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

# 医療、介護の〝イタチごっこ〟はプラスのものとマイナスのものがある

所長 岡田 玲一郎

〝イタチごっこ〟。診療報酬や介護報酬、あるいは諸制度の改定のたびに痛感することだ。諸制度とは、例えば社会医療法人制度ができると遮二無二法人格を取りにいく姿のことで、僻地医療という条件を遮二無二取ろうとする姿である。結果、事務長が退職したなんて話も、ないではない。別の頁にも書いたが、回リハ入院料にもそれがみられる。必然的に監査が強化されるけど、またそのアナをくぐるという、イタチごっこである。

## 報酬によって医療の質は確実に向上してきている

365日リハ、これによって日本のリハビリもアメリカのIRF並になってきた。看護の員数ではなく、患者の重症度や要介護度の導入によって看護の質は向上した。リハビリでFIMスコアがオフィシャルに使えないのはTPPの問題があるという怪説（解説ではない）も耳にするが、個々の病院で使用するのは知的財産（バッファロー大学）を侵害することになるのかなぁ、と思ったりもする。

そんなことがありながらも、わが国の医療の質は向上し、急性期病院の在院日数も適正化してきている。ここで、他の先進国と比較して在院日数が長いという評論は、あまり重要ではない。在院日数が短縮されていることが在院日数の適正化へのステップだと、思う。

NSTも、まったくそうだ。栄養管理加算が設けられてから、日本の栄養管理は急速に進歩した。加算が設けられる以前からNSTがあった病院と、加算以後に発足したNSTには格差はあるが、なんたってNSTのチーム力は急速に向上した病院が多いのである。

そこで連想するのだが「管理栄養士」という呼称である。おそらく、北米で使われている「レジスタード・ダイエティシャン」を指しているのだろうが、直訳すれば「登録栄養士」である。レジスタード・ナースは看護師で、管理看護師とはいわない。個人的見解だが、管理栄養士というより栄養管理士（場合によっては管理師）のほうが、実態に則しているように思うのである。

ともあれ、わが国の医療は、入院医療、外来医療ともに急速に質を向上させていった。在宅医療も、看とりなど個々の国民のQOLに深く貢献してきた。これも、ひとつの〝イタチごっこ〟である。医療提供側が提供する医療の質を向上させると、厚労省や支払い側がそれを追うというパターンである。

冒頭に述べた〝イタチごっこ〟は報酬制度や医療制度の規制を強めるとソノアナをくぐるという終わりのない（当分は）追い掛けっこになっている。当然、回リハ入院料も監査が入る。そう断言するほど全国各地でズル、というより不正を見聞するからである。

## プラスのイタチごっこかマイナスのイタチごっこか

ここまで述べてきたように、医療、介護の現場には、ふたつの〝イタチごっこ〟がある。そして、ふたつの〝イタチごっこ〟がプラスかマイナスかは、職員の表情、あるときは言動にハッキリ表われている。マイナスの病院は、内部告発必至の病院もある。

一方、プラスの〝イタチごっこ〟の病院や施設は一般職員はもとより管理職の表情にたくましい明るさがある。それは当然のことだとわたしはおもうのだが、それが通じない病院、施設がマイナスの〝イタチごっこ〟になっている。悪の自覚、自責の無い病院、施設で、さながら現代うつをみるようだ。自分は悪くない、悪いのは病院や上司や患者だという現代うつの職員の発想（発狂？）と似ているのである。悪いのは厚労省、中医協、患者など限りなく責任を他者に押しつけ、経営がうまくいかない不満をぶつける現代うつ型病院、施設だ。誰も助けてくれない。

もっとも、経営がうまくいかないからマイナスのイタチごっこに走るのかも、しれない。どうか、プラスのイタチごっこの楽しさをみつけてもらいたいと思うが、どうやら無理なようだ。愛知県でも、社会医療法人絡みの嫌な話や、回リハ入院の怪しい話も聞いた。

全国で隆々と経営を成長させている病院、施設は、かなりある。共通することは「プラスのイタチごっこ」である。報酬になろうがなるまいが、患者の利益を第一に据えている病院だ。そこには、決意が共通してある。ハンパな根性ではなくど根性と、トップや管理職の強いリーダーシップも欠かせない要件だ。俗な言葉でいえば、ゼニカネの問題ではない、というヤツだ。もちろん、財務もいい加減ではなくシビアだ。

財務にシビアとは、吝嗇（りんしょく）のことではない。シビアとは、出すべきお金は惜しまないということで必要なお金はドンと出している。吝嗇とは出さなければならないお金も出さないことで、当然、そこには成長、発展がない。

このことは、わたしがわざわざ書くことでもなさそうな現実であるが「マイナスのイタチごっこ」の病院、施設があるので、書いている。もちろん、そんな病院、施設は書いても無駄なところかもしれないが、やはり書かずにはおられないのである。理由は「マイナスのイタチごっこ」によって消費される医療費、介護費はわたしたちが負担しているからだ。特に介護費については、わたしは重い負担をしているのである。

でも、わが国でも「プラスのイタチごっこ」が増えてきたことに幸せを感じている。その対極にある輩（やから）が消滅するか破滅するまで、わたしは事実を書き続ける。救命救急センターでも、事前指定書の啓蒙が始まった時代なのである。

# 組織医療としての病院（298）

## ―電子カルテの更新にご用心―

（マイクロソフト社とフリーライダー達）

新須磨病院
院長　澤田勝寛

フリーライダーとは直訳すると「タダ乗りする人」のことである。例を挙げよう。

会社の業績は、その会社の従業員全員の働きを合算したものである。自分が頑張らなくても誰かが頑張ることで、会社の業績は高まり給料を得ることができる。自分の部門がダメでも他の部門が努力してくれれば月給はもらえる。頑張る人には徹底的に頑張ってもらい、自分は楽をしようと思う人が出てくる。このような人をフリーライダーという。

大学の評判も学生の質の総和である。「名門大学」という評判は、努力している学生も努力していない学生も享受できるメリットである。大学の評判でいい会社に就職できるのなら、苦労せず、遊んで暮らし、できのいい同級生や先輩にフリーライドするほうが楽である。

こんなフリーライダーもいる。（参照「組織戦略の考え方」沼上幹　ちくま書房）

これと同じことがＩＴ業界で起こっているのを、今年5月に行なった電子カルテ全面更新で知った。ウインドウズで、ビルゲイツ率いるマイクロソフト社（以下ＭＳ社）は世界中のコンピューターの多くの基本ソフト（以下ＯＳ）を支配してきた。

ウインドウズ１・０に始まり、９５、２０００、ＸＰ、ビスタ、セブンとバージョンアップを繰り返してきた。ＯＳが変わると、対応するソフトも変わる。ワードやエクセルといったオフィスソフトもその度にバージョンが変わり、古いバージョンとの互換性がなくなり、徐々に古いＯＳのコンピューターでは動かなくなる。

ソフトだけではなく、コンピューターというマシンも同様である。新しいＯＳが出て何年か経つと、古いＯＳの保証が切れるので、古いマシンは事実上使えなくなる。そのため、ＯＳが変わるといずれ、ソフトもマシンも買い換えなければならなくなる。

個人使用ならとことん使い倒すという選択肢もあるが、会社となると、そうはいかない。システム障害は会社の業務に大きな影響を与える。電子カルテは更に深刻である。これが使えなくなると、記録は見れず、オーダーも行えず、診療がまったく滞る。

平成１５年４月、当院は神戸市で最初に電子カルテを導入した。２５０台ある端末のコンピューターはウインドウズ２０００かＸＰで動いていた。３年前にウインドウズ７が発売されると、ソフトの会社もハードの会社も右に倣えとばかり、ウインドウズ７対応に切り替えていった。

電子カルテのみならず、レセプトコンピューターも再来受付機もすべてウインドウズがＯＳであることを初めて知った。

一昨年に今年の５月でウインドウズＸＰの保証が切れるので故障しても代替機はなく、新しい機種はウインドウズ７対応であるため古いＯＳで開発されたソフトは動かないと最後通牒を受けていた。要はマシンもソフトも新しくしないと駄目だということである。

フリーＯＳとしてリナックスがある。無料なのでＭＳ社への課金が発生しない。広く普及しＭＳ社の牙城が崩れると期待したがそうはならなかった。コンピューター機器メーカーがフリーライダーを決め込んだからだ。

ＭＳ社にフリーライドすれば、ウインドウズがバージョンアップする度にマシンとソフトの更新が必要になり、買い替え需要が発生する。不満を訴えるユーザーには、ＭＳ社のせいだと言えば、説明しやすい。ＭＳ社、それにフリーライドする機器メーカーとソフト会社の三方一両損ならぬ三方一両得の構図がここにある。不利益はユーザーが被るわけである。見事なビジネスモデルを構築したビルゲイツの慧眼に恐れ入ると同時に、フリーライドしかできないコンピューター関連会社には失望した。

話はこれだけでは終わらない。ＭＳ社の戦略にハマった電子カルテ業界に苛立ちを覚えたが、さりとて代替案があるわけでもなかった。

それならばと、メーカーの変更も検討したが、慣れた操作性や蓄積データ移行のコストを考えると、いわゆるスイッチングコスト（切り替え費用）が高く付くことが分かり、同じメーカーの新機種・新製品へ変更することに決めた。結局は選択の余地は少なく、新製品の出来が悪くても使わざるを得ない。

そして５月に全面更新をおこなった。新機種・新製品となれば、期待は膨らむ。向上した操作性、快適なスピード、画面の見やすさなど、期待は大きかった。

しかし、その期待は見事に裏切られた。高機能多機能を求めたためか複雑になり使い勝手が悪くなった。同時に展開のスピードも期待はずれであった。画面は色合いがお洒落にはなったが淡い色が増えて、見にくくなった。コンピューターオタクが、ユーザーの使い勝手を考えずに開発したのであろう。コンクリートの打ち放しで有名な某建築家の設計した建物は、お洒落で使いにくいというのと同じである。

クリティカルパスも使いづらく、医師からも看護師からも大ブーイング。これは改良ではなく改悪では、という声も出た。業者には早急な対応を依頼している。

電子カルテの更新と同時に画像ビューアーソフトも更新、診断診断用モニターも大幅に増設して、完全フィルムレスとした。

これにも問題が起こった。操作性はいいが、立ち上がりが遅い。数秒のことかもしれないが、私も含め医師はイラチが多い。多くの患者が待つ外来では余計気が短くなる。これではとても使えないと業者に文句をいったところ、設定を変えることでスピードは改善された。それならば、どうして最初から動作確認をしないのかと、業者の対応に不信感をいだいた。

当院職員は9年間も電子カルテを使ってきた「リードユーザー」である。目が肥えている分、ロうるさい。ぜひ当院の声を反映してもらいたいと、関係各社に強く要望しているところである。

以上、電子カルテの更新において用心すべきこと、気をつけるべきことを、思うままにまとめた。

グチや不満も混じっているが、参考にしていただければ幸いである。

がんと暮らせば㉖

# 「大病も悪いことばかりではない」

北林才知
（日本IPR研究会顧問）

(278回)

前回は、ぼくと同じくがんと腰痛で闘病中の指揮者・小澤征爾さんの快復を祈った。あの文章を書いているあいだ、書斎にレニー（オザワは師匠バーンスタインをこう呼ぶ）の振ったマーラーの交響曲2番「復活」が鳴っていた。

ところが7月8日、吉田秀和さんの「お訣れの会」で、かれが指揮棒をとったのだ。参列したNHKの同僚で、吉田さんの番組も多く手がけてきた音楽ディレクターO君の話では、局はご存じのバッハ「G線上のアリア」。静かで短い曲だから、動きは抑制されて〝大振り〟することなく、あとの指揮は後進にまかせた。やつれは目立ったが、表情は自然だったという。そうか、まあよかった。

＊

梅雨あけのある日、久しぶりに書店に入った。入退院が続いて買い込んだ本が溜まり、こいつを片づけるまではと本屋を避けてきた。

ちょうど文庫版になった村上春樹『1Q84』6冊を読みおえ、一息ついたときである。目に止まったのは白い控え目な装丁の『小澤征爾さんと、音楽について話をする』という村上春樹の厚い対談集。迷わずに買った。

対談は6回で、セイジが手術をしたおととしの11月、ハルキの自宅で始まっている。このあとセイジは内田光子とベートーヴェンのコンチェルトをするためNYに飛ぶが、そのため腰痛がぶり返し、さらに寒波のため肺炎にもなり、指揮はできなかった。

でもかれは12月に腰痛を押して、カーネギーホールでサイトウ・キネン・オーケストラとベルリオーズの『幻想交響曲』やブラームスの『交響曲第1番』を演奏し、圧倒的な成功をおさめている。

腰痛についてセイジは、自分の指揮の映像を見て、ため息をつく。「これでは腰を痛めちゃうよね。肩を壊しちゃっていて、そこがうまく使えないものだから、無理な体勢で身体を動かして、結局腰にきちゃう。もう間抜けな話で」

2、3回は1、2月にハルキの仕事場で。3月の4回目はホノルル、6月の5回はセイジが主宰する若い管楽器奏者のための「国際アカデミー」のセミナーが行われたスイスのモントルー。ハルキはそれに立ち会い、パリ行きの特急列車の中で6回目というぐあいで、ステージにこそ立たないが、セイジが引きこもっていたのでなく、「復活」していたことに安心した。

それぞれ数時間に及ぶ対談はハルキが企画、収録し、文章に起こして構成したとある。月刊誌の編集者として対談や座談会をまとめたぼくの経験からいえば、この編集は、ふたりの個性が立ちあらわれ、溶けあってすばらしい。

＊

驚いたのはハルキの音楽に関する知識と態度で、セイジに「音楽好きの友人はたくさんいるけれど、春樹さんは正気の範囲をはるかに超えている」と言わせるほどだ。

『1Q84』は、女主人公が乗ったタクシーのFMラジオが流すヤナーチェクの『シンフォニエッタ』から始まる。この曲はセイジもボストン響とCDに入れている。男主人公は中学生のとき、駆り出されて、この小交響曲の太鼓を叩いたことがある。というわけでこの曲は小説の中では、ときに主題を想起させるように現れる。

＊

指揮者の回想記は何冊も読んだが、指揮者とオーケストラについて、これだけ具体的に実例をあげて、飾らず、率直に語られた例は知らない。セイジも言う。

「春樹さんありがとう。あなたのおかげですごい量の思い出がぶり返し、すごく正直に言葉が出てきた」

対談はおおよそスムーズに進んでいくが、ときに作家（聴衆）と演奏家の落差が、かい間見えるのが面白い。たとえばこうだ。

「マーラーの音楽を演奏する人には、マーラーその人の生涯とか、世界観とか、時代背景とか、世紀末的な省察とか、そういうことについて突っ込んで考える人は少なくないですよね。そのへんは小澤さんはどうなんでしょう？」

セイジは迎合せず、切り返す。

「僕はそんなに考えない。楽譜はよく読みますけれど・・・マーラーの場合はね（楽譜の周辺を）覚えるというより、その中に浸り込むことが大事なんです。・・・とくに7番と3番がそうだな。このふたつはね、相当集中してしっかりやらないと途中で溺れちゃう。

僕は音楽を勉強するときには、楽譜に深く集中します。だからそのぶん、ほかのことってあまり考えない。音楽そのもののことしか考えない。自分と音楽のあいだにあるものだけを頼る・・」

ハルキを責めるのではない。かれは「良い音楽」を求めて耳を澄ませ、セイジは率直に「正直な言葉」でそれに応えているのだ。

オビにあった本の惹句は、文章にうるさいぼくも、なっとくできる名文だと思った。

「指揮者はタクトを振るように語り、小説家は心の響きを聴くように書きとめる」

＊

セイジは後書きでいう。

「今まではまいにちの音楽でいそがしくて、考えもしなかったのに、出てくるわ、出てくるわ。今までの私にない体験だ。大手術も悪いことばかりではない。春樹さんのおかげで。カラヤン先生のこと、レニーのこと、カーネギーホールでのこと、ずるずると想い出が出てきた。大病も悪いことばかりではない」

早く本文を読みたくて飛ばしていたハルキの序文に戻ったら、文章が、スッと気持ちに入ってきた。

「小澤さんが少しでも長く、少しでも多く、［良き音楽］をこの世界に与え続けてくれることを、僕は心から希望している。［良き音楽］は愛と同じように、いくらたくさんあっても、多すぎることはないのだから。そしてそれを大事な燃料として取り込み、生きるための意欲をチャージしている人々が、この世界には数えきれないほどいるのだから」

「大病も悪いことばかりではない」　その通り。セイジ、あなたから光と力をもらったのは、音楽だけのことではない。ありがとう。

# 元気溌剌な施設づくりをめざして(213)
## ～今はいつも今、今からもつながって行きます～

ヘルスケア経営研究所　萩原輝久

壊れたシャワーのようなセミの鳴き声の朝、「あ～今、夏が真っ盛りなんだ」って想う。

まぶし過ぎる陽射しの空に勢いよく咲く向日葵や百日紅（さるすべり）、夾竹桃（きょうちくとう）のたくましい姿。暑気あたりのような糸瓜（へちま）や胡瓜の葉が元気なく、うな垂れた姿を見て、今が真夏。

でも、夏らしさの一番は雲。

例えば、地表が熱せられたのか空が薄く曇って風もなく、じりじり蒸し暑い日の遠くの空に、薄くたなびく様なくもった雲。

思わず「アツイなぁ～」と声が出る夏日が「あぶら照り日」。

肌が焼き付けるような陽射し、空高くたくましくもり上がった雲。そんな日の雲が好き。

憎たらしいほど育ち過ぎの入道雲のときは炎暑。

最高気温三十度以上は真夏日で、その連続記録のトップクラスは鹿児島、沖縄。常連は京都や名古屋。

実は、その沖縄で私が会員の日本医業経営コンサルタント学会が今年11月2～3日に開催予定です。その学会で、シンポジストの方と会員、会場に見えた市民の方と、『医の原点をもとめて、長寿の島・沖縄から未来への提言』という共有テーマの下で「フランス・インド・日本の老いと死、～自立型老後と自然死の勧め、ひとはどう老い、どう死ぬべきか」について考えるきっかけづくりが出来ればいいなぁ～って想って、市民公開講座が行われます。

その副題の言葉に〝どう死ぬべきか〟という表現をつけていますので、ちょっと気がかり。

ひと（一人ひとり）には、それぞれの死に向き合うときがあります。そして、ひとは（誰もが）必ず死を迎えます。

が、自身の死ということを想像したときに、他者（ひと）から〝どう死ぬべきか〟までを、最期の最後まで、例えば、人工呼吸器や胃瘻で押し付けられた延命行為を私であれば望みません。

でも、実際は逆。急性期医療主体の病院で、半ば強制的に栄養補給の唯一の手段のように高齢者やターミナル状態のひと自身の希望の有無じゃなく、家族へ胃瘻の必要性（私の場合には疎音（そいん）だった親と子のこころの隙間を埋めるチャンスを与えるがごとく）を強く勧めます。

胃瘻をするなら入院延長OK・しないなら即退院の選択、意思決定を迫ってきます（これは、私自身の親への体験）。

ところで、今回の沖縄学会でテーマを考えるきっかけは、三名のシンポジスト（高橋泰さん・二ノ坂保喜さん・中林梓さん）の日頃の講演や著書等から拝借させていただきました。

でも、もっとも強烈なパンチを受けた出来事があります。

さだまさし氏著「アントキノイノチ」という小説です。

その登場人物の様々な死後の姿を通して、その生き方と私自身を重ねてみてしまったことが始発点です。

例えばです。ひとは、或る日、自身の検査診断結果で、突然、医師から『悪性腫瘍で、インオペ（手術不可能）です。余命〇ヶ月以内です』というインフォームドコンセントをうけた場合、その人自身の気持ちの中で、すこし時が流れたのち『自分は精一杯生きて来たんだ』って想いたいです。

やがて、その後の一日一日、いや一瞬一瞬は『今が人生最期のときなんだ』と、精一杯に生き抜くのではないだろうかと想うのです。

これまでの過ぎ去ったこと、「今、此処で！生きている時間、空間が、その一日一日、その一瞬一瞬が真新しいとき」になるのではないか。

年齢を重ねれば、重ねるほどに気になること、不安になることがいくつもあります。

例えば、自分は、どのような死に方をするんだろうか。

あるいは、長生きしたいけれど、孤独死になったらどうしようか。そうならないためには、誰が見守り、寄り添ってくれるのだろうか（という依存したい気持ち）。

このような取りとめないことを、ときどき、私は考えてしまいます。そして、PPK（ぴんぴんころり）が理想だけれど、老いたときに、す～っと死ねたらいいなぁ～っとも想うのです。

そこで、ハッとしたのですが

今、「死に方を考える」ってことは、生きているその今と、今からをどう考えて行動するのかってことなんだなぁ～。

今、何時も今が海辺の波のようにくりかえし寄せて来ては引いて行くのですが、今って、その一瞬一瞬からず～っとつながっているんだ。

例えば、「看取り」とは、息を引き取る最期のときを意味するのではないんだなぁって想うのです。

また、「ターミナル（終末期）」って、人生最期の短い期間をさすのではなく、それまでの毎日のふつうの暮らし、その暮らしの延長線上にあるんだなぁ～ってことを想う。

〝どう死ぬべきか〟、それは他者（ひと）が決めつけるものではないです。だから事前指定が大事なんだってこと。

でも、大事にしたいことは「どう死ぬべきか」なんてことでは決してありません。

日々の暮らしの中で、「どう老い、どう生きるか」への向き合い方、ときに寄り添い方を、自身の気持ちの中で、一瞬一瞬を自分で少しずつでも紡ぐこと。

平凡だけれどふつうの暮らしの中で、自身にも他者（ひと）にも、生き方、死に方とどう向き合っていくのか。

例えば、長寿を求めすぎると寿命と天寿、それが違うことにもなってしまいます。

病気や怪我、何時出会うことになってもおかしくありません。

だからこそ、人はいつも、だれかとつながっている安心感や見守られている安心感、寄り添い・向き合ってもらえる人がそばにいるという安心感を得たいと願っているのかも、と想うのです。

＊詳細は、日本医業経営コンサルタント協会ホームページへアクセスを。

# ― 回復期リハビリ病棟入院料の不可思議さ ―

## 19,110円　11,610円　16,110円

こう数字を並べられると、どの病院も19,110円の病棟入院料を取りにいくのが当然だ。もちろん、一定条件をクリアしなければならないが、先ずは取りにいくのである。回復期リハビリテーション病棟入院料の話である。

これが、今年3月ごろから、いや、それ以前からわが国のリハビリテーション病院（棟）の蠢動を招いてきたのである。全国どこに行っても、どうしてアノ病院で回復期リハ病棟入院料の1が取れているんだと訝る声をもたらした。

### 重症度や看護必要度は妥当な算定なのだろうか

先の回リハ入院料1の施設基準は、ある。あっても、回リハ入院料1の入院患者の〝動き〟をみていると、病院間でものすごい差がある。だからこそ、「アノ病院で……」が出てくるのだろう。全部の回リハ入院料1の病院をみたわけではないが「在宅復帰率70％以上をクリアするには、軽症の患者を入れなければならない」という自虐的な声と、重症度・看護必要度がどう関連するのか、フシギでならないのである。病院のPTやOTに訊くと、「急性期病院で算定して転院してくるのではなく、自院に入院してから重症度などを算定するので、どうにでもなる」と言われる。恣意的に判定する重症度ではなく、第三者が判定する重症度が正しいと思うのだが、一部の声だが急性期病院からリハ病院に転院すると患者によっては重症度が上がる、とまで言う人もいる。ホントカイナ、と思うとともに、ご都合主義な話だと思う。そして大事なことは、上下で3000円もの開きのある入院料に応じた成果が挙がっているのかと、暗然とする。そして、七月現在でも回リハ入院料1を取るための画策は進んでいるのである。

わたしは、自分の医療保険料に照らして、許すことができない行為だと思っている。それは、患者に対する医療行為と全く関係ない行為だと思うからだ。だって、重症度を勘違いや意図的に操作するのは、絶対に医療行為ではないからである。

お金に対する欲は、あるだろう。しかし、その欲を満足させるお金は国民や国家が負担しているお金なのである。愛知県の豊岡会の不正受給の事件でも、単なる不正ではなく、そこで動いたお金は医療保険、介護保険のお金なんだよと、強く思ったものだ。

やはり、アメリカのようにリハ施設のコミッションを設けて、しっかりと監査すべきなのではなかろうか。「CARF」という機能評価機構がアメリカにはあるが、それが設けられた理由は〝人間、放っておくとナニをするか分からない〟からである。私見だが、重症度や看護必要度は急性期病院が判定して、改善度はそこから出発すべきだと思っている。そして、退院時の重症度、看護必要度は回リハで判定して、それを退院後の受け皿側がすり合わせをしたらよいと思っている。在宅に復帰しても、維持期リハや廃用症候群防止リハは必要だと思うから、急性期から在宅まで（施設を含む）、重症度、看護・介護必要度は共通のスケールを用いるべきだと思う。

### 回リハ入院料はどれでもよいのでは

冒頭にも述べたが、入院料は高い方に気が向く。できるだけ安い入院料を望む病院はあるまい。しかし、社会にはリハ病院に入れっ放しを望む家族がいる。改善はしないが、悪化防止のリハビリを必要としている患者は増える一方だ。

だから、回リハ入院料は1でも2でも3でも、入院患者の実態に則したものでいいのではないか、と思っている。リハビリではないが、DPCのⅠ群はともかく、結果としてⅢ群だったら、無理してⅡ群を取りにいく医療をやらなくてもいいのではなかろうか。

一部の人の意見であるが、学会の「力関係」が手術の難易度に微妙な影響を及ぼしていると言われる。わたしの勘で言わせてもらえば、マニアックな感じの病院がⅡ群になっている感じがする。当然、これも変化する。不条理なコトは、必ず是正されるのが政治を除いたわが国の姿だからである。

回リハ入院料も、必ず是正される。だって、不条理が罷り通っているからだ。もちろん、二年置きの診療報酬改定を重ねるプロセスの中である。「休日加算をなくすと休日にリハビリが必要な患者に休日リハをやらなくなってしまうから、休日加算が必要だ」という声を聞いたことがある。そして、休日にリハビリを必要としないバアチャンズから「日曜日くらい休ませて欲しい」とわたしに訴えられたコトがある。コトは重大だと思うのは単数のバアチャンではなく複数のバアチャンズから聞いた話だからである。

この事実を話すと、笑いが起きるのはなんなんだ。やはり、クライテリアが必要だと思うのである。先の回リハ入院料1を取られている病棟は、親病院が急性期病院である例が多い。リハビリ中の患者も、なるほど回リハ入院料1の患者さんだと実感できる。

急性期病院を親病院にもっていない、いわばフリースタンディングのリハ病院は、よほどの「実力」を有してないと、重症度、看護必要度の高い患者を紹介してもらえない。だったら、無理して回リハ入院料1を取りにいく、それもリハのスタッフ、看護のスタッフの心が痛む判定をしての「1取り」は、やめたほうがよい。

都道府県に申請して認可を受けているのだから、回リハ入院料1を返上するべきだとは思わない。ただ、このままで済むハナシではないと現状をみて思うのである。「そのお金はどこからきているの」は、医療を提供するときの基本的な思考ではなかろうか。不正受給の病院には（先の豊岡会など）、この思考はないとしか思えない。

健保組合をもっている病院は、この思考が通じ易いところがおもしろい。医療保険料の価値観が、お金を出す側の病院と、受ける側の病院ではまるでちがうのである。健保連ケシカラン論が最近少なくなったのは、なぜだ!?

岡田

病床の心音（58）

# 理学療法士って何様？

天野進平
（脚本家、要介護度4）

理学療法士は、リハビリテーションのプロだ。圧倒的に多いのは脳卒中マヒが客筋だ。卒中マヒは、脳神経、脳血管の故障なのだから、医で治療すべきだと思うが、「医はアトはリハビリ」と、このおそろしい集団にゲタをあずけたカッコになっている。

その結果、このプロはマットの上で公認の天下御免の暴力行為（骨と肉をバラバラにする）をしている。すごい苦痛をいただく。「ガマンしないとよくならないわよ！」それを彼らは「マヒした体をもみほぐす」という。そしてこのプロに共通しているのは、おそろしく無教養なこと。

マヒしているコッチの期待するゴールは『歩く』なのだが、不思議なことにこのプロたちは歩かせることにはあまりこだわっていない。歩けるようになるためには、それ相当の準備体操が必要で、それがとりもなおさず、卒中マヒリハビリなのだ。この人たちが忘れているのは、こっちは倒れる前は、みんなと同じくちゃんと歩いていたということだ。赤ん坊を歩かせるようなアプローチなのだから不思議だ。だから、刑務所の体育館ほどの広さのリハビリルームは、杖を持ったマヒ老人でいっぱいかと思ったら、転がされているマットのまわりを見ても、そんな風景はあまり見かけない。

とにかく脳卒中の点滴治療が終わると、このリハビリ病院をハシゴすることになる。というのは、どこのリハビリルームも満員で、結局ハシゴしなければならないからだ。

ということだが、このプロは圧倒的に30歳前後の女子プロが多い。それから40代のベテランの独身のオバちゃんプロが多い。介護行政はなぜか、20代の女性にライセンスをバラまいている印象である。

さて、この女子プロでおもしろいことを体験したので、これから話す。ずばりホントの話である。

私は、その3つめのリハビリ病院で最初の担当の女子プロに「デスクからトイレまでの5メートルを歩けるようにしてくれ」と頼んだ。もうマット上の暴力に神経がまいっていたので、注文をつけたワケだが、このプロはその日から、私の車イスを5メートル先に置いて「さあ、歩きましょう」ときたもんである。やはり注文をつけてよかったと思ったが、いつになってもこの5メートルは往復の10メートルにならない。片道でスグその車イスを押して、わが独房に私をもどしてしまう。

もう歩くことにカナリ自信がついたので、独房にもどされると、老妻にマヒの右半身をガードさせて独房の並ぶ廊下を自主トレで一度に百メートルくらい歩けるようになった。それを病棟のナースに見られ、すぐその担当の『マー坊』の知るところとなった。マー坊の怒りは当然だった。

「私の許可なく勝手なことをしないでください。転倒事故でも起こしたら私の責任になります。」「ゴメン、マー坊」とあやまったが、次のマー坊の話がスゴかった。「そんなに歩きたいなら、私の空き時間に奥さんに『歩かせ方』を教えます！」だと。それを私にしてくれるのがマー坊のハズだが、「歩くためには、それなりの準備体操が必要」と暴力行為にこだわるのである。

コワイのはそのアトのアピールだった。「ただ、そのギャラは介護保険からは出ませんから、こちらのお願いするギャラを支払ってください」だと。

私はすぐ事務方に「退院したい」と言うと、生き死にに関係ないリハビリ病院は医師と相談してともいわずOKなのだ。

そのアトは『訪問リハビリ』という自宅に出張してくれる理学療法士にゆだねることにしたが、このシステムでも病院のリハビリルームと変わらない。マットかベッドに変わっただけ。42歳のベテランオバチャンが訪問してくれるようになった。ところが、まだひと月もたたないある日「80歳を過ぎて生きてる卒中マヒ老人をこれまで知らない。きっとあなたもまた梗塞を再発する。今度こそ卒中マヒの死に目に会うのが怖い」と、私を見事に殺してくれた。

しかし、友人のひとりも、リハビリ病院でリハビリ中に再発で亡くなっている。私のように昨年6月、今年の4月と再発しても生還しているのは気味悪かろうと私自身も思う。

そして、そのオバチャンは次の担当理学療法士を連れてやってきた。ここで一悶着あった。私が今度の彼に「卒中マヒリハビリのゴールはなんですか？」と訊ねると「わかりません。先輩のやったようにやるだけです」だと。それで、今度は私の方から「ゴールは『歩く』ですよ」と言うと、すぐにオバチャンから矢が飛んできた。「82歳の卒中マヒが外を歩くというのですか。作家先生なんだから、車イスの上で知的な余生をやってください」だと。

「私はやめるんだから勝手にしなさい。だけど、これだけはしてください」と彼に「骨と肉、肌の具合を触らせてもらいなさい」だと。リハビリとは『歩くこと』なんかではないのである。私はベッドに横にされ、腹のシワまでのばしてもらった。これがリハビリの原点。

しかし彼も『歩く』リハビリはしてなかったらしい。仕方がないので、はじめのマー坊に頼んだ「デスクからトイレまでの5メートルを一人で歩けるようにしてくれ」と頼んだ。

なんといっても一人でトイレに行けないのはツライ。私は今それができていない。「一人でトイレに行ける」ということが生きている形であり、大げさに言えば、これが人類最後の願いだと思う。その願いを遂げるのが、今の私のゴールだ。

この独身オバチャンプロは、私が梗塞を再発して、その結果、私の死に目に会いたくないと私の所から去り、ナント、アフリカのセネガル共和国のリハビリ教習所の教官に招かれたそうだ。アフリカはどこも、マラソン・サッカーなどが盛ん。リハビリとはスポーツリハビリ。これは治せるリハビリだ。イカッタ。やるもんだ。

# 「今」を生きるケア

## 第84回　対象とならないもの

佐藤俊一（淑徳大学）

### 前へ進む

7月の下旬に入り急に暑くなった。身体が十分について行けないと感じてはいるが、ジョギングは続けている。さすがに夕方はきついが、早朝ならば何とかなる。そして、一日は長くなるが、それなりに充実した日々を過ごせる。

前期が終わるに当たって、いろいろなことに区切りをつけた一ヶ月だった。学生の実習計画書の最終確認には、かなり時間を要したが、これをきちんとしないと実習が生きてこない。さらに、専門演習の3年生とは、前期の振り返りと夏休みに読む本と課題について個別に話し合った。その結果、学生の学びたいという気持ちが少し見えるようになった。卒業演習の4年生は、ようやく数名の就職試験が始まった。学生の活動状況を確認し、数名の推薦書も書いた。卒業論文の進行も早いとは言えないが、とにかく全員が第1章を何度も修正しながら書くことで意欲が出てきたことがわかった。

意図的に区切りをつけようと行動したわけではないが、先に取りあげたこと以外にも多くのことに結着をつけている。こうやって区切りをつけることで、先に進めるということに改めて気づいた。おそらく長年にわたって繰り返してやってきたことなのだろうが、こんな想いを今回強く抱いたのは、これまでのあたりまえでは、学生と向き合えなくなるとハッキリわかったからだ。これから、もっとそうした事態に直面することになると自分に言い聞かせ、前へ進むことができた。

### 新たな挑戦

私は、これまで研究や教育において、対人援助職の〈感性〉を基盤とした〈実践力の開発〉を行ってきた。その方法の中核となるのはグループ臨床であり、グループトレーニングの中で参加者の感じる力を育ててきた。

この夏から、新たに始めようと準備していることがある。それは、〈音楽〉を聴くことで、受講者の人たちが身体でどのように感じるか、あるいは感じられるかということを行ってみたい。具体的には、夏以降に、いくつかのセミナーで実施する予定である。

この新たな試みには、背景となることがある。日本ミュージック・ケア協会との全国セミナーを中心としたおつきあい、なかでも会長の宮本啓子先生との出会いである。宮本さんは会の名称を、援助者が一方的に治療を行うのではなく、相手とともにケアし合う関係になっていくことを大切にして〈ミュージック・ケア〉と名づけた。そのきっかけとなったのが、私が2人の仲間と勉強会の成果として発刊した『ケアへの出発（医学書院）』だった。早いもので、この本が出版されて、もう20年近くが経つことになる。

長い間、宮本さんたちの実践をことばにするお手伝いをさせてもらってきたが、自分でも実践してみたいという気持ちになった。私自身は、音痴でリズム感もよくないことを自覚している。しかし、音楽は大好きである。学生時代には、作詞作曲クラブに入り、オリジナル曲を大胆にも歌い、演奏していた。今思えば、オリジナルだから、メロディー等を気にせずにできたのであろう。

### なぜ、音楽をきらいになるのか

8月の全国大会に間に合わせて、宮本さんがミュージック・ケアの理論編の本を出版する。その紹介文を依頼され、そこにも書いたのだが、会の参加者は圧倒的に女子が多く、男子が少ない。中でも、中高年の男子がいない。その実践では、音楽を直接的に身体で感じ、身体を動かすからだろう。私の行うグループ臨床でも、同様に男子は少ない。やはり、感じたことを表わすことがポイントになっているからだ。

両者に共通しているのは、〈感性〉なのだが、中高年の男子にとって、感じたままを表わし、行動することが難しい。先ず〈考える〉ことが身についているからだ。考えてから行動するのが大人であり、先のことを予測しないと不安で行動できない。また、感じたことをそのまま表わすことは、無防備なことだと考え、自分を護っている。ミュージック・ケアにおいても、参加者は音楽に合わせて身体を動かすのだが、どうしてもぎこちなくなり、腰が引ける。

こうしたコメントを紹介文に書いた後に、ミュージック・ケアの生みの親である加賀谷哲郎先生の文章を読み返した。その中で印象に残り、また私の先の想いともつながったのが、「どうして音楽がきらいになるのだろうか（『加賀谷哲郎―心の笑みを求めて』石川磁場の会）という一文だった。

小学校に通うようになり、高学年になると音楽がきらいになる生徒が多くなる。その理由は、音楽教育によって規則正しく、美しく表現することを求められからだと、加賀谷先生は指摘する。音程が外れたり、歌詞を間違えても自由に歌えたのに、それができなくなる。こうして、〈できない〉ということで、音楽をきらいになり、遠ざかり、音楽の場へ参加することがなくなってしまう。

### 音は直接的に伝わる

音楽の魅力とは、身体で感じ、自然と気持ちが動くことにある。その可能性は、誰に対しても開かれている。ところが、感じるのではなく考えることを行うと、音楽は対象となってしまう。そのため、直接的に伝わるものが、伝わらなくなる。また、表現する技術が高まらないということで、できない人は劣等感をもつ。そのため、感性を高める機会を失ってしまうことになる。

音楽は、対象としてではなく、直接的に身体に伝わって感じられ、〈だれでも〉楽しめる。この対象とならないものを感じることで、私たちは自分の殻から抜け出し自分を表わすと、相手がすぐ傍にいることがわかるのである。

# 四苦八苦

## ―666床の療養病床そこからイメージすると―

埼玉県のさいたま市から、私鉄とJRを利用して事務所に出勤している。といっても、年間に90日ぐらいだが、電車の中での都会人の行動はすごく勉強になる。例えば、東日本大震災後に起きた座席をハンディキャッパーに譲る動きの増加が、スマホの急速な普及によって減少してしまったことだ。先日は若い男性に席を譲られたから消滅とまではいってないが、ずいぶん減った。周囲への関心が、スマホの画面に転換し、忙しく指を動かすことに関心が集中している。けして、いいことではない。

その私鉄の広告は、医療関係と大学関連がほとんどだ。スカイツリーの広告が増えたのは、開業間もないからだろう。今日、その広告に「看護師募集」の広告があった。H病院のもので、この病院は医療経済学で有名なKさんが最初に就職された病院だ。その後、勉強されて大学教授になられた。

そんな想いでいると、なんでわたしは大学教授の椅子を断ったんだろうと思った。B大学の、社会福祉学科の教授のおさそいだった。あらためて当時を想い返すと、わたしは机の上の学問より現場の対人援助職との関わりに魅力を感じていたのだ。7頁の佐藤俊一さんは大学教授で対人援助職の人たちと関わりをもたれており、いまさらながら思考の浅さを恥じている。

そのH病院の看護師募集広告でわたしの関心をひいたのは、「療養病床666床」の活字だった。もっと多い病床を有している医療法人はあるが、関東地方で666床ともなると、いまさらながら「少子高齢化」を想ってしまう。そして、いくら超高齢社会でも病院として、病床として、そんなに必要とされているのかということに思いが走る。

逆にいえば、病院でなく施設でもいいのではないか、病床ではなくて生きる場でいいのではないかと思うのである。ときどき述べることだが、家では死にたくないという人が増えたのでどこで死にたいかと訊くと、病院で死ぬといわれる人が多い。オイオイ、病院は病気を治しに来るところで死にに来るところじゃないよ、と言う。

もちろん、治療に全力を尽したけど死んでしまう人はおられる。しかし、ハナから死ぬため、死に場所を求めて病院に来るのは間違っていると信じている。ましてや、急性期病院で最期を迎えようとして入院する人は、せめて療養病院に行くべきだと、これも信じる。

そして、それは療養といえば療養だが、病床というのは無理がある病床もあるのではなかろうか。療養床と称するならスンナリと入ってくるが、病床となるとイロイロ治療をすることになる。もちろん、人生を支え、痛みをとり、体調は整え、QOL（生きててよかったと想えるひととき）は充実したものにしなければならない。

施設といってしまうとイメージがクライが、わたしの持論である「主として老人が生きていく場所」は、絶対に社会を求めているのである。そして、胃ろうは必要なら実施すべきだが、それが病床として必要なのか生活として必要なのか、ではなかろうか。

666床もの療養病院をイメージするとき、やはりQOLを一番大事に考える、わたしである。死んだほうがマシだと感じながら生きていく人生に意味を感じる人もあれば、意味を感じない人もいるのではなかろうか。患者ではなく人として、である。

H病院でどんなケアがなされているかウンヌンのハナシではなく、主として老人であろう療養者が666人もおられる場が存在してしまうのである。老人になるとわたしも動きが悪くなる。ケロッとモノ忘れをする。そんな人が666人おられるのだ。看護師の年間休日が多いのと、なんかギャップを感じる広告だった。

岡田


介護業界の常識を超える!

職員の自主性を重んじる
利用者の家族と職員との交流を大事にする
職員教育へ投資する
介護と保育を融合する

**変わる勇気、変える勇気**
**こうほうえんのサービス改革**
**井上邦彦・著**

生産性出版
ISBN 978-4-8201-2006-3
C2034 ¥2000E

ぜひお読みください。　社会医療研究所
所長　岡田玲一郎

# この一ケ月の喜怒哀楽

**◎セレモニーホールの跋扈**

わたしの住んでいる、さいたま市岩槻区は人口八万人ぐらいの街である。もう十年以上になろうか、葬祭場が街外れに出現した。街外れであったが、反対運動があった。その葬祭場がいつの間にかセレモニーホールと称するようになり、街の中心部にもうひとつ出現した。その後、大手葬祭場チェーンが進出し、現在、三ヶ所のセレモニーホールがある。死人が増えたこともあるが、公民館などで葬式をする人が減ったのだろう。事務所のある東京都北区では、まだ町民会館みたいな小さな町内会の建物で葬式を出している人もみられる。

しかし、セレモニーホールの跋扈、恐るべしである。新聞のチラシ広告でほぼ毎日、激戦を演じている。なにしろ儲かる商売で、病院の事務長をしていたころは、死者を紹介すると常識外れのキックバックというか賄賂というか、現ナマをもらったものだ。いまでも、それは残存しているのだろう。

テレビをみていても、スポンサーはパチンコ、サプリメント、自動車保険と肩を並べるように出没している。大手のテレビじゃなくてスカパーのプロ野球のスポンサーともなると、四大産業だ。そういえば、大相撲の賞金の広告もパチンコ産業が目につくが、さすがにセレモニーホールはないようだ。NHKさんが、遠映しにするから見えないのかもしれない。もっとも、大相撲とセレモニーホールは相性が悪かろう。でも、相撲で死に体ってあるから、いいのかな。

要するに、一般産業の力が弱って周辺産業の力が強くなったということなのだろう。さて、オレの葬式はどこでやろうか。やっぱ、やんないほうがいいと思う。

**◎笑い、飛ばそう。グローレと……**

ゴルフクラブのメーカー、テーラーメイドゴルフ㈱の新聞広告だ。……以下は「ともに。」と続く。怒ってゴルフすると、絶対にダメだと痛感したと友人に電話した日の夜に見た広告なので、ヤッパリ感があった。

怒ってゴルフなんかするの、といわれる人がおられるかもしれないが、己の下手さ加減にハラが立ってクラブを振ることは多い。悪循環というヤツで、怒ってクラブを振ってミスするから、また怒るのでアリ地獄みたいだ。

笑い、飛ばそう。これは語呂合わせみたいな感じだが、わたしなら「笑いで、飛ばそう」にするけど、意味はとってもよく分かる。要は、余裕、それは身も心も余裕の気分でクラブを振ると、ボールはマッスグ、そしてよく飛ぶ。

仕事も、同じだろう。研修参加者の態度に怒って研修すると、ロクな研修にならない。ニタニタ笑いはよくないが、ゆとりの微笑のときは結果がよい。そりゃあ、研修を受けるほうだって、不機嫌な怒り顔はゴメンにきまっている。心したい広告だった。

**◎地方場所の常連さん**

先月は、大相撲の名古屋場所があった。久しぶりの熾烈な優勝争いで、日馬富士が優勝した。決戦は凡戦だった印象がわたしには、ある。そして、お客さんは地方は少なくなる。人口の問題は、厳然としてあるのだろう。でも、プロ野球の中日ドラゴンズは、結構、お客を集めていたように思う。

大相撲の地方場所では、必ず常連さんというか15日間皆勤の贔屓筋のファンがおられる。名古屋場所でいえば、わたしが目についているのは、鶏顔の女性で鶏屋さんのおかみさんだそうだ。大村昆さんそっくり（でも若い）の男性も、かの女性の反対側の砂かぶり近辺におられる。

また、関取さんたちがタニマチと一緒に食事に来られていることが顔に出ている女将さんもおられる。大相撲にとって大事なお客さんなので、席も決まって同じ席が取ってあるのだろう。日の丸おじさんで山田さんというのか記憶は定かではないが、いつも向う正面の5～6段目の中央で日の丸の扇子を振っておられる。近年は、力士のしこ名をプリントした紙を周辺に配られている。日本人力士が横綱になって欲しいという願いが込められているようだ。

病院や施設も、このような熱心な支援者をもちたいものだ。と書いて、先日、熊本の特養で看とったご家族から連続で寄附を頂いた話を想い出した。きれいな看とりケアは力士が力を出し切った勝負と同じだ。いい相撲をしないとお客が離れていくことと同じになったら、経営にならないのだ。力士とは、もちろん病院、施設では職員である。力を出し切ったケアを提供することこそ、経営だ。

**◎ウチの病院とコノ病院　再考**

最近の仕事で、右のフレーズはしっかり受けとめる職員が多い。事実、自治体病院、特に労働組合員の人たちは「コノ病院は……」と言われる人が多い。民間病院ではめったに聞かないことだが、いまや総理大臣まで「コノ国の……」と言う。ウチの国とまで言わなくてもいいから、せめて「わが国の……」と言って然るべきだろう。だから、センセン、カクカクなんて慎太郎さんに言われてしまう、のだ。別に野田とは書かないが、わが国に命を懸けてもらいたい。

病院も、わが病院意識が不可欠だと思う。だけど実態は、コノ病院意識の職員もいる。それは、社会全体が弛緩している所為だと思っている。もっといえば、無関心がそうさせている。自分の働いている組織にさえ関心がないのだから、わが病院、われわれの病院という意識は持ちにくい。

その根っ子を探ると、教育現場に行きついてしまう。教師の意識は、個人によってまるでちがうとしか思えない。生徒への関心があればイジメの防止に心が動くのだろうが、少なくとも新聞で報道されている限り、無関心もここまでいってしまったのか、と思う。

だからわたしは、職員研修を大事にしている。働く場所が教育していくしかないし、それに応えてくれる職員はいっぱいいることが、教育荒廃の証明だ。

岡田

## これからの一ケ月の不安・不運・不信

# 医療の沸騰点

―「最期の晩餐」で生きる勇気をもらった―

先月号の2頁、新須磨病院　院長の澤田勝寛先生の「最後の晩餐」は、胸が熱くなるとともに爽やかな清涼を感じた。タイトルは「最後の晩餐」だったが、文章の終章部分では「最期の晩餐」になっていたのも、自然の流れと感じた。

94年を生きてこられた洒落た老女の動きが、わたしには手に取るように感じたのは、澤田先生の文章力だ。よく、澤田先生の2頁の文章への賞賛を聴くから、わたしの独断ではない。

ステーキは、わたしも好きだ。今日も、とろけなくて、やや硬いステーキを食べたが、肉、特に牛肉ってどうしてこんなに美味なのだろうと、いつも思う。近森病院の川添管理部長（名前を出してゴメンね）に言わせれば、身体（からだ）が肉を欲しているんだから、旨いんだそうだ。魚は干物は好きだが、最期の晩餐は絶対に刺身も干物も嫌で、ステーキがよい。

スパイの嫌疑をかけられながら生きてきた老女の人生に、わたしは父親を想った。わたしの父も特高警察に目をつけられ家宅捜査を受けたと母から聞いたが、第二次大戦中は「赤」ではなく「桃色」でもレッテル貼りがあったのだ。魔女っぽい老女の方も、そんなことがあったのだろうと、想った。

でも、女はいいよな、魔女になれるから。男はそうはいかない。魔男と書くと間男と混同される。そして、女性は人生もやわらかく生きていくのに対し、男性はどうもコキコキという感じがする。澤田先生の部屋でステーキを食べるし、そうして食べたいと意思表示されている。男、特にわたしのような硬直した男は、院長室でステーキを食べたいなんて言えないし、そういわれても照れてしまう。

大量の腹水を抜いた後も、実にスマートだと男のわたしは魔女にヤキモチを焼く。「ご迷惑でなければ……」と前振りしながらも、「……このまま最期まで入院させておいてちょうだい」となる。

わたしだったら、粋がって「病院で死にたくないから、有料老人ホームの自分の部屋で死ぬ」なんて言うんだろうと思いながら、読んでいた。そのときは気づかなかったが、いま、ここまで書いてきてタイトルの「最後の晩餐」は「最期の晩餐」だったにちがいないと思っている。しかし、晩餐の「餐」の字はメッチャ書きにくい字だと実感させられた。

しかし、澤田先生の文章って小川のせせらぎの感じがする。無理な流れや大河のダムのある流れではなく、小川のせせらぎのようにわたしは感じる。わたし自身の文章も、そうありたいと希望した。

94歳まで生きる自信はないが、医療関係者から「元気そう」とか「肌の艶がいい」といわれると、妙な自信も出てくる。しかし、94歳というとまだ14年あるとおもうと、たちまち自信が崩壊した。一年、一年積み重ねていくしかないというのは、理屈である。積み重ねる気持ちで生きていくのは、なんだかシンドイ。ふと気が付いたら、一年経っていた、二年経っていた、なんてのがわたしは好きだ。

今年になって悩んだことは、社会医療研究所を誰が継承していくのかだったが、持つべきものは友で、その悩みを持ち掛けても返答はなさらない。「一代モノですよ」の一言が、わたしにとって悩みの解消の最大のツブヤキだった。

岡田の前に岡田なし、岡田の後に岡田なしという心境で生きている。わたしの味は一代モノ、わたしはわたしで生きていけばよいと日を経るごとにおもうようになり、わたしも魔女に近づいてきてるかなぁ、と想ったりもする。だから、最近、すごく自由を感じるし、寡黙な時間が少なくなっている。

そんな心境？のときの澤田先生の文章だ。魔女を種に書かれているが、これも澤田先生の人生の幅を書かれている、と思う。　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 | | | | ㈱エイ・エム・シー | 03-3899-8855 |
| 名古屋 | 0567-94-6411 | 浜松 | 053-444-1433 | 沼津 | 055-995-1551 | 静岡 | 054-655-2001 | ㈱アイ・エム・シー | 0299-48-4001 |
| ㈱星医療酸器関西 | 本社 | 072-810-5000 | | | | | | ㈱ケイ・エム・シー | 0467-70-7661 |
| 大阪 | 072-810-5000 | 南大阪 | 072-226-1876 | 京都 | 075-646-1770 | 西神戸 | 078-974-8008 | ㈱星エンジニアリング | 03-5837-2281 |
| 尼崎 | 06-4868-8225 | 徳島 | 088-637-6494 | 和歌山 | 073-480-5355 | | | ㈱星コーポレーション | 03-5839-8331 |

# 心のケア？

モノもコトバも、その量が増えると意味が薄くなる感じがする。「心のケア」も、そのひとつのような想いがするのは、わたしだけではなさそうだ。しかし、モノにしても、ここで例に出した心のケアにしても、それを実感することはある。心のケアの実態ではなく、そのコトバを発するその人そのものに、ほんとうにそうだと実感することがあるから、単なる心のケアというコトバの量だけが、心のケアの意味を薄めるのではない。

別の例を出すと、「患者さま」というコトバがある。このコトバも大量に医療の現場に出てきた。氾濫という表現がピッタリと感じることもある。老人施設などでは「お客さま」という表現をしている所もあるが、これもピッタリと感じる職員と、言わされていると感じる職員がいる。なにも感性が鋭くなくても、どなたでも感じられることだと経験してきた。

要は、そのコトバを発する人間のビヘイビアの問題だと思う。その点、JRの職員は、JR九州であろうが東日本であろうが、言わされてる感のある「お詫び」はどんどん少なくなった。つまり、マニュアルを読んでいるのではなく、そのときの気持ちが含まれている含意のお詫びの心である。

病院で使われている「患者さま」も、先に述べたように氾濫している。JR各社とちがうところは、それがピタッと感じる職員が少ない病院と多い病院という病院間格差があることだ。患者さまがおられるから生活できているという大原則に立たないと、ピタッとはこなくて言わされてる感になってしまう。医師間格差を経験しておられると思うが、患者さまがおられるから生活できていると真から思われている医師が少ないと、どうしても言わなきゃいけないから患者さまと言うかになってしまう。そのへんが事務職員とのビヘイビアの差となって表われるのだろう。

さて、心のケアである。そもそも「心」ってなんだろう。徳島県の老人施設の建物の外壁に大きく「心と心」と書かれているグループ施設があるが、あれだけ大量になると、ほんとうに心のケアとはなにかが、分かっておられるのかと日常の言動を伝え聞いておもう。

わたしは、心とはその人そのものだと思っている。つまり、動く存在であってマニュアルは通用しないケアだと思っている。もちろん、心のケアのマニュアルは作ってよい。作ってもよいのだが、そのマニュアルでケアしても通用しないことのほうが多いよ、と言いたいのである。育児のマニュアルはあるが、そのマニュアルが通じることは少ないのである。

患者さんや利用者さんは、どんなときに心のケアが必要となるかは、ここで書かなくてもお分かりだと思う。通常の状態では心のケアは必要としないのだ。心が悩んだり（その人が悩んだり）、苦しんでいるときにケアが必要なのであって、24時間365日ケアが必要な人はそんなに多くない。

24時間365日必要なのは、心のケアではなく洗脳というヤツだ。オウムを出すまでもなく、ある種の宗教は24時間365日「心のケア」をやっている感じである。ケアでなく真理だと言うかもしれないが、それはケアの押しつけ、無差別爆撃というものだ。

それと似たことが、病院や施設にないわけではない。経営側に都合のよい理念の強制は、心のケアでなく洗脳である。社会性があり、動く理念ならよい。宗教の教義のような理念ではなく、そこに常に社会がなければなるまい。社会に損失を蒙らせる理念であってはなるまい、ということだ。

「この国……」意識は、心のケアと無関係だ。「わが国……」意識こそ心のケアの原点だと信じているのだが、政治家の人は分かっているのだろうか!?

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365回 これからの福祉と医療を実践する会

来年4月から人口20万人の二次医療圏が新たにスタート。これからは地域生活者を中心とした考え方と、自施設で出来ないことは出来るところとの協働化が求められる。実質的な地域包括ケアである。

こうした状況下、今例会では当会初の企業病院とも言える、福岡県の飯塚病院より御発題いただく。飯塚病院では一〇〇〇床を超える今日、問題点もいくつか出てきた。その一つが、年間45,000件を超える救急搬送受け入れへの対応である。そこで考えられたのが今回の主題である〝地域医療サポーター制度〟の構築。今では、サポーター認定者は366名となり、地域生活者への啓蒙は二千五百名を超えた。このサポーターとは「病気の予防と適正受診を自ら実践して周辺住民にその知識や情報を広めてくれる人」と定義し、病気の基礎知識と医療機関との付き合い方の養成講座を3回、受講すると認定される「仕組み」をつくられた。

その他、数々のアイディアあふれる活動の成果により新聞や地元TVにも取材されている。増患策で最も効果的と言われる口コミ広報活動の組織化である。まさに、地域にとって、生活者、患者、病院の三方一両得の策なのだ。

もちろん、地域も規模も異なる組織が同じことをしても成功するとは限らないが、企業流の考え方は医療機関のみならず介護福祉施設でも大いに参考となる。今回は殊に経営陣や企画担当者の御参集を期待したい。

（天野武城）

**日　時**　九月二十一日（金）
午後二時～四時半

**時代の先駆け、**
**地域医療サポーター制度**
……実践事例に学ぶ
地域包括ケアへの対応

**御発題**　株式会社麻生飯塚病院
広報室長兼リクルート室長
**萱嶋　誠　氏**

**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

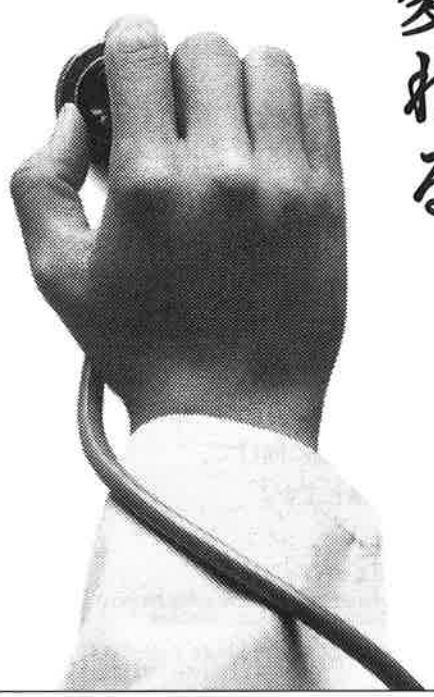
**申込先**　Tel.　03-5834-1461
Fax.　03-5834-1462
E-mail : jissensurukai@nifty.com

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

縁起が悪いとか、弱気になってるとか、言わないで欲しい。蝋燭（ろうそく）の火は消える前に最大の明かりの炎（ほのお）になる。人生という蝋燭は、乳児のころから現在（いま）の人生になる。最後は（最期ではない）は、最大の炎（ほのお）となって、やがて尽（つ）きる▼えっ、縁起が悪い!?　ん～なことはないよ。だって、最後の明かりの時間は瞬間ではなく4～5年モノだからだ。いや、もっと永いかもしれないのは、蝋燭の長さをみればよくわかる。ヤッパ、どうみても2～3年は燃える▼その燃える人生を、ホント、感じているここ1・2年だ。仕事を求めていないのに、仕事がくる。燃える想いを感じない仕事は、断っても、だ。もっとも、心が燃えない仕事は労働か作業でしかない。だから、心が燃える仕事は続ける▼老害、老残、いろんな熟語があるが、燃え尽きてしまえば〝害〟も〝残〟も〝酷〟もないとおもう。でも、自分の残酷さを感じた。3頁の北林さんと6頁の天野さんの頁を来年から半分にしてしまう。その頁を書くことに燃えておられたのに……▼人生、残酷は必ずある。いや、残酷じゃないと、生きていけないと実感している。これからも、燃えて燃えて生きていくのだが、そこに残酷な風が吹くかもしれない。〝風〟とは病いや事故なのである。


あっ、日本の病院が変わる。



プロジェクトマネジメント
日揮のPMが、変えます。

次代が求めた病院づくりの新手法、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