

社会医療ニュース

瓦解する急性期病床 その前にやる必要がある

所長 岡田玲一郎

「選択と集中」はここ数年、よく見る活字である。病院や施設もこれを外れるものではないと、経験上思う。しかし、選択が自己中心の選択であつたら、それは現実のものとはならない。自院の都合ではなく、社会のニーズが大切だ。その選択の重要な判断材料は「日本慢性期医療協会誌VOL24 第104号」にある。発行から6ヶ月を経過した同誌の「慢性期医療のこれまでとこれから」(武久洋三氏)から、それぞれの病院がなにを選択されたのかが、問われてきている。なにも、慢性期医療機能を有する病院だけのものではないのだが、16年末を迎えようとしている現在、動いている病院とそうでない病院がある。

特に「急性期」の選択は 社会からの視点が大事

高齢者が増えるのは、動かし難い現実だ。わが国のシリア化は現実とはならないとみているからだ。

「選択と集中」はここ数年、よく見る活字である。病院や施設もこれを外れるものではないと、経験上思う。しかし、選択が自己中心の選択であつたら、それは現実のものとはならない。自院の都合ではなく、社会のニーズが大切だ。その選択の重要な判断材料は「日本慢性期医療協会誌VOL24 第104号」にある。発行から6ヶ月を経過した同誌の「慢性期医療のこれまでとこれから」(武久洋三氏)から、それぞれの病院がなにを選択されたのかが、問われてきている。なにも、慢性期医療機能を有する病院だけのものではないのだが、16年末を迎えようとしている現在、動いている病院とそうでない病院がある。

その増える高齢者のハナシは、一般紙などでもみられ、週刊誌も特集を組まざるを得ない状態だ。何百回も書いてきたように高齢者の「急性期」とは、どの期間を想定されているのだろうか。高齢者の急性期は「死ぬか、治るか、慢性化するか」で、死ぬまでを急性期というのか、治るまでを急性期というのか、であろう。慢性期は急性期ではないから、ここでは別の機能が必要となる。

重ねて述べるが、高齢者が発病したら「死ぬまで急性期でみるのか」ということだ。もちろん、医師の判断の問題だが、仮に死ぬまでが急性期とするならば、必要病床数は現状でいいだろう。その死ぬまでを急性期としたら、高齢の患者さんは死ぬまで急性期病床に入院し、多額の急性期の医療保険を消費することになる。

わたしが病院で仕事を始めた60年前は、医師も病院も「死ぬま

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

で面倒をみます」と高らかに言っていたし、患者さんは安心していただ。わたし自身は醒めた想いで、医師、病院の人気取りとみていた。そして、高齢者は現在と比較にならないほど少なかった。そして、診療報酬も不当に安く、病院経営は製薬会社の添付(おまけ)で維持しており、事務長の手腕は添付医薬品を200%以上にすることだし、おまけでもらったクソリをいかに医師に処方させるかだった。

そんな時代は、過去であつて過ぎ去つたのである。ところが、急性期の概念は過去を引きずつていたから、急性期と称する病院で消費する医療費は社会保障費を押し上げる大きな要因になつてきた。むしろ、現在、問題になつている公的年金も高齢者は減らさざるを得なくなつていのである。私的には、わたしの年金は三分の一でいいと公言している。

急性期病床の絞り込みに どう対応していくのが課題

最近、20年ほど前にいくつかの精神病院に聞かせて頂いたところと、その結果を想い出す。そのころは、「文化連情報(日本文化厚生農業協同組合連合会刊)」にも書いたことだが、「精神病の患者さんすべてを入院させなきゃいけないですか?」という問い掛けだ。帰る家がない、退院しても行き先がない、という理由で入院させても限界がありますよ、という意見だった。一部の精神病院3病院は、大幅に病床を削減され、グループホームや訪問看護機能を充実された。精神科救急は当然の機能としてもたれており、現在も隆々と経営されている。精神科病床にこだわられた病院は徐々に衰退され、現在は苦しまれている。

精神科病床を急性期病床に置き換えたなら、分かりやすい実例だ。特に、公立病院は認識しないとこれからの時代は生きていけないだろう。病院病床の縮少は、病院経営者にとつて身を切られるほど痛いことだという認識は、わたしにもある。先の精神病院の場合も、悩まれていた。しかし、そこに選択という決断と、それに徹する集中が必要となつてくる。そのところに「選択と集中」の意味があると愚考している。

そして、急性期病床はやみくもに減らすのではなく、病床機能の選択という道がある。具体的には、地域包括ケア病床などへの転換なのだが、ここでも現在の地域包括ケア病床の基準は、いままで通りではないと、現場をみて思う。

回復期リハに関して、何回か書いたが「回復するリハ」とそうとはならないリハを、社会は必要としている。これは、わたし自身の身体として実感ですごくある。心筋梗塞、脳梗塞の可能性がある身として、発症したら……と想像したとき、「回復」の意味どおりにいくのかなあと思うのである。むしろ、無症状性の病名だから想像できるのであつて、発症したらこんな想いはなくなつて、ひたすら急性期医療、回復期リハに依存してしまうのかもしれない。

そして、国民健康保険料も公的年金から納入しているが、こんなに高いの、というのも実感である。これもかかつて、高い看護管理料を取得する医療があるからだと思うし、整体治療に医療保険を消費しているからだと思つてい

結論、増える高齢者の急性期医療の期限は、無制限ではない。家に帰れないからという入院は、病床(棟)の施設化で対応すべきだ。SNFの学習もされないと、病院は立ちいかななくなつてくる。ましてや、「病院長」の名称にこだわつて「施設長」を否定的にみても、儲かるからとか、儲けるためが先行したら、結局、儲からない。高齢者の存在を切り離すのではなく、社会を構成する高齢者という視座で、じっくりと取り組まれたら成功は必ずあるのだ。

組織医療としての病院

(349)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

くどくは功德(くどく) 病院組織での情報伝達の難しさ

◆病院は超フラットな世界

年度末になると公務員の人事異動が新聞紙上に掲載される。課長、部長ならわかるが、局長や参事に参与となると、その上下関係がわからない。新聞紙面の上に書かれているのが上席であることは間違いない。大きな会社では、社長、副社長、専務から平社員まで10階層くらいある。階層が多いほど、情報伝達や意思決定が遅れるという弊害はあるが、ミドルやローが潤沢である組織はある意味足腰の強い組織といえる。

階層組織の対極にあるのがフラットな組織である。トップからローの階層は極わずか。風通しはいい。病院はフラットな組織である。医師ならせいぜい、院長、部長、医長程度。看護部は、部長、師長、主任。あとはそれぞれに「副」をつけるかどうかで階層が決まる。極めてフラットである。にも関わらず、情報が伝わりにくいのは何故かとずっと思ってきた。

◆上意下達の難しさ

傍目には、警察や消防の上意下達の精度は高いように見受けられる。役所や一般企業もその意識が高いように思っている。それに比べ、

病院は情報伝達がなんと難しい組織であるかと悩んできた。

回覧板ではなかなか徹底されない。資料を全員に配るといいうわけにはいかない。

紙媒体による情報伝達周知は無理と判断し、1999年、院内にイントラネットを構築し情報伝達をおこなってきた。電子カルテを導入したのが2003年なので、その4年前である。

またスマホはなくインターネットが普及し始めた頃であり、物珍しさも手伝って、多くの職員がイントラネットを見るようになり、情報伝達の精度は格段に向上した。それも長くは続かなくなった。何でもかんでもイントラネットを通じて情報発信を始めた。重要な事もそうでないことも。玉石混交とはこのことである。情報過多とイントラネットへの飽きから、徐々に情報伝達の精度は落ちてきた。

現在のネット社会では、会社組織にも個人にもネット情報が飛び交っている。街中でも車中でもピンポン、ピンポンとうるさいくらいに「ライン」の音が鳴り響く。会社では何でもかんでもメールで流し、重要案件でも添付で送ればそれで終了との風潮があると

大きく。管理者は、朝から最低1、2時間はネット情報の処理に追われるとのこと。その中には、ガセ情報も、ウイルスファイルも潜んでいる。当院はすでに10年前から院内でそのことを経験していたわけである。

◆デジタルからアナログへ

私は、岡山旭東病院の土井院長の真似をして、院長ひとり新聞「年輪」を11年前から毎月曜日に発行している。病院の行事や出来事、院長予定などを紙1枚にまとめ、イントラネットに載せて配信している。

しかし、前述のように院内ネットの精度が落ちて、閲覧しない職員もでてきた。特に医師に多かった。そこで、基本はネット配信であるが、部署によってはプリントアウトをして配布するようにした。

また、月一回のペースで、医療への色々な思いを書いたエッセイは「給料袋」に書いて全職員の「手もと」に届けている。デジタルからアナログへの回帰である。

最近知ったことだが、経営の神様「松下幸之助」が昭和28年から昭和36年まで毎月全社員の給料袋に、経営に対する自分の思いを書いたリーフレットを入れていたという。それをまとめたものが「日に新た」という書籍として発行されている。

幸之助さんの言葉に「成功しよ

うとおもったら1万回祈ることや」がある。それほど、言い続けなければ、天にも社員にも思いは通じないということであろう。

神様もそれほど苦労をされたらと知って、何となく嬉しくなった。

◆コミュニケーションはライブで

正確な情報伝達は、文章化するのが一番である。特に数値が入る場合は、文字にして伝えることで間違いは少なくなる。ただ、思いを伝えたり、関係を深めるためのコミュニケーションは、文字よりは、耳で聴く言語、さらには直接目で視ることのほうが伝わりやすい。すなわちフェイス・トゥ・フェイスというライブが重要である。

セブイレブンはそのために、テレビ会議はせずに、費用を惜しまず全国から地域マネージャーを毎週東京に集め、会社の方針を「生」で伝えている。

会社では通常ライブにあたるのが会議である。会議には、情報を共有する会議、アイデアや意見を出し合う会議、意思決定の会議がある。情報共有会議がライブでの情報伝達の場としては有効である。ただその場合、出席者が持ち帰った情報を、各部署で正確にそして熱く語れるとは限らない。

◆忘却曲線

エビングハウスの忘却曲線というのがある。人は聞いた話のうち、

4時間後には半分忘れ、1日後には70%忘れ、2日後には80%忘れてしまうという。5つの話のうち2日後には1つしか覚えていないわけである。昨日のことも思い出せない我が身を振り返ると、さもありなんと思う。くどくといわれようが、何度も繰り返しメッセージを発することで、忘れる人が減ってくることになる。

新将命さんの造語「くどくは功德」は、言い得て妙である。セコムの飯田亮さんのように、人にわかってもらうためには10万回言い続けることだと、幸之助さんの1万回を超えている人もいる。

◆結論

病院における情報伝達の難しさを述べた。病院には20種類をこえる専門職集団があり、縦にはフラットだが横幅が極めて広い組織であること、医師を含めほとんどが現場でのワーカーであり机の前で仕事をしているのではないこと、そのためゆくりと情報を見る機会が少ないこと、情報をしっかりと見る習慣がないこと、などが情報伝達の精度が低い原因であると思われる。

病院に限らず、大企業でも情報周知に苦労しているのは同様である。「くどくは功德」と念じ、しつこいくらいに手を変え品を変えて、情報を伝えていくしかないと思いついた次第である。

東京ディスプレイランドの顧客満足度を支えているのは「キャスト」と呼ばれる1万8千人に及ぶ非正規（アルバイト）職員のサービス実践である。そこでは、活動の規範となる園のミッションやサービス実践の指針がしっかり共有されており、職員のワークエンゲージメント（仕事への心の健康度）やチームワーク形成の基礎になっている。

前回は、その「適合性」「卓越性」について、人材マネジメントのベストプラクティスとして紹介したところである。今回は、福祉・医療サービス事業、とりわけ社会福祉法人における経営理念や価値観・行動指針等に焦点を当て、再構築・可視化の必要性とその留意点を考えてみたい。

内外に示す活動の規範

組織の使命や目的・機能、経営理念や大切にしたい価値観、行動指針等、カテゴリーや呼称はさまざまであるが、経営組織は、その存在意義や目指すべき方向、活動の規範を自ら主導的に設定し、組織の内外に示し、周知・共有する必要がある。

その意義については恐らく誰もが認識するところだろう。ところが、実態はどうかとなると、「適合性」や「卓越性」の視点で評価できる法人や事業体の例はまだまだ少

ないのが現実である。むしろ未整備の法人や事業体が多く、ある程度整備されているところでも、「あるべき姿と現実とのかい離」が見られる。

活動の規範や準拠枠が曖昧なままでは、結果として経営組織のガバナンスも脆弱なものにならざるを得ない。また、組織構成員を一定の方向へ一体的に組織化することは難しい。

経営活動への自発的参画意識やワークモチベーションは、使命や基本的理念大切にしたい価値観、行動

という長い歴史のなかで培ってきた福祉サービスの価値観や経験はこれからも継承して行かなければならない。「不易流行」の発想が必要である。

平成12年以降に経営理念やサービス目標、職員行動指針を見直し、新たに構築した法人、事業所も多いことだろう。問題は、その成果をしっかりと確認することである。

人間でいえば65歳という高齢者への節目の年に改めて法制度改革が行われ、ガバナンスや財務規律、地域における公益的活動等につい

になる。

改めて、社会福祉法人としてのミッションを前提に、各法人・事業体が固有の基本理念や価値観、活動（行動）指針を確立し、リ・スタートして行くことを期待したいものである。

公費が投入されている介護や福祉サービス事業においては、事業体がめざす方向を内外に示し、説明責任を果たすのは当然の責務である。また、利用契約制度となり、選択に基づくサービス提供となったが、福祉サービスの倫理や理念は確

税制上の優遇措置などの公的助成を受ける組織としての規範の再構築が必要である。

理念・行動指針策定の視点

経営理念や行動指針は、それぞれの組織のアイデンティティとなるものである。固有のものとして策定していくことが大切である。

経営組織には、「創設の想い」や「創始者の価値観」がある。こうした創設の理念は、まぎれもなく法人固有のものである。これからは、そうした「創設の想い」を前提にしながらも「顧客は誰か」「顧客が求める価値は何か」を改めて問い直し、利用契約制度下におけるニーズや「利用者の期待」「地域福祉の中心的な担い手としての責任の自覚」、そして「職員の志や願い」を受けとめながら、めざすべき方向や活動の規範を具体化して行かなければならない。

可視化にあたっては、①求心性（組織構成員にとって活動の拠りどころになること）、②明示性（めざすべき方向が明確であること）、③整合性（関連組織との関係が整合的であること）、④主導性（主体的で創造的であること）、⑤社会性（社会的価値が求められる、存在意義が明確であること）等の条件が満たされることが期待される。

**連載「大介護時代の人材マネジメント」②
福祉の経営理念・行動指針の再構築と可視化**

（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

指針等の「理解・納得・共感」が前提になければならないものである。ワークエンゲージメントの条件である

仕事への「有意味感」「安心・安全」「効力感・自己成長感」といったものを実感できるのも同様の条件整備が必要である。

社会福祉法人制度改革

社会福祉法人は、昭和26年に創設されてから65年になる。社会福祉基礎構造改革を経て平成12年以降は「運営から経営への転換」が求められてきた。65年

ての新たな枠組みが法的に義務づけられることになった。

今回の法制度改革は、利用契約制度下における「イコール・フテイニング」論を背景に、非営利・公益性の高い組織としての社会福祉法人としてのあり方が改革が問われることになったのである。経営組織としての自律的なガバナンスが機能してこ

なかったことに対する社会的是正措置だったと認識すべきだろう。今後は、組織としての活動のあり方がさらに問われること

実に担保されなければならない。

社会福祉法には、「福祉サービスの基本理念」(第3条)、「地域福祉の推進」(第4条)、「福祉サービスの提供の原則」(第5条)、そして社会福祉法人の「経営の原則」(第24条)が定められている。これらは法が求める基本的規範である。

今回の法改正において新たに加えられた法24条2項(地域における公益的取組)の内容は、これからの活動として主導的に推進していかなければならない課題である。

「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」

**要介護になってからのケアか
要介護になる前からの関わりか**

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」

廃用症候群を予防するリハビリが必要なのは、当然だと強調してきた。しかし、それは三ヶ月で打ち切るものではないし、リハビリというより筋力を維持したり増強する運動ではないか、と思う。

先日、縁あって岡山県の和気町の平病院の市民講座で、高座してきた。縁あってといっても、既に3回目だし、まさに落語の高座のような気分楽しく1時間15分、演じさせて頂いた。皆様、どう死を迎えようかと思っていらっしゃる。

わたしの高座の前30分は、平病院でなさっている、要介護にならない、要介護へのスピードを緩める運動のやり方と、成果の話だ。もちろん、要介護に絶対にならないという事は、わが身に照らして不可能だと思っている。転倒がテーマだったが、最近、転けそうになることを自覚している。

しかし、日常、意識して体、いや筋肉を動かしていると、だいぶちがうことを実感する。先月号で澤田勝寛先生の書かれていた「健康ライフ」も、ささやかに実践しているが、年寄りだから効果がある。自宅から事務所までの往復でも、階段を歩く。全部で240段はあるから、出張中より体に張り

がある。廃用症候群防止というより、老残をさらさないためだ。

その平病院の活動の成果はデータ化されており、年寄り版ジムの効果はある。講座当日は、百名ぐらい来られたらどうか、リハ科長の話を聴きながら、椅子に座って足を上げ下げしている方も多かった。要介護になって介護保険を消費する人が増えるより減った方がよい。車の運転も87歳になつたらしい方がよいけど、やつてしまつて沈痛な事故を起こす。亡くなつた小学校一年生のご両親、親族の方の心情を思うと、切ないを通り越して悲しい。

要介護も、切ないものがあると思つている。そこへのスピードを緩める関わりは、どんな病院でも使命なのだ。急性期病院に入院して一週間で呆けちゃつたという話は、ときどき聞く。患者さんや家族の方は「看護師さんは急がしそうで……」とコミュニケーションの機会を失う。私見でいえば、忙しそつではなく、急がしそつだ。だから、清掃の職員の方が患者さんの気持ちを一番知つていることになつてしまふ。

この入院したら呆けちゃつたも、防止しなければ、要介護の人が増えてしまふ。身体の運動も必要だ

から「絶対安静」は軽々と口にしてはなるまい。

先の平病院のいまひとつのヒットは、さまざまな運動が有料であることだ。中年の人がジムに行くのと、感覚的には同じである。一回二百円とおつしやつていたので、拍手した。徒は、人集めみたいでクサイから、地域住民は集まらない。市民講座は無料だが、健康教室は、診療報酬にも介護報酬にもならないのだから、有料で当たり前だと、わたしは思う。

そのせいか、希望者が多く盛会だ。みんな、要介護にはなりたくないし、診療はできれば受けたくないのだから。この辺りの老人心理は学習されたほうがいい。

徒より高くつくものはないかもしれないよ。廃用症候群、そこから生じる要介護支援、これには国民のお金がかかるでしょう。

以前に紹介した茨城県の志村フロイデ地域包括ケアセンターのように、永年にわたつて構築されたものではないが、回復期リハを取らないでリハビリのスタッフ30数名という平病院ならではの味があると、感心している。

回復が期待できないリハを強行するよりも、回復を求めない状態を維持する運動は、社会として必要不可欠だと思うのだが、回り回りの方がお金になるからといわれる病院は、どうぞどというしかない。地域包括ケアが問われる。 岡田



がんでなくても？
一度は死ぬの！！
看取られるの！！

看とりは、看とる側の支配ではない。看とられる本人、家族、との協働だとわたしはみている。看とる側からの書物は多いが、看とられる側の技術をホスピス医としての体感から書かれた本だ。わたしの表現を凝縮すれば、「高尚に看とられる生き方」である。ご一読をお勧めする。

岡田玲一郎

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎「縮小」と「縮小」

一頁で、急性期病床の縮小と書いたが、辞書にこの熟語はなく辞書的には縮小である。気分の問題で、誤植だといわれても訂正をしない。縮小は「ちぢまって小さくなること」と辞書にはあるが、急性期病床は「ちぢまって少なくなる」がわたしの気分である。

急性期病床のベッドを縮ませて小さくしたら、一般的な体格の人でも困る。病床数という数からいえば、少数にするの少のほうが適切であるというこだわりだ。むしろ、国語として正しいと強弁しているわけではなく、あれ、間違えていると指摘されたら、そうですかというしかない。

小さくと、少なくとも急性期病床という病床ではなく、病床数が問題になっているのではなからうか。まあ、意味が分かればいいことなのだが、ベッドを小さくしたらいかんだらうと、思うのである。ほんとうは減少とすればいいのだが、急性期病床は恐縮して少なくなるのだ。

◎日本医療安全調査機構への期待
病院機能評価機構がスタートし

たとき、わたしは多大な期待をもった。しかし、権限の「自由裁量の幅」が小さく、機構は評価するだけでなく、注意勧告みたいになっている。機能評価の日に備えてバタバタと書類を整えるのが現実だ。機能評価機構が発足したころ、私見として保険医療機関の取り消しなどの権限を持つべきだと主張したが、暴論と退けられてしまった。

もつとも、権限が強くなるとそこに不正が生ずる怖れはあるが、医療の機能が不全だったら退席してもらおうしかならう。米国でJCAHOがJCCとなり、さらにACCOの義務づけへと進んだのは、メディケイド、メディケアという公金の使用先だからなのである。

日本医療安全調査機構にも、公正な権限を付与しないと、なめられて機能評価機構と同じことになってくる気がする。折しも、今日は福岡の病院で点滴ボトルに針刺しの穴がみつかったとニュースで報じていた。安全、安心は標語で終わらしてはなるまい。

◎死んでないから、生きていく

平尾誠二さんの死去が報じられた日、ひどく悲しかった。ラガーとしても卓越した精神をもっておられたが、ひとりの人間としての発言や執筆からわたしは大きな影響を受けていたからだ。お会いしてなくても、生きていく姿が心に映っていたのである。

たのである。

と同時に(このフレーズ、安倍総理がよく使われる)、わたしは死んでないのだから生きていくぞと、強く思った。死んでから生きていくわけにはいかないからだ。

「死せる孔明、生ける仲達を走らす」の変化形だと思っている。生ける仲達であるわたしは、仲達ほどの人物ではないが、残り少ないであろう人生を生きていく。平尾さんは孔明以上のお方だ。

「死せる孔明……」のことわざは、高校で教えているのかな?! 仲達って、ナカタチ、ナニソレかな?!

◎スマホは便利、だけど

ガラホが売り出されてきた。ガラケーは機能においてスマホに劣る。例えば、プロ野球の結果をみたくても、簡単にはいかない。それだけでなく、ガラケーの便利さには限度がある。かといって、スマホを購入するほどの動機はあまりでてこない。

そこで、スマホの販売店を訪れて、ガラホの存在を知った。ただ、その前に川島隆太氏監修、横田晋務氏著の「やっつけないけない脳の習慣」(青春出版社)を読んでいたの躊躇して購入しなかった。もはや脳は退化する一方だけど、ガラホは刺戟になりづらいらしい。だが、そんなりと決心できないで、説明だけ聞いた。どうしよう!!

先の著書によると、子どもの脳にはスマホは悪影響を及ぼし、MRI

の画像が出ていた。だから、老人の脳には刺戟になるのではないかと、思うのだが違うの?

だったらPCはいいのかということ、先の著書にはないが視力に影響するという報告はある。しかし、PCなしには病院の経営も運営も、そしてわが研究所も機能しない。

やっぱり、ガラホを買って適切に使用しようと思う。SNSは面倒なことが起きそうだから、やらないうからだ。

◎名古屋に行こう!

「行きたくない街」1位名古屋と、名古屋市の自前の調査を毎日新聞10月24日付夕刊で報じていた。名古屋市民は回答に加わっていないのだから、市民の愛郷心は関係ない。すぐ、名古屋の友人にメールで尋ねたら「コメントありません。でも、いい街だと思ってます。」と、名古屋市のいい市だと思っていられるのだ。

なんで「最も魅力を感じる都市」の京都35%、神戸30%、福岡25%に対し、名古屋市は3%ぐらいなんだ(数値はいずれも概算)。しかも「訪問する意向はあるか」という質問でも、札幌36%、東京23区・横浜28%に対し、名古屋市は2%もない。要するに行きたくないのだから、わたしは、別ですよ。

思うに、名古屋市民の人たちは、

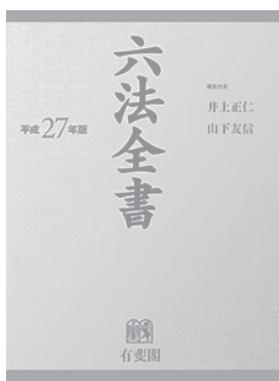
他からどう思われようと自分たちは満足している、ということだ。願わくば、名古屋モノロー主義にならないで頂きたいと思った。病院の世界も、名古屋はやはり独特なパターンがあるからだ。

◎療養病床の経営

ちよつと大きなテーマのように映るが、大したことはないから一頁でもあまりふれなかった。病院の入院の基準が「医師の判断」だったけれど、これからは「医学的基準が当たり前に適用」ということになるからだ。一頁にも書いたが、精神病院病床がそれを証明している。

自宅に帰れない患者には、帰られる所を作るか、提供すればいいだけの話になってくる。医療が必要なら提供すればよいし、介護が必要なら介護なさればよいのであつて、なにも、病院の入院でなくてもいいんじゃないのといつては、憎まれてくる。憎悪されるのは免疫ができてくるからいいの。

岡田



これからの一ヶ月の
不安・不運・不信

医療の沸騰点



病院と組織はいかに造られるか

—病院という組織の作り方—

済生会熊本病院 副島 秀久

3 人事評価システムをどのように生かすか

財務と人事が理解できなければ基本的にマネジメントは難しい。昔、病院が移転する前、夜勤の看護師の動きを観察してある現象に気づいた。若い看護師が忙しく動き回り、年配の看護師はじつと書き物をしている。スキルの差や要領の良さもあるが、それだけではなさそう。しばらくして若い看護師の離職が多いことに気づく。しかも当時は県の給与表すなわち地方自治体の給与制度を採用していたので、年齢が上がるほど高くなる仕組みであり、これでは永続性がないことと組織の発展は望めないことを直感した。なぜなら仕事によって生み出す価値と給与の乖離が拡大することで事業の持続可能性が失われていくからだ。現在、話題になっている同一労働同一賃金も正確に言えば同一価値同一賃金であろう。

築ができて初めて適切な給与体系ができる。4年ぐらいかけて議論して考課システムの原型が出来上がり、いざやろうとしたが現場だけでなく幹部にも反対が多い。と言つて明確な対案もなく持続可能性のない現状維持、つまり変えたくないという意見、雰囲気は支配した。あまりの反対にさすがに自分も弱気になって須古前院長に「考課システムは時期尚早ではないか」と進言した。須古先生が「ではいつになったら時期尚早でなくなるのか」と言われ返答に窮したことを覚えていた。4年近く議論したのだからあとは実行あるのみでこの時の須古先生の英断で人事システムは大きく前進した。もちろん「人が人を評価しているのか」と「具体的に見えない縁の下で支えている人の評価はどうするのか」とか、「評価する側の資格試験が必要だ」などと議論百出した。

まない多くの人は過度の正解、過度の詳細さ、予測される弊害に対する過度の、時に妨害的対策を求め、人事制度自体をアンタッチャブルにしてしまい、触らぬ神に祟りなしで、玄関にも入れぬ状況を作り出してしまふ。現実問題として正解がなければ実行しながら修正していく、つまり走りながら考える以外にない。まず走り出すことが重要だ。

試験的に始めて見ると様々な問題が出てくる。厳しくみる上司、大甘の上司、全く無関心の上司、総て平等に評価する上司、順番に評価する上司など、評価し慣れていないとは言え、制度理解が足りない評価者が多かった。「評価するなから辞めてやる」と言つて実際に辞めた幹部もいた。評価の一般論的な講義や注意事項などをあらかじめ総てのスタッフに説明したが、そもそも始めてで大いに困惑したのは間違いではない。さらにこの評価を給与にどのように反映させるかも大きな問題である。こうした制度を入れる時は業績が向上きである事が大原則である。拡大基調の時はパイの分配の議論で済むが、縮小の時はパイの取り合いになりかねない。

紆余曲折を経て平成8年、1996年から人事考課制度の運用が始まった。紙運用だったのでワープロだったり手書きだったり、事務作業も大変だった。最も重視したのはインタビューであり、1時間、最低でも30分の正式な面談時間をとることであり、お互い伝えたい事、要望などを世間話ではなく組織として明確に言える良い機会となった。現在はIT化され、スコアの計算も容易となり、事務の負担も軽減した。前述のように決まり切った正解はないので、評価の内容を病院の目標や社会のニーズに合わせて毎回少しずつ変え、他職種による医師評価を入れたら、評価の割合を設定したり、考課の結果を昇格に反映させたりして改善を進めてきた。

評価の傾向を分析すると看護師の方は母数が大きく、正規分布に近くなるが医師は部長によって様々であった。最近では安定的であるが、他病院から来た医師にとつては文化の差に戸惑いを感じる人もいるであろう。考課の結果はやはりお金で評価するのがわかりやすいが、むしろ海外研修や他の医療機関の見学などの教育機会を増やす方が組織の成長につながるの確かだ。また、自己評価の高い人は一般に他者評価が低い傾向にあり、自分自身を客観視することの難しさを表していると思われる。まれにネガティブ評価のスタッフがいるが、最近はこの評価はかなり減っている。人事考課とセットで各種の教育プログラムを提供しており、評価と同時に自己研鑽の機会をやることも重要であろう。人事考課の形ができてある程度うまく機能し始めた頃に、評価制度の事である公的病院で講演をする機会を得た。人事考課制度の導入経緯や成果、課題について一通り話し終わると、院長から質問が飛んだ。「先生の病院はできの悪い人は辞めろと言つてところでですか？」様々な教育を準備し、指導を入れても最終的にやるかやらないかは本人次第である。私はさかさず「ハイ」と言つて返した。できの悪い人（正確に言えば努力しない人）も努力する人も同じ評価を続けたら辞めるのはできの悪い人である。結果としてできの悪い上司が増え、できの良い部下を駆逐する事になるので、その結果は恐ろしいことになる。

後でわかつた事であるが、この院長は大学教授の天下りであり、しかも国公立公的病院を数年毎に回つて退職金を取るいわゆる渡りをやっていた。自分の行き先が決まつておればリスクを冒して制度改革をしようという気にならないのは当然だ。こうした人が組織をよくするために懸命に職員を教育しようとか、愛着を持つて育てようと言ふより、何もしないという方針でリスクも責任も避けるのはある意味合理的選択だ。つまりここには組織をだめにする無責任の連鎖がある。ドラッカーはリーダーに必要な資質の第一に『真摯さ』をあげている。私は組織やスタッフに対する愛着をあげたい。

容姿が親にそっくりの親子が
られる。父方の血とか母方の血と
いう表現もある。近代的にいえば
DNA、遺伝なのだろう。それは、
容姿だけでなく、思考過程、人生
観にも色濃かったり、親と逆な子
もおられる。血のつながりの不
思議なところだ。もちろん、遺
子の学問では説明されていると思
う。わたしは、容姿は父親にそっ
りだが、次弟は母方の血をひい
ているようだ。容姿だけでなく、
金にルーズという血も、父親の
血だと思ふ。しかし、死ぬまで
を引きずっていたら、人生は破滅
してしまう。その血の畏れに
気づいたときから、わたしは
金銭に細かくなった。

それでもときどき、競馬にお金を
注ぎ込んだりして、血を洗い流し
たくなると同時に、自分自身の
変革を迫る。なんて格好いいこと
書いているが、失敗を重ねる。
その血の中でも、活用するもの
もある。それは、正しさを求める
血だ。例えば、仕事に行った先で
ゴルフに誘われる。誘うというよ
り一緒にやるとうということだ。
大教授の方の話をきくと、ゴルフ
代は当然のように病院が払うら
しい。われわれの医療保険料から
わたしは自分でゴルフ代は支払
う。職員との飲み会でも、病院が
払われることもあれば、わたしが

血、DNA



払うこともある。正しさとは、そ
ういうことではないか、と思う。「そ
んなカタいことじゃないで」といわ
れることがあるが、カタいことでは
なく、当たり前なことだからだ。も
ちろん、会話の中でアドバースた
り、仕事同然のときもあるが、接
待されるのはわたしの血は、嫌が
ついで。接待するのが好きなのは、
金にルーズな血のせいだと思つて
いる。なぜこんなことを書くかとい
うと、人生につきものの失敗への
対処に血が大きく影響している現
実にぶつかるところだ。個人の人間
関係にしても組織としての営業に
しても、失敗はつきものだ。わた
しも、

職のせいなど、自身以外の他者
に責任転嫁して失敗は解決する
ものではなからう。
わたし個人でいえば、わたしを
嫌いな人はたくさんおられる。そ
のわたしを嫌う人が悪いのでは
なく、その人がわたしをキライな
だけで、わたしがその人にすり寄
って解決するものではない。もし
したら、その人は生理的にわたし
をキライなかもしれない。
さらに、お金で解決できる失敗
は困ることになる。お金を出した
としても、それだけでは病院経営
の失敗は絶対に回復しない。札束
で横顔面をひっぱたくとすぐ変わ
る。失敗は、さらなる札束が
必要になつてきているのでは
ないか。そこで、失敗が
失敗を呼び、回復不可
能な大失敗が生じてしまう。
そんな事例をみてきたなかで、
冒頭に記した血の良し悪しがク
ロームアップされてくる。血には、
わたしも良し悪しを感じている。そ
して、宿命といわれるように、容
易に拭い去ることはできない。親
を恨んだり、感謝するのではなく、
自らの宿命を受けとめて生きて
いくしかないと思つている。失敗
に対しても、災難に対してもだと思
つて生きてきたが、幸い大きな災
難に見舞われていない。それだ
って今後もないとはいえない。地
震、津波、通り魔などさまざまな災
難を恨みたいが恨めまい。

大きな失敗、小さな失敗を経験
してきた。しかし、そのすべての
失敗を生かしてきたと自負してい
る。もし仮に、わたしの血の中に
自分の失敗を他者への恨みとする
血が流れていたら、立ち直れなかつ
たであらう。
ところが、病院経営ひとつと
みても、その経営の失敗を職員
のせいにして、はなはだしいのは
医療制度やそれを立案した厚労省
や財務省への恨みに転嫁する経営
者がおられる。もし、……のせい
にするのだらう、すべての病院が
失敗する筈である。なにも行政
への転嫁ではなく、職員のせい、管理

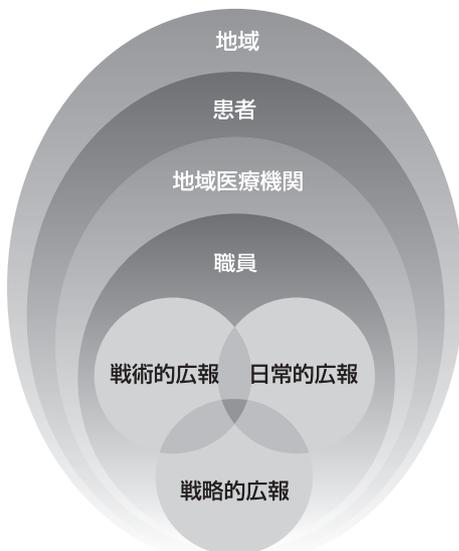
岡田

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。

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

第416回 これからの福祉と医療を実践する会

谷田病院は99床（地域包括ケア病棟39床、医療療養病床32床、介護療養病床28床）の地域医療を中心としたケアミックス病院です。この規模の病院は病院全体の25%を占め、もともと多い規模となります。立地としては熊本市から車で一時間弱の甲佐町という田舎町にあります。町の人口は約一万人、高齢化率約40%と町自体も規模が小さく、高齢者も多くなっています。一時期話題となった日本創成会議が推計した、消滅可能性自治体にも名を連ねています。地方でよくある、中心地に隣接してベッドタウン化し人口が増えている、大学や企業などの誘致により人口が増えている、などということもない、ありふれた田舎町です。

そこに二〇一五年4月に事務部長として着任させていただきました。縁もゆかりもない土地であり、病院の創業者とも血縁関係はありません。病院経営的には決して有利ではない環境のなか、突然着任した事務部長がどんなことをしているのか。成功した事例も失敗した事例も、包み隠さずお伝えできたらと思います。

着任した年の夏には台風が直撃、冬には大雪、そして一年後には熊本地震にも見舞われました。それらにどう対応してきたか、もお伝

えます。まだまだ、経営改善が完成したという域には達していませんが、産みの苦しみをしている真つ最中の状況を共有できたらと思っています。（藤井将志）

日時 十二月十六日（金）

午後二時～四時半

新任事務長が二年間で取り組んだ小規模病院の経営改善

……着任一年後に見舞われた

熊本地震への対応も

特定医療法人谷田会谷田病院

事務部長 藤井 将志

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

▼来年の購読料納入のお願いは、毎年、複雑な思いでお願いしている。50歳のころから、いつも死ぬことを考えて、口にも出していたからだ。若くして死ぬこともある。

▼肉体は生きていても、精神は死んじやいかんけど、肉体が死んだら精神もなくなっちゃう。不老長寿よりも、上手に老いて、上手に死ぬことが、最高の人生なんだよ。

▼このところのテーマは、要介護や介護度を高くして収入を増やすのか、要介護にならないような関わりをするか、である。理屈は分かってもらえるのだが、あまり老人を優遇すると老人は不幸になる。自立と自律の老人は、見事である。

▼もうひとつ、若い人たちの厭世観が辛い。自分たちの公的年金では豊かな老後は望めないとは、知っておられる。だったら、いまからどうするかだと思ふのだが、諦めから発する無力感が支配的なのだ。

▼ユメもチボウもない。ずいぶん前の流行した言葉だ。政治家、大臣の発言が、若者の夢と希望をぶつ壊していると、わたしは確信だ。かくなる上は、わずかの国民だけ、関わりのある人たちに、勇気を求める。勇気とは言う気なのだ。

▼今年は、八月中旬から超過密スケジュールで、タフガイを自任する小生も、いささか草臥れた。草は臥しても、わたしは雄叫ぶのだ。

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！
GPS
Bluetoothリモコン

GPS
Bluetoothリモコン
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、動画でいつでも見ることが出来ます。

在宅酸素療法

Back to Home!
HOME OXYGEN THERAPY
KOT

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