

# 社会医療ニュース

## 人口が減少している自治体の医療や福祉の確保の課題を軽視しないで欲しいのだ

所長 小山 秀夫

厚生労働省が約4か月遅れで毎月公表している医療施設調査と病院報告を毎月みています。直近の数字は22年9月概数というものです。まず、パンデミックの影響がなかった4年前の19年9月から数字を追うと、病院数は減少し、一般診療所数は微増です。病院の入院患者数も外来患者数も20年3月から急激に減少し9月ごろには落ち着いたものの、4年前の9月の水準に戻ることはありません。特に、病院の入院患者は約10%減少したままです。

病院の数字をみると、患者数という点では病院経営は一部の高度急性期病院以外は長期低落状態が継続し、今後とも好転する兆しはみえません。

日本全体の病院を一緒にして数字をみると判断できませんが、人口が毎年1%以上減少している地域と、減少しない地域、そして微増している地域というこ

とで比較してみる必要があると思います。人口が微増しているのは大都市部で、実は多くの市町村で人口が毎年1%以上減少しているという事実が注目する必要がある

病院報告の19年9月と22年の9月の数字と比較してみると、病院全体の外来患者は9月の1日当たり平均患者数で約2万人、1.6%減少ですが、一般病床の平均入院患者は月間で7万6千人、12.7%減少しています。自治体病院を中心に多額の補助金が支払われたことにより病院経営が好転するとい

う一過性の現象が起きましたが、5万人以上の人口がある自治体

であれば、まだ打つ手はあります。しかし、日本の市町村の6割程度を占める約千の自治体は人口5万人以下で、なんと1万人以下は約500もあるのです。何年も前から指摘されているにもかかわらず、人口1万人以下の自治体で生活している人口は約258万人で、総人口の2%程度に過ぎません。

たとえ関心があってもどうしようもないというか、平成の時代の市町村合併施策に何らかの理由でのれなかった結果とみなされているか、それとも合併する意思が住民になかったか、ただ置き去りにされたままかなのです。

### 社会医療研究所

〒101-0047  
東京都千代田区内神田1-3-9  
KTⅡビル4F 日本ヘルスケアテクノ/橋内  
電話 (03) 5244-5141 内  
FAX (03) 5244-5142  
E-mail: syakairyou-news@nhtj.com  
HP: <https://syakairyou-news.com/>  
定価年間 6,000円  
月刊 15日発行  
月刊 三菱UFJ銀行  
振込銀行 京橋支店(023)  
普通口座 1712595  
発行人 小山 秀夫

してみると、なるほど「限界集落」などではないかというラベリングをしてしまいかねません。人口の30%以上が高齢人口であることは珍しくなくなりましたし、人口1万人以下の自治体で病院があることは決して稀ではありません。

聞いたことがあります。理想と現実には差があることは理解できますが、医療過疎地で働きたいという医療従事者などを支援する仕組みや工夫はもっとあっても良いと思いませんか？

しかし、このような地域で介護や障がい福祉サービスを確保することは、難しい場合が多いのです。各年齢階層別の死亡率、医療機関への受診回数、介護保険サービスの利用状況、各種障害サービス

現在の医療政策議論で「かかりつけ医制度」が展開されていますが、正直いつて理解できていませんし、何が目的なのかが不明でどう考えても政策意図というか、もっと単純化すれば動機が不純なように感じてしまいます。

確かに格差が生じていることが分かるものの、その地域に生活する人々にとって、やむをえないこととして納得されているのかどうかは分かりません。現実を受け入れ諦めているのかもしれないが、だからといって問題や課題を置き去りにするようなこと、つまりみてもみないようなふりをしていてはダメですよ。

医療費が増えている負担が大変なことはよく理解しているつもりですが、その前に「医療過疎地で働きたい、でも現実には困難です」といつている数少ない医師達の声

医療過疎地で働きたいでも現実には困難です

医療費負担を軽減させるために患者サイドのビヘイビアを変化させ、診療側を経済誘導して医療費が増加しない仕組みを作り上げるということを考えることは自由です。しかし、世界の医療政策の歴史的展開を調べてみれば、そのような政策が成功したと正当に評価されることはなかったのではないのでしょうか。米国でのマネジド・ケアという医療費抑制のための各種手法は、技法ということでは発

変な話かもしれませんが「医療過疎地で働きたいと考えたことがある」という医師資格を有する人や医学生と話したことがあります。もちろん、今も医療過疎地で診療を続けている知人もいます。しかし、一度は過疎地医療に従事したことがあっても家族との関係で諦めるしかなかったという話も

聞かされたことがありません。理想と現実には差があることは理解できますが、医療過疎地で働きたいという医療従事者などを支援する仕組みや工夫はもっとあっても良いと思いませんか？

でも現実には困難です

聞かされたことがありません。理想と現実には差があることは理解できますが、医療過疎地で働きたいという医療従事者などを支援する仕組みや工夫はもっとあっても良いと思いませんか？

# 確実に一般診療所減少時代が到来する その場合に最優先で医療過疎地対策を

所長 小山 秀夫

統計的な話ですが、18年と19年9月の一般診療所数を比較すると527施設増加しています。その後の1年間は414施設、さらにその1年後は1416施設、そして21年9月からの12か月で728施設増加しました。日本の病院数は年々減少しているにもかかわらず診療所は毎年微増しています。これに伴い診療所で働く医師も施設数の増加以上に増えています。

厚生省は2年毎に12月末日現在の「医師・歯科医師・薬剤師統計」を公表しています。報告は20年末現在の数字です。これによると医師数は33万9623人、うち女性が22・8%、病院の従事者が約64%、診療所が約32%、人口10万対269人、平均年齢は52・4歳です。診療所で従事する医師10万7226人のうち女性は20・8%、平均年齢は60・2歳です。

診療所医師の年齢階層別構成割合をみると40歳以下は僅か5%で、78・1%が50歳以上で70歳以上は21・8%となり、男女比では年齢階層が高ければ高いほど男性の比率が高くなっています。日本の地域で医療を支えるために診療所の医師は大切な役割を担い、貢献しています。その中心は60歳

代の男性医師達です。ただしこれからの診療所で従事する70歳以上の医師は増加し、女性の比率も高くなる傾向が続きますが、診療所数の微増傾向が続くかどうかはわかりません。

廃止される一般診療所数は年によつて差がありますが500施設以上あるかもしれませんし、新設されるのはそれ以上だということ。数字はあるし、地方厚生局別に経年集計すれば正確な数値が理解できるはずなのですが、正直いって一般診療所の人口規模別自治体別年齢性別の動向を正確に把握できていません。ただ、都道府県別に観察すると一般診療所が増加しているのは大都市部で、すでに一般診療所が減少し、人口稠密の地区にはかり新設されている傾向があることはわかります。もう少し精査してみますが、人口減少地域では近い将来、人口規模が少ない自治体にある一般診療所が急減し、一般診療所数が全国的にみても減少する時代になるのではないかと考えています。

医療過疎地での医師確保  
それは診療所の継続性だ  
指定都市および中核市人口の

10万対男女別医療施設従事者医師数をみると、吹田市が約589、高槻市431、熊本市428の順となり、低い順では豊田市約132、いわき市136、川口市148人となります。最低と最高は約4倍の差があります。吹田市には大阪大学付属病院をはじめ病床数の多い病院が数多くあります。実は川口市にも数多くの病院がありますが、死亡数と出生数の差による「自然増加」と、人口流入と流出の差による「社会増加」が急激で過去30年間で4割近い人口増加がありました。そのため、人口10万人対では低い数値になるのだと考えられます。

人口10万対が100人台ということは、1万人で1人か2人の医師ということになります。22年10月1日現在の日本の1741市区町村で人口3万人以上は44%にすぎません。人口1万人以下5475千人以下306という結果です。人口1万人以下の市もありますし、千人ギリギリの町もあります。無医村という医師がいない村だけではありませんし、人口10万に換算すると200以上になる村や町もあるということです。

医療過疎地では、診療所はあるものの医師はその町村には皆無で、週1ないし2日開かれる場合や週1回の巡回診療があるという場合もあります。医師の定住が困

難な地域でオンライン診療や訪問診療・各種訪問医療サービスあるいは緊急時の患者移送体制が普及されれば多少住民の診療不安が軽減されるかもしれません。

当面の課題は医療過疎地での診療所の継続性を確保することだという意見もあります。医療過疎地で高齢の医師が1人で開業し診療を継続している現状では、その医師に何かあれば後継者難で無医地区になる恐れが常にあるのです。

医療過疎地で働く医師を  
全面支援する政策が必要

日本の医療は、医療過疎地で働きたいと考えるまともな医師を全面的に支援していませんし、医療現場を調査することなく机上で医療費抑制策をこねくり回しても、大きな成果はえられないのではないかと思います。中途半端な改革をすると、ギリギリの状態でも地域医療を確保してきた独自のシステムを崩壊させ、決して再生できなくしてしまうことがあります。これまでに診療側が対策をしつつも抵抗した結果、せつかく構築されてきた医療費保障システムや地域医療自体を持続できなくなる恐れが生じるリスクがあったこともあります。医療過疎地で高齢の医師が1人で開業し診療を継続して見れば、その医師に何かあればどうなるのかを想像することは簡

単です。

無医村とか医療過疎地対策はこれまで多大の努力が積み重ねられてきましたし今後も制度政策として展開されると思いますが、政策目的の明確化、ICT技術などの最大活用化、何よりも過疎地で働くこととする医師に対する心理・社会的な支援を前面にださないと難しいのではないのでしょうか。

全国の医師という職業人の1人ひとりの考え方も行動も多様ですが、職業選択にあたり単純に「人のやくに立ちたい」と考えた人が多数だと思えますし、どこかの時点で医師不足の地域で貢献してみたいと考えることも少なくないのではないのでしょうか。もちろん、生まれ育った場所で働きたいとか、いずれ海外で勉強し活動したいと考える人もいます。これによって普通です。ただ「人の命を自らの力で助けたい」と考えるかどうかで分岐点があるかもしれません。前に書いたように「医療過疎地で働きたい」と考えている医師は、少数派ではないように思えてなりません。

このような医師の選択肢を身近に多数用意してある環境が必要なのではないかと思えますし、60歳過ぎからでも「医療過疎地で働きたい」と考える医師の知人もいます。こんなことを起点あるいは前提とした心が通じる医療政策とか医療システムが欲しいのです。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第37回 先送りされる改革

リゾートトラスト株式会社メディカル本部 統轄部長 一戸 和成



昨年末、各種制度改革に関する議論が行われたが、重要な改革内容や課題ほど先送りや抜本的な解決にほど遠いとりまとめが行われた。私見を述べてみたい。

○全世代型社会保障構築会議 (以下、全社会議) 報告書

昨年12月16日、全社会議が開催され、報告書が取りまとめられた。医療・介護の関係部分を抜粋すると、基本的方向として「医療・介護制度の改革を前に進めることが喫緊の課題である。(中略) 後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。」と記載され、医療提供体制については、「今後、更なる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる医療・介護ニーズや活用可能な資源の状況を踏まえつつ、介護分野も含めた機能分化と連携、人材の確保等の取組を一層促進することにより、国民・患者から見て、質の高い、効率的で効果的な医療サービスを届けることができるよう、医療提供

体制の不断の見直しを図ることが必要である。」とし、かかりつけ

医療機能が発揮される制度整備に関しては「かかりつけ医療機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、(中略) 必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービス

の質の向上につながるものとする必要がある。」と記載されている。また、介護についても「高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、(中略) 地域包括ケアシステムの深化・推進を図るとともに、制度の持続可能性を確保するため、サービス提供体制や給付と負担の見直し、介護人材の確保が喫緊の課題となっている。」とされている。

今後の改革の工程についても、かかりつけ医療機能を発揮する制度整備については、足元の課題であるとともに、来年、早急に検討を進めるべき項目となっており、医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直しについては、25(令和7)年度までに取り組むべき項目としている。

いずれも、少子高齢化と人口減少という抗えない課題を前提として、築き上げてきた制度・体制からの転換を図らなければ、社会保障制度の持続可能性が見通せないことが示されている。

○審議会の議論に苦言を呈する有識者

全社会議報告書のように、総論はきれいにまとまるが、それを受けた各論部分の検討においては、改革に向けた議論の様相自体が変わることが最近多いと筆者は危機感を持っている。その際、会議の委員である有識者の発言内容に同意するものがある。12月19日に開催された介護保険部会では、一定の所得がある高齢者の保険料引き上げなど、給付と負担の見直しについては「遅くとも来年夏までに結論を得る」とし、事実上結論を先送りした。

部会でのとりまとめを前に、同月7日の全社会議で、土居丈朗慶応大学教授が、24年改正の焦点であった給付と負担の見直し(2割負担の対象者拡大)についての議論を先送りすることについて、「毎回同じような改正項目が宿題として示され、そのたびに改正を見送っている」と問題意識を呈したとされる。12月14日の産経新聞の記事によれば、土居氏は「要介護者や介護費用が増える中、全世代で負担を分かち合う肝心要の話をいつまでも前に進めないのは問題

だ。厚生労働省は決めるべきことから逃げず、きちんと決めざるべきだ」と。

また、同月5日の医療部会において、かかりつけ医の議論の際、事務局の資料に対して、島崎謙治国際医療福祉大学大学院教授が「かかりつけ医療能ということをあえて言うのであれば、一般的な疾患いわゆるコモンディージーズの診療と、全人的な対応、それから、24時間365日の対応がきつちりできるということが非常に重要だと思っっています。そのような意味で私が何を心配しているのかと言えば、例えば、個々の診療所がばらばらの診療、臓器別の診療を行

い、そこを全人的に診るといことがないというのでは、今と一体何が違うのかという話になっしまう」と発言している。どちらも、議論の「核心」部分について、事務局である厚労省が、介護は問題先送り、医療は論点のすり替えを提案していることに懸念を示していると理解している。

○厚労省の政策決定能力低下と「負」の配分ができる政治家の欠如

近年、厚労省関係の審議会・検討会の議論が核心部分に近づくほど、逆に遠心力が働く形の結論になる事態が続いており、政策決定能力が低下しているのではと、危惧している。社会保障は100人いれば100人の意見が違う分野

であり、700人以上もいる国会議員であれば尚更である。国会会期中、厚労省の職員は、毎日国会質問への対応に駆り出される。これでは政策立案やその調整をしようがない。

また、幹部人事も内閣人事局に移り、幹部自身も、自ら考え政策提案をするという仕事の出来不出来より、指示通りにこなすほうが官邸の受けもいたため、結局指示待ち官庁になってしまっている。厚労省の施策を支えてくれる、また、提案型の幹部を守る政治家がいけないことも背景にある。それは、役所として政策を打ち出すイ

ンセンティブがない。なぜ、こうしたことになるかと言えば、社会保障の「負」の配分ができる政治家がいなかったため。筆者も含め第2次ベビーブームの世代が、就職氷河期にぶつかり、生活も雇用の安定もままならない中で、出生率の低い状態で生産年齢を過ぎようとしている。この世代が、60歳に到達するまで10年程度しかない。

そこまでに社会保障制度の改革ができなければ、政治家が嫌がっている「現」時点の「負」の配分をも大きく超える不都合が「近い将来」国民に襲ってくる。社会保障は「政治」そのものであり、国民にとっては「生活」そのものである。国民皆が真剣に考える時期にきている。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(24)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■病院に浸透しているPHS

1970年、大阪府吹田市で大阪万博が開催された。そこで人気を集めたのが日本電信電話公社（NTT）の電気通信館だった。人気の理由は、ワイヤレステレホン（携帯電話）だったのを覚えて、現地に行っていないが。その携帯電話は重さが660gで、館内に約百カ所のブースが設けられ、椅子に座って使えるようになっていた。携帯電話から出た電波は室内のアンテナで受信され交換機に送られ全国の電話網となっていた。携帯電話は125台用意され、1人30分の通話を無料で楽しめた。開発には東芝と日本電気が協力したようだ。最も苦労したのが本体の小型化だったという。1日約3000人、延べ約60万人が未来の携帯電話を体感した。今から50年前のことだ。

それから17年後、87年2月7日公開の映画「マルサの女」では、国税査察官が対象者宅にガサ入れを始めるシーンで、シヨルダーホンを合図する場面が印象に残っている。翌88年12月24日公開の映画「釣りバカ日誌第1作」では、鈴

木建設鈴木社長（三國連太郎）が会社へ向かう車の中で自動車電話をかけていた。通話が終わった社長に前原運転手（笹野高史）が、奥様から出発時に預かった薬を手渡していた。そんな場面を覚えて、当時は電池容量が十分確保できなかったのが自動車電話が主流だった。どちらの映画も当時の先端機器を使用している様子を書いていた。

94年度、第32回一般社団法人電子情報通信学会の業績賞に、NTT（日本電電公社）の小林忠男氏、関口英生氏、羽深龍二氏による「パーソナルハンディホンシステムの開発」が選定された。PHSシステムを考案した論文だ。PHSと携帯電話を同じ電話と勘違いする人もいるが、PHSと携帯電話は誕生や通信方法などが異なる種類の電話機とされている。携帯電話は広範囲を話の圏内とする自動車電話の延長で生まれた電話機とされており、PHSは狭い範囲を話の圏内としている一般の固定電話（コードレスホン）の延長で生まれた電話機なのだ。家庭や事業所で使用する小電力のコードレス電話を屋外等の公共的空間に

持ち出し、携帯電話のように利用できるようにするという発想でPHSが考案された。PHSは、端末の出力が10mWワットと、携帯電話（10W〜20W）と比較して小さく、小容量のバッテリーで長時間の通話が可能で、小型・軽量、そして安価な電話機だった。ただ1つの基地局での通話範囲が狭いの

で、自動車等で移動すると安定的な通話ができない欠点がある。携帯電話網の構築は、高出力の電波を出す基地局を建設しなければならぬので膨大な設備投資が必要だったが、PHSは初期費用が低額で先に普及した。若者を中心に大人気となり、通称「ピッチ」は当時の流行語にもなった。93年7月、テスト導入として北海道と東京でPHS実験サービスが開始された。95年7月、NTTパーソナルとDDIポケットが、10月にはアステルがPHSサービスを開始した。96年10月から携帯電話との相互通話が可能となり、本サービス開始から2年後の97年に契約件数が700万件を超えたが、それまでPHSより割高だった携帯電話が安価な機種を次々と発表し、皆が携帯電話を持てる環境が整いPHSの契約件数が減少していく。アステルは06年12月にサービスを終了、NTTドコモは08年1月にサービスを終了した。そして、Yモバイルも今年3月末にサービスを終了する。

■スマホーP電話

当院では現在、約1200台のPHS端末が使用中だ。全ての端末の外線契約は解約し、内線通話とナースコールで使用しているの

で、4月以降も使用できる環境にある。しかし、端末の故障や電池不具合が多発しており、中古の端末を購入し補充している。新品も購入できるが、価格は携帯電話並みである。病院建替え時には部署ごとに配置する端末の台数を考慮してアンテナ（基地局）を設置した。PHSアンテナは1基で3回線が同時通話できる。同時通話を多数実現しようとするとアンテナを数多く設置しなければならぬ。みなさんもアンテナがあるのに、繋がらないと思ったことがあるのではないか。サービスを終了するPHSに代わる装置として期待されるのが、IP電話を備えたスマホである。IP電話はインターネットプロトコルを利用する通話システムで、音声を利用する通話システムで、音声を利用する通話システムで、IP（Voice over IP）ゲートウェイ経由でインターネット回線に送信し、相手先で音声パケットを音声に変換し通話するので通話品質は劣化しにくく、料金も距離に連動しない。固定電話は、銅線を使い遠くまで音声が届けられ、基地局を経由すれば日本中で利用できるが、距離が遠くなるほど通話品質

質が落ち通話料金が高くなる仕組みだった。その固定回線であるNTTのひかり電話は、実はIP電話だ。IP電話には、050番号、0ABJ番号などの電話番号が割り当てられる。050番号は11桁の電話番号で、050（IP回線）+通信事業者の識別番号+利用者番号で構成されている。0ABJ番号は、03や06など市外局番から始まる10桁の固定電話（加入電話）番号で、市外局番+市内局番+加入者番号で構成されている。通話品質は、総務省により接続品質、総合品質、安定品質、ネットワーク品質の評価から3つのクラスに分類され、050IP電話はクラスC・通話可能品質、0ABJ番号IP電話はクラスA・固定電話並みの通話品質となっている。ラインやスカイプ等の通話機能がある通信アプリは、外線番号を付与せずにVoIP技術を使ってインターネット上のPBXサーバーを経由して音声通話ができるようになって

いる。当院には既に、IP-PBX（Internet Protocol PBX）が導入され、VoIPゲートウェイを経由し内線番号4桁を付与するクラウド型PBXサービスと接合すれば、ラインやスカイプと同様に（SIMなしで）、PHSと同等の通信網が構築できる。但し、スマホが院内どこでもWifiに接続できる環境を整える必要がある。

小山所長の

暗中模索



鈴と、小鳥と、それから私、みんなちがって、みんないい。

カバンの中に薄い文庫本を忍ばせて旅するのが好きだ。本が重く感じて、一冊はもっていないとおさまりがつかない気になる。ちばてつやさんの『わたしの金子みすゞ』が今は入ったままで、年越ししたので、こっそり開いてホッコリ。ちばさんは「みすゞさんの世界を、僕の幼い頃の体験も織りまぜて絵に描いてみたいと、切に思いました」ですからこの本は「みすゞお姉さんとして赤ちゃんの絵日記」なんだと思いますと書いてます(ちくま文庫968)。

全国の書店をめぐり本探しでも今年もブラブラします。冒頭の本は見開き右側にちばさんの文章があり、左側に詩があります。そつとページをめくると見開きいっぱい絵があるのです。21枚の絵と詩がともいとおしいのです。

本はネットでも買えますが、手に取らないと中身が分かりませんので書店が必要です。全国で書店が激減し、本が読まれない時代になったのでしょうか。どう考えても悪い傾向のように思えてなりません。

◎地方病院のパーパスとは何か

愛媛県四国中央市にあるHIT O病院石川賀代理事長が『病院DX』の第2弾を出版されました。『THE PURPOSE VUCA時代の地方病院改革』幻冬舎(四六判182頁、定価1760円)。

書籍紹介には「19床の診療所から始まり257床の地域中核病院へ」「診療科と病床機能の再編、DX導入、地域包括ケア、働き方改革」「四国の病院理事長が行った病院改革とは」「激変する社会環境の荒波を乗り越えるヒントが得られる一冊」と書いてあります。確かにそうなんだろうとは思いますが「経営者は社会における企業のパーパス(存在意義)を明確にして原点に立ち返り、事業目的を追求することが大切だといわれています。病院経営もまた同じです。医療従事者は何のために存在しどのように患者のニーズに 대응していくべきなのか。パーパスを明確化することで自ずと取り組むべき課題が見えてくるはずだ」というところにこの本の真価があります。「どんな患者も見捨てない」「患者を家族のように思う」という先代から受け継いだDNAを「人々を真ん中においた病院」という分かりやすい言葉に変えてパーパスとして示すことで、スタッフ全員の意識を大きく変え組織が一丸となって進むことへとつながったと

いうストーリーはキレイです。長年お付き合い合っていたというわたしとしては、「なぜ帰ってきたのだろう、東京に戻ろう」(101頁)と石川賀代医師が独

白している場面が印象的です。病院のパーパスの明確化は最重要課題であることは確かですが、どこにも逃げ場がない病院経営の全責任を担う社会医療法人の経営者としての自覚と覚悟はそれ以上貴重だと改めて思い知らされました。もうひとつ、なぜ「地方病院」と書くのだろうと思いました。首都圏対地方、都会と田舎、全体と地域、国と地方という区別は可能ですが中央に対する「地方」という方は何を意味しているのか必ずしも明確ではありませんが、紙の町四国中央市にある「地方病院」がどうしたのか?その答えを尋ねたいと思います。多分大都市や中央でなくても「canだしdone」と答えてくれるのではないかと思いつつ本を閉じました。後日談です。「これからは地方だからこそイノベーションが創出できる可能性も秘めています。」という力強く、明確で、凄く元気になるメールをいただきました。

◎高齢者診療の極意

凄いいタイトルの本が医学書院のジェネラリストBOOKシリーズから出版されました。著者は木村琢磨先生です。現在、埼玉医科大学総合診療内科教授を勤めながら外来や訪問診療を実践していらっしゃいます。先生とはシルバークリニックサービス振興会の介護キャリア段位部「レベル認定委員会」で一緒に仕事しています。この先生から『高齢者診療の極意』を送付いただきましたので、読んでみました。まず、簡単な症例があり、それを総合診療医である通称「赤ひげ先生」と卒後10年の「のぼる医師」が対話する形式が進みます。その後、症例の経過があり、「のぼる医師」が数行にまとめられ、文献が示された上で、「赤ひげメモ」が示されています。こうした症例が29、赤ひげメモは30示されています。

あとがきに本書は「医師と患者に加えて第三者を意識する必要」と「若・壮年者にはあまりない漠然とした臨床問題」を主眼に書いたとあります。「これらを勘案しなければ臨床がうまくいかない時代になっているのではないかと」のが筆者の考えの根本です」とのことです。

わたしにとって「めまい・ふらつきは複雑な背景を解きほぐそう!」とか「しびれは生命・機能予後や分析パターンを考えよう!」そして「高齢者の末期の見立ては困難と心得よう!」はとも興味深かった。この本が高齢者ケアに従事する医師以外の従事者にとっても役に立つのではないかと

◎看護ケアの質評価は大切

読後感です。

昨年、医学書院で編集会議があり上泉和子先生とお会いしました。青森県立保健大学学長を退任され悠々自適の時間を楽しんでいられたことでしたが、7月に一般社団法人日本看護質評価改善機構で「看護ケアの質評価と改善」をまとめて、出版したそうです。出版記念の会を1月21日にZoomで開催することでした。看護ケアの質改善は重要ですが、わたしがどこまで理解しているかは分かりませんので、勉強するしかありません。93年の「看護ケアの質評価基準に関する研究」(主任研究者・片田範子)が契機となり「看護Q1研究会」が組織化され、看護ケアの質をあらゆる評価指標の開発、第三者評価型システムの洗練を行い、2003年からはWeb版での自己評価ツールの開発と洗練を行ったそうです。14年2月法人化された一般社団法人日本看護質評価改善機構がこの事業を引き継いでいるとのこと。代表理事が上泉先生で、副代表理事が敦賀市立看護大学長の内布敦子先生、監事が三重県立看護大学長の片田範子先生と南裕子先生(神戸市看護大学学長)というそうそうたるメンバーです。

# 私・愚管抄 第十回 エピメテウスの人間の葛藤 其の一

東京都済生会向島病院 院長 塚田 信廣

今は昔。新米医師が大病院で研修していた頃に、オーベン（上級指導医師）から言われた言葉「医師が治せる病気は感染症と外傷だけだ。あとは患者の自然治癒力次第で、治るものは治るし、治らないものは治らない。治した（なおした）と思っっている病気も根本を治した（なおした）わけではなく、治めて（おさめて）いるだけのことも多い。医療はそのお手伝いをしていくだけだ」。今も心に深く刻まれています。

「医師が治すのではなく、自然が治すのである。医師は自然の介添え役である」というヒポクラテスが唱え、17世紀、英国のトーマス・シデナムが再発見した原則、考え方は、臨床経験を積むにつけ、首肯せざるを得ず、今日でも医師は人間が持つ自然治癒の力を借りずに仕事をしていると言うことはできません。特異的原因をつかめず、対症療法で経過観察し、あるいはムントテラ (Mund Therapie) ムントテラピー（口で治療）やプラセボ効果を最大限利用する。症状が改善したら「結果オーライ、良かったですね」として、自分の無力さを痛感するとともに、医学

は不確実な科学で、人間の底力には瞠目させられます。

20世紀中頃からの先進諸国の寿命の延長は、栄養状態や衛生状態の改善、抗生物質が開発されて感染症のコントロールがある程度可能になってきたらされました。そして長生きをすることによって、それまでの外部要因によって惹起される急性の疾患から、内部に原因がある慢性の疾患に疾病構造は変化していききました。

現代医学は確実に進歩しました。人間を生物として分析して、臓器、組織、細胞、そして遺伝子レベルへと「本当に大切なものは目には見えない」とばかりにミクロどころかナノ以下の世界にまで掘り下げています。以前は、顕在化した症状を持つものが患者として医療の対象となっていました。現在はその前にスクリーニング検査を行い、リスクファクターを抽出して、発症を防ごうという概念が現れたことで、「いわゆる健康体」の人間をも含め、生まれてから死ぬまで医療の対象となっています。養生訓ならぬ生活指導を受けても、「わかっちゃいるけど」、「余計なお世話」と考えてい

る人もきつと多いことでしょう。予防医学のハイリスク・ストラテジーに偏重した対策だけではうまくいかないことは明白です。最近では、「早期発見」「早期治療」どころか、個人の遺伝子、mRNA、タンパク質、代謝産物、などのバイオマーカーを用い、将来起こりやすい病気を発症前に診断・予測し、介入するという先制医療も注目されています。これからはテーラーメイドの、いわゆる個別化医療、プレジジョンメディスンに向かっていくのでしょうか。幾多の社会的、倫理的課題を乗り越えて。「医療は、医学の社会的適応である」とよく言われますが、果たして医療は本当に進歩しているのでしょうか。価値観も時代と共にあり、また健康観、死生観など人々も多様の中、こんな問いは、そもそも解がないことなので愚問かもしれません。

身体の不調の原因は、組織や臓器の機能低下にあるとみなすため、老化や死は身体の機能低下や機能不全とみなして、昔は老衰で良かったものがそれでは許されず、不老不死の失敗で何らかの「病名」がついて、それが死因となってしまう。終末期の患者に対しては侵襲的な最新の科学的医療によって執拗に機能の回復に努めようとする場合があります。私たちが行っている医療は、実は少しやりすぎではなからうか。費用対

効果の意識が日本より高いと考えられる、米国とカナダからの報告でさえ、検査、治療、処置全体の30%以上は無駄であり、しばしば患者にとって有害な検査・治療であることが指摘されています。Too Much Medicine、過剰医療に対して2012年にChoosing Wisely「賢明な選択」キャンペーンが開始されましたが、日本ではあまり認知度が高くありません。Evidence-Practice Gapも大きな要因の一つです。「医師の能力とオーダーする検査の数は反比例も反比例する」と言われますが、臨床医の本音としては、稀な疾患を想起してしまおうと、つい見逃しを避けたい心理、医療訴訟への心配に押されて、「念のために」、「万が一」との理由で、過剰に検査や処方をしてしまう事があります。検査を受けたい、薬が欲しいという患者からのリクエストも少なくありません。また病状に対して、「疑い病名」は基本的に許されず、「診断名」をつけることが求められます。医療訴訟への危惧による防衛医療と医療提供側の経済的インセンティブなども加わり、過剰医療を是正するには、医療者と国民、双方の意識改革と理解、制度変更が必要だと思えます。

日本人の平均寿命は、昭和初期は40代半ば、戦時中は31歳まで下がり、50歳を超えたのは1947年のことで、その後は順調に延びて、85年頃からほぼ世界の先頭をきつています。その時代の周産期死亡、乳幼児死亡率や戦争、疫病の蔓延、飢饉などの社会的要因が大きく関与しています。モノの本には、鎌倉時代の寿命は24歳とありましたが、北条時政をはじめとした鎌倉殿の13人の平均寿命は70歳を超えていて、肅清された人もいる中で存外長生きでした。愚管抄を記した慈円も70歳まで生きました。洋の東西を問わず、寿命にも階級性があり、17世紀の西欧人の平均寿命は25歳程度だったそうですが、これは庶民の場合であっても、貴族や僧侶、特権階級の平均年齢は50歳くらいであったと言われています。現在でも世界中、日本も含めて社会経済的要因によって寿命が異なる健康格差社会、メリトクラシーが君臨した社会です。いくら医学が進歩しても社会的処方なしに寿命が伸び続けるわけはないし、延命が必ずしも幸福につながるわけではありません。健康とは幻想か。WHOの定義に従えば、健康とは、単に病気の虚弱でないことではなく、身体的、精神的、霊的、社会的に完全に良好な動的状態です。COVID-19パンデミック、昨今の国内外の衝撃的な出来事で価値観が大きく揺さぶられています。今、私たち一人ひとりに「生き方」が問われています。

ウィーンフィルのニューイヤールコンサート2023は、マスクなしで奏者も観客も気合が入って素晴らしいだった。『ラデツキー行進曲』を作曲したヨーゼフ・シユトラウスの約300楽曲の内、演奏されるのは僅かにすぎません。フランツ・ウェルザー＝メストは、ヨーゼフの曲を厳選し指揮し、コンサートを大成させたと思います。楽しかったです。

来年は、クリスティアン・ティレマンが指揮することです。これからの1年は平和を祈りつつクラシック音楽を心ゆくまで楽しみたいのです。各国でオペラが盛大に開催される予定なので観客として参加したいと思いつつ、開催予定の情報収集を楽しんでいるもの、これを観ておかないと後悔するだろうというプログラムが未だみつかりません。

オペラは総合芸術なので指揮者、オーケストラ、歌手、合唱、演出、舞台装置、照明、衣装などの組み合わせに妙があると思います。まず、考えるのは誰のどの作品かです。つぎが、指揮者と歌手になります。これまでに観たオペラは、ヴェルディとワグナーが比較的多いですが、この10年間で聴いたことがあるのは100程度にすぎません。実際に劇場に足を延ばすまで想像の世界で楽しめます

が、現実的には何時どこで誰と、ということが最優先されますね。音源だけを求めるのであれば100年前の歌手の歌声も聴くことができますが、戦後のベル・カント・オペラ歌手の代表格といえはルチアーノ・パヴァロッティとマリヤ・カラスでしょう。パヴァロッティは「神に祝福された声」とか「イタリアの国宝」とまで評価されましたし、マリヤ・カラスには「伝説から神話になったディーヴァ」という称賛があります。1923年12月2日にマリヤ・カラスはギリシャ系移民の子としてニューヨークで生まれましたの

### マリヤ・カラスの椿姫



で、今年には生誕百年を迎えます。そんなこともあって昨年末からマリヤ・カラスを聴いたり、本を読んだりしています。高名なマリヤ・カラスですが「彼女の声の絶頂期は10年ほどに過ぎなかった」と書かれているものが少なくありません。その時期とは53年8月から64年7月ということだろうと思います。アテネで彼女は45年、18歳で『トスカ』の主役を歌い切ったとのことですが、53年8月にミラノスカラ座で録音された『トスカ』と64年7月のパリオペラ座での『カルメン』が絶賛されています。YouTubeで誰でも聴けるので

繰り返して聴いているのは、55年5月28日スカラ座での『ラ・トラビアータ』です。カルロ・マリヤ・ジュリーニ指揮、ルキノ・ヴィスコンティの演出が素晴らしい。第1幕で歌われる『乾杯の歌』はあまりにも有名ですが、このストーリー自体は古臭く平凡で時代遅れです。パリの社交界の華ヴィオレッタ（高級娼婦）が青年貴族アルフレードと恋に落ち真実の愛をみつけますが、息子と娼婦との恋が認められない父親のジェルモンによって言葉巧みに引き離され、主人公は失意の中で結核でなくなるというものです。

『ラ・トラビアータ』とは、「道を踏み外した女」という意味ですが、日本では『椿姫』と呼ばれるしています。原題を直訳すると「椿の花の貴婦人」というアレクサンドル・デュマ・フィス（小デュマ）が1848年に書いた小説が『椿姫』で、彼自身による戯曲も書かれ、パリの劇場で上演されていたのを、ジュゼッペ・ヴェルディが観て作曲したオペラが『ラ・トラビアータ』です。この作品はヴェルディの代表作というだけでなく、マリヤ・カラスのヴィオレッタが、わたしの中でヴィオレッタに変身して、他のソプラノが歌うのを聴くと違和感さえ感じてしまうのです。

小山

## 戦略が組織を劇的に変える！

改革を阻む壁を突破する ヒントがここに！

データ分析

リーダーの役割とは

財政管理

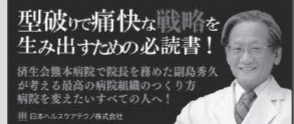
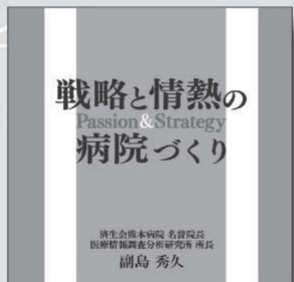
人事評価システム

“変えたくないマインド”を打破する

組織の劣化

医療における

AIの将来



済生会熊本病院の院長を務めた副島秀久先生が、月間新聞「社会医療ニュース」で約6年間にわたり執筆したコラムをまとめた1冊。病院組織や医療制度、デジタル化、教育、ガバナンスなどの9つのテーマからなる「最高の病院の作り方」の指南書。病院経営者はもちろん病院を変えたい、そして右肩下がり長期低落の日本を変えたいという方は必読！

「戦略と情熱の病院づくり」  
副島 秀久 著  
四六判 307頁/2,420円(税込)  
ISBN 978-4-9912258-4-0

変革を好む組織

学習は労働か？

COVID-19以降の働き方

リスクを取ってニーズを先取りする



関連イベント情報 掲示板

社会医療研究所主催「集談会」岡田玲一郎氏の功績を語る

昨年の11月号にて少しお話しさせていただいておりました、岡田玲一郎先生の没後3周年記念の集談会を開催いたします。岡田先生の思い出や功績を振り返ったり、講演会やご参加いただいた皆様の交流会等を予定しております。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

【日時】23年3月5日(日)午後1時30分から午後4時まで

【場所】ANAクラウンプラザホテル神戸(予定)

【参加費】9000円

【次第】講演会や発起人などによるトークなど主催者により皆様とのかたらいの時間としたいと考えています。

【参加申込】社会医療研究所HPより2月末日までにお申込をお願いいたします。

(https://syakairyou-news.com/) 発起人

- 廣江 研
島田 永和
副島 秀久
馬場 武彦
二木 立
一戸 和成
東瀬多美男
小山 秀夫

3面著者の一戸和成様より

私事ではありますが、これまでの行政経験をもとに公立病院の経営再建に取り組んできたところ、経営状況は2年半で劇的に改善し、懸案であった老朽化した病院の建替えに向けた方向性も示された課題は解決できたという一区切りもあり、2022年12月31日付で北部上北広域事務組合公立野辺地病院の病院事業管理者を退職し、23年1月1日付で、リゾートトラスト株式会社メディカル本部統轄部長に就任しました。

公務員としての病院経営者から、民間企業における医療(主に健診事業)・介護(主に特定施設入居者生活介護の指定を受けた有料老人ホーム)事業の経営企画を担うことになりました。

立場と場所は変われど、これまでと同じく医療・介護の経営に関与するという仕事は同じであり、また、政策提言についても積極的に行って参りたいと考えておりますので、引き続きよろしくお願ひします。

臥龍の第23回Think-in

今回は医療法人社団のぞみの朋日野のぞみクリニックの望月諭院長をお招きし、1人診療所では難

しい「往診」をアウトソーシングする仕組みを構築することで、地域や診療所のかかりつけ医機能強化に活用している実践例をご紹介します。
望月先生は、2013年に日野市に在宅療養支援診療所「日野のぞみクリニック」を開院し、日野市全域で訪問診療を実践されておられます。この間、日野市医師会に所属し、地域医療の充実に尽力されるとともに、東京都地域医療構想調整会議南多摩地区在宅療養ワーキング委員、東京都医師会の在宅医療協議会委員など、地域医療・在宅医療に関する委員会でも活躍されています。

「地域包括ケアシステムに休日・夜間往診体制を構築し、地域で必要な患者に24時間365日医療が提供される体制を構築して、外来診療、訪問診療、休日夜間往診が地域内で機能する途切れない医療提供体制を確立していく」「日野市コロナ往診ステーション」という地域医師会の実践について具体的なお話を伺い、議論を深めたいと思います。

【日時】1月24日(火) 19~21時
【会場】臥龍会議室+Zoom
【テーマ】「在宅医療・かかりつけ医・ICT」コロナ禍での地域医療の実践(2)「往診のアウトソーシング」による地域のかかりつけ医機能強化の取り組み(仮)

建替時の問題を明瞭に解決します

医療機関の建替え・新築移転では人手不足、予算不足、納期不安、移転計画等、課題が山積みです。私たちメディアックスは、建替えの専門家として貴院のプロジェクト成功に向けて総合的に支援します。

購入支援

現有機器調査/価格交渉
入札準備/納品管理
発注管理/リスト整備 など

移転支援

移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など

建築支援

医療設備調整/図面プロット
定例会サポート
追加工事回避/圧縮案 など



株式会社 メディアックス

〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-5-9五東ビル6階

TEL:03-5614-0961 FAX:03-5614-0962 E:kanri@medi-ax.jp

オフィシャルサイト http://medi-ax.jp

ポータルサイトドクナビ https://dr-navi.info

