなかった。わたし自身、この人の下で一生働くのはゴメンだと思い出して継承を急いだのだが、前述のように力不足だった。それどころか、わたし自身が限界を感じ退職した。ワンマン（超がつく）が、「これからはキミと競争だね」と言われた意味は、未だに本心が分からない。わたしが退職したら、管理職といっても四～五人だが、ヘバリつきの男を除いて全員が辞めてしまった。

病院でも、ある部門、例えば看護部長が退職したら師長クラスの管理職が8割も辞めてしまって、残り2割がヘバリつき、ぶら下がりの師長が残ったので、病院は壊滅的打撃を受けていた。継承者をどう育成するかの重要性が問われる実例である。他にも直接は知らないが話としてたまに聞くことだ。

この継承の妙というか骨(こつ)は、組織として重要なことだ。重ねていうが、個人、例えば岡田家は継承に失敗しようが社会的な痛痒はない。これも重ねてだが、病院という社会資源の継承は社会的責任である。

そこが公立病院は弱いし、民間病院は存続という課題に直面しているから、強い。なにもすべての公立病院を指しているのではなく見事に継承されている公立病院はある。けれど、少数なのは経営責任の有無、あるいは濃淡だと思う。ましてや、大学病院の〝ジュッツ〟としての病院長のイスは、脆弱なものだ。その意味で、わたしは公立病院は民間病院に委譲すべき論の立場に立つ。税金の無駄遣いよりも、税金の有効活用の意識が問われる。ウン、その意識のない公立病院が多い。

そして、病院にはいろんな部門がある。その部門の長の継承脳力が問われている。管理職研修で、そのことを強く言わなければならない管理職がおられると、力が入るのである。その最悪の事態をわたしは起こしたから反省的に書いているのではなく、超のつくワンマン院長を抹殺できなかった自分自身の能力の限界を認めるしかないのである。繰り返しません過ちは、なのである。そんなことがあったから、わたしは人育ての仕事をしているのかな?!

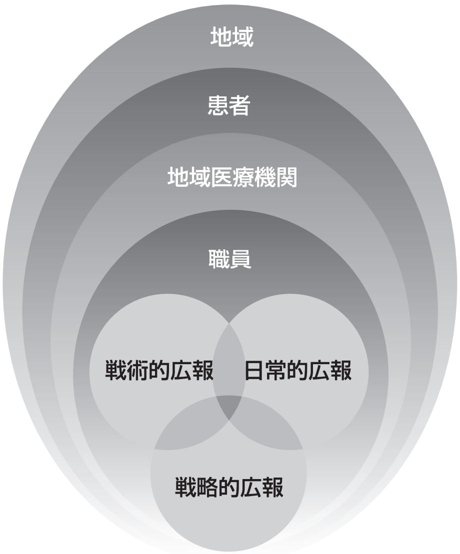
岡田

広報で変わる　医療環境
DOCUMENTARY FILE 49

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報的視点から、
病院のビジネス構造の変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 Hospital Intelligence Planning
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ト事務局内
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398回 これからの福祉と医療を実践する会

介護報酬改定から約一ヶ月が過ぎた。介護保険事業所をお持ちの医療法人や社会福祉法人は、4月の成果を把握・分析し、いかに収益を下げずにいくのかを模索されていると推察される。来年の診療報酬改定は既に厚生労働省にて論議が始まっており、昨年の改定で手をつけられなかった各項目が、見直しという名の下に厳しいことになるのではないか、と危惧するところである。

さて、本例会では私ども「平成とうや病院」が、4年前に済生会熊本病院のお膝元に落下傘部隊のごとく、家電量販店を病院に改築して進出し、連携を強化した実状をお話しすることにした。中身については当日のお楽しみだが、済生会熊本病院とのアライアンス関係を通じて実施したことや、データ等の相互検証・分析など、現在話すことができる範囲でご披露したいと考えている。

連携の必要性は言わずもがなだが、熊本だからできる連携の形だと言う方もおられる。しかし各地域において様々な連携の形があると思われる。私の話がどのように参考になるかは分からないが、少しでもヒントになれば幸いである。

医療に携わって約30年、私も今年で65歳。年金生活に入る年齢になり、何かしら「実践する会」にお手伝いすることができないかと思い、今回の例会に至った次第である。九州熊本の話でも聴いてやるか、ということで来られても、何かしら持ち帰っていただければ話し甲斐があるというもの。

（島森万二）

日　時　六月十九日（金）　午後二時～四時半

これからの連携の形を熊本に見る
……連携のやり方は千差万別、
ひとりで生きていきます？
それとも……

医療法人清和会
法人本部副本部長　島森　万二

会　場　戸山サンライズ大研修室

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:jissensurukai@nifty.com

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

▼タフな日程、書き終えての想いはそれに尽きる。強制された日程ではなく、自分で入れた日程だから苦情はカケラもない。燃え尽き症候群かもしれないが、自業自得だ。▼明日は散髪にいける。GWの最終日だが、さすがにGWは仕事は書く仕事だけだった。それも締切りに追われて苦しかった。楽しみは友とのメール、そして、未来を想う夢追い人との出会いだ。▼しかし、生きていくことは、難儀なものだ。義理が廃れ(すた)ばこの世は闇よ～ なんて歌で育った青春だから、義理も欠かせない。ホント、義理を廃してはダメだよと思うよ。▼そういえば、悲しい酒なんて歌もあった時代だ。いま、自宅でこの原稿は酒の一種、焼酎を飲みながら書いている。まだ一杯目だが。▼東北新幹線の事故に巻き込まれて、ひどい目に遭った。待ち時間に飲み、車中で飲み、ヘロヘロになって駅の階段で若い男の子に助けられた。いまどきの若い子なんていえない澄んだ瞳の男の子だ。荷物が多いのも、考えものだね。▼病院は、これから大きな荷物を背負わなければならない。助けてくれる若い子とは……と思うことしきりだ。捨てられない荷物を背負う覚悟がすべてではなく8割の職員に求められる。職員一丸なんて、一億一心と同じ目に遭うぞ。