

社会医療ニュース

20年後の医療、介護経営パートIII DRGの経緯に注目

所長 岡田玲一郎

本号で533号、ということとは50年近く、未熟（あるいは暴論）を書いてきたわけだ。達成感はなく、人間のいのちの限界を感じている。しかし、不老不死は、社会にはないから、病院、施設のケアの充実も限界があり、国家、企業と同じように組織として継続していくしかない。本紙も、わたしひとりでは永遠はなく、組織が必要なのだが、その組織づくりには私は失敗した。そして一方では私でなければできない意識という、思いがりとは思えない自負があることも、事実である。

診療側、支払い側も 納得できる報酬制度へ

右の小見出しは、理想論である。しかし、社会の大きな部分を占めている人間が生きるために不可欠な医療と介護を主とする「社会のケア」は理想でなければ、現在のように綻びが生じてしまう。

その原点は人間及び組織の有するどうしようもない欲があるからだとみてきた。

例えば、支払う側は1円でも支出を少なくしたいし、医療、介護側は1円でも多くもらいたい、と思うのは、そこに「欲」があるからだ。人間は、戦い、争うことが好きなんだと、つくづく思う地球上の出来事でもある。

しかし、そこでの争い（支払い側、診療側の）は、社会を傷つける。つまり、国民は争いによって一円の利益にもならないことは、学徒動員の経験者として言い切れる。また、中東やその他の国でも起きている戦争で、苦しい思いをしているのは、社会であり一般的な市民なのである。いつまでも、ケアの支払い側、ケアの提供側の争いが続くことは、結局は社会的損失なのである。事例は、シリアなど難民の多い中東、アフリカにみるのである。いまふと、そんなこと関係ねえ、ウ

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

チが儲かるようにしてくれればいいんだ、という声が聞こえた。それがいけないのであって、広義の社会福祉である医療、介護には供給側、支払い側の一方的利益は不毛なところだと、私は思っている（のに、くどくど書いている）。結論的に述べれば、自己中心ではなく利他の関わりが必要なのである。いや、なると書いておく。

支払い側が支払うに足りると実感できるケアを提供すればよいし、ケアの提供側が妥当だと思えるような報酬にすることによって、そこに「平和」が生じないか、と思うのである。最近の中医協の場では、それが感じられるのは、私だけであらうか。

重要になる厚労省が 第三者になり切るか

過去、厚労省は医療、介護提供側の「悪」の部分を知りつつも、その悪の切り捨てには消極的だった（私見）。最近では、若手官僚を主とした現場を知る官僚が、医療、介護の「善」の部分に注目し、その善行に報いようとしているようだ、私の感覚では感じる。

そこで厚労省への希望は、中医協での真の仕切り役としての期待である。それは、医療、介護のケアで悪の部分の情報を支払い側に提供するという、今年でいえば公立、公設病院の整理、統合の詳細な情報（強調すれば真の原因）を提供することであり、稼げばよしとする在宅ケアへの過剰な提供過多の情報である。

一方で、財務省側の意見も尊重しなければならぬ。財務省対厚労省というレベルではなく、国家財政の現状を診療側にも説明すべきだと思う。また、支払い側も国民負担の実態を、個々の企業の問題ではなく国民レベルでの情報の提供が求められる。そのすべてが、診療側、支払い側の一方的立場ではなく、国民（社会）全体として共有されるべきであらうと、考えている。

では、具体的にどうするかとなると、私はやはり米国でそれ（支払い側と医療、介護側の問題の共有による報酬決定の場）が、実現していることが大いに参考になると確信している。それが、本紙でも何回も述べたし、10月27日の「日本長期急性期病床（LTAC）研究会 第7回研究大会」にポスターで発表したものである。

研究大会のテーマと密接に関係した（ものになる）と、信じていたからだ。資料は、本紙が発行した時点では、お知らせする用意は

ある。多少の金銭は請求しますが、この件を考える方には、大いに参考になるものと思っている。内容は、地域医療構想も地域包括ケアも、そこに「地域」とある以上、各種機能の連携が必要だと思うからだ。その連携の米国版である「ヘルスシステム」を実現するスタートだと思っている。

ヘルスシステムについては、わが国でも岡山大学などが推進されているし、いまや「アメリカの話」ではなくなっているのだが、日本の医療機関の経営者にとっては、伝統的に「他者と助け合う」精神が薄いだけに、さまざまな困難が待ち受けていると思う。ただ、わが国では大病院が中心となるということは、医師の人材派遣業（大病院院さん、スママセン）というパワーを利用しない手はないと思うのである。だが、ここでもしかなかった。大病院が、医師の人間教育ができていくかとなると、大学に入学時から卒業までのプロセスからして、日米に大きな差があると思う。例えば、米国の多くの医大は入学はフリーで、卒業の認定は厳しいという大きな差がある。ダメな医学生は、卒業できないのである。日本でも、そうしたらと思うのだが、20年経っても無理だと思ってしまう。諦めている。あの世があれば、50年後を視てみたいが、あの世はない!! (3頁に続く)

外科医として、医療人として

新須磨病院
院長 澤田勝寛

外科医になって42年。折り返し地点はかなり前に通り過ぎ、医師としての人生を振り返ってみても恥ずかしくないと思える年齢になった。

今は法人トップとしての仕事も多くなり、社会情勢、医療情勢の厳しさもあいまって、辛さに耐えなければならぬときもある。

しかし、外科医としての42年に限れば、楽しく充実した年月であった。「生まれ変わっても、もう一度外科医になりたい」と思うほど医療者として外科医はいい仕事であると思っている。医療がよい仕事と思う理由のひとつは、自分自身が楽しく充実した仕事をしながら成功体験を重ねていけることである。もうひとつは、人を幸せにすることができ、感謝されることが多いことである。医療は自分も幸せになり他人も幸せにできる仕事といえる。

医師として、なぜ幸せを感じるかを考えてみた。
心理学者マズローが、人はどうして働くのかという問いに対して、欲求の五段階説を説いている。下位から上位に並べると次のとおり。

- ①生理的欲求
- ②安全欲求

- ③愛情欲求
- ④尊敬欲求
- ⑤自己実現欲求

上位の欲求が満たされるほど、モチベーションが上がるといわれている。

生理欲求とはただ単に生活のために働くことである。それから、安定した生活や家族や仲間を求める安全欲求や愛情欲求へと進む。

尊敬欲求とは、自分の存在を認めてもらい業績を評価してもらうことである。評価の報奨は、「賞賛」か「地位」か「金銭」である。

豊臣秀吉は論功行賞が巧みであった。働きに応じて領土を与え禄高を増やしたが、一方「ニコポンの秀吉」といわれたように、ニコッとしてポンと肩を叩くだけで、部下を狂喜させたという。

「ニコポン」ではないが、医師は真面目に医療に取り組みさえすれば、容易にこの尊敬欲求を満たすことが出来る。救命救急のような激しい医療現場ではなくても、ただ熱を下げて、痛みをとっても、不眠を治しても、患者に喜ばれ感謝される。それだけで嬉しくなり、誇らしい気持ちになる。

外科医は自己実現欲求を比較

的容易に満たすことができる。外科の修練は糸結びから始まり、皮膚切開、脱腸、虫垂炎、胆石、大腸癌、胃癌、膀胱癌へと難易度は増していく。難しいほどの達成後の満足感は大い。そして長時間の手術のあとは、心地よい疲労の中、自己満足に浸る。寝入りばな、夜中の緊急手術で呼び出され、生きるか死ぬかの患者を手術し、救命できたときの喜びは何物にも替えがたい。高い山ほど登頂後の喜びが大きいと同じである。

手術が上手になりたいとの一心から、徒弟制度の中に身をおき、成功体験を重ねていき、自己実現欲求を満たしていく。

自己満足に過ぎないが、これほど自己満足できる仕事はなく、本当にいい仕事と心から思っている。アリストテレスの教えに「フロネシス」という言葉がある。日本語では「賢慮」と訳されている。真・善・美を追求し実践する崇高な暗黙知のことである。野中郁次郎先生は「美徳の経営」という著書の中で、フロネシスのことを詳しく述べられている。

美徳の経営とは、世のため人のために真実と善と美を追求する経営である。利益なくして企業の存続も発展もないが、フロネシスを欠いた経営は社会から受け入れられない。私はこの言葉を知って、これが医療そのものだとして強く認識した。医療の目的は「心を病み体を病んだ」人に対し、「心を癒し傷を癒す」ことである。

病気の「真実」に近づくため、日々の努力が求められる。「善」なる心でより良い医療を提供しなければならぬ。そして、医療技術には「美」が求められる。

色々な仕事がある中で、この是非は別にして医療ほど、利益ではなくフロネシスを第一に考える職員が多く、それが許される職業はないのではないかと思う。

今は、医療費抑制政策のあおりを受けて、どの病院も経営が厳しくなり医療経営を真剣に考えなければならぬ時代であるが、ひと昔前は、さほど経営のことは考えなくても、まっとうな医療をしていれば十分経営が成り立っていた。

そのような状況下で、「医は仁術」といわれ、医師も社会もあまり抵抗なくそれを受け入れることができていた。何ごとに対しても社会全体がもつと鷹揚(おうよう)であった。

医療機器は少なく、薬剤の種類も少なく、できる医療は限られた。今のような延命手段はなく、寿命は寿命として受け入れられていた。

医師も患者も立場をわきまえず、お互いを「救す(ゆるす)」ことができた。権利を主張し義務を押し付けるのではなく、お互いの権利を認め、義務をもくもくと果たすよう

な寛容さがあつた。医療に対する高い想いを抱き、職業として医療を選んだ人は多い。昨今、様々な医療問題が取りざたされる中、医療従事者が医療従事者として、「安心して本来の仕事ができる場」の提供が、求められているのではないかと思っている。

これで最終稿となります。読者のみなさん、長年のお付き合いありがとうございます。岡田先生から寄稿の機会を得て約13年。外科医として経営者として思うことを中心に、日々の診療の中でのエピソード、そして阪神淡路大震災で学んだリスクマネジメントについても思う存分書かせていただきました。

3年前にエッセイ集「医療はとんでもない仕事」を業事日報社から出版できたのもこの連載のおかげです。締め切りに遅れても「大丈夫ですよ」と優しく対応していただいた事務局の田村さん、大変お世話になりました。

そして岡田先生。長年にわたり、社会医療ニュースをほとんど一人で続けてこられた熱意と努力と見識に、改めて深甚なる敬意を表します。

外科医として医療人として、それなりのまっとうな道を歩んでいくことができたのも、メンターとしての岡田先生の導きのおかげです。心から御礼申し上げます。本当にありがとうございます。

(1頁から続く)

診療、介護報酬の決定方法は、必ず変化するだろう。理由は、現在では不可解の部分もあるし、強調したいことは、米国が現在のケア報酬の決定方式に変遷してきた途中経過を、わが国も歩んでいるからだ。最も同じにはならないにしても、似ている方式になるだろう。そのことの序章とすべき意見は、次の4頁に書いた。

出来高払い方式から
固定費払い方式への変化

当ったり前のことを小見出しに書いたが、この「出来高払いから固定費払い(マルメといわれるが)の変化が身体化しているか、出来高払いの方式の残映をその身に残しているかのちがいは、今後のわが国のヘルスケア経営の根幹として重要視している。

わたしが米国に最初に視察に行ったころは、米国はDRG(懐かしい)が導入されて、診療側は「患者の治療に制約が掛かる」と、わたしに言わせると出来高払いの残影を遺した姿を、曝け出していた。どうということかという、出来高払い制度ならクスリはいくらでも出せたとし、検査も必要か否かを考えないでオーダーすれば、売上げが増えた方式が無効になったことへの怨嗟である。それが、わが国でも残っていないかと、問うているのである。

やれば(クスリやケンサを)やるだけお金になったんだから、その旨味から離脱できないのは、人間の我欲であろう。では、やればやるだけ損金が出るという固定費払い制度を認識しているかという、少なくとも「入院」に関しては、未だに認識されていない。「とにかく満床にしろ」が、その一例である。もちろん、固定費払い制度でも「満床」は求められる経営であり、入院医療を必要とするエビデンスがある患者なら、満床がいい。そのエビデンスは、一応あるのだが、ほとんど無視されているのは、7対1看護の現場で働く看護師に聴かれただけ、その表情から確証を得られることである。いや、現場の看護師でなくても、急性期病院の経営者や管理者(院長)に問われても、感じられることだ。

その「感じられる」への批判には、最近では上手な逃げ口上があり、例の「個人的感想だが……」の個人的が「逃げ道」になっているので、わたしも使っている。

EBMの確立が
ケアの質を進化

米国では「死因」の第3位に「医療ミス」が堂々と公表されている。そして、現場の医療者は「医療ミスがあるから医療は進化する」と、考えている。だから、死因として報告するのである。わが国でも「死因が医療ミス」という

ケースは、わたし個人でさえ10指をオーバーするほど経験しているから、現場の医師、看護師はより多くの医療ミスによって亡くなった患者を経験されているだろう。

それが報告され、2度とミスをしないようなインセンティブが働いたら、わが国の医療、さらにはケア全体が進化する(ここは、個人的感想ではない)。

EBMはご存知のように、言葉では常識化されている。しかし、それが現実になっているかどうかとなると、疑問を感じる人が多い。わたし個人でいえば、クスリのエビデンスがあるのかどうか、元薬剤師として疑問があり、服用をやめたことが、何回かある。院外処方なら薬価差益はないけれど、病院の昼休みに医局の前で群れている昔プロパー、いまMRの人たちをみると、まだそこには豪華幕の内弁当の元を取られている感じがしてならない。先日は、群れの脇で「これだけの人たちの人件費の総額はいくらになるんだろう」と呟いた。ホント、無駄だろうに。聞こえたかどうかは知らないが、わたしだったら身が縮むだろう。

ともあれ、固定費払いの米国では見たことがない光景だ。だって、固定費払い制度では、クスリは必要最低限にしないと利益が少なくなるからだ。でしよう! ここでも出来高払い制度の残映がある。

EBMの確立が
ケアの質を進化

固定費払い制度は、10万なら10万円と支払額は固定している。コストを削減すればするほど利益が多くなるのだが、カルロス・ゴーン氏流の「コストカット」は、医療、介護では通用しない。だから、米国で「コスト・エフェクティブ(Cost Effective)」が常識語になっている。効率的にコストを投入するのだから、ダメ医者は役に立たないのだから、と皆様に問い掛けておく。

もちろん、看護師にもいえるし、職員すべてに通用する話である。だから、わたしが米国に視察の行く病院や老人ホームの職員を見た視察者が、異口同音に「姿勢がちがう」とおっしゃる。しかし、米国のすべての病院や施設がそうではなくて、公立病院や株式会社病院の一部では、ダラッとした職員はいる。興味深いことは、どこでも「スタッフに評判の良い医師は、患者(Patient)にも評判が良い」と言われることだ。わが国でも「コスト・エフェクティブ」の手法としてスタッフの人気度をサーベイされたらどうだろう。

だから、「働き方改革」が必要なのだとなつたしは思うが、全然、的外れな表現ではない。残業は多い(しかもサービス、有給休暇は取りにくいという職場で、効率的な仕事ができるか、という話だ。

これも、時代の変化で「出来高払いの発想の組織と効率的組織のちがひ」だと、わたしは確言する(個人的感想ではないという意味)。あまり難しい話を書いているつもりはないが、この業界、点数がどうじゃらこうじゃら、制度の裏をくぐるにはどうするかという手練手管に心が集まるのはどうなんだろう。

利益が出なかつたら、病院も施設もぶつ潰れてしまう。その利益の出し方が、出来高払い時代と固定費払い制度の下では、まるでちがうという認識が必要なのである。診療報酬も介護報酬も、基本的には全国一律の固定費払い制度の下で利益を出すにはどうするか、という単純明快な話だと思っただが、ちがうだろうか?!

その効率化の目的は質の向上にあるという持論は、次の4頁にチラッと(ホント)書いたが、そことはさらに重要な課題だから、一年間ぐらい書いていくつもりである。と書いて、オイオイ、お前さん、まだ一年も生きるつもりかい、という声が聞こえる。

そりゃ、寿命なんて分からないうし、わたしの場合は癌の再発もあるし、高齢だから来年6月に米国視察に行つたら、ベトナムやイタリアで倒れた日本の有名人と同じことになるかもしれない。しかし、それを恐れていたなら、なんにもできないではないか。

(終)

「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」

ケアの質の向上も四苦八苦
そこには、他者への敬意が必要

本紙を執筆している11月下旬、気分は安堵である。小山秀夫先生との引き継ぎが基本的に終了したからである。「社会医療研究所」の名称は残したい。その機能としての本紙も継続したい。それが叶うことになったのは、大きな安堵だった。また、個人的には体調の面で、だいぶ戻ってきたという実感もあるからだ。今月は、大阪と名古屋で3日間の仕事もできた。ただ、酒だけは弱くなり、元には戻っていない。それでいいのだ。

しかし、病院、施設の経営環境は、いよいよ優勝劣敗の原理が具現化するから、わたしも含めて、まだまだ四苦八苦は続く。苦あれば楽ありのレベルの苦ではなく、命を張った苦が必要だと思っっている。その苦は「質の向上の苦」である。昔の出来高払いの制度の楽さに比べれば、想像以上の苦を覚悟しなければなるまい。「質の向上」を創り出していく、さらにそれを展開していくのは「スタッフの質」に懸かっているからだ。

別の頁にも書いたが「固定費払い（まるめ）制度」の下では、利益を出す手段はコスト（経費）の「質」によるからだ。だから、職員を減らして人件費率を下げようという古い病院、施設経営戦略は通用しない。また、医療、介護は基本的に対人サービスだから、人減らしは意味がない。機械化（例えばAIを導入）では、到底対応できないのである。それどころか、人を増やして人の質の向上を図る手段が、求められているのである。

人件費率が60%を超えたとかいう話は未だに聞くが、そこへのこだわりは、よくないと思う。理由は人員削減につながるからである。それより、質の悪い職員が、いたたまれなくなる職場を構築し、依ってケアの質の向上をするのが正道だと、わたしは思っている。

ところが、これが楽にはできない。まさに四苦八苦するのが、わたしの経験則である。そこからいえることは、最低年3〜4回、質の向上を3年は継続しないと、組織を形成する職員は変化しない。IT、パットのレクチャーで人が変化することはあるが、普遍性はない。

そして、職員への尊敬を持つて関わらないと、絶対に質の向上の研修は成功しない。このことをいわれる人はあまりいないが、わたしは研修を受ける職員から、大いに学ぶことがある、と経験している。しかも、人は一人ひとり、ちがう。

十人十色の個性を有している。だから、学びは、それだけ多くなるので、やはり敬意を持つて接すべきだ。おそらく、学校の教師と生徒の関係にも、これがあるのではなかろうか。

もちろん、箸にも棒にも掛からないと思ってしまう職員は、新人研修で目にする。しかし、そこにも敬意を持つて接しておけば、一二年後には、みちがえる姿になっていることであるを経験しているから、研修の対象への敬意は基本であると思っっている。タカビー、エラソーな態度が出るようでは、講師失格だと信じている。先述の「箸にも……」の新人を観ていると、絶対的に生徒に敬意を持たない教師の教育を受けた経験のない子だと思わざるを得ない。一種の人間不信、上の人不信になってしまっていると思える。これは、経営者や上司にもいえることで、少なくとも入社3年間は見守りが必要で、3年経っても変化のない職員は、先の「いたたまれない」職場にして、退職届が出たら慰留することなく、サツと受け取ることだ。それが、ケアの質の向上に資するのである。信じてください。

来年も、この頁を書くよう小山先生に言われているので、より一層苦しみ抜いて書いていくつもりだ。もしかししたら「八苦十苦」かもしれないが、人生の終焉、苦が多い方がいいと私は思う。

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



◎先駆的だった「CCAC」

本紙10月号で、澤田先生が冒頭で「CCAC」にふれられていた。わたしと澤田先生とのつながりの端緒である。その後、新須磨病院に「CCAC新須磨版」の見学に行かせてもらった。もう20年も前だったろうか?! 「CCAC」はカナダの制度で「Community Care Access Centre」の略号だ。

つまり、現在の「地域包括ケアセンター」なのだが、わが国とちがってカナダでは保健所にも個々の施設でも機能していた。病院病床の機能も、当時のカナダでは「急性期」「慢性期」と分化すると共に「ナーシングホーム」や「在宅ケア」が発展途上だった。その「急性期」については7頁でも書くが「老人に敵意のある環境」にあり、わが国の現在の急性期病床の大部分と同じ状況だった。

その「CCAC」だが、全国の読者（当時は1500はあった）の中で、実際に日本版として実行されたのは2病院だった。一ヶ所は澤田先生、いま一ヶ所は群馬県高崎の日高病院で、ここではスタッフは「CCAC」と称していたが、正式名称は別にあつた。いまでも、CCACと言

えば通じる職員がおられることは嬉しいことである。

地域住民は、基本的にヘルスケアについて賢明ではない。だからといってヘルスケア側が勝手に、都合のよいように誘導してはなるまい。住民教育を兼ねたコミュニティケアアクセスセンターは現在でも重要機能だと思っている。

◎医療療養病床への期待

そこで重要になるのは、口ぐせではなく実感を持った超高齢社会の喫緊の自覚であろう。急性期病床では、自覚とそこからの「癒し」は、あまり期待できない。風邪ひきなどの軽度急性期は治ることが多いが、そこでも合併症などを起こして治療より慢性期の病気になることも、まま、ある。

だから急性期病床に老人を拉致（病床利用率向上のため）していただろうなるか、現場の人はよくご存知のことだ。とことん老人を痛めつけておいて、在院日数関連思考で、療養病床や地域包括ケア病床に移される老人の割合は多い。急性期病床の医療は「老人の敵」というカナダのDr.フィッシャーの論文は、本紙などでも書いた。まさに「Cascade environment」なのだ。カナダの話は別として、わが国には先に述べたように医療療養病床が、きつちりと存在する。その医療療養病床での「医療の質」が問われてくるのである。そこを現実的に

視ると、やはり、いい医療療養病床と、望ましくない医療療養病床に、残念ながら分化している。そこでは「療養」だけでなく「医療」が重要になってくると、私は思っている。その対療養病床観からすると、医療はそこのけで「収容」が主体になっていると思える医療療養病床もある。

介護療養病床が介護医療院になった理由は、わたしは理解できる。介護医療院ではSkilled Nursingを必要としているのである。それだけに「医療療養病床」は、その上の医療を提供できる病床でなければならぬと思う。その期待に込めてくれている医療療養病床を、高く評価する。

◎オッサンズが目立つ

最近、首都圏で感じていることだが、オバサンズと称すべき中高年の女性の団体さんが主要駅の構内で目立つ（数年だった）。ところが、この一年の間にオッサンたち中高年の男性の集団が電車内や駅構内で目立つようになった。

定年（停年）退職組の中高年の人たちの集団である。多くは、日帰りピクニックや、同窓会的雰囲気、アルコールが入っていることもある。思うに、中高年の退職者が増えたからだ。退職後はやることがない。家に居たらカミサンに邪魔者扱いされる。なれば、昔を懐かしもうということだろう。マア、GDPをいさ

◎一般新聞の記者よ!

新聞は日刊であり週刊ではない。だけど、週刊誌が有権者に香典を供えている国会議員秘書の姿を写して報道しているのに、日刊紙はできないでいる。いつたい、新聞記者とはそんなに忙しいか、人手不足なんかなあ、と思ってしまう。

実は、本紙は月刊紙だけれど、台風19号災害の時、千葉県知事はなにをしていたのか、すぐ書きたかった。あの激甚災害なのに森田知事の動静は一般日刊紙では、わたしの知る限り報じられなかった。フツウの人間なら、地域のトップの知事は現場を歩き回るだろうに。

現場を歩き回るだろうに。と思つたら、週刊文春に抜かれてしまった。週刊誌にだよ。本紙の発刊まで待ってもらいたかつたけれど、本紙はスクープ競争の立場ではないので、一般紙の記者は現場で、あるいは県庁でなにをしていたのかに、思いは走る。

ゴルフ練習場のネットが倒れた現場の報道はいつぱい見た。そこで保険金関連の報道も、新しい知識になった。しかし、県の行政のトップがなにをしているのか、なにをしたのかの報道はない。

国会議員の選挙違反にしても、一般紙はほとんど週刊誌の後追い記事だ。練馬区の件も広島県の件も、週に一回の記者に毎日取材し

ている記者は後れを取るとは：。福祉に関連する記事も同じように感じるのである。月刊紙の本紙の歯ぎしりである。

◎「無理」とはなんなのか?

癌になつてから、お医者さんたちから「無理するな」と言われる。そこでバカな私は、無理が癌にどう影響するのか知りたくなつた。無理すると癌細胞が活性化して暴れ出すのかと尋ねると、確たる返事はない。かといつて、じつと安静にしていると筋肉がみるみる落ちる。そこで歩くのだが四千歩も歩くと「歩き過ぎ」と言われる。リハビリ、トレーニングも「無理」なのだろうか?!

マイペースで歩行訓練はしているが、体重は46kgまで落ちたのに現在は49kg、間もなく50kgまで戻りそうだ。太股や脛脛（ふくらはぎ）の筋肉は増量しているのが、ハッキリ分かる。これって「無理」の結果?! 岡田

これからの一ヶ月の 不安 不運・不信



医療の沸騰点



濟生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

VIII 未来への提言

3 少子化への抜本的対策 ザ・サード

世界的な課題が環境問題とすればわが国の最優先課題は少子化に尽きる。今、抱えるほとんどの問題は少子化に由来し、さらに将来不安を増大させる不都合だが確実な真実だ。

先日、小生の古希を皆で祝ってくれたが70歳はもはや「古来、稀」とは言えない。団塊世代なので250万人近くが古希を迎える。ありふれた話である。2018年の出生数が90万人でこのうち第三子以降の出生は推定15万人なので、第三子の出生は古希にくらべると極めて稀で、むしろこちらを盛大に祝うほうがふさわしい。

2013年の出生数が103万人なので5年間で10万人以上減り、予想より早いペースである。このまいくと2050年には日本の人口は8000万人台となり高齢化率は40%でいよいよ働き手どころか日本人そのものの消滅が見えてくる。現代日本の抱える根本的な問題は少子化であり、根本的な問題には抜本的な解決策が求められる。幼保無償化など生まれた後の問題だ。問題の本質は生まれないことにある、要するに次の世代を作れないところにある。そう

いった意味で今までの少子化対策はすべて無策とは言わないが弥縫策、その場しのぎに過ぎない。荒唐無稽の誹りをあえて恐れず、抜本的かつ永続的、かつ絶対勝つ方法を提言したい。もちろん覚悟と金が必要が。現在の出生の割合は第一子が47%、第二子37%、第三子以降16%である。第二子まで生んだ母親が第三子を持ちたいという希望は現状でも比較的高いが、その80%が経済的理由で産むことができない。第三子を持つことは健全な人間関係を学ぶという意味で家庭という最小社会にも必要だ。仮に第二子を出産後、あ

きらめていた3分の1が希望通り第三子を出産すれば出生数10万人程度の増となる。

安心して産み育てるには年間100万円給付し、高校卒業までの18年間を保証する。100万円の給付で年間10万人増やす計画である。現在、第三子以降の出生は15万人なので合わせて10万+15万で25万人すべてに18年にわたって給付する。私が知人の女性に尋ねると年間100万円給付し18年間保証するというとほとんどの方が第三子を持ちたいと言われる。25万

人に100万円給付すると年間2500億円となる。年間50万円程度では不安が大き。つまり、少子化対策を小出しにして小さな工夫を散発的に続けていては抜本的解決にはつながらない。重要問題に取り組まないのは決定的な戦略ミスだ。給付のやり方と金額はそれぞれ年代に合わせて柔軟に変えても良い。さらに給付が子育てにしか使えないように教育費、光熱費、食料費、被服費などに使道を限定する。これはカード「ザ・サード」を発行して管理すればよい。不正使用はすべてチェックできるだろう。

この計画に財源はどうするんだという怒りや叱責にも似た意見が予想される。まずはこの少子化は「長期的国難」であることを冷静に自覚してもらおうことだ。国難に処するには思い切った手、すなわち子育てに資源を集中することだ。年間2500億円を毎年積み上げると単純に計算し最大で年間45兆円必要だ。GDP546兆円の0.04108%、国家予算の0.25145%を使い、子供が毎年10万人増え、希望にあふれた明るい将来が見えるなら、多少の我慢をしてもつぎ込む価値はあると思うがいかがだろうか。

お金の心配は多いだろうが、次のような日本人のお金の使い方も一度考えていただきたい。ちなみにこれから毎年1300-160万人亡

くなるが、葬儀費用は一人平均200万円(世界平均は30-40万円)で総額263.2兆円となる。加えて90歳以上になると毎年の介護費用平均155万円で、医療費111万円で総費用は年間6.8兆円である。さらに福島原発の総対応費用は81兆円、パチンコの年間売り上げが15.8兆円、たばこ2.9兆円、休眠口座年間800億円、リニア9兆円、オリンピック3兆円、軍事費4.7兆円、企業の内部留保500兆円・・・。1000兆円を超える借金を次世代につけ回すのではなく、次の世代のために少しくらいぎんぐんでも良いのではないだろうか。

第三子以降に年間100万円を保証するというのもう一つの意味はミニカムインカムを保証である。今後ICUやICU、AT、ロボットなどが普及すると単純労働は減っていく。そこから得られる利益はこれらを所有する一部の資本家に偏り、貧富の差が拡大し社会不安にもなる。だが、資本家にとっても将来の消費者が減るのは困るだろう。新たな富の再分配としてのミニカムインカムを第三子から始める意義は大きい。さらにこうした給付はタンス預金ではなく基本的に消費に回り、経済活動を活発化させ、またその10%は消費税としても政府に還元される。

このプランはできるだけ早く始めなければ、つるべ落としのような

人口減を緩やかにすることは難しくなる。遅れば遅れるほど財政的にも困難さは増し、もはや手遅れとなる。手遅れにならないうちにできるだけ早く始めることだ。18年後にはこの世代が納税者となり好循環が期待できる。何より社会は明るくなり、やる気も出てくるだろう。子供を産みたくても産めない社会は健全ではない。団塊世代は毎年200万人以上が生まれた。戦争と言う社会要因のために人口構造が激変し、その後の社会にも良い意味でも悪い意味でも大きな変動をもたらした。提案したプランでも年間10万人増なので、18年間続けてもやっと180万人増となり団塊1年分にも及ばない。だが時間稼ぎではあっても社会構造の激変を緩和することができる。

もしこうしたプランが実行されないなら人口増で困っている国は多いので、本格的に移民を受け入れるという選択しかない。そのいずれも選択しなければ生き残るチャンスはない。今だったらできる理由は、一定の人口規模と経済規模があるからだ。事業を成功させるには選択と集中と持続しかない。

これを書いている時に岡田氏から本紙継続の朗報があった。嬉しいことである。ただ、今回は応の区切りとして少子化対策について私見を述べた。

タイトルの「急性期病床」は、正確にいうと「点数を取るための」が付くし「7対1看護」も同じである。「急性期とはなんぞや？」という現場の疑問は何回も書いてきたし、私自身が急性期病床に入院していて痛感したことだ。「薬と食事だけで急性期？」は有名な話だし「食事とリハビリだけで急性期？」も、同様だ。しかも、そのリハビリにしても急性期リハとはいえない、と思った。

一方で、これも私的体験だが放射線治療のトモセラピーは入院ではなく外来だった。放射線の副作用で難儀があるのに、だ。いや、重症度や看護必要度があるではないか、という反論

はあるが、ほんとうに正しく判断しているかとなると、一流の急性期病床でも口を濁されるのである。

このレベルの急性期病床は「老人の敵」ではない場合が多いが、この「老人」も「フレイル(Frail)」が付く。一方フレイルではない急性期の老人にとっては、急性期病床は敵ではなく味方かもしれない。

いづれも、元世界老人病学会長のロリーフィッシャー(Rory Fisher)先生による2000年代前半の論文によるものだ。先生はトロント大学老年学学科の教授で、わたしに老人ケアを教えてくださいました先生だ。温厚な人柄だけど、

老人医療に関する話になると、燃える方だった。私は、トロント大学の教授に研究員として老年学を教えることになったことを、生涯の幸福だつたと思う。老人の身になって、ますます実感するのである。

フィッシャー先生は、高齢社会になる前から、このフレイルな老人の急性期医療については、5頁に書いたように「Hostile」な環境の下で老人が壊されている危機感を、国家財政の側面からも呈されていた。また、私に実際の急性期病床の老人患者を見せてくださったが、カナダの急性期病床も2000年当時のわが国のいわゆる急性期病院と

急性期病床は老人の敵？



同じだった。持続点滴が入っている、口からは栄養チューブが入っている、そして老人は表情も失ってただベッドに横になっているだけだった。カナダの大病院を二ヶ所見学させてもらったが、2病院とも状況は同じだったことが、教授の問題点を指摘する指の震えと共に忘れられない。そして、そこで莫大な急性期医療費が消失しているのである。

教授は問題指摘だけではない。国民教育が絶対の必要だと、国と連携して国民への啓蒙書を発刊された。その編集委員に日本の老年医の名前はなく、私の名前しか出ていないのが残念だった。書は「高

齢者の end-of-life ケアガイド (a guide to end-of-life care for seniors)」として、済生会熊本病院の医療スタッフによって翻訳されて「厚生科学研究所」から発刊したが、二ヶ月ぐらいで売り切れた。2001年のものだ。現在でも病院や施設に行くと、まだ同じ本を目にするところがある。最近フランスで開発された「ユマニテッド」にも同じようなものを感じるので、焦点は、フレイルな老人に当てるのであって、病院経営とは別の問題だと思ふ。

病院、施設の経営は軽んじているのではなく、一方の柱として老人ケアにとって重要だ。そのことを、国民に認識してもらうために、日本政府も進歩している老人ケアの関係者と一緒に、国民への啓蒙書を発行し、無料で各家庭に配布すべきだと、強く思う。カナダ政府でやってきたことが、わが国の政府でできない訳がないと、わたしは思う。リュウグウへの宇宙開発費用の1%を投ずれば可能だと思ふし、その執筆者はわが国の老人ケア関係者にはいられないではないか。ホント、GPSやなんかの有益な宇宙開発がいいが、生命の起源なんて、アホなことに出費しないで、人口の半分を占めるであろう老人、それもフレイルな老人をイジめる急性期病床から救い出す本が必要だ。

岡田

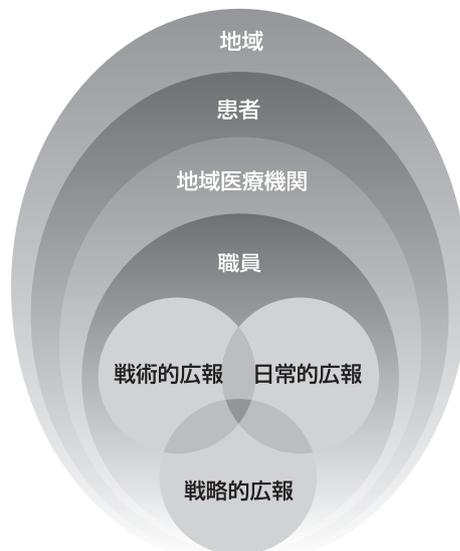
広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報で変わる 医療環境

DOCUMENTARY FILE

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。

第453回 これからの福祉と医療を実践する会

「424病院に再編検討を」(日経新聞他9月26日)このような見出しが躍った。公立・公的病院のみの病院名公表は「町の病院が無くなる」と大騒ぎに。詳細は省くが、少子高齢と人口減少が招く医療提供体制の大きな変化は静かな津波のように押し寄せ堰を乗り越えつつある。「まだ大丈夫」が医療機関の大勢を占めていることも国は認識しているように窺える。「骨太方針2019」に、新たな課題に対応するため働き方改革等を含めて三位一体で推進する、とはつきり謳われているからである。翻って、2008年度に病院勤務医の負担軽減に資するとして導入された医師事務作業補助体制加算の主旨と施設基準を定期改定(こと)に紐解くと現在の改定のトレンドが見えてくる。入院基本料も前回定期改定で三つに再編された。今回は病床の再編状況を鑑みながら基準のみを変更して「はしご」の上げ下ろしが行なわれた。

改定率は、働き方改革推進を理由に本体プラス、薬価を大幅に切り下げ全体でマイナス、と事前に示唆されていた。改定率と改定内容を見て「はしご」を外された表現される医療機関も多い。「はしご」の架けつ放しはあり得ない。示された「はしご」が医療機関の理念に合致し、昇るべきであれば素早く昇り、次の「はしご」に向けて体制を整えるべきであろう。示されたトレンドは何なのかを含めて今回改定を詳説する。(水谷公治) 一月二十五日(土) 午後一時半〜四時半 2020年度診療報酬改定説明会 : 外堀は埋まった、対応は如何に 株式会社ソラスト 医療事業本部 業務品質課ディレクター 公益社団法人日本医療経営コンサルタント協会 愛知県支部理事 ルタント協会 水谷 公治

会場 戸山サンライズ大会議室 参加費 会員 九〇〇〇円 会員外 一六〇〇〇円 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

▼編集後記的なこの欄は、どうしても最後になってしまう。本紙も無事、既報のように小山秀夫先生(肩書は書かずとも、この業界でも著名な方だ)私の学問的教師でもある方に引継ぎができ、幸甚だ。▼医療も介護も、人間が存在する限り必要不可欠だ。AIだったら修理器具があればよいが、人間の幸せ、即ち社会福祉は不可欠だ。小山先生については、私ほどではないが否定的な意見の方もおられる。だけど、正しいことを主張されておられるのは、一致するところだ。▼正しければ正しいほど、それを敬遠する人は、必ずおられる。私は、悪口雑言には耐性があるからヘッチャラだが、人の意見はまずは聴くべきだろう。嫌な意見に目をつぶると、世の中がクタクタなる。▼クライといえは、4月の診療報酬改定でクタクタなる病院さんが出てくるのは必定だ。社会福祉として適切でない点数を削って、適切な医療に点数がつくのは決定済だ。それより、5年、10年後のわが国の社会福祉をにらんだ経営なのだ。▼ここからは、私事になる。来年は、たびたび書いたが満で87歳になる。数え年では88歳だから米寿だ。よくぞこまで生きてきたと、最近つくづく思う。そのいきる糧を頂いてきた病院、施設さんへの感謝をもって、生きていく。

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

Advertisement for Hoshino Medical Oxygen Equipment. Features include: GPS (Global Positioning System) for location tracking, Bluetooth remote control for device operation, and various product information. Includes icons for GPS, Bluetooth, and a magnifying glass.

在宅酸素療法

Advertisement for Home Oxygen Therapy (HOT). Features a logo with the text 'Back to Home!' and 'HOME OXYGEN THERAPY'. Includes a stylized 'HOT' logo.

Advertisement for Oxygen Concentration Device (酸素濃縮装置). Shows a white device with a digital display and control panel. Text includes '酸素濃縮器リモコン 災害時救済ボタン付' and '※写真は2L器'.

Advertisement for Portable Oxygen Pump (携帯用ボンベ). Shows various models of portable oxygen tanks and pumps. Text includes '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'.