

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

コンプライアンスができる院内組織 日本型ACOへの期待と展望

所長 岡田玲一郎

古い話だが、昨年4月に友人の整形外科病院の院長が「整形では7対1看護の重症度を充たす患者さんは少ないので、7対1看護は取りません」と言われていた。

今年10月、やはり同じ整形外科を主とした病院の院長が「7対1はやめました」と仰った。わたしは「そりゃいいですね。ムリして取ったって苦しむだけでしょう」と返した。ところが、整形外科専門でもムリして7対1看護を取っている病院がいくつもある。

7対1看護は重症患者が多く看護必要度が高い患者さんがおられるから看護師を増やして、それに応じた診療報酬をつけたものだ、わたしは理解している。診療報酬の高さに目が向くと、ムリをするしかない。これも現場の医療者の話だが、手術後の離床を早く（適正）してリハビリをしっかりと（当たり前）に実施すると、重症度や看護必要度は低くなり、7対1

看護のA項目などの基準を満たさなくなるといわれる。患者さんの重症度を軽減しないで看護必要度も高くすると7対1看護管理料という高い診療報酬を得られるそう。いわば手抜き医療である。医療の目的は、なんなんだろうと思うし、医療の目標とはなにかと考えさせられてしまう。日本人には性善説に立つ人が多いと新聞に出ていたが、医療者、というより医療経営者は性善説で信用したいのだろうか。

脳神経外科や癌の難易度の高い医療を提供している病院には看護師を多く必要とするから、7対1看護管理加算が設けられたと、わたしは理解している。しかも、7対1より5対1にすべきだと強弁してきた昔のことが懐かしい。アメリカの急性期病院の看護要員の人数を熟知していたからだ。ただし、平均在院日数のちがいは多少考慮した上での意見だった。

性善説に立った 規制組織が必要だ

ACO (Accountable Care Organization) について、何回か書いた。また、同封のパンフレットにあるように2月の「日米ジョイントフォーラム」で招いたアメリカの医療側に立つ弁護士も、リハビリ病院のCEOも「ACOは現在のアメリカの医療のトピック」といわれている。LTACもなんとか日本版ができたし、SNFもSNWとして日本型で実現するだろう。

その流れからみても、日本型ACOは冒頭に記した現実からも日本型で実現するだろう。それまで心身共に元気で見届けて弱つていきたいが、ひとつのコンペティションだと思っている。

ACOは、医師、看護師などの医療従事者で組織される院内組織である。以前にも書いたが、医療安全管理加算という報酬を得ようとしたら医療安全管理委員会を設け、医療安全が確保されているかをチェックしたり、全職員に医療安全を周知徹底させなければならぬ院内組織である。それが

機能していなければ医療安全管理加算という報酬は得られない筈だ。

しかし、わたしの知る限り医療安全管理委員会が機能している病院はそんなに多くない。例えば、全職員に周知徹底するための講習会にしても、全職員とはならないといわれる。「オレは分かっている」と、講習に参加しないオエライさんがおられるからだ。これも、ACOの対象だと、わたしは思う。

7対1看護の問題だけでなく、回復期リハの入院料I、いわゆるスパーリハにしても、都道府県別の人口当たり病床数をみても、そこには矛盾が生じている。これも重症度などが必要で、脳外科等の重症度の高い病院に併設された回リハ病棟でないと取れない筈だと、きちんとおやりになっている病院では仰る。そのとおりだ。

また、回リハそのものも「回復するリハ」と「悪化防止のリハ」と「悪化防止はできないけれど悪化のスピードを抑えるリハ」に分かれると、わたしは思っている。回復しないリハにはリハは必要としないのではなく、あらゆるステージで必要とするリハはあるのではなからうか。もつといえ、終末期のリハもなくはないと思う。がんリハがクロスアップされているが、がんが悪化していったらリハは必要ないということではないと、わたしは思うというより、わたしは最後まで運動療法をしたいと思っている。いよいよ動け

なくなったら、緩和ケアを望む。

回リハの入院料Iに関しても、院内に日本型ACOが7対1看護と同じように必要だという意見をもっている。第一に、医療保険料の負担はこれ以上したくないから。適正な医療費を負担するのは、国民として当然だと思う。しかし、診療報酬を請求する医療側が、収入の量だけを目的として質を担保しない医療費は、支払いたくない。

社会保障費の伸びを適正にした厚労省、財務省としても同じ思いだと思う。したがって、次期診療報酬改定のターゲットは不適正な医療費を生じさせているところにスポットが当てられるだろう。

そして、提供するあらゆる医療の量ではなく質を保持する院内組織（日本型ACO）が、やがて定めてくるだろう。これは、やがてであつて次期診療報酬ではA項目やB項目の適正化になると思う。7対1看護をやらない、やめた病院は必然的というか良心的というか、アカウンタブルが機能した結果だと推測するし、そういうわれている事実がいくつかある。

医療は性善説に立ちたいが、現実には人間や組織の欲が働く。そんなことはないといわれる病院があるとしたら、わたしは経営じゃないと断言する。この文章はラジオを聴きながら書いているが、丁度ニュースの時間で「オリンパスの粉飾決算」の報道をしていた。

組織医療としての病院

(337)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

― 高齢化について考える ―

◆介護保険からみる高齢化

平成12年に介護保険が始まり15年が経過した。介護保険施行当初は、ケアマネ（ケアマネージャー）狂想曲。猫も杓子も、言うては失礼だが、大勢の医療従事者が、ケアマネの資格を求めた。

当時は希少価値が多少あったので「俺はケアマネだ!」と自慢して給料アップを求める職員がいたのも懐かしい。私もあまりよくわからな

いままに、第一回のケアマネ試験を受けた。医師にとっては、さほど難しい試験ではなく、楽々合格した。あとで〇〇先生は落ちたらしいという噂を聞いて、通ってよかったと内心ほっとしたことを覚えている。その時以来、区の介護保険認定審査委員をずっと続けてきた。

審査会は月に1回程度区役所で開催される。一度に40人の高齢者の要介護度を審査する。審査会の資料をみると、高齢化の実情がよく分かる。主治医の意見書には病状や薬剤、認知度やその他の機能障害の有無が記載されている。調査員の欄には、実際訪問で調査した運動障害、記憶障害、認知症の程度などが客観的な評価として記載されている。

当たり前のことだが、委員を務めて15年も経つと、高齢者は間違いないが増えた実感している。40人のうちの大半が80歳以上、90歳以上が数人は混じる。時には2号保険者といつて65歳未満の要介護者がいると、自分の年齢に近いだけにドキッとする。

資料として、家庭の状況をまとめた書類が添付され、それを読むと家の様子がある程度推測できる。ひとり暮らしの独居老人、老夫婦がそろって要介護の「老老介護」世帯、あるいは老夫婦がそろって認知症の「認知介護」世帯も目につくようになった。

同居している子どもには、独身者も結構多く、現在問題となっている「未婚者の増加」という社会情勢の一端がうかがえる。年離れた両親を、子ども一人で世話をするのは不可能な話。そのために、介護サービスを求めている。エレベーターのない市営住宅の上階に住んでいる老人もいる。本人の移動もさることながら、介護サービスするための階段の登り降りも大変であることは想像に難くない。

「発介護」を余儀なくされている友人や職員も珍しくはなくなった。要介護度も明らかに高くなってきた。寝たきりで全介助なら要介護5。認定を受けると最長2年で更新申請となるが、80歳以上で要介護5なら、審査をせずに、無条件で継続してもいいのではないかと、思うこともしばしばある。

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50万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、国は在宅介護、在宅医療を推進している。

認定審査会は、医師二人に看護師や保健師などの医療職を混ぜて5人。審査が終わったあとの雑談で、「私達が介護保険を受ける頃まで、介護保険制度は続いているのかしら」とため息混じりに嘆く審査員もいる。

平均寿命は、女性86歳、男性80歳。100歳以上の高齢者が、2030年には25万人、2055年には60万人となり鳥取県の人口より多くなるという予想もある。

「むかしむかし、あるところに、おじいさんとおばあさんが住んでいました。いまは、どこでも、おじいさんとおばあさんが住んでいます」という椋周平の小説「ミッシェン建国」に出てくる話が現実のものとなってきた。

◆病氣と寿命

病氣と寿命は別物であると常々思っている。医療で病氣はある程度治せても、寿命はどうすることもできない。私の父は大病を患うこともなく87歳まで現役で仕事をし、老衰で亡くなった。男には90歳のハードルは高い。

小学校の恩師がいる。今年90歳。膀胱がんで保存的加療を続けている。昨年、大腸がんによる腸閉塞で手術をした。術後イレウスで1月後に再手術。二度の手術のあとは、さすがにダメージが大きく生死をさまよった。家人には最悪のことも念頭において欲しいと伝えていた。しかし、長年教育に携わってきた功績が認められ叙勲が決まり、その連絡を受けてから、日に日に回復し、何とか退院、秋の叙勲に間に合うことができた。

若い時は一日ひと缶の「ピース」を吸うほどのヘビースモーカー。高度肺気腫の低肺機能で在宅酸素療法が間近な状態であった。2月前に緊張性気胸で緊急入院。持続吸引するも空気の漏れがおさまらず、胸腔鏡下での手術を施行。その後も漏れが続いたが、術後3週間ようやく漏れがなくなった。今は長期臥床で弱った足の機能回復訓練中である。

90歳にして頭脳明晰、言語明瞭、難聴もなく極めて達筆。おまけに、要介護の奥さんの世話ま

でしている。恐るべき90歳。頭が下がる。会うたびに、良い遺伝子に恵まれたことを伝えている。以前に私が受け持った患者の話を見せていただく。

ひとりは十八才の高校生。無免許運転のオートバイでガードレールに激突し腹部外傷で運ばれて来た。日曜日の夜のことである。術前診断は肝臓破裂。緊急手術をおこない一命をとりとめた。一週間後再出血で二回目の手術。やれやれと思った矢先、一週間後に再び出血を来した。三回目の手術を行い、肝臓の半分を切除した。それから約一カ月経ち患者は元気に退院した。数カ月後、再び彼は事故を起こしたが、病院に運ばれることはなかった。即死であった。

もう一人は60才男性、漁師。肺癌で手術を行った。経過は順調でさしたる合併症もなく無事退院した。退院後は外来に通院していたが、ある日救急車で運ばれ間もなく死亡した。ふぐ中毒による呼吸麻痺であった。自分で釣ったふぐを自分で調理し食したという。

若いときから病氣がちな人が長生きしたり、元氣そのものの人があつてなく亡くなったりするのを見ると、つくづく病氣と寿命は別であると考えてしまう。高齢者の診察をしていて、病氣を治すことのお手伝いはできるが、寿命は如何ともし難いと思ってしまう。この頃である。

人が担い手である福祉・介護サービス事業にあつて人材確保は、経営の至上命題であるが、人材マーケットはいよいよ「人材争奪戦」の時代に突入している。

先に発表された今年8月期の福祉・介護人材の有効求人倍率は、全国平均で3・95倍になっている。

人材争奪戦への対応

事業体においては、配置基準をクリアしなければ事業継続ができなくなる。しかも、頭数だけの人材確保で事業継続ができるほど、この業界の現実はない。トータルな「人材マネジメント力」がなければサービスの低下をきたし「集客」が出来なくなる。「人材争奪戦」への対応も不可能である。

これからは、「採る力」の差別化を積極的に推進していかねばならないし、採った人材を「活かす力」「育てる力」を醸成していかなければならない。

そのうえで限られた事業収入で職員を適切に「処遇する力」「魅力と納得性の高い処遇体系の整備が必要になる。

実際の問題解決はなかなか難しいことだろう。現場としてはなんとかしなければならぬとい

いうことで、対症療法になることも多い。パッチワーク（継ぎ接ぎ）の問題解決である。だがこれがまた組織の人材体質を弱体化させ、さらに深刻な事態を招いてしまうことになる。

人材マネジメントに特効薬はないと言つてよい。経営者や管理者のしかりとした基軸に基づく施策推進が必要である。

採用戦略は外（人材マーケット）に向かつての戦略であるが、内（事業のパートナーとしての職員）に向かつての戦略と

研修を捉え直し、拡充していくための目的意識的な考え方である。

もともと職員研修は、経営管理の一環として行うものである。法人や事業体の経営理念やサービス目標に基づいて推進するものである。経営組織の人材マネジメント戦略ではあるが、組織の期待と職員の期待（自己期待）との融合をめざすものでなければならぬ。

これまでの職員研修は、事業規模が零細で職員数も少ないと

研修を捉え直し、拡充していくための目的意識的な考え方である。

連載「大介護時代の人材マネジメント」①⑥ 「職場研修」の整備と拡充（その1）

（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

「職場研修」推進体制の整備
人材育成や職員研修は、総論

キャリアアップを支援するものでなければならぬ。職員の自信と関係性を培い、チーム力を開発することが重要になってくる。

そのためにはサービス実践の場を基礎とした「職場研修」を推進することが重要であり、日常業務（サービス実践）と研修施策とを密接に関連づけながら推進していくことが求められる。

理念や方針を示すとともに、仕組みを整備し「職場研修」を推進できる環境づくりを行わなければならない。

管理者や指導的職員は「職場研修」の実践当事者である。職務遂行過程で職員を日常的に指導育成すること（職務を通じての指導＝OJT）が「本来の業務（役割）」であることを認識し、指導育成者としての姿勢を確立するとともに、指導技術の研鑽に努める必要がある。

研修担当者は「職場研修」の実務（研修管理）者である。研修計画づくり、研修の実施や評価といった一連の研修管理を、経営者や管理者から権限の委譲を受け、連携を取りながら推進して行くことになる。

「職場研修」の原動力は、個々の職員が潜在的に持っている啓発意欲と成長の可能性であり、研修活動はその意欲と可能性に対する組織としての意識的な働きかけであり「職場研修」の主人公は職員自身である。

「職場研修」は、「計画・実施・確認・処置」の研修管理サイクルを徹底し、計画的・継続的に推進していかなければならない。

次回以降、各論を検討していくことにしたい。

「職場研修」の主導的推進

これからの人材育成や職員研修は、「職場研修」として主導的に推進するという考え方が重要である。「職場研修」は、人材育成の責任単位は職場である」という認識に立ち、職員

このことから人材育成や職員研修は、「職場研修」として主導的に推進するという考え方が重要である。「職場研修」は、人材育成の責任単位は職場である」という認識に立ち、職員

このことから人材育成や職員研修は、「職場研修」として主導的に推進するという考え方が重要である。「職場研修」は、人材育成の責任単位は職場である」という認識に立ち、職員

いうこともあつて、外部派遣研修や資格取得の奨励が中心であった。国や地方公共団体も、そのための支援施策を積極的に講じてきたところである。

専門人材の育成は、もちろん重要な研修施策の一つであるが、これからは職場内外で行うさまざまな研修を「職場研修」の一環として系統的、一体的に実施することが望まれる。

とともに各論の施策推進を適切に行う必要がある。

総論としては、まず「職場研修」を推進するという基本的考え方を確立する必要がある。そのためには、推進体制の整備が必要であり、経営者や管理者、指導的職員等の責務を明確にするとともに、研修担当者を選任し、担当者としての責任・権限を具体化しなければならない。

経営者は「職場研修」の推進責任者である。人材育成に積極的な関心を持ち「職場研修」の

四苦八苦

医療機能連携や多職種連携とは チームがチームになっているか否かだ

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」
2月の「日米ジョイントフォーラム」の講師であるシェリル・ヘンソン氏は女性のCEOである。スマ・リハビリテーション病院はスマヘルスシステムの一員で、急性期病院から送られてくる外傷患者のリハビリを提供している。バックグラウンドは当日ご来場の方には英文でお渡しするが、理学療法士からCEOに昇りつめた方だ。

3回お会いしているが、いつも刺激的なレクチャーをしてもらっている。是非、日本のリハビリ関係者だけでなく、病院経営スタッフに話を聞いて頂きたいと思い、3年越しで来日を口説いて、今回、実現の運びとなった。

テーマは「外傷ネットワーク」で、北米でよく使われる Wound Careにおける病院の機能連携だけではなく、多職種チームの重要性を話されると思う。

単独のケアだけでは
病気は治癒しない

多職種チームの重要性については、NSTを実践されている病院ではご理解されていると思う。また、地域医療連携を強固に組み立てられておられる病院では、それぞれの機能だけでは患者を治癒に

導けないことも実感されていると思う。急性期病院だけで完結する医療は、そんなにないのである。ましてや、病気の治癒とは「治す」だけではなく、「癒し」があつて始めて「治癒」となるのである。私見だが、治癒という表現がよく使われるが、治せばよいといったものではないと信じている。

その癒しでも、ある機能で完結するわけではない。典型的なのは療養病床での癒しであり、リハビリの癒しである。当然、病院機能連携が問われるし、各機能における医療の提供者の職種別の連携、つまりチームが主要になると思う。

医師ができる治癒の過程は限られている。北米でよくいわれることだが、患者の本音を一番よく知っているのは、ハウスキーパーであることがハーバード大学病院の報告に出されている。むしろ、その本音も患者の一部であつて、例えば痛みとか悩みなのである。

医師や看護師の問い掛ける「痛みはありますか？」に対する患者の返事は、ハウスキーパーへの訴えと異なることがある。だから、ハウスキーパーも医療チームの一員である場合もあるのである。

わが国でもクローズアップされてきている。単に、いろんな職種が集まっているだけではチームといえない。チームの絶対条件はひとりひとりが対等の関係であることだ。しかし、人間は職種によって遠慮があたり上下関係を醸成するものだ。リーダーは必要だけどリーダーだけでは仕事にならない。

病院機能連携というチームでいえば、急性期病院が上位とは限らない。よくいわれる川上、川下はなにも川上がエライのではなく、川下がなければ川上は湖になるだけだ。川下だつて海という受け皿がなかったら川は溢水して社会を破壊する。急性期が川上としたら、急性期病院から患者を大量に地域包括ケア病床に送つたら、地域包括ケア病床は溢れてしまう。いまは逆で、地域包括ケア機能という川下の川幅が狭く、機能連携がうまく機能していない状況だ。

というような話をシェリルさんは必ず話されると思う。PTだけではリハビリはできないし、OTだけでもリハビリにならない。さらにリハ病院から出た後の川下の機能も必要だ。おそらく、そこでのMSWの役割と責任も話に出てくるだろう。

病床機能でいえば、急性期機能だけでは医療は成り立たないし、療養病床を必要とする。しかし、療養病床だけでは医療は成立しないのである。

岡田

好評発売中

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
 - 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)
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

岡田玲一郎・上田真弓
Okada Reihiko Ueta Mayumi

『共著』

生きる

老いを生き、
病いも生きて、
死をも生きる

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



◎されどケータイ

10月上旬、ホテルにケータイを忘れてチェックアウトしてしまった。忘れることが増えたのは、わたしの年代だけでなく、人間、加齢と共にモノ忘れが多くなる。

ゴルフに行く途中で気がついたので、友人にケータイ(スマホ)でホテルで保管してもらうよう依頼してもらった。それから2日間、たかがケータイ、されどケータイを実感させられた。とにかく不便である。ということとは、便利なモノがケータイなのである。

わが家で異変があつても、連絡は不可能なのである。公衆電話がそんなところにあつた時代は、とくくの昔だ。それより、土・日だったので競馬の馬券の購入を依頼することも不可能だ。地方のビジネスホテルの部屋付電話も使う気がしなかったのは、ハズレの損を回避できるかもしれないと思つたからだ。結果は、一万円ほどの損金を回避できた。ケータイなしでもいいもんだ。

スマホ依存症の問題を憂いていたが、わたしも軽度のケータイ依存症なのかもしれない。機能の中の万歩計が3万歩ぐらいカウントされないのが、悔しい。ゴルフ、2日間で

それぐらいだからだ。しかし、ゴルフコンペの一日は優勝して、依存症を精神的に軽症にしてくれたのが、おもしろい。

組織でも、いないと不便な職員はいる。風邪かなんかで休んでしまうと、その日は業務がうまく回らないことがある。それをカバーする職員は、到底、便利に仕事をしない。そのままなのか、それをチャンスに伸べる職員か、ということになる。 ※禍福は糾える縄の如し、の福を招く組織力が問われると思つた。

◎夢とロマンというけれど

いま、日本人、医療福祉従事者は夢をしっかりと持つてゐるのだろうか。ロマンはフランス語だが、「夢や冒険への憧れを満たす事柄」だ。とかく、夢とロマンは現実と対比されるが、わたしは生きていく糧として夢を持ち、ロマンを実践している。むしろつもりであつて他人様から見ると「そんなこと言つたつて、ムリ」と思われるだろう。

福山雅治ロス現象は9月のことだったが、彼と結婚を夢みているから、ロス現象が起きるのだろう。たまたまNHKテレビを視ていて、女性アナウンサーが「エッ」となったのには驚いた。現実主義ではないが、そりゃ「夢と冒険」でその冒険も夢みる冒険と感した。

わたしは男性だから、また吹石一恵ファンではないからロス現象は

なかった。しかし、井上あさひさんは、精神的にあつた。NW9の大越さんのファンでもあつたし、理知的なあさひさんが好きだった。岡山県には、こんな女性が輩出する風土があるんだぞと、出身県(本籍)を誇りにもしていた。

その井上あさひさん、京都に転職されたことを知っていたが、NHKラジオのリポーターとして地方のリポートをされていた。アレ、こんなに庶民的なところがあるんだと、一層のファンになった。理知より頓知、理性よりドジ、そんなことが音声で伝わってきて、うれしくなつた。

人間、決めつけはいけないよとあらためて教わつた。組織運営にも、夢と冒険が必要で、人へも社会へも、決めつけはいけない。

◎やっかみは、人間の習性?!

いままで生きてきて、何万とはいわれないが何千の「やっかみ」を聞いてきたことか。一番多いのは、病院を改築したり新築したときにワンサと出てくる同業者のやっかみだ。借金で潰れるとか、どうせうまくいくわけがない、などなど、である。このやっかみは関西の人には通じないと辞書には記してあるが、ホントウかい?! 辞書によれば「(関東地方などで)うらやむ。ねたむ。」と記してあるが、たぶん全国共通で通用すると思うが、どうだろう関西のお方。うらやむよりねたむの方が、やっかみだとわたしは思う。元は関東

地方かもしれないが、まあ、どうでもよいことだ。どうでもあることは、同業者の成長を夢や冒険とみるのではなく、貶める下司な根性から発するものが良くない。

要するに、自分が面白くないので失敗を願う、再言になるが下司な根性の人が言う言葉で、わたしは聞きたくないからソッポを向く。商売は勝つか負けるかだ。負けそうだから、やっかむのだろうが、そんなことをするより勝負手を打つことが人間としての本道だ。ちよつとエラソーに書き過ぎたが、闘うことが先だろう。

古くからの友人が、百億桁の投資で新病院を創られるが、ここでもやっかみが出ていることだろう。わたしは、年商分の投資だろうがなんだらうが、成算より生産だと思ふから、励ました。友人だからではなく、永年、研ぎ澄ました勘と経験則があるからだ。落成のころわたしや、死んでるけれど、成功しか考えていない。どんなヤツカミも、休みに似たりと、ひとりでニタリとする(「ー」ヤ。。。。)

◎人と会い、人と語る

コミュニケーションをどうしたらよいか。どのように生きたらよいかと、わたしの苦手なことを質問されて、一瞬、応えに窮した。でも、咄嗟に出てきた反応は、人と会い、人と語ることではないかと思うと応えた。わたしは、そうしてる。

逆にいえば、人と会わなくなるとできないし、会つても語り合わないコミュニケーションも生きることも不可能と思う。ひとりで生きていけないと、よくいわれる。わたしはひとりぼっちで飲み屋に行くのは、そこでご主人と語ることができるときだけだ。ときどき同席するオジサンやオバサンの会話に、余計なチョッカイを出す。思いがけないことに発展することがあるから、おもしろい。

だから、死ぬのは嫌なのだ。仮に、孤島に流されてそこに人がいなかったら、どうするんだらうと空想する。狂つてしまうことはないだろうと思うのは、そこにも自然があるからだ。しかし、やはり人がいい。その自然の部分である人間が、不自然になっている。いま原稿を書いている隣の部屋は保育室だ。子どもが騒ぐのは自然で、騒がなくなったら不自然だ。だから、全然、苦にならない。保育所反対のオジサンは、子どもはどこどうだったんだ。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点

ワン・フォー・オールは
医療福祉施設そのもの

岡田 玲一郎

わたしは、よく泣く。というより涙が出てくる。それも、感激したときに泣く。苦しいときは、なぜか泣いた記憶がなく、いまでも心身両方で苦しいときがあるが、なぜか泣く衝動はやってこない。クソとか、落ち着けとかいう気が湧いてくる。

悲しさに泣くことはあるが、悲しさの極限はあまり感じたことがない。人生最大の悲しさは母親の葬式の日だった。女手ひとつでわたしたち3人の兄弟を大学まで出してくださった偉大な母親だった。点滴注射による溺死の顔を見たときは、思わず顔を背けた自分自身の反応を想い出す。そのときは怒りと悲しみが交差したものだ。だが、葬式のときはいかに。

あの母親が火葬場で焼かれるなんて嫌だったから、火葬場に行けなかった。行かなかったのではなく、別れの悲しみと「焼く」という儀式は自分でも嫌だから、だ。

感激、感動は
涙腺を刺激する。

物理的に書けば涙が出るのは涙腺が刺激されるのだが、人間の気持ちというものは、どのように涙に

つながっていくのだろうか。医学的には神経を伝わっていくのだから、ラグビー日本代表チームのメンバーひとりひとりのコメントには涙が止まらなかった。ひとりひとりのコメントに、である。

NHKテレビで放映されたのをご覧になられた人もおられるだろうが、わたしは時間の制限はあるのだから、残り5〜6人を残して画面が切り替わったのが残念だった。誰のコメントに感動したのではなく、ひとりひとりの熱い想いがピンピン伝わってきた。翌日の新聞の活字は選手たちの表情までは伝えきれないのは当然だが、前日のテレビのひとりひとりの表情、特に眼が表出する決意、覚悟を感じた。それはそのまま病院や福祉施設の職員に通じるもので、いまま青森県の病院で研修中だが、副主任クラスの職員の中で、ラグビー日本代表の選手たちから感じた覚悟がみられる人もおられる。

管理職から一般職までこの人みたいだったら、最強の病院になれると感じたが、残念ながら職員全てがそうはならない。組織としての病院や福祉施設の眞の管理が問われるところである。

エディー・ジョーンズ・ヘッド・コーチの存在も大きいですが、やはりそのポリシーを実践した選手たちの覚悟に大泣きした。ホテルの部屋だから、誰もいない。そう、選手だけでなく通訳の男性の表情も共に闘う同志意識に満ちていた。

ワン・フォー・オールは、闘う選手だけではないのである。それが後に述べる他のスポーツでのインタビューの場面と交差した。エディーHCは言う、日本のラグビーは文化がブレ、するということに直結していない、と。良い選手がたくさんいても、なのである。ここでも病院などの組織文化とつながって受けとめる。

さらに、エディーHCは言われた。高校から大学、トップリーグまで「規律を守らせ、従順にするためにだけに指導されている」と。それを証明するかのよう、S.H.の田中選手は「いまの大学のシステムは中途半端。高校はやらされている。対等にやつてもらいたい」と。

まったく医療福祉施設で闘う職員の過去と現在が当てはまるとわたしは思った。高校で勉強をやらされ、大学で中途半端に教えられ、医療の第一線で働く（闘う）職員に育てあげるの、就職後の医療福祉施設の職員教育の覚悟が問われていると、断言する。

それを締めるようにエディーHCは言う。「しっかりしたプランがなければ、強い代表はできないし、や

り遂げる力も必要だ。でも、日本ではこれらを遂行するのは難しいだろう。変化を嫌う人もいるからだ」（傍点筆者）。

サッカー、プロ野球の選手と
ラグビー日本代表のちがいは

右の小見出しは、わたしの偏見ではない。ラグビーの話をした人たちの共通の意見だ。特に日本代表などのサッカー選手のコメントと比較すると、受ける気持ちがちがう、といわれる。わたしの偏見でいえば、サッカーの選手のコメンはカルイ、カッソケを感じるし、応援よろしくお願いしま〜すのプロ野球選手は、パターナリズムを感じる。同じ、よろしくお願いしま〜すにもそこに選手の覚悟がにじみ出ているとも感じる。

わたしは大学生の時代、大学ラグビーの試合をよく見に行った。道具を使わない関係のぶつかり合いが、心を洗わせるからだ。それと、母方の叔父が戦前の日本代表のSHかSOで一流選手だったのもある。娘（わたしにとってはいとこの家から、ある日、外出したまま消えてなくなりました。そういう人なのだと、いまは思う。だからかもしれないが、ラグビーというスポーツには親近感がある。

それにしても、医療福祉施設の組織は、ラグビー的な組織もあれば、Jリーグのサッカーチームのよきな組織もある。もちろん、プロ

野球的な組織もある。一長一短だろうが、わたしは医療福祉施設は多職種チームだから、オール・ワン・ワン、ワン・フォー・オールのラグビー的組織がいいのではないかとと思う。

野球に「投手族」という言葉があるが、病院では「医師族」だろう。その族が、ワン・フォー・オールになっているかどうか問われるのだ。そういえば、それぞれのスポーツで選手の髪形がちがうのにお気づきの人がおられるだろう。わたしは、帰国インタビューのときのラグビー選手の髪形に、他のスポーツの選手との明らかなちがいを感じた。サッカーは肉弾戦といわれているが、ラグビーは先にも書いたように肉体と肉体のぶつかり合いだ。でも髪型がちがう。

これも医療福祉施設間のちがいを連想させた。病院でいえば病院それぞれで、髪形や服装がちがうのだ。服装といってもユニフォームではなく、出勤時の服装だ。これは、病院の世界におられる人は実感されておられるだろう。

しかも、観客である患者さんの服装も、ちがう。ラグビー場での観客であつたわたし、そして最近テレビで見るラグビー場の観客の服装と他のスポーツの観客の服装のちがいに想いが走る。テニスはテニスで、ちがうではないかという、それはイギリスの伝統だと拒否されるのかな?!

時代は、動く。四半世紀前は事前指定書（AD）の話をしても、医療者の反応は遠くに離れていた。国民も、話としては聴いてくれている。自分のこととして考える人は少なかった。LMDの創始者ウイリアム・モロイ医師を二度にわたり招請して講演してもらったが、青い目への興味という感じだった。

「いのちは誰のものか（家の光協会）」の本も、活用されるケースは少なかった。もちろん、そのころから事前指定書の運動を地道にされている病院や個人はおられ、少しずつ自分の医療、特に終末期の医療についての意思を表明される人は増えた。わたし自身も、いのちに関する講演が増え、11、12月で全国で6ヶ所もある。社会運動と心得て講演させてもらっているが、反応は昔日の感がするほど、高い。それが社会の変化なのである。

さらに、医療制度も変化し介護療養病床での看とりが評価されてきた。先に述べた地道に終末期医療に取り組み始めていた病院にとっては、苦勞が少しだけ認められた思いだろう。わたしも一種の感慨がある。緩和ケアではなくホスピスケアが、これからも求められるだろう。しかし、そこに問題もある。もしかしたら経管栄養のチューブが増えたり、認知症と診断

される患者が増える可能性がある。そんなことあるわけない、といわれるかも知れないが、過去のこの業界をみたら多いに心配だ。なにしろ、強化病棟の条件に右の二種の%が問われているからだ。ナナイチのモニターと全く同じことがカイゴでも可能になるからだ。

日本型ACOの機能がなんとしても必要なのだが、そこまでいくにはさらなる時代の変化が必要だ。療養強化とは、絶対に経管栄養の患者を増やすことではないのだが、経管栄養をしている患者を紹介して欲しいという要望が、介護の手間がかからないという理

看とり強化への期待



由ではなく「強化」の%を増やすために使われるかもしれない。既に、胃ろうを入れている患者歓迎の要求は現場で出ている。推測ではなく、きつちりなさっている急性期病院でよく聞くからだ。

ナナイチでA項目のためのモニターは、病院の収入とナナイチの基準をクリアするために爆買いされた。メーカーはびびくりするのだが、モニターを装着されるのは患者である。看護必要度も、依然として現場の看護師で良心のある看護師を悩ませている。わが身を守るための看守のような看護師は悩まないので人間の複雑性である。

このような性善説に立てない医療現場をみると、強化病床でもアウトカムをDPCのように報告することになるのは必至だと思う。いや、そうやってほしいのは、何度でも書く医療保険、介護保険の負担者だからである。

ごまかしで得ている医療・介護保険料を、信念に基づくケアを提供し一定のアウトカムを出している病院に振り向けるのは悪いことだろうか。なんでも反対する団体が仰るように、患者、国民のための医療、介護を高く評価することが、国民の利益になるのである。

高齢化に超が付くと、死ぬ人も超が付くほど増える。その死を考える国民は急速に増えている。お墓に対する意識も急速に変化している。日刊紙の下端にあった葬儀の広告も、沖繩を除いてはほとんど見なくなった。葬儀も簡潔になつてきたが、これも国民意識の変化であろう。お墓の広告がそのスペースを埋めている。

ここまで国民意識が変化したのだから、「命は地球より重い」なんて計測不可能なことをいわないで、もっと「いのち」を大事にしていく病院が国民から求められる。病院の収入を増やすための「死の三点セット」なんて、標語みたいな命の重さ論で飾って強行してはなるまい。医師や看護師は、そんな死を求めているのだ。

岡田

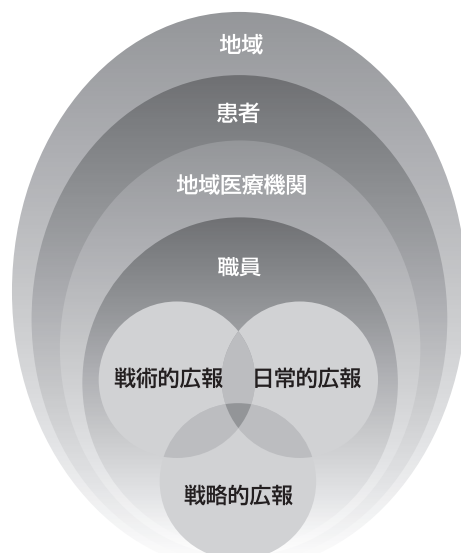
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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404回 これからの福祉と医療を実践する会

国は、看護・介護職員の健康保持のために、福祉用具・機器の利用を推奨しています。補助金も出されるようになりました。早い組織では海外に研修に行き、10年も前に導入を始めたところもあるようですが、せんねん村では、わずか5年前からの取り組みです。

きっかけは、ある研修会で自身が福祉用具の被験者となったことでした。早速、その時の講師に来ていただきました。汎用型車いすしかない現場を見て、あきられました。総額一〇〇〇万円かかると言われましたが、年間二〇〇万円の予算で、5年がかりで、職員を育成しながら導入していく計画を立てました。

途中で、小規模特養、グループホーム2箇所、デイサービス1箇所を開設し、職員が異動したため、福祉用具委員会も大きく影響を受けてしまいました。その極めつけは、昨年10月に開設した第二特養せんねん村矢曾根です。福祉用具委員会が再編成されて、再出発となりました。

現在は、2つの特養や小規模特養、短期入所施設で同時進行中です。この5年間、入居者の大きな変化に感動したのは最初のわずかな期間でした。その状態が当たり前になれば、感動も薄らぎます。うまく進まないことや、退歩として

か思えないことに気をとられます。そちらのほうが多いかもしれません。そんな泣き笑いや実践報告をあえてご披露しようと思つています。(中澤明子)

日時 十二月十八日(金)

午後二時～四時半

目標

「福祉用具でケアを変える」

……実践経過報告

発題者

社会福祉法人せんねん村

福祉用具委員会

会場

戸山サンライズ特別会議室

参加費

会員 五〇〇〇円

申込先 Tel. 03-5834-1461

Fax. 03-5834-1462

E-mail: jissenurukai@nifty.com

URL: http://www.jissen.info



書き終えて

▼10月の病床機能報告で「急性期」と報告した病床の半数は「急逝期」だとメールしたら、工藤高さんから「言えてる」と高い評価をいただいた。急逝はますますの話ではなく、来年のある時期に急性期病床がバタバタと急逝するだろう。

▼もともと、ゾンビみたいに逝かない病床もあるだろうが、そりや、ゾンビであつて人間ではない。それより、前頁に書いた急逝しない患者さんの最期を看とる病床が必要だろう。わたしが死ぬまでの仕事が増えた。「緩和ケア」と「ホスピスケア」の峻別である。緩和ケア病棟でホスピスケアは不可能と主張したら、また誹られるだろうが、ゾンビになつてもやるぞ。

▼クリニカル・パスも常識化した。地域包括ケアによって急性期後やサブアキユートの医療も確立の道を歩みだした。DPCも進化しているし、SNFの日本版も出発進行している。それぞれ、人間が生きていく過程で必要とされるものだからだ。死をも生きるが、次だ。▼そんな心意義がありながらも、体力も人間なら衰える。わたしの場合、体力だけでなく、記憶力に寂しさを感じているが、これは中年以降の方もよく仰る。「人間だから」は、わたしが言ったら重みがないだろうか?! 体重は54kgから55kgを維持しているが、ちがうか。

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、動画でいつで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