

# 社会医療ニュース

## 急性期医療の効率化が わが国にも求められている

所長 岡田 玲一郎

病院経営の実践論というか経営論については、いろんな方がいろいろなことをいわれている。いろいろあるのだろうが、少なくともわたしはハウツーはない、と確信している。へんなハウツーで保険医療機関を取り消された病院は、わたしの知る限り昨年は三病院はつた。大学病院も入っていたと記憶している。わたしとしてはどうでもよいことなので、記憶も定かないが、確かにあった。

### 急性期だけが医療ではないし 慢性期だけが医療でもない

社会医療の意味は、周知のことと思う。社会があるから医療を必要としているのであって、過疎化でも経営の継続は困難だ。ある程度の住民のいる社会から往診してもららうか、受診にいくしかない。病院も、同じだ。社会の実態に則した経営をしなければならない。

しかも、いつも書くように「急性期」だけが医療ではない。しかし、病院の急性期好みというか、急性期格上意識はなんとかならないものだろうか。なんともならないから、病院の経営が継続できなくなれる病院が、毎年、ずいぶん現れている。「身の程」という言葉があるが、やはり身の程をわきまえることが、経営の基本である。先日も、明らかに療養病院である病院の看板に「放射線センター」と出していたが、単にCTとMRIを入れただけということだった。業者に踊らされた姿を、そこにみる。身の程を知った医療を提供する病院にしないと、経営が成り立たないという、原則がある。

そこで、いつも書くように急性期医療とはなにかが、明確になつていて。例えば、アメリカの「入院リハビリ施設（I.R.F.）」の基準をみれば、アメリカでの「入院リハ」の基準が熟知できる。関節置換術だつて両側でないと入院りハ施設に入院できない。日本では絶対に当てはまらないのは、両側の関節置換術後でも85歳以下の患者は外来リハ施設になる。しかも、超デブ（BMI 50以上）でなければ入院リハの対象にならない。

アメリカのリハの教授も常に口にする話題ですが、その基準がいいといつた話ではなく、アメリカではそうであつて日本の回復期リハ病棟（KRW）が悪いのではない。それぞれの国がそれぞれの基準でやつていることなのである。

急性期も、アメリカはアメリカの基準があり、日本は日本の基準でやる。少なくとも、急性期の平均在院日数（ALLOS）は、日本は10日になるのである。だから簡単に「ウチの病院は急性期でいく」C病院は、実際にある。社会保障国民会議の試案を横にらみしている救命救急センターや、平均在院日数10日以下で経営している急性期病院では、慢性期医療の受けとり先病院も望んでいるが、実は、長期急性期病院を切望しているのである。日本型LTAC病院を志向する病院と、将来の高度急性期病院を目指している病院が連携することは、時代の要請である。

この頁の中ほどに、人生最後の仕事になると書いたが、わたしがその連携を取り持つとか、勉強会を主宰するのは力不足だ。病院団

期格上意識はなんとかならないものだろうか。なんともならないから、病院の経営が継続できなくなれる病院が、毎年、ずいぶん現れている。「身の程」という言葉があるが、やはり身の程をわきまえることが、経営の基本である。先日も、明らかに療養病院である病院の看板に「放射線センター」と出していたが、単にCTとMRIを入れただけということだった。業者に踊らされた姿を、そこにみる。身の程を知った医療を提供する病院にしないと、経営が成り立たないといふ、原則がある。

そこで、いつも書くように急性期医療とはなにかが、明確になつていて。例えば、アメリカの「入院リハビリ施設（I.R.F.）」の基準をみれば、アメリカでの「入院リハ」の基準が熟知できる。関節置換術だつて両側でないと入院りハ施設に入院できない。日本では絶対に当てはまらないのは、両側の関節置換術後でも85歳以下の患者は外来リハ施設になる。しかも、超デブ（BMI 50以上）でなければ入院リハの対象にならない。

アメリカのリハの教授も常に口にする話題ですが、その基準がいいといつた話ではなく、アメリカではそうであつて日本の回復期リハ病棟（KRW）が悪いのではない。それぞれの国がそれぞれの基準でやつていることなのである。

急性期も、アメリカはアメリカの基準があり、日本は日本の基準でやる。少なくとも、急性期の平均在院日数（ALLOS）は、日本は10日になるのである。だから簡単に「ウチの病院は急性期でいく」C病院は、実際にある。社会保障国民会議の試案を横にらみしている救命救急センターや、平均在院日数10日以下で経営している急性期病院では、慢性期医療の受けとり先病院も望んでいるが、実は、長期急性期病院を切望しているのである。日本型LTAC病院を志向する病院と、将来の高度急性期病院を目指している病院が連携することは、時代の要請である。

この頁の中ほどに、人生最後の仕事になると書いたが、わたしがその連携を取り持つとか、勉強会を主宰るのは力不足だ。病院団

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 6  
FAX (03) 3914-5 5 7 6  
定価年間 6,000円  
月刊 15日発行  
振込銀行 そな銀  
王子支店 1326433  
振替口座 00160-6-100092  
岡田 玲一郎

長期急性期医療（LTAC）のハナシは、しようと書いている。高齢化と疾病的複雑性で、急 性期（という定義があれば）は長くなっている。日本でも、アメリカでも、だ。特に、患者の高齢化の影響で急性期が長くなってきたと、アメリカの医者は言う。日本の医者からも、その話を聞く。

そこで、日本でも長期急性期医療（LTAC）の具体的な病院が出現してきた。この学習がなされているか否かで、病院経営の将来が決定するだろう。急性期と慢性期の間に絶対に後期急性期が存在し、それが長期急性期（LTAC）として日本でも認知、必要とされてくる。そうでなかつたら、急性期医療の定義も混乱すると思うから、人生最後の仕事だ。

先にも書いたが「日本型LTAC」病院は、実際にある。社会保障国民会議の試案を横にらみしている救命救急センターや、平均在院日数10日以下で経営している急性期病院では、慢性期医療の受けとり先病院も望んでいるが、実は、長期急性期病院を切望しているのである。日本型LTAC病院を志向する病院と、将来の高度急性期病院を目指している病院が連携することは、時代の要請である。

この頁の中ほどに、人生最後の仕事になると書いたが、わたしがその連携を取り持つとか、勉強会を主宰するのは力不足だ。病院団

え方として「急性期」の定義と、高度急性期と長期急性期の連携があると頑固に思うようになつた。テイの世界の発想が必要である。社会の変化が病院機能の変化を求めているといつたら、よいだろう。医療費は必要不可欠なものだが、無限大では絶対にない。効率的な制度の確立がないと、わが国の良質な医療が保障されない。もちろん、ここで單に書いているだけではなく、わたしはわたしなりに一番適する人たちに、控え目ながら提案している。高度急性期というか短期急性期というか、急性期の前期ともいうべき医療機能を有している病院と、長期急性期医療（LTAC）の機能（実力）を有している病院が連携すれば、その地域の急性期医療は充実したものになる。そして、急性期の患者は、死ぬか、治るか、慢性期になるか、いずれかの道を歩む。

## 組織医療としての病院

(303)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

### —リスクマネジメントと医療リスクの本質—

「携帯電話を落とさないためにはどうすればいいか?」医療専門学校の学生に最初にする質問である。「カバンに入れておく」とか「ストラップを付ける」という答えが多い。そこで「一番効果的な方法は、携帯電話を持たないこと!」と説明すると、笑い半分、納得半分といったところが。

リスクマネジメントの講義はこれから始まる。要諦はふたつ。予知予防して未然に防ぐりリスクアセスメント、もうひとつが被害の拡大を最小限に抑えるダメージ・コントロールである。

電話を携帯電話に戻す。持たないのが一番だが、今の世の中そうはいかない。落とさないためにはストラップを付けるしかない。それよりも、落としたあと他人に悪用されないための、ダメージ・コントロールのほうが重要だ。以前、ゴルフ場で携帯電話を紛失した。結果としてはロッカーの棚に残っていたのだが、携帯電話が黒いので気づかなかつたようだ。紛失に気づき、購入先に連絡して指示を仰いだ。

最寄りの派出所で遺失届を提出してから、携帯電話ショットを行なった。携帯電話ショットに行なった結果、車ではパンザイをする」と真面目に答えた学生がいた。

先日、形成外科医とヤケドについて話をした。約30年前に、沸

れで一応ダメージ・コントロールは終了した。携帯はいつ何時必要になるとかしないので、その場で新たに購入した。色はよく目立つように鮮やかな黄緑。これならテーブルの上でも分かりやすい。ただ欠点はゴルフ場の芝の上に落とすと分かりにくいということになら後で気づいた。

女子学生に次の質問をする。

「痴漢に襲われないためにはどうすればいいか?」

「夜道を一人で歩かない」「夜中に出歩かない」「誰かに迎えに来てもらう」「女性専用車両に乗る」など、リスクアセスメントとして満点である。

「それでも襲われたときはどうするか」と聞くと「大声をだす」といった答えが圧倒的に多い。

付け加えるならば、護身術を習得するが、極端ではあるが武器(スタンガン)を携行するのも、ダメージ・コントロールである。

ついでに男子学生に「痴漢に間違われないようにするためにはどうするか」と尋ねると、「満員電車ではパンザイをする」と真面目に答えた学生がいた。

脇するお風呂に落ち、胸から下に大ヤケドを負った18歳の女子高生を受け持つたことがある。ショタツク、感染、植皮、拘縮、ケロイドに対する、厳しい治療を1年間続いた。幸い無事に退院し、結婚出産をしたと聞いている。そのため、ヤケドの話には興味がわく。テーブルの上でも分かりやすい。ただ欠点はゴルフ場の芝の上に落とすと分かりにくいということになら後で気づいた。

コントロールもできずに起こったといえる。

どうすればリスクを発生させずにするか。為政者は、何もしなければ失政を問われることはない。

青島知事と石原知事の評価が別れるところだろう。

車を運転しなければ、少なくとも交通事故の加害者にはならない。

餅を食べなければ、窒息死する。

お年寄りは減る。ちなみに、こん

にやくゼリーの窒息が社会問題になつたが、窒息原因の一番の食べ物は餅である。

しかし、医療は患者を救うため

に敢えてリスクに踏み込むことも

ある。抗癌剤を使わなければ、強

い副作用で患者を失うことはない。

手術をしなければ、術後出血や感

染症や縫合不全で、患者も外科医

も苦しむことはない。食道癌術後、呼吸不全で亡くなつた中村勘三郎

さんの、手術の可否についてはネットや週刊誌で様々な意見が飛び交つてゐる。

採血や点滴をしなければ、血管

横の神経を傷つけることもない。

ひと昔前までは、感染に対し

極めて無防備であり、外科医が素手で手術をしている時代があつた。

手術の糸結びは外科医の基本手技だが、糸が指に食い込んで傷がつく。肝炎の実態もよくわからないまま、素手で手術をして肝炎にかかり、肝硬変や肝癌で命を落とし

予知予防もできず、治療というダメージ・コントロールの手段もなかつた時代の悲劇である。

18年前の阪神・淡路大震災を契機に、深く考えるようになった。

リスクマネジメントについては、講演も聴いた。セミナーにも何度も参加した。本もいっぱい読んだ。

医療安全や感染対策が病院の最重要課題であることには異論はない。

しかし、先に述べたように医療行為そのものがリスク要因となることも多い。危険を承知で夜道を歩かねばならないこともある。

政治と違い、苦しむ患者を助けようとしたければ不作為の罪に問われるというリスクをかけ、医療を行なうとその結果に対するリスクを負うことになる。更に、医療行為そのものが施行者に感染などを及ぼすこともある。

政治のリスクを及ぼすこともある意味これほどリスクキーな仕事はないと思う。幾分ましになつたとはいえ久しく続いた医療バッシングは、医療に関わる様々なリスクを白日に示した。

医療には、未然に防ぐこともできず、被害の拡大を抑えるもでき

ない「リスク」もあるということに気づいた医師たちが、萎縮医療

といつたりスク回避を模索するよ

うになつたのではないかと思つて

いる。

(3) 2013.1.15

年ごとに年賀状の数が減つてきた。亡くなる人がふえるかたわら、ぼくの行動範囲が狭くなってきたからであろう。

しかし、病気になり、骨折までしたのを知る人からは、手書きで一筆そえてあるものがふえた。「病気に負けずお元気な一年であることなどを祈ります」「ご快復を心から念願します」など、ぼくのことを思い、祈つてくださる文言を読むのはうれしい。

「祈る」「念する」とは、ヒトの力を超えた「超越者」つまり神や仏などに、加護や救済などを強く思い願うこと、と辞書にある。「超越者」を思うとき、しばし人は傲慢さを忘れ、謙虚になる。

初詣に行き、賽銭箱にいくばくかの金を投じて頭を下げる。心から謙虚に祈る人も多いだろうが、「これだけ入れたのだから、こうしてください」という心理はないだろうか。あつたとすればそれは祈りではなく神仏との「取引」である。小さな人間の傲慢さだろう。

\*  
半世紀もまえになる。メキシコ国営テレビのコンサルタントとして現地に滞在した。

シティの中心にはグアダルーペという「黒い聖母」を祭る大きなカテドラルがあり、人でにぎわう。中にも信仰厚き人は、数百キロの道をひたすら歩いてやってくる。広い境内に入るとかれらは膝を

つき、はるかな聖堂をめざす。膝は破れ、膝は切れ、血がにじむ。本当にジユートンの切れ端を交互に置く人もいたが、それでも衣服は破れ、膝は切れ、血がにじむ。

ぼくは夫婦らしい老人ふたりがやつとカーテドラルに入り、薄暗い正面のマリア像を目にしたとき、かれらが泣くのを見た。それも号泣である。祈りの言葉を唱えつつ膝行し、少しづつ、少しづつ聖像に近づいていくのだ。

ぼくは胸を衝かれ、案内してくれた放送局のビクトリア女史にうながされるまで動けなかつた。見れば彼女の目もうるんでいる。

がんと暮らせば  
(31)

北林才知

(283回)

始まる。寺も庵も捨てて、ひたすら歩き続けて仏道を説く。その「念々成仏」は、「なむあみだぶつ」と一声唱えたあとは死んでもよいようすに祈れというつきつめた思想であつた。

すべてを捨てるとすれば最後に捨てるのはわが身であり、命である。それも時々刻々、捨てつづける。病を得ても養生しない。

遊行の果てにかれは兵庫で示寂する。すべての經典を、南無阿弥陀仏と唱えながらわが手で焼き塗りした。「この身は野に捨ててけだものにほどこすべし」と命じた。

数百キロを歩き、膝を血だらけにして聖像を拌む老人を奇異に感じたぼくも、そうだったのだ。\* いるからなのである。

砂漠では、何もかもが／どこまでも透きとおつてゆくだけだ。

世界とは、ひとがそこを横切つてゆく透きとおつたひろがりのことである。

ひとは結局、できることしかできない。

あなたはじぶんにできることをした。

あなたは祈つた。

あなたは祈りは、まだまだ。

\*  
(長田弘『砂漠の夕べの祈り』)

「目を上げて東西南北を見渡しながら。見えるかぎりの土地をあなたとあなたの子孫に与える」

主は、長男を捧げものにせよなどとアブラムを試すが、かれの信仰はゆるがない。その底に深い「祈り」があることを理解した主は、アブラム（アブラハム）を一七五歳まで幸せに生かした。

\*

「何もかもが透きとおつてきた。昨日も明日もなかつた。まぶしい今しかなかつた。もうすぐ砂漠の一日は終わる。何も隠すことができないのだ。どんな秘密もいらないのだ。砂漠では、何もかもが／どこまでも透きとおつてゆくだけだ。世界とは、ひとがそこを横切つてゆく透きとおつたひろがりのことである。ひとは結局、できることしかできない。あなたはじぶんにできることをした。

あなたは祈つた。」

（長田弘『砂漠の夕べの祈り』）

\*  
わが祈りは、まだまだ。



# この一ヶ月の 喜怒哀楽



## ◎角田美代子さん考

角田美代子さんが、自死された。もう一ヶ月以上前のこと、読まれてもそんなコトあつたかなあの世界かもしれない。自死とは自殺と同義語と辞書には出ているが、わたしは異議語と思っている。あの死に方は、自分を殺したのではなく、死なせたのだ。

## ◎セコム、純利益13%増

新聞の経済欄で見て、成長に次ぐ成長だと思った。酒問屋さんか

らの出発と記憶しているが、ここまでくれば立派なものだ。病院にも進出なさつたのか引っ張り込まれたのか知りたくないが、研修医の多い高機能の病院もある。

セコムの純利益増で思つたことは、わが国の貧富格差の拡大より、富裕層の増加である。なにをもつて富裕というかは論議はある。ただ、お金があるところにはあり、お金が多くあると護りたくなるのが人情だ。泥棒に「古い表現」入られるのはゴメンだと思われているにちがいない。

騙されるほうも、ジイチヤンなんていなくて、バアチヤンに代表されるオーナー専科だ。詐欺を働く人たちも、ジイチヤン、オジサンなんてお金なんかもつてないと思つていてるにチガイない。

その点、オーナー、特にひとり暮らしをしてきた女性は、老後のためのお金をしっかりと確保しているオーナーが多い。もちろん、とつく

みていない人が多い。コンサルタントと称する人たちは枝を見るこ

とはあるが、やれ、どうやつたら患者が増えるかとか、収入が増加する方法はどうとかこうとか、やはり森から発想してしまった人が多い。わたしは評論家でもなければ、コンサルタントでもない。

森（病院）への愛情が根本にあるから、森の中で木々をみて愛している。これは、最近になつて強くおもうことで、関わる病院との職員に強い愛情がないとわたしの仕事はできない。

マハゲ級のコケオドシでしかない。泣く子を食つて、どうする。牡がないなれば、人間、妊娠もしないし、産まれてこない、の。

牡にはできない出産という大仕事をする牡は、エライ!! 女神という言葉に対し、男神は弱い。

## ◎オトコとオンナ

順序がちがう、オンナとオトコといわれそうだが、古い人間として許されよ。なにごとかというと、いわゆる振り込め詐偽の騙すほう

も騙されるほうも、男女差が大きい。騙すほうはオトコを装つた自称息子たちで、娘を装つて妊娠しゃつて中絶のお金がなくて困つてるケースなんて、聞いたこともない。声が騙しにくいとおっしゃる人もおられるが、そんなことはないと思うよ。

騙されるほうも、ジイチヤンなんていなくて、バアチヤンに代表されるオーナー専科だ。詐欺を働く人たちも、ジイチヤン、オジサンなんてお金なんかもつてないと思つていてるにチガイない。

だから、森の外からではなく中

角田美代子さんが、自死された。もう一ヶ月以上前のこと、読まれてもそんなコトあつたかなあの世界かもしれない。自死とは自殺と同義語と辞書には出ているが、わたしは異議語と思っている。あの死に方は、自分を殺したのではなく、死なせたのだ。

角田という苗字の方で、カクタという方がおられる。尼崎の連続変死事件がセンセーション的に報じられているところ、わたしは「先生」と言つたほどスミダミヨコは、時代に壊されたとんでもないバアサンだと公言していた。家具・調度品（いまの若い人にわかるかな!）などは、完全に「便利さに壊された人間」を表わしていた。

その人が「生きていても仕方ない」と言いだし、おや、戻つてきたなと思つていたら、自死だ。長袖Tシャツで自ら首を絞めたところだ。成仏ウンウンの話でも増えたが、富裕層もじわじわと

増えているにチガイないと妄想する。貧富の格差の拡大ではなく、中間層が少なくなつてゐる気がする。

泣く子を食つて、どうする。牡がないなれば、人間、妊娠もしないし、産まれてこない、の。

牡にはできない出産という大仕事をする牡は、エライ!! 女神という言葉に対し、男神は弱い。

**これからの一ヶ月の  
不安・不運・不信**

岡田



## 医療の沸騰点



—患者を中心もいいけれど  
患者の教育も不可欠—

病院も診療所も、流行っている。特養ホームも不足しているといわれている。それでも、医療機関では、増収・増患対策なるセミナーが乱立している。そんなに患者を集めでどうするつて感じだ。患者の奪い合いをやると患者さんは、過保護にされてしまう。

先進諸国との比較だけでなく後進国との比較でも、日本の国民の医療機関への受診回数は、圧倒的に高い。一年間の医師一人当たりの外来診療件数も、わが国は飛び抜けで多い。診療報酬、例えば初診料や再診料がなかなか上げられないのも、この過剰な受診行動があるからだと書いたら、なにを言つてるんだと叱られるだろうか。しかし、受診するのは国民だ。医療機関側の増患対策があつても、国民がその気にならなければ、過剰受診や過剰入院はなくならない。

国民一人ひとりに  
コスト意識があるのか

わたしは、幸いにして国民への講演の機会がある。そこで必ず口にすることは「皆さんは三割負担

とか一割負担とか、無料で病院や診療所にかかりますよ、ね。そこで考えて頂きたいことは、その医療費、皆さんのが診察料やクスリ代の残り七割や九割、人によつては全額を払つてくれるの、誰だと自覚されますか!」と訊く。ほとんどの人は、反応がない。

そんなこと考へたこともないのだろう。いや、わたしの経験からいふと、地域にもよるし、講演の参加者の質にもよるが反応はせいぜい二割から三割の人だ。もちろん、中には勇気のあるご婦人がおられ、「人さまに七割も払つてもらつて、『人さまに七割も払つてもらつて』と言つたことがある。たつた一例だけながら、悲しい。腹が減つたからメシでも食おうとレストランやお店に入つてメシを喰つたとき、二割や三割しか払わない制度なんてない、と言うと、「病気なんだから……」と返つてくる。空腹だから生きていけないから、メシ代を安くしろつて通用する話ではなかろう。

頭の良い識者の方は、みんなで助け合う社会保障制度だから、本來無料が当然だと言われるが、老齢受診、乱受診をどう減少させ、ということだ。

世界に冠たる医療保険制度と強調されてもよいが、それを理由に過剰受診、乱受診を正当化するのは無理があると、わたしは思う。

よく例に出されるが、アメリカの医療保険制度たつて老人と生活保護は無料である。オバマ大統領による国民皆保険制度も、国民の意見を二分している。でも、一部の州では実現しているが医療保険制度になつても、アメリカの国民は受診回数を増やさない。公的保険ではなくても、アメリカのナースは「患者の入院日数が不当に長い」と、わたしたちが保険会社に支払う（または病院が支払う）保険料が高くなる」と言う。同じことをアーリカの国民は思つているのだろう。それが正しいとか、いいことだといつてゐるのはなく、ここは単純に日本の国民の受診好きはなぜなんだろう、と思つてゐただけだ。

再び述べるが、個々の診療報酬が安いのは、保険料という有限のお金でヤリクリするしかないからだ。医療者の人も「なんでこんな病気で受診するの」と言つてゐる事例は聞いたことがない。40歳以下の人が胸痛を訴えているケイは、救急車の出動の対象ではないのである。ただし、冷や汗が

出たり嘔吐を伴なつてゐるときは、即ち、救急出動である。これができると世の中の常として、社会を良くしていくには、ぶれずにムーブメントをしていくしかないと思う。

**医療の教育も必要だが  
医療制度の教育が必要だ。**

10年前と比較すると、糖尿病教室に代表される国民への医療、医学教育はずいぶん増えてきた。脳血管障害の防止にはどうしたらよいのかなど、いろんな病気の予防教育などである。それも個々の診療報酬を適正化するために役立つから、いいことだ。

でも、ここまで国民（地域住民）への啓蒙活動といふか、病気に対する知識の教育が増えたのだから、その医療を根本で支えている医療制度に関する教育が必要だと思えてならない。病気の予防は適正な医療費支出に適するが、病気の治療に要する「お金」の話は、もつとしたほうがよいと思う。

医療費ではないが「救急車要請」についての教育は、総務省はやつてゐる。しかし、その効果はほとんどないようで、救急車の出動回数は増える一方だ。山形県では訴訟さえ起きてゐるのは、ご承知のことと思う。胸痛を訴えた場合の対応マニュアルは総務省消防庁で発表されているが、現実となつてゐる事例は聞いたことがない。40歳以下の人が胸痛を訴えているケイは、救急車の出動の対象ではないのである。ただし、冷や汗が

出たり嘔吐を伴なつてゐるときは、即ち、救急出動である。これができると世の中の常として、社会を良くしていくには、ぶれずにムーブメントをしていくしかないと思う。それを実践してこそ理念が理念になると、わたしは思つてゐる。

国家財政にとって効率的な医療の提供は、社会保障制度の根幹だと思うからだ。もちろん、そう簡単にはできることではない。粘り強い活動がなければ、まったく効果は期待できない。個々の病院の経営理念にはそんな項目もあるが、それを実践してこそ理念が理念にならないのである。ただし、冷や汗が

経営者、スポーツ選手、それぞれに今年の抱負である“今年こそ”を表明されている。病院も福祉施設も同じである。いや、同じであると思いたい。今年の目標や方針を明確にすることは、経営者や管理職の責任である。しかし、一般職員がしつかりと、具体的に病院や福祉施設及びその各部門の今年の目標と方針を認識しているとは限らない。このことは、経営者や管理職が責任を果たしていないことを意味するのである。

昨年は診療報酬と介護報酬の改定があつた。それへの対応が遅れている病院、施設もあるろう。その遅れを“今年こそ”と決意するのか否かで、

業界内での遅れが決定的に左右される今年になつてしまふのである。一方で、新たなるサービスを模索し、それを目標化している病院、施設もある。単なる診療報酬や介護報酬対応策ではなく、今後数年以上先を見据えた目標の具体的行動計画であるところが、頼もしい。少子高齢化社会は必要であることだが、本当に体感化されているのか否かが問われている。政治は、政治家は、わが国の行く末を見据えていないから、個々の病院、施設で次世代を見据えた目標を立てるしかないという思いが、わたしはあるのである。なんか、自分

## 今年こそ



(たち)はそのころは死んでいるから、いいや、という感じが政治にはあるように思えてならない。具体的にいえば、原発依存、宇宙開発などによる地球という自然な存在の破壊である。やがて、地球上に住む人間や動物に悪影響を及ぼしていくと確信している。

原発ゼロとか、宇宙開発やめろと主張しているのではなく、地球上には“ほどほど”というものがあると思うのである。トンネルにしたって、とても便利なものが、「ほどほど」にしないと、どうして事故は起きる。日本は、人口が減り続ける国であることを元

みじみと考えさせられたことである。わが国がなぜ移民制度の拡充をしないのか、わたしは大きな疑問をもつていて。

それだけに、インドネシアやフィリピンの人を看護師や介護士として受け入れておられる病院や施設を心強く思うのである。年間に10万人の移民があつたら、人口増にはならないにしても人口減の対策としていささかの功があるのでなかろうか、と思う。一般産業の国外への流出は著しい。いわゆる産業の空洞化であるが医療や福祉は国外移転するわけにはいかない。逆にマンパワーを国外に求めるのが自然なのではなかろうか。地球上の人口が爆発的に増えることは必ずから、大和民族にあまらこだわらないでいいのではないか、と思う。

もちろん、犯罪が増えるという意見も分かる。ただし、犯罪は防

止できると考へてもよいのではなかろうか。いわゆる後ろ向きか前向きかのちがいが、個々の病院に

なると、病院も福祉施設も人口減少への対応を横にらみしつつも、どうやつたら人口を増やしていくのかを、考えなければなるまい。その想いが、25年以上前から主張している「移民制度」の拡充である。カナダのトロントの移民局の前に午前5時にずらりと並んでいた移民の人たちを見て、し

**広報で変わる 医療環境 DOCUMENTARY FILE**

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。



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。

