

社会医療ニュース

診療報酬改定にみる 対応力を左右したものの

所長 岡田 玲一郎

本紙の読者の方の多くの病院は、今回の診療報酬改定に対応なさっているものと思う。非常に原点的な改定だったので、病院医療の原点を追究なさっていた病院は改定前から対応されていた。

しかし、病院界全体をみると混沌としており、今後の病院がどうなっていくのか予断を許さない状況

をみるのである。病院の原点である「機能の明確化」の認識が得られていないように感じるケースが多い。わたしは、その根底にあるのは急性期医療優位観があり、療養機能や介護機能が劣位にあるという、なにかよく理解できない「思いつみ」があるように感じる。

よく力説するように病気が急性期から始まって、死ぬし、治ることもがあるものの多くの病気が慢性期へと移行するのである。お前の勝手な論理だと蔑まれてもよいが、それ以外にわたしの乏しい頭脳では考えられないのである。

医療療養も、介護療養も、病

気に対応する機能の重要なものではないだろうか。医師や看護師の急性期医療をやりたいという想いと、社会の中での求められる病院機能はちがうと思うのである。老人ホームも、社会にとって必要な機能の施設なのだ。

機能を維持できるのは
個々の病院の実力である

地域包括ケア病棟にしても、非常に関心をもちたれている病院もある。迷っておられる病院もある。ハナから関心のない病院もあるが、ここでも急性期医療優位観がちらついているようだ。

地域包括ケア病棟は、病棟機能の報告は可能だ。問題は、地域包括ケア病棟を維持できるか否かだと思ふ。具体的にいえば、夜間救急にきちんと（診療科によって）対応できるのかに尽きると思ふ。最近、特に感じることば病院に

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

力を上向きさせるか、現在の實力に合わせた病床機能にすればよいと思う。が、やはり人間は迷うもんだとつくづく思い知らされる。

とする、社会的なものであるという理解が、わたしにはある。そこで重要になってくるのが、住民教育だし、患者教育だ。救急病院で聞く悩みの最大なのが生活保護の患者さんがなかなか入院しない、である。わたしが行く病院だけの悩みではないと思う。親の年金目当ての家族の話もよく聞くが、これこそ住民教育の貧困さがもたらしたものだと思ふ。もつとも、社会が劣化したことが最大原因だと思ふが、もしかしたら社会の劣化も教育（家庭教育も含めて）にあるのではないかと思ふ。ともあれ、これから続く診療報酬改定は、医療の原点の追究だと思っている。先に述べた自己完結型のコングロマリットの医療供給体制も、アメリカのH.I.Hのように厳しい条件がつくと思っている。経営者も経営体もすべて別組織にしているのは、医療はコングロマリットにならないからだ。

三次救急病院も在り方というか、生き方も、さまざまだ。徹底的に連携を強化して三次救急機能に特化している病院が、そのひとつだ。一方で、有料老人ホームや高専賃を次々に設けて、三次救急機能を維持している病院もある。

地域を社会的にみると、後者の病院は独占状態になってしまふ。それでいいのだろうかというのが、わたしの意見である。二百床以上の病院が地域包括ケア病棟を持っていないのは、地域社会の医療供給を連携によって維持していこうという医療の原点だと、わたしは思う。公的病院で独占型が展開されたら、地域医療は絵に描いた餅になつてしまふのではなからうか。

もつとも、そう動く病院があるのは、診療所のかなりの部分が在宅医療に対応できていないからだ。わたしは思っている。在宅復帰率が求められているのは、在宅で可能な医療が病院の入院医療で提供されているから出てきたのである。これも、医療の原点のひとつで、在宅医療が可能な患者さんを病院の入院医療にして、医療保険料の無駄な消費を少なくしよう

と、わたしは思っている。在宅復帰率が求められているのは、在宅で可能な医療が病院の入院医療で提供されているから出てきたのである。これも、医療の原点のひとつで、在宅医療が可能な患者さんを病院の入院医療にして、医療保険料の無駄な消費を少なくしよう

か、粘り強く病院の實力を向上させるか、現在の實力に合わせた病床機能にすればよいと思う。が、やはり人間は迷うもんだとつくづく思い知らされる。

わたしは、医療の原点は機能連携だと思っているから、個々の病院の機能を明確にして連携していくべきだと思っている。

組織医療としての病院

(319)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

―有事のリーダー―

「訓練してきたことをやっただけ。自慢も感動もない。急いでやらなくてはならないことの一つは、妻に電話して今日は夕飯はいらな」と断ることだ」事故後のインタビューでのチエズレイ・サレンバーク機長はこう話したという。

2009年1月15日、ニューヨーク発のUSエアウェイズ1549便は離陸して、間もなくカナダ雁の群れに衝突、両エンジンが破壊された。管制官は最寄りの空港に着陸するように指示したが、間に合わないかと判断したサレンバーク機長は、ハドソン川に緊急着水し、人口密集地に墜落するという大惨事を間一髪で避けた。乗客乗員全員が無事脱出に成功し、犠牲者は1人も出なかった。エンジン停止から不時着までわずか3分28秒。墜落の危機に瀕しながらも、わずか208秒の間にハドソン川への着水を決断し実行し成功した。この事故は「ハドソン川の奇跡」と呼ばれ、サレンバークの冷静な判断と操縦技術が高く賞賛されることとなった。全員が脱出したあと、サレンバーク機長は川底にいつ沈むかも知れない機内に残り、2度に

わたって通路をくまなく行き来して乗客が残っていないことを確認してから、最後に脱出した。当時、テレビニュースでこの場面をみたが、ハドソン川にわずかに浮んだ翼の上に悠然と立っている機長の姿をみて、「真のプロフェッショナル」の勇姿に胸を熱くしたのを覚えている。その時のコメントが冒頭の言葉である。

4月16日、韓国・珍島(チンド)沖で発生した旅客船「セウォル号」沈没事故は死者行方不明者あわせて300人をこえる本場に痛ましい大惨事となった。事故原因は、操船ミス、違法改造、積載量オーバーなど色々あるようだ。その中でも、船長が一番に救出され、しかも一般客を装っていたことは非難的になっている。

日本でも2009年11月三重県沖でフェリー「ありあけ」が横波を受けて転覆するという事故があった。閑散期でわずか7名の乗客であったが、船長は客室からの脱出するように指示し、船体の傾きが急になると、消防用のホースで乗客らを甲板に引き上げた。約2時間後に乗客全員が海上保安庁のヘリコプターで救出されるのを見届けた後、船長らは救命ボート

を下ろして海に飛び込んだ。

サレンバーク機長やフェリー「ありあけ」の船長と、旅客船「セウォル号」の船長の違いは歴然である。リーダーの資質が「有事」では被害にこれほどの差がでるのである。危機管理とは、危機の発生を予知予防し未然に防ぐ「リスクアセスメント」と、起こってしまったダメージを最小限にする「ダメージコントロール」のことである。発生する前なら「平時」であるが、危機が現実の事象になれば「有事」となる。尖閣問題を「有事」にしないように日本が懸命の努力をしているのは周知のことである。

この度の韓国の海難事故をきっかけにあらためて有事のリーダーについて考えてみた。平時はアフターユー(どうぞお先に)でいいが、有事はフォロミー(俺についてい)である。有事では誰もが慌てて平常心を失う。冷静な判断ができず、固まってしまうのがパニックである。リーダーも一時平常心を失うのは仕方ない。それを素早く立て直すことができるのがリーダーの資質である。

元日本海軍のエースパイロット源田実氏は「慌てて平静を失うことは人間の本能によるものだから仕方がない。問題は平静を失った心をいかに素早く立て直すかである。たびたび生死の境を切り抜けてきたベテランの隊長が、平素の訓練では若いパイロット

の操縦技術にはるかに及ばなくても、ピンチに際して、その何倍もの腕前を発揮するのは慌てないからである」と言っている。

有事でとつきの判断が必要なきには、マニュアルは役に立たない。知識には形式知と暗黙知がある。形式知とは言語化できる知識でありテキストにしたもの(マニュアル)である。暗黙知とは、言語化できない身についた知識のことである。職人技は暗黙知の典型であり、師匠から仕事を学ぶ徒弟制度が残る職業は、暗黙知が数多く残る仕事である。外科医はその徒弟制度が色濃く残る職種である。手術書をいくら見ても手術はできない。手術中に大出血をしたときにマニュアルを見るわけにはいかない。奥義とまではいわないがそれなりの技術を身につけた平常心を失わない有事のリーダーが求められる。

有事に際しては指揮官には、ファーストイン・ラストアウトという態度が必要である。最初に飛び込み最後に立ち去るのである。率先垂範の極みである。病院の一番の有事は患者の急変である。指揮官は医師。現場にまさきき飛び込んでいかねばならない。一刻を争う。逃げるわけにはいかない。マニュアルを確認する暇はない。心臓マッサージ、人工呼吸、血管確保を行い、的確な薬剤投与を指示する必要がある。心の動揺を隠してでも、ほかの医師やコメディカルに悟

られてはならない。「勇将の下に弱卒無し」と心する必要がある。ノブレスオブリージュとは「選ばれし者の責務」を意味する。有事のリーダーに、もつとも必要とされる資質である。イギリス貴族は十字軍の先頭に立った。日露戦争で乃木將軍は二人の息子を失い、明治天皇の崩御に際し殉死を選んだ。硫黄島の栗林中将は、口渴と飢えを部下と共に耐えながら、圧倒的多数の米軍を相手に立派に戦って散っていった。口利き代議士の多くは収賄の罪を秘書に押し付け、高石文部大臣は妻を檢察に売った。渡辺某議員は妻の口座を利用して司直の追及をかわそうとしている。

いくら肝(きも)が座つていようと、散歩のついでに富士山に登った人はいない。サレンバークは、機長にとつて一番大切なことは、飛行機を飛ばし続けることと認識し、過去の飛行機墜落事故を丹念に調べ、その時の対応の是非を検証していた。常にシミュレーションを繰り返し、あらゆる事態を想定する。何事もイメージできなければ絶対にマネージできないのである。以上、有事のリーダーについて述べた。医療はいつ何時リスクが顕在化し有事となるかもしれない。韓国の海難事故の対応を他山の石として、有事のリーダーについて再学習する機会ができたと思っっている。

筆者は、多くの社会福祉法人や事業体の人事管理制度の見直しに関与してきたが、これからの人事管理制度はトータルシステムとして構築し、「適合性」「納得性」「公平性」「効果性」を担保していかなければならないと思っている。

3つのサブシステムを構築する

トータル人事管理システムとは、「評価・育成・活用・処遇」の一体的な運営をめざす人事管理制度であり、3つのサブシステムの構築が必要である。

まず、一定の人事基準に基づいて職員の格付けを行う「評価システム」が必要である。人事管理の基本フレームとなるものである。

専門性や職務遂行能力、雇用形態の違い等に応じて「コース・職群制度」や「資格等級制度」を設定し、能力や職務職責、成果や貢献度等を評価する人事考課の仕組みや基準を明確にすることである。

次に、「育成・活用システム」として、仕事と能力の適応化を図る「業務管理や目標管理制度」「教育研修制度」「配置異動制度」等を構築し、適正運用を図ることである。

3つ目が「処遇システム」の構築である。基本給や諸手当、賞与といった「給与制度」の基準を設定すること、「昇格制度」や「昇進・任用制

度」、そして「福利厚生制度」等を整備する必要がある。

基準に基づく適正な評価を行いながら、適材適所の職務割当てと個別指導によって育成・活用を図り、その結果に基づいて合理的で公平な処遇を行うというのがトータル人事管理システムの基本的な考え方である。

「評価システム」という人事管理の基本フレームを前提に、3つのサブシステムを双方向で関連させ、運用するところにトータルシステムの意義がある。

連載「大介護時代の人材マネジメント」⑦ トータル人事管理システムの確立をめざす

(株)ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 取締役統括フェロー

宮崎 民雄

コース・職群制度による区分管理

基本フレームとしての「評価システム」をどのような体系で構築するかは、これからの人事管理において極めて重要な課題である。

一言で福祉サービスの担い手と言っても、組織内では担うべき職種や役割が異なる。一人ひとりの職員の能力や専門性の違いにも着目しなければならぬ。職員の職業観やライフスタイルも多様化しており、そうした環境変化に「適合するシステムでなければならぬ」。

コース・職群制度は、こうした職員の違いに着目しながら、一定の人事基準に基づいて適正な人事管理を行うための仕組みである。

コース・職群や資格等級が異なれば、原則として異なる人事基準（ルール）や処遇条件を適用することにになり、きめ細かな人事管理が可能になる。

規模や事業種等を考慮しながら、適正な人事基準に基づいて制度設計を行わなければならないが、次のようなポイントを押さえておくことが肝要である。

2 正規職員の区分管理

正規職群では、福祉サービスの実践の中心的な担い手となる社会福祉士や介護福祉士等の有資格者や資格や経験を満たずに定形的な業務に従事する職員との区分管理が必要である。

前者を「総合職群」に格付けし、後者を「一般職群」に格付けするのが一般的である。「一般職群」に格付けされる職員についても、一定の経験年数を積み、公的資格の取得を条件に「総合職群」へ登用するというルールを明確にすると、資格

サービスの担い手は24時間、365日の対応が必要であり、勤務シフト（特に夜勤対応）が求められる。人事管理の公平性と納得性を担保するために、勤務シフトや夜勤対応の可否、配置転換の可否による区分管理が必要である。

コース・職群制度では、通常、勤務シフトや夜勤への対応、配置転換等に応じられる職員を「総合職群」として処遇し、対応できない場合は「一般職群」で処遇する。

資格等級制度の構築

コース・職群制度のなかに、資格等級制度を設ける必要がある。職務や職責の難易度に応じた処遇を明確にするとともに、職員のキャリアパスを明確にするというものである。

資格等級制度設計では、職務遂行能力を基軸とする「職能資格等級制度」の考え方が支配的である。

しかし、保有能力を重視する「職能資格制度」は年功的処遇になりやすいという弊害があり、筆者は役職と資格等級とをタイトな関係に位置づける「役割資格等級制度」が望ましいと考えている。

マネジメント機能を担う指導的職員や管理職員と福祉のエキスパートとして専任職等の資格等級を設定し、キャリアパスの考え方を資格等級制度に折り込むことが重要である。詳細は、次回に触れたいと思う。

1 正規・非正規の区分管理

福祉サービス事業においては、契約パート職員等の非正規職員を配置する必要性が高いため、「正規職群」と「非正規職群」とを区分管理し、人事基準を明確にする必要がある。

改正パート労働法の主旨に則して、均衡処遇の基準を明確にするとともに、職群転換（非正規職員から正規職員への登用や正規職員が家庭の事情等で非正規へ転換する等）のルールを明確にすることが望まれる。

3 医療職等の区分管理

看護職やリハ職等、医療系の職員については、「専門職群」を設定する必要がある。逼迫する人材市場に対応し、採用条件等を柔軟に設定できるようにすること、初任給と中途採用における前歴評価の基準を柔軟に設定できるようにすることが重要である。

4 勤務シフト対応の可否

生活支援を中心とする福祉サ

「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」

研修医のローン返済は製薬会社が負担する制度

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」

東京というより、全国で著明な進学校である開成高校が、年収400万円以下の家庭で頭脳が優秀なのに進学の費用を負担できない子の進学を援助する制度を設けたことが報じられた。年間、約90万円の授業料等の免除である。優秀な頭脳を、経済的負担がでないために埋もれさせてはならないからだ。10名の枠だから、やがて医師になる子も出てくるだろう。

3月に、日本の病院から研修医を2週間お世話してもらっているアタロン総合病院の研修医指導責任者の医師を日本に招聘して、研修医の指導についてプレゼンしてもらった。来年の日米ジョイントフォーラムにも、招く予定だ。ただし、元気で生きていければの話だ。

その中で、アメリカの医療制度改革の興味深い話があったので日本でも同じことができないかという提言をする。

日本の医学生も、高額な授業料を負担している。親が高所得ならいいが、開成高校の例のように低所得の家庭もある。アメリカは親が負担するというより学生本人が給付金などを利用する例が多い。しかし、「多くの医学生は卒業時に約15万ドルの借金を抱える」の

が現実だ。借金だから返済しなければならぬ。日本円にして1500万円である。しかも、多くの医学生がこのローン返済をしなければならぬので、その援助制度が「医療制度改革」なのである。

話は変わるが、製薬会社と大病院の癒着が大きく報じられている。また、現場チックな話としては、製薬会社の病院での商品説明会で出される「豪華幕の内弁当」の費用は、なんなんだ、である。薬局長の腕が問われるといわれたケースも経験しているが、「アノ弁当は絶対に喰わない」という医師も経験している。モノの分かる医師だ。

なぜそんな話を出すのかというと、先のアメリカでのローン返済援助制度は、製薬会社から年間40億ドルの拠出金を求めている。ドルに100を掛けたら、日本円で実感できる。そして、この位は出している、わたしは思う。

豪華幕の内弁当をやめても充当できないだろうが、要は製薬会社は医師の処方によって利益を得ているから、わたしは当然だと思ふ。医大教授の海外学会出張へのさまざまな援助金もやめたいのだ。

さらに参考になったのは、医療保険会社からの年間140億ドル

の税金の課税収入である。ご存知のように、アメリカの医療保険会社は日本でいう健康保険を企業に売っている。個人で掛ける疾病保険とは訳がちがうし、当然そこから利益を得ている。その利益を研修医のローン返済に充てるというところだ。わたしは、極めて合理性のある課税制度だと思ふ。

わが国も、医療制度改革が打ち出されているが、そのほとんどが診療報酬改定による誘導である。もちろん、病床機能明確化など現在の厚労省の尽力は大いに評価している。こんなことをいうから、一部の医療機関から嫌われるのだが、わたしは意に介してはいない。社会秩序の確立が念願だからだ。

オボカタ問題だけでなく、いま日本の社会は汚い。研究者を擁護するわけではないが、どこかにミスがないかとネットなどで執拗に追う根性は、薄汚い。捏造がいいといっているのではなく、どこかにミスがないかと追う執拗さが必要かと思ふのだ。

それに対し、製薬会社の関わるデータ捏造はゼニがピタツと付いているように、詐欺行為だと思っている。だから、医師の養成にその利益を出させてよいと思ふのだ。もちろん、病院長や開業医の（大学教授も入るが）の子女を対象とせず、一定の所得制限を設けて、授業料の免除や借入金金の返済に充てるべきたと思ふ。

岡田

識者から学ぶ 金言、金句

— 人生は勝たなきゃだめだ — 岡田

吉村作治さんというエジプト考古学者を知っておられる人は多いと思ふ。早稲田大学の名誉教授でもある。吉村さんが日本経済新聞の4月1日付夕刊で、「それでも親子」というコラムで語られていた。親についての問答形式のコラムだが、お父さんは手書き友禅染の職人で、このコラムのタイトルの「識者」ではないと思われる人がおられるかもしれないが、わたしにとっては十分に識者であると感じている。

吉村さんは「1番の親孝行は」という質問に「日本にエジプト考古学を根付かせることができたこと」と答えられている。ここにも父親の存在がある。

続けて出てくる言葉がいい。「人生は勝たなきゃだめだ。勝つというのはいやらしいことをやったら死ぬ時に言えることだ」というお父さんの言葉を話されている。さんざん苦勞してエジプトで遺跡を発掘することができ、しかも大きな発見をすることができた。

その結果を出しただけに、吉村さんも「やりたいことをやったら死ぬ時に言えること」を実感されているのだろう。吉村さんが仰るように、学歴が高いとはいえないお父さんが、手書き友禅染の職人として生きる道を考え抜く中で得た言葉だ。やはり、識者だ。翻つて、己の生き方を考えてみると、果たして死ぬ時に「勝つた」と言えるだろうか、と思つた。

吉村さんのお父さんは縁先で新聞を読みながら、お母さんは風呂で眠るような最期だったと話されている。新聞を読みながら眠ることに死ぬときに、やりたいことをやると言えるわけがないという屁理屈は、ここでは似合わない。

でも、そういう心境で老いていきたくないのだと思ふ。わたしの生き方は「やるだけやったら、後は野となれ山となれ」で、やってやったら抜いたらそれでいいじゃんである。それだけに、日常の生きざまが問われている。嘘つきになりたくないから、わたしなりに努力をしている。ところが、最近の教育は「フツーでいい」とか「努力しなくても」の傾向が強い。新人研修のときに、それは確認できる。むしろ、全体の傾向のことで、びっくりさせられるやる気のある子もいる。

そんなときわたしは、振り返ってみると同じ言葉をその子に言ってきた。「いいご両親なんだろうね」って。いま思い出したのだが、やはり家庭環境、特に親の存在は大きいと思う。DNAなんて科学的なものもあるのかもしれないが、「この親にしてこの子あり」も、いい表現だと思ふ。

この一ヶ月の

喜怒哀楽



◎スマホ守りが子を危める

日本小児科学会が「幼児へのスマホ守り、やめて」と勧告していることが報じられていた。よく分かることだ。親によつては「子どもはスマホを教えずに、早く覚える」といさか誇らしげに言う親もいる。そんな親に、わたしは危うさを感じた。親が子をあやすのと、スマホに子があやされるのと、どっちが情緒の発達にいいか、だと思ふ。小児科医の先生たちが危ぶむのも、よく分かる。

病院という組織も人間で構成されている。オーガニゼーションだから、細胞(オーガン)を機械で操縦してはなまぬ。しかし、スマホ守りが現実にあるとはびつくりした。と同時に、子の虐待や子殺しをする親も、便利さに破壊されたものと確信する。ネットで子を預ける便利さが、社会を劣力させる。それが、病院経営は便利にはできない、という持論につながる。

苦しんで、苦しんで、病院経営は成功するのだから、便利さで楽をしちゃ、いかん!! 現実としても、楽な経営も、気楽な経営も、楽しい経営もないのだ。楽しくなるのは、

成長を感じたときだ。

◎地域包括ケア病棟を無礼な

G県という日本に2県だと思ふが、そのひとつのG県で二次救急病院なのに夜間に対応できない病院が8割だそう。対応している2割の二次救急病院は地域包括ケア病棟として地域に貢献できるが、8割の二次救急病院が地域包括ケア病棟を持つとされるから、無礼なと書くのである。

在宅ケアもロクでできないで、ひたすら長期入院の患者で病床を埋めておいて、病床利用率が高いはないだろう。軽症の患者なのに7対1看護はないだろう。1頁にも少しだけ書いたが、なんか、地域包括ケア病棟が「自称」である過去の一般急性期病院や7対1看護と同じ発想(そんなに高尚なものではなく無礼た呼称)のように思えてならない。週刊文春で適業収さんが書いていた「ゲスの本領」がピッタリくる。ゲスのわたしが思う。わたしのゲスは下司だけれど、自称〇〇病院のゲスは、下衆のほうだろう。

しかし、物書き(作家・哲学者の適業さん)って、さすがと思う。「今週のバカ」のタイトルで書かれていたのだが、「ゲスの本領」とは言えない。ビッグデータのこと林下清志さんのことだけ。どうか、病院はゲスにならないでください。まして、ゲスの本領を発揮されたら、病院界は迷惑だ。

◎つながっても、つながらない

同じ週刊文春で、伊集院静さんが「悩むが花」のタイトルで連載されている。この人もすごい人だと尊敬している。わたしは、七難八苦を生きてきた人だと尊敬している。けして、楽に生きてきた人ではない。わたしも「苦しみことのみ多かりき」の人生で、いまも悩みや苦しみはなくならない。能天気や脳天気の人が、うらやましい。でも、苦しみも楽しいよ。

日経新聞で、伊集院さんが小見出しのことを書かれていた。どういふことかという、フェイスブックでお互いがつながっているつもりでいても、内実はつながっていないのだと喝破されていた。人間関係なんて、そんなもんじゃありません、ということなのである。

昔メル友という表現があったが、それが本場の友人に発展していったらつながりだ。メールだけのつながりではなく、会い、顔を見て、語り合つてこそつながりができる。念を押しておくが、会つて大嫌いなものも、つながりだ。わたしは、憎むという関係は憎しみが大きければ大きいほど、強力なつながりだと思つている。

憎くもなければ好きでもないというの、人間関係というつながりではないのだ。親が子に対する関係をみれば、すぐ分かります。親が子に関心がなければ、憎くも好きでもないのだから。

◎広告宣伝も規制緩和したら

高知に行く病院の広告・宣伝が目につく。テレビでも新聞でも広告がある。しかし、他の都道府県はまったく見ないか、ごく稀に見るだけだ。全都道府県で確認したわけではないが、わたしの経験ではテレビのCMは高知県でしか見ない。

医療機関の広告規制があり、高知県でも同じだと思ふ。しかし、高知県ではテレビで病院の職員がAKB48みたいにして登場している。わたしは、とてもいいと思うのは病院の風格というか品格が出るからだ。

もつとも、美容整形やEDものの広告は、いやらしさを感じる。顔写真が出てきたり、医師本人が出てくるものもあるが、先ほど書いた「ゲスの本領」を感じるものもある。つまり、わたしのような国民には逆効果なのである。

製薬会社のデータみたいな素人には分からないのはお断りだが、いろんな広告や宣伝を規制しないで

やらせたらよいと思ふ。

しかし、BS放送の経営を維持させているのは、損保と生保と健康食品(と称する)会社だと、競馬や野球放送を見て思う。新聞社もEDモノが広告しなかったら、潰れるかもしれない、と思う。もつとも、新聞を読むのは中高年層だからなのか、なあ。

◎スマホで対話能力が低下

新聞は忘れたが、心理学者の話としてスマホ依存になると対話能力が低下するそうだし、そう思う。なんで、ネット上の買物の検索にあんなに熱心になるんだろう。

毎日新聞の投書欄に13歳の中学生が、スマホからガラケーに替えてよかった、という投書が出ていた。

ちつとも不便じゃないし、自分を取り戻した感じなんだ。それと、中学生としては値段が半分になって親の負担が減るなんて、若い人でもしっかりした人がいる。もちろん、少数派だろうが、やがてスマホのマイナス面に気づく人たちも出てくるだろう。スマホの会社は困るだろうが。

岡田

これからの一ヶ月の不安・不運・不信



社会は変化するのだが、わが国の社会は年寄りからみると（若い人もいうが）悪く変化しているように思う。一番大きいのは他者への関心が薄れていることだ。例えば、電車の優先席に座っている若者や中高生だ。体のご不自由な方が目の前におられるのに、平気（いやスマホをいじって）で座っている。一方で、普通席にも座らない若い人や高校生もいる。

こんな社会になってしまったのは、やはり親の躰と学校での教育に原因があるとみている。先述のように電車の中の存在そのものに落差があるからだ。さらに、中年のオバサンやオジサンのお席を譲る率が高いことが、両親の躰と学校教育の時代のちがいを感ずる。

ついでに、両極端の光景を見た。小学生の子がエスカレーター（男）がなんて言ったと思いますか。なんと「まっすぐ向いてくれるかなあ」である。フツーなら、「ダメだ、まっすぐ向け」だろう。その翌日、埼玉県の大宮駅の構内でエスカレーターを上ってきた子が走りだした。男親が言ったのは「走るな!!」という厳しい声だ。どっちの子が社会人として適応していくかといえは、後者の子にきまつている。

躰を取り戻せ



小中学校でも躰には大きい学校差があることを、わたしの子たちから聞いている。高校も、荒れる高校とまともな高校があることも聞いている。同じように、病院も職員の態度に大きい差がある。会社だつてそうだと思うよ。

家庭の親は、そのまま病院の上司、ひいては経営者の姿だろう。上司や経営者が部下に関心がなかったり、薄かったりしたら、その病院や部門がどうなっていくかは、イヤというほど経験してきた。あるいは、そこに伝統というものがあっても、そこが上司に聞かされておられるのかどうか、大きな差を生んでいる。

経営に影響してくると思う。しかも、社会は他者への関心を弱くさせてくる要素が多種多様化している。歩きスマホが新聞紙上でもしばしば問題にされているが、外への関心はまったくなくて関心はスマホの画面である。スマホ依存症の人の画面をチラチラ見ていると、若い女性は通販の商品を見ている割合が高い。オバサンにもスマホ依存症らしき人がいるが、パストラの発生率が高い。

わたしは、別にスマホを持つなどいっているわけではないが、そこに嵌って他者がみえなくなるのは、ゴミである。時に、レストランなどで

カプセルが話をするのではなく、それぞれがスマホの画面にきづけになつておられるのを見ると、背筋が寒くなる。大丈夫かいな、だ。

病院のミーティングの時にスマホを見ていたら、とんでもない組織になつてしまふ。親や学校で躰をつけないのだから、躰がいくしかなないと新人研修などでは厳しく言っている。しかし、スマホではなくても自分にしか関心のない子がいるものだ。グループワークをやると、必ず浮いてくる子がいる。

なんでこんなになつてしまったのだらう。小保方さんのことは頑張り本紙で少しだけ書いたが、いまや早稲田大学ぐるみで

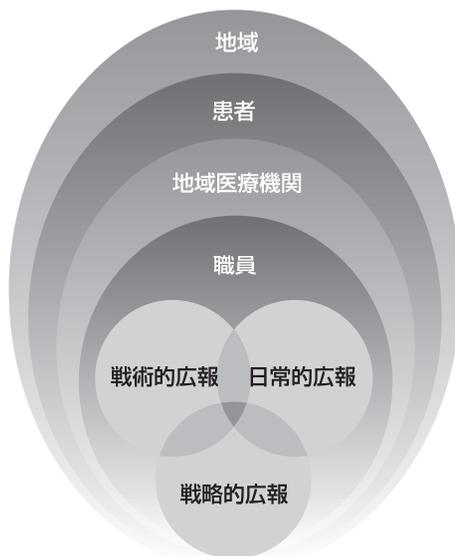
論文が問題になつている。これも、自分にしか関心のない学生や研究者と、学生に関心のない教育者の存在が影響しているのだと思う。

政治家にも、この手の政治家が増えてきたように思う。自分にだけ関心があつて、社会に関心があるかのように装つたら、言い訳のオンパレードになつてしまふのだ。じゃあ、お前はどつするんだと言われたら、わたしは胸を張つて他者に関心が大きいと言ふ。

他者に関心があるから、こんなことを書いているのである。もちろん、社会に影響を及ぼす力は弱い。弱いが、リスペクトしてくださる人がいっぱいおられるのは、他者に関心があるからだ。

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。



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

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ーブタワー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386回 これからの福祉と医療を实践する会

前回二〇一二年年度の診療報酬介護報酬同時改定で描いた二〇二五年へ向けてのロードマップは、二〇一四年度の診療報酬改定で第二のステップを踏んだ。次は三段跳びのジャンプに当たるが、二〇一六年度にもうひとステップ、二〇一八年度に大きくジャンプする「四段跳び」になると考えておきたい。

二〇一八年は言わずと知れた大きな節目の年である。どの医療機関も施設も二〇二五年以降へ向けてひた走りに走り始めているはずだから、それから進路を考えるのでは遅すぎる。現在のポジジョンから落伍するのがオチであろう。

入院期間の短縮、早期退院促進のために、今回改定では「在宅復帰率」というバネが仕掛けられた。急性期病棟からの在宅復帰の対象から外された一般病床や（在宅復帰機能を強化してない）療養病床は入院患者を確保できなくなるのではないかと。在宅復帰の受け皿として認められた病棟・病床自体にもまた「在宅復帰」の罫が仕掛けられていることに留意しておきたい。

外来面では診療所と二〇〇床未満の病院を対象に「主治医」の制度が組み込まれた。包括払いであること、やがて顔を出す専門医制度などを絡めて考えると、こ

の新制度の持つ意味は深長だ。

東京・八王子の永生会は急性期から慢性期までの病床を有し、外来クリニックや介護施設を含めて医療・介護の一体経営を進めている。参加者それぞれの立場で、その戦略展開に学ぶことを大いに期待したい。

日時 六月二十日(金)

午後二時～四時半

二〇一八年をどう迎えるか……

急性期・急性期外の生き残り策

医療法人社団永生会

理事長 安藤 高朗

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

E-mail:jissensurukai@nifty.com



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

▼断捨離なんて大げさなものではないが、着ない洋服などを後進国の人たちのために、出している。捨てて離れるのではなく、着てもらえたらの精神だ。ゴルフのキャップがいろいろあり、びっくりした。

▼そのゴルフだが、スコアが悪くなるばかりで、半ばあきらめの境地になっていたことに気づいた。先日、ある理事長さんとゴルフをして、歳は取ってもオワリがないことを教えられた。当然、スコアが安定したことは、学びだった。

▼病院経営も施設経営も、あきらめたらダメだ。同時に、ムチャ振りのように要らない力を入れてもダメだ。なぜ経営が思うようにいっていかないのか、その原因をしっかりと探究することだ。力を抜いて。

▼5月は、連休中から地方に出てゴルフ・仕事・ゴルフ・仕事だ。家で4日しか寝ないなんて新記録のように思う。どつと疲れがでるころに、アメリカ8日間、いい歳こいてと思うが、やるだけのことはやる。

▼冒頭に書いた断捨離も、老いの身支度のようにも感じるが、若いなんて身支度もクソもなく、自然にやってくるものだと思得ている。

▼病床機能の報告がどう出るか、すごく関心がある。ありのままにいけばなんら問題はないが、無いものねだりや身分不相応は禍根を残すと、強く表明する。自然がよい。

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

パレツで解決!

GPS

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!

ポンペ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

Back to Home!

HOME OXYGEN THERAPY

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

携帯用ポンペ

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