

# 社会医療ニュース

## 介護報酬制度の変化は 成果へのスピードになる

所長 岡田玲一郎

診療報酬も介護報酬も、時代と共に変化してきたことは、医療、介護の現場の人たちは肌で感じておられるだろう。しかし、医療、介護の対象者である一般国民は熟知してはいない。そこにズレが生じ「あそこの病院は、すぐ追い出される」といったことが、喧伝されてしまう。その一方で、病院や老人施設は儲かっているところという誤解も生じている。このことは、医療介護を経営する側としては、困ったことだという認識はあるだろうか。わたしは、無いに等しいと感じている。診療、介護両報酬を国民から戴いている機関として、それでいいのだろうかと思っている。

出来高払いから成果払いへ  
そして、その先にあるのは……

回り八病院や病棟を有しておられるところは、37や16という数字に敏感になっておられる。FIMスコアによる数値である。それは同

時に回り八としてのステータスを表しているともいえる。

成果とは、ひとつのスタート地点がある。例えばFIMスコアにしても、スタート地点での数値によって成果の数値は一般的には変化してくる。7対1看護管理加算にしても、重症度や看護必要度の数値は高いほどいい。高いほど改善度は大きくなるのだけれど、あまり改善し過ぎると、7対1看護の要件を満たさなくなってしまう。過去にあった「血圧、一日6回」や「モニターを着けたら……」というのと同じプロセスである。そこで、看護師や医師の心を痛めることが起きてきたのである。回り八も、全く同様である。

さらに回り八には「休日加算」というのが国独自の報酬もあるから、成果をめぐる報酬制度は変化せざるを得ないのである。7対1看護管理加算も、回り八の改善スコアにしても、いまのままでもいいと、

### 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

わたしは思っていない。さまざまな改善度には、どれだけの時間を掛けてという「時間」のファクターが必要だろう。例えば、3日間で、一週間で、一ヶ月で、という要素が必要になってくる。急性期病床での離床という基準でみれば、分かりやすいと思うし、FIMスコアの改善度にしても、どれだけの時間を要しては、不可欠な要素ではなかるか。

極端な話「何年も掛けて」は、要素にはなるまい。逆に、一ヶ月でどれくらい改善されたか、一週間ではどうだったかという要素は、いまはないけれど、やがて必須条件となるだろうと予測している。そこに、疾病別のProcedureが問われるのだが、先月号でも本頁でふれたことだ。

究極の包括払いは  
ケアの効率化になる  
六月にアメリカで、ホームケア・エージェンシーの会社を視察した。回り八、看護、介護、服薬など、いろんなケアを提供している。その会社で「儲かっていますか？」と質問したら、「もちろん利益は出ます。それは改善のスピードです」

と言われている。

具体例として、LTAC病院から、自宅に帰られた患者さんのケアの場合、要介護3から自立のレベルに達するまでのCMS（メディケア・メディケイドのセンター）の決めた包括払い額が、50万円とする。3週間で自立のレベルまで達した場合、人件費などで30万円の経費（コスト）が掛かったら、エージェンシーの利益は20万円となる。それが一ヶ月になると、コストが50万円になって利益はゼロになる。もちろん、それ以上の時間が掛かると、利益は出なくて赤字（損金が出る）になってしまう。ここでは、利益を出すためには、スピードが必要で漫然はないのである。

わが国でも、包括払い制度は常識になってきているので、経営としてスピードで利益を出すしかない時代がやってくるだろう。そしてスピードとは、スタッフのスキルが勝負になる。さらにホームケアとは、リハビリ単独ではできないから、さらに、サービスを提供する各種種の連携が必須条件だ。

先月号でも書いたが、「ケアの継続性」が求められる時代に、スピードは大事なことだと思っ。急性期病院では、ケアの継続性を実現するためには、地域包括ケア病院や訪問看護ステーションとの連携が必要になる。例の「一生、面倒をみる」と言う医師の言葉は、急性期病院の医師の意思であって

も、各種機能と連携せざるを得ない。死後の葬儀のことまで関係すると思っしたのは、わたし自身、事務長時代に葬儀社と連携することによって、キックバックを得ていたからだ。現在でも、看護部長クラスには「ない話ではない」とも聞いている。もちろん、その善悪を論じる気はないが「一生、面倒をみる」という恩着せがましい言葉は、実現には機能連携なくして面倒みられないのである。過去のパターンナリズムの医療では、無理な話だ。

そのように考えたのは、先の米国のホームケア・エージェンシーの各種種のスタッフの日常の業務を聞いたことと、利益は時間によって異なるという制度からである。わが国の報酬制度も、疾病別の標準包括払い制度の下で、改善度や死へのプロセスへの成果と、そこに掛かる時間によって決定するようになると思えてならない。

成果に時間（スピード）が加わったものが、効率的報酬となる時代が必ずやってくるのではなからうか。そして、経営として必須条件は各職種（例えば医師や看護師などの職種）のスタッフのスキルの向上になってくるだろう。能力が低かったら儲からない制度は、実際に正しい報酬制度だと思っ。そして一般産業も同じではなからうか。能力の低い社員ばかりとか、平均的能力の低い社員では、利益は望むべくもないと思っ。

# リスクマネジメント

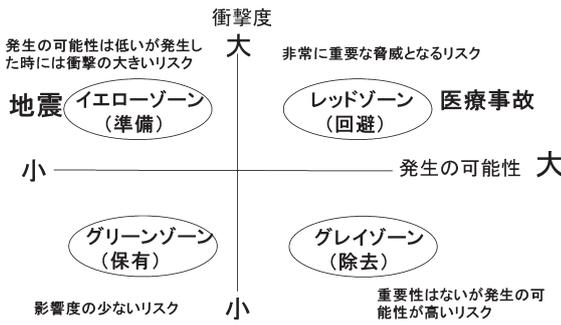
新須磨病院  
院長 澤田勝寛

大阪北部で起こった地震に続き、中国地方を中心に豪雨災害が起こった。200人あまりの人命が失われ、多くの家屋が流され押しつぶされ水に浸かってしまった。4年前の御嶽山の噴火、2年前の熊本大地震と、繰り返し起こる天変地異。自然災害は防ぐ手立てはないが、多少なりとも被害を減じる事はできる。これを機会にあらためてリスクマネジメントについて考えてみた。

## ◆リスク分類

フィンクのリスク予想図がある。リスクを発生の可能性と衝撃度で4分割している。右上(レッドゾーン)は頻度も衝撃度も大きなリスク。左上(イエローゾーン)は、頻

## フィンクのリスク予測図



度は低い衝撃度の大きなリスク。右下は頻度は高いが衝撃度が低いリスク。左下は、頻度も衝撃度も低いリスクである。

レッドゾーンの代表は医療事故である。インシデントも含めると、頻度は高い。そのため、感染対策を含めた医療安全対策は病院にとつての最重要課題として、熱心に取り組んでいる。レッドゾーンのリスクは何としても回避しなければならぬ。

イエローゾーンの代表は地震である。稀にしか起こらないが、発生した時の影響は大きい。阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本大地震、大阪北部地震しかりである。地震を回避するのは難しく準備するしかない。日本で、地震から逃れる術はない。耐震構造、家具の配置、地震保険で備えるしかない。火事もイエローゾーンのリスクである。予防にはオール電化が望ましい。火災報知器や消火器を準備して、火が出たときの被害の拡大を防ぐことも大切である。

## ◆タイタニック号の悲劇

デイクアリオの出世作となった映画「タイタニック」は実話である。1912年4月イギリスからアメリカに向かう豪華客船タイタニック号が冰山にぶつかり沈没し、乗員乗客あわせて1517人が死亡した。突然冰山が出現して衝突したわけ

ではない。航路に冰山があると、計7回打電されたがそれを無視して突き進んだ。冰山発見から衝突はわずか37秒。積載救命ボートはわずか16隻。2223人の乗員乗客を救うには少なすぎた。航路を変更すれば冰山にぶつかることはなかった。もっと救命ボートを積んでおれば、これほどの被害を出すこともなかった。あとで述べるリスクアセスメントもダメージコントロールもできていなかった代表的な例といえる。

## ◆基本的な考えかた

基本は二つ。リスクを予知予防して未然に防ぐリスクアセスメントと、発生した被害を最小限に抑えるダメージコントロールである。痴漢被害を例に考えてみよう。リスクアセスメントは、夜出歩かない、一人歩きはしない、女性専用車両に乗ることである。ダメージコントロールは、逃げる、大声をだす、撃退することである。しかし、痴漢にあつても声をあげることすらできない女性が多い。

もう一つ大切なことは、「イメーヂでなければマネジメントできない」ということである。いざ事が起こると平常心を失うのが常である。冷静な判断はできず、パニックに陥る。火事で119番に電話できない人もいいる。「どこが火事ですか?」と聞かれても「自分の家です」としか言えず、住所を正確に伝えられないこともある。

患者が急変したときの対応も同様である。昇圧剤を指示するときに、「くすり!くすり!」では看護師は動けない。「ドバミンを注射!」でも無理である。「ドバミン100mgを生食100mlに溶解して、時間10mlで点滴!」という指示なら伝わる。普段からリスクを予想し、イメージトレーニングをしておくことは大切である。

## ◆ハドソン川の奇跡

2009年1月15日、ニューヨーク発のUSエアウェイズ1549便は離陸して間もなくカナダ雁の群れに衝突、両エンジンが破壊された。管制官は最寄りの空港に着陸するように指示したが、間に合わない判断したサレンバガー機長は、ハドソン川に緊急着水し、人口密集地に墜落するという大惨事を間一髪で避けた。

乗客乗員全員が無事脱出に成功し、犠牲者は1人も出なかった。エンジン停止から不時着まで3分28秒。墜落の危機に瀕しながらも、わずか208秒の間にハドソン川への着水を決断し実行し成功した。この事故は「ハドソン川の奇跡」と呼ばれ、サレンバガーの冷静な判断と操縦技術が賞賛された。ニュースで、ハドソン川にわずかに浮んだ翼の上に悠然と立っている機長の勇姿に胸を熱くした。この出来事は本になり、トム・ハンクス主演で映画化された。

発生する前なら「平事」であるが、危機が現実の事象になれば「有事」となる。平事のアフターユー(どうぞお先に)から、有事ではフォロミー(俺についてこい)に切り替えねばならない。突然の有事では、誰もが慌てて平常心を失う。冷静な判断ができず、固まってしまふ。リーダーも一時平常心を失うのは仕方ないが、それを素早く立て直すことができるのがリーダーの資質である。

## ◆有事のリーダー

リーダーには、現場に最初に飛び込み最後に立ち去る「ファーストイン・ラストアウト」という態度が求められる。鎖は引張ることができても後ろから押すことはできないように、先頭に立つて引率するのである。いくら肝(きも)が座つていようと、散歩のついでに富士山に登った人はいない。サレンバガーは、機長にとつて一番大切なことは「飛行機を飛ばし続けること」と認識し、過去の飛行機墜落事故を丹念に調べ、その時の対応を検証していた。常にシミュレーションを繰り返して、あらゆる事態を想定していたわけである。

天変地異とはいえ、大阪北部地震、西日本豪雨、台風12号と様々な有事が続いている。医療はいつ何時リスクが顕在化し有事となるかもしれない。リスクマネジメントと有事のリーダーについて再認識する機会となった。

人材育成の基本と手法 (16)

ゲーム形式の研修の意義

岡田 玲一郎

7月中旬の日本経済新聞で、マクドナルドなどの外食産業の社員研修で、ゲーム形式を多用していることが報じられていた。いまだき……ならではと、思った。座学での詰め込みには限界があるからだ。そして、知識より感覚が重視されてきているのだと、私見する。

経営者から一般のスタッフまで、経営体の個人個人は、成長していかないと経営を維持し、そこから発展していくことは難しい。その成長をサポートするのではなく、言い過ぎかもしれないが、あるときは暴力的に経営者以下の成長を促す教育は必要不可欠だ。暴力的に的の傍点を付したのは、意味あつてのことだ。暴力、例えば以前にあつた「地獄の特訓」は、わたしは絶対にあつてはならない派である。暴力的とは、一般に使われている言葉でいえば「ツツコム」というものだ。特に、最近では老若男女に拘らず、この本音を避ける傾向が強い。だから、人間関係に隙間が出現し、目に見えない壁のようなものが存在した日常になつていく。寂しい、孤独を感じるのは無理のないことなのだ。その点、ゲーム形式を研修に取

り入れるのは、いいことだと思ふ。私も「体験学習」としてのゲーム形式は、研修の初期に使っているが、先マクドナルドなど外食産業も、おそらく、研修の初期に使われているのだらう。これは、かなり昔から「アイスブレイキング」と称していた。

遊び心の中に潜む 感性の掘り起こし

ゲーム形式の研修は、表面的には楽しい。参加意欲も湧くから感情表出がある。もちろん、寂しげにグループから浮いている職員もいる。管理職や医師に出現率が高い。それと、技術系の職員、特に頭脳が高いと思つている職員は、浮きがちだ。ゲーム形式の研修をナメる頭脳の為せるところだ。

しかし、そんな頭の良い人も感性がフツー並だと、そこに気づきがある。なにしろ、数人のグループで実施するのがゲーム形式の研修だから、考えはどうあれ、浮いている自分、なんとなく気づくものがある。その気づきのレベルで停止しないで、ゲーム形式の自分を振り返る記述が大事になる。

先日、病院の主任クラスの研修をしたとき、一時間ほどのゲーム形式

の研修の後で、ふり返りをしてもらった技術系主任が、ふり返りの文章で気づきを書かれていた。その研修は、グループメンバーがそれぞれに自分以外の人の「優れている点」を、知識、技術、意欲に分けて記入してもらったものだ。人は自分の欠点を他人から指摘されると、愉快にはなれない。そして、それはあまり意味がない。だから、わたしは「優れた点」を記入してもらう。

自分の優れた点を他者から評価されて、のほせ上がる人はいるが、多くの人は他者の優れた点の評価から、自分に不足していることを自覚する。それは、主任クラスでも新人でも同じだが、やはり役職者は役職者だけのものがあつて、その気づきは深いものがある。

先の技術系主任の人は「他者の意見を受け入れられない自分」と書かれていた。これは、素直に他者の意見を採用入れるメンバーから学んだことで、どんな座学でもなかなか到達できない成長だ。そんなこともあるから、ゲーム形式の研修を遊びと思つてはならない。

人生どこにでも 成長のきっかけがある

ゲーム形式ではないが、個人の人生から学ぶことも大事な研修だ。これもよく使われる手法だが、社会人となった新人だけでなく、永年勤続している職員は、人生ではいろんな人と接している。親、祖父

母、兄弟姉妹、学友、教員など、多くの人と接している。関係の深い人もいれば、単なる接しただけ（いたかあという人）の人もある。その人たちも、確実に人生の教師だといふのが私の信念であるから、現在の自分との関係性を記述してもらうこともある。

厳しい教師の言動、精神的に救ってくれた学友などいろんな記述があるが、ついこないだは感動的だった記述を書いてくださった職員がおられた。その方は、自分の人生に一番影響を与えたのは「両親」と書いていた。高校生時代と思われるのだが、遊びが好きで遊び呆けていたときに、昔でいえば「勘当」で、一切の経済的援助を打ち切られたそうだった。

その「勘当」が、いまの技術者として生きていくきっかけになつたと書かれていた。オヤジギャグではないが、わたしは感動した。いまだきの親は甘い親が多いと思つていたからだ。年齢的にみても、いまだきの親である。

獅子は子を断崖から落として教育するという寓話があるが、獅子はなにも悪事をしたからではない。しかし、彼は悪行と思える遊興で、崖から落とされ一切の援助を与えられず家を出された。しかし、彼はそこから自立を果たしたのである。わがこととして思えば、親は辛かったことだらう。そこが、彼にも伝わったと思つたものだ。辛管理職も、部下の親である。辛

くとも、部下を勘当同然の仕打ちをしなくてはならないこともある。部下が、職業人としての道を外れた場合で、なにもないのに勘当することは、イジメでしかない。と書くほど、感情的（感情表出とはまるでちがう）な上司はいるものだ。経営者は、このような管理職は勘当すべきだらう。

このように、人生経験の中からの学びを話し合える研修は、何回かになるが座学ではできない。人生、それも職業人としての人生を歩んできた中から、感じてきたことを表出できる場をつくる必要がある。それが、ゲーム形式の研修の利点であることを経験しているので、書いた。

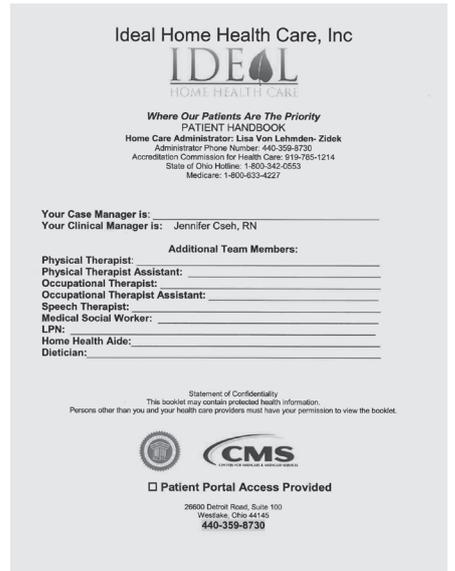
マクドナルドなどの食品、それも外食業界は、ひとつひとつの商品を販売するサービス業だ。そこには、さまざまな顧客がいるし、ときには逆上せ上がった経営者も出てくる現実がある。その組織の弱点、盲点を正していくのは、わたしは一人ひとりの組織のメンバーの力しかないと思つている。

その組織の成員を厳しく（本当のやさしさ）で教育していくことは必須である。それがなければ、組織に厳しさが欠如して、新聞紙上を賑わしている数々の事件が起きて当然だ。それが、組織の緩みであることは、読者の皆様はご承知であらう。「緩み」を産むことを断つ厳しさを学んだ事例だ。

このところ、医療側が患者側に言う「一生、面倒をみます」の怪しさについて書いてきた。事実、一生、面倒をみるシステムを確立している医療機関は少なく、その一部分を担っているに過ぎないからだ。具体的に述べれば、病気になる前の検診から、急性期、慢性期などの各ステージを経てホームケアまで完全に整っているかとなると、それこそ怪しい。

特に、ホームケア、わが国でいえば在宅ケアは、未発達だと思ふ。そこで、今月号では米国のホームケアの現実を書きたくて、平常よりちがう組み方をしてみた。むろん、メインテーマは「四苦八苦」であり、相当な四苦八苦を覚悟して実践されたい。

右肩のコピーは、米国のオハイオ州ウエストレックにある「IDEAL」というホーム・ヘルス・ケア会社の患者ハンドブックの一枚目である。



### 四苦八苦 四苦八苦

クリニカル・マネジャーは Jenner Cseh 看護師であることが記してある。以下、PT, PTA, OT, OТАなどの欄があるが、これは担当者が決定したら、記入する。わが国の在宅ケアの患者のハンドブックはあると思うが、MSWや准看護師、ホーム・ヘルス・エイド、栄養士などの欄があるだろうか。いずれも、ホーム・ケアに必要とされる専門職である。なお、PTA は理学療法士のアシスタントで、学歴からすれば日本の PT であり、OTA も同じである。

わたしの経験した米国のリハの現場でいえば、PT とはわが国のリハ医であり、PTA は日本の PT に該当する。なお、下段の CMS とは「メデイケア・メデイケイド・サービス・センター」で、米国の老人医療と低所得者医療、つまり診療報酬の支払い機構の認可証である。ホーム・ケアを必要とする

るのは、日・米を問わず老人と低所得者なのである。紙面左側の丸いものは、ホームケアの認可機構である。日本にはないの？

その後が続くのが「週間職種別訪問スケジュール表」「薬剤管理リスト」や「保険外サービス」「サービス終了リスト」などが続く。ここまでのサービスやリストが、わが国にあるだろうか、と思うのだ。もしかしたら DNR (心肺蘇生の拒否) や「事前指定書」は、わが国でもあるかもしれないが、私見では訴訟国家である米国のもののように整備されたものではないと経験している。

さらに、機器の貸し出し表もあり、血圧計は 35ドルなどの機器の値段表も明記されている。

これらの資料が、米国型 A4 で 40 頁ぐらいあるが、本気で本物のホームケアをなさろうとする病院、施設はコピーを送らせていただく用意はあるので (一頁 10 円ぐらい) お申し越し下さい。また、本年 6 月の米国視察ツアーに参加された病院では、参加者が保有されていることと思うと共に、是非、活用して頂きたいと思う。

紙数が少ないので詳述はできないが、わが国の在宅ケアもこのようにキツチリしたものになってくるのは確実だ。血圧などは自己管理してもらい必要はあるし、DNR の説明も在宅ケアにとって、大事なことだと信じる。

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!!

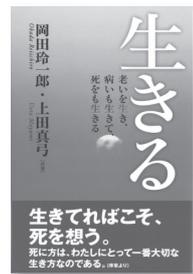
社会の変化で「生きること、死ぬこと」、特に「終末期をどのように生きる」かへの関心が強まっております。その啓蒙活動は天命と心得て、ご要望のある病院、施設で無料で講演させて頂いており大好評です。

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27日(月)愛生館コバヤシヘルスシステム(愛知県安城市)
- 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



◎暑いのは、みんなだよ！

本紙が発行される8月中旬は、本稿を書いている7月中旬の暑さが続いているのだろうか。太平洋高気圧とチベット高気圧が重なっての猛暑だそうで、わたしは7月14日に外気が40度の日にゴルフをした。その罰なのか、新幹線で帰って家に着く前に、膝がガクンときて倒れてしまった。クソ暑いのにゴルフをした高齢者への天罰だと自覚している。かといって8月9月の沖繩、福岡、熊本でのゴルフは、やめる気はない。ゴルフ場で倒れたら救急車だけは呼ばないでと言って、ゴルフをする。

暑いのは、わたしだけではなく、みんなだから、暑いのが嫌な人や、倒れたら困るといふ人は、ゴルフをしなきゃいいんで、単純な自己決定、自己責任のハナシだよ〜ん。

◎回リハのスタッフのジレンマ

いろんな病院のいろんなリハのスタッフと話をすることは多い。「37」という数字の話が、必ず出てくる。それは愉快な話ではなく、ずつしりと悩みのある話だ。  
アメリカやカナダのリハビリの報酬の話をする、うらやまさを

表出される。そして、「いまある点数は取らなきゃダメ」と言うのだが、やはりスツキリとしたリハを望まれている。医療は性悪説で診療報酬が決められている以上、善いリハビリをやるうとする、悩ましくなるのである。その点、一頁に書いた「成果へのスピード」に重点を置いた診療報酬になれば、多くのリハビリのスタッフは救われるだろう。逆に、屁理屈をつけて、自己合理化して上におもねるリハのスタッフは、更に悩みが深くなる。そして、その顔は歪むくらいいいことはない。

◎看護学生の気づき

昨年あたりから、市民講座に看護学生が参加されるようになった。また、看護学校単位で講義する機会も増えている。わたしはわたしの考えの「看護」に関する話をするし、市民講座でも学生がいることは意識しないで、社会医療の話をする。なにしろ、高看の学校を一学期で退学になったわたしだから、看護の真髄に迫る話だ。講演中に寝る学生はいないのだ。

その中で飛び抜けて関心を寄せるのは、なんと「死」に関することだ。もつとも、18歳ぐらいの学生が大部分だから(中には40歳もおられるけど)、「死」を身近に考えている学生は少ない。しかし、話をした後の感想文は、ほとんどすべて「死」に関係している。「看護は死と無関係では存在し

ない」というわたしの表現に、改めて意味の大きさを書かれてくる。看護は死と無関係どころか、究極の看護がそこに在ると話すのだが「コミュニケーション論」や「人間心理学」での学習では、よく理解できない生(なま)のものだという記述もある。よく分かる話で、死とは学問、知識ではなく、「実存」だからである(チョット エラソーに書くが)。つまり、看護の現場での死は、理屈では対応できない、まさに「そこに在る」ものだからである。講義、講座で話をする死も、わたしの実存なのだ。リアリティそのものだ。

◎便利、簡単は、人間の退化？

スマホは、わたしも持っているし、ケータイも便利に使っている。そのケータイをトイレに水没させて、往生したほど、便利だ。ただ、そこに依存していいのか、とも思う。出勤のとき、私鉄に乗りJRに連絡するが、その車中でスマホを使っている人を見ると、かなりの人が棒状の線が出るJRとの乗継時間や目的地の画面を見ている。そりゃ、やり過ぎで

考える、予測する、という脳を弱らせるぞ、と密かに思う。JRの時間は、脳で判断できる筈だからだ。それもそうだが、アノ、レストランの食事やファッションのスカートやシャツの画面は、なんだかなあ、と思ってしまう。レストランの料理はインスタで送り、送られるらしいが、意味がワカランナイ。お金はあるん

かい、と思ってしまう。頭がバカになるぞ。米国のスマホ中毒対策を知らないのだろうか。

だからなのか、考えることが退化しているようで、病院などの職員が「ソレ、やったことがないから」と、経験のない仕事を拒否する。その方が、簡単、便利だからだが、人間としての進化はない。それでも生きていけると思っている脳は、どんな脳なんだろう。

◎心を新たに、人の死

みんな、どんどん死んでいく。しかも、年下の人が多く、年上は少ない。平均寿命のせいと思う。当然、亡くなった人との年齢差は拡大するばかりだ。生きておられるお方との年齢差は、わたしが死んだら年々縮小し、抜かれるときがくる。それが、人生だ。

と思うから、仕事への欲が湧くのだが、一方で死ぬ前にやり遂げなければと、焦りがくる。予定されている仕事を滞りなくやろうとするから、ミスのないよう焦り、念には念を入れる。年寄りになるとこうなるのかと、改めて感じ入っている。まわりは、迷惑だろう。

どうか、ご迷惑をお掛けしている方は、お許しください。

◎素直ということ

日本消化器学会九州支部の学会で「大腸がん治療の最前線と緩和医療」のテーマで、話させて頂く。

9月中旬のことだ。医師ではないし、ましてや大腸がんの治療者ではない。しかし「市民公開講座」だから、わたしなりに緩和医療と死について語らせて頂く。

緩和医療とホスピスケア関連の話になると思うが、どのようなケアを市民が望まれるか、関心がある。苦しみを緩和する医療は必要だが、死を延ばす医療をどうなさるのか、正解は個人及びご家庭の選択だと思っっているが、これが現実としては容易なことではないことを訴える。

死を望んで、緩和医療ではなく、死にたくはないし、苦しみをたたくもない望みだろうから、難しい。こは、永年の経験から得た市民感情からのお話をするしかない。と、素直に思っっている。前項の年寄りの切迫感も交えて、いつも語っている「死をも生きる」でいくしかあるまい。しかし、大腸がん治療の最前線の先生方の前で人生観を語るには、飾らないで素直がいいと思っっている。 岡田



これからの一ヶ月の  
不安・不運・不信

医療の沸騰点



V 地域医療構想を読む

2 地域医療構想と医療インフラ

熊本県済生会支部長 副島 秀久

梅雨が明けてからの猛暑は殆ど殺人的だ。西日本豪雨災害で被災された方も支援者もこの異常な暑さの中の作業は本当に過酷だと思ふ。熱中症にはくれぐれもお気を付け下さい。さて、気になる事はこの猛暑の原因とこれがいつまで続くのかである。温暖化がある時点を超え、深層部の海水温があがり、海がもうバツプラーの役目を果たさなくなるとノーリターン、つまり後戻りできない状況になる可能性が高い。つまり温暖化が加速されるという恐怖のシナリオの始まりではないかと危惧している。

もう一つの恐怖のシナリオである日本の人口減は2005年ごろ始まった。人口減は予測されていた事であり、もう少し早く具体的に効果的な策を打ち出しておくことと緩やかな減少に留められたらう。政治家は人口が多く投票率の高い高齢者ばかりをターゲットに集票してきたので、少子化対策は事実上、掛け声だけであった。人口がノーリターンになる状況は各県で異なる。医療者が積極的に自ら変化しなければならぬ努力の程はこの人口減少のスピードと既存インフラのボリュームとのミスマッチ

平均より少ないのか(最大値1094床 高知県、最小値492床 埼玉)、他のインフラもその地域特有の事情があつて大きな差があるのだろうか。2倍以上も！

そこで各県の歯科診療所の人口10万人当りの数を算出してみた。驚くことに歯科診療所の数は殆ど人口規模と正比例で斜め一直線上にプロットされる。東京だけが人口に比べ歯科診療所が多い。東京は歯の悪い人が多いのか、少なくとも歯を気にする人が多いのは事実だろう。人口過密地域の東京で歯科診療所が多いとすれば、逆に過疎地では歯科診療所は少ないのではないかと三言二語新たな疑問もわく。北海道の中空知二次医療圏は人口密度50.4人/km<sup>2</sup>と著しい過疎の状況だ。歯科診療所も少ないだろうと思つたがそうではない。人口10万人当りの歯科診療所の日本平均は54.2か所であるが中空知医療圏でも51.4か所と遜色ない数字である。もちろん眼科、耳鼻科、産婦人科、皮膚科などは不足している。それではなぜ人口当りの歯科診療所は十分な数があるのだろうか。

そこで今度は診療所(いわゆる開業医)と人口を調べるとこれも東京を除いて一直線上にならび歯科診療所ほどではないが人口に応じた診療所が確保されている。歯科医も診療所も需要に見合った開業を行つており、まさに神の手

が働いて一様に分布している。霞が関文学で表現すると「均質化」だ。こうした需要に応じた自由な選択が自然な分布を実現している。もちろん歯科も一般の診療所も初期投資が少ない事や歯科では自費診療が多い事等も要因として挙げられるだろう。

これに比べれば一般病床の県間格差は大きすぎる。これは一般病床に限った事ではなく、療養病床の数は高齢化率や65歳以上人口との関係を見るとかなりばらつくかほとんど比例関係がない。高齢者人口当りの療養病床数が少ないと療養病床の利用率が高いだろうと思ふが、これも殆ど関係なくむしろ高齢者人口当たりの病床数と病床利用率は逆比例する。つまり病床数が少なく高齢者が多くても利用率は低い傾向にある。そこで療養病床利用率と平均在院日数(ALOS)を調べると利用率が高いほどALOSは長い。例えば富山県は療養病床の利用率が95%と最高だがALOSも250日と最長である。富山では余りぎみの病床をALOSを長くして埋めるという行動になつていようだ。結論から言えば、慢性的病床はアウトカムを明確にしないと、病床はすべて使つて埋めておこうという行動に出る。もちろん経済的合理的行動と言えるが、正しい選択ではない。一方で人口当たりの療養病床が少ない岐阜県では利用率80%

程度でも在院日数は120日程度で適正な運営がされているようだ。以上を見ると現状の多くの県では一般病床や療養病床は人口構造や高齢化率に応じた合理的な数ではなく、即ち自然なものではなく人為的な力が働いた結果、不自然でいびつなインフラになつていっているとされる。地域の実情に合わせてという一見、聞こえの良い政策が実は地域の声の大きなところに左右されてしまったのかもしれない。地域医療構想でも早い段階から人口や高齢化比率やアクセスシビリティなどを考慮して機能別の基準病床を決めておけば自然な誘導、つまり神の手で適正数に近づき現在のような苦勞をしなくてもすんだかもしれない。

これまで各県の病床数は「地域の実情にあわせて」アウトプットの下に選択されたかもしれないが、その選択にはプロフェッショナルリズムが欠けていた。同様に一県一医大や一県一空港などの人口規模を無視した政策は地元の選挙対策には有効だったかもしれないが、不自然なだけに維持が難しい。高度急性期病床を維持するには最低50万人の人口が必要であるのと同じだ。原則論のないまま増えた病床を原則論のないまま適正化するのには難しい。少なくとも各機能の目標病床数を各県で日本平均に近づけるぐらいのわかりやすい目標は必要なのではないだろうか。

社会というものは、つくづく賢い、強い、と思う。先月号でトイレの不便を米国で痛感していることを書いた。米国ではジャパニーズ・トイレというウォッシュレットの件だ。社会は、不便なものには解消しようとして、いまのところキャンディウだけが、おしり用ウエットティッシュを販売しだした。社会の不便を解消しよう、そうすれば商品が売れて、儲かるという企業として本筋の対応だ。だから、あらゆる不便は口にしたほうが、社会を構成する側も得をする。

### 社会は賢い

このところ主張し続けているホーム・ケアも、そうだ。在宅ケアを必要とする人、そして家族の不便を解消するシステムやプログラムを構築している病院や施設が、儲かるのである。これもこのところ書いてるように、トイレとは逆の米国側の発想に学んだら、よい。

4頁でも強調したことだが、プログラムにACPを入れることは、縁起が悪いという時代は去った。しかも、平均寿命は年々延びている。なんらかのホーム・ケアを必要とする家庭（ホーム）が増えていくのが、社会なのである。どう死ぬのか、家族と話し合う機会をとつてあげなければ、と思う。

家庭には、六千億円ともいわれる。服用してないクスリが眠って

いるのは、社会的損失だろう。誰が六千億円ものお金を払っているのかといえは、それは社会である。米国の場合、日本でいえば調剤薬局に連絡して、薬剤師が服用しないクスリをチェックしている。それも、ホーム・ケアのサービス機能（もちろん保険給付）のひとつである。わが国でも制度としてはあるのだが、活用したら社会資源の無駄をはぶける。



ら出たものだ。

AIの活用も、大いにある。特に記録、そこから派生する記憶の分野では、無限大だと思ふ。人間の記録、記憶なんて有限だと思ふからだ。そして、ホーム・ケアの利用者のデータを蓄積していけば、在宅ケアサービスは新しいサービスを発掘できるだろう。この辺りは、6頁の副島先生が精通されているから、そのうち、書かれると期待している。診療、診断の分野を飛び越え、社会的AI活用になってくるだろう。

マスメディアで報道されている簡易トイレとして、大きいビニール袋

に新聞紙を大量に入れて、それをトイレとして使い、新聞紙を処分するという手法より、もっとスマートなものができると思うよ。

トイレといえば、3〜4年前に「女性トイレ倍増運動」の署名活動をしたが、これも公衆トイレなどで徐々に実現している。女性トイレに必要なのは、化粧用スペースだから、そこからスタートしているこの現実、やはり社会が求めているのは、商機なのだ。

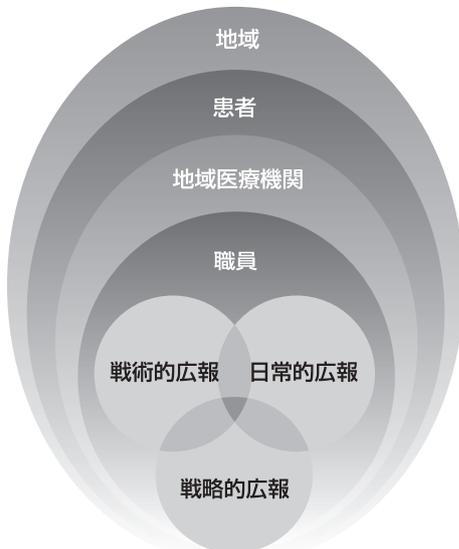
その商売気が、医療、介護の世界では薄いような気がする。なんでも商売にしてやろうという邪気ではなく、社会がなにに困っているかという、身近な生活からの商売気が、もつとあつてよいのではなからうか。定められた報酬を追うのは当たり前で、さらにクリエイティブな社会の視方が必要なのである。それは、例えばホーム・ヘルス・ケアの現場にある。単に在宅ケアに行つて、介護報酬、あるいは診療報酬を得ればそれで良い、じゃないと思う。

わたし達夫婦は、高齢者だ。二階建ての家で、いわゆるマンションではないところで生活している。そこでは、いっぱい不便がある。妻は、もしかしたらアンタそのものが不便と思つているかもしれない。わたしはゴキブリの出現が不便だが、それだけでも商機があると思うのである。ちがう？

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437回 これからの福祉と医療を実践する会

介護保険を医療保険と比べると、公的保険外サービス（以下、本サービス）が幅広く認められることが特色だ。しかし、その事業展開は決して自由で順調な歩みではない。本例会では、医療・介護事業者に加えて一般事業者が、将来性はあるが事業展開にはきめ細かい工夫が必要な本サービスを展開する際の課題を取り上げる。

第一には行政動向の確認だ。財政ひつ迫の影響も受けて2016年以降、政府は本サービス育成の方向を明示した。反面、自治体は公的保険との関係を重視した対応を求めて現場での混乱も見られる。最新の情報をきちんと把握しておきたい。第二には、利用者に加えてその家族の視点から見た事業展開のヒントだ。本サービスを財政ひつ迫の面から見るのか、顧客本位の介護サービス面から見るのかで事業展開も異なるかもしれない。第三には本サービスに取り組み際に必要なセンスとヒントだ。発題者は全国で多くの事例を見聞しておられるので、その点からのお話があるだろう。ただし「本サービスはまだ過渡期」とのお考えもあり、既存の事例をどう見るかのあたりにも本サービスの難しさの可能性が残っていると思われる。小濱代表は介護報酬から社会動向までも見識をお持ちの、この

分野での我が国の第一人者。豊かなコンサル経験に基づく、次回改定の展望を含めた提言は医療・介護一般事業者のいずれにとっても新発見にあふれた研修会となる。

九月二十八日(金)

午後二時～四時五〇分

公的介護保険外サービスの

難しさと無限の可能性

……行政・顧客の動向を踏まえて

戦略的対応を

小濱介護経営事務所

代表 小濱 道博氏

会場 戸山サンライズ大会議室

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

▼本欄は、いわば編集後記だが、本号では、以下の研究会の宣伝だ。日本長期急性期病床研究会主催で「日本版LTAC」の研究会大会が、9月30日(日)に金沢市で開催される。わが国の病院のどの機能を担っておられるか、今後の病院経営に重要なテーマだ。わたしは「米国版LTAC」を話させて頂くが、無名のわたし以外は地域包括ケア病床という日本版LTACを推進されておられる著名な先生方だ。病院病床の機能分化はなにも入院医療だけではない。入院前、退院後のヘルスケアのシステムとプログラムを構築していかないと、経営として落後すると思っいる。損はないから、ご参加を強くお勧めする。

参加連絡先は電話番号のみですが、詳しくは「日本長期急性期病床研究会」にご連絡下さい。03-33355-3120です。

▼さて、今月号のふり返りである。ずいぶんホーム・ヘルス・ケアについて書いてしまった。それだけの問題意識があるからだ。急性期、急性期と叫んでいた時代は去り、健康なときから終末期に到るまでのあらゆるステージで、日本国民は生活している。その生活者への視点は、イデオロギーによるものではなく、医療者の責任だ。

岡田

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、動画で見て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