

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 6 5 6
 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

高度急性性期病床の議論がほとんどなされていない？

所長 岡田 玲一郎

社団法人日本病院会の機関紙、日本病院会ニュース847号の「政府・一体改革の病床推計——「現実に合わせていない」のタイトルで、理事会で協議された内容が記載されていた。「一般急性性期9日では無理」のタイトルもある。

政府与党が了承した「社会保障・税一体改革」の中の「医療・介護に係わる長期推計」に関する協議である。正直、一般急性性期9日は無理というのは本当だろうかと思つた。さらに、高度急性性期病床が平均在院日数15日程度とあつたので、おやつと思つた。

これは社会保障国民会議の試算した2025年の医療介護提供体制の将来図の改革シナリオからのものと思われるが、わたしは高度急性性期とはなにかから議論しなければならぬと思つている。卑近な例でいえば、人工呼吸器で延命している患者が高度急性性期の対象か、ということだ。ここでも「延

命」を治療とみるのか、医療とみるのかの議論も必要だと思つた。

一般急性性期の議論は進むが高度急性性期の議論が後れている

先の日本病院会ニュースにも書かれていたが、一般病床に関する議論は、ずいぶん進んでいるとみている。記事の中でも「一般病床の3分の2がいわゆる慢性性期病床をやつていくことになる」と明記されている。さらに、日本慢性性期医療協会の武久洋三会長も、一般病床のみならず療養病床の機能も多岐にわたつていくといわれている。誤解のないように述べておくが、先の日本病院会の一般病床の3分の2が慢性性期病床といわれるのは誤りではなく、武久洋三氏のいわれる一般病床も療養病床もその機能は多岐にわたつていくといわれるのも、まさにリアリティに関わるもので、慢性性期病床や多岐にわたる機能に上下はないというのが、

わたしの意見である。療養病床に転換できなかった一般病床があるのが現実の姿であるだけでなく、多岐にわたる機能が提供されていることこそ現実にはマツチしているものだと、超現実主義者のわたしは思つたのである。

先日、ある診療所の医師と話して「アノ病院、まだやつてたの!?」とあきれたように言われていたが、やれるのである。診療報酬がそのような「潰れて当然」の機能の病院も経営していかけるようになっていくのである。そして、地域ではそのような機能を求めるニーズがあるということだ。善い悪いの世界の話ではない。

先に述べたように、一般病床イコール急性性期病床ではない現実がある。そして、一般病床がその機能別に分化するのは、自然の流れである。社会保障国民会議の試算も、そうだと思う。一般病床から仮に模擬療養病床と称する病床に分化するものがあつてよい。さらに、問題の高度急性性期病床に移るものがあつてもよい。そして、大学病院という特定機能病院の病床も、その特定の条件を明確にしな

ければなるまい。

例えば、白内障手術（単眼）で平均在院日数が10日を超える特定機能病院も、平均在院日数が3日の特定機能病院も、同じ特定機能病院で括るのは、いかにも無理がある。しかし、現実には短いほうからみて3倍も長い平均入院日数の大学病院もあるのだから、特定A機能病院とか特定B機能病院といったランクづけは必要であろう。そして、特定機能病院イコール高度急性性期病床というのも、無理があると思つたのである。

高度急性性期には延命医療は入らない

極めてづきの私見であるが、延命治療という表現には、無理があると思つた。命を延ばすことは治療ではなく医療だと思つた。また、延命医療は高度急性性期に含まれるものではなく、別の、例えば「看とり医療」と称すべき機能だと思つた。

これについては、日本慢性性期医療協会の機関誌JMC76号で、武久洋三会長が、慢性性期医療と地域連携——総論で「在宅療養支援を見るものさしは在宅看取り死の数」として喝破されている。在宅療養といつてもねえ、世の中、どんどん変わつてくるんだよ、と、わたしは読めた。家族関係も、希薄化しているのだから、延命医療病床も必要だと、わたしは思つた。

ただし、くだいようだがそれは高度急性性期ではない!!

そのような考えをもつているわたしとしては、高度急性性期病床の平均在院日数は10日以下で、それに続く一般急性性期は5日の病院もあれば、9日では無理の病院もあるし、アメリカで急激に増えている25日の長期急性性期ケアに似た機能の病床があつてよいと、現場をみて思う。なお、わたしは医師ではないから医師の立場としての意見ではなく、社会から医療の現場をみての意見である。

そのために、日本の制度でいえば「亜急性性期病床とはなにか」をもつと議論すべきだと思つた。また、三次救急病院も地域連携の時代に現実として入つてきており、新しい時代に即した社会資源の構築が、個々の病院の願望に先んじて必要とされていると思つた。

個々の病院の願望や目標はあつてよいのだが、病床機能の明確化が病院の損得で語られてはならないと思つたのである。もちろん、一方で個々の病院は地域連携のどの部分を担うかという役割分担の意志が必要になる。それは、絶対に役割分割になつてはなるまい。

先の白内障の手術にしても、心臓バイパス手術にしても、あまりにも入院日数にちがいがあつ過ぎる。それだけでなく、高度急性性期病床とは何かをもつと議論されるべきだ。

組織医療としての病院

(287)

— 殿！ご決断を —

新須磨病院
院長 澤田勝寛

小田原評定という言葉がある。戦国大名 北条家は月に二度重臣会議を開き、政(まつりごと)を決めていた。豊臣秀吉に小田原城を攻められた時、和戦両論が出て、評定が長引き、結論が出ぬまま結局は秀吉に滅ぼされた。

それから後、いつまでたっても結論や結果の出ない会議を、小田原評定と呼ぶようになったと言われている。会すれど議せず、議すれど決せず、決すれど行わず、のことである。

東日本大震災から6ヶ月が過ぎた。徐々に復興は進みつつあるようだが、震災当初の、政府と行政の対応は、まさしく「小田原評定」であった。冷却機能を損なった原発に対して、ベント開放、注水冷却の指示は後手後手にまわった。挙句の果てが、爆発事故、メルトダウンを引き起こし、建屋がぼろぼろになった無残な姿を晒すことになった。爆発事故後も、放射能汚染の拡大と住民避難に対して、何ら有効の手を打つことができず、収束のめどは未だ立っていない。権限も責任も不明確な、組織を多数立ち上げ、実りのない会議を繰り返し、その挙句が有識者を集めた菅総理肝いりの『復興構想会議』

であった。

一家言ある立派な人たちの意見をまとめるのは不可能に近い。国際政治学者である防衛大学校長が議長を務め約2ヶ月、不完全燃焼のまま空虚な提言をまとめた。何事も実行するには、ヒト・カネ・モノが必要だ。それらの裏付けのない「構想」は「妄想」に過ぎない。12回も繰り返された会議の結果と責任を問われることなく、菅総理は身をかわすことに成功した。会すれど議せず、議すれど決せず、決すれど行わずに官邸を去っていったといえる。

何事に対しても、意思決定するのはトップの役割である。しかし、徒手空拳で意思決定はできない。それなりのプロセスを踏まえねばならない。手順は次のとおり。

- ①問題認識、②情報収集、③情報分析、④選択肢の生成、⑤選択肢組織内プロセスの正当化、⑦命令伝達の順となる。

いつの場合でも問題をまず認識することが重要だ。問題点が明確でなければ対応できない。蛍光灯が切れかけている、壁にしみができて、廊下が汚れている、蛇口から水がちよろちよろ流れている、最近お客さんがちよつと減つ

た、職員表情が暗い、といった小さな事柄に、最初に気付くのはその会社の社長である事が多い。常に問題意識を持ち、アンテナを高く感度を上げていなければ、問題を認識することはできない。

次に、情報を収集し分析することが必要となる。問題を認識したトップの指示に従い、部下が動き回り情報を集める。

徳川時代の公儀御庭番は全国各地をめぐり、不穏な動きがある諸藩の様子を探り、將軍に報告するのが仕事であった。ソ連がキューバに核ミサイルを配備しようとしたキューバ危機では、スパイの暗躍と共に、偵察飛行を行い、キューバの様子を膨大な量のフィルムに収めた。そして、情報をホワイ

トハウスの優秀なスタッフが分析し、ケネディ大統領が意思決定するに足る資料にまとめあげたと云われている。

トップは情報を元に対策を考えねばならない。戦いであれば、守るか、攻めるか、引くか。基本的には三択である。医療機器が壊れたときは、新規購入か、修理か、廃棄かの選択が必要となる。それぞれのメリット・デメリット、

得る物・失う物を考え、決定しなければならぬ。北条家は、秀吉の城攻めに際し、籠城か講和の結論を出すことができず、滅んだのである。

トップが意思決定をしても、誰

もがそれに従うわけではない。異なる意見があつて当然だ。いかに殿様であろうとも命令に異を唱え、腹背する武将もいたであろう。主従関係が希薄となった現在では、社長であろうが院長であろうが、トップの指示に公然と反旗を翻す「輩」がいる。

誰も刃向かうことができないのは、今のプーチンか、ちよつと前のカダフィーくらいだ。ある意味平和で穏やかな民主主義日本の美点と言えなくもない。

意思決定したトップの次の役割は、根回しも含め、異を唱える人々たちを説得することである。これを組織内プロセスの正当化という。故後藤田正晴官房長官が発した「後藤田五訓」がある。

- その一、省益を忘れ国益を想え。
- その二、悪い本当の事実を報告せよ。
- その三、勇気を持って意見を具申せよ。
- その四、自分の仕事でないと言うなかれ。
- その五、決定が下つたら従い命令は実行せよ。

その五で、組織内プロセスの正当化を押さえているのはさすがだ。カミソリ後藤田と言われただけのことがあると改めて感心している。正当化さえしておれば、命令伝達はトップでなく、トップの命を受けた部下の仕事となる。

以上の過程を経てはじめて、問題解決に至る。問題の大小に関係なく、ひとつの問題を解決するにも、多くの手順を踏む必要がある

の分かる。官僚制に代表されるヒエラルキーの組織より、風通しの良いフラットな組織が「何となくいい感じ」がするのが分からぬでもない。しかし、問題が大きければ大きいほど、情報収集や分析に膨大な時間と労力が必要であり、とてもフラットな組織では対応できない。フラットな組織では、トップが情報収集に追われ、意思決定をする暇と余裕がなくなるのである。

振り返ってみると、政治主導を高々と掲げ、官僚を馬鹿呼ばわりし、側近で脇を固めた時から、管内閣の力不足は明らかであった。市民活動というフラットな世界でしか活動せず、何ら形あるものを作った経験もなく、大きな組織を動かしたことの無い「市民活動家」の限界を露呈したわけである。情報収集に自らが飛び回り、結局収集も分析も、そして意思決定もできなかつた。

武家社会には大久保彦左衛門のような諫言居士がいた。殿様の間違いを腹を切つて諫める老家臣がいた。「殿！ご決断を」と、身を賭す覚悟を持った連れ添う腹心がいなかつたことが、菅総理の不幸であつたともいえる。

野田新総理は早々に、事務次官会議を招集し官僚の協力を求めた。しかし、一旦離れた人の気持ちがある。そんな簡単なものかどうか。今は興味津々で見守っている。

今

この春、肺がんを告知され、力を落としていたFが亡くなった。同期でNHKに入ってから55年間のつきあいで、この数年は毎月、新橋か新宿で杯を交わしてきた4人組の一人である。話し好き、政治や社会ダネにくだわしい個性的な男だったから、ひととき寂しい。彼が社会部記者のころの特ダネは、なんといつても「正田美智子さん、皇太子妃に」だ。発表の前夜、やはり同期の女性カメラマン第1号金子鮎子と、マスコミの眼をかすめて正田邸に入り、くつろぐ美智子さまの「動く映像」を、発表と同時に放送して各社をアツと言わせた。

事業部副部長で「呼び屋」のときは、シヨパンコンクール優勝者を、最初に日本で演奏させようと考えた。ワルシヤワに飛んだFは、発表前は接触を禁じられている審査員の一人を口説き落とし、ステージに向かう彼女からひそかな「DT」というサインを受けとる。こうしてベトナム青年ダン・タイソンは、授賞後の世界初演を、NHKホールですることに。Fは定年後の数年間、某女子医大に頼まれ、『現代政治論』を講じていた。大学時代は弁論部長で、後輩には首相や大臣もいる。講義は裏話も織りませた「F節」で面白く、女医さんの卵たちには受けたい。コンパは楽しんでいたが、政治意識は低いと嘆いていた。

* 病気の始まりは、10年近くまえの大腸悪性ポリープである。これは内視鏡手術でしのいだ。次いで前立腺がんは、定期的な放射線治療で抑えていた。肺気腫も持病だが、ホープ30本は減らさなかつた。決定打は3年ほどまえ、心臓にきた。不整脈が脈絡なしに乱打する「心房細動」になったのだ。大病院で検査を受け、その紹介で自宅近くにかかりつけの循環器の医師が決まった。でもタバコ30本を20本にしただけ。肺がんはそのかかりつけ医が発

見したのだが、月に何度もきてX線も撮っており、咳も血痰も出ているのに、なぜがんがわからなかつたのかとFは不満を言い、医師は、専門が心臓だからと逃げた。看板に「内科一般」とあるじゃないか。でも、もう手遅れ。Fは肺がんの本を読み、男性の喫煙者に多く、増殖が早く転移しやすい「小細胞がん」ではないかと肺がんの妻を持つほかに電話してきた。不安だったのだと思う。かかりつけ医の紹介で国立の某がん専門病院へいって詳細が判明した。彼の推測どおりだったのだ

がんと暮らせば
⑮
「まさか、まさか……」

が、初日から若い医師と口論になった。以下は彼の言葉だから、一方的かも知れないのを承知で書く。医師は、パソコンから眼を離すことなく、こう言った。「すぐにも手術が必要な状態にまできています。オベには多くのリスクがあると承知してほしい。その前に献体の手続きをしましょう」Fは、病気についてのインフォームド・コンセントもないうまま、死を前提とする献体を持ち出す医師の無感覚に不信感を抱いた。そのことを質す。応酬がやや感情的になったとき、医師は信じられない

い言葉を返して背を向けた。「もう、アンタの顔は見たくない。ほかへ行ってください！」彼の手術拒否の感情は極まった。* がんの医師と絶縁したあと、会うたびに「6月で78歳だ。よくここまでできた。ときどきカミサンを思い出す。もう、自然に消えていくほうがいい。オレは手術は一切しない。抗がん剤治療もしない。そのことを書いておいた」Fの家は駒沢大学の近く、鉄筋コンクリート3階の豪邸で、1、2階に彼が、3階に長男が住む。

北林才知
(日本IPR研究会顧問)

(268回)

大学のゼミ仲間だった夫人が20年ほど前にがんで亡くなってからは、ヤモメを通してきた。彼は死ぬことになる前の夜、珍しいことをした。息子と家で飲んだのである。ここ数年、父子の交流はほとんどなかった。以下は一流企業の管理職だが、いまだに独身の一人息子Iさんの話である。7月の日曜日、父から一杯やろうじゃないか、と声がかかって、驚いた。そんなことはいままで一度もなかった。寿司をとり、私がつまみを2、3品作って飲み始めた。缶ビールを1本ずつ空け、父

は日本酒の熱燗を2合飲んだ。もう1本、というので、もうやめたら、というところ、これが最後だからという。何か決然とした言い方だったので、燗を出した。やがて父がうつらうつらし始め、イビキをかいて寝込んだので、ベッドに移し、自分が入浴して寝た。朝、父の部屋をのぞくと、ベッドから落ちて寝ていたが、呼吸が浅く、いくら呼びかけても反応がない。救急車を呼んで、病院に運んだ。応急手当てはしたが、昼過ぎに帰らぬ人となった。そのあと検死があった。

* 死因は「虚血性心不全」でした。Fは1年前に、新宿で飲んだ後渋谷駅で倒れている。急に手足の力が抜け、意識がうすれ、人であふれる階段にくだおれたらしい。救急車で近くの大病院に運ばれ、数日入院した。そのとき医師から心房細動があるなら、タバコは止め、酒も控えろ、ときつく言われた。彼は正1合瓶を熱燗で2本飲るのが常だった。酒で血管が広がり、血液量が一定なら、心臓へ回る血が減るのは当たり前だ。だから、2合にしているんだ。

Fがあえて3本目を「これが最後だから」といつて飲んだ、その「最後」という言葉がとても気になっていた。まさか、まさか、覚悟のうえではあるまいな。通夜の晩にIさんが、父がイザとなつたら、この通りにしてくれと、これを書いていました、と見せてくれたのは、200字づめ原稿用紙に一字一字きちんと書かれた「遺言」だった。その中には「私に意識がなくなつたら、すべての治療はしないこと」とあり、日付が入っている。「父の誕生日です」Iさんは目をぬぐった。あの手術どころか注射も嫌いな男が、監察医にあちこち切られたのか、と思うと、涙が出てくる。Fよ、もう奥さんと出会ったたらうな。合掌。

近頃、どうどう巡りの物思いに耽って、夜も更ていることがあります。

前置きの話しがちよつと長くありませんが、或る日の電車内のこと。向かい合った座席のひと達の携帯電話をみつめる人数を数えてみますと、それはそれは多くのひとが携帯相手の凝視状態。

また、廻りを一瞥することもなく、あるいは、歩きながら、横断歩道で、自転車に乗りながら携帯電話。

他者に関心をむけること・向けられることそのこと自体が、ウザ

元気澆刺な施設じくりをめざして

～夜長に、想いにふけた「ユアー・オウン・リスク」(202)～

ヘルスケア経営研究所 萩原輝久

イ」と感じるのか、携帯画面をみつめるひとの多さ。クルマの運転中に携帯で話しをしているケースも。恐らく、相手の声に耳を敏(そばだ)てておりますので、運転中の眼の行き先、焦点の怪しさには危険性大。

ところで、「Your own risk」って用語があり、「自己責任」と訳されています。

でも、なんでもかんでも、世の中「お前の自己責任」って声を聞いたら納得し・引き下がざるを得

ないって思うひとがいるかも知れませんが、OWN RISKなんだから責任を取ればいいたろう、ってことを意味した言葉ではないと想います。

例えば、自転車に乗り、携帯片手にみつめながらでも他人にぶつけない方がいいだろう、ってことでもないです。ぶつけられて痛い思いをするのは嫌だから、携帯片手に自転車を練るその姿に対して、他人の「事前回避行為」に気づいてないというのが問題だ、とは想います。

でも、「Your own risk」イ

ール自己責任と完訳してしまうとどうなのかなあ〜って想うのデス。自己責任というのは、結果ではなく、リスクの存在を十分に意識しつつ自身の生き方、さらには、他者や自然との向き合い方、寄り添い方、その一瞬一瞬が、一日一日が、your own risk。そうなんだけれど、それはそれ(承知の上)で、他者や自然とのかわりを、一ミリでも、半歩でも、一歩でも、なにか踏み出して生きてみたらっていうメッセージではないだろうかって、想うのデス。そうは言っても他者や自然との

距離って、どのように取れば良いのか、その瞬間の判断が必要だから難しいなあ〜って想います。

例えば、他者との関係性で云えば、その距離を取り過ぎて気持ちが悪れ合うことも無く、ボタンの掛け違いのごとくかみ合わないことも、その逆で近づきすぎて気まづい想いをすることもあり、ほんとうにいろいろな体験を過ごしながら、です。

それは今までも今からもって想います。ひとり暮らしもながく、自身の気持ち・身体にすら気遣わずに過ごす生活がふつうの暮らしとなり、あるいは、ずう〜と他者とのかわり(関心を向けること)を避けているので、他者の気遣いをほとんど気づくこともなく過ごして来ているひともあると想います。

それにしても、ユアー・オウン・リスクって、どこからどこまでの範囲を云うのが判りませんが、その考え方、生き方は、一方的な関係でいるのではなく、例えば、他者に「そうだろ」って押しつけられたり、自身を責め続けることでもないです。

自然との関係性も同じだと想います。大切なことは、向き合い方・寄り添い方を、少しずつ自身の五感で育てて行くことが必要なあと想うのです。オウン・リスクって理屈ではなく、世間や他者、自然の所為にする

ることでもなく、少しづつ他者や自然への向き合い方、寄り添い方を自身の中で意思決定し、選ぶってことをくりかえすこと。従って、ようやく寄り添い方が判って、芽が出て、枯れてしまうこともあり。花が開き、実が付いても、ぼろろと落ちてしまうこともあり。

でも小さくても実と成ってくれるかも知れませんが、いろいろで、向き合い方、寄り添い方も難しく考えずに、クチでも、手でも、眼でも、身体でも、出来ればぜんぶが動かせることがとっても嬉しいけれど、例えば、眼だけでも、その仕種(しぐさ)身体または器官の一部でも、それを遣って)でも、直に相手に伝える・伝わる、触れる・感じるが欠かせないこと。

バーチャル・リアリティーの中でもなく、携帯画面上でもなく、現実(じか)に他者や自然に触れながら生きることに。

いつまで生きられる・生かせてもらえるか(天寿)が判りません(誰しも同じです)が、ユアー・オウン・リスクって、いつも背中に負った状態で生きて行くのではなく、リスクはリスクだけど、共生関係。つまりは厳しい向き合いがあっても、その多くの時間は、リスクと連れ添って・寄り添って・生きて行くんだってこと。

難しく云えば(もう十分にむずかしいこと言い続けていますが)試行錯誤をするうちにいつのまに

か学んでいくってこと。

今までも今からもそのくり返しで、ユアー・オウン・リスク。

だから、それはそれで、なにかに筋(すぢ)う(もやう)他者や自然との関係性(けんけい)を持つ(もつ)こと(こと)にいつかは必ず繋がっていく。

頬(ほ)を吹き抜ける風(かぜ)が、ふつと涼しさを感(かん)じる季節(きせつ)となりました。いよいよ、9月(く)月(げつ)で、風趣(ふうしゆ)がこと(こと)のほか(ほか)、豊(とよ)かな秋(あき)の始まり(はじまり)で、きつ(きつ)といろいろ(いろ)なひと(ひと)や自然(じぜん)との出(で)会(あ)い(あ)がある(あ)る(る)と想(おも)います。

もちろん、your own risk との共生(きせい)を通じて「生きててよかった」って感(かん)じると想(おも)います。

涼(すず)しくなれば魚(いさな)もあぶらがのり、キンモクセイ(キンモクセイ)も馥郁(ふくいく)な香(か)りを伝(つた)えてもら(もら)えます。

元気(げんき)出して生(な)きましょう。例(れ)え、カラ元気(げんき)でも、やがては元気(げんき)につな(つな)がります。



急性期病院の生き方については一頁に書いたので、急性期病院以外の病院はこれからどうすればよいかについて意見を述べてみる。もっとも、「急性期とはなにか」の論議があまりないし、一頁にも書いた高度急性期ともなるとその定義が人によってさまざまであるとおもえる。その原因は「急性期」が明確でないからだ。平均入院日数で区分する方法はあるが、私見は重症度や要看護度、たとおもう。

**中小病院といっても
これまたさまざまである**

中小病院といっても、老人の爪剥がし名人みたいな介護補助者のオバサンを雇用する病院もあれば、整形外科や眼科で優れた病院もある。しかし、爪剥がしの前科のある介護補助者を採用した人事係はどんな態度で仕事をしたのだらうか。わたしとしては、フシギとしかおもえないのである。常々、人事係の人には「人を見る眼を養え」と、ポイントを指導しているからだ。新聞もロクに見ない人間に人事を任せてはならない。

話を戻す。単科専門病院の経営を左右するのは「医師の腕」である。腕のよい医師を増やしていかないと、患者が減る。先日、中国地方で名門（といわれている）の単科病院が医師不足に悩んでいた。腕のよい医師が継続して存在しないと、単科病院は単科なるが

ゆえに、医師が集まらなくなっていくのだ。院長の腕がよくても、何十年も保てるものではなからう。それと単科専門病院といっても

— 高齢者の非救命、要救急受け入れ病院は療養病院がそれを担うべきだ —

単科ではなく内科が標榜されている病院が多い。あれは、内科を標榜していないと内科系の診療（例えば軽い風邪）をしても、診療報酬にならないからなのだろうか。例えば整形外科の専門医が下痢を訴えている患者に薬を処方したらいけないの、だろうか。昔からなんとなく内科も標榜してきたからなのだろうか。地域連携は重症の患者だけ紹介して、軽い内科系の病気は眼科医だろうが整形外科医だろうが、医薬品の処方や診療をしてもよ

いとおもう。そんなに重要なことではないのだが、大病院で総合診療科が出現している時代に、標榜の有無はそぐわない。

それより、療養病院のこれからの生きていく道が大事である。というのには、療養病院は病床数こそ巨大な病院もあるが、ある意味で専門病院だ。ここでも、急性期の定義があまりないのと同様に、療養病床ってなんなの、がある。同時に、一般病床ってなんなのもある。病院の構造上から療養病床に転換できなくて一般病床で残っている病床があるのは、有名な話である。同じように、優れた療養機能を有している療養病院と、老人施設より劣る療養機能しかない療養病院が中小病院に多くみられるのは、療養病院は数の論理が通用するからだ、とおもう。

**老人救急対応病院としての
高機能療養病院があつてよい**

この小見出しは、既にこの業界に出されている言葉だ。ひとつの医療圏に老人の救急患者に対応する療養病院があつてよい、という意見だ。救急病院に老人施設や療養病院から患者が搬送されてくる大矛盾があることは、知られていることだ。せつかくの高度救急医療を提供できる救命救急センターなどの病床が、終末期の老人患者に占拠されている事例である。

このようなケースになるであろう老人救急患者は療養病院が対応したらよいという、自信のある療養病院からの提言である。もちろん、病態や症状によって、の話だ。

交通事故で外傷がひどくて重篤な症状の老人は、救命救急センターが対応すべきだ。しかし、多臓器不全の老人は救命救急センターが対応すべきではない。これはわたしの意見である（↑救命救急センターの医師もそういう）。

その点、療養病院（ただし機能の高い）は、老人医療に精通している。いのちの行き先についても多くの経験があるから、延命治療はしないで終末期医療で対応することもできる。医療費の効率化、無駄な医療費の支出は減少できる。そういう療養病院と老人施設代替療養病院に分化するのは必至だと、おもう。現場で聞く声でいえば「家族が迷惑するんで、退院させないで」と懇願するカワユイ患者の声である。また、カワユクなのは、家族が「帰ってきて、みられへん」と言う例だ。在宅ケアが可能な施設を紹介してくれというのが、親をみられへん家族の言うことばだろう、とおもう。

いわば老人施設もどきの療養病院なのだが、老人施設、例えば介護老健施設に転換したらよい。これは、現実にこの業界の成功例として実在するもので、クリニック機能を併設し、在宅の「あらゆる支援提供機能」をもたれたらよい。つまり、療養病院の分化なのだが、それは上下、優劣の問題ではなく、社会のニーズに対応する当然の経営だとおもっている。この

業界は、とかく機能によって上下をつけたがる。救命救急病院がこの業界の最高位にあつて、療養病院は、病院として下位であるという、この業界の常識だ。その常識がおかしいのである。「日医の主張する道の裏に成功の道あり」とか、「病院の常識は社会の非常識」など、この業界の常識は非常識だと、わたしは感じ続けてきた。「家に帰ったら家族に迷惑を掛けるから入院させといてくれ」というのも、病院の常識からすると非常識、とんでもない患者といわれる。わたしは、そうじゃなくてもそういうニーズが社会にあるのだから、そのニーズに応える施設があつてよいとおもうし、病院の呼称にこだわるのなら、しばらくは病院と称することができるようになったらよいとおもっている。むしろ、経営が成り立つ報酬は保障しなればならないだろう。

先の高齢者救急受け入れ機能の療養病院は、業界の常識としては非常識なのだろうが、だから社会の常識というロジックが成り立つ現実を直視したら、よくわかる。三次救急病院や二次救急病院の機能と運営をきちんと提供している病院は、高齢者の「長引く入院」に苦慮している。苦慮とは救急患者（救急車）の二割近くはお断わりしている現状である。その原因は、高齢者の救急患者の入院が長引いてしまうからだ。岡田

このリハビリのプロの理学療法士について、国語辞典では「医者の指導の元、障害者を社会復帰させるプロ」だとある。リハビリの現場に医者はいない。社会復帰とはなにか。このプロの半分は30前の女性である。彼女らにそんな言いそれたことができるハズがない。行政はこんな大きなライセンスをバラマイテはいないか？

それは身体障害者を治すワザと思われているが、リハビリとはワザではないし、もちろん治療でもない。ただ障害者の社会復帰をたすけるオマジナイとはいわないが、近い感じがする。もちろん、ここでも個人差があり、脳卒中にしばらくという長嶋さんにはもうマヒがないとのリハビリの成果を大きなメディアでも賞讃しているが、アノ人の場合にはスゴク軽症だったということでもリハビリの成果ではない。

毎日、リハビリルームに押し込まれて思うのは、リハビリのプラのしていることは「骨と肉をバラバラにして、あらためて筋肉と骨のバランスを組み立てなおしている」と「マヒによって失われたバランス感覚を取り戻させる作業をされている」と思う。とにかく本人は早く歩きたいのだが、そのリハビリに入るのは終了時間の10分前である。それも、なにか得意のワザを小出しにするようなご指導である。

このプロの「コツ屋」の得意なのは、きれいに立ち上がれるようになることと、体の平衡感覚を正常にすることの2つである。そのための療法は、マットの上にごろがして、肉と骨をバラバラにする。きれいな立ち上がりの前に正常に座らせるケージも長い。



病床の心音 (47)

リハビリグーチヨキパー

天野進平
(脚本家、要介護度4)

どんな職業にもコツがあるが、みんなそのコツを評価できる結果がある。リハビリプロのコツは「歩かせる前に歩けるようにするためのケイコ」だから、これで歩けるようになるといった実感はも

らえない。確かにこれで、しっかりと立て、マヒしてる足のヒザがグツと伸びれば歩き出すカッコになるということか？ でも、このケイコはいつかな歩きをやらしてはもらえない。

リハビリとは「歩く」のハズだが、このプロは歩かせることにそんなにこだわらず、エラそうなアイデアで80歳のヨイヨイを社会復帰させてくれるのかな？ とにかく、ヨイヨイたちの願いを知ってか知らずか、あんまり歩かせることにはこだわらず、歩き出せる形にこ

だわってるのがリハビリテーションだ。さて、80歳のマヒヨイヨイの運命やいかに。

長生きし過ぎた。早くくたばれと自分を励ましている。だけど生きてる。考えられるのは要介護度5の寝たきりになるというのが運命なのではないかな？

このたび梗塞でタライ回しの末、私の救急車をひろってくれた場末の救急病院の院長は「私はアンタにすることはすべてやった。もう梗塞はないよ。あとはリハビリだ。

ならなかった。彼女はあくまで5メートルにこだわっている。正解の対応。

リハビリには、手の方のマヒの専門のプロがいる。こっちは理論派の兄ちゃん、リハビリはまず筋肉学の講義から始まる。しかし講義のアトは、マヒしてる手での輪投げや、コブシニギニギとか、積木くずしと品数が多い。しかし傑作は、私の独房に「マヒしてる手をこれで休ませてください」とやわらかい枕を差し入れてくれた。ひとことあつて、「これもリハビリです」だと。

リハビリとはマヒに慣れさせるワザであつて、マヒは治すことはできない。慣れさせるといつても果たしてワザといえるかどうか。とにかく筋肉をやわらげる。やっぱり

モミ療法と同じく真つ直ぐに立ち、その姿勢を保つことをやらせる作業がリハビリテーション療法の半分以上である。つまり、これができなければ歩けないぞという脅迫も加わっている。なにかもう歩くことは無理と知ってリハビリとやらをさせられているかもと、そんな気にさせられて、リハビリルームでの大きな時間をマットにころがされている。

こんなピエロのようなクツを履いて歩けるようになるのか、とリハビリルームのエラソウな人に質問したら、なまけない返答がかえってきた。「ナイよりはあつた方がいい」だと。リハビリテーションとは予想以上に不確かなものなのだ。

ある女性プロとの対話

「看護師してただけど、こっちの方がもうかりそうに見えたからそれに私、美人じゃないし頭も悪いし。ただ体だけは丈夫だから、体を使うこのプロを目指したワケ。」

「それで、その選択に今満足してますか？」

「簡単にライセンスがとれ、イカツタと思ってる」

「甘いOLがいいと思うがな」

「とにかくライセンスのある職につきたかった。ライセンスなんてカッコイイもの。私、単純なのよ」

さて、リハビリテーションとは、リハビリはグーツの可能性と、医ではないからチヨキはなし、アトは寝たきりのパー。



身体に響くセミの声

8月の終わり、涼しい朝である。ジョギングを終え、この連載を書き始めると窓の外からセミの鳴き声が少し聞こえてくる。それで忘れていたことを、ふと思いついた。

「今」を生きるケア

第73回 伝える力

佐藤 俊一 (淑徳大学)

第15回ミュージック・ケア(音楽療法)全国セミナー(8/6-8)の会場である北九州国際会議場へ小倉駅近くのホテルから向かう途中のことだった。今年の夏はセミの鳴き声が寂しいなと思っていたら、強烈な「ミン、ミン、ミン」

というセミの大合唱に出くわした。数匹ではなく、大群での鳴き声は重層的に迫ってきて「うるさくて、たまらない」と思いながらも、やっぱり夏はこうでなければとも感じた。私は、久しぶりの身体全体へ響き渡るセミの鳴き声に押されて会場までの道のりを歩いた。

一回性が人を成長させる

今大会での私の役割は、初めての試みであるワークシヨップ(学術)の福祉分科会において、話題提供をし、参加者とディスカッションを行うことだった。分科会形式ではあったが、100名を超える参加者が予想されるため悩んだが、事前に15年の間にセミナーで講義してきたことを振り返った。また、そのなかで、特に「なぜ、ケアなのか」ということを考えた。今、改めて振り返ると、私はずっと「ケアとは何なのか」を問い、同時に、ケアを実践するための「基礎となる考え」「人間の理解」「相手へのかかわり」などを参加者に話し続けてきた。年に一回だけのセミナーだが、毎年悩みながら続けてきたことを再発見した。その理由としてリピーターの人がちがいて、前年と同じ話ができないことの難しさは、そうしたありきたりの理由からだけではない。私の研修での目的は、ミュージック・ケアを実践することで、利

用者だけでなく、援助者が自分らしく、生き生きとすることを伝えることである。そのために必要な基礎となる考えを示し、個々が実践できる力を生み出すための問いかけを行っている。その問いかけに、具体的な行動で応えられることで、一人ひとりがその人らしさを表わすことができるようになる。当然のことだが、受講者に問いつけることは、自分自身への問いにもなる。そのため、講師として参加することで私の一年間が問われ、それに応えるという難しさがあふのだが、一年という一回性に応えることを何とか続けてきた。正確に言えば、毎年セミナーがあることで応えざるを得なくなり、私が成長させてもらっていることになる。そして、セミナーが終わるとホッとするのが、すぐに次の回が迫ってくる。

セミナーを継続して開催するのは大変だが、毎年の一回性を大切にできれば、一回、一回が意味あるものになる。それができているかを私だけでなく、スタッフの人たち、参加者も問われている。そして、その問いに応じる行動のなかに、各個人のその人らしさ、日本ミュージック・ケア協会の個性が表れることになる。
最後まで自分らしく
話題をワークシヨップに戻そう。私は最初に「なぜ、ケアなのか」

を、続けて「ケアにおいて大切にしたいこと、できること」を話した。具体的には、「感性と理性の関係」「苦悩すること」「持つ態度とある態度」「自分を表わす」「受けとめること」など、である。その後に参加者とのやりとりを行ったのだが、幾つかの質問に答えていくと、ある参加者(Aさん/女性)が感想を話してくれた。その内容は、今回のセミナーのことだけではなく、継続して参加されて感じてきたことと、自分の母親のことだった。少し前に母親が、ガンのために亡くなられたのだが、この全国セミナーに継続して参加されていて、ずっと私のファンだったと教えてくれた。

Aさんは保育士の仕事をしながらミュージック・ケアを実践しているが、彼女の行っているミュージック・ケアを見たいと亡くなる一週間前に母親から言われた。すでに身体がかなり衰弱しているため、Aさんは少し躊躇したようだが、本人が望んでいるのだからということで、車椅子で連れて行った。そして、最後になった大好きなミュージック・ケアを楽しんでもらえた、とのことだった。Aさんは、こうした母親とのかわりを通して感じていることを、次のように伝えてくれた。
母は最期まで自分らしく生きることができた。同時に、自分でもできなくなつて、母は苦悩した

からこそ、自分で最後の決断をできたと思っている。そのことは、私の講義から学んだとおりでであり、本当にそうした生き方ができると、ケアすることから学んだことはとても大切なことだと感じていると伝えてくれた。

伝える力

Aさんが私の話しを聴き、感じていることを伝えてくれたことは、思いがけないことだったが、とても嬉しかった。参加者の人数が多くて、会場での彼女と私の間にはかなりの距離があった。それにもかからず、Aさんのことばが、気持ち伝わってきて、私に届いたのである。相手に伝えようとする気持ちの動きが、確実に相手に伝わる。そして、私もAさんに対して、身体で感じていることを、そのまま返すことができた。感じていることを伝える力はすごい。伝えている本人だけではなく、相手に応えるという力をもたらす。ここで確認しておきたい。この伝えるという働きかけは、一人でやっているのではない。最初から相手と行っているのである。それは、自分の中にある、あるいはあったものをことばにしているのではなく、(今・ここで)感じていることを表わしている。その気持ちの動きが相手に伝わり、また相手の気持ちを動かす。そこからケアは常に生まれる。