

社会医療ニュース

共通言語として共有化されていないまま 言葉だけが飛び交う生産性議論のゆくえ

所長 小山 秀夫

厚生省老健局が発注元の「介護サービス事業における生産性ガイドライン」に関する研究班に一部分だけ参加したことがあります。現在でも「介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き」が活用されています。この手引きではつぎのように説明されています。

●一般的に生産性向上は、従業員及び労働時間当たり付加価値額を設備投資や労働の効率化等によって向上させるとされています。

●生産性は、Output（成果）／Input（単価投入量）の分数で表しますが、実際の生産性を向上させるためには、「Input」と「Output」の間にある「Process」に着目して取り組む重要性が指摘されています。

介護サービスの質のために介護業務のムリ、ムダ、ムラを省き、ICTなどを活用して介護マネジメントを徹底させようという趣旨はごもつとも当然視していたの

ですが、介護現場からの反応は「なんだかな」というものでした。生産性の向上といわれ「介護分野で生産性が低いのか?」「介護分野で生産性向上させれば質が上がるの?」「生産性の指標にはどんなものがあるの?」「突然、生産性といわれでも理解できない」という声を直接聞く日々が続いたのです。

2017年9月の衆議院解散にあたり当時の安倍総理が「生産性革命」と言葉を発しましたが、同年の「骨太の方針」に「人材育成と生産性向上」が強調されており、それ以降、官邸を中心に「生産性向上」の嵐が噴き出したのです。多分「介護」もその煽りを受けたのだと想像しますが、「医療」には無関係だろうという雰囲気だったように思います。

しかし、官邸は効率的な働き方を奨励し、労働法制で統制してでも強制的に実現することによって「働き方改革」を進め、結果とし

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 日本ヘルスケアテク/機内
電話 (03) 5244-5141 代
FAX (03) 5244-5142
E-mail: syakaiyou-news@nttp.com
HP: https://syakaiyou-news.com/
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
月 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

て生産性向上政策を展開しようと思図したのだと考えられます。生産性向上議論は対岸の火事だった医療界は、医師の残業規制による労働時間短縮という現実に対面して、慌てふためいたことは記憶に新しいですね。

ご存じかも知れませんが「生産性」とは、生産諸要素の有効利用の度合いである（ヨーロッパ生産性本部の定義）です。労働の視点からであれば労働の生産性、資本の視点からであれば資本の生産性となり、投入した生産要素すべてに対して産出がどれくらい生み出されたかを示す指標としては「全要素生産性」などがあります。よく取り上げられるのは「労働生産性」で、付加価値額を労働者数で除したものを「1人当たり労働生産性」、労働者×時間で除したものを「1時間当たり労働生産性」といいます。

付加価値／労働時間が「労働生産性」だと理解した上で、では「付加価値とはなにか」ですが、それは「労働によって付け足された価値を数量化したもの」とされています。問題は「付加価値」はどの

ように求めるのかです。

付加価値は、売り上げから原材料費を差し引く「除去法」と、人件費や利益などを足して計算する「加算法」があります。加算法の場合、つぎが対象です。①人件費②支払利息等金融費用③賃借料④租税公課⑤経常利益、そして⑥減価償却額の合計が「付加価値額」です。この足し算で⑥の減価償却費を除いた場合「純付加価値」と呼ぶ場合があります。

付加価値／労働時間の計算は分母と分子の増減で変わる！

労働生産性を向上させようとするのであれば、分母を減らすか分子を増やせば数値は増加し、逆に減少するわけです。ごく単純に考えれば仕事によってえられる付加価値が変動しなければ、人数を減らすか1人当たり労働時間を短くすればいいわけです。逆に、労働者×時間を固定しておけば付加価値を増やせばいいわけです。

付加価値は①から⑥までの合計ですから、人件費が経常利益か、それとも減価償却費のいずれか、または全てを増やせばよいということになります。ただし、付加価値額が同一なのに人件費だけを増やせば、経常利益がその分減りま

すし、逆に経常利益だけを増やそうと思えば、人件費などほかの費用を少なくしなければならぬこととなります。したがって「企業

の稼ぐ力を高めることが生産性向上だ」という主張は、付加価値額が増えた結果として経常利益が増えた場合は当てはまるかもしれませんが、付加価値額が増えれば当然、人件費を引き上げざるを得ないので、稼ぐ力≠経常利益だけではどうにもならない場合もあるかもしれませんので、そう簡単なことではありません。

人件費が増加して経常利益も増加する介護保険事業には

介護保険事業の生産性を向上させる基本的要件は、介護現場の労働者数を削減するか労働時間を短くすることに注力されているようですが、介護保険事業者の「売上」のほとんどは利用者負担金と介護保険報酬などなので、どちらかあるいは片方の金額を増加させれば生産性は向上するわけです。同一条件下で介護保険報酬を引き下げれば生産性は低下します。人件費を政府の強権で引き上げても経常利益が低下したのでは生産性は維持できません。最も危険なのは、減価償却費を少なくするため新たな投資をひかえことにより経常利益を確保しようとする行為です。

こんな単純なことを、介護保険報酬とか、診療報酬改定作業において為政者側で業務をなさる方は、理解できないわけではないと思います。

誤解されている介護の生産性議論でそれを向上させるのは簡単ではない

所長 小山 秀夫

昨年12月17日に公益財団法人日本生産性本部は「労働生産性の国際比較2021」を公表しました。この中で20年の日本の労働生産性（時間当たり・1人当たり）の国際的位置づけや19年の製造業の労働生産性比較とあわせて、20年4から6月期以降の労働生産性の変化についても分析結果が示されています。大変貴重なものです。

まず、20年の日本の時間当たり労働生産性はOECDに加盟している38か国中23位で、順位は70年以降最も低くなっています。就業者1人当たり労働生産性は、OECD加盟38か国中28位だと、具体的金額で説明されています。つぎに、19年の日本の製造業の労働生産性水準（就業者1人当たり付加価値）は、米国の65%と、ドイツをやや下回る水準であり、OECDに加盟する主要31か国の中でみると18位だそうです。

日本の労働生産性は低いことはよく分かりますが、読み進んでいるうちに「⑦教育・社会福祉サービス業の労働生産性トレンド」という項目があり、その中でつぎのように書かれています。

「日本では、教育や社会福祉といった分野には各種補助金を含

む多額の政府資金が投入されており、人員配置などにも規制がある。事業を運営する法人も、それにどうしても縛られざるを得ず、他の産業分野ほど自由な活動ができるわけではない。そのため、付加価値を拡大して労働生産性向上に事業者が取り組むインセンティブが他分野ほどなく、それが労働生産性にも影響しているものと考えられる」。

意味は分かりますが、ビックリポイントです。要するに教育や社会福祉といった分野は労働生産性が低く、労働生産性向上に事業者が取り組むインセンティブが他分野ほどない、といわれているのです。その通りなのでしょうが、このことと1頁に書いた介護サービスの生産性向上の取り組みというテーマが、わたしの頭の中で激しくぶつかり合います。多分、医療サービスも同様なのでしょう。

構造的に生産性が低いのにそれでも向上させるという

なんか暗澹たる気分になり、そもそも「生産性」に関する議論は、どうしてこんなにも注目されるようになったのであろうかというところで、本格的に勉強し直してみ

ことにしました。

生産性は経済学の重要なテーマで、専門家の間では盛んに議論されていることがまずわかりました。と同時に、どう考えても日本の時間当たり労働生産性がOECD加盟国の中で、順位が低下していることを問題にせざるをえないことが明確にわかりました。

それと、17年になぜ「生産性革命」などということ安倍首相が発言したのか真意を探るべく、時系列で考え直してみました。確証はえられません、どう考えても「大胆な金融戦略、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略」という3本の矢」の成果が確認できない原因を「生産性」に責任転嫁しようとしたのかもしれないと、勘ぐってしまいます。もう忘れられたかもしれませんが、新たな3本の矢は「希望を生み出す強い経済、夢を紡ぐ子育て支援、安心につながる社会保障」で、「長年手つかずだった日本社会の構造的課題である少子高齢化の問題に真正面から挑戦したい」と安倍首相は意気込みを示しましたよね。人口減少を食い止めることも、生産性を少なくとも現状維持することも、実は大変難しい課題で、複雑系の難問です。それなのに「介護の生産性」などを求められている現状を、どのように受け止めたらいのでしょうか？

誤解されている生産性を実現するのは至難のワザ

ということ、介護や医療の労働生産性はどのようになっていくのか？労働生産性向上に事業者が取り組むインセンティブが、本当に低いのか？もし、それでも労働生産性を向上させるためにはどうすれば良いのか？などについて考え始めたのです。これが難題で、積乱雲がモクモクと立ち上るような感覚になり、時間ばかりが経過している状況にあります。

本も何冊も購入し一応読ませていただきました。経済学者の難解な論文も眺めさせてもらいました。正直に言って、数多くの第1線経済学者が研究に没頭しているのに、凡人に理解できたことはつぎの3点だけです。

第1に、「生産性」を完全に理解することは簡単ではないし、誤解されていることが沢山あり、まして生産性が何によって向上するかを説明できないらしい。

第2に、それでも産業の実態を詳細に分析したり、あるいは生産性が向上した国の分析や国際比較をしてみると、エビデンスをえられる場合があるが、それを単純化して他国で普及させても結果として「向上」したかどうかは確かめられない場合が多いらしい。

第3に、生産性にはICTやデジタル、AIやロボットが関係し

ていることは間違いないが、各国の研究者が膨大なデータを収集している過程で、これらと生産性の関係は証明されていないらしい。

介護の生産性向上等を継続的に介護経営学会で議論して欲しい

はつきりいって、生産性については誤解が多く、何が影響しているかも不明な現状で、介護の間接業務のムリ、ムダ、ムラを省き、余裕が生じた時間をケアの直接業務に振り向ければ「介護の質は向上」することになることもあるのだろう。しかし、デジタルやロボットを活用できれば、例えば、3人がかりで実施している介護業務を2人で実施できるかのような目的で、介護業務の労働生産性を議論することは至難の業であり、まして介護分野での生産性向上に関するインセンティブをどのようにつけるのかという議論は始まっていないというのが、とりあえずの結論ということになります。

この課題については、今年、日本介護経営学会でも研究し、議論していただきたいと強く希望を表明していますので、多くの方にご参加いただきたいのです。

以下の本を読んでいただければ、生産性に関する議論は多数あり、どれもそう簡単ではない事実が理解できると思います。森川正幸「生産性 誤解と真実」日本経済新聞出版社。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第26回 患者の選択肢拡大について①

北部上北広域事務組合公立野辺地病院 病院長 事業管理者 一戸 和成



今回から、複数回にわたり、患者の選択肢拡大について政策提言されている研究会の報告書を解説してみたい。

○国民は日本の医療に満足しているのか

2021(令和3)年11月22日、一般社団法人サステナヘルスのホームページ上に、「患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会」報告書「医療従事者と患者の共有意思決定が成り立つ社会の実現に向けて」が公表された。(https://sustainablehealth.jp/events/534) まやに、見出しにある課題を考えるべく、各方面の有識者が参集し、検討を重ねとりまとめたものだ。現在の日本の医療制度、医療保険制度において、国民・患者が課題と考えている点を浮き彫りにしつつ、人口減少・高齢化・医師の偏在是正・医師の働き方改革・コロナ後を見据えた医療提供体制・デジタル化といった昨今の政策課題も踏まえた検討を行い、課題解決の方向性として5つの政策提言がなされている。

○国民・患者と医師との認識の「溝」日本の医療(保険)制度は、世

界に冠たるものとして誇るべきものであり、2020(令和2)年9月に公表された日医総研ワーキングペーパー「第7回 日本の医療に関する意識調査」(以下、第7回調査)でも、受けた医療の総合的な満足度は92・4%(満足+まあ満足の合計)と高い割合を示し、総じて国民は日本の「医療」について評価している。

しかし、受けた医療に満足していない主な理由としては、日本の医療(保険)制度の特長であるフリーアクセスのため生じる「待ち時間」を除くと、「医師の説明」「医師の態度や言葉使い」や「医師の資質」「医師と患者のコミュニケーション」「患者の価値観を重視した医療」など、医師や医療従事者とのコミュニケーションや説明といった点の評価が低いことが分かる。

国民・患者が「安全・安心な医療」を提供されていると実感するためには、医師や医療従事者との信頼関係の構築が不可欠であり、この結果を踏まえれば、治療に向き合う際の患者と医師との関係について、施策上の検討の余地があることが示唆される。

○医療の標準化の遅れと多様な選択肢を求める患者

第7回調査において、医療全般の評価の中で最も低評価だったのが「診断や治療の標準化」である。また、2017(平成29)年7月の第6回調査との比較では、「医療の平等性」の項目において違いが見られた。第6回調査では「所得の高低によって、受けられる医療の味が異なってもいい」という回答が、高所得層(等価所得500万円以上)で20・0%であったのに対して、第7回調査では、高所得層で34・2%と1/3を超えている結果となっており、医療に対して多様な選択肢を求める傾向が出てきていることがわかる。

こうした背景を踏まえ、医療の標準化や治療方法の選択肢提示、医療機関に関するデータの国民・患者への提供についての現行政策を見てみると、医療の標準化や治療方法の選択肢提示については、「EBM(根拠に基づく医療)普及推進事業(Minds)」が行われているものの、患者に対しガイドラインに記載されている内容(エビデンスや標準治療法など)をもとに、治療法(医療技術)の選択肢提示やそれぞれの治療成績などについて、丁寧に説明することを条件にしているものはない。また、医療機関に関するデータの国民・患者への提供については、ま

ず、「医療の質の評価・公表等事業」があるが、開始後10年が経過してもなお参加病院が増えず、「臨床評価指標(Quality Indicator)」も各病院団体間で統一されていない。次に、「医療機能情報提供制度」があるが、提供する情報の内容が分かりにくい、都道府県ごとにデータの統一性がないといった指摘があるなど、国民・患者にとって必要かつ十分な情報が提供されているとはいえない。

○横たわる課題

国民が求めている医療の標準化や公表されているデータを比較検討し、自らの価値観をもとに治療方針を決定したいという希望に対して、現行政策における課題は、

▼各種制度で収集したデータの取扱いが、医療機関にフィードバックし、医療機関自らがそのデータを基に改善改良を行うことを中心に考えられており、国民・患者が、医療機関や医師を選択する際に、治療実績やアウトカムデータを簡単に比較できる制度設計や公表基準になっていない

▼国民・患者にデータを公表しよいうにも、リアルワールドデータからのデータ分析に制約があり、また、データ収集には電子カルテの標準化が不可欠であるが、全く議論が進んでいない

▼エビデンスについては、関連学会等による指針やガイドライン等

の見直し状況を、行政が適切に把握できていない。また、既記載の医療技術の再評価も進んでいない

○研究会の目指したもの

研究会では、このような課題を踏まえ、①医療の標準化を推進するためのデータベース、エビデンスの整備、②医療機関や医師等の情報がわかりやすく国民に届くための環境整備、③医療機関や医師等が、患者に対し信頼できるデータ・エビデンスをもとに丁寧に説明する環境整備を行うことを提言し、それにより、国民・患者が病

適な治療法(医療技術)に出会えるような環境を整えると同時に、その選択肢を拡大することを目指している。次回から、政策提言の中味を具体的に解説したい。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(13)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■通常国会前の訪問

1月20日、会津若松市の企画調
整課から封書が届いた。封筒の中
には内閣総理大臣官邸と横書きさ
れた鳥の子色の封筒が入っていた。
開封すると岸田文雄さんからの
札状だった。封の中には、和紙
風A4用紙に縦書きで車座意見交
換会への参加と私の意見に対する
お礼の言葉が印刷されていた。内
容は、4段構成で最初に政府取組
みへのお礼が、次に私の意見に対
する感想が記され、3段目にデジ
タル田園都市国家構想が実現に向
かっていること、4段目に新しい
資本主義実現への意欲が記され、
末尾に筆字で名前がサインされて
いた。これを読んで官邸スタッフ
の優秀さを感じた。

私は、デジタル化・ICT導入
を推進している企業の代表として
車座意見交換会に参加した。会場
となる「スーパーシティA i C T」
は、病院の近くなので徒歩で向
かった。周辺には大勢のSPと思
われる体格の良いスーツ集団と制
服警察官が警備にあたっていた。
私は、思い付きで裏口から入って
みようと裏口に向かった。階段を
上がり、建物に入ろうとすると、
入口には市の職員とSPらしき2
人がいた。コート姿で黒カバンを
持っていたので身体検査されると
思ったが、すんなり入館できた。
予想外だった。そして開始まで意
見交換会場で待機した。

車座意見交換会に市民を代表し
て参加したのは、5人だ。1人目
は、地元青果問屋の4代目で地域
商社やワーケーションによる地域
中小企業の売上拡大に貢献する地
域プロデューサーのAさん、2人
目は、アクセンチュアとSAPが
連携して開発した中小企業向け
のERP (Enterprise Resource
Planning) 企業経営の基本となる
資源要素(ヒト・モノ・カネ・情
報)を適切に分配し有効活用する
計画・考え方を導入し、中小企業

の生産性向上に取組んでいる製造
業社長のBさん、3人目は、デジ
タルで次世代を担う若者を代表し
て会津大学コンピュータ理工学部
2年の女子学生Cさん、彼女は千
葉県出身で車の免許がない。4人
目は、昨年からスマートアグリを
導入し、トマトのハウス栽培を遠
隔管理するとともに、農家と飲食
業の作物(トマト)需給マッチン
グサービスにより生産性向上に取
組んでいる農家代表のDさん女性
だ。そして5人目が私で、デジタ
ルによる医療改革を進める中核病
院関係者としての参加だった。司
会は会津若松市スーパーシティの
アーキテクトでアクセンチュア福
島イノベーションセンターセン
ター長のEさんだ。

車座意見交換会の準備は、1週
間前から取組んだ。役割分担、発
言の順番と内容、一人ひとりへの
時間配分が決められた。私に割り
当てられたのは、3番目の発言で
前半3分と後半の2分だった。前
半では事業所及び自己紹介したう
えで規制緩和の要望を伝えること
としていた。後半では話の流れに
沿ってもう1つ要望を説明するこ
ととしていた。

と、会場の様子をビデオで記録し
ていた。一方、地元マスコミは車
座意見交換会の会場での取材が認
められないため会場から締め出さ
れるので、事前取材を参加者にし
ていた。私も地元新聞社の取材を
受け、意見交換会で話す内容を答
えた。そのため次の日の朝刊では、
記者に話した内容がそのまま紹介
されてしまい、総理にお願いした
だけなので少し不安になった。会
場の設定は、記者団から向かって
扇の中心に総理が座り、その右に
司会者、左に私が座り、順に参加
者が配置された。

意見交換会会場に総理一団が到
着し、全員が着席すると、内閣広
報担当者から開始のアナウンスが
流れた。すると一斉に撮影がはじ
まった。これでは緊張しないわけ
がない、メモを持ってきて良かつ
たと思った。順番がきて、総理の
顔をアクリル板越しに注視しなが
ら、メモに沿って自己紹介し要望
を伝えることができた。自己紹介
では、他の参加者は「私は：：」
で説明していたが、少しでも総理
と官邸スタッフに印象を深めても
らおうと、「ここA i C Tの近く
で、年間7千台以上の救急車を受
け入れ、約2千3百人が勤務する
竹田総合病院で、経営管理を担当
している：：」といった言い回しで
入っていた。マイナンバーの規
制緩和も伝えることができたし、
話す姿勢も何とか最後まで維持で
きた。緊張でうまく内容を伝えら
れないときは、総理の隣なので、
このメモを渡そうと予備を持参し
たが必要なかった。意見交換会は
2部構成で、前半はマスコミあり、
後半はマスコミなしだった。内閣
広報と県警は引き続き撮影してい
た。マスコミ退後は、総理から
切り出し、総理からの質問で終了
した。聴き役に徹するとの評判
だったが、意外だった。案外、事
前学習していて、通常国会前に生
の情報を収集しておこうとしてい
たと思う。これもスタッフの段取
りなのか、とも思った。あっとい
う間の1時間だった。

車座意見交換会が終了すると写
真撮影だった。岸田総理を真ん中
に、市長、司会者、5人の出席者、
そこに地元出身の衆議院議員と参
議院議員が加わった。私は後列に
陣取ったが、どんだん端に追いや
られた。皆、岸田総理の隣を狙っ
たからだ。そこまでするのか、が
私の感想だ。

意見交換会への出席者と市関係
者は、総理大臣の来訪により、スー
パーシティ実現に一層取組もうと
思ったに違いない。その気にさせ
られた1日だった。

総理は、郡山駅までは新幹線で
移動し、駅からA i C Tまでは高
速経由、専用車で移動したとのこ
と。しかも途中は、赤信号には当
たらず、ノンストップで会場に到
着したらしい。やはり凄い。

■車座意見交換会

会場には既に、多数の官邸担当
のマスコミが陣取り、撮影の準備
を進めていた。他には県警のカメ
ラマンが一部始終を撮影しよう

この1か月の 喜怒哀楽



サン＝サーンスの動物の謝肉祭のことを昨年12月号で書きました。「謝肉祭ならシューマンだろうが」「ベルリオーズが最高じゃない」「ドヴォルザーク忘れているの」とか、いろいろなメールいただきありがとうございます。クラシックファンが絶滅危惧種などにはなりえないと、改めて感謝します。

わたしは、動物の謝肉祭のことを書いただけのつもりだったので。シューマンの「ウィーンの謝肉祭」は素晴らしいですし、ベルリオーズの「ローマの謝肉祭」はお気に入りです。ドヴォルザークの「謝肉祭序曲」は落ち込んだ時に元気がでますよ。ヨハン・シュトラウスにも、ストラヴィンスキーにもチャイコフスキーにも「謝肉祭」と題する曲がありますよね。

このほか多くの作曲家が謝肉祭と題する曲を創っているらしいのです。それはそうでしょう。だってカーニバルと題する曲は、クリスマスソング並みにあるはずですよ。スウェーデンの人気バンド、カーディガンズの「カーニバル」はロンドンで大流行しました。「そういえば山口百恵さんが歌った曲

もあつたぜ」なんてつぶやいてる方もいらっしやるかもしれませんね。

今年のカーニバルは2月24日から3月1日です。気分だけでも大いに楽しみましょう。

◎ワクチン騒動は続く

おかげさまでワクチン追加3回目接種券が届きました。すぐに、かかりつけ医に連絡しましたところ「すべて予約で埋まっていますので、いつになるかわかりません。市の集団接種に連絡してみてください」というご返事です。何が何だかわからないまま三鷹市のコールセンターに連絡しますと、親切丁寧に説明いただきスムーズに予約が取れたので拍子抜けです。ただし、ファイザーでなくモデルナということになりました。

よくわかりませんが、1回目と2回目ファイザーだった住民は「3回目もファイザーでない」とダメだ」と判断しているようですが、どこが発信元なのでしょう？政府は、どちらでも構わないと言明していますよね。

ワクチン接種では、5歳から11歳までについて「強制はしない」「持病があるお子さんは摂取した方が良いでしょう」とされていますが、どちらが良いのかの政府の公式な判断は示されていません。予防接種が科学的に絶対安全だと断言できる人は、過去の歴史

からみても誰もいないのかもしれませんが。結局、自己責任、子どもの場合には親の判断ということになるのでしょうか。

このような状況で「ご自分の判断でどうぞ」といわれると、決められない、自分では決めたくない、どうしていいかわからないという人は少なくありませんよね。そもそも「決める」という行為は、それ自体リスクなのです。自己決定したことについての結果責任は自分ですから、自分で決めていないから結果が悪ければ「政府のせいだ」といいたいの自己決定できないのかもしれない。もし、そんなことならワクチン騒動は続きますね。

完全無欠の安全神話とか、決めるというリスクを回避し何も決められないとか、誰かが決断したことに従うが全面的に責任とって欲しいなどということを考えて、1人ひとりが選択することを前提とする民主主義というのも、理想は高いが実態はポピュリズムに過ぎないのではないかと反省するしかないものなのかどうか、わからなくなるのです。「判断するにあたっての正確な情報が不足している」のは確かですが、いつの世も情報不足でも判断せざるをえないこともあるように思います。それにしてもオミクロンは、相手ごわいですね。何しろ、感染スピードが半端ではない。

◎横須賀基督教社会館長の警告の本質とは何か

考えず、惑わず、疑わず、命令に服するのみ。楽なんです。依存ですから。しかし、なんと愚かだったのか。

私は、90歳になって初めて、戦争を語らなければならぬと思いましたが、（以上：阿部志郎「信念に、生きる―隷属から自立へ」燦葉出版社、2018。）

全体主義の社会では、上司の命令に絶対服従していれば楽で幸福なのかもしれませんね。自分で考え、いろいろ惑い苦しみ、なんでも鵜呑みにしないで自分で判断するのは、とてとても大変なことです。

北朝鮮から大型ミサイルが発射され、ウクライナのニュースに固唾をのみ、台湾の人々の平和と安全を祈る毎日で、全体主義下に生きる人々と民主主義体制下で暮らしているわれらとは、人としてそれほど大きな差はないのかもしれませんが。

今、社会福祉思想の碩学であられるキリスト者の今の時代に潜む「危うさ」への警告を、心静かにかみしめることが必要なのではないでしょうか。どんなにつらくとも、自己決定しなければならぬということが、いかに大切なのか

を学びましょう。

◎医師への蛮行に怒る狂う

埼玉県富士見市で医師の鈴木純一先生が、44歳の若さなのに猟銃で虐殺されました。とてつもなく大きな怒りが沸き立ち、我慢を抑えきれません。報道は断片的で、犯人の動機や事実関係の全てが解明されているわけではありません。鈴木先生は約300人の患者さんに関わり「自分の時間を犠牲にして、在宅医療に命を懸けていた」と報道されました。これから先のことを考えても、鈴木先生が身罷られたことで、地域医療は大打撃で、余人をもつて代えがたき在宅医が蛮行の犠牲者となってしまったことは、大きな悲しみです。

12月17日に北新地でガソリンによる放火犯罪で「働く人の西梅田」ところからだのクリニックの医師をはじめ26名の方が虐殺されました。この事件も「医師に対する逆恨み」事件として痛ましいものです。医療は医師と患者さんの信頼関係で成り立つものであることに間違いは全くないはずですが、蛮行の対象が医師であることに耐え切れない思いが募ります。どうしたら再発防止できるのか考えています。よくわからなくありません。

罪を憎んで人を憎まずという心境には、未だ到達できないままです。

医療の沸騰点



人口を論ぜずに社会・医療を語ることなかれ
済生会熊本病院医療情報調査分析研究所 所長 副島 秀久

COVID-19のデルタ株の感染はオミクロン株にほとんど入れ替わりつつある。重症例が少なく無症状も多いというデータから見ると弱毒化は間違いないだろう。ただ、感染者（PCR検査陽性者）の数は倍々で増加していることをみると感染力は相当強い。COVID-19の病態が変わりつつあるのだから、防疫体制つまり戦術も変更すべきだろう。人流抑制やクラスターつぶし、会食制限、無症状者の検査、濃厚接触者の探索などはここまでくると効果がなさそう

だ。ワクチン3回目の接種が早く進めば何とか制御できそうだが、その前に感染拡大が進むかもしれない。いずれにしろ抗体保持者が5-6割を超えると急速に患者数が減ると予測している。そして最終的にはインフルエンザと変わらなくなるだろう。いつになるかはわからないが。

COVID-19の影響もあって出生率がさらに低下しつつある。2021年の出生数は80・5万人と予測より低下し、少子化がもたらす社会的影響がより早く出てくると思う。「日本の将来人口推計」平成29年推計）によると出生数が

80万人を割るのは2033年の予測だったが、減少スピードを考えると80万人を割るのは本年つまり2022年中で、予測より11年も早く、もはや時間は無い。合計特殊出生率が1・36(2019)、1・34(2020)で減少率を考えると2021年は1・3前後と予測される。多くの政府基幹統計の人口予測は特殊出生率1・35で算出されているので、これも修正が必要となる。さすがに人口予測には誤りはないと信じるが。

この恐ろべき人口減の加速は医療制度も含め社会全体の維持が困難になることを示している。予測されていたからこそ、現在まで市町村合併や地域医療構想などの議論が進められてきたが、そのキーワードは集約である。市町村を集約して行政効率を上げ、限られた財源を有効に使うという計画で、一定の効果を上げたが、貧乏自治体同士の弱者連合ができ、効率化が得られないと面積が広く

なっただけでもたれあいに負担が増し行政サービスの水準が下がる。一方で裕福な自治体、例えば大企業の工場があるとか、もともと所得の高い層が住んでいたところ

などは自力でやっていけるので、わざわざ貧しい自治体と親戚になるのを嫌がる。ここで格差が生まれる。

先日の総務省の発表によると人口減少率などから「過疎地域」に指定される自治体が、全国の市町村の半分を超えたこと、熊本県でも市町村の62%がすでに過疎地となっている。今回、全過疎地に指定されたのは人吉市で2020年7月の大水害がとどめを刺すように過疎地認定となった。過疎自治体が5割を超えるのは1970年の指定制度開始以降初めてというが、地方創生策は効果がなかったということになる。効果的でなければこれも作戦

を変えなければならぬ。政府が返済の7割負担で自治体を支援する過疎対策事業債（過疎債）の費用として、総務省は2022年度当初予算案に前年度比200億円増の5200億円が計上され、2012年度の2900億円から約1・8倍に増えている。財務省によると、地方の債務残高は2021年度末時点で約193兆円に上る見込みで、過疎化が財政悪化の要因ともなっている（全国過疎地域連盟）。

集約のキーワードは自治体病院でも同じで一戸氏が本紙に書いているように財政の弱いところが公立病院を維持するのは極めて大変だ。もちろん一戸氏のようなやる

気と見識のあるリーダーがマネージすると回善する例もあるだろう。ただ、それでも人口が減っていく、それもドラスティックに減っていく地域では更なる集約と効率化を図らなければ医療の維持は厳しい。しかし、ここで集約して新病院を建てるといった安易な方法ではますます赤字を増やすだけとなる。新病院を建てると患者も増え、スタッフも集まりやすいというのにはや幻想だ。給与を上げて人も年寄りも絶対数が減りつつあるからである。

人口はインパクトのあるものはないのだが、昔から人口過剰で混雑体験や食糧難を経験した人にはあまり深刻に捉えられてないようだ。鶴見俊輔の対談集10巻「国境とはなんだろうか」に司馬遼太郎との人口談議が出てくるので引用してみた。双方とも同じような認識で「今の日本は人が多すぎる。今（1979年当時）の半分ぐらい5000万人ぐらいでちょうど良いのではないか」と文壇の双壁が無邪気に述べている。のんきな時代であった。先進国では急激な人口減、出生率の低下が持続可能性の最大のリスクになりつつあるが、当時はほとんどの人がまだ人口過剰の意識が強く、人口減への対策はなかったようにみえる。

過疎が進むと何が起るかは容易に予想できる。人が減る→経済

力が弱る→雇用が減る→人口減の加速という負のサイクルが回り最終的には消滅となる。急に出生率が跳ね上がるとか大工場が近くにできるとかは期待しないほうがよい。そういう稀なことがあれば極めてラッキーと言わざるを得ない。前提として人口は減る。今までのやり方では無理だ。縮小する社会での機能維持は共同、協力、連携が重要だ。今後、多くの過疎地で病院は撤退戦を戦うことになる。撤退は進軍より難しいが、誰かが責任をもってやらなければ次の世代が困る。

日本では多くの地域が一人生まれで二人死ぬという状況で、頼みになる戦力も戦費も乏しくなりつつある。縮小する社会に好んで資本投下する人はいないが、医療が急に不要になるわけではない。維持しながら縮小させる戦はむずかしい。唯一新しいテクノロジーを導入して新しい医療形態、体制を作ることによってのみこの撤退戦は戦えるだろう。

既成の概念から離れた思い切った改革プランを在野から募集したらどうだろうか。しがらみから逃れられず、なにも変えたくない官ではなく、利潤だけを求める民でもない医療人材が、特区を作って新たな発想を実現させるのも面白い。残された時間は少ない。思い切った手段でトライさせてみる

ことだ。

世界中の人が「いつだ?」と思っ
ていることを「もうすぐだ」と断
言できることは、凄いです。

1月末の世界のトップニュース
は「ハンス・クルーゲWHO欧州
地域事務局長がAFP通信のイン
タビューに応じ、オミクロン株が
猛威を振るう欧州で、パンデミッ
クが収束に向かう可能性があると
する見解を示した」ことだと思い
ます。

「3月までに欧州の人口の60%
がオミクロン株に感染する可能性
がある」が、その流行が落ち着け
ば「数週間から数か月は免疫が維
持された状態になるだろう」「今
年末頃にコロナ
が再び流行する
可能性はある」
ものの、「再流
行してもパンデミックにならない
かもしれない」との見方を示した
のです。

また「オミクロン株が欧州全域
に急速に広がる現状では、感染防
止策より病院や学校、経済活動を
守る取り組みを重視すべきだ」と
し、「このウイルスは何度となく
我々を驚かせており、引き続き慎
重な対応が必要だ」と述べたと
いうのです。

重要なことは、当然、今後も不
測の事態は起こりかねないが、欧
州のオミクロン株によるパンデ
ミックは収束の方向性がみえたと
いうメッセージを、権威も責任も

あるWHO欧州地域事務局長が示
したことです。

この報道では、感染者が1日
10万人を超えた日本のことには一
切触れていませんし、あくまでも
欧州での状況に過ぎないわけで
す。しかし、パンデミック発生か
ら2年が経過して初めて、科学的
な根拠のあるパンデミックの収束
に関する見解が「終盤に向かって
いると考えられる」ということが
貴重なのです。

クルーゲ局長の発言に注目する
理由は、22か月前になる一昨年11
月19日に記者会見を開き3点につ
いて言明したからです。

き、公正に行き渡るまでは安心で
きない」ので「小規模の発生で発
症を隔離するため検査が重要」と
言明した点です。

第3に子どもについて、11月20
日は「世界こどもの日」であり「子
どもは主要な感染ルートではない
ことを十分に考慮し、安易な学校
閉鎖は授業の遅れや、精神・社会
衛生上の悪影響もたらす」ので
「学校閉鎖を実行する場合は、社
会的支援が必要な子どもには十分
にケアするように」と発言した点
です。

当時のわたしは「そうなんだ」
と感心したことを覚えています。



それ以降「95%
以上の人がマス
クをすればロッ
クダウンは不
要」「ワクチンが世界にいきわた
るまで検査は必要」「子どもの学
校閉鎖は悪影響をもたらす」とい
う3点を呪文のように唱えてきた
のです。

第1は、「ロックダウンの可能
性について言及し、マスクは万能
ではないとしながらも、マスク着
用率が95%以上であればロックダ
ウンは不要で、60%未満であれば
ロックダウンは避けられない」と
の考えを示し「各国の政治家は、
早急に活動制限を解除しすぎる傾
向にあると是正を促しつつも、妥
結点としてマスク着用を徹底させ
ることを最低限すべき」だとした
点です。

第2にワクチンにより、新たな
希望が生まれてきたことを歓迎し
つつ「希望が現実になるまでには、
全ての国がワクチンにアクセスで

わたしはこの2年間パンデミッ
クについて、報道、著作物、イン
ターネットなどで大量の情報に触
れましたが、その中でもクルーゲ
局長の発言は、福音のように聴こ
えるのです。

それにしてもオミクロン株は、
凄いい勢いです。いろいろなことを
発言なさる人はいますが、結局、
何を発言するかではなく誰が発言
するかが重要なのです。 小山

医療介護経営研究会

医療界をリードする講師をお招きし、コメンテーターを交えて自由闊達な意見交換が
できる **経営者限定の会員制研究会** です。2003年に発足し200回を超えて開催してい
ます。社会医療ニュースの読者限定で3人まで**<無料での体験参加>**を受付けます。

九州 2/26 『骨太の方針2021 から読み解く医療の将来像』
慶應義塾大学経済学部 教授 土居丈朗氏

九州 3/12 『2022年度診療報酬改定』
厚生労働省 保険局医療課 課長補佐 金光一瑛氏

東京 3/26 『2022年度診療報酬改定』
厚生労働省 保険局医療課 ご担当者

九州 4 / 7 『医師事務作業補助者の役割と未来～こんなに病院経営に役立てる～』
特定非営利活動法人日本医師事務作業補助研究会 理事長 矢口智子氏



↓詳しいご案内はこちら↓
http://www.hcsrev-f.or.jp/WS000_list/



一般社団法人

医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム

東京都中央区日本橋本町2-3-11 日本橋ライフサイエンスビルディング408 TEL : 03-6262-5774

関連イベント情報 揭示板

令和4年度診療報酬改定に対応した急性期の栄養管理に関する研修会

日本健康・栄養システム学会がR4改定で評価された周術期、ICU・HCU等の急性期の栄養管理に関する研修会を企画しています。登録の準備を至急お願いします。

日時：4月9日(土) 10日(日) 23日(土)の3日間

費用：150000円(資料代含む)

定員：1000名でWeb開催

講師：東京大学医学部附属病院手術部の深柄和彦教授はじめ、そうそうたる講師陣にご内諾いただいています。研修会の企画段階から事務局長として小山も参画していますが、外科系病院必須の研修会で、先駆的管理栄養士からの症例検討や討議も充実しています。詳しくは学会HPをご覧ください。(https://j-ncm.com/)

未来研究所臥龍第15回 Think-in

日時：3月2日(水) 19~21時 会場：Zoom

テーマ：「未来を創る戦略的事業再編と経営改革」日立グループにおける事業ポートフォリオマネージメント」(仮題)

ゲスト：河村芳彦氏(日立製作所代表執行役 執行役専務 最高財務

責任者)

今回は医療・介護の世界から離れて、グローバル経済が大きく動く中で、日本を代表する巨大企業グループである日立製作所が進めている大胆な企業改革についてお話を伺うことといたしました。

昨年春、日立製作所は米IT企業のグローバルロジック社を総額約1兆円で買収すると発表し、国内外に驚きをもって報じられました。電機業界では過去最大級となるこの買収で、日立グループは14か国400社以上となるグローバルロジック社の顧客基盤を取り込みました。

現在、日立グループはデジタル関連事業の世界展開を強化し、今後の成長戦略の中核に据えてIT分野に経営資源を集中させると共に、非中核事業については積極的に売却を進めています。子会社である日立化成や日立金属の株式等も売却し、大胆なグループの再編を進めています。今や日立は我々の知る日立ではありません。

河村氏は、日立製作所の最高財務責任者(CFO)として、巨大な日立グループの投資戦略や事業ポートフォリオ戦略を構築し、統括されておられます。35万人の雇用者を擁する巨大グループといえども、社会経済の変化に合わせて

自己変革をしていかなければ生き残っていけない。

以上は香取さんからの招待状です。申込は2月26日(土)まで (admin@garyu.or.jp)

看護マネジメントの最前線 マネジメントスキルワークショップが変える臨床看護発行!

3月1日に日本臨床看護マネジメント学会編の書籍が発行されることになりました。

こちらは、当学会が10年行っている「マネジメントスキル・ワークショップ」のプログラムの紹介とそのプログラムに参加し、研修内容を活用して現場で改革を行ってきた受講者の体験を紹介した一冊となっております。

現場の実践に自信がある方は、それが何に基づいた自信なのか確かめ、自信のない人は自信を持つために何をしたら良いかを理解するためにお読みいただければ幸いです。(1980円(税込)、Amazon、学会HPにて販売予定 https://www.jsnam.com/ 日本ヘルスケアテクノ株式会社出版からの刊行第2弾です。)

看護マネジメントの最前線 マネジメントスキル・ワークショップが変える臨床看護 日本臨床看護 マネジメント学会 編 臨床のマネジメントノウハウを生み出し、看護業界全体をレベルアップして世界のモデルに!

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 ①kanri@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

