

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
 東京都千代田区内神田1-3-9
 KTIIビル4F 日本ヘルスケアテック(株)内
 電話 (03) 5244-5141 (代)
 FAX (03) 5244-5142
 E-mail: syakaiyou-news@nhtjp.com
 定価年間 6,000円
 月刊 15日発行
 振込銀行 三菱UFJ銀行
 京橋支店(023)
 普通口座 1712595
 発行人 小山 秀夫

遺稿：急性期から在宅までのリハビリの諸基準が必要

フアウンダー 岡田 例一郎

リハビリテーション。ずいぶん増えたものだ。23年前、メイヨークリニックで開胸で心臓バイパス手術をしたとき、術後3日目で看護師さん(RN)が、立てよ、歩けよと熱心に指導されたのが、印象に残っている。ベッドから立て、座れ、廊下を歩いて、術後3日目、しかも出血により貧血のあるわたしは、ヨロヨロと歩いたものだ。

帰国後、急性期病院と称していた病院で話したところ、無謀なことをするんですね、と言っていた。ところが、いまはどうだ。自称急性期病院を除いて、術後リハは早期に始めている(と思う)。リハビリも多機能になり、質も向上したのである。

機能に応じた諸機能の基準

なにが言いたいかというと、急性期リハの質がバラついているから、基準でなんとかならないかという、一種の私憤である。

術後、即リハビリや翌日からリハビリという病院もあるし、冒頭に書いたわたし自身の経験でも心臓バイパス手術後の急性期リハはさまざまだ。当然、基準が必要になるし、報酬にも差をつけなければ不公平になる。

最近、2ヶ所の急性期病院で対称的な話を聞いた。A病院は併設の地域包括ケア病棟と回復リハ病棟との連携がきちり確立されて、急性期病院の平均在院日数が減少し、1日1人当たりの点数が増加して、病院経営もうまく(楽しく)なってきた。

一方、B病院は併設の地域包括ケア病棟も回りハの病床も持つておらず、地域の病院と連携して急性期の患者を送っていた。しかし、連携病院側が短期急性期「STAC」から長期急性期(LTAC)に移行している患者をなかなか受け取ってくれない。必然的に短期急性期病床に長期急性期の患者

が残ることになり、平均在院日数がなかなか9日を切れないようだ。当然、病院としての経営は難しい局面に達しているという。

そこでは、わが国では地域包括ケア病床は長期急性期機能の病院であるという自覚の実践が伴っていないのでは、と思う。

米国のSTAC病院の平均在院日数は約5日を切っており、LTAC病院は20日である。そこでは、医療に対する認識のちがいはあるが、日本が現状のままではよいとは思わない。

医療費の上昇は、国民の税金と医療保険料の引き上げで賄うしかないから、国民負担も上昇する。富裕層は健康保険を使用せず自費での診療を求めるようになるのは、米国の現状、カナダの国民行動からみても、容易に予測できる。しかし、国民の多数を占める中間層の不満は高まる。そうなったとき、国民も質の高い医療、ここではリハビリの質と成果を求めてくる。

その観点からも、リハビリ、特に急性期リハ機能が問われてくるとみている。病院経営から

みても、単にリハビリ病院(床)だけでなく、短期急性期、長期急性期のリハビリを加えた、「入院リハ」の質の基準が必要になってくよう。

なお、米国でのリハビリの流れは、先に「日米ジョイントフォーラム」でもテーマになったが、STACリハもLTACリハも入院リハもスキルド・ナッシングホームも在宅、外来リハと流れるのが、米国のリハビリの流れなのである。

わが国でいえば、急性期病院も地域包括ケア病棟(床)↓回復期リハ病院↓慢性期病院↓老人ホームや施設↓在宅、外来へとリハビリは流れていくのが基本である。だから、急性期リハの質が問われるのである。そこがしっかりしていないのは、大学病院の一部で指摘されていて、地域包括ケア病院や回復期リハのリハスタッフがいいう「もう少し早く送ってくれたら・・・」の苦情というか、モヤモヤを発生させているのである。

基準の基本は成果にある

リハビリの基準は要員数という人数がひとつはあるが、やはり、それぞれの機能別のアウトカム(成果)で規定されるべきだ。人はそろっていても、リハビリの成果が低位では求められる機能とはいえないからだ。

その成果の基準も回復期リハのFIMスコアで出すようになってい

るが、そこでもリハのスタッフのモヤモヤを生じさせている。リハをスタートするときのスコアは低いほど成果の数値は上がるからだ。だから、アウトカムの算定方法には、もうひとつ吟味が必要と思われる。

あるいは、急性期リハや地域包括ケアリハの質を検証に活用する方法も考慮すべきだ(とも思う)。飛躍するが、それが米国での機能別連携であるヘルスシステムの大きな目的なのである。わが国でも「病病連携」が提唱されているが、米国のヘルスシステムは高度急性期機能から在宅サービスや施設まで包括したものであり、それが社会的な連携として当然なものだと思ふ。患者は急性期医療にだけ停っているものではないからだ。急性期医療は、治るか、死ぬか、急性期を脱するか3種しかないものである。そして、死ぬ、治るより、脱急性期の患者が多いのであるから、急性期後(PAC)のリハビリは医療の諸機能の大きな柱だと思っている。医師ではないわたしでも、社会医療の観点としては、そうとしか思えない。

リハビリの諸基準は新たに規定しなければならぬと思う。そして、そのチェック機能して、先の米国のヘルスシステムの確立が必要だと思ふ。

北海道のクラーク博士銅像によるしく医療者よ、大志を抱け!!その時代だよねの期待

フアウンダー 岡田玲一郎

◎本紙、著者に学ぶ

本紙を熟読されている読者のお話は、ときどき聞く、ありがたいたいと思うのは「わが国の医療の水先案内人」という自負が、わたしにはあるからだ。令和も3ヶ月、その間の「学び」について本号では書いてみる。

わたしが、ショックというより、大きな学びになった最大のもの、1月号の小山秀夫先生の「社会的災害」という切り口だ。困難というべきことだが、わたしが社会医療というものを強調しながら「災害」にまで思いが足りなかったのだ。それも、自然災害という自然からの見方は新鮮でもあり、浅学非才を恥じるのである。

やはり、その観点からの医療経営の覚悟が必要だろう。台風や地震は同じ災害でも地域が限定されているが、自然災害は全国遍く襲ってくるものだ。むしろ、地域差はあるが、どのような地域でも相当の覚悟が求められている。人口減少のない東京都の医療機関だって、災害が襲ってくる。特養ホームを設立したが、職員不足で半分しか稼働していない話は、最近も聞いたことである。「覚悟」がないと被災者

になるだけだ。それよりなにより、社会の変化を自覚していなかった経営者の側に経営根性が問われているのである。再言する。自然災害は遍く地域を襲ってきているのである。

◎有事斬然しているかどうか

3頁の戸和成先生の根本的テーマである(意味については1月号を熟読)。これも、わたしにとって大きな学びだった。しかも、綿々と厚労省にやとわれているのではなく、青森県という社会的災害が顕著な地方では単に身を投じ、自身の体験を下にしたものだけに、わたしは親近感を感じている。わたしも、病院や施設の現場に関わることなく、机の上で論文などを通じての社会医療の学習だけでは、本紙は発行できなかつたろう。

そして、有事斬然の教えであり、イラストにもあるように、事が起こればバツサリと斬るという覚悟を、戸先生は求められている。聞ければ、次は赤字病院の現場に身を置かれるそうだが、デスクに座っているのではなく、病院内だけでなく外の地域社会の災害も切つていかれると信じている。そして、返り血を浴びる覚悟であろう。わたし

も、返り血はいっぱい浴びてきたから、その血を舐めることが覚悟を身体化させる熱量になっていると感じている。

そして、今月号である。ここには多言は要しない。ただ、社会的自然的災害に勝つか負けるのかの、重要な提言、つまり、やり残しを認識されることを、切に願う。

◎リハで回復期なのか

これは、3月号の副島秀久先生の大きいなる疑問というより、日本の医療制度、診療報酬をセツトした人たちの警告と読んだわたしも「回復期リハビリテーション」を米国の医療者に説明するとき、苦勞したものだ。彼らは、リハビリテーションは「急性期」と「入院リハ(IRF)」しかないと言っている。つまり、急性期のリハの後は「入院を必要とするリハ」以外は、外来か在宅であつて回復期という位置づけはよくわからないと言っている。そりゃ、そうだと、回リハの関係者は言われると思う。だから、回リハを敢えて米国に当てはめると Inpatient Rehabilitation Facilityで、直訳すれば「入院リハ施設」だが、れつきとした病院であり、基準もきちんとはある。このことは4年前の「日米ジョイントフォーラム」のテーマでもあつた。

IRFの(一)にあるように、紛れもなく「入院してリハをしなければならぬ患者」のリハだ。わが国の回リハ病院の入院患者は、医学、医療的に入院が必要な患者だけだろうか。現場で聞くと、療養病床が適当な患者も、病院差はあるが入院されてリハをしているという言われる。

それだけ、療養病床のリハビリが大事だと言ふことだが、ここでも「入院の意味」が問われる。ちなみに、米国でのリハビリは「SATAC」短期急性期病院(平均在院日数約5日) ↓長期急性期(LTAC) 平均在院日数25日 ↓入院リハ(平均在院日数12日) ↓介護医療院(SNF) 平均在院日数30日なのである。平均在院日数を合計すれば80日ぐらいいなる。少なくとも、入院、入所してのリハは、その辺りかけるのだろうか、医師ではない私が言及すると「医師でもないのに!!」と叱られるから、副島先生に医師として言及して頂きたい。

しかし、IRFはもちろん年中無休、1日に24時間、週7日が原則だ。そして、リハの基準は「1日3時間、週15時間」である。ただし、わが国の「休日加算」はないし、米国のPTが不思議がるのである。年中無休だから休日にリハビリをするのは当然なのである。別に加算は必要ないのだ。しかし、基準には「1日3時間、週15時間」とある。ここだ!!

1日3時間だと、年中無休なら週21時間になる筈だ。短絡した日本からの訪問者は年中無休なら週21時間になるのではと疑問を呈する。当たり前前の質問だ。これも米国のリハのスタッフは不思議そうな顔をして、症例を挙げて説明してくれる。

例とは言っているが「脳血管障害の患者が長期急性期病院から送られてきたら、一週間の一日3時間を必要とする。しかし、患者によっては「インターバル」が必要となり、1日1時間や観察だけのゼロの日もあるけど、週平均して15時間は確保しなければならぬ、と説明する。

わが国でいえば「1日9単位、週45時間」ということで、休日加算はないのである。そして、一日9単位を何週間も続けられるのかと問うてきた。これは、回リハのPT、OTの人に説明してもらいたいことだ。なお、70歳以上の患者のリハはバツサツと報酬を切られるという話をしたが、彼らは「あり得ない、リハのプロとしての判断とアウトカム」だと言っている。副島先生に医師としてのご意見を賜りたいことだ。お願いします。解説…小山



有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第4回 「超」高額医薬品の保険適用の先に見える医療保険の姿

京都市 保健福祉局担当課長 一戸 和成

今回は、診療報酬改定内容から見えるものを書いた。その最後には、これからの医療保険制度改革の本番である旨も書いたが、まさにその議論の導火線に火をつけるかのように、「ゾルゲンスマ」の医薬品医療機器等法の承認がなされたのである。今回、全世代型社会保障検討会議の中間報告で議論が先送りされた「給付と負担」についての議論を「ゾルゲンスマ」の保険適用に関する議論から考えてみたい。

○「ゾルゲンスマ」価格の破壊力
2月26日薬事・食品衛生審議会の部会において、ノバルティスファーマの脊髄性筋萎縮症(SMA)治療薬「ゾルゲンスマ」の製造販売承認が了承された。2歳未満のSMA患者を投与対象とし、既存薬と異なり単回投与で終了する画期的な遺伝子治療薬であるという。年間の対象患者数は15〜20人程度。2019年5月に承認された米国では、約2億3000万円と超高額な薬価がつけられており、日本でも今後、保険適用に向けて手続きが進むことになる。その際、日本の薬価算定でも、「超」高額となることが確実視されており、

○繰り返される議論、出ない結論
それでは、「超」高額と言える薬は今まで全くなかったのかと言われれば、私の記憶の中にあるだけでも、2014年の免疫チェックポイント阻害薬オプジーボ(100mg/瓶約73万円)筆者はオプジーボを含めて現在の薬価算定の大きな問題は、価格そのものより薬価算定の際の対象患者数の設定方法にあると思う。最初から当該医薬品の画期的な効果からして、市場を席捲することがわかっていながら、収載時の薬価を吊り上げるために分母である対象患者を小さく見せる(薬機法上、承認の仕方が適用疾患とセットであるという日本の制度の問題もある)ことが問題であると考えているが、それはさておいて、2015年のC型肝炎治療薬ゾバルディ、ハーボニー(一人の患者に対する治療期間全体で500万円以上)、2019年の白血病治療薬キムリア(患者一人当たり約3350万円)などが挙げ

られるだろう。

こうした過去の「超」高額と言われた医薬品がどのような経過をたどったかと言えば、収載時に高額な薬価がつくとともに、その効果の高さから市場を席捲することとなり、結果として、市場拡大再算定(特例の場合もあり)等により、累次の改定で薬価が大幅に引き下げられるという形に大体なっている。筆者はこの経過が、本場に製薬業界が求めるイノベーションの評価なのかと常々疑問に思っている。先述したように、「超」高額と言われている医薬品の話題の中心が「薬価」そのものとなっていて、中心が多量に価格の絶対値が高いか安いかに議論になりがちである。その際、該当する医薬品がどれほど画期的か、対象の患者数からして、医療費に与える影響自体それほどでもないといった背景があまり考慮されていないこともある。中央社会保険医療協議会においても、「超」高額と

出さない限りこうした「超」高額医薬品が登場するたびに同じ議論が繰り返されるのである。
○給付の哲学
筆者も委員として参加し、2019年6月に公表された、医療経済研究機構の研究事業「公的医療保険の給付範囲等の見直しに関する研究会報告書」<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php>では、国民皆保険を守る上で重要なものは、
● 重大な疾病リスクによる個人・世帯の経済的な破綻を防ぐ
● 「必要にして適切」な医療を
保険給付の対象とする
という二つの基本原則を堅持しつつ、時代とともに変化する「必要にして適切」な医療保険の給付範囲について、不断の見直しを行うことが必要である旨報告されている。それを踏まえて、ここからは筆者個人の考え方を中心に記載するが、医療保険の給付範囲の最後の岩(守るべき範囲)は、「重大」な疾病に罹患した際に、その治療を受けなければ(受けられなければ)、生命予後に影響を与えるような最先端医療に、貧富の差に関わらずアクセスすることができるとなっており、その究極の形は、現在規定されている上限金額程度の「高額療養費制度」を守ることだろう。しかし、この究極の選択をする前に、医療保険制度およ

び診療報酬制度において、適正化すべきことはいろいろある。その中でも、筆者が最も必要だと思っているのは、薬価に限らず技術料も含めた、現在の診療報酬の「新陳代謝」である。ひとたび医療技術医薬品や医療機器も含む広義の医療技術)が保険適用された場合、それは既得権となり技術の再評価が全く進まないのが現状である。今回「ゾルゲンスマ」を含めて医薬品の例で考えると、画期的な新薬などの価格を高く設定できるよ

う、特に医薬品で言えば長期収載品は、後発品の薬価まで大きく薬価を引き下げる、また、OTC類似薬などは、医療保険の給付範囲から除外し、保険外併用療養の対象とすべきであると考えている。こうした「新陳代謝」の実現を通して、医療資源の配分の見直しや重点化が可能になり、真に「必要にして適切」な医療技術を保険適用することが可能となるのである。
○さいごに
今回は、医療保険の守備範囲について議論してみた。みなさんほどのようにお考えだろうか。これから夏にかけ、全世代型社会保障検討会議の最終報告のとりまとめ、骨太2020の策定の検討過程において、「給付と負担の見直し」の議論は避けて通れないものと考えており、医療関係者から現場の状況も踏まえつつ、建設的な提言がなされることを望んでいる。

ベッド・コントロール・ミーティング

竹田綜合病院 法人事務局長 東瀬 多美夫



◆毎朝、10分間の多職種 ショート・コミュニケーション

毎朝9時10分に携帯電話のアラートが鳴る。9時15分からスタートする「ベッド・コントロール・ミーティング」を知らせるアラートだ。ミーティング会場は3階の医局と看護部の間にあるカンファレンス室だ。会場では既に、病床管理室の2人が資料を配布し、PCとプロジェクターのスリッチを入れている。2人は毎朝、精神科を除く全病棟の空床数、空床毎の利用予定、当日・翌日・翌々日の予定入患者数と予定退院患者数、芦ノ牧病院と老健施設の空床数をA41枚にまとめて参加者に配布している。参加者は、医師が経営改善担当副院長・内科診療部長・リハ科診療部長、コメディカルは薬剤・放射線・検査・リハビリ・栄養から、看護は病棟・外来・入院支援・手術室等から、事務は企画・人事・総務・医事・診療情報・情報システム等から、芦ノ牧病院・老健・居宅・訪問看護はテレビ電話で参加する。参加者は総勢50名ほどだ。2015年6月からはじめてので、5年間継続している。

進行は看護部長が担当する。

先ず昨夜（休日明けには日数分を報告する）の救急受診者数と救急車受入れ台数（当院は年間7千台超受入れている）、緊急入院となった患者の紹介（毎日10人程度）、その受入病棟、死亡退院数、分娩件数、緊急手術件数、そして昨夜のトピックスを総看護部長が報告する。スクリーンには関係資料が映し出される。次に、救急室から未だ救急室で処置中患者の進捗状況と入院・帰院の方向性が報告される。次に、病床管理室より前夜の緊急入院数を反映した7対1病棟の病床利用率、今朝現在の個室と4床室の男女別空きベッド数、当日の病棟別予定入院患者数、翌日・翌々日の予定入院と予定退院の患者数が報告される。次に、ICUから本日の転入・転出予定・担当医の転棟承認状況と必要度達成状況が報告され、HCUからも同内容が報告される。次に、回復期リハビリから転入・転出予定と重症度達成状況が報告される。次に、芦ノ牧病院がテレビ電話で本日の病棟別患者数と入院患者数（本院のどの病棟からくるか等）、退院患者数と退院先として入院予約数と予約保留数を、老健施設か

らも本日の入所者数と入所予定者数、退所予定者数とその退所先として空床数が報告される。次に、居宅と訪問看護から本日の登録患者数と受入れ可能人数を、看多機と小多機からも本日の登録利用者数と受入れ可能人数が報告される。毎日ではないが入院支援課から、15キロ圏内の他病院と他施設の受入れ予定が報告される。

これらを受けて病棟からベッド・コントロールが必要な患者名と疾患名が報告されその場で受入病棟を決定していく。それでも決まらない場合は、病床管理と対象病棟が残って受入病棟を決定している。

現在は行っていないが、以前は毎日、「重症度、医療・看護必要度」の病棟毎の達成状況と各入院患者の在院期間を色別にして報告していた。入院期間が長くなると患者IDが白→青→黄→桃→赤と変化する。月末に重症度25%を達成するため、長期入院患者の転棟・転院を促進するためだ。特に期間3と3越えの患者については疾患名と長期になっている要因を一覧で作成し、転棟・転院を担当MSWと担当医師として病棟に取組んでもらった。その情報はイントラネットにも掲載され、自分の病棟や他の病棟の達成状況、長期入院患者数等の情報を確認できる。現在も情報提

供している。総合入院体制加算の割合も同様だ。特に診療情報提供件数は科別に目標数を設け、毎日の算定件数と累計数を医師に報告し診療情報提供を働きかけ、診療情報提供と治療の割合40%を維持している。

当初は、病棟間のベッド・コントロールをしてきたが（組織内）、そこに芦ノ牧病院と老健施設が加わり（グループ内）、更に入院支援課によって他病院と他施設が加わり（地域内施設）、更に在宅部門である居宅と訪問看護、そして看多機と小多機も加わった（地域内在宅）。ICTを利用すれば更に参加者は拡大していくだろう。

「毎朝」「多職種」が一堂に会して「集まる」、挨拶をする「顔をみる」、調子はどうかと会話し「会話する」、職場に何か問題があればここにきて相談できる「相談する」。そして今ではベッド・コントロールに関する問題解決ばかりでなく、様々な関連課題の解決が論じられるようになった。転棟基準や適正な病棟平均在院日数など様々な課題だ「拡大・成長する」。つまり、コミュニケーションが良好になり、問題解決スピードも増し、範囲も拡大し、参加者が成長したのではないか。ミーティングの質も向上した気がする。

病床管理スタッフは毎朝、全病棟の入退院情報と夜間の患者情報を9時15分までにまとめてくる。これは大変な作業である。以前は9時スタートで、連休明けに資料作成が間に合わず、開始時間を超過し参加者を待たせた。そのため彼らは出勤時間を早めて資料を作成するようになった。参加者から15分開始時間を遅らせてはと提案があり、スタートが9時15分になった。それと、病棟など関係部署が、情報提供を早めると自分たちから申し出てきたのだ。相手の状況を理解し自分たちにできることを提案してきた。「パートナーシップ・マインド」が組織にしみこんできた。ヒエラルヒーからパートナーシップへ意識が変わって欲しいと思っていた。

毎朝ここで情報の共有が起る。出来立ての情報を、各職場に持ち帰りスタッフに報告する。今、起こっていること、病院が置かれている状況を職場で共有する。毎日働いてそれがどう影響するか判ると参加意識がわいてくる「その気になる」。スタッフの働く意識が変化してきたと思う。

たった10分のショート・コミュニケーションだが、組織内の意思疎通を円滑にする効果は計り知れない。近い将来、「組織内ベッド・コントロール」に拡大・成長すればと願っている。

「重症度、医療・看護必要度」の病棟毎の達成状況と各入院患者の在院期間を色別にして報告していた。入院期間が長くなると患者IDが白→青→黄→桃→赤と変化する。月末に重症度25%を達成するため、長期入院患者の転棟・転院を促進するためだ。特に期間3と3越えの患者については疾患名と長期になっている要因を一覧で作成し、転棟・転院を担当MSWと担当医師として病棟に取組んでもらった。その情報はイントラネットにも掲載され、自分の病棟や他の病棟の達成状況、長期入院患者数等の情報を確認できる。現在も情報提

供している。総合入院体制加算の割合も同様だ。特に診療情報提供件数は科別に目標数を設け、毎日の算定件数と累計数を医師に報告し診療情報提供を働きかけ、診療情報提供と治療の割合40%を維持している。

当初は、病棟間のベッド・コントロールをしてきたが（組織内）、そこに芦ノ牧病院と老健施設が加わり（グループ内）、更に入院支援課によって他病院と他施設が加わり（地域内施設）、更に在宅部門である居宅と訪問看護、そして看多機と小多機も加わった（地域内在宅）。ICTを利用すれば更に参加者は拡大していくだろう。

「毎朝」「多職種」が一堂に会して「集まる」、挨拶をする「顔をみる」、調子はどうかと会話し「会話する」、職場に何か問題があればここにきて相談できる「相談する」。そして今ではベッド・コントロールに関する問題解決ばかりでなく、様々な関連課題の解決が論じられるようになった。転棟基準や適正な病棟平均在院日数など様々な課題だ「拡大・成長する」。つまり、コミュニケーションが良好になり、問題解決スピードも増し、範囲も拡大し、参加者が成長したのではないか。ミーティングの質も向上した気がする。

病床管理スタッフは毎朝、全病棟の入退院情報と夜間の患者情報を9時15分までにまとめてくる。これは大変な作業である。以前は9時スタートで、連休明けに資料作成が間に合わず、開始時間を超過し参加者を待たせた。そのため彼らは出勤時間を早めて資料を作成するようになった。参加者から15分開始時間を遅らせてはと提案があり、スタートが9時15分になった。それと、病棟など関係部署が、情報提供を早めると自分たちから申し出てきたのだ。相手の状況を理解し自分たちにできることを提案してきた。「パートナーシップ・マインド」が組織にしみこんできた。ヒエラルヒーからパートナーシップへ意識が変わって欲しいと思っていた。

毎朝ここで情報の共有が起る。出来立ての情報を、各職場に持ち帰りスタッフに報告する。今、起こっていること、病院が置かれている状況を職場で共有する。毎日働いてそれがどう影響するか判ると参加意識がわいてくる「その気になる」。スタッフの働く意識が変化してきたと思う。

たった10分のショート・コミュニケーションだが、組織内の意思疎通を円滑にする効果は計り知れない。近い将来、「組織内ベッド・コントロール」に拡大・成長すればと願っている。

「重症度、医療・看護必要度」の病棟毎の達成状況と各入院患者の在院期間を色別にして報告していた。入院期間が長くなると患者IDが白→青→黄→桃→赤と変化する。月末に重症度25%を達成するため、長期入院患者の転棟・転院を促進するためだ。特に期間3と3越えの患者については疾患名と長期になっている要因を一覧で作成し、転棟・転院を担当MSWと担当医師として病棟に取組んでもらった。その情報はイントラネットにも掲載され、自分の病棟や他の病棟の達成状況、長期入院患者数等の情報を確認できる。現在も情報提

供している。総合入院体制加算の割合も同様だ。特に診療情報提供件数は科別に目標数を設け、毎日の算定件数と累計数を医師に報告し診療情報提供を働きかけ、診療情報提供と治療の割合40%を維持している。

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎岡田家の家族葬

読者の皆様には、先月号号外で社会医療研究所ファウンダーの岡田玲一郎先生の訃報をお届けしました。3月6日午後12時23分(享年88歳)自宅での最期でした。

厚かましくも3月9日の昼前にご自宅にお邪魔しました。「線香の代わりに好きだったタバコにしてます」とのことで、愛用の湯飲みには沖繩の泡盛「残波」の水割りがお供えしてありました。

死について、たくさんのことを書きましたし、何度も講演していただいた通りの岡田流のあっぱれの最期です。

奥様のお話では、前日受診後帰宅、入浴後ふらつかれて、いつもの自分の席に座ったところで「もうこのままここで」ということで、朝まで座り続けたとのこと。最愛の奥様との二人だけのお別れ会はいかばかりかとお察ししました。こんなこと申し上げては失礼ですが、とても素敵でロマンチックだな、と思いました。

読者の皆様におかれましては、故人に代わって、なるべく悲しまないでください、と申し上げさせていただきます。ただ、残念だとか、惜しいということでしたら「何よりも忘れないで覚えていてね!!」が岡田流でしょう。

◎2019年6月18日の手紙

他の「エライ人」にはお知らせしていませんが、小山さんには、どうしてもお知らせしただけは、お知らせしませんでしたので、お知らせします。私の駆け出しの頃から、いろいろ指導して頂いたと私自身は思っております。手術をするのみの状態ですが、声帯にも影響して声を出すのに苦労しています。

手術後も、私には拷問としか思えない入院生活を早く切り上げて退院するつもりです(タバコを吸えば強制退院になります)。近森で2週間拉致されてすっかり参りました。70万円近い保険料の負担者に申し訳なく思っています。

元気にカンバックしたら、また語り合いますよ、ね。小山さんも年齢も年齢ですのでご自愛くださいませ。岡田玲一郎

この手紙をいただいた時には、何を話したかったのかわかりませんが、その後何度かお会いして、暗に「継がないか?」といわれているように思いました。正式には11月5日に東十条の事務所「引き継ぐ」ことになりました。

◎アズ・ユー・ライク!

引き継ぐにあたり、わたしは、何があっても、こう言い続けようと決断していました。いろいろなことを話してくれましたが、それは個人事業主としての格闘の日々の顛末のようでした。経営という観点でいえば、米国視察も日米ジョイントラ

オラムも精算してみれば損失の山です。本人は「職員研修」が大好きな本業と何度も言っていました。それが、それだけではどうにもならなかつたと思います。心配すると「いやいや年金で喰ってるから」とアツケラカ

ンでした。わたしは「あのね。マグロやカツオは泳いでないと死んじゃうんだよ」と言い続け「死ぬまで働かないとだめだ」と鞭打っていました、申し訳ないと思つて

◎暗号解読作業の開始

家族葬があつた3月9日は、社会医療ニュースの校了日でした。毎月10日に印刷を依頼し、13日には出来上がり、手織りして封入後、お送りしています。

岡田流の作業工程は、ニュース発行直後から始まります。まず、特注の「社会医療研究所原稿用紙」にサラサラと文字を書いていきます。それをFAXで研究所に送ります。昨年までは田村さんが、今年からは池田さんが原稿におこしてくれています。

この作業ですが、何しろ元原稿の文字が判読不明な場合が少なく

なく、皆様ご存じの独特の言い回しや、難解な漢字づかいがあり相当大変です。その後やり取りがあり、多い場合は4回程度推敲されま

す。それから、版組されたものをさらに校正して校了となります。わたしはこの流れを3回体験させてもらい、一通り理解しました。何でもありません。遺稿と絶筆の原稿は手に入りましたが、ペンを握る力が日ごとに衰えわたしにも読めません。そこで、一字一字全てを原稿用紙に書き写すことにしました。

◎WEB会議全盛

3月26日、日本在宅介護協会の「新型コロナウィルス対策WEBセミナー」に参加しました。ZOOMというシステムを使い3時間やり取りされました。わたしは最後の取りまとめをしると仰せつかりました。

そんなわけで、今月号の遺稿と絶筆は、ご本人の推敲を受けていませんので、間違いがあるかもしれません。どうかお許しください。

2003年3月当時のSARSの話です。わたしは厚生労働省の試験研究機関である国立保健医療科学院経営科学部長でした。わが国では「重症急性呼吸器症候群」と命名されたSARSは、前年の02年11月に中国広東省から感染が広がり、7月にWHOから終結宣言が出されました。はじめ潜伏期間が2ないし7日間ではないか。検査キットがない。治療薬はない。当然ワクチンもない。

2000年に介護保険ができたばかりで、パンデミックになれば病院経営も介護経営も破綻するの

でどうするかを議論しましたし、どのような制度政策が可能なのかも検討されました。

今回の日本政府の初期対応は、この時の体験から考えられたものです。聞きなれない言葉や対策が実施されましたが、今回は全世界がパンデミックで、感染者も死亡者も規模が違います。

◎WEB会議全盛

歴史は繰り返されるのです。17年前のことは、忘れさられたかのようです。この間、地球上の人間の移動は、拡大しました。SARSは、7月には終息宣言ができましたが、多分、今回はそれ以上の期間になりそうです。ともかく、長期戦です。ただ、在宅勤務やWEB会議が当たり前になるのでしよう。COVID-19が仕事のやり方を変えるかもしれません。頑張りましょう!!



濟生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

岡田玲一郎氏の逝去を悼んで — 孤高の伝道者 —

去る3月6日、長年の師である岡田玲一郎氏が亡くなられた。1997年に最初の出会いがあり爾来23年間、様々な教えを受けた。今日、済生会熊本病院があるのも須古博信元院長と岡田氏の出会いから始まったと言つてよい。そのくらいこの出会いは大きなインパクトであり、新病院建設移転というタイミングも最高だった。

須古先生に言われてクリニカルパスの勉強に行ったのが岡田氏と私の最初の出会いだ。64歳の時にメイヨーで心臓バイパスの手術を受けておられたので、その直後だったのだろう。ネクタイではなく頭にバンダナを巻いて、およそコンサルとも程遠い、気さくと「言うか一風変わった雰囲気だったのを覚えてる。コンサルタントでは収まり切れない教育者であり、何より日本の医療に新しい風を吹き込む伝道者と言うのが一番近いと思う。自信に満ちた岡田節は多くの修羅場を経験して来たからだろう。でも自分の主張の押し付けではない。昔、ある講演で脳卒中のために四肢硬直した寝たきりの患者さんの写真を出されて、「皆さん、どう思いますか？急性

期病院に入院している必要がありませんかね？どうでしょう？」と聞いかけられた。あくまで聴衆に考えさせ、感想は述べるが答えは言わない。こういったスタイルでの講演は初めてだったが、ストレートな物言いで説得力があった。医療現場にも詳しいので、てっきり医師だと思つたのだが事務長経験もあり大学で教鞭もとつたという経験もあり、アメリカの医療制度にも詳しい薬剤師であった。

ストレートな物言いはわかりやすい反面、カチンとくる人も多いだろう。とくにプライドの高い医師には「医者でもないくせに」などという批判をする人もいた。医療制度を語るのに、医師だろうが医師でなからうが関係ないはずで述べていることが正しいかどうかは、話す人のバックグラウンドにとらわれ過ぎると、正しい意見も素直に受け入れることが難しくなる。医者の常識が世間の非常識になりやすい一因は過剰なプライドだ。医師であることだけが唯一のプライドであり、そのプライドと言う色眼鏡をかけて世の中を見るとすべてが同じ色に見えてしまう。医師が陥りやすい偏見なので心し

ておいたほうが良いだろう。

医師でもなくアカデミアの人でもない岡田氏が多くの信頼を得た理由は、たぐいまれな洞察力と先見性であろう。日本の医療制度の変遷を見ると岡田氏の予測通りに進んできた。パスも然り、レットミィーサイドも然り、LTACも然りである。いずれも海外事例であるが、一貫して言えることは「正義」だからと思う。おかしいと思うことに対し、おかしいと言いつつ続ける姿勢は正義そのものだ。最近の社会の風潮を見ると、上位の権力者に妙な付度をし、自分の出世や栄達ばかりが優先され、言うべきことを公の場で言わない人も多い。

これからの医療界に何が必要なのか、世界の医療がどこに向かつて動いているのかなどについて独特の嗅覚があった。それは単に「流行り」と言う意味ではなく、社会にとつて本質的に重要なものは何なのか、医療者と患者の関係、死に方など制度を越えたあるいは経済という枠を超えた深さがあり、その根底に「正義」がある。講演の時に何をどうすれば儲かるのか、加算が取れるなどの話は聞いたことはない。前号にあったように「ビジネス」の意味は利益を上げれば良しとするものではない。正しいことをやり続ければ、診療報酬などは後からついてくるという正義と自信が岡田氏にはあった。

昨年の連休明けに、神戸で須磨病院の澤田先生、岡田先生、と私で3人会としようのをやった。何人は入るかかわらないが、別に赤字でも構わない、好きなことをしゃべつていいと言われた。ふたを開けると結構の入りで、私も安心したが、その時に頸下部の腫瘍について聞かされた。これから検査をすると言われ、悪性でなければよいがと願っていたのだが、トモセラピーで効果があり、嗚声が残るものの講演可能と言ふことで、本年の1月27日に、当院でも講演をしていただいた。声が出にくいので辛そうではあったが、講演こそ岡田氏の生きがいでもあったろう。さらにすでに死期を悟られていたのか、覚悟ができていたのか、余裕すら感じさせる最終講義であった。

この講演の後に食事を同席させていただいた。ちょうど自分も病院の譲渡案件が調整会議で否決された直後で、考えること多々あったが、帰り際に「先生のほうに正義があるな」と言う言葉をかけられた。反対する人が多くて理解する人が少なくても、慧眼の岡田氏に言ってもらったので、正直、うれしかった。やはり、解る人には解るのだ。

岡田氏からの最後の自筆のメッセージをファックスで頂いた。2月27日付けなので、社会医療ニュースのチェックをされていたのだろう。字

がかなり乱れていたもので、なかなか読み取りにくかったが「OKでちらかです。リハも入院リハか外来リハのどが必要か否かではないか?!」とあった。私の書いた前号に対するコメントだが、必要のない入院やリハ、しかも効果がなければ医療費の無駄であり、無価値ということだ。最後の力を振り絞って書かれたのかも知れない。

前号最後の文章、「死にゆく人間として、欲も固執もなく、そう思うのだ」は岡田氏の人生に対する姿勢をまとめたものだろうと勝手に思った。強い問題意識を持ち、それを社会に問ひかけ、ともに解決しようとする人を育て、俗っぽい栄達や評価を求めず、正義を貫いた人生だった。ちょうど森友学園の国有地払い下げ問題で公文書の改竄を迫られ自殺した近畿財務局職員の手記を読んだ。改竄を部下にさせ責任を押し付けた優秀と言われる官僚たちは、足のつかない上手な答弁はするが不正義の塊だろう。彼らは世間的な栄達をなしたかもしれないが、良心に恥じるだろう。岡田氏は若いスタッフに教えている。働くうえでモヤモヤはいつでもあるが、それを大事にして、もし納得がいかなければ辞めればよからうと。

享年88歳、最期まで毒舌とユーマアと正義を貫き通した岡田玲一郎先生、お見事！

ただ、わたしが心配するのは固定費の額が患者にとって妥当なものなのかどうか、である。わが国でいえば中医協の場、米国でいえば「CMS」という公的保険の固定費を決定する場である。さらに、わが国では各厚生局でのいわゆる査定が正当であるかということだ。現実には起きていることを例とすると、70歳以上のリハビリの単位を二率に引き下げるところと、そうではないところのちがいがあっていいのである。

「70歳以上」といっても、患者によるちがいが「一率」などないのであるが、過剰な単位を請求しているリハ

病院があることは事実であろう。

それとは逆に、きちんと病状を把握して「二率単位」ではない、つまり、一人ひとりの患者の実施するリハビリは一律ではない病院もある。先に述べた「日米ジョイント・フォーラム」でもこの話はでた。そして、日本でもリハビリ実施単位を学術的に判断して個々の患者の単位を決定している病院もある。そこでは「一律査定」に対し、70歳以上の患者でも高単位のリハビリの証明をしている病院の話も聞いた。それを論文にして発表されているそうだが、なにもリハビリだけでなく、そのような固定費払いの不備の一面は出ている。

絶筆：遺言として「価値をベースにした医療を実践しようだね。」

米国では、個々の医療機関が先の「CMS」とのネゴシエーションで医療行為の正当性を主張している。もちろん、そこでは必要性の証明が不可欠だ。そのようなことがあるから、医療、介護機関は自らが提供する「ケアの質の証明」をすることになった。わが国では個々の病院、施設が支払基金と交渉しているが、急性期から在宅ケアを提供する施設が合同で「質の証明」を実践しているのが米国の実体で、わが国でもその方向に進んでくると、わたしは思う。

例えば、抗生物質などの医薬品の使用にしても、急性期からの流れなどがあると思う。リハビリにしても、外科手術を実施した病院とリハビリ病院が協働して、支払い側の不当な査定をすべきであろう。しかし、わが国の文化は協働を阻むものがあると、半世紀前の病院本部長時代から今日に到るまで感じている。最近では機能別連携が重視されてきたが、まだまだ「よその病院施設」の意識があり、米国のような真の連携はかなり困難な状況にある。これも、米国と同じ流れなのである。医師は独立した事務所を持ち、病院とは契

約関係にあった過去と異なり、開業医が病院の勤務医になっていった流れの中で生じたものと思う。また、全く個人的見解だが、米国は東部海岸に上陸したアメリカ人が西へ西へと開拓の歴史を繰り返す中で「お互いに困ったとき協力しよう」の根本的精神があったからだと思っている。日本の過去の大きな違いである、

このようにみてくるとき、わが国も真の「地域連携」が大事になってくると思うし、「価値をベースにした医療」が中心になるとなる。ローズアップされているのだと思う。

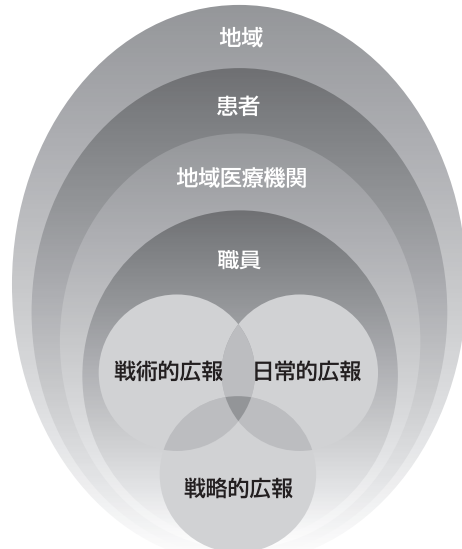
読者の皆さんの病院、施設でも、地域の連携のベースに「価値」を置きかけた連携を進められたらよい、と信じる。

(何行余るかわかりませんが、この後、この号で追加の文章を書きます。ずいぶん弱ってきた。おそらく、死期は7月だろうと思うのでその時は別のことかきます。よろしく!!)

岡田 家族葬の当日、奥様からいただいた最新の原稿は以上です。多分、お亡くなりになる2日前の3月4日に渾身の思いでお書きになったものです。岡田先生には、書きたいことなんでも書き残してください。ば、編集しますと約束していただきました。合掌 解説・小山

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

49

関連イベント情報 掲示板

申し訳ありませんが、新・型コロナウイルス（COVID-19）のパンデミックで学会をはじめイベントは次々に中止されていますので、お伝えするイベント情報は何もございません。世界の状況から2020オリンピック・パラリンピックの一年程度の延期は、当然のことだろうと思います。

故・岡田玲一郎先生の関連イベントについての考え方

たくさん読者の方から、お手紙やメールなどをいただきました。すべての方にお返事できていませんが、この場を借りてお詫びします。皆様のご要望は、要約すると「お別れ会」について、実施するようだったら必ず連絡するようにという事でございます。

この件に関してご遺族からは「葬儀は家族葬とさせてください」とありますが、そのほかのことは何なりとおやりいただいでよいです」とのことです。

何かの集会を企画しないとならないのではないかと、十分理解しているつもりですが、いつでも、どのようなことをすればよいのかについては、時節柄全く頭が回リません。

わたしとしては、社会医療ニュースを毎月出し続けるという使命がございまして、正直に申し上げ

てこのニュースの引継ぎも十分ではなかったで、少し連絡調整をさせていただく時間を頂戴したいと考えています。

そこで、わたくしの一方的な提案ですが、先生の命日である翌2021年3月6日土曜日に「お別れ会」を開催させていただけないかと思ひます。場所は東京でよいのかどうかはわかりませんが、ご遺族にも諸先輩方にも何もご相談していませんが、ご検討いただき、ご協力いただきたいと存じます。

お別れの言葉とか追悼文とかあるいは思い出の原稿を募集

今月号の六頁の副島秀久先生の「お別れの文」は、涙なくしては読めませんでした。46年も歴史がある社会医療ニュースを1号から大急ぎでめぐりました。厚さは45センチ位ありましようか、決して平坦な道ではありませんでした。というより本当に四苦八苦だったんではないかと、いまさらながら感心するとともに、多くの方にお世話になつて、何とか継続してきたことを知りました。

わたしは35年前ごろからの読者であります。岡田先生の交友関係や人間模様は正確には何もわかりません。紙面上に登場していた皆様については、よく存じ上げています先生もいらつしやいます

一度もお話ししたことがない方もいらつしやいます。

そこで、小見出しにありますように、ご親交いただいた皆様から、お別れの言葉とか追悼文とか、思い出などの原稿を募集させていただきますと存じます。社会医療ニュースを熟読していただいた読者の皆様からの文章を掲載することとは、とても素晴らしい供養になると思ひます。

なるべく沢山の皆様から文章が戴きたいので、本年10月末までに1頁にありますが社会医療研究所宛にメール等でご連絡ください。

なお、採否や掲載順序、段組みなどに関しましては、わたしに任してください。

原稿の分量については、本紙は5段組みで、1段は、見出し、ご所属先、お名前を含んで15文字×36行です。2段お書きいただくか、それとも3段かでお願ひします。どうしてもおつしやる方は五段でも構いません。

また、写真やイラストも掲載可能ですが、予算がほとんどないため黒白でしか対応できませんので、あらかじめご了承ください。なお、申し訳ありませんが、編集校正は当方で致しますので、なるべく電子媒体の原稿で、連絡もメールでさせていただきますと助かります。

今後とも皆様とともに紙面づくりを致しますのでよろしくお願ひいたします。 小山

建替時の問題を明瞭に解決します

医療機関の建替え・新築移転では人手不足、予算不足、納期不安、移転計画等、課題が山積みです。私たちメディアックスは、建替えの専門家として貴院のプロジェクト成功に向けて総合的に支援します。

購入支援

現有機器調査/価格交渉
入札準備/納品管理
発注管理/リスト整備 など

移転支援

移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など



建築支援

医療設備調整/図面プロット
定例会サポート
追加工事回避/圧縮案 など



株式会社 メディアックス

〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-5-9東ビル6階

TEL:03-5614-0961 FAX:03-5614-0962 〆kanri@medi-ax.jp

オフィシャルサイト <http://medi-ax.jp>

ポータルサイトドクナビ <https://dr-navi.info>