

# 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

## 気の早い話ですけれど 介護医療院の競合が起きる

所長 岡田玲一郎

介護医療院は、わが国のこれからの福祉に不可欠だ。米国でSNFが発生したことに同じ要因があると思うので、米国のSNFの視察はここ数年、必ず行ってきた。

急性期医療の在院日数の短縮はPACの機能変革を要請する

わが国という表現をわたしが使うのは、政治家が口にするこの国と峻別しているからだ。これは組織論でもある。よく例に出す「この病院は」とか「この病棟は」という病院のスタッフの意識と「うちの病院、うちの病棟」と言うスタッフの意識は、まるでちがう。

「この女房」と「うちの女房」も同じ心理を表出しているからだ。

そのことを基盤にすると、わが国の急性期病床の入院日数は、やがて現在の18日から10日以下に短縮する。それだけ、地域包括ケア病床や回りハ病床に降りてくる患者の重症度や医療看護必要度は

上がる。そして、そこでの「必要入院日数」も短縮されてくる。必然的に、現在の老健施設や特養ホーム、サ高住に移ってくる要介護者の看護、介護必要度だけでなく医療必要度も上がってくる。

それは、米国が急性期病床（SATAC）の平均在院日数から5日を切ってきたプロセスでも同様だ。典型的な事例を挙げると、メイヨークリニックのあるミネソタ州ロチェスター地域でみた老人ホーム（ナーシングホーム）の苦闘だ。この地域ではLTAC病床は、ない。米国のLTAC病院は州によって極端に差があり、17年現在はミネソタ州では北部に2病院があるだけだ。

勢い、ロチェスター地域の老人ホームには重度の介護を必要とする要介護者が集中した。この流れは、どうかご理解されたい。

そうなる、SNFが必要になる。わたしの表現をすれば看護力強化老人ホームである。看護師が

薬剤の管理をし、介護士も人工呼吸器の管理をしている。

同じことが、わが国では必然的に起きてくるという、わたしの観測である。急性期病床の在院日数が短縮しなければ、米国と同じ現象は起こらないが、現実のわが国の状況をみていると、急性期病床の在院日数は短縮しており、さらに短縮してくると予見している。そうしないと「急性期」とはいえないと思うからである。

一般病床の呼称もそうだが療養病床は現状のままか

現在でも、医療療養病床はPACの機能を提供できている病床ばかりではない。介護療養病床は介護機能を満たしているところが多

いが、そこが「病院病床でいいのか」という疑問を、わたしは持つ。それは「病院」の機能とはなにかというところから、発する。病院病床とは、入院医療を必要とする国民を入院治療する機能でなければならない。入院治療を必要としない国民が、在宅で治療を受けられないからという理由で入院しているケースは、病院では

なく、社会福祉施設の役割になる。もちろん、そこでの費用は外来治療や在宅医療は医療保険でカバーすべきだが、その他の費用は自費もしくは、その国民の収入によって社会福祉関係の保険でカバーされない、医療保険は破綻してしまふ。そこに、介護医療院が日本版SNFとして登場してきた意味があると、わたしは思う。

つまり、看護力が強化されない、古い表現だが「養老院」の再現になってしまう。だから、日慢協では看護、介護者の教育研修をなさっているのだと、わたしはみている。軽度の疾病の処方も、やがて看護師が行うのがよいと思うが、これには医師、薬剤師の反対がある。反対はあろうとも、わが国の社会秩序を保つためには介護医療院には、看護力の強化が不可欠ではなからうか？！

転換型介護医療院と  
新設介護医療院の競争か

わたしは、介護療養病床の介護医療院への転換だけではなく、先に述べた病院医療としての機能を確保できない医療療養病床も介護医療院への転換の時代がくると予見している。いろいろな反対理由（理屈）があろうとも、だ。

そして、介護医療院は2012年から新設が可能になると報じられている。そこで起きてくるのが「転換」と「新設」の競合だ。

2012年末までは、僅かの時間しかない。既存の病院内の病棟で転換した介護医療院が強いのか、新設される介護医療院が強いのか、という問題が生じる。

過去をみるまでもなく、老健施設も特養ホームも、新設になればなるほど、その機能は既存のものより強化されている。老健施設制度がスタートした当時、その推進を提言してきた身として、最近の老健施設をみていて痛感することだ。ソフト面もそうだが、ハード面では昔に創設された老健施設と最近設置された老健施設では差異が生じているところが多い。

同じことが、介護医療院でも起きてくるのではなからうか。理由は、介護医療院への転換は逡巡されている病院が多いからだ。あたかも、老健施設制度がスタートしたところと同じ経営心理だ。

しかし、現実には老人が増えるだけでなく、国民の中で老人の占める比率は高まるのが当分続く。少子化による介護者不足の問題はあるが、個人的には移民の推進をするしかない。大都市のみならず、コンビニの店員の国籍をみれば、そう思うしかないのである。大和民族でなければ介護医療院の運営はできないわけではないことは、既に、介護施設で証明されている。そんなことを思うとき、介護医療院の転換と新設の競合が起き、新設の方が勝つとみている。

# 組織医療としての病院

(359)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

## ― 外科医の老化について考える ―

7月に前期高齢者の仲間入りをした。団塊の世代から2年遅れの年代である。介護保険の案内書が届いた。晴れて一号保険者になったわけである。神戸市からも色々な書類が送られてきた。市バスも地下鉄も手続きすればタダになる。市営の動物園や水族園や博物館も無料である。自分が意識しなくても周りがあれこれと教えてくれる。

2年前に病院の新築移転をおこない借金が増えた。この借金を抱えたままでは引退もままならず、あと15年は身を粉にして働かねばならないと思っている。

医者になって40年がたった。外科医になり立ての頃教授は50歳半ば。下っ端から見ると雲の上の存在。直接口をきくのは恐れ多い感じであった。その教授の年をゆうに超えてしまった。当院にも20歳台の若手医師も来るが、どのよう見られているかはちょっと興味があるが聞いてはいない。

そこで今を自分で振りかえり老化について考えてみた。

### ◆目の問題

外科医は年をとると目が見えにくくなり、手が震えて手術ができなくなると聞いていた。しかし、

目が悪いのは老視、近視、乱視のいずれかで年に関係ない。年に関係するのは白内障と飛蚊症くらい。昔から下近眼で乱視であったが、眼鏡のおかげでスポーツや入浴のとき以外は不自由を感じたことはない。眼鏡も進化し、遠中近の眼鏡をかけると近くから遠くまで本当によく見える。

その上、多少値段は張るが、高屈折の強化プラスチックのレンズなら、牛乳瓶の底のような渦はなく、軽いのでほとんど違和感がない。フレームがフィットするとかけているのを忘れてそのまま顔を洗いそうになるほどである。むしろ若い時に目がよくて眼鏡に縁がなかった医師は、老視となり、眼鏡にも慣れていないので、遠近両用を使いこなせず用途に応じてとつかえひっかえしている。

### ◆手の問題

年をとったから手が震えるのではない。企図振戦といって、緊張すると手が震える症状がある。これは年齢に関係ない。外科の教授で、手術で細かい操作中に手が震えているのを見たことがある。さすがにその先生はそれを自覚されており、細かな手技のところでは

助手に任されていた。

先日、合気道で有名な藤平光一先生の孫弟子が主催する教室へ体験入門に行ってきた。色々な動作を繰り返しながら、手を挙げてはその位置でちっと止める練習があった。特に意識したわけではなかったが、ピタッと止めることができ、褒められたので年甲斐もなく嬉しくなった。パーキンソンや脳卒中にならない限りは手の震えはないと考えている。

### ◆体力の問題

90歳を過ぎてからも、モンブランでスキーをされていた三浦敬三さんや、7月105歳の生涯を閉じられた日野原先生は別格としても、体力は鍛え方次第で何とでもなると思っている。

以前にこの欄でご紹介した筋トレは2年間続いている。器具を使わない自重筋トレ。2日に一回、15分で事は足りる。腹筋、背筋、大腿筋を鍛え、体幹筋も育てる「筋育」である。

松江に関係する医療専門学校があり、先代から引き継ぎ毎週水曜日に日帰りで8時間かけて往復している。かれこれ5年が経過し、2500回往復した勘定になる。

神戸から岡山は新幹線、岡山から松江は伯備線である。ご存知の方もおられると思うが、伯備線の特急やくもは揺れることで有名な振り子電車。中国山地の谷間を縫うように走るので揺

れは半端ではない。車掌がふらついて倒れそうになったのを何度も見た。電車で車酔いするのは伯備線くらい。確かに日帰りで往復すると体が痛くなることもあった。それが筋トレを始めた理由のひとつである。今ではびくともしなくなつた。

足腰が強くなったのは実感している。「シックスバック」もわずかながら浮き出ている。ヒップアップとなつて「年寄り向け」の股上の長いズボンが合わなくなり、「若い人向け」のズボンがはけるようになっていくというちょっとした副次効果もある。

さらに健康オタク度は高まり、食事にはまでかなり気を遣うようになった。特に朝はヨーグルト、野菜、フルーツ、チアシード、アマニオイル、オリブオイル、きなこ、ゴマなど約16種類の「具」を入れたスムージーを飲用し、笑われるかもしれないが夜は数種類のサプリメントを服用している。

### ◆気力の問題

65年間の人生で、外科医としての修羅場もくぐつた。血気盛んな若手外科医の頃、患者で来た山口組の鉄砲玉、チンピラのキックボクサー、暴走族に殴られた。理不尽な要求をする覚えい剤中毒の右翼もいた。病院でも医療事故や裁判の対応に追われたこともある。

そして何よりも大きな被害をこうむり一時は倒産するかも知れな

いと思った阪神淡路大震災を乗り切つた。疾風が吹いてみないと分からないが勁草になつている気はしている。

ただひとつ老化での問題は、何事も面倒くさくなつたということである。あれほど得意だった機械いじりをする気が全くなつた。マニュアルは読む気がしない。ボタン操作は三つまで。スマホの操作に四苦八苦は情けない。VHSビデオを2台つなぎ、タイトラで文字をいれアフレコをして、ビデオを編集したのが懐かしい。電球を交換するのも面倒になつた。これが老化を自覚する唯一のことである。

外来をしていると高齢者が多い。体調をきくと、肩やひざの痛みを訴える。本来の病気とは関係がなくても気にはなるようだ。そんな患者には、年をとると、頭はフラフラ、目はシヨボシヨボ、喉はイガイガ、胸はドキドキ、おしっこチヨロチヨロ、膝はガクガクは当たり前であると論じている。

キム・ナンドは人生を80年とし、人生時計と表現した。一年が18分。20歳で午前6時、40歳で正午、60歳で午後6時の夕暮れ時。今の私の65歳は午後7時半。夕食が終わり一服している時であり、夜はこれから楽しめる。80歳で深夜零時。そして夜が明けると100歳。

秋の夜長を楽しむにはちょうどいい年になつたと思つている。



これまで4回にわたってケアのチームリーダー論について述べてきた。中間まとめをおきたい。

チームリーダー論の視座

チームリーダー論はもとより事業活動や組織マネジメントを考えるためのものである。ケアのチームリーダー論においても同様の視点での検討は欠かせない。とくに、福祉サービスはチームケアで行われるものである。他職種・他機能との連携も不可欠である。

チームマネジメントや連携の善し悪しがサービスの質を決定づけることになるし、事業効率や効果性を含めた成果に大きく影響してくるものである。

ケアは、「生活の支援を必要とする人々」に対する対人サービスであり、専門的サービスである。そうしたケアの特性に着目すると、人材マネジメントが重要になる。

問題の所在

ケアのチームリーダーの現実はどうだろう。異業種の実態と比較するまでもなく、その位置づけは極めて脆弱であると言わざるを得ない。

求められる役割やその評価・育成・処遇等について、固有の検討や改善への取組みが意図的

に行われてきたかと言えば、ほとんどなかったと言つてよい。

極めて深刻な状況になっていく介護人材の確保策として、ケアの専門性に関するキャリアアップや機能分化との関係で、ようやくチームリーダー論に焦点が当てられつつあるというのが現実である。

このような状況では、ケアのチームリーダーは育たないし、リーダーが育たなければ、人材の確保や定着に関する問題解決の道筋も見えない。

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑦  
ケアのチームリーダー論(その5)

(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

職場におけるリーダーの現実

チームリーダーのワークエンゲージメント(仕事への心の健康度)に着目してみよう。

リーダーとしての仕事や役割についてどれだけのリーダーが、有意味なものとしてポジティブに受けとめているだろうか。リーダーとしての自信と関係性、実践能力(コンピテンシー)はどうか。そして、日々のサービス実践を通じて、どれだけのリーダーが達成感や効力感、自己成長感を実感できているのだろうか。

うか。

ケアについて高い使命感を持つリーダーほど献身的(その実態は自己犠牲的)に仕事に取り組み、ワークホリックの状態に陥っている。

経営管理論の祖と言われるアンリ・フエイヨールが「世紀も前に提唱した「ドリフティング・マネジメント(漂流するマネジメント)」の現実のなかで、懸命な努力を続けているというのが実態である。

責任や仕事の負荷に応じて給与や手当等で手厚い処遇が行われているのであれば苦勞の一部

伝統的管理論の考え方では、組織の他律的側面からマネジメントが発想され、管理職員やチームリーダーには上意下達の指揮命令機能中心の役割行動が期待されてきた。

その後の近代的管理論の考え方では、こうした上位下達の統制的なマネジメントの限界が指摘され、組織の自律的側面に着目したマネジメントが提唱され、管理職員やリーダーの役割行動は、指揮命令からモチベーションマネジメントへの転換が求められることになった。

マネジメントに関する原理原則(セオリー)を普遍的なもの

と捉えるのではなく、おかれた状況や組織及び個人の成熟度等との適合性という視点で捉え直すという考え方である。

そして、組織と個人の関係は「キャリア」という考え方のもとで相互依存の関係にあると考えられるようになっていく。

個人は仕事及び機会を提供する組織に依存し、組織は個人の職務遂行能力に依存するという考え方である。個人と組織のミッシンの融合を図ることが可能になる考え方であり、ケアのチームリーダー論においては重要な視点になる。

本稿では、チームリーダーの役割について「仕事の管理」と「人の管理」、「維持管理」「改善・改革の管理」の二軸で捉える「四象限のマネジメント」を紹介、求められる6つの機能(①ミッシンの実現機能、②指示要望機能、③受容共感機能、④コミュニケーション機能、⑤育成機能、⑥自己責任信頼機能)について述べてきた。ケアのチームリーダーは、チームミッシンの実現機能を基軸に置き、そのうえでリーダーとして5つの機能を実践していくことが求められると認識しておきたい。

は報われるのだが、それも十分とは言えない。

若い職員のキャリアパスのロールモデルになるには程遠いというのが多くの職場の現実ではないだろうか。

マネジメントの一般原則から

マネジメント論は、活動の成果を最大化するために研究、提唱されてきたものである。その成果はケアのチームリーダー論においても継承していかねばならない。

端的に表現すれば、「ノルマと監視統制のマネジメント」と「目標と自己統制のマネジメント」への転換がいわゆるようになったというのが経営管理論の一つの流れである。

しかし、こうした二元論的(他律性か自律性か)の考え方で現実のマネジメントが確立できたかと言えば無理なことであった。

その後、実践の知を基礎に管理の条件適合理論(コンティンジェンシー・セオリー)という新しい考え方が提唱されてきた。

「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」

君子は義に喩り  
小人は利に喩る

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」

右の見出しは「論語」の節だ。いまどきと書かなくても、若い人の一部はクンシと読めないでキミコと読むかもしれない。意味は、辞書にある「高い身分の人」とか「人格が立派な人」ではなく、わたしは「まともな人」とする。

そして「義」は、道理、条理であり、要は人間のあり方としての「正しさ」であり、正義だと思つて。つまり、まともな人は正しいことしか考えない、ということだ。不正は考えもしないのが義である。

一方、「小人」は、若い人やこびとという意味ではなく、君子の対象である小人物、まともでない人と思つている。そして、小人は真つ先に損か得か考える、利に喩るという警句と読んでいる。

医療でも介護でも、どっちがよいかとなると提供者は君子でなければならぬ。しかし、医療、介護を受ける需給者は、義よりも利だろろうし、提供側も利は意識せざるを得ない経営体である。そこに、理想と現実が厳存する。

理想は義である。しかし、利がなければ義は実現できない。患者や要介護者も、わがままに自己の利を求め、そのわがままが健康保険料や介護保険料の引き上

ことを教育するしかないのである。行政は、とかく医療供給側の過供給を指摘するが、それは医療の現場を知らない浅い指摘であらう。

もちろん、医療供給側は利を喩つてはなるまい。損か得かを考えるのは、前述したように経営体として、当然ある。しかし、本当に損か得かを考えるなら、医療保険制度の崩壊、あるいは壊死を防ぐしかあるまい。つまり、患者への啓蒙かお説教が必要なのだ。

医学的にみて退院可能なのに、いつまでも入院を要求する患者や家族は、医療制度の改革によって少しは減った。しかし、少しはと書かざるを得ない現場の人たちの声は、相変わらずだ。在院日数は義である適正がよいのだが、その義を通用させなくしているのは、主として患者側なのである。

ここところが、医療制度や診療報酬で突きつめて考えられていない、というのがわたしの意見である。もちろん、このような意見は異論であることは承知している。しかし、これからのわが国の医療をみておられたら、必ず異端でない結果をみられるだろう。義は、社会は正しい方向に進むということだ。そのあたりがナアナアになっているから、医療制度の正しい方向への流れが停滞気味になつていないとみている。浅はかな利、決断力のない義が、わが国の医療制度を毒しているとみている。

救急車の乱用というレベルではなく、求めすぎる医療が根本にある。その「求め過ぎ」を自費にしてしまえばいいのだが、ここでも受診の自由という「勝手」が台頭してくる。なにも、高額医薬品のことではなく、根本にある医療の「求め過ぎ」が問題だ。

この問題を解決するのは、国民教育しかない。自分で自分の首を絞めている過受診、過大な医療への愚を国民に認識させるしかない。患者様は神様ではないから、患者の要求の誤りとその結果が保険料の引き上げにつながる

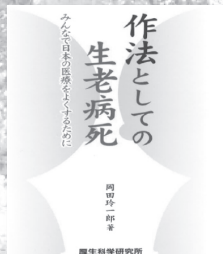
岡田

## 病院・施設の価値を高める 地域の方へ啓蒙講演しませんか!!

社会の変化で「生きること、死ぬこと」、特に「終末期をどのように生きる」かの関心が強まっております。その啓蒙活動は天命と心得て、ご要望のある病院、施設で無料で講演させていただきます。

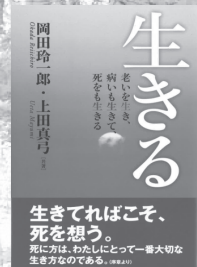
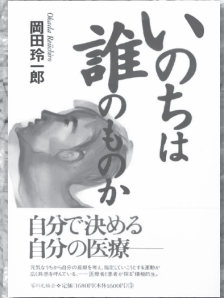
ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。

これからの講演日程をお知らせしますので、ご関心があれば 偵察に来られたら……



「事前指定書」は、常に新しいものにしていきます。ご希望があれば、お申し越してください。

- 9月16日高崎、10月21日青森、10月29日鏡野(岡山県)、
- 11月1日明石、11月3日坂井、11月4日高岡、
- 11月25日常陸大宮、12月11日北名古屋



社会医療研究所  
所長 岡田玲一郎



# この一ヶ月の 喜怒哀楽



## ◎天変地異か自然の壊死か？

異常豪雨が各地に連発、日本だけでなく地球がおかしいと感じているのは、わたしだけだろうか。抗うことのできない自然だから、仕方がないと無抵抗でいいのかとさえ思うこと、しきりだ。

そんなとき、中学生のころに竹やりでわら人形に突進したことを思い出す。また、テレビでもその様子を映像で流している。抗うことが無意味であることを知らない、知らされていない、少年時代だ。

鬼畜米英と書いても、それなのに？といわれるかもしれないが、本気で「いざ来い、ニミッツ、マッカーサー」と、戦車の下に爆弾を抱いて突撃する訓練をしていた中学生時代が、現実にあった。戦争反対を叫ぶ人たちは、ほんとうに戦争の空しさを分かっているのかと、いつも八月がくると思う。

それにしても、天変地異に抵抗する策も行動もない現代は、時代の変化と諦観を感じる。このままだと、天変地異に敗れてしまう。いや、既に敗れているのが現実ではないだろうか。東北、熊本、福岡だけの天変地異ではなからう。地球を

狂わせている元凶に対峙するのは、人類しかない小さな力でももっている。地球が壊死するぞ。

その点、診療報酬や介護報酬は天変地異のレベルではなく、ごくごく自然の摂理で動いている。急性期医療の現在の実態は自然でないから、摂理が働くのだ。

## ◎体と天気

低気圧がくると、わたしの体は敏感に反応する。怠い、モヤモヤする、考えがまとまらないなど、ロクな反応しかない。そんなときでも、低気圧が去り気味になると快調に戻ってくる。一種の低気圧アレルギーと思っているが、喘息持ちの人も、よく同じことを言われる。思うに、人間になりきれない動物なのだろう。別に、地震に鯨の話ではなく、沈没しそうな船から逃げる鼠の気分だ。しかし、低気圧から逃げられないのは、まだ動物になりきれないのか、ギャンブルにこの感覚があればいいと、思ったりもする。

ただ、低気圧のような人間には対応できるだけ、幸せと思っている。台風になると大丈夫なのだが、なまじの低気圧人間は、いかん。もちろん、わたしが低気圧 かも?!

## ◎CCACCって、大事だよ

先月号の2頁で澤田勝寛先生が自院でのCCACCの展開について、事例を挙げて書かれていた。過分の評価は、わたしに対してではな

く、カナダの医療・福祉従事者の人たちに与えられたと思っている。社会が変化していくのは、必然だ。わが国だって、超高齢社会だけでなく、社会そのものが変化していく。事例に挙げられておられた超高齢層のご姉妹をみれば、よく社会の変化が理解できる。

信じられるのは自分たちで、銀行は信用できない。入院はしたくない。唯一、信用しているのは新須磨病院の糖尿病内科の医師。しかし、人間は老いる。その老いをも自分たちの力で乗り越えようとなさるのだが、そうはいかないのが社会だから、CCACCの活動が必要なのだ。澤田先生も書かれているように、地域包括ケアは名称だけでは意味がなく、その活動が問われている。しかも、社会で生きる人間は、種々雑多なのである。だから、地域包括ケアの包括は包括ではなく、拡散だと思っている。いろいろなケアの手段をもっているよ、ということだろう。澤田先生の報告にみるように、あらゆる手立てが求められているのが、地域拡散ケアなのである。CCACCには、そこがある。

つまり、地域ケアは「包括」するのではなく、あらゆるニーズに「拡散」することではないかと思う。コンプリヘンシブは、日医の武見会長が提唱されたものだが、それは専門特化しすぎた医療を包括することであって、地域ケアにはそれは当たらないと思う。だって、あらゆる

ニーズは個別性があるのであって、新須磨病院の事例にみるように、提供するケアは専門特化を包括するのではなく、専門性の拡散をして幅広いメンバーで提供されていたことから、発想を拡散した。

## ◎夢想といわれても葬儀をみたい

空想は実現することがあるかもしれないが、夢想はおよそ実現性のない思いだ。例えば、わたしはわたしの葬儀をみてみたい夢がある。ああ、あの人が泣いているなんてことはないと思うが、香典をこんなにもらうていいの、逆にそんなに少ないの(わたしや、あなたの親御さんには結構出したのに)なんてのは、夢想でしかない。

だけど、自分の葬儀の一部始終をみてみたいと思いませんか？ すげーおもしろいと思うよ。そんな実現不可能なことを夢想しながら、目標管理なんて教えている自分自身に、呆れている。人生は、だからおもしろいとも思う。死んだら、夢想はできない、よ!

## ◎宮城県さん、弱腰に!!

壇蜜ちゃんは、ファンというより畏怖しているお方だ。なににおそれおののかかというのと、文章力である。バディには、まったく畏怖しないし、もはや女性への関心は、バディよりソールだ。

その壇蜜ちゃんの宮城県プロモーションビデオが、八月で打ち切られ

てしまった。そのビデオがエロっぽいとは、全然エロっぽくないオバサンたちのいうことで、エロ、グロ、ナンセンスは、ひとつの文化ではないかと思うが、県としても、ヒステリック？な、そして既にエロっぽさを失った女性の声を聴かないわけにはいかないのだろうか。マア、いいけど。

だけど、左の壇蜜さんの文章をどう感じますか。わたしは、とても高尚な「文」だと思った。

本来「生き物と一緒に生活すること」で自分に生活の張り合いや慈しみの感情が生まれて、己を保てるのも事実です。自己中でも、責任を全うする気概が自己中を凌駕していれば、生き物との共存は「自分の大切な拠り所」として存在することを、今は許しています。

生きていく世界軸を分かち合い、最期は看取ってしっかりと悲しみ、葬る…。改めてつらさも引くため「一緒に生きる」ことが自分の責任なのだと思っつのでした。

メダカを飼い始めて感じられたことだが、人間もメダカと同じだと、わたしは心を新たにしている。

岡田



### これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



### 医療と行政、政治をめぐる問題

— 2 行政システムはなぜ劣化するのか —

熊本県済生会支部長 副島 秀久

三権分立は立法、司法、行政で構成されている。分立というからにはそれぞれが独立し牽制関係が成立していることが重要だ。日本の行政は政治と近く、しかも低投票率ゆえ日本の政治の質は低い。だから行政がしつかりしなきゃという事にもなるが、最近の森友や加計などの問題を見ると中央官僚の質も落ちていようと思えるし、地方公務員の不祥事も相変わらずである。以前、教師の子弟が教師になる確率が高いことを指摘したが、公務員である限りその採用は地方公務員法17条、18条にあるように公正な競争試験を経る必要がある。もし公務員が公正に選ばれるなら世襲的職業継続は難しいし、社会のあらゆる階層にチャンスが回ってくるはずだ。8月に山梨市長が採用試験の点数を不正操作し、虚偽有印公文書作成、同行使容疑で逮捕されたが、あまりに露骨な介入だったためだろう。こうした話は巷間ではよく聞く話で、地元到大企業がない所では安定した公務員職は法を犯しても取りに行く価値があるのだから。このようにして地縁・血縁・学閥がはびこり、政治、行政とも

に劣化していく。

よしんば公正な競争試験を経て選ばれたとしても、そのあとのキャリア形成は外側から見てもかなりの質が低いように思える。いわゆるキャリア官僚は留学したり、良いし悪しは別にして地方で若いながらもトップを務めたりといった教育的環境にあるが、一般の公務員の場合はどうであろうか。多くが2年間隔で部署を代わり、その代わり方もあまり系統だててないため専門家は育たないようだ。同一部署を長く担当するわけではないので、詳細を知ることなく他の分野へ異動してしまう。県の幹部にこの点を尋ねると専門家養成は系統だててはされていないとのこと。理由は「優秀なのでどんな分野でも対応できる行政能力を養成している」というものだったが、ある程度分野を定めないと、ものにはならないと思う。相撲をやつてテニスをやるという方法では確かにスポーツではあるが一流選手にはなれない。この2年周期の交代は日本における公務員養成の原則のようなものらしいが、一般社会からみたら人材育成にはなっていない。最近、行政の劣化を特に感じさ

せるのは、地域医療構想などにみられる「地域の実状にあわせて」という文言である。確かに医療の在り方は地域それぞれ異なり、人口規模やアクセスシビリティー、経済規模、医療インフラは様々だ。しかし地域医療構想や病床機能分化で「地域の実状」に合わせられる部分は実は非常に少ない。2025年に向けてのモデルを考えると過疎地、中小都市、大都市、首都圏程度に分けられるだろうが、個々の二次医療圏ごとに地域の実状を優先すると、極小部分最適が優先され全体最適は損なわれるだろう。熊本県の医療構想では一つだけ巨大な熊本医療圏と隣接する上益城医療圏を合併させ、11医療圏を10医療圏としたが、かえって新たな熊本医療圏と残り9医療圏との人口格差は広がった。医療を支える経済基盤を人口規模が決定つけるといふ事実を考えると、やはり医療圏の人口規模をそろえるという作業が初めに行われるべきだった。この本質的な戦略の議論なしに、地域の実状に合わせる戦術論に終始することとなった。2025年にむけた医療提供体制の構築という方向性は現時点では見えない。

また、病床機能報告でも急性期―亜急性期―慢性期と医療関係者でなくても理解できる常識的な区分を採用せず「高度急性期」「回復期」など解説を要する名称にしたため、かえって現場の混乱を招いている。特に2014年度の改定の骨子であった地域包括ケア病棟は基本的には亜急性期病棟のカテゴリーであり、回復期も亜急性期であることを考えると地域包括ケア病棟はいわゆる「回復期」で報告すべきだと思う。このあたりの定義が曖昧なので、病床機能報告も『本人希望価格』に近い。事実、厚生労働省が提示している報告項目の概要を見る限り、地域包括ケア病棟入院料を算定していると急性期でも回復期でも慢性期でも届け出ることができ。こうしたクライテリアを基に出された病床数を集計しても実態とかけ離れたものになるだろう。

現在、建て替え中の公立病院では地域包括ケア病棟を新設することにかんがりの批判が巻き起こっている。私見であるが、地域包括ケア病棟は明らかに民間セクターの役割であり、公的セクターはよほど医療インフラが不足している地域以外は導入すべきではないと思う。地域包括ケア病棟の単価32000円前後を考えると、給与水準の高い公立病院では赤字が増えるだけで経営の改善にはつながらないだろう。また、亜急性期病棟は今後も需要が高まるとともに様々な形態が要求される変化の多い病床形態である。場合によっては早期に撤退したり、さらなる病床転換を求められることもあるだろう。公的セクターは変化に迅速に対応できない、また撤退が殆ど不可能という意味で、この領域に参入するのは好ましくない。

行政システムのもう一つの課題は極端に遅れたIT化である。先日熊本市役所で火事があったが、書類を積み上げているところに火が出れば、あとは燃えるだけである。当院では事務室も病棟も殆ど紙はない。紙がないことですっきりしているが、IT化の本質は紙をなくすことではなく効率的なデータ収集にある。ちなみに近隣の市町村から身体障害者や介護関係書類を取り寄せると内容は殆ど同じだが、微妙に書式が異なることに気づくだろう。相変わらず手書き書類で提出させているのである。なぜ日本全体で書式を統一しオンライン化しないのであろうか。紙で集める限りデータを収集して解析することはできない。書類を「地域の実状」に合わせる必要がどこにあるのだろうか。

地域の実状に合わせるという文句にはくれぐれも注意が必要だ。戦略的な基本骨格を決めないで地域に丸投げし、何か起つても決めたいあなたが悪いという責任転嫁構造をもった無責任さを感じるのである。交通規則が地域の事情に合わせて決められたら安心して他地域には行けない。そもそも地域の実状がこんなに異なつてしまったのも政策的ミスとくともいえるが。



読者の方はご存知でしょうか、わたしのような仕事をしていると、いろんなお便りを頂く。

「(前略)寝付いてしまったのは最後の1週間だけで、それまではよるよると台所まで自力で移動しては煙草をふかしていました。寝付いてからもトイレをはじめ何でも自力でしようとする物凄い気迫があつて、驚きました。毅然として死に抗っている姿がそこにあつて、すごいなあと思いました。(後略)」

91歳の義父を看とられたTさんからのお便りだ。それに続いて、「岡田さん、理想の死に方というの、無用な延命治療を上手く拒否でき

わがままと自由



ることや、自宅にいられるような家族の協力も重要に思いますが、一番重要なのは岡田さんがおっしゃる、わがまま、なのではないかと思

います。義父が最期をあんなに毅然と生き切れたのは、本人が自分の好き嫌いがはつきりしていてそれを貫こうとしたからで、普段から率直でわがままだったからこそそういう気持ちで濃く醸成されたのではないのでしょうか。だから、わがまま、が下手な人にはIPRでの学びが有効なのですよ。」

味でのわがままと思われても当然だし、親や家族を介護なさっている人がよく言われる「わがままでも困る」は、よく聞く話だ。しかし、この件でも我儘の「儘」の意味を教えてください。人問、生涯学習なんだなあと、思ったものだ。ここでは、理論(理屈)は必要としない。冒頭の経験を使い、さつたTさんおよびご家族は、親の行為を一般的にいわれるわがままとは受け止めておられず、むしろ、そこに自由を感じておられる。もちろん、近いであろう死への歩みをされておられる親御さんは、私が我儘王である、だった。本人(私)はその自覚はないが、周囲のみる目はそうなのである。だから、私は素直に容認した。その経験から世の中をみると、わがままな人ほど成功なさっている(私を除く)。いま頭に浮かぶ医療、福祉(医療も広義の福祉だが)業界や、それに関わる役所の人をみていても、リーダーシップを発揮されているのは、経験上いわゆる我儘な人ばかりであった。

周囲に気を遣って他人の顔色ばかりみている人も、ある意味ではわがままなのだが、それは、自分にわがままではいかなる。一方、他者にどう思われようとも、あるいは自分が傷つこうとも、自己主張をなさる人は、そこに自由を感じ、ときには疎ましいと感じながらも、我儘だと思う。平仮名のわがままと、儘、のつく我儘は意味がちがうようだ。

しかし、世の中にはその我儘を自分勝手と思う人もおられるし、これが社会というものだ。ただし、先にも述べたように、自分が嫌われようと傷つこうと、生きているおもしろい表現し尽すのが、生きる、というものだと思う。

こういう表現こそわがままだ、身勝手だといわれるだろうが、わたしは言いたい人には言わせとけ、社会は社会正義で成り立っているんだと、死ぬまでおもう。 岡田

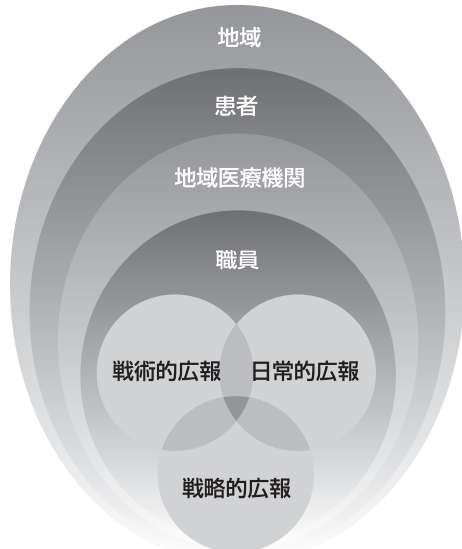
ご自分ではわがままと思っておられず、むしろ自由に振舞っておられたのだと推測する。しかし、現代社会の中で自由に生きることは、難しい。むしろ、不自由なのが人生だと、わたしは自覚している。自由に生きようとする、周囲はわがままな人だと言われる。もう30年も昔になるが、私とK先生とS先生の3人は、わがまま三羽鳥といわれ、その中で誰が一番わがままといいう、我儘王の話になった。当然、私はK先生やS先生がキングで、私は素直なもんだと主張した。

ところが衆目の一致したのは、

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426回 これからの福祉と医療を实践する会

2014年の診療報酬改定にて地域包括ケア病棟が新設された。地域医療構想を進める上でカギを握る病棟とも位置付けられている。医療の機能分化が進む中、高度急性期病院と地域多機能型病院との二極化が進むのでは、との声も耳にする。地域多機能型病院として、その機能の一つに地域包括ケア病棟の担う役割は大きい。

このような状況から、本例会では地域包括ケア病棟の第一人者、中井培雄先生に御登壇いただく。先生は「これからは慢性期医療がベースになって急性期も含めた地域医療を支えていくのだろうということを感じて」おられ、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向け、ピンピンコロリが増え続ける、と言われる。地域包括ケア病棟では、ポストアキュートの機能はもちろん、「ときどき入院、ほぼ在宅」の要としてサブアキュート機能の充実が必須であり、地域住民が本当に必要とする地域包括ケア病棟とは？ 地域包括ケア病棟の本当の役割とは？ 等々さまざまな視点から興味深いお話がうかがえるものと期待する。

また、自院での地域包括ケア病棟の実践から、周辺機能、在宅・生活復帰支援について、さらに他病院のデータも交えた、最大で最強の地域包括ケア病棟の具体的な

経営戦略をも御教授いただく。「良質な慢性期医療がなければ、日本の医療は成り立たない」のだ。(播間利光)

日時 十月十二日(木) 午後三時~五時

テーマ 最大で最強の地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟協会 会長  
医療法人社団和楽仁芳珠記念病院 理事長 仲井 培雄 氏

共催 療養病床研究会 (第76回研究会)

会場 ホテル「ホップイン」 アミニング 会議場

参加費 会員・会員外とも 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



兵庫県尼崎市潮江1-4-1

JR尼崎駅より徒歩約1分 Tel. 06-6491-0002

書き終えて

▼「松山千春、神対応」の評判がいい。気遣いではなく、わたしは「状況(社会)の見える感覚」の成せるものだと考えた。そして、役所的な対応をしなかった機長、そこへ上申した客室乗務員に拍手する。  
▼医療も介護も、かくありたいものだ。社会のニーズなんて難しいことを考えないで、いま、社会はどんな状況にあるのか、あらゆる事象を捉える感覚が求められている。貧困家庭の急増をどう感じるかだ。  
▼稲田前防衛大臣に選挙のとき投票された人には申し訳ないが、先日の北朝鮮ミサイルの北海道上空通過問題で、稲田さんが防衛大臣でなくて良かったと思う。小野寺大臣の対応、コメントをみて同じ自民党の国会議員の資質の差を感じた。むろん、わたし個人の感想だ。  
▼病院、施設のリーダーも、かくありたいものだと思う。そこには有事が日常茶飯事のように起きるからだ。ここでも、資質が問題だ。ファッションも、ダサイとだめだよ。  
▼全国、どこに行ってもダブル改定への心配の言葉を聞く。心配であつて期待ではないところに、現在の医療、介護の在り方を憂う。報酬への心配より、期待が健康だよ。  
▼ゴルフのスコアが、突然、よくなった。熱中症気味のボヤ〜とした体調が期待を減らし、こころ穏やかにプレーできたからだと言信する。

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！

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ことが出来ます。

在宅酸素療法  
  
Back to Home!  
HOME OXYGEN THERAPY  
KOT

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