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㈹
FAX (03) 3914-5576
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 りそな銀行 王子支店 1326433
振替口座 00160-6-100092
発行人 岡田 玲一郎

医師の意識、そして行動の変化は病院に新しいスタンスを求めている

所長 岡田玲一郎

「日経メディカル」4月号は勉強になった。なにしろ、現役で活躍する医師の2人に1人以上が読んでいる雑誌（同誌表紙裏）で、特集が「医師1000人に聞く」だから、である。読後の強烈な感想は「お医者さんは、かわった」である。例えば「医局には所属すべきですか?」の質問には72%の医師が「所属しなくてもいい」と答えているし、「慢性疾患の薬物治療はやめどきはある?」に対し「やめどきはある」が76%で、「患者がやめたくなったとき」といわれるお医者さん（ここでは医師と書きたくない）もおられるからだ。これは、わたしがいま直面していることである。

血圧が上昇するとヤバい病気を持っているが、その降圧剤を半分やめている。理由は〝効き過ぎ〟で、眠気に襲われるからだ。その結果、電車を乗り越すほどだ。もう、4～5回はやっちまった。

そこで、先の「患者がやめたくなったとき」が発想され、量を半分にし、さらに¼にしている。それでも眠くなる。だけど、それだけQOL（意味は何回も書いた）が上がるからだ。以前にも、血圧サラサラ剤でやはり、朝夕服用していたクスリを服用しなくてよいと言われた主治医だから、今回の降圧剤の減量を勝手にしたことも、OKだろう。なにしろ、血液サラサラ剤は、わたしの場合は皮下出血が主として前腕にあり、脳の血管からも出血したら嫌だなぁという思いが強かったので、中止した。そのときの「飲まなくていいですよ、朝夕両方やめましょう」のお医者さまの言葉は、安心だった。

しかし、一方で服薬や注射に患者がどうのこうの言うのはケシカランという医師もおられる。患者は、医師の支配下にあるとする医者であり、先の記事のコメントにも、強烈に出している医者がいた。

昔はそれでよかったのだろうが、医療に関して万能の医師は、わたしは経験してこなかった。むしろ、被支配者である患者は、その犠牲となってきた事例は、ずいぶん経験してきた。それについては、昔、「いのちは誰のものか」のタイトルで本を出した。活字離れの薄い時代だったから、3刷まで発行したことが、懐かしい。

「医局」については メリットもある

しかし、「医局」に関しては「所属すべきでない」の7割の医師は〝立場を考えて判断〟とアドバイスする。典型的な例は、病院長は医局に所属してないと、医師の派遣に支障が生じる（ことが多い）。

また、「専門医」を希望する医師にとっては、わが国では不利である。医師は、人材派遣業の社員であるから、専門医制度は大学病院にとって人質確保の最後の砦だからだ。読んで字の如く「此の石（医師）」なのである。医局に忠誠を装い服従するしかないと、わたしは思う。

だが、専門医を取得して勤務医になったら、先の記事にもあるがあまりメリットはない。むしろ、医局員費の重荷があるだろう。

3度目の「しかし」だが、ここまで変容してきた医師をめぐる環境は、これまでの変容を更に増すだろう。医局長の権威も低下するが、症例を積むためには、死や重症の症例の多い病院はともかく、大学病院での方が経験は積める。だが、いつまでも大学病院だけが、症例が多いとは限らない。メイヨもクリーブランドクリニックも、それぞれに大学を有しているが、その有利さの下で新しいチャレンジをしているから、医師は集まるのだ。

例を一般大学を取ってみれば、「なんで東大からノーベル賞が出ない（少ない）の?」ということだろう。名大、京大の方が、天下の東大の上にいると市民であるわたしは思うし、世界でみると東大の権威は低下する一方だ。

同じように、市中病院が大学病院の症例数を圧倒する時代は、絶対に来ないと思ってはなるまい。そこには、大学病院に依存しないスタンスが大きく影響するものと思うのは、先のメイヨにしてもクリーブランドにしても、クリニックであり研究機関でもあるからだ。市中病院、特に民間の市中病院は有名なメイヨ三兄弟の苦闘を学ばれているものと思うが、わが国でも市中病院だから大学の下という依存、従属の精神は捨てて、それぞれの得意分野での研究を進めていくべきであろう。

ここでも、医師の存在価値が重要になる。先のアンケートでも、いつまで医師をやってるかという項目があったが、さまざまな意見がある中で、ぶら下がっていられる限り医師をやる、という意見もある。いわば、生活の手段とそれまでの所得の維持がある。それも自然なことだと思うが、医学的成果を出せないで、ただ給料のためだけでぶら下がっている医師では、大学病院に負けてしまうし、大学病院で定年になった医師を受け入れているばかりでは、病院の価値は上がらないと思う。

もちろん、ハナから大学病院への負け犬根性では、いい若手の医師は集まらないだろう。市中病院は、大学に負けない研究と実績を重ねていけば、医師は集まってくる。現実をみると、リハビリテーション病院で顕著に出ていると思っている。あまり難しいことではなく、自分を成長させたい医師が集まる機能と成果を備えた病院にすることだ。

そんなことといっても、現実にはなかなか難しいと仰るなら、わたしはなにも言えない。言えることは、診療科がなんであれ、優秀な医師が多ければ多いほど、患者は集まり、信頼を高めるんじゃありませんか、という問い掛けだ。

なにごとも、チャレンジする前に〝難しい〟があると、成功はないのだ。さらに医師の変化は、他の医療職の変化だと申し添える。

医療今昔物語
―医療現場から姿を消したモノ―

新須磨病院
院長　澤田勝寛

先日神戸で、岡田先生主催の「三人会」と称する講演会が開催された。岡田先生、副島先生、そして澤田の三人が思い思いのテーマで話をする会である。テーマがはっきりしないので、正直、参加者が集まるのかと危惧していた。ところが、蓋を開けてみると90人余の参加者があり、教祖（岡田教）の後光の強さを改めて知ることとなった。

私は「医療今昔物語」というテーマで、外科医になってから42年間での医療の変遷を中心に話をさせていただいた。その中から、今回は医療現場から姿を消したモノについてまとめてみた。

◆ナースキャップ

ナースキャップは看護師の代名詞であった。正確にはわからないが、30年ほど前から徐々になくなっていったと思う。看護師の象徴ではあるが、ただそれだけ。何の役にも立たない。不潔。髪の毛が少なくなると固定困難。余分な費用がかかる。岡田先生が社会医療ニュースで早くからナースキャップ不要論を提唱されていたのを覚えている。

当時、私が院長を務めていた病院は小さな病院だったので、看護部から多少の抵抗はあったが強行し、神戸で一番最初にキャップを廃止した。間もなく、看護学校の戴帽式がローソクに火を灯す宣誓式に変わっていった。

◆灰皿

私が医師になった頃、外来の診察机には普通に灰皿がおいてあった。喫煙する医師は、診察の合間にタバコの煙を吹かしていた。今では考えられない風景であるが、当時は禁煙という概念がなく、どこでもタバコを吸っていた。

その後、喫煙スペースが義務付けられ、建物内禁煙、敷地内禁煙と禁煙エリアが広げられ、喫煙者には肩身の狭い時代となっていった。新幹線もしかり。喫煙車両を設けた時もあったが今は全車禁煙となった。その後、副流煙被害や嫌煙権が認定されるようになり、病院での喫煙者が大幅に減少した。どうしてもやめられない職員は、道路上で携帯灰皿を持って、密やかに吸っている。

◆洗面器手洗いとタオル

診察室や詰所には、薄めた消毒薬で満たされた洗面器が置いてあり、そこにタオルがかけてあった。消毒薬は古くはクレゾール、その後は無臭のヒビテン。

汚染された手を、洗面器につけて浸しタオルで手を拭くのである。そのうち水は濁り、タオルは湿って汚れてくる。頻回に交換するわけでもなく、何度も繰り返し同じ手洗いとタオルと使っていた。

汚染された手を、汚染された水で洗い、汚染されたタオルで拭くわけで、感染が広がらないわけがない。院内感染という言葉もまだない時代で、感染の媒体が医療従事者であるという意識も希薄であった。

時代は変わり、洗面器に入った消毒液も、タオルも消え、今は流水で手洗い、紙タオルで拭き、乾式消毒薬で手指をこまめに消毒するようになった。

◆壺に入ったアルコール綿

アルコールをちょっと塗るだけで消毒完了といった、アルコール神話がまかり通っていた時代がある。大きなガラスの壺にカット綿を入れ、アルコールをドボドボと流し込んで綿をアルコール浸けにする。浸っている間はいいが、アルコールはすぐ乾燥する。綿が乾くとまたアルコールを追加。いつ作成したのかわからないような消毒綿で消毒をしていた。

そこに細菌が繁殖し、それがもとで院内感染が広まるという事件も発生した。その後、作りおきしたアルコール綿はなくなり、小さなアルコール綿を一回ごとに袋から出して使うようになった。瓶入りのクリープから一回使用の袋入りのクリープに変わったようなものである。

◆紙カルテ

患者のカルテが診察机の一角に積まれていた。カルテの山の高さで、医師の人気がわかった。「達筆」すぎて本人も判読できないような字を書く医師も少なくなかった。英語とドイツ語と日本語の混在した所見は、意味不明。処方箋も手書き、検査オーダーも手書き、カーボン紙からノンカーボン紙に変わって、手が汚れなくなったと喜んだこともあった。診療科ごとにカルテがあるため、他科のカルテを取り寄せるときも手間がかかった。カルテ棚から抜かれたカルテの場所にはアリバイカルテを置き、どこに持っていったかを記録していた。一患者一カルテを実践した病院もあったが、そうなるとカルテは分厚くなり、取扱に苦労した。

当院は平成15年に神戸市で最初に電子カルテを導入した。当初は混乱を極め、入力に苦慮する職員も多数いた。それも今は昔。16年前の記録は即座に閲覧できる。診察の予習復習はできる。医事課がカルテ管理の業務から開放された。誰もが読めるようになった。今は、大病院では9割、中小の病院では4割近くが電子カルテを導入しており、年々紙カルテが消えていっている。

◆ガラス注射器

昔、注射器はガラス製であった。採血でも注射でも特に使い分けることはなく、使用後は詰所の流しで、筒の中をゴシゴシ洗い、煮沸消毒をしていた。時々注射器を落とし破損した。ガラスの破片が飛び散り、病棟婦長に「ガラスで怪我をしないように片付けてネ！」と嫌味をいわれたこともある。百度の熱湯では滅菌とはならないという知識も乏しく、滅菌機械もあまりなかった時代で仕方がないといえばそれまでだが、今から考えると恐ろしいことがまかりと通っていた。その後ディスポの注射器が出てきた。コストを考えると滅菌して再利用の方が明らかにコスパはいい。そのために、完全にガラスの注射器がなくなるまでは、結構時間を要した。

◆現像されたフィルム

画像機器のデジタル化に伴い、現像液で現像したフィルムはなくなった。乾燥が悪く半乾きのこともあった。フィルムは3年保存が義務付けられており、広いスペースの保管庫が必要であったが今は不要となった。画像がデジタル化されたことで、CDにコピーすれば患者にも紹介先にも手軽に渡せるようになった。

以上、この40年余りで医療場面から姿を消したモノをまとめた。機会があれば、新たに出現したものについても書きたいと思っている。

人材育成の基本と手法 (20)

― 近代病院事務長論(Ⅲ) ―

苦を感謝することも必要

岡田 玲一郎

前回、自らが事務長として勤務していた病院の閉鎖を院長(理事長)に進言し、病院を閉鎖されたTさんの〝苦闘〟を書いた。しかし、文字数に制限があり、わたしの思いを充分に書けたとは思っていない。銀行でも会社でも、組織体を消滅させるのは、大変なものである。ましてや、医療法人と称していても、中小病院は〝個人商店〟のようなものだから、時代が時代なら切腹モノの進言である。

Tさんも、その心境で進言というより切腹覚悟の直言だったのであろう。むろん、Tさんにも家族があり、生活があった。わたし自身も前回に述べた退職のとき、女房を泣かせてしまった。「これから、どうするの……」である。読者の方の中には事務長さんがおられるが、自分に照らしてどう思われるのだろうか。

そして、Tさんは他の医療機関に移ることもなく、ゴルフのクラブのシャフトの修理などの仕事をなさっていた。想像だが、医療界とは縁を切りたかったのではなかろうか。そして、病院長には、他の病院への就職の世話をした。

ここまで、わたし自身の苦闘やTさんの行動について記したのは、なにも、Tさんの行動を称讃しようとしたものでもなく、ましてやわたしの苦闘を誇るものではない。ただ、わたしの場合は経営者の理不尽さや、使用人呼ばわりされたことが、わたし自身の人生に楽しさを与えてくれたと、感謝している。なお、「使用人」という熟語は、今日でもなお法律用語としては残っているそうだ。カルロス・ゴーンさんの場合もそうだろうと思うし、組織を私物化したと、わたしは思っている。

だから、それを忖度して動いた社員の人たちが、自分の行動をどう振り返っているのか、気になるところである。同時に、人間だから忖度する自分を率直に認めて、そこから行動の変容をもたらすことが、近代事務長には求められていると思っている。忖度依存症という病気はないが、人生ではとても生じやすい病気なのである。そして、その病気への感謝は不可欠なもので、怨みは最悪だと思う。恨みはあろうが、怨みはいかん。そんな経験から、退職した病院の悪口を言う人は、事務長に限らず、わたしは信用していない。苦労は、有難いことだと思うべきだ。「苦労は買ってでもしろ」という先人の言葉は、正しいと思っている。人間は、人間なればこそ、経営者、上司にはよく思われたいものだ。しかし、そればっかりでは人生は生きていけないのは、日産自動車だけでなく、いろんな会社や病院で起きていることなのだ。その意味で、わたしはカルロス・ゴーンさんを一方的に悪だと決めつけることはできない。それを許したというより、自己保全のためにゴマスリ行動をした下の人たちに、ゴーンさんは惑わされ、いつしか感情不全になっていったと思う。感情、つまり善悪の意識麻痺だろう。

社会学は事務長にとって必須の学習だと思う

わたしが、立教大学社会学部で非常勤講師だったから書くわけではなく、社会学の理解は近代事務長にとって必須の学習だと思う。最初は、わたしは「社会」なるものを理解できずにいた。あるとき、H教授に「社会学でいう社会とはなんですか？　よく分からないのですが……」と質問した。恥ずかしかった思いがあったが、わからないものは分からなかったからだ。H教授は「君が、そこにいるからだよ」と、ポツンと答えられたきりだった。そこで、また悩んだ。

社会学の本には、難しいことは著してあるが、自身がいることが社会とは書いてない。最近は、医療とは人びとが存在しているからあるのであって、人びと、つまり社会が存在しなかったら、医療そのものが必要としなくなってくると、断言できるようになった。そういう理解をできたから、ここでエラソーに近代事務長には社会学が必要であると書いている。

社会とは、なにも一般社会だけではなく、病院そのものも人びとによって成立している社会である。職員を少なくして、AIが超進歩しようとも、病院という組織は残るし、その組織を構成するのが小社会であろう。小社会とは、国や地域という社会の中にある社会という意味である。そこには、必ず社会学の援用が不可欠になるのである。現在、事務長職にある方に問うが、事務長として病院を構成する人びとを知らないで、病院の経営ができるか、ということだ。なお、ここでいう「知る」とは、職員一人ひとりの名前や年齢を知ることではなく、役割行動がどうなのかを知っているか、ということだ。また、逆に、職員一人ひとりが事務長の役割行動を知っているか否かなのである。「事務長？　なにやってるんだろうね」という職員が一人でもいたら(いるとは思う)病院という小社会は不全を起こしているのである。

その社会学で読んだ本で強烈に印象に残っており、わたし自身の行動に大きな影響を与えたのは、エーリッヒ・フロムの「自由からの逃走」(日高六郎訳 東京創元社)である。ヒットラーのナチズムのことだが、その抑圧から逃れた人びとは、実は自由から逃げて気楽を求めただけで、ヒットラーの独裁はなにも変わらなかったのである。もちろん、ユダヤ人の人たちも逃げた。だけど、逃げただけでは、なにも変わらない。日産のゴマスリ社員は、まさに逃げることができなかった人たちだ。

事務長さんには、苦難はいっぱいある筈だ。ないことはない。その苦難に耐えることも必要ではあるが、むしろ、その苦難は自分を成長させる機会だと、思われたらどうだろう。たぶんだが、それがやがて「あれがあったから、いまの自分があるんだ」と、感謝の念を感じられると思う。

その意味で、わたしは勤務していた病院の理事長・院長の暴言、暴挙に感謝している。理想的な経営者だったら、それはそれで別の意味で感謝しているだろう。

「艱難、汝を玉にす」という諺がある。これが、人生経験を重ねるごとに、貴重に思えてくる。現在でも、いろんな艱難は次々に出てくる。それに耐えてるだけでは、やがて艱難不感症になるだろう。ゴルフの話だが、バンカーに入れた艱難に嘆いていたり、文句を言ったりするより、バンカーから脱出の機会がきたと、わたしは思っている。泣きごとを言っていたら腕は上がらないが、甘いルールになったのはなぜだ?!

人手という「量」は不足しているが　できる職員という「質」の確保のために

わたしはマゾではないが、苦難はある意味で快感でもある。たやすくできた仕事には、満足を感じない。当然といえば当然だと思うのだが、最近は苦しみ、悩み、難儀なことを避ける人が多くなったような気がする。若い人たちの対人関係では、それが色濃く出ているように感じてならない。よく思われたい、深く関わりたくない、苦しいことは嫌だ、という考えだ。

そうでなければ、薄い、アンタッチャブルな対人関係が人間関係だという人たちが多くなるわけがないと思うのだ。よく例えに出される〝ゆで蛙〟的、生き方だ。

それは、組織を構成する成員（職員）の能力に大きく影響している。優秀な職員が尊敬される組織と、優秀な職員が敬遠される組織とのちがいである。古くからいわれている蟻の生態から出された2・6・2の法則での、優秀な2が白い目でみられる職場になったら、組織全体の成長はない。

東京大学の野球部の選手にも、優秀な選手は存在する。その優秀な選手を冷めた目でみる選手がいたら、東京六大学野球で勝つことは難しい。その点、京都大学はリーグのレベルのちがいがあるのかもしれないが、東大より勝利数は多い。おそらくだが、野球という限られた分野における2・6・2のレベルは、京大の方が上なのだろう。ノーベル賞をとれる頭脳レベルにおいても、京都大学は東京大学を圧倒する2・6・2のレベルの高さがあるようにみえる。名古屋大学の研究者のレベルも高い。

つまり、地域の他の病院、施設の職員の2・6・2レベルより上位にある病院、施設は強い、ということだろう。優秀な2のレベルの職員を増やすのではなく、他の6・2のレベルの職員の能力の引き上げが、経営の基盤ではなかろうか。先の大学別の野球能力、研究能力のちがいと同じなのである。

そこには苦難が絶対的に存在すると、わたしはみている。そして、病院、施設の場合は、大学とちがって〝身に沁みる〟ことを経験する。ある病院でダメな職員といわれる職員も、他の病院のレベルからみると、ダメでないのである。

そのことを大切にして、管理職にしろ一般職にしろ、個々の職員のレベルアップを追究している病院、施設と、日常の業務が流れていけばよい、という病院、施設では、職員レベルは前者の方が圧倒的に高い。しかし、そこではコストも発生する。そのコストを投資とみるか、コストを恐れて職員教育を重要視しないかでは、職員レベルと同様の病院格差が生じる。

「少数精鋭」が機能しないのが、病院、施設の組織なのである。多数精鋭ではなく、精鋭まではいかなくても他の病院の職員レベルより高くしていくことが、重要だ。

しかし、そこでは苦難が生じる。先のコストの問題だけでなく、訓練の時間をどう捻出するかという問題もある。まさに、四苦八苦だ。でも、そこから発生する成果は、経営の成長という結果を生んでいる。これは、一般産業をみれば簡単に理解できることで、対利益比で職員教育費の高低は、職員レベルと逆比例しているではないか。

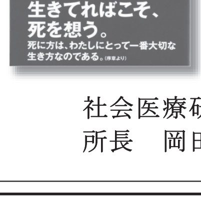
だから、短絡的に職員の教育訓練をみるのではなく、幅広くみるものだと思っている。すぐ成果がでないから……という意見もあるし、それはそれで判断のひとつである。しかし、経営には我慢と決断というふたつの苦難があろう。

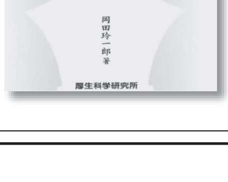
その苦難を単なる苦しみのみでみるのでなく、難儀だからこそ、それを脱したとき喜びがあるとみるのか、人生の、経営の難しさである。ましてや人手不足の時代だ。看護師は余り気味だと思われるかもしれないが、5対1看護を必要とする患者が入院している病院は、5対1看護を覚悟すべきだ。　岡田

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。





「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、お申し越しください。

社会医療研究所
所長　岡田玲一郎

この一ケ月の喜怒哀楽

◎世界幸福度ランキング

わが国は58位であるこのランキング、わたし個人の幸福度とは乖離がある。その中で「健康寿命」は堂々の2位、これは異議はない。残念な異議なしは92位の「社会的寛容」で、確かに社会はギスギスしていることを、折にふれて感じ、寛容を感じることは少ない。

全般的にいえば北欧の国が幸福度は高いのだが、行ったことがないので、コメントできない。よく行く米国の幸福度は19位で、これは分かる。ただ「選択の自由」は、日本が64位に対し、米国も62位と大差はない。トランプさんの言動をみていると、ウン、ワカルと思ってしまう。そして、先の「社会的寛容」が米国は12位なのも、実感だ。親切心は過去の日本人だけのものではないことを、痛感させられた。例えば、対人関係の中で受ける寛容は、日本人より欧米人の方が多い。わが国はもっと寛容があってよいと、年寄りの自分は思っている。

◎日本語は、おもしろい

「ありがたいならいもむしゃくじら」という付け足し言葉の「判じ物」がある。どこかの新聞に出ていた。わたしの人生で初めて見た。意味するところは、軽い言葉だけの感謝は、噴飯ものだということだ。意味は文章どおり「蟻が鯛なら芋虫や鯨」で、ありがたいと言っても、意味がないということだ。江戸時代にも、ありがたいと連発する人間がいたのだろう。現代でいうと「血液型トーク」をコミュニケーションの手段として、当たり障りのない血液型の話をとっかかりにするという意味だ。

わたしはB型だけど、他のB型の人と似ているところはあるらしいが、ちがうところも多い。そもそも。複雑人モデルでみるように、人間は4種類ではない。先に書いた「話のとっかかり」として血液型トークを使っても「話のひっかかり」にしかならないことも経験する。重々しい言葉を使わなければならないのではなく、本音で対話したら、よい。

のだが、本音でひっかかる人もいるという、ちがいもあるのが対人関係だと思って生きてきた。本音を言うと〝直球〟といわれることがあるが、変化球よりはいい。

◎筋肉質の組織とは

伊達美和子さんは「森トラスト」の社長さんだ。あの六本木ヒルズで有名な会社の前社長令嬢だが、発言は軽いものではなく、地に足のついた重い発言で、勉強になる。

伊達社長の言われていることは、「トップダウンではなく、自律的に考える組織」を筋肉質と表現されており、わたしも同感だ。病院や施設も、トップダウンばかりでは、組織は自律しないイエスマン集団になってしまう。そして、イエスマンは贅肉がタプタプで、自分では歩けない指示待ち族になってしまう。

逆に、病院も施設も自律（自分で自分の行為を規制すること）ができる集団、あるいは部門になることによって、地域、患者を大事にする組織になれる。トップダウンは場合によっては必要だし、トップダウンを自律で実現できる集団が、絶対に成果を挙げるのだ。

◎褥瘡の生産者は誰だ

ある特養ホームの研修のとき、今年の目標の設定を求めたら「褥瘡をなくす」ことが目標のひとつに挙げられた。わたしが「老人ホームで褥瘡をつくったら、いかんでしょう」と言ったら「全部持ち込みです」と答えられた。

そこで「褥瘡の持ち込みの入所者さんは、7対1の病院からくるんだろう」と言ったら、肯定の大爆笑が起きた。そのホームでは、紹介の入所・利用者は7対1の急性期病院からの紹介が大部分だと言う。家から来られる方は褥瘡はないと、系列の訪問看護ステーションのケアを評価していた。

7対1という最高レベルの看護管理で褥瘡をつくってしまうことは、けしからんとはわたしは思わない。理由は、7対1看護で急性期患者のケアを万全に行うことは量的に不可能だと思うからだ。アメリカのリハ病院で7対1看護の話をして、アメリカの看護基準はどうなっているか質問したことを思い出す。看護の質の管理部長は「患者7人でみると、ウチの病院の看護師は2人です」だった。アメリカは看護基準はなく、入院患者の重症度などによって流動的だ。だから「患者7人でみると……」という発言になるし、ALOS（平均在院日数）が12日のリハ病院では、平均的には患者7人に対して2人（3・5対1）になるのだ。そして、それだけのレベルの患者が入院している証明が必要だ。なんともプアーな我が国の看護管理基準と思うから、5対1看護が、わが国の真の急性期病院には必要だとする論拠にしている。〝なにか問題ありますか〟byぴろき

◎臨床宗教師が必要となる

4月17日、NHKの「クローズアップ現代+」で、臨床宗教師を採り上げていた。死を多く経験した看護師が、延命や無理な栄養補給に疑問を感じたので、6ヶ月間の高野山での修行（本人の弁）で、僧となり臨床の場に看護師として戻ってこられた。エライと思う。直接の動機は夫の死だそうだ。

で、この話を医療、介護に従事する人に話すのだが、番組を視てないためか、臨床宗教師を知っている人は、ほとんどいない。わたしは、徳島で介護関係の方で同じように高野山で修行された方を知っているから、いよいよ看護にも出てきた、と思って視ていた。番組を見たかったわけではなく、「NW9」からの流れで、オッと思って視た。やはり、わたしがいつも主張しているように、「意味なき延命」は、人を苦しめるだけだ。「自然死」という表現もあるが、人は必ず死ぬ自然な存在だから、不自然な医療（というと反論がでる）は、人のためにはならないという思想は死ぬまでかわらない。

もっとも、自然死も死の前日か当日、体に残っていた尿と便を出し切って死ぬから、ケアがないと汚らしくなる。しかし、人の自然は、きれい、さっぱりとなってから死ぬということに、大きな意味を改めて教えられた。

「死にたくない」も自然だ。「死にたい」は異常だと、わたしは思っている。それでも、イジメ自殺は残存しているが、自殺者数は減少している。これも、自然だ。

岡田

これからの一ケ月の不安・不運・不信

医療の沸騰点

Ⅶ　病院の組織風土はいかに作られるのか
1　組織風土を構成するもの

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長　副島　秀久

北方領土を戦争で取り返すという国会議員の発言と発想に改めて驚いた。確かに言論の自由は保障されており、日本国民は自由に発言してよいし発言すべきと思う。問題は中身と立場だ。今時戦争をしたら、どういう結果になるのかをイメージできてない。発言の主が東大法科卒で経産省の役人だったと聞いて、教育、官僚、政治家全体の劣化を感じた。この種の蛮勇の風潮が世界中にはびこり、戦争のリスクを増しているように思える。

社会の風潮と同様に、組織の風土は、その母体や歴史、リーダーの在り方、組織の理念、職員教育、ガバナンス、コンプライアンスなどが背景となって形成される。例えば医学部も私立と公立では組織風土、校風が大きく異なるし、ガバナンスの在り方もまた異なる。患者や世間の見方も当然異なってくるのである。またリーダーの姿勢や幹部の発言が次第に組織の雰囲気を作り上げていく。前述の維新の党も本音では戦争やってでも取り返すという雰囲気があり、組織内部ではそのような発言に寛容であったのだろう。

風土づくりには組織の理念とリーダーの首尾一貫した姿勢が必要だ。短期間でしかも天下りの院長が頻回に変わるようでは病院の特徴を打ち出すことができない。首尾一貫とは理念や基本方針の継続であり次の世代に受け継がせなければならない。一方で任期を越えて長く院長職にとどまると一定の風土は出来上がるものの全体的に膠着的な組織になってしまう。つまり変革を嫌う組織になり、世の中が移り変わってもそれについていけない状況となる。

自ら変われない組織では制度が変わるたびにそれを後追い的に追随せざるを得ない。診療報酬の改訂などは唐突に表れるものではない。加算の廃止などもよく「梯子を外された」というような表現で語られるが、多くはある程度予測されたものである。先進的な病院や海外の事情を観察し学んでいると、おおよそ方向性は把握できる。社会が何を求めているかを素早く捉え、早めに準備をしておくと診療報酬の変化にも十分ついていけるだろう。当院ではパスが診療報酬の加算に加えられる前から取り組んでいたし、医療秘書も医師事務補助加算がつく以前から導入していたので、すぐに対応できた。梯子を外されたと感じるのは対応が遅く、加算の要件をクリアするのに時間がかかり、いざ加算が取れ始めたころには廃止や縮小の議論が始まって加算取得のための投資すら回収できない場合だ。そもそも加算が永遠にあると思うべきではない。遅れてバスに乗ると座る席はもうない。

社会のニーズがどこにあるかは世の中の動きをじっくり観察しているとわかる。医療は人間を相手にする仕事なので、基本的に人口構造の変化に影響される。人口の大きさと密度によって必要な医療機関の数と機能が決まる。高度急性期医療機関は人口50万人以上ないと存立できない。急性期病床も人口規模3−4万人以上ないと職員の確保や病院の維持も難しい。とりわけ若年人口が急減する地域では人手の確保はますます難しくなり、慢性期、療養型の病院しか成立しなくなるし、やがてその維持すら難しくなる。人口減のインパクトは3世代、つまり100年は続くだろう。こうした地域では長期的な視点で病床転換を考えておいたほうが良い。

病院の歴史も風土に大きく関係する。当院は昭和30年代には倒産の危機を抱えていた。その後、必死で時流に乗り、ニーズに合った医療に集中することで現在の姿があるが、この苦境を忘れないように新入職員のオリエンテーションでは歴史を必ず紹介する。恩賜財団ではあるが基本的に外部の援助はないこと、自助努力以外に自らを救うものはないこと、職員が一致団結して働かなければ容易に危機になること、新たな取り組みをしなければ取り残されることなどを教え込む。こうした歴史への理解がないと、「今、うまくいってるのに何で変えないといけないのか」とか「新しいことに取り組んで失敗したら誰が責任をとるのか」など変えたくない人たちの言い訳探しが始まってしまう。これを説得するのもエネルギーが要る。自分の経験から言うとこうした変化を嫌い後ろ向きの発言をする人は組織や社会の将来を考えていない。次の世代のためを考えられない人たちでもある。

経営の基本姿勢は常に緊張感をもってあたることで、根拠なき楽観や厳しい現実の隠蔽は禍根を残すことになる。少なくとも幹部はこうしたことを自覚しておかなければならない。自覚するためには事実を正確に把握しておく必要があり、毎月の収支を周知させておく。詳細なデータを提示して現場に考えてもらうのも当院の風土である。財政事情、保険事情が厳しくなる今、コストを考えずに医療を継続することはできない。医療の無駄を省くのも経済観念と言う風土のひとつだ。

医療における働き方改革はほとんど手つかずできたし、医師は別物で労働者ではないという風土が強かった。とくに当院では長時間労働だが一方で仕事が楽しいという人たちが頑張ってきた。しかしさすがに研修医や小児科医の自殺やストレスによるうつ病などが報じられると長時間労働を単純に風土と言ってすまされる時代でもなくなった。確かに仕事は独身のある時期は楽しいが、家庭をもったまま長時間労働を続けると家族が犠牲になりがちである。救急は医師の犠牲で成り立ってきたし、医師の犠牲は家族の犠牲でなりたってきた。家族を犠牲にすると子育てや教育が犠牲となり、結果的に社会全体が犠牲になり少子化に拍車をかけている。これが日本の現状ではなかろうか。この悪い循環を止め、正の循環に戻すには抜本的な対策が必要であろう。抜本的と言う意味は働き方というテーマが単純に時間だけで論じられるのではなく、社会の構造、経済の構造、医療の構造、日本人の価値観すべてを変えていくようなプランが必要と言うことである。しかも、人口減に歯止めをかけ増加に転ずるような大胆な案が求められる。さらに重要なことはこうした案を実行する気概が日本人にあるかどうかだ。

病院や会社の風土は日本社会の反映である。このままではじり貧ということだけははっきりしていると思う。

病院病床の減少傾向

医療・介護業界をめぐる環境の変化で、個々の病院・施設にも変化が起きている。その中で目に付くのは、病院の縮小だ。閉鎖するのではなく病床を減らす、わたしに言わせれば時代に即応した変化である。いまでも存在しておられるが、一床たりとも病床は減らしたくない病院経営者なら、常に満床で、しかも平均在院日数が疾病ごとに平均より短いという条件がなければならない。

常に満床にしているのではなく、意図しなくても満床になってしまう病院なら、減床の必要はないが、無理して（例えば入院日数を恣意的に延ばす）満床にしている病院は、将来は危ない。昔の「無理が通れば道理は引っ込む」の時代ではないからだ。ただ、一床たりとも病床は減らしたくないという気持ちは理解する。でも、経営は個人的感情が入るとよくないのも、常識である。

こんな流れがあるのか、中小病院の減床による機能明確化が目に付くのである。厚労省の思惑どおりとはいわない。厚労省は行政としてそう思っているのは確かだが、強制権はない自由開業医制では、病院を思うように経営されたらよい。思うようにとは、収容施設の対角線上にあるものだからである。刑務所とまではいわないが、強制収容入院は筋が悪い。

中小病院で減床の流れがある中で、大病院、特にチェーン病院と称されている複数の病院を有している法人では、増床の流れがある。その流れをみていると、米国のヘルスシステムに酷似している。超急性期から、リハビリ、療養、在宅までの諸機能を有する病院、施設群づくりである。そこではM&Aも起きてきたし、再言になるが米国のヘルスシステムそのものだ。

中小病院や施設が縮小するのは、その意味でも当然だ。昔、アメリカでもよく言われた「アンブレラ」が起きてきているのである。それは当分は続くだろうが、数年先には米国と同様に、病院、施設群を有する組織は、その名のごとく「ACO」の時代が到来するだろう。大規模なるがゆえに、自律的なケアの質の保障をする部門と機能が必ず求められると、記しておく。

そこで、中小病院はどう生きていくのかということになるが、大都市の中小病院は、例えば熊本の福田病院のように専門科に特化するだけでなく、その機能の優秀さを保持、発展させていけばいいのである。福田病院さんは産婦人科だが、他の例えば循環器にしても眼科にしても、他より突出したケアの質が必要となる。透析にしても、全く同じであろう。具体的にいえば、透析の質は当然最上位であることが求められると同時に、予防、患者の収入の安定への機能など、他の透析病院が持っていないケアの質が必要となる。ケアとは医学的なものばかりでなく、社会性が必要となるからだ。

問題は、人口の減少だ。それは同時に患者、利用者の減少である。特に、地方の中小病院の経営は難しくなるだろう。それを思うとき、米国、カナダで「スモール・ルーラル・ホスピタル」と称されていた病院を想起する。そこでは、ゼネラル（全般）のケアの提供が必須だ。日本でも同じだろう。規模はスモール（小規模）で、人口の減少する地方（ルーラル）ではあるけれど、ホスピタル（病院）としてその地域のケアを充足する機能を有していなければならないからだ。当然、あらゆる疾病に対応できる機能を有しなければならないが、今後のAIの進化やヘリコプターなどの活用で可能であろう。現に米国のクリーブランド周辺では、特殊のケース、例えば脳血管障害などでは機能しているシステムだ。

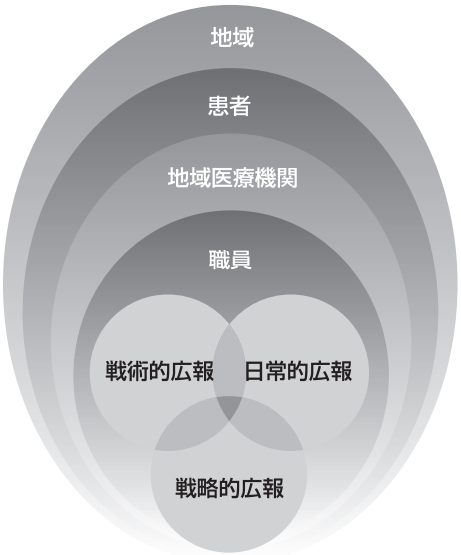
そこに、先に述べたヘルスシステムがあるのだが、わが国も国民の幸せを求めていけば、そこに帰結するのではなかろうか。ゼネラル・フィジッシャンが必要である。　岡田

広報で変わる　医療環境　DOCUMENTARY FILE

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報的視点から、病院のビジネス構造の変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 Hospital Intelligence Planning
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ト事務局内
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。

49

第447回 これからの福祉と医療を実践する会

今年10月に予定されていた消費税増税が3回目の延期？　はたまた5％に戻す、という話まで浮上してきた。それでも次の診療報酬改定は否応なく迫り、中医協も動き始めている。基本は「年代別・世代別」に対応する、ということだが、財源難からのスタートであることは変わらず、来年の報酬点数も甘くはないことは言うまでもない。次の診療報酬改定への対応、準備に怠りはないだろうか。

少子化による人口減少、高齢化に伴う受療動向の変化への対応が次回改定の課題であるとされているが、中医協での個別改定項目の議論開始は秋口になろう。当会例会において誰もが言うように、個別点数を見てからの対応ではとても間に合わない。この夏から次回改定の方向性を見極め、スタッフのモチベーションも含めた人員体制の構築や経営・運営理念の見直しも勝ち残りのためのカギとなろう。自らの強みと弱みを分析し、自院にしかできないこと、自院が受け持つべきポジションを明示、自院や連携機関に対して浸透させることこそ肝要ではないか。

盛夏で開催の本例会には当会創設者の岡田所長を招き、何回目かの〝遺言〟を熱く言い遺してもらおうと思う。常に医療と介護のあり方、その半歩先を示し、改定の本筋を言い当てきた先達である。「点数が決まってからのセミナーはなんぼでもあるが、点数は不明ながら方向性はきっちり把握している」と言い切ってくれた。経営陣、幹部はもとより、今回は看護やリハの皆さんにも聴いてほしい。

（伊藤幸彦）

七月十九日（金）
午後二時～四時半
２０２０年診療報酬改定
……いまからやっておくこと
社会医療研究所
所長　岡田 玲一郎
会　場　戸山サンライズ大会議室
参加費　（今回に限り）
会員・会員外とも　八〇〇〇円
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

▼新元号騒ぎと書いたら畏れ多いことだが、日本人は日本人。わたしのような西暦派は冷め過ぎか。それでも、時代は動き続けるのだ。

▼上段にある「実践する会」では、何回目かの遺言を遺す。50歳代から「もう死ぬ」と代替わりごとに発言してきたが、80歳代になると5歳刻みになってきた。それだけ、診療・介護両報酬の命も刻まれる。

▼そんな思いもあるから、5月の「三人会」では、同じ主旨の話をさせて頂いた。ただ、45分という限られた時間で、意を尽くせなかったので、2時間半、思いの丈を話させて頂くつもりだ。ただし、それまで元気で生きていれば、の話だ。

▼寄り添う看護とか、地域に寄り添うとか、なんか寄り添いブームのようだ。わたし個人は中年美女には寄り添ってもらいたいが、勝手に寄り添ったり、寄り添われても本人はどうなんだろうと、思う。

▼マラソン、特に女子の監督の小出義雄さんの死に対する覚悟は凄いと思った。見事な死にざまで、わたしにできるかどうか、と思った。

▼電車の中や街でみるオバサンのスマホや券売機などへのタッチは、プッシュになっていて、時代を感じる。券売機をそんなにプッシュしてどうするの、と思う。スマホもタッチでいいのに、ギュッと押されている。女性はタッチ‼これも、時代なんだ。

医療と介護をデザインする企業　株式会社 星医療酸器

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

※写真は 2L 器

酸素濃縮器リモコン
災害時救済ボタン付

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