

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 (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

地域包括ケア病床の安定は 確固として組織風土の醸成が必要

所長 岡田玲一郎

月日の経つのは、速い。日本版LTACを提唱してから6年も経たない内に、昨年4月地域包括ケア病床が発足し、10月にはいろんなパターンの地域包括ケア病床が増えた。いろんなパターンとは、「取り敢えず」とか「得しそうだから」とか、自院の実力は、オイトイテッ参入された病院と、急性期の機能分化を認識されて地域の医療機能分布を基盤に据えておられた病院、というパターンだ。

東芝の利益水増し問題は 病院の利益追求と同根？

東芝の歴代社長は利益確保の手段として損金を翌年度に繰り返してきていた。株式会社だから利益追求は当然だ。しかし、医療機関は利益追求ではなく利益追求でなければ、社会的存在価値はない。もちろん、わたしの主観だ。以前にも書いたが、追求と追究は社会的意味合いがちがうという観点か

らだ。利益を追いかめると、昨年3月までのトップが「血圧は一日6回以上計れ」の号令が下る。昨年4月からは「モニターをできるだけ使え」という指示がくる。東芝の社長さんたちは利益を「追いかめ」から、ああいうことになる。もし、利益を「究める」ことを追う経営判断だったなら、自社製品の品質を究めるに究めていかれたと、思う。病院でいえば、「これをやったら何点」ではなく、社会のために「提供する医療の質を追究」が、最大、最高の経営判断だろう。敢えて経営方針と書かなかつたのは、わたしのだけの考えではなからう。方針の多くは、あいまいだしパワーが弱いからだ。

東芝流の経営方針でいかれるのかどうかで、地域包括ケア病床や7対1看護管理加算を取られている病院の将来が決まるだろう。地域包括ケア病床は儲かるから参入されたのか、急性期の機能分化の

のみならず、わが国の社会全体、例えば国家財政の大赤字という将来の国民負担を憂い地域包括ケア病床に参入し、その質の向上に取り組まれているのか、ということだ。

地域包括ケア病床は 急性期医療の通過機能である

わたしは、地域包括ケア病床の最大の難関は、受け皿だと確信している。地域包括ケア病床の平均在院日数の限度は40日になるだろう。根拠はアメリカのLTACが25日だからということではなく、わが国の地域包括ケア病床の現実の平均在院日数が40日前後であるからだ（もちろん、40日より長い病院もある）。そこで思い起こされたのが、老健施設である。南小倉病院で侃侃諤諤、しかも熱く語り合ったのは老健施設とは「病院と家庭の中間施設」だった。北米のインターミディエイト施設の日本版である。小山秀夫さんが「スウィグ・ベッド」を熱弁されていた頃のことだったと記憶している。

地域包括ケア病床は、終末期医療は少ない（筈だ）。急性期後、慢性期から急性期転帰の患者さん

に急性期医療を提供する機能の病床である。このまま置いとくわけにはいかない患者さんがおられる病床だ。もちろん「ベッドが空き過ぎてから退院延ばせ」のよるな東芝的経営方針では、存在し得なくなってくる。

つまり、自己完結型の受け皿がたつぷりある地域包括ケア病床はスムーズにいくが、地域連携型の場合は相手があることで、そんな症状では受けられませんかという療養病床や老健施設、特養が出てきているこの現実、どうしましょう。

わたしは、日慢協の武久洋三会長に、医療療養病床の中で、アメリカのSNF（スキルド・ナースング・ファシリティ）のような機能を有する医療療養病床を育成して頂きたいと、お願いをした。日慢協の参与の肩書はあるが、ろくろくその仕事、役割を果たせていないで忸怩たる想いに犯されているからだ。療養病床の分化である。

機能連携とは、単なるベルトコンベアではない。果物の選定だって、然るべき大きさの箇所に来るとベルトから降りていく。高度急性期という機能がなにを指すのか、わたしは理解できてない。しかし、急性期はよく理解できる。6月に菌の神経を抜いた。痛みがあり腫れがあったからだ。これは、入院医療を必要としない急性期だと思ふ。ところが、いったん腫れは引いたがアメリカに一週間行っていたとき

に痛みが出て、腫れてきた。これが安定期からの急性期転帰だと思ふ。再び歯科を受診し、神経を抜いた小さいトンネルみたいなところを治療してもらい、セファメジンのクスリを二週間分もらった。この辺が、もつと大きな入院治療を必要とする急性期後の地域包括ケア病床での加療だろう。

さすがにセファメジンを二週間服用するのは怖いので10日でやめた。しかし、腫れはだいぶ治まったが、重い痛みが続く。慢性期になりたくないの、北九州の病院で歯科を受診した。歯科のドクターは内科や外科のドクターの半数以上より、ヒューマニティがあることも、実感できた。もちろん、ヘンな歯科医もいるが、抜歯することで利益を得ていた歯科医は、いまや棲息できなくなってきたのが、医療とはなにかを物語っている。現在まで、歯は一本しか抜かれてないが、この一本が30歳代に利益のために抜かれた歯だ。それ以後は、抜歯といわれても「抜いてもいいけど、生えてきますよ」と言つて、歯科医を困らせている。髪の毛じゃないんだから、生えない。というように、地域包括ケア病床は、通過病床であつて、滞留病床ではない。歯がクラビットで安定してきたように、慢性期より強い治療が必要だ。そして人間の病気はそこに停止してないから、その受け皿が大事だと思うのだ。

組織医療としての病院

(334)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

―ある民間病院のライフサイクル―

昨年3月に着工した新病院が完成し、先日引き渡しを受けた。

当院の開設は昭和35年。大げさかも知れないが、半世紀に一度の大事業である。外科医になったのが昭和53年。親の跡を継ぐべく自院に戻ってきたのが昭和63年。そして37年が過ぎた。阪神淡路大震災が起った平成7年9月に院長となり、3年前から理事長を兼務している。

岡田先生から、光栄にもこのコラムの執筆の指名を受けたのが平成16年2月。ちょうど十一年半が経過した。好き勝手なことを書く機会を与えていただき感謝している。社会医療ニュースの読者層には、民間病院の院長や理事長が多いと聞いている。新病院建築に際し、小さな民間病院ではあるが、病院の経営者として思うことが色々浮かんだ。是非ご同輩に聞いていただきたいと考え筆をとった次第である。

◆病院の成長期から成熟期

病院長に就任したときは43歳であつた。医師数は今の半分以下の20人足らずで、半数が私より年上であつた。最新のMRIと結石破碎とガンナイフ以外、これといったウリのない「並み」の民間病院であつた。阪神淡路大震災後で「震災か

らの復興。立ち上ろう、神戸！」というスローガンがあり、それがそのまま病院にも当てはまった。地震で建屋も組織も大きく傷んだ。病院だけで、当時の月の診療報酬に匹敵する2億円の損害。収入が激減した中での2億円は痛かった。組織として個人として危機管理の重要性を思い知った。佐々淳行氏主宰の危機管理研究フォーラムに入会し東京に月一回のペースで通った。色々な病院管理セミナーに積極的に参加するようになった。

多分この頃に岡田先生の講演を初めて聴いたと思う。バンダナを巻いたジーンズ姿の人をみて、何と風変わりな人？というのが第一印象。饒舌ではないが、医療の本質をついた言葉が印象に残った。

医者への選り好みを出来るほどの病院ではない。大学とも良好な関係を保ちながら、医師の確保、診療科の拡充を進めていった。凸凹(デコボコ)があつても凸を伸ばし、凹を埋めるのが院長の仕事であるというのがだんだんにわかってきた。看護師は、看護基準に関係なくできるだけ集めた。看護師は今も昔も流動性の高い職種である。期中でも平気で辞める。油断も隙もない。引き止めると足元を

みるような「輩」もいた。とにかく数をそろえ、辞めるといった者は引き止めないようにした。

そうすると不思議なもので、「勝手退職」は減つていった。7対1看護が施行されたとき、当院は新規募集をかけることなくそのまま500万円という「真水の増収」を得ることができた。天下の東大病院が、看護婦募集のために全国行脚をしていると聞いて、ニマリしたことを覚えている。

若くて手術大好きな脳外科医、整形外科医が揃った時期がある。154床ながら年間の手術件数が3300件となった。脳外科、整形外科にはいくらでも手術患者が入院してきた。いかに早く退院させるかという、病棟運営が求められた。岡田先生が紹介されたCACをいち早く立ち上げたのも、この頃である。

医師や看護師が本来に仕事に専念できる体制も整えていった。医師の事務作業を軽減した。会議も減らした。看護師からは、病棟の物品管理やベッドメイキング業務をはずし、専任職員に任せるようにした。医師が働きやすい環境整備に力を注いだ。3つしかない手術室で、一日20件ほどの手術をこなす日もあった。おかげで、当院は外科系の急性期病院であるとい内外に印象付けることができた。今から考えると非常に活気のあ

る時期であつたといえる。震災から十年後には、月の収入は震災当時の倍となった。

◆属人性の弊害

整形外科、脳外科の隆盛はスーパードクターに依存していた。そのため退職後に、手術件数が激減した。組織を継続させるためには、属人性を廃することが重要である。というのは経営学の常識ではある。しかし、実際問題、医療において名医に患者が集まるのは当たり前。名医の前には「門前市をなす」わけである。「選択と集中」で液晶テレビに特化したシャープが苦境に陥つたのもうなずける。

属人性はまさしく選択と集中である。太い柱だけに依存してしまつと、その柱が折れた時には屋台骨がゆらぐことになる。当院の場合、揺らぐほどではなかったが、少なからぬ影響を受けた。

長嶋が去つたあとの長嶋巨人軍、イチローが抜けたあとのオリックスの轍を踏まないようにしなければならぬ。集中と選択ではなく、選択と分散こそが安定した経営に必要であると実感した。

念ずれば通じることもある。スーパードクターが抜けた科には、派手ではないが、良い医師が集まつてきた。凹の科にも看板になる医師を採用でき、凹の度合いが減ってきた。今は、以前のような属人性は少なくなつてきており、どれかひとつが「コケても」大きな痛

手は被らない組織になった。いわゆる多軸経営ができるようになったといえる。

◆小さな大企業病

水は低きに流れ、人間は易きに流れる。この20年で医師数は倍以上の42人となり、職員数も1000人増えて370人となった。大きくなった分、組織内でブラインドの箇所が増えてきた。私も含め医師も職員も高齢化してきた。何でもない救急を断る医師が増えてきた。一体感がなくなつてきた。自分の仕事はするが、誰の仕事でもない仕事はしない人もいる。

「小さな大企業病」に陥つてきていたのがつた。私自身も60歳を越え、若い頃よりは、保守的になつていたのかも知れない。

組織はトップの器以上にはならない。至言である。子は親の鏡、医師は院長の鏡、であることを思い知った。先日の医局会では救急受け入れに関して、かなりの激論が交された。久々に熱くなった。意思統一はなされ、救急患者の受け入れは劇的に改善した。

栄枯盛衰は世の習いとはいえず、「衰」は最小限にしなければならぬ。何事にもライフサイクルがある。ダイエーやシャープといった大手から、街の本屋や小売業にいたるまで参考例には事欠かない。新病院建築で、腹をくくることができた。今後も、誰にも負けない努力を続けていくつもりである。

私の搬入を許可してくれたのは4院目だったそうだ。この病院は、ホントに場末の病院だったが、脳卒中中の搬入を拒否しないので救急車仲間にはよく知られていたらしい。

その親切的な病院は、ちょっと変わっていた。脳卒中といえど、まずCTスキャンだが、この病院では最初に心電図をとられ、採血され、その後いきなりケンサの本命MRIを撮る。検査の順番はコッチの知ったことではないが、気になるのは内部の異様さである。あきらかに認知症とわかる老人が長い廊下のコーナーに何人もタムロしているのである。その薄気味悪いこと。

一般病床がいっぱいだというところで、ナースステーション前の特別個室をあてがわれた。ここで最初からこんなものを見てしまった。なんと、ナースステーションの扉の前に車イスの認知症のバアちゃんがなぜかいるのだが、出入りするナースは、そのバアちゃんをそのままにしている。私のベッドの目線の前から、よくみていると、フニヤフニヤ声で何かを訴えている。耳をすますと、こう聞こえた。「かまってください」と。そこで私はナースコールをした。ひとりかたんできたので『かまってください』と聞こえたけど、かまってやるわけにはいかないの？」

と言うと、おもしろい答えが返ってきた。「とんでもない。あのおばあちゃんは、この病院で一番かまってもらってるのよ。よく見ててください」と行ってしまった。言われたとおり見ていると、出入りするナースは行きも帰りも、バアちゃんの頭を軽くコツンコツンとたたいていて、バアちゃんは時々、その手をつかまえて嬉しそうな顔をしているじゃないか。バアちゃんはなかなかの役者だ。こっちは反省させられた。しかし、コツンと

ヨン前のバアちゃんに代わりたいのかもしれない。そんな順番性になっていとは思えないが。さて、認知症の話は、これらが本番である。ある昼の時間である。私の車イスは一度も会ったことのないナースに部屋から引き出され、その口上が怖かった。「たまには、お仲間といっしょにお食事しましょうね」と連れ込まれた部屋は、大きな楕円形の長いテーブルが2つあった。認知症の老人が並んでおり、私もそのテーブルのハジに車イ

レあいを見ていたところ、怖ろしいことに気づいた。この部屋には管理人の姿がないのである。とにかくここから逃げ出さないと、と思い「お願い！」と大きな声をあげてみたが、沈黙。ホントにここは認知症だけのヤカタなのである。

確かに変な病院だった。この認知症の大きなフロアのコーナーには、缶コーヒーなどを食べる自動販売機が2台もある。これも変な話である。フロアにゴロゴロしている認知症に足を引つ張られるかもしれないじゃないか。

それから不思議だったのは、白衣のお医者さんが3人診えたが、「私が担当です」とは言わなかったし、結局退院するまで一度も、担当医と名乗るお医者さんには会わなかった。確かに脳卒中中はCTでわかれば後は、点滴をうまく操作できるナースがいればいいとは思うが。

入院したその日に白髪の院長先生がいらっしゃって、こんなことを言われた。「当病院の入院患者はみんなオムツになります。オムツは重要な医療行為だと思っています」それだけ言って部屋を出た。

それを証明するように、まだ20代のオムツパトロール隊というのが、一日中、パトロールしていた。オムツ替え一式を入れたカバンをさげて「オムツはいらんかいな」と若い娘が大きな声を上げていた。

しかし、この病院のハイライトは、朝5時に窓のカーテンを開けてくれるが、その時に、前のマンションの屋上の共同アンテナにカラスが集まってくるのが見えることだ。



病床の心音 (77)

認知症で満員の救急病院アリ

天野進平

(脚本家、要介護度4)

やられた頭を嬉しそうになでたりしている動作を見ているとかわいいのである。

しかし、それだけではないのだ。なんと、私の部屋のドアの左側の廊下には、同じ認知症が何人も並んで立っているのを、車イスで部屋から出されたとき、はじめてわかった。いつか、この集団にわが部屋が襲われるのではないかという恐怖がある。この個室は金持ちのエライ人の入る所と知っているかもしれない。いや、実はナースステーション

スを置かれた。「コンニチハ」と声をかけたが、もちろん誰からも返答はなかった。

これから昼食が出るらしいので、私のように脳卒中の半身マヒで歩けないワケではないから、どうするか見ていたが、食事前の様子はな。それどころか、みんな床の上に寝そべってしま。い、ジャレあっている始末。こういうことになるのはわかってい。いるハズだから、みんなの集会場もタタミにすればよかったのに。仕方がないから、そのジャ

たのですか？」とこだわっていたが、そんなこと覚えているわけがない。

「今度行く病院は救急車を拒否しない病院なんだけど、いろいろ面白いことが起こる救急病院だと私の耳にも入っています。それが何かはわからないけど、面白い病院って何のことかわからないけど、脳卒中をいつでも引き受けてくれるので、私らは助かっています」と、ここへ連れてきてくれた救急隊員が言っていたのを思い出した。

生きてればこそ、
死を想う。

死に方は、わたしにとって一番大切な
生き方なのである。(序章より)

この一ヶ月の
喜怒哀楽エレベーター
Elevator

◎大丈夫って、大丈夫?!

研修を修了して会場の5階からエレベーターに乗っていたときだ。参加者が大勢いたので満タン寸前の状態だった。ひとりの参加者が歩いてきたとき、エレベーターの中にいたひとりが「大丈夫ですか?」と訊いた。エッ、日本語? と思った。一方、エレベーターの前にいる参加者は「大丈夫です」と答え、エレベーターは扉を閉じた。

おもわず「大丈夫って日本語もかわったね」とつぶやいた。たぶん、エレベーターの中からの大丈夫は、乗りますか、乗らないですか、だろう。結果、乗らなかった人の大丈夫は、乗りませんという否定語だったのだろう。

ちなみに「大丈夫」は辞書によると「立派な男子」が①であり、「しっかりとしているさま」が②だ。③は「間違いない。確かに。『勘定は払える』になっているから、③に近い言葉なのだろう。けして「立派な男子」ではない。

エレベーターの中からダイジョウブは、先の「乗るの、乗らないの」だろうし、乗ろうとした人のダイジョウブは、乗りません(確かに)だと思う。古い人間、しかも文字を大事に

するわたしは、この大丈夫の変身ぶりに、社会の変化や芸能番組の影響をみる。通じればいい、といった話ではない。中高校生が人を殺しておいてダイジョウブですは、大丈夫かな?!

◎グループじゃない、チームです。

日本ハムのコマーシャルだ。アメリカのACOを、すぐ連想した。病院グループはアメリカではヘルスシステムと称しており、まさにさまざまな機能を有する病院、施設のシステム化だ。つまり、それぞれのチームが機能して、グループは社会から評価されるのである。

地域住民がああヘルスシステムに加入したいと思える急性期病院や老人ホーム、ホスピスなどの各チームの機能を上げなければ、雑な言葉でいえば商売にならない。それをACOが成果責任として保障するのだから、わたしは地域医療構想アメリカ版だと思っている。

地域住民が病気がちになったら、病院はコストが増えて損金が出る。健康増進、疾病予防を強力に推し進めるしかないのである。それこそ地域医療構想の肝だとわたしは思っているから、単体の病院でも各チームの質が問われる。

日本ハムは、わたしたちはグループではないチームですとPRする意味がよく分かる。牛肉チーム、豚肉チームなどがグループに属しているから安泰なのではなく、チームがし

っかり成果責任を果たしていくことで、グループは強くなる。とても勉強になったのは、病院単位でも各部門が強くなくてこそその病院の存在だと思っからだ。

◎満員札止めの大相撲

以前にも書いたが、大相撲の人氣復活は勉強になる。病院でいえば、スタッフが一生懸命に仕事をしていることと同じだ。無気力相撲と無気力働き方は共通する。

感激、感動のない仕事をしていたら、患者さんはみるみる減っていくのだ。繁盛している病院に身を置いてみれば、よく分かる。職員の歩き方ひとつとっても、歴然とした病院差がある。医療の場面、場面で感動を感じなくなってしまうとトロトロとしか動けない。

わたしの仕事も、感激、感動はいっぱいある。先日はある病院の医局の先生方を中心に話させて頂いたのだが、わたしの持論の「人間の最大の弱点であり、それが無いと生きていけない」に感動したと言われた研修医がおられた。それは「嫌われたくない」だ。感動はわたしの感動を呼ぶ。「ありがとう」としか口にできなかった。

医師の診療には冷静さが必要だが、冷静ばかりでは診療はできない。患者さんの努力や行動を冷静に眺めるのではなく、感じたことを返していくことが人間としての診

療行為だと、わたしはおもう。そして、そのような反応のできる医師が患者さんだけでなく職員からも評価されているという。パソコンの画面ばかり視ている医師への苦情の投書や識者のエッセーで、それを見る。視るのか、見るのか、だ。

◎「わが軍」と言われても……

「この国の社会保障は……」とか、最近の政治家は「わが国の」を使う人が少なくなつた。これもわたしがよく言う「ウチの病院」と「この病院」の病院職員の意識差と同じだ。「この病棟は……」から始まるのは、必ず不平、不満だ。「ウチの病院」あるいは「ウチの病棟」から出てくる言葉は、ポジティブだ。

評論家が「この国」というのはわかるが、国をアドミニストレーションする政治家が「この国」といっちゃいかんだろう。安倍政権は英語でいえば「アベ・アドミニストレーション」だ。

最近、わたしのような保守系の人間でも「アベ・マネジメント」を感じてならない。「わが軍」と発言されていたが、たぶん自衛隊のことだと思う。

「この軍隊」と仰らないからいいのではなく、自衛隊のことになると「わが軍」になつてしまふところに、安倍総理の心象をみる。けして、いいことではないと思う。

◎若い人たちわ

ここ2日間、関東に居た。埼玉県内から都内の事務所に出勤するのだが、電車の車中の若い人たちにわが国の将来を危惧させる情景を視る。高校生か大学生ぐらいの女の子が、夏休みとあつて制服ではなくそれぞれの好みの服を着ているのだが、服に文句はない。

文句があるのは優先席に座っていることだ。たぶん葬式に行かれるのだから黒いネクタイの70歳ぐらいの男性が立っているのだ。わたしはその隣の82歳の老人だが、座る気はなかった。コイツらのケツでぬるくなった座席なんて、汚らわしい。にらみつけたが無反応ではない。こそばゆそうにこちらを見るのだが、立つ気はない。優先席のステッカーもチラチラ見ているところをみると、優先席のなんたるかは知っているのだろう。

この手の人間が社会に増えるから知っているのに動かない会社社員が増えて「仕事を通じてかなえた夢」のある社会人は59%弱になつてしまった。「3年後の職場」が研修テーマの今年だ。 岡田

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信



医療の沸騰点



大学病院の権威主義はいつまでも続いてよいのか

岡田 玲一郎

大学病院の逆襲、というより大学病院の人材派遣業の復権、いやあがき（悪はつかない）を感じる。わたしが病院の世界に入った60年前のころ、大学病院の医師が語る〇〇病院のジツツ（ジュツツ？）はさっぱり分からない言葉だった。

一〇二年を経て、大学病院の人材派遣先の椅子のことだと知った。人材派遣業だから、その派遣先の椅子を他の大学病院に取られたり、派遣先の病院が裏切つて他の大学病院に派遣を頼んだりしたら、事件になった。

そこには「アカデミック」は全くなかったと確言する。派遣を願望する側の病院の大学病院医局に対する献金という名の「みかじめ料」という、アカデミックとはおよそ正反対の要因が幅を効かせていた。わたし始め、当事者の証言はいくらでもある。

専門医の認定主体は各学会から大学病院へ？！

いま、病院の世界で話題になっていることは、なぜ専門医の認定に大学病院が「カム」ことだ。各学

会の認定していたころは、学会による認定の甘さ、辛さの差が問題になつていたから大学病院が乗り出した、といえそうもとれる。しかし、「専門医」という、医師にとつて垂涎の資格を取るためには、大学病院に籍を置かなければならないとなると、わたしの頭では先の大学病院の人材派遣業がどうしても出てくる。特に、アカデミックを強調されると、大学医局の命令で全然アカデミックではない病院に研修と称して派遣されてしまうのだ。その医師の顔が目に浮かぶ。

それが復活するのではないかという疑念があるから、病院の世界で論議が巻き起こっているのだらう。もちろん、大学病院に頼っているアカデミックではないエコノミックスな病院にとつては、いい時代に帰るんだという期待はあるだろう。まだ「案」の段階のようだけれど、潰しにかからないと医療の世界が歪むと、これは私見として思うのである。歪ませてはならないという意欲を表明するが、敵は強大なパワーを有している。

しかし、あきらめることは誰に

でもできることで（B）わたしはあきらめない。

いままでも正常に専門医の認定をされていた各学会では、どう思われているのだろうか。各学会とも大学病院と無関係ではないから、いろいろ調整なさつておられると思うが、ここでもあきらめないでいただきたいと社会医療として願うのである。すべての大学病院とその関係者は、やはり専門医制度についても、フェアであつて欲しいし、アカデミックであるべきなのではなからうか。

大学病院は高度急性性期病床？！高度急性性期病床独占をするの？！

いろんなヘンな話が聴こえてくる。ナニ、八〇〇床も九〇〇床もある大学病院が、全病床、高度急性性期病床を申請するぞ！！だつて。その地域の真の高度急性性期医療を担っている民間病院は、締め出しつていうこと？！

こういうことを言うから、アカデミックじゃないと断じているのです！！アカデミックな高度急性性期病床は、絶対にそんなものではない。ただ、大学病院は最上位になるんだという自己の勝手な判断であることは、誰にでも（大学病院の権威主義の人は除く）分かることだと、いわれている。

ここまでは、ある病院の講演までの時間があり、急いで書いてきた。ところが、その病院の地域にある

病院で、大学病院のトンデモナイ話と、大学病院からみれば人材派遣業として当然な蛮行の事実を把握できた。

ある大学病院、名前は出さないが大学病院では全国共通といつていい事件だが、派遣先の公立病院の院長と副院長は大学は同じだが別の医局だ。例の第一〇〇科とか第二〇〇科というケースだ。院長のジツツは第一だが第二だがの医局の派遣権がある。

定年による院長交替が市から出されたのだが、市側は人格と識見からみて副院長を院長に任命した。怒り狂つたのが院長の派遣権限（既得権）をもっている医局だ。

ここからは、よくある話。院長のジツツを持つていた医局は、内科医総引上げの挙に出た。こういうのつて、わたしは暴力団、ヤクザの世界と感ずるんだが、それでも専門医認定の唄い文句のアカデミックを主張されるのだろうか。

まともに仕事をやっていると、こういう情報は自然と入ってくる。日経新聞などでわが国の医局の構造を指摘されていたが、なかなか改革の手が届かぬ世界である。でも、改革しなければ医療界のみならず、国民の損失になる。

話を戻して高度急性性期のことだが、高度急性性期とはそもそもどんなものかというのは、あいまいな基準はある。そのあいまいさをもつてしても、大学病院の全病床を高度

急性性期というのは無理というより、アカデミックではない話だ。願望、上から目線からすれば全病床高度急性性期で地域医療構想など無縁のワガママでしかあるまい。

地域の高度急性性期病床の枠を大学病院が占有してしまつたら、地域住民の損害どころではなく、いままでも高度急性性期医療を提供なさつて民間病院の全否定になる。

連綿と続いた大学病院の権威主義は、先の人材派遣業の問題でも証明される。それよりなによりわたしは専門医認定制度でアカデミックを理由に大学病院に籍をおかないと専門医とは認めないというのは時代の逆行の強行と憂う。

せつかく、大学病院の医局におられたお医者さん達、つまり、人材派遣業のメンバーのお医者さんの脱医局が増加してきている。脱医局の医師が悪いのではなく、大学病院が非アカデミックな人材派遣業を堅持しようとしたら、高度急性性期病床独占を図るからだと思ふ。尖兵となる医師の気持ちになつて、大学病院は動くべきだ。

かといって、大学病院に逆らえといっているのではない。不本意な形態だけれど、大学病院の医師派遣に頼らざるを得ない現状は、よく承知している。ここはひとつ、民間病院が、自らの病院の医師教育システムを構築して、少しずつ大学病院依存から脱け出す方策をやっていくしかないと思います。

日本経済新聞の朝刊最終面に、「私の履歴書」というエッセーが月ごとに筆者を替えて連載されている。経済界、政治家、国家公務員、芸術家など、その道で大成された人たちが。

人間、いろんな人がおられると思うって読んでいる。が、どうも文章がわたしにマッチしない人もおられる。いわゆる官僚文的な文章は、わたしには合わない。もちろん、乱れ？のないというか、隙のない文章を好む人もおられるだろう。わたしの文章にしても、合う人、合わない人がおられる。何十年と読んできて、一昨年ぐ

らいからか不思議な感覚がわたしを襲ってきた。

それは、「私の履歴書」に登場なさる経済界の人で、しかも現役の人の事業が「私の履歴書」に登場されて数年で悪化してくるのだ。新興企業、歴史ある企業のトップの方が書かれているのだが、まさか「私の履歴書」が経営不振のきっかけになったのではあるまい。いわば、花の舞台に登場したけれど、現場の事業の舞台は暗幕が垂れてきたような感じだ。

もし、事業の絶頂期を謳歌する心理状態で書かれたとしたら、幕が下りる前の主役の見栄と同じなのではないかと、愚考する。わたしがいづつも心している絶頂期こそ

社会への畏怖が必要で、それがないうと社会という舞台は制裁を科すのである。いつときの透析専門病院の経営ぶりが、心に浮かぶ。

「私の履歴書」は、まさに財界人にとって「花の舞台」である。病床数に対し患者数が多かったころ、わたしは病院の世界に入った。その当時は、お医者さままで、事務長のわたしはいかにベッドを空けるかで苦労していた。入院患者さんに、早く退院してくれと懇願していた。いわば、病院の絶頂期だ。それから、いわゆる駆け込み病床の急増へと病院の外部環境は激変し、医師に対して「ベッドが空いて

「私の履歴書」考



るから、退院を延ばして」という懇願へと激変した。そこに身を置いていたことが、わたしを成長させてくれたと、ワンマン院長や病院のあり方に感謝している。ホント、ひどかった。例えば、患者さんが腹痛を訴え「モチーヨーじゃないか……」と口にした途端、多くの医師は「そんなことは患者のいうことではない。医師が決めることだ」と怒声を浴びせられていた（絶頂期）財界人と、それが重なるのである。

ライオンズやロータリーの会員になれたと嬉しそうに言われた院長の顔や、ソロプチの会員になったの

よと仰る院長夫人の姿も同じだ。

しかし世の中には、賢い財界人や病院経営者がおられ、どんなに経営がよかろうと、常に明日への心配りをされておられる。病院の外部環境も激変の時代だが、経済界の外部環境は病院とは異なる外部環境の変化が続いた。円高に苦しんだと思えば、円安になり外国に進出した工場を国内に移す企業もある。病院に於ける診療報酬の改定なんて、大きな変化じゃない感じた。

驕り、昂ぶりの状態は、わたしにもある。しかし、謙虚もいき過ぎると嫌らしくなる。妙に腰の低さを演ずる院長や管理職の前では、わたしは身構える。どこから矢が飛んでくるか不安だし、座している椅子がひっくり返るかもしれないと、勘が教えてくれるのである。異常だろうか？！

もともと、それがその人の生きている姿かもしれない。しかし、人間の姿は精神を表わすことはよく知られていることだ。しかも、多くの人はそれを感じられる。恐怖という圧迫感とは異質な怖さがそこにある。「私の履歴書」の文章も、その人のいまを表わしており、それが冒頭の書いた経営の浮沈に再現されているのではあるまいか。沈もあれば浮もあることが、人生を生きる自分の構えの結果であらう。心したいことだ。岡田

広報で変わる医療環境

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 名古屋市中区福江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401回 これからの福祉と医療を実践する会

「人を寄せ付ける磁力を持った病院」がある。水郷らしい田園風景が広がる茨城県の南端部守谷市に位置する、医療法人社団源守会会田記念リハビリテーション病院（障害者一般59床・回復期リハビリ119床、計178床）だ。

この病院の人を集める磁力の秘密は、練りに練った職種別の、キメ細やかな人事戦略にある。医師にとつては、包括払いの回復期リハビリ病棟にあつても、投薬や検査などの診療制限を設けずに思い通りの診療ができ「日本リハビリテーション医学会」の研修施設に認定されているので、新たにリハビリ専門医の取得を目指すことができる魅力的な環境が用意されている。その他のスタッフ向けにも、人を引き寄せる様々な仕掛けを用意している。一端を紹介すると、①出張・研修費補助制度 ②施設への長期派遣制度 ③子育て世代への支援制度 ④臨床心理士による無料カウンセリング、などなど。さらに特筆すべきは、⑤医療従事者を対象とした、弁護士による「法律的助言相談」。モンスターペイシエント等への不安が払拭できるとあって好評のようだ。

そんな施策が奏功し、医師数は医療法標準の50%増し、常勤医師12名のほぼ全員が専門医資格を擁している。また、リハビリテーシ

ン・セラピスト、看護職はそれぞれ114名に及ぶ。さらには、自然とボトムアップのカルチャーが醸成され、病院の「クレド」は、なんとスタッフの手によるもの、とのこと。人件費率は67%を超えているが、しつかり2桁の経常利益を確保している病院だ。

（外山和也）

日時 九月十八日（金）
午後二時～四時半

人を寄せ付ける
磁力を持った病院の秘密……

練りに練られた職種別人事戦略
医療法人社団源守会

常務理事 會田 定彦氏
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

▼八月の初旬、20年～30年前から生活の糧のチャンスを得た北海道の病院にお礼の旅をした。また、道内だけでなく全国的に著名な病院を見学させていただき、勉強になった。ただ、JR北海道の車内アナウンスで「本日は大勢のお客様で混雑し、お詫び申し上げます」には、参った。お詫びじゃなくて、ありがたく深く感謝だろうに。

▼全体を通じて感じたことは、最近、よく書いている医療療養病床はこのままでは済まない、だ。要介護度というのか介護必要度というのかよく知らないが、明らかにバラスキがある。平均していくらではなく、個々の介護度によって病棟を分け、スタッフも傾斜配分すべきだろうが、厚労省の賢い人たちはどう考えているのだろうか。

▼しかし、全国的にア・ツ・イ。ある病院では「アツイ」と口に出したら罰金で、それを貯めて納涼会をするといわれていたが、賢い。第二週は沖縄だが、そういえば沖縄の人は内地の人よりア・ツ・イを言わないので罰金制度は不要。

▼来年二月には、恒例の「日米ジョイントフォーラム」だ。いまから宣伝しておく。医療機関側の立場に立つ弁護士さんと、PT出身でCEOまで昇りつめた女性がプレゼンテーションしてください。いずれご案内するので、ぜひご参加を。

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
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