

# 社会医療ニュース

## 20年後の医療、介護経営パートII 急性期病床の空床をどの機能に転換するか

所長 岡田玲一郎

前回述べたが、「急性期」は変わらざるを得ない。が、12月までの期間に、これ以上、紙面を割くことはできない。従って、まとめとして書くと、「急性期病床」特に「7対1看護」の病床の平均在院日数は減少する。ただし、主とする診療科によるちがいが出て、「急性期病床」とひとくくりになることはなからう。主とした診療科が眼科と脳神経外科の病院でいえば、平均在院日数の基準となる日数はちがつてくるだろう。従って、そこには疾病別の「基準日数」がひとつ必要だ。

ただし、主として平均在院日数をクリアすればよしという現在の基準は必ず変化する。そこには「成果の証明」が必要となるのである。短くすればよしとする現在の矛盾の改革である。しかも、基準のクリアが自己申告ではなく第三者的な証明の根拠を示さなければならなくなる。例えば、退院後の社会復帰の証明である。ここが、わが国の入院医療で未発達、未成熟な部分である。病院あるいは医師の「性善説」は通用しない。それは、現在の7対1看護の基準の証明でも、歴然としている。そんな病院や医師を放置しておくとなにをするか分からない」という現在の一部の病院の手法は通用しなくなる。技術の進歩した現在なら、さらに緻密な基準が定められるであろう。甘くみてはならないと、私は思っている。理由は、医療は正義だからである。

その結果、急性期病床は現在より想像外の縮小となるので、急性期病床にこだわりを有している病院は、要注意だと思っている。が、この業界、急性期至上思考は深い。それはそれでいいから、新しい基準に合致する急性期病床を構築させることだ。地域の急性期患者は限定されているから、他の急性期病院に勝る実績を出すしかない。

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

つまり、ウチは残るけど、他病院は急性期病院（棟）としてはやっていけなくなる新しい基準（成果と証明）をクリアしていくことだ。しかし、それを実現するのは、私は「血みどろの戦い」を病院の外で練り広げ、実践力が必要だと思う。理屈とか評論の世界と異次元の世界なのである。

空いた病床をどうするか  
安易なものではない

急性期病床の平均在院日数の縮小は、空床を生じるということだ。その「空床」をどう活用するか、が、重要な経営判断になると思う。地域人口の構成、他の競合病院の病床数などから、将来の病床機能を決定し、そこに向かつて全精力を傾けるべきだ。

ところがどうも、地域包括ケア病床機能に移転しようとしても、既に必要数（地域包括ケア病床として）をオーバーしている、私はみている。ここでも地域包括ケア病床としての「成果と証明」が必要となる。いずれにしても、どの機能の病院もその証明を出せる部門またはチームが必要となる。

先般の中医協で出された地域包括ケア病床への転棟日数のデータがその一端である。

医療療養病床も、私は既に質はともかくとして量は充足しているともみている。くどいようだが「質はともかく」とある。しかも、20年後という高齢者の割合はとつもなく増えてくる。新たな高齢者は減少に向かつていくが、医学、医療、そして栄養の充足で長寿者（例えば百歳以上）の人も多くなる。老人病院（古い表現だが）の患者の高齢化が高まるのである。

そこで、急性期病院の下での発想ではなく、社会的な発想が必要なのである。私が生きているかどうかより、生きていたとしたら20年後は108歳である。だから、将来の質の良い医療・介護療養病床の入院患者の姿を想像しやすい。手間が掛かりますぞ。そして、団塊の世代が後に続いているのである。

社会保障費の負担は誰がどのように負担する？

消費税10%より、社会保障費の国民、企業の負担は現在より激変した多額になるであろう。既に経団連では、そこにポイントを置いていく。国民個人レベルでも問題意識を有している人はおられるが、私にしてみるとそんな呑気ではない、と思ってしまうことが多い。

ひとつは、国民の社会意識が未成熟であることがある。政治、経

済の分野では相当な危機意識があり、自社の存続問題まで心配する企業経営者や社員もおられる。しかし、国民の社会保障費に関しての関心は薄いように思う。

ということは、これからの病院は「企業と国民の理解」を得ることが最重要課題だと、私は危機感を持つて思っている。いままでは、いや、いまでも病院は「企業と国民」に護られてきた。その護つてくれている企業と国民にどうお返しをするかは、現在でも一部の病院では行われている。経営から考えても、それは原理原則なのだが、現実にはそう考えている医療系大学教授は少ないようだ。

医学、医療のレベルを上げることもその事例だが、もっと、患者が逃げたら困る意識があつてよいように思う。それは言葉の問題ではなく、実行されているかどうかだ。もっと言えば、目に見える変革なのである。

来年度の診療報酬改定の原点を忘れてはなるまい。私は「単なる過去の改定」ではないと思っている。それは、診療報酬改定の「目的」が過去と一変したものとなり、確実な変化があるとみているからだ。そこで大事になるのは「中医協」の在り方だが、これはテーマが大きく、重要なので来月の最終章に書こうと思っている。過去の「診療する側」と「支払う側」の対立関係は、必ず変化する。（4頁に続く）

# 岡田先生から学んだこと

新須磨病院  
院長 澤田勝寛

この紙面も残すところあと1回となった。岡田先生との長い付き合いの中で、教えられたことは多々ある。今回は私情をはさみながら先

生から学んだことをまとめてみた。私は、病院の経営に関わるまでは、外科医一筋。診療以外のことは全くのエトランゼ。院長になってからこれではいけないと、いろんなセミナーや講演会に出席するように変わった。その一つが岡田先生の講演会であった。

頭にバンダナ、ズボンにはジーンズ。年齢不詳。ちょっと得体の知れない風貌と雰囲気戸惑った。資料の内容も要点のみ。演者にもかかわらず饒舌ではなく寡黙。ポソポソと語りかけるように話されながら、節々で疑問を投げかけられる。資料の多さと演者が話し続ける講演に慣れていた私にとっては、とても新鮮であった。

プレゼンの極意は「動け、問え、問おけ、胸を張れ」だと学んだことがある。今から思うと、岡田先生の講演は、問うことと問をおくことが絶妙であった。医療セミナーの多くは診療報酬改定の対応といった内容であるのに対し、岡田先生の講演は点数がどうのこうのといった

話ではなく、医療の矛盾や無駄を鋭くつき、良い医療とは何かを問ひかける深く医療の本質に迫る内容であった。

親方日の丸の公的病院をやり玉に挙げられたこともある。節操のない患者を戒められたこともある。検査入院をして病院から仕事場に通う政治家や芸能人を批判されたこともある。歯に衣着せぬもの言いを、嫌う人や団体もいたことは想像に難くない。彼らにとっては耳の痛いことばかり話す毒舌家と思われたのであろう。

一方では、その毒舌に共感する人も多かった。この春に神戸で開催した「三人会」の出席者を見れば明らか。多くが「岡田教」の信者であり、今ひとつ内容がはつきりしないセミナーにもかかわらず遠方からたくさん来られているのを見て、その影響力の大きさを改めて知った。

定観測のため、北米の病院をよく訪問されていた。一緒することとはできなかったが、この紙面を通じてその報告を詳細にわかりやすく、繰り返し発信されてきた。

QRT(クイックレスポンスチーム)、CACA、クリニカルパス、事前指定書などが日本に広まったのも

岡田先生の大きな功績である。ダボハゼのように何にでも食いつく性分の私は、そのどれにも興味をもった。

QRTは、クイックレスポンスチームとまず響きがいい。何となく格好がいい。という理由で、すぐチームを編成した。職種を横断した組織でいざ「国難」ならぬ「病難」が発生したときに素早く対応する役割を担うチームであると私なりに理解した。医療事故、患者クレーム、感染、職種間の揉め事などが発生したときに適宜招集し問題の解決に努めた。今ほど、医療安全委員会や感染対策委員会といった委員会が義務付けられていない頃であり、QRTはそれなりの役割を果たしたと思っている。

CACAは今なら珍しくはない「地域連携室」「医療相談室」の雛形であると思っている。先生が社会医療ニュースで紹介されたのを機に、「これだ！」と膝と叩いた。病院には直接患者診療に関わる業務以外に、紹介患者の受け入れや逆紹介といった連携業務、福祉や介護制度の説明や諸手続きなど間接業務なども多々ある。

以前は、患者の医療相談や転院先の世話を病棟部長がこなしていた。看護をし、スタッフに目を光らせ、おまけに院外との連絡係はきつい。院外との連絡をCACAに丸投げできるので病棟部長からまず喜

びの声が上がった。

急性期治療を終えた患者や、術後でもう少し入院治療が必要な患者の転院先を探す苦勞から、看護師も医師も開放された。要介護者が増え、介護施設へのつなぎ、訪問看護ステーションの紹介、申請業務の代行と、その仕事は、高齢化社会の到来とともに増えるばかり。当院は、CACAあらためて地域医療相談センターとして相談員6名を配置してフルワークで業務を行っている。ただ、院内では今でもCACAのほうに通じるようである。

クリティカルパスも岡田先生に教えていただいた。術後指示は、同じ病院でも外科医によって異なっていた。例えば虫垂切除後。ある医師は入院1週間、術後3日まで絶食、抗生剤も1週間投与という今から考えるとあり得ないような指示を出していた。手術翌日には食事開始、点滴終了、3日で退院という医師もいた。

病棟看護師は医師によって指示が異なるので困惑していた。極端に言えば、病院数×医師数だけ指示があったわけである。それを、クリティカルパスとして、医師ごとではなく疾病ごとの治療工程表を明示した。医療安全の原則はシンプル化、スタンダード化、システム化の3Sであり、クリティカルパスはそれを行う優れたツールといえる。

当院は神戸市で最初に電子カルテを導入したが、その前から私は紙ベースでパスを始めていた。

少なくとも当時神戸大学外科関連病院ではこのツールを知っている医師はいなくて、私の紙ベースのクリニカルパスをいろんな病院に郵送した記憶がある。今は電子カルテにパスが組み込まれるのが当たり前になっており、隔世の感がある。

岡田先生の医療に対する厳しい見方は、常に私のバックボーンでもあった。公立私立病院に関係なく、医療費の無駄遣いに厳しい目を向けられ、医療の質向上には細やかな意見を述べ続けてこられた。

「道徳なき経済は罪悪であり、経済ない道徳は寝言である」を常に意識するようになったのは先生の影響である。医療法人は一般企業と同じ。金儲けは必要と思っているが、金儲け主義にならなかったのは先生のおかげである。

私のメンターとして大きな存在であり、日本の医療を正すという岡田教の布教に多大な貢献をしてくれたこの社会医療ニュースの暖簾を下されることになったことは、残念至極である。

この紙面を通じて岡田先生から学んだことを、信者を含む多くの読者と共に、日々の診療に活かしてくのが「弟子たち」の役割とと思っている。

本紙連載の機会をいただいたのは2013(平成25)年の5月号からだった。40回の節目を区切りに終息することになるが、最後のテーマとして「アクション・リサーチ」を取り上げることにした。

このテーマは、筆者がまだ雑誌の編集者であった1970年代のころに知った研究アプローチ法である。その後シクタンクの一員として活動してきた筆者自身の活動の基軸になっていたアプローチ法だったのではないかと思っている。

本紙の主宰者である岡田玲一郎さんと出会ったのはこのころだった。臨床の場を大事にし、既成の知よりは自身の五感を通じて得た知を大切にしている岡田さんもまた、同じアプローチ法で得た実践の知に基づいてさまざまに貴重な発言をされて来たように思う。

岡田さんの主張にリアリティや訴求力があるのはご本人の認識はともかく何事に対してもアクション・リサーチのアプローチがあったからではないかと思う。

**アクション・リサーチの意義**

アクション・リサーチという言葉は、「場の理論」の提唱者として著名なアメリカの社会学者クルト・レヴィンが1940年代の後半に命名したものである。現実的な社会問題等の研究は、その道の専門家と

現場の関係者との協力により「実践→研究→実践」が表裏一体となつて循環的に進められることが必要であり、有効であるという考え方で発想されたものであるという。筆者がすすみたいと思うアクション・リサーチは、もちろんこの考え方をベースとするものであるが、研究者としてのものではなく、実務家としての課題解決のアプローチ法である。

解決しなければならぬ課題について、緻密な分析や周到な計画に基づくアプローチとは別に、ある程

**連載「大介護時代の人材マネジメント」④  
アクション・リサーチのすすめ**

(株)ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 統括フェロー

え方とも通ずるものであるし、いま福祉職場で推進が期待される「実践研究」や「学習するチームづくり」においても意識化しておきたいアプローチ法である。

**P D C A サイクルとの整合性**

経営課題の解決活動は、基本的には計画を立案し、P D C A の管理サイクルを徹底することが重要である。そのことを否定するものではない。

しかし、設定型や将来型の課題解決は、すべてのことがプランニング

度の見通しができたところで「アクション」を取ってみる、そのプロセスや結果のリサーチを行いながら、さらに新しい「アクション」を試みるというものだ。

このアプローチでは、関係当事者が現場主義で「やってみる」「悪ければ修正し」「さらにトライする」という取り組みが基本となる。「スモール・ステップ・アクション・アプローチ」と言ってもよい。

実践の知を資源として捉え、活用し、創造発展させることをめざすK M (ナレッジ・マネジメント)の考

ン・リサーチのアプローチを加えていくことが現実的な課題解決の成果を高めることになる。

筆者自身の経験で言えば、目標管理のバリエーションとして多くの福祉職場で活用されている「業務管理シート」(通称、「D O I C A P シート」と言っている)は、アクション・リサーチの結果として生み出した仕組みである。

目標管理はP D C A の管理サイクルを職員参加と自己管理で実施するものであるが、目標設定や計画づくりが難しい職場では、「やっ

**宮崎 民雄**

に馴染むかといえ、そうでない課題も多い。そうした課題について無理に計画を立てようとすると、現実と乖離した「机上プラン」になってしまうことがある。

難しい課題であればあるほど専門的な分析や診断が必要になるし、専門的立場で策定したプランを実際に現場で実践する際にはトツプダウン型の指示が必要になり、実践を内発的に動機づけることが難しくなってしまうことが多い。

P D C A は重要なマネジメントサイクルであるが、そのなかにアクション・リサーチの

仕事の遂行にP D C A の仕組みの導入が必要なかと言えば、当然その答えが返ってくるし、必要があるとして、組織の受け入れ体制が整うまで待たなければならぬという考えにも答えはノーである。

どうするかという発想がアクション・リサーチの原動力となり、関係者とともに実践研究を行い、試行実施することになったのが「業務管理シート」のスタートである。結果として当初は想定していなかったアウトプット、アウトカムの成果を生み出すことができたように思う。

**指標化しないアウトカム**

組織には「慣性の法則」という見えない力が働いており、新しい取り組みに抵抗はつきものである。そうした反応を突破していくためには、部分的でよいから「やってみてよかった」という成功体験(成果)を積み重ねていくことが大切である。

さまざまな経営課題、そして人材マネジメントの具体的課題について、アクション・リサーチのアプローチ法で解決に取組むことが、職員のワークエンゲージメントを高めることにもなるものである。

変化と不確実性の時代である。これからは中期経営計画や年度事業計画にも、具体的指標をもたないアクション・リサーチ項目を取り入れていくことが望まれる。



# この一ヶ月の 喜怒哀楽



◎さすが、大阪のオバチャン

新聞の見出しだが、そのとおり。関西電力幹部への森山某からの贈り物の報道の第一報で、大阪のオバチャンがNHKの取材に対し「時代劇じゃあるまいし」という発言をされはついていた。思わず、同感だった。しかし、江戸時代の悪代官に対するモノは、箱の上に小判だった。

ところが、世の中がズルクになってきて「菓子の下に小判」になった。巧妙というよりバカげた知恵だ。しかも、スーツ券で仕立てた高級スーツを着用して会社に出勤する、このアツカマシさ。もう、そんな時代ではなからうにと思うが、それが通用するのが、お役所の組織である。病院でもあり得ることである。元プロパーである私は証言できる。大病院はお役所の組織だったし(いまでも一部は)、教授は関電の役員と同じだった。

もう50年以上前の話だが、大学教授が海外の学会に出席するとき、製薬会社には「ことさらに」情報が提供された。餞別よこせというサインで、時代劇の悪代官が手下を使って商人に賄賂を要求させた手法だ。手下が医局長などであ

る。構図は江戸時代と変わりはない。メーカー一社では出せない金額(当時100万から200万円)だから、製品の納入金額によって各社に割り振っていた。まさに、関電事件と同じだが、「菓子の下の小判」は、なかった。贈賄側がズルくなくなっただけだ。接待ゴルフでの茶屋ではビールやつまみは、教授は「知らん顔」だったのが、妙に心に残っている。もつと、時代を変えなければならぬと思ったものだ。

◎「矜持」今こそ示せ……」

九月の愛知県での全日病学会のテーマだ。矜持は矜持と私の辞書には出ているが、意味は同じだ。「自分の力を信じていなく誇り」である。前項の大学教授たちに贈りた言葉であるが、大学教授も人間、お金には弱いのである。年齢(若い)、50歳になっても60歳になっても、それは続くのである。

同じノーベル賞を受賞された医師でも、全くの私見であるが山中伸弥教授と他の教授では、矜持の度合いがちがうと感じている。爽やかさという個人の感じ方のちがいがあるかもしれないが、お金のことも国家に対する要求と製薬会社に対する要求では、私は前者を支持する。くだいようだが、個人的感想という、最近、社会が創った「逃げ口上」を使っておく。

医療界でも、ゆすり、たかりの時代があり、父権主義で組織を思う

ようにしたエライ教授はおられた。私の勤務していた病院でK大学病院の放射線科の教授が、見事といってよほどの胃がんの映像を見落としておきながら「わしゃ、この写真、見たことがない。胃がんじゃないか」と白々と言った後始末は事務長のやることだった。訴訟は、なんとかゴマカして負けなかったけど、私も罪人だった。

そして、大学教授になって3ヶ月で立派な家を建てて、医局員でパーティをしたなんてことは、もはや起きてはならない時代なのだが、大学医局の人材派遣業の正常化を願うことが多い。ヨソの病院で使いたいにならない医者を押しつけられたら、たまらぬはい!!

その意味で全日本病院協会愛知の学会の準備をなさった愛知県の病院長の人たちに敬意を表す。

◎私憤ではありませんが

以前にも書いたが、宇宙探査か宇宙開発か知らないが、税金を多額に投入する価値があるんかい。それは、目的が「宇宙誕生の謎の探究」とかであり、噴飯してしまうのは「生命の起源の解明」と新聞で報道された活字を見るときだ。

宇宙誕生の謎を解明したら、私たち納税者が何か得をするんかい。謎は謎のままで、なにか困りますか? もちろん、宇宙学者にとっては関心があるだろう。だったら、ホリエモンの宇宙旅行みたいに自費

でやってよ。私憤、私憤だ!!

ましてや、りゅうぐうという小さな惑星の表面で、白と黒の混じった石が発見されたことを手柄のように言うのは、やめて欲しい。それによつて、私がなぜ生まれ、成長してきたかの起源、つまり「生命の起源」が分かるんかい。私の生命の起源は父親と母親で、私の人生の最大の教師は母親である。白と黒の石からそんなことが分かるとは、とても思えない。

消費増税の税収の十分の一もの金額が「りゅうぐう」に投じられている。このバカバカしさ。国の防衛とか軍事費なら、まだ分かるがなにが「生命の起源」だ。

前回もふれたが、この問題に関するスライドの「生命の起源」より「生命の期限」にそのお金を遣えというスライドは、自民党の有力議員が使わせてくれとの話があり、快諾した。国会の論議になると国民の賛意は「起源」だろうか「期限」だろうか。読者の皆様は「生命の期限」を求められ「生命の起源」は無駄になると思われるだろう。

◎生命の期限に向けて

栄養と医学の進歩によつて、人間の生命は百五十歳まで生きることが可能だという報道があった。生命だけが長寿になっても、個人によって幸福感がちがうと思う。私は、社会との関係が断たれた状態で生きていくのは、嫌だ。

第一に、社会には女性がおられる。その中で、相性がよい女性は必ずおられる。その人と接することができるのは、社会と関係があるからこそで、無人島、あるいは無人島同然で生きていたって、いいオナゴには出会えない。逆に、女性もそうだと思う。老人ホームには社会があるから、そこで老いるの恋が生じることは、どこでも聞く話だ。老いることは、老業であることを感じる。

私のように86歳も終えようとするときに、病気になる老人もいる。だけど、社会との接点が多ければ、みるみる人間としての尊厳を失うと思う。小社会である家族をみても、私が病気になる妻も子も、とても親切にしてくれる。小社会でも弱者の人間、しかも家族に対してはケアの気持ちで、自然に出てくるのだから。おそらく、子に捨てられる親は、日常から社会的接触のなかった人だろう。いろんな事件を起こした犯人の家族関係は、それが如実に出てくる。小社会を大事にして下さい。

## これからの一ヶ月の 不安・不運・不信



医療の沸騰点



VIII 未来への提言

次世代に残すべき地球環境―何をなすべきか

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長 副島 秀久

未来への提言は当然、次世代以降のためと言うことになる。残された投稿の回数は2回しかないの... 優先順序を考えると医療問題以上に環境問題が重要と考えた。医療経済ニュースではあるけれども、人類の生存がなければ医療問題もないし、そもそも悩み... 過去20億年かけて蓄積された化石燃料を産業革命以来の200年間で燃やし炭素を放出し続け、1980年代から大気中の二酸化炭素濃度(以下CO2)は上昇し、現在までに1975年に比し40%以上の急上昇を見た。当然放出されたエネルギーは温暖化に拍車をかけ、平均気温の上昇、海水温の上昇とともに巨大な台風や激しい降雨の原因となっている。この傾向は当面収まる心配がないので、気温は上昇し続けるだろう。来年の夏はもっと暑く、台風はさらに強くなるし、被害はいっそう拡大するだろう。かつて地球もCO2だけの世界があったが、気温が高いだけでなく、風速200m/sec級の暴風が吹き荒れていた。

都合な真実」でも予測されていた。この大統領選挙の結果は、その後の世界に大きな影響を与えることとなった。温暖化という人類共通の課題に、積極的に取り組むか取り組まないかの分水嶺となったという意味でこの選挙は歴史に残る大統領選だった。もし、この時にゴアが大統領になっておれば、アメリカと世界の環境政策は大きく変わっていただろう。残念なことに、環境無視・破壊派のトランプでは、温暖化はますます加速する。自分の乗っている木の枝を自分で切っているようなものだ。科学的に正しくても政治的に受け入れられるとは限らない。脱炭素社会を目指すべきとわかっていても、様々な理屈を述べて先送りしてきたのが現実だ。これに対しスウェーデンの高校生、グレタ・トゥンベリさんが先般の国連で大嘘つきの大人達を前に怒りの演説を行った。アマゾンの森林火災、グリーンランドの氷床の消失、深層海流の温度上昇など不気味な兆候は文明崩壊の始まりである。ジャレッド・ダイアモンドの「文明崩壊」を読むと、気候変動が過去の文明崩壊の大きな要因だったが、局所的・

限定的だった。しかし今度は明らかに異なる。しかも加速度的にCO2が増え、気温が上昇している。地球の平均気温が15.0度Cから1.5度上昇すると、永久凍土のメタンハイドレートが溶け出し、ますます温暖化を加速しノーリターンとなる。2100年と予測されていた1.5度の上昇が現状では10年以内に来ると言われている。今世紀中に5.4度上昇するという予測もあり、グリーンランドの氷床が消失すると海面水位が現在より6メートル上昇するとも予測されている。ルメルトの良い戦略、悪い戦略(日系BP)でも言われているように、重要問題に取り組まないのは最大の戦略ミスだ。本気で取り組まないとなきに命取りになりかねない。もはやCO2による温暖化を否定することはできない。未来のために、今すぐ行動を起こさなければならぬ。では何をやるべきか。政府も2050年までに温室効果ガス80%削減を掲げた。自然エネルギーへの転換やエネルギー効率向上、省エネなど様々なあるが、長期計画などと言っている暇はない。直ちに実行できるものはすぐやるべきだ。日本では1世帯当たり4.5トンのCO2を排出している。これを半減するような策が欲しい。家庭からの炭素放出削減は個人の努力でできることも多い。人が一人呼吸す

るだけで年間約360kgのCO2が排出される。これを吸収するには20cm径の杉が5本必要だ。だから子供が一人生まれたら5本の植樹が必要だ。特に20-30年生の樹木のCO2吸収量が多いので、ある程度の老木を切つて木製品をつくり炭素を固定化することがお勧めだ。陶器より木の器のほうが環境にやさしい。植林、節電、節水、節食、断熱材の使用、自然エネルギーの使用、プラスチックの削減と再生、木製品による炭素の固定化、電気自動車や公共交通の利用、とにかく化石燃料を減らすことに集中することである。とくに化石燃料を燃やす産業に対して炭素税を強化する、環境保護の企業に減税や投資を促すなど様々な施策がある。世界のCO2発生量は年間338億トン、自然界の吸収量は180億トンで、差し引き158億トン吸収するには158億トン/2.4トン(1haあたりの年間CO2吸収量)≒65.8億ha森林が余分にいる。現在の世界の森林面積の1.6倍必要と言っていることである。私が熊本市から田舎に引っ越した理由はすこしでもエコ活動を行うためである。電力の平均CO2排出量360g/kwhから太陽光発電のCO2排出量30g/kwhを引くと約330g/kwhの排出抑制が可能だ。我が家に設置した

4.2kwhの太陽光発電では年間発電量が5000kwh/yで年間1638kgのCO2削減となる。冬は薪ストーブをやっているのだから一世帯分のCO2を削減している程度だ。もちろんこれは化石燃料を燃やすわけではないのでCO2を増やすわけではない。これだけ頑張ってもこの程度かとも思うが、30年かけて育った木が100本近くあるので約20人分の呼吸からのCO2吸収し、O2を産生していると思うと若干の貢献もある。政治が変わらなければこの現実を変えることはできない。と言うことは我々が政治を動かす以外にない。現実問題は様々あるが優先課題である環境問題をone issueつまり最重要課題として、ほとんどの資源をここに集中させることだ。現在、提案されている策は抜本的でないか、まだ開発されていない遠い未来の技術を想定した効果が薄くかつ、のんびりしたやり方だ。家が燃え始めているのに消火の方法論を延々と議論している。われわれはすぐに声を上げ、行動すべきだ。政治的にも個人的にも日本は先進国で唯一、環境政党を持たない国と言われている。出でよ、環境政党。我々の責務は次世代に住みやすい環境を残すことだ。このままではスウェーデンの高校生に言われるまでもなく、確実に次世代への裏切りになるだろう。

個人も組織も、目標を持って生きている。「ユメもチボーもない」なんてギャグが昔はあったが、そんなことはない、と私は思う。言ってみれば「欲」なのだが、これによつて人も組織も喜怒哀楽を感じることになる。

そして、個人も組織も若いころと老いてきたときは、欲は変化します。自分の実力以上の欲を持つと、挫折することが多い。私の場合、典型的なのは「高嶺の花」との結婚欲である。まあでも人間、どうしても自己の実力以上の望みを持つてしまうものだ。病院にも、それ（高嶺の花）を求めていることをみる。

# やり残し



いまの実力では無理だろうと思える機能を指す病院だ。しかし私は、それがあから人生の楽しみがあるのだと思う。

自分の実力以下に自己評価してみたり、欲の大きさに圧倒される事例があるが、現在の病院は変革期を迎え、この欲とどう対峙するか、病院のトップ層の大事な決断であろう。

私は、職員研修の仕事をしているから、各部門の「欲」の実現実行プログラムを考えてもらうことが多い。そこで必ず訴えるのは「欲を持つことがスタートだが、その欲は、手を目いっぱい伸ばしたら届く欲（目標）を持たれた方がよい」

とお願いする。梯子を掛けても届きそうもない目標は、全く意味がないどころか、職場のモチベーションを低下させるだけだからである。読者の中の病院さんはどうであろう。

と書きながら、私の欲は大きくて、懸命に手を伸ばしても届きそうもない。しかし、社会を信じてくことで希望が出てくるし、実現がやると見えるようになってきた。私の欲は「世界に冠たる日本の医療制度に磨きを掛けて、他の先進国の模範となる医療制度の確立」である。それは、10年前は「夢の夢」だったが、社会が変化して実現

が視えてきた。

今日（10月初旬）の毎日新聞の投書欄（みんなの広場）でも、医師がクスリの過剰投与がわが国の医療制度を崩壊させると、診療側が実際に国民意識が問題であることを提起されていた。そこでも、社会全体が医療保険制度の理解が不可欠だと述べられている。そして、私と同じように世界に冠たる医療保険制度の危機を訴えられている。しかし、病院から処方されるクスリのなんと多いことか、自分自身でも感じる。

病気を治す、寛解させるにはクスリは必要だ。しかし、よく効く

クスリほど毒だというのは、私の薬剤師として、また患者としての実感である。

このご投書の医師と同じく、私の最大の欲は、クスリのことだけでなく、入院日数も含めた入院の安易さが、わが国の医療保険制度を崩壊させているから、これの改革というか世界水準への到達が欲である。これも、10年前は嘆息が出るような遥かな目標だった。だけど国民の意識も少しだけ変化したし、来年の診療報酬改定で病院側、特にお金を求める急性期病院の改革は、まさに「待ったなし」の状況になるだろう。満床を目標にするチンケな欲なんて、吹っ飛んでしまう。

後は、さらなる国民意識の変革が必要で、ユーザーがプロバイダーの顔色をみるようなイビツな需給制度を社会的正當へと変革させていくことだ。

幸い、「お医者さまは絶対（いい悪いはともかくとして）」の支配、服従の医師对患者の関係は、いくつもの病院で改善しつつある。医療側が患者側に媚びているのも異常であるが、要するに対等の関係を確立することである。

しかし、来年、87歳を迎える年齢になると「やり残し感」を感じる。悔いではないのだが、人間、個人が生きている（正常でいる）期間は定められている。12月号まで、それを、書き終えたい。

岡田

## 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。



**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452回 これからの福祉と医療を实践する会

人生100年時代を迎えようとする今、厚労省は求められる社会保障の姿は「全世代型社会保障」であるとして予防・健康づくりを強化し健康寿命の延伸を図ることが求められるとした。個人そして社会全体にとっても、長期的には医療財政の面でも好ましいことで、その点では「健康寿命延伸は吉」と言えよう。しかし、この計画には「医療機関が中心となつて」などの文言はない。医療機関にとっては大きな意識改革と戦略見直しが必要となろう。それに乗り遅れるならば患者数も減少し「健康寿命の延伸は凶」となるのでは。健診・人間ドックなどは別レベルの積極的な対応が求められている。今回は「松戸プロジェクト」を通して課題を見つめていく。地域活動への参加によって健康寿命を延ばすという全国に先駆けた科学的研究プロジェクトで、愛知県武豊町で実証された地域活動参加が地域住民の健康度を左右するというエビデンスを50万人規模の大都市でも実証するために松戸市(人口49万人)において都市型介護予防モデルとしてスタートした。

秋山氏は「医療の主戦場は治療から予防医療(生活支援)へ移行する」との認識のもと、このプロジェクトに精力的に取り組んでいる本主題に最適の発題者。今日

すぐの問題ではないが遠い将来の問題でもなく、まさに近未来の課題を考える月例会となる。  
(鈴木喜六・伊藤幸彦)  
十二月二十日(金)  
午後二時~四時半  
健康寿命の延伸は吉か凶か  
……医療機関のあり方が  
どこかで決まろうとしている  
一般社団法人  
チーム医療フォーラム 代表理事  
特定医療法人財団松圓会東葛クリニック病院 理事・副院長  
秋山和宏

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

▼残り2号、もちろん寂寞感がある。あるけれど、人生にはリミットがあり、いつまでも本紙の発行は続けられない。ましてや、個人経営の限界がある。皆様にも限界が。しかし、フヌケは肺抜けと書くそうだが「はらわたを抜きとられたかのように、いくじのないこと」の意味は実感できる。こうならない意地を持たないとミジメな老後だ。▼それにつけても、健康第一というか、人生観の「老いを生き、病いも生きて、死をも生きる」の実践だ。だから、意地が必要なのだ。▼病院や施設は、社会が存在する限り、絶対に必要な資源なのである。資源とは「生産活動のもとになる物質・水力・労働力の総称」である。その生産活動は「ゼニ」の生産は主活動ではなく、従活動というか社会が必要とする「ケアの提供」だという持論は変更できない。受診、入院する度に、その思いが強くなる。皆様はどうかな。▼病院、施設を利用せざるを得なくなつたとき、国民が病院、施設に求めていることは、そうではなからう。拉致は病院、施設に無縁の話なのだが、拉致される国民もいる。気の毒だと思うが、現実だ。▼また自然災害だ。どうしても、宇宙探査の無駄金(私見)を備えに転用してもらいたい。宇宙の話はもういいよ。自費でやってくれ。

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 Bluetoothリモコン どうしたのかな??? いろいろ知りたい!

在宅酸素療法

Back to Home! HOME OXYGEN THERAPY KOT

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

携帯用ボンベ

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