

薬剤師教育6年制の持つインパクト

2012年に、薬剤師教育が6年制に移行して初めての薬剤師の国家試験が実施されました。常務理事の時代に担当役員として6年制に取り組んでいた当時は振り返ると感慨深いものがあります。

1943年に薬局及び薬剤師の制度が確立し、その後、1960年に現行の薬剤師法が制定されて以降、薬剤師はわが国の医療提供の一翼を担ってきました。そして1992年の第二次医療法改正で、薬剤師が「医療の担い手」であることが明記されました。さらに、2006年の第五次医療法改正において、薬局が病院、診療所と並び「医療提供施設」として位置づけられています。これら薬剤師及び薬局を巡る環境の変化は、わが国における医療提供体制のあり方を見直しと分けて語ることはできません。

それを裏付けるように、2010年には厚労省医政局長通知、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」で、薬剤師の積極的活用が促されています。時代は、より高い専門性と知見を有した薬剤師の育成を求めているといえます。その意味で、よく6年制が間に合ったと胸を撫で下ろすような気持ちです。

2025年を見据えた薬局・薬剤師の役割

いわゆる2025年問題は、わが国の医療提供のあり方について、根本からの変容を求めていると考えています。先般の社会保障制度国民会議の報告書にもあるように、地域完結型の医療提供へと軸足を移さない限り、3,000万人を超えてくる高齢者を中心とした国民の医療及び介護ニーズに応えることは不可能です。そして、その際、薬局そして薬剤師の役割は大きくいえば、次の2点に集約されてくると考えます。

第一には、地域医療への貢献です。具体的には、地域包括ケアにおける薬局・薬剤師機能の確立による貢献です。医薬品の安定的な供給、あるいは適正使用の推進だけでなく、積極的に在宅医療へも参加していく。改めていうまでもなく、高齢者の医療、とりわけ居宅等における医療には薬剤の役割は極めて大きいものがあります。適切な服薬指導はもちろん、在宅における薬剤の薬学的管理は、医療だけでなく限りある医療資源、医療財源への貢献も意味します。在宅における薬剤を適切に管理すれば、年間400億円を超す医療費の適正化につながるという試算もあります。

「薬局・薬剤師の活用が超高齢社会を支えるカギ」

FOCUS



公益社団法人日本薬剤師会
会長 児玉 孝

第二には、セルフメディケーションへの貢献です。具体的には、地域住民に密着した健康ステーションとなることです。

セルフメディケーションについては、昨年6月の閣議決定においてもその推進が明記されています。その定義について、WHOでは、「自分自身の健康に責任を持ち軽度な身体の不調は自分で手当てすること」、またFIP（国際薬剤師・薬学連合）では、「自分の意志で非処方箋薬を使用すること」とされています。

健康を維持・増進するには日常的な取り組みが重要になります。その際、求めに応じた医療関連情報の提供や、対面販売による医薬品の適正利用を確保しつつ、いわゆる健康食品などの利用に関する取捨選択のアドバイスも必要です。先に紹介したように医療「提供」施設である薬局は、国民のニーズからずれることなく提供できる施設であるといえます。さらに、全国には5万軒を超える薬局があり、これらの役割を担う社会インフラとして活用していくことが、今後の超少子高齢社会を支えていくことにつながっていくと信じています。

今後、さらに薬局・薬剤師の社会的活用を促進するため、横断的で柔軟な医療行政が欠かせません。また、薬剤師という貴重な社会資源の充実のため、6割を占める女性薬剤師への支援は、国として取り組んでいただくべき大きな課題でもあります。

わが国の成長戦略を支える重要な柱のひとつであるiPS細胞を活用した新薬の開発も、利用者（患者）を知っている薬剤師の役割は大きくなると考えています。このように、今後拡大していく薬局・薬剤師への期待にどう応えていくか。全国の薬剤師の英知を結集すべき時にきていると感じています。

（文責：編集部）

患者トラブル



近年、増加しつつある患者とのトラブル。

その多くは患者からのクレームへの対応力に課題があると指摘する声もあるが、

中にはいわゆる「モンスターペイシェント」と呼ばれるような事例もある。

今回は、これら患者からのクレームなどのトラブルを紹介するとともに、

「浪花のトラブルバスター」として著名な、大阪府保険医協会事務局次長の尾内康彦氏に話をうかがった。

Part 1 患者トラブル 事例編

Ⅰ 近くなった行政との距離が「駆け込み」につながる

関東のある病院でのこと。

ある日、市役所の高齢福祉課から電話が入った。「あなたのところで、患者さんを虐待しているという通報がありました。明日伺いますので、全職員を待機させておいてください」。

突然の電話に驚いたN事務長は、詳細な通報の内容を確認した。すると、患者への暴力（叩く、言葉で威圧する）、そしてナースコールの線を抜くといったことだという。

この病院は、ほぼ同じ数の医療療養病床と介護療養病床を持つ中規模施設である。虐待があったとされたのは、介護療養病床でのことだった。内容は、食事介助の際に、手間がかかる患者の頭を叩いていた、オムツが外れベッドを汚した患者に、「この野郎、今度やったらただじゃおかまいぞ」と脅した、ある患者のナースコールの線を夜間ずっと抜いたままにしておいた、といったことだった。

ナースコールの件についてN事務長は把握していた。報告があったからだ。その患者は認知症があり、夜間に頻回にナースコールを押すことが続いていた。その回数があまりにも多く、また、ある看護師が夜勤の際に、その患者のナースコールで呼ばれていったがただ押しただけだったことが分かったので、線を抜いたのだった。

他の病室を覗いてナースステーションに戻った看護師は、同僚にそのことを話したところ、その同僚から、良くないといわれ、戻ってまた線を元に戻している。その間、1時間弱。そしてそのことは、看護記録に残されていた。報告を受けたN事務長は、看護部長と話をしたが、すでにその看護師に対し指導が行われていた。

しかし、それ以外の暴力については、まったく報告が上っていない。急ぎ、看護部に確認を入れたが、看護部でも指摘されるような暴力、虐待の事実はないということだった。そして翌日、市役所から5人の担当者がやってきた。

まるで警察の強制捜査のような物々しさだった。責任者と思われる担当者は、看護・介護担当の全職員から事情を

聴取したいといい、そのための部屋を要求してきた。全職員といってもシフトの関係があるので、当日、休んでいる職員については、別途、聴取を行いたいということだった。そして、聴取が始まった。

市職員の聴取を受けたある看護師が、N事務長のもとにやってきた。彼女によると質問項目が納得できないという。虐待の有無についての質問は分かるが、それ以外に、給与や勤務体制など、病院の処遇に不満はないか、上司や同僚からいじめを受けていないかとか、彼女にいわせると「あなたたちに答える義務は無い」といったことまで詳細に聞かれたという。

その日の聴取が終了後、N事務長はそのことを市職員に聞いた。その回答は、「虐待を生む環境の有無について確認した」ということだった。まるで「確認された事実として虐待があった」かのような言い方である。その言葉にカチンときたN事務長は、そもそも今回の調査の根拠について確認したところ、複数の通報があったという。その中には、患者の家族もいるし、それ以外の人もいるという。市役所に連絡したのは、家族と同時に職員だと思われた。

聴取の結果、ナースコールの件については、看護記録に残っていたこともあり、改善報告書を提出することになったが、それ以外の虐待については、結局、「確認できない」ままに終了した。

翌日、病院では院長とN事務長が、全職員に対し、報告及び訓戒を行った。ただし、市へ通報した「犯人探し」は絶対に行わないことを指示した。その後、同様な事態は起こっていない。

実は、N事務長には、今回の件以外でも、市からの確認の連絡は何回か経験があった。いずれも介護に関連するものだ。その経験からいうと、医療と介護では本人も家族も意識が違うという。医療の場合は、患者とその家族だが、介護は「利用者」と家族となる。介護では「サービスの消費者」という意識が強いと感じられるのだ。また、介護保険制度の下で育成された介護福祉士やヘルパーも、医療における看護師とは違った意識があるという。今回の経験から、N事務長は介護療養病床を全床、医療療養病床への転換を検



討している。利用者や家族とのいらぬトラブルから、職員を解放してあげたいと考え始めたからだ。

Ⅰ 暴言から同室の患者いじめに発展

都内のある病院のこと。この病院に入院する60歳代の男性患者がトラブルメーカーだった。この患者は、粗暴な振る舞いが多く、暴言を吐かれた看護師は数名にとどまらない。中には、担当を替えてくれと看護部長に直訴してきた看護師もいる。おとなしかったのは入院当日だけで、翌日から看護師だけでなく、同室の患者やお見舞いに来る家族に対しても嫌味や暴言を吐くようになり、夜中でも頻繁にナースコールを鳴らし、看護師がすぐに来ないと怒鳴り散らすなど、多くの看護師が困り果てていた。

看護師長や看護部長は、スタッフに対し、自分の病気に対するストレスもあるのだからと、同室の他の患者さんやご家族に対する暴言を目撃した時には、ある程度厳しく接し、自分たちスタッフへの暴言については、できる限り受け止めてあげるよう指導した。

しかし、その限界を超えるときがやってきた。

ある日のこと、担当の看護師が事務長室に駆け込んできた。聞くと、数日前に入院し、問題の男性患者と同室になった17歳の少年へのいじめが許せないということだ。聞くと、その患者は少年に対し、「お前は自分の病気を知らないんだろ。たとえば手術をしても、お前は治らないんだぞ」、薄笑いを浮かべながら、そういったという。

Y事務長は、院長、看護部長に連絡を入れ、その患者の担当医とも連絡を取った後、その患者を事務長室に呼び寄せた。そして、今回の暴言は度を過ぎていたといったものではなく、明らかに言葉による暴力であること。これ以上、あなたを入院させておくことはできないといい、直ちに退院を求めた。もちろん、担当医には退院しても大丈夫であり、いつでも退院可能であるという確認を取っている。

強い態度に出たY事務長に驚いたのか、男性患者は退院はもう少し先にしてくれと、気弱な調子で懇願してきた。

しかし、病床に余裕もなく、他の病室への移動も無理であることを話し、1時間後にタクシーを呼んだ。そして、Y事務長が同行し、男性患者の自宅へと送り返した。

翌朝、少々強引に過ぎたかと反省していたY事務長のところへ、あの少年の担当看護師がやってきた。少年がY事務長に会いたいといっているという。病室に行くと、少年はY事務長に対して、「ありがとうございます」といった。看護師がいないところでも、日常的にいじめられていたというのだ。そして、自分を助けてくれて感謝しているといった。少年は翌日、脳腫瘍の摘出手術を予定しており、その前に、どうしてもY事務長に会いたかったということだった。そして、少年の手術は、成功した。

* * *

Y氏によると、病院によって患者とのパワーバランスが違ってくるという。患者とのクレームやトラブルは、高機能の病院になればなるほど少なくなる傾向にあるという。高度な医療をやってもらっているという意識が前に出て、仮に不満があっても顕在化しにくいというのだ。一方、市民病院などのように、議会などさまざまなステークホルダーとの距離が短いほど、クレームが発生しやすいと指摘する。Y氏は、一時期、ある自治体(市)の事業管理者の経験も持つが、市議会議員への対応に苦慮したという。何の相談もなく、病院の機能とミスマッチな患者の入院を約束してきたり、患者や家族の一方的と思われるクレームを代弁してきたりすることが少なくなかったようだ。

医療がサービス業であるという認識は、いまや医療関係者にとって当たり前の状況である。しかし、ここに患者のクレームを生む素地があると指摘するのが、「浪花のトラブルバスター」といわれる尾内康彦氏(大阪府保険医協会事務局次長)である。尾内氏には、膨大な数の患者のクレーム対応の経験をまとめた『患者トラブルを解決する「技術」』(日経BP社)という著書もあるが、患者クレームの増加は時代背景とも密接な関連があるという。以下の項で、クレームやトラブルへの基本的な対応などについて紹介する。

Part 2 患者トラブル 対応編

大阪府保険医協会事務局 次長
尾内 康彦 氏

Ⅰ トラブル増加の社会的背景

少々教科書的な話になりますが、患者クレーム、トラブルが近年増加しているのは、時代の変化という背景があることを、まず認識する必要があります。

その変化の起点となっているのが平成の時代、1989年頃だと考えています。日米構造協議や1990年時代のグローバリゼーションという大きな波があり、日本人の考え方が市場原理に委ねるという方向に大きくシフトしてきました。

直截的にいえば、競争原理の導入、そして効率化を求めてきたという流れがあります。それ以前は、教育や医療あるいは福祉といった分野は聖域とされ、競争、あるいは効率化といったものは馴染まないと言われてきましたが、医療もサービスだという意識が出てきたのがこの時代だったといえるでしょう。

その流れの中で、サービス業としての基本姿勢ともいえる顧客満足、顧客至上主義といった方向に医療関係者も走っていきました。世の中では、リッツカールトンやディズニールランドのサービス研究といった書籍が次々と刊行され、顧客サービスを体現するものとしての接客教育が医療関係者の中で広がっていきました。

こういった医療界の対応の変化を国民も敏感に感じ取って、いわば相乗的に国民も消費者意識を拡大させていったと考えます。そして、患者や家族は消費者的振る舞いをするに何の疑問も感じないようになってきました。この消費者的行動について、私は「最小の対価で最大の価値を求めることを目標に置いて行動する」と単純に割り切っています。患者が消費者的行動を取るようになり、普通の商取引の延長線上に医療も置かれるようになってきた結果が、いわゆるモンスターペイシエント等の登場につながってきたといえるでしょう。

また、「医療＝サービス」を端的に表現するもののひとつに「患者様」という言葉があります。すでに1990年代から一般でも流通し始めていましたが、2001年11月の厚生労働省の医療サービス向上委員会がまとめた「国立病院・療養所における医療サービスの質の向上に関する指針」の中の「患者との接遇態度や言葉使いの改善」の項目で、『患者の呼称の際、原則として姓名に「さま」を付することが望ましい』という通達があり、これが誤って「患者様」という言葉に変換され拡大していったという経緯があります。これによって、国民の消費者意識がさらに肥大化されていったと考えています。

一方で、少子化や核家族化の進展などを背景とした地域社会の変容や対人関係の弱体化なども、問題を複雑化させています。親が子どもを叱らなくなった、子どもへの躰ができなくなってきた、あるいは地域社会の中で対人関係の基本的なルールを教えることがなくなってきたといったこともあります。子どもや高齢者などへの虐待は、その産物のひとつだと思いますし、クレームやその対応の弱さといったことも決して無縁ではありません。

脆弱な、あるいは希薄な対人関係に馴れたものは同質の仲間との関係に閉じこもり、自分の意見、考えを受け入れない、あるいは批判するものは敵だという単純な構図が出来上がってきているのです。

3層に分かれるクレーマーとその対応

患者トラブルについて、以下の簡単な図で説明していきます。

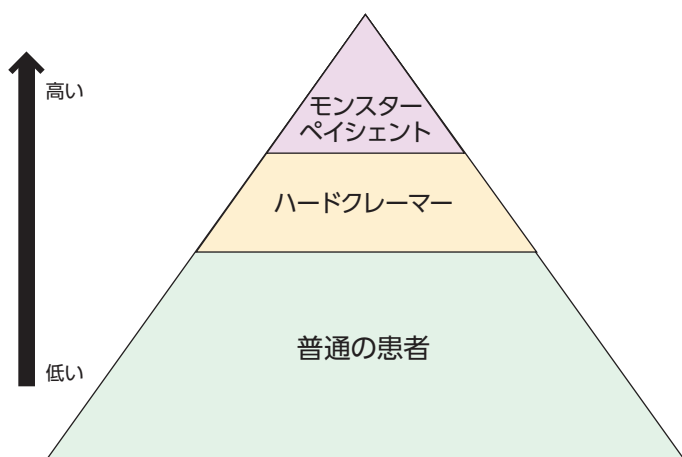


図 クレームをする人の分類と医療機関・職員の危険度

医療機関、職員の直接的な危険度は、ピラミッドの頂点にいくごとに上がっていくことになりますが、経営的な視点からいえば、最下層の普通の患者への対応をおろそかにすることはできません。数が多いこと、多くの他の患者も気持ちや考えを共有することができることを考えれば、この層への対応を間違えると、最も大きな経営的な打撃を受ける可能性が高くなります。ここで、以下に、それぞれの階層ごとの特徴や対応について紹介しておきます。

●普通の患者

この普通の患者さんたちには、概ね接遇的な対応が有効になります。患者の気持ちを思い、それに寄り添う姿勢で接すれば妥協点が見出せます。相手に不快感や不安な気持ちを抱かせたことについては、率直に謝ります。

●ハードクレーマー

ハードクレーマーは、モンスターペイシエントのような警察沙汰になるような行為は絶対といっていいほど取りません。傷害や器物破損のような行為はしないのです。しかし、極めて自己中心的な行動で迷惑行為を継続していきます。

彼らの特徴のひとつは、警察沙汰を避けることです。それなりの社会的地位がある、あるいはプライドが高いということもあります。逆にいえば、気が小さいということでもあります。クレームをつける一方で、守るべき何かがあるということです。

しかし、インテリジェンスが高いということもあり、インターネットなどさまざまなツールを使って攻撃してくることもあります。ある意味、モンスターペイシエントよりも始末におえないところがあります。説得に時間と労力を大きく取られるからです。

基本的な対応は、相手の本質、クレームの本質を見極めることです。こちらに非があれば、率直に謝ります。しかし、それでも攻撃がやまない場合は、警察への相談を持ち出すと効果的です。実際に警察へ相談したという事実を作り知らせるか、相談の用意があることを知らせることで、多くの場合、攻撃が終了していきます。

●モンスターペイシエント

モンスターペイシエントは、多くのケースで警察沙汰になっていきます。というよりも警察の力を借りた対応をすべきといえます。モンスターペイシエントの中には、薬物やアルコール依存、精神に疾患を抱えている人、そして暴力団関係者が少なくありません。

中には非常に知的水準が高く、狡猾な攻撃をしてくるものもいて、普通の患者と同じように「傾聴」の姿勢で対応しようとすると、被害を大きくさせるリスクもあります。彼らの攻撃の特徴のひとつとして、裁判に訴える、あるいは関係行政機関に通報するなどといった脅し文句がありますが、それにひるむことなく対応することが重要です。こちらから裁判を受けて立つ、保健所等からの確認があれば、事実を揃えたうえでキチンと対応することが大切です。



「クレームをつけられている」という事実が公になることを恐れるあまり、自分たちだけで対応しようとしても決して対応しきれものではありません。まず、そのことを認識しておくべきでしょう。

意識過剰な「応召義務」への対応を止める

モンスターペイシエントを語る際、必ず問題となるのが医師法第19条の応召義務です。ちなみにその内容は、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」というものです。

この医師法19条が、クレーマー側からすると攻撃の拠り所となっています。しかし、極端なことをいえば、こちらに非がないにもかかわらず殴られたり、場合によっては刃物などで刺されたりしても、黙って応ずるのかということです。この応召義務については、昭和24年9月10日医発第752号、昭和30年8月12日医取第755号といった通知に解釈が記されていますが、時代は大きく変わっているにもかかわらず、その遵守を医師に求め続けているのは間違っていると考えています。度が過ぎたケースは遵守不要と読むべきでしょう。

現在の医療機関、医療関係者は、患者至上主義と応召義務の呪縛にとらわれすぎています。行政機関に通報されようが、堂々と対応すべきです。

たとえば精神に疾患がある患者から、医師自身やスタッフが暴力を受けた場合、その疾患をもってやむを得ないとすべきではありません。「行為」そのものを見てどう判断すべきかということなのです。

効果的なロールプレイングでの研修

こういったクレームへの対応ですが、クレーマーの段階（先のピラミッド参照）に応じた模擬演習が効果的です。実際にある病院で、研修を行ったことがあります。クレームの内容によって、「コードホワイト」「コードイエロー」とい

た表現で、事態の緊急性を医療安全室から流す。それに対して、誰が（どの部署が）、どのような対応を行うかをやってみるのです。

応召義務があるから、ひたすら患者の言い分を聞き続けるということではなく、内容、状況によっては毅然とした態度を取る。それが、院長、副院長の前で、こういう対応をしても良いのだという認識ができあがると、実際にそういった場面に遭遇しても、落ち着いて対応ができるのです。

この病院では、こういった研修を行った結果、さまざまな現場の情報が幹部にどんどん上がっていきようになったということでした。何かあっても上司がかばってくれる、守ってくれるという意識があると、情報が停滞しないのです。

医療にミスがあってもいいですが、人が行うことですからヒューマンエラーはつきものだという意識も必要です。さらに、自分やスタッフの身の安全を守るためにも、客観的な証拠、ないしは事実の経過を記録しておくことも重要です。モンスターペイシエント、あるいはハードクレーマーと思しき患者との対応の際には、ICレコーダーを必ず用意することによって、警察の出動を促すこともできます。

最後に改めて接遇について、私の考えを紹介しておきます。接遇研修は確かに重要です。しかし、ただ丁寧な対応をし、相手の話を聞けばよいというものではありません。大事なのは、十分に話を聞いたうえで、その内容によっては相手に理解させる、説得するという技術を学ぶということです。トラブル、クレームへの対応は、危機管理とセットでなければ効力を発揮できません。その認識がないままに接遇教育を受けさせると、それこそ患者様という言葉が乱発し、消費者意識の増大を招くだけに終わってしまいかねません。

この結果が、スタッフのバーンアウトを招き、退職、休職という事態を招いてしまうのです。患者とのクレーム、トラブルにおいて、部下、スタッフを守れない管理者では、管理者失格です。職員の安全を守れなければ、患者さんの安全も確保できないというのが、私の基本的な考えです。

（談）

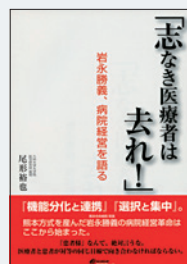


戦略的 病院人事制度改革

(株)日本経営編著
B6判 190P 1600円(税込)

人事担当者必読!
戦略的かつ強い病院組織に
変貌させる1冊!

- 第1章 人事制度の基本的考え方
- 第2章 病院人事制度の設計図
- 第3章 等級制度設計
- 第4章 人事考課制度設計
- 第5章 医師の人事考課
- 第6章 報酬制度設計
- 第7章 人事制度運用



志なき医療者は去れ!

岩永勝義 病院経営を語る

尾形裕也著(九州大学大学院教授)
A5判 180P 2800円(税込)

お申し込みは下記まで

TEL03-5259-7171 FAX03-5259-7172

(株)MASプレーン出版事業部



医療法人清明会

理事長 鹿毛 明義 氏

(常務理事 鹿毛 逸子 氏)

部分でなく全体を診て、 どうすれば地域の役に立つかを考え続けて

—ずいぶん長くこの地域で医療を守り続けて来られたとお聞きしています。貴院の歴史を教えてください。

鹿毛理事長 残っている資料では、350年程前から対馬藩宋氏に藩医として仕え、この基山の地に所領を与えられたようです。私で15代目にあたります。

私自身、医師になろうと決心をしてなったわけでもなく、父が12歳のときに亡くなりまして、その後は母が苦勞をしながら、なんとか病院を存続し、守ってくれましたので結果としてそうになってしまいました。

以来、この地域に住む方のためにどれくらい役に立てるかを考え続けて医療に取り組んできました。理念にも掲げていますが、夜間、休日を問わず、24時間、365日ずっとこの病院を開けてきました。人は平日の天気の良い日にはあまり病気にはならないものです。病気になるのは休みの日や夜間が多いものです。特に子どもはそうです。そんな時にこそ不安を少しでも安心に変えられたら、という思いがあります。

話は少し違うかもしれませんが、今の医学教育もそうです。私は今でも月曜日から土曜日まで、毎朝8時から診察をしています。30年、40年診て来た患者さんは、表情や立ち振る舞いを見れば、その人が健康であるか否かは医師として何となくわかる部分があります。今の医学は、人間の体をバラバラにして、その部分部分をそれぞれの医師が専門的に診て行くようになってしまいました。しかしながら、それで本当に医療がよかった形跡はありません。時間軸も含めて、患者さんの全体を診ることが医療の原点だと思います。もちろん専門性を学ぶことは大事で、学会に行くことも止めはしないですが、うちの病院ではそれほど奨励はしていません。それよりも、一番の教科書は患者さんです。何よりも目の前の患者さんをより深く診てほしいと願っています。

体の部分とか今のこの時間だけを切り取って対応するのではなく、その患者さんの体全体、そして生まれてから亡くなるまでを診る、



各病室に掲げてある常務手描きの絵

その人の祖先から今の代を経て、次の代に至るまでつながりを診るような気持ちで接してほしいと思います。それが地域に役に立つ、時間を超えて共にあるということであり、それを支える病院であり続けたいと思います。

やはり医療は支える人が大切

—どういうことを大切に经营されて来られたのですか？

鹿毛理事長 この病院があつてよかった、と思ってもらえる病院であり続けることがひとつです。今まで、病院が生き残る方法、という考え方をしたことはありません。もう1点は職員、その家族が安心して暮らしていけることです。

職員それぞれ大切なものがあり、自分、家族……とある中で、少なくとも5番目ぐらいには仕事を入れてくれと言っています。この基本的な考え方が合わない方には今までも何人もの方にお引取り願いました。それはたとえ医師であっても同じです。

そんななかで勤続年数が25年を超えるスタッフが何人もいます。彼ら、彼女らの地道な仕事が病院を支えてくれています。本当に感謝しています。

—これだけ厳しい理事長ですと、支える周りもスタッフも大変ですね。

鹿毛常務 はい、よく朝から大きな雷が落ちています。ただ、こと細かな指示をすることはありません。勤続が長いスタッフは、その辺はよく意を汲んでくれていて、叱られてもその後は自分たちで考えて処理をします。

TMMという研修をこれまで5回開催してきました。医師、各所属長、係長など、およそ60名を対象にした、2日間にわたって行われる部門横断的な研修です。研修の目的は、理念を浸透させること、自分たちの病院であるという意識づけ、患者さんの立場に立ってみるような働きかけなどです。

長年勤続しているスタッフには理事長の考えが浸透しているのですが、勤続年数の短いスタッフにも思いを共有してもらえるようにすることがきっかけの一つです。実際にやってみると、部門間を繋ぐことの大切さ、難しさを感じましたが共有する悩みもみえて驚きもあります。

医療法人清明会 鹿毛病院 概要

<http://kagehospital.or.jp/>

■やよいがおか鹿毛病院（急性期2病棟、療養型1病棟、152床）

〒841-0005 佐賀県鳥栖市弥生が丘2丁目143

TEL 0942-87-3150

診療科目：内科、外科、整形外科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、神経内科、腎臓内科（人工透析）、呼吸器内科

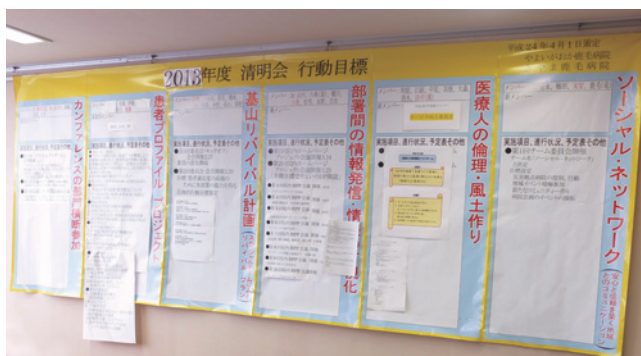
指定施設：救急指定病院、佐賀県東部地区災害医療センター、回復期リハビリテーション、日本医療機能評価機構認定病院

■きやま鹿毛病院（医療保険療養型病棟、107床）

〒841-0204 佐賀県三養基郡基山町大字宮浦399-1

TEL 0942-92-2650

診療科目：内科、外科、泌尿器科（人工透析）、リハビリテーション科



TMM研修の成果としてまとめられた行動目標

回を重ねるうちに、今は、日常のなかで現場、すなわち自分たちから出てくる問題をすくいあげ、具現化することにつながっていくよう、またそれが患者さんのためになるような取り組みとして変化してきており、職員の食堂に大きな表に書いて、意識付けをしてくれています。

お金や経営のために医療をしているのではない

—早くからDPCに対応されたり、これだけ立派な病院を建てられたり、何を道標として経営されて来られたのですか？

鹿毛理事長 経営がよくなるからDPCをやりたいとか、お金を貯めて病院を建て替えたいと思ったことはありません。地域の皆さんの役に立つ医療を提供しつづけていれば、お金は必然的に後からついてくるはず、ということです。

私は医療法の詳しいことも、保険点数についてもほとんど知りません。法律が変わる、あるいは診療報酬が改定されることに注目すると、かえって地域の医療にとっていいことが何なのかといったことに対する判断力が鈍るような気がするのです。

当時は大きな借金もしましたが、この病院を新しく建てたときも、基山の病院に人があふれるようになり、また、

新しい機械が出てきて、このままでは世の中の標準的な医療のレベルを維持できない、あるいは患者さんのためのスペースをもっと確保しなければならないと判断したからなのです。東日本大震災の時は救護班として現地に4班を派遣しましたが、これも地域の災害に備えて準備したもので、お金のことだけを考えていたらうちの規模ではできません。

—そんな中、日本経営にはどのようなことを期待されていますでしょうか？

鹿毛理事長 このように、私の経営方針は他院とはかなりちがっていると思います。毎日医師や職員が昼夜懸命に働き続けても、企業のような利益を生む仕事ではありません。生命、という重い責任を背負う仕事を、利益を考えずにやり続けられるのは、病院の存在が人々の役に立っていると思えるからでしょう。

そんな中で日本経営に期待したいのは、“一般的な医療経営の常識”によるアドバイスではなく、私の判断がギリギリのラインを超えてしまって、行き過ぎていないかを、専門家としてチェックしてもらう機能です。常識にとらわれることなく、さまざまなノウハウのなかから助言してほしいと思っています。

平成17年以降、現在、社長になられている藤澤さんから、今、担当してもらっている上西さんまで、多くの方々からの支援をいただいています。

医療は常にギリギリのところで闘っています。だからこそ、強い思いで乗り越えてきました。専門家にはその思いに共感してもらいながらも、本当に必要なときには最後の砦として直言して欲しいと願っています。

—貴重なお話をお聞かせいただきました。誠に、ありがとうございました。

（文責：編集部）

『福岡 トップマネジメントセミナー』を開催！

(株)日本経営では、1月11日、九州地区の病院経営層を対象として、「トップマネジメントセミナー」を開催しました。

冒頭、弊社福岡オフィスの橋本オフィス長より、2013年1月の開設以降の取り組みが紹介され、1年間で新たな13施設のお客様との出会いがあったことなどを報告いたしました。セミナーは、200名を超える聴衆のなか、熱のこもった講演と質疑が交わされました。



Part 1

機能分化と連携を強化し、
地域包括ケアの実現へ向けて

講師 前厚生労働省 老健局長 宮島俊彦 氏

宮島氏は2025年に向けた社会保障制度改革の一定の成果として、病床数、医師・看護師数、平均在院日数の推移などを挙げた一方、地域包括ケアや在宅医療の推進等、改革が急速に進まない要因として、公的病院が少なく中小民間病院が多いこと、総合医ではなく専門医が中心であることなどを指摘し、これまでのような診療報酬による政策推進の誘導には限界があるのではないかとしました。



また社会保障制度改革国民会議の医療改革の内容に触れた上で、機能分化を推進するための仕組みとして、医療機関による病床機能の報告、都道府県が創設する補助金や基金による機能分化の支援、地域医療ビジョンの策定などを挙げています。そして、これらの施策によって、地域の実状を都道府県が把握し、それに合った医療提供体制の構築を推進するとともに、医療機関が医療機能を自主的に選択することにより、経営戦略として活用できるのではないかと述べました。また介護においては退院患者の受け入れ体制の整備など、地域包括ケアの実現が早急の課題であると指摘しています。

さらに2000年と2010年の病床種別の推移を紹介し、特に一般病床では平均在院日数の減少が顕著であることから、病院経営を圧迫する恐れがあるとし、診療所からの紹介や在宅への復帰の推進など、地域包括ケアの連携体制を構築できるかどうかのひとつの鍵になるとしました。また入院・外来の役割分担については、地域の拠点となるような病院の役割を入院中心と専門外来、診療所等の役割を一般外来や訪問診療等の主治医機能とし、相互に地域レベルでの連携を強化していく方向性であることを確認しました。

一方、2月に答申が予定されている診療報酬改定については、中医協での議論の内容を紹介し、急性期における7対1看護要件の厳格化や特定除外制度の見直しには経過措置がつく見通しであることを紹介しています。

さらに、平成26年度診療報酬改定のポイントを解説した上で、病院経営への課題としては、消費税の高額投資対応は実施されなかったことを受け、病院経営上問題が残るとし、次回改定への課題であるとししました。

Part 2

これからの機能別病院経営のポイントと
組織化への戦略

講師 (株)日本経営代表取締役社長 藤澤 功明

セミナーの第二部では弊社社長藤澤から、冒頭、診療報酬改定を受けた病院の機能別対策について具体的に紹介いたしました。

戦略要因のマネジメントにおいては、特に病院経営上重要なポイントとして、急性期においては後発医薬品数量の割合が60%以上で指数評価されること、回復期においては専従医師の配置など回復期リハの推進、長期療養に関してはサ高住の利用促進などを含めた在宅復帰の支援強化、外来医療については特定機能病院と地域支援病院の紹介／逆紹介率を高め、地域連携を強化すること、リハビリテーションに関してはセラピストの質が重要であることなどを指摘しています。



次いで管理要因のマネジメントとして、理念経営・四方善の実践・垂直統合と専門特化の3つの要素を基盤とし、以下の3つの分野について言及しています。

まず経営管理を向上・充実させるには、「現実、現物、現場、原理、原則」の五ゲン主義、発生主義、データ主義、科学的管理、先行主義の「5つの徹底力」を実践すること、コストマネジメントはコスト削減ではなく、財務体質の改善と購買環境の改善や人材の育成にまで発展させられること。また定員管理の意義については、人材削減ではなく、人員の強化と全体の生産性向上の実現が目的であり、「人」に関するマネジメントレベルを高めるための管理手法であることを紹介いたしました。

最後に人的要因のマネジメントに関しては、厳しい経営環境を突破していくための人的要因管理の5つのポイントを紹介しています。

まず組織活性化のためには、職員の意欲と満足度を高めること、人材採用の強化には採用ルート別の対策を整備すること、職員の総合的職務能力を高めるためには、日本経営が提唱する職務能力、人格能力、健康能力からなる3つの能力が基本であること、経営人材の育成のためには、参画型の経営計画でマネジメントを高める必要があること、コア人材の定着のためには、特別や報酬体系や適切な人事評価、権限委譲、責任ある仕事の付与などハイパフォーマーマネジメントを実践することが重要であるとして締めくくりました。

(文責：編集部)

病院の会計・財務・税務

【基礎編②】よい経営を永続させる

税理士法人日本経営 病院事業部
副部長 山本 忍



貸借対照表を読む

事業とは、世の中の経営資源（人・物・金・情報・時間・ナレッジなど）を最適に組み合わせて、より高い付加価値を世の中に提供していくことです。お金をどう最適に組み合わせたのか、1年間のお金の調達と用途を明らかにしたものが、「キャッシュ・フロー計算書」で、これについては前回の解説の通りです。

キャッシュ・フローを累積した結果、現時点の財政状態がどのようなになっているのかを明らかにしたものが、「貸借対照表」です。貸借対照表は、右の図でいえば、プラスの財産（資産100）からマイナスの財産（負債40）を差し引いて、自己資本が60あることを計算するものです。

別の見方として、負債（他人資本）で40を調達し、自己資本で60を調達して、計100の資金をさまざまな資産に運用して事業活動を展開しているということを表しています。

ここに2つの病院の貸借対照表があります。

A病院 貸借対照表（億円）

預金 10	負債 10
固定資産 20	資本 20

B病院 貸借対照表（億円）

預金 10	負債 30
固定資産 40	資本 20

A病院は借入10億円、自己資本20億円、計30億円の資金を元に、固定資産に20億円投資し、残りは預金としています。

一方、B病院は借入30億円、自己資本20億円、計50億円の資金を元に、固定資産40億円、残りは預金としています。

この2つの病院の貸借対照表は全く異なります。しかし、実は両病院とも、毎年利益は1億円です。利益1億円で20年間経営をしてきた結果、このように異なる貸借対照表になりました。

A病院は20年間の利益20億円をすべて返済に充当し、無借金経営となりました。B病院は20年間の利益20億円をすべて新たな設備投資に充当してきました。

このように、「貸借対照表」は、経営のスタンスによって大きく左右されます。貸借対照表を見れば、その病院が過去にどのようなことを優先して経営をしてきたのか、現在、どのような状況に置かれているのかが、よく分かります。

重要なことは、これらを踏まえて、今後どのようなスタンスで経営していく必要があるのかを読み取ること、つまり財務戦略です。これが、「貸借対照表を読む」上での1つ目のポイントです。

2つ目のポイントは、貸借対照表の左側、すなわち資産の部（運用）にあります。

資産の部には、現預金に始まり、未収入金、建物や医療機器、保険積立金などが並んでいます。付加価値を生んでいる資産もあれば、持っているだけで赤字になっている資産もあるでしょう。未収金を圧縮したり、医療機器の稼働率を確認したり、ときには自己所有でなく賃貸・リースにしたほうがよいような資産もあるかもしれません。

外科的対処がときに大きな効果を生むことがあるのも、貸借対照表の特徴です。

3つ目は、貸借対照表の右側、すなわち負債の部（調達）です。ここでは、病院の資金調達能力を押さえておく必要があります。財務の基本は、ダムに貯水するように内部留保を厚くすることにあります。しかし、返済能力（流入）に見合わないような融資を受けたばかりに、どんどん流出して、貯水どころかさらに融資を受けなければならなくなるという悪循環にいつの間にか陥ってしまうということも、少なくありません。

経営の目指すところは、「よい経営」をすることではなく、「よい経営をし続けること」「永続すること」にあります。そのための財務の役割は、今回挙げたように、①中長期の事業計画を具体化するための財務戦略の明確化、②資産の稼働率・投資効率の測定・改善、③将来に備えた財務基盤の強化、にあります。貸借対照表をそのような視点で活用すれば、対処しなければならない重要な経営課題が発見されるでしょう。

効果的な会議・委員会体制づくり に向けて

見直しが必要な理由などについて記載してください。

見直し可否	会議・委員会名	目的・内容	開催頻度・開催時期	備考
○	経営会議	業績の確認と改善策の検討	毎月第4金曜日	数字の確認時期に合わせて、毎月5日に変更することを検討。
	責任者	参加者	記録	
	施設長	課長以上の役職者	議事録	
見直し可否	会議・委員会名	目的・内容	開催頻度・開催時期	備考
見直しの必要性について記載してください。必要な場合は○、必要がない場合は×を記載してください。		現行の会議・委員会の目的・内容、参加者を記載してください。	記録	現行の会議・委員会の開催頻度・開催時期、記録方法を記載してください。
	責任者	参加者	記録	

見直し後の会議・委員会の名称、目的、参加者、頻度、記録方法を記載し、各会議の関連性を体系化します。

名称	プロジェクト会議
目的	各施設の問題解決を行う
参加者	施設長・事務長・各施設のリーダー以上（選抜制）
頻度	随時
記録	議事録

特養	
名称	運営会議
目的	事業所運営全般に関する検討と決定
参加者	施設長、事務長、部門責任者
頻度	毎月第2火曜日
記録	議事録

名称	サービス担当者会議（特養）
目的	提供サービスに関する入所者の個別検討・決定
参加者	ケアマネ、生活相談員、介護員
頻度	月1回
記録	議事録

名称	給食委員会
目的	給食全般に関する検討・決定
参加者	施設長、看護師、部門担当者
頻度	毎月第4金曜日
記録	議事録

名称	事故・感染症対策委員会
目的	事故・感染症の対策に関する検討・決定
参加者	施設長、看護師、部門担当者
頻度	毎月第2水曜日
記録	議事録



■ STEP 3 :

各会議・委員会一覧を作成する。一覧に記載すべき内容は右表のとおり。

2. 会議・委員会の効果的な運用方法

(1) よく見られる会議・委員会の課題

多くの介護事業所で見られる会議・委員会の課題は以下のとおりです。

- ①会議の目的や狙いがはっきりしていない（そもそも会議が必要なのか）
- ②説明時間が大半を占め、話し合いの時間が少ない
- ③なかなか意見が出ず、会議がしらけてしまう
- ④それぞれが勝手な主張をしすぎて、話が進まない
- ⑤物事の決定事項がはっきりしない
- ⑥せっかく会議で決まっても実行されない

- ⑦時間通りに始まらない、終わらない

(2) 大切なことは会議・委員会の各議題の目的をはっきりさせること

(1) のとおり一般的に見られる課題を列記しました。しかし、多くの場合は、会議・委員会の目的が共有されていなかったり、各議題の目的が正しく認識されていないことに課題があることが多いように感じます。会議の目的は、大きく分けると右の図のように整理することができます。

項目	内容
会議・委員会名	各会議・委員会の正式名称を記載する
目的・内容	各会議・委員会の開催目的と検討内容を記載する
開催頻度・開催時期	各会議・委員会の開催頻度や開催時期を記載する
責任者	各会議・委員会の責任者を記載する
参加者	各会議・委員会の参加者を記載する
記録・文書名	各会議・委員会の議事内容の閲覧方法・保管場所を記載する

目的	内容
1 問題解決	組織内の複数の人間が参加することにより、多くの知恵やアイデアを出し合うことでよりよい結果を出す
2 調整	意見を統一し、実行に移しやすくする
3 伝達	決定事項やルール、必要事項などを伝える
4 共有化	有力な情報を収集し、周知する
5 人間関係	情報交換することで人間関係をつくり維持する
6 能力開発	参加者の能力向上を図る

役割	内容
1 責任者	・ 会議の日時、司会者、議事録担当者を決定すること ・ 会議の議事録を確認し、議事録の内容を報告すること ・ 会議の活性化および継続のために工夫をこらすこと
2 司会者	・ スムーズに会議を進めること ・ 会議の雰囲気配慮しながら、参加者の発言を引き出すこと ・ 参加者の意見を調整し、論点の整理を行い、結論をまとめること
3 出席者	・ 議題をあげること ・ 積極的に発言し、会議に参加すること ・ 代表として参加した場合には、会議の内容を伝達すること
4 議事録	・ 会議の議題と決定事項を正確に把握し、議事録を作成すること ・ 作成した議事録を参加者に配布し、会議内容の周知を図ること

(3) 参加者が「目的」に応じて各自の役割を正しく認識することが大切

上記のとおり目的を正しく設定することと、次にそれらの目的を遂行するためには参加者が各自の役割を正しく

認識して取り組む必要があります。

次回以降も、引き続き会議・委員会の効果的な運用方法について会議ルールについて説明します。



永続する企業づくりを目指したN社長の覚悟

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



平成6年の夏のことです。N社長から連絡があり、会いたいとのことでした。そして、訪問した私を待っていたのは、N社長の次の言葉でした。

「小池さん、私はガンだそうです。もって2年といわれました。そこで、あなたにお願いがあるのです」

N社長が話し始めた内容は、驚きのものでした。まず、自身の状況を社員に説明したい、そして私に立ち会ってもらいたいということでした。その理由は、社長である自分がガンであることを知っていたら、倒産するかもしれない会社で続けて働いていなかった、と社員が後々後悔しないようにということでした。社員への説明と同様に、すべての取引先に集まっていたいて、同じように話をしました。もちろん、取引銀行にも出かけ同じことを繰り返しました。自分がガンだと知っていたら取引をしなかった、お金を貸さなかったのに、といわれたくなかったのです。

多くの中小企業が、創業経営者の健康トラブルで傾いていっています。そして、少なくない数の中小企業が倒産の憂き目にあっているのです。

N社長は、自分が原因で、ある日突然、社員を路頭に迷わせるようなことをしたくなかったのです。N社長の話を聞いた社員で、誰一人として辞めるというものはありませんでした。同様に、すべての取引先、銀行も同じでした。N社長が私に同席を求めたのは、会社の経営のバックアップを我社に求めたからでした。N社長は残された僅かな時間で、後継者を確定し経営を安定させることを、私を同席させることで皆さんに約束していったの

です。

N社長の思いは間違いなく実現されました。N社長の後継には、ベテランの篤実な社員がなり、その後、N社長の息子さんに経営のバトンは引き継がれています。

N社長が亡くなる1週間ほど前、会いたいという電話がかかってきました。入院先の京都の病院の病室を訪ねると、N社長はベッドに横たわったまま、目だけを私に向けました。もう身体を動かす力もなくなっていたのです。私はベッドのN社長の身体を抱いて、耳元で「ありがとうございます」と囁きました。それから1週間のうち、N社長は静かに息を引き取りました。

N社長がガンを宣告された時、私は副社長でした。そして亡くなった平成8年には社長に就任しています。会社の経営を任されるようになって、私の頭の中には常にN社長がいました。

会社が大きくなってくればるほど、私は苦しんでいました。もちろん、会社を大きくすることは私の大きな夢でもあったのですが、徐々に規模が大きくなる会社に私自身が押しつぶされそうになっていたのです。しかし、N社長は、会社が目指すところは「全社員の物心両面の幸福の追求」であることを教えてくれました。私は、肩の荷を降ろした思いでした。社長である私一人だけが背負うことはない気づいたのです。社員全員に背負って貰えばよい、むしろそうしたほうが良いことに気づきました。会社は経営者のものではなく、そこで働いている人々、そして社会のものであったのです。

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：検証 平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の内容が明らかになった。今回の改定は、医療機能分化の促進、そして地域包括ケアがキーワードとなるが、果たして厚労省が意図したとおりに機能するのか。また、今回の改定が、病院経営にどの程度、影響するのか。関係者の証言などをもとに、今回改定の詳細について検証していく。

その他

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本 社 東京都千代田区神田寺内2-13-3
編集部 東京都千代田区神田司町2-11-1
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)