

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

消費税10%になったら 急性期医療は改善するか

所長 岡田玲一郎

この原稿は、7月の参議院選挙の投票日の4日前に書いている。与党も野党も、医療、介護、保育の充実を公約としているが、わたしはその実現に非常に危惧を持っている。それは、そもそも社会保障の将来のために創設された消費税の「過去の使途」に、その証明がみられないからだ。具体的に述べると、診療報酬、介護報酬、保育報酬は、それらのサービスの提供を保障できていないところがある。もちろん、それは前記3サービスの現状では望ましいものではない、という現実があるからだ。単に儲かる、儲からないのレベルではないことは、言っておきたい。

3サービスの供給側にこそ「充実」が求められている

消費税は、当初の3%から5%8%へと上昇し、今回はさらに2%増えて10%だ。仮に10%になったとしたら、先の3サービス提供の

「質」は向上するだろうか？疑問符を付けたのは、わたしはふたつの点で疑問があるからだ。例えば、消費税が10%になったと仮定したら、保育は充実するだろうか。少子化というのは、保育の少子化を意味しない。それどころか、女性が社会進出しないと日本のGDPは上がらない。つまり、保育サービスの充実が、一層、求められてくる。そうでないとわが国の産業は伸びがなくなってしまうし、国民所得は上がらない。当然、消費税の意義が薄れてくる。

本紙の読者の多くが所属する医療、介護でも同じことがいえる。消費税が10%になって診療・介護報酬の引き上げがあつたとしたら、医療、介護サービスの質の向上を実現させる医療、介護機関は、現在の実存する病院、施設をみると、疑問を持たざるを得ないところか、8割はある。報酬の上昇分の使途が、果たして社会のため、もつとい

病気は確かにあるし(特に後遺症)看護の必要はあるのだから、結構、外出されていた。

つまり、消費税は10%になり、医療費に配分されたとしても、国際基準の「急性期医療」が実現されるのだろうか、ここでも大いなる疑問がある。7月号で本面に出したカナダの「急性期病床」「療養病床(現実にはLTAC)」の平均在院日数の短縮のように、機能を明確化できる急性期病院が急増するか、ということだ。

わたしは、別に極論を述べているとは思わない。医療費の多くを消費している「急性期病院」で、ほんとうの急性期患者だけになつていくかを問うているのである。

先に述べたように、自分で紹介先の病院に行ける患者が急性期入院患者と言えるだろうか？看護師や介助者が付き添って行くケースが、急性期患者なのではなからうか。薬の内服と食事だけで急性期病床に入院している患者は、急性期と言えらるだろうか、本紙などで何回も述べている由縁である。わたしは、急性期患者とは、七転八倒するような苦しみがあり、ベッド上で食事が摂れないような患者だと、米国で入院してみても、つくづく思い知らされたのである。

しかし、日本の急性期病床には、「急性期」ではない患者が入院している。理由は簡単、その方が入院料が高いからである。看護料も

そうだ。だから「急性期」の申請がバカみたいに多いのである。

一方、療養病床を観ると、どうだろう。医療療養でしっかりと医療が必要ない患者さんが埋まっている病床もあれば、医療どころか介護の必要もない患者さんが大部分の病院(棟)もある。家に帰れない患者」という弁解付きの患者である。だったら、施設に移すか家に帰れる条件を身に付けて頂く訓練をやつたらよいと思うのに、その機能が劣弱で、言葉は悪いが昔の「養老院」を想起させられる。

その「急性期と療養」それぞれに質の向上を求められているが、わたしは、来年度の診療報酬改定で、かなりそこに手が付けられると思っている。わたしの言っていることは「全部、仰っているとおりになつていきますね」という定評を頂いているから、自信満々である。

いや、自信なんてなくても、そろそろ国民もこの「日本独特の医療供給制度」に疑問を感じられていることを聴くから(一般市民講座などで)当然のことだと思っている。消費税10%になったが、国民医療費は高齢化を考慮に入れても、異常な伸び方をしていない。病床数にしても、他の先進国と比べれば、かなり多い。そして、また日本国民の民度が先進国並になつてくるのは、変化して当然なのが、社会だからである。来年のいまごろ、気付いても遅い!!

医療の常識・非常識

新須磨病院
院長 澤田勝寛

◆病氣

昔結核は不治の病といわれ、戦前のインテリは結核で青くなるか、共産主義にかぶれて赤くなるかいずれかといわれた。その結核も、戦後アメリカから入ってきたストマイで治るようになった。

消化器外科のカリスマ故中山恒明先生の時代は、消化管術後の縫合不全は死につながった。高カロリー輸液が進歩して、食わずとも栄養は保たれ、縫合不全は生死がかる問題ではなくなった。

明治時代にさかのぼる。日露戦争での陸軍戦死者は47万人、傷病者352万人。そのうち脚気患者は211万人で、脚気による死亡者は28万人と推定されている。銃弾による死者よりも脚気による死者のほうが多かった。

足のむくみや神経障害だけでなく心不全を起こし死亡につながった。今ならビタミンB1不足が原因であることは常識であるが、当時は原因不明。陸軍は伝染病や中毒説をとえ、栄養説を唱える海軍と真つ向から対立した。

陸軍軍医が森鷗外であり、海軍軍医が高木兼寛である。森鷗外は東大卒のエリート、かたや高木兼寛

は鹿児島医学校出身の非主流派。白米を食べる陸軍に脚気が多く、パンを食べる海軍兵に脚気が少ないことに着目し、栄養説を唱えた高木兼寛の学説は、鷗外らに一蹴されていた。

後に鈴木梅太郎によつてビタミンB1が分離されてからも陸軍は頑なに感染や中毒説に固執して、脚気による多くの犠牲者を生み出した。

その後、高木兼寛は東京慈恵会医科大学を創設し医学生育成に努めた。

(吉村昭著「白い航跡」参照)

胃の中は強酸である。その中に菌が生息するとは誰が予想できようか。1982年バリー・マーズナルは胃粘膜の中に生きるヘリコバクターピロリという菌を見つけた。研究が進みこの菌が、胃炎胃潰瘍胃がんの原因になることがわかった。私が医師になった時、先輩医師から受けた「胃潰瘍と子どもは夜作られる」という教えも、懐かしい思い出となってしまった。

昔は親が口移しで幼児に食べ物を与え、池で泳ぎ、井戸水を飲んでいた。今は、口移しで食べ物を与える親はおらず、塩素消毒の効いたプ

ールで泳ぎ、飲むのはペットボトルの水。そのため子どものピロリ感染は極めて少ない。感染している大人の除菌も進み、20年くらいすると日本で胃がん患者はいなくなるのではといわれている。

先日、山中伸弥先生の講演会があった。お父さんがC型肝炎で亡くなられたことがきっかけで、基礎医学への道を進むことに決めたと聞かれていた。当時不治の病であったC型肝炎も、ハーボニーなどの特效薬が開発され治癒するようになった。

このように医学の進歩によつて、昔、不治の病や原因不明といわれた病氣も治るようになってきた。

◆都市伝説

肥満女性に過食を注意すると、私は水を飲んでも太る質(たち)という人が結構いる。それなら、北朝鮮やアフリカ難民にも肥満がいるはずだ、と言つても納得してもらえないので、最近では言わないことにした。いくら食べても太らない人はい

るが、食わずに太ることは質量保存の法則からいってもありえない。よくよく話を聞くと、ご飯は少ないが、間食が多い。それもほとんど糖質。おまけに、子どもやご主人の残したのも、もったいないから食べてしまう。更に仏さんのお下がりとして犬の食べ残しまで食べるから太ると綾小路きみまろは言うが、私は言わない。

運動しないから太るというのよく聞く話。体重50キロの人が1時間普通に歩いて消費するカロリーは約150キロカロリー。ご飯1杯140グラムは235キロカロリー。毎日継続すれば効果は期待できるが、すでに肥満の人はそれなりの決意と覚悟がないと難しい。太

ってから運動する人もいるであろうが、若い時からウォーキングを毎日欠かさず励行してきた人が太っていないのである。運動で痩せるには筋肉量を増やすことが一番。それも、筋肉量の多い太ももを鍛えるのがベスト。テレビコマーシャルで有名なライザップは、徹底した筋トレと糖質制限が基本である。ライザップに行かずとも、自重筋トレ(自分の体重を利用して、腹筋背筋大腿筋を鍛える)と多少の糖質制限でことは足りる。

◆終末医療

ぼつくり死にたいというお年寄りが多い。京都の泉涌寺即成院は別名「ぼつくり寺」といわれている。ここにお参りすると長患いをしたいとのことで、参拝客はたえないといふ。しかし、ぼつくり死ぬのはなかなか難しいことは統計が物語っている。2018年の平均寿命は女性87歳男性81歳、健康寿命は女性74歳男性72歳であり、その差の女性13年間、男性9年間は何らかの介護を受けている期間となる。ことは

ど左様にぼつくり死ぬことは難しいのである。

苦しまずに死にたいという老人も多い。今まで多くの方を看取った。死に顔は様々であるが、世間で言われるように苦しうに亡くなる人はそんなに多くはない。

人間は、飢餓状態になるとエンドルフィンという脳内モルヒネが出る。これはマラソンランナーがランナーズハイを味わっている時にも出ており、この物質のおかげで苦しさを感じず気持ちよくなると言われている。

さらに、脱水になると意識レベルは下がり、呼吸が低下、酸素濃度が低下するのでこれも脳内モルヒネが働いているのと同じ状態になっている。そして、呼吸が少なくなると炭酸ガス濃度が上昇する、炭酸ガスには麻酔作用があるので、更に意識は遠のくようになる。

このようにして、人為的に点滴とか人工呼吸といった延命措置を行わなければ、穏やかに安らかに死ぬようになっていく。

以上、何事も永遠の真理といったものはなく、昔の常識が今の非常識になり、その逆もある。好き勝手な話をさせていたいただいた。医師になつて40年が過ぎ、日常診療の中で、奇異に思つてきたことを書かせて頂いた。お気に障ることがあれば、ご容赦のほどを。

職場のパワーハラスメント防止を事業主に義務づける「パワハラ関連法」が成立し、来春にも施行されることになった。その予防と対応策については、前号で触れたところである。ところが、介護や福祉の職場ではいま、もう一つのハラスメントについての対策が必要になっている。利用者や家族等から職員へのハラスメントである。

介護現場におけるハラスメント

昨年、厚労省が委託した「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究」事業（実施主体は三菱総合研究所）は、介護現場におけるハラスメントに関する本格的な調査研究を行った。本年4月には、有識者で構成する検討委員会（委員長・村木厚子氏）の議論を経て、介護事業者向けの「対策マニュアル」を作成し、都道府県等を通じて周知している。

この調査報告によると、利用者や家族等から、身体的暴力や精神的暴力、セクシアルハラスメントなどを受けた経験のある職員は、サービス種別により違いはあるが、利用者から4割〜7割、家族等から1割〜3割になっている。ハラスメントを受けた職員のうちけがや病気になる職員が1割〜2割、仕事を辞めたいと思った職員が2割〜4割であるという深刻な数字が

報告されている。

どのような行為をハラスメントと定義するか、要望や苦情との線引きが難しいところであるが、この調査研究では先行事例を参考に次のように定義と例を示している。

① 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）。

「コップをなげつける」「蹴られる」「手を払いのけられる」「叩かれる」「手をひつかれる」「つねられる」「首を絞める」「唾を吐く」等。

連載「大介護時代の人材マネジメント」③

もう一つのハラスメントへの対応

（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

② 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

「大声を発する」「サービスの状況をのぞき見する」「怒鳴る」「気に入っているホームヘルパー以外に批判的な言動をする」「威圧的な態度で文句を言い続ける」「刃物を胸元からちらつかせる」「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する」「利用者の夫が、自分の食事と一緒に作れ」と強要する」「家族が利用者の発言をうのみに

し、理不尽な要求をする」「訪問時不在のことが多く書置きを残すと〆予定通りサービスがなされている」といとして、謝罪して正座するように強く求める」「たくさん保険料を支払っている」と大掃除を強要、断ると文句を言う」「利用料金の支払を求めたところ、手渡しせずにお金を床に並べてそれを拾って受け取るように求められた」「利用料金を数か月滞納。請求しなかった事業所にも責任があると支払いを拒否する」「特定の訪問介護員にいやがらせをする」等。

暴力と定義されるハラスメントとともに、「関係性のサービス」であるという介護サービスの特性から難しい判断が求められるところである。実際に、管理者へのヒアリングでも「ハラスメントかどうかの判断が難しい」「事例が多いという」。

事業所・管理者の対応

利用者・家族等からのハラスメントに対する事業所や管理者の対応はどうか。

ハラスメントが発生した場合「施設・事業所として事実確認を

③ セクシアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

「必要もなく手や腕をさわる」「抱きしめる」「女性のヌード写真を見せる」「入浴介助中、あからさまに性的な話をする」「卑猥な言動を繰り返す」「サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる」「活動中のホームヘルパーのジャージに手を入れる」等。

①③は明らかにハラスメントを言うてよいものもあるが、②の精神的に行う」「職員と具体的対応について話し合う場を設定する」「職員に今後の対応について明確に示す」「利用者・家族等と速やかに話し合いを行い、再発防止策を検討する」などを行っているという事業所は一定の数値を示している。しかし、十分実効性のある対応になっているかは疑問である。

ているし、「ハラスメントの報告をした際、事実を認めて欲しい」という希望がいずれのサービス種別においても4割前後の数値になっている。

事業所としての真摯な取り組み

ハラスメント、とくに暴力行為やセクシアルハラスメントは、いかなる場合でも認められるものではない。厳しく対応していかなければならないところである。

しかし、介護福祉サービスの特性から、また介護福祉サービスの担い手に求められる理念や倫理観「利用者本位」のサービス提供、といっためざすサービス目標との関係で、「ガマン」するのが専門職（プロ）だといった風土が培われていることも多い。

これまでの多様な生活環境のなかで培われてきた利用者の価値観や行動パターン、認知症等の疾病にかかり、自律的な判断や行動に支障を持たれている利用者も多いだろう。

介護現場のハラスメントの問題解決は、介護職員が志をもつてこの仕事を継続することにとって重要なことであり、利用者にとっても良質なサービスを継続的に受けるために必要なことである。

対応や予防の考え方、仕組みづくり、プロセスアウトプット、アウトカムをこれからの実践研究のテーマとしてほしい。

「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」

四苦八苦どころか七難八苦に プラスワンの苦難に思う

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」
かなり以前に本紙に書いたことがあるが、わたしはモットーとして「吾に七難八苦を与え賜え」と、桜の木を削って書いた山中鹿之助の書を持っていた。小学校高学年のころに本を読んで知り、その後高校、大学、そして社会人になり大人の道を歩んできて、確固とした信念になつていく。現在、大きな病気を患って、益々、その想いは強くなっている。

「七難八苦」については辞書を引いてもうえば理解されることと思うが、この世に生まれ、生きていくなかで必ず襲来する仏教でいう諸々の難儀、苦しみのことである。わたしは、どなたも絶対に避けられないものだと思っている。

そして、わたしの理解は、その七難八苦があるからこそ人間は成長の機会があり、それを避けていたら成長はないと経験的に信じる。楽、あるいは気楽に生きる人生なんてないのである。しかし、一方では人間は苦難から逃げたがるのが一般的だ。わたしも、そうしたくなることはあるが、苦難から逃げても、充実した人生が送れるわけではない。むしろ、その苦難にチャレンジして成功されている病院長は何人も知っている。

病院、施設の新設、特に継承に当たっては、ものすごい苦難をしたという話は、よく聞く。その苦難から逃れて、なんとか楽をしたいと思われた、病院長、施設長は、ロクな人生（経営を含め）を送られていないのが、実証だ。

お金の問題、人の問題、そこには「楽」はひとつもない。もし、あつたとしたらタタタタのことだと思われた方がよい。しかも、それは死ぬまで、つまり人生そのものが七難八苦なのである。仏教の教えは、そのような真実がいくつもある。感謝もそうだし、寛容もそう。だから、七難八苦は素直に受けとめるしかないのである。

例を病院に挙げると、いい医師、優秀な看護師、その他さまざまな職種の職員が、全員優秀であることは願望としてはあっても、現実では絶対にはないのはなからうか。それこそ七難であるから、八苦して職員の量と質を充実をするしかないのである。そして、そこで楽を求めると、怖い「諦め」がやってくる。その諦めに座していると、社会、業界から遅れてしまうことは「米CULUB」だつて熱唱している。個人的にも、現在、わたしは「原発不明偏平がん」が、苦難をも

たらしている。精神的にも、肉体的にも苦難である。そこから、86歳の老人がどう生きるかは、ずいぶん悩んだ。しかし、結局は苦難に對しては、もがきながらも最善の道を求め、そこに突進するしかないという結論に達した。それが、成熟するかどうかは、分からない。成熟の意味に「成功」があるのだが、それは、もがき、粘つてチャレンジするかどうかにかかっていると、いまは思っている。

先に悩んだという、いわば苦悩のことを書いたが、人間、思い悩むものだと、つくづく思い知らされた。特に、乳がんで放射線治療をした三女のメールは、かなり大きなものだった。内容は、私のがんと知れたとき「お父さん、86歳になるんですよ。放射線で苦しむのは反対だよ」という意味のアドバイスだ。自分で受けた苦難がいかに大きかったかがわたしを突き動かした。頸部のがんが、頸動脈と迷走神経をグルッと巻き込んでおり、わたしが「かっぱ巻きのようなのですか？」と医師に尋ねたら、「そんなものではなく串刺し団子ですよ」と言われた。つまり、外科的手術でがんを切り取ることとは不可能な状態なのだ。4～5日は、そこで悩んだが職員研修に行っている病院に、がんをポイントで照射するトモセラピーが入っており、それにもがくことにした。七難八苦、プラスワンだ。 岡田

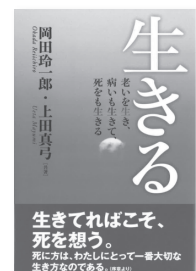
病院・施設の価値を高める 地域の方へ啓蒙講演しませんか!!

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

◎予想できないトランプ大統領
新聞の見出しだが、そのとおり。そもそも、大統領になったのだから、予想外だったのだから……。ただ、米国の友人の多くは「ヒラリーの悪人ぶりが目立ち過ぎた」と、言っていた。例のロシア疑惑のことだろうか。

しかし、予想外のことをやってくれるのは、困ったものだ。株価だけでなく、世界経済の混乱は私財にも影響を及ぼした。しかし、史上稀にみる予測不可能な男に、どうやってなつたんだろう。あれだけの金持ちになるのは、相当な根性があるし、実に計算高い。だから、予想できない男なんだろう。しかしアメリカの有名男性は、嫁さんを次々と替えられていいね。

しかし、人間、そんなに順調、自分の思うようにいくことは、続かない。世界経済をひとりの男が動かすのは限度がある。

結局は、米国民の良識が問われることになる。そして、日本の政治も、いまのままでいいかないだろう。安倍さんも、いつまでもツキがあるわけはなく人類社会の日本をどう変えるか。だ。一方で、歴史のある、思うように経営してきた病

院、施設も心したいことだ。

◎昭和、平成、令和、そして……

戦前生まれのわたしは、右の歴史を生きてきて痛感していることは、「時代」である。やがて「平成の人の考えることは、ワカラン」と令和の人に言われるだろう。それは令和の人も同じで、われわれ「ヌーベルバーグ」と称された年代も「新人類」といわれた人々たちも、お分かりだろう。ナヌ、ワカランだつて！ なら、それで生きていつてくれ。わたしや、責任もなければ、責任も問わない。

そして同時に、若い人々も新しい時代を創っていくのだが、それそのものが、新しい時代になるのではなく、なぜ生きているのかも自問しないと「タラタラしてんじゃねーよステイック」につながる。わたしには、だ。「ボーっと生きてんじゃねーよ」も同じだが、タラタラ病だ。いまや、洪野スミイル シンデレラガールで通じるゴルフアークが、どれだけの努力を重ねたか、その真面目さを尊敬している。「シンメンモク」と読むと、マジメより意味が分かるよ。

◎医療は、サイエンスとアート

メイヨ3兄弟の末弟だと思つたが、右の言葉を発表されている。科学と芸術である。シンクロナイズドスイミングだつて、シンクロからアーティスティックに変わった。井村ハッ

ドコーチも同感ではなからうか。で、病院の皆様 あなたの病院のアーティはなんでしょう。サイエンスは医学として、当然ある。その医学と、医学レベルも問われるところだが、例えば看護師のアーティ、医師のアーティは鮮明に患者さんが感じられているモノがあるだろうか？ アーティはモノじゃないって、言わないで！ わたしは、看護にも診療にもアーティがあると痛感することが多い。医師のアーティは第一に表情と目線である。これがないと、自動販売機を感じてしまう。キカイであつてアーティではない。

看護師も同じだが、同じ「アリガトウゴザイマス」にも、アーティがある。関東の病院にはあまりないが、関西の病院では病室を出るとき、採血が終わつた後などなど、ひとつの仕事が終わると「アリガトウゴザイマス」と言う病院が多い。そこにも、アーティがあるとわたしは痛感する。昔の「オダイジナサイ」にはアーティがあるかどうかだが、それは、言葉の表意でなく気持ちが入っているかどうかの含意が問われる。

医療は、となくサイエンスが重視されがちだが、患者としてはそれは最低限の責務だと痛感する。医学力がサイエンスなら、患者への説明は、まさにアーティである。そこに芸術があるかどうかで、それは吉本の芸人にも通じる話だ。お笑いに、アーティが必要なのだ。

◎軍需産業が、世界を牛耳る？

どうも、世界が危険に瀕していると感じる新聞記事が多い。冒頭に書いたトランプ大統領には、わたしは狂気は感じないが、ビジネスマンの計算高さを感じる。

でも、どうみてもバックには軍需産業が存在すると思えない。いわゆる軍拡で利するのは、軍需産業が飛び抜けていると思うから。それは、大東亜戦争のプロセスをみてきた者としての実感だ。軍部と軍需産業が手を結ぶのは自然だが、そこに政治が乗つくと、狂気の沙汰が生じてくる。犠牲者は国民である。わが国でいうと、インパール作戦が典型だ。

幸い、医療、医療経済には狂気は少ないが、なかつたわけではない。そして、医療経済のバックには製薬産業が大きく存在する。例えば、わたしが常用する塗り薬の湿布にしても、なにも医療保険を適用しなくてもいいだろう。それこそ狂気の沙汰でもいいから、使用する医療機関に減点を課すべきだ。それも、狂気か！！

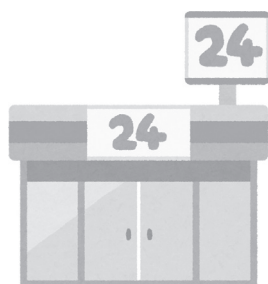
近代医療経済、特に慢性期医療の改革にしても「ラスブーチン」と揶揄された武久洋三先生の「狂気」がなかつたら、今日はなかつただろう。「90歳まで頑張る！」と言われていたが、残る10年ぐらいで、日本の療養期医療、介護はじつくりと変化していくだろう。わたしも、わたしなりに意見を申し上げている

が、根本にあるのは「国民の幸せ」だ、なにも、老人福祉に限つたものではなく、それを負担する国民のための医療、介護だ。もちろん、老人の責任も入る。

その負担で時代の変化を感じるのが、若い人たち（例えば、わたしの孫世代）の意識だ。政治用語では社員を「正規・非正規」と分けているが、彼等から非正規という言葉は聞いていない。時代が変わつても、われわれ世代と同じ「バイト」という。非正規を意味する。

彼らにとって、正規は望ましいものだが、これだけ高学歴社会になつていくと、仕事ができるか、できないか、それが分岐点だ。だから、バイトのコンビニ店長はいるし、そこから正規への道を歩んでいく。実力勝負なのだ。ところで、コンビニのバイトの職員の年齢制限のあることを知つておられるだろうか。そこには、上限、下限があるのであつて、会社によつてちがいがあるところが、正気では、おもしろい。狂気かい。岡田

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信



医療の沸騰点



地域医療構想は本当に実現するのか

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

岡田玲一郎氏から本紙の12月の終了が伝えられた。ご高齢とご病気なのでやむを得ないが残念である。筆者も拙文を掲載して頂いており、毎号、四苦八苦しながらも勉強になっていたのだが、岡田氏の歯切れの良い物言いと的確な予測がいつも楽しみだった。医師でない方からも師として慕われたのは、医師以外の視点や昔の病院経営の状況などを隠せず本音で語られてきたからだろう。本音で語らずば

いうので医者でもなくせにと言った批判を時に聞くが、医者でない分、忖度もおためごかしもなく、より真実に近い。社会医療ニュースは消えてもどこかに書き続けてほしいものだ。できれば真面目な本音トークの交流ができる場として、誰か社会医療ニュースを継続してくれればと思う。

さて今回は、社会医療ニュースが12月で終了する前提で、以前シリーズで書いた「地域医療構想を読む」の続編を書く。地域医療構想がわが国の医療提供体制に重要な影響があると考えからだ。地域医療構想の最終目的はその地域における適正な医療や介護のインフラと機能の提供、結果としての

地域包括ケアシステムの完成にあると思う。残念ながら、こうした方向で議論が進んでいない。現状では2025年にも2030年にも間に合わないだろう。膨大なエネルギーを費やしているが、この構想を一つの事業として考えると、初めに解決しておくべきものを放置したまま船が出港し、予測された荒波と暗礁に乗り上げて、目的地を完全に失っている。

この構想における欠陥は①「二次医療圏の定義を明確にしないまま出発した」、②「主体性を持って進めるべき行政担当者の経験不足と人材不足」、③「多くのステークホルダーがいるにもかかわらず、医師会に丸投げしたこと」の3点に要約できる。

まず①の二次医療圏の定義だが、時代の変遷、特に人口構造やアクセシビリティの変化に応じて、適切に微「調整」しておけば良かったのである。医療だけでなく教育や文化、経済、行政も含めなければならない程度の人口インフラがなければ成立しない。高度急性期医療は人口規模50万人ないと成立しない。もちろんアクセシビリティが向上すればその範囲も人口も拡

大する。しかもこの圏域設定、すなわち構想区域は行政区を基本とするのではなく、人々が行き来する生活圏をもとに再設定されねばならない。現状の調整会議などの議論をみると、何故、こうした社会インフラの原則を最初に再定義して、議論を出発させなかったのかという疑問が沸き上がる。こうした社会改革を実現しようとする時には多くの抵抗勢力が出現するといふより、元々改革を好まない勢力が表に出てくる。現状から利益を得ている既得権者達である。

しかし社会変革の主役は地域住民でありわき役は行政である。行政が正しい方向性を示し、改革を進めなければ「効率の良い、質の高い、価値の高い、つまりコストの安い医療・福祉サービス」は実現できない。結論を言えば人口50〜100万人単位の生活圏をもとに医療圏を再設定し直すべきである。

②に移ろう。行政担当者の2年交代は日本の行政担当能力を著しく阻害している。特にIT化などの情報革命後、コロコロ変わる担当者に現場が振り回されている。もとより官は失敗を極端に恐れるので、少なくとも自分の任期中は前例踏襲し変えたくないという姿勢が見え見えである。これは本当にやる気のある人材をスポイルし、目立たない、特異な意見を持たない人が多くなるという意味で組織は死ぬ。しっかりとした意見を持ち、やり抜くと

いった気概のある人材は育たない。読者のなかに第①次〇〇県保健医療計画を読まれたかたがおられるだろうか。かつ他県と読み比べたところのある方がどのくらいおられるだろうか。医療制度の研究者ぐらいしかこうしたことはされないだろうが、文章は多彩で多才だが内容は似たりよったりでほとんど前回と変わらないものもある。

外部から見ても批判めいたことを書いたが、現場で一緒に仕事をすると担当者にも同情すべき面が多々あることに気づく。2年交代で他分野から異動してきても、そこに精通するには数年かかるだろう。法的な解釈や制度理解にも相当な努力を要するし、加えて現場を理解しかつ非効率な仕事もこなすのは、正直辛からう。十分な経験と理解がないまま医療関係者と対峙することは難しい。基準病床と言う考え方は以前からあったが、現実には各県の人口当たりのそれぞれの病床数は大きく異なる。これは各地域の実情に合わせたとより、行政が主体性を失い、地域エゴに流されてしまったせいではないか。このため、抜本的な改革と微調整ができないまま、社会の変化に対応せざるを得なくなった。

行政がわき役を果たせないなら、それに代わる役者を見つけなければならぬ。それが医師会である。そしてほとんど丸投げ状態になった。二次医療圏の見直しも変えたくない行政と医師会の思惑が一致し、動かなくなったように思う。医師と一口に言っても、それぞれの置かれた立場や地域における役割も大きく異なる。もちろん医師会に加入していない医師もあり、医師会と言っくくりで医師の全体像を表すものではない。医師会員と言っても様々で開業医、勤務医、医育関係、研究者など働き方もかなり異なる。さらに公立があり、公的があり、それ以外の医療機関がありと働く母体もそれぞれ異なり、この中で行政のカウンターパートになるのはごく一部の医師であろう。地域医療構想では現実の病床数や機能を調整会議という「協議」の場で「調整」することになるが、これは例えば当該地域のレストランの席数やメニューをみんなで（現実には無理なので選ばれた一部で）決めることに近い。もちろん、この比較は単純すぎてふさわしくはないが、各医療機関の業態や将来に影響する事業内容という、存続にかかわる問題であることは分かりやすい。こうした決め方は一見、民主的に見えるが、重要なことは誰が『選ばれた一部』になるかによって妥当性が大きく異なる点である。財産権にも触れる微妙なところなので調整は難しいし、軋轢も生むだろう。公正さ公平さを期待したいがこれもまた難しい。

「まるめ」は診療側にとってポジティブなイメージではないと思う。まるめ込まれるとか、どうしても被害者意識が出てきてしまう。思いつくのは、はるか昔、米国で「DRG」が登場したときの診療側の反応である。

しかし、支払い側にとっては過剰な医療供給によって医療費の上昇を招いている事実があったからアメリカ政府も強力に推進してきた。わが国でいうと、クスリ漬け、検査漬けによる医療機関側の収入増への非合理性の是正という、出来高払の否定である。

当時を思い起こすと、小山秀夫先生と日本版DRGの必要性を強調した講演

を行い、ずいぶんと病院側から怨嗟の目でみられたものだ。でも、社会医療の観点に立っているわたしからすると、早く「まるめ」を実施しないと、国民の不幸を招くという信念は変わらなかった。

やはり、社会というものは正義の方向に進むもので、DRGは現在のDPCの原点であったと思っている。国民医療費、ましてや医療保険でカバーされる診療報酬は、医薬品や検査の量の多さで経営、もつといえは儲けを増やすことは、令和の時代でも否定されるべきだ。しかし、その亜流である「ベッドを埋めて収入を増やす」は、

一部では妥当性はあるが、いまやその「ベッドを埋める手法」は、提供する医療の質の向上が最優先であり、なんでもかんでも入院させればよいは、今後の病床機能の明確化によって通用しなくなる！

「医療の質」の質とはなにかについては、まだ明確になっていない病院もあるが、究極的には安いコストが基本ではなからうか。良からう高からうではなく、良からう安からうなのだと思う。

しかし、病院によっては短絡的に「かに収入を増やすか」が第一義になって、そこから動かない（動けない）病院も少なくない。わた

回りハにもまるめの推進を!!



しは逆の発想で、社会としては当然の発想である「安くて効果の高い医療」を信念としている。病院の職員の中にも、そういう言葉を発する人が出てきているのも事実である。医師だって、6割の医師は「現在のままでは皆保険制度は維持できない」と答えている調査もある（日経メディカル等）。

でも、冒頭に記したように「まるめ（包括払い）」は、病院を主として医療機関では評判が悪い。まるめイコール収入減を連想する病院である。それは、回りハのまるめに対する厚労省の姿勢とはちがう。この度、その話を聞いて

びつくりしたのだが、厚労省は回りハを包括払いにすると「必要なリハをやらなくなる回りハ病棟が出てくる」ことを恐れているようだ。この話を聞いたとき、回りハ病棟もなめられたものだ、と、咄嗟に思った。

まるめは同時に、成果を挙げた病院に対して評価をすることである。手を抜いたら、成果も挙げられないだろうに、と思うからだ。そして、手抜きのリハに一番反応するのは、患者、特にご家族なのである。回りハのスタート時にFIMスコアを高め設定した方が有利というレベルの話ではないのである。

これも、公然の秘密ではなく現場のPTなどが語ることだ。「患者中心」「国民のために」は、単なる念仏ではない。実際に、中心におられるのは患者さんであり、医療費の浪費は国民に対する逆行行為だと、わたしは思っている。

しかし、先の厚労省の一部かも知れないけれど、回りハに対する疑念があるとしても、回りハ、あるいは維持期、終末期リハは、人間の人生（生きること）にとって重要なファクターだ。ピンピンコロリで死んじやたらその必要はないというのは、社会性のない言葉だ。療養病床（まともな）で懸命にリハをなさっている患者さんやそのご家族を見る機会の多いわたしにとっての信念だ。

岡田

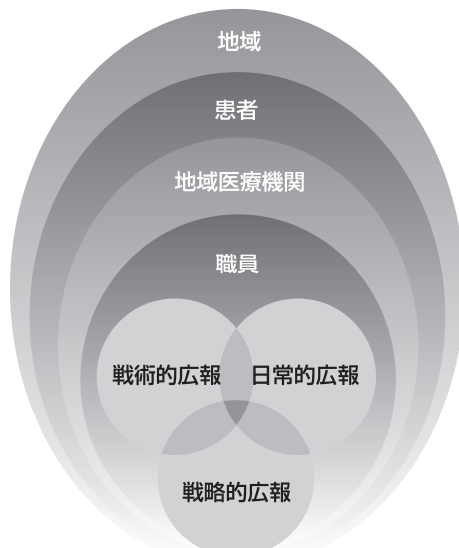
広報的視点から、病院のビジネス構造の变革をサポートします。

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450回 これからの福祉と医療を実践する会

高齢化に伴って医療・介護サービスの需要は高まり続けます。医療福祉業界を取り巻く環境は様々な要因が重なり合って複雑化し、今後の見通しを立てるのも困難な状況です。また、世界情勢不安や日本経済の状況によって医療政策は強い影響を受け、診療報酬は医療を含む社会保障費から決められます。こうした政策誘導に乗って経営方針を決めると、一時的な収入増はあるにしても、芯(思い)のある経営には決してなりません。

こうした状況下、当会の特長は、経営トップ層をはじめ、医師・看護師はもとより福祉医療に関わる様々な職種、関連企業の方々、幅広い年齢層が集い「現場からの実践報告」を主体とした月例会を開催していることです。医療政策に右往左往する経営は健全とは言えないですね。患者にとってよりよい医療サービスの提供を目的とする会員が多いと思います。

記念例会開催にあたり、幅広いメンバーから「いま、なにに取り組み実践しているのか」をそれぞれの立ち位置から発題することを提案しました。次代の変化を見据え、よりよいサービスを提供する努力を成功事例にとどまらず報告し、徹底した意見交換を経て、聴かれた方は自施設に戻り本例会で得られた知見をTTP(徹底的に

パくる)する、本来の実践する会として企画しました。(野口隆司) 十月十八日(金) 午後二時~四時半

◎第450回記念例会◎

この半年から一年の成功と失敗 …… 今後の課題や目標も交えて

医療法人社団栄悠会 高野 豊
東邦薬品株式会社 清水 訓
特定医療法人財団松園会

本橋和子
プライマリー・アシスト株式会社 石山知良

医療法人財団健貢会 外山和也
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

▼闘病、と書くとなんとなく悲壮感を感じる。「あわれにまた勇ましいこと。悲しい結果が予想されるにもかかわらず、雄々しい意気込みのあること。」であるが、そこまでの意地はなく、遊病の感じ。

▼そこには、厳然と年齢がある。もともと、86歳も後半になると、がん細胞も若いころの勢いはないというのが一般的だが、わたしの場合はその自然の摂理は効かない。だったら、深刻に考えないで、なるようにしかならない精神である。

▼だが、少しでも小康状態になったら、会いたい人には絶対に会ってやるぞ、なんていきがっている。しかし、それは必死とか意地ではなく、惨めな姿でなかったら会って、楽しく、社会医療を語りたい。つまり、無理でなく遊行はしたいのだ。

▼来年の診療報酬がどう変わるかは、あまり考えていない。これも、なるようになるのであって、昔に戻るようなことがないことが、なるようにだ。

▼そして、経営者をトップとした組織の力が、この先、大きく影響する診療報酬になる。ワンマン経営者でもなんでもいいから、その人間の質が問われてくる。特に、中堅職員の質が経営を左右する。

▼「死にたくない、それは無理だよ。みんな死ぬ」は、わたしの句としては評判がいい。それが、わたしのこれからのバックボーンである。

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