

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) 3914-5565 (代)
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

亜急性期病床の在院日数が90日から60日になった意味

所長 岡田 玲一郎

「90日超の患者の除外規定があるのは、知りませんでした」と社会医療法人の理事長がおっしゃった。平均在院日数が10日以下で推移してきた立派な病院だ。急性期病床群の話が出ているが、このことは大事な話なのである。90日超の患者で7対1看護を維持する時代ではないからだ。

そして、急性期病床群に次ぐ急性期病床が必要になり、長期急性期病床が日本にも出てきて、全急性期の平均在院日数は40日から50日になるのではないかと思っている。これも、私見であるが現実のものになるであろうと予測する。

亜急性期病床の在院日数が90日から60日になった意味

誇るべきことではなく、わたしは診療報酬の細かい点数に関心もなければ、知ってもいない。先日、某事務長さんに「亜急性期の在院日数は何日なの」と訊いたら「こ

の4月から90日が60日に短縮された」と言われていた。もっともな話である。というのは、亜急性期病床が長期急性期病床になることを想定すれば、90日はいかにも長いからである。60日でも長いと思うが、先ずは長期急性期を60日しようという厚労省の頭の良い人が想定したと、わたしは強く感じた。

以前から、わが国では「急性期の概念」があいまいだと書いてきたが、いよいよ急性期とは平均在院日数が何日までと決まるのだろうか。例の90日超の患者の除外規定の「命」も、2年を切った。7対1看護や10対1看護などの話だが、これだつて急性期の規定としつかり連動しているのではなからうか。わたしが行政を動かしているわけではないから断言はできないが、世の中には理不尽なこともある。自然の流れのようなものもある。インターナショナルとは言わない。人間の自然な営みである病気に罹

患したときは、重症と軽症があり重症の場合は「死ぬ」か「治る」か「慢性化」するかの「道」しかないのである。その慢性化の前に急性期という過程が絶対にある。その急性期はただらとしたものではなく、きちんとしたものだと思うのである。言うだけ急性期や、ナンチャット急性期が社会の中で機能するわけがない（↑これは断言させて頂く）。ここはひとつ、急性期を短期と長期に分ける思考があつてよい、と思う。例えば、7対1看護の在院日数18日ですべての患者が急性期を脱すると思われませんか。平均在院日数なら18日は妥当であるが、18日間急性期を脱する患者ばかりではない。アメリカの長期急性期医療の推移をみてみると、高齢化の影響を強く受けているのである。以前にも書いたが、1980年代後半から長期急性期医療がアメリカで登場していたことを知らなかった不明を十分に恥じての私見だ。

このように考えてみると、社会保障国民会議の試案をみるまでもなく、急性期病床群の平均在院日数は10日ぐらいになり、それでも

急性期を脱し得ない疾病や状態の長期急性期患者の病床が設けられるものと思えてならない。長期急性期と称するか亜急性期と称するかの問題ではなく、平均在院日数10日以内の急性期病床とは別に、急性期に対応する病床が必要になつてくると思うし、実際にそれに近い機能連携をしている病院も現実にわが国にあるのだ。

療養病床も二分され急性期移送と急性期対応へ

療養病床の機能には、すごい格差がある。急変した患者のために慢性期ICUとでも称すべき機能を有している療養病院と、患者が急変したら救急病院に移送する療養病院がある。わたしは、前者の療養病院は長期急性期と思つている。アメリカの「長期急性期病院」の定義は「長期急性期(LTAC)病院とは、複数の合併症を抱え、重篤で長期入院が必要な医学的に複雑な患者に、専門性の高い急性期ケアを提供する病院」であるからだ。優れた療養病院にピツタリ

の定義である。なにも、わたしが「日本慢性期医療協会」の参与だから、我田引水的に言っているのではなく、日本慢性期医療協会の会員病院にも先に述べた療養病院機能としての格差が厳然とあるからだ。そして、現在、一般急性期病院と称している「名ばかり急性期病院」は、

長期急性期(亜急性期でもよいが)の機能を有していないから、優れた慢性期病院の出番は必至とみる。アメリカで長期急性期病院が急増し、わが国での駆け込み増床に似た現象が起きたのは、高齢者の増加と医学、医療が急速に進歩したからである。ありていの言葉でいえば、急性期の患者さんがなかなか死ななくなったのである。

日本は北米のように人口当たりの老人ホームの定員は適正数ではない。まだまだ「老人の生きていく場所」が足りない。だから、急変時に自院で対応できない療養病院は施設に転換したらよいと思うのだが、言えは言うほど憎まれる。でも、憎まれた子世に憚(はば)で生きている。いつまで!?

老健施設も予見したとおり、特養型老健施設と本来の老健施設に二分した。その特養型老健施設の表現が悪いとか、ランクが下だなんて思うのはちがうと思う。そういうニーズが社会にあるのだから、胸を張つて特養型老健施設でやっ

ていけばいいのである。いじけるのが、一番悪いと思う。

こうやって、日本の福祉と医療はじわじわと変革していく。社会の中で経営していくとき、自院、自施設の立ち位置を明確にして社会に知らせていくべきだろう。病院という名称にこだわるのは愚の骨頂だと思うのだが、こだわられる病院もあるのも現実だ。

組織医療としての病院 (296)

— パーキンソン病 —

新須磨病院

院長 澤田勝寛

先日、「会社は大きくなってきたのに、全然儲からなくなった」と嘆きの電話がかかってきた。医療のIT関連の仕事をしている人からである。

機転のきく対応とフットワークの良さで顧客を増やし、東京にも博多にも支店を出したと聞いていた。社員が増え、当然のことながら人件費が大幅にアップした。交通費だけでも、月2000万円かかる。東京支店は家賃が高い。で、きの悪い社員もいるので、その尻拭いも必要。などなど、もうめっちゃめっちゃ大変で、休む間もなく働いているのに、借金は増えるばかりで、自分の給料も下げざるを得なくなつた。というのが、話の内容である。

典型的な「パーキンソン病」である。ここでいうパーキンソン病とは、神経内科疾患のパーキンソン病ではなく、パーキンソンの法則どおりになつてしまつた会社の状態をさす。

パーキンソンの法則とは、イギリスの経済学者パーキンソンが提唱した法則である。

「役人の数はなすべき仕事の軽重、時には有無にかかわらず、一定の割合で増加する」という狭義

の法則が有名であるが、それ以外に、高度財政術や閑僚の定数など、刮目すべき法則が数々ある。

簡単にいうと、放つておくと組織はいくらでも膨張するということである。人は増え、その人が仕事を増やし、増やした仕事をするために更に人が増える。その典型が、今問題となつている、公務員制度であり、天下り財団である。

会社の主たる支出は、人件費・家賃・金利である。商売が繁盛すると忙しくなる。忙しくなると今の人員では仕事はこなせなくなり、増やそうということになる。人を増やすと、ロッカーも机も買ひ足し、事務所を広げなければならぬ。そのうち支店も出すことになり、そのためには元手が必要で、資金を銀行から借り入れる。

人が増え、事務所も増え、借り入れも増える。人件費、家賃、金利が膨らむばかり。こうして、会社は黙つていても大きくなるが、業績は悪化してくるという構図が生まれる。

人員増加はもつと根が深い。仕事には繁忙期と閑散期がある。デパートの繁忙期は夏の中元と、暮れのお歳暮の時期である。今なら宅急便があるが、一昔前はバイト

職員を大量に採用して配送をこなしていた。郵便局は今でも年賀状配達には多数のバイトを雇う。税務署の繁忙期は、春先の確定申告の時期である。当院並びにある須磨税務署もその時期はこつた返し、車の整理のためにガードマンが立つている。

知り合いの官僚に、パーキンソンの法則の話をする、まつたくその通りだと、力強く同意してくれた。余程のことなのであろう。

病院ではどうか。疾患には確かに季節性のあるものがある。冬場は脳血管障害、肺炎が多く、寒さで動きが緩慢になるためか、お年寄りの大腿骨頸部骨折も増える。

夏場は一般的には熱中症や食中毒が増える。とはいえ、極端な変動があるわけでもなく、もともと医療制度で人数が規定されている職種が多い上に、患者が減つたからといって医師や看護師を減らすことはできない。

病院は季節性変動よりも、日内変動のほうが大きい。特に外来では、仕事量の日内変動が顕著である。外来患者は朝に集中する。外来事務、外来看護師、レントゲン技師、検査スタッフは、午前中、大忙しである。医師も限られた時間で診察をこなさないと、午後の予定に支障がでる。

外来部門にとつては、午前中が繁忙期といえる。透析は、穿刺と回収の時が一番

忙しい。手術室もしかり。手術が混み合えば超多忙であるが、手術がなければ、他に色々仕事はあるにせよ、本来の仕事はなくなる。社員（職員）というのは勝手なもので、繁忙期には、こんなに忙しいのだから、もつと人を増やしてもらわないと仕事はこなせないと訴える。しかし、閑散期に、暇になつたので人を減らしてもらつてもいいとは決して言わない。

中元歳暮の時期のデパートや、年賀状で忙しい郵便局なら、その時だけはバイトで、という期間限定の増員は、理解も得やすく、仕事も単純作業なので十分それに対応できる。

大手の監査法人に勤める友人から聞いたことがある。会計事務所は繁忙期は企業決算の時である。それこそ目が回るほど忙しく、泊まりこみで仕事をする時もあるが、決算が終わると急に閑散期が訪れる。高度成長期で景気が良かった時代は、会計監査も比較的緩やかで、会計事務所もよく儲かり、閑散期に人が余ろうとも、繁忙期にあわせて採用していた。ところが景気が悪くなり、監査法人への費用も減らされ、とても余剰人員を抱える余裕はなくなり、今の人員で、繁忙期もこなさざるを得なくなつたと嘆いていた。

繁忙期にあわせて人を増やしたのが行政組織である。いくら人を増やしても、税収がある限り倒産

の心配はない。身分保障も確かだ。組織が大きくなつても、「公共サービスのため」と謳つていれば、格好が付き、誰の腹も痛まない。

組織率が落ちたとはいえ、自治労という「組合」の力は強い。彼らの要求は、バカの一つ覚えの、人員増と賃上げだ。「親方日の丸」体質の中で、バカの一つ覚えを繰り返し、その要求を受け入れてきた自治体もある。

橋下徹市長の怒りはもつともだと思つている。

リングルマン係数という言葉もある。綱引きをするときの人の力を測つている。一人で綱を引く時の力を100%とすると、二人になると93%、三人では85%、四人なら49%になるといふ。四人なら4倍の400%を期待するが、実際には200%にも満たないということである。

人が多ければ多いほどいいというわけではない。誰かがしてくれ、という意識が働くのはやむを得ない。人が少ない時に緊張感を持ちながら、滞り無くこなしていた業務が、人が増えると、たちまち抜けが多くなつたというのは、実際ある話だ。

病院は典型的な労働集約型の組織である。当院も職員が増え、人件費が膨らんできた。パーキンソン病に注意しながら、適正な人員配置を考えるのが、院長の務めであると、改めて思つている。

あたりまえといえればそれまでだが、消化器を手術したあと抗がん剤治療を続けている患者は、絶えず腹部を気にしながら暮らさざるをえない。便秘、下痢、小腸の蠕動痛、腹全体の膨満感や鈍痛、頻発するガスなどさまざまな不具合が出てくるからだ。

その日は定例の外來診察日だった。数日まえから食事のあと腹が張り、鈍い痛みが続いていた。

がんセンターの診察予約時間はラッシュ時と重なる。腰椎骨折で杖つく身には人混みが怖いので、片道だけ介護タクシーの世話になる、その車の中で痛みが加速しはじめた。

こいつはひよつとすると「腸閉塞」？ 2年前の入院時に何人かこの患者の苦しみを見ている。

やっと病院に着き、診察を待つ間がどうにも耐えがたく、順を繰り上げてもらった。主治医のO先生は横になったばかりの腹部を触診し、スタッフにレントゲンを撮るよう指示された。

痛みで歩けず、車イスでレントゲン室へ。撮影をすませて戻ると、もう先生はコンピュータに届いた映像を検討しおえ、「すぐ入院しましょう」と前にも滞在した消化器内科の病棟に運ばれた。

処置は、まず鼻からパイプを胃に通す「胃管」で未消化物を吸い出すかたわら、腸の蠕動と痛みを抑える点滴が2バッグ（胃腸の

活性化と補水の「リナセート」と痛み止めの「ホセゴン」

医師は急ぎ外來に戻る。担当の看護師は顔見知りのKさん。病名を尋ねると「正確にはセンセイに聞いて。たぶんイレウスの前段階」

「それにしても外來の日のその時刻に発症するとはツイてますねえ。よそにいたら救急車入院よ」

彼女ははじめて顔をゆるめた。

ビールを舐めながらだったから、消化器管をいくつも摘ってしまったわがお腹には負担が大きすぎ、いい加減にしろ、と反乱したのだろう。

夕刻、回診のときO先生にそれを話したら、「そうかも知れないけれど、抗がん剤TS・1の副作用が上乗せになっているかも知れない。でも胃からヘンなものが出てこないから、痛みがおさまって空気が抜ければいい。まあ、大丈夫ですよ」と微笑んでくれ、ホッとすする。

ここで痛み止めの点滴が終了。

をいただく。

閉塞はクセになりやすいので、予防のため食直前に飲む漢方薬「大建中湯」をもらい、看護師さんに「量を控え、よく嘔む」ように念を押されて退院した。

咀嚼はかねてからよくやってきたつもりだ。キツカケとなったのはNHKラジオ『健康の時間』。もう15年も前、ある県の看護協会の講義のため前泊するホテルでスイッチを入れたら聞こえてきた大脳生理学の泰斗・大島清京大教授の話で、古いことだがよく覚え

がんを暮らせば② 「カンジンチョウ」

北林才知
(日本IPPR研究会顧問)

(276回)

*

ベッドに寝て読書もできぬまま、食べたものを思い出そうとしたが、昔のことは覚えていないのに、昨日今日のことだけが意外に出てこない。

たしか朝食は半熟卵、野菜、ミルクコーヒ、トースト1枚に食後のヨーグルトとバナナ半分。とくに変わったものは食べていない。昨晩はマグロの山かけ、若竹煮、竹の子めし。

そうだ。骨量が少ないと整形外科医にいわれたので、毎食小魚の炙ったのを骨ごと食べている。いづれもよく嘔んだつもりだったが、

「リナセート」と「フルクトラク」は24時間交互に続く。

翌朝、またX線を撮る。「いいようですから管を抜きます」

まる1日絶食のあと2日目の昼はおもゆ、みそ味スープ、カスタードプリン。夜は3分粥に白身魚のミンチ。3日目の朝は5分粥、昼、夜と全粥になる。

夕方方の回診。「便もガスも出てきたので、腸は落ちついたと考えたい。今夜で点滴はおしまい。明日の食事は平常食にします」

で、翌朝はオムレツ、人参グラッセ、キャベツとツナ煮、ごはん

ている。

「人間の脳が急速に大きくなった時期が2度ある。初めはヒトが2足歩行になったとき、次は固い物を食べるようになったときだ。だから歩くことと嘔むことはきわめて大事だ。足は第二の脳というくらい知覚に直結している。歩かないと早くボケる。」

また、ヒトの唾液は1日に2000ミリリットル近くも出るのに、嘔まずにやわらかモノばかり食べていると半分しか出ないから大脳は働かなくなる。最低30回は咀嚼しなければダメだ。

味の基本は甘味、塩味、苦味、酸味、うまみである。咀嚼によって溶け出した糖や酸などが舌の表面にある味蕾に触れ、ここから伸びる神経が脳に味を伝える。味蕾は液体状のものしか感知しないから、よく噛んで、唾液と混ぜることが健康の基本なのだ

唾液が日に一升瓶に1本も出るとは知らなかった。以来ぼくは30回、入れ歯の数がふえた今は40から50回は箸を置いて噛んでいる。抗がん剤の副作用には味覚障害もある。TS・1の服用は4週間は朝晩2回、そのあと2週間は休薬というパターンで、服薬の間は味の感覚が鈍くなっている。

それだけに正常な味覚がしだいに戻ってくる2週間はうれしい。味蕾のあるのは舌だけでなく上あご、のど、食道にも分布しているという。そういうえばビールはノドごしのうまさキメ手だった。

*

家に帰っての食事どき、つれあいが「よかったわねカンジンチョウが収まって」と和ませてくれた弁慶と富樫の掛合いではなく、「肝・腎・腸」である。たしかに安宅の関は一応越えたが、まだまだ「難関」はいくつもあろう。終りが近づきつつある人生、よく噛んで、味わい深く生きたいものだ。

もちろん食事だけのことでない。

六月は、すでに梅雨入りした沖繩と、梅雨前線の影響が及ばない北海道以外は、入梅（つゆいり）時季を迎えます。

ところで、服装などの無札を認められないことを「六月無札」と云います。

ですが、この六月無札とは、陰暦のこと。

今時期よりもっと先の七月上旬から八月上旬、暑伏至極（しょふくしごく）真つただ中の暑さ）ですので、今で云う、クールビズ、省エネルギーの奨励言葉かも。

ちなみに、何の関連性も無いの

元氣澆刺な施設ひくりをめぐって ～向き合うっていつと、寄り添うっていつと～

ヘルスケア経営研究所 萩原輝久

ですが、「六月芋」は、ジャガイモのことで、「六月柿」は、トマトの異称。

どうしてそうなのか？は、常に知ったかぶりをする私にもよくは判りませんが、雨ふりと知ったかぶりは、たぶん、嫌われる存在？。

ところで、六月は、年間十二ヶ月のうち中間点をすぎすことで、ひと月を十歳と考えると、ひとは百二十歳まで生きられるのかどうか判りませんが、一年が一生の人生と重なるのではないかと感じてます。

偶然というか、様々な会合など

で、久方ぶりに出会う友人、知人の多くは定年を迎えているか、すでに老後の人生。

ですが、老後と云ってもひと括りをするのはそもそもムリ、きつと間違ひ。

天寿が幾つなのか、延びての何歳なのか、ひとそれぞれの命運（巡り合わせ）は、知ることが不可能なこと。ですが、一九九二年と二〇〇二年の十年前と後では、男女とも十一歳若返っているという研究発表が出されたのが二〇〇六年のこと（出典、「厚生省の指標」06年4月）。

二〇〇二年から今は、早くも十年経過してますから、再び、一、二歳以上は若返りが推定されます。今は、六十が折り返し点になっておりますが、いずれは七十歳をもって老後と云う名の始発列車かも。

ところで、今月六日ごろが二十四節気では「芒種（ぼうしゆ）」で、稲や稗などの植物が伸び盛り

の時季のこと。今の田植えはもつと前ですが、むかしは田植えの開始時期。今月は、もう一つ季節のくぎり、夏至（げし）があり、一年中で一

番昼の時間が長くなる日、一方、陰陽逆転で、これからが昼の時間が短くなりまます。

というと、これからやっぱり黄昏を迎えるのだと思ひ込みがちですが、植物には、長日性と短日性があり、生きものへのめぐみ

日照時間の中でも大切な稲や大豆も、日照時間が短くなるにつれて開花や花芽をつけて行く植物です。例えば、朝顔（*銜い、The Daisies Love）はかない恋の絆、菊（*逆境にいても快活、高潔）、秋桜（*コスモス* Girl's mind、純心、調和）、サルビア（*尊敬、尊重が花言葉。なぜ、尊敬という

のかですが、寿命を延ばし、厄を防ぐという意味から尊敬という花ことばに繋がったとも）、等々も短日性ですので、実に素敵なおメンバーなんです。

見上げればそこに広い空があります。ときには、顔を上げていても涙が零れてしまうことがあるかも知れませんが、キク科の友禅菊の花ことばって* Be your ageardless of age（老いても元気で）です。

今、六十歳って十歳以上も若返ってのこと。それが折り返し点ですから過ぎ去ったことは、海辺につくった砂山みたいなものと想って、やがては波に洗われて行ってしまふもの。跡かたもなく消え去ってしまうことが良いのかどうかは判りませ

んが、新たな波が打ち寄せて来てくれますから、自分が築いて来た（と思ひ込んでいた）ことも、歩み（これは跡が残ってなくても足取りだから、たしかなこと）も洗い流されるのも良いかもって想う。

これからの日々も大きな喜びでめつたにない。でも、小さな喜びであれば毎日だつてあると想う。

いや、きつとあるのだが、他者からもらえると考えずに、自分で見つけるもので、しっかりと見つけ、見つけて行かないと、見つけられないほど小さいかも知れない。

なにを見つければいいか、ではなくって、なにを見つけれられるかのだろうかのわくわくの方がいいなあって想う。小さな喜びを見つかる瞬間、その日々を重ねていると、希望っていうエールをじわじわと感ずることがあります。

毎日が順風満帆（じゆんぷうま）んばん向い風など吹くことも無く、背中を押しつづけてくれる風ばかり）などではないですし、だけれども折れそうな気持をきつと持っています。今を、これからの、どのように繋ぎとめようかって想うこともあります。

でも、冬と春、必ず繋がっているように、怒りや悲しみの後には、楽しみや喜びがあり、人生はきつと、「喜怒哀楽」。

自分に向けて怒りたい気持ちになるほどつらく深い哀しみも喜びと楽しみが挟んでくれているのだから。

挟まれていてることよりも、包まれていてから、ずうくと、怒りたいほどのつらさや哀しみがつづくことはないんだって想うんです。

スランプだつて、落ち込みだつて、それは必要だからなつていてることであつて、それに向き合ひなさいよつてメッセージかも知れない。

どうしたいの？
なにをしたいの？
どうしたいのかが向き合うってことかも。
向き合うことがキツければ、自分の気持ちにそのまま寄り添うこともありで、生きてるってことだけでも、とつても小さな喜びだけ、それがエール。
自分へのごほうびだと想う。



回復期リハビリテーション病棟の施設基準が適正へと動いている。もはや「ナンチャッテ回復期リハ」は、通用しなくなってきたのである。これを見ると、アメリカのIRF（入院リハビリテーション施設）の基準にぐっと寄ってきたように感じている。

もちろん、回復期リハビリテーション病棟入院料1のことで、別の表現をすれば回復期リハビリテーション病棟入院料2、3はIRFとは別の機能（KRW）になってきたと考える。

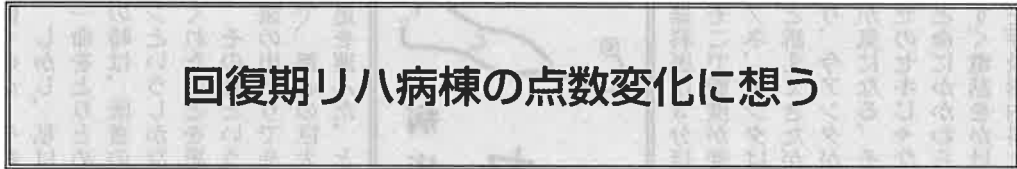
**日本には日本独自の
リハビリテーションがある**

日米のリハビリテーションの違い（善悪ではない）については、現場をみて勉強してきたつもりだ。その一番のちがいは入院リハビリテーション病床の人口10万人当たりの病床数だと思ふ。米国のIRF（入院リハビリテーション施設）との機能のちがいは、実は急性期病床（と称されているもの）の人口当たり病床数のちがいが急性期医療のちがいを生じさせているのと、同じように思うのである。

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の今年4月のホームページによると、回復期リハビリテーションの人口10万人当たりの病床数は、関東が34床に対して九州・沖縄は83床もある。全国平均では49床だから、ここにさまざ

まな現象が現われてくる原因があると、わたしは思っている。だからそこに、地域型リハビリテーション特性が生じてくるのだと思ふ。単純な話で、地域の人口10万人対病床数の多い地域は回復期リハビリテーションの内容に格差が生じるのは当然の話なのである。具体的に述べれば、関東での回復期リハビリテーション病棟における患者は、回復期リハビリテーション入院料1の施設基準を必要とする患者が比較多数になるということである。一方、九州・沖縄や四国、あるいは中国、北海道では、回復期リハビリテーション入院料2、3で通用する患者が多くなるのである。

回復期リハ病棟の点数変化に想う



はなかるうか。それはあたかも、急性期病院（棟）と称している病院の入院患者の重症度のちがいと同じにみえるのである。もちろん、

急性期病床の対人口当たりの病床数の地域間格差はあるが、それぞれの急性期病院（と称する病院）の急性期医療に対するスタンスの差なのではなかるうか。

そのことが回復期リハビリテーション病棟にも鮮明に出てくるのではないかと、いいたいのである。つまり、人口当たりの回復期リハビリテーション病床数によって、入院料の1の施設基準、例えば在宅復帰率70%以上をクリアできるのか、2の60%の患者層なのか、3の在宅復帰率基準ナシの患者を狙うのか、ということだと思ふ。そして何回でも書くが、そこに回復期リハビリテーションの病棟の優劣はなく、その地域のニーズに応えられるか否かが問われるのである。くだいようだが、人口当たりの回復期リハビリテーション病床の多い地域では、身の丈にあった施設基準の入院料で経営していったほうがよい、ということだ。

**ここでも、善悪、優劣より
実態に即した経営が必要**

最近、わたしは「ひがみ」というキーワードをよく使う。例えば介護療養は医療療養より劣るケアであると自分で決めつけてひがみがあり、地域にそれがニーズとしてあるなら介護療養を誇りをもって提供されるべきだと思う。

また、急性期医療を提供するマンプワーもないのに急性期でなければ病院ではないとひがむより、優れた慢性期医療（例えば慢性期ICU看護）を整備して、慢性期医療に徹すればよいと思う。ないものねだり、ひがみ、ねたみは、絶対に経営に資するものではない。

そのような眼で回復期リハビリテーション入院料1をみたり、急性期病床入院料の1と2をみると、わが国の入院リハビリテーション施設（IRF）の今後が、なんだか視えてくる気がする。重症の患者さん30%以上（日常生活機能評価という日本版FIMスコア10点以上の患者）、一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表のA項目が一点以上の患者さんが15%以上など、基準がどんどん明確化しているからだ。また、昨年からは、急性期病院から送られてくる患者の重症度、看護必要度の情報を求めてきた回復期リハ病棟を有する病院もある。それこそ、ひがみ、ねたみでは不可能なことだと思ふのである。

結局のところ、人口当たり回復期リハビリテーション病床数の多い地域では、先ほどは「身の丈」と表現したが、自院の外部環境と内部環境を把握しなければ、やっていけない願望の世界に入るのではないかと、思っている。系列の急性期病院があるか否かも大きく影響するし、これまでの回復度合いによって急性期病院の信頼獲得も武器ではあろう。

そういう意味では、フリースタディング（独立型）の回復期リハビリテーション病棟は、入院料1よりも、2か3にいくべきなのではなかるうか。「一般急性期医療」の呪縛に取り付かれた病院の二の舞を踏んではなるまい。

それにしても、「人」に尽きる。入院料3の病棟のPTや医師などの「人」が、どのようなリハビリテーション観をもって職場で仕事をしているか、である。もちろんそれは、入院料1の病棟にもいえることだし、高度急性期医療でもいえることだと思っている。

このことをもって「具体的」ではないと言われることも、多く経験してきた。しかしわたしに言わせれば、「人」ほど具体的なものはないのである。最新の医療機器も大事だが、そこには幅がなく最大出力は限度があるのである。しかも、人は関わりによって成長するのに対し、機器は買い替えるしか成長はないのである。

先日もある病院の新人研修で、新人のひとりがその病院に職を求めたのは「勉強の機会が多い」と言っていたので、とても嬉しかった。勉強の機会を重視するのか給料を重視する人間なのか、ということ極めて具体的な話なのである。その病院は、わたしの新人研修だけでも一日半だし、医学、看護、リハの勉強会は数多い。学習する病院が勝つのだ。岡田

5月号で書いた4回目の脳梗塞を発見したのは、かかりつけ医の「医者のカン」というしかない。というのはその日、私は疲れがひどく、いつもしてるように、かかりつけのクリニックに行つて、栄養剤の点滴をしてもらおうと出かけたのである。別に病感があったワケではなかった。顔なじみの医者と世間話をまじえて話していた。別に問診も聴診器をあてることもなかった。そこに突然、診察室にピーポー救急車のヘルメットの2人が入ってきたのである。なにが起こったのか。病気の天才である私も、自分のことなのに何も気づかなかつた。この医者は前は地方の国立病院医長が長く、町医者の無力をなげいていた。それで、いつもヤバかつたら町医者に頼らずピーポー車を呼んで欲しいというのが自論だった。面白いのは、このクリニック前に救急車を呼んだのは、その医者本人だったのである。ホントに何が起こったのか、私はつかれたように窓の外のピーポーを見た。別に私は体の不調を訴えていなかったし、まさかやっただばかりの脳梗塞がまた再発したなどと思うハズはなかつた。私はクリニックの廊下をピーポーのオジさんにかかえられながら思った。どんな職業にもカンが働くといいことがある。医者のカンが働いてピーポーを私には言わずに呼んだ。医者にもカンが働いたのだらうと

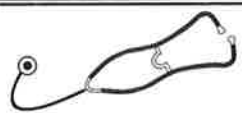
今思つてる。それにしても、私も老妻にも何も言わずにである。CTには梗塞があつた。私の顔を見ただけでカンが働いた。カンが働くのが、それがプロだと思つた。しかし、私はその医者のカンで一命をとりとめてるのである。その時は、医者の方から「医者のカンというしかないな」という話をくれたことを思い出した。

その時というのは、20年も前、尿の出渋りでやりきれなかつたので、都心の巨大病院の泌尿器科に足を運んだ。ところが、その泌尿

器科医は3分ほど問診していたが、そこで態度が変わつてしまい「アノネ、アンタはオシッコが出ないと訴えてきたが、そのオシッコより、今アンタがしているセキの方が気になる。そのセキは普通の力ぜのセキじゃないよ。オシッコなぞ命にかかわらない」と言うので、すぐ電話をかけ「これからアンタを呼吸器内科というセキの専門部に搬送します」ときたもんだ。そして問もなく黒いタイヤ4輪の搬送車が出て、それに強制的に乗せられた。そんな私を見おろしな

がら、その泌尿器科医の言つたことは「これはあくまで、医者を長くやってきたカンというほかはないが、命にかかわる大病が頭にある」と。穏やかでないことになつたが、その後もヤルモンダが続くことになつた。着いた所は、呼吸器内科病棟の4人部屋のひとつのベッドであつた。それから驚いたのは、恐竜のようなレントゲン車が襲つてきたのである。長いクビがあつて、その先がレントゲンになつている。その恐竜の首にキャシヤなベツピンの女医さんがまた

誤嚥性肺炎といつて、肺に炎症がで、その膿を出さなければ命にかかわる。それでこれから、その膿を出すための穴を背中にあける」という。彼は右手に麻酔注射器を持ち「大丈夫、大丈夫」とメスをとつた。こつちはベッドの中央にアグラをかかれ、先のベツピン女医さんは私の前に座ると両肩をおさえた。「中東のオイルパイプだと思つてくたさい」と。これ、ホントの話。痛いというところ、ホントの話。痛いというところ、内科医は麻酔をかけてくれ、ベツピンさんには「男でしよう？」と



病床の心音 (56)

ヤルモンダ！お医者様

天野進平

(脚本家、要介護度4)

器科医は3分ほど問診していたが、そこで態度が変わつてしまい「アノネ、アンタはオシッコが出ないと訴えてきたが、そのオシッコより、今アンタがしているセキの方が気になる。そのセキは普通の力ぜのセキじゃないよ。オシッコなぞ命にかかわらない」と言うので、すぐ電話をかけ「これからアンタを呼吸器内科というセキの専門部に搬送します」ときたもんだ。そして問もなく黒いタイヤ4輪の搬送車が出て、それに強制的に乗せられた。そんな私を見おろしな

がり操作を始めた。もつとも興味があつたのは、彼女のパンティが白衣からこぼれて丸見えだつたことだ。レントゲンが終わると、今度はこちらんCTのドームが待っていた。その日はそれで終わつたが、翌日はもつとシヨッキンギな儀式が待っていた。

この4人部屋のベッドの上でオペが始まつたのでブツマゲタ。この病院には呼吸器内科の他に呼吸器外科がある。私の担当はその内科医でまだ35歳にはなつていない。彼はおもむろに「この病気は

「私がここにきてから亡くなつた人なんかいないわよ。気にしない気にしない」だと。しかし、もうひとつ驚かされた。膿は最初バケツに受けていたが、数日して「アンタのためだけの集膿器を発売した。これがそうだ」と見せられた。ジュラルミン製の豪華なものだった。「こんなもの続けてアトの患者さんにも使うというものじゃない」と。この容器が枕の下に置かれ思わず、吉井勇のアノ有名な「枕の下を流れる川の音」の詩を思い出した。そんな風流なものに

やないのに。

さて、このベッドに2ヶ月、枕の下の膿の流れに耳をかたむけたが、やがて、先の泌尿器科医が今度はコツチにこいと連れ戻され、カテーテルという人工部品をつけるために今度は腹に穴をあけられた。これを続けてやつたのである。

お医者さんというのは、思えば変わった仕事人である。ある時、不意に「お医者さんにとつて死とはなんですか？」と聞いたら、見事な即答がかえつてきた。その答えは「死は専門外」の一言だつた。有名なよく使われてきた「われわれ医者は命を預かつている」という古典的なセリフがあるが、最近あまり聞かなくなつた。

こんなヤルモンダ女医さんを知つている。女医さんといつてもリハビリ病院の院長で、ちよくちよく病棟を見廻つてくれている。ただ、顔をみせてくれるだけではなく、突然、後ろにまわり頭をおさえて、首筋から聴診器を背中に入れるのである。それをドラマ屋の私がカットワリすると、銭形平次につかまつた「コソドロ」である。これは重症の肺炎をやつている私への配慮かと思つてたら、みんなにしてるそうである。やっぱリヤルモンダ医。

エライお医者さんがカンを働かせても、私のような物書きに必要なのはカンとひらめきだから違和感はない。

憧れのアイランド

学生の研究指導を行う中で、自分が学ばないと、適切な指導ができないことが起こる。そのため、勉強しなければならぬ環境へ追い込まれることになるのだが、「忙

「今」を生きるケア

第82回 Home

佐藤 俊一 (淑徳大学)

しくて時間がない」などと理由をつけ、実際にはサボっていることが多い。しかし、今回、ある緩和ケアに携わる看護師の研究テーマ(死にゆく人びととともに生きるケア)が、ちょうど今の自分の関心と重なることから、以前から読み

たいと思っていた岡村昭彦『ホスピスへの遠い道(春秋社)』を読み始めた。そして、ゴールデンウィーク前半までに、苦勞しながら読み終えることができた。

すでに読まれた方ならわかるだろうが、この本は著者の数年にわたるルポタージュであり、現代ホスピスのバックグラウンドを明らかにすることを目的としている。したがって、アイランドを始めとした関係国の歴史と地理を知らないで理解できない。いつの間にか、私の机の周りには必要な本や資料で山積みになってしまった。

久しぶりに一冊の本を読むのに多くの資料を必要としたが、アイランドについて新たに知り、早く訪ねたいという気持ち益々強くなった。なぜかと言うと、私はもともと、アイランドの伝統音楽をベースにしたバンド「チーフタンズ」「アルタン」「ソーラス」などの大ファンだからである。今も、ソーラスのアルバムを聴きながら、この原稿を書いているが、独特のメロディーとリズムは、何度聴いても気持ちが動かされる。

原点はホーム

ホスピスの歴史について学ぶ中で、最も印象に残ったことは、「ホーム」という発想だ。本の中で、著者の岡村は次のように紹介している。19世紀のイギリス植民地支配下のアイランドにおいて、

「近代ホスピスの母」と呼ばれる Mary Aikenheadは、各家庭の戸口の階段の下で救いを求め、死んでいく同胞の姿にひどく心を痛め、たとえ短い期間であっても、彼らが死に至る直前に人間らしく世話を受ける家庭(ホーム)と呼ぶ、安息の場を提供する活動を続けていた。このホームこそが、近代ホスピスの原型である。

ポイントは、現在のホスピス、あるいは緩和ケア病棟とは異なり、ガンや特別の疾患の人たちだけが対象ではなかったことだ。また、一見するとホスピスとは無縁のような精神科医療における人権の問題の歴史的な検証が行われているが、これも必然だった。患者の権利が尊重されなければ、ホスピスは、ホームとはならない。それは当然のことだが、ホスピスの歴史から現代の医療全般のあり方を問いかけることにもつながる。

さらに現代のホスピスを語るのに欠かせない Cecily Saundersのセント・ジョセフ・ホスピタル(英国)における体験の貴重な「感謝の手記」が、著者によって紹介され、「このホスピスのプログラムの中で、人間が出会い、互いによりよく理解する本当の場がある」と記されている。私は、これこそホーム、家庭であると感じた。同時に、ホームということばをきちんと知りたくなった。ホームということばをきちんと理解す

ることで、現代の病院や社会福祉施設のあり方を考えることができると思えたからだ。

ホーム(故郷)へ行く

こんなことを考えていたら、中学時代の仲間から、還暦同窓会のお知らせが届いた。一部のつきあいのある人たちを除くと、45年ぶりの再会になる。私は前日の土曜日から故郷の奥浜名湖の三ヶ日に宿泊し、翌日の同窓会に備えた。

日曜日に会場に向かって歩いてみると、町中が蜜柑の花の甘い香りがした。会場に入ると、久しぶりに会っても特徴のある人は、すぐにわかった。ところが、最期までわからない人もいた。考えてみれば、1学年が230名近く、だったのだから、もともと知らない人も、それなりにいたことになる。

医院を継いで、現在も開業医をしている同級生のA君がいる。当日の関係する人たちの話を総合すると、このA君が中心となって小さな町の医療が支えられ、さらに同級生の福祉事業者との連携が行われていることがわかった。こうやって仲間どうしで保健医療福祉が支えられる故郷へこれまでになく思いを抱くようになった。

homeを辞書(新英和大辞典/研究社)で調べると、最初に「生活の場としての家」、次いで「家庭や家族」が出てくる。私にとつて、三ヶ日にはそうしたものはす

でにない。したがって、その後には書かれている「故郷」がピッタリくるのだが、何かそれ以上の家庭や家族を感じてしまった。

自分のうちのように思える所

還暦同窓会での私の発見は、故郷が、ホームの5番目に出てくる「自分のうちのように思える所」と重なったことだ。そして、この自分のうちのように思えることは、ホスピスがホームと位置づけられたことにつながると感じた。死を前に生きる人が、ホスピスで短い期間を過ごすことになる。たとえ短い時間でも、そこで人々は出会い、お互いに理解することができると。したがって、問題は、時間の長さではない。ホスピスにかかわる人たちが、限られた時間をもとに生きること、それぞれの生を豊かにできることである。

続いて辞書には、(困窮者などの)収容所、療養所といった使われた方が示されている。社会福祉介護保険関係の施設名に、ホームということばは、よく使われている。ホスピスの歴史を学び、ホームという場を考えると、各施設がホームの本来の精神を大切にしているかが気になった。利用者が、そして働く人たちが、自分のうちと思えるような出会いがあり、お互いを大切にしている所が、ホームであり、常にそうできているかが問われている。

四苦八苦

— 企業再生支援機構にみる
病院経営者の資質 —

企業再生支援機構が医療法人の再生支援に乗り出してから、もう4～5年経つだろうか。今年も、今日現在まで5医療法人の支援が決定している。それはそれでいいことなのだが、やはり再生支援を必要とする医療法人には「放漫経営」の四文字がピッタリとする。そして、なるほどとか、むべなるかなという想いがする。今回もトップのスタンスと取り巻きに問題があることを、わたしが知っている医療法人が3法人あるからだ。

医師が退職したために経営が悪化したという医療法人が2法人あるが、医師が退職した原因はなんなんだと、問題解決の基本に思いが走るのである。経営陣の経営姿勢にその原因があると思えるので、その経営陣の入れ替えをしないと再生は望むべくもない、と思う。

昔は、少々問題がある経営陣でも医師は確保されていた。現在は、医師も経営陣の経営理念をみるようになったのは、自分自身に罰が下されることを恐れるようになったからだ。経営者の指示に従っていたらわが身が危ない、と感じる

ようになってきたのである。もちろん、名義だけで診療できない医師がゼロになったわけではないと思うが、フツターの医師は儲け主義の病院から去っていくのである。おそらく、医師が退職していくということは優秀なナースや技師も退職していき、残っている職員は給料目当てだけの職員になってしまっていると思像する。それが視えないのが、劣悪経営者の行動特徴で、いわゆるどうしようもない経営者なのである。そして、このタイプの経営者は先天的にその資質をもっており、昔ならなんとか通用した（いや、儲かった）が、いまはともではないが通用しなくなった、と思う。

また、人を視る眼を持っていない経営者は、時代を視る眼がないのが特徴だ。5医療法人の中に、2法人ほどにそれが視える。PETを入れれば経営がうまくいくと考えるのは、いかにも時代が視えなくて短絡的だ。外国人の間ドックにしても、よほど自院の実力がなければ、無理な話だと思ふ。

要するに、甘い経営が通用する時代ではないのである。しかし、もって生まれた資質が左右する問題だから、再生支援機構に再生してもらおうしか、手はない。当然、優秀な人材を送り込まれるのだから、経営陣は身を引くしかないのである。そして、再生支援機構から再生支援の依頼をいくつも受け

ている医療法人もあることを、重要に受けとめてもらいたい、切に、切に、思う。

今年の再生支援機構の支援先5法人を見てみると、すべての法人は熟知していないが「連携意識」が欠落している。一匹狼ではなく群れを外れた羊のような弱いモノを感じるのがある。もつとも、2～3の法人は、過去に「ウチが一番」という意識だった。でも、群れを外れたらやっつけていけつこない、わたしは思うのである。

どこの「下請け」になるか、あるいはどこの「軍門に降る」かの意識は常に必要だと思ふ。これも経営者の資質の問題に帰するのだが、病院であろうが施設であろうが、地域での連携なしには生きていけない、わたしは思うのだ。ちがうだろうか！

この思いは、わたしが北米の病院をみてきたせいかも知れない。フリースタANDING（独立型）の病院は、とつくの昔に消えてなくなってしまうからだ。例えば、ヘルスシステムの中心になければ、診療所でも経営できないプロセスを、しっかりとみてきた。それこそ背筋がぞつとするプロセスで、瞬く間に消えて行った独立型病院だ。小さい病院は大きな病院の軍門に降るか下請けが、ベストだ。そして、大病院からの医師派遣も現実にある。大きな病院も小さな病院を必要としているよ。

岡田

「人間関係学」講義のご案内

- 開催日程：2012年9月15日(土) 13時～17時
9月16日(日) 8時50分～12:30
- 会場：名古屋国際センター
JR名古屋駅 東に徒歩7分
- 参加費：6,000円(1日のみ3,500円)
- 申込み締切日：9月6日(木) 定員：40名
- 主催：日本IPR研究会

問い合わせ・申込み先：日本IPR研究会 事務局 担当：島中彰信

TEL(FAX)：029-886-8397

E-mail：ipr@kmj.biglobe.ne.jp

住所：〒305-0031 茨城県つくば市吾妻3-7-17

サテライトハウス筑波学園 212号

近年、日常の中で、人と人が関わる機会が減ったためか、人間関係について苦手感を持ち、表面的形式的なつきあいだけで、他者との関係を回避する人が増えてきました。

一方、昨年の東日本大震災においては、人と人との関わり合いや助け合いこそが多くの人を苦難の状況下で支えてきました。閉そく感の漂う今日ですが、今、私たちにとって人間関係とは何かを一緒に考えませんか。

1部(9月15日) 担当：福井雅彦(愛知医科大学)
「人間の根源的な在り方と人間関係の意味」を皆さんと対話しながら進めていきます。

2部(9月16日) 担当：島中宗一(大阪市立大学)
「現代社会と人間関係」として、社会に適應しようとする人間とその関係について考えていきます。

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎看護師不足の宣伝?

日本経済新聞の広告欄を見ていて、右を感じた。看護師の紹介なんかやってる会社が、各都道府県での実績を病院名を出して広告していた。ウチの会社はこんだけの病院へ看護師を提供しているんだよ、という広告だ。克明に病院名を見ていて、笑ってしまった。看護師不足を広告しているようなものだからである。よく、病院がOKしたもんだと思う。

そして、病院名の出でない病院の偉さ、日常の努力を痛感した。看護師から看護料をピンハネして7対1看護で儲けようとする、自前でなくて会社に頼ることになるのだろう。むろん、質の良い医療を提供されているが、地域特性でどうしても会社に頼らざるを得ない病院もある。そういう病院は病院の実名を出すことを拒否されたらよいと思うのだが、そうすると今後紹介はしないよと、脅されるのだろうか。そんなことはないと思うのだけど、病院名を出されるのは、けして誇らしいことではないと、わたしは思う。

最近の看護師さんは、賃金よりも学習、あそこの病院に行けば学習の機会が公私にわたって充実していることを重視するようだ。賃金だけで動く看護師より退職率が低いのも、経験則である。

◎問責ごっこには、食傷している

民主党の樽床さんという議員さんが、問責ごっこと言っていた。どんな実績のある人か、どこの人かは知らないが、国会での問責はなんか軽い感じがしていたので、問責ごっこに同感だ。

確かに、防衛大臣の不勉強はわたしでも分かるが、口汚く揶揄するのが国会質問だろうか。品格を疑う野次にも食傷している。国交大臣も、人相がよろしくないしやめたことはいけないことだ。自分でやめようにもやめられないのか、これも分からないことだ。

政治は見放しているわたしでも、もっと「国会」は国会らしく格調の高いものであって欲しいと思う。国会議員を食わしているのは税金なんだから、生産性を高めていかなければなるまい。

◎便利になるから死者が出る

安くて便利な夜行バス、その便利さが死を招く。看護師志望のお嬢さんの記事には、涙した。安さにひかれてラブホで死んだ親子にも、なんともならない悲しさがあつた。年老いた母親と中年の娘さ

んだつたからだ。

安さとか便利さには、人間はどっちも馴れてしまわらしく、高さや不便を拒否するようになってくる。百均ショップもそうだし、在来線より新幹線になってくるし、不平不満もそれに乘じて増えてくる。

人間関係どころか親子関係だつて、便利にやろうとするのだがどっこいそうはいかない。そこで生じるのが安上がり人間関係である。人間関係の希薄化が、当然のように生じてくるし、便利な都会のほうが顕著に出てくる。

知人がGWを過ぎてまで北海道の不便な所で過ごされていたのは、ほんに人がいなくて、みもえなれても、それども！



人間への回帰の為せるところだと思っている。うらやましい。ゆつくりと、不便に流れる空気はさぞやおいしいだろう。

◎夕張の名物医師宅で刺される

夕刊紙の見出しだが、尊敬して止まない医師の村上智彦さんの自宅Mさん(40)が腹を刺され、介護士のN容疑者(46)が逮捕されたという報道だ。村上智彦さんはそもそも薬剤師で、MRとして経験した医療界の汚さに発奮して医師になられた人だ。

財政破綻で有名になった夕張市の市立病院を整理縮小して診療所に

にされた人だ。医師になった動機からして、ほんものの医療の実践者である。著作された本もあるし、講演もあると聞く。医療法人財団「夕張希望の杜」が経営する診療所の介護士Nが村上さん宅で女性Mを刺したのだから、迷惑な話である。村上さんの「私は露出の多い人間ですので仕方ないですが、詳細は私分かりません」というコメントには、辛さを感じた。

◎孤独死のすすめ

週刊文春5月17日号で五木寛之さんが、孤独死は幸せだと阿川佐和子さんの「この人に会いたい」で語られている。本誌で、わたしも孤独死、孤立死は病院死よりハッピーなのではないかと書いたら、レクチャーのとき「寂しいけれど、孤独死、孤立死はいいんじゃないか」と語る。例の札幌での姉妹の孤立死は個人情報保護の名の下での殺人だという話をして、医療で札幌市のように障害者係と生活保護係が個人情報共有しないとい

結果を発表された。概要でいいから、ネットで取られたらよい。時代の変化を感じられるだろう。

◎蛍の光、窓の雪

先の五木寛之さんもよく言われるのだが、蛍の光は無理にしても晴天の夜の窓の雪明かりで本を読んでいた時代があった。この間はお月さんがヤケに大きく見えたが、明かりも相当なモノだった。

LEDの電球もいいのだが、高い。窓の雪明かりは、無料だ。安いことを強調しているのではなく、自然はただだということも言いたいのだ。もつとも、いまは風情なんて求められない時代なのだろう。風の情っていい表現だ。

医者にも風情をなんて言ったらバカにされるかもしれないが、先日はある病院の患者アンケートに「脳外科の先生はパソコンの方を向いて説明されるので、むかむかしてくる」というコトを書かれていた。風情もへつたくれもない医療は、やっぱり否定されるのだ。患者さまと口に出す前の医療者の風情が問われている。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



—社会が、団体が
終末期に向け動いている—

全日本病院協会が実施された「超高齢社会における終末期の対応、看取りのあり方」に関する調査は、わたしは力作だと思う。既に「終末期のガイドライン」は、厚労省や日本医師会などで作成されているが、実際に利用されているガイドラインは、病院も介護保健施設、グループホーム共に、「当該施設で作成したガイドライン」が最多であることが、時代の変化を象徴的に表わしている。

昨年末ごろから提唱している、地域の病院、施設別の終末期ガイドラインや事前指定書が病院、施設側でも求められているということだ。事前指定書の必要性も、「看取りの経験がある職員」の42・3%が「看取りのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である」ことを、問題として挙げているからである。つまり、看取っていても、ほんとうはこの患者さんはどんな看取りを望んでいるのだろうか。もしかしたら最終まで医療としてのベストを尽くすことを望んでいるのではないかと、悩むのである。意識不明だから、自

分の意思表示を行うことが不可能なるがゆえの、悩みであることがよく理解できるのである。

他人が死ぬのは自分に関係ないと思っている人は、福祉施設や病院の職員にはそんなにいないことを経験してきた。そうでなければ「バルーンカテーテルを入れたまま死にたいか?」という問い掛けに、激しく否定される職員が大多数ではない筈である。また、延命医療をしたくないという国民が70%を超えることも、時代の変化なのではなからうか。

しかし、その意思表示をどのような方法で表明したらよいか、分からないでいるところに、時代はあるのである。それが社会の要請になっていると、わたしはみている。それに、病院団体も福祉施設の団体も、動き出してきたのである。わたしは、時代に乗り遅れてはならないと、強く思う。

また、日本老年医学会も昨年から数々の提言を発表されている。やはり、老人をどのように生かすのか、死なすのかが社会で問われてきたのである。単なる「尊厳」の話ではないと、わたしは思う。個々人がもつ尊厳は多種多様であるし、老いから死亡の過程でも変化していくからである。わたし自身も、痛感している。

それだけに、病院や施設がそれぞれの患者層、利用者層に応じた独自の事前指定書を作成すべきだ

と「全日病」の調査が示唆していると思っている。わたし個人でいえば、病院や施設が事前指定書をわたしに作って欲しいと言われたら断っている。理由は、それぞれの特性を熟知していないからだ。ただし、独自の事前指定書を作られたら、内容についてのアドバイスはするし、事前指定書を書いた地域住民への説明はさせて頂いている。例えば、救命救急機能を有する病院の説明会では、必ず救命救急機能とは救命救急治療に全力を尽くすのが使命だから、人工呼吸器が装着される場合もある、と言う。北米のように、入院時に事前指定書の有無を質問する法律はわが国には、まだない。そのわが国での事前指定書は、個々の病院や施設で設けるしかないと思う。

ともあれ、尊厳はともかくとして「死に方」が大きな問題になっている。先ほどから「尊厳」という表現に疑義を抱いているのは、日本尊厳死協会の尊厳死宣言を協会に登録すると年会費が発生し、しかも「夫婦引引き三千元」は尊厳とは、全く関係がないと思っているからである。だから、事前指定書指導加算は事前指定書に書かれたとおりの死を迎えた場合にのみ支払われるべきで、単に「書かせる」だけでは意味がないと強く言いたい。この社会の大きな変化の流れは、清らかな流れにしたいと思うからである。

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。

24hns. 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あって当然のこと。
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」が関わっています。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 地域医療のさらなる発展のために
証券コード：7634
株式会社 星医療酸器

本社 〒121-0836 東京都立区入谷7-11-18 Tel 03-3899-2101 Fax 03-3899-2333

医療用ガスの供給始めて
30余年間、24時間年中無休
そのフィールドは全額主要都市へと
広がっています

星医療酸器 URL <http://www.hos1.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	玉川 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	山梨 044-329-4122	横浜 045-852-8170
茨城 0299-48-0101	郡山 024-956-1800	長野 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	新潟 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	星医療酸器西本 本社 072-810-5000	星医療酸器徳島 088-637-6494	星医療酸器静岡 055-995-1551	星医療酸器静岡 054-655-2001	星医療酸器西神戸 078-974-8008
名古屋 0567-94-6411	浜松 053-444-1433	徳島 088-637-6494	静岡 055-995-1551	静岡 054-655-2001	西神戸 078-974-8008
大阪 072-810-5000	南大阪 072-226-1876	徳島 088-637-6494	京都 075-646-1770	和歌山 073-480-5355	
尼崎 06-4868-8225					

星医療酸器東海 本社 0567-94-6411
星医療酸器西本 本社 072-810-5000
星医療酸器徳島 088-637-6494
星医療酸器静岡 055-995-1551
星医療酸器静岡 054-655-2001
星医療酸器西神戸 078-974-8008
星医療酸器東海 本社 0567-94-6411
星医療酸器西本 本社 072-810-5000
星医療酸器徳島 088-637-6494
星医療酸器静岡 055-995-1551
星医療酸器静岡 054-655-2001
星医療酸器西神戸 078-974-8008
星医療酸器東海 本社 0567-94-6411
星医療酸器西本 本社 072-810-5000
星医療酸器徳島 088-637-6494
星医療酸器静岡 055-995-1551
星医療酸器静岡 054-655-2001
星医療酸器西神戸 078-974-8008

医は仁術じゃなくて、算術ですな。『日経ヘルスケア』5月号の裏表紙に以下の広告が出ていた。題して「増収・増患対策セミナー in 京都」で、マル囲みで「第85回 日本整形外科学会学術総会 オージ―技研ブ―スにて開催」だ。学術とは算術なのであろうか。オージ―技研株式会社は、その他に「経営改善セミナー」の日程も広告されていた。

久しぶりに、声も裏返る感じのビックリでしたぞ。まだ、こんなところに「学術総会」がいるんだという想いが強い。日本整形外科学会は無関係だと言われるかもしれないが、全く与り知らぬコトなのだろうか。

学術も、仁術であるべきではなからうか。それとも、学術と増収・増患対策とは合致するところなのだろうか、暗然とした。

これは、けしてキレイゴトで書いているのではない。わたしが仕事としている職員研修のレクチャーで、利益は目標であって目的ではないと言うと、ハッキリと肯定の眼差しが返ってくる。新人でも、だ。そして、利益を目的にすると、医療は荒れて、汚くなると言う、大きく首肯される人が多い。ここでの事例として挙げさせて頂くと、病気になるたとき増収・増患対策の対策を感じる病院に受診します

恥を知れⅡ

お金のあて
理想か
抱かれるって
とこもあやうい



か、という話だ。利益の目標は鮮明にしなければならぬ。実際に、研修のとき「この病院の利益の目標は〇億円だね」と言う。しかし、その〇億円を目的にするやいなや、医療は仁術から算術へと化けてしまうのである。わたしが仕事させてもらっている病院だけが、算術を否定されるのではないと思うのだが、このセミナーに欲と二人連れで参加される医師は多いのだから、暗然としてしまうのである。増収も増患も、目的ではなく結果であると断言する。仁術を提供していれば、患者さんは増えるし、

収入の質が良くなり利益が増えるのである。整形外科の診療所や病院で、機械、器具をいくら取り揃えたって増収・増患に結びつくものではないと、わたしは思う。それは、間違いないであろうか。昔は「医は仁術」は「算術の合理化」のためのクサイ言葉だった。日本医師会も医は仁術と盛んに言われていたが、これは国民を服従させる武器として使われていた。医は仁術だから、医師は仁術者だということだ。読者の中には医療関係者ではない人もおられるから質問するのだが、増収・増患対策セミナーって

納得のいくセミナーでしょうか。わたしは、そもそも増収のお金は患者の体を通して入ってくるお金だと思っている。自己負担3割は患者さんが払っているが、7割は苦しい生活や楽な生活の中から国民から徴収しているお金である。そのお金を増やすということは、例え他の医療機関で払ってもらったお金をウチの病院で払ってもらったけどと強弁しても、要は拝金そのものだと思えない。

医療機関だつて経営があるんだから、増収・増患は当然のことだとおっしゃるかもしれないが、やっぱりそれは目的ではなく、目標だろうと信じる。増収にしろ増患にしろ、やはり目的にすると医療は荒れて、職員からも疑問が出ると断言しておく。増収・増患のための対策が、内部告発されるもののようなあつたら、元も子もないと思うのだ。こんな考えのせいにか、わたしは「コンサルタント」という言葉が自分にはしっくりこなくて、医療経営コンサルタントを辞退した。ずいぶん昔の話だ。経営指導とは強い倫理観が必要だと思ふ。ましてや、医療は真の意味の仁術だから、増収・増患と軽く言われてもわたしは困る。その話が分かってくださる医療機関とつきあっていると、心が曇らないので幸せな人生を送っている。

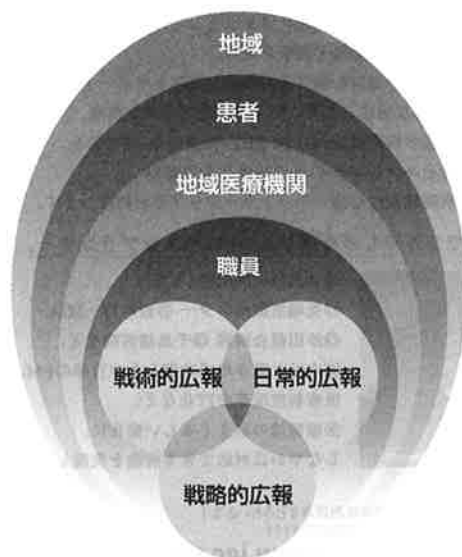
岡田

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
名古屋市中区富土見町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話しに考えます。そして答えを出します。私たちはエイチ・アイ・ピーです。



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

第363回 これからの福祉と医療を实践する会

医療や介護施設に長期ビジョンが必要なことはよく分かっている。さらに、長期ビジョン策定の努力が経営課題の整理にも有効なのだから、どの病院にとつても有効な努力目標であることは明らかだ。

しかし具体的な進め方は不透明で、ともすれば先送りとなりがちだ。その難しさの第一は、変化する経営環境をどう整理して長期ビジョンに組み込むのか、にある。経営の健全性維持は重要だが地域からの信頼性との関係は言葉で言うほど簡単ではない。第二は人材育成との関係。長期ビジョン策定には人財が育っていることが重要だ。長期ビジョン策定を通じて人材育成を図るべきとの声もあるが、現実にはその具体策は見えにくい。第三は具体的なステップをどうするかだ。ここでは、組織風土の改善や組織の一丸化などの基本的前提や経営方針の明確化などを踏まえた具体的手順が重要となる。

このような課題をどう乗り越えて「ビジョンタケダ2010」を策定されたのかを説明いただく。このステップを見ると、病院建て替えを踏まえた長期ビジョン策定という大きな課題に向けて、いくつかの項目を組み合わせた全体像が分かる。その全体像を見れば、どの病院にも当てはまる課題が少なくない。現実の進め方で遭遇し

た想定外の課題への対応なども興味ある報告となる。その多くは、どの施設にも共通する課題だ。今回も実例を通して自院の検討プロセスを考える研修となる。

日 時 七月二十日(金) 午後二時~四時半
複合する課題を乗り越え
長期ビジョンを策定しよう
……自院の検討プロセスを
具体的に考えるために

発題者 財団法人竹田綜合病院
法人事務局総合開発部部长
東瀬 多美夫

会 場 戸山サンライズ大会議室
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
Email: jissensunkai@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

そうそう

長期急性期医療に関心が深まっている。今年の訪米ツアーにもそれが出ており、例年の二倍の参加者だ。28人ともなると、精神的に大きな負荷がかかるが、時代の要請とあって頑張る▼鎌田實さんは「がんばらなくてもいい」とおっしゃったり「がんばれ」ともおっしゃるが、わたしは自然体だ。でも、鎌田先生、おもしろいCMはやめたほうがいいよ!! なんだかマッチしない▼今年も今月で半分速いと感じる人もおられるれば、やっと思われれる人もおられるのだろう。わたしは、速いを強く感じる。健康年齢とやらが発表されていたが男性は70歳ほどだ。十分な不健康年齢に達しているが、先月は53万歩強、歩いた。大いに意味のある歩数で70歳からでは最高記録だ。大学生のころはもっと歩いて(走って)いたが、そこへは戻れない。人生って、速いもんだ▼四月の診療報酬改定をみても、速さを感じる。過去の遅々とした変化と比してみれば、猛烈な速さじやありませんか!? 予想した道をわが国の医療、介護は走っている。そして、夜中に看護師や介護士が猛然と走るんだらうな▼お金で引っ張るのが医療の正常化の最大のパワーになった。大学病院に医療保険というお金をあげても無駄だよと、医療の質をみて思うのだ。

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。

あつ、
日本の病院が
変わる。



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