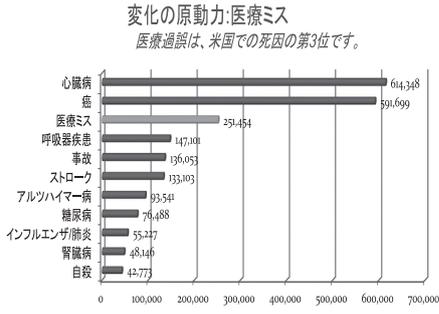


社会医療ニュース

医療ミスをネガティブにみるのか 医療の進化の源泉とみるのか

所長 岡田玲一郎

左の図表は、今年の「日米ジョイントフォーラム」で、オハイオ州クリープランドの「レイクヘルス病院」の院長であり、クリープランド・クリニックで外科を教えているDavid J. Rollins氏が提示されたものである。米国の医療制度の変化の原動力は「医療ミス」の克服にあるという説明のためだ。



おそらく、読者の方には日本の方なので、わが国の死因の中には医療ミスなんてないと思われるだろう。確

かに、17年の死因をみても医療ミスはない。だけど、医療ミスはある、でしょう。大病院やがんセンターなどから民間病院に到るまで、医療ミスで死亡した人はおられる。

わたしは医師ではないから死亡診断書は書いたことはないが、直接死因ではなく原疾患で死亡診断書が出されているのではないかと、想像している。もしわたしが医師だったら、自分のミスで死んでしまった患者さんの死因には、「わたしのミス」と記入するだろう。現実には内視鏡手術の技法が未熟で患者さんが亡くなったら、死因を医療ミスとは書かないで、もともとあった手術を必要とする内臓の疾患名を死因と書くことはできるのだから。でも、

米国では図のように「医療ミス」は「心臓病」「癌」に続いて3位なのである。その心臓病や癌であっても、医療ミスが死因だとしたら「医療ミス」になるのである。しかし、自分のミスであることを

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

認めたら、責任が生じ賠償金を払わなければならないと、わたしも少しは考えるだろう。だけど、医療ミスなのに他に死因を求めたり、言いつきの死因を強行したら、それは裁判で訴えられ負けてしまうことになる。その流れが「アメリカはすぐ訴えられるから、防衛医療が必要になる」という意見で、以前からわが国でもいわれていた。

でも、日本でも医療過誤への訴訟はあり、裁判に備えての防衛医療も成されている。ここまできているのに、DPCには死因としての「医療ミス」がないのは、いずれ変化するとみるのが常識的な考えなのではなからうか。

自分、あるいは家族が医療ミスで死亡されたら、日本でどういうことが起きているか、だと思おう。もちろん、自分が死んだら自分で訴訟を起こすことはできないが、わたしだったら、死後、化けて出てやるぞ、と思うだろう。こういう考えは、異端なのであろうか。

医療ミスによって医療は進化する
右は、先のRollins氏の意見で

あり、医療ミスを明白にすることによって、そのミスを防止するならば医療は絶対に退化はしないとと思う。それが防衛医療と名づけられようと、医療ミスによって死亡することを絶滅する医療が確立されていくのである。

さらに、死因を医療ミスと認める医師、病院と、別の死因に転嫁する医師、病院ではペナルティが変化するのである。一般の犯罪の裁判をみても、そうなっているのは、社会の正義だからとわたしは思っている。あまり難解な話ではないと思うのだ。

そこに「医療の質」が重要な意味をもつて問題になる。そのことについてRollins氏は、医師、病院の質に対する質のペナルティ制度が登場したと報告されていた。

それは、米国では「品質目標を満たさないことに対する罰則」で、わが国でいえば病院機能評価機構によって、安全、安心が確立されている品質目標に達している医療を提供しているかという監査と、それに伴うペナルティ制度である。

そして、米国の制度は複雑であり、常に変化しているが、質の目標に達しているのか否かが問われ、さらに、その目標水準に応じたパフォーマンス（実績）を挙げている病院には、診療報酬の「ボーナス加算」がされている。

わたしなりに要約すれば、医療ミスを出していない病院は、医療の

質の目標水準に達しているのだから、ボーナスをもらって当然だということである。

こういうことを書くと、「医療ではミスは避けられないし、人体は複雑だ」という反論がある。それは、わたしも認識しているが、だからこそ医療の品質目標を定め、医療ミスとは言わないが、複雑困難な治療行為での事故を起こしていない病院に対しては、表彰状みたいなものや、認定証などではなく、金銭的なボーナスを支払うのは当然だと思ふ。皮肉ではなく、病院機能評価の認定証は一銭のお金にもならないのに、その評価のために何十万円のケタ以上の経費を病院は負担しているのだから、その対価は受けるべきだ。

と書いてきたが、それが現実になるのは、さまざまな難関がある。でも、これまでも過去の常識を破ることを書いてきたが、それぞれが現実化しているではないか。古くはクリティカル・パスや治療基準、最近では介護医療院、少し昔はLTACなど、米国で学んだことは、次々と日本でも現実になってきた。それも、「医療は特別」からの脱却という、とても、明快な社会の常識からのものだ。学習は、社会の福祉にならなければ意味はない。これからも、米国から学ぶことは多いと確信している。最近では「在宅ケア」の組織と、成果への「支払い制度」の変化を痛感する。

病院経営が難しい時代

新須磨病院

院長 澤田勝寛

2月9日発行の週刊東洋経済は「病院が消える」という大きな見出しをつけ、全国の主な病院の経営状況や赤字原因の分析を載せていた。人の懐は覗いてみたいもの。野次馬根性が働き、早速アマゾンでワンクリック購入した。

内容は、大手の医療法人・公的病院・大病院別の収益状況・利益率・自己資本比率。病院赤字の原因。倒産病院の実例。病院再生の方法など。医療コンサルタントのアキ・よしかわさんや相澤病院の相澤孝夫先生のコメントを交えて、病院経営の厳しさを詳細にまとめてあった。

医療法人の雄はもろろん徳洲会。大したものである。徳田イズムは健在のようだ。その他、名のある大手医療法人はほとんど名前があがっている。

ただ一部の法人を除いては、利益率は極めて低い。中には、プラマイゼロもしくはマイナスのところもある。200億の収益があっても利益がなければなんのための事業かと思ってしまう。当法人も規模は小さい上に、カツカツの黒字。人のことを言えた義理ではない。利益率が2割3割のGAFが知ればバカにされるのがオチである。

病院経営の5重苦として、①医師不足と人件費増 ②消費税がコスト化 ③診療報酬が伸びず収益力低下 ④マネジメントの不在 ⑤患者減少で競争激化をあげている。それぞれについて、私見を述べる。

岡田先生はかねがね「医師が多すぎて潰れる病院はない」と言われている。診察も検査オーダーも処方もすべて医師しかできない。多少、費用がかかっても医師はいまほがよいのは事実。

表現は悪いが、医師は主工場のようなもので、ここが稼働しなければ医療という製品は産み出されない。本社はボロでも工場が立派であればまずいい会社、と言うコンサルがいた。

医療の質を向上させるため、医師や看護師の業務負担を軽減させるために、〇〇補助加算が色々ついた。確かに医師や看護師に補助をつけることで、本来の仕事に専念できるようにはなった。ただ、加算はあくまでも加算で、人件費の足しに過ぎない。人件費が5割を超えると病院経営は苦しくなる、といわれていたように、年々膨らむ人件費が経営を圧迫するようになってきたのは確かである。

消費税は病院にとっては明らかに損税。当院だけでも年間1億円を軽く超える。厚労省は報酬に転嫁しているといっているが眉唾もの。昨今の統計不正問題をみるにつけ、政府の数字や統計がまったく信用出来ないことがよくわかった。財務官僚いわく、消費税を医療費に転嫁しないことで合意したのは日本医師会であると。

設備投資の少ない開業医には消費税は「得税」であり、設備投資が大きな病院ほど「損税」となる。開業医が多い医師会には消費税増税への反対意見は少なく、病院団体は盛んに消費税増税による病院経営の悪化を訴え、政府に働きかけている。いずれにしても秋の増税は病院経営を直撃するのは間違いない。

診療報酬が伸びないのも辛い。小泉・竹中コンビ以来、診療報酬は目の敵にされてきた。超高齢化で社会保障費は右肩上がりとなり、国家予算の3割を費やす。無い袖はふれないのはわかっている。辛いものは辛い。

防衛費、文教費、公共事業、地方交付税、国債費、社会保障費といずれも重要。その中でも、社会保障費が突出しているのは事実。年金は、減らすとともに現金収入が減り、生活に直結するので手を付けにくい。せいぜい給付年齢を上げる程度。医療費は削減しても、その影響は一般国民には実

感として分かりにくいために、2年に一度「いじられる」のである。マネジメント不在というのは理解できる。医療法人の理事長は原則医師。院長は医師しかできない。診療一筋でやってきて、現場からいきなり管理者となり病院経営云々といわれても、それは無理な話。足利赤十字病院長の小松本悟先生や徳洲会の鈴木隆夫先生や伯鳳会の古城資久先生のような立派な経営者もおられるが、稀有な存在。

経営学を学んでも、経営学は過去の分析にすぎず、経営には未来の決断が必要である。経営者は数字に強く、外部環境の変化をすばやく見抜き、経営方針を決断し、そして間断なく実行することが求められる。残念ながら、医師でそのような人は少ない。

高齢化は、高齢者が増えて有病率が高くなるので、医療には追い風とは思っていたが、話はそう簡単ではない。

歯科の過当競争と同様に医科も競争が激しくなった。医療経営が厳しくなるにつれて、どの医療機関も患者集めに躍起となってきた。国立病院は独法化され、公的病院も議会の追求が厳しくなっている。非課税の上に補助金までもらつてのんびり構えていた公的病院が、必死になりだした。救急患者や紹介患者の積極的な受け入れを図り、広報活動にも極めて熱心になった。「患者のた

らい回し」は過去の話。今や救急患者の奪いあいとなった。マンパワー、マネーパワーに勝る公的大病院はそうなる強い。

神戸市でも神戸市立中央市民病院が救急患者受け入れ連続日本一となったのは記憶に新しい。神戸市では、民間病院が輪番制の救急体制をとっているが、一向に患者が送られてこないという民間病院長の嘆きも聞こえてくる。

病院経営が厳しいのは実感していたが、日本を代表する医療法人でも厳しい経営状況であることに驚いた。消費税増税を間近に控えて、病院単独で生き残るのは難しいことを実感するようになった。

高齢化で医療も変わってきた。疾患は単一疾患から複数疾患へ、治療目標は治療・救命から機能改善・生活支援へ、治療目的は治すことから支えることへ、そして治す場所が病院から地域へと変わってきた。

急性期医療もピークアウトしつつある。いつまでも、急性期病院という看板にしがみついているわけにはいかない。「俺は外科医だ!」は、いずれ錆びついた勳章にすぎなくなる。

これからの医療のキーワードは、看取り・在宅・リハビリ・連携・認知対策であり、速やかに変化対応できる病院しか生き残れないのではないかと考えている。

本当に病院経営が難しい時代と

毎月勤労統計等に関する不適切な調査の実態が明るみになるなかで、国が進める施策に関する信頼性が失われている。「数字は嘘をつかなくても、数字で嘘をつく者はいる」(ジョエルベスト著)統計はこうして嘘をつく』という名言が改めて注目されているので、筆者も数字で説明しなければならぬ事柄について「タメライ」を感じながら書いています。

「勤続10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行う」という政策パッケージについて、2月13日の社会保障審議会介護給付分科会で、その枠組みがほぼ確定した。

処遇改善加算については、これまでも本欄で何度か取り上げてきたが、改めて新制度の枠組みと対応について検討しておきたい。

「月額8万円」への期待

本年10月からの新たな処遇改善加算は、「介護職員等特定処遇改善加算」(以下、特定処遇改善加算)という名称で実施されることになった。

この制度は、2年前の12月に閣議決定された消費税増税に伴う「新しい経済政策パッケージ」として安倍首相が特に強調してきた政策の柱の一つであった。従って、その影響も大きく「介護福祉士で10年勤務すれば、月給が8万円も上が

る」という期待が独り歩きしてきたと言つてよいだろう。

しかし、現実には、どうだろう。2017(平成29)年度に拡充された現行のサービス種別の加算率(一人当たり月額3万7千円相当)に上乘せされる加算率が示されたが、サービス種別や規模によっては、月例の加算額が8万円に届かない事業所が多く出ることには間違いなくある。月額8万円を超える加算額が算定できる事業所においても、仮に10年以上勤務している介護福祉士が何人もい

連載「大介護時代の人材マネジメント」③⑥
4回目の拡充となる「特定処遇改善加算」

(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

指針では、介護人材の確保・定着のために、労働環境の整備と推進、キャリアアップの仕組みの構築等が重要であるとし、処遇改善の必要性について指摘している。

これを受けて、2009(平成21)年度の介護報酬改定では、職員処遇の改善を主旨とする報酬単価3%のプラス改定が行われたのであった。しかし、これでは十分な処遇改善が行えないということで議員立法により介護職員処遇改善交付金(障害福祉サービスでは助成金)が創設されたのである。一人当たり

新制度の枠組みと対応

特定処遇改善加算の取得要件は、①現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定している事業者であること、

②既存の処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取り組みを行っていること、③処遇改善の内容についてホームページの利用その他の適切な方法で公開していること、の3点が示されている。

「現行の処遇改善Ⅰ～Ⅲのいずれかを算定していること」ということは、キャリアパス要件等が、それぞれ

Iを取得できていない事業所は、取得要件を整えるための準備を行うておきたい。

特定処遇改善加算の配分

新しい枠組みでは、算定額の配分についてもこれまでとは異なるルールが示された。

本制度が「月額8万円の処遇改善」から始まったことに関連するのだから、まず、経験・技能のある介護職員において「月額8万円又は年収440万円(役職者を除く全産業平均水準)」の職員を一人以上確保しなければならないということが条件として示されている(加算額が少額等で困難な場合は例外)。

そのうえで加算額の配分については、①経験・技能のある介護職員、②その他の介護職員、③その他の職種に区分し、①のみに支給、①②に支給、③のその他の職種を含めて配分するかのいずれを選択してもよいとなっている。

ただし、①②③のすべてに支給する場合は、①の改善額は②の2倍にしなければならぬこと、③は②の2分の1を上回らないことが条件となる。

現行の処遇加算は、対象職員以外に配分することはできないが、特定処遇改善加算では限定的ではあるが配分できることになる。

るところでは月額8万円の処遇改善はとうてい難しいということにならざるを得ない。

「正しい数字」で説明をしてもらわなければ困るといのが、この制度を否応なく活用せざるを得ない事業経営者の方々の率直な思いではないだろうか。

制度の原点と拡充の経緯

処遇改善加算制度の原点は、2007(平成19)年の「第2次福祉人材確保指針」であったと言つてよいだろう。

月額1万5千円であった。本制度は、2年6カ月の時限立法であったため、2012(平成24)年度からは、交付金制度が加算制度となり、2015(平成27)年度及び2017(平成29)年度と2度の拡充を経て、当初からの改善額を積み上げると一人当たり月額3万7千円の加算制度になってきたのである。

10年間で3万7千円であるから月額にするると3万700円で、定期昇給並みと言つてよいだろう。仮に20万円の基本給とすると、1.8%程度の定期昇給に相当する。

「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」
いま四苦八苦して行動するのは 「分断」を組織に発生させないこと
 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」
 このところの四苦八苦は、病院、施設内外のコミュニケーションの課題解決だ。人間関係がどんどん希薄化しているから、大変なのである。だつて、コミュニケーションが重要だといくら強調しても、当人、部門、そして病院、施設や地域を包括したシステムがなかなか構築できないのが実情だからだ。「アキユートケアからホームケア」までの間には、いろんな組織の機能が存在している。それらが、それぞれの機能を発揮するには、そこに緊密な機能連携が必要となる。カナダで30年ほど前に「コンティニウム・オブ・ケア（ケアの継続性）」が提唱されたときの学びが、鮮やかに甦ってくる。30年も前だけだ。

その根幹にあるのは、個人の対人関係能力だと思ふが、いまや、家庭という最も基本的な集団でさえ、コミュニケーション・ギャップが生じてきている。わたしは、その最大原因は「個人の尊重」の欠如だと思つている。例えば、わが子ひとつとっても、わが子の尊重より親が子を強制しようとする。それを躰と称しているが、なんのことはない、親の主観の押しつけであり、子への尊重がない。その躰も異常なものとなつているが、子以外の職場の

他者には、それをさせないでいる。なんか、ヘンな対人関係になつてしまつているのは、時代なのだろうか。と書いたが、心底では世界中の社会が「分断化」されているのが根底にあると思つている。アメリカでは、トランプ氏の政策が国民の分断化だという声が高い。わが国でも、わたし自身が分断化、つまり個々がバラバラに生きていくことを感じる人が多い。わずかであるが、ベタベタしない個の尊重を感じることもあるが、それは、うれしい人生のひとつときである。

ひとつの例だが、病院や施設の職員に「自分が勤務している病院、あるいは施設に誇りを感じますか」というアンケートを出す。「すごく誇りを感じる」「まあまあ」「感じない」の3択だが、なんと「まあまあ」が半数近くある。「まあまあ」を「どちらともいえない」にしなかつたのは、アンケートの鉄則だと、わたしは信じている。「どちらともいえない」と似ているようだが、心理がちがうからだ。

そこにも、わたしは「組織内の分断」をみるのである。「他部門との連携」でも、「まあまあ」は、先の誇りよりも多くなる。一方、

「うまくいづている」が多数になるのは、当然のことながら、いいことだ。医療でも介護でも「多職種チーム」の連携が強調されている。そこにはコミュニケーションが必須条件である。自部門ではうまくいって

自部門内では、連携は「うまくいづている」が多数になるのは、当然のことながら、いいことだ。医療でも介護でも「多職種チーム」の連携が強調されている。そこにはコミュニケーションが必須条件である。自部門ではうまくいってない、そして自院、自施設に勤務していることにプライドを感じる職員が少ない病院、施設は、いい医療、介護が提供できないどころか、「地域包括ケア」がシステムとして機能できなくなる。

それがあつたから、コミュニケーションの理論と情動が大事になると思つて仕事をしている。そしてそこに「個人差」を痛感するのである。グループワークひとつにしても、分断されてるグループが必ず出現する。もちろん、グループ活動の成果は出せない。出せないでいると落ち込むメンバーは、望みがあるが、全然、落ち込まないメンバーは、絶対に仕事の成果には無関心、もつといえはチームから自らを分断している人だ。

これも人間集団では起こり得ることだから、どうか、自院、自施設への誇りをもてる活動をなさつていただきたい。経営とは、そこが基盤だと、わたしは確信している。あまり難しい話をしてないと思うのだが、国家公務員の組織は、相当の「分断」があると、わたしは診ている。当たり前だが、

岡田

病院・施設の価値を高める 地域の方へ啓蒙講演しませんか!!

社会の変化で「生きること、死ぬこと」、特に「終末期をどのように生きる」かへの関心が強まっております。その啓蒙活動は天命と心得て、ご要望のある病院、施設で無料で講演させて頂いており大好評です。

ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。



今年分の開催決定済の会場・主催者です。
 2月23日(土) 高齢者あんしん見守りネットワーク 諏訪町ゆつと(東京都東村山市)
 5月18日(土) 社会医療研究所(兵庫県神戸市)

「事前指定書」(わたしの、のぞみ)は、常に新しいものにしていきます。ご希望があれば、お申し越してください。



社会医療研究所
 所長 岡田玲一郎

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎一億円の匿名寄付

愛媛県庁にダンボール箱で一億円の一万円紙幣が送られてきたという報道があり、さすが愛媛県民（たぶんだが）と思った。四国4県の中で、一番貯蓄金の多い県だからだ。同じ四国の某県と対照的な県民性があるのだ。しかし、テレビの画面でみると、これまた「よく数えたもんだ」と思えるポロポロの紙幣であった。世の中には、コッソツと貯める人がいるもんだと、まったく対照的なわたしは思う。

それに関連することだが、特殊詐欺で一千万円も騙し取られるバアチャンの存在にも驚かされる。わたしは、そんなお金は持ってないからだ。株券を売却すればそんなぐらいはあるが、やだよ。ウチのムスコやムスメ、いやマゴがお金を要求したら「自分で稼げ！」と蹴するだけだ。バアチャンだけではなくジイチャンも騙されてるんで、わたしとの生活格差に驚く。

◎KING制度の詐欺

一種のねずみ講だと思っただけだが、トップのキングからミドルなど、ある種のヒエラルキーを

構築して詐欺をする奴も、いるのが世の中だ。「騙すお前が悪いのか、騙された私が悪いのか」の唄の色気はまるでなく、ギスギスした集団だ。

結局、人間はお金、それもできるだけ楽に稼げるお金に弱い、ということだ。病院経営者や幹部職員が楽に儲けようと思ってしまうのも、無理からぬことだ。だけどねえ皆さま、医療や介護は苦しむ人を楽にするのだから、その苦しみを背負って立つ根性が必要だ。特殊詐欺は人間の弱さで発生するのと逆に、医療・介護提供者は人間の弱さに負けてはなるまい。

◎スマホの弊害が問題に

スマホは、とても便利だそうだが。そうだと書いたのは、わたしにとつては面倒くさいだけで、時間も掛かるからだ。例えば、初めて行く地方、あるいは近い所でも今回の仕事の行き先は、頭の中ですぐ出てくる。見知らぬ土地は、地図を見れば見当がつくが、孫などを見ていると、スマホに直線の線が出て行き先を画面が知らせている。

スマホの弊害のひとつに「若い人ばかりでなく、年寄りも記憶力が落ちる」がかなり上位に挙げられていたが、よく理解できる。考えない、記憶を遡らないから記憶力は劣化するの

当然だ。

「叱られ弱い新入社員」も話題になってるが、叱る側が便利になってしまったり、叱れないで怒ったり、皮肉をやさしさと勘違いして、結局は若い人をスポイルしている。しているに傍点を付けたのは、現実にくくも見ているからだ。先月号だったか、澤田勝寛先生が山本五十六大将（若い人は知らんだろう）が、人の指導は「してみせて、言っただけでねえ皆さま、医療や介護は苦しむ人を楽にするのだから、その苦しみを背負って立つ根性が必要だ。特殊詐欺は人間の弱さで発生するのと逆に、医療・介護提供者は人間の弱さに負けてはなるまい。」を紹介されていた。いま、バックナンバーで確認しようとしたが、院内紙「Shinsuma News」かもしれない。確認するのは面倒だし、学術論文ではないので、記憶に頼る。

しかし「してみせて……」から始まる一連の対人指導は、スマホでは、絶対にできない。スマホの検索を「してみせる」も、そこから先に進化するのは本人次第だからだ。かくして、社会も組織も、そしてそれを構成する人間も、スマホ依存で劣化していくのである。異論があれば、ご本人の口から、わたしを正面に置いて、感情を見せて異論、反論してちょうだい!!相手の顔を眺める人が多くなっただけの問題だ。

◎人間らしい人も、残存している

女房と娘一人、孫一人と焼肉を食べに行った。2月中旬のことだ。大宮駅から8時半ごろ電車に乗ったが、帰宅中の人たちが混んでいて、年寄りで腰痛が激しい私は、優先席に向かおうとした。混んでるのに一席空いていて、その前に30歳前後の女性がスト立って本を読んでいた。わたしは「よろしいですか」と声を掛け、ドッコイショと小さな声を出して座った。その女性の本を見ると、池井戸潤さんの小説だ。「おもしろいですか?」と声を掛けると「わたし池井戸潤さんの本が好きなんです。この本、三回も読んです。おもしろいです」と仰った。一瞬、こういう女性と結婚したら、どんな老い方をしただろうと、自問自答していた。

その女性は、さらに少し離れている女房の方を見て「奥様ですか?」と言ひ、隣に座っていたスマホを見ている。スマホに、目で促した。スマホも、なんの抵抗もなく立って席を譲った。ホノボノとした時間だった。第二関節までの手袋をなさつたので結婚指輪の存在は分からなかったというところまで見るわたくしだ。標準以上の女性好き(スケベじゃない)と、心で苦笑していた。先の小見出しの経験である。

◎叱られ弱い若者

新聞紙上などで、学生や会社員などの若者が叱られるとシムンとな

つてしまふと伝えられているが、わたしは、叱られる意味を理解できない、もつといえは言語の受けとめ機能が劣化とはいわないが受けとめかねているように思う。これは、わたしが新人研修などを通じて痛感していることである。もちろん、指導に対する疑問や疑問を表明させないような、いわば強権的な言い方もあると断言しなければならぬ。場面は、わたしも見てきた。しかし、そのような状況でも少しばかりの勇気を出して反論する自信に問題があるのではないかと思っている。つまり、自己の確立がナニカによって阻害されているのではなからうか。

その大きな原因は、わたしは現代日本社会を覆っている政治の無力さにあると思う。むしろわたしは、その政治のあり方に汚染されていないから、言いたいことはそれ以上に表示している。

しかし、若者にとっては自己の確立を諦めざるを得ない社会を敏感に感じているから、言ってもムダが先行するのである。だからわたしは、個人の確立とか勇気なんて勇ましいことは説かないで、いい社会にするために皆様がどうするかだと説く。大変、難しいことだが、新が必要だ。

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信

岡田

医療の沸騰点



VI ガバナンスを考える
4 財務のガバナンス

熊本県済生会支部長 副島 秀久

厚生労働省の毎月勤労統計の不正が2004年ころから行われてきたと報道され問題となった。名目賃金指数は従業員5人以上の企業を対象に全数調査を行うとされる。東京都では実際には1/3程度のサンプル調査を行っている。名目賃金指数を実質消費者物価指数で除すると物価変動分を除いた実質賃金の動きがわかる。確かにサンプル数も問題だが「調査票を配って記入してもらう」やり方はどうなんだろうと思う。エコノミストにはそもそもこうした調査に信頼性が置けないのであまり重視していないという意見もある(安達誠司氏: gendai.ismedia.jp/articles/~59586)。ビッグデータの解析が進んでいる現代で、配布と記入による調査は素人がみてもはつきり言って下さい。そもそもスマートではない。もっと言えば結果を出すのに相当の時間がかかるので、迅速な判断には使えないし、完全に昔の話になる。国税庁はサラリーマンの毎月の納税額をほとんどデジタルで把握しているだろうか、そうしたデータを利用するほうが実質賃金も自動的に出せるのではないだろうか。

このニュースを聞いていて、どうせ利用されないデータを集めるのもやる気はないだろうと思っただ。病院でも財務のデータを出しているところは多いが、あまり活用されていないようだ。原則論を言えば財務データもできるだけ早く分析し、収入だけでなく収支と経常利益も算出し、できれば可視化して経営層に見せなければならぬ。とくに赤字の月は重要だ。その原因がはつきりしておれば対策も打てるが、構造的なものならじっくり分析して戦略を立てなければならぬ。当院では前月の部門別収支計算は当月半ば過ぎに出る。遅くとも月一回の部長会議前には速報値が出るので、多くの部長は自部署の収支を把握したうえで会議に臨むことになる。財務の公表はガバナンスの原則である。どの範囲まで公表するかは組織の成熟度、職員の信頼度などによるだろうが、幹部でなくとも自分の勤める組織が財務的にうまくいっているかどうかくらいは知っておくべきだろう。ある講演でガバナンスの話をし、帰りに病院の経理担当の方から個人的にご質問を頂いた。表立って質問できない

事情もあつたのだろう。病院の実態を知らせたいが、収支の内容から指示され困っているとのことだった。組織は様々な事情を抱えており、公表することで軋轢が生まれたり転退職の引き金になったり様々な心配はあるだろう。しかし最悪の事態は、隠していた財務の内容が隠し切れなくなり、突然明るみに出たときには手遅れという状況だ。早く分かっていたら何とかなったというものがほとんどだ。原則、公表し悪いニュースも共有することで、みんなで早めに対策を練ることもできる。公表すべき理由のもう一つは日本の医療費が殆ど公的資金つまり保険料と税に由来することだ。そういった意味で諸外国のプライベートホスピタルとは意味合いが異なる。つまり日本では民間と言えども公的存在であることは間違いない。財務、とくにガバナンス上、重要なデータは部門別収支の正確な算出である。この収支を出していない、あるいは幹部に公表していない病院が見受けられるが、これなしにほとんどマネジメントらしいことはできないだろう。速度計もなく高度計もない飛行機を操縦しているようなもので、しかも視界はだんだん悪化している。人口が減少するということは医療需要が減るということの意味している。医療需要が減るとやっつけいけなくなる

部門、科が当然出てくる。特に急性期医療需要は厚生労働省やその他の推計でも受療率や在院日数が一定という前提で予測されており、実態としては急速に減っていることは肌で感じられるだろう。これに対して在院日数を伸ばすことで見かけ上、影響を薄めても将来性はない。今やるべきことはダウンサイジング、集約、統合である。つまり需要が減り供給過多になり、必然的に構造的な不採算になつている事業の整理を優先させるということになる。事業の整理を提案すると必ず出てくるのが「地域に必要だから」とか「ないと困るから」という反論である。一般社会から見ればこの反論はおかしく聞こえる。地域に必要で、なくては困る事業がなぜ赤字なのだろうかという疑問に正確に答えられない。そこで次に準備されている反論が「赤字でも必要な医療はある」というものだが、残念ながら「赤字でも必要な医療とは具体的に何にか」という質問にも十分な答えが用意されていない。重症熱傷、重症感染症、隔離の必要な特殊感染症、重症外傷などで主に集中治療系などの消防的医療で規模の大きな都市型病院の守備範囲しか筆者は思いつかない。もちろん小児や周産期医療、救急医療なども挙げられるが、どこでも赤字という医療ではない。病態によっては総合医や家庭医で

カバーできる領域も多い。様々な病院の部門別収支をみると皮膚科や歯科などのマイナー科で、人員が少なく非常勤で維持しているところが多い。当然、地域の開業医などと競合することも多々みられる。特に自治体病院では医師の給与は安くて他の職種の給与が圧倒的に高くて、これを維持するのは難しい。職員にとつて必要かもしれないが、地域に必要な医療でもないし、なくては困る医療でもなさそうに見える。ちなみに歯科診療所は二次医療圏で見ても人口当たりの数がびつたり比例し、すでに飽和状態といえる。ガバナンスとはこうしたデータを分析して正しい道を探すことでもある。正しい道とは社会が求める価値ある事業であり、それを事業計画に盛り込み実現していくことである。戦後、日本の社会がシャッフルされ、民主主義や人権思想などが憲法上も明確になり、制度や政府の体制も一新されて出発した。ただ、戦後75年近くを経て、人々の考え、価値観も変わり、制度も法律も医療提供体制も疲労しマツチしなくなっている。ガバナンスの基本はまず規則通りやること、その結果を公表すること、それを分析して社会が求める形に変えていくことだ。日本ではまだまだガバナンスは十分とは言えない。

キャッシュレスの普及が政治問題になっている。そして、キャッシュレス化への賛否は年齢層によつてちがう。わたしの場合は、孫が「お年玉、振り込んで！」とキャッシュレスで要求したら、お年玉は上げない。読者の皆様は、いかがですか？

孫が正月に來なくて面倒くさくなくていいという人もおられるだろうし、わたしみたいな人もおられるだろう。わたしは、人生には味気があつたほうがよからポチ袋製造業の人たちの気持ちも思う。そりや、嫌だろう。

一方、あくまでもわたしの場合だが、病院で診療の後の支払いは財布は出すけど現金は出したくない。やはり、

カードでポイント」と思つてしまふ。たぶん、診療による気分が現金よりもポイントになつてしまふからだだと、自己分析している。そして、韓国が世界一キャッシュレス化が進んでいる報道には、ウン、よく分かるよと韓国の人びと、その中に含まれる政治行動をみて思つてしまふ。善悪の話ではない。

米国では、少なくとも去年まではキャッシュレスでVISAカードなどを出すと、パスポートを要求された。米国では韓国の半分もキャッシュレス化が進んでいないのは、偽造カードの問題だと思ふ。かくも、文化には地域差があるのだ。大阪

キャッシュレス化社会は怖い



でのタクシーのキャッシュレス化は、東京より大差のついた後れだった。これも、偽造カードの問題だと、運転手さんは言つていた。

医療界では、似たような証言を得ている。わたしが、大学病院ではなんでダヴィンチを導入しないのかと尋ねたら、医局員の医師が「教授が教えることがなくなるから……」と教授に言われたと言う。ウン、糸結びや血管の結紮方法などはダヴィンチでやれるもんね、と思つた。そして、教授は自分ではダヴィンチを上手く扱えないからかなど邪推してしまふわたしだ。

ともあれ、文明の進化は医療・

は「言語レス化」のスマホによる説明が必要になる時代になるのだろう。お医者さんは大変だが、それ以上に看護師さんは大変だ。言語によるコミュニケーションが避けられ「メールに入れ」として（入れとく）になつたら、見て、護る看護は瓦解してしまふ。それでもいいかい、看護師さん。

そんなことを考えるのは異常だと言われる人がおられると思うが、社会を形成している人間は、人間関係を、新しく築き直しを迫られるかもしれない。単純に「いまの子は……、いまの時代は……」とボヤいていたら、チコちゃんに叱られてしまふ、とさえ思つてしまふ。復古ではなく、便利至上主義の社会の中で医療・介護を構築することに尽力しないと、医療も介護も、悲しい話だが心愛ちゃんのようになつてしまふ。結愛ちゃん事件の悲しみが残つているところに、また○愛になつた。日経新聞の「春秋」欄でも全く同じ意見が掲載されていたが、なんで子の名前に「○愛」とつけるのかい！ 子は自分で自分の名前を決められない。決める親は○愛を愛○にしたらどうだ。愛は「かなしむ」とも読むが、これ以上、同じ現象が発生したら、わたしやかなしくなる。医療も介護も、愛なくば立たずだと、わたしは信じているから、

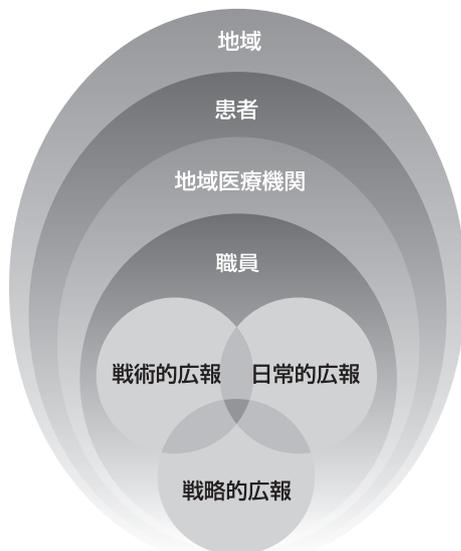
介護と無関係ではない。しかし、便利さは人間を変化させることだけは確かなことだ。以前、本紙で連載記事を書かれていた淑徳大学の佐藤俊一教授は、キャッシュレス化について「スマホ世代の若者にはまぢがいなく抵抗はないでしょうね。そして、スマホが何より大事という現象を起こしています。」というメールを頂いた。

入院患者も外来患者も、スマホ世代の若者と、わたしのようになりスマホは持っているけどあまり使わない（使えない）年寄りとのギャップは拡がる。それは確実に医療にも生じてくるから、スマホ世代の若者に

○愛より愛子さまだ。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。



HIP 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444回 これからの福祉と医療を実践する会

分業による生産性の飛躍的向上はアダム・スミスの時代から知られています。しかし、分業による生産性向上は単一製品を製造する工場のものと思われていました。

医療福祉の世界を見ると、治療と健康を求める利用者の状態とニーズは多種多様で、医療福祉の世界は完全な受注産業と思われてきました。しかし、地域医療福祉体制に少しずつ役割体制が導入されています。一例を挙げれば、地域における高齢者医療と介護の結節点に位置する介護老人保健施設の整備です。老健は、社会的入院への対策として病院医療と家庭介護の「中間施設」として導入されたものですが、急性期病院と地域及び家庭介護との中間で、その役割を果たすことになりました。

地域包括ケア体制の整備において、個別の施設整備は無論重要なことですが、地域における急性期病院、リハビリ機能を持つ医療機関、老健、特養、訪問介護ステーション及び家庭のシームレスな情報連携が利用者にとって回復、健康維持に役立つと同時に個々の施設にとっては、自己の役割に特化した「得意分野」での地域貢献及び相互紹介による収益の安定化に寄与しています。

今回、現代のICT技術を活用した健康医療福祉情報ネットワーク

ク、長岡フェニックスネットワークを紹介し、地域医療・介護連携の実際と今後のデータ共有・活用の展望について、こぶし園の吉井総合施設長より発題、議論したいと思います。

ICT活用による医療・介護情報連携システム 「長岡フェニックスネット」

社会福祉法人長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 吉井 靖子

会場 戸山サンライズ大会議室 会費 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

泣き言から書く気分だ。人間をしみじみと実感している。不老不死はなく、必老必死である。だから、生きていくことは必死なのだ。肩は凝る、腰は痛いは、歩くのは鈍る、情けない限りなの。だけど、こうやって原稿は書き、研修や講演どころか、ゴルフもできるし、歩いている。そして講演の最中も、説明などで歩いた方がよい。動かずに話すと、腰にくるから。不動明王は信仰の対象だが、わたしや不動で話すのは、いやだ。もちろん、お笑い芸人みたいに飛び跳ねるわけではないが、身体は固定した不動より、動きが有る方が、自分にガツカリしなくてよい。診療報酬のコンサルタントの方は、脳閉期だそう。こっちは、ジャンルがちがうから、一年中脳閉期。そのせいか、電車やバスで居眠りをして、乗り越しをしている。寂しい。なんなんだろう。仕事をしているときも、ゴルフをしているときも眠気はこないのに電車やバスだと眠いの。死ぬまで働けることかな？ 死んだら永眠できるの。キャッシュレスって、便利、不便の両極論がある。東京では、電車の乗り降りにICカードを使う人が大部分だ。その使い方も、怒気を感じるバタツとやる人と、さっさと当てる人、さまざま。昨夜か今朝の家庭生活の鏡なのかもね。

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、動画で見て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