

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

急性期病床へのこだわりは 病院を破滅に導く道である

所長 岡田玲一郎

診療報酬点数表に関しては、わたしは熟知していないのは、2年ごとの改定があるのだから、覚えていても有効期限2年しかないからだ。だから面倒くさいのである。

しかし、診療報酬の流れというか、狙いどころには大いに関心があがり、仲野豊さんなどの分野の人に教えを乞う。工藤高さんにはメールで質問することもある。

やはり「急性期病床」は限定されたものになる

一般病床がそう称されるようになった経緯については何回か書いたし、皆様が承知しておられることだ。なんてことはない精神、結核などの病床以外が「その他の病床」とされ、一般病床に変化したのである。そして、現在は「一般病床」「精神科病床」「療養病床」の三本の柱となったことは「承知のとおりである」。

わたしの知る限り、医師の多く

は「急性期」に価値観を置かれていよう、わたしも急性期から病気が始まると思っている。さらに「療養病床」が明記されるようになったのは、意味あることだと思う。なぜなら、急性期から始まった病気は、治ることもあれば死ぬこともある。そして、高齢者の急性期を主として、死ぬ、治る以外は慢性期となるからだ。増える高齢者の病床、もつといえは人生を意味あるものにするためには、慢性期こそが社会の主役であろう。

ところが、先述のように医師の多くは急性期を上というか、慢性期の患者にあまり価値観を持たない医師が多いのも事実である。ただし、自分の老後や死に方に関心があるというデータもある。

こうなると、急性期の意味や意義はますます縮小していくとみている。例えば、脳血管障害の患者の急性期は発症してから何日ぐらいたなるのだろうか。もちろん症状

によっているいろいろな定義があるが、わたしは多くの場合、回復期が早まってくると思えてならない。発症直後からのリハビリは急性期なのか回復期なのかである。そして、維持期リハの意味がなにかが問われてくるとみている。理由は、維持期もまたいつまでも続くものではなく、人間だから現状を維持できない状態になってくる衰えがあるからだ。リハビリだけではなく、患者の状態は少なくとも急性期はそんなに長期には亘らないのではなからうか。つまり、急性期の期間の短縮であり、医師の判断（独断？）による急性期は、社会的にも診療報酬上でも、現在のようなものではなくなるだろう。

10月中旬、職員研修とチツパフ

オーラムで仲野豊さんと一緒に一緒に。そのとき「急性期一般入院基本料」を解説された表を提示されて、意を強くした。急性期の下に「一般が入っているが、一般病床という称号がある以上、当分は継続するだろう。が、やがて急性期の実態が定義化されたら、一般が取り外されて「急性期入院基本料」になるだろう、というのがわたしの直

感である。サバンナを連想する古い時代のわたしの直感である。そうみると、現在の急性期一般入院基本料の分化が視えてくる。直截にいえば、現行の「入院科1」がやがて急性期になり、「入院科2」以下は「亜急性期」となるか「急性期後一定期間」になると思う。

むろん、次回の改定ではそこまですりかかるとは思うが、少なくとも「自称急性期病床」の運命は、そんなに長期ではない!! 急性期と称したいのは医師である院長としては当然だと、わたしは思う。しかし、「急性期の証明」を求められたら、どうするかである。重症度や医療・介護必要度が厳しくなってきたという「厳しさ」とは、

現在では「甘い」という証明である。そうでなければ、厳しくなったという言葉は、常識では出てこない言葉であるからだ。その甘さを自覚しておられるかどうか。7対1看護病棟の看護師に尋ねられたら、よく判ることである。

アメリカの話をごに持つてくる

が、一月末の「日米ジョイントフォークラム」の主題が「質の管理」としたのは、急性期問題が密接に絡んでいるからだ。武久洋三先生も「アウトカム」をテーマに話される予定だ。アウトカムは成果とも表されるが、成果は青果を連想してしまう私のような人間がいるので、アウトカムとされたのだろう。それも、急性期医療の質の管理がな

ければ、証明のしようがない。アウトカムの数字を挙げるだけでは主観であり、客観がないからだ。わたしの好きな表現でいえば「ウチはこんだけのことやってる! 文句あつか!」ということだ。乱暴な言葉だけれど、わたしは職員研修でいつも言うことだ。文句あつか! というプライドだ。

急性期の証明は、必ず求められる。現在の重症度、医療・看護必要度が無意味だといっているのではなく、本当の度数でやってよ、といえば7対1の病院の方は分かってくださると思う。

かくして、ベッドを埋めて病院経営を繁栄させるという思想は、絶対に無くなると断言する。それは維持期あるいは回復期、さらには療養期でも同様で、ベッドを埋めている患者が、医療医学的に、病院への入院が必要か、が証明されなければ経営にならない。

そして、その証明が「自慰的」であつたら、自滅以外の道は残念ながら用意されていないと、わたしはみているのである。ということ、お前の言っていることは信用できないから、俺は俺の道を行くというの。自由だ。なのだ。

世界に類をみない過剰な病院病床であるが、それはそれで社会資源なのである。それも活用していくことが病院経営の王道であらう。身を削る改革は、言葉だけでなく実行を社会は求めているのである。

ハイパーサーミア治療

新須磨病院

院長 澤田勝寛

8月からハイパーサーミア治療を開始した。がんの温熱療法である。がん細胞は熱に弱いという特性を利用して、高周波を用いて深部の温度を上げることによって、がん組織を壊死させるという仕組みの装置である。十数年前からこの治療は知っていたが、あまり興味を抱かなかった。がん治療の三本柱は、手術・抗がん剤・放射線であり、それ以外は気休めの治療にすぎないとの認識を持っていた。

ところが、私が執刀した乳がん患者で、肺転移をきたした女性が、ハイパーサーミア治療を受けてかれこれ10年小さくもならず大きくもならず、ずっと元気で過ごしているのを見てこの治療に対する見方が変わってきた。

「従来から、がん治療効果はがんが消えてなくなるか、がんが小さくなるか、効果ありとされてきた。小さくならずとも大きくならなければそれも治療効果があるということではないか」と、この度の導入に際して教えを受けた京都府立医大名誉教授の近藤元治先生の話にも得心がいった。

高齢化でお年寄りのがんも多い。標準的な治療をするには体への負担が大きすぎることもある。

高齢化社会の医療は、とことん医療からほどほど医療であるという、高橋泰先生（国際医療福祉大学）の言葉もずっと耳に残っていた。

実際私が診察している中で、手術も抗がん剤治療も受けることを避けた患者さんが何人もいた。癌性腹膜炎で何ら治療できないまま旅立った人もいた。ハイパーサーミアの治療効果を知るにつけ、まさしく今の時代にこそ求められる治療方法のひとつであると確信し、導入に踏み切ったわけである。

特に目立った広報はしなかったが、8月頃から問い合わせの電話が入るようになった。兵庫県内のみならず中国四国在住の方からも治療開始日の確認と受診予約が入ってきた。その多くが、すでに治療中だが効果が思わしくないとか、もう治療方法がないと言われたとか、手術や抗がん剤治療以外の治療を希望しているという人たちからであった。

病悩期間が長く、訴えも深刻であることが予想されたので、ひとり1時間の枠をとって初診の受け入れを開始した。ある程度予想はしていたが、思った以上に患者さんとご家族の「生」への思い入れが強いことがわかった。

一人でくる人はまずいない。ご主人か奥さんはもちろん、両親や子供や孫まで一緒のこともある。すでに他院で治療を受けており、自分の病気のことは詳しく理解している人がほとんどで、告知に悩むことはない。ただ深刻な病状であるため「薬にもすがらない」で来院されているのがわかる。

分厚いノートに治療経過や内容などを克明に書かれ、刺さるような視線で質問をされる奥さん多い。進行肺がんの40歳の男性は、身重の奥さんと本人のお母さんが同席された。徐々に大きくなる腫瘍の恐怖を訴えながら、生まれて来る子供のためになんとかもつと生きたいという痛いほどの思いが伝わってきた。東京から夜行バスで朝、神戸に着き、姫路から来る患者である母親と病院で落ち合って受診した家族もいる。

「今かかっている病院では抗がん剤をすすめるだけで、こちらの話をちっとも聞いてくれない」という私にとつても耳の痛い訴えもある。通常の外来枠で、患者や家族の多岐にわたる訴えをじっくり聞く時間がないのはいつも同じであるとも言えず、ただ患者と家族の不満に耳を傾けるしかない。

このようにハイパーサーミア治療が始まってから、今までにない頻度と密度で、癌に苦しむ人とその家族と接するようになった。癌の終末期やケアについては先達

が多い。ホスピスの草分け的存在の柏木哲夫先生やアルフォンス・デーケン先生の本を読んだ。遺伝子学で有名な村上和雄先生の「スイッチオンの生き方」は、実践するに値すると思っている。

すがるに値する「薬」になるためには、医療のみならず、食事のこと、生き方のこと、死の哲学、宗教、下世話なことなど、「何でもござれ」で対応する必要がある。傾聴の重要性も再認識した。

誰もが病氣と懸命に戦っているのがよく分かる。顔がこわばっている人には、笑いの医学の話をして一日五笑運動を勧めている。五笑とは、朝昼晩と3時のおやつと寝る前に笑うこと。嘘でもいいから大声で笑うことで免疫力が高まるといわれている。ただし、電車の中や人前でこれをする、怪しまれるので用心するようにという、こわばった顔が若干ほぐれるのがわかる。

癌の本を読みあさっている人には、村上和雄先生やデーケン先生の本を勧める。宗教の話がでるときは、私自身は真言宗で信心深いこと。何か偉大なものとして神や仏の存在を信じており、墓とお寺の月参りをし、常にお天道さまを意識して生きるようにしていると話をします。

手術も抗がん剤も放射線もハイパーサーミアといった西洋医学、漢

方や鍼灸といった東洋医学、免疫療法、サプリ、折り、どれも試せばいい。ただひとつの忠告として高価な壺は買わないほうがいいと笑いながら伝え、とにかくあきらめず、治療を進めて行きましようといつて、診察を終えるようにしている。

まだ30数名の治療経験しかないが、著効を示したのが3例ある。一人は80女性。再発胃がん。腹膜播種で身動きできないほどの腹水があり来院。ハイパーサーミアが奏功し腹水はほぼなくなり癌腫も小さくなっている。

あとの2例は、いずれも40歳代の男性。進行胃がんで手術不可と診断され、抗がん剤とハイパーサーミアの併用で癌腫が小さくなり、根治手術が可能となった。もうひとりとは手術不可の大きな肺がん。抗がん剤・免疫療法・ハイパーサーミアの併用が著効して腫瘍が小さくなり、付添のお母さんが涙を浮かべて喜ばれていたのが印象に残る。

期待通りの結果が出ず、亡くなられた方もいる。先程述べた東京在住の娘さんが、その後わざわざ東京からお礼に來られた。できることはすべてやって母も私も悔いはないといわれ目頭が熱くなった。

外科医になって40年。いろいろな経験はしてきたつもりだが、今あらためて、いわゆる末期がんの患者と家族に数多く接することで、医療の奥深さを学んでいる。

介護・福祉職員の給与処遇の現状と課題について、これまで4回に渡って述べてきた。今回と次回で基本給体系の見直し・改定とその運用について触れておきたい。

筆者らは、社会福祉法人や医療法人等の人事制度・職員処遇体系等を見直し、改訂に関する技術支援を行う立場にある。技術支援は、当然のことながら個別に行うものである。通常のプロセスは、個別法人のこれまでの仕組みや運用実態を診断したうえで、これからのあり方の基本構想を合意形成するところから始まる。そのうえで見直し、改訂すべき仕組みや施策を具体的に設計し、トータルに運用できるようにしていかなければならない。

ここではそのプロセスとしての個別性の検討を抜きにして一般論として考え方や具体例をお示しするものであることをお断りしておきたい。見直し・改定の基本的視点は、これまでも度々述べてきた「適合性」「納得性」「透明性」「効果性」を重視するということである。

資格等級制度の再設計

人事制度の基本フレームをどのような体系で設計するかは、これからの人材マネジメントの極めて重要な課題である。給与処遇体系は、そうした人事制度の基本フレーム

のなかで設計するものである。

ダイバーシティ・マネジメント、多様な働き方を許容する人事制度の基本フレームとしては、「職群役割資格等級制度」が妥当である。

フルタイム勤務のコア人材（職員）を処遇する職群として「専門職群」「一般職群」「管理職群」を位置づけ、その他の多様な雇用形態の人材（職員）を処遇する職群として「パートナ職群」を位置づける。

「専門職群」は、一定の専門性を保有するコア人材（職員）を処遇する職群である。当該職群に3～5

能力に対応して2～3階層の役割資格等級を設ける。

これから福祉の仕事に志そうとする多様な人材の有効活用、専門人材への育成等、フルタイム勤務を前提としたダイバーシティ・マネジメントを実現する職群に位置づける。公的資格取得等「専門職群」の要件を充たす場合の職群転換ルール等を明確にする。

「管理職群」は、事業や部門管理等、法人経営の中核的担い手として管理業務を担う人材（職員）を処遇する職群である。職位・職責の

範囲給による基本給体系

基本給体系は、職群・役割資格等級別に範囲給を設定し、専門能力や職位・職責・職務内容に応じた公正処遇を実現する。

範囲給に一定の幅をもたせることによって職員の習熟能力の向上に対応した処遇を実現する。同時に、職員のライフステージに応じた生計費にも配慮する。（青天井の年功的処遇の不公平感を是正し、同時に職務給の硬直的弊害を是正する。複合型人事基準に基づく

昇給係数による昇給管理

各役割資格等級の範囲給は、次のような考え方で設定し、当該範囲給の中で昇給運用を行う。

①各役割資格等級の範囲給は、通常30%前後で設定する。

②初任給を初任役割資格等級の範囲給の下限給とする。

③上位役割資格等級の下限給とは一定の傾斜率に昇格昇給率（額）を加算して設定する。

④昇給は、年度の基準昇給率（額）に昇給係数を乗じた額として運用する。（例えば、基本給20万円の職員で、年度基準昇給率1.8%、当該役割資格等級の在籍年数と人事考課の結果に基づいて算定される昇給係数が1.2だとした場合、4,320円の昇給となる）。

⑤年度の基準昇給率（額）は、前年度の民間主要企業の春季賃上げ状況調査及び人事院勧告、消費者物価上昇率等の数値を参考に、事業実績を加味し、職員参加の協議機関での協議を経て、経営会議（理事会）で決定する。

⑥範囲給の運用は、当該役割資格等級任用者について下限給与を保障し、上限給与に到達した場合、上位等級へ昇格しない限り昇給停止とする。

運用等の詳細については、次回に触れることにしたい。

連載「大介護時代の人材マネジメント」③ 介護・福祉職員の給与処遇について（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

重要度・難易度に対応して2～3階層の役割資格等級を設け、管理職としての職位・職責に任用された職員は、当該職群のそれぞれの役割資格等級で処遇する。

「パートナ職群」は、雇用ニーズや職業感の多様化に対応しながら必要人材を効果的に活用し、処遇する職群である。短時間勤務を前提に、時給の処遇体系とするが、昇給システムを明確にしな

がら多段階処遇を行い、フルタイム勤務職員への登用基準等も明確にする。

処遇を実現する。

「専門職群」の処遇体系を基軸としながらも「一般職群」「管理職群」の処遇体系を別建てにするこ

とで硬直的になりがちな昇給運用を柔軟に行うことが可能になる。

各職群・役割資格等級とも、昇格者は、原則として昇格昇給を支給し、かつ上位等級の下限給与を保障することによって能力や職務・職責に応じた公平処遇を実現する。（キャリアパスの明確化と昇格昇給によるモチベーション効果が期待できる）。

「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」
生まれてきたから、死ぬんだよ。
死亡診断書の「死因」からの発想
 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」
 5頁にも、少しだけ書かせて頂いたのだが、亡くなった人の死因に大いに疑問をもっている。友人の医師に「死因」の意味を尋ねたら、原因の「因」だそう。亡くなった原因なのだが、日本以外の国では、ほとんど死因が発表されない。亡くなった場所は、病院や自宅と発表されているが、死因については報道ではあまり出てこない。

そこで出てくる疑問は、人間はなぜ死ぬ、もつといえは死因は出生したからではないかと、わたしは確信している。生まれてこなかったら、死ぬことはないからだ。これに反論や異論はあるだろうし、また年寄りがおかしなことを言っている馬鹿にする人が多いだろう。結構、結構！

それでいて、医師の方でも百歳を超えての心不全はみんなあるだろうと仰る。生まれてきたからには、心臓の拍数には限界があるという医師の記事を読んだことがあるし、長生きする動物は一分当たり心拍数が極めて少ない、というTVも見たことがある。しかし、どんなに少ない心拍数の動物でも死ぬのだ。わたしも、なんとか心臓の拍数を少なくしたいと思うのだが、そうはいかない。金足農業高校の吉

田輝星投手を、プロ野球のドラフト会議で日ハムが無競争でゲットしたとき、すごいドキドキした。人生では、心拍数が増えるときに精神上も身体上でも、よくある。交通事故や自殺は、確かに死の原因ではある。例えば百歳で自死しても、である。三島由紀夫さんは割腹による失血死が原因であり、首吊り自殺は呼吸不全が原因だろう。それともうつ病？

なにを言いたいかというと、死亡診断書も変化していかなければならない、という主張だ。わが国はドイツ医学の影響が大きいから、なにごともキチキチとしていて、死ぬからには原因があるとしているのだろう。それより、もともとの原因と最終的な死の原因を区別したらよいと思う。例えば、胃がんが死因ではなく、胃がんの症状がひどくなつて最終的に亡くなったのは心臓が停止したのか、多臓器不全なのかでいいのではないかと、医学者ではないわたしは思ってしまうのである。それ以上に、人間は必ず死ぬんだから、あまり細かいことはいいわなで、同時にあまり余計な治療はしないで、衰えによる死でいいと思う。何百歳になっても生きていられるならよいけど、そうはいかない

のである。

そして、人間の生命力は個人差が大きい。義妹の入院については何人かの方からアドバイスや応援を頂いた。本紙で書いてきてよかったと思っている。以前に「胃ろう」を入れてと書いたが、結局、点滴注射による栄養補給で経口摂取しないでもう3ヶ月（本日現在）も生きていて、病院側は、浮腫がないよう慎重に栄養補給をなさっている。そこに、わたしは人間の持つ生命力に個人差があると思っている。

特別に訓練したわけではなく、生命力が訓練により力強くなるものとは思えない。もしかしたら、年齢は関係するかもしれないが高齢になっても個人差があるのではなからうか。

わたし自身がどうするか分らないが、生きてる限り患者を殺すようなことはしてはならない、と確信している。「できるだけ生かして欲しい」は、そこに不純な動機がなければ、家族として自然なことだと思ふようになってきた。義妹が生きていく医療を本人以外が拒絶するのは、人間の道に反すると思うからだ。死因から発想して、生きる意味をちよつとばかり深く識つたような気分である。わたしは、家族がどうであれ、死亡診断書の死因にこだわりはない。心不全であれ、老衰も含めて「力尽き」が最も適切と思っている。 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!!

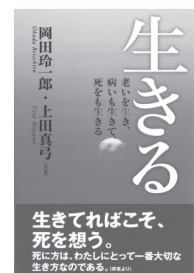
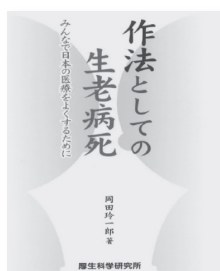
社会の変化で「生きること、死ぬこと」、特に「終末期をどのように生きる」かへの関心が強まっております。その啓蒙活動は天命と心得て、ご要望のある病院、施設で無料で講演させて頂いております。好評です。

ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。

今年10月中旬から11月分の開催決定済の会場・主催者です。

10月14日(日)岡山記念病院(岡山県岡山市)
 11月11日(日)LMD研究会東海支部(愛知県名古屋市)
 11月17日(土)大井田病院(高知県宿毛市)
 11月25日(日)医療法人珪山会、松山健遊館本店(愛知県名古屋市)

「事前指定書」(わたしの、のぞみ)は、常に新しいものになっています。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

詐欺師

医師

地面師

薬剤師

◎自分以外 皆 師

医大の入学試験が問題になっているが、わたしに言わせれば、ある意味、社会の常識だ。と書いたら、また非難されるのだろう。でも、わたし自身、M薬科大学に入学できたのは不正を活用したからだ。親が卒業生といったものではなく、お金とコネの力だ。もともと、コネがなければお金の力は半減する。最近ではコンサルタントと称されている人が暗躍しているが、要は入学師だろう。地面師と同じムジナだ。そして、わたしも薬剤師となり詐欺師と同じ「師」がついた国家資格者となった。師とは偉いものなのだろうが、代議士は「士」である。

入院基本料を高いのが取れるかどうかは、看護師の師匠ぶりによることが多いからである。詐欺師になつては、いかん!!

◎加熱式タバコにおもむ

タール分が少ないからという喧伝文句に、とうとう加熱式タバコを買ってしまった。しかし、わたしの咽には過酷と思えるほど、キツイ。あの成分でニコチンなんだろうか? 「g10」というキカイだ。咽が弱いことは自覚しているし、声門の異常もいつか書いた。「イ」と発声しても、声門が閉じないのである。その影響かも。

こんなことも、病院医療にはないかと因果な仕事をしていて思う。美容整形なんか、この手を使っていると私的には思う。お世話になってないから(これ以上、美貌になつてどうする)断言はできないが、やはり個人差が美容整形のアウトカムにはあるようだ。

もちろん、外科などでこんなことがあつてはなるまい。要するに誇大宣伝ではなくても、医療の成果には個人差があることを明記、説明が必要なのである。アナタとワタシはちがうのだ。

◎結核の集団感染の報道におもむ

東京の総合病院で、結核が、集団発生したと報じられていた。父は、結核で咯血による窒息死で目の前で亡くなった。小学校3年にな

つたばかりの春だ。いま、窒息死と書こうとして、息死を息子と書いてしまつて、慌てて訂正した。オヤジ、息子もやがて窒息死しますよの気分だ。

その血筋なのだろうか、第二人は結核系統だ。一人は60歳過ぎてから? のガフキ(医療関係者の人には説明不要だが、排菌)で入院になつてしまった。二番目の弟は股関節への結核性関節炎で障害者だけど、元気にしている。

そして、父とわたしたち兄弟を産んだ母親は感染はないと、生前に自慢していた。結核菌とはそういうタチがあつて、入っていけない人間もいるし、簡単に染まっていける人間もあるんだろう。集団感染といつたつて、すべての人に感染するのでなく、相手次第ということなのだろう。人間関係も、全く同じなのではなからうか。

◎死亡の原因が、死因?

新聞の死亡欄は、必ずみる。先月号にも書いたように「老衰」が死因であることが多くなつてきたからである。昔は「老衰は死因ではない」と言われていたが、これだけ老いて衰えていく人間が増える時代になると、どうしたつて老衰が増えていくのは、当然だ。

よく、「心不全」と掲載されている死因があるが、年齢をみると90歳や100歳もあり、ウン? と思つてしまう。私がいまこけつと死ん

だら、心不全になるのだろうか。実際は脳出血なのかもしれないが……。心臓はトコトン修理しているから、心不全でもよい。しかし、あと10年生きていて、95・96歳になったら心不全は勘弁してもらいたい。

もう、生きることに疲れ、衰えるんだから、老衰がびつたりだ。腎不全も、やがてやつてくる。現在は、その気があるのか就寝してから腎臓が活動するようで、朝まで一時間が二時間置きにトイレだ。以前は、小便で起きることに怒つたり、情けながつたりして、その後が寝つけないなつていたが、昨年ぐらいいから、衰えていくんだから当たり前だと思ふようになつて、コテン、キューと眠っている。人間、諦めが肝心だよと妙なところで腎臓サマと仲良くなる。

しかし、こんなことは組織運営ではやつてはならないことだ。組織は衰えることなく、永遠に生き続ける以上は成長しなければならぬから。少々のことで諦めてはならないのだと、忠告する。すげえこと、書いたなと思う。

◎名古屋はええよかな?

行きたくない所、No.1はダントツで名古屋だ。わたし個人のことでなく、国民へのアンケート結果だ。河村市長は、原因をいくつか挙げられていたが、やはり市民の生き方に影響されていると体験的に感じる。孤高というほど高尚ではないが、寄せつけない感じだ。もちろん、

すべての名古屋人がそうではなく、いろんな人がおられる。先日のプロ野球の今年度ドラフトで、中日ドラゴンズが熱望していた根尾選手を引き当てた。当初から獲得に名乗りを挙げてきた選手だから、セリグでわたしが一番親近感のある中日ドラゴンズなので名古屋の人に、祝福のメールを送つた。

「自虐的ですが……」から始まつた返信は「いいコーチがいらないから……」と、ピンやりしたものだった。名古屋人はこんなものかと思つた。ヤッターとか思わないのかなあ?

いいコーチがいなければ、球団に育成をしっかりとやらせようとするのがファンだろうと思つてしまった。別の名古屋人(出生地は別のようだ)も、そういうばいばいコーチがいなくてメールがあつたが、コノ人、中日ファンではなさそう。

そんなところが、名古屋の病院経営に影響してないだろうか。感謝、感動は経営の基本だよ。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

5 地域医療構想、保険医療計画

そして行政の悩ましき問題

熊本県済生会支部長 副島 秀久

前回も触れたが10月22日に国の身障者雇用水増し事件の第三者検証調査委員会が結果を報告した。国の28行政機関で3700人の水増しが行われ、うち93%が身障者手帳や診断書がなかったと報じられた。「きわめて由々しき事態」と結論したが、違和感があるのは「意図的ではなかった」という一言である。そもそもルールを作りそれを他に適用する、それも意図的に強制力をもって実行する立場でありながら、意図的でないとする判断はどこからでるのだろうか。論理的でない不可解な結論だ。何の意図、目的もなく水増しをするとは考えにくい。意図的ではなく昔からやっていたとか、知らなかったが通用するなら労基のタレコミによる遡つての罰則はどう説明するのだろうか。厚生省は猛省するらしいが、反省だけなら誰でもできる。2017年度に企業から国への納付金が293億円のうち227億円が基準を上回った企業へ支給されている。企業は不足した障害者一人あたり月4ー5万円の納付義務がある。これを国に当てはめると年間2億2200万円の罰金となる。42年間だから単純に

計算しても80億円近い額となる。今後どのような処分になるか不明だが公務員給与の減額などがけじめとして必要だろう。注視しておきたい。

ところで地域医療構想は県の保険医療計画に盛り込まれ6年間にわたって実行されることになる。保健医療計画は各県ごとに作成され本年4月より実行に移されている。熊本県では第7次保健医療計画としてホームページから閲覧できるが、たとえば人口規模に近い岡山県（第8次保健医療計画）と比較すると、そもそも章立て、項立てがばらばらで原則がない。様々なことが様々に書かれており、まさに比較困難。うがった見方をすれば比較ができないような編集である。これもまた地域医療構想と同様で、類似した地域の良い点、悪い点を学べるようなまとめ方ではない。ここでも「地域の実情」に合わせるべきでないものまで合わせている。厚生労働省は各県の報告書のフォーマットぐらい統一して欲しい。以前も述べた災害ハザードマップも市町村毎で色使いやスケールが異なり、これもまた地域間での比較を難しくしている。

なぜこういうことを指摘している

かと言うと各市町村における行政文書に統一感が全く見られないのとその改善が一向に進まないからである。このことは各文書を作る、あるいは業者に作らせるにしても多大な経費と時間がかかるのと、現場の担当者に無駄を強いっていることを意味する。先日、県の医政担当者と車中で長い話をしたが、元SEだった彼がこぼすのは、民間から来て初めて分かったことは「無駄な仕事がいかに多いか」ということと「上にはなにも言えない風土」で半ばあきらめ顔の若い職員がかわいそうになった。彼の直近の仕事は元号の更新作業で、県ではいまだに元号が使われているのでこれに伴ってシステムだけでなく行政文書、各種印刷物も変更しなければならぬ。当院では私が院長になった時点で院内文書、公式文書もすべて西暦に変更した。めったにないとはいえ元号を正式文書に使うのは不利益が多い。なぜなら元号は直前に決まるので変更作業が慌ただしくなり、作業に伴うミスが発生しやすく、また元号が3代にわたると計算しにくくなるなど負担も大きい。ちなみに患者さんに名前と生年月日を探ねると、40歳代までなら8割ぐらいは西暦で答える。そのほうが間違わないし、こちらで確認の手間が省ける。

地域医療構想の報告書を読むたびに、重要事項、つまり医療圏

の再編や県境問題などの抜本的な問題に取り組んでないことに気づく。ほとんど触れてない県もある。重要で重要なことではないようだが。そして重要でもない20%流出、20%流入などは継続課題としてとらえているところも多い。県境と関係なく患者の移動は自由なので、流出入自体は基本的に問題ではない。問題はそれぞれの自治体がそれぞれ中途半端な自治体病院を中途半端なサイズで作ることだ。しかも建築費が高騰しており、弱小自治体の財政負担は増すだろう。自治体は病院を建築することが最大の目的で、その長期的な運用や継続性などは二次的のようだ。地域医療構想がうまくいかないだろうと思うのは二次医療圏の再編以前に自治体の再編が必要だからだ。それぞれの自治体のエゴが生活者の立場を無視して箱モノを造っている。

政府はITガバメントと称して行政の効率化を目指しているが、一向に進んでいない。前述の県職員が嘆くように、行政文書がIT化されてないので、いまだに紙でのやり取りが多く、ミスと無駄を発生させ、結果的に残業が増え疲弊する。病院でも電子カルテは普及してきたものの、標準化が不十分で統一番号も導入されていないので、これまた無駄が多く、残業が発生する。皆、好き好んで残業しているのではなく、非効率、つま

り生産性が極端に低いがために時間を延ばさざるを得ないだけだ。医療におけるIT化、とくに電子カルテの導入は最初から間違っていた。電子カルテは掲げている高邁な理念とはかけ離れ、新たな公共事業となり、金食い虫となった。この最初の間違いは非常に深い。致命的な欠陥は個人識別のための発番システムが殆ど考慮されてなかったこと、データの二次利用も設計思想に無かったこと、データのクリーン度を保つ標準コードが確立していなかったこと、さらに標準コードがあってもそれを強制力をもって導入できなかったことなど、初めに間違えばあとはますます大変なのだ。

標準コードがないまま無原則な電子カルテ開発が行われた結果、データの交換性や質の担保ができなくなった。厚生労働省が電子カルテ導入時に示した3原則すなわち真正性、見読性、保存性は紙カルテの持つ機能を電子的に担保する法的要件であり、電子的機能を定義した要件ではない。これを取り違えたので紙がディスプレイに変わっただけだった。今から電子カルテを標準化するのには難しい。現在、パス学会と医療情報学会合同で取り組んでいるのがパスデータの格納基準の標準化である。大変な仕事ではあるがここで標準化をしておかなければ、日本の電子カルテはノーリターンになるだろう。

「経過措置」という言葉は、診療報酬改定や医療法の改定でよく使われるものだ。しかし、この経過措置がわが国の医療の改革を、先送りしてしまったという、強い意見を持つている。医療の改革を医療の正常化と置き換えてもよい。

「weblio 辞書」によると「特定の法律や制度や体制などから、新しく別の法律や制度や体制などに移行する際に、その移行中や移行完了後などに発生する、不利益や不都合などを極力減らすために取られる一時的な措置や対応などのことを幅広く指す表現。」である。問題は、その不利益や不都合である。狹い

ことをやっていたり、ゴマカシていた

ことができなくなるから「不利益、不都合」になるという論理の経過措置では、いつまで経つても日本の病院医療の質は向上しない。例を挙げれば切りがなからう。有床診療所など診療所規模では、立地条件や機能の実態によっては経過措置は正しい不利益、不都合の減少になっているが。

ところが、機能不鮮明な病院病床が現在のように対人口比で過多なのは、経過措置がもたらした悪の結果なのである。この意見に文句がありますか、と記す。「茹で蛙理論」の背景にあるのはまさに経過措置なのである。

「経過措置」

の危険性



産業界での「激変緩和措置」は、その点で「経過措置」とちがう。農家などで使われてきたが、それはそれで恩恵を受ける産地は緩和措置が減額されているのだ（コトバシクより）。医療界、特に病院の場合も、経過措置より激変緩和措置を適用したほうがよいと思う。

つまり、診療報酬改定や医療法改定で、得をするように動いた病院は減額にしたらよいだろう。ということとは、諸改定の改定に先行して動いた病院は、得、諸改定の改定をみてから動いた病院は、損になるようにすれば、日本の病院医療の質はじわじわと向上

に固まっている医師、少数派の看護師は困ったことであろう。

要するに「経過措置」や「激変緩和」を期待するような病院になつては、経営はジリ貧になるということだ。もちろん、異論、反論はある。もしそう思われるんだつたら、その自己決定を貫かれたらよい。そして、わたしの嫌いな暴力的な自己決定、自己責任論ではなく、報いは甘受するしかなからう。ホント、自己決定、自己責任論は、とても暴力的な感じがする。その自己決定が正しいかどうかというアドバイスや決定が悪であることを示してあげなければならぬ。

結果だけみての自己責任の押しつけは、わたしにはできないから厳しく経過措置、激変緩和の落とし

穴について述べているのである。

「人それぞれ」という不干渉が人心に蔓延している現代社会に甘えていると、身を亡ぼす。人間関係の希薄化の元凶は「人それぞれ」という、わが身の安全、傷つきたくないところから発している自己保身でしかないからだ。他者の実存をあいまいにするのは怖い。

病院組織間での他部門との連携を阻害しているのも、それだ。看護部は看護部、他部門とは関係はあるがアッチはアッチ、こんな思いがあったら、病院医療の質は低下する。そしてそこには「経過措置」すらもないのである。

岡田

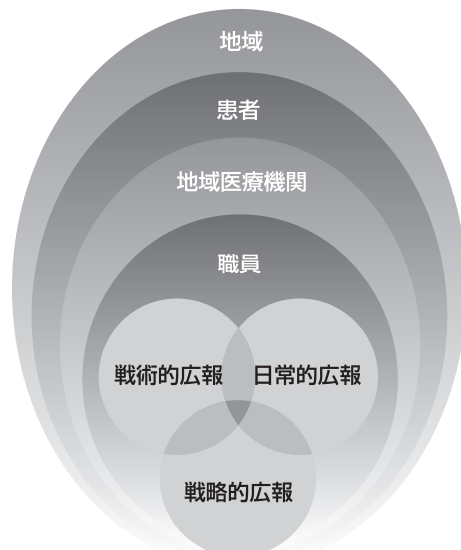
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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440回 これからの福祉と医療を実践する会

平成の元号の終わりとともに身近に影響が予測されることは、来年4月からの働き方改革や外国人労働者の雇用問題、さらには薬価改定等々。これらをはじめとした各種社会保障制度改革が行なわれようとしています。

会員の皆様も、この激動時の対応に苦慮されていることと思います。一方で特殊成功事例としては、神戸地区のある慢性期の病院では病院の改築に合わせて大学病院との連携強化を行ない、急性期に変貌させて大きな成果を収めつつあるとの情報もあります。

医療と介護の融合化社会発現時代の真つただちにある私たちには、病院・施設改革において大胆な発想の転換も必要と考えます。一般的には、各施設改革といつても、何をどのように推し進めたら達成できるのでしょうか？ 医療・介護収益を大きくしたら改革となるのでしょうか？ これまで多くの病院・介護施設が改革にチャレンジしてこれたと思いますが、いかがでしたでしょうか。なかなか成果までには結びついていないのでは、と思います。

では、なぜ成果を上げることができないのでしょうか。本例会では、その改革を实践され、多くの成果を上げてこれた正木氏より、済生会熊本病院での実践事例から

や済生会横浜市東部病院が実際に行なっている改革の事例などを具体的にお話しいたします。経営陣はもちろんのこと、中堅幹部のご参加も願います。(天野武城)
十二月二十一日(金)
午後二時～四時半
病院改革のための
行動計画書づくり
……患者さんの喜びと
職員の働き甲斐を合わせて
社会福祉法人恩賜財団済生会支部
神奈川済生会
支部長兼常務理事 正木 義博氏
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: jissen@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

▼読者の方から、折にふれて書状、メールを頂く。ありがたいことだと感謝がある。義妹の終末期医療でも、アドバイスを頂いた。結局、胃ろうはせず、3ヶ月生きていた。栄養補給は血管経由も有効で、いろいろな生き方を学んだ経験だ。

▼一方、若者だけではなく街はハロウィンで大騒ぎだ。ハロウィンとはなんぞ？ 欧米版お盆である。騒ぐだけではなく、死者に思いを馳せる。思うだけでもよいのだ。わたしは、折にふれ亡くなった方を想う。母、友人、みんなに。▼そんな日々を送りながらも、平成最後の大晦日もすぐだというより、当然やってくる。数え年がひとつ増える。安倍総理も私もだ。

▼次の元号は、KかRか？

平成が終われば、新しい元号になる。Hは使えないだろうし、SもTもMもないだろう。コンピュータがとまどうからだ。となると、KかRか？ まあ、K本命だが、自分に都合がよいのは玲のRがいい。

▼東京都北区も外国人が増えてきた。イスラム系の人たちがこの東十条には多い。礼拝室もあればハラル料理店も、ずいぶんある。移民政策は採らない政府の見解は。▼最初に書いた義妹が亡くなった。10月末日だ。不幸ではなく幸福だった。娘が東京から岡山に来ていた日だ。死は不幸とは限らない。

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!

ボンベの使い方等の必要
な情報は、動画でいつ
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