

社会医療ニュース

なんで2位じゃいけないんですか？ 組織も個人もトップがいいよ!!

所長 岡田 玲一郎

「2位じゃいけないんですか？」は、民主党の蓮舫氏のスパコンに関する発言だ。仕分けとかなんとか言っていたが、いまやその勢いはない。スパコンだから2位といったのかどうか知らないが、このフレーズを最近、いろいろな現場で想い出す。

業界2位じゃいけない
やはり業界トップがいい

まだ、というのはいい歳になってもという意味だが、医療経営の現場で仕事をしている。その現場で先のフレーズを想起することが多くなった。善きにつけ、悪しきにつけてだ。医療の質の向上は、わたしの経営理念の核になるものだ。コアコンピテンシーといっても、よくくらいだ。

順位の2位とか1位というのは、病院や福祉施設の規模のことではない。大規模であろうが小規模であろうがと書いて、例えば小規模多機能施設でも経営は2位より1

位が良い。善いとは提供するサービス機能の質であり、量ではない。悪質のサービス機能の量では、真の経営の勝負に勝てない。

年間、いくつもの病院と福祉施設の職員研修をやらせて頂いているが、そこにくっきりと出てくるのは「2位じゃいけないんですか根性」の濃淡だ。コトを細かく書く、管理職は基より職員が頑張つてこのレベルまで病院の質及び収入を向上させてきたんだから、もうこの辺でいいんじゃないかという、安堵感である。安心感とは、ちょっとちがうような空気だ。

一方、「2位じゃいけない精神」の病院や施設は、歩みのスピードは速かったりゆつくりだったりを繰り返しながら、その地域のトップどころか日本にまでいくぞ、を実現されている。そこにあるのは、強い学習意欲である。

勉強はクラスで2位でいいと思っている子と、クラスのトップどころ

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

か然るべき希望先の大学に入学してもトップになつてやるという高校生との差である。その点、アメリカの高校や大学での学生の競争意識は凄い。ソフトバンクの孫さんも、そんなお方だ。

とつても大変なことだけど
上昇志向を高めるしかない

病院も福祉施設も、最大の戦力は職員である。一般産業は機械化されてメカニクスの勝負がある。しかし、対人援助を生産の基盤とする医療と福祉の業界は、機械で勝負はできない。落語家の林家木久扇さんが喉頭がんの放射線治療で現場復帰された日に「放射線治療は1回3分で、機械は10億円もすると聞き、治療代も大変と思つたら高齢者でタダ。機械に悪いと思つて一生懸命に治した」と言われたとスポーツ紙が報じていたが、嘘だろう（朝日新聞系スポーツ紙だからというのではないが）。彼の収入からして一部負担金は3割の筈だ。わたしも後期高齢者だけど3割負担しているからだ。ともあれ、機械に感謝してというか機械に悪いからという気持ちがある

本気なら許す。

しかし、ここ一ヶ月間で機械に頼る検査データで診療する医師に泣かされてる看護師に何人も会つた。例えば、抗生物質、しかも同一抗生物質を90日間も投与する医師の言い分は、検査データで菌が残っているからと言う。結局、最後は「あなたの体に抗生物質が効かなくなったから、クスリはやめる」だ。かくもしかじか、機械頼り検査頼りではなく、医師という職員の意識が経営のカギだ。

2頁の澤田勝寛先生の「新須磨病院の広報誌に、澤田先生が書かれている文章を紹介すれば、分かりやすい。澤田先生は、医師に対し「パソコンを見ながら、お大事なさい」をしないで、患者さんの顔を見ながら、お大事なさい」と言え」と喝破されている。そのとおりだと、感心した。だから、病院としての経営が善いのだ。

澤田先生に「2位じゃいけないんですか」と訊いたら、なんとお答えになるだろう。もちろん、いきなり現在の新須磨病院が現れたのではない。そして、現在は地域トップ病院であるかどうかも知らない。しかし、少なくとも現状維持（実はしがみつき）の法人ではない。

医師にしても看護師にしても、社会の風潮は受けやすい。国民を代表する国会議員でさえ、たとえスパコンであっても「2位じゃいけないんですか」という発想をするよ

うになつてきた。国家予算を使うということだろうが、もつと実になる提言をしたらと思う。実は、ここ10年来、わたしは宇宙開発の予算が多過ぎると主張してきた。そうしたら、今年の宇宙開発に関する予算は半減された。わたしの力でないことだが…。

あんな、あまり費用対効果のないモノに国民の税金を使わないで、荒廃した（わたしの判断）社会の改善のために予算を振り分けるべきだと思ふ。先月号に書いた国民の医療・福祉に対する認識の改善のための国民教育費だ。その意味で今年度予算で5億円と僅かだが、「人生の最終段階における医療体制設備等事業」は良い。

結論的にいえば、このような事業に乗り出す病院、施設なのか、ひたすら報酬を追い求めるか、だ。職員をその気にさせるには、質の善いサービスを提供することが目的の組織にすることだ。

人間、現状に埋もれてたほうが楽なのである。何回も書くが、わたしもそうだが、楽なのが心地よくていいのだが、それでは個人も組織も死んでしまう。これも何回も書くが、山中鹿之介の「我に七難八苦を与え賜え」は、経営の至言である。また、そう望んで生きてきた人間として、そう思う。競馬でも、七難八苦だから、当たったとき、悦楽があると思つて、生きています。

組織医療としての病院

(324)

新須磨病院
院長 澤田勝寛

ーリスクマネジメントー

御嶽山が噴火して多くの登山客が犠牲になるという痛ましい災害が起こり、平成3年の雲仙普賢岳の噴火を上回る大惨事となった。噴火や地震などの自然災害は防ぐ手立てはないが、多少なりとも被害を減じる事はできる。

これを機会にあらためてリスクマネジメントについて考えてみた。

◆タイタニック号の悲劇

レオナルド・ディカプリオの出世作となった映画「タイタニック」は実話である。1912年4月イギリスのサウサンプトンからアメリカのニューヨークに向かう最新鋭の豪華客船タイタニック号が冰山にぶつかり沈没し、乗員乗客あわせて1517人が死亡した。

突然冰山が出現して衝突したわけではない。航路に冰山があると、計7回打電されたがそれを無視して突き進んだ。冰山発見から衝突までわずか37秒。積載救命ボートはわずか16隻。2223人の乗員乗客を救うにはあまりにも少なすぎた。航路を変更すれば冰山にぶつかることはなかった。もっと多くの救命ボートを積んでおれば、これほどの被害を出すこともなかった。あとで述べるリスクアセスメントもダメージコン

トロールもできていなかった代表的な例といえる。

◆基本的な考えかた

基本は二つ。リスクを予知予防して未然に防ぐリスクアセスメントと、発生した被害を最小限に抑えるダメージコントロールである。

痴漢被害を例に考えてみよう。リスクアセスメントは、夜出歩かない、一人歩きはしない、女性専用車両に乗ることである。ダメージコントロールは、逃げる、大声をだす、撃退することである。しかし、痴漢にあつても声をあげることすらできない女性が多い。

もう一つ大切なことは、「イメージできなければマネジメントできない」ということである。いざ事が起こると平常心を失うのが常である。冷静な判断はできず、パニックに陥る。

火事で119番に電話できない人もいる。「どこが火事ですか?」と聞かれても「自分の家です」としか言えず、住所を正確に伝えられないこともままあると聞いた。患者が急変したときの対応も同様である。昇圧剤を指示するにしても、「くすり!くすり!」では看護師は動けない。「ドパミンを注射!」でも無理である。「ド

パミン100mgを生食100mlに溶解して、時間10mlで点滴!」という指示なら伝わる。

普段から、起こりうることを想定してイメージトレーニングをしておくことは大切である。「医龍」の坂口憲二も「白い巨塔」の唐沢寿明も、手術前には、手術のイメージトレーニングをテレビで熟演していた。

多少意味合いは異なるが、「大事を成さんと欲するものは、まず小事を務必し。大事を成さんと欲して小事を怠り、その成り難きを憂いて、成り易きを務必ざるものは、小人の常なり。その小を積めば大となる」は言い得て妙である。小さな事ができないのに大きな事はできない、との戒めであり、リスクマネジメントそのものである。

◆リスク分類

フィンのリスク予想図がある。リスクを発生の可能性と衝撃度で4分割している。

右上(レッドゾーン)は頻度も衝撃度も大きなリスク。左上(イエローゾーン)は、頻度は低いが衝撃度の大きなリスク。右下は、頻度は高いが衝撃度が低いリスク。左下は、頻度も衝撃度も低いリスクである。

レッドゾーンの代表は医療事故である。インシデントも含めると、身に覚えのある医療機関が多いのは確かであろう。そのた

め、感染対策を含めた医療安全対策は病院にとつての最重要課題として、熱心に取り組んでいる。先に述べた痴漢被害も、レッドゾーンに入る頻度も衝撃度も高いリスクである。

イエローゾーンの代表は地震である。めったにしか起こらないが、発生した時の影響は大きい。阪神淡路大震災、東日本大震災しかりである。このたびの御嶽山の噴火もこれにあたる。

レッドゾーンのリスクは何としても回避する必要がある。

医療のリスク回避の観点だけでいうと、「患者よ、がん闘うな」で有名な近藤誠医師の、手術全否定の極論にも一理ある。

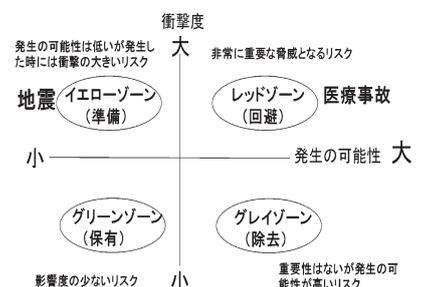
イエローゾーンのリスクは回避するのは難しく準備するしかない。日本に住んでいて、地震から逃れる術はない。耐震構造、家具の配置、地震保険で備えるしかない。火事の予防にはオール電化が望ましい。火災報知器や消火器を準備して被害の拡大を防ぐことも大切である。

◆フルプルーフとフェイルセーフ

人に頼らない事故防止システムのことである。

物事を理解していない状態(Fool)で使用者が誤操作をしても誤作動を防ぎ(Drill)、危険な状況を招かないシステムをフルプルーフといい、万が一、障害(Bug)が起こったとしても、安全側(safe)

フィンのリスク予測図



へ向くようにしたシステムをフェイルセーフという。

ウォシュレットは人が座つていないと洗浄液が噴出されないことや、オートマチックのギアをパーキングにしないと自動車のエンジンがからないようにしているのがフルプルーフである。

フェイルセーフの代表は交通信号である。制御機が故障した場合や停電時には、赤点滅と黄点滅を表示して交通安全を確保するようになっている。転倒すると自動的に火が消える石油ストーブもフェイルセーフの好例である。

リスクを顕在化させない最善の方法は、リスクを持たないことである。携帯電話を紛失しないためには持たないこと、離婚を避けるには結婚しないこと、落選が嫌なら選挙にでないことである。

しかし、そうはいかないのが世の習いであり、身の回りのリスクマネジメントは避けて通れない問題なのである。

本能の反乱とはなんのことかというところ。

20年前にオシッコの出洩り、当時、流行のきざしをみせていた「膀胱カテーテル」というオシッコのバイパス工事をしたが、その時の大病院の泌尿器科の医者に工事終了後、こうおどされた。

「おそらく20年後頃に、あなた自身の本能の反乱があるかもしれないぞ。『オシッコはちゃんと前からさせる』という本能の反乱がね。膀胱カテーテルの歴史はないから、これまでどうだったというデータがない。あくまで私の泌尿器科の医者としての心配だが、やがて何かが起こる。それが本能の反乱だ」

その心配どおり20年前の尿の出洩りをとめるためにした、このバイパス工事の後遺症に攻められている。

別にこのオシッコのバイパスが機能しなくなったというのではなく、とにかく正常な形での排尿要求が痛みにならなくなった。

それでとうとう、その泌尿器科に介護タクシーでとんで行くことになった。若い医師が、尿道に鉄の棒をつっこみ、かきまわす。その痛いこと。そして結論は「入院して尿道を切開して、痛みの原因をとりましょう」ということになったが、84歳でオ

ペをするなんて、とても決心できなかったし、そのオペに納得もできなかった。結局オペを拒否し、坐薬の強い痛み止めを処方してもらった後、杖で体を支えながら、その大病院の自動ドアを力いっぱい蹴って「もうくるものか」とタンカを切って病院を去った。

おそらく尿道にカスがたまっただけで炎症をおこし、それが原因だろう。既に痛むことはなくなつたが、物書きをしている自分のことばで言うと「激しい尿意が痛む」のである。こんな表現は病院では問題にされないと思うが、痛むのだからどうしようもない。

マ屋の私の好きなセリフを演じてくれたのである。「先生の本能がオシッコを前から出したのなら、ソッチの方にも挑戦してみます」ときたものである。

おもしろいのは、マッサージ師は平気で治療ということばを使うが、同じ手の平のワザでもリハビリのプロは決して治すということばは使わない。使えないことになっているのだ。



病床の心音 (73)

本能の反乱あり

天野進平

(脚本家、要介護度4)

それで今はどうなってるかという、「尿道の痛み」はほぼ消えたが、痛みが消えたわけではない。では今はどこが痛むかという、「激しい尿意が痛む」のである。日に何度も尿意があつて、その尿意が痛むのである。この感覚をわかってもらえないだろうか。

サージ師に賭けてみようかと思いい、本能の反乱の話をしたのである。

かく尿道は機能してないのに、あるはずのない尿意が出て、その尿意が痛い」と訴えると、「先生は今、神経を、心を病んでるのです。治療が必要なんです」と。これには感動した。医者とはこんなことは言わないし、リハビリのプロも言わないだろう。

「ハルンケア」は私も2年ほど飲み続けたが、あきらめて泌尿器科に足を運ぶことになった。今の本能の反乱を誘発したが、泌尿器科でのカテーテルだ。現代医療とは、バイパス工とみつけたり。

尿は膀胱カテーテルというバイパスで排出されているのに、もう機能を失ったはずなのに、オシッコは正常に前からしようとして私自身に訴えてくるのである。

「触らせてもらいます」とはあの座頭市の決めコトバで、ドラ

今このリハビリテーションの発祥地はおそらく欧米だと思ふ。というの、大きな病院のリハビリテーション科の科長は、たいてい整形外科医だからだ。心

止められるとはとても思えない。ハルンケアの会社に「効かない」と抗議したら、「途中で飲み忘れたでしょう。とにかく続けてください」と叱られたが、2年続けても効かないのでバイパス工事となったのである。

「触らせてもらいます」とはあの座頭市の決めコトバで、ドラ

「触らせてもらいます」とはあの座頭市の決めコトバで、ドラ

「触らせてもらいます」とはあの座頭市の決めコトバで、ドラ

「触らせてもらいます」とはあの座頭市の決めコトバで、ドラ

「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」

医療療養病床への期待と必要論

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」

医療療養病床が大事になる。これは職業的な勘で、いままで外れたことがない。もちろん、ヤマカンではなく、社会医療として病院病床をみると、なんとなくやっていた医療療養病床は別にして、真剣にいまの社会をみると、療養が必要な国民の中で、入院医療を必要とする国民は増えるからだ。

病気をなおすため 治療し養生すること

右の小見出しは「療養」の広辞苑による定義だ。偉い人たちがつくられたので、そのとおりだと思ふ。問題は、治療し養生する場所が自宅か病院か、ということになる。昔、結核で自宅療養とか転地療養という表現があった。だが、その当ても入院療養という表現はなく、入院の場合は入院治療といっていた。東京都の清瀬がそのメッカで、麻酔薬のエーテルのプロポールで行っていたことが懐かしい。

結核は、わたしの父の死因となった病気で36歳で亡くなった。しかし、いまや「療養」というと高齢者をイメージする時代になった。介護療養もそのイメージだ。そこで「介護」と「医療」の問題になってくる。本紙でも書いて

「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」

たが、わたしは介護療養はなにも病院病床を必要としなくて、施設でいいのではないかと論者だ。病院という面子にこだわる病院と、老健施設でいいのではないかと転換なされた病院があるのは、わたしは面子の問題だと独断している。介護療養は絶対に必要だが、病院か老健かとなると、わたしは老健でないのではないかと思っているが、あまりこだわりはない。

ただ、厚労省は病院病床の入院日数短縮の意向があるようで、それもなんかちがう感じがする。

そこで重要になってくるのが、医療療養病床だと今月号で主張させて頂きたいのである。もつといえは短期急性期と長期急性期の先にあるのが、確実に増えるご老人の入院医療だという意見だ。家や老人施設に帰れないご老人の入院療養ではなく、入院しなければ治療を継続できないご老人が治療する、立派な病床である。

もちろん、そこに求められるのは介護の質ではなく医療の質だ。現実的にいえば、地域包括ケアの地域包括ケア病床の先にあるのが医療療養病床であるという強い主張なのである。地域包括ケア病床にいつまでも

病気の治療のために入院しているわけには、絶対にいかない。その受け皿というより在宅療養との強い連携の一翼を担うのが医療療養病床だと、勘が叫ぶのである。

もちろん、入院医療の質を担保する基準が必要である。現状の医療療養病床ではなく、磨きを掛けた医療療養病床を必要としていくと、社会医療の立場から主張する。医師定員ではなく、入院医療を保障できる医師の質が求められる。歳を取ったから医療療養でもといった発想の医師よりも、歳を取っていても老人医療の専門家として、学習を継続される医師が、絶対つきで必要だと思っている。

それは現在の医療療養病床を直視していえることである。患者の高齢化と医師の高齢化がパラレルになるとしても、医師は患者の高齢化に応じた入院医療、もつといえは入院治療を担える實力を持たなければ医療療養病床が意味をなさなくなっていくら、また物議を醸すだろうが、言う。

それほど、わたしは医療療養病床に期待しており、医療療養病床をお持ちの病院の経営者や職員の方に期待をお願いするのである。断っておくが、家に帰れないから入院、支える家族がないから入院という患者さんは、介護療養や老健施設、特養に行つて頂かないと、社会医療が崩壊する。国民にとって大損害だ。

岡田

識者から学ぶ 金言、金句

—能力の「終着駅」—
ピーターの法則

「パーキンソンの法則」や「マーフィーの法則」については、いささか知っていたが「ピーターの法則」は知らなかった。日本経済新聞の「あすへの話題」で、関西大学東京センター長の竹内洋さんが書かれていた。「関西大学」と「東京センター」が妙にアンバランスで目が向いた。

読んだ結果は、自戒である。階層社会の構成員は各自の能力に応じて無能のレベルに達するという法則である。わたしは「無能のレベル」に達したくないが、やがて無能になるのだ。

有能な人は地位を昇りつめるが、もうこれ以上昇進しない地位に達すると昇進が停止するから、それ以上の有能とはならず、その地位で無能に達するという法則だ。

そして、人は無能レベルに達したことを本人はわかっていない。自分の能力を買い被るからである。けれど、わたしは自分の能力を買い被ってはならないと、自戒した。他者の意見は、素直に受けとめなければならぬのだ。

竹内洋さんという。周囲にイエスマンをおきたがるのは、無能レベル到達感を意識させない効用があるからだ、と。周囲に人がいる組織じ

やない当研究所は、この危険はないのが幸いだ。仕事をさせて頂いている病院や施設は、イエスマンではなくそれぞれにポリシーを持たれているから、幸いだ。

しかし、竹内洋氏のエッセーの最後が、自戒の最大のものであった。「やたら冗談や洒落を飛ばすのは能力の終着駅の症状」がピーターの法則なのである。竹内氏自身も学部長の地位に昇りつめたとき、おやじギャグで余裕を誇示したものでありと述懐されている。桑原桑原(若人は意味が分かるかな?)だ。わたしも、余裕の誇示としてのおやじギャグや下ネタを飛ばしたりしている能力の「終着駅」に達しているのだ。

程度の問題とごまかさないうで、余裕という人生のサボリではなく、緊張感のある言葉を発しよう。理由は、まだ「能力の終着駅」に達したくないからだ。そういえば、尊敬していた学者の人が芸人風の発言が多くなり、ガツカリしたもんだ。口を慎むとは、「能力の終着駅」に達しない方法だと思ふ。

しかし、ピーターという人はおもしろいことを鋭く法則化したもんだと感心するし、いままでも知らなかった無学を恥じる。パーキンソンの法則は、講演のときに証明をよくみるし、「役人の数は仕事の量とは無関係に増え続ける」も、いろんな役所で経験することだ。ホント、桑原桑原だよ。

岡田

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎複雑で超精密な人体なのに

生きてみると、いろんなお方から「目からウロコ」の話を聴く。岐阜医大を卒業されて現在は民間病院の院長をなさっているS先生と、先日、名古屋で会った。IPR関係のA医大の心理学教授や企業の管理職の人と4人で、楽しくもあり社会を憂う煩悶のひとつきだった。

S院長が、岐阜大学の教授で最近名古屋大学に引き抜かれた？、コンピュータに強い教授のエピソードを話された。それが、小見出しの複雑で精密な人体の話だ。

なんと！というお名前の教授が忘れてたが、コンピュータが故障したときに、「自分で回路？」を追究していき（追求ではないようだ）、原因はこの部品だと原因を説明された。それをアメリカのメーカーに報告したのだが、日本人になが分かるのかと、シカトされた。

しかし、原品を送ると立派にその部品の故障？だと判明した。メーカー（有名です）は、手の平を返すように、スーパーアドバイザーに就任してくれと要請した。

話はコンピュータの話ではなく、S院長が教授に「複雑で精密なコンピュータの故障の原因をよく追究で

きましたね」と称賛の想いを吐露された。それに対し教授が返されたのが小見出しである。人体の方がコンピュータよりはるかに複雑で、故障の場所、つまり病気の原因及び修理方法は、コンピュータの方がはるかに簡単だということだ。その人体の病気を治す（治らない病気もあるが）医師というのは、大変な仕事をしておられるんだと、逆に称賛された。

すごく、いい話だ。機械の故障を扱うように人体を診察していいのか、なのだ。最近、新聞紙上で触診をしてくれない医者への苦情を著名な人が何人か書かれていた。検査のデータだけで診断しないで、触診して診断してほしいのが患者なのだ。同席したA医大の教授も、虫垂炎なのに誤診された経験の話されていた。白血球が異常に多いのに、触診もしないで帰つてよと言われてしまったケースだ。

人体には、精神も心理もあるのだ。血液やCTの中にだけ病気があるのではない。複雑、精密な人間だ。その意味で、NHKの「ドクターG」の映像での診断が大事だと思うが、検査データに目が向く研修医がおられるのが、気になるところである。実際の触診から逃げる研修医は、やがて機械に依存する医者になっていくことを、深く危惧する。女性にさわって痴漢で逮捕される医者は、触診のカンチガイだよ。

◎まだまだ子どものわたし！

今月は、なんだか教わる話が多くなった。9月22日の毎日新聞夕刊に「カッコいい40代とは」のタイトルで特集記事があった。「5万円以上の万年筆を持って」と「愚痴や下ネタは子どもっぽい」のサブタイトルを見て、小見出しが胸を突いた。悪筆を自認するわたしは、もっぱらボールペンだ。賜物で頂いた高い万年筆は使いきれないで、引き出しに眠つたまままだ。

愚痴はしょっちゅう言うし、下ネタもときどき書く。つまり、大人になっていないのだ。

その特集のおひとりの、元ブレイボーイ編集長はこの特集の記者江畑佳明さんの、憧れの大人だそう。新宿の伊勢丹メンズ館のバー「サロンド・シマジ」で週2回、パーティーとしてシェーカーを振っておられるそうで、その勇姿の写真も掲載されていた。

島地さんが江畑記者に「大人と子どもの違いってわかる？」と問われ、江畑記者は答えられなくてまごついてしまったそうだ。その情景は目に浮かぶ。わたしだったら、どう応えるだろう？

島地さんは「自分の好きなことに没頭して、一人でいて人生は楽しいと感じるのが大人。逆に一人がさびしいと思うのが子どもだよ。」と言われたと記事にある。

ここでも、わたしはギャンフンである。ここ2〜3年、妙に人恋しくな

つて、いろんな人に会いに行っている。一人でいる人生は楽しいなんて感じたことはない。前段の「自分の好きなことに没頭して」はあるが、一人じゃさびしい。

でも、これがわたしなんだから、さびしくとも一人で生きていくしかない、心に決めた。一人でいても楽しいなんて、境地には達していない。子どもで生きて、死ぬ。死ぬときは一人だから、メチャさびしいだろう。楽しめないよ。

◎呪いと呪いは、どうちがうの

同じ「兄」の偏が「口」と「示」で全然意味がちがう理由というか、なぜなんだろうと、気になっている。口で呪うより、呪いとは密かに、陰で、暗くやることのようにしているのだが（わたしの場合）、面と向かって口で呪うのは、既に呪いではなく喧嘩か争いになる。

示偏がなにを意味するのか無学で知らないが、なんか宗教的な昂揚感を感じる。実際に、祝いごととは、そういうものだ。

そんなことを考えたつて時間の無駄だと仰る方がおられても、妙に気になって仕方がない。国語学者に会ったら教えてもらおう。

◎記者章の悪用は、やってた

朝日新聞だから囃したてられるのだろうが、甲子園の高校野球大会で記者が記者章を他人に貸して悪用したことが報じられていた。

わたしにしてみれば、大学生のこの叔父からではなく叔父の友人の記者章で、駒澤球場に東映フライヤーズの試合を何十試合と見たもんだ。罪悪感より、友人に自慢げにいつていた。世の中によくあることなのではなからうか。朝日新聞社の人はつらいだろうが。

他人の健康保険証を悪用して銀行口座を作り、おばあちゃんからお金を振り込ませるのは、よくない。記者章とは、まるでちがう。しかし、バアチャンたち、よくよく、息子さんが可愛いんだなあ。ジイチャンはお金を持ってないから、騙しにこなという、男と女のちがいをつくづく思う。肉食系バアチャンか。

診察券は、悪用しようがないことがおもしろいという、ひとさまからいわしめればバカな発想をするわたしだ。いくつもの病院の診察券をもっているが、悪用しようにも、他人様に貸そうとしても、ならアメリカがない。その診察券で悲しい事件の犯人が割り出されていた。猛烈な怒りと悲しみがある。岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



—時代はかわり「延命」がクローズアップ
医療に欠かせない「どう死ぬか」の時代—

岡田 玲一郎

「日経メディカル」9月号を読んだ、社会は変化することを再確認させてもらった。「特集 患者の最期とどう向き合う」の特集だ。患者の最期と向きあうのは、ホスピス、緩和ケア病棟で語られてきたが、いまや救命救急の現場でもその「向き合い方」が問われてきたのである。わたしの経験上でも、そのことが強くなってきた。

「どこまでやったらいいの〜」
救命救急の現場での医師の悩み

悩みとジレンマとどうちがうのかはよく分からないが、「どこまでやったらいいの〜」の言葉は複数回聞いていることだ。むろん、ひたすら救命救急医療に向きあう医師が、例えば蘇生した後の悩みである。悩みなどなくて、ひたすら延命に進む医師は、特に若い医師にはおられる。しかし、経験豊かな医師は蘇生された患者さんの人生の質に思いが走るから「どこまで〜」が心を過るといわれる。なお、わたしはQOLは人生の質ではなく、「生きててよかったとおもうひととき」と勝手に受けとめている。どうも、

人生の質というピンとこないからだ。押しつける意見ではなく、わたしが人生の質を問われたら、「生きててよかった」と感じたときだと思うからだ。

たぶん、「どこまで〜」と悩まれる医師も、患者さんの日常生活ぶりを想い浮かべられているのではなからうか。でないと、当研究所で何回か実施してきた「LMDサーベイ」で、医師と看護師が延命を求められておられない人が多数なのは、ご自分の生活を想像されるからだと思う。

延命治療とはどんなこと？
延命医療もあつてよいのでは

わたしは、結構、こだわり者である。LMDのムーブメントを始めた20年以上前から、延命は治療なのかと疑問をもつてきた。延命と終末期はちがうといわれればそれまでだが、終末期医療という言葉はあつても、終末期治療という言葉はあまり聞かない。

若い人や中年の人、あるいは健康な人が突然、倒れたときは延命治療になることが多いと思う。し

かし、高齢者で持病があつたり、医学としてみても延命に限界がある人の場合は、医療（ケア）になることが多いと思考する。治療キ（ケア）は、その治療効果が期待されるものではないからうか。

その意味で「終末期医療」という言葉が「終末期治療」より圧倒的に多いのに納得する。人間や人間集団は心にあることが言葉になつていくと、これもまた思考する。

済生会熊本病院の中尾浩一副院长に教えを乞うたのは先月のことで、丁寧に教えてくださつて、意を強くした。

後でも述べるが、延命治療をするのか延命医療をするのか医療者（主として医師）が決定するときには、さまざまな壁がある。例えば、患者本人が延命を希望しないという事前指定書（AD）を持つていても、意識のない患者本人よりも、ご家族など周囲が本人の意思と逆のこと（つまり、できる限り）を求めることはある。また、ご家族間の意見がちがつて当然だし、これもよくあることだ。

しかし、「日経メディカル」の特集に登場されている先生方に、人工透析の先生や救命医学の大学教授や入院退院を繰り返す重症心不全と向きあつておられる先生たちであることが、わたしには現場のジレンマを感じさせるのである。国立長寿医療研究センターの三浦久幸先生が「エンド・オブ・ライフケア」

（EOLケア）を提唱されていることが、延命はケアではなくケアであると勝手に判断させて頂いてありがたかつた。

救命救急医療の病床に
そのレベルでない患者が溜まる

この原稿を書いているのは、熊本だ。「日本長期急性期病床（LTAC）研究会」の研究大会に出席するためだ。もう7年になるが、アメリカのLTACを書いたり話したりしたが、微力ながら契機となつたものと思ひ、感無量である。その研究会の役員会にときどき出席しているが、救命救急センターに搬入される患者さんの中には、救命救急機能にふさわしくない患者さんが搬入され、結果、病床を埋めて救命救急機能を發揮できない事態になつていくことを聞く。いわゆる「東京方式」で、高齢者の持病の悪化などは、二次救急病院や医療療養病院に搬送して、それが年次を追つて増加していることが、全国に普及すればよいと期待している。そこに地域包括ケア病床という一部には反対論のある機能の病床が確立されたことは、大進歩だと思つているが、これから吟味されていくものと確言できる。

どんな機能の病院でも、患者さんは退院できる人以外は、死ぬ。いや、退院された患者さんも死ぬ。多くの人は、ピンピンコロリに代表されるように、苦しみぬいて死

にたいと思つている人はすくないのではなからうか。これは、家族の問題はそんなにないと私見する。結果としては苦しみぬいて死ぬこともあるだろう。療養病床で何回も聞いた、主治医と患者さんが合意して「人工呼吸器を入れない」が決められていても、アルバイトの若い当直医が心肺停止した患者を蘇生させて、主治医が出勤したら「入れちゃったんですよ〜」が実際にあるのである。人工呼吸器を装着した以上、いかに患者の意思であつても抜くことは、なかなかできない。これもジレンマだ。

しかし、事前指定書でも事前指示書でも言葉はどっちでもよいのだが、自分の意志決定する運動、それをじっくりと説明することが、医療の現場でも必ず進んでいく。一般新聞紙上でも、最近をよく報道されている。特別養護老人ホームで、ほとんどの入所者が「病院に行かないでここで死ぬ」と希望され、病院に死に行く入所者は稀だというデータも頂いている。

よくして頂いたと寄付されるご家族の話もよく聞く。年金が停まるからできるだけ長生きさせると延命を迫る家族と対極にある家族だ。

わたしも、やがてというか、いつ死ぬか分からない。人生は楽しいばかりじゃないけれど、死ぬのも苦しいときもある。死をも生かす」がわたしのモットーだ。

ブラック企業と称される会社が、新聞や週刊誌の紙上を賑わしている。元社員や現社員の証言を読むと、確かにブラックだとは思いますが、しかし、その企業で現在も多くの社員が働いているのだから、独断だが告発する社員にとつてのブラック企業なのだとみている。

また、これも独断だが経営者の顔貌もいかにもブラックと思える写真があるが、これは多くの場合、いかにもブラックらしいアングルとシャッターチャンスが影響しているようにも思う。

わたしは、ユニクロの柳井社長の顔貌と経営成果については、ブラックを感じない。逆にワタミの渡邊社長の顔貌はブラックとはいわないが、ある種の怪しさを感じている。業績にしても、ユニクロとは比較できないほどよくない。

病院はブラックビジネス



翻つて、病院業界をみると、もつとブラックでよいのではないかと思う。ブラックという言い方が悪いとすれば、もっと厳しくてよいのではないか、と思う病院が結構ある。職員が離職していくので厳しくできないとおっしゃるが、わたしに言わせれば厳しく指導しないから職員の定着が悪いのだ。

セクハラにしても、過剰反応する職員はいるものだ。「以前よりふつくりましたね」と言ったらセクハラだとしたら、わたしは何十回も訴えられているだろう。でも、笑つて「センセ、これでも少し痩せたんですよ」と、先ほどもニコニコしながら言われた。

セクハラにしてもパワハラにしても、わたしは訴訟を起こされるんなら、いつでも受けて立つ気持ちでいる。理由は、こっちがハラスメントしている気持ちはないからだ。電車の中の痴漢にしても、すべてが実行犯ではあるまい。ヒステリック女とはいわないが、情緒不安定な女性が騒いだケースはある。要は、人間が壊れてきた時代だとわたしはみている。

セクハラにしてもパワハラにしても、そう感じる職員にも問題がある。厳しく指導するのは、絶対にパワハラではない。部下を道具にしているのはパワハラだ。道具としてしかみていないから、暴言を吐くんでしよう!! 成長の可能性を有しているのが人間で、職員を消耗するまでこき使うから、パワハラといわれても、仕方がない。摩擦するだけ摩擦させといて、使用できない道具は捨てるから、職員が辞めていくのである。

励ましが、なんでパワハラになるのかというと、励ましと感じない奴がいるからだ。もしかしたら、称賛もパワハラつていう鈍感野郎もいるかもしれない。

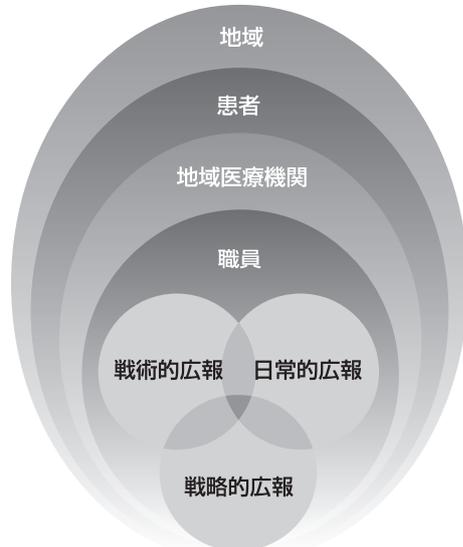
どうも、内向き人間の増加が変な社会、組織をつくっているようだ。触れられたくない、というやつだ。そう、「個人情報」の名の下に自分を秘匿する人間も増えた。マスクで素顔を隠すのも、自己の秘匿のことがあると心理学者が書かれていた。わたしは、心理学者ではないが心理学の学徒であったことがあるから、自己秘匿のことはよく分かる。欧米人というか、アメリカの人たちでマスクをしている人は、ほとんど見ない。病気の人がマスクをするのであって、顔を隠すためのマスクをする人はほとんどいないからだ。

病院でも、パワハラやセクハラで訴えられたという話を聞くが、やっぱり訴える人間に問題があると常々感じている。だから、ブラック企業といわれている会社も苦労するのだろう。もちろん、振り込め詐欺や暴力団の組織はブラック企業なんだろう。だけど、なんでパワハラや訴訟が起きないのだ?! 病院は、やはり、おっかなびっくりではダメだと思う。

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 名古屋市中区福江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

第391回 これからの福祉と医療を实践する会

いよいよ病床機能報告制度が11月14日の提出期限を迎えた。本格的に地域内における病床選択の時代となり、NDBを用いて医療介護費用の適正化を行なう病床再編時代の到来である。地域包括ケア病棟の選択云々にとどまらず、地域内における自施設のあり方・方向性を見極めが肝要となった。

当会では各地域の会員から実践事例を報告いただいていたが、今回は、宇部市と倉敷市の両市で地域に密着した医療介護福祉事業を総合的に展開し、尊厳の保障を

ライフワークに掲げる江澤氏に登壇いただく。氏は関係団体の役員を数多く務める政策通であり、その先進的な発想と行動力でも注目されている。ホスピタリティを信条とし、自ら設計建築にも携わり、質を確保しながら建築コストも考慮し、かつまた福祉用具も開発している。一例では、倉敷スイートタウンという「街」を創り、その施設内に、病院、サ高住、カフェ、フレンチレストラン、ビューティーサロン、コンビニ、集会場から保育園まで地域包括ケアに資する社会資源を配備し、マスコミからの注目度も高い。

一言では表せない江澤氏の発想力と実践事例は、自施設の活性化と、この分水嶺時代に適合する組織づくりの一大ヒントとなるもの

と確信する。経営陣は勿論のこと、企画職や中堅幹部、建築関係者やコンサルタントの方々、多くの会員各位の御参加をお待ちしたい。(天野武城)

日時 十一月二十一日(金) 午後二時~四時半

地域包括ケアへの先駆的モデル

……医療介護政策の方向性と地域づくりに 参画する実践事例の検証

医療法人博愛会、医療法人和香会 社会福祉法人優和会

理事長 江澤 和彦

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 URL: http://www.jissen.info



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

▼「全幅の信頼」と書いたら、ゼンブクのシシライと読めるのが、常識だと思ふ。だが、NHKの「午後まり」という番組で山田まりやなる女は「これ、なんて読むの」だった。受信料を払っている側として、NHKに全幅の信頼なし。

▼ことほどさように、国語力が落ちてきているだろう。日本人は日本語が読めなきやダメだと思ふのは、全幅の年寄りの戯言だろうか。

▼診療報酬にも全幅の信頼がない。診療科によって自宅に帰る率の高い診療科とそうでない診療科があると思うのだが、在宅復帰率の差はない。全幅とは「あらんかぎり」だ。

▼新幹線開業50周年記念だそう。ここには全幅の信頼がある。自然災害には一抹の不安はあるが、それも自然災害かもしれない。自然がなにに怒っているのか、災害が多過ぎる感があるが、人災絡みか。

▼病院病床の機能報告がもしろいことになっている。病院の一部とはいえない病院に、わたしは全幅の信頼がないせいかもしれないが、正直と欲望が絡みあつてゐる。

▼しかし、病院は正常化の方向に確実に歩んでいる。茨の道を行ってきた正直な病院が、その信頼が報われるのだ。願望、欲望で病床機能を報告しても、病院の提供している医療機能は、真っ裸にさらされていることを、思い知らされる。

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 全地球測位システム 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ことが出来ます。

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