

社会医療ニュース

医師不足対策を見直し 秩序ある国民の受診を求める

所長 岡田 玲一郎

東日本大震災の被災地での初期研修医の応募が10%から15%減少したと報道された。研修医も「最近の若い人」だから、無理もないとは思ったが、被災地だから行くのだという研修医もいるにちがいないとおもっている。

また、全国的に初期研修医のマッチングが100%の病院もあれば0%の病院もあるのを見ると、初期研修医は研修先の病院の情報を熟知しているのだとおもう。大学病院からヤツカミを受けている民間病院もあり、初期研修医の人氣は偏向しているようだ。そこに「被災地」も影響したのだろう。

医師不足を嘆く前に 病院を近代化することだ

わたしの偏見かもしれないが、医師に満足している病院は日本中にならぬ。多職種チームの中心になれない医師、つまり人格と識見に問題のある医師が必ずいる

といわれる。多職種チームの中心となるべき医師が中心となれないとなると、病院の機能に大きく悪影響をもたらす。

初期研修医もさまざままで、社会の劣化によって壊されている研修医もいる。まさしく、人間関係の希薄化による影響で生きていく力を失ってしまったような研修医もいる。だから、いい医師不足は自分の間は続くと思うのである。

しかし、手を拱こまぬいていても事態は好転しない。研修指導医の関わりも大事になるが、指導医が壊れていたら話にならない。賽さいの河原の鬼のような医師がいても、石を積み重ねられないのである。その辛抱ができるか否か、なのではなからうか。研修医（初期も後期も）の集る病院をみていて、つくづくそうおもふのである。

医師不足を口に出したり、評論をしていても、医師不足は絶対に改善されないのである。それには、

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 内
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

長い時間と諦めない根性が必要なのだ、根性論のわたしはおもっている。でも、医師不足は続くので長い闘いになる。

医師を忙しくしているのは 国民の側にも原因がある

医師不足になると、医師は忙しくなる。そして、多忙は最近の若い医師だけでなく医師は嫌う。多忙は、さらに医師の不機嫌をもたらす。多職種チームに悪影響を及ぼす。その多忙は、患者を多く診察することから生じる。患者が受診してくれなかつたらよいのだがそれでは経営が成り立たない。

しかし、コンビ二受診だけではなく、病院の待合室をサロン化している患者の受診はいかかかなのかと思う光景をみる。わたしが聞く限り、無秩序な受診を病院では必ず聞く。それは「タクシー替わりの救急車」だけの問題ではない。

「医師一人当たりの年間外来患者」にしても「国民一人当たりの受診回数」にしても、日本は世界で飛び抜けて高い。急性期医療の定義をどうみるかが問題になるが、急性期の平均在院日数にしても長

い。アメリカと比較するのは医療保険制度のちがいがもあるから一般化はできないが、それでも「私の経験」からいえばアメリカの急性期の入院日数よりは長い。

医療保険制度だけの側面からみても、カナダのように10割給付の国の急性期の平均在院日数や国民一人当たりの受診回数は、日本がカナダの二倍以上だ。この話をすると医療制度が原因にされることがあるが、それにしても説明できないものがあるのは確かだ。

カナダは病床規制があり、医療機器の整備にも規制がかかる。というより国がお金を出せない（出してくれない）側面が強い。事実カナダの友人の手術待ちの話は二例ほど聞いたし、病院もずいぶん視察してきて「予算」の制約があることは承知している。

そのようなことを考慮しても、日本の国民の受診過多は否定できないと、わたしは感じてきた。病院の外來待合室に身を置いたり、病棟を歩くとき、なんで外來受診の必要があるのか、なんで入院医療が必要なのかと思う患者さんがおられる。

しかし、外來受診したり入院することが許されているのである。最近では、急性期の入院患者からや「病院から出された」という表現が減少したが、それでも「あの病院には長くいられない」とおっしゃる患者さんはおられる。

入院医療についての認識が少しは進んできたのだが、そこには病院側の努力があればこそ、なのだ。説明、説得すれば患者の常識が変化する証明である。わたしは、この事実を医師不足解消というより医師多忙の解消の方策をみる。それにはDPC（旧）の導入がかなりの力になったと思うし、保険収入が病院を動かす原動力になっているとおもふのである。

結論として、医師不足の解消には医療制度の改正が力をもつと思わせざるを得ない。診療報酬を鼻面を引きずり回されるのは嫌なことだと思ふ。しかし、医師の多忙を解消し、ひいては医師不足の解消につながるのなら、大局的にみて医療制度や診療報酬に誘導されてもよいのではないかと、わたしはおもえてならない。

日本人は病気がちなのではなく、医療機関好きなのではなからうか。世界に冠たる医療制度といわれているが、ほんとうに冠だろうか。医療機関への受診しやすさ、いつでも、どこでも、だれでもはあつてよいと思うが、そこに秩序がないと医療制度そのものが瓦解するとしか思えないのである。

国民を医療機関が甘やかしてしまつて無秩序な受診（乱受診ではない）を招いてしまつたとみている。そこに秩序が出てきたのがDPCの導入であり、地域連携の萌芽の兆しがあるとみている。

組織医療としての病院

(289)

―親切をする勇氣―

新須磨病院
院長 澤田勝寛

かれこれ30年ほど前の話である。信貴山にドライブに行った帰り道、2車線しかない道路が渋滞となった。止まったり進んだり、それこそ歩くほうが早いほどのノロノロ運転。

ふと見ると歩道から幼児が車線へ入って来るのが見えた。「危ない。何とかしないと」と思ったが、渋滞でゆくりと進む車列を考えると、自分の車を停めることまでは思い至らなかつた。するとその時、対向車線の車が止まり、運転席から若い男性が降りてきて子供を抱きかかえ、歩道まで連れていった。まるでスローモーションシィーンのように、その空間だけゆくりと時間が流れていた。

運転手の行動を讃えるよりも、自分の勇氣のなさを恥じ、「負けた・・」という悔しさを噛みしめていた。この出来事を、「負い目」として、ずっと引きずっていた。

それから数年後、国道2号線を病院に向かって走っていた時、歩道から国道へ幼児が歩き出してきたのを見つけた。

以前と同じ光景である。とっさにブレーキを踏んで車を止めて、子供の元に駆け寄り、両手で抱き上げ歩道まで連れていった。「こ

れで、長年の借りを返した」と、気持ちがあつたことと今でもはつきりと憶えている。

話が続く。それから何年かして、「日本のへそ」といわれる西脇市を車で走っていた時のことである。

田舎道から国道に出る信号の手前に踏切があつた。ローカル線の踏切である。そうそう頻りに電車は通らない。前の信号が赤で車が何台か踏切を越えて止まっていた。これ以上は踏切を越えていく車を停めるスペースはなかつた。

しかし、私の前を走っていた農家の軽トラックが踏切の中に侵入した。危ないと思い、私は踏切までの余裕を残して車を止めた。その時、踏切の鐘がカンカンカンと鳴り出し遮断機が降りた。

これはヤバイと、車を降りて、遮断機にはさまれ踏切の中に止まっていた軽トラックまで走っていき、年配の野良着を着た男性がハンドルを両手で強く握りしめたまま固まっていた。別の車からも運転手が走ってきて遮断機を上げてくれた。車の窓ガラスを叩きながら、大声で「バック、バック」と叫ぶと、男性はふと我に返り、車をバックさせ、何とか踏切の外

に出した。

その後、電車がゴーツと線路を鳴らしながら通り過ぎた。背筋が寒くなって、鳥肌がたつた。

信貴山での「借り」を、国道2号線で返し、この踏切で「貸し」を作つた。誰にではなく、あえて言うなら人生に対しての「貸し」であろうと思つている。

情けは人の為ならずという言葉がある。人に親切にすると、巡り巡って自分に返ってくるので、情けは人の為でなく、自分の為になる、という意味である。

見返りを期待したような言葉だと、この諺を嫌がる人もいる。だがそこまで考える必要はない。普通は見返りを求めて、人に親切にするわけではない。

思わぬ幸運に恵まれたときに、「〇〇のおかげ」と感謝し、自分も人に親切にしようと思えばいいだけのことである。

親切は見えない。思いも見えない。公共広告機構のCMではないが、態度で示さないと伝わらない。これが難しい。気恥ずかしく、気後れすることもある。

電車に乗っていて、お年寄りに席を譲ろうと思つても、目の前ならいざ知らず、チョット離れていると声をかけるのを躊躇することもある。オジサンやオバアサンと声をかけるのも変だ。「あのお・・」というのも頼りない。そう

こうしている間に、「手柄」を人に取られて悔しくなつたり、もういいかと、だんまりを決めこむこともあるだろう。

「本当の蛮勇とは人の見ていない所であることだ」とロシュフコ―は箴言集で述べているが、人が見ているからできない親切という小さな蛮勇もある。

今、看護大学の学生が当院で実習をしている。学生に実習の感想を訊いたところ、ここ（新須磨病院）のスタッフは本当に親切だと、決してお世辞ではなく周りの学生も相槌を打ちながら答えてくれた。他の実習先の病院では、学生に対してつつけんどんで、返事もしてもらえないことがあるらしい。

学生は慣れない実習先で、己の不勉強を思い知りながら、患者と病院スタッフに気を遣っている。ちよつとした親切でも本当に身に染みるのであろう。学生の話聞いて何となく嬉しくなつた。

患者さんの意見を聞く「ご意見箱」が院内各所に置かれている。業務改善委員会で接遇委員が公表する。厳しい指摘や過剰な要求の文面にうんざりすることもあ

る。最近は一入院中は本当に親切にしていただき有難うございました」という、お褒めの言葉が増えてきたのも確かだ。接遇委員会の地道な活動と、職員一同の心がけの成果だと思つている。

満足には、体の満足、頭の満足、心の満足がある。

自分の努力が報われ、物心両面で満たされるのが体の満足、頭の満足である。そしてその満足を求めて、更なる努力をして満足を求める。これは、名誉・報酬・地位・賞賛など、いわば外発的動機に基づくものである。求めるものにキリがなくなることもある。

心の満足とは、奉仕や人に親切にして得られる満足をさす。見返りを求めない内発的動機に基づく行為で得られる成果といえる。

電車でお年寄りに席を譲ること、横断歩道で目の不自由な人の手を貸すこと、道順を丁寧に教えてあげることなど、日常の何気ないことに喜びを見出す。朝氣持ちよく「おはよう」と言うと、お互い気持ちりが晴れ晴れとする。素直な「ありがとう」は気持ちのいいものだ。ゴミをひとつ拾うと、ひとつ心が綺麗になると「凡事徹底」で鍵山秀三郎氏はいっている。まったくその通りであると、最近思うようになった。

情けは人の為ならず。巡り巡って自分にもいづれ戻ってくる。医療従事者は基本的にみんな親切だ。蛮勇でなくてもいい。ちよつとした親切は、ちよつとした勇氣さえあれば誰でもできると思っている。

昨春、手術のため消化器外科の病棟に入院した翌朝、隣のTさんが「ちよっと銀ブラしてきます」と部屋を出ていった。もよりの私鉄駅からがんセンターへは「二俣川銀座」という昼間はあまり活気のない商店街を抜けてくる。それにしてもパジャマで点滴スタンドを押しながら、と訝しがったが、戻ってきて行先が分かった。なんと「外来待合室」に行っていたのだ。

朝9時から2時間ほど、外来の廊下は患者であふれる。L字型の長いフロアには3人がけのベンチが60ほど並び、それぞれの診察科にも「ナカマチ（中待合室）」があるから、ざっと2000人は待つことができる。

ほとんどの外来患者は来院すると、採血室で血を採ってもらい、この待合室にくる。「迅速検体検査」でも結果が出るまでには1時間ばかり、そのあいだ待つので銀座が出現するわけだ。

この待ち時間を短くするために病院は「前日採血制」を考えた。前の日に来られる患者は、採血だけしておけば、次の朝すぐ問診に入れる。そのせいかこのところ銀座の賑わいは少し減った。

10年まえの食道がんからはじまり、前立腺、多発性肝がんと入院をくりかえし、病棟のことなら何でも知っているTさんは、残された命もわかつていいる。それだけ

にかつて同室だった「がん友」と銀座で話すのが楽しみなのである。

＊
 ぼくも銀ブラで、思わぬ人に何人も出会っている。

ある日、大学のゼミでいっしょだったSが泌尿器科のベンチでうなだれていた。がんと宣告されたのだという。2年前、奥さんをがんで亡くして落ち込み、やっと立ち直った矢先だから無理もない。

かれは入院し、左の腎臓を摘った。次の週、診察の帰りにのぞくと、ぼくが半年前に寝ていたそのベッドで横になっていた。

がんと暮らせば ⑩ 「外来銀座」

銀座の角では、何年も宿泊で集中講義してきた県立看護専門学校のもと校長Mさんにもぶつかった。この年で乳がんなのと嘆く70歳。教え子のナースは何人もここにいて、多くの臓器手術の4日後、ごく微細な術後出血に気づき、深夜の再手術につなげて命を救ってくれたS看護主任もその一人だ。

Mさんは信州人で酒好き。彼女に教えてもらった小料理屋が沿線にある。で、そのうちに、ええあそこで、という話になる。

「K・Tさあん」というコールで見回すと、小学校のクラスメイ

トだったKのおもかげを残す老人が、杖にすがって立ち上った。65年ぶりだ。大手百貨店の社長をつとめたと聞いたが、お付きもいる。声を掛けるのはやめた。

この銀座は、100人を越える人群れがいるとは思えないほど静かである。本を読んだり検査の数値をたしかめたりする人はもちろん無言だが、語らっている患者も声を抑えているからだろう。まれに自分が快方に向かっていることを誇っている人もいるが、聞く側はあまり共感を示さない。あたりまえだ。なにより気にかかるのは

自分の病状なのだから。

北林才知 (日本IPRR研究会顧問) (270回)

黒沢明監督の『生きる』に印象的な病院待合室のシーンがある。主人公のさえない市役所の課長(志村喬)が胃潰瘍といわれ、ほっとしている待合室で、知ったかぶりの軽薄な患者(渡辺篤)に、「医者や胃潰瘍だ」といときは、ましがいなく胃がんだ」とささやかれ、自分の命があと半年もないことを悟る、あの場面だ。

彼の退職金をアテにしている息子夫婦には絶望し、放蕩するにも遊び方を知らないかれは、居酒屋

で知り合った小説家(伊藤雄之助)にキヤバレーやストリップを引き回してもらいが、残ったものは吐き気と虚脱だけ。

しかし、沈滞した役所づとめに愛想をつかし、辞職願を持つてきた部下(小田切みき)の「モノを作る仕事はたのしい」という言葉にハッとめざめる。

かれは町のおかみさん達から陳情を受けていたドブを埋めて小公園を作る仕事に、進行するガンの身を押しして猛烈な熱意でとりくんだ。完成前夜、雪の舞いはじめたブランコに揺られ「いのち短かし、

の階にある。こちらはみな時間予約制だから、待合いの廊下にかかれば少ない。

撮り終えるとタイマーを渡され、20分ほど廊下で待つ。ヨード系造影剤の注射で、ジンマシン、吐き気、血圧低下、息苦しさなどの初期作用が出ないことを確認してから解放されるのである。

あるときぼくと同じ年輩とみえる老夫婦が待っていた。CTは初めてらしく、落ちつかないおじいさんは何度も立って、壁に貼ってある写真入りのCT説明書を読んでは座る。ぼくはそう緊張するほどのことではないと伝えた。奥方はうなづいて聞いてくれたが、旦那はまったくうわの空。

やがて鉄のドアが開き、看護師が名を呼んだ。かれは老妻をふりかえってから奥に消えた。それから数分、ぼくは文庫本を読んでいたが、おばあさんの動く心配がまったくないので、ふつとそちらの方に目をやって、胸がせまった。彼女は、夫が入っていたドアに向かい合掌し続けたのだ。

＊
 うれしいことにCT画像で肝転移のガゲが、ほとんど見えなくなつた。6月には1700まで上がった腫瘍マーカーCA19・9の数値(基準は37以下)が119に下がっている。「クスリが効いていますね」とO主治医、微笑。

＊
 うれしいことにCT画像で肝転移のガゲが、ほとんど見えなくなつた。6月には1700まで上がった腫瘍マーカーCA19・9の数値(基準は37以下)が119に下がっている。「クスリが効いていますね」とO主治医、微笑。

二十四節気(にじゅうしせつき)は、訪れる季節ごとのきざし、ちょうど頃合いの良い時季の到来です。近頃は、なんだか今一つしっくり来ません。

例えば、今月、八日ごろの立冬ですが、秋分と冬至のちようど仲立ちが「立冬」で、冬の気の立ち始め、吐く息も白く、水は冷えて霜や雪、氷となりはじめる頃合いのこと。

山茶花が開き、遅い黄葉や紅葉が深まって、やがて落葉となって足元でかさかさ音を立て、コオ

元氣澆刺な施設しゅくりをめざして

〜食べる糧、生きる糧、こころの糧、お互いさまを慮って〜

ヘルスケア経営研究所 萩原輝久

口ギも鳴きやむ時季が立冬。

ですが、秋を惜しむようにその鳴き声はまだ聴こえます。

それはそれで、十分に癒やされるのですが、立冬から半月後、二十三日ごろ、陽射しが一層やさしくなり、初雪がチラつき大根の収穫がほどよい時機が「小雪(しよせつ)」で、ふうふうと息吹きかけ、ふきかけながら食べる大根は、実に美味。

今、山茶花はちらほら咲いておりませんが、気温が一、二か月ほどはズレ込んでいるのか、年々、秋と、春がすこしずつ、その存在

感がうしなわれて来ているのかと想うのです。

小春日和(こはるびより、インディアンサマー、老婦の夏)って、冬の初めの春に似た温暖な気候、十一月の異称ですが、やがて消えてしまいかも。

七竈(ナナカマド)、黄櫨(ハゼ)、公孫樹(イチヨウ)、朴の木(ホオノキ)、紅葉(モミジ)、楓(カエデ)など、冬を迎える前、その葉を紅や黄に染め上げる木々がたくさんありますが、朝夕の急な冷え込みで、紅葉狩りに喜ばれる存在に変化。

でも、その居場所がだんだんとなくなりつつあるかも。

ところで、自然のめぐみには、いろいろなものがあります。

秋のめぐみは、ひとにはお米やお芋、いろいろな秋果(カキ、ナシ、クリなど)があり、生きもの達には団栗(ドングリ)や椎(シイ)の実があつて、鳥たちにはガマズミやムラサキシキブの実などがあり、期間限定、豪華なレストランの開店です。

私自身は動物という生きものに生まれ変わった体験がありません

ので、人間同様に喜怒哀楽や、気持ちのぶれ・揺れ(曲がりくねった行為や邪事)よこしま(こころ)他者の悪口、中傷など)があるのかどうかも分かりませんが、近頃、ひとはずいぶん欲張りな存在と想います。

ひとは、生きて行くために大切にしたいもの・柵(せき)がたくさんあるので、欲張りなかもしれないと想うのですが。

例えば、食べる糧(かて) 海のもの、山や川のものや植物などのめぐみ以外に、ひとは様々なものを求めています。

おかねなどもたくさんあるといいなあ〜っていつも想います。

遣わなければたくさんは要らないのですが、でもたくさん欲しい。たとえ、食べる糧が満ち足りても、「生きる糧」、「こころの糧」を追い求めつづけているのでは? っと思うのです。

生きる糧とこころの糧という、この「違い」は、私にとつて、すごく難しいのですが、力づけてくれること・ひと・ものが「生きる糧」で、生きるために蓄えておくエネルギーが「こころの糧」のことではないか?

例えば、家族や友達、仲間、などの好きなひとや、好きな趣味で釣りや読書や音楽などが力づけてくれる存在だと想うのです。

日頃の生活の中で、他者(ひと)と自分(ひと)とのつながりの中

でかんじることも。

例えば、学校、職場で出会うひと、近所のひとや、商店や仕事先など、いろいろな場面での出会うこと、その存在も、生きていく上での糧(きずな)と想うのです。

たくさんの中ではなく、身近なひと、一人ひとりに向き合いつつに寄り添うことで得られるエネルギー。

それは、自身にも向けたことでもあつて、がんばるけれどがんばりすぎないようにするってことも大事なエネルギー。

たがいに励まし合うこともエネルギーになり得ることで、時に自身を励ますこともエネルギー。

突然ですが、最近になって、病気がつて治療が難しい病気であればあるほど、完治はしないのではないかと想うようになりました。

ですから、罹(ひ)つて(見つかつて)のち、自分を励まして行くってことがとつても大切なんだと想うのです。

でも、がんばるだけではなく、頑張り過ぎないようにがんばって生きることを。

向き合うだけでなく、ときに寄り添って行く、病氣と自分との関係を、ふたたびも、みたびにも、そのつど、確かめあうことも生きる糧(ちから)になるのではないかと想うのです。

一方、「こころの糧」は、鯉節

きつづけられませんが、こつこつと蓄えておく・行くエネルギーが必要かと想うのです。

でも、ただひたすら貯め込むのではなく、例えば、心臓から肺に血液を送る一方、肺に酸素を運ぶようなことや、心臓から脳へ血液を、肺から脳へは酸素を送るため、みたいな一瞬一瞬、互いにいとしく大切な営(いとな)みがあること(エネルギー)になるかと想います。

天寿を迎える時機まで、ずう〜と動き続ける・生きて行く上でのエネルギーは、それぞれ気持ちのうちにありますから、私には他者に「そのエネルギーはなんでしようか?」と、不躰(ぶしつけ)に問うことは出来ませんが、慮(おもんばか)つてみることは出来るかも知れません。



先月号で報告した日本病院会・中小病院委員会のアンケート調査、中小病院対象の「レット・ミー・デイサイドは必要か」という質問に、79%以上の中小病院が必要であると答えたことが、ものすごく心に残っている。予想外というのではなく、ここまで、中小病院は終末期医療に苦悩しているんだという、事実である。もちろん、回答を寄せられた病院の問題意識の高さもあると思う。

一方で、「延命医療（厚労省の調査は延命治療になってるが、わたしは治療とは認めない）を望まない」国民が71%に達していることは、ご存じのとおりである。しかし、どこに行ったら延命医療をしないで死ねるのかを知っている国民は少ない。

この「想い」と「現実」のギャップをどう埋めていくのかも、わたしの責任（仕事そのもの）とおもっている。先月号で書いた「地域連携事前指定書」に加えて「終末期医療マップ」みたいなものが必要ではないかと、責任を果たすための手法を想ったのである。そのことについて、本欄で詳しく書いておきたくなった。もちろん、まだ幼稚な発想だからご助言をいっぱい頂きたいとおもっている。

病院の職員が悩むのが当然 自分にはやってもらいたくない

LMDのアンケート調査は、昨

年もLMD研究会東海支部が実施されていたが、看護師が自分自身が83歳の老人だったら緩和ケアと限定的治療にしてほしいという回答がほぼ100%にもなっていた。もちろん、血圧が下がりが意識がなくなっている終末期の場合である。現役の看護師として倒れた状況の話ではない。医師の場合は、治療する医師の立場だったら集中治療を実施すると答えた医師は約15%おられるが、自分が前述の83歳の老人の場合だったら緩和ケアを希望するという医師が約48%、限定的治療も約48%、集中治療を希望すると回答した医師は0%なのである。

安らかな終末期の実現に 地域の病院、施設マップはどうか

調査では、医師は自分が83歳の老人の場合でも集中治療と回答されたのは5%強おられた。そして、83歳の終末期の老人でも医師の立場に立つと集中治療をするという回答された医師は30%弱であった。医師の役割として最期まで全力を尽くすのは当然だから、いけないことではない。

大事なこと、社会の変遷というより多臓器不全などの老人の終末期患者が増えたことによる意識変化だと思ふ。実際は、右のケースで治療に全力を尽くすのは空しいという医師が、わたしの経験では圧倒的に多い。それは、わたしが終末期医療に強い関心をもっているから言われるのではなく、正直な医療現場の苦悩の表われだと受けとめている。だから、先の中小病院のアンケート調査の回答のように79%もの病院がLMDが必要と答えられたのだとおもっている。

しかし、LMDに限らず事前指定書（AD）の普及は遅々としていく。最近ではエンディングノートなどが話題になっており、そのような会に講演を頼まれて行くが、中年の人は少なく、高齢の方が多い。当然といえば当然だが、カナダのように小学校の高学年からデス・エディケーションをすることも必要ではないかと、いつも思う。

終末期医療マップは 意識の高める方法か

本人の終末期医療における意思が明確であっても、急性期病院は治療をすることが優先される。当然のことで、手を拱こまいて死を待つ

なんてことは急性期病院として不可能なことだ。そんなことから、地域で終末期医療にどのような対応するかというマップを作ったらいと思ふのである。なにしろ、国民の71%が延命を希望していないのに延命医療は死にゆく人の30%は優に超えている。

癌はともかく、終末期を緩和ケアで、しかも安らかに看とつたケースは多くはないのである。療養病院（棟）や特養ホームでは安らかな、本人の希望どおりの看とりは増えてきているが、急性期病院でそれを求めるのは機能としては無理がある。その無理も、急性期病院で高齢者に押しつけない病院もあるのだ。広報紙にそのケースを書かれていた救急病院もある。

「挿管したり、人工呼吸をすることで、返って本人は痛い思いをし、苦しみを長引かせることになる」の文章に、わたしは毅然とした死生観を感じる。

例えば、このような救急病院の場合、「本人やご家族の強い要望と医学的にみて回復が不可能と医師が判断した場合は緩和ケアが可能」というマーク（考えて地域で作ったらい）を病院の地図の所在地に貼つたらよい、と思うのである。

て必要なことだと思ふ。また、冒頭の79%の中小病院にとつても望ましいことだとおもふのだ。

もちろん、家族で意見が一致しないことがあるから、このような場合は治療に全力を尽くすことは地域に明確に表明しなければならぬ。そして、病気が急変したケースで家族が遠方におられるケースでは、人工呼吸器の挿管も必要だと思ふ。07年の救急医学会のガイドラインが挿管した人工呼吸器の抜去に有用となることだろう。ただし、家族は悩みに悩むことは承知していなければならぬ。世の中、ズンバラリとはいかない。

こんなことを地域の医師会や病院協会、社会福祉協議会や老健施設協会で建設的に話し合われたらよいだろう。お手伝いすることがあれば、手弁当で行く!! 単体の病院でなにかを成し遂げようとしても、できない。そして、このようなことは強制ではないのだから、それぞれの病院、施設の自由である。ただ事実として申しあげておきたいことは、安らかに看とる施設や病院は、入所、入院待ちのリストがいっぱいになり、難しいことを言うご家族は少ないことだ。経営をここで持ちだす気はないが、地域でどのような評価をされるのかは、大事なことだと思ふ。少なくとも「あの病院はすぐ出される」よりはポジティブだと、わたしはおもう。

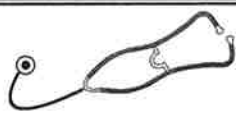
岡田

脳卒中のマヒは半身マヒが普通だが、全身にマヒはなく、言語だけとられてしまう脳卒中もあり、これを治すプロが言語療法士である。

私の友人で共産党初の市長になり、メディアで大きくとりあげられた。この彼はその後3期市長をつとめたが、脳卒中に倒れ、半身にマヒはなく言語だけをとりられてしまい、まだ存命だがしゃべれない。夫婦では、言語などいらぬ2人のコミュニケーションがありお元気がそうだが、娘とのコミュニケーションは肩に手をかけてやることだという。これで完全に娘を認めてるそうだから、これはこれでいいと思う。

ところが、脳卒中のリハビリを引き受けている病院では、必ず足の理学療法士と、手の作業療法士と、この言語療法士の3人が組んでマヒヨイヨイに対している。これがすこぶる迷惑なのである。言語障害はなかったから言語の訴えはしてないのに、リハビリルームではなく、警察の取調室のような個室に連日引き出され、名実ともに取り調べを受けたのである。このプロはまだ29歳の独身女性で、こんなガキにライセンスがくだされてるのだ。内容は取り調べと違う。彼女が演出家のライセンスも与えられているのか。マヒヨイヨイに、アーとかガーとか言わせ

たり、ホッペを大きく膨らませましょーと命じたり、人権無視の形である。言語障害がないのに、こっちはまったくメリツトのないことを次々と2人だけの個室で一日一時間やらされた。かわゆくないのは、それに文句をつけると「私は医師の命令でやってることです。ご協力いただけなければ担当医師に報告しますよ」だと。「言いつけてやる」といつたヤクザの口を平気でやってる。うるさいのは、ふと気付くと食事の背後にしのびより「ペースト食に



病床の心音 (49)

何様！29歳女言語療法士

天野進平 (脚本家、要介護度4)

ようにします」とあいさつされたので、それで終局としたが、病院の人権無視は相変わらずだ。

この言語療法士の名札をつけた彼女に、「昨日NHKの元アナの友人が見舞いに来てハッキリ『言語障害はない』と言ったぞ」というと、このガキ療法士は「そうですね。アナウンサーと言えば言葉の商売。私たちのライバルと言えるわね。でも、誰も言語のライセンスはとってないハズよ。仲間内の集まりに元アナなんていないし、アナと私らとは似てるけ

ムせないかどうか見させてください」だと。こんなことを巨大病院でやられてるのである。出来たてホヤホヤの脳卒中ヨイヨイの言語データを熱心にとられてるようだが、不思議なのは、こんなガキに言語をとられた人のリハビリができるのだろうかということだ。巨大病院が、こんなガキを脳卒中ヨイヨイの前面に陣を引かせてるのが怖い。

その後、その担当医師というのがわが独房にやってきて「彼女をあなたの前に出すことは今後ない

体制をつくったのは誰か。人にものをたずねるといふことの重大さを知らない。こんなことを聞き、こんな演技をさせる資格があると怖い。そして、つまと病院の指示によるものとハクをつけて居直る。メチャクチャな話を通る世の中になつてるといふが、ホントに老人は哀れだ。ヒマゴのような女にホッペを膨らませられ「舌を出して思い切りガーと発音してみましよう」だと。

マヒヨイヨイはみんな、それぞれの死生観というものを持つている。このガキは「死生観って何？」だろう。マヒヨイヨイの商売をしてながら、老いるとはどういうことか、老いはみな死のタイミングを気にしている。ヒマゴなんかにとにかく説教されるいわれはない。「神を恐れぬ行為」という言葉があつたが、若いライセンスはまったく気にしないで「オマエがパー」と言ってみる。よく似合うと思う。この若いプロがホントに言語障害のヨイヨイを話せるようにしてるのか信じられない。

この女の名が細川と名札にあるので、初対面で「そうですか、ガラシヤ夫人でしたか？」と言ったら、ぜんぜん通じなかった。大学ぐらい出てると思つたが、スゴイ無教養である。「あなたもクリスチャンですか」と追い打ちをかけ

たら「マザーテレサを尊敬してます」だと。まったくの無知ではなさそうだが。

大人に向かつて「風と太陽のどちらが勝ったか知ってますか？」あまりに急なので「なんのこと」と問うと、「風と太陽のどちらが旅人の服を脱がせたかの話を知りませんか」と立場が逆になった。「それがどうした？」と言つと、「このパネルにこの話を書きましたから、これを大きな声で読んでください」だと。こんなことにつきあわせるのも病院側の治療か。

こんなフザケタことが、言語障害無の調査に使われてるのを知ってるだろうか？ これはメツタにホントのことを書かないドラマ作家に襲いかかったホントの話なのだ。

最初に紹介した言語を永久にとられた友人は、しゃべれなくとも立派に共産党員としての仕事を続けてるようだ。言語療法士の大量生産は大反対だ。歩けないとは違う。コミュニケーションをとる方向なら言語にやらなくともいい。ただし、治せるものなら治して欲しい。その病院に言語障害を治す名人がいると聞いた。トナリの社長さんは言語を取り戻したが、その後ガンで亡くなったそう。入院中、社長さんは歩けるから、私の部屋にきては、よく自慢のヨガをやつて見せていた。

四苦八苦

— 診療報酬改定は
生産性と検約がキーワード —

最近、社会のもっている巨大な力を感じる。それは、政治の力ではどうしようもない力だ。さしずめ元禄時代は、わたしも経験した80年代、バブル期だろう。あのころ、わたしも時代に飲まれてしまった、スナックで飲んだり、帰途は簡単にタクシーを使っていた。収入はそれなりにあったが、現在のほうがはるかに質素だ。年齢のせいではないと思う。時代が、個人をバブリーにってしまったのだ。

一方、現代というよりここ数年は、沈滞ムード、閉塞感が充満している。わたし自身も、帰宅時に最寄り駅からタクシーで帰っていたのに、いまはバスだ。出勤時もタクシーを使うことは早朝以外はなくなってしまった。お金がないのではなく、その気にならないのでそうしている。

バックにあるのは社会全体の経済である。ギリシャの国民も政治家も自らが招いた「自己破綻」だし、わが国も他人事ではないとわたしは思っている。どうしたらよいのかという妙案はもっていないが、キーワードは生産性と検約だ

ろう。徳川時代の時代の流れのよ
うに、である。

問題は、診療報酬との関連である。そこにも、生産性と検約がキーワードとしてあるのではなからうか。生産性の高い医療、つまり質の高い医療に診療報酬が傾斜配分され、生産性の低い医療は診療報酬が削減されるということだ。

検約も絶対に必要だ。意味のない検査というより、ついでにやっておきましようという検査は検約しないと削減されると思うのだ。

厚生大臣は診療報酬は引き上げると言明しているが、その引き上げも生産性と検約を提供する診療の報酬の引き上げになるだろう。

ここところの診療報酬改定もその流れできているからだ。生産性の低い診療しかできない医師を抱えている病院と、生産性の高い医師が多い病院では大きな落差がつくことだろう。必要のない検査を漫然と実施する医師も、経営的にみて困り者になる。病院経営者のリーダーシップのありようが問われてくると思っている。

そして、将来の話になるとわたしは医療費の原資は枯渇するのみである。景気は容易には回復しない重態にあるし、科学では証明できない不幸が地球全体を覆っている感じがしてならないからだ。サバイバル時代に医療経営も突入してきたとみたほうが、よいと思う。世の中は荒れてきて、未収

金を発生させた患者が、平気で「七割は健康保険から入ってるんだから、三割ぐらいいいじゃないか。病院は儲かっているんだろ」と言う時代だ。医療費の原資が枯渇するのは必至だとわたしは思っているのだ、大いに心配する。

ギリシャやイタリアのことを評論している暇があるなら、わが国の経済的体力をいかに向上させるかが、問われている。国家財政についてはいろいろな意見があるが、わたしは悲観的というより悲観そのものである。国家財政のためには医療費を削減しろと国民が迫ってきたら、どうするんだろう。

病气やいのちを質にとっているから大丈夫、とはいかないと思う。自己負担分だつて支払えない老人が出てくる。公的年金が支給されるのを延期しようとする案すらあるのだから、今日の研修参加者にも「自分の老後に対処した生活をしろ」とアドバイスした。

生活保護世帯も急増している。富裕層の負担強化案も出されてきた。ひとり、医療供給側がいい想いができるとは思わないのである。だから、真の生産性を向上させていかないと、少なくとも病院の将来はないと確信している。病院の収入を増やすための無駄な入院や薬、検査は論外だ。診療報酬は大きく上がる病院と下がる病院に分割されるだろう。医療の原点に戻る時代になってきた。

岡田

第24回HSE (Health Care Sales Engineer) セミナー開催

【開催日】 2011年12月16日(金) 13:00~17:00 (17:15より懇親会を企画しております)
17日(土) 9:00~12:00

【内容】

●12月16日(金) 地域における管理栄養士の役割 ~管理栄養士と薬剤師の新しい連携を模索する~
江頭 文江 氏 (地域栄養ケアPEACH 代表)

業績を上げ、継続するための「情報」利活用
新木 啓弘 氏 (新木経営情報研究所 代表)

●12月17日(土) トレンド分析(押さえどころ!) 駒形 和哉 氏 (株式会社Kaeマネジメント 代表取締役)

社会医療の一員としての薬剤師 岡田玲一郎 氏 (社会医療研究所 所長)

【場所】 五反田駅前会議室 東京都品川区西五反田1-2-9 アリアル五反田駅前ビル

【参加対象者】 医療機関、介護・福祉事業、薬局の経営者、製薬企業マーケティング担当者
医薬品卸経営相談及び経営企画担当者、医療・介護事業参入予定者など

株式会社Kaeマネジメント 担当：駒形公大 (090-6448-2769)

連絡先 TEL 03-5829-6659 FAX 03-5829-6679 kou-komagata@kae-m.kilo.jp

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎年寄りが増えたと言う年寄り

人離れが苦手なわたしは、昔、お世話になった人や組織に「お別れの旅」をしている（11頁参照）。もちろん、嫌いな人にはしてないのは、好き嫌いが激しいからである。相性も含めての話だ。

10月中旬、島根県の浜田市に行った。西川病院という社会医療法人の精神病院だ。わたしは認識していなかったが26年ぶりのことで、時の流れの速さを実感した。26年前の二年間ほど職員全員の研修をして、労働組合から大反対された記憶が蘇ってきた。研修より暖房機を入れてくれという組合の言い分がよく分かった。そのオンボロの建物も、残るは一棟で全面新築中だった。わたしの持論の「クレーン車の法則」は、優れた病院にはいつもクレーン車が入っていることである。やはり、優勝劣敗は病院経営の基本である。

そのころを知る職員は二名だけだったが、理事長はもちろん、院長や医師が懐かしそうに語り掛けてこられた。この「懐かしい」という感情は、それこそ神が与えて

くれたものかもしれないが、わたしは「人間」が獲得した感情だともっている。ありがたい。

「社会医療二ニュース」を読んでいるから、いつも会っている気がして、26年ぶりという感情が湧かないと言われたのは、嬉しかった。久しぶりにお会いした人が、よく言われるからだ。

苦勞を掛けた（いまでも）女房は浜田に行かないで、趣味の焼き物（陶器といふのかな）を見に、萩市へ行っていい。殺された島根県立大学の女子学生がバイト先から通ったという道を車で通ったが、思わず涙した。将来のある大学生を残忍な殺し方で殺すなんて。ジャスト二年前の事件なので、改めて情報提供を呼び掛けていた。

翌日、津和野に女房と友人とで行った。友人は脳梗塞の軽いのがやつてきて、糖尿病もあり、ずいぶん痩せられていた。津和野には若い人（主として女性）も来ているが、年寄りが多い。お金が自由になるのは年寄りになってきていると、痛感した。と、口に出して「おれらも年寄りだよなあ」とつぶやいた。来年一月の20日で78歳は終了だ。お別れの旅もスピードアップしなければならぬ。それにしても、津和野の名物の鯉は見るに堪えない超メタボだ。餌のやり過ぎで過保護の子どもを見ていよう、苦しかった。あんな姿で生きていけないぞと、女

房の腹を見た。

◎「権限逃れ」をしてませんか

東レ名誉会長の前田勝之助さんが、日本経済新聞の「私の履歴書」を書かれていた。ずいぶん自信満々なお方だというのが、文章を読んだのわたしの印象である。

その文章の中で「部下に嫌われたくない」と書かれていた。部下に嫌われてもよい!! という覚悟が上司には必要であると、わたしも言う。嫌われてもよいから、叱る、指導するのが上司の自由裁量の幅の中に厳然としてあるのだ。



嫌われようとするのは、これまた上司ではない。それはイジメというもので、嫌われたいと嫌われたいは、まるでちがう。

しかし、わたしは人に嫌われたくないという想いもあるから、嫌われてもよいから叱ることは、全面的にはできない（↑結構、ときどき怒鳴るけど）。この、嫌われたくないという感情はどこからくるのだろうか!? やはり、持つて生まれたものだと思う。だから、部下に嫌われたくないという権限逃れをしないのは、相当な人生観がなければできない、とおもうのである。それを克服できるかでき

ないかで、出世とか、収入がちがってくるのだ。簡単にはできないことなので、わたしはよく根性とか気合いということばを使って、お願いをしている。

◎昔の人は、いいことをいう

益田市に医王寺という雪舟の菩提寺がある。その寺を見に行つたとき、廊下にこんな書があった。「住職無学に付き学者来ることなかれ、寺内貧乏に付き盗人入るべからず」で、白小僧と署名があった。雪舟だから禅寺で、ステイブ・ジョブズ氏につながってしまった（わたしのおもいが）。

前文はステイ・フリーツシュであり、後文はステイ・ハングリイと勝手に解釈した。知識をひけらかす学者を嫌い、いつも質素でありたいという意味だろうが、やはり、わたしは食欲に通じるのだ。そして、名言だとおもう。また、どの時代でも、真理は真理なのである。と同時に、学びはどこにもあるのだ。

もし、わたしが周囲に関心をもちたなかつたら、廊下の片隅にある書に気づかなかつたとおもう。また、名言はそこからオーラのようなものを出している気もする。人間、無関心になつたらオシマイだということも教わつたおもいだ。

◎LTACの勢い

別にご案内するが、一月にアメ

リ力からLTAC病院のアドミニストレーターと短期急性期病院の脳神経外科医でリハビリも指導しているドクターを招いてセミナーをもつ。LTAC病院のアドミニストレーターは会つたことのない人だが、経歴書を見るとLTACに強く関わっている人だ。

なぜLTACかというと、日本の療養病床は絶対に機能分化すると確信しているからだ。老人の救急に対応できる療養病院とそうではない病院に分化する。どうみても、だ。救命救急センターや二次救急病院に老人が受診しても、困惑するケースがあるからだ。

救命救急医療で老人が壊される場合もあるのだ。あくまでも「場合」の話であると書く。そうでない、老人といえども、いのちは地球より重いなんてイチャモンをつけられることがあるからだ。百歩譲って、いのちは地球より重いとしたら、そのいのちを壊すような医療をやつてはいけないとおもうのである。ICUのナースや、二次救急以上の病院の救急医に訊かれたら、よく理解できる。

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



「えっ、ひどくって、70おんも、ありやいや」

人離れということばは、わたしの持つている辞書には「人里から離れていることとか、常軌をはずれていること」と出ているが、ここではその意味で使うのではない。もしかしたら、ひと離れのほうが適切かとおもう。人という字はお互いに支えあっているから人と書くんだなんて、なんだかクサイことを言う人がいるけれど、敢えて「ひと離れ」と表現する。

その意味するところは、親子離れ、子離れと同じ意味で、わたしはひと離れができないほうだ。これまでの人生で出会ったひとから、離れることができないのである。もちろん、出会ったひとすべてのひとから離れられないのではなく、わたしが好きなひと、尊敬するひとから離れないのである。

自立なんてエラソーなことも書くことがあるわたしだが、ひと離れができないのは自立とは無関係だとおもっている。ひととの関係の中で生きていくのが人間だと思っているから、ひと離れができないのもいいのではあるまいか。いささか弁解めくが、ひとと離れて生きていくのは自立ではなく孤立した生き方だとおもう。

加齢、つまり年齢をとったからひと離れができなくなったとおもわない。ひと離れできないことと

ひと離れ



ひとに依存した生き方はちがうとおもふからだ。わたしの場合でいえば、若いときもひと離れはできなかったが、他人さまに依存して生きてきたことはなかった。人間が好きだという表現も一種のクササはあるが、ピュアな意味では好きなひととは好きなのである。人類はみな兄弟なんてポスターをみるが、そりゃ、ウソだろう。こういう教訓じみた表現はステレオタイプだとおもう。骨肉の争いどころか、同じ国の中で同朋が殺しあうのが人間集団だから、ひと離れはできないほうがよいとおもう。そこから、オサム・ビンラデ

インさんやカダフィさんを確保しないで殺してしまい、ご遺体を処分してしまうのはどうしても納得できないのである。サダム・フセインさんのケースとまるでちがうが、サダム・フセインさんの裁判が正当だといっているのではない(蛇足だが)。で、話を戻す。年齢を重ねようが重ねまいが、結局はひと離れができないわたしなのだ。精神的におかしくなっているわけではないので、これは人間のもつ、濃淡はあろうが感情なのではないか、とおもっている。だから、わたしとしては大事にして

われない。もちろん、ひと離れできないことを誇っているのではない。そして、ひと嫌いだつたらひと離れしてしまうとおもっている。便利さに壊された現代社会になり、人間関係の希薄化が問題になっており、今日も新聞でその論文をみた。ひと離れができないことは、人間関係の希薄化と逆のものだ。かといって、ネチヨネチヨした人間関係とはちがう。親離れでいえば、親は親、子は子として独立してこそ親離れができるのだ。子を溺愛する親は、子離れできないのだ。こころへんに、ひと離れの意味があるように

おもえてならない。溺愛もいけないけれど、無視もダメだとおもう。冷酷はいいという反対する人がおられるかもしれないが、冷酷と無関心はまったくちがう。関心があるから冷酷になれるのであって、字面からみた冷酷でわたしは判断していない。ひとに無関心でいることと冷酷さのちがいだ。こんなことをおもいながら、今日も生きていく。また、最近、おもうと思うを使い分けてきた自分も感じている。おもうは身体全体でおもっているのに対し、思うは頭で思っている感じがするからだ。思うって書くとなんだか冷めた気がする。その点、おもうはあたたかい。世の中、ぬくもりがい

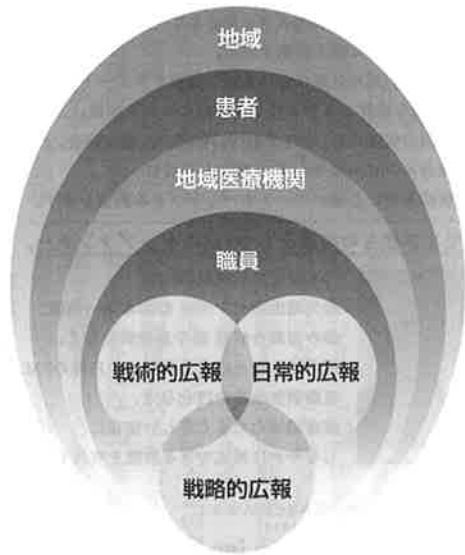
岡田

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

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。



有限会社エイチ・アイ・ピー
 名古屋市中区南見町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356回 これからの福祉と医療を实践する会

急性期と療養型は違う、在宅も別物で高齢者住宅は全くの別項目とする言葉は正しい。が、それは事業者目線に他ならず、利用者目線からはコンティニューイングケアとして一直線上にあり、それを否定する事業者はいまい。にも拘らず医療介護事業者が高齢者住宅に向き合わない理由は？ 本例会では、どう取り組むべきか、どうしたらコンティニューイングケアの一環を形作れるかを考える。

第一に高齢者住宅の新局面を取り上げる。この10月20日に発足した「サービスタ付き高齢者向け住宅」制度の概要と背景について正しく理解しよう。この新制度発足は高齢者住宅問題に向き合う医療介護事業者に大きな変革を求めている。第二には医療介護事業者が高齢者住宅に立ち向かう際の課題を整理する。これは簡単な話ではない。戦略のみならず職員の動き方も異なる側面が強いからで、その具体的な項目を考える。第三には事業連携について。医療介護事業者が高齢者住宅に進出する際、きれいごとで言えば地域連携が主力となるべきだが、この地域連携はどうして進まないのか。元気な医療介護事業者は本音として、地域完結より施設完結を目指しがちだ。連携をめぐる課題を考えよう。加えては同時改定についての新情報も

当然、披露される。講師はこの分野での、まさに第一人者だ。行政動向から医療介護現場まで、自らの経験からの報告。今もコンサルとNPOでの実務、双方で頑張っていることは発題内容を充実させるだろう。高齢者住宅問題を経由して、自施設の事業展開を考えるひとときとなる。(鈴木喜六)

日時 十二月十五日(木) 午後二時~四時半

介護保険法改定と「サービスタ付き高齢者向け住宅」との付き合い方 今瀬ヘルスケアコンサルティング

会場 戸山サンライズ大会議室 所長 今瀬 俊彦

参加費 会員 五〇〇〇円 会員外 一〇〇〇〇円

申込先 Tel. 03-5834-1461 Fax. 03-5834-1462



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

毎年、11月になると来年のことをおもう。このニュースレターを発行できるのだろうかという不安だ。経済の問題ではなく、健康、特に頭脳が健康でいられるか、とおもうのだ。読者の方は、そんな経験がありませんか▼来年のご購読料を請求したのは、来年はなんとかなるかな、とおもったからだ。書くタネはなくなることはないが、それを感じる感性が老化したらムリになる。ひたすら、人に会おう▼孤独は、物理的より精神的にコワイ!! 先日、わたしがすれちがったのに気がつかれなかった人がおられた。明らかに精神の孤独がその体を包んでいた。声を掛けることもできないほどの孤独がそこにあった。自戒した一刻だった▼力が湧くこともある。今回はとても苦労した日米ジョイントセミナーのプロデュースは、報われた苦労だった。実際にやってみないと成功かどうかは分からないが、全力を尽した爽やかな感じが残っている。▼しかし、政治は壊れてしまった。総理大臣を辞めて遍路に出るとは、なにごとだ。なにごとだ。ついでいわれても平気な人なのだ。しかし、その遍路姿の惨めなことよ。ひとり元総理の話ではなく、国会のラジオ中継を聞くたびに、その品性のなさががっかりする。国会議員を選んだ国民の責任だ。

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技术法、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發揮。
◎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。

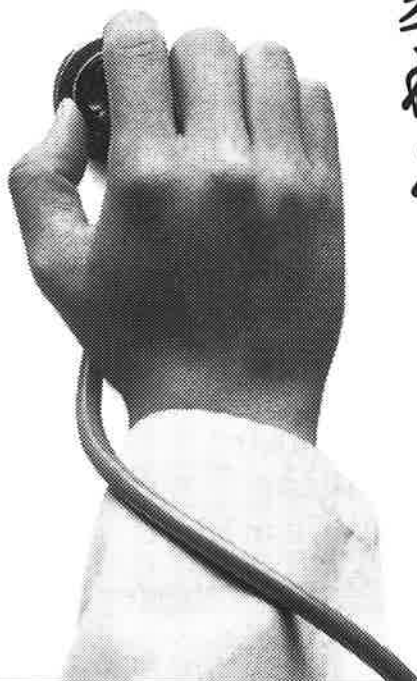
日揮は全世界で2万件もの実績をもつPMのトップランナー。



- ◎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。



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



あつ、日本の病院が変わる。