

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

病院経営の基本姿勢が問われる

―ふたつの報道からおもっ―

所長 岡田 玲一郎

先月号でチヨコツと書いたことだが、わが国の医療について重要な指摘が毎日新聞の社説と投書欄及び記事にあったので、そのことについてこの頁で書かせていただく。

「患者革命」に大いに賛意
医療者は患者にひれ伏すのか

「揉み手の医療」は医療者と患者の関係を対等にしていないということ、折にふれて書いてきた。わたしのような単純な脳細胞ではない毎日新聞の論説者は、1月の6日だが「これからの医療」というテーマで「患者革命で変えよう」と提唱されていた。大いに賛意があったので、私見（私経験かな）を交えて書いてみる。

毎日新聞の社説の要旨は、スウェーデンやデンマークの国民教育、わが国の北海道夕張市での村上智彦医師の健康指導、さらに同医師が北海道瀬棚町(当時)で行った実際を挙げておられ、患者の自律を説

かれていた。スウェーデンの「受動的な患者から、病気の主体者、あるいは健康の行為者としての患者革命」の政策を挙げておられる。30年以上前から筆者の主張してきた「お任せの医療からの脱却」である。患者革命が政策としてなされているから、スウェーデンもデンマークも質の高い医療と老人福祉を実現できているのである。行ったことはないが、この両国の医療と福祉を素晴らしいと称賛されている人の記事はよくみる。しかし、なぜそれが実現できているかの報告は、わたしは見えていない。

今回の毎日新聞の論説者は、きつちりと「患者の役割を強化し、患者が自分の医療にもっと参加することで治療効果が上がります」という、医療の削減も達成できる」という、スウェーデンのヨハンソン副社会相の力説を紹介しておられる。同じ毎日新聞の1月8日の「みんなの広場」の投書欄では、田島

治体もある。医療機関と協同で実施しないと効果が薄いのはいうまでもないので「これからの医療」は行政と医療機関による「患者革命」が第1だと思ふ。わたしも国民への講演の都度、必ず強調しているが空しさを感じている。しかし、諦めないでやっていくしかない。

介護療養病床でいかれたら?!

同じ1月6日付毎日新聞一面で、「療養病床 介護型 全廃撤回」と大きな活字で報じられていた。おそらく、公式な決定ではなく毎日新聞の独自の取材で記事にしたものだと思う。サブタイトルに「老健に転換進まず」とあるのだが、一月中旬に送られてきたO県の病院協会報の中に、介護療養病床から転換型老健に転換なさった報告が出ていた。転換したほうが経営として正しいのか、転換しないほうが正しいのか、という話になる。

結果はどう出るかは即断できないが、わたしが仕事をさせて頂いている病院や知っている病院は介護療養病床を老健施設に転換なさっている病院ばかりだ。特養ホームに転換なさった病院もあるが、わたしは介護療養病床は病院病床ではなく施設療養病床と思っているから、やがて経営の結果は転換しない病院の負けになると思っている。理由は、根性が卑しいからである。施設になるのは嫌だから病院として残りたという根性だ。

それこそ負け犬根性で経営根性ではないと断言する。おそらくの話だが、厚労省だって介護療養病床を残したいとは思っていない筈だ。介護療養病床の全廃撤回があるのだとしたら、残った介護療養病床はやがて干乾しにしてやる、という根性がありありと見える。

意地で「病床」にこだわることが経営的に正しいとは思えないのである。それ以上に、そこに道理があるのだろうかと思うのだ。もつとも、毎日新聞の報道が正しいかどうかは分からない。全廃撤回が厚労省の最終方針だとしても、わたしは介護療養病床は老健施設等に転換なさることをお勧めする。収入としてはリハビリの収入が激減するが、介護療養病床に入っておられる患者さんのリハビリ、それなりのレベルでなされはいいのではなからうか。介護療養病床に入院なさっておられる患者さんとは書けなかった。リハビリは急性期から終末期まで必要であって、患者さんの必要とするレベルのリハビリを提供すればよいのだと思う。

しかし、この問題は日本の病院の経営体質を現わしているように思う。むろん、全部の病院ではなく一部の病院に現在も残存している「厚労省けしからん論」の病院の経営体質のことである。その経営体質も転換が求められている。患者革命という思想と共に問われていることだ。

組織医療としての病院

(316)

新須磨病院

院長 澤田勝寛

「無財の七施」と笑顔の効用

― 笑う門には福が来る ―

「無財の七施」とは、お金や地位がなくても誰でもできるお布施である。やろうと思えば誰でも世の中の役に立つことができるわけで、次の七つをさす。

- ① 眼施（げんせ） やさしい眼差しで人に接する
- ② 和顔施（わごんせ） にこやかな顔で接する
- ③ 言辞施（ごんじせ） やさしい言葉で接する
- ④ 身施（しんせ） 自分の身体で、できることを奉仕する
- ⑤ 心施（しんせ） 他のために心をくばる
- ⑥ 床座施（しょうざせ） 席や場所を譲る
- ⑦ 房舎施（ぼうじゃせ） 自分の家を提供する

七つを一言でくると「親切の仕方」ともいえる。そのうちの和顔施が笑顔のことである。顔はその人の気持ちを表す。すてきな笑顔、和やかな笑顔を見ると幸せな気持ちになる。周りにも笑顔が広がる。腹の立つこともたくさんあるが、暮らしの中ではいつもこ

にこして、和やかで穏やかな笑顔絶やさぬよう心がけようという意味である。

ローマの英雄シーザーは笑顔でクレオパトラの心を射止めた。シーザーは、健気で颯爽とし洗刺とした積極的な人物であつたらしい。そして何よりも彼の笑顔にクレオパトラは惹かれたという。クレオパトラのこんな言葉が残っている。

「不思議なるかな、ジュリアス・シーザーよ、彼が私を見てにっこり笑うと、たちまち私の心の沈んだ気持ちは晴れ晴れとなる。まして、彼に握手をされたときには、私の全身全霊は直ちに生まれた本然に立ち返る。私には、ただ単なる恋人としてではなく、それ以上の階級の高い、あれは私の人生になくしてはならない存在だ」と。

シーザーは和顔施だけでなく、身施にも長けていたといえる。先般、船井総研の創設者 船井幸雄さんが亡くなられた。コンサルタントの草分けである。それ以上に「人間としての生き方」を色々伝えられてきた方でもある。私も

3回ほど直接話をうかがったことがある。

髪は薄く丸顔でややタレ目。耳は大きく鼻も立派。いわゆる福顔。穏やかな表情で、にこやかに話をされていたのが印象に残っている。

いつも言われていた「生き方のポイント」は、

- ① いつもニコニコしている
- ② いつも前向き
- ③ 肯定、感謝、プラス思考
- ④ 良い思いが実現するとの確信を持ち、それを強く思う
- ⑤ 他人の欠点など、どうでもよいことは気にしない

の5つであった。中でも、いつもニコニコが一番印象に残っている。いつもニコニコはそう簡単にはできないが、笑顔で過ごすことが開けると、強調されていたの思い出す。

小林正観さんも、著書「喜ばれ」の中で同じようなことを述べている。いつもニコニコして、人から物事を頼まれやすい明るい顔をしていると、人生はそこから開けてくる。自分で自分を磨く必要はない。磨く暇があれば頼まれやすい人になる方がいい。うれしい、楽しい、幸せ、愛している、大好き、ありがとう、ついでに、という言葉が、常に自分の口から出てくるようにしていると、人相が変わり頼まれやすい顔になる。幸せになる条件は、宇宙を敵に

まわさないこと、宇宙を味方につけること、神を味方につけることの三つである。神はきれいな人、心のきれいな人、身の回りが整理整頓された人が好きだそうだ。不平・不満・グチ泣き言・悪口・文句といっていると頼まれごとをされにくい顔になる。

嬉しい、ありがとうという喜びの言葉をずっと言っていると、「笑顔」が板についてくる。そうすると神や宇宙から支援を得られるようになる。

ややスピリチュアルな話ではあるが、笑顔で人に親切にすると、自分も磨かれまわりも幸せになるというの、その通りだと思う。

進行乳がんが通院中の40歳半ばの女性がいる。どうしても手術が嫌で、東京まで民間の免疫療法に通っていたが治療効果がなく不安になって当院を受診した。初診時は、表情は固く、ぼそぼそと、とにかく手術は絶対嫌！親にも兄弟にも内緒にしておきたいと話し、かなり訳ありの様子があがいがい知れた。

ホルモン治療も化学療法もよく効くタイプであり、本人の意思を尊重して保存的治療することに決めた。それから1年経過。治療が奏功し腫瘍は明らかに小さくなってきた。3週間ごとに通院している。治療効果が出てきたためか、最初は無口だった彼女もよく話すようになった。淡路島からの通院

で大変だろうと思いつつ「通院は辛いですが」と聞いたところ、「来るのが楽しみです。先生の笑顔に救われます」と言われた。ちよつと気恥ずかしかったが「その言葉に僕も救われます」と答え、お互いにニコニコ微笑んだ。

乳がん患者は、比較的若くて発症し、再発も多い。新薬が次々と開発され治療の選択肢は増えた。しかし、陰影が消えてしまうことは少なく、大きくはならず、小さくもならないという「癌との共生状態」となる。医学が進歩し、癌イコール死の時代ではないと思っているのは医者だけである。患者は癌と聞いただけで「死」を考える。再発のある人もない人も一樣に不安を抱え続け、外来で訴えも多い。

外来では常に「モナリザの微笑」を意識した「笑顔」を心がけている。死ぬことを考えている人には「死ぬ準備は自分先でいいよ」とか「遺言はまだ書かなくていいよ」といった冗談を、微笑みながら話し、明るい癌外来を目指している。笑顔は人生の木もれ日である。もれてくるのは、その人の心。温かくて、元気に満ちていて、人を勇気づける光に満ちている。私たちは笑顔が大好きで、笑顔はあつという間に伝播する。無財の七施を意識し、笑顔絶やさないことが大切である。笑う門には福が来るのである。

膀胱カテーテル工事が終わって、やれやれ退院できるとホッとしていたら、その泌尿器科医から突然こう言われた。

「アンタ、今してるセキは風邪のセキじゃない。かなりヤバイセキだ」と。

「どういうことですか?」「専門じゃないが医師のカン。退院は先になるね」「もう、結構ですよ」「今、アンタを呼吸器科へ搬送するから」だと。

さすが都心の巨大病院である。動きは速い。アツという間に黒いタイヤ4輪車に乗せられ連れてこられた所は、診療室でもCTスキャン室でもなかった。そこは、このビルの18Fの呼吸器内科病棟の4人部屋のカーテンの中のベッドで、横には白衣の豊満な35前後の女医さんが腕組みをして立っていた。もうこの留置所から出られると思っていた矢先のことである。ところが恐怖どころか、ステキなショーが始まった。

しばらくすると、音を立てて首を立てた恐竜が襲ってきた。度胆を抜かれるというか、とにかくステキなショーの開幕である。この恐竜は、実は、レントゲン車だった。その長い首の先にレントゲンが装置されていた。これからが見ものだった。その女医さんは白衣のまま、その恐竜の首に這い登ったのである。

私はベッドに仰向けの姿勢である。こんな位置関係なのだから、なにが見えてしまう。いわゆる「パンチラ」いや正確には「パンモロ」だった。でも見え過ぎるパンモロでは色気がないのと、私はパンチラを見ていたくもない。

こんな姿勢で前をおさえる動作もせず、女医さんはなにを始めたかというところ、いくつものツマミを操作して、レントゲンで私の胸を撮るようにしたワケだ。これは医療行為ではなく医療ショーである。しばらくして恐竜



病床の心音 (69) パンチラ女医さんなつかし

天野進平

(脚本家、要介護度4)

の首から降りてきたが、「間違いないわ」という怖い宣言の後、声を荒立てておっしゃられた。「見たでしょう?」

「いえ、なにも見てません」とマジに答えると「ナンパ作家とこのエロジジイのことでしょうか?」「なんのことでですか?」「しらばつくれんじやないわ」「お医者さんのチラッなんておもしろくもなんともないよ」「そうか、くやしい」「いえステキでしたよ」「ホラッやっぱ見えてるじゃない? そんなことはどうでもい

い。あなた、かなりヤバイよ。CTを見なくちゃ。まだ断定はできないけど、あなた誤嚥性肺炎かもしれないのよ。生存率50%の肺炎よ」「へえっ、ホント、パンチラどころじゃない。それで、これからどうなるの?」「治療法はないわ」「脅さないでよ」「右肺に炎症があり、そこから出てる膿をくみ取らなきゃならぬいわ」「なんか中東の石油のパイプラインを敷設することになるの?」「まあ、そういうことね」「それじゃオベになるワケだ」「そん

な大袈裟なものじゃないわ。背中パイプを通す穴をあければいいのよ」と簡単におっしゃった。事実、穴あけは大病院とは思えない形で、翌日行われた。そのオベは、その4人部屋のベッドで行われたのである。これは呼吸器内科と聞いていたのに、このパンチラ女医さんが自らメスを手にし、私をベッドの中央に座らせると、背中穴をあけようとしている。しばらくして年配の師長さんがきて、私の前にうづくまり両手で私の肩

をおさえる。

「それじゃ始めるわよ。痛かったら麻酔をかけるから」と注射器を私の目の前に突き出した。それで早速作業が始まったのである。オベ室にある天井の強いライトもない。とにかくオベには麻酔医が必ずいる。それがないで注射器だけだ。私も度胸を決めた。パンチラのお礼に騒ぎ立てないようにすることに決めた。メスの入る感触ではそんな大きな穴ではなさそうだったのでガマンしたが、私が悲鳴を上げる前に麻酔を手早くかけてくれた。こっちは病気の天才である。オベなど何度もしており、すぐに慣れた。オベ室じゃないから、このオベは土木工事と言っ

た方が相応しい。意外とアッサリ終わった。パンチラ女医は振り向いて言いやがった。「私、オベうまいでしょう?」だと。このオベが終わると、もちろん長いビニールの管が通された。この管は、膿を出して炎症に、うまく届かせなければならぬ。かなりの工事だと思っただけで聞くと「あなたで2人目よ」ときたもんである。この数字は喜んでいいのかチョット不安になったが、パンチラ女医はスマシ顔。師長さんが「よくガマンし

ましたわね」とホメてくれた。私はドラマ屋である。ホントのことを書くことはない。ただヒントにするだけだが、この話はホントの話なのである。こんなオベが都心の巨大病院で行われたのである。

この土木工事のアト仕事で2ヶ月入院させられた。この2ヶ月経った時である。この呼吸器内科の医長さんという人が初めて現れ、膿集納器のメーターを見ながら「大分量も少なくなつたし、膿の色もうすくなつたので、退院したいなら出てもいいよ」と言われたので「今日にも退院したいです」と言うと、「それでもいいけど、すぐにまた戻ってくることになるのは目に見えてる」だと。そんなら退院してもいいなどと言うなよ。医長が去ると、パンチラ女医さん

はこう言った。「そんなことないわよ。医長は患者さんをオドスのが趣味なのよ。すぐ出ていいわよ。私のパンツを見たスケベ、早くいなくなれ」「もう少しいようかな?」「出てけ」1年ほどして泌尿器科の外来に行ったので、なにげなく玄関ロビーにある各科の担当医の名札を見たが、パンチラの名はなかった。おそらく年下の白衣を一匹銜え込んで去ったに違いない。でもパンチラなつかし。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

人は石垣と認識するなら 職員教育は不可欠である

四苦八苦

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

人材育成という言葉がある。人材ではなく人財だとカッターことおっしゃる人もおられるが、わたしは人材でよいと思っている。人を育成するということは、そんな言葉遊び、こじつけの世界ではないという信念がわたしにはある。職員教育の仕事をしてきて、つくづくおもうことなのである。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

これはまで職員教育に関わらせて頂いた病院は、そんなに多くない。経営者の職員教育観が危なっかしい病院は、いくつもある。職員は人間であるから、教育を調理するレシピもない料理するスタンスでは教育にならないのである。だから、職員教育をお断りした病院もいくつもある。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

それこそ、この欄のテーマである四苦八苦が必要で、四苦八苦してもなかなか成長しない職員もいるのである。しかし、職員が大事だと思われている経営者の病院はいくつもある。サービス業の範疇を超えたサービス業が病院だから、職員の質によって経営は左右されると認識されている。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

幸い、こういう職員教育観のあるわたしを使つて下さる病院はある。そして、胸を張って言えることはどの病院もその地域、あるい

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

は国レベルで経営として上位に位置している事実だ。という経験から、わたしは病院では職員教育不可欠論者である。

では、どのように職員教育を実施すべきだろうか。その第一は、職員教育をする人物を厳密に選定されるべきだ。具体的に言えば、それを業(なりわい)にしている人物は避けられたい。理由は、職員教育とは「営業」や「商売」ではないからだ。利益を求める人物または会社は、教育者ではできないと信じる。そういう魂胆の人物は、職員に見透かされてしまうから、どんなに立派なことを口にしても、職員は良い影響は受けないのである。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

第二に、職員教育は講演や単発の教育プログラムではなく、継続するロングランのプログラムでなければならぬ。わたしも講演を頼まれることがあり、それをもって職員教育や職員研修とおっしゃる病院では、講演は講演で教育や研修とおっしゃってもそれはできないとお断りしてきた。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

一回の講演で影響を受け、教育効果の挙がる職員はおられる。おられるが、それは過性のものがあり、やがて業務に追われて忘れてしまうものなのである。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

第三は、職員教育は経営者から一般職員まで、つながりのあるものでなければならぬ。経営者は別とか、管理職は分かっていると思われの間違いだ。そして、経営者や上級管理職は職員教育の対象としてのプログラムではなく、インフォーマルに語り合うことが必要不可欠である。この辺が、営業として職員研修をなさる人や会社の弱いところである。ついつい、ご機嫌をとられていた姿を垣間見て、そう思うのだ。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

もちろんわたしも、ついついご機嫌をとることもあるが、そんなものは自分の良心が痛めるから、軌道修正してきた。ここでも、四苦八苦があるかないかが問われてくと、経験的にもう。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

最後に、職員教育の成果を確認しなければならぬ。具体的に言えば、病院が、病院経営が良くなっているか否かの問題だ。これは、経営者でも一般職でも感じることができるところであり、始めのほうに書いた地域や国レベルで抜きん出た病院になったかどうかである。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

診療報酬がどう変わるかが、医療制度がどのようになろうか、見事に対応できるのは、経営者ももちろん、管理職や一般職員が強いかどうかによって決するのである。その意味では、組織は大きいほうがダイナミックであることを経験する。大昔から言っている多数精鋭の論理である。

岡田

こんなこと やってる

岡田 今年も一月に、ある病院で医局研修があった。日本経済新聞で日経実力病院調査の「救急医療」が全国規模でランキンされた病院だ。医師は特別と職員研修の対象ではないと別格に位置づけられる病院は多い。しかし、別の病院だ管理職研修に医師が継続的に参加されて、病院の中核になられている病院もある。

先の救急病院では、理事長方針として「医師の社会性の向上」があり、もう10年も前になろうか医局の合宿研修から始まった事例である。そのころは、医局はまっぴらつで、大いに関心をもって参加される医師と、理事長が言うのだから意識の医師に分かれていた。

その後、土曜日の午後半日の研修が続く、研修医の何人かが「大卒では教わらないこと」と感想というより別の世界をみた想いを言われていた。いまでも、研修医がわたしのレクチャーにだけ参加される病院もあるが、分かる研修医は必ずおられる。むしろ、分かん派、分かんうとしない派が多数だが、技術者としてだけでは医師は生きていけないと、わたしは確信している。社会性のない医師は、必ず自らを危機に落とすのだ。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

医師は頭が良い。もの分りも速い医師は速い。それはかつてのことと吸収しようとするスタンスがあるからだ。アメリカでの経験からすると、30年前はアメリカでも「医師がわがままで」が病院の現場で語られていた。どれくらい医師がそうなのかと質問したら50%くらいと言われていた。その現実があるから、アメリカの病院でも医師の社会性、特にコミュニケーション能力の教育が地道になされてきた。だから、アメリカの病院のほとんどで8割の医師はリーダーとして適切だといわれている。わたしがよく言う、医師には人格と識見が必須だとして教育されているからだ。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

日本は日本、アメリカはアメリカで、日本は現状でいいと言われる人はおられる。じゃあ、それでいいかたらいではないかと、わたしは突き放す。ところが、そういう病院ほど医師への不満が経営者から一般職員まであるのは、どういふことなんだと思うのだ。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

医師の教育や研修をなさっている病院は、先の2病院だけでなくわたしが関わっているだけでもいくつもある。もちろん、すべての医師を医師たるべき存在にすることはできない。それは、職員にだってどうしようもない職員がいるのと同じことだ。だからといって、医師を放任してよいのかという、わたしのキツイ意見だ。

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

「四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦 四苦八苦」

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎占星術が最悪の年

当たるとも八卦、当たらずとも八卦といわれるが、わたしは気にするほどだ。特に、今年「0学占星術」によると最悪の年だ。昨年が最高の年で、今年ほどたとえ落ち、再出発の年なのである。わたしと同じ生年月日の方がわたしとすべて同じだなんて思いもしないが、大いに気にしている。

慎重に慎重に歩もうとしているのだが、正月早々、めがねは無くすは、競馬の当たり馬券5万円強は落としてしまうは、ロクなことはない。合計10万円の出費だ。

思い返せば、昨年はL.T.A.C.がクローズアップされるは、関わらせて頂いている病院の利益は増えるは、いいことだらけだった。生活もそれなりに安定していたし、妻も旅行に連れていくことができた。最大のものは「傘寿まで生きてくれた感謝の会」で、実に多くの方々にお礼ができて、嬉しかった。そこで出てきたのが「ひとり生きていくのか、みんなで生きていくのか」だった。

で、最悪の年だから悲観するのではなく、最悪の年だから慎重に歩んでいこうという覚悟だ。たぶん、毎年

を最悪の年だと覚悟して生きていけば、いいことがあるのではなからうか、とおもっている。一刻、一刻を真剣に生きるぞ!!

◎喫煙を再開したら……

7年から8年前に、心臓の血管にステントとバルーンを入れた。そこでピタッと、タバコをやめた。箱に残っているタバコは捨てて、カートンで買い置いたものは愛するK理事長に進呈した。きのうのこのように想い出す。

一月に、親友の医師三人とゴルフをやった。その後の食事会で、ときどき猛然とタバコを吸いたくなくて「タバコ 吸いたい!!」と叫ぶんだと言ったら、お三人の医師は、異口同音に「吸つたらいいじゃない」と言われた。もう何年も生きるわけじゃないし、ステントも入っているんだから血管が狭窄することもない。第一、吸いたいという衝動をがまんするストレスが精神によくない、とおっしゃる。道理だなあ、と思った。

早速、以前吸っていたピアニシモの1疋を購入した。ところが、吸つても頭はクラツとしなないし、なんらの反応がない。陶酔感が、まったくない。香りもいとは感じない。こりや、タバコ敬遠体質になったのだ、と思った。でも、シヤクだから一箱を四日間かけて吸い終えた。バカな奴だと自分で思う。

このふたつのわたしの経験は、大げさだけれど人生の教訓? になっ

た。ひとさまには分からないかもしれないが、人間、自然体で生きていくのが一番だ、である。占いが悪からうが、タバコが旨くなかろうが、前を向いて歩いていくのが、よい。無理、無体はいかん。

◎やつとくる、病院病床の淘汰

わが国の病院病床は減りこそすれ、増えていつてない。ここ10年間の話である。では、これからの10年間はどうかでみると、わたしは今年を契機として病院病床減少のスピードがアップすると予測する。二頁に書いた介護療養病床だけではなく、あらゆる機能の病床が減少し施設の定員が増えていくとみている。持論である病院病床が老人施設定員を代行していたのが、正常な姿に戻るからである。

別にグローバルスタンダードなんて古色蒼然たるものを持ち出すのではなく、入院医療の在院日数が縮小していくからだ。なに、老人は簡単に退院できない?! 退院しなきゃ、病院が施設化するだけだ、とおれは思う。

お前の予測なんか当たるもんか、だつて?! じゃ、自分を信じて退院できない老人の入院患者を大事になさつて、ウチは病院ですと言われたらよいだけだ。

ウチは急性期病院でいく!! と勇ましくおっしゃつた病院がどうなったか。真綿で首を絞められるように息も絶え絶えになってきた。や

つぱり、わが国の病院病床は減少すると言わざるを得ない。

その一方で、じわじわと自院あるいはグループの病院病床を増加させている病院もある。それを見てみると、簡単、病院、ホスピタルをおやりになっておられる。わたしの好きな、弱肉強食の原理が出てきたんだろうね。

◎育児支援も変化する?!

アメリカでいつも不思議に思うのは、日本という院内保育所をあまりみないことだ。あつても、細々という感じだ。一般の保育所はすいぶんみる。多くは、トレーニングジムと併設されており、日本の認可保育所みたいな感じだ。

いろいろ訊いてみると、ベビーシッターに頼んでいるナースがおられる。日本は、一部のセレブ層にはあるが看護師さんのお子さんをベビーシッターがみているなんて、わたしは聞いたことがない。ベビーシッターの保育料が安いのか、看護師の所得が高いのか、ではなからうか。在宅介護と同じように、ベビーシッターが普遍化するのかなと、ふと思つた。

◎情報源としてのラジオ放送

わたしは、ラジオを可能な限り聴いている。鉄道の人身事故によるストップ、どこそこの地震、いろんな情報がリアルタイムで知ることができるところだ。ところが、飛行機でラジオを聴けるフライトが減つたし、

新幹線にいたつては昨年の4月からオーデオのサービスは一切なくなつた。

東京に戻るときや羽田に帰るとき、J.Rの電車の情報はJ.A.L.エクスプレス便では不可能だ。新幹線でも私鉄の運行情報は一切ダメだ。心配性のわたしにとつては、一種の拷問である。情報が得られないということは、精神的に圧迫感があるわたしだ。

コストが大変ということはない。そうなのは、ラジオは新幹線や航空会社で運営しているわけではないからだ。昔は航空会社は新聞や週刊誌を置いていたが、あれはコストが掛かるから無くして当然だと思つた。だけどラジオは困る。

こんなことを思っている患者さんがおられるんだろうなあ。別にラジオのことでではなく、自分の知りたい情報が得られないと、患者さんは苛つくんだと思う。インフォームドコンセントも進化しなければなるまい。真剣にそう思う。

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



岡田

医療の沸騰点



事前指示書は必要だが 医療費削減が目的ではない

岡田 玲一郎

厚労省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査の集計結果の速報が発表されている。一般国民五千人、医療・介護関係者一万三千八百人が意識調査の対象者となっている。

前回の意識調査は平成20年だったが、回収率や回答者の属性、終末期に関する関心などの変化をみると、わが国の国民や医療・介護関係者の意識変化がみられる。

自分の死に方を考えるのは
そんなに容易なことではない

日常生活の中で、一般国民である医療・介護従事者であれ、自分がいずれ死ぬことを認識されている人がほとんどだと経験する。自分が死ぬことはないと思っている人は、極めて少数である。

ただし、自分がどのような死を迎えたいかという強い意志を有している人は少ない。つまり、自分の思うような死には無理があると思っている人たちだ。しかし、少数だけれど自分の人生の最終段階では、どのように生き、どのように死ぬかという確固とした意志を有している人

もおられる。永年の友人のTさんが最近の事例である。緩和ケア病棟に入られて、そして亡くなった。

そういう人がおられると、そういうお方は死に方についての確固たる意志があると感ずる。一方、同じ癌という病気で死んでいかれる人で最後の最後まで死を拒否づけ、あらゆる治療を続けられて亡くなる人もおられる。どちらがよい人生かどうかは、わたしには分からない。

しかし、いずれにしても自分で選択した人生の最終章なのだから、本人ではないまわりが善悪を論評してはなるまい。近藤誠さんが間違っているのは、自分の意志で癌と闘っている人を否定なさるからだ。近藤さんにすれば、無益、無駄な終末期だと思われているようだが、癌と闘っている人は本人の強い意志でおまじないのようなきことにだつて、すぐっていくのである。

つまり、自分の死に方を考えたり、自分の意志どおりに死のうとするとき、それを家族やまわりと語り合うことは容易なことではないのである。わたしは、宗教云々の話ではないという意見だ。

事前指示書の賛成者は
じわじわと増えている

事前指示書についての意識調査をみても、劇的な変化はない。平成10年、15年、20年の調査と今回の調査を比較してみても、あらかじめ事前指示書を作成しておくことに賛成の人は、一般国民、医師、看護師、施設介護職員とも、賛成の人がじわじわとは増えている。

数字で示すと、一般国民の賛成者は平成10年に47・6%から平成25年には69・7%になっている。医師も平成10年には69・5%だったものが平成25年には73・4%になっている。これは、なにを意味するのだろうか。

わたしは単純に、医師、看護師、施設介護職員等、いわゆる医療福祉従事者の人たちは、患者さんと介護を必要とする人たちの死を本人の希望どおりに迎えさせてあげたいと思われているとみている。これは、この調査で読みとれることだけではなく、日常の医療福祉従事者の方と話していて感じることだ。具体的に書くと、医師、特に救急医がおっしゃる「どこまでやつていいか分からないのは、困る」という救命救急治療への逡巡である。よく聞くことだ。

また、救命救急センターで事前指示書普及の運動をなさっている病院が増えていることでも、医療者の逡巡があることが証明される。

また、救命救急センターへの搬送は70歳以上の持病悪化の患者さんは避けるべきで、二次救急病院、あるいは療養病院が相応しいという意見が台頭していることにも、医療の現場の苦悩が分かる。

しかし、実際に事前指示書を作成するとなると、これもまた悩むのが人間の姿なのである。もちろん、すっぱりと決める人もおられるが、自分の死に方や終末期の治療方法について意志決定することは、口で言ったり、書いたりするよりははるかに悩むことなのである。

わたしも、20数年、事前指示書の運動をしてきたが、話は分かるけどの雰囲気をついていける経験してきた。しかし、わたしは事前指示書は、その気になったら書かれたほうがよいと思う。

人間はいろいろ悩むもの
事前指示書は破つたらよい

この小見出しは事前指示書の運動をしていて、目から鱗だったと言われた例だ。事前指示書を書いたら、それは変更できないと思われている人が、かなり多い。書いてはみたものの、いろいろ悩みが出てくるのが一般的な人間の在りようではなかるうか。ましてや、自分の死に方、終末期の治療について書いてみても、もしや奇跡的なコトが起るかもしれないと考えが及ぶのは当たり前だと思ふ。

わたしは、事前指示書は書いた

ら変更できないものではないと、強調する。心に引掛かるんだから、事前指示書は破つて捨てたらよろしい、とたびたび言う。また、どんなに熟慮して書いてもその希望どおりにはならないと強調する。医師の医療観もあるし、第一、救命救急センターに行ったら、救命されるのである。

そんなこともあるのだろうか。事前指示書を作成されている職種で一番多いのは、医師の5%である。事前指示書の作成に賛成が一番多い看護師(84・7%)で、事前指示書を作成されている看護師は3・5%と医師を下回るのである。かなりの皮肉を込めて書くといかにも看護師さんらしい、と思う。

以前にも書いたが、事前指示書は医療費の削減を目的としたものであつてはならない。また、無駄な医療を実施しなくてもよいからという意見もあるが、それは安易な考えだ。例えば、事前指示書で現代医療の最高水準の治療を望むという人だつているのである。

主観の無駄を医療全体に普遍化してはならないというのが、わたしの意見である。無駄かどうかは、本人の判断すべきものなのではなかるうか。軍国主義と相通じるものだと、わたしは危惧するのである。たった一度の人生、わたしはわたしで生きていきたいと思う。そして、悩みのあるのが人生で悩みのない人生は、カレンダーだ。

いろいろ心配しても詮無いことだと思つても、やはり心配だ。わたし自身の健康とか老後については全く心配しないのに、社会、特に社会医療についての心配は尽きない。東京オリンピックの年は、日本の病院はどうなっているんだろう。突如として変わるわけではないのだから、今日、今年からやることをやらなければならぬ。

17年は、急性期医療が明確になり、一般急性期病床は35万床へのスタートを切る年だ。そこから、2020年、東京オリンピックの年に向けて、病院病床の明確化が必ずやってくる。最大の心配事は、病院は病床数を削減していくのか、ということだ。

だ。そこに、公立と民間のせめぎ合いが生じてくる。一般急性期病床の平均在院日数が9日と報じられているが、わたしは10日とみていることは、何回か書いた。アメリカの5日の2倍ということだ。ついでにいえば、アメリカの長期急性期医療の平均在院日数が25日だから、日本のそれ、たぶん亜急性期病床等になると思うが、在院日数は50日くらいだろう。亜急性期等には60日と算定してあるが、わたしは50日になるとみている。

となると、わが国の急性期病床は現在より縮小していくのだが、

わが病院は率先して急性期病床を減らすといわれる病院は、どれくらいになるんだろう。

公立病院で一般病床600床の病院は、いくつもある。すべてを急性期医療でいこうとすると、月間1500人近くの入院患者がいないと平均在院日数10日で8割の病床を回転させることはできない。だったら、400床を亜急性期等に転換して急性期は200床でやっていこうという公立病院は、地方にいくほど多く出てくる。

民間病院はどの機能を担うのかといったって、亜急性期等だつて平均在院日数50日くらいだとしたら、

尽きない心配



民間病院の病床にほとんど必要としなくなつて、民間病院が病床削減や閉鎖をするしかなくなる。

スゲ〜心配性でしょう。しかし、そんなことは絶対に起きないと言ふことができない動きなのである。おそらく、病院団体も心配されているであろう、と思いたい。公立病院には、最近優秀なコンサルタント(わたしの知人でも2人)が入っているから、昔の、動きの悪い公立病院は少なくなつたと思う。

もつとも、コンサルタントの言うことをきかない旧態依然とした公立病院もあるが、2020年に向かつて否応なく変化せざるを得ない、

という心配がある。

心配ばかりしたつて仕方がないので、ヤクルトスワローズを引退されて、NPB調査委員になられた宮本慎也さんの主張に学ぶ。宮本さんは、「世の中にあるルールは、抜け道を探す判断基準をするためにあるのではない」と、診療報酬点数表というルールの抜け道を探しておられる病院に、ビシッと言われている感じがした。

なにを言いたいのかといえば、病院転換のルールづくりをしていかなないと、民間病院はひとたまりもないぞ、と言いたいのだ。これは、公立高校にもいえることで、私立高校の経営を圧迫していることと同じなのだ。もちろん、厚労省だつて手を拱まがねいているわけではない。

1月21日も、病床機能再編の指導推進強化案を再度出されている。しかし、その中身は具体的ではない。亜急性期病床に転換したら一定病床数を返上するというルールではない。そして、都道府県でどこまでやるか、大いに疑問があるのである。

もしかしたら、こんな心配は過剰反応だといわれるかもしれない。しかし、宮本也さんの言われるとおり、「ルールに抵触していないなら、何をしても構わない」という思考は間違っている」なのである。

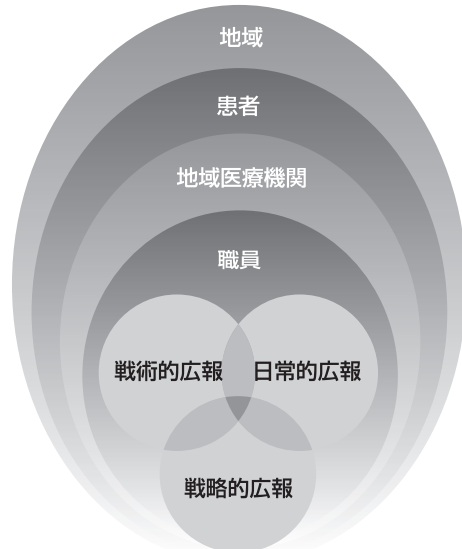
平均在院日数の減少は病院病床の減少を意味することを、大事に思うと心配なのである。 岡田

広報的視点から、病院のビジネス構造の改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
〒466-0059 名古屋市昭和区福江2丁目9番33号
名古屋ビジネスインキュベータ白金406
合同会社プロジェクトリンク事務局内
TEL052-884-7832 FAX052-884-7833

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。



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

49

第383回 これからの福祉と医療を实践する会

小山氏からの賀状に「今年早々に最後の30人が移動して一九八二年創設のこぶし園は入居者ゼロになり地域分散が完結します」とある。これは、特養を解体して入居者を市街地の5ヶ所のサテライト施設に分散することを基本に、従来の施設依存型の事業を転換させることである。この分散は何を指しているのか？ サービス低下や非効率の恐れはないか？ 具体的体制はどうなっているのか？

30年も以前に彼が、当時の行政サービスについて「土日には配食がありません。土日には高年齢者は食事をするなどということでしょうか」と発言したことは、強い衝撃とともに記憶に残る。制度がどうかと採算がどうかよりも、高年齢者の施設での生活状況を想定し、高年齢者の幸せを探求し貢献できる事業スタイルを、愚直とも言えるほどの真剣さで追究したのが彼らのスタンスだ。このスタンスが行政をも動かした。この考え、実践が地域包括システムの根幹に色濃く反映されている。

その方向性は分かるが、実践課程では解決すべき課題が山積しているはず。にも拘わらず、この地域分散を実行した考え方、完結までのプロセスを学ぶことが今回の目標。事業の形態やその変化のみならず、地方例会などで何度も訪

ねた長岡の地に、地域分散の先駆的実践が結実した姿を見つめることで、施設主導から地域主導への転換を果たすべく、それぞれの地域で自施設で実現するためのヒントを持ち帰る研究会としたい。(鈴木喜六)

日時 三月二十日(木) 午後二時～四時半

施設集約型社会から 地域分散生活への転換 高齢者の幸せに 貢献できる事業を求めて

社会福祉法人長岡福祉協会 総合ケアセンターこぶし園

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



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

書き終えて

▼済生会熊本病院がJCIを取得された。何年か前に中国の病院だつて取っているのに、日本の病院はなぜチャレンジしないのか、と言っていた。現在でもJCIに関して日本は後進国だ。だから、済生会熊本病院は、評価される。

▼祝賀会で学習したことは、「病院」の概念がちがうことだ。病院の社会の中での存在の意味が問われるのが、JCIだ。日本の病院も、世界でホスピタルとして認められる存在になっていくのだ。

▼武見太郎さんが日医会長の時代にコンプリヘンシブ・メディシンを提唱されていた。やっと包括医療が実際に登場してきた。これも、武見太郎さんが世界の医療をみてきて、発想されたものだ。お子さんを交えて食事をしたことがあるが、そのお子さんが参議院議員になられている。光陰がある。

▼名護市を何回かみていて、水族館のある東シナ海側と辺野古のある太平洋側はちがうと感じていた。今回の市長選で西側の住民の投票はどうだったんだろう。基地の善悪もあるが、住民の意思はどうか。

▼一月下旬、夫婦で一緒の墓に入るかという番組がNHKテレビであった。わたしはお墓不要派だけになんとも答えられないが、女性は半数強が死んでまで夫の傍にいたくないと、現実の希望である。

医療と介護をデザインする企業 株式会社 星医療酸器

パレットで解決！

GPS 全世界測位システム GPSで現在地を特定しコールセンターに自動転送され、迅速に対応

Bluetoothリモコン 2階から1階、別の部屋からでも、リモコン操作が可能です。

どうしたのかな??? 機器に何かの不具合が発生すると手元の画面で対処方法が確認できます

いろいろ知りたい! ポンプの使い方等の必要な情報は、動画でいつでも見る事が出来ます。

在宅酸素療法

Back to Home! HOME OXYGEN THERAPY

酸素濃縮装置 酸素濃縮器リモコン 災害時救済ボタン付 ※写真は2L器 2L 3L 5L

携帯用ポンプ 生活に合わせて色々な使い方が可能です。3色からお選びいただけます