社会医療ニュース

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) 3914-5 5 6 5 (代)
FAX (03) 3914-5 5 7 6
定価年間　6,000円
月　刊　15日発行
振込銀行　りそな銀行
王子支店 1326433
振替口座　00160-6-100092
発行人　岡田 玲一郎

長期急性期病院との連携が真の急性期病院にとって不可欠

所長 岡田 玲一郎

毎年、七月号はアメリカの病院や施設の視察記事になる。今年も一面や他の頁でも、アメリカの変化がどのように日本の病院や施設の変化につながるのか、視察で学んだことを書く。もちろん、わたしが感じたことで、参加メンバーの感じ方はそれぞれにちがうだろう。例えば、マイケル・ムーアの映画に出てくる自費患者へのひどい医療が多いということを信じられている質問もあった。それはきわめて特殊な病院であったことだが、わたし達の視察した病院では、まったくそんな医療は存在していないと気づいた人もおられた。先入観の怖さである。

日本でも絶対に必要な長期急性期病院へのトライ

わたしが、しつこく同じ病院や施設に行くことを不思議に思う人もおられるが、わたしの意図は、一回や二回の視察では〝そのとき〟の病院は分かるが、以前からの変化はまったく視えないからだ。五年、十年と経年的に視ていくことでそこの変化が明らかに視えるからうれしい。

例えば、ここ五年間の変化はLTAC（タック）病院（長期急性期病院）に顕著にみられる。話は簡単で、短期急性期病院（STACH（エスタックホスピタル））の在院日数の減少もあるが、高齢の急性期患者が増えているからである。高齢患者の短期急性期は、通常の五日の平均在院日数には収まりきれないことは、日本の人でも分かることだ。だから、長期急性期病院ではアメリカで一番手だと思うキンドレッド病院が、二年前は83病院だったのに今年は121病院に増えていた。これはわたしの想像だが、地方の中小病院が急性期病院としてはやっていけなくなり、買収により拡大したのだ。

事実、クリーブランドを離れる前日、オハイオ州のヒューロン病院が閉鎖されるという記事が、地元紙の一面に出ていた。そこには「急性期ではやっていけない」という記事があり、やっていけない理由として人口が8％強減少したことが挙げられていた。そして、人口は8万人に減ったけど、高齢者も多く急性期の患者は〝増えている〟ので、都市部の急性期病院の受け皿として長期急性期病院に転換するであろうとプレジデントの医師が語っていた。日本での地方の人口減少地域での一般病床の将来をみる思いが強かった。

日本慢性期医療協会の武久洋三会長も来られていたが、同じ想いを語られていた。おそらく、おおいに参考にされて動かれると思っている。日本の急性期病院と称されている病院の病床は、かなり長期急性期病床に近いと思うのは、アメリカでの長期急性期病床の平均在院日数はおおむね25日だからだ。短期急性期病床の平均入院日数5日と加算すると30日になり、先進国の急性期医療は平均すると30日で終了すると思う。

来年は、この長期急性期病院の医師を呼んでセミナーを開催しようと思っている。既に、二年前に院長（非医師）を招いてセミナーを設けたのだが、参加者の人の反応は〝わかるけど日本では……〟の感じだった。わたしは、急性期病院と称している病院の中で三次救急や高度な二次救急病院は、患者の転送先として長期急性期病院を必要としていると思っているので、ある地域の三次救急病院で三月からトライしてもらっている。

長期急性期病院でも退院後の施設が重要

長期急性期病院でも治療基準（クライテリア）があり、その基準を超えた患者の転出先が必要だ。もちろん、死亡する患者の転出先は火葬場だ。それを含めた転出先のデータをみると、短期急性期病院に戻る（症状悪化）患者もおられるし、日本でいえば療養病床に行かれる患者もおられる。

死亡患者は別にして、ここで重要になってくるのが、いわゆる継ぎ目のないケア（シームレスケア）である。それを実現するためには、ソーシャルワーカーの活動が不可欠である。また、短期急性期病院との連携も重要で、キンドレッド病院はもともとクリーブランドクリニックの長期急性期病院を譲り受けているので、わたし達が病院にいた正午から夕方までだけでも、クリーブランドクリニックの患者搬送用の車両を三台みた。

こうやって、短期急性期から長期急性期へ、またその逆や老人ホームなど施設系への連携は重要だと思った。病気というものは、常に一定のステージに固定しているのではなく、どんどんステージが変化しているからである。

日本でも地域連携パスがクローズアップされているが、アメリカでは地域連携パスに診療報酬はついてこない。報酬にならなくても患者にとって、そして病院にとって、やるべきことをやるのがアメリカの病院の大部分の実態である。だから、マイケル・ムーアの映画に出てくる〝未払い患者を捨てる〟は稀有なケースである。どの病院でも、医療保険をもっていない自費患者がお金を払えなくても必要な医療は提供しているのである。病院とは、そういうものだと、わたしは信じている。

ともあれ、今年は何回も長期急性期病院が日本でも必要とされていると書いた。医療療養病床があるからよいと思われないで、そこにも治療基準（クライテリア）が導入されてくると自覚されたらよい。高度急性期病床は、アメリカでいえば短期急性期病床であろう。また、三次救急病院や二次救急病院でも長期急性期病院との連携が不可欠と思われるだろう。わたしの死後になるだろうが、日本にも絶対に長期急性期医療が確立することを確信した、今年だ。

組織医療としての病院（285）

―グッドライフ（良い人生）とは―

新須磨病院
院長　澤田勝寛

五木寛之に出会ったのは「青春の門」である。敗戦後の闇市の様子、焼け野原になった日本の姿をこの本で知った。「かもめのジョナサン」など、高校時代に、はまったことがある。五木寛之が三度もうつ病を患っていたことを最近の著作「人間の覚悟」で知った。

後期高齢者となった彼は、人生を登りと下りに例えた。上手く下山することで人生は完結し、そのためには「下山の哲学」が必要であると述べている。

登りは、坂の上の雲をめざし、脇目もふらず、汗をかき、苦しみを乗り越えて頂上にたどり着く。必要なら自分の技量に応じ、仕事の難易度を上げることが可能だ。難易度が高いほど得る「果実」が多く、充実感も大きくなる。高い山に登ったときの満足感、難しい仕事を成し遂げたあとの達成感、マラソンを完走したときの陶酔感など。仕事以外、高い山の登山やマラソンの経験はないが想像に難くない。チクセントミハイはこれを「幸せのフロー体験」と言った。

頂上でしばらくたたずみ、まわりの景色を眺める。頂上の高さや広さは異なるが、それなりの登り切った満足感に浸ることができる。

そして下りが始まる。下りは登りとは違う。得られる「果実」は少なく無きに等しい、と考えなければならない。登りの時のような大きな達成感はない。登りほど体力は使わないが、つまずき転けるのは下りに多い。荷物を減らして身軽になり、一歩ずつゆっくりと確実に降りていかねばならない。登りでこびり付いた心身の垢も落としていくことが必要だ。色々なしがらみを断ち切るいいチャンスとなる。余裕があり周りがよく見える。登りには気づかなかった道端にひっそりと咲く花や、踏みつけてしまいそうな小虫に気づく。小鳥のさえずりにも耳を澄まし、小川のせせらぎに足を浸し、涼をとることもできる。必死の形相で汗をかきながら登ってくる人たちの顔を眺め、「ご苦労様、頑張ってください」と声のひとつもかけたくなる。登山も人生も、麓まで無事に辿りついて初めて成功といえる。下山は決して惨めではなく、穏やかで知恵にあふれる期間といえる。

中国の古人は、人生を四季に例えそれぞれに色をつけ、青春・朱夏・白秋・玄冬と名付けた。新芽がいぶき、青葉が木いっぱいに繁るように、日に日に大きく成長する時期を「青春」という。伸び盛りで怖いものなしの時期といえる。

朱夏とは、夏の赤々と燃えるような太陽の日差しのもとで、更に成長し大きな実がなる時期である。人間として成熟し仕事の第一線で活躍している、人生真っ只中のときである。いずれ秋になると、草木の成長は緩やかとなり葉は色づく。気温は下がり、日は短く夜は長くなる。メランコリーというように何となく物憂げではあるが、秋の夜長を楽しむ術は知っている。空気は澄み、夜空は透き通り名月が映える。食欲の秋でもある。かってのような燃え上がる情熱は薄らいでくるが、物事を深く考えることができるようになり、理解力は深まる。これを「白秋」という。

やがて冬が訪れる。枝は枯れ、木枯らしと共に枯れ葉が舞い落ちる。夜明けは遅く、日の入りは早く、夜は長い。これを「玄冬」という。しかし「玄冬」の「玄」は艶のある黒をさす。いい味の出ている黒である。人生はまだ終わったわけではなく、俺だってまだ捨てたものではないと、身近な人助けを構えずにできるようになるのもこの時期だ。

先日、神戸市婦人会で「グッドライフを求めて」というテーマでの講演依頼を受けた。医療に関係したテーマなら色々話はできるが、グッドライフ（良い人生）に関しては、まったくの新ネタで新しい「お題」を頂戴したようなものである。いい機会と思いあれこれ思案した。良い人生とは、幸せな人生とは何か。自問自答するが難しい。どの時期で判断するのかも分からない。そこで出会ったのが先に述べた五木寛之の「人生の覚悟」である。

さらに、良い人生について考えているうちに、良い人生とは心の満足を満たすことが、そのひとつの条件であるということもわかった。以前にこのコラムで書いたこともあるように、満足には体の満足、頭の満足、心の満足がある。

体の満足とはお腹がいっぱいになったときの満腹感、冬の寒い日に家に帰って熱い風呂に入ったときの心の温もりなどをさす。力いっぱい働いて収入を得た喜びや、試合に勝ったときの感激もこれに当たる。頭の満足とは、一生懸命勉強して、入学試験や国家試験に合格した時に感じる満足感である。そして心の満足とは、世のため人のために役立ったときの感じる喜びのことである。お年寄りや体の不自由な人に席を譲るだけでも一日が楽しくなる。献血後に控え室でジュースを飲んでいる若者の顔は晴れやかだ。目の不自由な人と一緒になったとき、ちょっと勇気を出して手を差し出すと、恥ずかしさと満足感が心を満たす。

与えられるよりも与えることの喜びのほうがはるかに大きい、ということを知らない人もいる。もらい出したらキリがない。右手でもらうと左手も差し出す。お金もモノも同様だ。人間の欲望にキリはなく、「足るを知る」ことは難しい。人を幸せにすることが、自分が幸せになることだと分からない人も多い。人の幸せを妬み、成功を揶揄する心貧しき人もいる。

犬でもメダカでも野菜でも、もちろん人も、生あるものを育むことで自分の心が満たされる。

与えるものは形あるものだけではない。様々な経験、失敗、知恵、経験、忍耐力、優しさ、悲しみの受け方、不幸を受け入れる勇気、不平等を認めること、なども伝えることである。

向田邦子が「素顔の幸福とは、しみもあれば涙の痕もあります。思いがけない片隅に、不幸の中に転がっています。屑ダイヤより小さいそれに気がついて、手のひらですくい上げることができる人を、幸福というのかも知れません」と「幸福」という脚本に書いているように、「幸せの青い鳥」は誰もが自分の心のなかに持っている。それに気付くか気づかないかの違いである。

結局、良い人生とは、豊穣で穏やかな下山の人生を楽しみながら、生あるものを育み、人に与えられるよりも人に与え、人を幸せにすることであろうと思った。

がんと暮らせば ⑬
「やってゆこう」と思うとき

北林才知
（日本ーPR研究会顧問）

(266回)

やはり「再発」だった。

昨年4月に大きい手術をしたあと、抗がん剤「TS・1」を6か月服用して再発を抑えてきた。暮れには全身の「PET（ペット）」を撮り、気になるカゲはない、とのご託宣をいただき安心し切っていた。

ところが3月になって腫瘍マーカーCA19―9というのが急上昇した。基準値が37以下というのに642もあるのだ。4月にはなんと1665になった。で、もう一度PETを撮ることになった。

「陽電子放射断層撮影法（ポジトロン）」というこの検査は、微量の放射性物質を含む薬剤を静脈に注射し、その体内分布を画像化するものだという。消化器がんの場合はブドウ糖に似たFDGというクスリが使われる。がん細胞はブドウ糖代謝が活発なのでFDGもがんの周囲に集まる。そのカタマリから出る放射線を映像で見るしくみだ。

これとふつうの「CT（X線断層撮影（トモグラフィー））」を組み合わせ、頭から足の先まで照射し、がん病変の正確な場所をつきとめるのである。

微量とはいえ放射性物質だ。ドクターとナースは、注射針だけを腕に刺しておいてシェルターにかくれ、機械で薬剤を注入する。50分静かに待って、細い寝台に横たわり、丸いトンネルを抜けながら撮像30分。寝たままで画像検査10分、再撮像が10分で、2時間この部屋にいたことになる。

数日後、主治医の問診。

「PETの画像からはがんの所在はわからなかったが、マーカーの高い数字から、再発していると考えざるをえません。部分のCTを撮って確かめます。抗がん剤の治療を再開しましょう」

ということで週1回「ジェムザール」の点滴が始まった。

＊

がんは初発のときより再発の告知の方がショックは大きいと、ルームメイトの諸先輩から聴いていた。とくに食道→胆嚢→十二指腸→肺→そして今は多発性肝がんのTさんが多発性肝がん（かれは〝モグラ叩き〟と呼んだ）を告げられたときは、「相鉄線に飛び込もうと思って、場所を探した」という。横浜からがんセンターのある二俣川まで、急行で10分の距離に、中小の踏切が40近くあるのはぼくも知っている。

彼が立ち直ったのは気丈な奥さんの一言だ。彼女は言った。

「あなたは、お腹の中をいろいろ取って、カラッポになっても、わたしは外側があればいい」

ぼくの場合、はじめてがんの宣告を受けたとき、あまり動転しなかったとこのシリーズの第7回に書いた。5年前、つれあいの肺がん宣告に立ち会い、以後ずっとこの病気と闘う彼女のかたわらにいて、「がんイコール死」ではないという実感があるからだ。

しかし今度、「再発」と告げられたときは、やや落ち込んだ。12時間近い大きいオペも、再手術もした。副作用の出た抗がん剤治療も半年間やってきた。あの努力は何だったのか、という思いが深かった。「再発がんは、おしなべて治療が困難」と、本には判で押したように書いてある。

ショックが「やや」で済んだのは、3月4月とマーカーが上がってきたから、ことによると再発？という予感と、そんなことはないだろうという期待の天秤が、徐々に前の方に振れてきたからだろう。再び「腹をくくる」ことになったのだ。いずれにせよ、がんだから死ぬのではなく、生まれてきたから死ぬのだ、とは覚悟している。

6月にまたCTを撮り、転位性再発の部位がわかった、肝臓だった。PETでは見えなかったほどだから病巣はまだそれほど大きくはない。医師はジェムザールの点滴を続けて様子をみていこうと診断し、ぼくも同意した。

この薬は膵臓がんの治療薬だが、病巣が肝臓でも初発の薬剤が使われるらしい。それはそうだ、厄介な同居人が部屋を変えて暴れているのだから。

毎週水曜日に通院する。診察の前に外来採血室で血を採ってもらう。数十人ときには百人の患者を、5、6人の看護師さんが並んで、手際よく採血していく。

病棟では患者が、採血の上手下手（じょうずへたで）でナースをヒル子、モス子、ドラ子に分けていた。蛭のように痛くないのがヒル子、チクッとするだけのモス（キート）子、刺してから血管をグリグリ探針するのがドラ（キュラ）子である。ドラ子にあたった女性が痛がる声が廊下まで聞こえたこともあった。

＊

血液の分析結果が出るまで1時間はかかる。診察はそのあとだ。

「北林才知さん、30番へどうぞ」という主治医の声音で、ある程度その日の採血の結果が予測できるようになった。

いろいろある副作用のうち、怖いのは「骨髄抑制」というやつだ。抗がん剤によって骨髄の中にある白血球、赤血球などのもとになる造血細胞が破壊され、免疫力が低下してしまうのである。ぼくも1度だけ白血球数の低下があり、その日の点滴は中止になった。

点滴は外来治療室で受ける。広く明るい部屋にゆったりとしたチェアーが10数脚、ベッドもそのくらいあり、それぞれの点滴台から薬剤が患者の腕にしたたっている。がんの種類が違うし、同じがんでも体表面積によって分量は多少するから、ひとつとして同じバッグはない。1つだけの人もいればいくつもぶら下がっている人もいる。もちろん終りの時間も違うから、看護師さんは忙しく動きまわる。

部屋の空気は暗くない。みな定期的に受診し、患者どうしも医療者にも顔見知りだから、小声の冗談や抑えた笑いがきこえたりする。

目をつむっている人、文庫本を読む人、イヤホーンで音楽をきいている人。どの人もみな一度は泣いたのだ。これだけの人が、それぞれのがんと闘っているという実感が、滅入りがちな気持ちを引き立ててくれる。

その夜、NHKテレビを見た。乳がんで乳房を失い、航空機事故で亡くなった向田邦子さんの部屋に、中川一政画伯の額がかかっていた。

「もう吾は駄目だと思う時もあるやってゆこうといふ時もある」

元気溌剌な施設づくりををめざして（200）

～初夏が過ぎ、猛暑を迎えて～

ヘルスケア経営研究所　萩原輝久

入梅前の時季、軒先の壁に、手を伸ばせば届くような高さのところに巣をつくっていたツバメ。

そのひなが巣からこぼれ落ちそうになるまでに育って、いつのまにか番の親も、何処か飛び去って行ったのがついこの間のこと。

「人間、寝て一畳、起きて半畳、あぁた、うちなんて要りませんよ」って云う芝居の台詞がありますが、ツバメのその巣は、半畳どころかさらに小さな塒（ねぐら）で、子育てのための期間限定の住処だなんていいですね。

子が育ち、親も再び飛び去って

いく暮らしって、なんだか互いに独立独行（ひとに頼らず自力で自分の信じることを行うこと）で、すごいなぁ～。

増えた雛が育って、別々に飛び去れば、それはプラスからマイナスになったみたいで、ゼロになるってことのようだけれど、それはバランスが取れたってことなんでは？って想うのです。

だって、傾きで云えば、右にも左にも傾いていない状態がゼロ（水平）ってことなんだから。

ところで、初夏が過ぎ、今、季節は盛夏が始まったばかりで、博多の梅雨は、早々と空けました。

今時期（七月一日から十五日までの間）の博多は、男衆の祭り、山笠で盛り上がりますが、博多市街のあちこちで、ぐいっと首をのばすとその全貌が見えるという飾り山があり、そして、その半ば過ぎると、七つの流れ（街区のこと）の山（神輿）が町の中をめぐる流れ舁（ながれがき）や追い山馴らし、集団山見せがあって、本番のタイムトライアル、追い山が十五日早朝にあります。

例年ですと、その頃に梅雨が明けて、本格的「なつ～」となるのですが、もう猛暑突入中です。

ところで、七月の初めは小暑（七月七日ごろ）で、夏至から小暑を迎えるまでの間に見応えがある花は、紫陽花（アジサイ）。

一般的なガクアジサイ、それ以外に様々な品種の紫陽花、白滝、舞妓、紅（くれない）、大虹、柏葉などといった名の紫陽花があり、とっても可愛くてじ～っとみつめていたい気持ちになります。

また、この時季に、愉しませてくれるのが、おしろいばな（白粉花）、やまぼうし（山法師）、きくがらくさ（菊唐草）などがありますが、木萩（きはぎ）や黒蔓（くろづる）は、のんびり歩いてないと見逃しそうな花です。

偶々梅雨の中休み日、帰路を急ぐひとびとが絶え間なく湧き出て来る夕刻の難波から近鉄で、着いたのは奈良駅。その奈良で久しぶりに出会ったのは、クチナシ（梔子）です。

すでに山門を閉じた東大寺に向かって右、手向山八幡宮に向かう途中で、左手に折れ、四月堂、三月堂、つづいて二月堂。

その二月堂の舞台で佇むことしばし、遠く生駒などの山々をぼ～っと眺めていると雲間に夕陽が隠れて仕舞いました。

それから正倉院の方角に下って、坂の途中での出来事。

薄墨の空がさらに濃くなり小川の水の音を愉しみながら歩いていたのですがほのかに甘～い匂いが、時折吹く、ほおを撫でるような風と共に運ばれて来ました。

きょろきょろってしたら塀越しに、その白さを、はなつでもなく、ほこるでもなく、梔子が咲いているんです。

思わず、ラッキー！。

ほんとうに久しぶりに梔子に出会えたので、嬉しかったぁー。

ひとどおりの絶えた道、他人がみたら絶対、怪しまれる姿で塀にへばりついてしばし眺めたのですが、変な、突然の、その出会いも、いいもんだなぁ～と想います。

出会いと云えば、小さな小さな植物、札幌丘珠空港隣接、百合が原公園のロックガーデンで高山植物との出会いも嬉しかったです。

ひとの手のひらよりも小さく群れ、小指の先の大きさや、マッチ棒ほどの小さい花を咲かせる高山植物のことですが、例えば、コマクサ、コザクラ、イワカガミ、ウサギギク、キンバイ、イワベンケイ、クモマグサ等々を、蟻（アリ）の背丈、気持ちになってみると、すご～く愉しいことを〝発見〟。

小さな草花にとってヒトはガリバー的存在なんだと想うのです。

ガリバーは、ガリバーで愉しいかも知れませんが、高い視点で見下ろすのだけでなく、小人や小動物に成り変わって向き合う・見上げるってことも結構、見えてくるものが違うんで愉しいですよ。

空が飛べるのではないかと想えるぐらい嬉しいですよ。

様々な植物がありますが、その草や木々、同じ花だってその色合いやかたち、姿は多種多様。

ほんとうにいろいろ。

匂いを放つ花、放たない花あり、これもいろいろ。

だけれども、いつも感じることは、それぞれが生きているんだなぁ～ってこと。

それも認めてくれるひと、見つめてくれる人、寄り添ってくれるひと、その存在があろうが、なかろうが、気候や日照など様々な微妙な変化を、感じ取って、咲いています。生きています。

ですが、想ったこと。

こうして様々なところ・いろいろな光景、たくさんの植物に出会えて、夢や希望を与えてくれることで、生きててよかったってこと、生きる力を与えてくれることを感じます。

でも、植物だけでなく、他者にもひた向きな気持ちで、まっすぐな眼差しで、向き合えることが出来たなら、たくさんのことを感じることが出来るのではないかと想うのです。

例えば、喜びって、他者がそばにいるかいないかで随分違うんだなぁって想う。だから、喜びって分かち合うって云うんだよねって。

ここから此処までが判っていて、ここから此処までは判らないってことが判らないんだ。と云う暮らしの中で、くちなしっておかしな名前だよなぁ～てひとりごちて、名の由来はどうしてだったかなぁって想うのも嬉しい。だけど一人称は「嬉しい」であって、喜び合うってのは二人称以上なんだなぁ～、ということが判った。

私の心は、いつまでも少年時代で、夢模様を忘れないでいたい♪

― 真の救急病院を崩壊から護れ!! ―

医療崩壊といわれているが、わたしはそうは思っていない。ただし、真の救急医療を壊しているモノはある。一番の破壊者は救急医療のユーザーである国民である。もちろん、いつもいうようにオール　オア　ナッシングではないから救急医療への理解者も二割ぐらいはおられる。基準を緩くすれば三割ぐらいかもしれない。

社会資源を破壊して困るのは社会である。

救急医療は、それが一次であれ二次であれ三次であれ、社会にとって大事な社会資源である。そして、社会は国民によって構成されているのだから、国民が社会資源である救急医療を破壊してしまうのは、自損行為なのである。

具体的に述べれば「コンビニ受診」である。24時間診察するのが救急医療だが、コンビニとちがうところは売るのは救急医療という医療サービスなのだ。救急医療とは、いうまでもなく「急いで救う医療」だ。その「急いで」の有無、あるのは濃淡が問われているのであって、コンビニでジュースを求めるのとは、わけがちがうのだ。

医療サービスだから医療スタッフ、例えば医師や看護師など人がサービスを提供する。急がない医療でもその場で提供しなければならない。しかし、複数の受診者がいるときは、そこに優先順位がつくのは当然のことだ。その当然のことに不服を言う国民もいるから、医療者といえども嫌になってしまう。モラール（やる気）の低下という国民にとって最悪の結果を招くのだ。モチベーションにも、これは大きく影響する。国もこれを放置しているわけではないが、例の＃8で始まる4ケタの電話番号をつけた救急車が走っている地域は、まだ少ない。現在検討中という政令都市もあった。総務省はポスターで**「緊急ですか、それは」**と国民に救急車要請のルールをPRしているが、厚労省がこの問題で意欲的に動いた形跡は感じられない。先日も救急病院の理事長と「メタボ」にあんなに国費を使って、その費用対効果はどれくらいになるんだろうと、同病相哀れんだ。救急車を要請する国民とメタボの国民では、どっちが多いんだろう。救急医療は総務省なんて意識があったら、救急医療は救われない。いまでも瀕死の救急医療が死んでしまってよいのかと思う。

分かりやすい話、メタボ検診に使う予算と同額以上の救急医療崩壊防止予算があってよいということなのである。もちろん、厚労省の予算としてである。

医療機関や病院も救急医療を壊している

「高齢やターミナルの状態で挿管や人工呼吸、手術と言った積極的な治療を希望されない患者さんにつきましては、できるだけ地域で診ていただければと願っております。」これは、三次救急病院が地域への「ご挨拶」として配送された文章の一部である。特養ホーム、老健施設、診療所はもとより、療養病院や、ときには救急病院から送られてくる救急患者についてのお願いである。話を分かっていただけるだろうか!?

患者さんと記されているところを、どう感じられたろう。患者さまではないのである。搬入されてくる患者さん自身の希望ではなく、医師として積極的な治療を希望されない患者さん、つまり専門職としての医師の診断をも問うていると、わたしは読んだ。

この病院も、救急車の要請に対し二割はお断わりせざるを得ない現状なのだ。救急患者の受け入れ態勢や病床を可能な限り拡げているのに、積極的治療が必要のない患者で貴重な病床が占拠されたら、地域の救急医療が崩壊してしまうことを如実に示している。

例えば療養病院や特養ホームが、患者と家族の終末期医療への希望を聞くとか、終末期医療とはどんなことをするのか、その効果はどれくらいか、ご説明をして文書にしている病院もある。特養ホームで、昨年、一人も病院に送らず全員を特養ホームで看とった特養ホームも、この県ではないがある。だから、この苦悩の三次救急病院のある県でも実現可能なのだ。

医療機関、老人施設が救急医療を破壊するのではなく、支援することが絶対に必要だ。

総務省と厚労省の縦割り行政の影響は

救急医療の崩壊の現場をみると、先に挙げた二者、つまり国民と医療機関（福祉施設を含む）に大いに問題はあるが、別の側面でみると行政の責任（遂行責任の方）は大きい。具体的にいえば、厚労省が意味のない救急車要請とそれに伴う病院への搬入の防止策を打っていないことである。わたしは、どうしても総務省と厚労省の縦割り行政を感じてしまう（↑先にメタボのことで少し触れた）。

それだけではなく、末端の市町村だって救急医療崩壊に打つ手を持っているとは思えない。心情的な話は聞くが、行政として機能している話は聞かない。AEDの操作訓練も必要だが、救急車に費やされる税金についての発言は、ずいぶん前に東京都で聞いたのみである。救急車そのものの価格も必要だが、それに要する維持費、人件費を住民に知らせることは、必要不可欠だと思う。

諦めが、最悪なのだ。くどく、くどく現状を地域に説明する必要がある。救急病院側は折にふれて発言しているが、行政がもっと発言しないと一部で生じている生活保護の矛盾と同じものが出てくる。その意味でいえば、なぜ救急車の発動に利用金額を徴収しないのか、と常に思う。病気だから、救急だからは利用金の言い訳にならない。治療すれば一部負担金はかかるし、七割は医療保険から出ているからである。なんで無料なのかも、行政が説明しなければなるまい。救急車や救急医療制度が始まったときからそうだったは、陳腐な言い訳だ。いいわけがないだろう、と思うのである。

ともかく、今回頂いたご挨拶の内容を見て、真の救急医療が崩壊状態にあることを、強く憂う。なお「真の」と書いたのは、週末にできるだけ病床を埋めて救急患者の受け入れを少なくしようとしている救急病院もあるからだ。岡田

病床の心音（45）

場末の救急病院あやし

天野進平
（脚本家、要介護度5）

28年前の脳卒中の再発で救急車でつれて行かれたのは、東京の場末の小さな救急病院だったが、いろいろとあやしげであった。

病院に運ばれて最初はMRI検査だが、ここからあやしげだった。

MRI技師が最初に言ったのは「MRIは初めてですか」だと。誰が見ても私はマヒヨイヨイである。昔はもっとすごかった。MRI音のトンネルを潜ってこなかったハズはないではないか？　思わずトンネルを覗いてしまった。

さらに、このMRIの終わり方がおもしろかった。「あと5分間、このMRI音ガマンできますか」に、私はすぐ「ガマンできません」と答えると、「そうですか。それでは、これで終わりにします」だと。あと5分間必要ならガマンするより仕方がないハズなのに、変なMRIである。

この病院の担当ナースは【日替わり】で毎朝違うナースが次々と現れるのだが、よくぞ集めたと感心してしまう、いわゆるブスばかり。さすが場末である。それで毎日がブスの見本市なのである。でもブスでけっこう。ブスは情があるからキライではない。ブスが美女になる【マイフェアレディ】がある。とくにブスはベッドがイカッタ。ブスの決めゼリフがいい。

「私でいいの？」

そんなにブス見本市に失望はしていない。この病院のブスは【日替わり】ランチだから、たまにはイイタマにめぐりあうかもしれないと楽しみにしていたが、そのとおりになる。美人は群の中で一人二人見えてくるものだ。

こんなめぐりあいもある。今朝4時半という時間に血糖値を調べに来た姐さんはなかなか美形だった。

病院はやはりナースである。医者なんかマニュアル通りに動いているだけだ。ナースは美人でない方がいい。ステキなナースとは、笑顔があって、よく気を使ってくれるナースだ。

この原稿もベッドで書いてるが「ここは病院ですよ」と叱られた。その叱り方がホントにかわゆくないので、つい「病院だって客商売なんだから、そうツンツンしなさるな」と言ってしまったのはワルかった。

「客商売なんかじゃありませんよ。病院は飲み屋さんと違いますよ」

【ハイハイ】

話は変わる。私の個室のトイメンには明らかに認知症のオバァちゃんがいて一日中こんなことをワメいている。「誰もかまってくれない。お願いです。かまってください」の繰り返しである。こんなことも叫んでいた。

「みんな津波で死んだ。もし津波がきたら、私を残さないで一緒に死んで欲しい」だと。世間のことをチャンと知ってるのだ。そこが憎い。早くなんとかして欲しい。

たまにはお仲間とお食事を、と連れられてきた部屋には、大きなテーブルに呆け老人がズラリ。私もその並びに入れられて、「こんにちは」と言ったが完全無視。呆けの集会所あり。【あやし】

この病院の最大の【あやし】は【オムツは大きな医療行為と徹底してること】。とにかく、ベッドにきたナースは黙ってオムツに手を入れたり、のぞいたりして、ベンがあると、すぐ交換の作業に入る。かわいい2人組のオムツパトロールがくる。オムツのプロスタッフもいるが、ナースがきて訴えると彼女はすぐ始める。

そのナースの何人かに【ご協力ありがとう】と言われ、めんくらった。

オムツ香るオムツ姫の病院あやし！

それから、もうひとつの驚きは、この場末の小さな病院のブスナースの点滴の針の刺し方が上手なことだ。都心の巨大病院をこれまでいくつもハシゴしてきたが、その【日替わり】のほうがどこよりもうまいのだ。私の血管はものすごく細く、血管を探り当てるだけでも、どの巨大病院ナースを泣かせてきた。病院によっては点滴の針はナースにはさせない病院もあった。この場末のブスナースはお見事である。

フロに入れてもらう。4人のスタッフでタンカのままボチャリ。

出て「ありがとう」と言うと、「『スッキリした』と言ってよ」とたしなめられる。戸口の方から声あり。「一丁あがり。次」。手のひらの湯を首筋にかけてくれていたのに、マヒ老人を湯につけてもらった。仕方がない。でも【あやし】。

とにかく医者には3人から声をかけられたが問診ではなかった。主治医が誰なのか不明。カゲで生きる工夫をされている。

一度、院長先生の回診あり。

「おつらいことは」の問いに、「お酒が飲めないこと」と答えると深々と頭を下げ「ゴメンナサイ」。これで回診終わり。

この病院にないもの。人格・教養・笑顔。

【表彰】普通のナース前田朋美さん。オムツ名人、依井幸子さん。

普通のナースとことわったのは私らの記憶にあるナースとは白衣の天使のことである。朋美さんには天使のムードあり。映画「愛染かつら」の田中絹代のイメージが強い。

この病院のナースはピンクの服を着ており、別に緑の制服の女性群がいる。これはナースではないのか。オムツはうまいが、なにか頼むと「今、看護師さんに伝えます」ということになってしまう。それから、この病院でとうとう師長さんとお話しする機会はもらえなかった。やっぱり【あやし】というほかはない。

明美さんは、私を呆け老人集会所から助け出してくれた。「この方は認知症ではありません。だれがお連れしたのかしら」と私の車イスを引き出してくれた。

幸子さんは、これは文句なくオムツの人。2人組作業なのだが、彼女は一人でこっちをうまくころがしながら、あっという間にロールキャベツにする。

もう一人表彰したい人がいた。モチドメさん。テレビの角にアゴをのせ目線が妖しく色気あり。場末の仇花。

この病院での一人は、リハビリの石井萌さん。このアキバの萌に「生きるしか」と教えられた。

「今」を生きるケア

第71回　対話を妨げるもの（続編）

佐藤俊一（淑徳大学）

小さな楽しみ

例年のように5月中旬から土曜休みが無い状態が続いている。それでも、何とか日曜日があるのでもっている。こんなときにちょっとした時間を見つけて、気分転換のために、ジョギングをし、映画を観る。家から歩いていける映画館が閉館となり、寂しくなったが、関連する小映画館が都内の単館上映ものを数ヶ月遅れで上映してくれている。先日、『神々と男たち』という、アルジェリアが舞台となっているフランス人修道士たちの生きざまを描いた作品を観ることができた。

ストーリーとしては、最終的に彼らは、イスラム過激派のグループに誘拐・殺害されるという実話に基づいているのだが、私が印象に残っているのは7名の修道士が話し合いを行うシーンである。

イスラム過激派のテロで治安が悪化するなかで、彼らは「アルジェリアに留まるべきか、それとも身の安全のためにフランスへ帰るか」を決断しなければならない。話し合いのなかで激しいやりとりはないのだが、独白的な話し方から話し合いを重ねるごとにお互いの気持ちを受けとめる態度に変わってくる。最終的に、留まるというグループの決断をするのだが、かたちとしては誘拐、殺害という最悪のケースを招いてしまう。

たまたま前回が「対話」について書いていたので、この映画に触発されて、もう少し考えてみたくなった。これも私の小さな発見、楽しみでもある。

グループの力

この時期に私は、定番の映画『12人の怒れる男』を使った授業や研修を行っている。こちらは、H・フォンダを中心に12名の陪審員が、父親殺しの容疑で起訴された17歳の少年を「有罪か、無罪か」を決めるために、激しいやり取りが行われるものである。もし、有罪が決定すれば、少年は死刑になるというのが前提になっている。

この映画を観ると、話し合いのなかで個々のメンバーが、自分の考えを主張することで激論になることに驚くが、そうしたなかでメンバーの個別性がハッキリしてくる。さらに興味深いのは、グループの力なのだが、大声で怒鳴りまくる人を黙らせるには、大声で反論をするのではなく、沈黙で応えるというところである。特に、被告の青年の生い立ちから、被告のことを〝社会に不要な人間〟という一方的な決めつけの演説をするメンバーに対して、他のメンバーが黙って背中を向け、「聴かない、受け入れられない」と身体で表わすシーンはとても印象的だ。みんながそうした態度をとることで、吠えまくっていた男は黙り、力を失って座り込んでしまう。

看護学部の学生にとっては、2年生になってグループで学ぶことが多いため、インパクトがあるようだ。特に〝グループで学ぶことの難しさ〟を感じている人には、自分の行っていることが問われる機会になっている。たとえば、「他のメンバーの考えがわからなくても、確認をしないで済ましている」「自分はちがう考えなのに、みんなが頷いているので黙っている」といったような普段の態度だ。それでは自分の学びにならないことに気づき、「何とかしたい」と気持ちが動き出しているメンバーが出てくることが嬉しい。

沈黙についても、これまでは嫌なものとして避けていた。そのため、誰かが話して欲しいと思っていたのが、グループになっていくプロセスには必要なことだとわかり、相手と共有することもできるのだと気づいてくれたというレポートもあった。

目的に縛られない

先に紹介した『神々と男たち』と『12人の怒れる男』は、グループでの話し合いのやりとりが大きく異なる。前者は7人が自分の考えを話し、気持ちが伝えられるようになって行く。内にあるものは熱いのだが、表現する態度は淡々としている。後者の激論とは大きく違う。また、後者の場合は、全編が討論の場面だが、前者は限られた場面だけである。

共通していることは、神々では、「フランスに引きあげるか、留まるか」を、12人では「有罪か、無罪か」を決めるというように、二つの選択肢から一つの答えを出すという〈目的〉がある。前者には自分たちの、後者には一人の若者の生命がかかっている。

その大事な決定をするために話し合うのだが、興味深いことに話し合いを行っていくと、答えを出すという〈目的〉が忘れられていく。正確に表現すれば、気にならなくなる。話し合いで集中して行われていることは、自分の考えや気持ちを伝えること、相手のことをわかりたいと気持ちが動くことなどである。その結果として、みんなが納得できる答えを出すことができたのである。

グループの話し合いにおいて、このように自分を開いて相手を受けとめるという応答ができるようになる。対話が生まれると、メンバーは生き生きとしてくる。目的至上主義の態度が、対話を妨げていることがわかろう。その克服には、私たちが生き生きとすることで成長できるということの共通の理解が必要となる。

人間の開発

対話的な関係ができることで、素通りしてしまうことが確認されたり、わかろうともしなかったことがわかることが起こる。12人の怒れる男においては、少年の無罪が決定するプロセスとは、まさにそうした場面の連続である。ブーバー（M.Buber）は対話がもたらす可能性を「人間の間柄は、さもなければ未開発に終わるものを開発する（『対話的原理Ⅱ』みすず書房）と指摘する。この人間を開発するということが、対話によって生まれる。それを可能とするのは予測できない対話に私たちが自分を賭けることができるかである。

情報を読む

― ○○加算は ○○の価値が問われる ―

日本の医療を良くするために、厚労省は質の高い医療サービスに「加算」をつけてきた。チャンとした医療をやればお金をあげますよ、ということだ。

逆にいえば、お金にならないと質の良いサービスを提供してくれない医療機関が多いので、お金にならなくても質の良いサービスを提供している医療機関に価値アリとお金をつけたのだ。お金が欲しければ先行している医療機関の真似をしろ、ということなのだ。

しかし、世の中は恐ろしい。形式や型だけを整えて、お金をもらおうとする医療機関が出てきた。例えば、度々指摘してきた「栄養管理加算」も形式や型を整えるだけではダメになり、栄養管理の価値が問われたのだ。全国で急速に病棟に管理栄養士を配置しだしたのは、なぜなのか、である。

病棟薬剤師にしても、形式や型でなくて実態と成果が問われるのは当然のことだ。古くは7対1看護など、加算における形式や型と実態と成果が典型事例であろう。看とり加算も、大問題が生じているのはご存じのことだ。NHKテレビで特集していたが「看とり加算がつくから看とりをしろ」と言われた介護福祉士の苦悩である。

看とりは、大事なことだ。5頁に書いたが、看とりはこれからの重要な産業になる。救急病院ではできないことで、しっかりとした看とりのできる療養病院や特養ホームではウェイティング・リストは膨らむ一方である。加算がつくから看とりをしろという施設との決定的なちがいなのである。

ここ一ヶ月間では、リハビリにおける「休日加算」の問題が深刻になっていることを覚知した。わたしが訊き出したものではなく、リハビリのスタッフが告白したものだ。なんとなくは感じていたのだが、急性期リハのスタッフと回復期のリハのスタッフでは、その態度にちがいがあった。急性期リハのスタッフのほうが全体的に明るいのである。もちろん、急性期リハのスタッフにも暗い奴はいるが、回復期リハのスタッフとはちがって感じられたのである。

先日、急性期リハのスタッフと飲んでいて、それが解明された。わたしが質問したのではなく急性期リハの主任クラスが「急性期リハは休日加算がないから、必要な患者には休日もリハをしますけど、必要のない患者にはしません」と言ったので、なんとなく感じていたモノが解明されたのである。

数日もおかず、回復期リハのスタッフから「休日に拷問みたいに感じるリハをやらなければならないのが、辛い」というツブヤキを聞いた。それも、少なからずのスタッフからである。これももちろん、病院間のちがいが大きいと思う。ナンチャッテ回復期リハという人もおられるが、その系統の回復期リハ病院のスタッフは大変だと想像する。

地域連携パスが充分に機能している回復期リハ病院と、地域連携パスのお金が目的になっている回復期リハ病院では、当然、ちがってくると想像している。実際に後者の病院のリハのスタッフとは話をしていないから、想像になる。

休日に必要のないリハをやっちゃいけないなんて、言っているのではない。加算があるんだから取ってよいのだ。ただし、リハのスタッフのモラール（モラルではない）も大事にして頂きたいのだ。

戦力は戦意があるか否かが重要なのであって、いくら戦力を整えても戦意がなかったら負け戦になってしまうからだ。ナンチャッテ回復期なんて揶揄（やゆ）されたら戦意が落ちるのは当たり前だ。

急性期リハのスタッフの言う、必要な患者は休日もやってます!! この言葉のなんと尊いことか。突拍子もなく、事前指定書指導加算を想像してみた。どうなるかは、明々白々でしょう!!

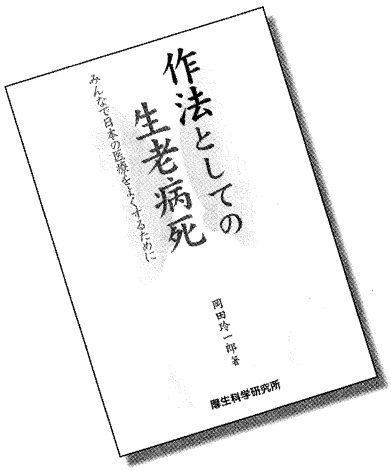
岡田

作法としての生老病死

―みんなで日本の医療をよくするために―

お陰さまで
残部が少なくなってきました。

売り切りたい!!



ISBN 978-4-903368-14-6
四六判・127ページ／定価　税込1,260円
著：岡田玲一郎　社会医療研究所所長
厚生科学研究所刊

【問い合わせ先】
社会医療研究所
〒114-0001　東京都北区東十条3-3-1-220
Tel.03-3914-5565　Fax.03-3914-5576
E-mail:smri@mvi.biglobe.ne.jp

この一ケ月の喜怒哀楽

◎訊くだけ野暮だった

しつこいところもあるわたしは、やはりビンラディン氏殺害に納得がいかなくて、アメリカで2人の人に訊いてみた。結果は、無駄。9・11への恨みは、日本人には本当に分からない。国民性のちがいもあるのだろう。なにがそんなに気になるんだ、アイツがやったことは悪いんだ、リベンジの域を超えているのだという。でも、日本人のわたしは、納得してないよ。

オバマ大統領が執念をもってやっている皆保険にしても、個人の自由があるんだから国民から義務的に保険料を徴収するのは憲法違反だという。そういう論調からすれば、日本も憲法違反といえるのだが、国民の健康な生活は国が保障するものだ、という意見もある。

ただ、最低限の生活の保障はわたしは国には求めない、という意見だ。食えなきゃ死ぬしかない、と思って懸命に生きている。わたしの場合であって、働きたくない人の生活の保障はしてあげてください。憲法がそう律しているならの話だ。

でもホント、訊くだけ野暮っていい表現だと思った。9・11は、そのまま読むと日本の119番なのだが、〝緊急ですか、本当に!?〟という病院に貼ってあるポスターが、脳裏に飛んできた。

◎コスト削減の限界!?

やっと、病院界でもコスト削減は経営の悪化をもたらすことが認識されだした。もちろん、一部の病院ではあるけれど、人件費削減なんて、もしかしたら愚の骨頂かもしれない。「もしかしたら」と「かもしれない」が被る表現なのだが、語感としてはいい。

特に、人件費比率は分母のほうが問題になる。収入が増えれば人件費比率は低下するのだから、分子を減らすことに努力するより分母を増やしていくことだ。そして、分母も分子もパラレルに増やす時代になったと思っている。

在院日数短縮が病床利用率に悪影響を与えないどころか、収入が増えるし病床利用率も向上するという現実は、モノを言う!!

◎梅雨の季節は、いやだ

いまは飛行機が着陸できないで羽田に戻るとか他の空港に変更することは、少なくなった。計器着陸装置が増え、機能もあがったからだ。昔は、熊本空港や高知空港（↑ここでも龍馬が出てくる）で何回も着陸変更に遭った。梅雨期以外では、伊丹空港でタイ航空の飛行機のトイレに火をつけた奴がいて、緊急閉鎖になり名古屋空港に変更になった一回だけだ。

しかし、飛行機の揺れは昔のままだ。毎年、梅雨の期間は前線の影響でよく揺れる。六月も、高知と広島でガンガンきた。「安全には影響ありません」とアナウンスがあるたびに、安全に影響があったら困る、と思う。でも、運を天に任せるとは、このことだと思うようにして、安心している。

◎中国パワー!?

デルタ航空のアメリカのラウンジや飛行機の中には、日本の新聞が置いてあった。そして、中国の新聞はなかった。昨年6月時点での話だ。ところが、今年の6月はラウンジはもちろん機内には日本経済新聞や朝日新聞の国際版がなかった。中国紙だけだ。たまたま、わたしの帰国日だけの話かもしれないが、中国のパワーを感じだ。

USAトゥデイ紙にも、アメリカに来てお金を使うランキングはカナダに次いで中国が二番目だった。入国者ではカナダがトップで中国人は六番目ぐらいだったと記憶している。チャイナ・パワー恐るべしなのである。

日本でも大震災前は中国人の団体旅行が増えたことを全国各地でまざまざと思い知らされてきたが、アメリカ、特に西海岸やニューヨークに観光に来る中国人が多い。それだけ豊かになったのだが、どこまでいくの～という思いがある。

日本が、すべてにおいて後退しているのだから、その落差は大きくなるばかりだ。よほど「政治」がしっかりしないと、日本もギリシャ化するぞと、暗く想う。

◎救命救急も地域連携の時代

今年もアメリカで確認したことだが、すべての診療科の救命救急機能が万全という病院はない。得意、不得意の診療科があるのは主として医師の能力と員数に関係してくる。日本でも、同じだ。救命救急病院から特定の診療科の患者が二次救急病院に転送されることは、ザラに聞く。

救命救急病院機能は、既得権とは無縁である。そのことを何回か本紙などで書いてきたし、講演でしゃべってきた。オカシイことは変わるというわたしの信条が、ここでも実現して嬉しい限りだ。

地域連携パスという言葉もあるように、救命救急も地域連携の時代だ。地区医師会などの古い医者は「小児科がなきゃダメだ」なんて言う人もいるそうだが、小児科がなくたって眼科がなくたって、両科に強い病院は地域の二次救急病院のみならず、単科の病院にもあるのである。ヘンにいじくり回した患者を転送するより、早期に転送したほうが患者は幸せだ。

もちろん、救命救急医は不可欠だ。救命救急医の皆様は、応急処置はどの診療科であろうが、なさる。だけど、自分の病院でその後を診るのは限界があると感じられたら、ふさわしい病院に転送したらよいのだ。

アメリカで数回は見た屋上からのヘリコプターによる転送が、日本もすべての診療科の救命救急機能を備える必要はないという思いに到った。でも、まだまだだ。大学病院の救急科と連携がなければダメだなんていっている県もある。

その根底にあるのが、既得権を守りたい救命救急病院の屁理屈なのだから、腹が立つ。救命救急という地域に不可欠な医療機能は、大学病院から医者を出してもらっていることとは、ほとんど関係ないだろう、と思う。

こうやって、日本の医療も合理的になっていくと思うと、安心だ。しかし「政治」は、いかん。岡田

これからの一ケ月の不安・不運・不信

医療の沸騰点

―医師はモラルと規範が最高に求められる職業―

クリニックの院長が暴力団を通じて生体腎移植の提供者を獲得したという報道をみて、腎移植をしたのは宇和島徳洲会病院の医師グループじゃないかと思っていた。やっぱり、そうだった。東京都内の院長なんだから都内の病院でやればいいのに、なぜ愛媛の病院なのかと疑問視していた。あらためて自身の勘の鋭さを誇った。

類は友を呼ぶ、という表現がある。なんでもかんでも腎移植で一時話題を呼んだ宇和島徳洲会病院の医師グループが問題になったのは、もう五年以上も前だろうか。別に確認するつもりはないが、わたしの頭の中にはっきりと残っていた事件であった。事件と書いたのは、当時、瀬戸内海周辺で仕事をなさっている医師に、その異常さを聞いていたからだ。なお、瀬戸内に、、を振ったのは、分かる人は分かると思ったからだ。

でも、腎移植を受けたこの院長は、よっぽどツキのない人なんだ。フィリピンまで行ったけど、外国人（日本人）への臓器提供が禁止されていて断念、当たり前の話なのに移植可能の闇ルートでもあると思っていたのかな!!　その辺も怪しい話だし、都内の病院でもドナー候補の女性に臓器（腎臓）の提供を拒否されたそうだ。以上は、「日刊スポーツ紙」で読んだ記事である。なんで臓器提供候補が拒否したのか、これも怪しい話だ。

それで暴力団に依頼することになったのだが、なんで宇和島まで行ったんだと思うと、これも怪しい思いに駆られてしまう。先の日刊スポーツ紙によると、病院の事務局長のH氏は「医師はモラル、規範が最高に求められ、（堀内容疑者が）臓器売買にかかわるとは思わなかった。肩書がげたを履かせたのかもしれない」と倫理委員会の判断が甘くなったとの認識を示した（記事のママ）とコメントしていた。これって、スゲー、おかしい話じゃない!?

医師だからモラル、規範を守っているって固定観念があったら、養子縁組をした義母を殴り殺した医師はどうなるの、という話だ。元カノの看護師に子宮収縮剤を投与して〝わが子〟を人工流産させた医師のモラルはなんなんだ、という話になるだろう。

まさか、腎移植をした医師が薄々暴力団絡みと知っていたなんてことはないと信じたい。でもねぇ、病院の倫理委員会はどんな倫理で移植を決定したんだろう。なんで、わざわざ東京から来たのかなんて、疑問を持たなかったんだろうか。類が友を呼ぶとは思わないだけの信頼のある医師だったのだろうか。なんか、引っ掛かるものがある。

もちろん、世の中には不条理なことがいっぱいあることは承知している。医師もまた、不条理、不正をする医師もいるのである。最高のモラル、規範を求められているから、モラル、規範に問題はないと言えますか!?　求められていることと、できている、持っているはちがうんじゃないかと、わたしは経験則で思う。

MRさんが院内勉強会のときに持ち込む〝最高の幕の内弁当〟の価格が三千円以下と規定されたという報道を見たが、三千円の弁当を平然と喰う医師もいれば、一種の供応だから絶対に喰わないという医師がおられるではないか。どっちの医師が、モラル、規範が最高なんだろうか。

全快して帰る患者さんからの現金や贈り物を受け取るなんて、わたしは思いもしないし、受け取るほうがよい、と言ってきた。規範に欠ける医師は、看護師にそれとなく現金の金額を患者の家族に伝えさせ、全快もなにもない手術の術前にシャレイキンを受け取っているという証言は、いくつも聞いた。こんな少数派の医師のために医師全体が誤解されたら、最高のモラル、規範を守っている医師はたまったものではない。　岡田

命を守る最前線で。健やかな暮らしを願う心の中に。いつも星医療酸器はあなたといたい。

メーカー機能

品質、信頼性、安定性・・・
全てのクオリティーを求めた結果が
メーカー機能までを含めた独自の一貫供給体制です。

メンテナンス機能

医療用ガス供給設備の設計・施工・保守管理まで
メンテナンスを核に広がるビジネスフィールド。

24hts. 365days Anywhere

深夜の緊急手術で、一刻を争う救急車内で・・・。
星医療酸器グループがお届けする医療用ガスは、
命を支えるうえで重要な役割を担っています。
だからこそ、２４時間年中無休は私たちにとって当然のこと。
正確に、迅速に供給し続けることこそ、
ライフセーバーたる私たちの喜びです。

介護付有料老人ホーム

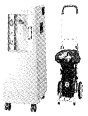
価値ある人生を、よりすばらしいものに。
笑顔の絶えることのない、穏やかな暮らしを私たちと共に

介護福祉機器関連事業

新しい生き甲斐や楽しみを発見できる。
これからの介護福祉機器には、
そんな品質基準があっても良いのではないでしょうか。

在宅医療事業

「生き方」がいま問われています。だからこそ
もっと、普段着の暮らしに近づきたいと思いました。



JASDAQ 証券コード：7634
地域医療のさらなる発展のために
株式会社 星医療酸器
本社　〒121-0836　東京都足立区入谷7-11-18　Tel 03-3899-2101　Fax 03-3899-2333

医療用ガスの供給を始めて
３０余年間、２４時間年中無休
そのフィールドは全国主要都市へと
広がっています

星医療酸器　URL http://www.hosi.co.jp

東京	03-3899-8855	西東京	042-532-8141	南東京	03-5434-8008	千葉	043-423-6111	館山	0470-27-6681	埼玉	048-591-6551
北関東	0270-32-6181	栃木	0289-76-6311	長野	0263-59-3122	神奈川	0467-70-8831	京浜	044-329-4122	横浜	045-852-8170
茨城	0299-48-0101	郡山	024-956-1800	東北	022-284-6294	札幌	011-671-3601	沼津	055-995-1551	静岡	054-655-2001
名古屋	0567-94-6411	大阪	072-810-5000	尼崎	06-4868-8225	福岡	092-513-0024	宮崎	0985-48-0501	松戸	04-7178-8300
千葉DC	043-424-1294										

関連子会社

㈱星医療酸器東海	本社	0567-94-6411						㈱エイ・エム・シー	03-3899-8855
名古屋	0567-94-6411	浜松	053-444-1433	沼津	055-995-1551	静岡	054-655-2001	㈱アイ・エム・シー	0299-48-4001
㈱星医療酸器関西	本社	072-810-5000						㈱ケイ・エム・シー	0467-70-7661
大阪	072-810-5000	南大阪	072-226-1876	京都	075-646-1770	西神戸	078-974-8008	㈱星エンジニアリング	03-5837-2281
尼崎	06-4868-8225	徳島	088-637-6494	和歌山	073-480-5355			㈱星コーポレーション	03-5839-8331

辻本好子

辻本好子さんが亡くなられた。6月18日の土曜日だ。仕事を休んだり、早退しなくて済んだ人もおられたろう。キャンディーズの田中好子さんといい、わたしの知る好子さんはみんないい人だ。

辻本好子さんに最初にお会いしたときのことは、もう忘れた。記憶力のよいわたしが忘れているくらい、昔のことだ。しかし、岡山の蕎麦屋でお会いしたことは、よく覚えている。もしかしたら、ご本人とお会いしたのはこのときが最初かもしれない。たしか、ホスピス医の方がおられた。

辻本好子さんの印象は「やわらかいけど、つよい人」だった。だからこそ大きなお仕事を成されることができたのだと思う。成されるは、為されるでもよいと思う。

彼女の芯にあるのは、わたしは社会へのまなざしだと思ってきた。それが、まなざしに鮮明に出ていた人だ。医療という人間にとって絶対に必要とするものを、よくしていこうという強い意志が、まなざしに出ていた。なぜ、強い意志をもたれたのかは、わたしは聞いていないか、忘れているかだ。

動機よりなにより、そこに生きている辻本好子という人がいた。人間、それも社会で生きていく人間には、やはり、なんであれ「志（こころざし）」が必要だと思って生きてきたわたしは、共感を覚えていた。医師の教育にロールプレイを採り入れたのも、志があるからこそだ。そういえば、演劇に興味をもたれていることを訊いたような気がする。ロールプレイも、形だけでプレイするのではなく、患者の役割を演じ切れるプレイが不可欠だ。それをできる人も育てられたし、社会一般の患者の気持ちも、豊富に経験されたからこそ、きちんとしたロールプレイができたのだと、わたしは思っている。

NPO法人　ささえあい医療人権センターCOMLのわたしの会員番号は1089だ。賛助会員も、いまでは多くの人がなられていると思うし、どんなに多くなろうとも運営は容易ではなかったと推察する。なにしろ、そんなにお金になる商売ではないし、志と金銭はしばしば離反するからだ。

社会保障国民会議の委員もなさっておられたので、日本の社会保障の将来にも影響を与えられた。一般病床の将来の位置づけは、わたしは全面的に賛成だった。遺志を継ぐほどの時間と才覚はないが、わたしなりに発言を続ける。

なにしろ、わたしより10歳以上若くして逝かれたのだから、遺志を継ぐ時間は限られている。死因となった胃がんのことは、ここのところ毎月のように書かれていた。乳がんのときの患者の想いも、しっかりと受けとめていた。がんと闘われたかどうかは、文章からは明らかではない。でも、そこには〝死ぬまで生きる〟が感じられた。安らかであったかどうかは分からないが、人間、死ぬときは死ぬのだから、どうしようもない。

いずれにしても、辻本好子さんの死は、わたしにとって悲しみではない。辻本さんの分だけ、わたしが背負うモノがあるからだ。悲しんだり、寂しがったりしてはいられないという気持ちである。もちろん、同じことはできない。できないけれど、志は同じようなものをもっていると自負している。

日本の医療は、まだまだ問題が多い。現場を歩いている者として、つくづく思い知らされることが多い。特に、わが国を「先進国」としてみたとき、いや先進国のわが国なればこそ道理に合わない医療は撲滅すべきだと、想いあがったことを口にしている。

わたし自身は、自分をドンキホーテみたいにも思うが、夢もいいもんだとも想う。そして、わたしの座右の銘でもある「われに七難八苦を与え賜え」を深く求めて生きていく。こんなとき、最後は合掌なのだがやめておく。

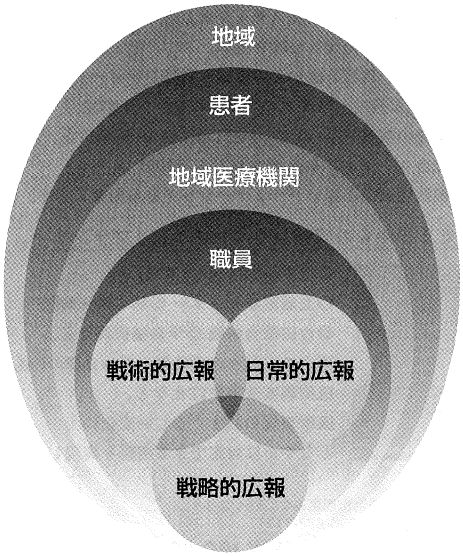
岡田

広報で変わる　医療環境　DOCUMENTARY FILE 49

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

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 Hospital Intelligence Planning
有限会社エイチ・アイ・ピー
名古屋市中区富士見町7-12　センチュリー富士見1101
TEL052-339-1645　FAX052-339-1646

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。

第352回 これからの福祉と医療を実践する会

前号、当会の7月例会案内では「地域包括ケア」「医療・介護連携」「サービス付き高齢者住宅」を同時改定のキーワードとして示した。本例会では、さらに一歩踏み込み、地域包括ケアの重要な担い手である訪問看護分野よりエキスパートである秋山正子さんをお迎えし、長年の経験からの現状分析と将来展望とを御発題いただく。

秋山さんは聖路加看護大学を卒業後、保健師・助産師・看護師として関西で臨床・看護教育に従事され、御親族の看取りを契機に92年より東京にて訪問看護に従事。現在も在宅ケアの充実に、多くのスタッフ、ボランティアとともに奔走されながら、厚労省「チーム医療の推進に関する検討会」、文科省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」委員、等々としても御活躍である。

本例会では「現在、地域包括ケアの充実が声高に叫ばれており、それに伴い職種を超えた協働が推奨されているが、実際のところは現場での職種間連携の不足が目立つ。その問題を解決・解消するための具体的方法や工夫などについてお話しします」と、御本人の弁である。〝人がその人らしく生き抜くのを支える新たなケアのあり方〟〝在宅で病む人とその家族に寄り添い喜びも悲しみもともに〟様々な難問にも柔軟に笑顔で取り組んできた秋山さんから在宅ケアの真髄を聴き〝希望と勇気〟を分けていただこうではありませんか。

（鳴海幸恵・伊藤幸彦）

日　時　八月十九日（金）
午後二時～四時半

在宅ケアのつながる力……
いのちの輝きに気づき寄り添う
そして、まちづくりまで

御発題　株式会社ケアーズ
白十字訪問看護ステーション
統括所長　**秋山　正子　氏**

会　場　戸山サンライズ大研修室

参加費　会　員　五〇〇〇円
会員外　一〇〇〇〇円
（情報交歓会は五〇〇〇円です）

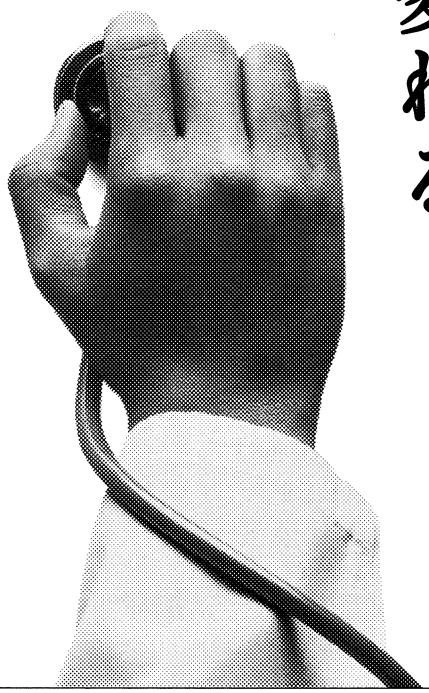
申込先　Tel.　03-5834-1461
Fax.　03-5834-1462
URL　http://www.jissen.info
E-mail：jissensurukai@nifty.com

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

そうぞう

医療機関、特に病院に関しては大小を問わず完全に二極化している。思えば、病院はやがて二極化すると発言してから20年は経つ。その間のプロセスが二極化をもたらしたのだ。絶えざる努力という平凡な表現が、ぴったりだ▼二極化とは、もちろん優劣の二極化だ。この20年間に職員数が何倍に増えたのかが、指標のひとつになる。対病床数の職員数のことで、二倍程度ではハナシにならない。ハナシになるのは、二倍以上である。くどいようだが、一病床当たりの職員数である▼さらに、職員の質も優劣に強烈な影響を与えている。よく書く、初めての仕事を部下に与えたとき「ソレ～　ヤッタことないんで～」で済む病院と、初めての仕事に意欲を燃やし、求めてくる職員の多寡の問題だ。実証的にいえば、管理監督者研修のとき前者の話をすると、ドッと笑う病院は劣者の病院だ。後者の話にうなづく管理監督者の多い病院は優者の病院である▼これからをみると、おもしろい。一般病床は急性期病床だと誤認している病院は、弱い。一般病床は急性期病床ではなく、療養病床ではないだけなのだ▼療養病床も療養病床にとどまっているとは限らない。老人が暮らす施設がピッタリの病院もある。現在は、またたく間に過去になる。

あっ、日本の病院が変わる。

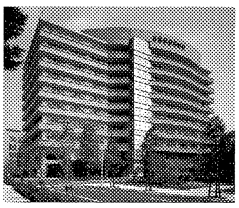


プロジェクトマネジメント
日揮のPMが、変えます。

次代が求めた病院づくりの新手法、それが日揮のPM。

いま医療の分野で注目されている日揮のPM。その導入は、
◎病院建設のスペシャリストが、病院スタッフとして
プロジェクトに参加、豊富な知識と経験を発揮。
◎マーケティングや事業・運用計画などの多様な業務をサポート。
◎高い透明性と合理的な発注システムによる大幅なコスト削減。
◎運用性・機能性重視の病院設計。◎ITやPET、再生医療、感染防止、
省エネなどでも、総合エンジニアリング 日揮ならではの
先端技術を提供。病院建設に心強いパートナーシップをお約束します。

日揮は全世界で２万件もの実績をもつPMのトップランナー。



◎北里研究所病院（写真）
◎先端医療センター ◎熊本第一病院
◎汐田総合病院 ◎千鳥橋病院など、
国内でも数々の成功例をもつ日揮のPM。
医療制度改革やIT化など、
医療環境のめまぐるしい変化に、
しなやかに対応できる病院を実現します。

日揮
横浜市西区みなとみらい2-3-1
Tel:045-682-1111
http://www.jgc.co.jp
E-mail:hospital@jgc.co.jp