

社会医療ニュース

社会は変化してきており 死の教育が求められている

所長 岡田玲一郎

先月号で、「働き方改革」に乗って「プラチナくるみん」や「ユースエール認定企業」を取得されたら、と書いた。そんなことより、すぐ点数になることを書けという声が聞こえないでもないが、わたしは、職員が働きがいを感じる対人援助職になることが、経営の基盤だと確信している。その確信の証明を頂いた社会福祉法人愛生館福祉会に、紙上でお礼する。その他の病院からも実施済の連絡があった。

人の生き死にの援助は 対人援助の基本中の基本

四月中旬は、アイルランドからLMDの創始者ウィリアム・モロイ医師が来日され、その講演会に参加させて頂いた。これも、医療法人永広会島田病院の皆様のお蔭だ。読者の皆様、「縁は異なるもの味なもの」で、異もあれば味もあるから、大事にされたらよい。社会は、常に変化している。若

い人たちのスマホ依存もあれば、自殺しようとした老人を救いたいと身を挺する56歳の銀行員の方もおられる。わたしにできるかどうかとなると、スマホ依存はダメで、挺身もやれると言いつける自信はない。弱虫なのだ。

その社会の変化は、今回の一連の講演会の参加者と、その間にやらせて頂いた単独の病院主催による市民の方への講演で、確信できた。モロイ医師の講演会のテーマは「エンジョイ エイジング」で「自分で決める自分の医療」(Let Me Decide)が副題だった。病院主催のほうは「老いを生きる」というわたしの現状をテーマにした。

モロイ医師と先の医療法人永広会理事長島田永和先生の講演会は、ミキプールの三基商事(株)の協賛があり、東京、大阪は九百名超の市民の参加があった。日本の人口構成とはまったく異なる女性優位の参加者だった。

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

社会医療法人の病院は、こういうことをやって始めて、社会医療法人の資格があるのではないかと思うのだが、「税金を納めなくてすむ」が主目的の法人も多い。ちなみに永広会さんは医療法人で社会医療法人ではない。また、病院単独で開催された話が話させて頂いた病院も、社会医療法人ではない。病院としての役割だと思っ

のだが、多くの病院さんはそんなことをやって収入が増えるの、経費が掛かるだけで意味ないよと、乾燥したお考えのようだ。しかし、対人援助組織であり、そのことによって経営を維持し、利益を出しているのだから、社会への還元が経営意識にあってもよいと思うのだが、やっぱり「点数」になる、ならないでしょうか？

社会の関心は 生にも死にもある

終活や、それに伴う「事前指定制書(AD)」は、いろんな種類が販売されており、古くは日本尊厳死協会の尊厳死宣言が有名である。エンディングノートのように遺産への指定というか遺言もある。

そして、終末期の人の姿も国民が目にする機会も増えてきた。知人のお見舞に病院を訪れて、身が固くなる経験をした方もおられる。そこで感じるのが、自分自身の死をどう迎えるかの思いである。それが繁つて、事前指定制書に関する講演会への関心になったと、わたしは思う。

参加者の表情や声による反応をみると、わが身の死をどう迎えるかへの思いは強くなり、多くなっていると思言できる。むしろ、わが身に心のある人が参加されているのだから当然で、そんなこと自分に関係ないと思われている人も多くおられるのだろう。医師も、死を多くみている日常なのに、それを自分自身に置き換えないで、ひたすら命を結果的に延ばすことに専心する医師もいる。もちろん、医師としては当然のことだが、自分の意思を示す事前指定制書があったら、どうするかだ。

このことについては、救命救急医学会と集中治療医学会は、真逆な方針を示されているのが興味深い。救命救急は、救命できない命と対面するが、集中治療は医療に集中専心する役割のちがいである。また、本人の意思が分からないければ、ひたすら救命治療するの

が医師の責務である。だから、救命救急医学会でも、本人やご家族、さらにはかかりつけ医の意思の確認を条件づけられているのである。

社会の変化は、厚労省や関係団体のアンケートでも明白で、わが身の死への関心は高まる一方だが、その意思表示の方法に悩んでおられるのが、現在だ。例えば、ソーシャルワーカーの人で事前指定制書の重要性は認識していても、親には言えない、言わない、親も口に出すのを憚っている例もある。

しかし、つい10年ほど前は「親」が「子」に事前指定制書を書きたいと言つても、子は「縁起でもない」とびびっていた。最近、ちよくちよく耳にするのは、「子」が「親」に最期はどういう死に方をしたいのか、言うか書いておいてくれないと、いざというときどうしてよいか困ると、言いだしている。そこで、躊躇したり、それこそ「親を殺す気か」と、本心をこまかす親もおられるそう

死を忌み嫌うのは神道ではよくいわれることだ。闇の世界だからで、仏教の地獄、極楽とはちがう。うちの親は神道だったから、聞いた記憶がある。しかし、死がなかったら、地球上は何千歳、何万歳の間で溢れてしまうという摂理があるのだから、死んでもらわれないと、社会が成り立たない。

ということで、地域住民の方へのLMDの講演は、講演料無料、交通費、宿泊費(必要あれば)でやらせて頂いている。もう百ヶ所以上はやってきて好評なので、保証つきである。

組織医療としての病院

(355)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

—これからの医療について考える—

来年は医療保険介護保険の同時改訂の年であり、大幅な改訂が予想されている。毎年1兆円ずつ増える社会保障を支えるのは難しいと、政府はこの削減を決めている。社会保障費の主なものとは年金、介護、医療にかかる費用。改訂の眼目は「入りを図りて出ルを制す」しかない。総量を減らすのは当然として、多少はアメリ必要と、メリハリをつけるのは想像に難くない。重症度、看護必要度、在宅復帰率など、その基準は上がる。高くなったハードルを、よじ登れるか、ずり落ちるか。知力と体力の勝負である。

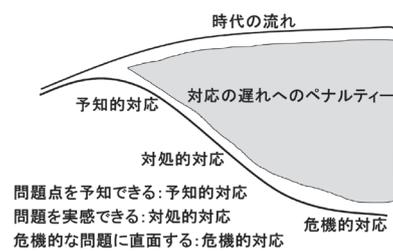
医療は、株・為替の変動に関係なく、公定価格に守られた仕事ではあるが、政治経済が混沌とする現在、先が見えないのも確か。

時代の流れにどれだけ素早く対応できるかによって、そのペナルティーの大きさが変わる(図)。

問題点を早期に察知し予知対応ができれば被害は少なくて済む。事が露見してから対処的に対応するとペナルティーは大きくなるがまだなんとかなる。しかし、とことん追い詰められた状態での危機的対応ではもう手遅れとなる。

男女間で考えると分かりやすい。

対応の遅れとペナルティー



これからの医療のキーワードは、①少子高齢化、②人口減、③成熟した医療、④医療費削減、⑤社会保障費削減の5つ。これにいかに対応するかが問われる。

◆少子高齢化は、少子化と高齢化に分けて考えるほうが理解しやすい。

医療では、医療への就労人口の減少が問題である。ただでさえ、介護は人手不足。団塊の世代が後期高齢者になる頃には、要介護者はますます増え、介護者の数は圧倒的に不足する。

高齢者は有病率が高く、医療の必要性は高まる。市場という点で考えると高齢化は医療にとって追い風といえる。ただ、高齢者は四肢の筋力が衰え認知も進む。動作はゆっくりで、理解するにも時間がかかる。何から何まで時間と手間がかかるわけである。あらゆる所のバリアフリー、表示の大きさといったハードのみならず、きめ細やかな接遇など何事も高齢者仕様が必要となる。

◆人口減は多死社会を迎える2040年からはじまる。予想ではその頃、年間の死亡者数が170万人、出生者数70万人で、その差は100万人。毎年100万人の大都市が消滅すると危惧されている。

今、団塊の世代にあわせて高齢者施設を作っても、建物の償却前に人口は減る。一時流行った○○ニュータウンが、いつの間にか閑散としたオールダウンになってしまったという轍を踏むことになる。

そのため、行政としては医療や介護の増床は抑制し、箱物ではなく仕組みでカバーするわけである。在宅医療への大盤振る舞いも無理からぬ施策といえる。

◆産業にも企業にも導入期、成長期、成熟期、衰退期がある。物が無い時代で、品質に関係なく何でも売れるのが導入期。成長期になると競争相手が出てくる。品質と価格競争が起り、淘汰が始まる。品質がさらに高くなり消費者の目

が肥えてくるのが成熟期。多少割高で値段が張っても品質の良いものを求める。その成熟期を乗り越えられなければ衰退してしまう。

ダイエーの軌跡を見ればよく分かる。着るもの食べるものがなかった時にダイエーが開業した。何でも売れた。やがて成長期。ライバルと競うように大型店を全国にくり大きく成長した。そして成熟期。豊かになった国民は、質を求めブランドに目が向くようになった。それだけではないであろうが、成熟期を乗り越える事ができず、ダイエーはイオンに吸収され社名が消えてしまった。

今の医療はまさしく成熟期である。消費者である患者の目は肥えた。真贋はともかく、さまざま医療知識をもった患者が、鋭い質問をすることもある。不老長寿を願い、癌でも老衰でも死なないと思っている人もいる。A病院がだめならB病院への鞍替えも容易にできる。

患者のわがままをきく必要はないが、質の要求に応えることができないければやがて淘汰される。厳しい時代となった。

◆税金を考えると、今のままではこれ以上の医療費増加は無理とわかつているが、総論賛成各論反対が正直な気持ち。人物金といった資源の有効活用はますます重要度を増す。効率化とは生産性をあげること。生産性は、得られた

成果÷投入した資源で表される。ブレイクスルーとなるような妙案は思い浮かばず、身近な業務改善でその生産性を上げるしかない。

◆お金の出所は医療保険か介護保険か自費しかない。医療の流れは急性期から回復期、回復期から慢性期、慢性期から老健や特養や在宅へつながる。その都度財源はシフトする。経営の安定のためには、財源シフトへの対応が必要となる。いわゆる医療介護複合体は、囲い込みとかクリームスキミングという批判はあるにせよ、財源シフトへの対応として医療機関が取り組むべき仕組みである。現に医療介護複合体を形成し、独自の包括ケアシステムを構築している医療機関も多い。

以上、病院経営者として、これからの医療について思うところを述べた。トランプ政権、中国の台頭、油断ならないロシア、不安定な朝鮮半島、揺れるEU、アフリカ難民と中東問題など、世界情勢は混沌としている。おまけに国内は少子高齢化という難題があり、働き方から社会保障、教育まで思いきった構造改革をせざるをえない状況になっている。大きな曲がり角にあるのは間違いない。10年、20年後にあの時は大変だったが、よく生き延びることができた、昔話ができるように「今を生きる」しかないと思っている。

前号では、経営管理論の父と言われるアンリ・フェイヨールが提唱した「管理の一般原則14項目」を紹介した。ケアのチームリーダー論を考えるにあたって、フェイヨールが指摘した「ドリフティング・マネジメント」から「科学的なマネジメント」へという主張がどのようなものとして100年前に提唱されたかを振り返っておきたかったからである。

脱ドリフティング

ドリフティングとは「漂流する」という意味である。フェイヨールから見ると、当時の経営(マネジメント)は、この言葉が意味するように科学的なエビデンスや明確な航海図をもたないまま漂流する小舟のようなものだったということだろう。

そこでのマネジメントは、経営者や管理者の努力があったとしても、それぞれの個人の力量に依存した「KKD(経験・勘・度胸)のマネジメント」に頼らざるを得ない状況になる。

マネジメントは、人間の営みであるから「経験や勘、度胸」といったKKDも必要な要素ではある。「経験」がないよりは豊かな経験を持つ者の方が信頼できるし、何が大事なのかを見極める「勘」(観)のよ

さ、適切な意思決定を行うことができる「度胸」などは、いずれも卓越したマネージャーやリーダーに共通する資質能力であると言ってしまうだろう。

しかし、現実のマネジメントが「ドリフティング」であり、「KKD依存」の状態であるとすれば、誰もがこの状態を良しとせず、改革の必要性を認識する筈である。そうした中でフェイヨールの主張である。そして100年が経過したいま、ケアのチームリーダー論を検討しなければならないマネジメントの

連載「大介護時代の人材マネジメント」②⑤
ケアのチームリーダー論(その3)

(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

現実を見ると、同じようなシチュエーションにあることを改めて確認しておきたいと思うのである。

組織の他律性と自律性

フェイヨールやテラーが提唱した「科学的管理論」は、その後の研究史のなかでは「伝統的管理論」とか「古典的管理論」と言われるようになり、古典的な考え方から「近代的管理論」への転換が必要であると言われてきた。

端的に言えば、前者(伝統的管理論)が効率性を重視し、指示・命

令型の他律的マネジメントを指向したのに対して、後者(近代的管理論)は効果性を重視し、参画と目標による自律型マネジメントを提唱したということである。

今日では、さらに「コンティンジェンシー・セオリー(条件適合理論)」あるいはシチュエーション・セオリー(状況理論)等が提唱されるようになっていく。

ケアのチームリーダー論は、どのような考え方に準拠し、これからのあり方を構築すべきだろうか。まずは「あり方」を検

重要であるという考え方である。経済合理主義中心の経営管理を一部否定し、補完する考え方を提唱したのである。日本でも第二次

大戦以降、この考え方が導入され、戦後の復興から高度成長を促進するマネジメントのコアの考え方として支持されてきたのである。

② 近代的管理論

1960年代に入ると、アメリカでは経営学や行動科学と言われる分野でさまざまな実証的な調査研究が行われ、マネジメントに関する

ないとし、「参画と目標による自己統制のマネジメント」を提唱している。

「ノルマと管理統制のマネジメント」からの脱却の必要性を説いたのである。

③ 管理の条件適合理論

1970年代には、「マネジメント・セオリー・ジャンクル」と言われるほど、多様な考え方が提唱されるが、今日ではマネジメントのセオリーを「普遍妥当性」「一般理論」として捉えるのではなく、条件や状況との関係のなかで捉える考え方が支配的になっている。コンティンジェンシー(条件適合)あるいはシチュエーション(状況)・セオリー(理論)等の名称で言われる考え方である。

ケアのチームリーダー論もまた、組織の機能分化と階層分化の網の目のなかで、組織運営の他律的側面と自律的側面の両面を視野に入れながら、その役割機能を明確にし、めざすゴール、実践プログラムを明確にしていかなければならない。

そして、チームリーダーとしてのキャリアパスが魅力あるものとして位置づけられることが期待される。

そのキーワードとなるのは「他者期待と自己期待の融合」である。今回のテーマとしたい。

① 人間関係論

1930年代に入ると、効率性や他律性中心の伝統的管理論に対するアンチテーゼとして「人間関係論」が提唱された。

人間には「情緒・感情」と言った非合理的なものがあり、働く人々に対する配慮やコミュニケーションが

討し、そのうえで「やり方」を具体化していかなければならないように思う。

本稿では、そのための振り返りをさらに続けておくことにしたい。

日本でもマズローの「欲求5段階説」やマグラガーの「X・Y理論」、ハーズバーグの「動機づけ・衛生理論」、ドラッカーの「マネジメント」等はいくつかの支持を得てきたところである。

自律型マネジメントを端的に示したのがマグラガーの考え方である。彼は、伝統的管理論が前提としてきた人間観(労働者の見方)を「X理論」と呼び、これからは「Y理論」のように考えなければなら

「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」

経験を知とすることのか値とするのか
そこには四苦八苦以上の心像がある

人生は他者との共生であり、他者はすべて教師である。幼児であっても教わる子がいる。また、反面教師も大事な教師だ。

今年をみても、四月までだがふたつの大事な教師を経験した。ひとつは、社会医療法人ベガサス理事長の馬場武彦さんのフリーズで「個人の力を組織の力へ。圧倒的な経験値がそれを実現する。」だ。個人の力が組織の力になるのは、社会や病院、あるいはNPO法人をみても明らかだ。強兵が弱卒か、ということだ。その個人の力の源泉は「経験値」である。経験知でなく「値」であることが、新鮮だった。新人教育などで、よく使わせてもらっている。社会医療法人ベガサスの新人研修は五月下旬だが、わたしは必ず話ささう。

苦手なことや人、難しい仕事や人から逃げないで、苦難を経験していく、ことでその人の値が上がる。知識も値の一部だが、値は技術にもあり、意欲も含んでのものが値だ。知識なんて、それを使う意欲と技術を伴っていないと、単なる頭の良い人で役に立たない。せいぜい評論家で終わってしまう。ということも、学びであった。

しかし、世の人びとはともすれば

「逃げ」という易きに逃れやすいものだ。やり過ぎすというののも逃げのひとつだろう。医師と共に働くときも、逃げてはならない。いや、逃げることはあっても逃げたことそのものを自覚し、忘れないことが「逃げの価値」に繋がる。という経験、わたしは散々してきたので断言しておく。再チャレンジということだ。逃げたことを忘れたり、相手が悪いと自己合理化すまいと心掛けている。いまでも。

その医師に関する教師は、社会医療法人仁愛会浦添総合病院の研修医12期生だ。10数名の研修医の人たちが、「12期生 目指すべき医師像『10か条』」を出されたのが、PR紙に掲載されていた。スゴイ。第1条が「謙虚で感謝の気持ちを持たない医師になりません。」である。傲慢で感謝の欠片もない医師にはならないぞ、である。

これはわたしの想像で正しいかどうか分らないが、おそらく研修で接した医師の中に、傲慢で不遜な医師がいて、ああはなるまいと思われたから、第1条にもってこられたのだろう。事実、わたしも右のような医師に出会うことがあり辟易するのだが、それがまた反面教師となる。

第2条以下の「リーダーシップを発揮できる医師になります。」「人情のある医師になります。」以下、前半の馬場武彦理事長の言の「知識・技術・経験を伝承できる医師になります。」などの10か条は、どの病院でも医局に掲示されたらよいと思った。

ちなみに、浦添総合病院理事長の宮城敏夫さんは、先の馬場武彦さんの盟友である。わたしが独立して間もなく縁があり、法人の理事会で一泊研修した記憶が新鮮に残っている。情熱の人で、わたしにいわせれば、いつも「歯軋りして生きている人」だ。その医療に対する情熱が、研修医の人たちに受け継がれたのであろう。

他者を批判するのは、容易なことだ。しかし、他者から学ぶことは、それこそ謙虚でないと不可能だと思ふ。ある意味、誠実であれば学びはどの人にもある。むろん、反面教師も含めてだと、再言する。

経験値も、同じだと思ふ。ただ、誠実にプラス根性が必要だ。先に述べたように、困難に直面するまでもなく、困難を愚察して逃げに転ずる根性なしでは、経験が値になるのではなく、知でしかない。そのホンのちよつとした心像の綾が人生の値を決すると、柄にもなくエラーなことを述べておく。

そして、人生は限られていることを自覚し、これからもいっばい学んでいく心像だ。

岡田

人間、死ななかつたら、200歳、300歳以上の老人の社会になる。

自然の摂理が老いであり、死である。

そして、人間は自然の存在であるから、老いるし逝く。そこが分かれば、本書は人生の指南書となる。どのように老いていくか、どのように逝くのかの好著として推薦します。

社会医療研究所
所長 岡田玲一郎

整形の医者が語る
かしこい老い方
かしこい逝き方

島田永和
島田病院院長

島田病院で臨床医をしながら研究をしていた時、日本での研究環境に悩み、研究者の道をあきらめようかと悩んだことがありました。その時、背中を押してくれたのが島田院長でした。スポーツ医である島田院長には、病气やケガの治療の先に、その人の生き方や幸福の意味を見据える視点があります。

京都大学IPS細胞研究所所長 山仲弥

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎君子になれない小人の私

2頁の澤田先生に、先月号で「厳しい視線」と誉められて、嬉しくなるわたし、まさに、小人の典型だ。母校（高校）で教えられたことに、論語の「君子は周して比せず、小人は比して周せず」がある。比して周せずとは、自分の利益や損得で善悪を判断することだ。小人はゴビトと読むのではなく、しょうじんで、君子も、昔つきあつていて本気で結婚したかったキミコではなくクンシである。君子さんの親に引き裂かれてしまったのだが、いまはどうなっているのだろうか。会ったら、百年の恋もガツクリの入れ歯のバアサンになつてにちがいない。

論語の君子の意味は「立派な人は多くの人を愛することができ、偏ることはない」だが、ここでもわたしは失格だ。多くの人は愛せないし、嫌いな人も多い（相手も）。偏愛、偏嫌の小人である。

そうは思うけど、ここまで生きてこられたのは、君子になれなかったからだ、自己愛を出す。これからも、小人で通して嫌いな人を愛することはしないで、生きる。君子はシンドイもん。

◎顎を上げて生きてみたら

最近、ふと気づいたことだが、どうもうつむき気味で生きている。老化による筋肉の衰えだと思いが、肩凝り、腰痛が出てきた。ガラス窓や鏡に映る姿も、猫背気味だ。こりやダメじゃと思つて、顎を上げて歩くことをやってみた。

驚いたことに、3日ほどそうやって生きてみたら、顕著ではないが背中がすつきりする。坂本九ちゃん、よくぞ歌ってくれた「上を向いて歩こう」と。猫背より背筋が伸びたほうが、年寄りらしくなくてよい。どこまで続くか、やってみようと思つている。ただ、こうやって原稿を書いているときは、どうしても猫背になつてしまふ。階段を降りるときも、視線の関係でうつむき気味だ。努力しないとすつきりとは生きられない。病院や施設の経営も、うつむくより上を向いたほうがよいと思う。

◎なんで、そんなにお金があるの

3億円強のお金を、男とはいえ、29歳の若さがあるとはいえ、単身で運べるほどの世の中だ。片や、飛行機に4億円のお金を持ちこもつとする人もいる。毎日の生活に困つていないわけではないが、小見出しの実感だ。ラジオで報道された直後は振り込め詐欺のお金かと思つたら、ちがった。金塊の売買のお金だそう。レプリカの金塊を盗んだ奴でもない。でも、金塊というと、わたしは縁遠い。

◎縁遠いから連想したのだが、年

を取ること縁の力強さを感じた。えにし、えにし、えにしで、生きてこられたと痛感する。昨今だ。仮にの話だが、友人、知己がなかったら、とくに死んでいただろう。妻だつて、縁あつてのものだ。一期一会という表現もあるが、そんなに難しいことを考えないで、人間、生きていくと行動するから、そこで出会つた人が縁ある人で、出会つたことが縁ある事なのだと思うと、大事にしたくなる、と思う。

病院という組織にしても、縁あつてのおつきあいで、勝手に接触しにいつはならないと、経験則で思つていまおつきあひしている病院は、昔、わたしの講演を聞かれた病院長ばかりだ。そして、大勢の聴衆の人たちがおられたが、縁のない人とはおつきあひがないのが、世の中の面白さだ。縁を求めての押し掛けは、ナンダカナアと思う。

◎救命救急と集中治療

それぞれの見解がちがうのは、それぞれの学会で異なつて当然だ。集中治療は治療に全力を傾注するのが役割だ。そこへいくと救命救急は、救える命は全力を尽して救うが、救えない命を救おうとはしない。ただし、ご本人、かかりつけ医、そしてご家族の同意があつてのことだ。もう20年以上前になろうか、アメリカ、ミネソタ州で実施していたご本人の意思の「Vial of Life」

を思い出した。日本でも「いのちの

小瓶」や「いのちのバイアル」などが、全国各地で（といつても少ないが）設けられている。消防庁、医師会、介護施設などの合意で作られたものだ。また、自治体で推進しておられるところもある。

救急車で搬送、あるいは搬送前に心肺停止している人間に対し、救命救急行為を行なうかどうかのケースだ。ご本人が救命救急の医療行為は求めていない場合は、心肺蘇生行為を行なわないのである。しかし、集中治療側から発想すると、救つて欲しくない命でも救うのが医療なのだ、自己の立場からの声明を出される。これは立場として当然だと思つたので、わたしは理解できる。ただ、心肺停止したご本人がわたしたちだったら、ナンデかと思つたろう。そんな、心肺停止している人間に言えるわけがないことも理解しているが。

でも、ご本人は死にたいという意思が確固としてあつて、それを書面などで意思表示されていたのなら、やはり死に向かつて歩んでいる人間を、引き止めてはならないと思つたのである。もちろん、私見だ。

その流れは、社会でうねりのように盛り上がつていくことは、1頁にも書いた。医療、介護の従事者は、このうねりをどうみるかだ。

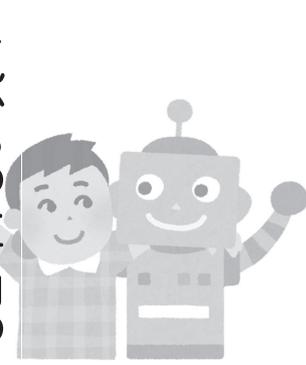
◎LTAC研究会へのお誘い
お誘いごとくても、誘惑のごとく

はない。地域包括ケア病棟はご承

知のとおり、福岡県では満杯だ。正式には「日本長期急性期病床（LTAC）研究会」だが、九月には第5回の研究大会がある。テーマは「地域包括ケア病棟の検証」である。回復期リハ病棟も、検証されてきた。地域包括ケア病棟も乱立というより乱入が激しく、やはり検証が必要だということだ。

本紙の読者の方は、LTACのこととは性懲りもなく書いてきたのは、ご存知のことだ。是非、会員として参加されたらよいと思つている。役員の方の未席を汚している身として、お願いでもある。詳しくは当会のホームページをご覧頂ければ、演者の方やテーマが判る。

さてこの次はというのが、わたしの気持ちだが、やはり医療全般の検証だと思つている。それも、社会全体を巻き込んで、クリティカルに医療介護を検証する時代だと思つた。岡田



これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



永遠の課題としての教育論4

— 学習は労働か? —

済生会熊本病院 副島 秀久

前回は少し述べた長時間労働の問題だが、電通の若い女性職員の問題以来、医療機関へも労働基準局の立ち入り調査が増えている。従来は医師を除く医療職の時間外労働に対して指導されていたが、最近は医師にも「労働者」としての時間管理を求められている。医師の場合、特に急性期病院では一定程度の仕事が発生的に発生しているわけではない。産業労働者は仕事をするという意味で、仕事量のコントロールができるが、医療者は自ら仕事を作る事は難しい。仕事の多くは意図せず「発生する」のでその都度対応せざるを得ない。これが工場労働とサービスマの本質的な違いである。つまり仕事量と仕事の発生時を自分でコントロールする事が困難であり、しかも急性期であれば即座に対応を求められることが殆どだ。現在の労働法は基本的には1911年に工場労働者を対象に作られた工場法を基にしており、サービスマが全体の7割以上という現代の就業構造には似つかわしくないルールとなっている。

勿論、時間が定まらないとは言え、行き過ぎた長時間労働は好ましいものではない。もっとも医療側も好きこのんで長時間労働をしているわけではない。仕事がかからないだけでなく、そもそも急性期病院のマンパワーが圧倒的に少ない。総合的、横断的に病棟を管理するホスピタリストのような制度もなく、医師をサポートする事務やパラメディカルも少ない。平均在院日数はまだ欧米に比べ長い、これを短くするにはやはりマンパワーが足りない。とくに勤務医の場合、労働時間の適正化をはかるためにはシフト勤務を考えざるを得ないが、やはり数の問題に行き着く。短時間勤務や、変形労働は多少の効果はあるにしても抜本的解決には程遠い。シフト勤務にした場合当然人員が増えるわけだからに見合う人手と原資すなわち診療報酬が確保できるかも大きな問題である。

医師の場合、日進月歩の医療技術進歩や新しい知見の導入など勉強の時間も必要である。この時間も労働とするなら、当然医療行為そのものを行う労働時間はより制限され短くならざるを得ない。結果的に勉強を含め診療にもストレッチした目標を掲げることが次に

第に困難になり、レベルは確実に下がるだろう。労働の一方的な原理主義的な考え方を一気に実行に移せば、救急を返上する医療機関は増えるだろう。救急はただでさえ採算が合わない。当院は救急部門もかなり集約し効率化を図ってきたが救急部門が単体で赤字を出したことは一度もない。他でもうければいいじゃないかという意見もあるが、救急の比重が多くなればなるほど採算性は悪化し、職員は疲弊し、やる気を失う。それでも医療者のプライドや責任感でこの微妙なバランスをとりながら、救急の現場は最後の奮闘をしているのだ。「医師も労働者」が社会的定義ならそれはそれで考え直さざるを得まい。労働への対応は今後5年間をかけて行うことになろうが、単純に労働時間を短くするということのみを追求すれば救急を含め急性期医療自体が崩壊しかねない。本質的な問題は時間というより効率の問題だからだ。

時間には決め手はない。ということは様々な手段を組み合わせて時間をかけて効率化を図っていくほかない。まずは業務の見直しとということになるが、現在医師がやっていることの中で事務処理はもっと秘書業務に移管できると思われ。説明業務は必ずしも医師がすべてを行う必要はないので、他職種への権限移譲を積極的に進めるべきであろう。介護における主治医意見書なども医師が書くより現場に近い介護士が書くほうがより実態に近く正確であり、かつ課題の抽出も容易にできよう。意見書の内容を見る限り、看護師と薬剤師、理学療法士などが関わるべきで、医師はむしろコンサルに回ったほうが良いと思われる。また情報収集はマイナンバーが使えればかなり容易になるだろう。IT化は時短の一つの切り札であるが、なんせお金がかかる。しかも電子カルテにみられるように、マイナンバーが使えてないので、電子化と言っても情報収集が極めて煩雑、かつ困難である。電子カルテの導入を進めても、一方で基盤的情報インフラのマイナンバーの使用やマスターの整備が遅れており、電子化の効果が十二分に発揮できない。行政文書においても、例えば身体障害者診断書・意見書なども市町村、県によって微妙に異なり、その異なり方は本質的でなく些末である。こうした文書にもいちいち付き合わされることで医師の負担はまた増える。身体障害者や介護意見書の様式は「地域の実情にあわせる」必要は全くなく、全国統一様式でしかもオンライン申請をすればよい。これによつて患者数や状況の把握が一気にできるし、医療側のみならず行政側も効率化が計られる。

もう一つのIT化は遠隔医療であらう。若い医師が離島に行つて美談になるより、都市部で多くの経験をしたほうがよい。対面診療を強調する向きもあるが、触診を除けば技術的にはバーフェクトだ。さて、学習も労働となれば賃金を払う対象となる。しかし労基法上の労働時間は「使用者の指揮命令下に置かれている時間」なので、強制力のない任意の勉強会は労働にあらずということになる。医師の場合、自分で勉強し専門医をとることは自身の能力をあげるための自主的な行為であり、強制される類のものではない。とは言えここでも人事考課の対象になるとか強制力をおおせるとグレイゾーンとなる。ただ、強制的な勉強が無駄になる事はないし、むしろ強制されて勉強するほうが自主勉強より効果があるだろう。小人は閑居しやすいだ。

昔の教授は「医者たる者、患者が危急の時は何をさておき駆けつけるべし」と結婚式で新婦に釘を刺していた。我々もこれを固く信じて守ってきたが、一方でやり過ぎた感もあるし、さらに言えば悪用された感もある。超過勤務のしわ寄せは主に勤務医側に来ている。すでに限界なら、早々と「労働者だ」と大見得を切った方がいいかもしれない。

*4月号の教育論3の最下段「人口10万人あたり2.0」は「千人あたり2.0」の誤りでした。

ビックリ、ボンという表現は古くなった。しかし、ビックリする経験は生きていると、常に在る。四月下旬、名古屋でワタミの座和民という店で飲んだ。病院の人たちとだ。10年ほど前にワタミの株式を保有していたので、株式優待でいくつかのワタミ系の店に行ったことがある。

その頃と店のシステムがまるで変わっており、その変化に社会の変化を痛感した。回転寿司の店では経験があるが、注文はすべてiPadだ。店員の呼び出しも、である。味気ないこと夥しい。

それだけではない。店員はすべて外国人で、日本人は女性の店長ひとりである。名古屋は、コンビニも外国人が多い所だが、タクシーの運転手はまだ経験していない。

だいたい、飲み屋なんてものは店員もひとつの商品だと思っているわたしとしては、人間としての接触の極めて少ないシステムは寂しさしかない。そういう年代であつて、店が悪いとは思っていない。外国人に注文を頼むと間違いもあるだろうから、商品の写真付きでハンダール、英語でも表記した器械にタッチした方が確実だ。

どんなお客が来るのか関心があつてウオッチングしていたが、外国人の団体さんが次々と入ってくる。

便利とゆとり



根性の曲がついているわたしは、ハハア、ツアガイドにキックバックが出ているなど、思った。80席もある店だが、ホント、それくらい入ってきていた。そして、カウンターに二人の外国人が座り、黙々とビールを飲み、野菜サラダを口に運び、スマホを使っていた。それで満足なのだ。

一緒に飲んだ人たちは、いつも飲むときは店員さんに注文する店だから、妙に口数が少なくなるのが副作用として出てきた。

当然、医療、介護がこのシステムになったらという話になった。患者がiPadで症状をタッチして、それがナースステーションに瞬時に

送られ、看護師が対応に来るシステムは、まだいい。医師の診察のとき、目の前にいる医師に患者がiPadにタッチして性別や年齢を入れ、さらに多数ある症状欄を検索してタッチし、画面にそれが表示されたら、診察になるんだろうか、と思った。

便利さというものの副作用は、人間関係を壊すというのがわたしの考えだが、人間関係より便利さが優先されると考える人も多いだろう。ネット通販も、病院の再診機も、そうだ。人と対面することが煩わしい人にとってはいいことだが、煩わしい思いをさせる受

付職員は、いけない。人間関係の希薄化が指摘されているのも、やはり人間の劣化だという意見を、わたしは有している。

味気ないという表現があるが、それがピッタリだった。飲物、食事にそれが伝染してくるのは、味気ない気がある証拠だろう。医療も介護も、味気ないのはいかん。しかし、AIが進化しており、人間関係も機械化されてくる。それに対応する社会も構築されていくのだが、パソコンが苦手といって避ける老人の私は孤独化する。

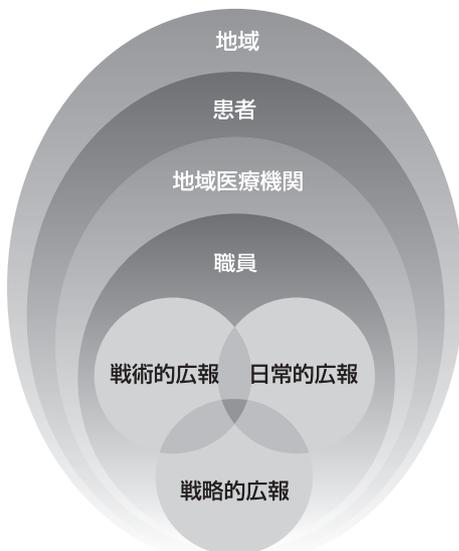
この、時代の変化の中でどう生きるのか、問われてこよう。その活路は、わたしは生活のゆとりだと思ふ。カリカリした効率化作業に毒されないゆとりが必要だ。

そう思うから、働き方改革は真剣に成されるべきで、選挙の票集めの道具となつてはなるまい。日本人のよさは、ゆとりにあつたとみているが、第二次大戦突入から戦後にかけて、それが壊されてしまったと、実体験で思う。それが加速していることを、永年生きている者として憂うのである。

もつとも、社会は気づいてきているようだ。緊張の中にあるゆとりを求めている。第一、ゆとりの中にゆとりがあるのではない。緊張があればあるほど、強ければ強いほど、ゆとりの効用があるのだ。緊張感のない奴は、死ぬ！ 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422回 これからの福祉と医療を实践する会

医療介護の分水嶺を迎えた今日、会員各位の対応は如何か？

この四月から地域医療計画と地域医療連携推進法人が始まり、地域における病床が機能により定められた。結果、2018年同時改定では、急性期は特定除外患者入院の短縮化が予測される。慢性期については、医療介護病床はより質を高めることが求められるのではない。また、介護関連法の改正により介護療養病床は6年間延長され介護医療院が新設される。この介護医療院の性格は社会的入院の受け皿か？ かつまた、働き方改革により職員の就業時間の見直しが必要となり、職員増が必須ではないか。

今例会では、この医療介護の変革期に際して明確な方向性を示された、皆様ご存知の武久日慢協会長にご登壇いただく。多くの氏が講演を聴かれています。ところが、これほど明確に、変革期における医療介護の方向性を示された方がおられるだろうか。同時改定に向けて氏は、厚労省の資料を深読みし、日慢協会員の実践事例を分析した結果に基づき今後の方向性を示された。

今日の混迷期に当会の道標たらんと考え本例会を企画した。日ごろ実践されている会員各位と直接お話をうかがい、忌憚のない意

見・異論を氏と交わしていただければ幸甚。経営・運営者の方々のご参加を願いたい。納得され、即行動に移していただける内容だ。
(天野武城)

日時 六月十六日(金)

午後二時~四時半

急性期も回復期も慢性期も、進む二極分化へのまだ間に合う対応策……究極は高度急性期病院と多機能型地域病院か

日本慢性期医療協会 会長
医療法人平成博愛会 理事長

武久洋三氏

会場 戸山サンライズ中研修室
参加費 会員 八〇〇〇円
会員外 一五〇〇〇円

申込先 Tel. 03-5834-1461

Fax. 03-5834-1462

E-mail: jissensurukai@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

▼アツという間に五月、というのが実感だ。このままいくと、死ぬのもアツという間にやってくる。わたしのただでなく、皆様もだ。だから日々、刻々を大事に生きていくぞ。

▼今日、大分の病院で70歳代の女性の軽乗用車が突っ込んだというニュースが報じられていた。瞬間、想ったのは、負傷された人たちよりも、この女性のご家族の心境だ。そんな想像をするのは、異常かな。

▼来月、例年どおり訪米する。LTAC病院と地域包括ケア病棟のちがいを、SNFと介護医療院のちがいを、日本の参加者に認識していただけるよう、懸命の努力だ。

▼トランプケアの実態も、つぶさに取材して、わが国の医療制度への影響を考えてみる。持論の人類社会の医療には、必ず共通項があると思うからだ。キーワードは、人類社会共通のお金の問題になるな。

▼そこに、来年の医療・介護両報酬の変化を重ねるのは無理がある。国家の成り立ちがちがうからだ。ただ、両国とも政治家は勝手なことを言い、国民を混乱させる共通項がある。東北でよかった。だ。

▼わたしにも、生の執着がある。それは、あと三年生きて米寿のお礼の会をするまで、生きていたい。明日をも知れぬいのちだが、簡単に死んでなるものかと、すがりついて、生きる気である。

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!



全世界測位システム

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