

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

小判鮫商法から 共生魚経営への転換

所長 岡田 玲一郎

「早期退院」というコトバの怪しきについては、9頁でちよつとだけふれた。早期の意味がよく分からないのだが、どうやら入院したら早く退院させる（してもらう？）ことのように、DPCも影響している。当然、急性期病院で話だから急性期のまま退院というところもある。5年前から書いているアメリカの「短期急性期病院」から退院して「長期急性期病院」に転院していることが、日本でも起きてきた。いわゆる、機能別病・病連携であるが、アメリカのように短期急性期の在院日数5日でそれを受ける長期急性期が25日というのは、わが国では無理だ。わたしは、短期急性期10日、長期急性期60日とみている。

病・病連携とは 小判鮫商法かな

大きな急性期病院にびつたりくつついて経営する小判鮫商法を口

にされる病院があるが、それはあまりにも安易だ。大病院がくつつけさせてくれれば共に大海を泳ぐということができると、急性期大病院がくつついてくるなど排除したら、小判鮫は大海の中で大きな魚に食われて、命果てるだけだ。

つまり、小判鮫が一方的に大きな魚のお腹や背中にくつつくだけでは、排除されてしまう。大きな魚（短期急性期病院）のために、仕事をしなければならぬのである。小判鮫（中小病院）が小判鮫として一生（というのかな？）を全うしようとするならば、だ。

機能別病・病連携を確立するためには、連携による価値が求められるのは、当然のことだと思ふ。くだいようだが、中小病院側が短期急性期病院と機能別病・病連携を確かなものにしようにするならば、小判鮫商法では無理だ。

じゃあ、どうすればよいのかといえば、大きな短期急性期病院が

なにに苦悩しているのかを知り、その苦悩を取り除かなければ、商売にならないのではなからうか。

小判鮫商法を捨て 共生魚経営への転換

わたしは、もちろん魚類学者や「おさかなくん」ではないから、魚の生態については詳しくは知らない。知らないけれど10月の下旬NHKのテレビを見ていたら、大きな魚と小さな魚が共生している映像を見た。眼から鱗々として書くところ、魚つばいハナシになるが、まさにそうだった。病院同志も共生がいのだ。ただし、同じ志の同志であつて、同士ではダメだ。

なんと小さな魚は他の魚やいるかなどに襲われないため、大きな魚（まんぼうなど）の鰓の中を掃除したり、体表の寄生虫などを食べて（取り除いて）いた。中には大きな口の中に入って口腔ケア？をやっている魚もいた。食われなところ、共生の共生たる所以で、ものすごい参考になった。

共生してない魚の口の中に入ったら、一生の終わりだ。別に危険を顧みずといった感じではなく、

映像の大きな魚が心なしか気持ちよさそうに映った。短期急性期病院にとつて気持ちのよいことをやれば、危険はない。

小判鮫みたいに、ただ、海洋を移動する手段のために急性期病院にくつついたつて、いつかは離れ離れになってしまうのだ。大型魚にとつて、なんの意味もないからだ。まるで、病院の世界だ。

実際問題にしても ウィン・ウィンが必要

英語でよく使われるウィン・ウィン・シチュエーションつて、大型魚と小型魚の共生に似てませんか？ 両者が得をする関係が短期急性期病院と長期急性期病院、長期急性期病院と慢性期病院の関係にも必要である。鰓の中のゴミか寄生虫みたいな患者さんを受け取つてあげればいいじゃない、とわたしは思うのだ。口の中に入って口腔ケアしてあげればいいんじゃないかと、単純に思う。複雑な話ではなく、そうしないとウィン・ウィンにはならないのである。

短期急性期病院と長期急性期病院の共生を実現している病・病連携は、いまは極めてときの少数派だが、そこにはつきりとみられるのは短期急性期病院で困っている患者さん（大型魚でいえば鰓の中のゴミ）を長期急性期病院がお掃除している。そこにウィン・ウィンとしての共生が実現するのであ

る。えらい断定的に書いたのは、わが国でもそれが実現しているからである。ゴミ掃除なんて、患者をゴミ扱ひするのかといわれる正義漢がおられて罵倒されても、わたしは結構です。短期急性期医療としてはゴミだからである。

それとも、急性期病院がゴミ屋敷化して東京都足立区みたいに区費で排除されてもいいですか。放置しておく、短期急性期病院はみるみるゴミ屋敷化するのである。

短期も長期も、安易に経営するとゴミみたいな患者がいっぱい溜まる。足立区のゴミ屋敷対策とはコトがちがうから、ゴミ屋敷化した急性期病院はゴミに押し潰されるしかない。しかも、わが家のゴミなのだから自業自得だ。

でも、こんなに一生懸命書いても一顧だにされないの、だろうなあ。一顧はあるかもしれないが、わたしの言っていることは10年早い。昨夜も、ある病院の理事長に10年以上、いやもつと前に「日本病院会ニュース」の中小病院コーナーで書いていたことを評価された。嬉しい話ではあるけれど、いまま

世の中は、高校教師まで派遣・契約教師が出現した。いい教育ができるできないの問題を超越して、すごい時代になったもんだ。医療も、10年後には本紙で書いていることの8割は現実となつていると自らを信じている。

組織医療としての病院

(301)

— 許認可の虚実 —

新須磨病院
院長 澤田勝寛

案の定というか、期待通りというか、三つの大学の新設許可を、田中文字部科学大臣の一声で取り消すという騒ぎがあった。

猛反発をくらいい、「大学側には認可できないと伝えたが、不認可処分にするとは伝えていない」という詭弁を弄する役人に助けられて、前言を翻し、許可を出した。

この報道を聞いて真つ先に思い出した文章がある。14年前に発売された当時成蹊大学教授であった竹内靖雄先生の著書「日本の終わり」に書かれている各国の気質を揶揄したジョークである。全文をそのまま、紹介させていたたく。

ドイツでは禁止されていることは禁止されている。

イタリアでは禁止されていることも時に許される。

旧ソ連では許されたこと以外はすべて禁止されていた。

ロシアでは許されていることも時に禁止される。

イギリスでは禁止されていることも許されていることも法律には書かれていない。

アメリカでは禁止されていること以外はすべて許されている。では日本ではどうか。

何が許されており、何が禁止されているかについては、官庁においていを立てなければならぬ。

これが法治国家・日本の「真実」である。そこで何事についても官にお伺いを立て、官の指導を仰ぐことになる。すると次のようなやり取りが行われる。

民「このやり方でよろしいでしょうか」

官「適当とはいえませんが」

民「法律では禁止されているのですか」

官「そうゆうわけではありませんが」

民「ではやつてもいいんですね」

官「われわれとしては、そうは申し上げられません。何しろ前例のないことで、この世界の慣行に合致していませんから。関係者の意向をよく訊いてみなければ・・・」

民「では私たちがこれをやった場合にはどうなりますか」

官「仮定の質問にはお答えいたしかねます」

こんなやりとりを通じて、官の意向を無視して強行した場合には「ただではすまない」という空気が伝わってくる。官に逆らった時に、何をされるのか、どんな報復や嫌がらせを受けるのか、これを

考えれば恐ろしくもあり、何より煩わしい。結局、官が「大丈夫、問題ありません」と太鼓判を押してくれたこと以外は、やらないのが無難だということになる。これが、官と民の関係を律する日本的な行動文化なのである。

（「日本」の終わり 竹内靖雄 日本経済新聞社 1988年出版）

官とのやり取りだけでもこれほど大変なことである。何年もかけて、文科省の「ご指導」を「賜り」ながら準備をすすめ、審議会も通った矢先、思いもかけぬ暴走大臣の横槍が入ったわけである。大学関係者にとつては青天の霹靂、怒り心頭であろう。気持ちは痛いほどわかる。

当院は関連施設として、医療専門学校、訪問看護ステーション、老人保健施設、リハビリ病院、クリニック、有料老人ホームなど開設してきた。そしてそれは、ある意味、行政・医師会との戦いの歴史ともいえる。

老人保健施設は15年前に開設した。施設基準どおり、老健施設を数多く手がけた設計事務所設計を依頼して図面を引いた。それを持つて県庁へ出向く。設計図を見たこともないであろうと思われ若い担当官が図面を見ながら、色々と質問をしてくる。わかりきったことをくどくど説明しなければならぬ。「ご許可」をいた

くまでには我慢するしか仕方がない。何度かやり取りしたあとに、医師会の了解をとって下さいと言われた。認可には医師会の了解が必要だった。行政から認可が下りそうになっても医師会の了解がなかなか得られなかった。

ある晩、当時の医師会長の自宅を訪ね「どうして了承してくれないのか」と聞いた。すると「新須磨病院は、なんでもやり過ぎだからだ」と言われた。

理由も理屈も何もあったものではない。単なる感情論での反対であった。その後、何度か医師会と折衝を重ね、ようやく開設にこぎつけた。

その老健に病院を併設したのが6年前である。既存の病院に老健を併設するのが通常の道筋である。この時は既設の老健にあとから病院を併設するわけで、行政も戸惑ったようだ。最初は反対された。その理由は「前例がない」からであった。

法的には何ら問題ない。施設基準も満たしている。他府県で認められた例を挙げて、なんとか行政の了承は取り付けた。

問題はまたまた医師会であった。夜八時に医師会館に呼ばれた。相手は二十人ほど。こちらは私一人。院長予定の医師の資質や資格についての説明を求められ、色々「お小言」を頂戴した。設計図を広げ部屋の配置や老健との接続

についても言及された。開業医は世襲が多い。自分の子供に跡を継がせる時ものように資質を問題にするのか。

公的病院の院長を選任するときにもその資格を審査するのか。医師会に何の権限があつてそこまで言われるのか。

病院の院長の資質に関して基準があるのか。設計に関して、どのような権限と知識で文句を言われるのか。などと、私も腹が立つて反対に質問をぶつめた。

それに関しては誰も答えることができず、うやむやなまま結局は医師会も了解することになった。ある医会の幹事をしていたことがある。その医会に入会申し込みがあると、審査担当委員が入会希望者と面談をする。入会申し込みをしていたある病院の院長の入会希望は認めないと、幹事会で決まってしまう。却下の理由が、品がないということだと聞いて唾然とした。そこで、品の基準は何かと尋ねたところ、委員長に嫌な顔をされた。しばらくして、私は幹事を辞任した。

デイス イズ ジャパンといつてしまえばそれまでだが、今回の大学新設の認可騒動で、日本における許認可のあまりの理不尽さを再認識したので、一筆を啓上した次第である。

怒りの文章にご容赦のほどを

iPS細胞の山中教授がノーベル賞に決まった。ロクな情報のない世の中で、ひととき喜びしく元氣の出るニュースである。

皮膚などの細胞から、心臓や神経などさまざまな細胞になれる「万能細胞」ができるという発見で、いつも連想するのは『旧約聖書』の「人間の誕生」だ。

いまから2500年以上前の「創世記」にはこう書かれている。「神はご自分にかたどって人間を創造された」が、男を「深い眠り」に落とし「あばら骨の一部を抜き取り、その跡を肉でふさがれた。そして抜き取った骨で女を造りあげられた」

これは全身麻酔で取り出した「万能骨片」とでもいべきか。

*

まえから、再生医療に関心を持ち、生と死について考えていたのは「天才」奇才」といわれる山田風太郎だ。「くノ一忍法帖」の通俗作家と思われるかれの文章と発想は、司馬遼太郎が世に出た『鼻の城』の手法にしたというほどで、関川夏生など「一行を読めば一行に驚き」、多くの小説家に文字五六字づつ技術上達の霊符として吞ませたきもの」と、一葉の『たけくらべ』が出現したときの子規や露伴の賛辞をこの奇才に捧げている。

もともと医師である風太郎が、人間の「死」について深い関心を

抱くのは当然としても、800人を越す古今東西の人の死に際を調べあげ、3巻千数百ページの『人間臨終図巻』に集大成するのは、たいへんな執念とエネルギーだったろう。

なにしろ古くは釈迦（昔の食あたり、80歳）、孔子（老衰、72歳）、キリスト（十字架、32歳）から、夏目雅子（急性骨髄性白血病、28歳）、一番若い八百屋お七（火あぶり、15歳）まで、822人が死亡年齢に並ぶ壮観は、どのページを開いても引きこまれる。

*

がんと暮らせば『人間臨終図巻』

このうち「がん」で亡くなったのは120人（7%）だった。

部位別にみると、いちばん多いのは腸、肝臓がそれぞれ18人、ついで胃（16）、肺（11）、咽頭・食道（11）、リンパ・血液（10）、前立腺（8）であり、ぼくと同じ臓器がんで亡くなったのは次ぎの4人である。

まず戦後われこそは後醍醐の家系を継ぐ天皇家の正當な直系と、マッカーサー元帥に直訴して世間の話題をさらった名古屋の雑貨商・熊沢天皇。MPの護衛で各地を講演して回った。78歳没。

名優・中村翫右衛門は河原崎長十郎とともに、歌舞伎に叛旗をひるがえし、前進座を立ち上げ、多くの名舞台を提供した。

57年正月、京都南座に出演していたが、日に日に疲労で衰弱してゆくのを、共演者たちは不安と驚嘆の眼でハラハラしつつ舞台に送り出していた。

このあと病床につき、臍臓がんの手術を3回くりかえしたが、5月21日に「寒い」とつぶやいて息をひきとった。81歳。作家・正宗白鳥（83）は若いころ「バイブルは凡書だ」と意気が

きたのは自然である。舟橋ごときの解し得る問題ではない」白鳥は12月27日は妻と入院費用の心配など会話をしていたが、翌朝から意味不明のことをつぶやきはじめ、正午前に没した。83歳。

*

意外な面を見せる人物もいる。25年間も日本医師会の会長だった武見太郎。開業医を擁護、保険医総辞退などの横車を押し、歴代の厚生大臣をバカ、アホ、マヌケ呼ばわりして「喧嘩太郎」の異名をとった。その結果、開業医の収入72パー

北林才知 (281回)

(日本IPR研究会顧問)

セントには税金がかからない医師優遇税制を獲得したが、蓄財のみ熱中する医者が続出した。

本人はがんの早期発見を説いていたのに、定期検診も人間ドックも受けていない。76歳のとき腹部の開腹手術をし、「良性腫瘍です」といわれて少しも疑わなかった。このときがんは総胆管に転移しており、やがて臍臓・肝臓から背骨にまで及んで、79歳で亡くなる。

病院の食事など食えるかと自宅からご馳走を運ばせ、歩行が禁じられても歩きまわり、掌一杯の漢方薬を呑む。「医者いうことは

神様のねごとだ」と豪語する始末におえない患者だったらしい。

*

『人間臨終図巻』は1987年に出版されているが、風太郎氏がさぞつけ加えたかったであろう臍臓がん患者がいる。89年1月に亡くなった昭和天皇である。前年9月19日朝、天皇は吐血、以後病床につき、12月に入ると意識が薄れはじめ、年末には意識がなくなり、1月7日、皇族方に看とられて崩御された。88歳。個人としての生存期間も、天皇としての在位期間も最長であった。

*

このように他人の臨終を調べ上げながら、風太郎医師は自分の健康にはまったく無頓着。戦中戦後ロクに食べるものがなかったトラウマとかで、食卓せましと並べられた皿小鉢のオカズをつまみながら「コップ一杯のビール、次いで大コップにウイスキーのオンザロック。ポトル3分の1飲んで、寝て、夜半に目覚めて仕事を」するのである。

94年、朝日新聞に『あと千回の晩飯』を書き始めたのは、余命は3年とふんだのだから、7年ながらえて2001年に79歳で亡くなった。病因は本人が好んで自称した「アル中ハイマー」ではなく、糖尿病とパーキンソン病であったところ、わが臨終はどんな図になるのだろうか。

老いを生きる

岡田玲一郎

老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる 老いを生きる

本欄の萩原輝久さんのご都合で、今月号と来月号は、岡田が書く。

テーマとした「老いを生きる」は、わたしが「生老病死」を勝手に解釈してよく使うフレーズだ。

「生」を大事にしているの、順番に「老い」を行き、病も生きて、死をも生きる」と、よく話したりサインしたりする。

病院も、何十周年記念のお祝いをなさるのはいいのだが、それもひとつの老いだから、どうか老いを生きてください。人間は老い、死ぬけど、組織はナガシマシゲオの叫びなのだ。ベツに読売ジャイアンツが好きなのではない。むしろ、大嫌いだがナガシマさんの永遠ですの言や良しと思つてきた。

生きていくと、老いても勉強になることは毎日のようにある。10月の下旬、ゴルフを連チャンでした。ところが、いままでよりボールが飛ぶのである。ゴルフのライバルのTさんの10ヤードから20ヤード後にしかいかなかったのが、並んだり、たまにTさんのボールより前にいくことがある。ヤッター、勝ったとツブヤクのだが、気持ちはいいのものだ。作用あれば反作用ありを、二日間のゴルフの後にたつぷりと味わうこと

になるとは、そのときは夢（昼間だから夢じゃない、想像）にすら想わなかった。岡山県和気から新幹線に乗り換えて自宅まで帰ったのだが、量としてチューハイの飲み過ぎではなく、珍しく新幹線の中でうとうとしてしまった。

家に帰ると、まったく食欲がないし、アルコールも飲みたくない。焼酎の水割りを一杯だけやと飲んで寝た。寝心地は、すごくよくなくて悪夢をみた。絶対に、体に反作用がきたのだと確信できた。

翌日は、一日、大変だった。多臓器不全という病気があがるが、実感では多臓器機能低下だ。目はゴロゴロするし、いつもは軽く昇れる階段がエツチラ、オツチラだ。息はずむけれど、心臓は普通の鼓動なので、心機能低下はなかったのだろう。もちろん、排尿も、排便も、フツーじゃない。昼飯の中華定食も半分以上残して、お金は全額払った。口惜しい。

その夜も、焼酎水割り一杯がやつと、夕食もうどんを流し込んでさつさと寝た。約9時間の間に二回ほどトイレに行ったが、翌朝の目覚めのいいこと、気分は爽快というの、こういうことだろう。富士山がきれいだった。

病院経営にも、こんなことがあるのだろう。なんだか分からないけど患者が増えて忙しくなった。そこで調子こいでいると、反作用として職員が荒れたり、ひよつとして労働組合ができるかもしれない。なにしろ、ゴルフの飛距離が伸びたということは、体への、筋肉への負担が絶対に増えたことになるからだ。加重ということか。

体が悲鳴をあげるように、病院という組織の筋肉や臓器が悲鳴をあげるのだ。体と同じようにいい部門の筋肉を鍛えることだ。それが医局だったり、検査部だったりするのである。また、臓器は体全体を司る総務部だ。ここがしつかりしていけば多忙になった病院を蝕む要因を排除できる。わたしという個人は人間であつて組織ではないから、そうはいかない。

臓器は、強化しようがなく老いていくからだ。一方、筋肉はまだ鍛錬により強化できそうだ。それとても、組織のように永遠に成長するわけにはいかないだけに、人生つてモノはおもしろい。老いを生きるとは、こういうことなのではなからうかと、おもっている。

病院の創立（生まれてから）何周年というのは、おめでたいことだ。それが、若さで生きているのか、壮年で生きているのかが問われてくる。人は老いを生きられるが、病院は老いてはいけないのである。前大学教授のお年寄りを多く

く集められている病院より、前期・後期研修医の多い病院の方が青年を維持している。前や元の大学教授がいてはいけないとは言っていない。しかし、老・壮・青で適度に構成するのは難しい。やはり、壮・青がいいと思う。

つまり、医師も人間だし、職員も人間なのである。人間だから老いるけれど、老いを生きているのか老いそのものなのかが問われている。元大学教授で、後者の人をつとめてどうなのかな、と思つてしまふのである。

そして、わたしのケースでもし病院に行ったらどうなるだろう、と思つた。おそらく、点滴注射はあるだろうし、たいていの病院は入院だと思つた。ただし、入院基準がしつかりしている病院では、入院はないだろう。だつて、わたしは事務所で辛い想いをしながらも、新聞を読んでいたからだ。

仮に入院したとして、日帰りにしてくれるだろうか？ 検査をいっばいしないだろうか？ 病室のカーテンはホテルのように遮光力一テンになつていないだろうか？ 夜中に懐中電灯をもつたユニフォーム姿の女が部屋に入つてこないだろうか？ 相部屋で他の患者のいびきがうるさくないだろうか？ いろんな想像がめぐる。

「老人医療NEWS」（老人専門医療を考える会刊）125号に千

里リハビリテーション病院の理事長、橋本康子さんが回復期リハビリテーション病院を開設したとき全室個室にした動機を書かれていたが、同じ入院医療への発想だと思つた。訊いたわけではないが、わが家の布団で寝ただけ、よく眠れなかつた当日の夜だから、病院の病室だつたらと思うと、ゾツとする。ましてや二日目、病院への入院でいえば入院当日に9時間も熟睡できるだろうか、いや、絶対に無理だと思つたのである。

しかし、老いを生きているとこんな学習も与えられるのだ。ひたすら、無理をしない……。いたすら、学習の機会を奪われるし、鍛錬の機会もないのではないかと、とも思う。そしてこれからは、これを機会にゴルフの飛距離に耐えられる筋肉にすることが、生きることになる。あんな苦しい想いをするならゴルフをやめると思つたら、老いに浸つていくだけに

なることを確信して生きていく。そして、病院という組織も劣化させてはならない。鍛錬とは、組織そのものもあるが、職員の鍛錬は不可欠だ。対人援助という経営体が第一に成すべきことは、職員の研修による鍛錬だと思つた。と書いて、どうも「鍛錬」という言葉が死語になつていくように感じる。絶対に死語にしてはならないが、老いから死がやつてきたら、はつきりと死後になる。

そして、病院という組織も劣化させてはならない。鍛錬とは、組織そのものもあるが、職員の鍛錬は不可欠だ。対人援助という経営体が第一に成すべきことは、職員の研修による鍛錬だと思つた。と書いて、どうも「鍛錬」という言葉が死語になつていくように感じる。絶対に死語にしてはならないが、老いから死がやつてきたら、はつきりと死後になる。

組織を強靱な組織にしようとするのは、経営者に共通した意志だ。一般の会社、例えばシャープにしても、大病院にしても、中小病院にしても、共通している。脆弱な組織でもよいと思っている経営者は、いないのではなからうか。

わたしが病院の世界に入ったのは50数年、半世紀以上前のことだ。そのころは強靱な組織という意識を持つている病院経営者は少なく、経営者個人が固有している組織の価値観を職員に押しつけていた。いわゆる「恐怖のモチベーション」が重視されていた。

病院経営者、つまり院長は畏怖の存在でなければならなかった。必然的に「顔色をみる」ことが日常で重視されてきた。この恐怖のモチベーションは消え去ったわけではなく、病院によって強弱の差はありながらも、残存している。

しかし、多くの病院では恐怖のモチベーションより職員のパワーを結集して強靱な組織を希求するようになった。多職種チームという言葉が診療報酬にも出てくるようになり、いわゆるトップダウンの意味もずいぶん変化した。畏怖のトップダウンではなく、病院の目標、方針、その基盤である理念のトップダウンが行われるようになってきた。

その理念にしても、生命(いのち)もっているものと飾りにしか過ぎないものがあることは、よく経験する

ことだ。先日、ある自治体病院で文章としては素晴らしい理念が額に入れられて掲示されていたが、職員にその話をして、のれんに腕押しを感じなかった。

おそらく、機能評価機構の審査に対応した飾りでしかないのだらう。恐怖のモチベーションと全く逆な印象をもった。もちろん、これでは強靱な組織は望むべくもあるまい。

事実、経営は破綻状態で人件費削減という古い経営を進めており、よくみられる負のスパイラル状態である。民間病院でも、いまもこの古い経営観が残存している病院もあるが、そこにみられるのは、上の顔色をみる日常なのである。

顔色をみるのは患者さんの顔色であって、組織内の上の顔色をみていたら、経営にならないのである。しかし人間、上から嫌われた

経験的組織論 (Ⅲ)

— 強靱な組織となるための諸条件 —

くないという意識が強いから、ついついそこに没入してしまう。結果、組織は脆弱化する。

教育研修で組織は強靱化するか

病院の職員の教育研修は、わたしの仕事の柱の一本である。組織の強靱化を説くのも、なんらかの教育研修なくして組織は強靱化しないという経験則がある。トップとの意志の共有化も、教育研修の太い柱である。それは単なるトップダウンや前述の恐怖のモチベーションとは異次元だと思っている。いささかクサイ表現をするが、トップとの意志の共有化だが、すべての職員が共有してくれることは、絶対であり得ない。わたしは、比率の問題だと思っている。

いまひとつの教育研修に、集合研修がある。単発の講演をもつて教育研修といわれる人もおられるが、わたしは与し得ない。やはり、せめて1日、できれば1・5日か2日の時間を費やすのが集合研修には必要だと思ってきた。

そこで出てくるのが、それだけの時間を費やして「効果」があるのか、という疑問だ。何十回も聞いた質問だ。わたしの答えは、1年で結果の出る職員、1回で結果の出る職員など、個々の職員によって効果は異なると言ってきた。そして、最低3年は組織の強靱化には必要だと申し上げている。継続研修は、費用対効果を上げる必須条件と経験してきた。具体的に言えば、1回や2回の教育研修で目に見える効果がないから、教育研修をやめるというのは、まったくの経費の無駄遣いである。

外部研修の依頼はどこにしたらよいのか

この質問もよく聞く。職員の教育研修を依頼する経営者にとつて、重大な問題だからである。わたしのいままでの経験から返答できることはたつたひとつ「相性の合う個人、または会社を選ばれたらよい」である。

80年も生きてみると、人間の持つ相性は絶対に否定できない。合う、合わないは、ひとりの人間としてあるのである。それは、ひとりが性格といっている人間観、人生観、そこから発する医療観、経営観の相性である。

しかし、相性は変化する。それはお互いの変化があると思うからだ。相性の合う人と、いつの間にか離れていくわたしの心、なんとなく遠ざかっていく相手の心、そこにまさにお互いの変化がある。

こんな話は、科学的でもなければ数字で表わせるものではない。教育研修を業としている個人(例えばわたし)や会社はいつばいある。以前、わたしは単なるコンサルタントではないと書いたが、教育研修はコンサルテーションでは

ないからだ。だから、コンサル会社、いわゆる経営指導を業としている会社が教育研修をするのは、反対だ。事実、しっかりとっているコンサル会社は、経営指導と別に教育研修部をもたれている。

人間が人間を教育し、研修活動をしてもらうのだから、そこには数字では割り切れない人間味が必要だと感じてきた。どうしても、そこには相性の世界があるのである。足し算、割り算で割り切れるものは教育研修先を選ぶとき、機能しないであろう。極めて人間的な相性が大事だ。

病院経営の外部環境の変化は激しい。診療報酬ひとつとっても、支払う報酬の原資が枯渇することは必至である。わたしは、強く思うのは、わが国の経営そのものが危機的状況にあるという認識があるからだ。激しい意見といわれるかもしれないが、近隣の病院で存在価値のない病院は、できるだけ潰していかなければならない。

その基本となるのが、強靱な組織づくりとその成長である。医療機器の最新鋭を整備することも必要だが、医療が対人援助業であることを認識すれば、強い職員づくりは経営として不可欠だと思っっている。幸い、わが国でも指折りの強靱な病院と相性が合う。しかし、前述のように、わたしが悪く変化したら、相性はなくなる。相性は本当に大事だ。

若いなら、老人をかかえることになつたら、必ずお世話になるのが町の介護事業所のケアマネージャーである。その存在は大きい。時には民生委員ハダシであり、あらゆる人の生きるための街のコンサルタントでもある。ケアマネージャーと言っても、この人たちはケアの現場にはいない。とにかく介護のための人とカネ（介護費）を動かしている。私の仕事場のTVで言えばプロデューサーである。ホントはケアマネではなくケアプロという存在だと思ふ。マネージャーというものは、どんな職場でも現場監督のことだから、どうしてケアマネになつてしまつたのか不思議である。

例えば、私の今のケアマネは50前後の美人さんだが、ケアマネの前は、おそらく大きな病院の黒線のナースだつたと思わせる病氣通であり、またマザーテレサを思わせる品位がある。事実、私は今、マザーと呼ばせてもらつている。

一昨年6月、3回目の脳梗塞の時、救急車を呼んでくれたのはケアマネである。私が不調を訴えたら、早速駆けつけてくれ、「なんか、またツマツマてる（梗塞）ようだけど、今日一日様子をみてみます」という私をおさえて立ち上がり、ケータイで119番していた。有無を言わせない呼吸である。やがて救急車がくると「梗塞だと思

う」と救急のヘルメットに指示していた。救急車が去るまで路上で腕組みして見送つていた姿が、まだ眼底に残つてゐる。ケアマネの予想どおり梗塞だつたか、早速病院に駆けつけてくれたケアマネは怖かつた。ベッドテーブルを平手で2回叩いて、諭すようにこうおつしやつた。「私のしたことは正解だつたでしょう」

まったくそのとおり。ケアマネとは正解ハンターだつた。ただ、このパンパンは、難聴の耳に痛かつた。



病床の心音 (61) ケアマネが走る

天野進平
(脚本家、要介護度4)

そのケジメを作る神経は、その辺の人間とは違う。「正解を出すために」走つてゐるプロなのだ。とにかく、いわゆる只者（ただもの）ではない、この道のプロである。もちろん、私マヒヨイヨイが尊敬し、頼りにしてゐるプロである。

ケアマネといへば数日前、こんなケアマネと問答して不愉快な思ひをさせられた。

行政から毎年、認知症の調査にくる。今年の調査員は「私の本職はケアマネです」と自分から身分

この世に正解があつたのだ。正解があるのはテレビのクイズ番組だけだと思つてたので、この正解の2字はショックだつた。

昨年の4月、4回目の脳梗塞を再発した際、一週間後に病院に来たそうである。ナースが「今、事務所にあなたのケアマネという人が来てましたよ。アトでいらつしやると思つた」と伝えてくれた。しかし、そのケアマネは結局私の個室には来なかつた。当然である。ケアマネは見舞いに来たのではなく、正解の仕事に来たのである。

を明かした。ここがケアマネでなければ問題はなかつた。認知症の検査とは人格を問ふことだから専門のプロがいるハズだが、実際には、この人のようにどこかのケアマネのアルバイトにまかされてゐるのは問題だ。でも、おそらく彼女が手にしている設問用紙は、そのプロの台本だと思つた。

例えば、こんな問いがあつた。彼女の身につけた3点を並べて見せ、30分後にこんな問いをぶつけてきた。「さつき私の手帖とペンと、もうひとつなんだつたかしら？」ときたもんだ。これはすばらしい認知症の有無を調べるすてきな台本だ。これはその方のプロの発案だと思ふ。また、こんなこともおつしやつた。「失礼なことばかり伺つてきましたが、明日のあなたのために役立てます」だと彼女が立つたまま、固いファイルにのつた刷り物を目で追ひながら話してゐた。この刷り物は行政が書いたものではない。認知症プロの台本だ。しかし、それも感じさせない演技力に舌を巻いた。やっぱりケアマネはスゴイ。

こんな問いもあつた。車イスに坐り、右足にはナポレオンの長靴のようなプラスチックの装具をつけてゐるのに、そんな私に「今、お金を使つてますか？ ひとりで金の支払いができますか？」だと。前の3点検査と同じく、答えは拒否したが「無理ですよね」だと。

私は30年のマヒ人生で、それぞれ違う介護事業所の4人のケアマネにつきあつた。

1番最初のケアマネで記憶に残つてゐるのは、近くの小さなマンションに父と娘の部屋があり、父が間もなく老衰で亡くなつたが、ケアマネがひとりでターミナルケアをしてあげたことだ。マンションの近所の住人はヨソから来た父娘

につめたかつた。

2番目のケアマネの時は、リハビリ散歩中に車と接触事故を起こしたが、警察と保険会社との対応をしてくれた。

3番目のケアマネの時は、私がリハビリ散歩中に気分が悪くなり、ついでた介助の兄ちゃんに「5分間なら、このヤナギにつかまつていられるから」と言つて、家に走つて車イスを持ってこさせたことが、もちろんバレ「あなたが一人でゐる時に事故があつたらケアマネの私の責任になるのよ」と叱られた。結局、クビにされた形で私は退学することになつてしまつた。

長いケアマネのいるリハビリ生活で、もつとも感動した話は、今のケアマネが話すでもなく話してくれたこんな話である。

「もう死ぬんだから、誰かとお話をしたいわ」というので、私がヒマをみてお相手をしてゐた。こんな話し相手プロがいてもいいわね。「おばあちゃん、オモテにコスモスが咲きましたよ。コスモスは何色が好きですか？」と話をむけると、うれしそうに笑つて「白い花が好きよ」と。なつかしそつた。

おばあちゃん、そのアトは真綿色したシクラメンよ。そのアトは湯島通れば思い出す白梅の香りよ。オツタ・チカラの心意気よ。

死んでるヒマなんかいいわよ。

ペースがつかめない

先月号に暑さ、寒さも彼岸までとのん気に書いたが、その後は秋の気配が感じられず10月末になつてしまった。何だか騙されたようなお彼岸の日のころの天候だった

「今」を生きるケア

第87回 気持ちの検証

佐藤 俊一 (淑徳大学)

が、そうした気候と同様に自分もペースがつかめない。何をしても余裕がなく、追われている気がする。それでも、授業や研修の当日は、充実感を覚えてやれているのが救いである。そうした状況でも、ジョギング

は続けている。もう初めて5年近くになるが、身体が疲れているとキリする。徐々にシューズや帽子など必要なグッズも集め、走りやすい環境も整えた。

走るたびに常に、「今日は調子よく走れるだろうか」と前半の1〜2km時点で感じる。面白いことに、そこで調子がよさそうに感じても、後半にバテルことがある。

反対に、調子よく感じられてなくても、意外に苦しまずに最後まで走れることもある。仕事と同じでこちらもペースをつかむのが、いつまで経っても難しい。ただ、仕事と異なるのは、ペースがどうなるかを楽しむことができるようになったことだ。

自分を表わす

毎年のことだが、秋になると事例を活用したグループスパービジョン研修が始まる。今年は、2つの機関から依頼を受けたため、こちらも追われるように進んでいく。そうした中で、ソーシャルワーカーのクライアントに対する態度が、大きく異なる二つの事例に会った。

提出された事例は、ともに「退院援助」に関するものだった。相談の相手が患者本人ではなく、「家族」という点も共通している。最初の事例では、家族が患者のことをとでも気遣っている。そう

した家族の気持ちを受けとめながらソーシャルワーカーは転院先と一緒に検討していくが、途中で病院の対応に家族が疑問を抱き、対立することが起こる。困難な場面においてソーシャルワーカーは、自分の気持ちを表わし、相手と向き合おうとしていることが伝わってきた。しかし、発表者にとつては、スッキリしないままに終わった事例だった。

二つ目の事例では、家族が患者の生活の面倒を見ているが、長年の経緯から患者を受け入れることができない。ソーシャルワーカーが話を聴くことで、家族はこれまでの辛い気持ちを話すことができ、転院についても病院の方針通りに決まる。そうした中で、ソーシャルワーカーは感じることはあるが、いろいろ考えてしまい、自分の気持ちを表わすことができない。また、そのことを本人も自覚している。家族は、面接後に少しスッキリして帰るのだが、発表者は、もつとスッキリしてもらえたのではと思つた事例だった。

提出された事例だけでなく、研修での二人の人にかかわる態度も大きく異なる。最初の発表者は自分を表わそうとしており、後者は自分を表わしたいが、できない状態にある。専門職として冷静に考えて行動することが身につけており、それが行動に表れている。このように、同じソーシャルワーカーで

あつても、個人によつて気持ちの動きに対する態度が異なることがわかるのだが、そのことは援助のあり方にも大きく影響する。

気持ちの動きからの検証

クライアントを尊重するために、ソーシャルワーカーは相手の気持ちを受けとめること、そのために自分の気持ちが動くように鍛えることが必要になる。このスパービジョンで、特に感じたことだ。

後者の事例の発表者は、「自分を表わす」ということを課題としている。自分の持つ経験や知識を使うのではなく、自分の気持ちを表わす援助を実践できるようになりたい。それができれば、家族はもつとスッキリして帰ることができると思つている。

一方で、前者の事例においても、気持ちの動きから検証していくと、そこに援助者の課題があるのがわかる。家族が、なぜ患者のことを気遣うのか、その理由が聴けていない。背景となる家族関係を理解しない適切な援助ができない。そのためにも、相手がことばにできないこと、感じていないことをことばにして伝えることだ。

このように両者を比較すると、前者は自分を使えているように見えるかもしれないが、十分にはできていないと言えない。援助に必要なことが明らかにできておらず、そのため相手の気持ちを尊重しよ

関係という視点

ここで取りあげた二つの事例もそうだが、退院援助においては家族が相談者となることが多い。家族がクライアントになる。ソーシャルワーカーは、家族の気持ちを理解し、現在の状況を受け入れたい。紹介した事例でも、家族が患者を気遣っている、いないに係わらず、患者のことが忘れられがちになつている。

患者と家族を切り離してしまい、家族だけを見てしまう。援助者が自分を使えるとは、家族を支援することが、患者を支援していくことにつながる援助をすることである。つまり、個々別々の支援をするのではなく、常に「関係」という視点から援助できるかが問われており、そこへ気持ちが動くかだ。

研修を行っていくと、課題に対して「どうしたらいいのか」という答えや「あるべき姿」を求めがちになる。ところが、安易にそうすることで、今、もがいて悩むことを止めてしまう。ただ先へと進むのではなく、グループのメンバーと一緒に今に踏みとどまり、ともに考えるのがグループスパービジョンの醍醐味である。そのとき、参加者は個々の課題へ取り組むとつかりを発見する。