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

安易に在宅死を勧めるな 現実からの発想を望む

所長 岡田 玲一郎

日本経済新聞の1月30日朝刊の一面トップは、福岡も東京も「在宅医療促進へ」であった。医療と介護サービスを一体提供するための連携拠点を、現在の10ヵ所から12年度は100ヵ所、10倍に増やす厚生労働省の施策の報道だ。

在宅死が12・4%は理由あってのことだ

報道は、わが国の20年度の死亡者数が現在の120万から40万人多くなって160万人になる見込みから始まっている。この人たちが病院で死んだら、病床数や医療費が足りなくなるという論調だ。

わたしは、自分自身は家で死にたいし、事前指定書にもそう書いている。しかし、年々、どうも自宅で死ねそうにないと感じてきた。日経紙が報じるように、在宅医療や介護が制度上はともあれ現実には不足しているからだ。だから、自宅では死ねそうにないと思うようになってきたのである。

死亡者の12・4%しか自宅で最期を迎えてないということは、わたしはいろんな原因が複雑に絡みあっているとみている。だから、「自宅で最期」に数値目標といわれたって、どっこい目標を立てても目標倒れになってしまうぞ、と思ってしまうのだ。第一、死ぬ場所を都道府県で数値目標化して、医療計画で計画を立てるって、尋常なことではないと思う。

誤解のないように断っておくが、わたしは在宅死がいい論者である。でも、在宅死がよいという理想の場に座ってなくて、在宅死がとてつもなく減少したという現実から考えてしまうのである。

例えば、在宅医療の連携拠点を市町村ごとに二千ヵ所整備するけど、そこを利用して死んでいく人が12・4%から増えていくのかと、疑問というより疑念が先に立ってしまうのである。

自宅で死にたいけど家族に迷惑をかける

この小見出しの意識は、確実にわが国の社会にある。また、自宅で死なれたら困ると思っている家族も少なからずおられることを、医療、福祉に関わっておられる人は実感されていると思う。わたしも、この声はずいぶん聞く。

今回の報道で出ている、予算や制度、また診療報酬や介護報酬で在宅死を増やせるとは思えない。理想をかざしても現実は動かない。現実を動かして理想に到達するには大変な困難があるのだ。

看とり加算をつけて、在宅死が増えただろうか!? 施設死は増えたけれど先の数字のように在宅死は1950年ごろの80%超から減少の一途なのである。

わたしは、以前から「看とり施設」の必要性を話してきた。病院は病気を治すところだから、病院に〝死にに来る人〟も最後までベストを尽すのが、仕事なのである。だが、治療にベストを尽すところより、看とりにベストを尽す施設があってよいという意見だ。

現実の話しをしよう。看とり施設が必要だと強く思われていた特養ホームの理事長さんが、看とり加算が登場してきたとき、なんと言われたか。「看とり加算がついて、ウチのような施設は収入は増えました。しかし、看とり加算がつくから看とるという意識はありませんので、複雑な感じです」と。

これが、今回の在宅死を増やすための施策との矛盾である。むろん、理論としてではなく人が生きて生活している姿からの発想である。ましてや、やらないよりやったほうがよい的な発想は、まったくない。在宅医療促進を計算、計画を作って実施しても、効果は薄い（対費用効果として）と思う。

断たれてしまった家族関係の修復

人間関係の希薄化は、家族関係にも現われている。そのことは、自宅で死ぬと家族に迷惑をかけるという心理と、親が自宅で死なれたら迷惑だからどこか施設を探して欲しいという家族の行動に表出されていると、わたしはおもう。

寒々(さむざむ)とした人間関係の修復も、在宅医療の促進と同時進行していかなければならないし、念願である「看とり施設」の実現が必要だと思えてならないのである。そして、根本にあるのは「病院は死ににに来るところではない」という、わたしの病院論がある。病院に死ににに来る人がおられたなら、病院の病棟や病室を看とり施設にして〝治療しないで看とる〟をやったらよいと思う。そういう制度を創り、そこに予算を投じたらよいのではなかろうか。

それ以上に、先月号で書いたような覚えがあるが、財務省と厚生労働省は国民教育を強力に実施すべきである。そういう考えが根底にあるので、今回の「在宅医療促進」に現実感がないのである。そんなに予算を投じても、効果は薄いよと思っている。

具体的にいえば、カナダのように小学校の高学年から「死の教育」をカリキュラムとしてもったり、人間関係の教育や実習を採択したりすることと平行していかないと、モノとかカネだけで在宅死が増えることはないと思えてならない。また、そうやってモノとカネで死に場所を動かそうとするのは、人の道から外れているようにおもう。

それはおそらく、わたしが〝死ぬ〟のは若い人よりはるかに現実的だし、わたしが在宅死を望んでも容易に実現できるとは思えないのである。象が死に場所を求めて山に入っていくように（ウチの初代猫もそうだった）、ひそかに死ににに行く場所があればよいと思っている。〝死に場所〟という崇高な問題だけに、わたしは全精力を捧げて動かなければならない問題だとおもっている。

組織医療としての病院（292）

原発と電子カルテ

新須磨病院
院長　澤田勝寛

電力の発送電分離の危うさ

電力の発送電分離論議とは、発電と送電という電力の二大事業を、今のまま電力会社に任せ垂直統合を続けるのか、統合を止め、それぞれ自由化して、多くの会社に競わせるかの論議といえる。

昨年発生した東日本大震災後からもうすぐ1年が経つ。あれほどの大津波は想定外のこととはいえ、国も東電も危機管理能力の欠除を露呈したことは間違いない。特に総理官邸の混乱とリーダーシップの欠落は、世界中から失笑をかった。

原発事故に端を発し、国の電力事業を一企業に委ねることの問題点が一気に噴出した。電力事業の規制を緩和して、競争意識をもたせることが大切だ、という意見が多く見られるようになった。その中で、発電と送電を分離して事業化するという発送電分離の話がでてくるようになった。

小規模発電所や風力や太陽光発電などを事業化しようとしても、電力会社に送電を仕切られている現状では実際は不可能である。分離自由化により、欧米に比べ高い電力料金も安くなるとの思惑もある。マスコミの前で手を握り合うという、菅直人前首相とソフトバンク孫正義社長の大規模風力発電構想のパフォーマンスが鼻についたのを思いだす。

東電バッシングが吹き荒れている中、至極まっとうな意見であると受け入れられているようだ。

しかし、ここには大きな落とし穴が潜んでいることに気がついた。

例えば、停電が起こった時、事業体が異なれば、発電と送電のいずれかに問題があるのか突きとめるのは難しくなる。

人間の本性として己の責任は回避して、他人に転嫁しようとする。複数の事業体を仕切り統括管理できる部署があればいいが、原子力保安院を例に上げるまでもなく、そのような能力のある組織を作ることは不可能に近い。その結果、停電からの復旧は遅れることになるであろう。

実は、同じような事例を、電子カルテのトラブルで経験した。

当院は8年前に電子カルテを導入した。サーバーと端末コンピューターは大手メーカー、ソフトは別の中規模ソフト会社、そして販売と管理は近隣の会社と、三つ事業所が関わった。

導入から5年後、サーバーの更新を行った。容量も大きくなりレスポンスも速くなったと喜んでいた矢先、突然電子カルテが動かなくなった。午前中の外来業務は進まず、診療に大きな影響を与えた。原因不明のまま、何度か停止した。病院のSEにも、故障の原因は分からない。マシンかソフトか管理の問題である。

直ちに管理会社に原因究明と改善を求めたが、彼らの手に負えないことは明らかであった。

本来なら、管理会社が、マシンを販売している大手メーカーとソフト会社に早急な対応を求めるべきであろうが、会社の規模による微妙な力関係のためか及び腰で、遅々として原因究明がなされなかった。

当時、銀行のオンラインシステムが故障し、支払い業務に支障を来たしたことが、大々的にマスコミに取り上げられていた。銀行のシステム障害なら世間体もあるので夜を徹して復旧に取り組むのであろうが、一つの病院でのシステム障害くらいは・・・と、たかをくくっていたのかも知れない。

私は業を煮やし、大手メーカー、ソフト会社、管理会社の責任者を一同に集め、早急な原因究明と完全復旧を強く求めた。大手メーカーの神戸支店だけでは頼りないと思い、東京本社にまで掛け合った。夜を徹した作業をした結果、新たに導入したサーバーに不良箇所が見つかった。もしマシン、ソフト、管理が一社に委ねられておれば、責任を曖昧にすることはできず、動きはもっと機敏であり、復旧も早かっただろうと思っている。

発送電を分離し、多くの事業者が競い合うことで、コスト意識が働くようになり電気料金が下がるという意見もよく耳にする。

電気料金の設定根拠が極めて不明瞭であるため、コストに対する不信はよく分かる。コスト分析は専門家に譲るとして、コストには情報交換に掛かるコストもある。

今、医療連携という言葉が金科玉条のごとくもてはやされている。しかし、言うは易く行うは難しだ。連携先に正確に病状を伝え、受け入れの許諾を得るのにどれほどの労力と時間といったコストを要しているかは、医療関係者ならよく知っている。情報交換に掛かるコストを削減するために、他施設との連携ではなく、同一法人での垂直統合を目指す医療法人もある。

発送電分離でトラブルが起こったとき、原因追求と復旧のため情報交換が円滑になされるとは到底思えない。情報交換に掛かるコストは膨らむと覚悟しなければならない。

安定した電力供給は、国家の命運を握る大事業であり、一病院の電子カルテの比ではない。大規模停電が起こったとき、発電トラブルか送電トラブルか決めかね、お互いに責任回避に動くことは十分考えられる。

NTTが独占していた電話回線を、KDDIやソフトバンクに開放した時も、その是非をめぐって大いにモメた。今の発送電分離の議論に近いが、電気と携帯電話とは事の次元が違う。

垂直統合の是非に関しては、最近に経済状況をみると非常に興味深い事例が多数ある。

家電メーカーはどこも赤字決算となっている。その中でも、パナソニックとシャープの赤字幅が大きい。プラズマテレビと液晶テレビへ肩入れが過ぎ、設計から生産、販売まで垂直統合した結果といえる。東芝はサムスンから液晶を購入しており、痛手は少なかったと書かれている。

デジタル家電は、コモディティ化され、部品を調達すれば組み立ては容易だ。素人でも部品を買ってコンピューターを作れるようになった。アップルもデルも、世界中から優れたパーツを調達し組み立て、安価で製品を作ることに成功した。

鉄道会社は線路敷設管理と列車運行は自前であるように、公共財で安定したサービス提供には、垂直統合が必要な分野もある。

電力事業の発送電分離の意見が姦しい中、電子カルテを例にあげ、その危うさを考えてみた。

がんと暮らせば⑳ NK細胞

北林才知
（日本IPR研究会顧問）

(272回)

2年まえ、手術を終えてICUからもとの病室に戻ったとき、医師にも看護師にも「明るい気持ちを持ちましょう」といわれた。そうすると「ナチュラルキラー」（NK）という血液中の免疫物質が活発に動き、がんのように異常な細胞をやっつけてくれるというのである。

大笑いすると脳の血流がふえて、セロトニンやβ（ベータ）―エンドルフィンがふえるからストレスが消え、老化が防げるとは、かなり前に『ためして合点』でもやっていたから、先刻ご承知の人は少なくない。

病棟スタッフの多くは明るい声、笑顔などで、ともすれば沈みがちな空気を引き立てようとしてくれるのがよくわかった。いつも明るい色ワイシャツやネクタイをしておられるドクターも複数おられた。

IPRのトレイニングでも、何か深いことに気づき、自己を取り戻したメンバーが、次の朝、明るくスッキリしたシャツで現れる場面には何十回となく立ち会ってきた。シャツだけでなく表情も態度も変わって〝本来のその人〟になるのが不思議なのである。ああいうときにNK細胞が働くのだろう。

＊

先日、病院への道すがら、駅に積んであった小冊子をポケットに入れた。相鉄（相模鉄道）という東海道線の横浜駅と小田急線とを結ぶ私鉄で、毎月50ページほどのしゃれたPR誌『瓦版』を出している。その特集に「笑いに学ぶ健康学」という文章を伊藤一輔先生（国立病院機構函館病院院長）が書いておられる。10ページほどのエッセイだが、これがとても面白く、元気の素になった。

いわゆる「笑い療法」に気づいたのは医師でなく米国のジャーナリスト、ノーマン・カズンズだというのは初耳だった。硬直性脊髄炎で四肢と首が動かなくなり、薬も使えないとき、かれはセリエの「ネガティブな感情は身体に悪い」という言葉を思い出す。

では逆にプラス感情でなら治療効果があるかも、と喜劇のビデオをみたり、ユーモア本を読んだりして、大笑いすることを続けてみた。すると痛みはしだいに薄れ、手足が動くようになり、ついには全快したというのである。

これを機にカズンズは医学を学び、カリフォルニア大学に「精神神経免疫学」講座を創始した。

この波は日本にもとどく。

数年まえ、伊丹仁朗という医師が大阪の「なんばグランド花月」で、がん患者に3時間笑ってもらったら、NK細胞が大いに増加したというニュースが伝えられた。

それなら落語を聞きたいというつれあいと横浜の寄席へ行った。中堅の噺家が3人、古いネタを演じたが、その下手さに腹が立っただけだった。たぶんあのときにぼくのNK細胞は減ったのだ。

伊藤医師はほかにいくつか笑いによる病状の改善例をあげている。関節リウマチの患者に落語で1時間笑ってもらったあと疼痛と気分はよくなり、炎症物質インターロイキンが劇減した（日本医大・吉野慎一教授）、笑いが糖尿病患者の血糖値を大幅に下げた（筑波大・村上和雄教授）などなど。

落語をたしなむ脳外科医の中島英雄医師も、脳血管病の患者に落語を聞いてもらった前後の脳波を調べたら、笑った後は癒されたときに出るα波と、脳が活性化したときに出るβ波との両方がふえていた。つまり笑うと脳が癒されながら活性化するのだ。これがホントならこんなにいいことはない。

伊藤先生は1日5回各々1分間「よく笑う」ことが良薬になると結んでいる。なんと「作り笑い」でも効果があるというのがうれしい。

＊

笑う動物はヒトだけらしい。エデンの園の果実を食べてしまった人間だけが苦しみ悩む。笑いはその人間に与えられたいっときの神の恩寵なのだろう。

天の岩戸の神代から江戸庶民の寄席まで、われわれの先祖はみな暮らしの苦労を笑いでしのいできた。冗談、軽口、駄洒落なども手軽な笑いのすべである。

ぼくもダジャレは好きだが、そのきっかけは半世紀まえにさかのぼる。

新人として配属になったNHK人事課の隣席に、1年先輩の山本進さんという東大法学部出の秀才がいた。なんとこの人が六代目圓生の弟子で、あの大学に落研（おちけん）を作った人だったのだ。

かれに誘われて日比谷の第一生命ホールで開かれる若手落語会には毎回のように通った。これから伸びる若手ということで真打ちになるまえの柳家小ゑん、三遊亭全生、古今亭小朝が火花を散らすような芸を競っていた。のちの談志、円楽、志ん朝である。ほんとうに3人とも個性ゆたかな噺家として成長し、いい芸を残してくれた。

（ああ、みんなぼくより若いのに逝ってしまった）

山本さんは昼休みや土曜日の午後などに若手の稽古もつけるほどの実力も持っていた。こういう人がそばにいるのだから、人事の企画や組織などきびしい仕事の合間にも、4年先輩のIさんも交えて結構ダジャレや冗談が飛び交う明るい職場だった。

ある夕べ、仕事を終え3人で内幸町のNHKを出た。山本さんは酒が飲めない。で、虎の門通りをレンガ通りに折れ、なじみの居酒屋にゆくのはIさんとぼくだけになる。

そのとき山本さんがいった。

「これからマゼランですね」

さあて、飲みながらいくら考えてもこれがわからない。翌朝その〝心〟をご教示願うと笑っていった。

「ああ、あれはマゼランのポルトガル語読みですよ」

マゼランはポルトガル人で、正しく呼べば「マガリヤンイシュ」

つまり角を「曲りゃあ飲酒」という〝考え落ち〟だったのである。

青蛙房の『圓生全集』9巻の編集は東大落語会となっているが山本さんが編んだもの。落語研究家として著書は多い。数年前にも岩波書店から3冊本の大著『落語』が出ている。

あ、そうか、かれがぼくのNK細胞の育ての親なんだ。

元気溌剌な施設づくりをめざして(207)
～立春、小さな喜びのはじまり～

ヘルスケア経営研究所　萩原　輝久

春夏秋冬ってことばがありますが、初春は一年の始まり。立春は春のはじまりです。

その立春は、二月（如月＝きさらぎ）四日で、冬至と春分のその中間点。

じつは、冬至で、太陽は生まれ変わって陰から陽へ、そこで一陽来復と春が歩きはじめているのですが、実感ははるか遠くのこと。

冬至のころは、植物も、動物も固く閉ざされてしまっておりますから一陽来復ってなかなかピンと来ないかも。

そこで、何か新しく動き出すのが立春ってことになるのかも知れませんが、春を告げる花の梅は、厳冬の時季でも小さな芽を。

本当は、一年ほど前から、花を咲かせるための、その装い（よそおい＝支度・準備）をしております。ですので、なんだか、梅、その仄（ほの）かな匂いをただよわせますことに、いじらしさ（けなげさ）を感じます。

当地、博多（筑紫）は、太宰府天満宮がありますが、道真が京都の住まいに植えてあったウメとの別れを惜しんで詠んだ歌。

東風（こち）吹かば匂いおこせよ梅の花 主なしとて春を忘るな

梅はいつのまにか一輪、一輪と静かに咲きますので、その切なさも、哀しみ伝わって来ます。

ついでながらですが、当方、馬齢（とし）を重ねて来たのか昔々の小学生の折に歌った、唱歌「早春賦（そうしゅんふ）」の初めの一節♪をふっと想い起こしてしまいました。

春は名のみの風の寒さや
谷のうぐいす歌は思えど
時にあらずと声もたてず
時にあらずと声もたてず

ところで、陽だまりに咲く春告げ花の福寿草（ふくじゅそう）は、気持ちの中へ陽が射し込むような明るさを感じます。

が、一方で、スノードロップって、小さな花がありますが、別称で待雪草（まちゆきそう）、または、雪の花とも云いますが花がうつむいて咲きます。

その姿ってじつに可愛いのですが、でも、うつむいた姿がなんだか大粒の涙のしずくのようにも感じてしまうのです。

春はいつも、寒さが厳しい冬と激しい暑さの夏、そのふたつの季節に挟まれて、なんだか春らしさ、淡（あわ）さというか、ほんのりさ、ぼや～とした朧気（幻げ・おぼろげ）さ、など、やわらかさが薄れて来ているのではないかと想うことがあります。

ぼんやりと春の愁（うれ）い、そこはかとなく感じる、ぼんやりさの春が短くなって、毎日が気忙しい想いを感じます。

でも、今時期は、気が早いかも知れませんが、木や草の芽が出はじめる春の〝きざし〟、それは木芽時（このめどき）と云いますが、雪の下に見つけることも、やがてだと想います。

今年は、殊のほか、大変な豪雪が北海道、東北、北陸、信州をはじめ各地を襲いつづけておりますので、日々の暮らしで豪雪との闘いをくり返している方たちから叱られそうですが、三寒四温を何度も経て、春という暖かな季節を迎えることが来ます。

きっと身近なところで、春の兆し、木の枝先に小さな芽が出ていると想います。

その小さな芽をじ～っと見つめていれば、春が来るんだなぁ～ってこと、ほんのり伝わって来ると想います。

まだ寒さが厳しいから、芽が小さすぎるから、しっかり自身でみつけないと、それは見つけられないほど小さいかも知れません。

でも、きっと見つけることが出来ます。

それからは、毎日、毎日、しばらく小さな喜びを感じることができます。

実は、この小さな喜びが愛惜（いとお）しさを感じるのです。

なぜなら、大きな喜びって、なが～く生きていても、そんなに多くはないんだと想うのです。

一度あるかないかかも知れないけれど、毎日の暮らしの中で、身近なところで、自然はしずかに、しかも逞（たくま）しく生きづいていることに気付きました。

例えば、固いアスファルト舗装の道の片隅でも、春が巡って来たなら、それはそれは小さな小さな西洋タンポポ（外来種）をみつけることだって出来ます。

春が来るってことのきざしも身近に在る小さな自然の中で感じることが出来ます。

その自然は、目立たなく、小さく、小さすぎるから、しっかりと自分でみつけないと、見つけられないほど小さいかも、って想うのです。

小さな自然は、何を見つけるべきか、ではなく、何を見つけられれば良いんだろうかと軽い気持ちで、十分です。

小さな自然って、大きな声で頑張れって叫ばれるのではなく、一歩前、いやいや少しだけ、一ミリ、一センチだけでも前へ出てみたらって、云われているように感じるのです。

もう頑張れない！

これ以上、何をがんばるの？って想っていた気持ちが少しだけ動くように感じます。

小さな自然、小さな木の芽、それは、やがては、厳しい冬の衣（ころも）を脱いで、春への移り変わりを紡いでくれる萌し（兆し・きざし）を「春めく」とも云います。

その春一日一日の移ろいの中で梅の匂いもすてきです。

ですが、早春のやわらかな澄み切った空も空気も、そよ風も、土の匂いも、見ようとすれば、聴こうとすれば、触ろうとすれば、嗅ごうとすれば、味わおうとすれば、手に入ります。

なので、一センチでも一ミリでも前に気持ちを動かせれば、かならず感じます。

今月初めに立春を迎えたからっていっても、春は名のみで、まだまだ寒さが厳しい日々がつづくかも知れません。

でも、立春って云う季語は「春が立つ」です。春へ動きはじめるきっかけ日、小さな喜びの日の始まりなんです。

入院リハ施設（ＩＲＦ）と回復期リハ施設（ＫＲＷ）

一月の「日米ジョイントフォーラム」に参加された方から、いろんなポジティブな感想を聞いた。ＳＴＡＣからＬＴＡＣのつながりは以前にも本紙で何回も書いたので、理解を深められたものと思う。やはり「急性期とはなにか」なのではなかろうか。願ってはいないけれど、診療報酬も急性期とはなにかに向って歩み出した。

入院リハ施設（ＩＲＦ）と回復期リハ病院（ＫＲＷ）

リハビリテーションについては、ケース・ウェスタン大学のリハの教授で、わたしたちが毎年訪問するメトロ・ヘルス病院（オハイオ州）のリハ部長であるギャリー・クラーク医師（この人、医大のころからリハ一筋）がプレゼンテーションをした。これが、参加者の人に日米のちがいを知らせてくれたのだ。わたしが日本でいくら熱心に話しても、ほとんど関心を示されなかったのにアメリカのリハの現場にいる医師の話しだと高い関心を示されたのは、ヤキモチものであった。やはり、脳神経外科医や整形外科医からリハの世界に入ったのではなく、根っからのリハ医だからだろう。

わたしはここで、日本のリハがよいとかアメリカのリハがよいといった比較論はしないというより、できない。Dr.クラークも、そのことを強調していた。ただ、お国柄というか〝ちがい〟は厳然としてあるし、そのちがいはお互いに認めなければならないと思っている。リハビリのちがいは急性期（ＳＴＡＣ）とのちがいと共通するものがある。アメリカの場合、リハビリ施設というかリハビリは「入院リハ（ＩＲＦ）」と「外来リハ（ＯＰＴ）」に分かれている。その他に「在宅リハ」もあるのだが、平均在院日数のちがいは急性期の平均在院日数のちがい以上に大きい。ＩＲＦとは、インペイシェント・リハビリテーション・ファシリティのことだが、平均在院日数は16日である（08年リハ・データ・全米成果レポート）。三年ほど前に脊損（Ｃ５Ｃ６）の症例報告をプレゼンテーションされたとき、急性期の入院が8日でＩＲＦに転院してきていたのに驚かされた。

日本のデータは、ＫＲＷ（回復期リハ）として２０１１年のミヤイ、ソノダ、ナガイの論文が紹介されていたが、日本の平均在院日数は74・7日だった。これも、どちらがよいと断ずることはできない。それぞれの国で〝そうやっている〟のである。

先に述べた脊損の例にみるように「発症から入院までの期間」は、アメリカが18日で日本が28・7日である。これも、急性期の平均在院日数が日本はアメリカの3倍近く（病院にもよるが）だから、納得のいく日数である。

ただ、わたしの持論であるアメリカが日本に近づいてくるのか、日本がアメリカに近づいていくのかは、それぞれが判断していくべきものだと思っている。わたしは、急性期もリハビリも、日本がアメリカに近づいていくと思っている。

60％ルールをどうみるか

アメリカの入院リハ施設（ＩＲＦ）の認定条件のひとつに、「60％ルール」が適用されている。卒中、脊髄損傷、脳腫瘍、四肢切断、大きな多発外傷、大腿骨頸部を含む大腿骨骨折、関節置換術（両側、85歳以上、ＢＭＩ50以上）、熱傷、多発関節炎、神経性障害、多発性硬化症、運動ニューロン疾患、多発性神経障害、筋ジストロフィー、パーキンソン病、先天性変形、右の疾病患者が60％以上でなければならない、というルールである。

そこで、先の日本のＫＲＷのデータとＩＲＦのデータの疑問点が出てくる。それは、日本語の疾病の翻訳の問題だ。具体的に述べれば「卒中による入院」がアメリカが6％に対し、日本が44・4％だからだ。Dr.クラークは、アメリカの6％は間違いなく、60％ルールの四肢切断や熱傷が多いからではないかと言っていたが、「卒中」(Stroke Admissions) の解釈のちがいと思う。

日本の回復期リハの現場をみると44・4％というのは納得できる。そして、アメリカのＩＲＦの現場をみると卒中が6％というのはよく分かるし、やはり「卒中」の意味のちがいだろう。日米ジョイントフォーラムに参加された方からも質問が出ていたが、わたしも「卒中」の意味と「卒中後遺症」の問題のように思う。そこにこだわりはないので、疑問に思われる方は「http://www.amrpa.org」にアクセスされたら、なにをもって「卒中」としているのかが分かると思う。

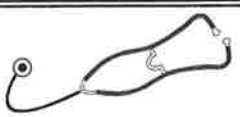
わたしはリハの専門家ではないし、日米の現場をみると6％対44・4％ものちがいはあろうとも、こだわりはない。

それよりも、日本のリハビリが今後どのように変化していくかに、関心がある。例えば、ＩＲＦは「一日3時間の集中的リハビリ」「週7日のリハビリが可能」な患者でなければ入院できないので、日本の「休日加算」がない。回復期リハの「入院基準」ができて、そこに「週7日のリハビリが可能」の基準がついたら、休日加算はなくなってしまうのだろう。そうなるかどうかは別にして、リハビリも「急性期病床群」と同じように変化していくのではなかろうか。

おそらく、というより絶対に短期急性期医療（ＳＴＡＣ）の平均在院日数はわが国で短くなると思う。そうなると、長期急性期医療（ＬＴＡＣ）が出てくるし、回復期リハ病院に転院してこられる患者さんも発症からの期間が短くなると思う。そしてさらに、現在よりも重症度の高い患者さんが回復期リハに来られると思うので、それへの対応が必要だと思えてならないのである。

二年後の診療報酬も、そこに向って動いていくだろう。やはり大きいのは「入院基準」だと予見している。巷間、「ナンチャッテ回復期リハ」と揶揄されているのが現実である。わたしはそう揶揄したことは一度たりともないが、回復期リハは大きく変化していくものと思う。そして、急性期や慢性期と同じように、提供する医療機能の分化だろうと思っている。維持期リハというリハも、はっきりとするのだろう。

岡田



病床の心音（52）

50歳をママにした医の工作

天野進平
（脚本家、要介護度4）

なんのことかというと、50歳の卵子は老化して正常に精子を受けとめられないので、卵子は他人のゲンキな卵子をもらいうけ、亭主の精子と体外受精をし、その受精卵を50歳の子宮に着床させて、普通に出産させることらしい。卵子がママのものでなくてはママにはなれないのではと首をかしげてしまうが、ともかく、生まれてくるのは、いわゆる「腹を痛めた子」であることには違いない。それから愛する亭主の子だ。

50歳でこんな初産をやってみせたのは、自民党の野田聖子議員なのだ。この子作りの一部始終が、テレビのドキュメンタリー番組になった。

ただ、この他人の卵子が微妙なのである。日本ではまだこんな出産は法制化されてなく、野田さんの場合も、アメリカの若い女性から卵子をもらったのだそうだ。野田さんはその彼女の写真を大切に持ってるらしい。タネのママと産み育てのママ関係になるわけだ。アメリカではこの出産は是とされ、その専門の病院もある。

その番組でも、その専門病院の廊下のカベに、その子らのかわゆい写真がビッシリ貼られていた。

野田さんとかしこまったが、実は、私は彼女のセーラー服時代を知ってる。かわゆいジャジャ馬のメスだった。ここから話を始めたいが、このテーマから離れてしまう。とにかく普通ではなかった。郵政民営化が問題になり出した頃の郵政大臣をやってるいわゆる女傑ではある。それにしても、あのセーラー服がヤルモンダ。その運命の子の名は真輝君だ。「真に輝く」とセイコママの愛はマジだ。真輝君は心臓オペを二度したり、医師も大分気が入っているのがわかる。不思議なのは真輝君は母乳で育てられたことだ。自分の子じゃないのに、セイコママが母乳をしぼり出し、それを一回分パックして、冷蔵庫に保存している。セイコママはそれを飲ませながら、真輝君の顔をつつきながら「私がママよ」とつぶやくのである。オッパイが出る。これは奇跡のシーンと言っていい。

セイコママが自前のオッパイを飲ませるシーンは美しいというより見てる方が緊張してしまった。自然界でよくある巣の中に入っていた他の鳥のタマゴを孵化させ巣立ちまで育てるのに似ている、と他人は思ってしまうが、セイコママは違っていた。世間がどう言おうがおれない。腹を痛めたわが子なのだと。

今は結婚前にできちゃって、あわてて入籍手続きをするカップルが多いのに、50歳になってなぜという疑問が残るが、彼女はハッキリと歯切れよく「母になりたかった」と言っていた。

とにかく大きくなったハダカのお腹をカメラにさらし、やがて、その映像がテレビに流れることも気にせず、とても普通の神経ではついていけない。でも、おそらく彼女の方から「私の腹を痛めた子の成長をテレビに映して欲しい」と要請したに違いない。メディアが、こんなエライ人の異常な出産を撮らせてくれと頼めるハズはない。ここでも、「セイコ、ヤルモンダ」だ。

それより、今の産婦人科に、こんな発想とそれを可能にする技術があったことにおどろきである。彼女は著名な政治家である。早速このもらい卵子での出産、入籍の法制化に動くに違いない。そうでなければ政治家が日本では違法な出産をしたことになるワケだから。

野田聖子議員の祖父で、大臣を二度やった野田卯一議員の選挙対策のお手伝いをしていた関係でセーラー服聖子とあいまみえることになったワケだが、大臣は生前、よくこんなことを言っていた。

「俺のアトはセイコだ。アレはできる」そのとおり、彼女は祖父の地盤で四度も当選した。しかし、「でもあの男まさりの気性では曾孫をいつ見せてくれるものやら」とも。どうでもいいことだが、生前、彼女を養女にしてたハズだ。

彼女の方は「ジィ、スゴイ曾孫を産んでやったぞ。ジィの血は混じってないけどセイコの産んだ子だ。文句アッカ。家に連れて帰れたが、また医者の手が必要なんだ。だからといってジィ、真輝をそちらに連れて行くなよ」と文句をつけるかも。

ドラマ屋をやってきた私にとって、とても不思議だったのは、この「ガキ誕生」だった。

こんなことがあったのだ。大学時代、家庭教師をしていて、その子のママに誘われて、その結果孕ませてしまい、その子をおろす日、産婦人科のベンチに長く待たされたことがあった。オフクロさんに言われたことは一言「わかってるわね」。あんなことをすると、子ができるという恐怖におののいた。このことが、ショウジョウ蠅の遺伝がテーマの理学部生を「男と女」がテーマのナンパ台本作家の道に落としやることになった。あのベンチでの「ふるえ」が、その後の私を決定づけてショウジョウ蠅はどこかに飛んで行ってしまった。

祖父にけしかけられて政界に入り、結婚の気配はずぅ～となく、50代になって、かなり年下と結婚しての出産願望と、その願いをかなえさせる現代医療の進歩、それがセイコに高齢出産を決意させた。

かたや私の方は、ガキが知らないうちに出来てしまい、その子を殺してしまった私の台本は「男と女路線」から「純愛路線」に変わってしまった。今思い出して一番気に入ってる台本は、彼の方が突然「オマエを愛しているが結婚はしない。俺はヤキモチ焼きだから、きっとオマエが産んでくれた子にシットするかもしれない。だからあくまで俺とオマエでいたい」「私もアンタの子を産みたいなんて安っぽい願いはないわ。今、縁談があるの。ソッチにするかも。でもアンタが好きよ」

この二人は50代になって二人で富士登山をして、ご来光を拝みながらご来光の向うの来世に赤ワインの一本を飲みまわした。

「それでお子は？」「アフリカで井戸を掘ってるみたい。」「それはスゴイ」

神の「産めよ増やせ」の子ではないセイコの奇跡の子の成長を祈る。

「今」を生きるケア

第78回　未完であること

佐藤俊一（淑徳大学）

楽にはいかないスタート

1月の末の日曜日になった。今年の社会医療ニュースの最初の原稿を書く日である。この一ヶ月は、例年のことだが一番の多忙なときだ。授業の終結、試験の実施、採点をして評価する、卒論の口述諮問等という一連の仕事がある。併せて、私の場合には、大学院研究科長として今年度内にしなければならないこと、さらに、さまざま実習報告書の作成などがある。次年度のシラバス提出のタイムリミットも迫っている。その後は、修士論文の審査が待っている。

こんな仕事をしていると、1月はとても長く感じる。何かもう半年分ぐらい仕事をした気分なっている。しかし、実際には1月の末である。この一ヶ月を改めて振り返ると、忘れられないのが大学入試センター試験のことである。

緊張して臨む

始めから嫌な予感がしていた。というのは、予定外の英語リスニングの試験監督になったからだ。リスニング試験では、個々の受験生が問題を聞くための器機を配り、それを使って試験が行われる。監督者が、どんなに注意をしても、機器のトラブルだけは仕方がない。それが発生しないことを願っていたが、本学においては私たちの試験室においてのみ1件発生し、再開テストとなった。

誤解のないようにしたいが、報道されているような器機の数が足らなかったとか試験問題の配布がされなかったといったようなミスがあったわけではない。すべては、きちんと進めていたのだが、あくまでも器機のトラブルである。

どんなに注意して行っても、人間のすることに〝誤りは避けられない〟ことは、最近よく報告されている。したがって、避けるための方策を考えることと、起こったときの対応が研究されている。もちろん、今回のように、器械にトラブルが生じることがある。そのとき、やはり、私たち人間の対応が問われることになる。

最初から教員3名、職員2名のチームとして緊張して臨んでいたのがよかった。受験者から手が上がったときも、職員は定められた用紙を使って受験生とやりとりし、冷静な対応をすることができた。再開テストもマニュアルに従って無事に終えたが、やはり受験生にとっては精神的に厳しいものになったはずだ。彼が2日目の試験に、よいモチベーションをもって受験できることを願って、私たちは試験室を出てきた。

年に一回の大学入試センター試験の監督は、何年やっても緊張する。しかし、この緊張のなかで行うことで、間違いは起こりにくくなるはずである。報道されているような受験生に大きな影響を与えた誤りは、システムにも問題はあろうが、やはり、この緊張感のもち方が大きく影響しているはずだ。同時に、この入試に限らず、対人援助の仕事におけるクライアントやチームのメンバーとの緊張した関係を考えるキッカケとなった。

緊張を生み出す関係

ある事例検討において明らかになった課題である。二次救急病院に勤務するソーシャルワーカーが退院援助を医師から依頼されて進めていく。自宅に戻るためには医療ケアと介護が必要だが、パートナーも病気で療養中のため難しい。転院するには、経済的な負担のために困難である。そのため、退院援助は進んでいかないのだが、医師を始めとしてチームとしての焦りがない。現実に進めようがないとみんなが理解し、チームで仕方がないこととしている。

一般的に考えると、こうした場合にソーシャルワーカーにプレッシャーがかかったり、あるいは、ソーシャルワーカーが自分から何とかしなければと動き出すことが多い。ところが、この事例の病院では、チームでお互いの役割を理解し合い、相手の役割に踏み込まないようにしているようだ。その結果、この状態は誰のせいでもなく、困った事態とみなされ、放置に近い状態になっている。

ソーシャルワーカーも疑問は感じているのだが、なぜだかハッキリしない。ここに欠けているのは、緊張した関係である。自分の役割の殻に止まらず、必要なことをしていこうとうとすればチームのメンバー間に緊張が生まれる。この緊張関係のなかで、お互いのその都度の役割がハッキリし、それができているかが問われることになる。反対に、殻の中に止まり、一見するとお互いを尊重する関係、よい関係を維持していくことは、チームを停滞させる。そうならないためには、緊張を生み出す関係が不可欠だとわかろう。

未完がもたらすこと

チームで仕事を長年行っていると、「チームになっている」と思いがちである。特にチーム内で円滑な関係が続けられていれば、そう考えて不思議ではない。また、先の大学センター入試でも、何年もやっていれば、自分はやり方が「わかっている」と思ってしまう。その結果、入試のための一回だけのチームになることの難しさが忘れられ、業務が進められる。

多くの人たちは、ものごとを機能的に進めるために、完成させることを望む。なぜなら、出来あがっていれば安定し、落ち着いていられるからだ。しかし、怖いのは、できると思っていることで、緊張した関係でなくなることだ。そこから、誤りが起こる。

こうした態度とは、自分のこと、チームのことを絶対視していることの表れである。そのことにより、「今」を手抜きしてしまう。逆に、自分やチームの姿を絶対視しないことは、私たちが永遠に未完であることを確信することである。未完であることは、不安をもたらす。しかし、不安のなかで、緊張した関係で行動することで、〈今〉を大切にできる。人生が未完結ということが、私たちの〈今〉の生きざまを問いかけているのである。

四苦八苦

―死亡診断書は24時間ルールだけではない―

先月号の本欄で、医師が死亡診断書を書けるのは24時間以内に診察した場合に限るというのは、おかしいんじゃないかと書いた。

友人というものは、ありがたい。わたしが以前（相当、昔）に持ち歩いていた「わたしは狭心症があります」という表紙で心電図が添付されていた、いわば事前指定書みたいなものを作られた「かかりつけ医」の平松久典先生からメールが来た。大の親友だった大阪の生長会の理事長　岸口繁先生のところの理事でベルクリニックで人間ドックの担当をなさっていたお医者さんだ。岸口先生は亡くなられたが、平松先生は大阪の小阪でお父さんの後を継いでクリニックを経営なさっている。書いていて、とても懐かしい想いだ。

前触れが長くなったが、メールは「布施署警察医」というタイトルのエッセイだ。たぶん、医師会紙に書かれたものだろう。その後半部分に**「一般的な常識としておそらく多くの先生方は、最終診察から24時間過ぎたらどのような状態でも死亡診断書は交付できないと解釈されているのではないでしょうか。そんなことはありません。繰り返しになりますが、自院受診中の患者さんの場合、長年の〝かかりつけ医〟として、最終診察から24時間以内ならばもちろん、たまたま24時間を過ぎていても、究極の最終診察である遺体の検案をすることによって死亡診断書を書くことができるということです。」**ですって!!

そして、かかりつけ医を持たない患者さんのご遺族は大変だと、警告を発せられていた。むごいことになるケースもあるからだ。つながりや絆が大繁盛の感のある昨今だが、わたしは先月号本欄に書いたことと平松先生のエッセーに〝つながり〟を感じている。

「つながってる～」はいやらしいけど、ふとした縁を感じるのは人生の清涼水だと、ずっとわたしは感じてきた。いろんな人とテレパシーみたいな〝つながり〟を感じることは、一ヶ月に何回もある。

さて、わたしだ。かかりつけ医は高知だし、診察も年に二～三回しか受けてない。健康なじいちゃんには、かかりつけ医はいないのは当然のことだろう。だから、病院以外の場所で死んだら、警察官のお出ましとなる。3頁の津村節子さんの著書「紅梅」に怒っておられた北林才知さんは、死ぬことを願っているのではないが、いつ死んでも死亡診断書はOKだ。首吊り自殺はなさらないだろうから。

そんなことから、老人の人たちが「死ぬときは病院で」というのは、分からないではない。が、病院は死ににくる所ではなく治しにくる所だという認識は求めたい。もちろん、療養病院の心ある病院は、死にに来られる方をきれいにみとる機能をもっている病院もあるから、「死ぬときは病院で」と思われている人は、そういう病院で死なれたらよい（少なくともわたしは、病院で死ぬのなら）。

でも、吉村昭さんは、どうして石井チームの桶谷医師をかかりつけ医にしなかったんだろう。あの死に方は自殺だから、ご家族は殺人幇助にならないかい!?　少なくとも〝自殺見逃し罪〟（こんなのあるの!?）になるんじゃない!?

わたしの永年の経験からすると、死に関しては女性はドライで、男性は臆病だ。事前指定書どおりにしてくださいと言うのは娘に多く、息子は少ない。草食系も古い言葉になったが、男はそもそも草食で、女は肉食の気がする。

そして思ったことは、本紙はオーバー80のミニコミ紙であることだ。わたしも来年は傘寿（さんじゅ）だし、北林さんと6頁の天野進平さんは傘寿を超えている。もっとも「寿」かどうかは本人次第。天野さんが「病気になることもあるのだと思って生きていくのが作法」の拙文につながっておられた。

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―

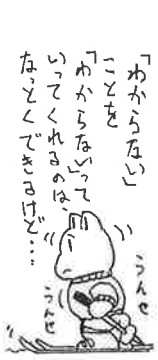
お陰さまで
残部が少なくなってきました。

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



◎空港バスでのJRの宣伝

世の中は、おもしろい。か、わたしの社会観がおかしいのか、だ。一月に広島空港から広島駅までの空港バスに乗った。駅に行くからかもしれないが、JRが「のぞみ」の宣伝をしていた。最短三時間五十分ぐらい（だったと思う）しかかからない、という宣伝だ。その文章の裏には、羽田で待って一時間四十分もフライトして、さらに空港バスで四十分かけるなら、東京駅から広島駅までの時間の方が速いではないかが、見え隠れする。

航空機からJRに客が移ったら、空港バスの会社も収入減になるのにと思ったが、宣伝費の収入のほうが多くなるというヨミでもあるのだろう。そう思ってボヤ～っと広告サインを見ていたら、全日空が特別割引で東京まで一万一千円というキャンペーンが出ていた。客の奪いあいだ。大いにやってくれ!!　わたしゃ、安くて速ければ大歓迎だから、だ。

病院はこれができないのが、残念である。早くて、安くて、美味い、飲食店のような病院に客が増えるのは間違いないが、安くできない公定価格の下では、早く、美味い（例えば手術が上手い）を提供して、患者の量を増やしていくしかないのでは、ないか。

◎「わからない」という誠実さ

なんでも、おれが一番よく知っているというクササを撒き散らす男や女がいる。ホント、ヤな奴なんだが、存在している。こんな奴を不誠実というのであって、誠実な人はわからないことや現実を誠実に「わからない」と言われる。

わたしが誠実であるといっているのではなく、わたしはわかんないものやことは「わかりません」と言う。診療報酬はどうなるんですかねぇと聞かれたら、わたしが関与してないのでわかりませんと答えるしかない。不満そうな表情が返ってくるが、個々の診療報酬点数にはまったく関心がないわたしである。訊くなともいえないし、生きていることは悲しいことであると、妙におもう。

診療報酬はわからないからわからないと言うが、医療がどうなっていくかはわかっているから、わが国の医療はこうなると、これまた妙に断言口調で言う。それをおもしろくないと感じる人は、多い。それより、診療報酬という価格に関心があるようだ。

しかし、ちょっと待ってよ、と思うのは、診療報酬は医療行為とその関連行為に付与されるもので、絶対に診療報酬があるから医療があるのではない、ということだ。一月の日米ジョイントフォーラムで、何人かの人に「先生の言われていたとおりになってきますね」と言われた。光栄なことで、生きている栄光を感じる。つくづく、生きててよかった、とおもう。

実はこのことは、10頁に書いた「自然を生きる」の小見出しでもある。なんだか、今月号はパクリ特集になってしまったようだ。

◎「忘れない」を生きる

また、パクリだ。毎日新聞の1月13日の夕刊に丸山健二さんという作家さんが語っておられた。大震災の話だ。喉元過ぎればの一種だが、わたしは別の意味の「忘れない」で生きてきたし、それを推賞している。どういうことかというと、わたしたち人間は贖い切れない存在として、強者に屈伏して生きている。医局員の医師は、医局の教授という存在には贖い切れるものではない。教授が白と言ったら黒いものでも白いのである。

屈伏して、白ですねと言っても為ん方無いのである。屈したらよろしい、医局員として生きているのだから。しかし、屈したことを〝忘れない〟でいなければならないのに、忘れようとする、合理化（教授が言うんだから）しようとする医局員もおられる。そこから、教授へのイエスマンが増長していくのである。

わたしも、勤務していた病院の院長に屈伏して仕事を、管理をしていた。しかし、わたしの〝忘れない〟は強烈にあった。わたしの言葉でいえば「逃げた自分」が忘れられないのだ。それを忘れたり、忘れようとしたりしたら、わたしは自分でこの歳まで生きてこなかったと確信している。忘れようとしたって、身体のどこかに屈伏した自分が残って、そこで息をしているからだ。それが心身を犯していくと思っている。

あらぁ、またパクリものになってしまった。アイデンティティのない号になっちまったな。

◎イタリアの人ったら～

超のつく豪華客船の事故で船長の言動が問われていた。でも、わたしは〝イタリアの人なら〟と、あまり問題だとは思っていなかった。イタリア人の船長なら、やりかねないという想いがあったからだ。同じヨーロッパでもドイツ人の船長だったら……という想いだ。

と想ってたら、椎名誠さんが週刊文春の2月12日号に同じことを書かれていた。「いかにもイタリア人ですなぁ」と。ちなみに、日本人の乗船客には「……みんな飛び込んでいますよ」と言うだろうと書かれていた。乗船客に対するお国柄のちがいである。

ことほどさように、お国柄はちがう。同じことが病院の組織風土にいえる。わたしの仕事がそうなので、組織はそれぞれ独特の風土を有していると実感する。事例としていえば、わたしの本や推奨する本の見本を出すという同一行為に対しての反応は、おそろしくちがう。ほとんどの研修参加者が本を買う病院もあれば、参加者の10分の1も買わない病院もある。

当然、病院の〝勢い〟もちがう。学習意欲があるかないかの問題よりも、少しでも知識を吸収しようとする〝勢い〟である。それがどこからくるかといえば、トップは元より、管理職の人たちの仕事に取り組む姿勢が影響している。いまおもったことだが、姿勢って姿の勢いって熟語だね。

だから、学習意欲よりも勢いをわたしが感じるのだと思った。病院の職員には勢いが絶対に必要だとおもったものだ。

岡田

これからの一ケ月の不安・不運・不信

医療の沸騰点

―身体哲学としての医道を確立しよう―

「武士道や茶道など、道がつくものを支えているのは禅ですけれど、それは知性とは異なるものですか」という釈徹宗さんの問い掛けに、玄侑宗久さんが「それは一種の身体哲学でしょうね。身体の動きを無意識化させていく習練の過程、そこに禅が活きてくるんです」と返す。「自然を生きる」（東京書籍刊）からの引用だ。

医療にも「道」はある。医道であり、医道に反する行為をした医師は医道審議会でその道の外れぶりを審議され、処分される。ただし、処分の対象は不正請求や婦女暴行といった医療とは無関係な行為が対象である。

玄侑宗久さんは慶應義塾大学中国文学科を卒業された。芥川賞を受賞された小説家で、福島県三春町福聚寺の住職さんだ。「自然を生きる」の本は、いうまでもなく東日本大震災から発する釈徹宗さんとの対談集である。

僧侶の対談だから、やわらかい。けして、お説教本ではないだけに、わたしは好きな本である。例えば、「……あのときイッちゃうわたしというのも、普段のわたしとは違いますから（笑）」なんてイクものが数ヶ所はある。

さて、冒頭に戻るが、「道」とは身体哲学であると説く玄侑宗久さんの説に従えば、医道も身体哲学である。いや、わたしの考えでいえば身体哲学そのものが医道であるとおもっている。医療が身体哲学になっていないで、経済行為になってしまうと医道ではなくなってしまうのではなかろうか。医療行為をする身体の動きを無意識化させていく習練とは、この医療行為をしたら〝いくら〟になるという意識からの脱却だと、禅としておもうのである。

わたしも、別にカタイことを述べているのではなく、収入を考えない医療行為が当然のように思うのである。そしておそらく、真の医療者は身体の動きは無意識化していて、哲学のレベルで医療を提供されているものとおもう。

それだけに、医療行為を受ける患者側にも哲学が必要だと思うのだ。患者と医療者の関係が面従腹背になっている現場を、よくみる。全然わかっていないのに、平気で「わかりました」と言う患者さんもおられる。そう言わざるを得ない雰囲気を創っている医師も、全くいないわけではない。

口では「患者さま」と言いながら、心にはそれがない医療者もいるし、心から患者と対等の意識をもって「患者さま」と呼んでいる医療者もいる。何回か書いた「揉み手の医療」としての「患者さま」と言うのは、そろそろ終わりにしてもよいのではないかと、しばしば思う現場に身を置くこともある。わたしは、わたしと患者さんは対等と思っているから、患者さまと口にすることは、例として書いたり発言したりすること以外には、使う気にならないのである。

医療は、わたしは宗教から発しているものと思っている。呪いもそうではないか、と思う。祈りも医療の始まりのようだ。だから、仏教者、ここでは僧侶の人たちも、東日本大震災について人間のあり方を説いているものが、医療に関係してきているように思えてならない。キリスト教の愛も、医療だと思える記述が聖書にもある。

キリスト教からは離れているが、高校時代の聖書の教えも頭の片隅に住みついて（染みつくとはちがう）いるように自覚する。仏教がよくてキリスト教はちがうといった話ではなく、「宗教心」も医療者にとって必要だとおもっている。

しかし、70歳代になって読んだ本の中で、この「自然を生きる」は心に残っている本だ。日本人の壊れゆくさまも、活写している。タテに対してヨコが薄れているのも政治だけの、役所だけのものではなく、社会がそうなのだ。ヨコの糸を通していきたい。

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。

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

先を見る

全館禁煙にしないと診療報酬を下げるなんて、10年どころか5年前に想像した医療者はどれくらいおられるのだろう。土日はもとより、ウィークディだって急性期病院に急性期ではない患者？が入院してるなんて絶対におかしいと発言してきて十数年、やっと報酬は下げますよといわれてきたので、今年の診療報酬改定も例年どおり快感がある。その一方で不快そのものの病院もあるのだろう。

移民を入れなかったら人口は一億人を切ってしまうといってたのに、なにもしないから先進国で群を抜く人口減少、それも急速な超高齢社会の国になってしまう。フランスのように一時的な出生率の低下を挽回することは、期待できそうにない。彼女いない男の増加、彼氏いない女の増加があるからだ。

このことは、わたしは他人事に思えない性格だ。子孫というより日本という社会を崩壊させたくないのである。それはオマエの勝手な考えで、どうせ死んでしまうんだからケセラセラの石原慎太郎流でいいではないかと、いわれるかもしれない。小学校で同期生の石原慎太郎だって将来を憂うのだから、ケセラセラは口癖か別の深い意味があると思っている。

こうして、社会は変化というより変貌していくのだから、できるだけ人間社会を豊かなものにしていかなければならない、と思っている。医療もそうだけれど、人口の減少によって医療機関も減少していくだろう。平均年齢が女性は90歳を超えるとエライ先生方が予測してくれているが、わたしはコミュニケーション不足社会で平均年齢は下がる、つまり早く死ぬようになると思っている。

とにかく、先のコトは分からないけれど社会の将来は一人ひとりの国民が考え、そして変革への関心者にならなければならない。国破れて山河あり、なのだが山河はあるけど国民がいなかったら、どうなるんだ、というハナシだ。同様に、いかに医療制度や診療報酬が変化しようと、社会がある以上医療を充実していかなければならないという「社会医療論」だ。

難しい話ではなく、もし、日本の人口が六千万人を切ったら、どんだけの病院が必要なのか、ということだ。人口六千万人分の病院しか必要としないのであって、駆け込み増床ならぬ駆け込み減床が必ず起きてくる、と思っている。

ウチの病院があるから地域があるんだなんて、上から目線の病院は確実に孫の代まで経営は維持できない。いや、できっこない。この時代の変化を、どうか自覚して経営なさって頂きたいとおもう。わたし自身、自分は死んでいるから二〇六〇年なんかどうでもよいなんて、カケラも思ってない。孫がオバサンになっているころで、負担が大変にならない社会を創りあげていかなければならない、というおもいでイッパイだ。

個人商店のような病院も、社会医療法人の病院も二〇六〇年どころか、二〇二〇年も元気でいなければなるまい。子孫だけでなく、法人を引き継いでいく経営者がいるのだから、いい後継者づくりといい経営の継承が一番の目標であろう。ホント、下手すると予測以上に人口は減少するかもしれないと思っている。

それには、日常の関わりが大事になってくる。職員への関わりもあるが、他の医療機関や施設、それ以上に地域を構成する人びとの関わりが大事だ。いま、関係強化と書きそうになって、あわてて関わりと書いた。理由は、関係強化ってカタイし、実現の可能性を思考しない麗句と感じたからだ。

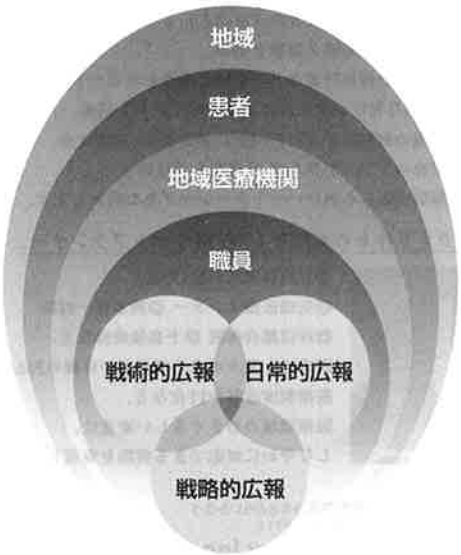
言いたいことは、常に近未来を視野に入れた思考であろう。持論である「いまは過去になる」があるから、診療報酬の変化や人口構造の予測に思いを強くするのである。死ぬまで生きる、だ。　岡田

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・ビー
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・ビーです。

第359回 これからの福祉と医療を実践する会

昨年3・11、大惨事が発生し、今までの価値観が変わった。今年は6年ぶりの診療・介護報酬同時改定が実施される。そもそも診療・介護報酬は誰のためのものか。それは、患者・利用者のために必要とされる行為への対価と考える。

今回の改定は、各個別項目の内容を見直し、この本質への誘導改定と考えるが如何か。また、この2月、厚労省から二次医療圏を20万人規模に見直すという通知が出される。つまり、この同時改定は人口減少や高齢社会による地域の変化をも視野に医療圏を今よりも細分化し、結果、その地域内における医療施設必要数を見直す第一歩ではないか。その具現化に向け質と安全に配慮し、雇用を創造、それぞれの施設の機能特性を活かした連携による地域完結型の保健医療福祉介護の〝まちづくり〟を推進する構想と読む。そのために、患者・利用者に必要と思われる個別項目内容の見直しと必要要件に点数が配分されていることは、より本質に近づいた改定と思われる。

本例会は特別に長尺とし、前回診療報酬改定時にも特別研修会で講演いただき高い評価を得られた水谷氏より各改定項目について、どのように算定し請求すべきかまで具体策を展開していただく。

今回は事前に「質問」を受け付け、例会の場にて水谷氏より解説と算定方法を指南いただく形式も取り入れた。他の講習会と違い個別解説と算定手法付きである。聞き逃しなきよう御参集いただきたい。

（天野武城）

日　時　三月十六日（金）　午後一時～五時

・特別例会・
24診療・介護報酬同時改定、読み方から請求手法まで

……事前質問、当日解説回答

御発題　㈱日本医療事務センター　業務推進部　**水谷　公治　氏**

会　場　戸山サンライズ大会議室

参加費　会　員　一〇〇〇〇円　会員外　一五〇〇〇円

（情報交歓会は五〇〇〇円です）

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

いろんな所で市民の人に講演をするのだが、反応はそれぞれにちがう。聴衆の年齢や性別はほぼ同じだから、土地柄、風土のちがいだろう。二月初旬、沖縄で話したときは、いかにも沖縄らしかった。20代の女性、おそらく医療従事者の方だと思うのだが「握手してください」と手を差し伸ばされて、嬉しかった。「二歳年下です……」と言われたお年寄りには親近感を感じた。他所にはない土地柄だ▼都市の人心が荒れていることは、よく指摘される。俵万智さんが石垣島に移住してからの感動を日本経済新聞の夕刊に書かれているが、人間は自然な存在なのだと痛感する。これはわたしの独断だが、都市の便利さが人心を壊しているのだ。そして、宇宙は自然ではないと、断ずる▼そして、診療報酬は不自然な部分が少しずつ消え、自然に回帰している。それこそ、握手したくなる改定だ。拍手という離れた関係より、手を握りあう握手の関係が診療報酬にはある。昔は握手したくない診療報酬だったのに▼またかといわれるかもしれないが、仕事をしていて遺言を感じる。でも、死なないから遺言が自然に変化する。最後のご奉公という感じがしないのは、そこの常勤職員ではないからだ。これも一生、それも一生、生きるしかない。

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 ◎千島橋病院など、
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