

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

成果とは「量」ではなくて「できばえ」 日本版 ACO のキーワード

所長 岡田玲一郎

昨年の11月22日に、安藤高夫先生の衆議院議員当選の激励会が東京であった。旧知の先生でもあり、わが国の医療、介護に関して、リーダーシップを取られるお方なので喜んで参加した。厚生労働省の幹部の方々、病院の経営者の方が参加されておられて、そこで、これからの波を感じた。それは、医療、介護におけるアウトカム（成果）の証明である。

アウトカムはできばえだが
その信憑性の証明は？

地域包括ケア病床はアウトカムが強く求められているほど、いわゆる「なんちゃって」が多い。典型的なのは公立病院で、ベッドを空けると補助金（助成金？）が減るから「ベッドを埋めるための地域包括ケア病床」というケースだ。公立病院の全てがそうではないのだが、それにしても乱入度が激しい。激しいといえば、先の「激励」

にも「激」の文字が入るが、この文字の意味は幅広いものがある。ともあれ、地域包括ケア病床だけでなく、あらゆる医療、介護の提供は国民の医療、介護保険料の消費だから、成果が問われるのは当然である。やればやるだけお金になるという過去の出来高払い制度は許されないだろう。ちなみに「出来高」とは「量」を示すもので「質」を示すものではないことは、ご承知のことと思う。それに対し「成果」は「なしたたいい結果、できばえ」なのである。この出来高と成果の意味のちがいを認識していないと、病院経営も施設経営もへたつてしまうのである。

量の数値の証明より
できばえの証明

回りハ病床での成果は、数値で証明される。ADLがどう改善したか、しないか、などである。しかし、数値だけに改竄が可能であ

る。入院時の数値の改竄によって成果は数値として上がる。退院後にしても、同じ誘惑がある。

しかし、成果は「できばえ」であるから、数値化は部分的にしかできない。ここがアウトカム、ブームの中で見落とされるところだ。そのところをどうするかなのであるから、米国のACOのような制度を導入すべきだという本稿の論旨になるのである。

ACO (Accountable Care Organization) については、本紙他でこの2年ほど書いてきた。英語だが、読んで字の如く「ケアの成果を証明する組織」である。その組織が院内、グループ内になると米国の場合だが医療保険の給付がなくなってしまう。分かりやすくいえば、日本版ACOを組織しないと、医療、介護保険の給付はないということだ。

そこに、出来高の数値（量）はあるが、問題は「できばえ」なのである。できばえには、患者、利用者への「感想」も必要である。医療、介護の提供側が「いいできばえでしょう」といっても、そのできばえを感じる主体者は、ケアを

受けた側なのである。

量もできばえ（アウトカム）のひとつの要素にはなる。しかし、量がすべてになってしまったら出来高払いになってしまう。そこにACOのOの意味が重要になってくる。実際に、米国の病院でACOについての日本の実情を米国の医療系弁護士とレクチャーしたことがあるが、米国側の病院職員のみならず、日本からの参加者の理解促進に、大いに役立った。

医師はもちろん、看護、薬剤、栄養など各部門が参加する組織が、アウトカムを証明するのである。そのスタートが、今年の診療、介護両報酬に出てきたのではないかと、思うのである。

しかも、「ケアのできばえ」は前述したように、患者、利用者が感じるもので、ケアの量の記録ではない。ケアの量だけの証明だったら出来高になってしまふからだ。当然、ACO（日本でどのような表現になるかは、さておいて）のO（組織）には、患者、家族の参加が不可欠だと思ふのである。

成果主義という言葉があるが、現在使われている成果主義は、かなり、量、数値の比重が高いように思う。いわゆるノルマを達成したかというノルマの質が考慮されていないと、わたしは思っている。

地域包括ケアのみならず、急性期にも成果は必要だろう。ただし、急性期医療における医師のみた成果と看護師のみた成果、さらには患者及び家族のみた成果は、ちがつてくるのではないかと、ここ3ヶ月ほどのアトピー性疾患の経緯をみて感じる事である。わたしと皮膚科の医師の間での成果（できばえ）は、かなりちがう。痛風の成果は、あまりちがわなかったことは、申し添えておこう。痛風の場合は、医師としてのできばえは、当然、普通という感じのようだが、わたしに

とつての痛風の治療の成果（できばえ）は、完璧、すげえ!! であった。慢性期医療における検証は、既に日慢協で実施されているが、急性期、回りハ、さらには特養や老健施設におけるケアのできばえを検証し、証明する委員会のような組織は、社会的に求められていると思う。そして、どういふようだが、出来高による量の証明は部分としてはあつても、成果の本来の意味である「できばえ」の証明が必要だと、強く思っているのである。

米国の医療システムがすべて優秀であるとは思っていない。しかし、体験としてバスやDPC、さらにはLTACからSNFに到るまで、わが国でも求められているからこそ日本版として導入されてきたのだと思つている。ACOも、人生最後の関わりだと思つて、学習しているところである。

組織医療としての病院

阪神淡路大震災から23年

新須磨病院
院長 澤田勝寛

個人は3年で忘れ、組織は30年で途絶え、地域は60年で忘れる。歴史的な事象も300年で社会から消え、1200年経てば誰も知らなくなる。(畑村洋太郎)

人それぞれ大小様々な節目がある。私の親の時代は大東亜戦争であり、戦前・戦中・戦後で世代を分けるほどである。

戦後の平和な時代に生まれ育った私は、さしたる大きな挫折もなく平々凡々な人生を歩んできた。しかし、阪神淡路大震災で、病院は倒産の危機に直面し、私自身も九死に一生を得るという経験をした。私にとっては人生の転機ともいえる大きな節目である。

この紙面をお借りして、何度か地震のことを書いてきた。久しぶりに、阪神・淡路大震災のことを書かせていただく。

1月17日で阪神淡路大震災から23年をむかえた。犠牲者の鎮魂のために始められたルミナリエも、年末のイベントとして、満面の笑顔で楽しんでくれる人が増えた。懐かしいが無理もない。人も組織も地域も忘れるのである。

平成7年1月17日午前5時46分、阪神淡路大震災が発生した。淡路島の北淡町を震源地とする

(363)

直下型のマグニチュード7.3の大地震。死者6443人、負傷者43万人、倒壊家屋25万棟以上。多数の人命が失われ、多くの家屋が壊れ燃えてしまった。家族を失った人、危機一髪で難を逃れた人、怪我をした人、心に大きな傷を負った人。程度は千差万別であるが、一人一人にとってはそれぞれが大惨事であった。

前夜、リビングで寝転がりながらノートパソコンで夜遅くまで仕事をし、そのまま眠っていた私は、ドーンという大きな音と、上に突き飛ばされるような激しい振動で目が覚めた。子供部屋に飛んで行き、子供たちを両手で抱きかかえた。立っているのが辛いほどの揺れが続いた。電気はつかず、息をひそめて夜明けを待った。家と家族の無事を確認して、車で10分程のところにある病院(旧病院)へ向かった。

いつも通る道は地割れしており、電線が道路に垂れ下がっている。国道沿いの大きなビルが何棟も膝を折るように倒れている。あちらこちらで黒煙があがっている。信号が消えた国道をゆっくりゆくりと窓からから身を乗り出すような運転で、病院へ向かった。

ようやくたどり着いた病院は、自動ドアは開いたままになっており、天井からポタポタと落ちる水の音が異様に響く奇妙な静寂に包まれていた。自動販売機が廊下に横倒しになり、ガラスが砕けその上をサクサクと歩いて医局へ向かった。医局のソファは倒れてきた本棚の重みで脚が折れ、十数個の机は肩を並べるように片隅に集まっていた。

薄暗い病棟での、夜勤看護師の冷静さと院内に負傷者はいないという報告が大きな救いであった。病院中で器具は散乱し、壁には亀裂が入り、あちこちに水たまりができ、棚という棚は横倒しになり、点滴ピンは砕け散り、薬もカルテもあたり一面に散乱していた。

時が経ち病院へ沢山の負傷者が運びこまれてくるのを見て、極めて重大な現実が分かてきた。最初は、打撲や挫創などの軽傷者が多かった。それでも外来には負傷者が溢れ取捨がつかなくなってきた。電気もガスも水道も止まり、薄明かりの中での診療が続いた。しばらくすると、家屋の下敷きになった人が運ばれてくるようになった。すでに息絶えている人もいた。気管内挿管、人工呼吸、心マッサージ。するべきことは分かっている。しかし、人手がない。道具もない。そして負傷者はあまりにも多い。

外来ベッドはすぐにいっぱいになり、ロビーの長椅子も足りなくな

った。床は負傷者であふれた。ピアノの下敷きになり圧死の状態運びこまれた娘にすがりつく母親。息を吹き返さない妻の胸をいつまでも押し続ける初老の男性。顔じゅう血まみれになりながら老母を抱きかかえ運び込む若い男性。呻き声、号泣、悲鳴。まさに、阿鼻叫喚の世界。

誰もが無我夢中で治療に当たった。近くの寮から駆けつけ泣きながら患者の手当てをする看護師もいた。電気もない、器械も使えない、薬も足りない。無力感を覚えつつ、とにかく一人で多くの方を救わなくてはならない。医療に携わる者としての使命感のみで働いた。

夕方、仮復旧で病院には灯りがつき、朝のパニックは少しずつ収まりかけていた。気が付くと衣服はどろどろで手には血糊がこびり付いていた。水道は止まり、当時あったリハビリ用プールの水で手を洗った。暖房の切れた病院は寒かった。

夕方、空輪で大きなバケツ一杯の熱い御飯が届いた。地下にあった調理室は、液状化現象のためドロドロになっている。調理師は医局の倒れた本棚を調理台にして、点滴の生理食塩水を使っておにぎりを握り、入院患者と職員に配った。みんなでむさぼるように食べた。美味しかった。

地震当日、推定200数十名の

負傷者が来院し、22人が死亡した。病院も大きく傷み、多くの医療機器が壊れた。水もガスも電気も止まってしまった。飽食暖衣の恵まれた生活が一変した。ライフラインが途絶え、短期間ではあるが飢えも体験した。

その中で病院は多くの方々に助けられた。夜勤で震災にあいながらもそのまま患者を守り通してくださった方。昼夜を分かたず修理に当たってくださった方。水の手配をしてくださった方。黙々とトイレ掃除をしてくださった方。重い容器を運んでくださった方。こつこつと後片付けをしてくださった方。患者の移送や受け入れ病院の手配をしてくださった方。患者の安否を調べてくださった方。役所や業者との折衝や支援助物の振り分けをしてくださった方。食事の世話をしてくださった方。

多くのことを知り、そして学んだ。混乱の中で発揮された個々の秘められた能力。飾りのない状態で分った人間同士の絆と真心。暗闇で知った電気の有り難さ。飢えの中で知った握り飯の美味しさ。蛇口から出る水の有り難さ。熱いお湯がいつぱい入った風呂の温かさ。に生きている喜びを感じた。

本当によく持ちこたえ、よく立ち直ったと思う。震災以来、私の使命は病院そして慈恵会グループの安全保障であると心に決めた。

都合6回にわたってケアのチームリーダー論を展開してきた。

これからもこの問題に触れることがあると思うが、一応の区切りをつけておきたい。区切りのテーマは「キャリアとしてのチームリーダー」とさせていただいた。

チームリーダーの現実

時間軸で捉えるワークキャリアにおいてチームリーダーのステージは、新たな役割が求められるステージである。初任者から中堅、エキスパートへといったキャリアパスとは質的に異なるものがあり、より充実したキャリアのイメージが描かれるのが望ましい姿である。

しかし、現実はどうであろうか。現にケアのチームリーダーとしての立場で仕事をしている方々は今を、そして、次のキャリアとしてチームリーダーの立場や役割を担うことが予定される方々は未来を考えてみて欲しい。

チームリーダーとしての立場や役割をどのように認識し、実践している(しようとしている)だろうか。

できている自分と不十分だと感じている自分、やらなければならぬと感じている役割と模索や葛藤状態にある役割、積極的にやりたい活動とやりたくない活動。時には意に反する「やらされ感」の強い現実をイメージせざるを得ないことが多いのではないだろうか。

意思や感情をもつ人間なのだから悩みや葛藤があるのは自然なことであり、むしろ健全な感受性の表れであると言つてよい。問題は、そこからである。

責任感が強く、組織への忠誠意識が高いチームリーダーは、ともすると一人で仕事を抱え込み、「懸命」に努力を重ねるといふ状況にある(入る)。見た目にはしっかり役割を遂行しているようだが、ワークホリック(仕事中毒)に陥ってしま

う。過剰な責任感や努力が、バーンアウト(燃え尽き症候群)の要因となることが多い。

連載「大介護時代の人材マネジメント」②⑨

キャリアとしてのチームリーダー

(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

このような現実には、個人にとつても組織にとつても好ましいことではない。

健全なトランジション・サイクルを

キャリアステージの節目には「準備」「遭遇」「順応」「安定化」という4つの段階があり、充実したワークキャリアを形成していくためには、この4段階が健全なサイクルとしてス

パイラスに発展していくことが大切である。本稿ですでに述べてきた「トランジション・サイクルモデル」の考え方である。

端的に言えば、「準備」を整え、良質な「遭遇」体験をして、早く「順応」し「安定化」の段階を迎えるというのが良サイクルになるというものだ。

チームリーダーとしてそれぞれの現実がどの段階にあるのか位置づけてみるとよい。「順応」「安定化」の段階にあると実感できるだろうか。「遭遇」には、ポジティブなもの

なるものであり、ワークキャリアの考え方との関係で言えば、自己期待(自分の志や信念、価値観等)ありたい自己と他者期待(組織やチームの使命目的・機能、目標や課題)あるべき自己(自分)を融合し確立するものである。

個人と組織は「相互依存の関係」にあるというのがワークキャリアの基本的考え方である。個人は自らの能力を発揮し、キャリアを培う場と機会を提供してくれる組織に依存し、組織は働く人々の職務遂行能力によって組織のミッシ

ョンを実現することが出来るという考えからだ。

目的集団としての組織には、その使命・目的・機能を実現するための他律的側面(規範やルール、業務標準や目標等の「あるべき姿」)があるものだ。チームリーダー等々の役割もそこから求められるという側面がある。

前回紹介した社保福祉部会の福祉人材専門委員会報告書(平成29年10月)が示した介護のチームリーダーの役割等は、その視点からのものであろう。チームリーダー

ケアチームリーダーの基軸

チームリーダーは、自身の役割や活動についての基軸を持つことが大切である。基軸は、活動の拠り所と

には、①高度な知識技術を有する介護実践者、②介護技術の指導者の推進者という役割があるとしている。

しかし、こうした静態的な「あるべき姿」も必要ではあるが、「義務感」「責任感」だけで役割行動を持続的に実践し、成果に貢献できるものではない。そこに自己期待と融合するコミットメントの視点が必要となるということだ。したがってチ

ームリーダー自身の自己納得が基本となる。他者期待としてのエビデンスに基づく役割が自己納得できるレベルで認識できて初めて健全な当事者意識と自律性が生まれてくるものである。

ケアのチームリーダーは、「生活の支援を必要とする人々に対する専門的サービスのチームケアの推進者」と位置づけられる。

本稿ではその役割として6つの機能 ①ミッションの実現、②指示要望、③受容共感、④コミユニケーション、⑤人材育成、⑥自己責任信頼)の実現が必要であると述べてきた。

基本としての「①ミッションの実現機能」を主体的に受けとめ、チームリーダーとしての基軸の深耕を図ることによってキャリアの充実を図ってほしい。ケアの質の向上にとつても重要なことである。

チームリーダーは、自身の役割や活動についての基軸を持つことが大切である。基軸は、活動の拠り所と

「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」

医師の残業代問題も四苦八苦 診療報酬は真の抜本改革が必要

四苦八苦

先月号でチラッと書いたことだが、医師の残業代は支払わなければならない。法的に、だ。しかし、その原資は診療報酬にはない。そこで出てきたのではないと思うけれど「本体0.55%引き上げ」の診療報酬改定だ。それは先月号に書いた医師だけではない医療従事者の負担する、物価上昇分であると思うのだが、ちがうかなあ。なに、物価は上がらないって？

でも、わたしの経済感覚では、来年は物価はやや上昇して、日銀は少し安堵されるだろうと思う。別に、首は賭けないけど、経済の流れからいつの私見だ。それとも、物価はさらに下落してデフレが強まっていくのだろうか。

ともあれ、0.55%が医師の残業代としたら、残業代支払不可能な病院ばかりになろう。公立病院も医師の残業代を支払っていないことは、地方紙などで報じられている。ただ、公立病院は税金で補填する術があるから、ここでも公私格差が起きる。

そもそも話になるが、診療報酬は医師個人へのものか、組織としての病院への報酬かという問題がある。もつといえ、医師の残業代が対象になるのか、病院職員の

四苦八苦

残業代も対象になるのか、ということだ。最近、専門誌でも「ホスピタルフリー」という表現はあまり使わなくなったが、医師個人の報酬なのか組織としての病院への報酬なのか問われなければならないと、わたしは思う。

まあその辺は、薬価差益や医療材料費の差益で、うまく経営してくれというのが、現在の診療報酬と病院経営の関係のように思う。だから、医師の残業代がなかなか支払えない原因の、ひとつになるのだ。しかも、医師は高給であるだけに残業代が多くなり、とてもではないが診療報酬から支払う余裕はないというのが現実である。

医師は高給取りだから、残業はあつても支払わなくてよいという意見は、論理として成り立つまい。一般産業界は、社長は高給だから残業代はなくて当然という論理と、医師は高給だから……という論理は、まったくちがう。カルロス・ゴーンさんが残業が多いからといって現在の億を超す給料からの残業代をつけるかい、ということである。いや、院長も高給だから院長には残業代は必要ないという根拠しているわけではないが、経営としてはゴーンさんと同じで残業代はな

くてよいと思う。

しかし、院長（あるいは副院長クラス）以外のいわゆる勤務医の場合は、残業代は支払わなければならない。裁判所の言う「年収3700万円ならどうのこのの」は、ちがうのではないだろうか。年収でいうのではなく、経営者としての医師と勤務医とは、残業代は経営者か使用者かで別にすべきだ。

もちろん、経営スタッフとしての医師と勤務医としての医師の線引きは、難しい問題ではある。一般産業界でもみられるように、管理職は残業代は支給しないとすると、管理職とはなにかという論議、そして合意が必要になってくる。

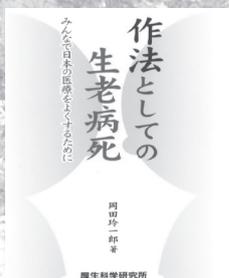
このような現実から考えると、医師としての残業代は支払うべきだが、その原資は今回の本体0.55%引き上げにはないと断言しておく。そして、病院も経営体として、管理職としての医師と使用者としての医師を、医師との合意をもつて確立していかないと、今後問題が表出してくるといっておく。言ってみれば、一般産業界の働き方改革と同じことが、迫られているのである。

そして、病院経営も薬価や材料の差益に頼る構造を徐々に解消していく診療報酬が求められている。その正しい診療報酬がなかったから、医師の残業代の問題が起きたのではなからうか。抜本改革も迫られているのである。

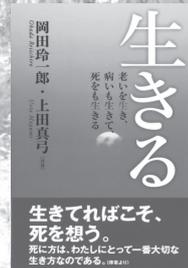
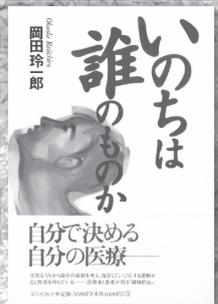
岡田

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頂いております。
ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。



「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。



社会医療研究所
所長 岡田玲一郎

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎終身雇用が付度を生む

右は、元ソフトブレインのCEO 宋文洲氏の言だ。一生、安心して働ける終身雇用制度は、その安心を破壊されたくないために、上司の方へ顔が向く。顔が向くから上司の機嫌に思いが向く。上司がなにを考えているのか、なにをしようと嫌がるのかと、上司を慮る。つまり、付度である。

2017年の流行語大賞になるほど「付度」がクローズアップされた。まったくの私見だが、時の総理大臣の友人が新たに大学を設立しようとしていたら、文科省の役人は付度する。少なくとも、わたし自身だったら、である。

それほど、上に立つ人間は存在そのものが問われているのである。仮に、仮にだよ、総理大臣が役人に「付度しなくていい」と言ったら、さらに付度したくなる。

そんなことは言わないで、ヘンな付度はしない人間であるのは、かなり至難である。しかし、自動車製造業の各社が問題を起こしているのに、トヨタにそれが無いということ、やはり豊田社長の存在というか、人生への構えが他の社長とち

がうからだと思考する。米国の議会でもリコール問題の証言をなさったとき、本人の涙にわたしも涙した。それも付度である。トヨタの社員ではないわたしがそう感じるのだから、社員の人たちの多くは、厳しさの付度をなさったと確信をもつて言える。今後は分らないが。

病院も施設も、トップ層の人生観、つまりあり方によって善い付度と悪い付度が生じるのだ。その証拠は京都府立医大の一件だ。いや、あれは付度プラス強要だろう。終身雇用制度の極みは医学部の医局制度であるからだ。

◎家族って、なんだろう

事前指定書（ADまたはACP）は、わたしは「わたしののぞみ」としている。事前指定書という表現は過去にしていたが、なんだか堅苦しくて、いのちの問題とフィットしないからだ。もちろん感覚としてだ。

その「わたしののぞみ」についての講演は各地でやらせていただいた。いろいろんな発見がある。いまのところ最大のものは、小見出しの家族に関する壁の存在だ。延命はしたくない本人に対する家族の望みは、一様ではない。終末期でも「せめて点滴注射でもしてください」と言う家族はいる。気持ちとして、なんにもしないで死なすのは、心が痛むのだろう。この思いは、わたしは理解できる。

そして、高齢になり衰退してい

く過程、さらに病気になる気力の衰えていく過程にふれてきた家族と、それらの過程にはほとんどおれず、言語として聞いてきた家族では、大きなちがいを生じることが多い。人間の持つ情は、やはり言語より経験によってちがってくるのだから、遠くに住んでいる家族が臨終、あるいは終末期に入ったころに初めて来て、大いに文句を言うキモチは分かる。家族とひとくくりにはできないのだ。家族も他人と同じであると同時に、他人が家族以上の関係になることもある、と思うのである。

真の家族とは、真の友人である。

◎貴乃花親方と片岡鶴太郎

このお二人、わたしは付き合いたくない人だ。理由は、窮屈だ。「信念の人」という意味では、わたしも自認している。しかし、信念とか正義というものは、まわりに通じるものでなければなるまい。チヤチヤになれといっているのではなく、社会性が必要だろう。

もちろん、わたしの信念にも窮屈さを感じられている人はおられる。しかし、貴乃花親方や片岡鶴太郎さんと同じだろうか。まわりがお決めにすることだが、わたしの信念、正義に賛同されたり、崇拝されてくださる人さまは、結構おられる。だから人生は楽しい。

貴乃花親方にも片岡鶴太郎さんにも崇拝者はおられるだろうが、

世間の評判を訊くと、ウン、？、がついてくる。頑なと信念はちがうし、頑なな信念の発揮は、まわりから浮き上がる。弟子の事情聴取に喜んで頑なに応じないのかと貴乃花親方をみている人は多い。

なんで、あそこまでガリガリになるダイエットをするのかと、哀れを感じる鶴太郎さん、たまに服用している「救心」をやめようとさえ思っています。この意味、分かります？

頑固に信念を通すのは、よい。その頑固と頑なはちがうような気がする。わたしは自分の信念、正義を押しつけないようにしている。ただし、転換や変更をしようと思つたことはない。やんわりと雪を溶かすように関わる。

◎「死は敗北」か

昔の医学、医療は死は敗北といわれていた。しかし、人間には寿命があるから、医師は必ず敗北する。それをもつて死は敗北というのは、無理がある。

わたしは、死には敗北もあれば栄光もあると思つている。無理無理、生かしたくのは敗北逃れだとしたら、患者に栄光の死はない。癌だつて脳血管障害だつて、死なさないのが勝利ではなからう。それを、医師個人の敗北感を逃れるために生かしておくことが、医師にも患者にも栄光だろうか。

旧知の横倉義武日医会長からのお手紙に「医療人と本人、ご家族

とのしっかりした信頼関係を作る事が、生と死には極めて大事であると思ひます。」とあった。11月初旬のことだ。

その前段に、人生の終末をいかに迎えるかは、いまや世界医師会でも議論されていることを書かれていた。すべてが栄光の死になるとは思つていないが、少なくとも敗北の死を作つてはならないのではなからうか。私は敗北の死は嫌だ。

延命も治療になると敗北感を感じる事が生じるが、延命をケアと心得れば敗北ではなく、栄光、あるいは光栄を感じると信じる。そう考えることは間違つているのだからと世に問うと、やはり「延命治療」の治療が問題だと言われる人が多い。ここでも、すべての人でなく、割合である。横倉世界医師会会長の言われるように、ご本人だけでなくご家族との信頼関係を築けるかどうかで、死が敗北にもなるし栄光にもなるとわたしは思っているが、特にご家族との信頼関係は、言うは易く行うは難しさを痛感する日々である。でも、やるしかない。

岡田



これからの一ヶ月の

不安・不運・不信

医療の沸騰点



遅ればせながら自己紹介を兼ねてご挨拶

熊本県済生会支部長 副島 秀久

昨年の熊本地震を機に拙文を寄稿させていただいているが、学会や講演の折に「毎回、読んでいますよ」とか「面白かった」などと声をかけていただいたり、ご丁寧なお手紙を寄せていただく方もいたりして、うれしいやら恥ずかしいやら、少し複雑な気持ちになる。読者の方々とより親しくなるために、ここで自分の紹介をしておいたほうが何かと良いだろうと思いつつ、ご挨拶がてらに書いています。自分自身も本を読むときには初めに著者の経歴などを一通り読むことにしている。なぜなら人はそれぞれの意見を持ちながら、また各々異なるバックグラウンドをもって文章を書いているわけで、読むほうとしてもどういう考へのもとにこんなことを書いているのか、あるいはどういう立場で書いているのかなどを知っておくと、理解が深まると考えたからである。私は1949年、北九州の産でフォーターナイナイズヤーズと自称している。これはもちろんアメフトのSF49ersからきているがカリフォルニアでの金鉱発見以後、最初に一攫千金をめざして全米から集まった夢多き、そして山師がかった

1849年ごろの金鉱探しから来ている。実際に夢をつかんだのは初期に金鉱を見つけた人達が殆どで、大半の連中はなげなしの金をすべて失うこととなった。チャンスは早いうちにつかむ以外にはない。

かつて北九州は重工業地帯で父親は八幡製鉄のサラリーマンだった。小さいころから喘息があり、母親に連れられてよく製鉄病院に通った。秋口に運動会の練習を休んでゼイゼイいながら小学校の坂を登っていた記憶がある。病院にはどつしりとした石造りの玄関があり、さすがに昔の「官営八幡製鉄所病院」の威厳を残した立派な病院だった。当時は知らなかったが道を挟んですぐ近くに済生会八幡病院があり、高校生のころ見舞いに行ったら木造だったので驚いた記憶がある。

東大入試が中止になった1969年に熊本大学に入学したが、熊大も荒れており9月まで講義もなく、剣道や車の教習所通いなどをしていた。秋風が吹き始める頃、さすがにこんなことで本当に医者になれるのかと不安に思った。剣道は頭部打撲のゲームで頭には良くないのと、とにかく小手

や竹刀は奨学金で暮らす貧乏学生には高額で、要するに直接経費が掛かり過ぎた。そこで芸術の秋になった頃、頭を打たれるのはやめて、父親に入学祝として買ってもらったフルートのレッスンに通うこととした。初期投資は済んでおり、維持費だけなので卒業まで続けることができ、現在も趣味としてやっている。

当時の学園闘争の影響もあつてか、社会問題にも関心を持ち、水保病も少しかじる程度に参加した。とにかく親戚縁者含めて医療関係者が皆無という環境で育ったので、医師の卒後教育や医局制度、働き方などにはほとんど予備知識もないまま1975年に卒業し医師免許を取得した。医師の誰しもが初めに感ずるところだろうが免許をもらった途端に「センセイ」となり、そう呼ばれると誰のことかと後ろを振り返ったり、何の実力もないのにと思つたりで多少の違和感を感じた。この違和感は次第に消えてしまった。

泌尿器科に入った当時、大学にローテーションを求めて交渉していたが、実際にローテーションとして他科を回ったのは二人だけだった。これが熊大の最後のローテーションとなった。大学を卒業してこれから人生の大半を費やすだろう専門科をすぐに決めるのは難しい。学生時代にならう学と医師となつて実際にやる業は本質的に異なる。

医療関係者に殆ど知り合いがない場合、科の選択はほとんど先輩後輩や部活の関係ぐらいいしか理由がなく、一生やるという意味の選択は「間違いだらけの医局選び」となりがちだ。今のように各科の研修を経て専門科を選択するほうが間違いは少ない。今どきの学生が救急や当直が少なく、ワークライフバランスがよく実入りもそれなりという科を選ぶのも2年間の研修中に実態をつぶさに見ることができからである。逆に外科系のように救急も当直も呼び出しも多いような科は働き方を変えないと敬遠されるだろう。研修医制度で医局制度が壊れたというような批判を聞くが、日本の医局制度のほうが世界的にも社会的にも異様であり、早晩、壊れていくだろう。

泌尿器科は主に高齢者を対象とした尿路疾患を扱う外科領域と透析などの腎不全分野の内科領域も学ぶことができた。2年の研修医を経て4年間大学院へ行き、その後大学に勤めたが1986年から2年弱アメリカ留学の機会があった。公務員の立場で留学できたので幸運だったし、日本という国を外から眺めるよい機会ともなった。この留学経験が自分の人生観や世界観を大きく変えることとなった。

1986年4月にミシガン州アンバーのミシガン大学腎生理学教室で研究を始めた。その研究環境の圧倒的な差に驚き日本では研究

らしい研究はできないと悟った。日本では試験管を洗う、動物の世話をやったり、生活費を稼ぐためバイトをするなどミシガンに比べれば雲泥の差だった。しかし家族との時間は留学している頃のほうが十分とれ、幸せな米国生活で、正直、帰りたくなかったのも事実である。だが恩師である教授の病氣と学会のために早めに帰国し、気ぜわしくストレスの多い日本の環境に戻った。

留学中はゆつくりと研究ができ、本来の論文の精読や執筆に時間を割くことができ、この点でもアメリカの裕福さを感じることもできた。また多様な価値観を認め合うことや、人生を楽しむ姿勢、自由の大切さなどを学んだ。一方で、人種差別や貧困格差、暴力的な社会という現実も目の当たりにし、日本ではあまり顕在化しない社会のひずみも肌で感じることもできた。

1987年の年末に帰国し、大学で先輩の指導や学会の準備などをやっていたが、翌年、恩師が亡くなったこと、済生会で世話になった部長の末期肺がんも見つかり、いよいよ大きな決断をせざるを得なくなった。1989年、新しい教授も決まったこともあり、済生会熊本病院にお世話になる事となった。年の暮れ12月1日付で採用されたが、次の日40歳を迎え、済生会での医師人生が始まった。

「美容目的の根拠は不明」というタイトルと「保湿剤の処方制限 反対 厚労省に要請」というサブタイトルで、医療用保湿剤の給付制限、保険適用外に反対したこと

を「全国保険医新聞」で見た。わたしには、理論でなく理屈にみえた。わたしも、皮膚掻痒が過去にあり、ヒルドイドローションをパタパタと散布していた。塗布したらダメで、散布するよう医師から言われていたからだ。しかし、ちつとも掻痒は止まらなかった。それどころか、今年も痒みがあり散布していたら、よくなるどころか、ひどくなってきた。

そこから、一連のアトピー性皮膚炎が進んだのだが、別の皮膚科医から「ヒルドイドローションをやめてください」と言われ、ステロイド軟膏が処方された。3ヶ月がかりで12月中旬現在、かなり改善されているが、その間の痒さは尋常ではなかった。

保湿剤の理屈と現実



さて、全国保険医新聞さんのいわれる「美容目的の根拠は不明」という理屈と、女性を中心に美容目的に使われているヒルドイドローションがある、という現実をどうみる。健保連が9月に発表した「医療費の無駄」があるという指摘は、わたしも感じるし、周辺の現場の医療従事者から、よく聞く現実である。また、メーカーサイドも

それに否定的ではない。医療機関への納入価格でなく、市場価格で売った方が売り上げも伸びるだろうが、量は伸びない。メーカーとしての経営判断の現実はどうなんだろう。

昔ほどではないが、診療報酬や医療政策について医療側の理屈は、しばしばこんなことがある。例えば、精神科医療の正常化に対して、「精神科の患者を捨てるということか」などである。

わたしに言わせれば、保湿剤を美容目的に要求する患者？がいるのが現実だ。その現実に対処するためには、保湿剤の処方をしな

ればいいのであつて、保険適用だから処方するというのは、医師としての仁術であろうか。算術なのではないかと思わざるを得ない。

保険適用外にしたら、保湿剤（わたしは特にヒルドイドローションを典型とする）の必要な患者に処方しても患者の経済的負担が大きくなり、患者（国民）にとつてよくない、という理屈はわかる。十分、分かりますが、美容目的か疾病なのか診断できない医師は国民にとつて困った奴だと思ふ支払う側の意識、つまり現実には即したものを、どう思われているのか、なのである。なんでも反対なのではないのだから

うが、ヒルドイドローションの保険適用としての処方が急増してきたという現実からすれば、第一に実施すべきは国民（患者）教育であろう。患者が求めるから出しているんだというのは、医師としてのあり方ではなく、商人としてのあり方であろう。ちがうかなあ？

保団連さんの主張に、わたしは賛同することは多くある。しかし、今回の保湿剤の件は、なんとも納得できないというか、主張する側に一抹の後ろめたさはないのか、と思うのである。

ましてや、健保連が提言したことから反対というのは、不毛の論議と感じている。そういえば、この「感じている」を個人的見解で客観性がないと言われる人がいる

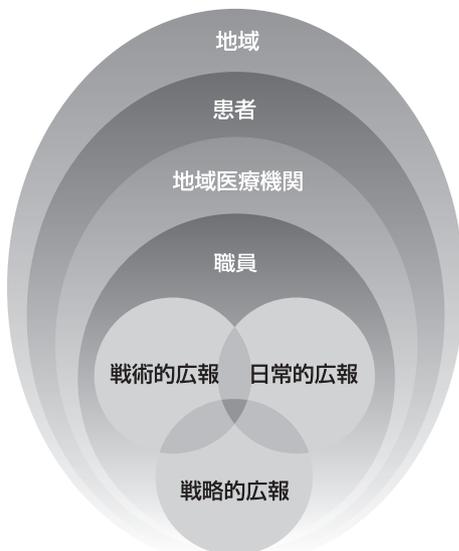
が、個人的見解が集合してくると社会的客観性になるという「理屈」は、分かつて頂きたいと思うのである。分かつて頂けないと困るので、それは「個人の主観にしか過ぎない」という個人の主観も、現実には多くの個人が有していたら社会的客観性があるだろうと、いうことである。

自分たちが損になるから反対、自分たちが得するから賛成ということも、それが現実として多いか少ないかなのである。保湿剤の美容目的についても、医療者の多くの主観は現実の恥ずかしい行動をみて発しているのである。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430回 これからの福祉と医療を实践する会

「惑星直列」と称される医療・介護等整備計画と関連報酬の2018年度一斉更新が実施される。

診療報酬等の改定率は、診療報酬本体プラス0.55%、薬価等改定を含み実質マイナス1.19%、介護サービス費は実質プラス0.54%。本体プラスは、薬価等価格調査にて約10%の乖離があり、思わぬ財源が確保できたためであろう。他面から見ると、アベノミクス「新3本の矢」の推進を大きく意識しているとも考えられる。人生100年時代、1億総活躍社会の達成には、強い経済の実現の他、子育て支援と介護離職ゼロが不可欠とされる。社会保障費の効果的配分を図りつつプライマリバランス黒字化達成には、メリハリを効かせた診療報酬と介護サービス費等の設定が必須であることは想像に難しくない。今改定の重点課題に、地域における人口構成の著しい変化に対して、地域資源を効果・効率的に活用、自宅や居住施設等における尊厳ある生活と人生の終末期に対する希望をかなえる体制「地域包括ケアシステム」の構築促進が示された。「24時間みまもり、自宅がベッド、道路が廊下、医療・介護施設がスタップステーション、何かあったら重症室」がより鮮明となる。

一方、医療・介護等提供体制の

偏在再編も医療と介護サービス等の円滑提供に不可欠であると、実績評価を軸に大病院から無床診療所に至るまでの役割分担が示された。ITS推進を含めてどこに手を打つべきだろうか。医療機関等の生き残りに資するべく詳説する。(水谷公治)

日時 二月十六日(金)

午後一時~五時

特別例会 2018年度医療・

介護等改定の詳説…実績評価に示された方向性、対応はいかに

株式会社ソラスト 医療事業本部

シニアディレクター 水谷 公治

会場 戸山サンライズ大研修室A

参加費 会員 一三〇〇〇円

会員外 二〇〇〇円

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

▼本紙だけでなく、一月号の原稿を旧年中に書くことは、毎年、違和感を感じる。しかし、年賀状は新年になって書く。年内に書いても年末までに死んだら、話にならない。

▼その年賀状だが、年々増えるのは忌中のご案内だ。年齢的に友人、知人がそういう年代におられるからだ。30歳代、40歳代と、80歳代では全然ちがうという、この現実。

▼診療、介護両報酬の改定が発表された。厚労省対財務省の闘いの痕跡が見えるが、限られた財源での苦闘を感じる。出口はあるのか。

▼そうはいっても、病院も施設も両報酬の下で経営していかなければならぬ。ヘンに反対したり文句を言うのは、天に唾するようなものだと言ったら、ダメだろうか。

▼「昭和は遥かに遠ざかり、平成も残りわずか、あるのは未来の新年号。」と今年の年賀状を印刷した。過去に生きることができないのが人間で、未来に向かって生きる。

▼過去は過去、年末に世界中を吹き荒れたセクハラ問題。それも過去のことで、わたしもいっばいあるし、現在でも発言がそうらしい。

でも、言わせとけと許して欲しい。他人の評価は、そんなに重要ではないが、いちいち自己を正当化するのも面倒になってきている。無礼はどこにもあることで、通常だ。

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! ボンベの使い方等の必要な情報は、動画で見ても見る事が出来ます。

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

携帯用ボンベ 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