

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

20年後の医療、介護経営パート1 「高齢者と急性期病床」

所長 岡田玲一郎

昔、肺病、いまは癌。いわゆる業病といわれる病気だ。その痛にも学びがあった。それは「食欲」と「食意欲」のちがいだ。ご承知のように、放射線治療になると「食べろ」「食べろ」と、どの診療科の医師も言われる。多勢おられる私の友人、知己の医師も同じだった。ところが味蓄が放射線にやられて

いるから、食事の味がまったくしない。味覚のない食事を「食べろ」といわれても、ハイそうですか、とはいかない。どうしても食事が少なくなり、私は4kg強、痩せた。病気にはよくないのに!!

食欲という「欲」に従うと、食事は落ちる。だけど、食べなければならぬ。そこで「欲」に従うのではなく、「意欲」を燃やした。少しながらびつくりで、食事が増えた。この原稿を書く前の日と比較すると、意欲を持った二日半前と約1kg体重が増えていた。学習になったというのはそのこと

で、経営も「欲」だけではうまくいかないのだ。儲けたい、満床にしたいという「欲」ではなく、志をともなった「意欲」がないと思ってしまうのである。

今月号から12月号までの3ヶ月間に書く当欄は、わが国の20年後の医療、介護経営についての提言なので、最初にそこを強調する。20年後の医療、介護のあり方そこへの意欲が不可欠である

副島先生も書かれているが、本紙は現在のところ本年末で廃刊するつもりだ。むしろ、つもりだから来年も続けるかもしれないが、それは私の健康次第である。後を継ぐ人がおられることを強く希望しているのは、私には年齢があり無理だからだ。そこで、「20年後の医療、介護」がどうなるかを予測し、それを元に経営について3ヶ月間、書くことにした。本頁だけでなく、3頁や4頁を費やすだけ

の量があると思っている。最近、といつても病気になる前に、古い書類を整理して、私がトロント大学老年学科のフェローリーフイッシャー (Dr. Roy Fisher) 氏の論文を目にした。どこかの雑誌かなにかに書くかと思っていたのは、タイトルが「急性期病院に特化した老人サービス」だったからだ。西暦2000年ごろのもので、ほぼ20年前のものだ。

フィッシャー教授のところにフェローとして行く前後は、教授は世界老年医学会の会長を勤められており、カナダ政府の発行した高齢者ケアに関する国民への啓蒙書も協力者として私の名前が記されている。ともあれ、当時から「急性期病院での高齢者の治療」が問題だと熱っぽく語られていた。一昨年、お会いしてから会っていないが、私と同年齢で同じ心臓病の手術されているので、健康を祈るのみだ。

先人の論文には「フレイルな老人」へのケアが急性期病院ではなされず、それが国の医療費に大きな損失をもたらしていると、現在のわが国の急性期病院の入院

老人のケアの問題を、そのまま取り出している(私見)。わざわざ私見と記したのは、それは問題という指摘に対する責任を負うためである。なお論文では「老人の敵」だとも断じている箇所もある。先のフレイルにしても、日慢協などで指摘されているが、急性期病院の現状は、どうだ。まさに「Hostile Environment」である。

本号では、私は20年後のわが国の医療、介護、そこにつながる報酬制度への重要なキーワードであることをベースに据えて書いていく。老人は増える、けど、やがて減る。ところが減っていく前に莫大な国民の税金による医療、介護費用を浪費していたら、国は財政的に破綻してしまうだろう。

もちろん、私は政治や経済の専門家ではない。しかし、社会医療という社会学の視点からみた医療、介護については、多くの経験により発言させてもらっている。それに、おそらく読者の皆様は気づかれないと思うが、社会医療に関する問題を熟知しているのは、医療、介護の経営者、管理職ではなく、現場のビープルなのである。

このようにみてくると、20年後のわが国の医療、介護が薄っすらと視えてくるので、3ヶ月にわたり、各機能別のケアのあり方から入り、それに対する報酬制度に関しても言及したいと思っている。冒頭に戻る。なにかを实践するときは、「欲」より「意欲」である。つまり、志、意志の入らない欲はないものねだり。(3頁に続く)

経験上の話をされていた。ベッドを埋めて経営を維持するのは、急性期病院のやることではあるまい。老人ホーム等の施設にはそれが要だが、現在でも老人ホーム側の多くは、いかに出さか、を考えておられ、スタッフも入れっ放しはよくない、と言われる。例えばトロント大学老年学部では、私は事務のスタッフにつたない英語や辞書を使って「老人の日常」を質問したものだ。ナイアガラ近郊にあった日系人の老人ホームである「ニッポニアホーム」には頻回も訪ね、スタッフ(日本語が通じる)や入居者に話を聞いたものだ。そこから得る情報は貴重なものがあり、現在(いま)に生きている。

人間、国籍は違っても、アメリカの老人も日本の老人も、同じように呆ける。そのアメリカの老人ホームの認知症治療として「くもん」を使用しているのは、一部の人の知るところでもある。現場を見せて頂き話を聞いたが、さすがアメリカ、特許で売買だ。

このようにみてくると、20年後のわが国の医療、介護が薄っすらと視えてくるので、3ヶ月にわたり、各機能別のケアのあり方から入り、それに対する報酬制度に関しても言及したいと思っている。冒頭に戻る。なにかを实践するときは、「欲」より「意欲」である。つまり、志、意志の入らない欲はないものねだり。(3頁に続く)

経験上の話をされていた。ベッドを埋めて経営を維持するのは、急性期病院のやることではあるまい。老人ホーム等の施設にはそれが要だが、現在でも老人ホーム側の多くは、いかに出さか、を考えておられ、スタッフも入れっ放しはよくない、と言われる。例えばトロント大学老年学部では、私は事務のスタッフにつたない英語や辞書を使って「老人の日常」を質問したものだ。ナイアガラ近郊にあった日系人の老人ホームである「ニッポニアホーム」には頻回も訪ね、スタッフ(日本語が通じる)や入居者に話を聞いたものだ。そこから得る情報は貴重なものがあり、現在(いま)に生きている。

人間、国籍は違っても、アメリカの老人も日本の老人も、同じように呆ける。そのアメリカの老人ホームの認知症治療として「くもん」を使用しているのは、一部の人の知るところでもある。現場を見せて頂き話を聞いたが、さすがアメリカ、特許で売買だ。

思い出のエッセイ

新須磨病院
院長 澤田勝寛

社会医療ニュースに寄稿の機会を
いただいてから15年が経った。
CCCを開設し、そのことを手紙
で伝えたのが2004年1月。それ
が縁でコラム連載の機会を得た。

ネタが尽きそうになり、もうこ
れ以上は無理と思ったことは何度
もある。それでも何とかここまで
続けることができたのは、毎回掲
載される岡田先生の舌鋒鋭い、意
見と異見に刺激を受けたおかげで
ある。お一人でよくぞまあここま
で継続されたものだと思いが下
る。本誌の発行は残すところあと
2回となった。

医療は毎日がドラマの連続。患
者の状態がよく変わったと喜び、救え
なかつたと嘆き、難しい手術がうま
くいったときの達成感を味わう。自
己有用感に浸りながら文章を書い
てきた。今回は過去のエッセイで私
が一番好きなものを再掲載させて
いただいた。

最後の晩餐(2012年12月掲載)
「ホント美味しい、とろけるよう
よ。柔らかいお肉ね。嬉しいわ。最
後の晩餐ね」と言つて、彼女は小さ
く切ったヒレ肉を一切れずつ、ゆっ
くりと口に運んだ。ほんの数切れで
あったが、美味しそうに食べている。

日曜の昼さがり、書類や雑誌で散
らかった院長室で、二人でステーキ
を味わった。

彼女は、明治生まれの94歳。当
院関連の有料老人ホームへ、平成7
年の阪神淡路大震災後に入居して
きた。東京で育ち、津田塾大学でフ
ランス語を学び、フランス語の翻訳
家として、80歳まで仕事をしてい
た。天涯孤独を自称しており、訪れ
る人はいなかった。ついこの間まで、
薄化粧をし、口紅をひき、ネックレ
ストとイヤリングで飾り、つばの広い洒
落た帽子をかぶつて、さうそうと出
歩いていた。背筋が伸びて細身です
らつとし、ドレスアップした彼女は、
どう見ても90歳を過ぎた老女には
見えない。ひよつとして魔女ではない
かという、楽しい噂も流れていた。

「年寄りが野菜ばかり食べていた
ら、よけい年寄りくさくなっちゃう
でしょう。私はね、ステーキとお寿
司が好きなの」
「今まで私は病気がらしい病気なん
てしたことないのよ」
「病気になったときはそのときよ。
先生、何もしないで楽にさせてね」
が、彼女の口癖であった。

半年前から、食事がすすまなく
なり、徐々にやせてきた。ホームの

職員が、受診をすすめても、「いい
の、いいの」と言つて、拒んでいた。し
かし、やはり気になったのか、久しぶ
りに受診にきた。

検査で、進行した胃がんが見つか
つた。すでに狭窄症状も出現してい
た。彼女に、病気のことをつつみ隠
さず説明した。彼女は、淡々とした
態度で笑みを浮かべながら、
「そうだろうと思つていたのよ。よ
く分かりました。後どれくらい
生きられるかしら」
「何年も、というわけにはいきませ
んね」

「薬で治らないかしら」
「あまり効く薬はありません」
「最後は痛むかしら」
「多少の痛みは出るでしょうが、そ
の時は麻薬を使いましょう」
「ここまで生きたのだから、もう十
分。先生、何もしないで最後は楽に
死なせてね」
「わかりました」

始終にこやかに、彼女はリビング
ウイイルを表明した。とはいっても、内
心は穏やかならぬものがあつたよ
うだ。病状が進行するにつれ、些細
なことでもホームの職員に厳しい
叱責をするようになった。

しばらくすると、副作用の少な
い抗がん剤治療を希望してきた。
できるだけ希望に沿うように対応
したが、徐々に病状は進行した。
お腹が張り痛がついているとの連

絡をうけた。老人ホームに行き、彼
女の部屋を訪れると、待つていたか
のように、
「先生、ひどいわね。どうして来て
くれなかったのよ」
といつになく、険しい表情で責めら
れた。

「よくがんばりましたね。そんなお
腹では苦しいでしょう。病院に入院
して、腹水だけでも抜きましよう」
と言うと、彼女はあっさりと同意
し入院した。緊満したお腹に針を
刺すと、血性腹水が流れ出した。
大量の腹水が抜け、お腹はベシヤ
ンコになった。平らになつたお腹には、
多数の腫瘍が触れた。

病状が改善したので、病院嫌いの
彼女に退院を勧めたところ、
「迷惑でなければ、このまま最期
まで入院させておいてちょうだい」
と懇願された。
癌の終末を迎える場所として、
安心が得られるということで、病院
を選択したのであろう。

粥を少量食べるのみで、目に見え
て衰弱が進んだ。ある日、
「先生、最期に美味しいステーキが
食べたいわね」と冗談半分で言
われた。
「家で焼いて持つてきましようか」
とたずねると、

「冷えたステーキなんてだめよ。ス
テーキは焼きたてでなくっちゃ、美
味しくないもの」

「そうですね、でもなかなか難しい
ですわ」と言いつつも、ある考えが
浮かんでいた。
その夜、家内と相談、電磁調理
器を持つていつて焼いてはどうかと
いうことになった。商店街の肉屋で
上等のヒレ肉を買い日曜日を待つ
た。病院のどこで焼こうかと迷つ
た。病室では匂いが病棟に広がるの
で院長室で焼くことにした。

日曜の昼に病院に行き、散らかつ
た机の上を片付け、電磁調理器を
セットして病棟に電話、院長室に連
れてきてもらうように頼んだ。

しばらくして、車椅子に乗つて彼
女がやつてきた。パジャマの上に花柄
の上着を羽おり、やつれた顔を隠す
ように、ひさしの付いたニットの帽子
をやや深めにかぶつていた。ここに至
つても、女性としての恥じらいを持ち、
身だしなみに気を遣つている。さし
向かいで、焼きたての小さなヒレ肉に
スパイスをかけて一緒に食べた。

「先生、人生なんて無で虚ね。何に
もなくなっちゃう。虚しいものね。
でも、最期にこんなに美味しいお肉
を食べることができて、本当に嬉し
い。これが私の最後の晩餐ね」と言
つて、両手で私の手を強く握りしめ
てきた。

肉の煙が目にした。
そして、それから3週間後、彼女
は94年の波乱に満ちた長い生涯を
閉じた。

(1頁から続く)

さて、「急性期 (STAC)」である。現在では、「願望急性期」や「収入額期待急性期」の病床が残っているが、20年後まで生きていくものではなからう。それはもはや「急性期」といえるものではないからだ。一頁に書いたように、カナダでは人口当たり病床数はわが国より少ないものの、医師の急性期優位意識があったから、急性期病床は真の需要に比して多かった。必然的に平均在院日数は縮小の途だった。現在は6日ぐらいた。この、医師の急性期優位意識は現在でも残存している。

この問題を解くことは、非常に難解だ。ひとつは「急性期」の定義がないまま、平均在院日数で進められてきたからだ、私は思う。例えば、米国での体験例 (もちろん普遍的なものだが) を記しておく。本紙や講演などで何回も書いたことだ。だが、私は日本の病院で心筋梗塞の恐れがあるから、バイパス手術するよう循環器内科の医師に強く勧められた。ところが、日本の心臓外科を有する病院では、術前に心カテなどの検査を「ウチの病院でもやる」と言われた。循環器内科での同じ検査を活用しないでもう一回実施するということは (しかも入院して) 百万円近い医療費のロスである。私には、どうしても納得できないものがあつたので、メイヨ・クリ

ニックに相談した。看護部長職の人の口利きで、だ。

その看護部長も循環器外科の教授も、口を揃えて「そんなムダなことはない。内科でのデータをビデオやメールで送ってこい」と言う。これつて、当たり前のことだと思っただが、日本の急性期病院でこのような対応をしている病院はあるだろうが、常識になっているだろうか。なにも心臓バイパス手術だけの話ではなく、病院連携の上で欠かせない情報共有だと思ふ。

病院への入院とホテルでの宿泊

現在に話は戻る。私は九月上旬までトモセラピーをウィークデイに受けているが、外来である。といっても、自宅から車で2時間を要するので、病院の人間ドッグ室を借りをしている。ホテルとちがつて、夕食の時間や固定メニューの不便さはあるが、週末に自宅に帰る以外は不自由なく、こうやって原稿も書いている。ところが、トモセラピーもなんらかの理由があるのだろうが、入院で実施している病院もある、と聞いた。

先のメイヨでの心臓バイパス手術のときも、手術当日の入院まではホテルだった。この先で書く、わが国の急性期病床の平均在院日数の予測も、ここに大きく関係するものと思っている。

なお、手術のための入院日だが、私は手術の前日入院や一週間前からの入院は、世界の非常識と思っている。率直な表現をすれば「私を弱らせといて手術するのか」である。しかし急性期病院では、いろんな理由を並べて入院させたがる。病院に入院すると、巡視はあるし、個室であつても救急車のサイレンの音が煩いから安静にはできないのだ。

メイヨでは、外来で「明日午後3時から手術室を用意するから」と医師に言われた後は、入院日の決定は看護師である。「手術のことは聞いておられると思いますが、今夜から入院されますか、明日、入院されますか」と、私の意見を問われた。即座に「病院は煩くて眠れないから、明日、入院します」と答えたが、看護師が「病院はノイジーですもんね」と笑った表情は、いまでも忘れられない。ただ、術前の説明があるので午前6時半に、地図の場所に行ってくれとは言われた。早朝でも、ホテルから病院へのバスは運行していたが、おそらく24時間営業だと思ふ。

「先生が、○日○時に入院するように仰つてますから」と自らが勤務していた病院の看護師が言っていたのを思い出した。入院医療の大きな部分を背負っているのは、看護師である。だから、入退院日

は看護師が医師の意見を入れながら決めるのが、急性期医療ではなからうか。もちろん、看護師の学習は必要であるが、医師に事務的な負担を掛けてはならないと、私は思う。

そして、術前の入院日数を医師の判断でいいのか、私は疑問に思っている。患者、家族の都合もある。そして、病床利用率を上げるための患者の拉致ではあるまい。このようなことを言ったり書いたりすると「アイツは医師でないくせに……」と糾弾する医師がいる。オイオイ、である。医師の判断は絶対ではなく、医師なればこそ発想できないこともある。自分の絶対のパターンリズムであつてはならない。その被害を医療保険料にしたら、莫大なものがある。

そう言う「保険のことはよく分からないので……」と、訳のわからんことを平気で口にする医者もいる。医療は極めて社会性の高い行為であり、その行為者が常識として知っておくべきは医療保険経済なのである。例を出すと、先のメイヨの心臓外科の教授は「手術室は混んでいるけれど、日本から来られているので、待たせるとホテル代が掛かるから、明日、午後3時半になるけど、明日、手術しましょう」と言われた。22年前のことだが、大学 (メイヨには医大

がある) の教授が個人の経済のことまで考えてくれるんだと、私は新鮮だった。現在では、日本にも同じ社会性を有している医大教授はおられる。しかし、まだ少数派だと思ふ。

例えば、個人の医師に対するアンケートで「このままでは医療保険は破綻する」という意見は7割で、残り3割はおそらく市井の病院の医師ではないと、私は思う。

くだいようだが、急性期医療も医療保険で成り立っている。その医療保険の無駄を省いていかないと、すべての医療が破綻してしまう。そして、全額自己負担にして償還性にするフランスに似た制度にしたら、国民はどう反応するだろう。この点は大事なことで、医療機関は国民の合意のある医療を提供する制度の上で経営できているのである。その点「世界に冠たる医療保険制度」だと、私は思う。急性期だけではなく、あらゆる機能の病院であつてはならない。ここまでは、急性期医療に特化して意見を述べてきたが、あらゆる機能に求められていることだが、私見の急性期医療に最も無駄があるという意見は、取り下げるわけにはいかない。急性期医療の現場のスタッフに聞かれたら、病院差はあるが、お分かりだろう。

「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」

労災保険が適応されない労災患者 医師を患者にするのは医師以外の医療者

四苦八苦

最近、感じることは、医師以外の医療者から敬遠、遠慮、さらには恐怖を感じさせている医師が減少してきたことだ。

医療そのものが法律用語にあるように「医師の指示の下」という絶対権があった時代から、チーム医療、多職種チームがほとんどの病院で常識となってきたからだろう。むろん、そこに病院（組織）差は歴然としてあるのは、組織風土が大きく影響しているからだだが、それでも医療行為は医師の指示の下で行なわれている。故武見太郎日医会長が提案された「組織医療としての病院」が、30数年の歴史を経て実現したのである。

先の多職種チームの一員として医師は存在するが、その指示は以前のように絶対権はなく、例えば看護は元より、栄養やリハビリのチームメンバーの意見により変更決定されることもある。事務系の職員も無関係ではなくなった。医局のクランク配備も行われてきたし、主として彼女たちの意見も入れないと、医師は立ち往生してしまうこともある。当たり前だが、当然に前になるのは、時代がそこにあるからだ。

ところが、すべての医師がチーム

四苦八苦

の一員として機能しているかという点、そうではない。人間、それも絶対的な権限を有していると思っただけでなくおられる。いわゆるワンマン社長とか、嫌われ者の上司である。ここでは「だって人間だもん」は通用するようで通用しない。それは、組織だからだ。

私が現場にいたころは、どうしようもない医師は8割はいた。一見物分かりがよさそうできて、突如として歯を剥く医師もいた。そこで、医療の現場では「医者があ〜」というあきらめ観満載の嘆息が出て、私も何百回も聞かされた。そのたびに、私が忠告したのは「医者をそうしたのはアナタたちではないの？」と訊き返した。

先に述べた、医師に対する敬遠、遠慮の言葉の意味は大きい。いずれも「遠」なのであって「近」ではないのだ。医療者への指示・命令が独善的であつたり、患者に不利なことでも近くで傾聴しないで遠くで、第三者的立場で評論しているに過ぎないのだ。しかし、医師以外の医療者をこのような関係に遠ざけたのも、医師の独善からである。ハイ、ハイと指示に従う医療者の姿をみれば、医師は自然

に独善化してしまう。

結論的にいえば、職場そのものが医師を不幸にしているのである。だから、そのことを感じている医師は、昔から話しやすかった。つまり、職場環境が医師を独善的にしてしまったのであって、「労災保険が適応されない労災病患者」と私は述べてきた。昔風の病院組織では、常に新しい労災病患者の医師を増やしてきたのである。特に、研修医の多くは無垢だから、この病気に感染する医師も出てくるし、指導医の意識によっても、変化してくるのである。

そんな時代になってきたのだから、研修医指定病院の組織風土が問われるし、医局全体の組織人としての在り方が問われているのである。なぜかといえば、人間は弱いから、周囲がイエスマンになるとどうしても人格が壊れてくる。先の「遠い存在」にされたら、普通の人間なら寂しい筈だけど、そこを強がって当然化すると労災病の患者になってしまう。

政治家集団でも一般企業でも人間集団の弱点がある。悪く思われたくない、機嫌を損なわせない、人間個人の持つ抗い難い習性である。そこに墮すのか、この人間の習性を脱しようとするのかは、私は絶対的に組織風土だと思ふ。あの、ザイゼン教授の下での組織をみれば、明白白だと私は思っている。ご注意あれ！ 岡田

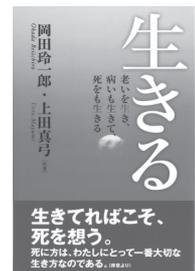
病院・施設の価値を高める 地域の方へ啓蒙講演しませんか!!

社会の変化で「生きること、死ぬこと」、特に「終末期をどのように生きる」かへの関心が強まっております。その啓蒙活動は天命と心得て、ご要望のある病院、施設で無料で講演させて頂いており大好評です。

ご要望があれば、当研究所にご連絡下さい。



「事前指定書」(わたしの、のぞみ)は、常に新しいものになっています。ご希望があれば、お申し越してください。



社会医療研究所
所長 岡田玲一郎

この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎放射線の威力

福島原発関連の新聞の見出しだが、そのとおりで高知の近森病院の近森正幸理事長様から、癌治療の先輩患者として、いろいろなアドバイスを受けた。現在、治療中の私として副作用の話はピッタリだ。と、かく、半端なく厳しく、辛い。

それだけ、放射線の威力は絶大で、福島の被災者の方の不安を思う。しかし、東電の経営陣には無罪判決が昨日出た。東京地裁の判例だが、私は異論がある。

確たる記憶ではないので疑問点はウイキペディアで検索して頂きたいが、JCOの東海原発で臨界事故が、昔あった。昔といっても戦後の話である。いま話題になっている汚染水を、職員がバケツで、しかも素手で運んでいて放射線にやられた。東大病院に入院して一週間かそこらで亡くなった記憶がある。放射線はすごいんだなあ。現場にいたころ放射線室で胃の透視の手伝いをしていたから、私もX線であるが相当浴びたと思った。

でも、ナマの放射線ではなく、X線（これもナマだが）だから、発症しなかったのだから。防護服や手袋は面倒なので、着けないままだった。今

回の病気は、そのときのツケなら自業自得だ。

言いたいことは、先の事件のときのJCOは、経営陣は記憶にないが、現場の上司は裁判で責任を問われた。経営陣というのは「経営の全責任がある」と言いながら、その責任は現場の苦勞している管理職に丸投げするんだ、と思ったのが記憶に残っている。放射線治療の副作用の責任の話とは別の話だ。

◎世の中は、ギスギスしている
その癌の放射線治療の話だが、癌患者の若者が癌になってよかったと思っているとツイートしたら、寄ってたかつて「強がっている」とか「自己宣伝だよ」とか炎上状態だと新聞は報じていた。ギスギスとは、そういう社会現象(世の中)に感じるのである。「そういう人もいるんだ」と肯定すればよいのに攻撃する。癌患者でもないくせに。

癌患者が言う(ツイートする)なら、まだ分からないではない。癌の苦痛と苦悩、そこからの思いを発信するなら、まだ実感がある。しかし、一種の、あおり行為(みた)いな攻撃をするのは、私には考えられないことだ。私自身は、現在、悟りもなんにもなくて、いつも書くように「人生はなるようにしかならない」と思っている。

人生を切り開いておられる人もおられるが、私は一般的な人間として一生を終わればよいと思っ

ている。だから、死にたくない、死にたくないと思願しても、人間、やがて死ぬと思つて生きていく。その意味では「死を生きる」は、必要だと思ふし、その意味は大きい。

そして、こんなギスギスした世の中で注意したいことは「患者・家族↓医療者関係」の崩壊である。これも「なるようになる」などだけでなく、医療機関、医療者の「なる」が重要だ。ツイッターで炎上されないように、日常の言動に気をつけよう。特に、社会変化に関心のない医師は心したいことだ。思い掛けない攻撃を受けるかも、よ。

◎国と国との関係も、ギスギス

私は、徹底的な戦争反対者だ。特に、核攻撃は地球を滅ぼすと思つている。広島原爆(当時は新型爆弾)で、親戚の人が亡くなる前に、お子さん2人を連れてこれられて、わが家で預かってくれと母親に言っていた姿が、忘れられない。身体は膿だらけ、戦時下の交通の不便な中で、子への一念で来られたのだと思う。鮮やかに記憶している。しかし、わが家もわれわれ兄弟3人を母親の女手ひとつで生活している。母は、丁寧に断つているようだ。だが、まだ中学校一年生の私は、なにも言えないでいた。

トランプさんも戦争は嫌いだとツイートしていたが、私はいまひとつ信用できないものがあるが、ワシントンやニューヨークが広島、長崎化

する危険は絶対にあるだろう。そして、戦火が拡大すると地球上は核によって想像を絶する状態になるだろう。トランプさんだけでなく、プーチンさんも北朝鮮の、やんちゃ坊主も、その辺は知つていての交渉だろう。私は、個人的には中国は永い歴史の中でバランス感覚があると思っている。

◎また、親の子殺しだ

埼玉県の小学生殺害事件の現場は、わが家からそんなに遠い所ではない。後出しではなく、私の勤め父親が怪しいと思つていたから、警察も早目に動いたのだろう。

ここでも、ギスギスした世の中を感じる。5人の子を育ててきたが、憎らしいと思つたことはあるが、殺意を感じたことはない。子殺しも「愛」の入った命名をされた子が3人も出てきた。表面ギスギス、それをカバーするための「愛」なのだろうか。ホント、子を殺したくなる気持ちには理解不可能だし、読者の方もそう思われているだろう。

しかし現実はどうだ。やはり、世の中が荒れているとしか、思えない。その原因は、人間である他者への無関心があるという私見は、本紙でたびたび書いてきたことだ。その無関心の原因は、思いを深めていくと、やはり家族関係が大きいと思う。親を尊敬している人は、職員研修でたびたびアンケートなどで経験してきた。おそらく、いろんな

調査をしてもそれがクローズアップされるだろう。

子が親を尊敬できなくて、なんて他者を尊敬できるだろう。むしろ、親を反面教師として反発している子もいる。それは、親の存在を強く意識していることで「親でもない子でもない」という冷めた関係の人もおられるが、そこには反発する親という存在がある。怖いのは、あく親だっただとか、居ても居なくても関係ないという人だ。トランプさんは親を尊敬しているというツイートを出しているが……

◎残り2号に全力傾注

本紙の本年いっぱいでの廃刊(休刊ではない)は、致し方ないことだ。思えば、半世紀近くにわたつて拙文を恥も外聞もなく書いてきた。創刊当時のものをみるとやはり若気の至りを感じるし、一番大きいのは社会的視野に乏しいことだ。まあ、それが人間のやることだと思つている。

ただ、体力は衰えている。別に癌という病気のせいではなく、89歳並の老人になってきたのだ。 岡田

これからの一ヶ月の 不安・不運・不信

社会医療ニュース

医療の沸騰点



未来への提言

Ⅷ-1 医療提供体制はいかにあるべきか

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

現代社会では医療はすべての人に等しく必要であり、年金と共に社会保障の一翼を形成する重要な社会インフラと言える。医学の進歩は良いことで、すべての人に行き渡ることが望ましいが、医療内容が複雑化、高額化し、個人の負担と社会全体で支える領域の区別がわかりにくい。わが国ではとくにこの領域の明確化議論が放置されたままで財務事情が悪化しつつあり持続可能性が大きな問題となる。我々の乗る列車は楽観論と悲観論と無関心を寄せ、最後尾に連結された膨大な債務を積んだガンリントンクとともに猛スピードで霧の中に突っ込んでいるようだ。まず議論の前に公と民の考え方を整理しておく。

医療が社会共通資本なら本来、すべてが公かつ非営利というのが原則だ。事実多くの先進国では、社会保障の一環としての医療は非営利の公立医療機関を主体として運営されている。NHS (National Health System) のいわゆる private hospital の定義では「その診療報酬が自費と民間保険による給付」で運営される医療機関とされている。我が国でも国民皆保

険が始まる1988年以前、民間医療機関は殆どが自費だったので医師の収入は極めて不安定だった。上記の定義に沿うと日本では美容整形や一部の歯科診療、民間医療を除くと private いわゆる「民間」と言える医療機関はない。明治以前はライセンスもなく、当然のことながら質の保証すらなかった。公立はその成り立ちから税や公債と言った完全な公の資金に依っており、もちろん赤字でも税で補填されているが、それに見合った社会活動や貢献を求められており、それによって赤字が発生しても公的資金から補填されることはない。

診療報酬が公的なお金すなわち、税と公的保険で支払われていることを考えるとわが国では公立、公的、民の違いはあまりなく、公的資金の投入度合いや私的資金の投入度合いによって、公である度合いあるいは民である度合いに差が出る程度である。「民でできること」という議論がよく出てくるが、そもそも民でできないことは一切ない。歴史を紐解くと警察でも軍でも消防でも教育でも原型をたどれば民から出発しており、これ

を広域にオーソライズし、組織化し社会的必要度に応じて公的資金が投入されてきた。したがって極論を言えばすべて「民でできる」ので「公」は一切不要と行うことになる。それではすべて民でよいのかというとそうではない。軍や警察が民であれば私兵どうしの争いは絶えないだろうし、消防が民ならお金が払えない家は消火しないかもしれない。

医療において完全な「民」と言えるのは収入も資本も私的な出どころとなり、前述のように日本ではほとんどない。海外に行くくと民間医療機関は公より立派で、待ち時間は少なく医療レベルも高い。代わりに原則、公的保険が利かないので請求される医療費がばか高くなる。私見であるが医療技術に自信があれば自費と民間保険だけでやる医療機関が出現しても良いのではと思っている。民の良いところは自由診療だけに自由度が高く、新しい医療に挑戦できるところだ。ところが日本ではほとんどが公的収入源であり、自費部分でさえ公定価格ゆえに民でも自由度に欠け、むしろ保守的でさえある。あまり工夫や努力をしなくても政治力によって診療報酬制度をコントロールすることで、安定的な収入を確保できた。しかも保険者の力はあまりにも弱く医療の価格形成にはほとんど有効に機能していない。

望ましい医療体制はいかにあるべきだろうか。「民でできることを公がやるな」という主張は民の定義の曖昧さや公との線引きの困難さを考えると、無理があるし乱暴な議論に思える。現実の医療を患者の立場に立つてみると、公だろうが民だろうが支払いに差がなければ気にはしない。むしろ質が高いとか親切で分かりやすいとか、説明が丁寧だとかそういう基準で医療機関を選択している。従ってすべて民でやれとか公がやるなといった論調は供給者サイドでは理解されても患者サイドではほとんど無意味であろう。こうした議論で質の高い公が排除され、質の低い民が残るほうが地域にとつては害が大きい。

ある県の担当者と民と公の区別を議論していると極めてわかりやすい解説をしてくれた。要するに「儲けるところは民で、儲けないところは公でやれ」という極めて単純で乱暴な説明だ。そして「要するに小さな政府ですよ」と付け加えた。おかしな議論だ。政府の歳入を少なくすると言う意味で支払いも自費と民間保険であれば「小さな政府」であろうが、支払いが公金なら相変わらず大きな政府だ。民でも公でもよいが質の高いつころが生き残らないと結局、悪貨が良貨を駆逐することになりかねない。地域医療構想の会議では単純な民、公の議論に終始し地域住民のためになる質の高い医療

と云う視点では残念ながらほとんど語られていない。

医療提供体制の議論に医療を受ける側の住民を加えないと、大きな間違いをおかすだろう。儲ける儲けなとか民業圧迫などの話ではなく、人口減高齢社会での医療・介護・福祉など生活基盤全体の議論が必要なのだ。これからの社会では医療単独の議論ではなく介護や福祉を含めた生活全般の支援を同時に語るべきだ。ばらばらに対応しては全体像も見えないし非効率で、限られた資源の有効活用にはつながらない。次世代に伝えるべき医療提供体制は地域全体の包括的生活支援であるべきだ。個々の医療者が個別利益を追い求めるのではなく、組織的に動く公と自由度が高く迅速決定ができる民とが協力して地域全体でネットワークを作り、地域住民に安心感を与える体制が必要だ。急病ならこの病院に運ばれて治療を受け、リハビリはこの病院にお世話になり、在宅になったらこの診療所のお世話になりと言った連続的なイメージが素人でも描けるような地域包括ケアシステムが求められる。それは単純な病床の多寡ではなく、柔軟に機能分担ができる体制だ。医療介護福祉に質の評価と効率性を求めれば自然に整理されていくし、それを主体的にジャッジするのは地域住民である。

よく「好きなことを仕事にできているですね」などと言われるが、好きだからこそ妥協できないこと、好きなものを貫くために我慢しなければいけないことも多くあることを知った。そんな身の上を呪いたくなる局面だつてないといえない。

そして、好きなものを、正しく好きでいつけることは、実はとても難しい。探求することをサボればすぐに飽き、がきてしまう。「好きなものが好きな、自分が好き」という不純な自己愛にすり替わった瞬間、純真であつたはずの「好きのカチチ」はたちまち醜く歪んでしまふ。自己などというちっぽけなものを消滅させて、ただ、好きなもののために働くという意識が必要なのかもしれない。その時に支えになってくれるのが、好きなものの向こう側にある「感情」だ。なぜ好きなのか、なぜ好きになつたのか、その原点を、折に触れて、思い出し、気持ちを新しくしていくことのような気がする。

坂口安吾の小説『夜長姫と耳男』のラストにこんなセリフが出てくる。

「好きなものは咒（のろ）うか殺すか争うかしなければならぬのよ。……」

（こゝまでは、日経新聞夕刊5頁

国民、医療供給側が束になつて!!

「プロムナード」に、木ノ下裕氏が「好き」の終着地」として書かれていたものだ。キノシタという、わたしは「サーカス」を連想してしまう年代だが、木ノ下氏は「木ノ下歌舞伎主宰」をお仕事になさっている。サーカスと歌舞伎の共通項を感じた。どちらが上か下かではなく、どちらも「死に物狂い」の仕事だと思ふ。

そして、現在のわたしの気持ち大きく揺さぶつた表現力に畏敬の念を持った。「好きなものを貫くための我慢」は、いやつというほどこして来た。それがわたし自身を成長させてくれたと思う。そして、

文章の最終部分で坂口安吾の小説のセリフを紹介されているが、わたしはいま、まさにその心境にあるので、親近感がある。それは木ノ下・坂口両氏の文章にも感じた。そして、上記の文章にはないが最終節で木ノ下氏も書かれている、新しい自分の姿がある。

わたしの「好きなこと」、それは、世界に冠たる医療制度に、さらに磨きを掛けて、国民も医療供給側も満足を感じられる制度への終わりのない好きなことなのである。

しかし、そこには「時間」という宿命がある。人生も、時間切れがあるといつたら、分かりやすいだろう。だから、

ら、今月号から年末まで、わが国の医療制度を半世紀のスパンでみることを「好きに」書く。半世紀と驚くなかれ。50年前のわが国の医療制度で、代表的なものは「出来高払い制度」であった。が、現在は、固定費払い制度に大変化している。そして、これからは、米国、カナダの「バンドルド・ケア(Bundled Care)」へと変化していくだろう。ローマ字読みして「分捕る」と読んでなるまが一方的に分捕るものではなく、一緒に束になつて制度を改革していくものだと、わたし流に解釈している。いわば、協業である。

一方だけが、例えば国民側が利益を受けてきた、過去、現在。逆に「由らしむべし知らしむべからず」をゴリ押ししてきた医療供給側、それらが解体されてしまうのは必定だ。

それは現在進行形で、来年4月には身に迫つて感じられるだろう。そして、医療費負担側、消費側も、現在のようない時代はみるみる過ぎ去つていくのである。理由は、国家財政を支出できない条件は現在でもあるからだ。自論である宇宙開発に地道を上げなければだ

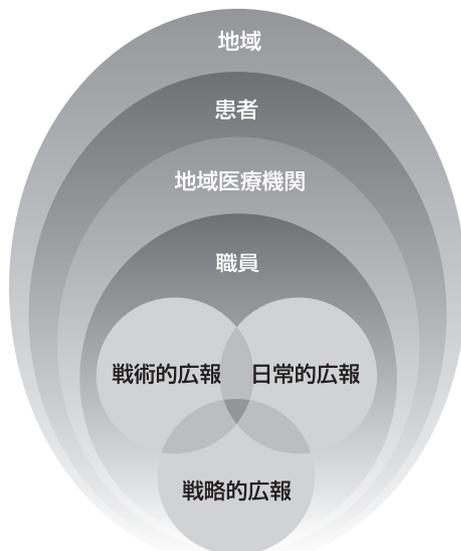
が、それは期待できない。3割負担もなくなり、10割負担の償還制になるかもしれないから、診療所、支払い側が「束」になつて生きる時代だ。

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

第451回 これからの福祉と医療を实践する会

永生会は東京都八王子市を中心
に保健医療介護に係る活動を行な
つています。日本の高齢化進展と
ともに、高齢者への保健医療介護
の活動領域が驚くべき速さで広が
つています。その広がる活動を支
える上でも外国人の看護・介護ス
タッフの活躍が欠かせません。

永生会は経済連携協定(EPA)
による看護師、介護福祉士候補の
受け入れを制度創設時の2008
年度から行ない、今日までEPA
によるスタッフ21名、介護技能実
習生4名などを受け入れてきまし
た。最近ではベトナムで独自に技
能実習生採用活動を行なっている
ことは本年2月に当会中村哲生か
ら報告したとおりです。

外国人スタッフは採用から入国
まで受け入れ準備と手続きが大変
ですが、それ以上に大変なことは
採用した外国人スタッフが職場に
馴染み、長期的に患者、利用者に
感謝されるサービズを実践・継続
してもらえるかどうかです。

本例会では、いかに外国人スタ
ッフの働きやすい環境をつくり、
どう長期的に日本で働いてもらう
かについて、これまでの外国人スタ
ッフ定着化への取り組み、実践
を問題点も交えつつお話しします。

今回は永生会で働く外国人スタ
ッフにも来てもらい、日本で働く
意識についても質疑や意見交換を

しながら、外国人スタッフの長期
定着化への方策を、会場の皆様と
ともに考えたいと思います。
(宮澤美代子・漆原克文)

十月十五日(金)

午後二時~四時半

外国人看護・介護スタッフの

長期定着化へ
働きやすい環境構築と
日本で働く意識

医療法人社団永生会 法人本部
相談役兼看護・介護採用担当部長
宮澤 美代子

会場 戸山サンライズ大会議室
参加費 会員 八〇〇〇円
会員外 一五〇〇〇円

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

▼9月26日に厚労省から発表され
た「病院再編」を、民間病院の
人たちはどうみられたか、気にな
る。私は「明日はわが身」をひし
ひしと感じる。『わが身』ではな
くて、あなたの身』であるが。親
方日の丸精神にどっぷり浸かって
いると、職員は緩む。私は公立病
院はいかないが、一回だけ行って講
演し、現場を見て、つくづく感じ
た現実だ。民間病院は「別的手段」
が準備されていることの意味化を。
▼原稿を書くため、50年前の自分
自身をふり返してみた。50年前と
いうと36~37歳のころだ。ひたす
らニセ麻酔医の一日で、一日に4~
5例は全身麻酔をかけていた。
▼それが、大きな罪悪感もなくで
きた時代である。罪悪より、事務
長として麻酔医に支払う麻酔料の
節約に貢献していると、驕りがあ
つたことは確かだ。しかし、心の
奥底では、永続はないと思っていた。
▼私個人でなくても、50年前と現在
はちがう。本職の薬剤師の仕事も、
単なる調剤屋から薬剤の専門家と
しての活動をしないと、診療報酬の
対象にならなくなったのである。

▼当然、病院経営も変化している
筈だけれど、それは個人レベルと
は遥かにギャップがある。まだ、
収入至上主義の事務長もおられる
し、リーダーシップ皆無の理事長
もおられる。競争に勝つチャンス。

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!
Image of a GPS device showing location data.

GPS
Image of a globe.
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
Image of a remote control.
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???
Image of a question mark icon.
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!
Image of a magnifying glass icon.
ポンベの使い方等の必要
な情報は、動画でいつ
も見る事が出来ます。

在宅酸素療法

Back to Home!
HOME OXYGEN THERAPY
KIT
Image of a person using home oxygen therapy.

酸素濃縮装置
Image of an oxygen concentrator.
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

携帯用ポンベ
Image of a portable oxygen pump.
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