

社会医療ニュース

社会的災害を受け続けていると考えられる 病院経営を持続可能にする方法はあるのか

所長 小山 秀夫

令和初めての元旦、多くの人々は自然災害のない、穏やかな年であることを祈ったことだろう。

昨年日本列島を台風が襲い、甚大な被害が出た。「異常気象」といわれることがあるが、毎年のように自然災害が続くと、それはもはや「異常」とは呼ばれなくなり、各地で災害に対する一層の覚悟と準備が求められることになる。これと同じように、今、医療や介護経営の分野は、経済的にも社会的にも「災害」を受け続けており、これに対応するには、細心の注意と徹底的な準備を欠かすことができないのではないかと考えられる。

2017年の厚生労働省の医療経済実態調査の病院の平均医療収支差額では、国立・公立・公的はどこもマイナス。医療法人立の平均では1.8%であった。ここ数年、病院の経営状態も社会福祉法人等の収支差額も、多くの収益部分を介護保険支出により賄う営利

法人の経常利益も減少している。通常、経営の継続性を担保するには損益分岐点以上の利益がなければならぬ。つまり、利益がマイナスということが数年続けば、もはや経営危機と判断するしかない。医療や介護の経営は、社会的災害に追い詰められている現状では、2年後3年後の経営ビジョンも描けなくなっている。はつきりしていることは、過去20年間と比較して、医療経営も介護経営も改善の兆しもなく、経営的には、少なくとも3割程度の事業体が経常利益を確保できないままというのが現実だ。

金がないから払えない
それって社会的災害？

このような経営実態にかかわらず、政財界や制度・政策を司る行政関係者の間では、診療報酬や介護報酬などの、いわば削減できるという判断が先行しているとしか考えられない。そのように考える

社会医療研究所

〒101-0047
東京都千代田区内神田1-3-9
KTIIビル4F 日本ヘルステクノ(株)内
電話 (03) 5244-5141 (代)
FAX (03) 5244-5142
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 三菱UFJ銀行
三橋支店 (023)
1712595
振替口座 岡田玲一郎
ファウンダー 小山 秀夫
発行人

理由は、国の財政状態であり、なんとか社会保障費用負担の軽減ができないかという財界の後ろ盾がある。もっと単純化してしまえば「ない袖は振れない」と主張しているのである。

病院経営サイドから見れば、このような要求を社会的災害と考へざるをえない状況に追い詰められているという見方も可能だろう。だが、時代とともに医療介護分野の需給関係自体が大きく変化していることに細心の注意を払わないと、これまでの経営手法では通用しない時代である。実際の医療介護経営では、いわば公定料金である報酬改定に即応せざるをえない側面と、報酬改定の先を見越した選択とか組織の価値観や経営方針から5年先の経営形態を模索する側面があることになる。経営的にみれば、どのように考えても前者より後者が重要である。

人口減は社会的災害です

医師や看護師の確保が困難という状況に大きな変化がないが、給食・掃除・洗濯などをはじめ何しろ職員募集しても応募者がいな

い。深刻な働き手不足は、何も医療や介護分野だけの話ではないし、超高齢社会の必然的現象に真正面から向き合うしかない。定年延長や高齢者の定義の変更などが議論されることが多くなったが、働ける人には労働環境を工夫する必要がある。海外の人々の協力をえるのであれば、これも細心の注意と国際的世論を前提とした配慮が必要であろう。人口減少社会は現実であり、人口が少ない自治体はいずれ維持できなくなる。

すでに、牧歌的な村落共同体は次々に崩壊し、地域の祭りを維持することが難しいという報道が各地から絶えない。人口減少、人口構造の変化は、人為的に対応することが難しく、重要な政策課題であるが有効な解決策が乏しい。この問題は社会的災害として認識し、対応する必要がある。

結局、診療や介護報酬が引き上げられる状況にはなく、働き手の確保は難しく、競争が激化するという社会的災害を防止することは、かなり困難であるのが現実である。

経営持続性確保のために
改めて論陣を再構成する

わが国で病院の経営問題が真剣に考えられるようになったのは、たかだか50年、特に民間病院の経営に関心が高まったのは老人保健法が成立した1983年以降ではな

いのかと思う。つまり、この社会医療ニュースが発刊されてきた期間でもある。

もう38年前のことだが、厚生省病院管理研究所で病院の医療利益と経常利益について若輩である私の名がたたる病院長を前に説明した際、ある市立病院院長が質問した。

「我々は医療をしているのであり利益を求めているわけではない。利益・利益と言われるのは心外だ」。

当時の厚生省用語(今でも使用している)は「医療収支差額」であり、収益から費用を引いたものを利益と呼ぶ習慣が無いことに改めて驚愕した。この体験は病院経営は経営持続性が最優先されなければならぬという私の信念となり、どうすれば継続性確保ができるのかを深く考えるようになった。

しかし、日本経済は実質経済成長できず、公定料金の報酬は改善の兆しもなく、少子高齢化は進行し、人口減、働き方改革が病院経営に災いを与え、病院間の地域内競争は激化している現状である。全国各地の状況を見ると診療圏ごと共倒れを防ぎ、地域医療を確保するという選択肢が現実的である場合も多い。だが、公と私の溝は深く、地域ごとに話し合いで

解決できるかどうか、わからない。社会医療研究所の存在意義は、病院経営を持続可能にする方法を開発してきたし、これからも探求するため前進することである。

社会福祉私論

— 中医協のあり方論 —

フアウンダー 岡田玲一郎

本号から、小山秀夫先生にバトンタッチした。いわば生まれかわった担当員だけに、新生児の如く、元気な声を挙げたいものだ。

ということで、表題のタイトルにしたのだが、ここには恥ずかしながら「逃げ口上」がある。「私論」とは「飽くまでも個人的意見」という暴論を隠すためのもので、あまりいい根性ではないと思っている。しかし、前号で澤田勝寛先生が書かれておるとおり、ときとして、あるいは人によつて、わたしの社会福祉論は暴論と受けとめ(ざるを得ない)論として反発を買ったものだ。ところが、当の本人は反発や強権による私論封じは、むしろ快感でもあった。

「社会福祉は正義」は間違ってますか？

本紙などで、わたしは「医療は正義」と主張してきた。それが、気に食わないと言われても、困ってしまう。だって、医療が不正義だったら、医療費を負担している国民と企業、さらには国家として「悪」でしかないからだ。悪には、お金を出したくないと思われたら、社会福祉も医療も経営が成り立たなくなってしまう、のではないか。

だから、現在も将来も社会福祉側は、不正義をやつてないかを自問自答しなければならぬ。

例えば、補助金を多くもらうために保育料や授業料を正当な理由もなく引き上げるのは、正義なのだろうか。あるいは、看護師料を不等に多く取つて看護師の給料のピンハネをするのは、不正義なのではないか、である。

過去の話ではあるが、医療提供側である診療側は、診療報酬引き上げの要求のため「保険医総辞退」や「東芝製品不買運動」を強行してきた。わたしは、病院事務長として不正義を感じたので、理事長、院長に強硬に反対を表明してきた。医師会の圧力は感じたが、絶対に国民にとつて良いことではないと思つたことだ。

現在の話をすれば、支払い側が納得できる医療、介護を提供して、支払い側が「これでは報酬を上げなければ……」と思わせる社会福祉を提供すればいいのではなからうか。一般的な買い物はそういうことで成り立っているからで、社会福祉側が最も推進すべき手法だと思つたのである。

書いていて、すぐに「そんな甘

いことでは、支払い側が動くわけがない」という声が聴こえてくる。本当に「甘い」のだろうか。わたしは、「厳しい」と思っているし、米国での診療、介護報酬では、それが成立しているのである。このことは、「ACO」絡みで別に詳述するが、固定費払い制度では、いかにコストを効率化し、より質の高いケアを提供する。こここそが、医療、介護の提供側や支払い側を乗り越えた社会が求める正義ではないのだろうか。

そもそも、保険医総辞退、国民に自費で医療費を払えなんて、ヤクザの考えることだが、ヤクザ医師(薬剤師)のわたしは、考えられないことなのであった。理事長、院長は、医師会との板挟みだった。

東芝が、いまより経営がよくて、バイバイしているころなので、診療報酬引き上げに反対とはなにごとかという強迫は、社会正義として通用しないことだ。わたしは、その延長線上に診療、介護報酬を増やさんかための不正があると感じられたのだが、現場の人たちはどう感じているか、わたしはチコちゃんより、知っている。

もつと国民のための
中医協審議を望む

中医協に関する報道をみてみると、相も変わらず国民不在を感じ

じざるを得ない。お金を払う側、もらう側が激突とはいかなくなつたが、お互いが「自分の側」の利益を主張して、そこに社会福祉の本義である「国民の幸せ」が欠落していると感じるのである。むしろ、私論だから個人的感想かもしれないが、それを主張するのは「不毛」といえないだろう。

わたしの学んだ社会福祉は、立教大学の心理学教室だったが、社会福祉の福祉とは「国民の幸せ」と学んだ。そこで、教授に「社会とはなんですか？」と尋ねたら、それは「君がそこにいるからだ」と言われ、しばらく理解に苦しんだが「ひとり、ひとりの存在」と気がつき、正しいかどうかは知らないが、その理解で通してきた。つまり「社会福祉」とは、国民ひとりひとりの幸せだと確信する。

それゆえに、中医協の場合は診療、支払い側がそれぞれの主張をぶつける「論争」の場ではなく、国民の幸せを真正面に置いた「協調」の場でなければならない、と思つた。おそらく、それは理想論と退けられると思うが、米国のように中医協のような場で「ケアの質」を評価して、質の高いケアにはボーナスをつけ、加えて強調したいのは「質の低いケアにはペナルティ」を課す制度を確立(徐々でもいいから)すべきだと思つたのである。

わたしは、あまり「べき論」は書かないほうだが、ここでは「べき」と思つたのである。そのためには、やはり「ケアの質」の評価が中医協の場で論議されなければならぬと思つたのである。

あまり難解な話ではない。診療、介護側は、現在は報酬の対象になつてはいないが、これだけのアウトカムがあるケアを提供しているという証明を出すことが、第一歩だ。いままでは、支払い側は逆に不正義を叩くことに注力しているようにみえるが、もつと正義を認識し、そのアウトカムを評価したら、国民は幸せが増すと思つたのだが、甘い考えだろうか。

もちろん、それぞれの立場ということは、分かる。だけど、その「それぞれ」の部分で「国民」に置き換えるのは、優秀な人たちが揃つている中医協では可能なのではなからうか。そうでないと、本来の中医協の意義がないように思つたのである。国家財政を考慮すると、私論ではあるが不正義な報酬のカットを進め、正義のケアの報酬を引き上げることが必要だ。この正義、不正義の分岐点は、かかつて国民の幸せに直結する。国家財政と責任をもつ財務省の立場はともよく分かる。そこには、これから社会を背負う若い人たちへの配慮は、絶対に必要だと思つた。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第1回 「改革」の本気度

京都市保健福祉局担当課長 一戸 和成



初めまして。京都市役所で公衆衛生医師をしている一戸和成です。ある日、岡田玲一郎先生と小山秀夫先生に、社会医療ニュースのために何か書いてくれと言われ、お二人にはお世話になつてい手前、断る余地など全くなかつたこともあり、歴史ある社会医療ニュースのコラムを「少しの間」僭越ながら担当させていただきましたことになりました。よろしくお願ひします。

○自己紹介

まず、私が如何なる人間なのかを紹介しなければ、皆さんにコラムを読んでもらえないのではないかと思いますので、簡単に紹介したいと思います。秋田県大館市生まれの45歳、生まれてすぐに青森県に移り、以来、大学院卒業まで青森県に住んでいたのが、青森県出身としてゐる。医学部卒業後は消化器外科医として働き、その後、厚生労働省の職員(医系技官)となる。厚生労働省在籍中に長く担当した行政分野は、医療保険・医療政策であり、医療保険行政においては、主に診療報酬改定に関与し、2003(平成15)年DPC導入改定、2004(平成16)年改定

2014(平成26)年改定は保険局医療課で、2006(平成18)年改定は医政局経済課で担当した。自身の記憶に残っている報酬改定内容は、2004(平成16)年1月に「生体肝移植手術」の保険適用範囲の拡大(一部の肝がんにも拡大)の担当をしたこと、2016(平成26)年改定での、旧7・1一般病棟入院基本料の要件の厳格化と「地域包括ケア病棟入院料」の新設、在宅医療関係報酬の大幅引下げである。それぞれ、時代にあわせた新たな医療技術の導入と、医療提供体制の在り方への報酬の関与という点において、大きく寄与したものと自負している。

医療政策に関しては、2011(平成23)年4月、東日本大震災直後に医政局指導課(現地域医療計画課)に配属され、災害医療体制の見直しを行いつつ、2012(平成24)年3月に通知された第6次医療計画の策定指針の策定に携わった。(その裏では、現在の地域医療構想につながる「急性期病床群」に関する検討にも関与している。)

また、地方自治体については、

福井県(2008(平成20)年)2011(平成23)年)と青森県(2014(平成26)年)2017(平成29)年)に意向し、青森県では、特に地域医療構想策定の際に、公的・公立病院の再編を仕掛けた。現在、病院再編は具体的に動いている。

現在は京都市役所で、ゆるく公衆衛生行政に関与しつつ、これまでできなかった、私個人の働き方改革に邁進している。

○コラム名「有事斬然」

コラム名は、中国時代の政治家・学者でもある「崔後渠」(さいこうきよ)の教えの1つである「六然」(りくぜん)という言葉の一節であり、「事が起れば勇断をもって処理しなさい。」ということを示しているものである。

公私の別を問わず、医療機関・医療関係者が置かれている状況は、自らの立ち位置に留まり「現状維持」を目指すのではなく、近い将来に必ず経験することになる「超」少子高齢化、人口減少社会を見据え、まさに、勇断果敢に変革していく姿勢が必要なのだと考えている。また、時代の要請や地域住民のニーズに合わせた変革ができるかどうか、将来、生き残れるか否かの分水嶺であると、私は確信している。その気持ちをコラム名にのせてお届けしたい。

○「改革」の本気度

私は、厚生労働省在籍中及び地方自治体出向中には、ある意味「強引」に「改革」に取り組んできた。それぞれの仕事では、それまでできなかったであろうことにも着手できたと思うが、その反面、多くの方々から批判もいただいた。しかし、今となっては、その政策は定着し受け入れられていると思う。結局は、「大義」に則って「改革」すれば、いずれは国民に受け入れられるということを信じて議論を進めなければいけないと思う。いわゆる声の大きい「守旧派」に阿ることなく、声なき声を発している多数の国民に目を向けるべきである。

12月19日に、政府の「全世代型社会保障検討会議」が中間報告をまとめた。その内容は、当初、首相が意気込み、想定した内容からは相当程度違った形になったようにも見える。先にも述べたように、国民は、厳しい「改革」案でも、それが本当に必要なのだという「大義」があれば納得してくれると私は信じている。勇氣と国民への信頼をもつて、まさに「有事斬然」事をなすべき時代である。そうしなければ、後世に付け回すだけになる。

○診療報酬改定の「本気度」

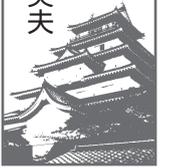
時を同じくして、令和初の診療報酬改定である令和2年改定の改定率が12月18日中医協に報告された。本体改定率は、0.55%(うち、0.08%は医師の働き方改革推進分)、薬価等で、マイナス1.01%となり、2014(平成26)年改定以降、4回続けて、本体プラス、ネットマイナス改定となった。今回の改定の基本方針では、「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」だけが重点課題として位置づけられている。しかし、そもそも4月24日の社会保障審議会医療部会の資料では、厚生労働省自らが、医師の働き方改革と地域医療構想の実現等、実効性のある医師偏在対策の着実な推進とを「三位一体」で進めるとあるが、これまでの中医協の議論を見ていると、医療機関の機能分化や医師の偏在対策に直結するような議論が少なくないように思うし、議論があつても医療提供体制を大きく変えるような論点になつていないように思う。これから短い期間にはなるが、答申に向けてどのような結果になるのか、非常に興味がある。そこにこそ、厚生労働省の「改革」の本気度が見えるのである。

○次回につづく

医療提供体制を取り巻く現状は、複雑な連立方程式を解くような行政課題の連続であり、今後、診療報酬改定や医療政策も含めて、思いつくまま考えを述べていきたいと思う。次回は、コラムの締め切りまでに見える改定の内容について、改定作業の経験者の視点で論評を加えてみたい。

九十年のあゆみを振り返って

竹田綜合病院 法人事務局長 東瀬 多美夫



竹田綜合病院は今年で創業九十二年になる。一昨年は九十周年の記念事業の中で過去の資料を探し出し、大量の資料をデジタルデータ化し、パソコンで検索し学習しながら歴史をまとめ、様々な資料を調べていると、自分の知らない事柄が結構あり改めて病院の発展成長の歴史を知ることができた。その結果、九十年のあゆみが完成し従業員をはじめ患者さんや関係者にこれまでの取り組みを紹介することができた。

地域の医療ニーズ、それに応える病院、リーダーが掲げるビジョン、従業員の増加と発展の条件がそろっていた。こういった歴史を知らずに、現在の病院の姿をみると、大きな病院が昔からあったように思う若い人もいるだろう。しかし、過去の経営者や従業員が、疾病構造の変化や医療の発展、医療政策への対応に迫られ、また、新しい技術、新しいサービスなどの導入の必要性を判断して病院が発展してきたのである。病院発展の歴史を知っているのと知らないのとでは、現時点の病院の存在意義の受け入れ具合も違ってくるだろう。

■「六十年史の編纂」

遡ること四十数年前、竹田病院五十年史の編纂がスタートした、が結局、出来上がったのは「五十年史」ではなく「六十年史」だった。十年の歳月が編纂に費やされたことになる。その六十年史において、当時の理事長高瀬喜左衛門が発刊の辞において『ようやくここに「竹田綜合病院六十年史」を発刊してみなさまにお届けできることを心から喜びたいと思います。遅れたことについては、重ね重ねお詫びいたします。』

そもそも病院とは医療の機関であって歴史の編集を意図しなから運営しているものではないが、まさに、その割には資料がたぐさん残っていたかと思えます。これは病院を愛してくださった方が多かったことを示しており、冥利に尽きることであります。この資料をもって、昭和三年から六十年の変遷を一口に要約すれば、それは竹田綜合病院が地域の要望に応えながら、自己変革を重ねてきた歴史であります。創業者竹田秀一が、常々申しております「最高の医療を全ての大衆へ」の理念実現への

経過でもありません。即ち地域の皆様からの信頼協力関係の下で、これは肝に命じておかなければなりません。これを拡大してみれば、国民の医療に対する要望の拡大の歴史であり、それに応えての医学の進歩の歴史であり、はたまた国家の医療政策の変遷の歴史でもありました。そのような対極的な角度から、記述してみたい誘惑は強いものがありました。しかし今回はそれを避けました。

思うに、あと四十年たった「百年史」の時にこそ、一層それに相応しい展望の高みに立てるのであります。今回はただ淡々と事実を綴ると共に数年前に頂いた、思い出の記などを併せて記載させて頂くに止めました。(後略)

■「企業の寿命は三十年」

企業の寿命は三十年と言われる。三十年という時代幅でみると、まさに九十年が三つの時代に分けられる。①有床診療所からスタートし、地域の医療ニーズに応えることが第一、それに懸命に対応して医院から病院となり、従業員を増員し、従業員への教育が必要となり「今日の誓言」を毎朝唱和し、昭和二十一年、「竹田病院院歌」(作詞・土井晩翠、作曲・古関裕而)

を制定したことで組織の一体感を向上し、規模拡大の準備が整う、これが第一期、②ヨーロッパ、アメリカを視察し帰国後に、木造病棟から鉄筋コンクリートの病棟への建替えを行うとともに、新しい手術室や人間ドック、糖尿センターなどを導入し、二回目のアメリカ視察から帰国後、個室病室、急性期リハビリ医療、看護婦養成学校、屋上レストラ、精神医療などを導入し、東北大学工学部と病院建替えのマスタープランを検討し昭和五十年に中央診療機能と外科病棟を建て替え、更に芦ノ牧温泉に慢性期リハビリ医療を担う芦ノ牧温泉病院をつくり、竹田綜合病院にはオール個室の病棟、健診予防医療棟を建設した第二期、ここまでは初代と二代目理事長が描いたビジョンによるものだ。

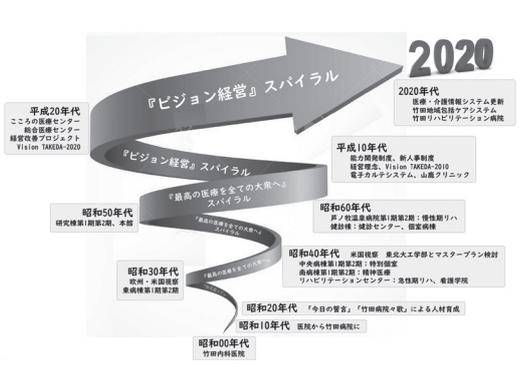
③現理事長が就任後はビジョンによる経営がスタートし、最初に取り組んだのが従業員の教育の「目標による管理」を人事評価制度に導入し、経営計画VISION TAKEDA-2010を発表、それに基づき既存建物を山鹿クリニック・こころの医療センター・総合医療センターに全面建替えした十二年間にわたる建替え工事が完了する平成の三十年間を第三期、④そして百周年に向け竹田地域医療包括シ

ステムを構築している今を第四期と区分けができる。

■「地域社会への貢献」

九十年の歴史をこうしてみると、高瀬元理事長が述べていた「これまでの変遷は竹田綜合病院が地域の要望に応えながら自己変革を重ねてきた歴史であり、創業者竹田秀一が提唱した「最高の医療を全ての大衆へ」の理念実現への経過でもあり、今日の成長があり得たことは地域の皆様からの信頼協力関係の下でのみ実現した」ということ、そのものである。地域の医療ニーズ、それに応える病院、リーダーが掲げるビジョン、それを支える従業員という条件がそろっていたのだ。これからも地域社会に対し医療という窓を通じて貢献し続けたいと思う。

を制定したことで組織の一体感を向上し、規模拡大の準備が整う、これが第一期、②ヨーロッパ、アメリカを視察し帰国後に、木造病棟から鉄筋コンクリートの病棟への建替えを行うとともに、新しい手術室や人間ドック、糖尿センターなどを導入し、二回目のアメリカ視察から帰国後、個室病室、急性期リハビリ医療、看護婦養成学校、屋上レストラ、精神医療などを導入し、東北大学工学部と病院建替えのマスタープランを検討し昭和五十年に中央診療機能と外科病棟を建て替え、更に芦ノ牧温泉に慢性期リハビリ医療を担う芦ノ牧温泉病院をつくり、竹田綜合病院にはオール個室の病棟、健診予防医療棟を建設した第二期、ここまでは初代と二代目理事長が描いたビジョンによるものだ。



この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎なるようになる

わたしの人生観、といえは大袈裟になるが、87年の人生を振り返ると「なるようになる」と思ってきた。それはなげやりな「なるようになる」とは、ちがう。やれることは思いっきりやって、結果は自分の思いとは逆の結果になってもいいではないか、である。つまり「やれること」をやりきってしまったら、結果はどうあれ満足な人生である、と思うのだ。「思う」は「おもう」のほうが、より適切かもしれない。

現在進行形の具体例でいえば、診療報酬の改定の場合は「こーい」二号で書いているように、診療側、支払い側がそれぞれの正義として、主張を主張し、コンセンサスを得る場になることである。そのため、小さな力だが思いっきり主張を続けていくことだ。結果はどうあれ、それが正しい「価格設定の場」と信じるからだ。

と、新年早々、デカイことを表明するのである。なるようになる。と思うが、これはわたしの生きているうちに決まることではない。永年の歴史を変えるには、やはり時間を要するからだ。しかし、生きている間は、やる!!
癌という病気の問題でも、そうだったから、再発しようが、このまま

「しづか」でいようが、それはどうでもいいことだ。やれることをやってきたから……。

ということ、病院、施設の経営者、管理職の皆様、やれることをやり切っておられますか?!

◎2022年の診療・介護報酬

診療報酬関係の識者の方の話だが、昨年は例年とちがって診療報酬に関連するセミナーの参加者が少なくなっているようだ。製薬会社、卸業の方は関心があるようだが、病院関係の方は少なくなっていると言われていた。もちろん、その個人個人の感想で、全体的な話ではない。わたしは、7月に診療報酬改定の話を実践する会」で話させて頂いた。

そもそも、診療報酬や介護報酬の改定は、ひとつの流れであつて、時代と共に動いていくものだ。だから、前年の6〜7月には細かい点数は別として、流れは決まっている。例えば、今年の改定のキーワードは「アウトカム」であり、「不平等の是正」だと思っていた。回りのFIMスコアにしても、いまのままではリハ導入前のスコアが、どうしても高くなってしまう誘惑が気になってしまう。リハビリのプロとしてのPT、OTなどの方は、悩ましい人もおられるだろう。しかし、やがて「目標への時間」が報酬とパラレルになったら、その悩みはプロとしてのプライドに変化するだろう。

◎薬、出し過ぎ、もらい過ぎ?

社会保障費、なんとも格好よい響きだが、資本主義国家としては必要不可欠だ。老人が多いからといって、アウシビッツというわけにはいかない。年金は、例の二千万円問題は別として、もう充分という国民は少ない。その少数派ではないわたしは、働いている現在が多過ぎると思っている。子や孫のためを思うからである。いや、肉親だけのハナシではなく、これから国家予算を支えていく若い人たちを思うからだ。

それより、多くの金額を占めている、医療における薬はなんとかならないだろうか。湿布薬のみならず、市販薬で済む薬がいっぱいある。眼科の先生に叱られるかもしれないが、点眼薬も多過ぎる。先日は、知人が白内障の手術でなんと6種類の点眼薬を処方され、「目薬をさすのに忙しい」と言っておられた。むろん、医療上必要なだろうが、6種類も医療保険でカバーしていいのだろうか、医師にとつての暴論を吐いている。わたしの白内障の手術のときは、2種類だったからだ。

これも、患者側が拒否できないところか、なんやかや言つてはクスリを要求する老人患者、それをよしとして処方する医療提供側に問題がある。訪問、在宅介護関係の人たちが言う「引き出しにいっぱい入っているクスリ」が、どれだけの医療費を消費しているか、米国の薬剤師会が展開している患者が服用

しない、あるいはもらわざるを得なくて余っているクスリのチェックを、日本薬剤師会も展開することを期待する。

来年からは、調剤薬局の多くはそれをしなければならなくなる(と予測している)。

◎再三になるが、宇宙開発のムダ

GPSや電話のための宇宙予算は、大いに結構と思う。しかし、太陽系誕生の謎とか、生命の起源の探究のための宇宙関連予算は、そのことに関心のある人たちが自腹をきつてやってもいい。わたしが納入している多額の税金は使ってもらいたくない。絶対に! JAXAの人たちには悪いけど、あの予算は社会保障費に回してもらいたい。太陽系誕生の謎が解明されて、なにかいいことあるとは思えないからだ。人口が増えて、地球が人で溢れるようになって、わが地球で打開できると思うからだ。まして、生命誕生の起源を調べて、少子化を解決できるなんて、アニメの世界でも受け入れられないのではなからうか。国会議員は、なにをしてるんだらう。

◎国会議員の質の低下

千葉県の森田知事は国会議員ではないが、いわゆる政治屋の質はともその給料に見合ったものではない。原因は選挙民に帰結するのだが、政策だけでなく、その言動にも原因がある。もちろん、前述した

ようにバイナッブルなどで投票する国民にも原因はある。選挙民の質の低下が政治屋の質の低下を招いた、思っている。

安倍さんがどうのこうのという問題ではなく、総理、総裁にしたのは誰か、ということだ。それに、人間の習性かもしれないと思うのは、他の国をみて思うのだ。アメリカの大統領の給料、あるいは総所得がどうなっているか知らないが、少なくとも市長は無給である。つまり、真の政治家にはボランティア精神が必要で、第二次大戦前は「井戸堀政治家」がひとつのステータスだった。

なんか、すべてがお金につながっている社会になってしまったように思う。せめて、社会福祉はお金に汚染されないことを願う。

◎永生きの価値は、なんだ。

今年、87歳になって、つくづく社会に迷惑な存在で生きていきたくないと考えた。社会には家族が一番近いから、家族に迷惑を及ぼすなら、死んだほうがマシだ。生命保険は加入してないから、死んだら葬儀代が必要となるが、それくらいは、歯を喰いしばつて稼いできた報いでいいではないかと、今日、霊柩車を見て思った。そんな心境である。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



IX これからの医療を考える

1 医療提供体制

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

先日、岡田氏にお会いすることができた。声は多少ハスキーだったが、L T A C 研究会の頃とは異なり、ずいぶん元気になられ昔の精気が戻りつつあった。嬉しい限りである。また、このニュースも旧知のしかもクラシック音楽好きで相性の合う、多少口の悪い小山秀夫氏が継続して頂けるということで、安堵している。自由に発言できる場があり、さらにこうした場を維持管理される方がおられることは社会的にも意義のあることだとつくづく思う。わたくし自身もできる限り、本紙を支えていきたいと考えている。これからもよろしく願います。

さて、2020年のオリンピックイヤーを迎え、今年はいろんな面で、さぞ盛り上がる年になろう。個人的には真夏にオリンピックをやっている場合ではないという気分だが。もちろん医療関係者にとつてはその前の診療報酬の改定が気になるであろう。院長を譲ると診療報酬のこまごまとした事はあまり、気にならなくなった。むしろ、これからの医療提供体制や働き方改革や、環境問題、若年人口減などが気になる。

医療提供体制で言えば、現下の地域医療構想と調整会議で議論されているが、正直言って、進んでいるとは思えないし、現状ではそもそも建設的な議論ができる場ではない。原因ははっきりしている。この構想の出発点は新たな二次医療圏、つまり構想区域の再設定にあつた。大和総研の亀井亜希子氏によると二次医療圏は341から328に減つただけで、13医療圏が見直されただけである。患者の流入20%とか流出20%などは医療圏の見直し後に議論すれば良く、どうでもよい些細なことである。生活圏に見合った二次医療圏の再設定が本質的に重要な課題であつたが、これはなぜかすつ飛ばして議論が始まつた。もつとも、この医療圏見直しは戦後にGHQからも指令が出ていたのだが、残念ながらうやむやになつた。この間、人口構造やアクセシビリティが大きく変化し、ミスマッチが拡大していつたにかかわらず放置されていたと言つていい。その原因は行政の怠慢と既得権だ。

地域医療構想が地域住民のために真に有益になるためには、「生活圏」に基づいた医療圏の設定を

今からでも良いから本格的に進めることである。高齢化が進み医療・介護・福祉はまさに生活そのものになつている。生活圏の定義は人口50万人以上、救急車で60分以内、ヘリで15分以内などと設定すればよい。さらに遠いところは遠隔診療システムの導入で、合理的かつ現実的な医療圏の設定は可能だ。「二次医療圏ごとに設置」などと言う行政の文言があるが、2万人から266万人という100倍以上の人口サイズの違いがあり、このばらばらな医療圏で医師の偏在や患者の流出入を一律に議論しても解決にはつながらない。これに対し「地域の実情に合わせて」と言う文言が添えられるが、これだけ差があると実情は大違いだ。政府にお願いしたいのは自治体つまり行政の枠を超えた医療圏の設定に向けて行政主導で原則論・総論を確立し、その方向性に沿つて医療圏を再編して、そのうえで各論としての医療提供体制を考えてほしいといふことだ。現在の地域医療構想は行き先を決めないで旅に出たようなもので、どこにも行けない。

現行の二次医療圏のような狭いエリアでは偏在や既得権の主張がより誇張され、誤つた結論に至るだけでなく、広域的な医療提供体制の議論ができない。部分的な狭域の病床再編やダウンサイジングの議論に終わらるだろう。その結果、住民が困るだけでなく、縮小し

ていく社会の適切な受け皿づくりにも失敗し、結果的に社会的コストを増大させることになる。縮小する社会では医療、介護、福祉、生活支援などのサービスをばらばらに提供するのではなく、これらがネットワークを組んでまさに地域包括的に提供する体制の構築が求められる。

このような中で昨年9月26日に424の公立・公的病院が診療実績をもとに再検証対象として名指しされた。再検証Aは9領域すべてで診療実績が特に少ない(下位33・3%)。277病院、再検証Bは6領域で類似かつ近接している病院307病院で、A、Bともに該当する160医療機関があり、307+277=160+424病院となる。要するに取立ててこれと言つた強みがない病院と、近くに似たようなことをやっている病院が対象となつている。このデータを基にして「公でしか担えない機能」を公的、公立に求めている。

調整会議が進まないのは公的、公立が集約や再編に消極的だといふ見方で、このデータがあまり吟味されずに公表された。当然、名指しされた病院では混乱や反発が起る。しかも病床は公だけでなく「いわゆる民間」も保持しており、こちらのデータを交えて総合的に議論するのが筋だ。原則論から言えば患者にとつては、適切な医療を適切な価格で受けられれば

公でも民でも関係ない。さらに、そもそも論から言わせていただければ、「民とは何か」から始まる。民の定義が明確になつて、「公でしか担えない機能」の議論となる。公の定義ははっきりしている。公的も解釈次第がある程度、首肯できる。そうすると「それ以外の医療機関」が「いわゆる民」となる。このように定義が明確でないところから出発しているのが、それ以降の文言はすべて拡散的に曖昧である。曖昧な定義で決着をつけられたらたまらない。つまりはやり言葉の「付度」になるからである。付度はルールに基づいていないのと何より透明性に決定的に欠けているのが困りものだ。公でしか担えないということに民が手を出すと言ふことでもない。民でしか担えないところはない。なぜなら以前書いたように民はすべてを担えるのである。論理的に言つと「公でしか担えない機能」も本当は「無い!」のである。

民の定義が曖昧なので「民業圧迫」という言い方もまた、漠然としていて。民の定義は「報酬部分すべてが民からのお金で構成される」とし、公の定義は「報酬部分分が公のお金すなわち公的保険と税と患者負担分(公定価格)から構成される」とするNHISの定義が最もすっきりする。次回はこの定義を巡る考察を試みたい。

「一年ほどの非常に印象に残っている病院、施設の変化がある。それは、ミーティングルームの不足だ。私は、仕事で職員研修を行っているが、その研修会場の確保に、担当職員が苦慮しておられる。つい二三年前までは、同じ会場で行っていた研修が、変更されていることが多くなった。それだけ、院内、施設内での職員のミーティングが増えてきているのである。」

このことを通じて思い出すことは、PTになったばかりの長女を、カナダのオンタリオ州に私の研修に一年間行かせたことである。カナダではいろいろな経験があったようだ。車による道路の通行も、日本とは逆

成長への話し合い



だ。それは経験により慣れてくることなのだが、帰国後、私が「なにが日本と一番ちがっていた？」と問いかけたとき、娘は「なにかあると、すぐ『集まろう』とスタッフの話し合いをする」だった。そのことが、わたしにも非常に印象深かったので、先のミーティングルームの不足という現在のわが国の病院、施設の研修会場の現象につながっていったのである。しかも、そのことが起きていたところは、どの病院、施設も着実な成長を遂げているという共通性がある。当たり前前といえは当たり前だが、なにかが起きたときだけではなく、

定期的なミーティングのケースが多いようだ。「定期的」と「なにか起きたとき」とは、ちがうと思う。前者は予定であるのに対し、後者は偶発であることだ。スケジュールとして予定されたミーティングが多くなるのも良いことだと私は思う。昔は、事務長としてスタッフが話し合いのような場を設けていると「そんなべちゃべちゃしやべっている暇があったら、仕事をしろ！」と言っていたが、その無意味なミーティングの場は、現在でもいけないことだが、昔も今も、そこでは生産性があるのだと思うようになった。もちろん現在でも、

点からすれば、わたしは良いことだと思ふ。わが国でも、現在に通じる話だということに、話が通じるのである。その点では、わが国の病院、施設の現場でも、小さな問題でもそれが起きたときに即時に反応するミーティングの場があつてもよいと思うし、現実にそうなっている病院、施設の部門もある。職場は「問題の渦」であるといわれている。また「問題のない職場」はないともいわれている。問題がないと思つているスタッフ、あるいは上司が、そもそも「問題」の根源なのである。

これからの病院、施設は「成果＝アウトカム」の時代である。その成果の証明が必要となる時代にあつて、わたしは各職場での「話し合い」が重要になると確信している。なお、話し合いであつて一方的に「話す場」は、話し合いではないと思ふ。病院、施設は組織の構造的に上意下達が多くなりがちだ。それはそれでいいから、きちんと下達しているかの確認が必要だろう。

生産性のないミーティングの場はある、多くの場合「会議」と称される上意下達だけの場は、そこで意見を自由に述べあうことがない限り、わたしはあまり意味がないと思つている。上意下達の一方通行ならメールで済むことだからである。娘の場合の「集まる」は、会議とはちがう。そこで起きているアクシデント、あるいは問題について話し合いを通じて解決の手段をみんなで見出すことである。通常の仕事を一時中断しても、問題の起きているタイミングで話し合つていくこうとするのは、生産性という観

昨日も、ある施設の食堂で数名のスタッフが話し合いをしている場面を見た。内容は分からないが、話し合いの場がないときは、どこでもいいのである。そのことも、昔の娘の話から感じていたことだ。ミーティングの場が多くなつてきたのは、良いことだ。

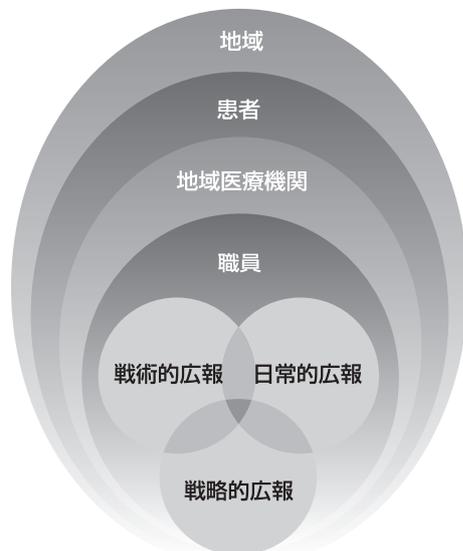
岡田

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

