

社会医療ニュース

貧者の安定は富者の安全であるという原理 それが社会保障制度の基盤を形成している

所長 小山 秀夫

4月28日、バイデン大統領の施政方針演説を聴きました。つぎのような言葉がメッセージとして記憶に残ります。

「ウォール街がこの国をつくったのではなく、中間層がこの国を築いたのだ」「アメリカの企業や1%の富裕層にも公平な負担をしてもらう時が来た。富を築くことではなく、労働に報いる形にする」といっていました。

もし、日本の為政者が「この国は兜町がつくったのではなく、多くの国民の労働によって復興され、富裕層には相応の税負担を課しています」と演説しても誰も取り合わないのではないかと思えます。NGO「オックスファム・インターナショナル」は、3年半前の報告書で「2017年に世界で1年間に生み出された富（保有資産の増加分）のうち82%を、世界の上位1%が独占している」ことを明らかにしました。

また、今年1月には「地球上で最も裕福な1000人はパンデミックでの損失をわずか9カ月以内に取り戻したが、世界の最貧困層が立ち直るには10年余りかかる恐れがある」とリポートしたのです。

大雑把ですがこの10年間だけを見ると、米国NYダウ工業株30種類平均株価と日経平均株価は約2倍になりました。世界的な感染拡大で株価は低迷し、生活困窮者が増大、所得格差も拡大し、社会は分断したのかかわらず、富裕層は一時的な損失を短期間に取り戻し、株価高騰で資産を山積みしているのです。

米国は今後、教育、育児、医療に約2百兆円の財政出動を行う計画だそうですが、日本と比べても脆弱な社会保障を強化することは、社会的分断を緩和し、所得格差の改善につながるものが期待されているのだと思います。日本の社会保障制度はいくつかの課題

社会医療研究所

〒101-0047
東京都千代田区内神田1-3-9
KT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@nhtjp.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

がありすが、批判を恐れずに断言すれば中福祉中負担ながら制度体系としては強硬で体系的なものではないかと思えます。特に、近年すすめられた全世代型社会保障政策での子育て支援施策は、パンデミックの大混乱を僅かながら防ぐ効果があったように思います。

今、雇用保険も、医療・介護・年金保険も円滑に機能しています。一方、このような社会的ネットから脱落してしまうことが多い低所得の単親家庭などへの福祉施策の強化が必要です。このことに注意しながら日本の社会保障制度について改めて考えてみると「制度が体系的に整備されていることと比較的安定した社会が維持されている」のではないのでしょうか。

社会保障制度は社会の安定を支える重要な基盤的仕組みだ

ドイツや日本は、社会保険方式を活用した社会保障制度体系を整備している国です。制度のほとんどを租税で運営している国も少なくありません。どうして違いがあるのかといえば、それは歴史的社会的な差なのだとか説明しよう

がありません。パンデミックでは、各国の社会保障制度が混乱に対して有効に機能しているのかどうかということや、社会的混乱に対して社会保障制度が一定の役割を果たしているかどうか問われています。

インドで感染爆発が起き、ミャンマーで国軍が発砲し続けているという痛ましいニュースに対して、その国の社会保障制度が社会の安定にどの程度寄与しているのかが気になって仕方がありません。

なぜ、社会保障が発展したのかを調べていくと「貧者の安定は富者の安全である」という考え方が通底していることが理解できます。貧者が毎日の糧を得られなくなり、富者が「パンがなければお菓子を食べればよい」などと勝手なことをいっていると、ギロチンの露に消えるかも知れません。貧者の怒りが社会革命につながり体制転覆が起きることは歴史が証明しています。その対応策が社会保障であったことは事実です。

経済大国でも社会的安定を確保するのは困難なことだ

1年前からのアメリカ社会の混乱と分断を正確に理解することは、かなり難しいことだと思えます。ただ、社会保障制度については、膨大な医療保険未加入者の存在、過去数十年にわたる公的および私的年金財政の悪化、貧困対策

費用の増加といった制度全般にわたる問題が指摘されてきました。大企業の労働組合や、高齢者・障害者向け保険制度のメデイクア、医療扶助のメデイクイドは機能していますが、皆保険皆年金制度ではありません。

不法移民や有色人種の貧困者には、政府からフードクーポンが配られ、民間ボランティア活動も盛んですが、社会保障制度としては欠陥が目立ちます。世界で一番豊かな国の社会的安定と分断は、結局、富の配分と再配分が適切に行われていないからだとしか考えられません。社会保障制度は、所得の再配分システムでもありますので、制度が未成熟である限り、危機を招きやすいのではないかと思います。

経済発展すれば貧困者は少なくなり、幸福な生活が可能だといえなくともありませんが、経済大国になっても貧困や社会的格差は解消されず、経済成長しても専制主義国家では基本的な人権が確保されない恐れもあります。やはり、社会保障制度による所得再配分効果が機能しないと、社会的公平を確保することは難しいことなのではないかと思えてなりません。

世界は輝かしい未来に向かっていくと確信できないでいる今、再度「貧者の安定は富者の安全である」という原理をかみしめてみる必要があるのではないのでしょうか。

パンデミックで民主主義の危機が叫ばれるが 社会保障が民主主義を支えているのですよね

所長 小山 秀夫

日本国内の政治体制は議会制民主主義であると同時に、ポピリズム（大衆迎合主義）的政府の意思決定が、時として歯がゆいと感じたり、時として和を優先する日本文化に根差しているようにも思います。戦後75年を経過した日本の民主主義は、それなりに定着し、パンデミックの危機下でも政府が強権発動することもなく、比較的穏やかに対応しているというか、どこことなく頼りがいがなく、皆様にみえます。

バイデン大統領は、米中対立が「専制主義（autocracy）」と民主主義との対立だと主張しています。「専制」とは、君主や独裁者などの個人、あるいは一階級、一政党、軍部などの幹部からなる小集団が、政治を支配している状態のことで、民主主義、議会主義、法の支配などという原則に對立することという意味なのでしょう。社会主義国の共産党一党支配とか、独裁軍事国家が専制であることは確かですが、「政治の世界」で1人の個人あるいは少数の集団に権力を集中して政治的共同体の安全を保持することが、民主主義国でもあります。たとえば、戦

時期には、英米仏国などでも「戦時挙国内閣」を組閣して、一時期、権力を集中したことがあります。しかし、この形態は、戦争が終結し平和な状態に戻れば、ふたたび元の議会制民主主義に基づく政治に復帰するから専制主義とは異なることなのだと言明されてきています。

福祉社会の建設と民主主義は 必要不可欠なものではないか？

中国は名指しで「専制主義国家」と呼ばれて、バイデン大統領に敵意を示しているようなポーズは取っているものの、専制ではないと反論できているようです。民主主義であれば専制主義ではないのではありませんかといわれても、フィリピンのドリゴ・ロア・ドゥテルテ大統領や、イスラエルのベンヤミン・ネタニヤフ首相は、国民の支持をえて専制政治を進めているようにみえます。麻薬撲滅やワクチン普及のためなら専制的にやらなければ目的が達成できないこともあることを、否定できないでしょう。

人口13億人を超える世界最大の民主主義のリーダーでもあるインドのナレンドラ・モディ首相は、感染蔓延防止策として厳しいロッ

クダウンや不法外出者に対する警察官による警棒使用による取り締まり強化を続けてきましたが、3年ごとに開催されるヒンドゥー教の祭り「クンブメーラ」の開催を許可したことから、感染爆発を引き起こしてしまいました。多様な民族・言語・宗教の大国を運営するためには、有事には専制主義的にならざるをえないことは理解できます。

しかし、社会保障制度に限っては、制度はありますが開発途上で、身分格差や所得格差が拡大し民主主義を守るだけでも大変な努力が必要なのです。インドでも、どうしたら民主主義的社会保障制度ができるのかとか、制度をより民主主義的に運営するにはどうするか

が問われ続けているのでしょうか。福祉社会の建設には社会保障制度の整備が欠かせませんが、専制主義的政治体制で福祉国家を目指してもどうしても限界があり、北欧型の福祉国家の給付水準に到達できません。

民主主義や福祉社会の建設それを支える社会保障制度について、なんだかんだと考え続けてみると「社会保障制度が民主主義を支えている重要な要素なのではないか」という月並みな結論に達してしまいました。つまり、社会保障制度の整備による福祉社会の建設には民主主義が不可欠で、社会保障制度を充実させることは、多分、

民主主義を強固なものにするのに役だっているのだということを、改めて確認することが必要だと思いのです。

専制主義的な方が良いとの判断が 独裁的政治を容認する危険！

今回のパンデミックで「専制」が必要なのがあるのだと考えるようになった人は少なくないのではないのでしょうか。専制を強制と言ひ換えてもそれほど間違いではないと思います。「行動を自粛せよ」といえば、文句もいわず自粛する社会は、他国の人々からみれば「不思議な国」なのでしょうが、多様な民族・言語・宗教が混ざりあっている世界では、通用しないことが多いのです。マスクをしない人がいるのが普通で、全員が従うのは何らかの強制が働いているからだと考えた人たちが多いので

しょう。度重なる緊急事態宣言の発動で、政府の指示に従わない人が増加しているのは確かです。

感染が収まらないのは、指示に従わない人が増えたためであるので、もっと罰則を強化したらどうかと考えることも可能です。逆に行動を制限する代わりに相応の金銭が支払われるなら従うという人もいるでしょう。年金受給者は年金だけでは生活できませんが、我慢していれば取りあえず安全だと判断しているのかもしれない。もし政府の指示に従えば何らか

の生存や自由の危機があると判断をする人がいれば、指示に従わない人は急増するはずですが、だからより強い強制が必要だと軽々に判断すると取り返しがつかない恐れがあるのです。

昔話ですが、「専制」と「独裁」という概念を巧みに使い分けて、第一次世界大戦後の混乱期にあったワイマール共和国を、大統領に権力を集中させ「強いドイツ」を復興させよとした歴史があります。1人の人間に権力を集中させる独裁体制以外にはないという選択を、当時のドイツ国民はしてしまいました。日本でも政治は「大政翼賛会」、産業は「産業報国会」、医療は「日本医療団」にまとめられ国家総動員法によって大東亜戦争に突入することを選択してしまつたのです。

このことを知っている人々は、国家権力による強制や専制ということに75年間抗ってきたのですし、その選択は正しかったのではないかと思います。パンデミックは百年ぶりの有事にほかなりませんが、日本の社会や政治はあまりにも有事対応力不足であるということが露呈しまつたのが現状なのではないでしょうか。わたしは、強制は一時的最低限の選択として、今後、粘り強く有事法制を整備して欲しいと考えていますが、絶対に専制主義の道を歩まない選択をし続けた

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第17回 病院経営1年目の通信簿①（令和2年度の改革と収支）

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

新型コロナウイルス感染症の感染拡大のなかで、病院事業管理者として令和2年7月（実務としては4月）から、約1年、病院経営に携わった結果と、公立病院が抱える課題、新型コロナウイルスが医療機関の経営に与える影響、そうした問題を踏まえた当院の今後の取り組みの方向性について、複数回にわたって書いてみたい。

○どん底からのスタート

第1回目のコラム（令和2年1月15日号）で、私の経歴を紹介した。概略は、青森県での臨床医を皮切りに、厚生労働省医系技官、京都市役所公衆衛生医師を経て、現職となる。行政官として医療保険、医療政策に長く携わり、「病院経営」について興味をもったため、期待を抱いて着任した。

もちろん、筆者を病院経営の職に招くということは、当該病院の経営状態がお世辞にも良くないだろうことは理解していた、つもりだった。しかし、蓋を開けてみれば、公立病院の宿痾を全て抱え込んでいる病院であることがわかり、自身の認識の甘さと、経営再建にあたっては、気合を入れな

があるが麻酔科不在（非常勤も）といったところである。

しかし、筆者が一番問題視したのは、病院に対する地元住民からの悪評と、働く職員の士気の低下だった。全ての歯車が悪い方向に回転していると実感したが、課題が多すぎてどこから手を付けたらいいか頭を悩ませたものである。

○令和2年度の改革と収支

まず、取り組んだのは、何と言っても職員の意識改革からだった。4月に、医師も含め全職員に経営方針を示したが、内容は至極簡単、患者・家族への接遇の改善と院内での挨拶の励行だ。この二つ無くしては住民の病院への評価は変わらない。そこが出発点だった。

次は、経営に関する数値目標の設定と人材の確保・養成だ。具体例として、医師と看護局に対して示したものは、

- ・病床稼働数120床
- ※稼働率に直すと83%
- ・全身麻酔手術件数 月20件

の二つだけ。その目標を達成するため、地元の弘前大学では麻酔科医の派遣が難しいことは、青森県健康福祉部長時代から分かっていたので、弘前大学以外から非常勤麻酔科医を招へいた。

このように、経営改革として大きく取り組んだのは、意識改革と数値目標の設定の二つだけと言っている。結局、分かりやすい目標

に向かって、組織の人間が気持ちと同じくして仕事に取り組めば、自ずと組織はいい方向に向かっていくはずと言いつつも、1年を過ぎた。その結果、

- ・医業収入 約2.3億円増
- ※対前年度比 11%増
- ※年間病床稼働率 約78%
- 112床
- 対前年度比 7%増

- ※全身麻酔件数 約月18件
- ・経常赤字 約1.3億円
- ※約3.8億円の収支改善
- ・資金不足額 約1億円
- ※対前年度比 約7割削減
- ・資金不足比率 約4%

※地方財政健全化法上 0%となった。新型コロナウイルスの影響で、令和2年4～5月は、対前年比で医業収入が悪化した、残りの10か月でここまで改善ができたのは、筆者も驚きであり、職員の働きには感謝している。

○公立病院特有の課題への対応

この他、経営改革の一環として、公立病院ならではの課題について、ひとつひとつ対応してきた。以前のコラムでも書いたが、公立病院の赤字要因で、最も大きいと考えられるのは、

- ①人件費比率の高さ
- ※経営状況（病床稼働率等）に合わせて人員整理できない
- ②総務・医事部門の弱さ
- ※経費圧縮のインセンティブが

なく、また、医業収入最大化のための診療報酬を基にした企画立案能力と報酬の算定漏れへの解決策を持っていないであろう。①は、人員整理ができないため、公立病院で収支を改善させるためには、収入を増やすしかないという切り、ひたすら職員には収入を増やすようお願いしてきた。令和2年度について言えば、この作戦は「うまくいった」と言っている。残りは②だが、②こそが、公立病院の問題の中で一番の課題であり、この課題にしっかりと対応できる人材を育成できれば、民間病院なみの利益を達成することができると考えている。実際に行なったことを具体的に挙げてみると、

- ・仕入れ（医薬品・医療機器等）の際の入札の徹底、値引き交渉の強化
- ・保守管理経費の徹底的な見直し
- ・医業収入の最大化のためには、
- ・医事課職員（非常勤職員も含めて）への診療報酬勉強会の実施
- ・医事課職員の研修参加の励行を行った。

その効果があつたかは、令和3年度状況をみなければ分からないが、令和2年度の状況から推測すると、医業収入が約2.3億円増加しているにも関わらず、総支出額が、令和元年度とほぼ変わっていないことから、一定の成果は出てきているのだろう。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(4)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■数年かけて人事制度を欧米型に

ビジョンが決まれば中期経営計画を立て年度経営計画に落とし込む、そして年度経営計画を立てそれを遂行する組織体制を編成し、人員の配置が決定し、部門目標が設定され組織目標が設定され個人目標が設定される。先月号では自治体によるDX推進のための専門組織設置と、CIOとCDOの採用・配置について紹介した。人事院も4月、国家公務員の総合職採用試験に「デジタル」区分を新設すると発表している。デジタル庁発足に向け、組織を編成し人員の配置を進めている。

従来どおりの「やり方」や「方法」が通用しなくなっている今日、大手企業は数年かけて人事制度を日本型のメンバーシップ型雇用から欧米型のジョブ型雇用に切り替えている。経団連も国際的な競争を闘い抜くには適していると、この制度の導入を推奨しているからだ。

■ジョブ・ディスクリプション

ジョブ型雇用とは、あらかじめ職務内容や職責を規定したジョブ・ディスクリプションを策定し

成果に基づき評価する仕組みで、欧米では一般的な雇用制度だ。

これに対し日本の人事制度は、企業が従業員の教育研修・キャリアパスを形成し、企業の方針で転勤や異動を行い、「人」に仕事や役職を割り当ててきた。そして報酬・賃金は、ジョブ型雇用では成果に基づき評価され年功概念は否定される。だから同期入社でも給与格差が拡大する可能性が高い、実績主義だ。

ジョブ型雇用にいられるジョブ・ディスクリプションには、役職や仕事ごとに①役割と責任、②期待する成果、③詳細な業務内容、④求められる経験、⑤求められるスキルと知識、⑥期待される行動特性（コンピテンシー）、⑦使用する機器、工具、作業補助器具、⑧労働条件、⑨身体的要求、⑩報酬・給与範囲に関する情報等が盛り込まれている。ひとつの役職・ポストや仕事にひとつの文書となるのが基本で、人ではなく「ポスト・仕事」に対応する文書だ。だが実際に作成するのは相当大変だ。特にコンピテンシーは。日本では仕事の範囲が曖昧なことが多く、例えば上から業務命令

があれば臨機応変に動くという体制で、特に総合職（病院であれば事務職といえる）として採用されている人材は、欧米では考えられないほど様々な業務に関わっている。こうした場合でも、逐一、担当分野や仕事の範囲・責任が明示されることがないのが日本の特徴といえる。

■コンピタンス・コンピテンシー

ジョブ・ディスクリプションに記載されている期待される行動特性（コンピテンシー）とは、一定の職務や作業において、絶えず安定的に期待される業績をあげている人材に共通して観察される行動特性とのことだ。米国で90年代に人材の採用、昇格、配置などの基準として普及し、日本でも90年代の後半から人事評価基準に取り入れられる企業や団体が増えた。

このコンピテンシーという概念は、70年代の初め、ハーバード大学心理学教授のデイビッド・マクレランド等の研究内容から生まれた概念だそう。デイビッド教授は、米国務省から「外交官が開発途上国に駐在する際、学歴や知能が同レベルであるにもかかわらず、業績に格差が出るのはなぜか」という内容の調査依頼を受けて、研究をスタートさせた。そして、研究の結果、学歴や知能は業績には関係なく、むしろ各外交官の行動特性が業績の差に関係している

と報告した。高業績の外交官は、①異文化における対人関係の感受性が優れている、②嫌な相手でも人間性を尊重する、③人脈を知り構築するのが早いといった共通した行動特性があると報告し、中心にあるのは氷山モデルの海中部分にある「動機・使命感」とし、その行動特性を「コンピタンス」「コンピテンシー」と呼んだ。そして、それを外交官の選考基準とした。ここは小山先生の専門なので……

もっとも一般的な12のコンピテンシーは、①コミュニケーション、②達成・成果志向、③顧客中心、④チームワーク、⑤リーダーシップ、⑥計画と組織だて、⑦業務・ビジネス意識、⑧柔軟性・順応性、⑨育成、⑩問題解決、⑪分析的思考、⑫関係構築力が項目としてあげられている。

これらは、部門別、職位別で重点性が異なってくるし、人材育成などの目的や職種によっては別項目が必要になることもある。

「プロフェッショナルの条件」の中に、「：それにもかかわらず、ものごとをなすべき者のうち、大きな成果をあげている者は少ない。知力は当然ある。想像力もある。しかし、知力や想像力や知識と、成果をあげることの間には、ほとんど関係はない。頭の良い者が、しばしば、あきれるほど成果をあげられない。彼らは、知的な能力がそのまま成果に

結びつくわけではないことを知らない。逆にあらゆる組織に、成果をあげる地道な人たちがいる。しばしば創造性と混同される熱気と繁忙の中で、ほかの者が駆け回っている間に、亀のように一歩一歩進み、先に目標に達する。知力や想像力や知識は、あくまでも基礎的な資質である。それらの資質を成果に結びつけるには、成果をあげるための能力が必要である。知力や想像力や知識は、成果の限界を設定するだけである。……」とドラッカーも記している。

■抜本改革ではなく部分的導入

様々な役職や仕事の中には、ジョブ・ディスクリプションとコンピテンシーに基づいた人員配置が適しているものもある。人的資源の質を高めるため、職務をあらかじめ明確にするジョブ型雇用を部分的に導入・拡大していくべきだ。雇用制度は病院経営の基盤であり、抜本改革は採用と配置、教育研修、賃金制度や評価などあらゆる範囲に影響が出る。ジョブ・ディスクリプションの整備は大仕事だから移行には労力も時間もかかる。特にコンピテンシーの設定は。だからジョブ型雇用を全面導入するのではなく、外部登用や公募制とミックスし、部門長やDX推進のためのCIOやCDO、プロジェクトリーダー等に部分的に導入するのが良いと思う。

この一か月の 喜怒哀楽



今年3月末、米国のジョンソン・エンド・ジョンソン社は、ワクチンの製造について米メルクと提携すると発表、メルクの米国工場、J&Jのコロナワクチンの原液製造から製剤化まで行うことになりました。メルクの製造協力には政権からの強い働きかけがあり、バイデン大統領は米国内で製造されるコロナワクチンに対して「国防生産法」を発動し、各社のワクチンを増産し、優先的に米国に供給することを命じたそうです。

国防生産法(Defense Production Act)とは、もともと朝鮮戦争時に国内産業を統制する権限を大統領に与えた時限立法であり、今まで50回以上の再承認を経ており、その中で繰り返し修正がなされてきたそうです。とてもうらやましく思いました。専制主義と民主主義は必ずしも対立概念ではなく、民主主義体制でも有事の際には専制的施策を展開できるのだということを学び直しました。

バイデン大統領は、開発されたワクチンの特許料を一時的に放棄させる方向へ舵を切りました。結構なことだと喜んでいいのかどうかよくわからないままモヤモヤし

ました。WHOは1年前から「ワクチンの特許料は普及を遅らせ、貧富の差の拡大になる」と主張していました。製薬メーカーは、当然反発していますし、どうやら特許料の問題と生産量との問題は別で、知的財産の保護はイノベーションの源泉だと、論陣を張っています。おまけにドイツのメルケル首相は反対、フランスのマクロン大統領は賛成で、27か国のEU首脳会議で議論されています。

◎二流の中国ワクチン騒動

ロシアは、昨年8月11日にウイルスベクターワクチン「スプートニクV」を承認しました。有効性は、91・6%で、遅れて承認された米ファイザー製および米モデルナ製ワクチンが約95%、アストラゼネカ製は最大90%ですので、全く遜色ありません。その後、10月13日に合成ペプチドを抗原とする「エビワクコロナ」を、今年2月20日に不活化ワクチン「コビワク」を承認したのです。「スプートニクV」以外は、+2℃+8℃で保管できますが現時点では有効性は正確には証明されていません。でも、ロシアの科学力や生産力の高さは確かでしょう。

中国では現在、シノバック社製のワクチン「コロナバック」をはじめ集団接種用に5種類のワクチンが開発されていますが、各製造元は有効率を50%から79%と公称

してきました。香港ヘラルド紙はファイザー製ワクチンの感染予防面での有効率が97%となっているのに対し、中国シノバック製の50・4%であったとの数字を伝え、有効率の低さを問題視したので、ブラジル当局もシノバック製は、中度および重度の症状を防ぐという意味では78%の有効性があるが、純粋に感染を防ぐという面での有効率は50・4%にまで低下すると認めています。このような報道に対し、中国製ワクチンに頼らざるをえないブラジルやチリなどでは動揺が広がっています。

ワクチンに関しては世界中で争奪戦が起きており、ワクチンが確保できるかどうかは政治的大問題です。確保できなければ為政者としての権威を失います。ロシアや中国がこのチャンスを見逃すわけはなく、ワクチン外交による勢力拡大を目指しています。バイデン大統領が、このままでは米国の世界に対する影響力の低下を懸念するのはよくわかりますが、開発途上国などにワクチンを提供するた

るのは、何とかしたいものです。

◎特許料停止はインドと南ア?

在インド日本大使館などによると、首都ニューデリー在住の40代日本人女性がコロナに感染し、3日に亡くなったと報道されました。インドでは今月1日に、世界で初めて1日の新規感染者数が40万人を超え、6日には41万2000人に達し、死者も連日4000人以上という世界最大の感染爆発が起きています。感染者の急増で病床や医療用酸素が不足しており、適切な治療を受けられずに亡くなる人が相次いでいるそうです。各国がインドに医療機器などを送る支援策を発表していますが、厳しい状況は続いており、全土をロックダウンする必要性も検討されているそうです。

今年3月12日の夜、「クアッド」と呼ばれる日米豪印4か国の首脳会合が、オンライン形式で初めて開かれました。2004年のインド洋大津波への対応をきっかけに始まったこの枠組みは、米中の対立が深まったトランプ前政権の時代に連携が強まりました。バイデン政権が「最も重大な競争相手」とする中国に対抗するにあたって、インド太平洋地域の同盟国や友好国との連携を強化したい考えなのでしょう。実は、ワクチンの特許料を一時的に放棄して欲しいという代したの、そのインドと

南アフリカ共和国だったのです。バイデン政権が、強引にも特許料を一時放棄させようとするのは手段であり、その目的はインドなどと中国の封じ込めを加速したいという思惑なのでしょう。戦争は絶対ダメですよ。

◎感染者対応で悪戦苦闘

いつも楽しくお付き合いいただいている複数の理事長さんの介護保険施設が連続3施設クラスターに見舞われました。関西は悲惨で施設で感染者がでてもどの病院も満杯でどこにも送れません。超高齢者で認知症をお持ちの利用者の皆様を、施設内に閉じこめることになります。理事長全員が「行政のいつてくること」がメチャクチャとお怒りです。

それにしても医療逼迫、医療崩壊に関する議論や、「日本は、病院病床は多いのに民間病院が動かない」のが大問題かのように喋りまくっている人の話は、聞くに堪えません。曖昧な「病床使用率」という言葉も、なじみません。平時には、どこかの病院にいき受診できればいいわけですし、救急車で運ばれ入院医療が必要なら入院できればいいわけです。病院の経営問題なんて、利用者サイドからすれば「関係ない」わけです。介護保険施設の窮状については「大変なんですね」で話はそれまでです。喝。

医療の沸騰点



あれから5年

— 地震とCOVID-19 —

済生会熊本病院 熊本県済生会支部長 副島 秀久

2016年4月に起こった熊本地震から5年が経った。多くの支援を受けてなんとか復興してきたが、創造的復興には遠い。たとえば全く新たなコンセプトで町を作り直すとか、新たな交通体系が導入されるとか、新たな産業が誘致され以前とは一風異なる町ができたとか、そういった復興はないようだ。どちらかと言えやはり復旧に近く『元どおり』で外観が新しくなっただけに見える。

創造が目に見えない意識の変化を伴うとすればCOVID-19のほうが地震よりよほど影響は大きく、我々の生活そのもの、技術革新の導入と普及、働き方や人とのつきあいなどが変わり、これは一種の気づきなので元に戻ることはないだろう。たしかにCOVID-19でひどい目に遭ったが、IT化の遅れなど諸外国との大きな違いや、違いだけでなく矛盾に気づかされたことは奇貨とすべきかもしれない。

病床逼迫については2021年2月号547号にも言及したが、はたまた第4波が来つつあり特に感染力の強い変異株が蔓延する関西圏では4月22日時点で相当の病

床逼迫感がある。前号の結論は「病床は多いが本当に使える病床は欧米より少ない」、「病床があっても運営するスタッフが極端に薄い」と言うもので要するに呼吸器感染症を診ることができる病院らしい病院が少なかったことを述べた。また、医療スタッフについては、前回は集中治療医などの重症系に対応する医師、看護師も諸外国に比し極めて少ないことに触れた。ただ、COVID-19は確かに重症、急変する症例もあるが死亡率1.0%から考えるとその割合は大きくない。無症状、軽症が大半だとするとこうした患者には呼吸器の専門家はコンサル程度の関与でよく、一般内科、総合医などで対処できるだろう。ドイツではGP (General Physician) がCOVID-19診療で活躍しているとNHKで報じられたが、GPを「かかりつけ医」として紹介していたのが気になった。イギリスやドイツのGPと日本のいわゆるかかりつけ医は全く別物だ。

日本医師会の定義によると「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、

身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と書いてある。英訳に苦勞するほど曖昧な書きぶりだが要するによくかかる近くの医師といったものとなる。何でも相談できるが欧米のGPのように何でも一応見てくれるわけでもなさそう。かかりつけ医は患者の生活背景を把握し、休日や夜間も患者に最善の医療を継続、地域住民との信頼関係を構築し情報も十分に提供している理想的な医師像だが、実際はどうだろうか。

欧米のGPと比べて最も異なるのは責任の所在にあり、曖昧さの主因もここにある。イギリスやドイツのGPはその地域の住民の医療に対して責任を明確にしている。つまり登録制である。イギリスでは当該地域の一人のGPに登録するが、ドイツでは複数名の医師から患者が選択できる。いずれにしても契約でつながっており、そうした意味で安心感もあり責任体制も明らかになる。日本のように診療所の自由開業、自由標榜、自由廃業という仕組みではかかっているほうも自分のかかりつけ医は誰先生という意識は持ちにくい。さらに医師のほうも上記のような曖昧で緩やかな定義だと自分が見ている患者でもかかりつけだと自信をもって言いにくいだろう。

やパンデミック時などで、かかりつけ医による初期対応は殆どできなかったし、医師会がかかりつけ医機能を發揮して組織的に対応するような体制は取れなかった。つまり、かかりつけ医を持つということが患者にとつていざと言うときに責任をもって診てくれるという契約関係を意味しないことがわかって限りの限り、いくらかかりつけ医を持ちましようと言ってもそれは「片思い」にすぎない。YouTubeでチャンネル登録するよりもっと浅い結びつきなので、緊急時にこれをもとに患者連絡をするなどは難しいだろう。

19でホテル療養や家庭療養をしている患者の医療継続は対面でなくとも、身近で頼りになる総合的な能力を持ったGPがオンラインであれば患者も安心感が増す。こんな時オンラインは大いに役立つはずだが、なぜか医師会は消極的だ。With COVIDの状況が長く続くならオンライン診療を積極的に進めるほうが医師会の将来にとって得策と思うだろうか。

先日、オンライン診療資格をeLearningで取ったが、久しぶりの受験勉強で最初は戸惑って不合格を4回も食らってやり直した。ややトリッキーな質問もあったが、受験技術を取り戻すとあとはノミミスだった。気になるのはしきりと対面診療を強調するところ、そこは多少の違和感があっても可と解答するとOKだ。オンラインはもちろん触診などで限界があるが、表情や顔色も含め電話以上に情報があるので、日常診療でも有用だと思いが、対面診療でなければならぬ具体的なかつ合理的な理由はeLearningでは示されなかった。

COVID-19は日本の弱点をさらけ出すのに役立った。ワクチン製造や接種率、病床逼迫、マスク不足、半導体不足などどれをみても政治、行政だけでなく、日本と言う国全体が劣化しているのではないかと思わせる。Post COVIDが心配だ。

「ビルマはさかんな仏教国で、住民は極度に低い生活に満足していますから、人の心もおだやかです」「われわれの国では若い人はみな軍服をきているのに、ビルマでは袈裟をつけているのです」「人間がおもい上がって、我をたてて、何もかも自分の思いどおりにしようというやり方では、もうだめだ」「ビルマ人が未開かね？われわれの方がよっぽど野蛮じゃないか、と思うことがよくあるのだ」。

小学生の時に読み、生涯愛読している「ビルマの竖琴」の中で収容所内の日本兵同士が話あっている場面です。だれになんといわれても、わたしに取っては児童文学の金字塔で、愛読書です。

「ビルマの竖琴」読みのミャンマーっらず



日本では人気があります。その一方、国軍というのはヒール役

1946年3月から1年間児童雑誌「赤とんぼ」に連載され、その後、現在まで版を重ねており、各国語に翻訳出版されています。巨匠市川崑監督のメガホンで2度映画化され、多くの方がご存じなのではないかと思えます。

物語はフィクションです。上座部仏教で出家した僧が琴を奏でることは戒律を犯す行為にあたりますので、ありえないことだというのは40年も前から指摘されていることで、現地の方が読まれば「ありえない」ことばかりかも知れません。わたしの生まれる前のことですが、失礼の段ご容赦下さいま

せ。ただ、子どもたちに何としても伝えたいと思ひ込んだ日本の青年が書き綴った物語なのです。戦後すぐ、学徒出陣で後輩を多数亡くしたドイツ文学者の竹山道雄が、戦争の惨禍、帝国陸軍の蛮行、同胞への哀悼、次代を担う児童たちに万感の思いを文章にしたためたのではないかと考えつづけてきました。

わたしはミャンマーのことは何も理解してませんし、行ったこともありません。戦前のビルマのことも正確に知ることはできませんでしたが、この本がきっかけで日本軍の蛮行の歴史としての「泰

緬鉄道」、無為無策な「インパール作戦」、お粗末極まりない「大東亜共栄圏構想」などという島国日本の旧軍エリートと呼ばれる軍人の無見識無教養の実態の一部をかなり詳しく知ることができました。竹山道雄のいう「思いどおりにしようとした」思い上がりがある人々に与えた歴史を、正確に継承する義務を強く感じざるを得ないのです。

上智大学外国学部教授の根本敬先生の「物語ビルマの歴史」(中公新書2249)は、何度も読んでいます。日本のマスメディアの情報は貧弱なので、毎日更新され

る「myanmarjapon.com」をみています。新聞には「ロヒンギャ」のことが書かれることがあります。が、英米メディアの影響を感じます。少数民族の記事は、確証がえられないこともあり注意深く読むようにしてつもらいます。民族、言語、宗教、各国の干渉そして歴史が複雑に絡みあっているのです。

どこに原因があるのかを突き詰めてみると、戦前の大英帝国と東インド会社、それと旧日本軍が深く関与していたことが理解できます。英国が紳士の国であると思ひ込んでいると歴史が理解できないのです。アウンサンスーチー氏は、

日本では人気があります。その一方、国軍というのはヒール役でしかないようにみえますが、何が何だか判断がつかずわからないのです。ただ、武器を持たないデモ参加者に対して、軍人が銃で撃つことは国際正義として断じて許されないことです。

この3か月あまりにわか勉強してみました。が、知れば知るほどわからないことだらけで、複雑怪奇です。タイ、ラオス、中国、インド、バングラデシュと国境を接し、多民族、多言語、多宗教の国を理解できていません。なにかさせてもらえることがあればと考えますが、これからも注視し「見てるぞ」オーラ送ります。合掌。 小山

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

第21回日本健康・栄養システム学会が6月19日・20日に大会開催

【メインテーマ】「食をすること」

を支えるチームとシステムを考える

【大会長】合田敏尚（静岡県立

大学特任教授）【会場】静岡県立

立大学 講堂【開催形式】会場と

オンラインのハイブリッド【会場

参加者】事前登録者100名まで

【参加費】会員7000円、非会

員9000円、学生10000円（W

e b（会員）4000円、（非会員）

6000円）

【大会長講演】「『食をすること』

を支えるチームとシステムを考え

る【合田敏尚大会長【理事長講演】

「食生活支援活動と日本健康・栄

養システム学会の役割」三浦公嗣

理事長【リレー講演】「栄養ケア

の現場と政策をつなぐ視点」【シ

ンポジウム】「令和3年度介護報

酬改定により栄養ケア・マネジメ

ント改革はなされるか？」

日本臨床栄養学会との企画合同

シンポジウム「在宅医療・介護を

支えるチームを創る」などの企画

が満載です。小山も介護報酬改定

のこととお話しさせていただきま

すので、管理栄養士さんは是非参

加してください。それと、市町の

介護保険行政担当者、民間の研修

会にも参加されることが稀な行政

の管理栄養士さんや看護職の方、

もちろん行政機関に勤務している

医師や医療・福祉関係職種の方は、

時代遅れにならないために参加さ

れませんか。皆様、インフルエン

サーになって下さいませ。

【大会事務局】静岡県立大学新

井英一教授

Email: arai@u-shizuoka-ken.ac.jp

7月3日全日で「第7回地域

包括ケア病棟研究大会」開催

仲井培雄先生が会長の地ケア病

棟の大会です。

【テーマ】「地域と共に栄える地域

包括ケアの新たなステージ」【大

会長】戸田爲久先生（社団法人

生長会ベルビアノ病院院長）【日

程】7月3日9時〜17時で基調講

演は厚生労働省迫井正深医政局長

による「2040年を見据えた医

療提供体制の三位一体改革への推

進（地域医療構想、働き方改革、

医師偏在対策への方向性）、「（社）

日本プライマリ・ケア連合学会草

場鉄周理事長による、特別講演も

あります。7月9日〜18日にライ

ブ配信があります。

シンポジウム1「地域包括ケア

病棟のこれから（withコロナ

の時代に向けて）」では、砂川市

立病院病棟事業管理者の平林高之

先生司会で、新潟県立十日町病院

院長吉嶺文俊先生、在宅ケア移行

支援研究所長の宇都宮宏子先生、

副会長でもある衆議院議員安藤高

夫先生、常連登壇のHITO病院

理事長石川賀代先生が、公民急慢

の地ケアワールズの思いのたけを

ご披露いただけます。シンポジウ

ム2「地域包括ケア病棟における

補完代替リハビリテーションへの

取り組み」は仲井先生座長で、4

人のツワモノが、白熱した論議を

展開してくれるはず。わたし

は日本の病院のニューノーマル

を真剣に議論されている団体と

して、エコヒキしていますの

で、一緒に議論しましょう。【大

会ホームページ】<http://www.gakkaico.jp/jahcc7/>

5月22日午前中に介護経営

学会が小規模セミナー開催

田中滋会長の介護経営学会が新

しい取り組みとして、不定期なが

ら緊急性が高い 이슈を小規模

セミナーで議論します。

第1回小規模セミナーのテー

マ「経験から学ぶ、新型コロナウイルス

イルス対策」です。

【開催方法】Zoomウェビナー

によるWeb開催

【参加費】無料※今回のセミナー

は、会員限定開催ですが入会大歓迎

【申込方法】[https://](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

[mini_seminar/1th_mini_seminar](https://kaigokeigigakkaico.jp/past-activity/mini_seminar/1th_mini_seminar)

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 ✉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>

