

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

入院医療の必要はないが 入院なさっている患者への対応

―武久洋三氏提言への応援―

所長 岡田玲一郎

病院病床の削減の反対者は医療界には多い。ふと、いままで深く考えなかった「病院」とはなにかを調べてみた。広辞苑によると「病人を診療・治療する施設」とある。そして、「医療法では20人以上の入院設備を備えるものをいう」と出ている。そこに出てくる「入院」

をさらにみると「患者が治療・検査を受けるために一定期間病院に入ること」だそうだ。

ところがこの業界は、いまや「病床機能分化」であり、昨年10月にそれぞれの病院は病床機能を都道府県に届出した筈だ。ごくごく一部の「ウチは高度急性期病床」と届出しようとした、過去には癌の手術を沢山やっていた高齢の院長の病院は、さすがに職員が阻止したそうだが、当たり前だ。

看護師だって60歳でICUや急性期病床のスタッフで働くのは、相当シンドイ。人間には、加齢による行動の制限が出てくる。わたし

でいえば、加齢に順じてゴルフの飛距離が落ちた。もう、プロゴルフは目指せない。それと、同じ話で、最近「病床機能の絶対条件は勤務医の平均年齢にあり」と言っていて、大いに反感を買っている。買いたくはないけど、真実を言わないと腹が腐敗する。

いわゆる社会的入院は
病院の入院患者でいいのか

こんな見出しを書く、一部の正義の使者然とした人から文句がくる。たしかに、先の広辞苑による「診療・治療」には該当する。あるいは、入院の意味にある「検査」が必要な患者さんもおられる。

ところが、その「入院」の定義に重症度や看護必要度等の基準が出てきた。広辞苑の偉い先生方も、そろそろ「入院」の意味（定義でもいいが）を変えなければならぬ。既に現場はそれで動いている。「家に帰れない、家族が拒否する

「入院患者」を果たしてわたしたちの健康保険料や税金でカバーしてよいのだろうか」というのがわたしの素朴な意見である。また、わたしが接触する病院の職員の8割はノーと言う。オリンピックの競技場とオンナジ・ハナジだ。だからわたしはいわゆる社会的入院の患者さんがおられる病棟や病床は「施設」にすべきだと何十年も言っ

削減病床を活用する
「病院内施設」の創設を

世の中には、強い味方もおられる。「最新医療経営フェイズスリー」(日本医療企画)の9月号の見出しが、右の見出しだ。詳しくいえば、下に「提言」とあり、日本慢性期医療協会の武久洋三会長

の記者会見での提言だ。わたしが念仏のように唱えてきた願望で、救われた」と意を強くした。やはり、病院とは「入院医療を必要とする患者の診察・治療を提供するところ」だろう。20床以上とかの基準は別モノで、その入

院医療を必要とする「基準」が少しづつ鮮明になりだしたのだとおもう。その基準にしてもオカシなものもある。例えばA項目の血圧測定がなくなったらモニターが急増してきた。しかし、これも基準が出てくるだろうし、「モニターでA項目」もやがて減っていくだろう。

同じことが、社会的入院の病床に出てくる。先の武久洋三日慢協会の提言によれば、スキルド・ナースィング・ワード(SNW)に病床を転換するのもひとつの手段といわれている。

アメリカでのスキルド・ナースィングは、つい最近までその下がホームだった。ナースィング・ホームとは日本流に言えば老人ホームに似ているが、そこに「スキルド」と「ファシリテイ」がついたものである。ちなみに「入院リハビリ」はIRFで

「入院リハビリ」はIRFでインペイシメント・リハビリテーション・ファシリテイであり、日本の回復期リハビリは、KRW、つまり回復期リハビリテーション・ワードである。そして、IRFの入院基準は非常に厳密で例えば関節置換術は「両側」でなければ入院できない。片側は外来リハの対象になるから

だ。このことを書くとい頁を超えてるのでもた書く(例えば片側でもBMI 50以上は入院可能など)。新しくSNWが日本にも登場してきたことは、とてもよいことだと思おうし、自然なことだ。

武久提言によれば、最低家賃として、経過措置の病院病床は月額13,000円、病院病床19,000円、SNW19,500円と計算されている。

老健施設の24,000円、特養32,000円、サ高住54,000円と比較すると、SNWは低額である。そして、看護配置40対1、介護配置30対1、さらには病棟長ではなく施設長の条件として「特定行為に係る研修を修了した看護師」とされており、わたしにしてみればわが意を得たりどころか、括目の提案である。

くだいようだが「病院病床」へのこだわりは、経営者の立場というより心理からみて、よく分かる。しかし、病院の入院医療がこまごま変化してきた現実にも目を向けるのが、ほんとうの経営だろう。

入院医療を必要とする患者ばかりではないのだから、そこではスキルド・ナースィングのスキルドが必要になつてくるのである。そしてそれは、社会的正義の病院の姿でもある。現実に入院なさっている患者さんの状態によって、その状態に合った病棟で医療を提供するのが、正しい病院の姿であると、わたしは信じているのである。

かくして、病院はそれぞれに変化していく。その辺からチャレンジしていくのが、真の経営だ。変化を評論したり、逃げ道を探していったら先は明るくないと断言できる。大事なことだと思おう。

組織医療としての病院

(335)

— 学校経営と病院経営 —

新須磨病院

院長 澤田勝寛

当法人グループは、医療だけでなく、医療系専門学校を神戸と山陰で運営している。3年前からその学校経営にも携わるようになった。社会構造の変化、医療制度改革により、学校も病院も少なからぬ影響を受けている。両者の相違について思うところをまとめてみた。

◆少子高齢化

学校経営には逆風、病院（産科小児科以外）には追い風である。子どもが少なくなることは、幼稚園から大学に至るまで学校にとっては死活問題である。名門校ともいっても安閑とはしておれない。有名私大でも全国各地で受験を繰り返す。推薦で青田買いをする。有名でない大学は、就職に困らない医療系の学部を増設し学生を集める。子どもはせめて大学を出してやりたいというのは親心。このような大学と、医療専門学校が競合する。私の関係する専門学校を落ちた学生が、近くにある私立大学の保健学科に通学しているのには驚いた。どこも必死である。

高齢者は有病率が高い。どの診療科も高齢者が多い。脳梗塞、心筋梗塞、白内障、肺炎、骨折、尿路感染症、糖尿病、高血圧、そして痛。高齢者の痛は珍しくな

くなった。どうしてこの歳になって痛になるのかと嘆くお年寄りに、その歳まで長生きしたから痛になった、としか言いようがないこともある。

◆学生は広域に広がり、患者は地域にとどまる
当院には40人の常勤医がいる。実家が神戸や大阪でも、出身大学はまちまち。新潟、秋田、京都、広島などの色々。高校の同級生をふりかえっても、北海道や九州の大学に進学した友人もいる。学生は自由にどこにでも飛んでいく。

病人は、そうはいかない。全国的に有名な病院や、カリスマ名医に惹かれて遠方へ受診する人もいるであろうが極少数。ほとんどは地元志向。かかりつけ医に診てもらい近隣の病院に受診する。遠くの病院といっても、せいぜい地元の大病院か市民病院。

教育機関は全国区、医療機関は小選挙区といったところか。
◆学費は自由価格、医療費は公定価格
山陰の学校の近くに、同じような専門学校ができた。学科もほぼ同じ。当然本校を意識しての「出店」である。学費は全学科で本校を下回っていた。安売り競争は

避けたいところであるが、やむを得ず、学費を値下げした。学校は、特待生制度、奨学金制度、家族割引、紹介割引、多種多様な手段で学費軽減の魅力を打ち出しアピールする。

医療は診療報酬という公定価格が定められている。下手な手術でも、上手な手術でも値段が同じということに、手練の外科医は憤慨し、未熟な外科医は恐縮するか舌を出す。昔、職員割引をしていた病院もあったが、厚生局の指導が入り取りやめたと聞いた。混合診療が解禁されると、金歯は自費のみという歯科医療の轍を踏む可能性がある。是非の判断は難しい。

◆学校の質は客観的評価、病院の質は主観的評価
学校の評価は週刊誌がしてくれ。大学の偏差値、東大入学者出身高校一覧、有名企業社長の出身大学一覧。週刊朝日、サンデー毎日はお手の物。どれも数値があるので、客観的な評価といえる。

名医を探すのは難しい。腕の良いし悪しは見た目では分からない。以前テレビで色々な名医が紹介されていた。最後に、脳神経外科の名医が紹介され、ずっこけた。当院で札付きの研修医がいつのまにか名医の仲間入りをしていた。「ドッキリカメラ」ではないことを新聞で再確認した。親切・丁寧・愛想がよいは良医の条件であるが、腕

がいいかは分からない。贋作でも病院という「額縁」が立派ならそれなりに見える。病院機能評価では真贋の区別はつかない。
◆学校は年単位、病院は日単位
経営の安定は集客が全て。学校は学生、病院は患者。学校は新入生を4月にいかに集めるかという年単位。病院は毎日新患をどれだけ集めるかという日単位。4月が一発勝負の学校は厳しい。入学生が少ないと、その後2、3年は収入は減ったままとなる。

病院は、日々の努力で何とか患者を集めようと思えばできる。患者のルートは、紹介・救急・一見のいずれか。紹介患者が多い病院は信用がある老舗。救急は、特に夜間はたらい回しが問題になるほど、どこも困っている。この是非はともかく、多少無理をしても、その気になれば救急で患者を増やすことはできる。名医が来れば中途でも患者は増える。

◆サンク（撤退）コスト
アマゾン、ブックオフの台頭で街の本屋は激減した。店じまいにはそれなりに苦労はあったと思うが、これが学校や病院なら一層難儀である。新入生の募集をやめても在校生がいる。4年制なら残り3年間学生の面倒をみなければならぬ。教員も抱え続けなければならぬ。沈む船に残る船員は少数。セウオール号のように船長が最初に逃げ出すかもしれない。

病院は学校のように年単位というわけではないが入院患者がいる。通院している患者もいる。直ちにというわけにはいかない。数年前に華々しくオープンした脳外科クリニックがあった。MR、CTを揃え傍目にも過剰投資は明らかであった。しばらくすると、当院脳外科に急に患者が増えた。聞くと、そのクリニックは倒産。朝受診すると「休診」の貼り紙がしてあり、突然の閉院に驚いた患者が当院を受診していた。夜逃げ同様の「店じまい」であり、患者にとっては迷惑な話である。

以上色々と思いつくままに書いてみた。どちらがいいとか悪いとかではない。いずれも苦労は多い。ただ言えることは、教育も医療も社会に役立つ仕事であり、常に必要とされる。いかに過当競争といえども、無くてはならない仕事である。教員は学生の人生を左右し、医師は患者の生命を左右するほどの責任を担っている。

金を稼ぐことが100%になっていく企業には一生を捧げる魅力がないという事も分かるが、金を稼ぐことを100%忘れてしまった企業は存続する価値がないのも事実。

教育と医療の質を保ち、事業継続をすることこそ経営者の責務であると、強く認識した次第である。

国の推計では、団塊の世代が後期高齢人口に到達する平成37年に必要とされる介護職員は237万人〜249万人、新たに100万人を確保していなければならぬという。市町村が策定した第6次介護保険計画に基づく推計値では受給ギャップが37万人になるという深刻な状況だ。人口減と生産年齢人口の絶対的減少のなかで、このギャップを埋めていくことは至難の業である。

一方で介護福祉士等の養成校の定員は2万人であるが、50%を切る深刻な定員充足率になっている。供給量を増やすためには外国人労働に依存せざるを得ないという論調で、アジアの途上国から介護人材を確保して行くという動きが改めて加速化している。「藁にも縋る」思いの事業者の心情は理解できるが、これで問題が解決するとは到底思えない。

介護人材の確保の方向性

社会保障審議会福祉部会・福祉人材確保専門委員会では、これまでの「まんじゅう型」の方策から「富士山型」への構造転換が必要だという報告を示した(平成27年2月)。

①すそ野をひろげる―人材の

すそ野の拡大をすすめ、多様な人材の参入促進を図る、②道を作る―意欲や能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する、③長く歩み続ける―いったん介護の仕事についた者の定着促進を図る、④山を高くする―専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す、⑤標高を高める―限られた人材を有効活用するため、機能分化を進め、という5つの方向性である。

決の「主体」が曖昧になっていくからなのだろう。報告書が示す方向での施策推進(ケアプランの実施)では、事業者の経営的自立性を「廃用症候群」に追い込んでしまうのではという危惧がある。拡充された「処遇改善加算」制度も経営の自助機能低下をもたらしかねないということは何号か前で述べたが、同じ意味である。

経営の自助努力が必要

古い話になるが、平成5年の

改めて「職場が人材育成の責任単位」

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑮

(株)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

の担い手の社会的評価の向上も画餅になってしまふ。(賢明な経営者の方々はすでに努力されているが)。

職場が人材育成の責任単位

第一次福祉人材確保指針を受けて、筆者は「これからの福祉人材育成のあり方検討会」に参加し、その後、「福祉の「職場研修」マニュアル」の策定や、「福祉職員生涯研修課程」のプログラム策定、運営支援(いづれも全国社会福祉協議会)の仕

等の専門委員らしい内容ではある。グラントデザインとしての意味は分かるが、現に「ケア」を必要としている事業者にとって適切な「ケアプラン」になっているかという視点で見ると、机上プランの印象をぬぐえない。

現場では人材確保に悲鳴をあげ、もがき、苦しみ、終末(事業所閉鎖)に追い込まれている事業者も出ている。これからますます深刻化してくるだろう。訴求力に欠けるのは、問題解

第一次福祉人材確保指針(厚労省告示)は、「経営者の行うべき措置」と、「国及び地方公共団体等が行うべき措置」とが明確に区分されていた。旧指針は、社会福祉基礎構造改革前の指針である。市場原理が導入されるようになった介護保険制度下では、経営責任をさらに明確化しておかなければならない筈である。大事なことは、経営責任として、固有の人材マネジメント力を高めることが必要であり、その経営努力なくして介護

・事業体の経営管理(当時は運営管理)の一環に位置づけ、「職場研修」として主体的・主導的に推進しなければならぬという基本的考え方を示し、その手順を標準化したのがマニュアルの内容である。

その後、このマニュアルの内容を実践の場に普及するため「福祉の職場研修担当者養成研修」(前期・後期合わせて4日間)の標準プログラムを策定、このコースを指導するインストラクター養成も行ってきた。現在も継続実施している事業である。

20年が経過し、新たな視点を加えた見直しが必要な部分もちらん出てきている。

だが、変えるべきところと変えてはならないところの明確な意識化、「不易流行」の発想が必要である。

経営機能の「廃用症候群」を防止するためにも、改めて「職場研修」の重要性を強調しておきたい。また、その成果を挙げていなければならぬ。

先に示した「福祉人材の確保の方向性」に関する5つの視点の方策としても「職場研修」の拡充が必要である。

次回以降、そのポイントを述べていきたい。

「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」

**死ぬ、死ぬと言っているのに
まだ死なないんですか**

四苦八苦

「死ぬ、死ぬと言っているのにまだ死なないんですか」、椰揄^{やげう}を込めて人さまから言われるフレーズだ。たしかに、40歳代から現在に到るまで、わたしはよく「もうそろそろ死ぬよ」と言ってきた。本心であつて嘘ではない。

お説教気味に書いているのではなく、死ぬ覚悟^{かくご}は生きている限り、フツウのことではないかと思つてきた。30歳代までは病院に勤めていたから、いざとなったら労災保険はあるし、病気になったら社会保険の被保険者証^{ひほけんしやう}が使える。しかし、病院を辞めてしまつてからは、これらの保障はわが身で備えなければ、家族が路頭に迷う。がん保険は36歳から掛け捨てで加入していたが、休業補償の保険に加入するには銭がない。死ぬ覚悟で毎日を生きていたから、その不安を払うための発言でもあつた。

人間、四苦八苦で生きている。苦しみを感ぜない人は、羨ましく思つてきた。五人の子の教育費も大変だつた。また、勤務していた病院のオーナーがウルトラワンマンだつた苦しみも、わたしを逞しくしてくれたことに年々感謝が増している。当時でいえば、聖路加病院のような民主的な病院に勤めて

いたら、絶対にいまのわたしはないと確信している。

人間、苦しみを合理化したくないものだが、わたしにはそれができない。苦しみに対し自己合理化している人には、仕事柄よく会う。「師長に言つても、どうせ聞いてくれません」とや「院長に言つても無駄」という、逃げる自分の自己合理化である。そして、逃げない人生なんて絶対にならないのだから、苦しみから逃避している自分を認めたほうがよい、と思つて生きてきた。でも、苦しみが苦しみだから「もう死ぬ」が出てきた。

自殺は完全なる逃げだが、逃げている自分を認めることは自殺より苦しみが続く。だから、死ぬ覚悟だと思ふのだが、厳しいだろうか。厳しかろうが厳しくなからうが、人生、楽ではないと思ふのだ。

ここで、起承転結が逆になるが、以上のことを想つたのは、先月号の本欄で校正モレを起こしてしまつたからだ。渡哲也さんの入院日数が31日なのに61日と記し、校正のときに見逃してしまつた。老いによるポカである。

若い人の場合、早熟という言葉があり、晩成という言葉もある。となると、老人に早衰があつてよい

し遅衰もあつてよいと思つた。わたしは、体の方は遅衰の類だと思ふが、脳味噌の方が早衰してきたのかと思ひ、イヤになつた。

高校や大学の同級生の計報も多くなり、国民の平均年齢に想いが走る。わたしは男性の平均年齢を超えたから、その意味では遅衰なのだろう。そして、夫婦では男が先に死んだ方が、女性を元気にすることを多くみる。逆は、先日もある著名な人が奥さんが亡くなつてから、後を追うように亡くなつたと新聞に出ていた。

かといつて、超高齢社会化の進行を抑えるためにバアチャンに早く死ぬというわけにもいかない。女性の輝く国になるためには、ジイチャンが早く死ぬ方が現実的だ。殺すわけにいかないといつても、介護疲れで連れ合いを殺すケースがずいぶん増えた。

やはり、夫婦も死ぬ覚悟の老後生活が必要なのではなからうか。どうせ、そう永くはないのだから、身近な問題として覚悟したほうがいい。といふことで、80歳代もわたしは「もう死ぬ」を頻発するだろう。といつても、ボケは嫌だ。階段を登るのも、まさに登るであつて、上がるや昇るではない。

死ぬばこんな苦労はしないのだろうか、死に急がないことも死の覚悟の中心にある。わが国の医療が正しい姿になるために、やはり死ぬまで生きなくっちゃ!!

岡田

生きる

好評発売中

- 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
- 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

岡田玲一郎

ISBN978-4-903368-23-8 定価(本体1,500円+税)
 発行：厚生科学研究所
 【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

生きる

老いを生き、病いも生きて、死をも生きる

岡田玲一郎・上田真弓

「著者」

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



◎文化のちがいがい

事務所のある東京都北区東十条も、多国籍化している。インド系、韓国系も多いが、ここ一二年断然増えたのが中国系の人たちだ。もちろん、その他の国の人もおられる。そこで見ると、文化のちがいがい。出身地にもよるのだから、中国系の人たちの「ながら電話」には閉口する。歩きながら、エスカレーターを昇りながら、大声で電話(スマホのようだ)しているのが煩い。言葉が日本人には分からないから、平気でスマホに向って叫んでいる。

言葉の意味が分からないからどうってことはないんじゃないから、意味が分からないから煩いのだ。だからつて道路やエスカレーターで電話してはいけないって法律はないのだから、どうしようもない。

文化のちがいは、アメリカでも感じる。そのちがいを分かりあって、仲良くするなんてお説教じみたことは、わたしにはできない。シリアや中東の国、特にISの文化はさっぱり分からない。人間を殺すって人間の業なのではなく、そこに文化価値観のちがいがあって、そこに文化のちがいがあって、そこに文化

をわたしはもっているが、いまや外国の人のような文化の人もいる。そういういえば、昨日はインド系、ネパール?の人が電車の優先席で電話していた。注意する言葉が知らず、悲しかった。病院にも文化があることを忘れずに。

◎生きて生きて生き抜く人生

野々村直道さんの言葉だ。わたしも拙著にサインを望まれたとき、ときどき書く。ただし、生き抜くではなく、生きぬくで!! どうも抜くという字は嫌いだ。抜歯を思い出してしまう。

この野々村さんというお方は、鳥根県の開星高校野球部の元監督で、20世紀枠の出場校に負けたとき「腹を切つて死ぬ」と言つて問題になつたお方だ。でも指弾されるべきことだろうか、いまも思っている。それは彼の人生観から発するものだからだ。

それくらいの覚悟をもつて高校野球をやつてもらいたいと思うから共感できた。わが母校はシード校(中国地区優勝校)なのに一回戦で負けた。監督は、腹を切つて辞任された。いい覚悟で、病院経営も腹を切る覚悟が必要だ。

いろんな病院に関わらせて頂いているが、トップの医療観や経営の覚悟はそれぞれだ。そして、トップの覚悟によつて職員の動きもちがう。東芝の粉飾決算のトップ層の指示の覚悟は、どんなだったのだろうか。

粉飾と報じない新聞もあったが、わたしは「モニターつけてA項目」の指示と同根だと思つている。だから、どんなだったのだろうか、と書いた。

◎ホスピス緩和ケアつてなに?!

日本ホスピス緩和ケア協会という団体がある。前身の「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は、ホスピスと緩和ケアの間に・があるから、これはよく分かる。

最近、ホスピスケアと緩和ケアはちがうという私見を話しているから、余計に気になったのだ。緩和ケアは英語でパリアティブケアで、ホスピスケアとは峻別されている。具体例でいえば、アメリカの話だが、ホスピスケアの部屋には酸素や吸引の配管は見えない。緩和ケア病棟では、もちろん先の配管口が見える。天井も、病院はアメリカでも病院の天井だが、ホスピスの天井はいろんな配色がしてある。そのちがいは、もちろん生活臭の有無だ。

わが国では緩和ケア病棟は治療行為があるから(と思う)病院の建物の中にある。緩和ケア病棟がスタートしたときから、わたしは「ナンデ病院の中なの……」という疑問があった。理由は、病院の中ではホスピスケアは不可能だと、思つたからだ。自分自身、病院の中でホスピスケアは受けたくない。

日本ホスピス緩和ケア協会の名称を変更してくれといっているので

はなく、せめて前身のようにホスピスと緩和ケアの間に・点をつけてもらいたいのである。

◎女性アスリートの胸

また、そんなことを書くな!!といわれそう。陸上競技の女性選手は、短距離選手の胸は薄い。長距離、例えばマソンの女性選手には、ときどきユツサユツサという感じの選手が走つておられる。

女子プロゴルファーともなると、さまざまな胸部だ。脚力と胸部の関係があるのかどうか知らないが、男性のわたしの眼は、ついつい胸部についてしまう。いけない?

体重とアスリートは大いに関係があると思つて、書いた。ゴメン。

◎在宅は在宅でも

一般企業では在宅勤務が拡大中だ。ITの進化によつて、なにも会社に出ていなくても仕事ができるようになったからだ。

職業柄「在宅」の文字を見ただけで在宅介護や看護が頭に浮かぶ。同時に、医療も福祉も在宅勤務は非常に限定されたものになると、なんだか寂しくなる。

その「在宅」が「ときどき入院、ほぼ在宅」など、クローズアップされている。在宅復帰率も登場し、入院医療はお金がかかるから在宅ケアに移せという経済的インセンティブも感じないわけじゃない。

その在宅のご老人が火事で亡

くなった報道はひと昔前より大幅に増加したように思う。ご老人のことで、奥さんが「行つてらっしゃい」と言わなかったからといって、わが子が在宅しているのにガソリンを撒いて火をつけるオヤジの話とちがう。わたしは、完璧な発達障害と思つているが、年齢的にゲーム機にやられた世代と推測している。

在宅といっても、ケアはいろいろあるという証明が、ご老人の焼死と熱中症死だ。かといって、要介護認定でケアプランの対象者でないと、押し掛けケアはできない。やはり「コミュニティを問いなおす」(広井良典著「ちくま新書」)が絶対に必要になつてくる。

コミュニティで乳幼児とふれあつていれば子殺しも起きないのに(ほぼ定説)、コミュニティが崩壊しているから乳幼児とふれあわない若者が増えてきた。そのまま大人になり、わが子ができるから、親が親をやれなくなつてしまつている。あゝあコワ。

岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



公立病院の安易な 地域包括ケア病床転換

岡田 玲一郎

社会は動いている。医療システムも動いている。今月も、書くことが多くあり、ささやかな抵抗で4行分多くした。しれてるけど。

地域包括ケア病床の 動きが不可解である。

地域包括ケア病床の創設は、わたしの念願というより、医療供給システムとして望ましいことだから、昨年、スタートしたことはよかつたことだと思つた。

しかし、病床機能の届け出が実施された昨年10月以降、特に最近になってわたしのいう「ナメルな派」の台頭が目立ち、大変、危惧している。地域包括ケア病床は「じっくり派」こそが望ましいのに「軽々と一般病床より儲かる」と言われるのは、わたしは病院経営として邪道だと思つている。もちろん、儲かる、儲からないを無視してよいとは思っていないが、医療供給機関、しかも入院医療を供給する立場を弁えた病院経営こそが、最終的に勝利するといふ信念から出たものである。お前の信念なんかどうでもよいといわれるなら、わたしには先行の責任はない。先述の「ナメルな派」は、民間病院ではさほど経験しな

いが、このところ公立病院に出てくる動きは、きつちり急性期医療を提供されている病院を除いて、まさに台頭的にみられるものである。あぶない傾向だ。

原理的には、地域の医療ニーズに即した病床数ではなく、病床過多に原因がある。急性期医療や税金を使つてカバーしなければならぬのが、公立病院の、そもそもである。民間病院では経済的にカバーできない医療を担うのが、市民が苦しい思いをしながら納入している税金の使途として求められているのである。ところが、本紙の読者はとくに承知のように放漫経営から出現した赤字を税金でカバーしているところか、移転新築とか改築に民間病院が血の滲むような経営努力で捻出している資金を、いとも簡単に（議員さんの力を利用して）市民の血税でカバーしている。ここでも、一部ではあるが放漫経営ではない公立病院もあることは、付記しておく。

公立病院の多くは経営者不在だから、いい経営ができるわけがないのである。急性期医療の平均在院日数が縮小し、当然のように空床がでたら、その空床になつてい

病床を減床するのが急性期医療、ましてや血税で設立された公立病院の本来の姿なのだが「空床をどうやって埋めよう」という経営不在の思考に陥入してしまう。心境としては「ベッドを減らしたくない」はあるだろう。民間病院もその心境は同じだが、民間病院は減床してきた病院が経営も順調なのである。必要病床数とは、そういうものなの空床対策ではダメだ。

そこで公立病院のある地域の市民の人たちに、言う。公立病院の減床に対し、ベッドを減らすのは反対という反対運動は、天に唾するものでしかない。アンタたちが反対して必要ではない病床を守つても、そこに生じるのはいい医療を受けることはできないどころか、税金の金額が減らないのだ。減床こそが税金の引き上げを防止するし、さらには将来の税金の納入額を減らすのである。公立病院のベッド減らしは税金減らし、なのである。中学生でも理解できるお金の流れの筋道なのである。

安売法案の反対運動と同じ感覚で公立病院の廃止やベッド減らしの運動をするのは、まさに自殺行為であると明言しておく。そりや、病院で働いている職員は、減床や廃止になると働き場を失ったり、少なくなる。と書いて、競馬や競輪の馬券、車券売場の推移を思つてしまった。合理化反対というのは、辞書にあること「道理に

反対する行為」なのである。

地域包括ケア病床は 医療システムの合理である

高齢化と医療の進歩で、病気の急性期が長期にわたるようになってきた。そこで登場したのが長期急性期ケアなのである。アメリカでは、20年以上前から社会のニーズに合わせて登場し、急速な需要の増加でLTAC病院が急増した。アメリカであるのが日本であろうが、社会はその合理を求める。アメリカでLTAC病院の新設が法的にストップされた歴史は、最近でもあった。けして、急性期病床に空床が出てきたからではないのだ。

ところが、わが国の公立病院で急性期病床では空床が出てくるから、地域包括ケア病床に転換しようという、わたしにいわせれば安易な考えが出てきた。まさに「ナメルな派」の面目躍如という感じだ。その根底にあるのが、ベッドを空けるより儲かるだから、警告を発しているのである。

地域包括ケア病床を担えるだけの実力をもった医者がおられるんですか?! 看護力はありますか?! そして介護力はどうかですか?! と、疑問は尽きない。療養病床より長期急性期という急性期だから、という考えは、自称急性期病院と同じボケた考えである。

地域包括ケア病床の後方病院や施設はどうなんですかと、訊きた

い現状が、そこにある。リハビリの実力が大学病院程度（これも一部の大学病院を除いて）だったら、長期急性期ですごく必要としているリハビリは、おそらく基準単位の2はクリアできないだろう。いや、できる、ならない。

民間病院の「じっくり派」は、そのところをクリアして地域包括ケア病床に転換したり新設しているのである。古い表現の親方日の丸とはいわないが、とにかくベッドを空けているより儲かるを、医師として求めるのは医師道に反するのではなからうか。

夜間でも二次救急機能を保障できるのか、それ以上に医師を始めとする職員の実力はどうかと問いたいところだ。激し過ぎる、いわば過激な意見と排除しないでもらいたい。わたしの根底にあるのは「われわれの納めている健康保険料にふさわしい医療」でなければ、結局は病院は潰れるが、経験則としてあるのである。

現在以上に健康保険料や税金が上がつて、ウェルカムと思つている国民は、公立病院にもいないと思う。地域包括ケア病床が儲かる論の病院の職員は、右の健康保険料と住民税を何倍にも上げて、病院を守られたらよい。そうしたら、病院は減床しなくてよろしい。

しかし、社会は動くし医療システムも動くという冒頭の書き出しに戻るの、おもしろい。

今年の夏は、老人の熱中症による死亡事故の記事が目立った。老人ばかりではなく、夏の甲子園での高校野球でも高校生が熱中症による痙攣の報道もあった。人間が高温に弱くなったのか、地球の温度が高くなったのか、あるいはその複合であろう。

わたしたちの年代(戦中派)は、スポーツをするとき水を飲むのは禁止されていた。高校のとき野球部に所属していたが、炎天下でも水を飲むことはできなかった。ぶつ倒れた選手には水を掛けていたが、少なくともわたしの周囲では死んだ高校生はいなかった。掛けられた水が

さぞやおいしかっただろうと、いまにして思う。

当時、年寄りには少なかった。壮年時代に戦地で戦死、病死した人が多かったからだろう。現在、わたしは老人だし、まわりは老人だらけだ。戦地に駆り出されることなく少年時代を生き、戦後(第二次と書かなくてもいいだろう)のベビーブームで生まれた人たちで、やがてわが国は老人だらけになるが、老人天国ではあるまい。

家の中で熱中症で亡くなられて発見される老人、加えて火災で亡くなられた老人も、今年が目立つ。その熱中症死の老人の報道で、新聞記事の冷たさに怒りを感じてい

る。やれ、クーラーをつけなかったのだの、クーラーがないのだの、果ては雨戸を締め切りにしていたなど、人の死を評論で片づけるなど、怒りまくっている。年寄りはクーラーに、弱いの!! 雨戸を閉める習慣があるの!! そういう状況にある独居や高齢親子に対し、どのような対策が必要かという、建設的な提言をマスコミはすべきだ。

もちろん、年寄りは早う死ぬという論者もおられるから、国民一致ということにはなるまい。でも、年寄りは早う死ぬという論者が災難に遭うこともある。言っとくけど、年を取ったら早く死ぬ論の中で、わたしは男性、ジイチャンが早く死ぬのが、理想の老後夫婦になるという意見が大賛成だ。

行政は在宅ケアに投資を!!



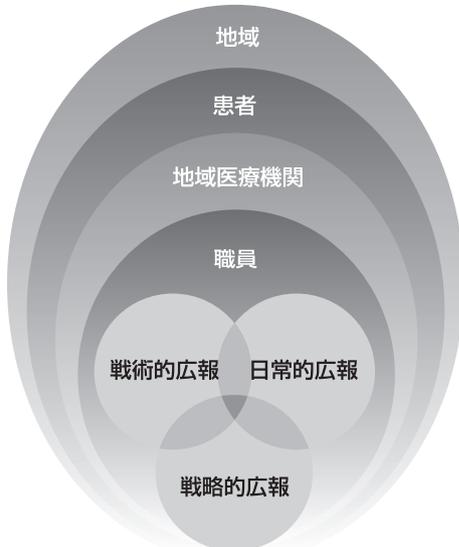
全に避難できる家庭内のルートをつくってもらおうとか、ストーブなど発火が予想される部屋に消防署直結の火災報知器を設置する要望を出してもらおうとか、いくらでも方策はある。以前に新聞配達の人に声を掛けてもらうという提言があったが、新聞を取れない、新聞を読まない家庭には、郵便配達なり宅配便屋さんに依頼する方法は、いくらでもある筈だと思う。

しかし、火災死はバアチャンが多いのはなぜだろうと思った。思うに、女性の方が永生きだからだ。そして、いくら女性でもご高齢になると、さすがに籠るようになってしまふのだろう。わたしが駅の階段が難儀になつていようように、外に出るのも嫌になるんだらう。

このように考えが巡るから、在宅ケアの多様化を願ひ、提言するのである。在宅ケア機能を有する医療機関や事業所は、新しい時代の新しい発想を願ひたいし、行政はくだらないハコモノを作るより、人間に投資しろと要求する。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。

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
49

第402回 これからの福祉と医療を实践する会

来年3月に診療報酬改定がある。次回改定は、いつもの改定とは異なるものと考えるが、いかがか。

その背景には、昨年の病床機能報告制度の創設、地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化および連携、さらに国民の責務等からなる一括法の施行。

今年度には、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、中期高齢者の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策等の制度改革。加えては、訪問診療所の解禁、医療費の地域格差解消の検討、地域医療連携推進法人制度、今月からのマイナンバー等々。これら矢継ぎ早の制度改革、それが機軸になるものと予想される。さらには概算要求でも6700億円の社会保障費が財務省から5000億円へと修正が入るなど、2020年のプライマリ

バランスの黒字化が着地点か？しかし、診療報酬は誰のためのものか。医療法で国民に責務を課し、介護保険では国民の負担を減らすと言いつつ、他方では制度改革により保険料増を実施。まさに、御為倒しのごとくである。10月から中医協の新メンバーによって検討される診療報酬改定では、国民の納得がいく内容と情報開示がキモと認識されたい。

今例会では全日病の副会長であ

る猪口氏に御発題をお願いした。周知のとおり氏は、診療報酬はもとより医療行政にも精通される方。全方位からの今回の改定の行方を、切れ味鋭く語っていただく。(天野武城)

日時 十月十六日(金) 午後二時〜四時半

診療報酬改定の底流……すべては2020年

プライマリバランスの黒字化?! 公益社団法人全日本病院協会

副会長 医療法人財団寿康会寿康会病院

理事長 猪口 雄二氏

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: 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

何百年たとうが謝らなければならぬことありますよ！ 社民党の福島瑞穂さんの発言だ。わたしにとつて、このことは原爆の広島投下だ。膿だらけになつて救いを求めてわが家に来た親戚に、だ。

そして、瑞穂さんが最初に言い出した「戦争法案」のコトバの軽さよ。戦争を体験していない人たちが言う「戦争反対」は、戦時下に多感な年を過ごした者として、受け入れられない。軍部のプロパガンダに洗脳された、老人として。

なぜ、安保法案から入ったのか、自分でもわからない。わからないけれど、プロパガンダは強力だ。弱い人間を誤らせてしまう、現実。院長命令なんて、いまだきは通用しないとと思ったら、間違いだ。それに洗脳される組織の医療と、職員が主体性をもっている組織は、医療の質が、ちがう。その差が、どんどん拡大しているのが、いい。

某大銀行の大卒採用条件のトップは、主体性、革新性の濃淡と新聞のコラムで知った。元トップのコラムだが、そんな新卒が入ったら、部長、役員は要らなくなるだつて。

八月に、帯広の北斗病院で講演の機会を与えられた。五時半からだから、任意だ。任意とは気持ちの有無での参加だ。その参加者の中で目立って主体性、革新性を感じたのはロシアから来た職員だつた。

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

パレツで解決!

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 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