

社会医療ニュース

患者第一の休日リハなのか 収入増を目的とした休日リハか

所長 岡田玲一郎

本稿は「文化連情報」(日本文化厚生連刊)2017.4月号(No.469)で論述(というほど高尚ではないが)を加筆及び表現を変えたものであることを、最初に述べておく。そうそうテーマはない。

厚生連病院には本紙はほとんどいつてないが、情報というものは飛び交うもので、文化連情報で書いたものが、6頁の副島先生の耳に入るということも経験している。という訳で最初にお知らせしておく。

米国に学びはあるのか
参考にもならないのか

「日米ジョイントフォーラム」については、本紙の読者は知っておられるだろう。毎年、結構な赤字を出しながらも20年以上も続けているのは、右の小見出しの検証を求めているものである。

例えば大統領選挙での米国民の投票行動は、一般紙でも報じられているように「嫌悪度選挙」であっ

た。それがわが国でも将来あるかどうか、である。私見では、わが国の国民性として嫌悪度選挙になると投票率が大幅に低下して、新たな問題が提起されると思う。

米国人は選挙権を重要に捉えているようで、嫌悪度選挙でも投票率は下がらない。わたしの知る限り、嫌悪度を楽しんでた。リー・ピクラー氏は大学の医療経営学の教授だが、トランプ氏に投票したのもクリントン氏との嫌悪度の差だと言っていた。そして、トランプ氏に投票したものの当選することはないと思っていたのに、早朝、ネットでニュースを見て仰天したと言っていた。まさか、が現実になったのだ。このことは一般紙でも報じられていたのだ、事実であろう。

でも、わが国では嫌悪度選挙は起きないと、わたしは思うのだ。一方、医療制度となると似たようなことが起こるかもしれない。周知されているように、トランプ氏は

曲がりなりにもであるが国民皆保険制度の根幹であるオバマケアを廃止することを公約して選挙に臨んで、それも勝利の一因となった。ピクラー氏によると、柱は二本あり「医療保険料の引き上げ」か「医療保険制度を廃止するか」の二者択一を国民に提示した。それに対し若年層は、保険料を値上げするより医療保険制度(オバマケア)を廃止してしまえと呼びかけた。しかしオバマケアは、アフオーダー・ケア法という法律で担保されているので、法改正は議会の構成上無理なので、保険料の値上げが起きることになりそう。

わが国で同じ二者択一の選択選挙になったら、どうなるんだろう。リハビリは患者第一かそれとも収入第一なのか

わが国のリハビリには「休日加算」なるものがある。その原点は休日でもリハを実施するには療法の要員を多くしなければならぬから、その人件費の償還として「加算」が必要だと、わたしは認識している。当然のことのように思えるが、収入第一ではなく患者

第一(「流行」の言葉でいえばベイシエントファースト)であるならば、加算という収入があるうがなかるうが患者にとって必要なりハビリは、実施しなければならぬ。そこに葛藤が生じて、モヤモヤとした空気が漂うリハビリが継続されてきた。具体的に述べれば、リハの療法士たちが休日のリハに疑問を感じてきたのである。上司が「休日加算があるから……」でリハビリを強要(とまではいかない説得か?)することである。結果、リハの療法士をして「先生、土日のリハは、なんか拷問しているみたいですよ」と訴える現実が、何十回もあるのである。

一方、ファーストに当たる患者さんからは「日曜日ぐらい休ませてください」という、これも切実な訴えがある。そういうことはないという病院もあるが、それは回復するためのリハビリをなさっている病院に限られている。

一方、米国では年中無休だが休日加算はないと、先のフォーラムでもPTのリーダーが話していた。それどころか、6週間に及ぶ困難なリハビリの症例報告の後、わたしが「6週間のリハビリで償還はいくらぐらいになるんですか?」と質問したら「われわれ療法士は金銭の償還がいくらになるかは、知らない。それはアドミニストレーションのやることだ」と答えていた。

つまり、収入第一ではなく患者の

ために必要なりハビリは収入に関係なく実施し、社会復帰に努力するのが療法士の役割だ、ということである。保険会社など支払いに関する交渉は、日本でいえば医事課の仕事なのである。だからわが国の「休日加算」の話を振っても意味が分からない反応だ。

わたしの強い意見は、いままでも何回か述べてきた。真つ当なりハビリ、特に回りハにおける患者第一のリハビリの報酬は異常という表現をするが、安い。もつと高い評価を受けてよいと感じる現場や、成果のデータを出しているリハビリはもつと高い点数が必要だ。

だから、せめて「休日加算」に消費されている点数を真つ当なりハビリに振り向け、さらに成果によって成果加算を高くすべきだと思つている。ところが、である。「休日加算をなくすと、休日に必要なりハビリを実施しない病院が出てくる」という、危惧ともいえない反対論があるのも、事実だ。

そこで、ファーストは患者なのか収入なのかと、情けなくなる。病院の理念には、患者第一や地域社会のためといった美辞が並んでいるが、それを実践すればよいのだけれど、それはそれの空気が「必要なりハビリをやらなくなる」に噴出してくるのであろう。しかし、限られた社会保障費は良貨が悪貨を駆逐してこそ実現するという理想への邁進を求めているのである。

組織医療としての病院

(353)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

人は何のために働くか

ある公的病院の幹部医師から職員モチベーションを上げるにはどうすればいいのか、と相談を受けた。当院よりも規模は大きく医療内容もよく、いいスタッフがたくさんいる病院なのに、その医師はそうは思っていないようであった。私からみると、そのようなことを心配してくれる医師がいることがうらやましい。

自分のモチベーションを維持することも難しいのに、人の「ヤル気」を上げるのはそんなに簡単なことではない。これは、病院長だけでなくこの会社の社長も持っている同じような悩みである。

私が偉そうにいえることではないが、その医師と話をした中で、今まで考えていたことや思い出したことがあり、それをまとめてみた。

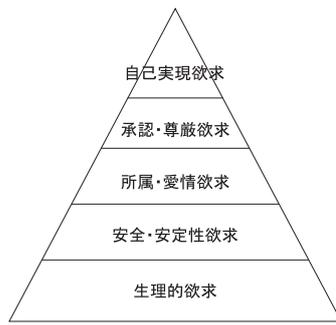
モチベーションを考えると、まずは何のために働くかということまでさかのぼる必要がある。皆さんもよくご存知の「マズローの欲求5段階説」という有名な理論がある。

誰でも、まずは最下層の生理的欲求、すなわち生きるため、生活のために働く。最上位は自己実現の欲求となるが、そんなにきれいに段階を経るわけなく、ずっと生

きるためだけに働いているひとが多いのも確かである。

それでも余裕ができると、少なからず上位の欲求を求めようになる。その中でも、モチベーションに大きな影響をあたえるのは、上から2番目の承認の欲求で「自分が認められる」ことであろう。

マズローの欲求5段階説



承認には承認されたという「証あかし」が必要であり、証となるのは、賞賛、昇進、報奨である。

ニコボンの秀吉という話がある。秀吉は、武勲のあつた家臣にはニコツとして肩をポンとたたいて褒め称えたという。

もつとも、秀吉はこれだけではなく石高をあげ領地も与えている。朝鮮出兵の理由のひとつに国内ではもう家臣に分け与える領土がなくなつたからという説があるくらいである。

ニコボンという賞賛だけでヤル気をつなぎとめることはできない。昇進といつても、それほど役職があるわけがなく、肩書はどうでもいいと思う人もいる。「花より団子(報酬)！」というのも理解できる。ただ報酬にもその原資が必要である。

いずれにしても、評価に客観性を持たせないと組織内に、えこひいきをしているとか、あの人は社長のお気に入りだからなどといった怨嗟が渦巻く原因となる。

一時、成果主義がはやつたことがあるが、そのみで職員評価をした会社は業績を低迷させた。業績に応じて報酬を変えるのは一番分かりやすい評価方法である。歩合制はその典型。

ものを売る仕事は業績がはつきりする。販売数、保険の契約数などグラフにすると目瞭然。励みにはなるが、職員間の争いを引き起こし、職場の空気は荒む。売らんがための悪質商法につながることもある。

大阪の大病院で業績給を重視した病院があつた。医師2人ですれば楽にできる検査でも、1人ですると業績が上がつたことになり、給与に反映される。給与ばかりを考える医師はそう多くはないであろうが、医療が荒廃し、その評価制度は廃止したそうである。

手術数で外科医の業績評価をする病院もある。そうなると悪魔に魂を売つた外科医は手術適応を下げて、何でもかんでも手術をする可能性がでてくる。部署でみると、営業は評価しやすく、経理や総務となると評価がしづらい。他にも日の当たらない下働きをしている部署が会社にはあるわけで、成果主義ばかりとなると協働作業ができなくなり、組織風土はまちがいがなく荒む。それならば、人は何のために働くことが本当に幸せなのか？ 難しい問題ではあるが、参考になる本がある。クリントン政権時のゴア副大統領のスピーチライターを務めたダニエル・ピンクの「モチベーション3.0」という本である。

1.0は生きるために働く。2.0は報酬により意欲が生まれる。3.0は世の中の役に立ちたいということである。簡単にいうと、体の満足、頭の満足、心の満足、この3.0の心の満足という内発的動機がもつとも強い動機づけになるとされている。

私は40年間外科医として臨床に携わり、この20年間は院長としていかに職員モチベーションを高めるかに苦労してきた。一度や二度話をしただけで伝わることとはあり得ない。松下幸之助さんでさえ、何事も叶えるためには一万回祈ることだと言っている。

そこで私は毎週月曜日に「年輪」という、院長のひとり新聞を発行し、病院の行事・理念や思い

・私の週間予定・名言・おすすめの本などを書いて全職員に伝えてきた。平成17年9月から開始、最新号で596号となった。数で測ることはできないが、「病院愛」のある職員が増えたと実感している。

3年前に受審した三度目の病院機能評価や、2年前の新病院への移転では、職員が自主的に取り組んでくれたので、私の出番はほとんどなく、手持ち無沙汰でただただ職員に手を合わせるだけだった。人間の幸せには、もたらう幸せ・できる幸せ・あげる幸せがある。医療の目的は「体を癒やし心を癒やすこと」である。仕事を通じて、患者さんの苦痛をとってさし上げるといふ「あげる幸せ」を感じる事ができる。「してあげること」が人に喜ばれ自分も喜びを感じるというの、究極のモチベーション3.0である。

「人はパンのみに生きるにあらず」には納得するが、カスミを食べて生きていくわけにもいかないのも事実。ムチはともかくアメも必要なのはいうまでもない。

なかなか表題の結論はでないが、思いの異なる従業員に仕事の本当の意義を繰り返し伝えること、気配り心配り声配りをし、適宜報酬というアメをあたえることが、職員モチベーションを高める方法であろうと思つて

いる。

福祉・介護のチームリーダーが注目されるようになってきた。

処遇改善加算の拡充を機に

一年前倒しで実施されることになった介護保険報酬の一部改定... 職員処遇改善加算の拡充では「キャリアパス要件Ⅲ」が新たに創設され、「経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること」になった。拡充後のキャリアアップの仕組みのイメージとして「一般」「班長」「主任」等の職位と月給例まで例示している。保育や社会的擁護等の事業体においても処遇改善加算が新たに拡充される。保育では「副主任保育士」や「職務分野別リーダー」を任用することで前者に4万円、後者に5千円の処遇改善加算が算定できるようになっている。

キャリアパスの明確化という主旨に則すものではあるが、事業体が独自に構築しなければならぬ組織論(チームマネジメント)への国の政策誘導としての色合いが強い。

介護保険制度へ移行し「運営から経営へ」と言われるようになって満16年、6・3・3・4の学校教育になぞらえて言えば今年が大学を卒業する年である。「自立経営」確立に時間を要し過ぎたということだ。しかし、いずれにしても、福

連載「大介護時代の人材マネジメント」②

ケアのチームリーダー論(その2)

(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

社・介護サービス事業において改めて「チームリーダー」についての本格的な検討を行うよい機会である。新たな加算を取得するだけの条件整備にならないよう期待したいものである。組織論のセオリーに即してチームリーダーをどのようにに位置づけ、育成し、期待する機能を発揮してもらうかは、経営管理論、組織論の普遍的テーマである。管理原則の父と言われているア

びに一般の管理』を発表したのは、1916年、同時期にフレデリック・テイラーが「時間研究」や「動作研究」を通じて「標準作業量」の考え方、そして「出来高払いの賃金制度」を組み合わせた「科学的管理法」を提唱した。丁度100年前ということになる。フェイヨールは、それまでの経営のことを「ドリフティング・マネジメント(漂流する経営)と呼び、科学的な経営の必要性を説いたのである。改めて「ドリフティング・マネジメント」の警鐘に着目しなければならぬ。

- ② 権威と責任・命令する権威・権限とそれに伴う責任の一体化を図る。
- ③ 規律・組織と構成員に規律(遵法性)を持たせる。
- ④ 司令の統一・各部門ごとに一人の代表者やリーダーに指揮命令系統を一元化し、構成員が判断に迷わないようにする。
- ⑤ 指揮の統一・組織は目的達成のために、単一の計画・目標・管理者の下で業務遂行を行うべきである。
- ⑥ 個人利益の全体利益への従

- ⑦ 公正な報酬・従業員の報酬の査定・基準は公正でなければならず、その能力・貢献度を反映したものでなければならぬ。
- ⑧ 集権と分権・原則的に意思決定を行う権限は分散させずに、一人の管理者に集中させるべきである。
- ⑨ 階層の連鎖・指揮命令を統一的に機能させるために、トップダウンの階層制があったほうが良い。
- ⑩ 秩序・適材適所の人材活用によって、組織に生産的で安定的な秩序を構築する。
- ⑪ 公正・組織の構成員にとっての公正とは、思いやりと適切な待遇(安定雇用)と正義の実行である。
- ⑫ 従事者の安定・頻繁な人材移動を控えて、優れた管理者や技術者を長期的視点で育成していくということ。
- ⑬ 創意(イニシアティブ)・管理者とすべてのメンバーが、自発的かつ意欲的に創造的な仕事を工夫していくこととする態度。
- ⑭ 団結心・計画立案とその実行のために、士気(モラル)を高めて、他者(仲間)と機能的に調和していくこと。

14原則を改めて確認し、どのような感想を持たれただろうか。100年前に提唱された原則である。今日では、テイラーの科学的管理法と合わせて「古典的管理論」と呼ばれ、その後、「近代的管理論」が提唱され、コンティンジェンシー・セオリーへと発展している。その内容は次回以降に触れるが、ケアのチームリーダー論の基礎として押さえておきたいポイントが多い。

「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」

**実践するのは四苦八苦
理念を外したら楽だけだ**

四苦八苦

東芝は超のつく一流企業だ(だつた)。株式が特設注意市場銘柄入りしてからも、一流銘柄並の注目を浴びていた。助平根性が出てくるおいらは、ひと儲けを考えたいこともある。が、やめた。四苦八苦しないで儲けることは、わたしの理念に反するからだ。

東芝は土光敏夫さんの理念を貫く経営で復活した会社だ。ポロポロになった東芝を、ハウツーで楽にしようなんて安直な手法をとることなく、土光さんの経営理念で再起させた会社だ。

ところが、一昨年度の決算から経常赤字を回避するために資産の積み増しを経営スタッフが指令した結果が、現状を招いたことは周知のとおりだ。土光さんの理念は吹き飛んで、決算を黒字にするためのハウツーで処理してしまった結果が、会社の存続を招いた。ここにも人間の業があり、上からの命令に「嫌われたくない」が部下は出てきてしまうのだ。さらに「どうやって」という具体策の原則の一部であるハウツーだけが強行された結果が会社の存続を危機に晒していると私見する。苦しみから逃れて楽な道を歩んだのだ。

このことを想起させたのは、本

紙先月号の「実践する会(略称)」の例会の案内で、鈴木喜六さんが末尾で「単なる理念論ではなく説得力のある提言となろう。医療・介護事業者の双方が、お互いを理解して事業展開の具体的なヒントを持ち帰る月例会となる。」の論述に違和感を感じたからだ。

具体的とはご存知の5W2Hが原則で、その中のハウツーだけがクローズアップされたら東芝のミニ版になってしまったと思った。そして、5W2HのWhy(なぜ)が追究されてよいと思った。実践する会の例会のテーマにはそれ(なぜ)が謳われている。それは「高齢者施設の成否」のなぜである。

そこに理念が不可欠だと思っただが、発題者はもたれているものと信じるが、それを「単なる理念論」で切つたら、この頁のテーマの四苦八苦がなくなつて、具体的という名の下での「楽」に流されてしまふと思つたものだ。だから、東芝↓土光さん↓理念とつながつていったのである。

診療報酬改定のために、ハウツーのみで対処しようという傾向はある。特に、来年のダブル改定に備えてハウツーを求めるセミナー参加者はいっぱいおられると思う。医事

のスタッフはそこに関心があるのは、職務柄よく分かる。しかし、経営スタッフや管理職が診療報酬や介護報酬の改定のためにハウツーに流されて、理念が置き去りにされたら、絶対に経営体はうまくいかないと経験則で言い切っておく。いわば、右往左往した東芝や自動車会社と同じ結果を招くであろう。自動車会社は排ガスの基準をいかにクリアするかハウツーの結果が偽装であったのだ。しかし、東芝の資産積み増しはなんと安直なハウツーなのだろう。

そこで「実践する会(略称)」の件だ。そもそも実践する会は、1982年に推薦人二人という条件の会員でスタートしたものだ。

第一回例会は立教大学セントポールズ会館で開催し、盛況だった。それから30有余年、福祉と医療の理念を基本として、わが国の福祉と医療に影響を与えてきたと自負しているが、苦難の道だった。

しかし、ハウツーに流されることなくやってきたから、ハウツーを求める人たちは去つていったのである。鈴木喜六氏も、そこは認識されていると思うが、短文とはいへ今回の案内をみると、理念が単なると理解不能の表現になっていた。理念の反対語は理論であるが、理論でなく実践(人間の倫理的行動)を失つてはならないと創始者として思う。創始者は大塚家具や出光興産のように排除かな? 岡田

整形の医者が語る
**かしこい老い方
かしこい逝き方**



島田病院院長
島田永和



島田病院で臨床医をしながら研究をしていた時、日本での研究環境に悩み、研究者の道をあきらめようかと悩んだことがありました。その時、背中を押してくれたのが島田院長でした。スポーツ医である島田院長には、病气やケガの治療の先に、その人の生き方や幸福の意味を見据える視点があります。
京都大学IPS細胞研究所 所長 山中伸弥

人間、死ななかつたら、200歳、300歳以上の老人の社会になる。

自然の摂理が老いであり、死である。

そして、人間は自然の存在であるから、老いるし逝く。そこが分かっているれば、本書は人生の指南書となる。どのように老いていくか、どのように逝くのかの好著として推進します。

社会医療研究所
所長 岡田玲一郎

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎ラグビーとサッカー

この両者は、人気ではサッカーの方が高い。先日、整形外科の若い医者とは病院の敷地外の喫煙所で話をしていた。彼は学生時代にラグビー、空手、重量挙げをやっていた。いわゆるマツチヨな体つきである。だから整形外科医になつたと言っていたが、なるほどだ。

話題はサッカーに移っていったとき、彼はわたしと同じ疑問をサッカーに對し持っていた。それは、接触プレーがあつたとき大袈裟に転ぶ選手が多いことと、審判にアピールする姿である。

彼は、ラグビーでそんなことをしていたら、踏みつけられるだけで審判にアピールしたら退場になるだけだと言っていた。加えて、ラグビーの審判は勉強がすごく、よくプレーをみていると言う。サッカーの審判が勉強していないとは思わないが、選手になめられていると感じることが多い。高校生にも！

審判の権威の問題より、プレーを裁くのは審判であるという基本がラグビーとサッカーではちがうのかもしれない。大学生時代、サッカーの試合に選手として出ていたが、大

学のせいかな審判はもつと権威があつた。チーム医療の審判は誰なのだろうか?! Jリーグのサッカー選手のような医療者が多いような気がする。審判(診療報酬)を恨めしげにみているサッカー選手になるより、得点に向けて、走れよ、走れ。

◎FakeとLie

トランプ大統領が使うFakeと日本で当時訳されていた「嘘」は、ちがうのではなからうか。米国のマスコミの報道を見ると、トランプ大統領はFake Newsと言っているが、日本の新聞では嘘情報や偽ニュースになつて報道されている。嘘はFakeであつて、Lieは球技などで使われるフェイクプレーのように、ごまかしや偽計行動であらう。トランプ大統領はその意味でフェイクニュースと言っていると、わたしは理解している。正しいとはいわないが。

嘘とか偽はいけないが、フェイクはスポーツでも政治でも必要なことなのではなからうか。ラグビーでも多いが、先日はアイスホッケーのスマイルジャパンが見事なフェイクプレーをやつていた。

医療でも介護でも、嘘や偽はいけないが、フェイクは恐喝とはちがうから使つたらよい、と思う。千葉大学の研修医や東邦大学の医師が女性を手籠めにしたのはフェイクなのかライなのかといえば、手籠めは手籠めで、フェイクでもライでもない、もう一段、質の低い蛮行でしか

ないと思うよ。しかし、医師道も地に墮ちたもんだ。

◎還付金詐欺は?!

騙すという言葉がある。詐欺の欺も詐偽の偽も、同じ意味だろう。還付金詐欺は振り込み詐欺の進化版、近代版だが、要するに欲に釣られてのものが多くようだ。そりゃ、お金を還してあげるといえば、悲しい話ではないから引つ掛かる。その意味では、頭の良いやり方だ。ひつかかる老人が悪いとは、わたしは思わない。少額にしる多額にしる年金生活をしていれば、お金は欲しいものだ。わたしも、ゼニはいくらあつてもよい。

で、詐取されたお金は、わが国のGDPを引き上げているのだろうか。答えはノーだろう。少しは表の市場にお金が流れているのだろうか、もつぱら裏の世界で消費されていると愚察する。

診療報酬だつて、詐取してはならないと思うのだが、裏潜りの技法が求められているようだ。今年も、9月ごろから裏潜り技法の伝授会に医療者が集まるのだろうか。しかし、その裏潜り技法の賞味期限はわずか二年のもので、その先の先々の堂々とした技法の伝授が問われている。血圧1日6回なんて古い話と同じ技法の賞味期限は2年と心得られたほうがよい。

それよりなにより大事なことは、リハビリも含めた医療の技術料

の引き上げに直結する裏潜り技法を使用不能にすることだ。良貨はなかなか悪貨を駆逐できないできたが、平成の世が終わると新しい医療界が浮上するものとみているし、期待している。

◎医師の品格

医師は技量に優れているのは、当たり前前の条件だ。では、技量だけではないのかという話になる。わたしは、技量もさることながら品格は絶対条件だと思つている。週刊文春3月23日号で尾木ママこと尾木直樹氏が尾木ママになる前に医学生や研修医に出張講義されていた経験を書かれているのも、そのところだ。

千葉大、東邦大だけでなく医師の蛮行は社会でも話題というか、眉をひそめる問題になつている。尾木直樹氏が書く。問題の学生達は医師の子息であることに問題はなにか、と。もちろん、良識のある親も大勢いるが、医師以外の職種の子息は問題を起ささない社会常識である品性、品格が家庭で教育されているのだろうか。

岡山の寿司屋に通つていたころ(客としてだよ)、カウンターに開業医が小学生の子を連れて座つて居るのを数回見た。好きな寿司を二丁前に注文しているガキを見ていて、同道している病院の理事長と「アレだから、ロクな大人にならないよな」と呟いたものだ。

こうやって、似非エリートに育成

されていたら、そりゃ、ロクな大人にならないだろう。わたしの親戚や友人の医師は、そんな子育てはしていない。品性と品格のある医師であり経営者だからだ。

しかし、尾木ママの舌鋒は鋭く、この文章よりエグク核心に迫つていると感じた。泥酔させてコトに及ぼうとする根性は、どこから育まれたものだろう。むろん、母親も問題アリは、先の寿司屋ならずとも各所で見聞するものだ。

山中伸弥先生のお子さまたちは、絶対にいい子、いい医師になると確言する。お前に言われてもなあと思つているお方は、ご自身の日常に品性があるかどうか自問されたらよい。もつとも、品性のある医師は、お前の言うのはもつともだと思われているだろう。

医道審議会という会があるが、技量を裏打ちする品性、品格が医道の原点と審議すべきだ。別の問題だが、文科省の天下りは評判が悪いのは、わたしは役人の品格によつて成るべくして成つたと思つている!!

岡田

これからの一ヶ月の
不安・不運・不信



医療の沸騰点



永遠の課題としての教育論2

— 地域を含めた教育システム —

済生会熊本病院 副島 秀久

1995年に新病院を建て、市の中心部から南部に移動し、当院に入職した新人に対し救急の初期対応を教育する「済生塾」を開いた。自分が言い出したので、初代塾長としてプログラムを作り講師を選定した。講師は総て院内の医師が当たり、テキストも自前で作ってスタートした。新人看護師や検査技師、栄養士、臨床工学士などに外傷や胸痛、腹痛の診断と治療など症候に応じた基本的救急処置を、土曜日を使って数回シリーズで講義を組んだ。

周辺の医療機関へ転院していく患者の不安や心配は済生会の治療が継続されるかどうか、ある程度のレベルで治療が行われるのか、緊急時はどうなるのかなどが大きい。これはいわゆる「顔の見える」連携程度では不十分だ。顔が見えても治療は見えない。連携パスに取り組み始めたのは2000年頃からで、当時は自院のパスは作れても連携パスまではなかなかできなかった。院内の標準化さえ困難なのに、他の医療機関とパスを作って運用するのはさらに難しい。おまけに連携先の医療レベルは様々である。こうした状況を考えて、済生

塾を地域の連携医療機関にも拡大し、新人の救急教育を一緒にする事になったわけである。連携医療機関との全体会議では様々なテーマに取り組んできた。救急医療の乱用の問題や、胃瘻の是非をめぐる問題、事前指定書、平穏死、地域包括ケア病棟、病床機能分化など様々だ。連携会議というよく顔の見える連携の推進とばかり、一緒に飲み食いすれば顔も見えるだろうと、菓屋のスポンサー付きで宴会をやっている医療機関もあるが、底が浅い連携にしかならないと思う。事前指定書や死に方の問題は重く地味だが重要テーマである。こうした議題の時は連携医療機関のみならず地域の住民も講演に参加して頂き、お互いの認識を高めていく。

相互理解を深めていくプロセスになっている。その時のテーマによっては400名を超え、当院のホールがいっぱいになるほど集まることもある。主催者側もうれしい悲鳴をあげることになる。

学校で習った知識の半減期は5年と言われている。つまり継続的に勉強しなければ知識は減衰し、職業人としての価値も半減する。だから自己勉強と地域教育は重要なのだ。医学教育の中でも基礎医学の分野はそれほど変化しないが、臨床医学は日々刻々変化し、新たな考え方や治療法が導入されていくので、半減のスピードは速い。抗生剤の使い方や消毒法、剃毛、安静の考え方などは知識の半減どころか、かつての教育は何を根拠にしていたのかと思わせるほどに反転した。信じたくない話だが昔のやり方が完全に間違いであったという事実を突きつけられるのである。だからこそ継続的、系統的な教育は必須だ。

病院ではカンファレンスやCPCや読影会、抄読会などさまざまな仕事に必要なプログラムが行われている。前述したようにこうしたものがないと医療レベルがどんどん落ちていくので、地域全体で勉強会をやるのも意義のあるものだと思う。地域には公開していないが、当院では前回述べたような通信教育や英会話などを積極的にやってきました。

た。ただ、これは強制ではないのでいわば福利厚生のようなものである。現在、病院で取り組んでいる教育の一つが院内認定の人材創出プロジェクトである。チーム医療と言われながら病院に必要な新しい職種が生まれ、かつ制度的な認証を得るには時間がかかる。医療秘書の仕事も診療報酬の加算がつく前の平成17年から必要に迫られてスタートさせた。現在、近森病院で研修した栄養士が臨床栄養士として病棟をまわり、栄養評価や食事指示のサポートをやっているし、脳卒中センターでは脳卒中認定プロバイダーの養成が始まっている。

医師の領域では以前から必要だと思っていた病棟業務を中心とした横断的活動ができる総合医、いわゆるホスピタリストを導入した。ホスピタリストの名称が適切かどうか、病院総合医が適切かどうか、病棟総論が適切かどうかはともかく、紛らわしいので「包括診療医」と言う仮称で現在、整形外科病棟で試験運用中であるが、患者の評判も看護師の評価も極めて高い。「便利屋」と揶揄する向きもあるが、実際に病棟患者を把握し、細かい指示を出し、説明し、時に救急対応をするなどの仕事にはなくてはならない存在だ。こうしたいわば病棟総合医は将来の地域包括ケアの担い手としても期待し得る。このような人材は学会レベルで言うより、病院団体が主体的に養成し、認定す

れば良いと考えている。現在の新専門医制度の混沌ぶりを見るにつけ、いつになったらできあがるのかわからない。加えて学会出席や論文提出などに高いハードルを設け、高額認定料(いわゆるお布施)を求め、しかも時間がかかるようでは専門医の有用性は低い。教育に関して折しも、文科省の天下りや沖縄県の副知事による教員採用試験への介入疑惑などが報じられている。前者は誰が見ても私学助成金とのトレードオフである。天下り役人に月2回の勤務で1000万円出して、95億2800万円(14年度早稲田大学、ちなみに一位は慶應)の補助金をもらえば、安い買い物である。後者は良く噂に聞く教員採用の不透明さであろう。沖縄だけでなくどこでも聞く話である。人口比で小中学校の教師数を見ると67万人/7700万人(生産年齢人口)で0.87%なので、全くランダムに実力だけで教師の選抜をすると親が教師の教員は確率的に推計5800人程度となる。実際はどうであろうか。どこを見ても教師の子が当たり前のように教師になる確率は不自然に高い事がわかるだろう。公務員なら公正な競争試験を受けるのが建前だが数字を見る限り公正さはない。ここに日本という国の劣化を見るのである。税金など食わない私塾の方がよほどマシだ。

来年4月は、診療・介護報酬のいわゆるダブル改定だ。改正ではなく改定で、病院、施設の在り方で改悪と改正に分かれるだろう。絶対に抑えておきたいことは、厚労省の立ち位置の変化だ。それは、過去の厚労省の先輩の人たちの過ちを是正する立ち位置だ。過去の流れの踏襲はなく、過去の流れの是正が基本となろう。

それは、ある病院、施設にとっては改正であり、改悪である。そんなことを言い切つてよいのかと問われたら、社会の動きからみたらそれしかないと言っておく。

社会保障費の問題は、財務省に限つたものではなく、広く国民の問題である。

現在以上の社会保障費の負担増は安易に受け入れられるものではないからだ。そこから、合理が出てくること必至で、焦点はそこだ。

まず出てくるのは、医療費の多くを消費している入院医療の合理化だ。病床機能の明確化は、わたしの執念に掛けても必要だと思う。

7対1で急性期病院（棟）を堅持しようとするなら、7対1急性期の患者しか入院してないことを証明しなければなるまい。これは、既に始まっていることで、過去の厚

労省の失敗を是正しているのである。看護管理料が高いから7対1を取るなんてのは、診療報酬改悪

という結果がくる。

いまひとつは、高齢者医療費が高齢化で伸びる一方であることだ。そこで出てくるのが、高齢者の急性期医療をどうするか、ということになる。高齢者が死にたくないし急性期医療を求めても、まもなく死ぬ。まもなく死ぬのだからなにもしなくてもよいのではなく、治療する場所は7対1看護の急性期病床ではなく、入院したまま呆けちゃったを防止する機能を有した病床へと、ゆっくり動くスタートだ。それほど、急性期病院病で患者をコミュニケーション不足により呆けさせてしまっている事例は多

W改定に備える



い。急性期病院から送られてくる患者を受ける療養病床、リハビリテーション病棟の現場のスタッフが嘆息する事例である。

7対1看護では、十分な患者とのコミュニケーションは難しい。ただし、ここでも真の急性期とはなにかが問われ、いたずらに急性期病床に患者を置いてはならないことが、求められるであろう。

一方、介護報酬がどうなるかだが、これはにわかに予見できない。改定後3年を経ると、社会はまたひとつその構成を変化させる。言えることのひとつは、高齢者の就労、お金を得る方策を探ることだ。

現在でも、介護施設などで、会社で働いてリタイアされた方が、働いておられるのを見る。精神障害者でなくても、お金を得るための働きは、生きるモチベーションになる。年金暮らしでは、精神が衰えていくのは精神障害者だけでなく、生活保護者にも認められるからだ。お金の力は強い。

これは、わたし個人の思いかもしれないが、年金をもらっていても、仕事には別の金銭的、精神的価値を感じている。いわゆる達成感であつて、老人施設で椅子を押し込んでいる方の背中にも、それを感じるのである。そこでの援助

は、国家的にみても重要だと、わたしは思うのである。従つて、そのサポートを提供している施設への報酬は当然だろう。

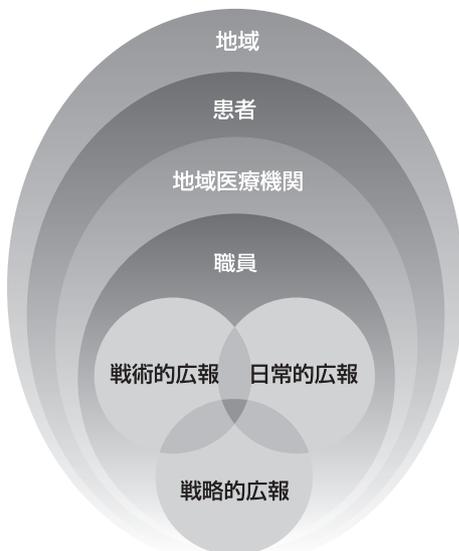
年齢を重ねると、仕事のことには熱が入り書いたのだが、確かに高齢者が仕事をしている姿は、明るく感じる。人間は、生産することで自らの価値を感じ、それが一層貴く重くなるのであろう。余暇ばかりじゃつまらない、わたしだ。

そんな個人の価値が介護報酬によつて保障されるのが、自然というものだ。作為ではなく自然の方が強いから、介護施設のみならず病院も高齢者の働くことへの支援が評価されてくるだろう。仮に、逆の方向では世の中が豊かになるとは思えない。

岡田

広報的視点から、病院のビジネス構造の変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419回 これからの福祉と医療を実践する会

4月、地域医療計画、地域医療連携推進法人がスタートする。

地域医療計画は報告制度により地域医療構想を定め、その実効性を高めるために医療現場自らからなる協議の場(調整会議)を設け、基金を用意し、非合理的な判断の場合、知事が医療審議会に諮った上で権限の行使ができる。病床数については当計画の基礎「2025年医療機能別必要病床数の推計」によると4・3〜8・6万床の減少を予測。一方、昨年の新生児は一〇〇万人を切り、団塊の世代が後期高齢者に。人口問題は新たに2040年問題として台頭する。財源が不足する中、来年の診療報酬改定は一層厳しいものとなるだろう。これを現すように実際に医療の再編化とも思える医療機関の合併・併合が各地で起きている。今後、地域包括ケアシステムの進化・推進が図られ、介護保険の改正により新たに看取り・自立支援のため「介護医療院」の創設をはじめ自立化に向け市町村の保険者機能強化により地域共生社会の実現化を促す。キーワードは「自立できる支援」、OTが重要だ。

今記念例会では、東京の地方都市に位置し競合先の多い八王子市(人口562千人、うち65歳以上人口25・23%)を中心として、常に先を読み実践されてきた安藤理

事長に、今日まで患者の意向をくんだ病院づくりの実践と、激変ともいえる「惑星直列」への対応について発題いただく。氏は東京都医師会理事はじめ数多くの要職に就かれています。是非、幹部の方の御参集を願いたい。(天野武城)

午後二時〜四時半 35周年記念例会 惑星直列! 2018年へ

発題者 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 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: jissenurukai@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

「病院タダに潜む矛盾」は日経新聞2月上旬の医療費削減キャンペーンのテーマのひとつだ。しかし、この是正は茨の道だ。どぶりと浸ってきた生活保護者の一部、高齢者の多くは茹で蛙の自覚はない。

副題は「最後に払うのは、あなた」で、ここへの期待は僅かながらにあると思う。医療保険料、税金がじわじわ上がったら、の話だが。

大学病院の病院長選挙にも、改革の手が入った。医局員の人たちが散々泣かされてきた制度にもメスが入る。メスの切れ味が問われるが、錆びたナイフだったら石原慎太郎さんの弟裕次郎の世界だ。

その石原慎太郎さん、同じ小学校の同期入学なんだから、もう少ししっかりしてよと思った。わたしの姿も、同じにはしたくない。歩くのは病気があるからにしても、言い訳の連発はわたしはできない。

今年の6月も、アメリカに行くつもりだ。学ぶことが実に多いからだ。緩和ケアとホスピスケアのちがいが、しっかり学んでくる。それを日本でどう生かすのかが問われてくる。緩和ケアとはなんなんだ。

ダブル改定に関連することは、ぜひぶん書いた。言行不一致ならぬ論行不一致になるかならないか。それは社会の認識、国民一人ひとりの意向に関わると思う。犬の遠吠え、狼少年は卒業したいのだが。

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 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! ボンベ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

携帯用ボンベ 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