

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
東京都千代田区神田1-3-9
KTⅡビル4F 日本ヘルスケアテク/株内
電話 (03) 5244-5141 代
FAX (03) 5244-5142
E-mail:syakaiyou-news@nhtjp.com
HP: <https://syakaiyou-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)
普通口座 1712595
発行人 小山 秀夫

ポストリベラル保守と共通善資本主義 から社会保障施策をみるとどうなるか

所長 小山 秀夫

近年、欧米を中心に「ポストリベラル保守」と呼ばれる思想潮流が注目を集めています。これは、従来の自由主義が強調してきた個人の権利や市場の効率性に対し、その限界を指摘し、共同体・家族・宗教といった基盤的価値を再評価する立場です。自由主義的個人主義がもたらした社会的分断や孤立、経済格差の拡大に対して、より厚みのある社会的連帯を回復しようとする試みです。

支持し、従来の株主利益最大化を中心とする資本主義のあり方を批判します。労働者・家族・地域社会を守る経済政策を推進すべきだと主張しています。経済は単なる効率性の追求ではなく、社会全体の持続的な繁栄に資するものでなければなりません。

トランプ政権下でみられる保護主義的政策、家族重視の姿勢、宗教的価値観の尊重は、この思想潮流に理論的な裏付けを与えたものとして理解できます。このような理論において重要な役割を果たしているのが、ルビオ米国務長官やバンス副大統領に近い共和党「リフォーモコン」改革派保守の論客オレン・カス氏です。1983年生まれの彼は「共通善資本主義 (Common-Good Capitalism)」を

この「共通善資本主義」の議論を広げるならば、投資の概念を単なる金融資本や物的資本に限定することなく、人的資本投資や社会的資本投資を重視する方向へと展開することになります。人的資本投資とは、教育・再教育・職業訓練などを通じて人々の能力を高める取り組みを指し、社会的資本投資とは、信頼・規範・ネットワークといった社会的関係性を強化する施策を意味します。これらは目に見えないインフラ投資以上に、国の持続的な繁栄を支える基盤です。自由主義的市場社会において、教育はしばしば「個人の競争

力をもめるための手段」として理解されてきましたが、改革派保守の観点からすれば、教育は共同体全体の文化的継承や社会的統合を担うものなのです。教育を通じて人々は共通の価値観や規範を学び、社会の一員としての責任を自覚するので、教育への投資は、「人的資本投資」であると同時に、「社会的資本投資」であります。

ヘルスケアシステムは単なるサービス産業ではなく、国民の生命と健康そして生活を守る基盤的制度で、市場原理に委ねればしばしば効率性や採算性に偏り、弱者が取り残される危険があります。これを共通善資本主義の観点では、社会全体の健全性を維持するための不可欠な投資であり、健康な労働力を確保することは経済の持続性に直結し、社会的信頼が醸成される人々の資本の保護であると同時に、社会的資本の強化でもあるといえるのです。

社会保障政策はしばしば「再分配政策」として理解され、経済的効率性との対立軸で語られることが多いのですが、ポストリベラル保守の立場からすれば、それは単なる所得移転ではなく、共同体の一体性を維持するための基盤的制度ということになります。失業や病気、老齢といった人生のリスクに対して社会が支え合う仕組みは、人々に安心感を与え、社会的信頼を醸成することは、経済的効率性を超えた「共通善」への投資なのです。

ポストリベラル派保守は共同体主義的立場だ
20世紀後半から支配的だった自由主義（個人の権利・自由市場・小さな政府）が、家族や共同体を弱体化させ、格差や疎外を拡大したとポストリベラル派保守は批判します。個人は孤立した存在ではなく、家族・地域社会・宗教的制

共通的な思想史的背景には、カトリック社会思想とポストリベラル保守そして宗教右派が大きく関わっています。これらは自由主義の限界を批判し、共同体・家族・宗教的価値を重視する点で共通しているのです。

は、家族支援や地域コミュニティの再生を促進し、社会的連帯感を強化する仕組みを構築します。特に少子高齢化に対応した包括的な支援策の充実が必要でしょう。さらに教育では、地域社会や家庭との連携を強化し、子どもたちが「仕事に誇りを持てる社会」を形成するためのキャリア教育や職業訓練を充実させることが重要です。単なる知識伝達にとどまらず、社会的資本の育成も目指すことになるのです。

インフレーション下の社会保障制度 その改革のパーパスを考えてみよう

所長 小山 秀夫

日本の社会保障制度は、長らくデフレ環境に適応する形で調整され制度変更が加えられてきました。年金制度における物価スライド条項は、物価下落時に給付水準を抑制する仕組みとして機能し、財政の持続性を確保する役割を果たしてきたといえます。

近年のインフレーションは、従来の制度設計が前提としてきた「低成長・低物価」の環境を大きく揺るがし、人々の生活を脅かしています。食料品やエネルギー価格の上昇は生活費を直撃し、医療・介護・福祉分野では報酬改定の遅れが事業者の経営を圧迫しているのです。こうした状況は、社会保障制度の持続性と公平性に新たな問いを突きつけています。

年金では物価スライド条項により、インフレ時には一定の調整が可能であるとされていますが、医療・介護・福祉は数年ごとの報酬改定に依存しており、急激な物価変動に即応できにくい制度設計になっています。

その前提として、財源構造の硬直性に課題があることは確かです。社会保障財源は消費税と保険料に依存しており、景気変動や物価上昇に柔軟に対応できません。

高齢化率が30%を超える人口構造の中で、現役世代の負担は増大し、地方自治体の財政制約は地域格差を拡大させています。こうした背景が、インフレ下での社会保障制度の機能不全を起していると考えられることもできます。

インフレ下で起こる 複合的要因の顕在化

社会保障制度がデフレ基調からインフレ基調に変化すると、従来の仕組みは複数の課題を生じさせることとなります。

第1に、『制度設計の非対称性』です。年金には物価スライド条項があり、インフレに応じて給付額が調整される仕組みが存在しますが、医療・介護・福祉分野は数年ごとの報酬改定に依存しており、物価上昇に即応できません。このため、サービス提供者は人件費や物資費の高騰に直面し、経営難に陥る可能性が高くなります。

第2に、『財源の硬直性』が問題となります。社会保障財源は消費税や保険料に依存していますが、インフレ下では生活費の増加により現役世代の負担感が強まり、保険料徴収の限界が顕在化することになります。消費税率は名

目上増加するものの、社会保障費の伸びがそれを上回れば財政赤字が拡大するのです。

第3に、『人口構造の逆転』がインフレ下でさらに深刻化します。高齢化率が30%を超える中、現役世代の負担は増え、インフレによる生活費上昇が若年層の家計を直撃しています。世代間不公平が拡大し、社会的連帯の基盤が揺らぐ危険が生じてしまうのです。

第4に、『地域格差の拡大』が懸念されます。財政力の弱い地方自治体はインフレによるコスト増に対応できず、都市部と地方でサービス水準に差が生じる危険があります。これにより、地域間の不平等が社会保障の信頼性を損なう原因になります。

第5に、『制度への信頼低下』が生じる恐れがあります。給付と負担のバランスが崩れ、サービスの質が低下すれば、国民の間に「社会保障は頼れない」という意識が広がりかねないのです。これは制度改革への抵抗を強め、政治的合意形成を困難にしています。

持続性を脅かす 現場からの悲鳴

このようなデフレ基調からインフレ基調への転換は、結果として社会保障制度に「即応性・持続可能性・公平性・地域協働」という新たな質的要請を突きつけるので

はないでしょうか。

病院や介護施設および介護事業者は、人件費や物価高騰に対応できず、倒産や撤退が増加している傾向が明らかです。これは結果的にサービス供給の安定性を脅かしますので対応が必要です。

現役世代の負担が増す一方で、受益世代は年金の物価スライドで守られるため、不公平感が強まる傾向があります。世代間不公平の拡大は、社会的連帯の基盤が揺らぎかねないので、真剣に取り組まなければなりません。

人口構造の変化と地方財政の逼迫により、都市部と地方でサービス水準に差が生じ、地域格差は拡大する傾向にあります。地域間の不平等が拡大すれば、社会保障制度そのものの信頼が失われ、制度改革への抵抗感が強まり、単なる財政論にとどまらず、社会的信頼の危機が訪れることを認識することが必要です。

インフレ対応策として 連動型報酬制度の導入

では、どのような対応策が必要かといえ、医療・介護・福祉分野にも物価スライド的仕組みを導入し、サービス提供者がインフレに対応できるようにすることが思い浮かびます。しかし、議論の中心は昔ながらの負担と給付の均衡であり、急激な負担増は合意が得られないので給付を制限しようと

する方向に向かっていくように思います。

分娩費用が上昇しているので分娩費を医療保険の給付対象にして全世代型社会保障制度化するか、若年世代の生活費負担が増すため支援の強化をすることにより高齢者ばかりではなく全世代型社会保障制度に転換する。あるいは物価連動型の税制や保険料調整による消費税や社会保険料の再設計を行い、インフレ下でも安定的に財源を確保できる仕組みを構築する、などの議論ができますが即効性がありません。

本筋は病院や介護事業者が多少努力すれば経営継続性が確保できる適切な報酬引き上げ以外は考えられないのですが、経営が苦しいので物価スライド的仕組みを導入したらどうかということになります。しかし、その仕組みが過度に固定化されると、経営の効率化や新規参入・退出といった市場の新陳代謝が阻害され、結果として競争原理が働きにくくなる危険性があります。例えば、パンデミックに対応できず、病床使用率が70%以下で非効率な経営を改善できない病院や、医療の質が確保できず患者の人権が尊重されない病院を温存させる結果になってしまふ恐れもあるのです。

今一度、社会保障制度改革のパーパスを真剣に考え直すことが必要だと思っています。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第71回 入居者（患者）紹介ビジネスの根絶が必要だ

③ 高齢者向け住宅政策は正しかったのか？

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 副理事長 一戸 和成

2025（令和7）年11月5日

「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」のとりまとめが公表された。6月号と7月号のコラムで、患者紹介ビジネスの根絶に向けて提言を行ったが、残念ながら「ゼロ回答」である。先日、日本公衆衛生学会総会で興味深い発表もされたことから、高齢者向け住宅政策が正しかったのか考えてみたい。

○どこを向いて議論しているのか

検討会では、契約締結に際し事前に重要事項説明や、入居契約書の交付の義務付けの必要性が指摘されたものの、今更感が否めない。さらに、今回表面化した患者の囲い込みや、患者紹介ビジネスについても、一定の基準を満たした紹介事業者を優良事業者として認定する仕組みや紹介手数料の算定方法等の説明・公表の必要性が記載されているが、そもそも、入居希望者の知らないところで根拠なく設定されている「紹介手数料」なる金銭を介して事業者間でやり取りしていることが、高齢者を商品として扱っているのと同義であり、この点を深く議論している形

跡がないことが最も残念である。また、ケアマネ事業所やケアマネの独立性を担保する体制確保、入居契約とケアマネジメント契約が独立していることなども指摘されているが、これこそが介護保険制度の根幹であり、不祥事が起きてから原理原則をとりまとめに記載するようではお話にならない。結果、有料老人ホームの登録制が検討会提言のメインになっている

が、有識者検討会で緩い規制しか打ち出せない場合、規制の運用段階で、さらに骨抜きになることは想像に難くない。検討会とりまとめは、事実上の現状追認であり、結局、何も変わらないのである。

○中医協の論点提示と医政局のワーキンググループの対応の違い

11月5日の中医協に提示された、入院について（その4）で、療養担当規則では、経済的利益の提供により患者を誘引することは規制されているが、他の事業者へ患者を紹介することの規則は設けられていないとし、「患者の退院先となる介護施設等から当該医療機関が金品の授受を行っていることは患者本位の入院退院支援の実現

を阻害する恐れがあることから、金品を受け取っていないことを入院支援加算の要件とすることに、論点として提示されるなど、患者紹介に関する不適切な対応を是正しようとする姿勢が見える。

それと対照的なのは、10月29日の在宅医療及び医療・介護連携に関するWGにおいて、資料の欄外の「医療ソーシャルワーカー（MSW）の業務指針について、平成14（2002）年より改訂されておらず、MSWの業務は在宅医療の円滑な提供にあたって重要と考えられることから、業務指針の改訂についても本WGで議論することとしたい」との記載を引き合いに、MSW業務指針の改訂を進めようとしているが、患者紹介に関して、金銭の授受等の倫理指針に反する行為があったことは資料に一切記載がない。職業倫理にもとる行為があった場合の自浄能力が協会に期待できないなら、毅然とした態度で臨むべきで、腫れ物に触るような対応では情けない。

○日本公衆衛生学会総会での報告

10月30日の日本公衆衛生学会総会で、奈良県立医大の今村知明教授が「日本の死亡者数推計値に比して近年死亡者数が増加している要因の解析」について発表した。そのなかで、日本における死亡者数は21年から23年まで160万人

前後で横ばいとなっているが、23年に公表された社人研の推計値よりも毎年10万人ずつ多く（超過死亡）、都道府県別の増加死亡者数はサ高住の戸数の増加量と平均月収と有意に関連していることが明らかになった。その上で、サ高住における終末期の医療提供状況に迫っていくことで増加死亡者数を一定程度説明できる可能性が示唆されたと考察している。

高齢者の救急受入や訪問診療の現場を見ている筆者からすれば、この考察は妥当だと思う。サ高住等の高齢者向け住宅事業者による入居者の抱え込みと付随する訪問看護ステーションによる頻回の訪問、病態が悪化してからの、診療情報提供もない唐突な救急搬送依頼といった実態を見れば、超過死亡の理由は見えてくるだろう。

○社会的入院が質の悪い高齢者向け住宅に変わっただけではないか

令和7年版高齢社会白書によれば、65歳以上の一人暮らしは、2050（令和32）年には男性26・1％、女性29・3％となると見込まれているなかで、高齢社会対策大綱でも高齢者の住宅確保に課題があると指摘されている。実際、家族がおらず、ADLの低い持病のある高齢者が、1人で生活を継続することは困難で、経済的に許容される範囲内、かつ、地理的に近いところで、医療・介護サー

ビスの質を度外視しても受入れ先を探すことになる。

社会的入院（療養環境が悪かったではないかとの指摘はある）によって手厚く医療（介護）サービスが提供されていた時代とは大きな差が出ている。また、多疾患併存の高齢患者を、臓器別専門教育を受けてきた医師が専門外であるとして、救急受入や紹介初診を忌み嫌うという状況も、高齢者が行き場を失う理由なのかもしれない。介護施設側も、入居者の状態について医療機関側から面倒なことを言われるくらいなら、ACPという美名のもとに、入居者への最善の医療サービス提供を取ってしまっている可能性もある。また、高齢者自身（およびその家族）が経済的な視点で、医療機関への搬送をしなくていいと、受け入れてしまっていることもあるのだろう。医療保険財政・診療報酬の適正化や医療政策における病床機能分化のツケが高齢者に回り、人生の最後を穏やかに送るものとして政策的に作りだされた高齢者向け住宅の入居に際し、医療サービスの質も選択できない状況に追い込まれているのではないのか。弱い立場の高齢者の身になって考えると、今回の検討会とりまとめが、こうした課題の解決になっていないことは明らかだろう。地獄の沙汰も金次第では、あまりに尊厳がなく、悲しいではないか。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる (59)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■ユニット滞在期間とユニット移行ルート
を分析し臨床業務の改善を継続する

先号に続き⑥チームコンパスの本質、⑦データの活用、⑧今後の展望について報告する。チームコンパスは、臨床家が設計した「臨床コンテンツ」が、アプリケーションの「チームコンパス」で動くようになっていく。

臨床知識コンテンツである「PCAPS」はプロセスパスであり、患者状態に適応したパスシステムだ。臨床家が診療ガイドラインを踏まえつつ、現実の臨床プロセスを可視化し、共有化したもので、現実の臨床データに基づいて作成した診療ガイドラインとなっている。このPCAPSには、厚労省標準の看護実践標準用語と看護ナビコンテンツである標準看護計画が装備されている。

アプリケーションとしてのチームコンパスは、電子カルテ・検査システム等と連携して、患者状態の全体像を可視化するのに必要なデータを全部回収してくる仕掛けになっている。そして、専門職としての思考・判断を支援するシステムと位置付けている。具体的に

は、臨床の日常業務を効率・効果的に支援し、臨床家の思考をナビゲートする。そして、当該患者に関わっている多様な医療者の介入状況を可視化する。あるユニットに対してどのような専門職が関わって、どんなことをしたのか、それに対して患者さんはどんな反応をしたのか、ということが分析できる。つまりこのように得られた実際の臨床データを分析・評価して、臨床業務の改善を継続していくことを、このシステムの目標（本質）としている。

PCAPS統合システムの中にあるアナライザーは、チームコンパスの運用データと電子カルテ情報を統合して分析しフィードバックするシステムである。開発者は宮崎医大出身の中尾彰宏先生である。病院の中の経営評価や質の評価は当然だが、標準化されたコンテンツを使っている病院間での比較が可能となっている。つまりベンチマークが可能で、参加している病院の立ち位置がわかる仕組みになっている。そして、私たちの病院はここまでできている、ということができるので次の目標設定に活かせるらしい。

研究室としてやりたいのは、データ駆動型の臨床プロセス改善と説明されていた。臨床データに基づいた、改善のPDCAを回していく仕掛けを創りたいと説明されていた（データの活用）。

ユニット滞在期間とユニット移行ルートといった履歴の把握は、アナライザー分析で非常に重要となる。

ユニット移行条件は、毎日、チームコンパスのシステム画面に表示される。次々に表示される移行条件を看護師がクリックし条件が満たされると、次のユニットに移行できるサインが出現する。しかし実際に次に移行するかどうかは医師が判断する。ユニット移行が正確になると、現ユニットに看護計画が合っているかどうかを確認できる。ユニット移行サインがでると、現看護計画は患者さんに合わないこととなる。次のユニットでは次のユニットに合った看護計画を看護ナビで作るわけだ。だが、次のユニットでは出てこない観察・ケア項目を継続して盛り込みたいときは、それを簡単に残すこともできる。これが本来のPCAPSの姿であるといっていた。

■臨床知識の可視化、構造化、標準化、電子化で英知を再利用

以前東大では、知識の構造化研究を行っていたが、この研究室では、「臨床知識の構造化研究」を

行った。この臨床知識の構造化の研究成果をもとに開発したのが、PCAPS（患者状態適応型パスシステム）である。病院毎のパスというものは、表形式で、いつ何をするといった実行計画的なものだ。しかしPCAPSは、患者さんの状態に対応して、計画を実行する。患者さんの状態が変化したら、次のユニットに移って新しい看護計画を実行する仕組みになっている。従来のクリニカルパスとプロセスパスであるPCAPSの違いは3つある。1つ目は病院独自に作成したパスではなく、PCAPSは全国標準のパスを作成し、皆で使用する点である。2つ目は合併症にも対応するので離脱率が非常に低い点である。3つ目は様々な病院の知識を集約した全国標準のパスなので、医療業務の生産性の向上に寄与する点と保証している。しかも使用している他の病院と比較可能で、差異の改善に取り組める点もある。

PCAPSの導入により実現したい目標は、診療プロセスの質・安全保証システムの確立であるとしている（本質）。専門職の英知が可視化されていないと、他の専門職が使用できない。しかし、可視化するだけでは、使用しにくい。専門職の英知を構造化し、再利用性を向上させる必要があった。これまで例え話で、ワードのデータ

とエクセルのデータとは、どちらが再利用しやすいか尋ねると、圧倒的にエクセルデータが再利用しやすいと答える人が多い。なぜならそれは構造化されているからだ。だから、臨床知識も構造化できたら、再利用しやすいと考え、臨床知識の構造化に取り組んだのだ。臨床知識の可視化、構造化、標準化、電子化（デジタルデータ化）によって、チーム医療、地域医療を含めた新たな診療プロセスの質・安全保証システム確立の道を開くことが狙いとなった。

PCAPS開発研究の第1フェーズは、04年から16年までで、基本フレームワーク設計、用語整備、個別コンテンツの開発（約90コンテンツを10年かけて作成）、検証調査による病院間比較（7病院で）、アプリケーション開発（コンソーシアムを設置し開発に取り組んだが、各社順次撤退）に取り組んだ。PCAPS開発研究の第2フェーズは、17年からで、一般コンテンツ開発（3タイプで、730コンテンツを1年弱で開発）、アプリケーション開発（チームコンパス）、臨床医療の質改善を狙うため全入院患者に適用、病院への実装（急性期医療と慢性期医療）、そして今は、実装病院間の共同体制構築に取り組んでいる。今後の展望である実装病院間の共同体制構築は、非常に楽しみといえる。

小山所長の

喜怒哀楽



クリスマス・シーズンは楽しみです。特別なことがあるわけではありませんが、街のツリーやイルミネーションそして大雪の便りや冬眠しない熊騒動で一喜一憂しています。今年もトランプ旋風とA Iに明け暮れました。毎月のように新しいA Iが公表され暇つぶしに試しているだけでも大忙しです。ただし、生活の基調は本業なしの副業稼業で年収は大幅に減少して気楽な年金暮らしといたいのですが、いつまでも働かないと本も買えません。

日課として毎日のクラシック音楽と読書とミルクティーは欠かせません。今年購入した本を並べてみましたが、なんと最多はトランプ関連本というかU S Aの歴史・政治・経済・思想・哲学・宗教関連本です。本は情報が遅くなりま

すのでA Iにお願いして雑誌情報も検索しています。お気に入り『中央公論』『世界』などの雑誌で若手の文章を読み漁るのが楽しみです。

U S A関連本ではジャーナリスト・社会思想家の会田弘継さんの作品を同い年のよしみで読んでいます。『それでもなぜ、トランプ

は支持されるのか』（東洋経済新報社）は、興味深く何度も読み返しました。会田さんにはフランシス・フクヤマやラッセル・カークの訳本もあり、よく理解できないアメリカの保守思想を読み解いてくれています。『中央公論』11月号の会田さんの『ヴァンス副大統領が象徴するアメリカ思想の変動リベラリズムは終わり「共通善」が台頭した』はつぎのような文章で締めくくられています。

『アメリカ・リベラリズムは終焉を迎えつつあるように見えるが、ポストリベラルの時代に移行するのではなく、「共通善（コモングッド）」つまりコミュニティの要素を取り込み、新しいリベラリズムとしてよみがえろうとしているのかもしれない』（同163頁）。

長年、社会保障制度と病院管理学の研究者として過ごしてきたわたしの思想的背景は、リベラリズムと思ひ込んだのです。それが崩壊しそうな現象が世界で矢継ぎ早に起き、U S Aの体制変革（レジューム・チェンジ）を素直に受け入れられません。米民主党は精彩を欠き昨年11月の米大統領選挙後、バーニー・サンダース上院議員は民主党の敗北について「民主党が労働者階級を見捨てたことは驚くべきことではない。労働者階級が民主党を見捨てたのも当然だ」と声明を発表しました。民主

党が敗北したことでリベラリズムが後退したことが頭の中で混線し、リベラリズム路線が否定されたわけでも崩壊したわけでもないのではないかと勝手に理解しようとしています。

◎本屋の親爺顛末記

来年1月末で「こやま書店」は一時移転休店することになりました。これまでのご愛顧に感謝します。何度も申し上げさせていただきましたが、高校生のとき「いづれ神田で古本屋をやりたい」と思い、皆様のご協力で今年何とか開店にこぎつけました。愛着がある膨大な蔵書を二束三文で売り渡す決断ができず、結果的に経営できなくなりました。

本来であれば本を読みながら店番していれば損失は最小限なはずでしたが、教員退職以降も全国から呼び出していたく機会が減らず、店を開けられる日が少なくなりました。お呼び出しの案件の大多数は、旧知の病院経営者からのもので後継者問題、病院経営悪化とその対応策、M & Aへの対応、債務超過に陥った法人の立て直しなどの相談です。多くがコンサル

ティング会社と相談した上の相談ですので、正直わたしの出る幕はありません。中には誰にも相談できない秘匿性の高い案件があり、楽しいはずの店番ができず、3か月間わたしは心理的ストレスで体

調が悪化しました。

職業人として、ほとんどを病院管理の研究者として過ごしてきましたが、その期間中、病院医療費は増加し病院管理上の問題は解決可能なものでした。人口が若干でも増加し超高齢社会でも努力すれば病院は経常利益を確保できたのです。しかし、パンデミック以降は病院経営の基盤が変化し、大都市部以外で人口減少の影響を受ける地域では、必死に努力しない限り経常利益を確保できなくなりました。

古本屋をやりくりする商才がないものが、経営の専門家であるはずありません。どんな小さなビジネスでも遊び半分の手間でやると痛い目に合うことだけはよく理解できた体験でした。

◎7面ご愛読者様に感謝

「オペラ記事を読んでいますよ」とご挨拶いただける方々にお会いする機会があります。この社会医療ニュースの紙面づくりは毎月楽しみにです。限られた紙面で何を伝えるかという工夫は理解でききたように思いますが、校正作業では何度注意しても間違いが出てしまふことがあります。

事実誤認がないかについてはできる限り調べますが、勘違いを発見し、通説自体を疑わざるをえないこともあります。クラシックにまつわる話は、芸術の範疇で「手

紙や日記に書かれていた」「当時それを聞いた人がこう記している」「観客の反応はこうだった」「わたしはこう思う」といった記録や感想が中心です。

来年はモーツァルトの生誕270年にあたります。関連書籍は膨大ですが、どこまでが一次資料なのか判別が難しく、読者が楽しめない本は時間の経過とともに忘れられてしまいます。100年間眠っていた楽譜が演奏されることもありますし、最近では300年前のバロック・オペラがブームになることもあります。ご笑読お願いします。

◎改定方針まとまる

厚労省は4日、医療機関が直面する物価高への対応や職員の賃上げのほか、A Iを活用した業務の効率化を重点課題に位置づけた来年度の診療報酬改定に向けた基本方針をまとめました。この中では、病院などの経営状況が物価高の影響で悪化する中、医療サービスを継続するには人材確保を進めることが「急務」だと指摘し、40年ごろを見据えた医療と介護の連携や医療分野のDXを推進する必要性を強調しています。

病院の経営状況が悪化しはじめて約16か月が経過し、債務超過に陥った病院も少なくありません。今回の報酬改定に凄く期待するしかありません。

アメリカに
渡った視点
医師の

東京慈恵会医科大学小児科学講座 主任教授 大石

A Briefing on
US Healthcare
公彦ボストン・マラソンが
教えてくれた救急医療①

人が緊急事態に直面したとき、何より心強く、そしてありがたいと感じるのは救急医療の存在だ。

医学生の際、臨床実習の一環として消防署を訪問し、救命救急士の方々と一日を共に過ごす機会を得た。絶え間なく届く出動要請に応じながらも訓練を怠らず、真摯に現場へ向かう姿に圧倒された。緊急を要する重篤な症例だけでなく、なかには「本当に救急車が必要なのか」と思うようなケースもあったが、彼らはすべてに誠実に対応していた。訓練時の緊迫感と臨場感は、今でも鮮明に記憶に残っている。この素晴らしい公的サービスをタクシー代わりに利用する者がいる、という状況にも疑問を抱いた。

医師となったばかりの20代の頃には、重症患者の搬送に同行して救急車に乗り込むことも多かった。当直中、救急室の前に3台の救急車が同時に到着し、搬送された患者たちに一斉に対応した夜も数知れない。ただ淡々と職務をこ

なす日々の中で、私はいつの間にか「自分自身が救急車にお世話になることはないだろう」と思い込むようになっていった。

ここで話は少し変わるが、渡米後の私は、当時夢中になっていたマラソンで、自己ベストタイムの更新に挑戦する日々を送っていた。なかでも、伝統ある名門レース、ボストン・マラソンで、3時間を切ることを大きな目標にしていた。私はハーフマラソンで1時間25分を記録しており、理論上は何とか達成可能な位置にいた。

その年のニューヨークは暖冬で、マイナス10度まで下がる日は少なく、坂道が多いボストンのコースを想定したトレーニングを重ねた。冬を走り抜け、心地よい春の訪れとともに、私は待ちに待った2度目のボストン・マラソンのスタートラインに立つことになった。

マラソンでは、実力以上の奇跡は望めず、体調、天候、精神状態など、あらゆる要素が噛み合っこそ記録が生まれる。そんな中、今回のレースに向けての準備は、

これまでで最も完璧に整っていた。ところが、自然は容赦なかった。その週末、春のボストンを包んだのは、摂氏30度を超える異例の熱波。ランナーにとって試練の一日となった。

季節外れに気温が急に高くなるコンディションでは、身体の順応は追いつかない。ボストン入りした前日、街はまるで真夏のような日差しに包まれていた。ゼッケンを受け取る会場では、「明日のレースでは無理をせず、走らないという選択も勇気です」という警告のアナウンスが何度も流れていた。しかし、準備万端と信じて疑わな

い当時の私の耳には響かなかった。コースのスタート地点は、ボストン市街から約42キロ離れた小さな街にある。私がその地に降り立った頃には、すでに気温はぐんぐん上がっていた。スタート前から体は汗ばんでおり、胸の奥にわずかな不安がよぎる。スタート直後の下り坂で、いつものようにリズムを整えようとしたものの、体は思うように動かない。すぐに「今日は記録を狙える日ではない」と悟った。前半20キロは緩やかな下りが続く変則コースだが、1マイル7分弱を目標にしたペースは、8分、9分と着実に落ちていった。何とか粘ろうとしたが、ハーフ地点に差しかかる頃には、明らかに体の制御が効かなくなっていた。そのとき、突然、右耳の鼓膜

が破れたような鋭い圧迫感に襲われ、すぐに同じ症状が左耳にも広がる。

「ニューヨークに戻ったら耳の治療にも行かねばならないな」と、そんな呑気な考えが一瞬よぎった。だが次の瞬間には、自分の呼吸音が頭の中で反響し始め、のどかな郊外の景色も意識の外へと遠のいていく。世界との境界が、ゆっくりに溶けていくように感じた。

有名な「ハートブレイク・ヒル」を越える20マイル地点では、走ったり歩いたりを繰り返す状態となり、ついに残り2マイル、ボストン市街のビル群が視界に入り始めたところで、とうとう私は救護テントに助けを求めた。両脚の筋肉は激しく痙攣し、頭も朦朧としていた。歩くことさえ辛い。そう感じたのは、生まれて初めてだった。市街地の沿道からは観衆の大きな声援が響いていたが、それでもわかってはいた。これ以上は走るべきではない、と。

テントでは、差し出された冷たい飲み物を口しながら、ゴールを目指して目の前を通過していくランナーたちを眺めた。悔しさと同時に、どこか安堵の気持ちもあった。ベンチに腰を下ろしてからのスタッフとの会話の内容はあまり覚えていないが、「あと少しだったのに」と繰り返していたように思う。やがて、救命士の男性2人が近づき、私の状態を確認し

始めた。

おそらく新人の若手らしき方が、先輩の指示を仰ぎながら手際よく作業を進める。「心拍は50です。どうしますか？」新人の問いに、先輩が落ち着いた声で答える。「こういうランナーはもともと安静時の心拍が低い。問題ない」続いて血糖値を測るため、人差し指にランセットを当てた。しかし、一滴の血も出てこない。新人ゆえだろうと思い、私は「こうするんですよ」と言いながら、自分で左の人差し指を絞り上げた。だが、結果は同じで、まったく血が出ない。その瞬間、ようやく自分がかなり重度の脱水状態にあることを悟った。そして最終的に、「病院へ搬送した方がいい」という判断が下された。

米国の救急車の印象を一言で表すなら、「重装備」である。日本の救急車と比べると、車体の重量だけでも数倍はありそうだ。実際に乗り込んでみると、壁一面が医療機器や収納スペースで埋め尽くされ、外の様子をうかがう隙間が少ない。記憶はやや曖昧だが、内部は意外なほど狭く、閉じ込められているような圧迫感があった。走り出すと、車内の機器がブレキのたびに軋んで、音を立てる。日常生活で耳にしていた大音量のサイレンよりも、むしろあの金属音が妙に記憶に残っている。

(次号へ続く)

クリスマスという季節は、ヨーロッパの歌劇場にとって子どもでも楽しめる演目が求められます。そこで登場するのが、ジョアキーノ・アントーニオ・ロッシーニの『チェネレントラ』です。日本では『シンデレラ』として知られる物語ですが、イタリアの詩人・台本作家ヤーコポ・フエッレティの筆によって描かれる主人公は、単なる受難の象徴ではなく、「救し」の力を体現する象徴です。

フランスの詩人シャルル・ペローの『ペロー童話集』に収められている『サンドリヨン』（灰かぶり姫）は、2世紀半後英語の『シンデレラ』としてディズニー映画に登場するのです。シンデレラは「苛められた娘が最後に幸運を掴む」という筋立てに終始しがちで、社会的弱者の悲哀と、偶然的救済という構図が強調されます。一方『チェネレントラ』においては、物語の終幕で主人公アンジェリーナが「すべてを許す」姿が描かれます。彼女は義姉たちの悪意をも抱擁し、敵意を昇華させる。ここにこそ、クリスマスの精神と響き合う芸術的な深みがあります。

クリスマスは贈与と救しの季節です。人々が互いに過ちを赦し、共同体の絆を新たにしている時間なのです。『チェネレントラ』は単なる子ども向けの夢物語を超え、道徳的・宗教的な次元にまで昇華されます。ロッシーニの音楽は軽やかで華やかですが、その背後には「救しこそ人間の尊厳だ」という思想が潜んでいます。だからこそ、ヨーロッパの歌劇場はクリスマスにこの作品を選ぶのです。

ロッシーニの『ラ・チェネレントラ』あるいは善意の勝利』は1817年ローマのヴァッレ劇場で初演されます。ここには魔法使いもカボチャの馬車も登場せず、ガラスの靴は腕輪になっているのです。

物語は没落男爵ドン・マニフィコの邸宅でみすばらしい主人公の待たれ出かけていきますが、チェネレントラはいかせてもらえませんが、そこにアリドーロが馬車で迎えにきて「けつして身分を明かしてはならない」と言い聞かせます。舞台が宮殿の大宴会に変わる。着飾ったチェネレントラが登場し、全員がその美しさに驚きます。チェネレントラは従者（本物の王子）を愛していると告げ、片方の腕輪を残して立ち去ってしまうのです。

ラミーロ王子はチェネレントラを探すために馬車を用意させ、ドン・マニフィコの邸宅に立ち寄ります。そこで王子はチェネレントラの腕に腕輪をみつけます。驚いた全員による愉快な六重唱が歌われ、王子はチェネレントラに、あなたが私の王妃だと告げ、宮殿へといざなうのです。

再び宮殿に舞台が移ります。チェネレントラは継父と義姉たちを許し、玉座に就くのです。フィナーレではチェネレントラによる超絶技巧的な華麗なアリア「悲しみと涙のうちに生まれ」が歌われ、幕です。

「苛め抜かれた娘の逆転劇」ではなく、『チェネレントラ』のように「救しの力」を強調することで、より豊かな文化的意味を見出すことができます。これこそ「クリスマスの光」です。

クリスマスの光《チェネレントラ》



灰かぶり姫アンジェリーナがわがままな2人の姉（クロリンダ、ティスベ）に、こき使われているところに乞食に扮したアリドーロが訪れます。2人の姉は追い払おうとしますが、チェネレントラはパンとコーヒールを恵みます。

お城から使いがやってきて「花嫁選びの王子がここにおいでになります」と告げます。2人の姉は着替えや化粧に大騒ぎになります。そこに本来の姿に戻った王子の家庭教師アリドーロと従者の服を着たラミーロ王子が現れ、チェネレントラは一目惚れします。

マニフィコと2人の姉は城に招待され出かけていきますが、チェネレントラはいかせてもらえませんが、そこにアリドーロが馬車で迎えにきて「けつして身分を明かしてはならない」と言い聞かせます。舞台が宮殿の大宴会に変わる。着飾ったチェネレントラが登場し、全員がその美しさに驚きます。チェネレントラは従者（本物の王子）を愛していると告げ、片方の腕輪を残して立ち去ってしまうのです。

ラミーロ王子はチェネレントラを探すために馬車を用意させ、ドン・マニフィコの邸宅に立ち寄ります。そこで王子はチェネレントラの腕に腕輪をみつけます。驚いた全員による愉快な六重唱が歌われ、王子はチェネレントラに、あなたが私の王妃だと告げ、宮殿へといざなうのです。

再び宮殿に舞台が移ります。チェネレントラは継父と義姉たちを許し、玉座に就くのです。フィナーレではチェネレントラによる超絶技巧的な華麗なアリア「悲しみと涙のうちに生まれ」が歌われ、幕です。

「苛め抜かれた娘の逆転劇」ではなく、『チェネレントラ』のように「救しの力」を強調することで、より豊かな文化的意味を見出すことができます。これこそ「クリスマスの光」です。

待たれ出かけていきますが、チェネレントラはいかせてもらえませんが、そこにアリドーロが馬車で迎えにきて「けつして身分を明かしてはならない」と言い聞かせます。舞台が宮殿の大宴会に変わる。着飾ったチェネレントラが登場し、全員がその美しさに驚きます。チェネレントラは従者（本物の王子）を愛していると告げ、片方の腕輪を残して立ち去ってしまうのです。

ラミーロ王子はチェネレントラを探すために馬車を用意させ、ドン・マニフィコの邸宅に立ち寄ります。そこで王子はチェネレントラの腕に腕輪をみつけます。驚いた全員による愉快な六重唱が歌われ、王子はチェネレントラに、あなたが私の王妃だと告げ、宮殿へといざなうのです。

再び宮殿に舞台が移ります。チェネレントラは継父と義姉たちを許し、玉座に就くのです。フィナーレではチェネレントラによる超絶技巧的な華麗なアリア「悲しみと涙のうちに生まれ」が歌われ、幕です。

「苛め抜かれた娘の逆転劇」ではなく、『チェネレントラ』のように「救しの力」を強調することで、より豊かな文化的意味を見出すことができます。これこそ「クリスマスの光」です。

「苛め抜かれた娘の逆転劇」ではなく、『チェネレントラ』のように「救しの力」を強調することで、より豊かな文化的意味を見出すことができます。これこそ「クリスマスの光」です。

「苛め抜かれた娘の逆転劇」ではなく、『チェネレントラ』のように「救しの力」を強調することで、より豊かな文化的意味を見出すことができます。これこそ「クリスマスの光」です。

ナリコマの急性期病院向けクックチル献立『やすらぎ』でもっとかしこい給食運営を実現！

度重なる委託費の値上げや人材不足など、給食に関するお悩みを抱えていませんか？

食べる人のことを考え抜いたこだわりのお食事に各種サービスが標準装備。

献立
28日
サイクル

嚥下能力別
4形態
でご提供

栄養価差異
±5%
以内

事務業務の
簡素化で
負荷軽減

病院食・介護食特化のクックチルで厨房負担を削減。

専任アドバイザーが持続可能な厨房運営のためにお客さまと伴走します。

お気軽にご相談ください。

詳しくは

株式会社 **ナリコマ** エンタープライズ

〒532-0004 大阪府大阪市淀川区西宮原1-4-2 ナリコマHD新大阪ビル
TEL:06-6396-8020 FAX:06-6396-8340



イベント情報 掲示板

第20回日本医療マネジメント学会
奈良支部学術集会開催のお知らせ

テーマは「理念とミッションの実現 想いをかたちに未来へつなぐ」(大会長/高 濟峯・奈良県立病院機構奈良県総合医療センター院長)です。

当研究所所長 小山秀夫が登壇します。事前申込は不要ですので、お近くの方は、ぜひ直接会場までお越しください。

【日時】26年2月21日(土)受付開始: 8時30分(予定)

【会場】奈良県コンベンションセンター(奈良市三条大路1丁目691-1)

【プログラム】特別講演①加藤朝胤(薬師寺長老)、特別講演②矢野燿大(阪神タイガース元監督)など

【参加費】一般:3000円、学生:1000円

<https://jin-nara20.jp/>

第17回日本臨床看護マネジメント学会学術研究大会、2月7日(土)東京にて開催

「臨床看護マネジメントの創造的革新」持続可能な医療と介護のために(大会長:嶋森好子/学会理事長)がテーマです。

参加申込は26年1月20日(火)ま

で、多彩なプログラムを準備してお待ちしています。

【日時】26年2月7日(土)10時~18時50分(懇親会含む)

【会場】目黒セントラルスクエア(品川区上大崎3丁目1-1)

【参加費】会員:10000円、非会員:12000円(懇親会費含む)

<https://www.jsnam.com/>

事務所移転のお知らせ

社会医療研究所は来年3月に移転する運びとなりました。それともない、こやま書店も実店舗か

らオンライン書店へと移行いたします。これまでどおり、Instagramでの発信や、ボタニカルノートでのドライフラワーの販売はオンラインで行ってまいりますので、ぜひご利用ください。

実店舗での営業は1月末までを予定しております。12月26日まではクリスマスセールも行っていますので、ぜひ遊びにきてください。

これを機にさらなる充実を図り、皆様のご期待に添えますよう一層努めてまいります。今後とも変わらぬご愛顧を賜りますようお願いいたします。

ストレスチェック義務化 すべての事業所が対象になります!



ピーラス
ストレスチェックPRAS
⇒ お問合せください。

mmsjp.info

株式会社医療産業研究所
東京都渋谷区代々木 2-16-1 ☎03-5351-3511

ストレスチェック事業 21年の実績

大切な
スタッフさまの
心の健康を
守ります。

人材募集サポートのご案内

eM-Career

【エムキャリア】

あなたの医療キャリアを応援し、
未来を築く医療者の味方でありたい

貴院のニーズに沿った
医療従事者のご紹介を
完全成功報酬型で
ご提供します。

eM-Career

検索

お問い合わせはこちら

連絡先: ☎03-5614-0961 ✉kanri@medi-ax.jp

サイトURL: <https://em-career.jp/>

所在地: 〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町1-8-8 森忠ビル4F
コーポレートサイトURL: <http://medi-ax.jp/>



MEDI-AX

医療機関向け総合コンサルタントサービス
株式会社メディアックス