

社会医療ニュース

介護側が医療を利用するような時代だ といわれている気がする介護報酬改定

所長 小山 秀夫

4月1日から障害福祉サービス等報酬と介護報酬が改定されます。報酬は事業者に支払う単位数を決めており、1単位10円で計算されます。改定率は介護が0・7%、障害福祉が0・56%です。

防止の取組の推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保のための改定だと説明されています。

このうちの0・05%は4月から9月までに0・1%上乗せ評価されるものです。報酬の改定率はあまりにも僅かですが、実質的サービスの質と職員の処遇を決定することになると同時に、事業の存続を決めてしまいます。

最近の報酬改定の特徴として、介護と医療の連携の強化という課題があるように思います。介護や

障害福祉サービス等報酬改定は「障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、相談支援の質の向上、効果的な就労支援、医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進、感染症等への対応力の強化などの課題に対応」するための改定です。

介護が必要な方が傷病になれば医療が必要ですが、何らかの障害がある場合、その障害を回復したり軽減したり、重度化予防したり自立を促進したりするために医療サービスが不可欠な場合が少なくありません。

介護報酬改定は「感染症や災害への対応力強化、地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化

防止の取組の推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保のための改定だと説明されています。

ただ、介護が必要な状態でも通常の生活が何とか維持できる場合は、医療サービスが必ずしも必要

ではない場合もあります。障害があるからといって「傷病がなければ健康なんだよ」というのは、大昔に重度の障害者である友人に教えたもらったことです。その時から、ぼんやりとですが「本人の自立生活があり、どうしても自分ではできないことは介護してもらい、医療が必要な場合は適切に提供できるようにすればいいのか」と考えるようになりました。

何らかの医療行為がなければ生活できない状態もあります。常時医療管理下に置くことが必要な患者さんはいます。現在ならそれこそECMO使用中の重篤患者さんかもしれませんが、特段の注射や医療処置の必要もなく経過観察中の入院患者さんもあります。四肢を全く動かすことができず、人工呼吸器を外すことができない在宅の障害者の人もいます。つまり「何らかの医療行為がなければ生活できない状態」ということがあるのは、最近ではそんなに珍しいことではありません。

例えばですが、特別養護老人ホームに入居している利用者は、月1回程度の医師の診断が必要な場合からターミナルケアの段階で毎日往診していただいている場合もあります。もちろん、看護師は配置されていますが、夜間に看護師がいなくても、夜間に看護師がいない場合の方が普通です。病院は24時間365日、医師と看護師が必ず配置されています。

それでも介護が主で医療は従ということが基本ではないか。単刀直入にいますが、医師や看護職をはじめとした医療従事者の意識の中で「介護より医療が上」という考え方が多いようです。医療従事者の多くは国家試験による免許取得者です。同じく社会福祉士も介護福祉士も国家資格です。しかしながら、両者の間には資格取得に必要な基礎学力に差があるのでしよう。

多職種チームがチームとして円滑に活動するには指示の関係の上下があっても、職種ごとの上下関係が固定化してしまえばチームとしての能力を最大限引き出すことができなくなることは明らかです。ただ、病院での職種間の上下関係のような因習を打破するためには強大なエネルギーが必要です。問題は病院内の因習が障害施設とか介護施設にそのまま持ちこまれた場合、大きな問題になることがありません。

介護施設では介護サービスがメインで医療だけで運営されているわけではありません。介護が主ですが介護側が医療を利用する時代に突入したと思います。そう思うような報酬改定です。

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 日本ヘルスケアテック/株内
電話 (03) 5244-5141 代
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
振込銀行 三菱UFJ銀行
京橋支店 (023)
1712595
普通口座 1712595
発行人 小山 秀夫

月1回程度の医師の診断が必要な場合からターミナルケアの段階で毎日往診していただいている場合もあります。もちろん、看護師は配置されていますが、夜間に看護師がいなくても、夜間に看護師がいない場合の方が普通です。病院は24時間365日、医師と

看護師が必ず配置されています。それに対して障害施設とか介護施設では、通常は医師と看護師が常駐しているわけではありません。それにもかかわらず、介護には何らかの医療が不可欠ですと申し上げているのです。全国の医師免許保有者のうち特別養護老人ホームや福祉型の障害者施設に出入りされている方の比率は極めて少数です。看護師も同様で8割強は医療機関勤務です。

このような現状で障害とか介護の分野で医療との連携を強化する必要が認識されるようになっていきます。特に、リハビリテーションの普及は機能訓練職員として少しだけ関与してきた時代から、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士らによる支援が効果的なことを明らかにしてきました。また、感染症対策では、トレーニングを受けた適切な医療従事者の関与が有効であり、ターミナルケアではチームワークが重視されるようになります。

また、介護保険に導入されている栄養ケアマネジメント、リハビリテーションマネジメント、嚥下

科学的介護情報システムLIFE登場で 介護事業者は真っ先にデジタルに突入

所長 小山 秀夫

詳細な通知は公表されていませんので正確に理解していないかもしれませんが、今回の介護報酬改定で「介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、事業所のすべての利用者に関わるデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上への取り組みを評価（科学的介護推進体制加算）するものです。なお、平成3年度よりCHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から統一名称『科学的介護情報システム（LIFE）』を用います」という説明がなされています。

「CHASE（チェイス）」は、CareHealthStatusEventsの頭文字を組み合わせた言葉で、介護サービスの利用者の状態の情報を集めて蓄積し、データベース化して活用することを意味します。『VISIT』は、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集に係るシステムの名称として英語圏ではおよそ通用しないであろうヘンテコリンなアルファベット

が設定されています（加算Ⅱといえます）。老健施設や介護医療院では、利用者1人につき60単位、特養などでは服薬情報を求めず50単位が設定されています。凄いののは、リハビリテーション・マネジメントや個別機能訓練加算、褥瘡・排泄加算、口腔管理等に関する加算においても、LIFEを活用してデータを提出した場合、特別加算が設定されていることです。

今回の改定では、リハビリテーション、個別機能訓練、褥瘡・排泄、咀嚼・口腔、栄養の取り組みを一体的に運用し、自立支援・重症化防止を効率的に見直すという意図が明確に読み取れます。実際にリハビリテーション、機能訓練、口腔、栄養に関する加算の算定要件になっている計画や会議について関連する各職種が必要に応じて参加することを明文化したり、各種計画書について重複する記載項目を整理したり、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示しています。

また、施設系サービスで廃用症候群の発生や寝たきり防止の観点から画期的な『自立支援促進加算』が新設され、医師が入所者ごとに自立支援のために必要な医学的評価を入所時に実施し、少なくとも6か月に1回の再評価、計画見直しに参画し、医学的評価に基づき、少なくとも3か月に1度各専門職がLIFEを確認しながら共同で支援計画を策定し、ケアを実施した場合、月300単位を加算できるようにしました。

加算算定のためには業務のデジタル化が不可欠なのだ

1頁で報酬の改定率に不満なことを述べたのは、感染が拡大し緊急事態宣言が発令され、全国各地の介護事業者や介護保険施設からクラスター発生の連絡を受けていた渦中の公表であり、正直がっかりしてしまっただかと思えます。同じような思いは、全国で共有されていたのではないのでしょうか。ただ、改定内容をしっかりと読み進めると、改定率は僅かでも仕掛けが大掛かりに思えるようになりました。

管理栄養士さんはどこかにいないか」などといった、すごい反響がありました。

今回の改定について特養関係者の多くは「医療の関与が大きくなった」と感じているようで、老健施設でも「ついて行けるか不安」だという正直な感想を話す人が多

いです。ビッグデータを処理するから「データベースに情報を送れ」といわれているのは十分理解できるが、そのためには全職員が毎日利用者の状態を把握して記録し、その記録を管理して各職種で共有化し、目標や計画との齟齬を発見することも大切ですし、問題点を洗い出さなければなりません。もちろん修正が必要ならただちに修正し、業務全体の評価もしなければならぬのです。理解はしているつもりです。しっかりPDCAを回せばよいわけですね。

まず、デジタル環境を改善する必要があります。PCの追加や、買い替えが必要です。辛いのは、オペレーションの見直しや、マネジメントをやり直す必要が出てくることです。職員が対応してくれるのかという課題もあります。でも、僅かな改定率に対応するために、真っ先にデジタル化に進まなければならないというわけです。デジタル化に伴う投資により真つ逆さまに経営悪化ということも考えられてしまうのです。

科学的介護推進体制加算の対象と内容は多岐で複雑だ

この加算の対象は、来年度には廃止が決まっている介護療養型医療施設を除く介護保険施設、通所系、居住系、多機能系のサービス全てです。提出するデータはADL値、栄養状態、口腔・嚥下機能、認知症等のデータで、利用者1人につき40単位を算定できます。施設系では、さらに疾病・服薬情報等のデータを提出できる加算

科学的介護推進体制加算の対象と内容は多岐で複雑だ

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第15回 拍子抜け？「全世代型社会保障改革の方針」

北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者 一戸 和成

今回は、2019（令和元）年9月に設置され、議論が続けられてきた全世代型社会保障検討会議においてとりまとめられた「全世代型社会保障改革の方針」について考えてみたい。

○拍子抜けの報告内容

2020（令和2）年12月15日に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」（以下、「方針」）を見た時の第一印象については、申し訳ないが「えっ！これだけ？」というのが一番相応しいだろう。会議設置以来、大風呂敷を広げて議論してきたが、年金・労働・介護などがごっそりと抜け落ち、結果、少子化対策と医療の2本立てとなってしまうからだ。そうした意味で「方針」自体は、内容の意味でも物理的な意味でも「薄い」わけだが、医療の分野において、これまでの政権で決着をつけられずにいた項目で、際どく突っ込んである点もあるので、そこを中心に考えてみたい。

○後期高齢者の2割負担問題

この問題は、中間報告において「後期高齢者（75歳以上。現役並

み所得者は除く）であつても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」としていた。政治的な決着を先延ばしにしてきた非常にセンシティブな案件であり、つまるところ「一定所得」の範囲をめぐる攻防だった。議論の過程においても、健保連など支払側は高額療養費の一般区分に該当するものすべて（約945万人）を対象とすべきとしたのに対して、医療関係団体や与党議員の一部は、影響を少なくするため、厚生労働省が示した最も対象者の少ない区分（介護保険の2割負担の対象者と同等、約200万人）で抑えるべきだと主張した。筆者が役人であった期間で、小泉政権を除いては、だいたいこの手の「採める」案件の落としどころは、医療関係団体や与党議員に配慮したところに落ち着くことが常であった。また、これまでの医療保険制度改革の議論における「給付と負担の見直し」や「診療報酬の改定率」に絡む様々な案件では、選挙を意識した与党議員の意向が働き、ほぼ「ゼロ回答」の経験が続いた。しかし、今

回は、医療関係団体等にとって「厳しい」線引きとなる「約370万人が対象となる年収200万円以上」を「一定所得」とすることで決着した。支払側も予想を超える対象者数となったのではないか。この点、内容が薄い「方針」の中でも、特に「官邸」主導が強かった改革案だったと言える。また、2021（令和3）年の薬価の毎年改定の対象範囲と削減額の決定過程の議論とともに、今後、医療保険制度や診療報酬に対する「官邸」の関与がより強まるのではないかと考えさせられる点だった。

○外来における定額負担問題

次に、今回の「方針」で最も注目すべき点である外来における定額負担問題を見てみる。中間報告には、「（略）選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」と記載されていた。結果として、「（略）「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床が200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。」となり、当初は一般病床200床以上の病院全てに拡大しようとしていたが、「紹介患者への外来を基本とする」という前提を置くことで決着している。今後は、この定義が議論の中心になり、2022（令和4）年の診療報酬

改定時に「方針」の内容が反映されることになる。しかし、この問題では、対象病院の拡大自体は既定路線であり、あまり驚きはない。それより「方針」で最も注目すべき記述は、「また、より外来機能の分化の実効性が高まるよう、保険給付の範囲から一定額（例・初診の場合、2000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。」という部分だ。筆者からみれば「ルビコン川を渡った」と言っているほどの改革であると言える。今までの保険外併用療養費においては、患者の自己負担は純粹に保険外の扱いとし給付範囲とは切り離されてきた。しかし、今回の取扱いは、給付範囲の代わりとして扱うという「初めて」の規定となる。また、2020年改定で、新たな選定療養となった多焦点レンズによる水晶体再建術の取り扱いは、従来、医療技術の全てを一体として保険適用するという取り扱いから、医療技術の一部をアメニティ（視力矯正）として切り分け、その部分を患者負担とする新たな取り扱いとして導入された。

この二つの保険外併用療養費の取扱いは、「例外的」「限定的」との牽制球的意見はあるものの、国家財政や、医療の高度化、高齢化による医療費の伸びを考えた時に、今後あらゆる場面で活用され

る可能性が高いと考えている。そうした見方をすれば、定額負担の「方針」における記述は、保険外併用療養費制度の改革・改善の議論とともに、いわゆる「給付と負担の見直し」の議論における重要なポイントになるだろう。

しかし、この定額負担制度は、対象除外となる患者像の定義が広すぎるため、実際の徴収率が極めて低く実効性がないことが問題だ。2018（平成30）年改定の検証調査でも、再診に至っては、徴収率が0.2%しかない。制度の実効性を担保するには、徴収率を上げる「運用」面での改善も重要であると指摘しておきたい。

○表面的なものより中身が大事

「方針」に記載されたもう一つの目玉である不妊治療については、筆者が提言した内容と同じく、まずは補助事業の段階で医療機関に情報を公開させることになるようだ。結局は、不妊治療も少子化対策として「出生数が増える」とことが「目的」であり、不妊治療を保険適用することは「手段」である。情報公開がその「目的」を見据えて制度化されることは、その趣旨に沿っていると言える。つまり、今回の「方針」の中味がより活きたものとなるためには、改革の「目的」をしつかりと押さえた上で、その趣旨に沿って適切に「運用」することが大事だと言える。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(2)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■DXを実現する人材とは

DXとは、企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立することと定義される。

DX推進により、多くの企業は、ビジネスモデルや事業戦略を転換しなければならない。従って、企業は、DX戦略を立案すると同時に、DX実現のための人的資源戦略も立案しなければならない。しかし、労働人口の減少や国のDXが進められている現状においてIT人材の不足は深刻だ。DX人材の採用は、すぐには無理だが、現社員へのDX教育はすぐに取り組める。全ての社員が、あらゆる場面でデータとデジタル技術を活用でき、DX実現に貢献できるよう、能力を向上させる機会が提供され続けなければならない。

DX実現には、以下のような人材が必要といわれている。DXを主導し、テクノロジーをビジネ

スモデルなり製品・サービスの変革に結びつけるリーダー、既存事業やこれから取り組む事業に、デジタルをいかに組み込むかを企画し、付加価値向上のシナリオを描ける人材、事業の各プロセスをデジタルなシステムに置き換えられるエンジニア、AIやIoTを熟知し、顧客、市場、製品などのビッグデータを解析して戦略に反映できるデータアナリストやAIエンジニア、そして、システムの実装やインフラ構築など、実際に作る部分を担うエンジニアやプログラマー、そして社員である。

■学びなおしの歴史

先月号では、DX推進下において社員の自律的キャリア伸張が求められていること、そしてリカレント教育の重要性についてふれた。

リカレント教育とは、生涯にわたって教育と就労のサイクルを繰り返す教育制度のことで、リカレントとは「回復、循環、帰還」を意味する。義務教育や高校・大学などで学問を修めて仕事に就いてからも、必要と感じたタイミングで学び直すため、「学びなおし教育」「社会人の学びなおし」とか

「回帰教育」「循環教育」などと表現されている。

リカレント教育は、欧米では一般的な教育制度だ。提唱したのは、スウェーデンの経済学者ゴスタ・レーンで、68年に仏ベルサイユで開催されたヨーロッパ文相会議において、スウェーデン文相がこれを紹介し注目された。70年には経済協力開発機構の教育政策会議で取り上げられ、それ以降、研究が進められてきた。これを受けて日本では、72年の日本経済調査協議会の「新しい産業社会における人間形成、長期的観点からみた教育のあり方」という報告書で紹介されたのが最初だ。その後、85年頃、学校などへの社会人受入制度としての「リカレント制」の在り方の検討や、企業における社会人の生涯職業能力開発の必要性においてリカレント教育が検討されてきた。そして最近、働き方改革や人生百年時代などを背景として注目されている。

リカレント教育は、キャリアを中断して大学などに入り直すことを意味するのに対して、似た概念に「リスキリング」がある。こちらは仕事を続けながら自身のスキルを継続的にアップデートしていくことを指している。リスキリングとは、新しい職業に就くため、あるいは今の職業で必要とされるスキル的大幅な変化に適應するために、企業が社員に必要なスキル

を習得させたり、仕事を続けながら自身のスキルを継続的にアップデートしていくことを指す。最近では、社内ですら必要となる業務に人材が順応できるようにする再教育という意味でも使われている。20年11月に日本経済団体連合会が発表した「新成長戦略」26ページの、多様で複線的なキャリア形成に向けた人材流動化の項で、失われる雇用から新たに生まれる雇用へ、円滑に労働力の移動が図られるよう支援する「学びなおし」環境を整備し、多様で複線的なキャリア形成の促進につなげるべきとリスキリングについて解説している。

■世界における学びなおし

世界経済フォーラムの「The Future of Jobs Report 2018」においても、第四次産業革命は、全ての産業でビジネスモデルの変化を生み出し新しいカテゴリーの仕事を出現させ、部分的又は全体的に他の仕事に取って代わるとしている。また、新旧両方の職業で必要とされるスキルセットは、ほとんどの業界で変化し人々が働く方法と場所を変革するだろうと報告している。そのような環境下、人材投資の重要性がかつてないほど高まっており、システム全体の変化に対応する知識と技能を各人が備え、かつ、より平等、包摂的で、持続可能な世界の構築に貢献する

力を得ることができるとしている。だから教育は、包摂的な経済成長を促し、全ての人に機会が与えられる未来を提供する上で、極めて重要であり、その重要性は今後も変わらない。一人ひとりが新しい仕事の世界で競争力を維持し、経済的機会を手にするためにも、また、企業が将来の仕事に必要な人材へのアクセスを確保するためにも、リスキリングを主眼とする教育研修体制の整備が鍵となると提言している。

■現人材へのリスキリング

DX人材を採用し難い今、現社員の能力を向上させることから始めなければならない。「スキリング」(スキルの習得)、「リスキリング」(再訓練)、「アップスキリング」(スキルの向上)の機会を現社員に提供し、新たな人材を雇うことなく、現在雇用している社員のスキルを底上げし、直面する課題に対処していくことが必要となっている。リカレント教育はお金と時間がかかる。だが、リスキリングは企業内ですぐに取り組める。まずは、全社員がDXを知ること、次にDXに関わることで、そしてDXに貢献すること、この3つのステップで行動できるよう知識、技能、意欲を醸成する教育研修体系と自発的に学びなおしに取り組める教育研修体制を整備しなければならない。

この一か月の 喜怒哀楽



3月10日は「東京大空襲」の日。昭和20年のこの日、浅草を中心とした下町に対して深夜0時過ぎから焼夷弾による空襲が行われました。この日だけで死者10万人、罹災者は百万人を超え、史上最大の都市空襲としての大虐殺を東京人は忘れてはいけなと、幼い時から教え込まれてきました。3月11日の東日本大震災も決して忘れられない日です。この2日間は、鎮魂の日にしています。

学生時代、都市に対する絨毯爆撃という残虐行為の歴史に興味があり、本を読んだり記録を調べたりしていました。そんな時、水島の軍需工場地帯は徹底的に空襲されたのに倉敷市中心部は全く爆撃されなかったことを知りました。その時漠然とですが「受胎告知」が1931年に開設された大原美術館にあったからではないのかと、感じました。

少し込み入った話ですが、柳条湖事件を契機に満州国支配を画策する日本に対して国際連盟理事会が「国際連盟日支紛争調査会」を組織し、当時の日本と中華民国に英仏伊米独5か国で構成される調査団を派遣しました。調査団長が

英国の外交官リットン伯爵であったことから、リットン調査団と命名され、日本政府は官民一体となり接待攻勢をかけます。調査委員はリットン卿、フランスの陸軍中将、イタリアの伯爵、米国の陸軍少将、それにドイツの国会議員です。このほか専門家やそれぞれの委員の随員を加えて35人が来日しました。この調査団一行が特別列車で岡山に到着し倉敷に宿泊したのが1932年3月3日から数日です。何の関係もない倉敷をなぜ訪問したのかということに関しては「調査団からのリクエスト」だったそうです。

5人の委員のうちだれが大原美術館を訪問したのかや、随員の何人が「受胎告知」の絵をみたのかという記録はないようです。

そんなこんなで、エル・グレコ作の絵と爆撃対象除外の話は、都市伝説らしいということ、かたづけられてしまっています。しかし米国側にも倉敷を空爆対象から外していたという明確な資料がないことだけを根拠とするのもどうかと思います。結局、憶測に過ぎない、ロマンなのでしょう。ただ、そうだったのではないかと思ひ込みたいこともありますよね。本気でこのテーマで小説を書きたいと、夢見た若造だったんだなと、懐かしがります。

エル・グレコは、1541年に、現在のギリシャ領クレタ島、イラ

クリオ県に生まれた画家です。本名はドミニコス・テオトコプロスといいますが、グレコはイタリア語で「ギリシヤ人」を意味しますし、エルはスペイン語の男性名詞につく定冠詞ですから不思議ですね。この呼び名、当時はヴェネツィア領であったクレタ島のギリシヤ人画家が、ヴェネツィアで修行してから、スペインに行き、仲間から「おういギリシヤ人」と呼ばれていたのか、それともイラクリオでの初めての師匠が「グレコ」という名前だったからなのか、よくわかりません。

ローマのスペイン階段のそばにある有名な喫茶店「エル・グレコ」をはじめ、同名の喫茶店は世界中にあるようです。もちろん、大原美術館の隣にもありますよ。

それにしても、児島虎次郎画伯が、大原孫三郎社長からの資金でエル・グレコの「受胎告知」を手に入れ、日本に現存することは、とても誇らしいことだと思えます。倉敷中央病院の相談役でもある相田俊夫先生（兵庫県立大学客員教授）からお聴きしたことです。が「大原美術館は日本で唯一入館料のみで経営できている美術館なんだ」とのことです。芸術も経営も人物も本物は凄過ぎますね。

◎五輪とワクチンの関係？

首都圏4都県の緊急事態宣言が延長され、オリンピックは海外か

らのお客様を入国させないことにしたとの報道に対して、そうだろうなという感想しか思いつきません。残念だと思ふのが、せっかくの世界平和とスポーツの祭典であるはずのオリンピックが、なんだかんだとケチがついてしまっていることです。

開催決定当初は「復興五輪だ」といわれていたように思いますが、いつしか「コロナ収束を宣言したい」みたいな感じになり、でも、ワクチンも間に合わないし、多分、オリンピック・パラリンピック期間中もパンデミックが収束できないだろうと多くの人が思い始め、今では「開催できる」ことだけが目的になっていくようです。よくわからないのですが、どうしても開催して欲しいというより、そんなことはどうでもよいという空気です。

東日本大震災と五輪は、聖火リレーの出発地が福島であること以外、関係がないというか、関心が全く集まっていなように思えます。むしろ、来年の冬季オリンピックまで、収束できる可能性はあるのでしょうか。10年前16歳で被災した羽生結弦さんが、復興のために社会活動が続け、東北のために挑戦している姿は、コウゴウシイと思います。羽生結弦さんが銀盤で舞い終わった瞬間こそ、パンデミックの収束にふさわしいのではないかと、想像しています。

五輪とワクチンのタイミングが合わないのは、どうしようもありませんが、イタリアからオーストラリアへの25万人分のワクチン空輸をイタリア政府が許可せず、この決定をEUも支持しているというニュースがありました。理由は、EU内でもワクチンが不足しているのに、輸出どころではないだろうということです。ワクチン争奪戦が静かに繰り広げられている事実を、垣間見たようです。

日本がどうなるかわかりませんが、全てのことが世界とつながっており、国内のことだけに関係ないというのでは、生きていくのも困難な時代になっているのではないかと気づかされる毎日です。

なぜか五輪とワクチンというのは、島国である日本で議論されていることと、世界で考えられていることが真逆になっているのではないかと思います。五輪でいえば「アスリート・ファースト」、ワクチンでいえば「経済格差をワクチン提供に反映させない」という建前のようなことは、当然といえば当然なのだと思いますが、現実には真逆というところが起ころうるのです。世界のアスリートは、呼べば喜んで日本に来てくれるはずだと思っている、そんなことはなかったという悲しい顛末になるのはやだなと心配しています。

医療の沸騰点



日本のオジサン政治家はなぜだめなのか―時代錯誤の男尊女卑

済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

言うべきでないことを言ってしまうのを失言と言う。森喜朗元首相は失言の多い政治家として有名だが、つい本音が出てしまうという意味では正直者でもある。「若者は投票に行かず寝てろ」は正直すぎて袋叩きにあったが、今回も「女性がいると会議が長い」という印象を軽く述べたまでと本人は思ったに違いない。これが50年前だったら一杯飲み屋での愚痴としてまだ許されたろうが、オリンピック大会組織委員長と言う立場を考えると公の場でのこの種の本音はまずかった。と同時に83歳と高齢で透析も行っており家族も心配しているこうした人物がなぜこのポジションに収まっているのだらうかと言う疑問も沸いた。本人が悪いと思っていない記者会見は当然ながら全く謝罪になってなかったが、「適任ではない」と断言した記者は立派だった。交代劇もまだドタバタで次の候補は84歳とさらに高齢、選出のプロセスも不透明、手続きをすつ飛ばした事実をマスコミにしゃべり過ぎた。余人に代えがたいなどと持ち上げていた閣僚もいたが、次が84歳しかないなけりや、確かに代えがた

い。人材はいるのだからすぐ適任を探すのは難しい。結局、橋本聖子オリンピック担当相にお鉢が回ってきた。

一連の出来事はオリンピックにかかわらず、変わらない日本のシステムの更なる劣化を内外に知らしめるに十分だった。このような高齢男性政治家がいまだに君臨し、余人に代えがたく、男尊女卑的な時代錯誤の本音を公の場で語る。同席した人は大したリアクションもなかったというから、差別に対するセンスはこうした場に出る人たちにも皆無だったのだらう。リアクションはむしろ海外から来た。日本人が思う以上に海外では差別や不平等に厳しい目が向けられている。こうした国際感覚が日本人の上層部とくに政治家に欠けているのが嘆かわしい。

男女共同参画社会基本法ができ20年以上経つが、この間殆ど実態は変わらず、内閣やジェンダーギャップ指数(2020年153か国中121位、前回149か国中110位)を見る限りむしろ後退している感もある。最も遅れている分野が政治(144位)であり、女性議員が増えない限り男女

共同参画は絵に描いた餅で官僚の自己満足の作文に過ぎない。ちなみに男女共同参画の政府予算をみると8兆円近いが、これは各省庁の女性関連予算を寄せ集めただけで、実態は殆ど無いに等しい。要するに票にもお金にもつながらない分野なので、気合が入らずポーズで頑張っているふりをしているに過ぎない。これではますます世界の流れから取り残されるだろう。

男女共同参画では主要な分野で女性の割合を30%以上と言うのが大まかな目標であるが、医療の分野ではどうだろうか。厚生労働省の調査によると2018年で医師数は男性25万5452人、女性7万1758人で女性比率は21.9%となり徐々に増えている。

最近医学部に行く女性も増え、今後この数字は上昇するだろう。筆者はこれを良いことだと思うのだが、先年の東京医科大学の女性差別入試では少なからぬ医師からジェンダーギャップを肯定する意見がみられ驚いた。長時間労働を強いられる現場では妊娠出産子育てで労働力が減じるのはつらいが、これは本質的には長時間違法労働で支える医療体制のほうが異常で問題が大きい。文科省は東京医科大学のほか、昭和大学、神戸大学、岩手医科大学、金沢医科大学、福岡大学、北里大学、順天堂大学、日本大の入試が「不適切」と断じた。ここでも驚くのは神戸大学と言うれつき

とした国立大学が含まれることで、国を挙げて取り組んでいる筈の男女共同参画社会基本法が全くの絵空事であることを如実に示している。

ちなみに日本医師会執行部役員33名中女性1名(3%)、菅内閣閣僚20名のうち女性2名(10%)である。権力を握ったオジサン達とは世界の潮流などどこ吹く風で、相変わらず男尊女卑を貫いている。これに対し差別を受けている当事者の女性からの反論や非難は傍から見ると少なく大人しいように見える。我慢しているのか諦めているのか、そもそも問題意識が無いのか、はたまた問題意識を持たないよううまく育てられたのか。男尊女卑の風潮は歴史的に江戸時代に確立されたと言われている。明治維新、先の敗戦、高度成長、バブルを経て、時代は確実に進歩したように見えるが潜在的な差別意識は地下水脈のように続いている。人権意識や平等や民主主義など、人間の叡智が長い歴史をかけて作り上げてきたこうした価値の本質は日本ではいまだ深く理解されてないようだ。世界が進む中、高齢で時代錯誤の政治家が実権を握り女性の能力を有効活用できない社会は、国際的にますます取り残されていくだろう。

ではどうしたらよいのか。1972年に制定された雇用機会均等法では就職などの雇用面だけではなく教育面においてもファーマティブアクションを推進することやうたっている。これを早く実体化することが重要だ。また、最も遅れている政治の分野で、政党立候補者の30%以上を女性にしなければ政党助成金を出さないなどの方法もある。当選するかどうかは実力次第であるが、少なくとも政治に進出するチャンスが女性に多く与えることはできる。あるいは法人格を取る時に女性理事の割合を一定以上にするなど、社会的な支援措置や正措置はいろいろある。あとはやる気だけなのだ。

医学部の試験が男女平等になれば医師会の幹部になる女性も増えてくるかもしれない。何より女性政治家が増えればその地位向上には大いに寄与するだろう。男性の中には既得権を失うことを恐れる人もいられるだろうが、そもそもその既得権自体は根拠が希薄で、もつと云えば時代背景的に恩恵を受けた、つまり儲けものに過ぎなかったのだ。それでも反対する男性に下記の論文を紹介しよう

2016年のJAMA Internal Medicine誌(オンライン版)に「女性医師の方が患者の30日死亡率および30日再入院率が統計学的に有意に低い(p<0.001)」ことが明らかにになりました」とあった。医療も政治も女性のほうが向いているかも。

日本慢性期医療協会会長の武久洋三先生から「令和時代の医療・介護を考える」中央公論事業出版、と題する著書をご恵贈いただきました。

昔から医療界では「ぬるま湯」につかりっぱなしで、そこから出てどうにかしようなどとは決して思わない人たちが未だにはびこっているのです。「改革は嫌だ!」、「現状のままが最良だ!」、「激変は医療崩壊をもたらすぞ!」、「その結果国民が困るぞ!」などといったまでも言っているようでは、この先の激変についていけなくなりません。世の中の流れや必然性を伴う未来は為政者で

武久流「令和時代の医療・介護を考える」の巻



患者さんが多く入院していても、急性期病に固執して

確信です。

基準介護みたいな制度はできないか?リハビリテーションを基準化できないか?看護職をトレーニングして医師がやっている行為を代替してもらうことは可能か?医師の生涯学習を強化して高齢者をきちんと治療できる医師の研修体制はどうすればいいのか?

これらに関して、考え続け、決断し、あらゆる会合で主張を繰り返すという姿をみてきました。

岡田玲一郎前所長の米国視察に同行され、長期急性期病院(LTAC)、短期急性期病院(STAC)、入院リハビリテーション施

「一方、アメリカのLTAC病院の定義は、複数の合併症を有し、ある程度の長期入院が必要で、重症度の高い患者さんに対し、専門性の高い急性期ケアと同時に、広範囲の医療及びリハビリテーションケアを提供する病院です。私は単なる長期療養を目的とした老人収容所的な機能ではなく、LTACのように慢性期の患者さんの急性増悪を受け入れる機能が必要だと考えたのです。これがまさに現在の地域包括ケア病棟です」と書いてあります。

小山

2008年7月に日本慢性期医療協会の会長になられてからは、将来の高齢者医療制度をどうするのかといった議論をしていきましたが、10年ぐらい前からは一方的に教えを乞うようになりました。大きな課題は、介護保険制度により誕生した介護療養型医療施設を、どのように発展解消するかということと、「治療すれば治る高齢者を徹底的に治療するにはどのような制度にすればよりよくなるのか」といったことでした。何度も主張されたことは「口から食べられて、排泄が自立すれば無駄に死ななくても、生きられる」という

設(IRF)そしてスキルドナースィング施設(SNF)を覗いて回り、かれこれ10年前ぐらいから「日本でもSTACの制度をつくらないとだめだ」と発言していました。今回の著書では、より明確に気づきのように断言なさっています。「STACでわずか5日前後の在院期間内の治療を終えると、LTACやIRFで患者さんを受け入れます。日本では『自院は急性期だ』と主張することで地域における病院の存在感を高めたという病院の都合のもとに、一般病床を有していれば急性期病院であるとみなされていたので、長期入院

MMPGは全国の職業会計人による我が国最大級の医療・福祉・介護経営コンサルティンググループです

全国“100”を超える有力会計事務所が皆様の経営の支援をさせていただきます

医療・福祉・介護の制度や税制をはじめ、各種補助金・助成金等の支援策をタイムリーにご提案いたします

“3000”件を超える独自の診療報酬・財務・給与データを活用し根拠に基づいた経営分析を実施いたします

経営や会計・税務等でお困りの方はご相談ください ☎



メディカル・マネジメント・プランニング・グループ

〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35御殿山トラストタワー 4階 Tel.03-6721-9763

<https://www.mmpg.gr.jp/>



関連イベント情報 掲示板

3月27日県立大学医療・介護
マネジメントセミナーZoom開催

兵庫県立大学の第29回セミナーのテーマは「介護・障害サービスの報酬改定とこれからの医療介護経営」ニューノーマルにおける事業運営の視点」です。

基調講演「令和3年度介護報酬改定とニューノーマルにおける事業運営」を三浦公嗣特任教授が担当し、シンポジストは、筒井孝子教授、木下隆志教授、小澤修一特任教授におねがいました。

司会は貝瀬徹教授で、小山もコメントーターとして参加します。医療・介護マネジメント担当のすべての選任と特任教授6名で話し合う企画です。小澤先生は元神戸赤十字病院長で、現在は西記念ポートアイランドリハビリテーション病院院長で苦勞されています。貝瀬徹先生は経営統計学を大学院生に親切丁寧に教えていただいています。経営専門職大学院経営研究科は4月から大学院社会科学研究科に改組されますので有終の美?となりますかどうかかわかりませんが、ぜひご参加ください。

ところで今回の改定ですが、どのように考えても大きな変革が起これ、ニューノーマルが到来したと考えられます。介護経営も病院

経営も、そして障害サービスの経営も本当に心配な時代です。

無料ですが、いつものように事前登録をお願いします。

sangaku1@mbau-hyogo.ac.jp

7 頁掲載の武久先生登場

武久先生の本に昨年の活動の一端としてダイヤモンド・プリンセス号から下船し、公共施設に隔離された人々への対応が書かれています。「2月13日に厚労省の元局長からの依頼を受け、翌日から日本慢性期医療協会副会長の橋本康子先生を中心とする20名ほどのボランティアスタッフとともに訪問し、診療しました。幸い、高齢者といえども自立した方ばかりだったので、約1週間の診療対応は無事に診療しました」とさうと書いてあります。橋本康子先生は2か所の病院を経営されていますし、武久先生も毎日多忙を極めています。そんな橋本先生に突然、泊まり込みで行かせる方も行かせる方ですが、何もうわずに行く方とを思い出しました。

未来研究所第4回 Think-in 3月23日19時から武久洋三(日本慢性期医療協会会長)先生の「超高齢社会の医療の姿」コロナ禍から見えてきたもの」(仮題)が開催

されることになってます。1度も武久先生の話をお聞きになったことがなければ、是非、お申し込み下さい。 <http://garyuor.jp/>

岩本晋教授の闘病記

前号で「重篤になり生還してきた先輩に、闘病記を書いてくれるように依頼しています」と書きましたが、どうにか完成して、社会医療研究所のHPのブログに掲載しました。家族3人とも感染し突然入院、そして78歳の生還です。わたしは親友をなくさないですんで、ほっとしています。これって、凄いいつか酷い話です。

歴史学者の磯田道史さんの「感染症の日本史」文集新書1279の第6章「患者史のすすめ」に「ミクロの患者1人1人の患者史」が大切だということが書いてあります。昨年の緊急事態宣言から、もうすぐ1年が経過しますが、将来、この1年間のパンデミックはどのように伝わるのでしょうか? 歴史上の事実を変えることはできませんが、歴史は改ざんされることもありますし、歴史が繰り返されることもあると思います。

そんなことを考えていると、闘病記を電子媒体にしておいたらどうかと考えはじめました。どなたでも1人の患者さんとしての「闘病記」をHPに掲載させていただこうと考えていますので、お申し付けください。

小山

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

移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など

移転
支援建築
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 〓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>