

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 リそな銀行
 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カ所から12年度は100カ所、10倍に増やす厚生労働省の施策の報道だ。

在宅死が12・4%は理由あつてのことだ

報道は、わが国の20年度の死亡者数が現在の120万から40万人多くなつて160万人になる見込みから始まつている。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ある。しかし、年々、どうも自宅で死ぬそつじやないと感じてきた。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、自宅では死ぬそつじやないと思うよ

うになつてきたのである。

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つているとみている。だから、「自宅で最期」に数値目標といわれたつて、どつこい目標を立てても目標倒れになつてしまつて、と思つてしまふのだ。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つて、尋常なことではないと思う。

誤解のないように断つておくが、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つてなくて、在宅死がとつてもなく減少したという現実から考へてしまふのである。

例えば、在宅医療の連携拠点を市町村ごとに二千カ所整備するけど、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つてしまふのである。

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つている家族も少なからずおられることを、医療、福祉に関わつ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には動かない。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くすが、仕事なのである。だが、治療にベストを尽くすところより、看とりにベストを尽くす施設があつ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ふ意識はありませんので、複雑な感じですよ」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、やらないよりやつたほうがよ的な発想は、まったくくない。在宅医療促進を計算、計画を作つて実施しても、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ぬし、念願である「看とり施設」の実現が必要だと思へ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」をやつたらよいと思う。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らうか。

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、効果は薄いよと思つている。

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つたり、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、モノとか力ネだけで在宅死が増えることはないと思へてならない。

また、そうやつてモノと力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思へないものである。象が死に場所を求めて山に入つていくように(ウチの初代猫もそうだった)、ひそかに死に行く場所があればよいと思つている。「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つている。

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。

東電パッシングが吹き荒れている中、至極まつとうな意見であるを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、事業者が異なれば、発電と送電のいづ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ら矢先、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るが、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ひ、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、動きはもつと機敏であり、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ぬ。

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、最近に経済状況を見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つている。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なった。

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、恣い中、電子カルテを例にあげ、その危うさを考えてみた。

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。そして「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-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、明るくスツ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だ。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。硬直性脊椎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

がんを撃つNK細胞 (20)

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つた。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。たぶんあのときにほかのNK細胞は減つたのだ。

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β波と、脳が活性化していた。つまり笑うと脳が癒されながら活性化するので、これがホントならこんないいことはない。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つ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勞を笑いでのいできた。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、そのきつ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

北林才知 (日本IPR研究会顧問) (272回)

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つた。これからは伸びる若手ということで真打ちになるまえの柳家小糸、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、みんなよ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な」 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「マガリヤンイシユ」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つているが山本さんが編んだもの。落語研究者として著書は多い。数年前にも岩波書店から3冊本の名著『落語』が出ています。 あ、そうか、かれがぼくのNK細胞の育ての親なんだ。

春夏秋冬つ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（如月二きさ
らぎ）四日、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
すから一陽来復つてなかなかピンと
来ないかも。

そこで、何か新しく動き出すの

元気澆刺な施設じくりをめぐって

〜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

が立春つ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
おい二支度・準備）をしておりま
す。ですの、なんだか、梅、そ
の仄（ほの）かな匂いをただよわ
せまことに、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つたウメとの
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♪をふつ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、スノードロップつ
て、小さな花があります、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。

その姿つ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、ぼやくとした朧氣（おぼろげ・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。

ほんやりと春の愁（うれ）い、
そこはかとなく感じる、ほんやり
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、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、日々の暮らして豪雪との闘
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。

きつと身近なところで、春の兆
し、木の枝先に小さな芽が出てい
ると想います。

その小さな芽をじくつと見つめ
ていけば、春が来るんだなあつ
てこと、ほんのり伝わって来ると
想います。

さすぎるから、しっかりと自身でみ
つけないと、それは見つけれな
いほど小さいかも知れません。
でも、きつ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で
きます。

実は、この小さな喜びが愛惜（いとわ）し
さを感じるのです。

なぜなら、大きな喜びつて、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、
しかも遅（たぐま）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、春が巡つて来た
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ます。

春が来るつ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、見つけれ
ないほど小さいかも、つて想うの
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。

小さな自然つて、大きな声で頑

張れつ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
つて、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？つ
て想っていた気持ちが少しだけ動
くように感じまます。

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
切つた空も空気も、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
らず感じまます。

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

でも、立春つて云う季語は「春
が立つ」です。春へ動きはじめる
きつかけ日、小さな喜びの日の始
まりなんです。



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」などではなかるうか。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・ウエ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ぬ」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、リハビリティ施設というかりハビリティ「入院リハ（IRF）」と「外来リハ（OP T）」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に以上大きい。IRFとは、インベシエント・リハビリテーション・ファシリテイのことだが、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

入院リハ施設（IRF）と回復期リハ施設（KRW）

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「先述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、BMI 50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ぬ、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」の意味のちがいだらう。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.amtra.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%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から。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るうか。

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。そうすると、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、そこに向け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、はつきりとするのだから。

岡田

なんのこともかという、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いが、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。野田さんはその彼女の写真を大切に持つてるらしい。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。郵政大臣が問題になり出した頃の郵政大臣をやってい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ほり出し、それを一回分パックして、冷蔵庫に保存している。セ



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)

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「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る。

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の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。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、彼女はハツキリと歯切れよく「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」

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、彼女を養女にしたハズだ。彼女の方は「ジイ、スゴイ曾孫を産んでやったぞ。ジイの血は混じってないけどセイコの産んだ子だ。文句アツカ。家に連れて帰れたが、また医者の手が必要なんだ。だからといってジイ、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つて、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「わかっているわね」。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、結婚の気配はすうくとなく、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つ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。ソツチにするかも。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。

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

「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）

点をして評価する、卒論の口述質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ぬこと、さらに、さまざまな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になっている。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機器を配り、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機器の数が足らなかつたとか試験問題の配布がされなかつたといったようなミスがあつたわけではない。すべては、きちんと進めていたのだが、あくまでも機器のトラブルである。どんなに注意して行つても、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、起こつ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つた。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つて無事に終えたが、やはり受験生にとつては精神的に厳しいものになつたはずだ。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つて、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、何年やつても緊張する。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、この緊張感のもの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つた。

緊張を生み出す関係

ある事例検討において明らかになつた課題である。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で、医師を始めとしてチームとしての焦りが無い。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なっているようだ。その結果、この状態は誰のせいでもなく、困つた事態とみなされ、放置に近い状態になつていく。

ソーシャルワーカーも疑問は感じていたのだが、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

未完がもたらすこと

チームで仕事を長年行つていくと、「チームになつていく」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けば、そう考へて不思議ではない。また、先の大学センター入試でも、何年もやつていけば、自分はやり方が「わかっている」と思つてしまう。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、出来あがつていけば安定し、落ち着いていられるからだ。しかし、怖いのは、できると思つていくことで、緊張した関係でなくなることで、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、(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したのは、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 岸口繁先生との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、平松先生は大阪の大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。

前触れが長くなつたが、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。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ができるといふことです。」

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、警告を寄せられていた。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イに「つながり」を感じている。

「つながつてる」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。いろんな人とテレビパシーみたいな「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、分らないではない。が、病院は死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、死にに來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つたんだろう。あの死に方は自殺だから、ご家族は殺人幫助にならないかい? 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つたが、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、本紙はオーパー80のミニコミ紙であることだ。わたしも来年は傘寿だし、北林さんと6頁の天野進平さんは傘寿を超えている。もつとも「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つて生きていくのが作法」の拙文につながつておられた。

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

