

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

急激な変化ではなく 王道に戻る緩やかな変化

所長 岡田 玲一郎

今年に入ってから医療制度や診療報酬を「急激な変化」といわれる人が多いが、わたしはそうは思わない。10年以上前から申しあげてきた医療経営の王道に乗ってきただけなのだと思う。激変緩和の「ひと休みの場所」は設けられているが、そこでひと休みしている間にも、王道を一步一步、歩んでいる仲間もいるのである。わたしならひと休みなんてしない。

個性を出し、磨く歩み

よく講演で使うフレーズに「ウチの病院はこういう病院」がある。難しい表現をすれば、機能の明確化であって、機能の宣言ではない。世俗的にいえば、過去には通用していた言うこととやることは違ってもなんちゅうことはなかったが、いよいよ「言行一致」の時代に入ったのである。

急性期病院とおっしゃっているのに、90日を超える入院患者がいて

も除外できるので急性期の在院日数をクリアできた時代は去ったのだ。日慢協の武久洋三会長が強調されていた「一般急性期病床のおかしさ」が、やっと排除されたのだ。診療報酬の点数表について詳しく知らないわたしは、まさか急性期病院に在院日数が90日を超える患者さんがおられるとは、武久会長の話を聞くまで知らなかった。2年前のことだ。そんなことが通用しなくなつて、王道に戻つたのだ。

療養病床についても、本紙や講演などで療養病床と称する以上、入院医療を必要とする病気をもっている患者さんが対象となるのであつて、病気をもっていない入院してまでの医療を必要としない患者さんは療養床、つまり施設でいいのではないかと申しあげてきた。それは、上に医療が付こうが介護が付こうが、同じことなのである。この療養病床にしても早くから王道に戻して老健施設にされたり特養ホ

ームに転換された病院もあつたのである。

行政はそれをみているから、絶対に経営的サポートをする。もちろん、業界団体としては仲間を護ることもしなければならぬから、激変緩和的な経過措置は一種の取引としてあつて当然なのである。ただし、それは仲間を「守る」のであつて「護る」ではないと思う。つまり、いつまでも母のように護つてくれるのではなく、ある時期でポイと守りを放棄されるであろうと、私見する。守りの限界だ。

ホスピタルとはなにか
それがみられるJCI

先月号でちよつとふれたが、済生会熊本病院さんが昨年、JCIを取得された。なんで病院に「さん」とつけたのかは、わたしにも理由は分からない。はっきり言えることは「さん」と書いてしまったという、事実である。

小見出しに書いた「JCI」とは、アメリカのジョイント・コミッションのインターナショナル版である。昔は、JCAHOと称されていたが、要はシカゴに本拠を置く病院

の機能評価機構である。アメリカの病院の連中が「ジャコー」といつて3年置きのサーベイに緊張していた。それが、4～5年前だともう少し前に「JCI」ときには「The JCI」と称されるようになった。なぜそうなったのかは、知りたくもないし、知らない。だつて、厳然と存在しているのだから、ザがつこうがつくまいが、病院の機能を評価するコミッションなのである。わたしが行く米国の病院は、必ず、その「ホスピタル」の認可を取得されている。

リハビリ病院ともなるのもつと大変で、「JCI」と共に「CARF」を取得しなければならぬ。取得したら「特典」があるわけではないが、新しい医療制度のオバマケアでは取得していないと、どうもホスピタルとして社会的に認められないようだ。わが国の病院機能評価機構の認定が、特典があるのかどうかわからないが、わたしは社会に病院として認可されるためには必要だと思うのである。

そして、これはまったくくだらない意見だが、病院機能評価機構で認可されたら、うんと経済的評価を得るべきだという考えは、昔からある。機構が発出した時点で運営されている人たちに申しあげたら、当時は全然、通らない話だった。なんの苦労もなければいいが、大きな苦労と犠牲を払って取得する一種の資格なのだから、もう少し経済的評価があつてもよいと思う、乞食根性のわたしだ。

その済生会熊本病院さんでのJCIのサーベイの実際をお聞きすると、どうも日本の機能評価機構と「ホスピタル」の概念がちがうようだ。わたしは、定義ではなく概念と書く。JCIは、日本の施設でも取得されている所があるように、機能別（例えばホームケアなど）の認可である。

「ホスピタル」には日本という療養病院が入っていない。ホスピタルとは急性期の入院医療を提供している病院で、アメリカの制度でいえば短期急性期病院と長期急性期病院が対象である。そして先述のようにリハビリテーション病院はJCIとCARFと両方の機能評価の認可を取得しなければならぬ。日本はどうなっているか詳しくは知らないが、わたしの知る限り急性期も慢性期もリハビリも同じ機能評価機構である。せめて、ホスピタルとは急性期病院であるべきだと、理想論をいう。

JCIは、中東諸国、中国、韓国、東南アジアの国々の病院で取得されている。日本の病院も負けずに取るべきだと思うが、いまだひとけたの病院しか取得していない。もつとも、ソ連やドイツ、フランス、イギリスなどの病院は取得していないから、自国のプライドがあるのかもしれない。日本の病院がプライドを言えるだろうか。

組織医療としての病院

(317)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

— 仕事の基本は全部外科で学んだ —

何度かこの紙面で話をさせて頂いているように、一昨年の十一月に理事長を引き継ぎ、経営に深く関わるようになって気づいたことがあるので、述べさせていたたく。

◆外科医の仕事と理事長の仕事

外科医は気が短くて荒っぽい。変わり者が多く、医者だから通用するけど一般社会では通用しない。というレッテルが貼られているのは周知のことである。あえて否定はしない。しかし、この1年半、外科医の仕事から理事長の仕事にシフトしていくにつれ、両者の仕事の基本は同じでも、むしろ外科医の仕事のほうが厳しいことも多々あることが分かってきた。「して後悔するか、せずに後悔するか」。救急患者を診たときにも思い出す言葉である。

外科医になったのが昭和53年。かれこれ36年前である。CTもエコーも世に出たばかり、診断に耐え得る代物ではなかった。血液検査もすぐには結果が出ない。それこそ理学所見と経験と勘が頼り。右下腹部痛は急性虫垂炎の可能性があるとしかいい様がなく、即手術がレギュラーコースの時代であった。腸閉塞の手術適応

は難しい。絞扼性といって血行障害があれば緊急手術の適応があり、単純な閉塞なら保存的治療で治ることも多い。手術の決断が少し遅れただけで腸管壊死となり敗血症でなくなった方もいる。

反対に、手術をしたところ、たいたことがなく、手術をしなくても保存的に治っていたと思う症例もある。その時に、外科の恩師が「なあ、澤田。外科医は辛いものや。自分で手を下すから、全責任を負う覚悟がないと務まらない。手術するかどうか迷ったときは、して後悔するか、せずに後悔するしかないんや」と話してくれた。それを聞いてからは、しないで後悔することだけは避けようというポリシーを持って医療に取り組んできた。

一般的に仕事は、情報を集めること、分析すること、考えること、決めること、実行することで完結する。

医療で情報とは患者情報であり、問診・理学所見・画像所見・血液検査所見のことである。これらを総合的に分析し病状把握をして診断を下す。その上で、手術適応の適否を決め、手術方針を立て、手術に取り掛かるわけである。

少しの遅れが生命に大きな影響を及ぼすこともある。時には一刻を争うこともある。そしてその結果に対して術者が責任を負うことになる。

理事長の仕事は、人・金・モノという経営資源の活性化と有効活用である。皆さんがよくご存知のPDCAサイクルを回すという業務手法がある。計画を立て、実行し、チェックして、やり直す。繰り返しすることで、改善がなされ業務が成し遂げられるというわけである。これはまさしく外科医として今までやってきたことと同じであると気づいた。付け加えるなら、手術はやり直しがきくことは少なく、初回手術の出来不出来で予後が決まるだけに、一層厳しいものがある。そして、理事長の仕事も人・金・モノという経営資源は人が絡むだけにややこしい面もあり、甲乙付けがたい異なった難しさがあるのも事実である。

◆考えること、決めること

考えること、とはインプットされた情報をアウトプットである結論に変換するプロセスである。考えたということは、何らかの結論を出したということである。「考えた!」と言って、結論を求められ、それに答えられないのであれば、考えていないことになる。ただ単に、考えたつもりになっていたに過ぎない。

本を読んだり、情報を集めたり、計算したりするのは、考えているのではなく、ただ作業をしているだけである。思考のプロセスとは、①情報収集②分析

③思考④結論の4段階をいう。会議やメールチェック、顧客訪問、苦情処理、資料作成などは「思考」ではなく「作業」である。一日の行動を分析すると、思考する時間がいかに少ないかが分かる。考える時間を増やすことで、考える力は向上する。意思決定のプロセスは超具体的にする必要がある。文章に落とせるくらい明確でない

と使いものにならない。晩の献立を考えるとき、「お肉もいいけど魚もいいねえ、でも中華も欲しい」では余分な買い物をしてしまう。詳細なメニューを決め、作り方を確認して、手順と食材をリストアップしてから、買い物に行けば余分な買い物はせずに段取りよくできる。

物事を決めるといことは、誰が何をいつまでにどうするかを決めることである。「皆で力を合わせて頑張ろう!」はスローガンとしては立派だが、拳を振り上げて物事は進まない。

小田原評定という言葉がある。戦国時代末期、北条氏は秀吉の大群に小田原城を取り囲まれた。毎日、評定（会議）を重ねたが結論は出ず、そうこうしている間に滅ぼされてしまった。会すれど議せず、議すれども決せず、

決すれども行わず。「会議は踊る」の典型といわれている。

その対極としては「間違った決断でもないよりはまし」という言葉もある。正しい決断をするにこしたことはないが、間違った決断でも決めてしまおうと一気に「景色」が変わり見えてくることもある。その時点で軌道修正をすればいいのである。これが先に述べたPDCAサイクルである。小田原評定はプランばかりで、結局は実行するに至らなかった好例である。往々にして我々日本人は、プランの時間を長くとり準備を完璧にしようとする傾向がある。PDCAを一周の円と考えるのではなく、螺旋状に伸びる円と考える方が話はすすむ。即今着手、一気呵成、拙速主義とは、とにかくすぐ手を付けて、一気によりぬき、仕上げは80点でも期日を厳守することである。兵は拙速を尊ぶのである。巧遅に堕して時機を失うよりは、最善でなくとも、次善の策で間に合わせなければならぬ。

外科医の仕事も、理事長の仕事も、情報を集めること、分析すること、考えること、決めること、実行すること、で完結する。若干の違いはあるが、基本は同じということが、遅ればせながら最近ようやく分かった。「仕事の基本は全部外科で学んだ」と述べた所以である。独断と偏見にご容赦のほどを。

措置から利用契約制度に移行し、法人事業体の人事管理をどのように行うかは、経営の裁量権に委ねられることになった。法令順守は当然の前提であるが、これからは、個別的に特徴のある人事管理の仕組みづくりや施策推進を行うことが求められる時代になったのである。

問われる人事管理制度の見直し

優れて特徴ある人事管理を行うことで、利用者満足を実現できるサービスづくりをめざさなければならぬし、ひつ迫する人材市場において「選ばれる」法人事業体づくりが求められる。しかし、新しい時代に適合するための人事管理制度改革への取り組みは、まだまだ十分とは言えない現状にある。なかには部分的な制度の見直しの結果、かえって職員のモチベーションの低下や離職といった問題を生起していると思われる法人・事業体も少なくない。

新しい人事管理制度の構築には、人事管理や人材マネジメントに関する基本理念や人事基準の見直しと確立が不可欠である。木に竹を接ぐような脈略のない取り組みやコストカットの発想だけでの取り組みでは、事業の将来に大きな禍根を残すことになり兼ねない。

人事理念は、経営理念や方針、

サービス目標等の実現をめざすための人事管理の理念であるし、人事基準とは、そうした人事理念を前提に、具体的にどのような基準で職員処遇を行っていくかの基準である。

将来を見据えた法人事業体のミッションや経営理念を明確にしなから、人材マネジメントの基軸となる人事理念を確立し、新たな人事基準と整合性のとれた人事管理制度の改革を推進していかなければならない。大介護時代における最大の経営課題である。

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑥

人事管理制度の改革をすすめる

(福祉経営コンサルタント (株)エイデル研究所 前所長)

宮崎 民雄

現状と将来見通しの共有化を

人事管理制度の改革に着手するためには、第二に、自法人事業体の人事管理や人材マネジメントの現状と将来見通しを正しく診断し、共有する必要がある。

① 人材の構成や質(配置基準と実際の職員配置の現状、現任者の年齢・勤続・有資格者等の構成、正規・非正規職員比率、過去数年間の入・退職者とその特徴、それぞれの将来見通し等)。

② これまでの人事管理施策(人

事管理施策の基本方針やその透明・共有度、人事管理・職員処遇体系の現状と見直しの経緯、職員のモラルの現状とモチベーション施策、評価制度・育成施策の現状、職制組織とミドルリーダーのリーダーシップの現状、職場のチームワークやコミュニケーションの現状、非正規職員の処遇・正規化ルール等)。

③ 施策がもたらした構造(職員の給与水準、年齢・勤続年数・職種・役職等による格差、人件費比率とその推移、人件費構成比の現状と推移、正規・非正規職員の処遇格差等)

要である。人事考課制度を導入したけれどもうまく機能しないとか、処遇に反映できていないといった課題を抱えている事例の多くは、こうした整合性に問題があると言つてよいだろう。

第三に、関係者との合意形成である。人事管理や職員処遇の見直し、再構築は、経営の裁量権のもとで行えるものであるが、関係者、とくに職員との合意形成がなければ、実効性のある見直し、改革は難しい。そのため、職員参加のプロジェクト・チーム等を組織し、現状診断の

そのうえで、第二に、人事管理制度の仕組みや施策に関する見直しの基本構想を検討することである。自法人事業体の現状診断の結果を踏まえて、継承すべき事項と見直さなければならぬ事項とを峻別し、短期的に取り組まなければならない課題と中長期的の視点で取り組むべき課題との切り分けが必要である。

基本構想においては、部分的な仕組みの改革と制度全体との整合性に十分留意し、「トータルな人事管理制度」の構築をめざすことが重

段階から率直な協議を重ね、状況認識と将来見通しを共有化したうえで具体的な仕組みの改革や施策推進を協議することが望まれる。

サービス管理と人事管理の一体的運用をめざして

これからの人事管理制度は、サービス管理と一体的に運用するという発想が必要である。福祉サービス事業が「競い合い」の時代となり、また、利用者のニーズや意識も大きく変化してきている。サービスの質的向上は、経営の至上命題である。

しかも、一方では効率性の確保をめざさなければならない。日々のサービス実践の担い手である職員やそのチームの力量・質量ともにを高めていかなければならない。

一人ひとりの職員やそのチームの専門性を高めること、職員の定着やモチベーションを促進し、日々のご利用者との関係形成を安定的に持続すること、コミュニケーションや機能間の連携がよく、改善や創意工夫が自発的に行われるような組織風土をつくること、多様な職員の職位・職責・職務内容に即した処遇体系としてのキャリアパスの構築等が、これからの人事管理のめざす方向である。

また、サービス実践や業務遂行上の目標を設定し、その遂行プロセスや成果・貢献度等を適切に評価する仕組みを設定し、評価結果を職員にフィードバックし、処遇にも反映することが、職員のモチベーションや能力開発に役立つものである。新しい人事基準に基づく処遇の公平感を確立して行かなければならない。

サービス管理と人事管理は、いずれも経営管理の重要な領域であるが、対人サービスを基本とする福祉サービス事業では、とくに両者を一体的に推進する仕組みの構築が期待される。経営者の先見性とりーダーシップに期待したい。

四苦八苦

地域包括ケア病棟への参入とその「コスト」をどうするのかの問題

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」
 LTAACについては、ずいぶん書いてきた。馬鹿じゃないかと思われた人もおられるかもしれないが、わたしとしては四苦八苦の願いの気持ちだった。

日本の「急性期」は、おかしい。ウチは急性期病院と宣言すればよかったし、90日を超える入院患者さんがいても急性期病院として通用していたのだから……。

そんなことが「地域包括ケア病棟」の出現で、かなり正常化されると思っている。亜急性期病床等からの変化だが、このことは昨年に小山秀夫さんから聞いていた。亜急性期病床も長期急性期病床も、言葉としてどうもぴたりこなかったもので、やはり厚労省の人たちは頭が良いなあという思いがある。

短期急性期というか、平均在院日数が10日を過ぎた患者さんは包括的にケアしようということだ。全日病さんの地域一般病床の主張も入っているように、わたしは感じている。また、そこに在宅ケアの重要性が盛り込まれているようにも思う。大変なことだが。

こうなったら、わが病院は医療のどの機能を担うのかを、四苦八苦して確立しなければならない。そこでは、過去には存在できた「願

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

望の機能」は通用しない。あるのは、機能の実態の有無である。例えば、地域包括ケア病棟の申請をして受理されても、地域包括ケアが実践されているか否かが問われてくるのである。もっと具体的にいえば、二次救急機能があるのかどうかの問題であつて、二次救急病院の申請や認可があるだけでは地域包括ケアとは認められないのである。

当然、年間、救急患者の受け入れの件数が問われてくるだろう。これは、現在、三次救急病院が苦慮している問題とオーバラップしてみえるのである。老人だから三次救急に搬送してならないのではなく、二次救急で対応できる患者を三次救急病院に搬送して三次救急病院の病床を埋めてしまうことが、社会的に正しいことなのかということなのである。

また、何回も書いたことだが、療養病床で急変した入院患者を自院で対応する病院なのか、対応できなくて三次救急病院に搬送してしまうのが問われたのである。それだけに、「慢性期ICU看護研修」（日慢協主催）が大事になることも、書いた記憶がある。これだつて、四苦八苦が必要だ。療養病院のどれくらいが地域包

括ケア病棟になるのか、いまのところわたしには予測がつかない。予測はできないが、入院患者の急変時に対応してきた療養病院は、必ず地域包括ケア病棟になると思

っている。そして、やがて地域包括ケア病床数も都道府県、あるいは地域によって定数が決められるだろう。入院料などの点数によって地域包括ケア病床の病床数を増やそうとする病院が出てくる可能性はある。それだけに、実績の出せる病床数にしておく必要があるのではないか、と思っている。

なにも、地域包括ケア病棟がいと云っているわけではない。介護を必要とするけれど療養する場所のない老人も、どんどん増えていく。持病を持つている多くの老人は、医療を受けながら療養の場を探しているかもしれない。その療養の場が自宅なら、在宅ケアが絶対に必要となってくるし、療養の場がなければ、その場を提供することが必要になる。

サ高住にしろ特養ホームにしろ、いろんな施設が必要になってくるのだが、冷静に考えるとそのコストは誰が負担するのかということになる。すごく大事な話なのだが、消費税率の引き上げで済む問題ではないように思えてならない。

社会全体が苦しみ抜いて、日本国民が幸せに生きていけるようにしなければならぬ、と思うのである。オーバーかな?! 岡田

識者から学ぶ 金言、金句

岡田

— マネジメントとはなにか —

この欄は、いろんな病院がなさっている優れた経営、運営について書いてきた。しかし、種切れである。わたし自身の行動範囲も限られてくるから、実践の場をみることに限界がある。また、心を踊らされる事実にはふれたら報告する。

そこで、他人の輝である。わたしは本はそんなに読まないが、新聞や雑誌はよく読む。そんな中、なるほどと思うことや、それについて書くことがあるので、それについて書いていく。まさに他人の輝だが、わたし自身の輝はしつかり締めて書く。

昨年「週刊文春」で佐々木常夫さんが、ビジネスマンのための「論語」入門、と題する連載をされている。佐々木常夫さんは、自閉症のあるお子さまがいたり、奥様が43回も入院なさったり自殺企図を起こされたりという、大変な人生を送られた人だ。東レ経営研究所社長もなさっていた。

論語といえば、わたしが学んだ高校は儒教から出発した160年の歴史をもつ高校だから、馴染みを感じている。

さて、管理については専門なので、その管理のイメージはネガティ

ブなイメージが定着しており、けつして明るいポジティブなイメージではない。それは、管理の実態と管理の概念が確立されていないからではないかと思うのである。

佐々木常夫さんはマネジメントについて、以下のように書かれている。「計画を立て、時間を管理して、進捗状態をチェックし、スタッフの面倒をみて、人から認められリスペクトされる」と。これならマネジメントがポジティブになる。文中にあるように、時間の管理と書かれておりマネジメントと書かれていない。そして、「管理」は時間以外にないのである。

スタッフの面倒をみないのはマネジメントではないとも読める。そして、人からリスペクトされる人がマネジメントのできた人なのである。病院や福祉施設の管理職の人たちをみていて、付け刃のマネジメントではなく、ほんとうのマネジメントをなさっている人は、下から慕われ尊敬されていることを経験する。

まあ、管理にしろマネジメントにしろ、あるいはアドミニストレーションにしろ、言葉はあるけれど、管理というものは管理する人の人生観が大きく左右するのだと思う。家族のマネジメントにしても、基本は親の生きざまではないかと思うのである。マネジメントを見事に解説された佐々木常夫さんに、リスペクトがある。

この一ヶ月の

喜怒哀楽



◎公立トップ高連携

たぶん東京本社版だけだと思うのだが、毎日新聞2月22日付夕刊の一面トップ記事のタイトルだ。ギヤハ〜となった。そんなのお前だけだろうと無視されてもよい。だけど、これが「公立トップ病院連携」だったら、背筋が寒くなりませんか?! 民間病院の活力こそ日本の医療をよくすると思っている身として、ホント、ギヤハ〜だ。

日比谷高校、湘南高校、浦和高校など名だたる公立高校が「更なるエリート高作り」を目指すためのもので、名称は「首都圏公立進学校校長会」だそう。民間病院も、同じ主旨「進学を効率にして」で連携を強化したらどうだろう。公立病院は「公立効率」になって語呂が悪いから、やらないと思う。

少子社会で、高校の経営環境は根本から揺るがされていることは、以前にも書いた。病院も、ドラスティックな改革(改悪)という人もいるが、で国民、国家として効率的な医療を提供しなければ、優勝できなくなつた。当然、劣敗の病院がゴロゴロ出てくる。

現実的な提言をすれば、各機能

別の強固な連携を実現できる病院群が優勝になるのだ。優者の連携か劣者の群れか、どちらに行きたいのか真剣に行動することだ。

◎人間不信になっちゃいけないが

この項は、原稿の締切(業界ではメ切というが)ギリギリまで迷って書いた。もしかしたら、誤信になるかもしれない。というのはSTAP細胞のオボカタさんの問題がクリアになつていないからだ。もしかして、サムラゴウチになつたらどうしようと思っているのである。サムラゴウチは、みるからにアヤシかったが、オボカタさんの割烹着は爽やかだったよね。それだけに、そんな簡単なことがいままでできなかったの、という疑問がかすかに出た。画期的な発見というのはそういうものだ。リソグが木から落ちるなんて、典型的な大発見は日常的なところから発想して発見された。いい結末になつてくれることを、個人として願望している。ハルコちゃん♡

ミーハーのわたしは、サムラゴウチのNHKテレビをみてCDのアルバムを買った。わたしの感覚では、重苦しい曲だった。ニイガキさんの人相をみて、ああ、この人の曲なら納得した。

すべてのことや人を、裏からみなければならぬ時代になった。嫌なことだけ、こんなにいろんなコトが起きると、さみしい気がする。政治や政治家はオモテではなくてウ

ラだけみているが、すべてのコトやヒトをウラからみるのはいいことではない。己の人相が絶対に悪くならないと思うからだ。

サムラゴウチのCDはネットで売りに出したが、まだ売れない。そんな世間の評価なんだろう。

◎特殊詐欺も現代社会の申し子

日本人すべてが貧しいのではない。特殊詐欺の被害金額をみていてそう思う。騙す材料は息子、つまり男性が圧倒的に多いが、騙される側は女性(母や祖母)が大部分だ。つまり、オジサンやジイサンは貧しいのに対し、オバサンやバアチヤンは金持ちなのだ。

医療にだって、特殊詐欺っぽいのが結構ある。一種の脅しだとわたしは自覚して患者に検査を勧めていた。そういうえ、勧めるのと奨めるは意味がちがうと思うのだが、辞書を引くと同じらしい。勧誘は甘誘につながり、奨励は誘いではなく励ました。モノを書く人間のこだわりとして、許されたい。

そして、医療は絶対に勧誘ではなく奨励だと信じている。勧誘は、いかにも危い。

◎ゾンビは出るだろうなあ

四月改定は病院界に衝撃を与えたとする説が多いが、わたしは去年の8月ごろから分かつていたこと、いまさら衝撃といわれてもなあ、と思っている。しかし、現実には衝撃なん

だろう。でも「備えあれども憂いあり」の病院は衝撃を感じられていない。激変緩和の経過措置は無関係かのように、毎日の診療機能の質を上げられている。

この日常の努力こそが「備えあれども憂いあり」の現状への憂慮から発しているものだ。「これでいい」は、経営の世界にはないのはコンビニ各社の業態変容に顕著にみられる。地域によっては、コンビニではなく小型スーパーに変容されつつある。東京の青山や六本木のコンビニをみると、なるほど品揃えがウチの近くのコンビニ二つちがうなあと、実感する。

病院も、立地条件や社会を構成する人々の変化に対応しなければならぬと、つくづく思う。

何回も書くけれど、どの病院でも通用する経営のノウハウはないと確信している。絶対必要なものは、精神論である。自分自身に厳しい経営者の病院が隆々とおやりになつていられると、つくづくそう思う。そこから発するノウハウはその病院独自のもので、それを真似した参考にしようにするのはなく、先ずは自らを磨くことなのではないだろうか。

◎「病院」を続ける難しさ

2月中旬に戴いたお葉書だ。正確には「それにしても『病院』を続けることの難しさを感じるこの頃です」だ。おそらく、四月改定に対するものだと思う。わたしは「病

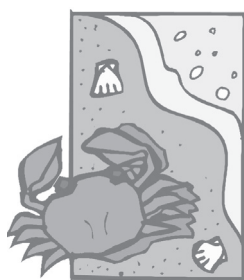
院」を続けることが難しかったら、「病院」をやめればいいと思うとともに、続けたいのなら「病院」をやつていけばよいと冷たく思う。具体的に述べれば、病院の一部を施設化すればいいと思うのだが、当事者としてはそうはいかないのがフツーである。

それは公私を問わずである。だから、どうしても「病院」であるための理論づくりが出てくる。その理論も「病院」を続けるための理論になつてしまふから、ともすれば我田引水か悪者を仕立てるようになってしまふ。

蟹の甲羅論ならいいのだが、社会情勢や自院のマンパワーを中心とした実力から発すべきだと思う。マンパワーで思い出したが、中高年の医師が増えましたねえ。人数は増えたけど日進月歩する医療に対応できる実力となると、疑問を感じる医師もおられる。これも、蟹の甲羅でいけばいいのではないかと思うこと、しきりである。無理が一番いけない!

これからの一ヶ月の不安・不運・不信

岡田



医療の沸騰点



―病院は定義(諸規準)ではなく

概念で動く時代―

岡田 玲一郎

本欄は、昔は「医療の原点」のテーマで高橋陽さんが書かれていた。その後、高橋さんにお手数をお掛けするのも気が引けることと、医療は原点が大事だけれど、原点からどんどん変化してやがて沸騰点に達する予感がして、現在の「医療の沸騰点」とした。

まだ、ぬるま湯の雰囲気はこの業界にあるが、かなり沸騰点に達してきているように思う。本紙を発行した約40年前から、日本の病院病床は必ず半減する、と述べてきた。それこそ、鼻も引つ掛けられなかったが、わたしは頑なに主張し続けてきた自負がある。現在のようにインターネットという媒体があれば、こてんぱんに叩かれたにちがいない。「厚生省の回し者」と罵倒されたことも、数限りなくあった。それでも、自説は曲げるわけにはいかない現実が、そこにはあったのである。

病院とは、病床とは

病院とは、病気を治すところであつて、それも入院というレベルの病気の国民を治療するところである。

当然、人口当たりの病床数は人類社会のレベルであつて、突出した病床数は当然、消滅するのである。しかし、この40年の現実、病院の概念を超越するものだった。具体的に述べれば、入院して治療しなくてもよい、入院患者が出てきた。典型的な実体験で述べれば「ベッドが空き過ぎてから退院を延ばす患者」が入院させられていた。また、同じ理由で入院できない入院患者さんもおられた。これでもいいのかという反省がわたしには強烈にあつて、病院を退職して現在まで、先述の発言を発信し続けてきたのである。

どうですか?! 4月からの医療制度や診療報酬はかなり沸騰点に近づいてきたと思われませんか?! わたしは、病院というものの概念が鮮明になってきて、その概念にそぐわない病院(病床)は消えていくと思つてゐる。

もちろん社会だから、強烈な抵抗活動があるだろう。特に、国立の大病院の抵抗は相当の覚悟以上のものを予測していないと、せうかくの病院の概念の正常化が破壊されると思つてゐる。それはそれは、心配性のわたしなのである。誰だつて、自分の病院の病床、あるいは病院そのものが消滅するなんて、嫌なものであるからだ。

個々の病院でチェックする

ここでやることは、話としては簡単だけれど実践となると容易ではない。個々の病院が「ウチは病院なんだろうか」とチェックされたらよいと簡単に書いているが、そこには先に述べたように欲とか願望という人間が避けて通れない煩惱が厳として存在するからだ。介護療養病床の転換にも、それがモロに出てきたではないか。

しかし、その煩惱を脱しなれば経営体として存在できないと断言しておく。経営体としてであつて、病院としてはではない。病院をやめて施設にすることは、経営体として存続することなのである。

昔、精神病院の概念が変化したとき「入院患者を観光バスに乗つけて厚生省の前に捨ててやる」なんてことをおっしゃつた精神病院長を想ひ出して、書いた。その当時から病床を縮小された精神病院が、現在は隆々と経営なさつてゐる事実が、一番、分かりやすい話だと、わたしはおもう。つまり、そう思わない人は、わたしのことなど唾棄されたいらしい。本望だ。

回復期リハビリテーション病院を望まれるなら、回復期リハ棟の機能に合致するか否か、チェックされればよいのである。地域包括ケア棟を希求されるなら、その概念をクリアできるかどうかチェックされればよい、と思う。無理が通つて道理が引つ込む世界が出てくる可能性はあるが、永続がキーワードだと思つてゐる。

心配性のわたしの憂い

地域包括ケア棟は、200床規模未満の病院が1病棟を申請できることになっている。では、200床以上の病院はどうするんだろう、という心配である。以前にも本紙等で書いたが、600床規模の病院はどのような機能でやればいいのだろうか。

国公立病院ともなると、病床を縮小なんてことが少しでも出てくると、たちまち「地域医療の確保」という錦の御旗が掲げられ、地域住民も巻き込んだ存続運動が絶対に起きてくるだろう。これに厚生省が毅然とした態度をとれるだろうかとなると、心配性(症)のわたしは大いに心配する。

病院は官尊民卑の色合いが強かつた。現在は少しは薄れたが、民間病院は儲け主義の病院で国公立病院は金儲けはしない病院と、国民の多くが誤解していた。しかしどうだ。いまや民間病院の中で正義の医療を提供する病院が増え、国公立病院で経営至上主義がはびこつてきた。証拠は、いくら

でもある。直近の事例でいえば、医師が退院許可は出すが退院日は看護部が決めるという、わたしに言わせれば医師の一種の逃げ道を設けた公立病院があつた。そこで起きたことは、木曜日に医師から退院OKの指示が出て看護部が翌週の月曜日や火曜日を退院日にして「これで土・日のベッドの利用率が上がった」と喜ぶ姿だ。

民間病院で正義の医療を提供している病院では考えられないことだと思ふが、事実である。そんなことをやっていたら、くどくどと述べている病院の概念から外れてしまふから、病床は縮小せざるを得ないのがフツツだ。しかし、このフツツが国公立病院の一部には通用しまふ、という心配がある。

今回の診療報酬の改定は「官尊民卑の打破」(武久洋三氏)がテーマだと思ふが、過去を知り、現在も知つてゐるわたしとしては、厚生省に相当の覚悟が求められていると思ふ。流されるな」と、強く思う。病院は民も官も、それぞれこそ病院の概念を実現すべく切磋琢磨していくのが正常な姿だと思ふのだが、現実とは理想とは遠い。しかし、今回は「巨大な二石」が病院の世界に投げられたことは確かであり、歓迎する。そして、病院の概念に合致する病院だけが病院として残ることを念願する。目の黒いうちに、みたい。

毎年、一月末にメイヨクリニクからバースデイ・カードが送られてくる。誕生日が良い日であり、今年一年も良い一年でありますように、と誰かの自筆で書いてある。外来に受診してから約20年、心臓の手術をしてから18年、それでもバースデイ・カードを送ってくるのである。日本の病院でも実施している病院はあるのかもしれないが、わたしの場合は特養ホームの施設長さんから来ただけだ。

もともと、日本の病院では患者さんに年賀状を出されているので、なにも誕生日にまでという思いがあるが、もう側としては、嬉しいものである。毎年、しばらく机の上に置いて眺めている。いろんな関わりを想い出しながら、人生をふり返る。

もちろん、そこには合理的な商魂もある。「ザ・レガシー・メンバー」という組織があり、死後、遺産をメイヨ財団に寄付するシステムを動かしている組織だ。日本でも、死後に香典返しで現金をもつてこられるご家族はおられる。先日、莫大というか思い掛けない金額を「お世話になりました」と持つてこられたご家族の話聞いた。特養ホームでの看とりの誠実さへの感謝だそう。

なにか殺伐とした世の中で、ほっと和む気持ちになるもんだ。特

養ホームの中では、ホームで最期を迎えられることを条件にして入所者を受け入れておられる所があるが、やはりご寄附の件数や金額は、最後は病院に送ってしまう特養ホームよりは多い。

これも商魂ではないが、ひとつのウリだとわたしは思っている。病院は病院ながゆえに、治療に全力を尽す。先日はびつくりしたのだが、病院の医師がまだボスマンの心注をする医師がおられることを看護師から聞いた。わたしが「まさかボスマンの心注はもうないでしょうね」と言ったことに対する反応だ。年輩の医師だと言われている

バースデイ・カードに想う



たが、「それで心臓は動き出したの?」と訊いたら、首を横に向けていた。昔、昔、心電図の波形が変化したのを指差して「動いた」と言っていた医師を、鮮やかに想い出してしまった。

それも、ご家族の満足を得ることとは、ある。「最後まで生懸命やつて頂いて……」である。それはそれでいいのではと、わたしは思っている。理由は、国民の死に対するスタンスが未成熟だからだ。

事前指示書（AD）の運動は、飽くことなくコツコツをやっている。国民の反応は確実に上がってきているのだが、死についてはタブ

ーのようなものもある。ただ、10年前、20年前とはずいぶん変化したが、それは「死の尊厳」よりも「死からの逃避」のような感じもする。ホント、難しい仕事だけに動けるだけ動いていくしかない。首根っこを抑えつけて、死の尊厳を自覚しろと言うことはできないし、死の話題を避けようとする国民がられる事実を大事にしたい。

バースデイ・カードの話から遊離してしまつたが、病院は患者さんとの関わりを大事にしたい。看とりについても、一部の急性期病院ではアクティブにおやりになっているが、わたしはもつと積極的なデス・エデュケーションを実施すべきだと思っている。自分がどんな死に方をしたいかという問い掛けには、

多くの国民は「苦しまずに死にたい」と答えている（厚労省調査）。しかし、いざ人生の最期を迎えるとなると患者さん本人よりご家族が混乱してしまうのだ。それを責めてはならないと、わたしは思う。家族間のコンセンサス、キーパーソンの重要性、あるいは最後になつて遠方から来られるいまままで見たことがないご家族の問題もある。これでよしというマニュアルはないのだから、

病院の職員の価値観も大事になつてくる。しかし、遺産を病院に寄付するシステムは、わが国ではまだまだだ。岡田

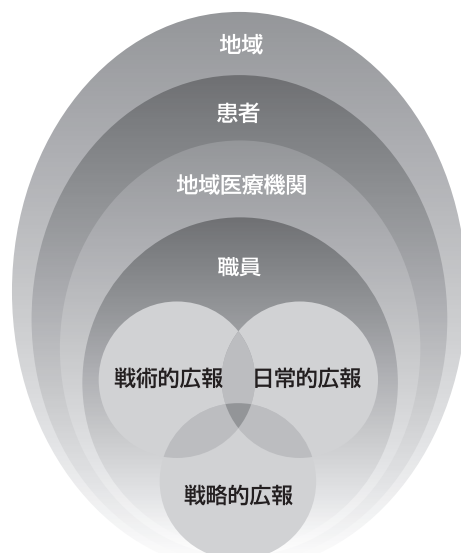
広報的視点から、病院のビジネス構造の改革をサポートします。

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。



有限会社エイチ・アイ・ピー
〒466-0059 名古屋市中区福江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384回 これからの福祉と医療を実践する会

診療報酬改定二〇一四は医療機関の経営マインドを大きく切り替える必要を迫っている。安全圏と見られた急性期病床をドラスチックに8万床減らすことを目論み、約一五〇〇あるDPC対象病院を一〇〇〇病院程度まで削減する勢いだ。急性期病院に片寄りすぎたいわゆる「ワイングラス型」の病床体系を、バランスの取れた「釣り鐘型」に再編成することをねらいとしている。

人口減少・高齢化の波はいよいよ高まってくる。その波に乗れるか、飲み込まれて押し流されるか、安閑とはしておれなくなった。医療界がつき従ってきた政策誘導はこれまでと違って「甘い汁」を飲ませるのではなく、海水の如く「塩辛く、苦く」なる一方だ。消費税分を診療報酬にそっくり上乗せする期待は空しく、消費税財源を診療報酬に充てる夢は消えた。代わりに消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置して、医療・介護の改革を進める分には支援しよう、という方向に潮の流れは変わった。

時あたかも、政府は「医療・介護総合確保推進法案」を決め、国会に上提した。医療だ、介護だ、等々と、目先の椅子取りゲームをしている時ではない。「一括した改革」と政府は言うが、時を経て

ば「一本化する改革」に変質する可能性がないわけでもない。

本例会当日は、同法の国会審議の最中か。ベストタイミングで、尾形教授の展望にじっくり耳を傾けてみたい。

(盛宮喜)

日時 四月十八日(金)

午後二時～四時半

人口減少・高齢化社会の

医療福祉経営

……医療・介護の

一体改革を展望する

東京大学

政策ビジョン研究センター

特任教授 尾形裕也氏

会場 戸山サンライズ大会議室

参加費 会員 五〇〇〇円

会員外 一〇〇〇〇円

申込先 Tel. 03-5834-1461

Fax. 03-5834-1462



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

▼来年の一月は、どんな状態になっているのだろうか。わたし個人でいえば、単にひとつ歳をとっているのではなく、体調や精神状態がどうなっているか、どうありたいか、であらう。それはそのまま、個々の病院に当てはまることなのである。

▼気分よく、病院をやつていたいというのは願望で、気分よく病院をやれることを一年掛けて（一念賭けて）実践するだけだ。ただし、これを「言うは易く、行うは難し」という。体調ならぬ病院の経営状態も健全であるべきだ。行うは難しを克服する病院が必ず勝つ。

▼岩盤規制の打破という表現が政治の世界で盛んに使われている。諸基準という岩盤の庇護の下で、なかば公然となされていた正しくないことが、岩盤の崩壊でお天道さまの光に露になつたのである。

▼門前薬局も、お天道さまの光が眩しかろう。もちろん、ある種の利権的門前薬局のことで上場企業の調剤薬局すべてのことではない。病院の保有する土地の取得や貸借で、アヤシイ関係の門前薬局は、さぞや苦しいことだろうと喜ぶ。

▼なにも来年一月だけの話ではない。そう思うのは、北米の病院や調剤薬局を見続けてきたからだ。マイケル・ムーアの映画に出てくるような病院は見たことないが、株式会社病院では危うさを見た。

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!

ポ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

携帯用ポンベ



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