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

二〇一四年の診療報酬改定は節度がキーワードになる

所長 岡田 玲一郎

0・004%、もちろん診療報酬の引き上げ幅である。それで、国民医療費の増加は？　となると3%を超えると予測する。老人が増えることもあるし、新しい技術も導入されるし、老人の住む場所代としての医療費もあるからだ。つまり、いくら医療費抑制策として診療報酬の引き上げ幅を圧縮したり、薬価を引き下げてみても社会保障費に含まれる医療費は増加していくのである。

しかし、いつまでも医療費の増加が続くかとなると、どこかに限界というものが存在すると、わたしは思っている。また、終末期医療のあり方を問う意見も出てきた。LMDによって医療費が抑制されるといったら袋叩きに合った時代が、懐かしい。

二〇一四年の診療報酬は過去に例をみないものになる

国家財政の状況は容易ならざる状況である。欧州諸国の状況をみたり、日本の国債の格下げという現実を直視すると、医療費（診療報酬）に回せるお金があるのかと、憂慮する。臆病者、あんたは、二〇一四年には死んでいる、といわれても、である。

今後、毎年、医療費が3%増ぐらいで伸びていったら、そのお金は誰が負担するの、となる。だから、患者負担の増加がいわれているし、制度の改革も識者が提起している。やはり、心配しているのは財務省だけではないのである。

例えば「いつでも、どこでも、だれでも」の日本の医療制度は世界に冠たるものなのだが、国民の節度はどうなんだというと、自分の医療費の7割は他人が負担しているという認識の下での節度をもって受診する国民は、わたしの経験則からすると二割ぐらいだ。コンビニ受診という熟語ができているのが、なによりの証拠だ。

また、医療機関にも節度を求めたくなる医療機関もある。例えば、術前入院にも、節度というものがあろう。手術に支障のある病気があって、それも入院医療で治療するしかない病気なら、一週間でも二週間でも術前入院は当然だ。しかし、昔からウチの科では全員、術前一週間入院になっている（↑実際に大学病院の医師から聞いた）術前入院は、国民医療費の中に入れてはなるまい。そんなの微々たる額だという意見もあろうが、チリも積もれば山となるどころか、瓦礫（がれき）みたいな入院医療もあるではないか。

節度を求めるためにはクライテリアの導入

クライテリアというと統制医療と思われる医療者もおられるが、医療側にも国民にも節度を求めるためには、なんらかの基準が必要だ。それ（クライテリア）をきちんと実施している病院は、国民から「〇〇病院は長く入院できない」とか「すぐ出される」と評価されてきたではないか。

ただ、PAC (Post Acute Care) がきちんと構築できてないのが現状で、一部の病院の地域連携パスの形骸（けいがい）化が、医療の最前線では問題になっている。ここでも、わたしは節度を感じる。点数になるから……は、節度の対極にあるものだ。これは、今年の改定でシバリがかかるかもしれないと思うほど、最前線の医療者に評判が悪い。

そして、国民への教育が待ったなしになってずいぶん経つのに、財務省も厚労省も無策であると断ずる。それはあたかも、街頭での献血のお願いのようで、献血を願うより輸血を行う医療機関への節度を求めてから「血液が足りません」だろう。わたしは過去2回、献血をお願いしているスタッフに使う側の節度を言ったが、意味が分からないようだった。

国民へのレクチャーは、今年もいくつか実施する。それは、医療側のメセナであると、わたしはおもっている。節度のない受診へのクライテリアがないのだから、受診の節度を教育していくしかあるまい。前述の血液の問題と同じ話だと、わたしはおもう。

もちろん、兵庫県の柏原（かんばら）病院の事例のように、お母さんたちが節度を守ろうとクライテリア同然のものを作った好例もある。このケースの場合は小児科だが、病気の老人の家族に節度のある家族がどれくらいいるかと問われたら、どう答えられるだろう。

柏原病院の事例のように夜間受診が50%強も減少したのは小児科なればこそだと思うのだが、老人の場合はこうはいかないと思う。とにかく、難しい。親子なんだろう!!、と思ってもそうはいかない人間関係の希薄化が起きている。

財務省も厚労省も、診療報酬で医療費を削減するのではなく、医療側のみならず、国民に節度ある受診がないと自己負担が増えることを、教育すべきだ。国民教育をすると票が減ると怖がる政治家も、大問題だと思う。市立病院という建物を造って票にするギイン、シチョウもいる。建物を造っても、節度ある医療を提供できる医師がいなかったら、結局は市民が医療難民になるだけなのである。

二〇一四年改定は、節度がキーワードになるのは、ここまで医療における節度が経営を二極化しているからだ。過去の事例で具体的にいえば「〇〇病院はすぐ出される」といわれてる病院が、それこそ売り上げを急増させており、「ゆっくり入院できる」と評価されている病院が苦しいのである。

節度は、対極に不満がある。わがままができれば不満は少ない。疾病の治療におけるクライテリアは、統制ではなく節度なのである。わがままな医療をやりたい医師からは、不満が出るのは当たり前だ。妙に、医師の自由裁量権を持ち出すのも、不満の表れだ。

組織医療としての病院（291）

外科医60歳　分かった事と自分の磨き方―素心美人になるために

新須磨病院
院長　澤田勝寛

今年7月で還暦を迎える。人生60年と言われていた時代なら、赤いチャンチャンコを着て引退の年だ。ことの是非はともかく、まだ現役の外科医で院長職を務め、仕事がたっぷりあるのは有難いと思っている。

体力は衰えた。運動は皆無に近い。外科病棟のある4階まで階段を上がると息が切れる。急を要するときや、病状説明で病棟に上がるとき、ハーハーと息を切らせた姿では不信感を持たれると思い、敢えてエレベーターを使用する。長時間の手術では腰が痛くなる。数時間が限界か。今は滅多にないが夜間の呼び出しはさすがに辛い。若かりし頃、深夜の緊急手術では、胸が高鳴り心も弾んだ。あの、ワクワク感はあまり感じなくなってきた。

技はどうか。手は震えず、目も良く見えている。手術の流れもよく分かり、難所も危険箇所も当てがつく。危うきに近寄らず、安全な手術を可及的速やかに行うことを心がけている。小学校時代からメガネをかけてきた「ド近眼」には、最近の高屈折・軽量・遠中近兼用メガネは本当に有難い。手術中にメガネ交換の必要もなく術野の隅々までよく見える。ジョブスに悪いが、メガネを発明した人こそ、偉大なイノベーターだと思っている。

自分で言うのも憚られるが、心は本当に落ち着いた。平常心を保つことでは人後に落ちないと自負している。これぞまさしく年の功だと思っている。

「慌てて平静を失うことは人間の本能によるものだから仕方がない。問題は平静を失った心をいかに素早く立て直すかである。たびたび生死の境を切り抜けてきたベテランの隊長は、平素の訓練では若いパイロットの操縦技術にはるかに及ばなくても、ピンチに際して、その何倍もの腕前を発揮するのは、慌てないからである」という、日本海軍のエースパイロット源田実氏の言葉がしみる。

気力の充実には体力のサポートが不可欠である。目はよく見え、手は震えず、平常心は常に保たれていると思っている。今しばらくは、手術ができそうだと、密かに喜んでいる。

先日、先輩の医師と話をしていて、年をとって良かったこと、悪かったことは何かと聞いた。年をとって良かったことは、物事の「実」と「皮」がよく分かるようになったこと。悪かったことは、若い頃の出来事を忘れられないことだと言っていた。

確かに、物事の本質（実）はよく分かるようになったと思う。何でもかんでも真贋を見分けることができるとは言わないが、外見の華美に惑わされず、腐臭にはすぐに気がつく。中味のない口上、浅知恵、心のない人はすぐ分かる。民放10時のニュースキャスターに見え隠れする「いかがわしさ」に我慢ならないときもある。

人間の記憶装置は細長いコップのようなものだ。加齢と共にコップの中は記憶でいっぱいになってくる。新しい記憶は入れても入れても、上から溢れこぼれてしまう。古い記憶は沈殿しヘドロのようにコップの底にこびりついている。少々のことでは剥がれない。若い時の出来事を忘れられないのも道理である。おまけに思い出には美化作用がある。つらい思い出もいつの間にかセピア色に彩られる。現実は厳しく思い出は美しくなる。このギャップが苦しみの原因となる。若いころの思い出を忘れられないことは、確かに辛いことである。

60歳　外科医　院長、とくれば、実情はともかくとして、一般的には「それなりの人物」だと思われるのは致し方ないと観念している。

ユングの言葉に「ペルソナ」と「シャドー」がある。ペルソナとは外部環境に合わせるために繕った「よそいきの顔」である。自分の未成熟な部分を覆い隠すための仮面であり、「表の顔」といえる。父親、母親、夫、妻、部長、社長、そして院長などといったペルソナをかぶり、多くの人がそれぞれの役割を果たしている。

シャドーとは、自分にとって好ましくない自己の側面を無意識のレベルに抑圧したもので、ペルソナの表の顔に対して、「裏の顔」というべきものである。

ペルソナが分厚ければ、シャドーは濃くなり、その乖離が激しくなると病的症状を引き起こす。シャドーは無意識レベルにあるので自分ではその存在に気付かず、他人に対して投影し、抑うつされた心情の矛先をその人に向け非難する。非難の根源は自分にあることが気付かないので始末に悪い。若い時なら、若さと勢いでごまかしが効くが、年をとるとそれも出来ない。素肌ならぬ素心が見えてくる。それを覆い隠すためにペルソナが厚くなり、濃くなったシャドーを他人にぶつける。

年をとって、認知症でもないのに、今まで以上に偏狭になり怒りやすくなっている人はその類であろう。そうなる前に、素心を晒しても見苦しくない「素心美人」になっておかねばならない。自分の欠点を隠さず、裸で堂々としている人は、シャドーとペルソナの統合が進み「成熟した自我」が確立しているといえる。

ペルソナを薄くして、「それなりの人物」の素心を見せても恥ずかしくないように、自分を磨き育てることが必要だと、還暦を間近にひかえ、遅ればせながら気付いた。自分を磨くためにはいい環境に身を置かねばならない。因果一如という言葉がある。原因と結果は一緒であるという意味だ。自分に振りかかる難儀の原因は自分にある。池に石を投げると波紋が広がる。いずれ波は消えるがミクロの単位で残っている。我が身の周囲にも空気の波動が漂っている。己の良い行いが周囲にいい影響を及ぼし、やがて自分に戻ってくることになる。「凡事徹底」で鍵山秀三郎氏は、当たり前のことを一つ一つきっちりと行うことの重要性を力説している。履物を揃える、布団をたたむ、食器を片付ける、ゴミを拾う、嫌なことを人に押し付けないなど、日々の小事の実行が何より大切な事である。

To be（あること）がTo do（なすこと）よりも大切だ。To be good（善人であること）は、To do good（善を行うこと）に優先する。善き人であるためには何をなすべきか。60歳を間近にひかえ、真の素心美人になるために、日々自分に問いかけている。

がんと暮らせば⑲
吉村昭の死―『紅梅』を読んで

北林才知
（日本IPR研究会顧問）

(271回)

頌春
今日モアリ
オホケナクモ　（柳　宗悦）

アリは在り、オホケナキは忝（かた）じけない、勿体（もったい）ない意。重病ののち彼が編んだ『心偈（こころうた）』冒頭に置いたことば。生かされて生きていることへの深い感謝である。

昨年はがんの肝転移、腰椎骨折とあまり佳い年ではなかった。それでも傘寿を越え、ことしもこの文章を書き継ぐことができる。ありがたいことである。

＊

自分と同じ「膵臓がん」で亡くなった人には敏感にならざるをえない。10月にはアップルのスティーブ・ジョブズ氏。04年に手術を受け、翌年、母校スタンフォード大で「今日が人生最後の日なら、今日やることは本当にやりたいことかと問いかける」と話し、後輩を感銘させた。

09年に肝転移で移植手術。なぜかその後は適切な治療を拒み、神霊療法にたよって手遅れとなり、悔やみつつ去ったという。56歳、惜しむに余りある天才だった。

ノーベル医学生理学賞の米ロックフェラー大学のラルフ・スタインマン教授（68）は、発表の3日前に死亡していたが、特例として受賞した。業績は「免疫で重要な［樹状細胞］を発見してがんなどの治療法への道を開いた」というもの。4年まえに膵臓がんがみつかり、［樹状細胞］の免疫療法で治療を続け、発表までは頑張ると言っていたが果たせなかった。

お二人とも、さぞ残念だったろう。膵臓がんがいかに〝厄介な同居人〟かあらためて知り、厳粛な気持ちになっている。

＊

中心静脈栄養と抗がん剤点滴の管とを自分で引き抜いて亡くなった作家の吉村昭さんは、舌がんだと報じられていた。ぼくが腰椎骨折で入院していた10月、「ラジオ深夜便」で、妻の作家・津村節子さんが「原発巣（ゲンハツソー）は膵臓」と話すのを聴き、治療の記録『紅梅』を読んだ。経過を圧縮し辿ってみる。

・05年1月、舌の痛みがひどいので取材で旧知の「お茶の水の私立大学付属病院」加藤教授（消化器内科）に相談、「近くの国立医大病院」の石山教授（歯周病科）を経て小宮教授（口腔外科）を紹介される。かれは「がんです。**手術でとってしまえば問題ない**」とチームの女医に渡す。

彼女の説明。「がんは舌の付け根にあるので切開して病巣を除き、顎のリンパ節への転移を考えて切除、上腕の皮膚をそいで切った舌のあとに縫合し、腿の皮膚を腕の皮膚をはいだあとにつける。食事をする管と呼吸する管をつける」

吉村夫妻はこれを聴いて仰天、加藤氏に相談、広山教授（放射線科）に。「**放射線で癒ります**」微笑を浮かべての診断。

・しかし施術は権威とされる国立大の渋川教授（放射線科）に回され、「**この程度なら**、線源を病巣に刺し入れる**小線源治療で癒ります**」と言われて大いに安堵する。3週間ほど入院して3月末に退院。

・6月には「まだ完治していないので白金の粒を埋め込む」ため3日間の再入院。11月に「針を10本入れる」5日間の再々入院。

・年明けの1月初め、渋川氏から岸田教授（頭頸部外科）に渡されるが、入院は2月半ばまで待たされ、PET（陽電子（ポジトロン）放射断層撮影法）を、翌日CTを撮る。ここで「原発巣は膵臓」との意表をつく宣告。

・患者は岸田氏から有本教授（肝胆膵外科）に。かれは「**きわめて初期です**。黄疸や背中に痛みなどが出ていれば手遅れ。いづれ死ぬから手術しない」

結果は膵臓と十二指腸は全部、胃の半分を摘出。患者の失意は想像に余る。

・有本氏は吉村宅に近い三鷹の私大病院の石井教授（糖尿病）を紹介。腹膜リンパ質に転移が発見。

加藤教授が熱心に「免疫療法」をすすめ、石井氏を振り切って高額の施術を受ける。即効はない。

・ここまで来て夫妻は自宅療養を決意し、地元クリニック、訪問介護ステーションを決め、7月25日に退院。石井チームの桶谷医師が中心静脈栄養のカテーテルポートを装着、24時間の点滴が始まる。

・4日目に有本氏が往診。「ご主人が夜中に息を引き取られても、朝になって病院とクリニックに連絡してくだされば良い。クリニックの院長が死亡診断書を書きます」　冷ややかな宣告に妻は「呆然と教授の顔を見た」

・翌日の午前、夫はコーヒーを所望、吸呑みで、ビールも一口飲んで「ああ、うまい」

夕刻、吉村さんは「いきなり点滴の管のつなぎ目をはずし」、次いでカテーテルポートを「ひきむしって」しまい、「もう死ぬ」とつぶやく。駆けつけた看護師がポートを戻そうとすると、激しく抵抗する。氏の詳しい遺言は夫人も読んでいる。その最後。「いかなる延命治療もなさらないでください。あくまでも自然死を望みます」

夫の強い意志を感じ、彼女は「もういいです」と告げる。

「呼吸が間遠くなり、顎を上げるようにして呼吸が止まった」

＊

なっとくのいかない点はいくつもある。医師が病態を甘くみて、初期です、癒りますなどと安心させたあと、病気が重くなってゆく。気休めから現実へ。患者にとってこの心理的ダメージは計り知れない。心配ないといいながら、気の遠くなるようなオペの説明は女医にさせる無責任。専門、権威という名のタライ回し。

わからないのはこの本に「腫瘍マーカー」という語が一度も出てこないことだ。血液の解析で容易にわかるCA19―9ならば膵臓、胃、食道、胆道、肺などのがんの状態を知る指標になるし、CEAもそうである。舌がんのみを追っていて原発巣を見過ごしたのか。

ぼくは胆汁が血管に溢れるひどい閉塞性黄疸まで行っていたが、膵臓の過半は残せた。肝転移がわかったのは腫瘍マーカーの数値だった。進行の早い膵臓がんで1年の空白は致命的だ。なにが初期だ。

＊

再三読み返したこの本に、医療者への感謝は、一語もなかった。

元気溌剌な施設づくりをめざして(206)

～今から小寒、大寒ですが、一陽来復はランニング中です～

ヘルスケア経営研究所　萩原　輝久

新春明けましてお芽出度ございます

新たな一年を迎えることが出来るって、考えれば（考えなくたって）奇跡です。

生きているってことと、いろいろな出会いがあること。

出会いは、ひとや絵や植物や動物、自然など、さまざま。

とくに様々な一人ひとりとの出会いは、ミラクル過ぎます。

新たな出会いもあれば、遠い時代、小学校のころの出会いと再びってことも。

また、何か、たまたまと云う重なりが一生になることもありますので、出会いはすごく不思議で、奇蹟的なこと。

それ以上に毎日の営みの中で様々な出会い・出来事があり、小さなこと、でも一生忘れない・忘れることが出来ないこともあります。

喜びやお祝い事、佳いことであれば嬉しいけれど、でも、可能な限り早くアタマの中、胸の奥からも消し去っておきたいってことも、あります。

大切なひとが、もう年齢を重ねることがなく、想い出と共に止まったままのことも。

それに、自分に大切なひとであればあるほど、自分が何か至らなかった所為ではないかと自分を責めつづけて折れそうになっていることも。

身の置き所もないほど切ないことや、世界中で、もっとも深い海溝だって適わないほど、深く、哀しいことがたくさん在っては困るけれど、24時間、365日（閏年には366日）生きているからこそ、身近に、いろいろなことが起こります。

つらいこと・哀しいこと、すべて紙の上に書き出し尽くせれば、エイヤ～って消しゴムで一気に消せるかも。でも、胸の奥深くに突き刺さったことを消し去ることは出来ません。

そうした中であっても、日々の暮らしの中で、暦や季節の節目には様々な年中行事があります。それは、つらいこと、哀しいことを引きずらずに出来るだけ気持ちの切り替えを、というきっかけを与えてくれるのだと想います。

日本列島の北から南、正月から年末までいろいろな年中行事が行われております。

今、ちょうど、春の七草、七草粥の時季です。

七草は、セリ（芹）、ナズナ（薺）、ゴギョウ（御形）、ハコベラ（繁縷）、ホトケノザ（仏の座）、スズナ（菘）、スズシロ（蘿蔔）です。でも七草粥だなんて、もうず～っとむかしの行事と想うかも知れませんが、スズナは蕪（かぶ）のことで、ビタミンEが豊富です。スズシロは、大根のことで今が美味しさぴったりの時期ですが、消化を助けてくれますから寝正月で多少なりとも鈍った身体には打って付けだと想います。

ですので、七草って遠い存在みたいに感じているのかも知れませんが、気持ちも身体にも打って付け。

例えば、気持ち新たに新しい年のはじまりに神に来ていただく目印っていうことが門松。

また、正月のしめ飾りに遣われる植物も、験（げん、縁とも書く）を担ぐので、ウラジロ（裏白）、ユズリハ（譲葉）、ダイダイ（橙）、コブ（昆布）などが遣われています。

ウラジロは裏が白いので共に白髪まで、ユズリハは、親から子への譲り、ダイダイは代々の栄え、コブは喜びを表しての縁起担ぎです。

で、ひとびとの暮らしへのメッセージって、なんだか昔のひとびとってすごいなぁ～って感じます。

また、今ならまだ松の内（七日、十一日、十五日までとかで地方で違います）ですが、そのあとには鏡開きがあります。

鏡開きに必要なお汁粉の材料は、小豆。

今はほとんど遠ざかった行事かと想いますが、今月の十五日＝小正月に小豆粥（アズキガユ）を食べる習慣もあります。

小豆を食べるとそのエネルギーでもって、病気に罹らないように、と云う願いを籠めているのですが、何だかとっても愛しく感じます。

今、この原稿を書いている正月五日は、寒の入りで小寒です。

二十一日ごろが大寒です。

寒さはこれからが厳しく、気温も低くなりますが、冬至過ぎから日中の陽が長くなりますので、陽の気を感じる意味で「一陽来復」と云うメッセージ。

それは、十二月の末（旧臘＝きゅうろう）、冬至がスタートライン＝春の気配を感じ、梅や椿が小さな蕾をつけ始めてます。

実は、寒い時季は、小さな花が多く咲き、小さな実が多く生ります。

こうり柳、やぶこうじ、万両、千両、寒椿、福寿草、水仙、冬至梅（とうじばい）等々ですが、小さな花をじ～っと見つめていると不思議の国のアリスみたいな気分にもなれます。

小さな花、小さな実、それを眺めつづけていれば、その不可思議さ、自然が創りだす素晴らしさを感じるかと想います。

上から眺めているだけでは駄目で、かがみ込んで蟻のような気持ち、小さな姿に変身したつもりで、その花の中、咲き乱れる中に潜り込んだ気持ちでいると、やがて花の凄い存在、大きな自然を感じて、自分が生きているんだってこと、今までも今からもその存在を奇蹟だと、信じることが出来ると想います。

小さな花をみること＝小さな喜びを見出すことと重ね合わせてみますと、それは身近に有る出来事なのです。

好きな音楽、好きな本の一頁でも、ニコッと笑顔に接することだって、他者（ひと）がくれるものではなく、自分で見つけられたら、それは目立たなくって、小さすぎるからしっかりと自分で見つけないと見つけられないほど小さいかも知れません。

ですが、よく見れば希望と云う小さな蕾、厳しい寒さの中、一所懸命に小さなタクトを振っていてくれることに気付くはず、デス。

急性期ＩＣＵと慢性期ＩＣＵ

「慢性期ＩＣＵ」という表現が出るようになった。ＩＣＵというと急性期で当然と思うのが一般的だと思うだけに、時代の変化、社会の人口構造の変化を感じる。

慢性期の患者の急変は急性期のＩＣＵ対応なのか

日本慢性期医療協会に講演に行ったことは、別の頁でも書いた。そのとき、協会の展示物の机の上に「慢性期ＩＣＵ　看護レベルアップ研修」と題したパンフレットが置かれていた。いままでのわたしの医療観から、ピカッと光ってみえた。わたしの医療観とは、多臓器不全の患者を二次、三次救急病院に運んではならない、がある。

急性期ＩＣＵのナースや救命救急のナースが、よく口にすることだが、大きな手術の術後にＩＣＵに入り、二～三日して急性期病棟に移っていく患者と、多臓器不全で挿管している患者では、申しわけないけどモチュベーションがちがうと言われる。救命救急の医師も、同じことを言われる。しかも「ウチで診ていた患者と、突然、紹介状で送られてくる患者では、どうしても気持ちがちがってくる」と言われる医師もおられる。

命を救うことは同じでも、そこの〝命〟の質というか状態というか、短期急性期救命と慢性期急変救命では、その〝命〟がちがうとわたしはおもっている。新生児と終末期の老人の命は、同一には論じられないと、わたしはおもう。もちろん、医師ではないわたしのおもうことだから、医学という学問でいえば同一なのかもしれないが、急性期急変と慢性期急変の対応はちがうと思っている。だから、先の研修の副題の『「慢性期ＩＣＵ」の向上を目指して――』の副題が光って感じられたのである。また、このような研修が行われていること自体、ＩＣＵが急性期医療のＩＣＵだけではないということを証明？しているように思う。証明がオーバーな表現だとしたら、慢性期ＩＣＵというニーズが確実にあるとおもう。今月号では、この「慢性期ＩＣＵ」について、現場的に述べてみたい。

12月にも、老人の栄養補給に胃ろうを一律に設けるのはいかがなものかという問題提起が老年医学会でされていた。老年医学でのことであって、救急医学でのことではないし、急性期医療における胃ろうの設置うんぬんの話ではない。経口摂取ができない慢性期患者の、すべてが胃ろう設置の対象ではないと、わたしもおもう。

この慢性期ＩＣＵ看護レベルアップ研修のプログラムをみると、その意味がよく分かる。「1.病棟における急変対応」「2.病棟における多重課題」の「病棟における」は急性期病棟や救命救急病棟ではなく、完全に「慢性期病棟」であると、わたしはみている。

また、「3.在宅における緊急対応」も、急性期の在宅医療ではなく、明らかに在宅の慢性期患者の緊急時の対応であろう。さらに、「4.急変した患者の家族対応」というプログラムも、慢性期患者の急変であろう。高層階にある住宅から転落した人（患者）を急性期ＩＣＵに搬送するケースではなかろう。その他に「フィジカルアセスメント」と「スキルトレーニング展示室見学」のプログラムがあるが詳細が分からないので、言及しないでおく。

結局は、急性期とはなにかが鋭く問われることになる

別に、口が酸っぱくはならないのだが、何年も「急性期医療ってなに!?」と問い掛けている。根源にあるのは、一般病床イコール急性期病床であるという決めつけと誤解がこの業界にあるからだ。何百回も言ってきたことだが、一般病床とは**「療養病床、伝染病病床、精神病床、結核病床以外の病床」**のことを指すのであって、昔の「その他の病床」である。けして、一般病棟を急性期病棟とはいわないのである。

でも、いまだに一年に何回も「ウチは一般急性期病院でいく」と言われる病院経営者に会う。一床当たり４・３平米の病床でも、だ。実際には急性期医療を提供はできないのだが、**医者になったからには急性期医療をやるんだ、**という頑なな自己主張でしかない。

だから、気持ちはよく分かる。しかし、気持ちと実態は一致しないと診療報酬でも認められないし、ましてや社会的評価は得られない。それより「慢性期ＩＣＵ」のできる慢性期病棟、具体的には療養病棟を確立されたらよいとおもうのだ。そのためには、前の頁に書いたように慢性期（しかも老人の）特定看護師や老年医が必要になってくるのではなかろうか。

慢性期ＩＣＵの研修の目的は、慢性期患者の急変や多重課題に対応できる看護師を創ろう、ということだと思う。去年の10月に２日間にわたって開催されているから、今年もあるものと思う。というより、是非、開催して頂きたいとお願いする予定だ。去年の会場が、「テルモメディカルプラネックス」となっているので、おそらく（99・９％）テルモが関係していると思う。血管確保、経管栄養、先に述べた胃ろうの研修もあるのではないかと想像する。まさか、豪華幕の内弁当は出ないと思う。オリンパスでなくて、よかった。

医療の流れが、慢性期から急性期医療にいく流れと、慢性期医療の集中治療にいく流れと、ふたつあるよ、ということだ。慢性期の患者さんが急変したからといって、なんでもかんでも急性期に送ると、わたしのコトバで言わせてもらえば、〝患者が壊れる、心身共に〟が起きることがあるのである。もちろん、適応、不適応を判断するのは「医師を中心とした多職種チーム」であり、それも、トランス・ディシィ・プリナリー・チームになるとおもっている。

10年前でも、医療者がオカシイという疑問をもつような慢性期の老人の急変時の対応の仕方はあった。それが、白日の下に出てきた感じがする。**すべては、患者のいのちの長さではなく、ＱＯＬ（わたしの表現でいえば、生きててよかったとおもう、ひととき）の問題だとしか思えない。**

もちろん、いろんな価値観がそれぞれにあるだろうから、慢性期ＩＣＵ絶対説は、わたしにはない。本人と家族の意思の問題だ。岡田

病床の心音（51）

おもしろシンドローム

天野進平
（脚本家、要介護度4）

「シンドローム」とは国語辞典によると「症候群」とある。「症候群」をみると「シンドローム」とある。家庭医学事典には「病気ではないが病気一歩手前の症状」とある。

＊

症候群という文字がメディアに出たのは50年ほど前の「メニエール症候群」である。これは突然めまいにおそわれるらしい。今では、この「症候群」がとられ「メニエール病」と完全な耳鼻科の病気に昇格している。

さて本稿は、小学館発行の巨大な家庭医学事典からおもしろそうなシンドロームを拾い、事典をウノミにしないで私の感じも加味して、いくつかとりあげてみた。

＊

○ピーターパンシンドローム

大人になりたくない永遠の少年ピーターパンの物語から名付けたシンドロームで、普通の大人になりたくない奇行が多くなり、普通に世間と融け込もうとせず異常なナルシシズムに陥っている。こんなの確かに周りに一人二人いる。しかし何といってもこの世界の人の代表は岡本太郎だと思う。あの万博の太陽の塔はどうみても正常な発想とは思えない。あれはピーターパンシンドロームの傑作だと思う。巨大なペンギンがトベナイ羽を広げ丸いお面をつけた太陽の塔が、ウルトラマンやガンダムのような具象だったら、とっくに取り壊されていたと思う。病的な一歩手前のシンドロームだから今もあるのだと思う。芸術は爆発だと岡本ピーターパンは言ったが、芸術はシンドロームなのだ。もう一人、日本初のノーベル賞の湯川秀樹は「いつも私の成果はすべてガキの頃発想したものだ」といった。ノーベル賞も湯川少年のシンドロームだったのかも。

○ハネムーンマヒ

ハネムーンでアレのあと、恋人のため膝枕を長時間してあげたり、酔っぱらった彼を上腕部にのせたまま長時間になるとおこるマヒだそうだ。おしあわせなかぎりだ。こんなことなら別にハネムーンでなくともあるだろう。この恍惚が事件になることがある。六本木のマンションで銀座の姐さんとイケメンタレントの記憶は新しい。ここでは覚醒剤が使われ、恍惚が過ぎて姐さんは亡くなり、イケメンの方はその恍惚が過ぎて救急車を呼ぶ才覚もなくなり、救急車を呼ばなかったというだけで実刑判決を受けることになった。人道に反すると批判を浴びたが、そんな状態ではなかったのだと思う。私の受験生時代は【ヒロポン】という眠気ざましの覚せい剤が市販されていた。眠気が醒めてオヤジのウィスキーをヒロポンのアト飲んで気持ちよかったことを覚えている。

○サンドイッチシンドローム

中間管理職が上司と下役にはさまれてストレスになること。これは面白くもなんともない。会社辞めればいい。

○欠神発作

動作を止めてしまい一点を凝視している。それならボンヤリしていることじゃないか。私などいつもそんな状態だ。それが欠神発作とはスゴイ。そんな時、神に見放されているわけだ。

○スチューデントアパシーシンドローム

大学生にみられる無気力・無感動。努力型の学生がある時点で勉学への意欲がなくなる。このアパシーというのがわからないが、こんなことも普通あることではないか。おおげさな感じだ。「俺この頃アパシーでな」なんて弁解するのかな。そういうのをタルンデルというのではないかな？

○牛乳貧血シンドローム

市販の牛乳は鉄分が少ないので、牛乳ばかり飲ませると貧血を起こす。やっぱり母乳がいいという愛情物語。

○サンデーモーニングジュースシンドローム

これはややこしい。性交時に男のアイツが曲がり内出血を起こすことがあるが、そのままでベッドにおり、ガキ共がそんなパパのまわりを飛び跳ねると発症するので、この名があるんだって。内出血して治療の必要な場合もあるんだって。ロマンシンドロームだね。ママはどうしてるのかな？

○後天夜盲シンドローム

明るい所から暗い所に入ると一時的に物が見えにくくなる。これを夜盲というんだって初めて知った。遺伝性のものもあって、コッチは先天夜盲というんだって。ナルホド。こういう人はビタミンAの欠乏の人に多い。これがしつこく続くのは進行夜盲。ナルホド。

○シックビルシンドローム

新しいビルの中にいるとイライラする。建材やカーテンから出るホルムアルデヒドに弱い人はたしかにいるね。新居の場合も同じ。「俺たちゃ町には住めないからに」という歌があったな。

○ICUシンドローム

ICUといえばオペ後にぶちこまれる集中治療室。幻覚や錯覚の精神障害を起こす奴が多いんだって。

○ペットロスシンドローム

いうまでもなくペットとの死別のストレスによる精神的身体的不調。抑うつ感、摂食障害で心療内科がけっこうこれで繁盛してるそうだ。

○バタフライシャドウ

X線で肺内部に蝶の羽を広げたようなカゲが出たら、肺水腫になる心配があるからロマンチックではない。

○アイスクリーム頭痛シンドローム

アイスクリームを食べるとコメカミがキリキリ痛む人が少なくない。広がった血管が三叉神経に触れるからだそうだ。かわいそう。

○ムズムズ脚シンドローム

眠ろうとしても脚がムズムズして眠れないと訴える老人が多いそうだ。どうしようもないね。かわいそう。クロナゼパム系の薬が有効だって。ムズムズの薬なんてあるの？

＊

しかし、年を重ねると、みんな体調によくもわるくもならないシンドロームを持っている。

私は脳卒中マヒ・メニエール難聴・誤嚥性ムセ。そして最大は、81歳友みなこの世を去れるのに我のみは生き残りおること。「生き残りシンドローム」である。

「今」を生きるケア

第77回　苦悩すること

佐藤俊一（淑徳大学）

一年の区切り

この原稿を、31日の朝から書き始めた。実は、自分の中で2011年に区切りをつけられる気持ちになったのは、昨夜からだ。年末にしなければならないことが増え、新年を迎えるための区切りがつけられなくなっていた。

この数日間で、恒例行事となっている年末の仕事をした。ソーシャルワーク実習、精神保健福祉援助実習、保健医療ソーシャルワーク実習の実習ノートをすべて読み、コメントを記入した。

最も楽しみに行うのは、ゼミ生の卒業論文、卒業レポートを読み、個々の学生の論文としての取り組みと、彼女たちの2年間の学びにおける自分の生の課題の発見に対してコメントをすることだ。この作業は、単なる論文指導としてではなく、私が個々の学生にどのように向き合ってきたか、いるかがハッキリするときとなる。

通常ならば、この二つが終われば年の瀬を安心して過ごせるのだが、今年は講義3科目分のレポート、試験問題の作成、次年度からの新科目の内容の検討などが山積みで、例年とは異なる状況になっていた。他の仕事は少ししかできていないが、昨日、いつもの二つの仕事が終わったとき、研究室で私はやっとホッとできた。そして、区切りがつけられるという気持ちになれた。気がつくと、年末に区切りをつけられるかという不安は消えていた。

ことばにする

卒業論文やレポートでは当然のことだが、実習での記録においても、体験や学びをことばにすることで、学びを確かなものにすることができる。今年も数名の学生の実習記録を読むことで、そのことを強く感じた。

実習を行っていくと、学生は観察ができるようになる。その結果、最初のころには見えなかったことが、見えるようになるという成果が出てくる。ただし、この観察が、単なる第3者としての視点に止まっていると、自分が体験を通して身をもって学ぶことにはならない。残念ながら、数名の学生は、何とかしたい気持ちがあったのはわかるのだが、この点において最後まで大きな方向転換ができていなかったことが記録からもわかった。

観察においてポイントになること、当然そのことは実践にもつながるのだが、「最も重要な問題は、自分がどういう点で関与しているかに気づくこと（E・フロム『希望の革命』紀伊国屋書店）」である。その結果として、明らかになる事実も異なる。そのことを実行するのに必要なことが、たとえば、自分がどのように利用者にかかわっているのかをことばにすることである。自分を透明人間のような立場にするではなく、反対に、今どのようにかかわりっているかという主観を明らかにする必要がある。そのことにより、自分の態度が適切かどうかハッキリするのだが、それを恐れている。

自分がどのように見ているか、受けとめているかをことばにし、ハッキリさせれば、利用者や生活の理解は進む。ただし、自分の考えを明らかにすれば、実習指導者と向き合うことになる。そのため緊張関係が生まれるが、その中で真剣に学ぶことができるようになる。さらに、利用者の行動や考え、あるいは職員の対応に疑問を感じ、「なぜ」という問いを発すれば、より深く知ることができるようになる。こうした動きができることで、相手を理解するには、自分を知ることが必要だとわかる。

素直に目の前の現実を何でも受け入れていくだけでは、こうした学びができない。また、疑問を感じても、場の空気を読むことでことばにしないこともある。実習が終わって、記録を書く中だけでしか考えられない人もいる。大切なことは、必要なときに、問いをきちんとことばで表わし、相手に伝えられるかだ。それが、実践であり、また、一人ではできないことだともわかる。ただし、先に指摘したように、その作業は楽ではない。利用者とぎこちない関係になり、実習指導者と緊張関係が生まれることで苦労し、苦悩することが起こるからである。

苦悩できる

やっと本題に辿り着いた。区切りに書きたかったのは、〈苦悩する〉というテーマだ。今年をどのように受けとめているかと言えば、このことばに表れると感じている。また、学生の卒業論文においても、多くの学生が課題として取りあげていた。

私自身は東日本大震災で問われ、どのように応えたらいいのか苦悩した。学生は論文を書くことで苦悩し、さまざまな問いが生まれ、発見ができることに気づいた。なかでも印象的なのが、小児がんを体験した学生の論文である。

彼女は、小学生の低学年のときに長期入院をするのだが、そのときは病気であることを悩まなかった。ところが、退院後から現在に至るまで、病気のために他の人と同じように生活ができなく、辛いということを論文でことばにし、その現実にどのように向き合ったらいいかを苦悩する。

苦悩と向き合う

特に、その苦悩体験を神谷美恵子（『生きがいについて』みすず書房）と得永幸子（『〈病い〉の存在論』地湧社）の文献を使って展開しているところが、体験者でなければ書けない素晴らしいものになっている。これまでも難病の体験を基にしたゼミ生の論文を指導したが、いずれも素晴らしいものだった。ただ、この学生は、自分が病気であるということに対する向き合いっぷりがあまりにいいので、重いテーマなのに、読んでさわやかな気持ちになった。それだけきちんと苦悩し、ことばにできたのだろう。そして、苦悩することが自分だけでなく、家族、これから出会うクライアントに結びつけられていることが嬉しかった。

四苦八苦

―特定看護師と医師定員の関係は―

特定看護師制度については、賛否両論がある。反対する側にはふたつの論理があり、看護師が処方や検査の決定をするのは医師の職権を侵す（犯すかな!?）という意見と、看護師は看護の専門職だからその専門性を活かすべきで医師の代行をする必要はない、という意見である。医師、看護師双方からの反対論である。

一方、賛成論は医師不足を補うために必要だという医師側の意見がある。これが、先の看護師は看護の専門職で看護に徹するべきだという反対論に結びつくのである。また、看護師側でも看護としての処方や検査のオーダーは看護師がすべきで、それが現実の医療の現場に必要になっているし、それだけの知識を看護師が身につけられる（つけている）という意見だ。

超現実主義のわたしは、現在の特定看護師制度の歩みには賛成である。だから、反対論はどうしても納得できないのである。現実として、アメリカで受けたわたしの手術の麻酔は看護師（男性）だった。医師でも看護師でも、ちゃんと全身麻酔ができればいいんじゃない、というのが患者としてのわたしの感想だった。

特に、わたしは療養病棟には老人の慢性期特定看護師が必要だと思っている。療養病棟の入院患者さんも、よく看護師に病気のことを相談されているからだ。

先日、日本慢性期医療協会で講演をさせて頂いたとき、特定看護師と医師定員の関係を明確にしなければならないという私見を述べさせて頂いたのも、救急病院関係の講演より言いやすかったからだ。もちろん、救急特定看護師の話しも知っているが、療養病院というより慢性期医療病院のほうが、特定看護師とつながりやすいと思ったからである。

時代はどんどん動く。特定看護師制度もここまできたら、白紙に戻すことはできないように思う。決定的なことは、医療のマンパワーは多いほうがいい医療が提供できるという、大原則があるからだ。

しかし、問題は特定看護師を看護基準でどうカウントするのか、である。医師の代行という発想の人からみても、特定看護師が医師定員とどう絡んでくるのか、これを決めなければならない。例えば、特定看護師は医師定員の一名とカウントする、とかである。

このように考えてくると、看護師本来の仕事とはなにか、看護師に看護以外の雑用をさせていては効率が悪いという論議が懐かしく思われてくる。だから、賛否両論があると思うのだが、医師不足は決定的な事実だから、やはり医師定員の中に入れたほうがよいというのが、わたしの意見である。

そして、特定看護師でなくても看護師が死亡確認ができる法律が現場的に必要だと思う。例の24時間以内に医師が診療してないと死亡診断書が書けないというのも、おかしな話だと思う。

看護師が死亡確認しても、死亡診断書は看護師は書けない。これも当然のことだと思う。しかし、医師が死亡確認しないと死亡診断書がかけないなんて、おかしいと思いませんか。看護師が何時何分に死亡を確認したと報告したら、その時間の死亡診断書を医師が書いたらよいと思うのである。もしかしたら、在宅ケアの現場などでそれが法的に認められているのかもしれないが、書いてみた。

ともあれ、特定看護師や認定看護師にチャレンジする看護師が多く、それをバックアップしている病院が強者になっていくだろう。学習意欲の高い病院と低い病院では、病院の雰囲気がまるでちがうからだ。ナベツネさんみたいに「選手の分際で」と同じように「看護師の分際で」なんて言ってたら、病院は確実に衰退する。多職種チームの大きな柱として、看護師があると確信している。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

◎吉田昌郎氏VS清武英利氏

昨年の後半で、このご両人ほど対比が際立つ人物はなかった。むろん、わたしの個人的な好き嫌いは入っている。福島第一原発の事故からの吉田昌郎所長は「やってらんねぇ」と言ったかどうかは全く問題なく、よくぞ頑張ってこられた。尊敬する。

上層部は政府との折衝などで中央にいなければならないことを考慮しても、もっと現場を大事にして欲しかった。報道された限り、孤立無援の感があり戦前派（↑古いコトバになった）としては、アッツ島や硫黄島（これは最近の人も知ってるだろう）で玉砕なさった司令官を想った。

食道癌が放射能とは無関係なんてのは、関係のない話だ。想像もできないストレスに対応してきた吉田昌郎さん（こんなときは、さんになる）だ。どうか癌を克服されることを祈るばかりだ。

一方、清武の乱と評された清武英利氏、「コーチを守ることは選手を守ることだ」という、わたしには理解できない意思で、実質オーナーに盾突いた。コーチ人事に口を出したのはケシカランと言われるが、なんか厚労省はケシカランと言ってる医療関係者を想い出した。診療報酬は、最終的には厚労省が決めるもので、一介の院長がケシカランと口角泡を飛ばして言ったって、そりゃ負け犬の遠吠えというもんだ。

実質オーナーのナベツネさんは、平気で「選手の分際で……」と言う人なのである。いくら読売巨人軍代表兼GMの肩書きがあったって、所詮、勝負にならない。清武ファンの人はおられるだろうが、会社という組織はオリンパスにしろ大王製紙にしろ、まだまだ非近代的なところがある。ましてや、非上場の新聞社（上場できない？）だから、民主的な運営など望むべくもあるまい。それは、その後の経過をみれば明らかだ。

医療機関や福祉施設の管理職は、どうか吉田昌郎さんでやっていかれたら、よい。孤立無援であっても、与えられた職責を果たしてこその言い分だ。くどいようだが、職責とは、与えられた職への責任であり、果たすべきものだ。

◎渡邉恒雄氏VS小澤一郎氏

話の流れから、ナベツネさんが出てくると、わたしはその対比で小澤一郎さんが出てくる。どっちが悪代官面かというのもあるが、どちらもわが日本国の政治に大きな野心をもたれている。大連立を画策される点では共通しているが、手段は対比的だ。片やフィクサーぶっているのに対し、片やアンダーテーブルの手法だ。

年齢は渡邉恒雄さんのほうがはるかに上だが、しぶとさでは互角の感じがする。そして、ご両者とも今後の人生の時間はそんなにないように思えてならない。惜しまれて死ぬ年齢は、ご両者の場合申しわけないがとっくに過ぎている感じがする、わたしだ。賞味期限切れ、生きている時代の錯誤、そんな感じがしてならない。

ヘルスケア組織のトップ層も、このご両者のタイプでは組織は死ぬと思う。なんか、傲岸不遜が高価なスーツを着ているようだ。どなたがどうおっしゃろうが、わたしはああはなりたくない。その気が出てきたら、言ってください。

◎オリンパスVS大王製紙

流れがどうしてもこうなるのだが、わたしには報道されない部分への疑問がある。もっとも、この原稿は去年暮れに書いているので、この号が出るころは明確になっているかもしれないことだ。

オリンパスで最大の疑問は、マイケル・ウッドフォード氏をどうして社長に決めたのか、ということだ。常識で考えれば取締役会で決定されたと思う。その取締役会がマイケル・ウッドフォード社長を解任しているのは、不思議と思いません？　独断が過ぎるということが理由に挙げられ、昨年末現在でも社長復帰はあり得ないと社長は言い、ウッドフォード氏は取締役も辞任している。

要するに、社長にしたけど都合の悪いことをする社長だったので、辞めさせたということでしかない。そんなの組織体としての会社でアリの話なのかと、理解に苦しむ。株主取得合戦になるそうだが、オリンパスという会社組織がそもそも個人商店以下の組織でしかないということだろう。

その点、大王製紙は分かりやすい個人商店である。まだ、おやじさんが口出し介入できるなんて、わたしは信じられない。先月号に書いたが、女子プロゴルフのトーナメントを開催する神経も、フツーの神経ではあるまい。

カジノ推進の議員連盟があるそうだが、エリエールゴルフ場のレストランでミーティングをして、前会長のエリエール王子を名誉会長にしたらよい。アホらしい!!

◎敵をつくれ、味方をつくるな

どこで読んだのか、忘れてしまった。ここ一～二ヶ月に強烈に脳裏に刷り込まれたフレーズだ。もっとも、わたしの場合は放っておいても敵はできてしまうし、味方になってくださる方は少ないのだが、それでいいのだ。

家族も、いつも味方とは限らないのは世間でみるが、わが家族はわたしの味方だと甘く考えている。敵は本能寺にありは、わたしにとって敵は利益を目的とする病院にあり、となる。利益は目標であって、目的化するとたちまち医療が薄汚くなるどころか、最近は利益にもならなくなってきている。特に、4月改定の診療報酬で顕著になるし、介護報酬にもその傾向が強くなる。

特養で、将来の改築のためにといってお金を溜めこんでいると、じんわりと首が絞められて、本体が怪しくなってくるかも、よ。介護士の給料が安いのは介護報酬が悪いと言っている口の下で、お金を溜めこんじゃ、いかんでしょう。

地域に商売敵をつくって、切磋琢磨でいくのか、味方にしたり味方ぶったりして競争しないでいくのか、結果は天と地ほどちがうような気がします、けど。　岡田

これからの一ケ月の不安・不運・不信

医療の沸騰点

―社会保障制度への負担増は必要―

消費税の増税が問題になっているが、わたしは反対はしない。もちろん、単なる仕分けではなく徹底した歳出削減が前提条件だ。違憲状態の国会議員の大幅定数削減の選挙制度改革も、絶対条件だ。

「政治家がお年寄り優先の政策に傾くのは高齢者の方が選挙で投票してくれるからだと言われる」（毎日新聞1月9日付「余録」より）と堂々と書かれる現状は、若者の政治不信より政治無関心を招いている。これも、変えていかなければならない課題だ。

そんなにやることがいっぱいあるのだけれど、社会保障制度を維持していこうとしたら、お金が必要だ。先に、単なる仕分けではなくと書いたのは、いまの若年層や中年層が老後の生活を送っていくためには、歳入が絶対に必要だからだ。単なる反対論では、この国難から逃れることはできない。

わたしは思考が単純なのか、病院や福祉施設の経営が成り立つためにも消費税の増税は必要だと思っている。だって、病院や福祉施設の収入は社会保障費から支払われるものが多く、病院も福祉施設も社会資本だからである。

それは同時に、社会保障費の無駄な消費は国益に反することを意味する。だから、昨年から医療機関を受診する国民にも、節度が必要だとくどくど述べているのである。蛸が自分の足を食べるようなことをしてはならないという、単純な話である。例えば、もしかしたらコンビニ受診が増税をもたらしているのかもしれないのだ。無意味（医学的に）な術前入院も〝蛸の足〟だろう。

そんな観点から病院の世界をみると、地域住民教育をしっかりおやりになっている病院が目につく。病気になるから医療保険が消費されるのであって、病気の人が減ることは社会保障費の安定につながってくることは、間違いのないことだと思っている。

わたしは、医療機関や福祉施設がする地域住民の啓蒙は、一種のメセナと捉えている。そして、このような啓蒙活動を実施している病院や福祉施設は、経営としても成績がよいことがなによりの重要性の実証だと思っている。

わたしも啓蒙活動としてのメセナに参加させて頂いているが、いつも思うのは「ここに来られている住民はいい、来ない住民が問題だ」である。世の中なので思うようにはならないが、この社会保障に無関心な国民をどうするかは大きな問題だと思う。一ヶ月に一回以上の講演会をもたれている病院もいくつかあるのだから、国民も社会保障に関心をもってもらいたいと、つくづく思う。

それは同時に、無関心な国民へのペナルティを設けなければ、とも思う。〝一億総蛸の足〟になったら、大変だ。慄然（りつぜん）とするという表現があるが、まさにそのとおりだ。しかし、それが現実になるような気がしてならない。そうならないためにも、地域住民の教育をしていくしかないし、そこに参加する人たちになんらかの特典を与えたいとさえ、おもう。

そう、ペナルティより特典だ。ポイント制度は多過ぎるほどあるから、ポイントという特典は国民に受け入れやすいのではなかろうか。病院や福祉施設の実施する啓蒙活動に参加したらポイントを与え、そのポイントが一定ポイントに達すると、検診が無料で受けられるといったことは、考えられないだろうか。ここでも、単純なわたしは、やってみたらよいと思う。

ともあれ、消費税でなくても増税は必要だと思う。とんでもないことを言うなといわれても、日本の優れた社会保障制度を崩壊させるわけにはいかない、とおもう。「いつでも、どこでも、だれでも」は、負担なしには実現できないと思うのだが、これも単細胞的発想だろうか。

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。

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。

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。

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

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
名古屋 0567-94-6411　浜松 053-444-1433　沼津 055-995-1551　静岡 054-655-2001
㈱星医療酸器関西　本社 072-810-5000
大阪 072-810-5000　南大阪 072-226-1876　京都 075-646-1770　西神戸 078-974-8008
尼崎 06-4868-8225　徳島 088-637-6494　和歌山 073-480-5355

㈱エイ・エム・シー 03-3899-8855
㈱アイ・エム・シー 0299-48-4001
㈱ケイ・エム・シー 0467-70-7661
㈱星エンジニアリング 03-5837-2281
㈱星コーポレーション 03-5839-8331

駅伝に学ぶ

暮れから正月にかけて、実業団や高校、さらには箱根駅伝と駅伝続きでおもしろかった。わたしのことだから、どうしてもチームワークや経営と絡めて視聴してしまう。ラグビーやサッカーもおもしろいのだが、駅伝は個人の力が絶対的で、それをどう結集させるかが勝負で多職種チームでないところに興味がある。

たしかに何人かの選手で走るのだから多職種ということもできるのだが、病院でいう多職種チームとは意味がちがうようだ。むしろ、バックアップする控えの働き、コンディションを高めるトレーナーを含んだチームで多職種チームということはできよう。また、同じ陸上競技でも短距離走やマラソンよりはチームが大事かな、と思う。こだわりはないのだが、個人の力が絶対的なチームプレーだと思う。

その個人の力を最大限に発揮させるのが監督で、病院でいえば院長、理事長、施設でいえば施設長だ。選手の配置、適材適所（野田総理のそれでなく）の見極めなどは、まさに管理職への登用、スタッフの配属と相通じるものがあると思う。そう思っていくつかの病院、施設を想起すると、ウン、ピッタリだと痛感した。

例えば、箱根駅伝の柏原（かしわばら）選手を山登りに起用しなかったら、どうなるかということだ。いま、復路の実況を聴きながらこの原稿を書いているのだが、八区を走っているまでの東洋大学の監督の選手配置は完璧だ。この後、波瀾（はらん）があるとしても、だ。これは、日常の練習をしっかり見ているからできることだ。院長や施設長が職員の仕事ぶり、果たす責任を果たしているかをしっかり見ていなかったら、職員の適材適所は不可能だろう。

40年にわたって職員研修の仕事をしてきたわたしも、この適材適所をつくづく思う。新人研修のときにコイツは伸びると思う職員（つまり適材）も、適所に配属されないとくすんでくる。その見極めが管理職に求められる責任なのである。もちろん、時代は〝いまどきの若者〟を変容させている。それだけに見極めが大事になると思う。くどいけれど、その意味で野田総理のいう適材適所に見極めがあったのかというと、絶対に見極め能力が欠如しているといわざるを得ない。結果論ではなく。

そして、駅伝を走る選手は誰でもなれるわけがない。もって生まれた資質が絶対に必要だ。わたしは、スポーツにおける〝努力の人〟は信用していない。練習に努力するのは選手として当たり前の話だ。病院の職員として努力するのも当然のことだ。ただ、これは絶対に言いたいことなのだが、どんなに努力しても資質に勝るものはない。逆に、いかに資質があっても努力しない選手や病院の職員は、勝者のチームメンバーにはなり得ない。そんな職員が病院にはいる。だからリーダーシップが問われることを、数多く経験する。

駅伝も病院も、勝者になるには資質のある求職者、応募者を採用し、努力が当然の職場風土を創り出していくことだ。そして、トップに立ったら、そこから落ちない維持力が必要だ。東洋大学の駅伝選手をみて、つくづく、ポカ休みたいな選手はいない、と思った。他校の監督をして「脱帽です」（早稲田大渡辺監督）、「まいった」（駒大大八木監督）と言わしめる力の結集力は、そのまま病院のトップにいえることである。

事実、そう言われる院長もおられるが、院長というのは大学駅伝の監督ほど素直ではない。「あそこの病院には脱帽だね」とか「いや～〇〇病院にはまいったよ」と言える院長は、日本にどれくらいおられるのだろう。

世の中、どんなことでも勉強になる。わたしは、人を見極める力をもっともっと磨こうと思った今年の箱根駅伝だった。

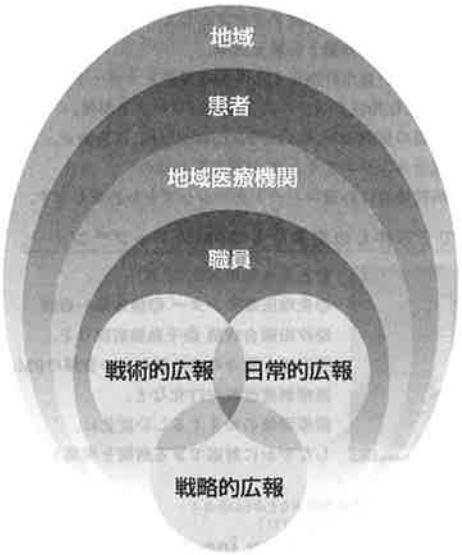
岡田

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
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358回 これからの福祉と医療を実践する会

報酬改定は医事課など請求事務担当部署だけの問題ではない。経営環境の変化を踏まえて施設全体が協力して対応すべき問題であり第一には「請求事務体制の整備」。例えば、取るべき施設基準は取れているか。請求すべき項目は漏れなく請求しているか。査定への対応、個人負担分の請求と入金に問題はないか。保険外収入の管理は十分か、等々の再検討を進めたい。

第二に「施設全体の協力体制」。医療介護の努力が医療行為別内訳に反映されているか。施設基準に依存し他の個別業務がおろそかになっていないか。必要な検査を省略する癖はないか。検査の敬遠傾向に対する医師の説明は施設方針を反映しているか。指導料のような個別の努力を反映する収入は確保されているか等を見直したい。

第三に「施設全体の情報共有体制」。請求事務を離れた部分での情報・意見交換に問題はないか。請求事務担当部署に集中する個別情報や管理のための情報が、施設内では十分には認識・共有されていないのが実情だろう。宝の持ち腐れから脱却したいものである。

これら大きな三課題は、主として請求事務担当部署が中心となって確立すべき課題なのだが、施設全体の理解・協力なくしては成し得ない。ダブル改定を契機に体制を整備・強化し新年度を迎えたい。

田野倉氏は本主題の最前線の実践者であり、ともに〝高い理想と現実の作業の中間部分を地道に確立するための〟考え方と具体的対応策を学ぶ貴重な時間となる。

（小山恵子）

日　時　二月十七日（金）
午後二時～四時半

ダブル改定の前に施設体制強化を……請求事務の
より高い質を確保するために

発題者　医療法人社団永生会
法人本部副部長兼
永生病院事務部長 **田野倉浩治氏**

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

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

ラジオは、よく聴く。一月七日、NHKの午後の放送で由紀さおりのアルバム「1969」を聴いていて、事務所でBGMとして聴いている音より、はるかに音質が良いことを実感した。世界的なヒットアルバムだ。事務所のCDプレイヤーがぼろだということだ▼ラジオのよさは、なにかの事故、事件があったときの速報というような速聴性が高いからだ。東京で聴いていると、電車の情報がとても役立つ。よく事故が起きるのだが、その多くが「人身事故」だ。それもその人の尊厳死なのかもしれないが、心は暗くなる。せっかく生まれてきたのに、だ▼病院は人身事故を絶対に起こしてはならないのだが、電車の人身事故ほどはないが、報道される。臨床検査技師が実施すべき器械の取り替えを、医師と看護師が行なって透析患者が亡くなった報道が、一月にあった。「医師の指導、監督の下で」の文言が、心淋しい。よく使われる言葉だけに▼完全無欠はないことは、よく承知している。承知しているけれど、医療は完全無欠であって欲しいと、だれしも思うのではなかろうか。医療に絶対はないと、安易に逃げてはならないように、おもう。緊張感のある職場にすることが、なにより求められている。厳しく受けとめることだ。

あっ、日本の病院が変わる。

日揮のPM（プロジェクトマネジメント）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