

社会医療ニュース

リハビリ病院の年中無休と 休日リハの日米のちがい

所長 岡田玲一郎

今年も、アメリカの病院、施設の視察に行ってきた。学習したことはイッパイあるのだが、今月号では「リハビリ」についての私見を書いてみる。「ヘルスシステム」についても、わが国のいわゆるグループ化している病院、施設群との関連及び今後の展開についても、多くの気づきがあったので、いずれ詳細に書いてみたい。ひとつだけ述べるとしたら、グループ化した病院、施設個々の「ケアの質」を保障する体制が絶対必要だ。

人間、老いるし衰えるが、組織は常に進化だ

今年、アメリカでの視察後にカナダに行ってきた。といっても限定された所で、ナイアガラに住まわれている旧友に会うためだ。全く予想してなかったが、ナイアガラ市長から永年（13年）にわたる地域へのヘルスケアの進化に貢献したという理由で、表彰文と記念品を頂戴した。素直に嬉しかった。

しかし、カナダに行ったので日数を取られ、帰路もデルタ航空の都合で米国を引き回され、疲れた。老いによるもので、いまさらながら人間としての限界の部分を感じた。そして、病院にしろ施設にしろ、また諸団体にしろ組織は老い衰えることなく、常に進化が求められるということを感じた。ましてや、死んではならないのだ。地域に対する責任というものはあると思うからだ。

同じことがリハビリにあり
現在のリハビリは必ず変化

わたしは80歳代の人間だ。そして、先述のようにADLもFIMも衰える一方である。ライザップさんのお世話になっても、あの食事療法に耐えられる食欲はない。日常の食事の摂取量も極めて徐々にだが、減少している。

もし、転倒して骨折などしたら治療のための入院によって、体力は

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

と、わたしは思っている。
つまり、リハビリは急性期、回復期、維持期だけでなく、維持期に包括されるものかもしれないが、終末期まで必要なのではあるまいか。そして、その中には休息も必要だと思うのである。

米国のリハの24／7リハと
日本のリハビリの変化

米国のリハ病院は24／7（一日24時、週7日）で提供されている。しかし、休日加算はない。例えば、今回も事例として聞いたものは、木曜日に急性期病院から脳血管障害で麻痺のある患者がリハ病院に転院してきたら、リハ病院はその週末の土日でもリハが必要だから、土日でもリハを提供する。しかし24／7だから特別に休日加算があるわけではない。しかし一方で、リハビリは「一日3時間、週15時間」がミニマムだから、症例によっては週2日の休息日が必要とされる。それがリハビリ病院のミニマムの義務だから、週21時間、あるいは必要となれば、それ以上のリハビリが提供されるという。

ずっと思っていることだが、休日加算によるリハビリの現場スタッフの混乱、後ろめたさは解消しなければならぬ。回りには年中無休が米国のように義務づけられているのだから、休日加算分の点数は、リハビリそのものに振り替えて、リハビリの点数を引き上げるべき

だと思ってきた。「一日10単位、週50単位」をミニマムの条件にできないかと思っている。むしろ、厚労省がそう思っているかどうかは分からないが、それこそわたしの私見であり、公見ではない。ただ、リハのスタッフ、患者にも「日曜日ぐらいは休ませて欲しい」があるのは、絶対である。

火曜日に入院した患者は、その週は土日でもリハをして、翌週の火曜日とか水曜日に一日の休息、あるいは単位数を下げたりリハビリではないかと、思ったりする。一方、半月、一ヶ月間は休息日を必要としない患者さんには、その間のリハビリは提供してよいのではないか、と思う。

むしろ、休日加算は経営的に大きな収入源だ。その加算をいきなり無くすのは、暴論、暴挙である。理由は、休日加算によってリハ病院の経営が保障されているからだ。まっとうなりハという、また叩かれるかもしれないが、まっとうだったら休日加算分以上の点数を回復期リハそのものに転嫁すればよいのではないかと、くどいようだが現場をみて痛感している。

しかし、リハ病院の経営者の方は、皆様、自院で提供しているリハビリはまっとうだと思われている。まっとうであればこそ「休日加算がなくなったら、まっとうなりハをやれなくなる」なんてことは言わないで欲しいのである。

ドーハの悲劇を忘れたか

西野監督見事なり！

新須磨病院
院長 澤田勝寛

1993年10月28日、カタールの首都ドーハで翌年開催されるアメリカワールドカップのアジア最終予選が行われた。

対戦相手はイラク。監督はハンス・オフト。日本が勝てば初のワールドカップ出場が決まる。2対1でリードして、終了寸前のロスタイムに入った10秒後にイラクに同点ゴールを決められ、ほぼ手中におさめたワールドカップ出場権は泡と消え予選敗退となった。カズやゴンやラモスがピッチにへたりこんでいたのを覚えている。テレビにかじりついて声を上げて応援していた私は、大きな落胆とともに、どうしてボールをキープして時間を稼がなかったのかと疑問と怒りが湧いてきた。

この結果、日本は3位に転落。出場を諦めていた韓国が2位となり、ワールドカップに出場することになった。「棚ぼた」の出場権を得た韓国選手の歓喜する様子がニュースで伝えられ、一層悔しさがこみ上げてきた。

それから四半世紀が経ちロシアワールドカップが開催された。日本は予選を見事2位で勝ち残り、アジア・アフリカ勢では唯一決勝トーナメントへ駒を進めた。

問題のポーランド戦は次の通り。日本は引き分け以上で予選突破。セネガルがコンゴビアに勝てば、日本が負けても予選突破。別会場

で、コンゴビア対セネガル戦が同時に行われている。状況は刻々と変わる。後半、日本はポーランドに1点を先制された。負ければ敗退。ところがセネガルがコンゴビアに先取点を許し1点のビハインド。そのままコンゴビアがセネガルに勝てば、日本がこのままポーランドに負けても、警告数の少ない日本が2位で予選を突破できる。ピッチの気温は35度を越える。岡崎は後半開始すぐに負傷退場。動きの悪くなった選手。残りあと20分弱。同点をめざして攻めるか、このまままで終えるか。攻めてポーランドのカウンターを受け2点目を入れられると万事休す。

そこで西野監督はこのままで試合を終えるという決断をした。それを周知させるために長谷部を投入、ピッチの選手に指示を徹底した。残り15分間、ボールをキープして試合は終了。もう一つの試合もそのままコンゴビアが勝利し、コンゴビアが1位、日本が2位で予選リーグを終えた。

この原稿が記事になる頃には、ワールドカップは終わるか終盤を迎えているであろう。日本の最終順位はともかくとして、予選の最終試合の対ポーランド戦で日本がとった戦術に対して賛否様々な意見が飛び交っている。

悪質なファールやシミュレーションという演技、時間稼ぎのボールキープは海外のサッカーリーグでは当たり前。それに対して口を閉ざしながら日本を非難する外国メディアに「いったいどの口が言っているのだ！」と言いたい。

西野監督を避難する日本人の解説者には「ドーハの悲劇を忘れたのか？」と問いたい。

この原稿は、社会医療ニュースの趣旨からは多少逸脱するが、紙面をお借りして、西野監督の見事な有事のリーダーシップについて述べさせていただく。

リスクがあっても有害事象が発生しなければ平時、発生すれば有事である。

有事では誰もが慌て、平常心を失う。冷静な判断ができず、体が固まってしまう。リーダーも例外ではない。それをすばやく立て直すことができるのが有事のリーダーの資質である。

元日本海軍のエースパイロット源田実氏は「慌てて平静を失うことは人間の本能によるものだから仕方がない。問題は平静を失った心をいかに素早く立て

直すかである。たびたび生死の境を切り抜けてきたベテランの隊長が、平素の訓練では若いパイロットの操縦技術にはるかに及ばなくても、ピンチに際して、その何倍もの腕前を発揮するのは慌てないからである」と言っている。

リーダーの定義は、色々ある。一番腑に落ちるのは「リーダーとは和を尊ぶ人ではなく、成果を出す人」という定義である。

家族連れでクルーズを楽しんでいた大型船が座礁して転覆し、救命ボートに移る時、どの漕ぎ手のボートに乗ろうとするか。座礁時の成果目標は「命を救う」ことである。目標を達成できそうだと選択される漕ぎ手が真のリーダーといえる。

公園の湖水に浮かぶボートなら、楽しく過ごせる漕ぎ手を選び、明るくて楽しい人と乗るであろう。やかましくて冗談の通じない人とは同じボートには乗りたくない。しかし、救命ボートでは命を助けてくれる人なら、性格の悪さや人あたりの悪さは気にしない。リーダーの仕事は周りの人を楽しくさせるのではなく、なんとかして成果をだすことであると、理解する必要がある。

リーダーの仕事は目標を掲げ、先頭を走り、決めて、伝えることである。特に決めることは極めて重要である。リーダーとは決め

る人であり、検討する人でも分析する人でもない。情報が揃っていないくても、十分に時間がなくとも決めるべき時に決めなければならぬ。過去のことならともかく未来のことに関して十分な情報が揃うことはない。リーダーの役割は未来に向けての決断である。

「兵は拙速を尊ぶ。巧遅に墮して時機を失うよりは、最善でなくとも、次善の策で間に合わせなければならぬ」という言葉がある。

刻々と変わる局面、迫る終了ホイッスル、暑い会場、重いピッチ、疲れた選手、襲いかかる巨体のポーランド選手。負け戦のなかで、予選突破するにはどうすべきか。様々な考えが西野監督の脳裏を駆け巡ったに違いない。

そして、コンゴビアの勝利に賭け、ボールをキープして1対0の負けで試合を終えるという、究極の決断をした。

25年前、オフト監督がボールキープという明確な指示を出していたなら、日本は4年後のフランスワールドカップではなく、1994年のアメリカワールドカップに初出場を果たしていたであろう。

後にも先にもこのような決断をして指示を出せる監督は誰もいない。

西野監督見事なり！

(この原稿は予選リーグ終了直後に書き終えたものです。)

6月29日に「働き方改革」法案が可決成立した。裁量労働制や高度プロフェッショナル制度に焦点が当てられた感じが強いが、労働人口の絶対的不足を背景とした働き方改革は、「同一労働同一賃金」の実現も大きなテーマの一つである。6月1日の2つの最高裁判決と合わせて、本号では、「非正規」職員の均衡処遇について触れておきたい。

「非正規」職員の処遇問題

働き方改革では、「正規」「非正規」という雇用区分をなくし、労働者がそれぞれの事情に応じて多様な働き方を選択できる社会の実現を目指すとしている。安倍首相は、将来「非正規」という言葉を無くしたいとも述べている。

労働人口全体の約4割にまで膨れ上がった「非正規」雇用を「無くす」ということになる。この改革法の成立は、将来一つの節目として評価されることになるのかも知れない。

過労死問題との関係で注目された労働時間法制では、長時間労働規制が罰則付きで法制度化された。裁量労働制は、厚労省のデータ改ざん問題もあって先送りされたが、高度プロフェッショナル制度が創設され、勤務間のインターバル制度も普及促進されることになった。長時間労働の是正、ワーク・

ライフ・バランス等の推進は「改革」とまで言わなくとも「改善」レベルでも可能なことである。「改善」＝「改めて善くすること」は、どんどん進めてもらいたいところである。

「非正規」雇用問題、とりわけ、「同一労働同一賃金」の実現は、「改善」レベルではなく、まさしく「改革」が必要とされる課題である。

バブル崩壊以降の厳しい事業環境をある意味で下支えしてきたのが「非正規」雇用制度であったし、

合理的な給与処遇等の解消は、すでにパート労働法や、労働契約法、労働者派遣法等において先行的に指針が示されてきたところである。

例えば、労働契約法は、雇用契約を5年間更新した場合には無期雇用契約へ転換請求ができ、平成30年4月1日からは具体的に請求権が発生することになっている。また、労働契約法第20条は、有期・無期労働契約の違いによって不合理な労働条件の決定を禁止している。

「有期労働契約を締結している

すでに国は平成28年12月に、不

合理的な格差の解消のための給与手当・福利厚生等についての判断基準や具体例を示した「同一労働同一賃金ガイドライン案」を公表している。「働き方改革」は、このガイドライン案に沿った「同一労働同一賃金」を実現していくことになる。

2つの最高裁判決

改革の大きなテーマである均等・均衡処遇について最高裁の判断が、6月1日に2つの訴訟

連載「大介護時代の人材マネジメント」③②

介護・福祉職員の給与処遇について（その3）

宮崎 民雄

（株）ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 統括フェロー

職員配置基準が定められている福祉・介護、医療等の事業領域にお

いては「常勤換算」制度のなかで事業経営やサービスマネジメントを支援、限られた報酬単価のなかで職員の過配置ができてきたのは、この仕組みがあったからできたことだと言っただろう。その仕組みを抜本的に見直さなければならぬということだから大変なことである。

不合理な給与処遇等の改善

「正規」「非正規」の違いによる不

労働者の労働契約の内容である労働条件が、期間の定めがあることに

より同一の使用者と期間の定めのない労働契約を締結している労働者の労働契約の内容である労働条件と相違する場合においては、当

該労働条件の相違は、労働者の業務の内容及び当該業務に伴う責任の程度（以下この条において「職務の内容」という。）、当該職務の内容及び配置の変更の範囲その他の事情を考慮して、不合理と認められるものであつてはならない。」と規定している。

事件で示された。

一つは諸手当に関する処遇格差についての判断であり、もう一つは定年後の再雇用者の処遇条件変更についての判断である。

① 不合理性を個別に判断

労働契約法20条の「正規」「非正規」の待遇格差の不合理について賃金や手当など個別の待遇ごとに判断するか、年収など待遇全体をみて判断するかが争点だったが、最高裁は2訴訟とも「賃金項目の趣旨を個別に考慮」する方法を採った。

「格差が不合理だった場合、自動

的に正規の待遇と同一にする」と考えるかについても争点の一つだったが、最高裁は「（自動的に）労働条件が同一になるのではない」と否定。通常的不法行為と同じように損害賠償の対象になるとした。

② 各種手当の不支給は

「非正規」の各種手当の不支給については、「正規」のみに支給する6種類の手当のうち5種類を「不支給は不合理」と判断し、二審の4種類よりも幅広く救済。もう一つの訴訟でも、一部手当の格差が不合理だとして賠償を命じた。

③ 定年後再雇用の場合の処遇

一方、定年後再雇用者の待遇と「正規」職員との格差については一部を容認し、仕事の内容が変わらなくても再雇用の条件によっては待遇に差がつくことを認める判断を示した。

定年後再雇用について、①定年後再雇用の嘱託社員と正社員では賃金体系が異なる、②定年時に退職金を支払う、③年金受給前は調整給を支払う、④年収が退職前の79%程度になるよう配慮されている等の点を考慮し、「職務給」や賞与などを支払わないことが「不合理とは言えない」と認定した。

「正規」「非正規」の枠組みを廃止し、多様な働き方に応じた給与等の処遇体系の再構築が求められることになる。

「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 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」

ケアの継続性とかシームレス・ケアは 話題にはなっても、現実はまだ

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」

ケアの継続性 (Continuous of Care) については、30年ほど前に北米に行った時の新鮮な学習だった。当時のわが国のケアは、急性期は急性期、慢性期は慢性期などでバラバラで提供されていた。そして、急性期（一般と称されていた）の病院で、医師は患者に「一生、面倒をみるから、安心して……」と、高い所から恩の押し売りをしていた。わたしは40数年前にそういう現場にいたから、心の中ので一生、面倒なんかみられるわけがないのに、よく言うよ、と冷やかにみていた。一生、急性期であるとしたら、短い期間の生涯になると思っていたからだ。急性期から慢性期になる人もいるから、退院後どう面倒をみるのかとなると、絶対に無理が生じる。往診なんかしないし、家で看とりもしないで、なんで「一生」があらう。

そのようなわが国の医療の中にいて、ケアは継続性がなければ患者が不幸になるという発想は、新鮮だった。その後、シームレス・ケアなどいろんな表現があったが、人間のケアは疾病の各ステージの部分、部分を繋ぐものでなければならぬ、確信をもった。

「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」

そして、今後も述べさせて頂くが、その中で、改めて「ケアの継続性」の実現が不可欠になったと痛感している。先に述べたように、わが国でもケアの継続性は言葉ではイッパイ出ている。そしてそれ以上に、病気を持った国民を幸せにするのは、急性期から治癒や慢性期、最終的には死に到るまで、疾病の各ステージ間の連携がスムーズに受け渡されることが、医療、介護の心髄だと思ふのである。

アメリカのオハイオ州のウェストレークという街に「IDEAL」というホームケア組織がある。急性期や慢性期、あるいはSNFから家（わが家でなくても住む所）に帰られた人のホームケア（わが国でいえば在宅ケア）を提供している組織である。アドミニストレーター（管理者）は看護師で、パワー溢れる人だ。わたしの年代でいえば、鉄の女と称された英国のサッチャー首相みたいな人だ。

提供しているのは、看護、介護、リハビリ、薬剤管理などなど、日常生活に密着したものを提供なさっている。その各部門のスタッフの話を2時間ほど聞いていて「チーム」を感じた。また、そうでなければ、望ましい結果を得られない

と思う。その原点にあるのは、やはり地域住民の幸せだと痛感した。折しも、実弟の妻が老いてきて各機能が低下してきたとの知らせがあったが、このような、わたしに言わせると真のホームケアがわが国に、現実としてあつたらなあとしみじみと思わされた。

そこでわたしのことだ。質問と言って手を挙げ「これだけのことをやって、経営は維持できるの」と尋ねた。その回答で、現在、日本での成果報酬はある意味で正しいと思った。わが国で分かりやすい表現をさせて頂くと、要介護3で自宅に帰られた人を一定のレベルまで改善したら50万円の成果報酬とさせて頂きたい。その要介護1に1ヶ月で到達したとすると、その間、組織が負担した原価が25万円とすると、25万円の利益が出る。逆に、要介護1になかなか到達しなくて、3ヶ月も経過すると、50万円の報酬は原価で底をつき、赤字になってしまふという制度だ。なんか、わが国の老健施設の過去と逆の話だ。

従って、どんどん質の良いケアを提供することによって儲かるが、質の悪いケアを延々と続けていると赤字になってしまふという、まさに信賞必罰なのである。ケアの連続性を価値あるものにするには、このような信賞必罰制度が、各ステージに出てきて、経営と国民に利益をもたらすのである。

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」かへ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。好評です。

ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。

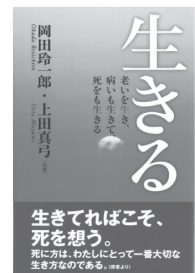
今年8月分の開催決定済の会場・主催者です。

8月4日(土) 社会医療法人仁愛会(沖縄県浦添市)

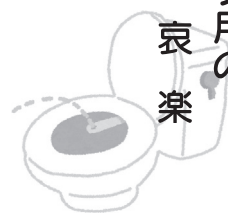
8月26日(日) 医療法人仁医会(愛知県西尾市)

8月31日(金) 社団法人慈恵会(青森県青森市)

「事前指定書」(わたしの、のぞみ)は、常に新しいものにしています。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

◎トイレで困るアメリカ

毎年、アメリカに行つて、一番困るといふか腹が立つのは、いわゆるウォッシュレット(商品名)といわれる洗浄器がないことだ。超一流ホテルはあるのかもしれないが、わたし達が泊まるようなクラスのホテルにはない。軽い痔主の私にとって、腹が立つし、同時に肥満の人が多いアメリカ人は、どうやってケツを清潔に保っているんだろうと、気にする。個人宅にはあるが、カナダの友人の家にはなかった。いまや新幹線にもあり、公衆便所にもあるわが国との「トイレ格差」は、ジャパン優勢だ。技術大国と思つて日本愛が湧くが、ヘルスケアもジャパン優勢だろうか。少なくとも医療保険制度は日本が勝つが、その提供者である医療職の姿勢、動き方は米国の方がはるかに優勢だと、視察ツアー参加者が異口同音にいわれる。

働き方改革か、働かせ方改革の問題より、組織のミッションが問われている気がする。そのミッションがあいまいになった今回宿泊したホテルの職員の姿勢が、まさきと病院のミッションの重要性を知らせてくださった。

ケツを洗えないミッションになると、職員がケツを洗うよ!!

◎ツキという魔物がいる

たいていのアクシデントは乗り越えてきた人生だが、アクシデント、ラッキーというツキには逆らつてはならないと思つてきた。競馬だつてツキ以外のなものでもないし、予定なんてツキで左右される。祓つても、うまくいかない。

7月下旬、名古屋から宿毛に行つた。宿毛の友人には申しわけないが、JRの職員(若手)だつて「これ、なんて読むんですか?」と問うてくる。「スクモ」と答えたことが2度ある。

名古屋からだ、新幹線で岡山、土讃線で5時間、合計6時間強の時間が掛かる。そこで悪いツキがやつてきて、途中の阿波池田で列車が停止したまま大雨のため、当駅で運行中止とアナウンスされた。天に逆らうことはできない。いわばツキがなかったのだ。

こんなことは、病院や施設でもあることだ。思うようにいかないのが経営であり人生なのだ。もちろんJR四国にとつてもだが、JR四国としては天候は予知していたものと思う。50分ぐらいでバスを用意して高知までは運んでくれたが、よく経営を考えているもので、バス一台、補助席含めてピッタリの人数だった。病院も、このようにピッタリでいけばよいが、折しも横浜市立医大

ではピッタリとできない職種連携が表面に出た後の頃だった。ただ、グリーン券なのに最後になつて、バスの補助席での移動は、ケツに堪えた。でも、タクシー、出迎えの乗用車で宿毛に着いた。そして、最悪のツキがやつてきて、ケータイをトイレに水没させてしまった。どこまでも、ケツ絡みのツキだった、すべて己が悪いと心の決着をつけた。

◎拘束、束縛とは?

去年までリハビリ病院だったアメリカの病院が、LTAC病棟を併設、移転新築していた。これは、日本で回りのIを取られている病院は、よく理解できることだと思う。9月の「LTAC研究会」の研究大会でも報告させて頂くが、STAC(短期急性期)病院の平均在院日数は、いまや5日を切っている。診療報酬の包括払い制度の下では、在院日数の短縮が最適の経営になるからだ。この最適はホームケアでも顕著にみられるが、日本の在宅系の介護、看護も「どれだけ速くADL、FIMを元に戻すか」が最適の経営になることは、機会があったら、報告する。とても経営として大事なことですよ!

さて、IRF(入院リハビリ)にどんなインパクトがあるかというところ、重症、複雑な患者さんが短期急性期病院→長期急性期病院→入院リハビリへと押し出されるという、絞り出されてくる。当然、いわ

ゆる手間の掛かる患者の割合が多くなる。特に、バイアランスへの対応は、リハビリ病院なればこそ容易ではない。暴れる患者は、スタッフも危険だし、他の患者への危険もある。さらに自傷行為もある。

そこで、拘束が生じるが、それは人権問題になってくる。どうしたらよいのか、わが国でも精神科だけの問題ではなく、一般病院でも大問題だ。アメリカでも拘束は厳禁だから、問題は複雑だ。わたしは、縛らざるを得ないときは縛つたらよいという意見だが、そこでは「ざるを得ない」が問われていると思つている。自衛は軍隊だけではなく病院でも必要だ。もつとも、自衛隊は軍隊ではないという意見があるが、孫が今年、入隊しているわたしは軍隊と思つている。

閑話休題、先に書いたリハビリとLTAC病棟を併設された病院は既に数回、定点観測している病院だが、以前から拘束をしないために「ネットベッド」を導入されていた。理由は、暴れる患者がおられるからだ。短期急性期病院での入院日数の短縮も、一因であつたからだ。そのネットベッドを、日本のリハビリ関係者に訊いても知らない人ばかりだ。大きめのベッドを、ネットで覆つてあるものだが、中に入っている患者は拘束を感じるであろう、とわたしは思う。しかし、縛っていないという点では拘束ではない、ともいえる。

わたし自身が入っていると想像すると、やはり縛られるよりはいいが、窮屈であろうと思う。しかし、スタッフや他の患者に暴力を振るうことはできないから、縛るよりはいいのかもしれない。

実は、ネットベッドの賛否についてはオハイオ州では真つ二つであつた。先の病院はネットベッドを導入しているだけに賛成派であるが、他の視察の行った病院の大学教授は反対派であつた。理由は、縛つてはいないが拘束しているからだと言ふ。教授なら言いそう。

どうも、現実派と理論派のちがいはなからうかと、わたしは感じている。先に述べたように、縛らざるを得ない状況は医療でも介護でも、現場では生じる。そして、実際に縛られて死ぬ老人なる記事を週刊誌などで報じられている。ネットベッドを利用しながら、常時、観察していくことが自然なのではないかと、思う。ある程度不自由も人生なのだ。

岡田



これからの一ヶ月の
不安・不運・不信

医療の沸騰点



V

1 地域医療構想を読む
医療圏と生活圏

熊本県済生会支部長 副島 秀久

6月は子供の虐待や看護師が誘拐されて殺害などと暗いニュースが多かった。極めつけは大阪の地震で、先の熊本地震と重ねながら大変な時期を思い出していた。被害にあわれた方には心からお見舞い申し上げたい。

さて4年に一度のサッカーワールドカップが始まったが、対コロンビアの試合は日本チームの負けを予測するものが多かった。61位と16位では試合にならないと思うのも当然で、テレビ観戦も初めは気合の入らぬ見方だった。結果はまさかの勝利で期待していなかった分、勝った喜びは増大する。月曜の朝は総ての日本国民が気持ちの良い朝を迎え、逆にコロンビアは一同全員がつくりと言った体。もちろん勝ったからと言って日本の抱える問題が解決したわけではないが、気分が良い。

前置きが長くなったが、多くの医療者と行政関係者が長時間労働を意に介さず熱心に議論してやっと2018年の3月に各県の地域医療構想が出そろった。いや、それほど熱が入ってなかったという県もあるが、ともかく報告書は提出された。興味のある方は各県

のホームページを開けば、その内容を読むことができる。少なくとも自分の医療圏でどのような議論がされたのかぐらいは知っておいた方がよい。全部を読んだわけではないが約3分の1ぐらいを読んでみた。公開の方法はばらばらでワードだったりPDFだったりこの辺は「地域の実情」に合わせたのか、厚労省からの指令が徹底していなかったのか不明だが、比較が難しい事だけは確かだ。

「地域の実情」にあわせて文章の構成も項立ても微妙に異なるが、当然の事ながら多くに共通するのは人口減と高齢化を嘆き、医師の偏在と地域医療の崩壊を憂う嘆き節だろう。そんなことはずっと前から言われて来た。今更嘆いても始まらない。大和総研の亀井亜希子氏のレポートでは二次医療圏341区域のうち328区域、実に96.2%は現行通りで、二次医療圏の見直しはわずか6県13区域のみである。そもそも医療提供体制が成立しないと考えられる33都道府県の87区域は見直し無しで、これだけの時間とお金を使っ出てきた結論がこの程度というのはいかにも寂しい。この結果をみて、

ルメルトの戦略論をふと思い出した。悪い戦略のトップは「空疎である」、次は「重要問題に取り組まない」にまさにぴつたし。地域構想の大半が「空疎」な現状追認であり、87の重点区域は「重要問題」にもかかわらず手付かず。

地域医療構想の議論が始まる時に日病ニュースに、二次医療圏の矛盾を解決せずに議論しても誤った前提からは誤った結論しか導き出されないという主旨の投稿をした。当方の地元の議論を聞いていても規模の大きな熊本医療圏とその他の小さな11医療圏の間の矛盾を解決しなければ「抜本的」な解決、即ち医療需要に見合った適正な医療インフラを構築する事は無理だと思った。二次医療圏維持へのこだわりは主に行政、そして医師会にある。既存の枠組みは行政側にとつては既得権であり、これを手放させるにはより大きな権限者が必要であろう。

医療圏の議論は突き詰めていえば行政圏の問題であり、廃藩置県の際を引きずったままの行政区で議論をすると住民が大迷惑するということになりかねない。19世紀末まで人口の95%が半径20km内で人生を終えていた。交通網が発達した現在、こうした遺構のような行政区が残ると街の真ん中に線が残り、行政サービスが非効率になる。熊本地震の時に支援物資を

他に回そうとしたら市街区以外にはダメと言われた。行政区が不自然なために起こる弊害だろう。

昔の村や町はその時代の生活圏を基にできた。従って当時の行政区はそれなりに合理性があったと思われる。しかし交通が発達することで時間距離が短縮し、生活圏が拡大していくのだから行政区は当然それに合わせて変えるべきなのだが、行政側が消極的で進まず、適切な生活圏の設定ができない。宮崎県高千穂町の患者さんは近い熊本市内に救急搬送されるケースが多い。救急なのに途中で救急車を取り換えるなどもあり、患者にはこれまた大迷惑だ。

それでは二次医療圏の人口密度や人口規模はどの程度が最適なのだろうか。日本再建イニシアティブの人口蒸発「5000万人国家」日本の衝撃（人口問題民間臨調・報告書）を読むと行政効率の最も良い人口密度は4000-5000人/km²で、これ以下だと税収以上のサービス提供となり、これ以上だと税収以下のサービス提供になる。人口規模で言えば20万人以下、さらに入院患者の流入20%未満、流出20%以上でいわゆるトリプル20にあたる医療圏では厚生労働省も医療が成立しないと問題意識を持っていた。高度急性期を担うにはそれ相応の設備と人材と地域の経済力が必要であり、やはり40-50万人

の都市でなければ維持できない。そうすると二次医療圏の規模は最低でも50万人程度に再編する必要がある。再編は既存の行政区ではなく生活圏を基本に組みなおさなければ、県境の医療提供体制は改善できない。

地域医療構想は単純に医療提供体制の問題にとどまらず、行政区の拡大的再編の問題になる。平成の大合併は市町村単位であったが、県単位で解決するとなると道州制を考えざるを得ない。人口を集約し効率的な行政サービスができれば、増税をするかサービス低下を我慢するかしかない。2025年以降も労働人口は減り続けるので、現役世代の税負担はますます大きくなる。それは我々の問題ではなく、生まれてない世代も含めた後世代につけを回すことになる。コンパクトシティは50万人、人口密度5000人/km²を目標に長期的な計画を作り、出生率を100年かけてできるだけ2.0に近づける努力が必要だ。日本には残された時間は少ない。にもかかわらず国債と言う借金をつくり次世代に負担を付け回して、束の間の経済成長を追い求めているように見える。

世の中、暗く見えるが「暗さは暗いと認識して初めて、明るくするための現実的方策を考えられるのだ」と佐藤優氏は述べている。まさに至言だ。

怒りの心

怒ると、ロクなことではない。だけれど、怒りを感じることは日常だ。それをどう鎮めるかは人格の問題だと思う。わたしにとっては、努力を必要とする人生の一刻だ。

と書いて、高校3年ごろから大学生の時は、安い酒を飲んで「努力の努の字は、ヤッコラヤのヤ」なんて戯歌を唄って騒いでいたことを思い出す。その後は「女の又に力アリ」だ。オンナという言葉に青春はイキリ立つ。

その伝でいえば、「怒りの怒の字はヤッコラヤのヤ、女の又に心アリ」になる。その力と心は体力と精神力だ。となると、努力は力術で、怒りは心術（わづ）とされている。別の頁に書いたことだが、列車が運行中止になると、怒りを感じる。自然現象で仕方がないことだと分かっている。でも、品格の足りないわたしには、仕方がないと100%は思えないので怒りを感じる。

また、仕事上のことでも怒りを感じることもある。人間だから。そんなときどうするかは、わたしのみならず医療・福祉従事者にとって大事なことだ。

第一は、怒りの原因が自分自身にあるかないか、と問う。先の自然現象は全く自分自身に原因がないかという、豪雨のときには列車が運行中止になることが多い。

高知県の繁藤地域を通るのだから、空路にしておけばよかったという悔いが出てくる。そうやって、怒りを鎮めているように、怒りの原因に全く自分自身が関係ないものはない。ゴルフでOBが出て怒ったって仕方ないではないか。

そして、怒りを発散させるために、クソッと自分を叱る。怒りはまさに自分自身のモノだから、自分を鎮めるしかないし、ゴルフは人間性を高めると、都合のよい理屈をつけてゴルフをしている。

医師や管理職は、怒りの処理方法を心得ていないと、いい医療者にはなれない。世の中は、自分の思

い通りになると信じている人間は、生きていくのが大変だろう。だけど、医師は常に最善の自己決定で診断しなければならぬ日常があるから、自分の決定はベストだと思わなければ仕事にならない。そこを、自覚しないと傲慢を他者に与えてしまう。昔から、労災保険が効かない労災病と思っている。怒り、あるいは憤怒の原因が人々を思い通りにしようとした自分にあることを自覚されている医師は、この「ビョーキ」が少ない。まったくないことは人間である以上不可能だが、自己にも原因があるという抑制が効くから、患者に評判が



いい。医療者、特に看護師さんは納得される、と思う。

いたずらに「医者が、医者が」と医師を悪徳視するのは、一面、いや表面では分かるが、そうしてしまった自分がないのかと、看護師によく問いつける。わたしの怒りは、わたしに原因があると書いてきたでしょう。「自分は悪くない」と思っている人こそ、社会にとって最悪なのである。政治家や大学のオエライさんの悪事の原因も、国民のひとりとしてアナタやワタシにも原因があるのだ。

ただし怒るなどいつているのではない。怒りとは感情だから、これを抑圧したら人間がおかしくなる。耐えることは一時的に必要なが、耐えて耐えての30年なんて職員が病院や施設におられるが、表情を見たら一目瞭然だ。苦しいだろうと思つて見るが、もはや苦から諦めに達している。

人生五十年から、人生百年と安倍総理は言っているが、あの人も怒りが分かりやすい。ただ、自分にも原因があるとは思っておられないようで、自分以外の外部、例えばマスコミに原因があるという言動をされる。それを自己合理化というのだが、孤独担当大臣を置けないわが国の原因は、孤独だと思つていない首相にもあるのではないかと思う。怒りを捨てようとしたら、合理化しないだね！ 岡田

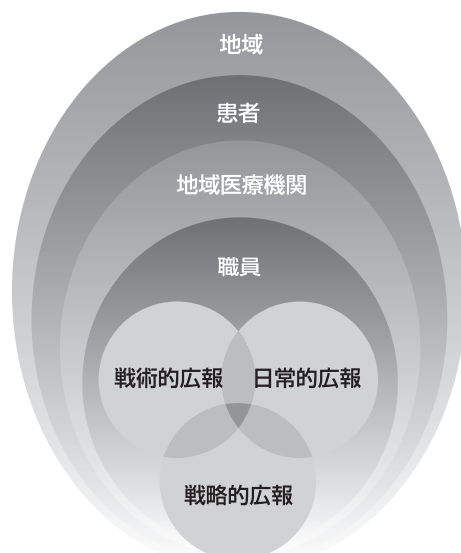
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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

第436回 これからの福祉と医療を実践する会

国民医療費は、改定率で増減する診療報酬単価と、高齢化や医療の高度化のもたらす医療提供量の増減の影響を受ける。そして、国民医療費は国民の医療費負担と医療機関の診療報酬総額を決定する。福祉施設・医療機関の経営は国民医療費の増減に着目していくことが重要であろう。また、政策的な面から診療報酬単価が決定されていることに鑑み、想定された政策目的と自分たちの経営方針との距離感を意識し、それぞれ福祉・医療に対する自らの信念に基づいた判断を下していくべきである。

2018年人口動態統計によると平均寿命と健康寿命の間には概ね10歳の開きがある。介護・医療が必要になってからの「生きる」とをどう支えていくか。患者・利用者の尊厳と意思が尊重されることは当然だが、御家族の身体的金銭的負担にも心を向けなくてはならない。出生率が年々減少して14歳以下の人口が減り、15歳から64歳の日本を支える人口が減っているという現実を、福祉施設・医療機関を運営する我々が真摯に受け止め、足りないものは足りないとして認め、足りないものは足りないとして描く夢を足腰の強いしっかりとした土台の上でどう実現していくか。知恵と工夫と、そして何よりも強い気持ちで試されるときであろう。

患者の心に寄り添う医療を実践してきた田野倉さんの発題のなかで、自分たちの目指したいものを実現するためのヒントが見つかる。

(小山恵子)

八月二十四日(金)

午後二時～四時半

2018年度

医療・介護同時改定の意味を探る

……改定後の実績をベースに

次回改定まで見据えて

医療法人社団永生会法人本部

副本部長・永生病院事務部長

会場 田野倉 浩治

参加費 戸山サンライズ大会議室

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

▼知人の台湾の人が「台湾の天気と同じになってきた」と言われていた。温暖化であるが、悪いことは大それた。故郷の岡山でも甚大な被害が出た。壊れた堤防は、JKの彼女とデートしていた小田川だ。

▼自然は情はあるが、感謝はしない。死者を出し、街を破壊する。制圧することは、AIにもできないから、その予知は自然に従ったらいのだから。でも、地震警報は携帯が叫んでからでは、遅い。

▼その点、医療、介護は自然に従ったらい。治る病気は治るし、死ぬときは死ぬ。どう死ぬかとなると、逆らうより従ったらいぞ。

▼そう思うのは、女性の方だ。男性は考えたくないというデータが、アンケート調査でくっきりと出る。男は死と闘い、女は死と仲良くしたいのだ。どっちが自然なのか？

▼わたしは男だが、ホモとかなんとかではなく思考が自然のように思う。最近の口ぐせは「なるようになる」だ。闘わない男の自然観だ。だが、不正とは闘う。

▼4頁にも書いたが、米国の介護の成果報酬も自然だ。良くすると利益が上がり、悪くすると損をする。わが国の介護報酬や看護報酬の逆なのだが、どっちがいいのか。

▼今年も半分が過ぎた。わたしは、なにができたのだろうと、振り返る。花の唄のような気分である。

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!

ボ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